



VERÓNICA
MARCOTE

NOSOTRAS PARIMOS

GUÍA PARA UN
PARTO RESPETADO

Prólogo de **MICHEL ODENT**

PAIDÓS

Índice de contenido

Portadilla

Prólogo. Una pregunta a propósito de la necesidad de información durante el embarazo

Introducción: el grupo Para Saber Con Quién Parimos

1. El nacimiento de la desconexión

2. Sobre el parto y sus historias

3. Fisiología del parto

4. Cascada de intervenciones

5. Los mitos del parto

6. La episiotomía

7. Violencia obstétrica

8. Pérdidas gestacionales y violencia obstétrica

9. Violencia obstétrica: asesoramiento legal

10. Los cursos de parto

11. La doula

12. La cesárea

13. Parto vaginal después de cesárea

14. Parto en casa y parto en institución

15. La vivencia del bebé: el parto y la hora sagrada

16. La lactancia y la puericultora

17. Guía de preguntas al obstetra y a equipos de parto planificado en domicilio

18. En primera persona: los médicos y los parteros

Epílogo: a modo de cierre

APÉNDICES

I. Relatos de nuestro poder

II. La ley: derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento

III. El plan de parto

Bibliografía seleccionada

Agradecimientos

Nosotras parimos

Verónica Marcote
(creadora del grupo Para Saber Con Quién Parimos)

NOSOTRAS PARIMOS

Guía para un parto respetado

Marcote, Verónica

Nosotras parimos / Verónica Marcote. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Paidós, 2017.

Libro digital, EPUB

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-950-12-9638-9

1. Maternidad. I. Título.

CDD 158

Diseño de cubierta: Departamento de Arte de Grupo Editorial Planeta SAIC

Edición: Ana Wajszczuk

Todos los derechos reservados

© 2017, Verónica Marcote

© 2017, de todas las ediciones:

Editorial Paidós SAICF

Publicado bajo su sello PAIDÓS®

Independencia 1682/1686,

Buenos Aires – Argentina

E-mail: difusion@areapaidos.com.ar

www.paidosargentina.com.ar

Primera edición en formato digital: octubre de 2017

Digitalización: Proyecto451

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del “Copyright”, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático.

Inscripción ley 11.723 en trámite

ISBN edición digital (ePub): 978-950-12-9638-9

*A Sofía y Leonel, por haberme elegido
como su mamá y enseñarme tanto.*

ACLARACIÓN: Este libro pretende informar sobre los derechos de las mujeres y las familias durante el embarazo y parto, además de ser una guía práctica para un parto fisiológico, pero de ninguna manera pretende reemplazar la consulta con un profesional de la salud. Cualquier duda, recomendamos la consulta con un médico.

PRÓLOGO

UNA PREGUNTA A PROPÓSITO DE LA NECESIDAD DE INFORMACIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Michel Odent (1)

El libro de Verónica, *Nosotras parimos*, es una herramienta muy valiosa para las futuras madres.

En efecto, nuestra manera moderna de vivir nos obliga constantemente a elegir y, por consiguiente, a tener que buscar información.

Ocurre así tanto en lo referente a nuestra vida cotidiana como en el caso de sucesos ocasionales, por ejemplo, la llegada de un bebé al mundo. Las mujeres de la generación de mi madre, que tuvieron a sus hijos en los años treinta, no leían libros sobre el parto. Obtenían la información sucinta necesaria en el seno del entorno familiar y, al llegar el momento de dar a luz, llamaban a la comadrona local. Actualmente las embarazadas se ven obligadas a elegir dónde y cómo quieren parir. Incluso se les sugiere que redacten planes de nacimiento. Viven “condenadas” a estar informadas.

No tendría ningún sentido, en el contexto actual, cuestionar esta necesidad de información. Pero sí es importante preguntarnos qué fases del embarazo son más o menos propicias para asimilar aquellas que puedan resultar útiles. Tenemos motivos para pensar que los últimos meses del embarazo son los menos favorables.

Es conocido de sobra que en ese momento muchas mujeres se sienten distintas a nivel intelectual. Comentan que tienen lapsus de memoria, que sus intereses cambian, que su vida social disminuye o se enfoca en otras actividades. Lo que observamos de forma empírica ha sido confirmado por datos proporcionados por distintas evaluaciones que cuantificaron el grado de déficit de los distintos tipos de memoria, entre ellos la llamada *memoria prospectiva*, es decir, la capacidad de no olvidarse de hacer algo en el momento que corresponde. Además, con el método de la resonancia magnética se ha demostrado claramente que al final del embarazo el volumen de materia gris disminuye, en particular en las zonas cerebrales que rigen las actividades sociales.

Si tenemos en cuenta el conocimiento empírico antiguo, los datos que nos aportan las técnicas modernas de imagen cerebral y una nueva manera de comprender la fisiología

del parto en la especie humana, nos daremos cuenta de que al final del embarazo las mujeres se encuentran en una fase de su vida en la que deben prepararse para permitir que lo que podríamos llamar el *cerebro mamífero* asuma el mando. Dicho de otro modo, seremos capaces de comprender en qué debería consistir realmente una auténtica preparación fisiológica para el parto.

Estas modificaciones de la actividad cerebral no habían estimulado nuestra curiosidad cuando no disponíamos de las claves para comprender las particularidades del parto en nuestra especie, claves que nos proporciona el concepto de *inhibición neocortical*. Recordemos que el neocórtex es esa parte del cerebro altamente desarrollada en los seres humanos que permite disponer de sistemas de comunicación complejos, desarrollar la capacidad matemática, enviar exploradores a la Luna, etc. Hasta hace poco se consideraba que este “nuevo cerebro” era una herramienta al servicio de algunas funciones vitales. Hoy comprendemos que en determinadas situaciones la actividad del neocórtex atenúa, ensombrece, las funciones fisiológicas. Esto es lo que ocurre en el momento del parto: es como si lo que en realidad es una simple herramienta tomase el control de la situación.

Esto nos permite comprender en qué consiste la solución que la naturaleza ha encontrado para permitir el nacimiento de los seres humanos: el neocórtex debe cesar su actividad, ponerse en reposo. Pese a los efectos producidos por la socialización de los partos desde hace milenios, aún resulta posible encontrar mujeres que paren con facilidad. Da la impresión de que se desconectan del mundo, se olvidan de lo que han aprendido o planificado. No actúan según lo que cabría esperar de ellas en cuanto mujeres civilizadas y adoptan posturas raras que nos parecen primitivas. En ese contexto, hay que evitar estimular su neocórtex: no hablarles, no prender luces, no hacer ni decir nada que pueda atraer su atención en modo alguno.

Al comprender las particularidades del parto de los seres humanos podemos interpretar el concepto de *preparación fisiológica*: antes del alumbramiento, el neocórtex va atenuando progresivamente su actividad. Es el momento de evitar cualquier tipo de estímulo inútil. En otras palabras, los datos que nos proporcionan los nuevos métodos científicos sofisticados nos permiten llegar a la conclusión de que al final del embarazo es preferible que las mujeres estén tranquilas.

Sin embargo, durante los meses previos, es importante que las mujeres puedan contar con la información necesaria sobre el proceso fisiológico del parto para poder llegar a la etapa final del embarazo con la tranquilidad de que su parto les pertenece y que su propia naturaleza las ha preparado para ese momento. En ese sentido, le doy la bienvenida a *Nosotras parimos*.

INTRODUCCIÓN: EL GRUPO PARA SABER CON QUIÉN PARIMOS

*Para cambiar el mundo hace
falta cambiar la manera de nacer.*

MICHEL ODENT

Bienvenidas. La idea del grupo es que podamos crear una base de datos con médicos/as obstetras, parteras/os y también instituciones contando las experiencias buenas o malas que como mujeres vivimos en nuestras consultas ginecológicas, embarazos o partos, con el objetivo de que otras puedan leerlo a la hora de elegir. Creo que la única manera de elegir es pudiendo tener la mayor información posible y así hacer nuestro propio camino sin mentiras, engaños ni imposiciones. ¡Es importante que colabores con tu experiencia para sumar información!

Este grupo apoya el protagonismo de la mujer en su parto decidiendo, eligiendo y buscando a medida que cuenta con información válida y conociendo las consecuencias de prácticas que no son necesarias o van en contra de un parto fisiológico y natural (goteos, episiotomía, maniobras, tactos, inne-cesáreas, separación de mamá y bebé, rutinas aplicadas al recién nacido, etc.).

Así reza el encabezado de Para Saber Con Quién Parimos, el grupo virtual de Facebook que creé en 2012. Luego de convertirme en mamá, unos años antes, había comenzado a interesarme mucho por las cuestiones que rodean la maternidad, especialmente el parto y la lactancia. Dejé a un lado la carrera de Psicología que venía cursando para dedicarle tiempo a mi beba y, al pensar en retomarla, me encontré más interesada por un nuevo mundo: por un lado, a nivel personal, por las vivencias como mamá que amamantaba y como mujer devenida en madre dentro de la sociedad y, por otro, me apasioné por teorías sobre la maternidad que no formaban parte de la facultad y que conocí a partir de libros y experiencias de otras mujeres que tenían algo que a mí me había faltado a la hora de mi propio parto: información.

El compartir la maternidad en un grupo de crianza no como profesional sino como puérpera me trajo nuevas amigas y me resultaba admirable que muchas de mis pares hubieran tenido la posibilidad de elegir dónde y con quién parir, cómo transitar su embarazo y cómo recibir a su hijo o hija desde el primer día. Sentí que esa información de alguna manera era secreta porque no estaba al alcance de todas.

La idea de crear el grupo virtual nació de una charla con mi hermana, luego de una cesárea que no solo la tomó por sorpresa sino que la dejó con muchas sospechas

respecto del accionar de su obstetra. Pensé que tenía que existir una forma de saber de antemano con quién íbamos a parir: hasta ese momento el camino de la mayoría de las mujeres embarazadas era buscar un/a obstetra a través de la cartilla de su obra social o prepaga o bien sacar un turno en un hospital. En algunos casos las mujeres elegían a alguien por recomendación de otras y muchas veces, tras comenzar con un profesional, ya no tenían opción de cambiarlo. Otras deseaban tener un parto en su casa, pero tampoco contaban con información y apoyo para encontrar el equipo de parteros/as adecuado.

El grupo de Facebook nació entonces del sueño de crear una base de datos que circulara, que fuera de provecho para las mujeres y contribuyera a generar conciencia. Esto se fue ampliando con datos sobre artículos, investigaciones, libros, leyes, todas herramientas que ayudan a desarmar mitos y son útiles en las consultas con los/as obstetras para el parto.

Lo primero que apareció al sumar participantes y pedirles que contaran sus partos fue una catarata de nacimientos llenos de rutinas violentas. Los relatos estaban cargados de angustia, no solo por atravesar ese trauma sino también por no poder compartirlo socialmente: quienes se atreven a hacerlo a menudo reciben la misma respuesta: “Si tu bebé está sano, no te quejes, ya pasó”. La consecuencia de silenciar esas vivencias es, además del aislamiento emocional, seguir manteniendo un sistema violento de nacimiento.

Con el tiempo creamos una guía con preguntas para que las experiencias en la atención recibida en el parto o la cesárea se tradujeran en datos objetivos. Por ejemplo, qué prácticas utilizó el/la obstetra, cuáles fueron los motivos de la cesárea si la hubo, cómo se manejaron una vez que nació el bebé, qué rutinas llevó a cabo la institución, entre otras. Así se fue generando la recopilación de gran cantidad de datos y, sobre todo, se puso a circular información útil a la hora de consultar con un profesional.

La guía es interesante para que las participantes –y las lectoras de este libro– comiencen a hacerse preguntas. Tanto en el grupo como en este libro mi intención es no solo que comencemos a cuestionar las prácticas sino que podamos llegar a información válida, esa que no nos contaron, nos ocultaron u omitieron a conveniencia a la que teníamos derecho a acceder para poder elegir a conciencia.

La guía

Tu nombre:

Lugar donde planeaste parir y/o lugar donde se produjo el parto:

Profesional/es:

F.P.P. (Fecha probable de parto) y día de parto o cesárea:

1) En las siguientes preguntas, podés elegir responder con SÍ o NO, o contar lo que desees:

- a) ¿Estuviste acompañada por una persona de tu elección durante tu internación, el TP y parto?
- b) ¿Te consultaron sobre las intervenciones que te fueron realizando, informándote el porqué de las mismas, sus riesgos y te dieron alternativas?
- c) En caso de NO haber aceptado alguna de las intervenciones propuestas, ¿cuál fue la reacción del

equipo?

EN CASO DE QUE EL EMBARAZO SE HAYA INTERRUMPIDO

¿Te explicaron lo que sucedía, te dieron opciones (manejo expectante de aborto espontáneo, uso de pastillas en domicilio o institución, raspaje quirúrgico o legrado)? ¿Te sentiste contenida por el/los profesionales?

2) Sobre los procedimientos que te realizaron, podés responder SÍ o NO y dar precisiones si lo considerás necesario:

- Rasurado de genitales.
- Enema.
- Rotura artificial de bolsa.
- Colocación de vía intravenosa.
- Colocación de oxitocina sintética en el suero.
- Tactos vaginales.
- Ingestión de líquidos y/o alimentos.
- Elección de la posición durante el TP y/o expulsivo.
- Maniobra de Kristeller (presión sobre el útero).
- Episiotomía.

Cesárea (en este caso explicar motivo de la cirugía):

3) Sobre el posparto:

- a) ¿Se te permitió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacida/o antes de llevarla/o para control?
- b) Una vez que la/o llevaron a control, ¿cuánto tiempo demoraron en entregártela/o nuevamente?
- c) ¿Fuiste asesorada para comenzar a amamantar y durante los días de internación?
- d) ¿Te ofrecieron darle o le dieron mamadera con fórmula a tu hija/o?

4) En caso de que tu bebé haya estado internado en neonatología:

- a) ¿Tuviste libre acceso a la internación sin restricción de horario?
- b) ¿Fuiste asesorada y acompañada en el modo de mantener la lactancia para cuando el bebé pueda hacerlo con leche materna?

5) Una última apreciación: ¿cómo calificarías tu experiencia de parto?

Podés definirla como MALA-REGULAR-BUENA-MUY BUENA-EXCELENTE, o relatarla del modo que deseas:

.....
.....
.....

En mi caso, cuando quedé embarazada por primera vez, en 2006, hice lo que “hay que hacer”: fui al médico y seguí sus indicaciones. Vale aclarar que en esa época las redes sociales y el acceso a Internet no tenían el protagonismo que tienen actualmente, por lo cual, para tener información por fuera del consultorio médico, dependíamos de otras mujeres que hubieran transitado esas experiencias y que nos la transmitieran.

A mi primer parto llegué con una confianza plena en el accionar médico, sin cuestionar los protocolos. Mi única idea era que un “parto natural” sería lo mejor, pero si me decían que era necesaria una cesárea, entonces sería lo correcto, ya que “el médico sabe y decide”. Desde mi perspectiva actual, se podría decir que fui “afortunada” por no haber terminado en una “in-necesaria”, aunque tuve un parto con todas las intervenciones posibles, de rutina y sin justificación alguna. Ni siquiera me dieron la opción de no utilizar la anestesia epidural, a pesar de que yo no había manifestado estar muy dolorida.

En mi caso personal, mi *nonna* materna me hablaba mucho de los partos en casa de ella y de sus hermanas, de cómo se acompañaban entre mujeres, de la labor de la partera y sus recursos para evitar desgarros, de que no necesitaban hospitales ni obstetras (eso era para las que tenían problemas en el embarazo), de los primeros cuidados al recién nacido y hasta de prematuros nacidos en casa y cómo se los ayudaba a madurar. Esto no sucedía ni en el medio del campo ni entre personas sin recursos, sino en la provincia de Buenos Aires en los años cuarenta y cincuenta entre familias de clase media. Lo aclaro porque suele decirse, erróneamente, que los partos domiciliarios atendidos con parteras eran una práctica de familias sin recursos que no podían acceder a una mejor forma de dar a luz.

Más adelante veremos cómo se produjo el cambio histórico y social, pero en el caso de mi propio nacimiento, a fines de los años setenta en el centro de la ciudad de Buenos Aires, en un hospital con las mejores instalaciones, con buena tecnología y con un obstetra recomendado, mi mamá (ella misma nacida en su casa) sufrió violencia obstétrica (VO) —en esa época, claro, no tenía nombre— a través de una cesárea, luego de un intenso trabajo de parto, donde además la sedaron después de la cirugía sin su consentimiento. Tuve dificultades para respirar y pasé más de veinticuatro horas en incubadora separada de mi mamá. Mis primeras vivencias fuera del útero fueron experiencias que de adulta, mediante trabajos terapéuticos, constaté cómo habían marcado mi personalidad.

Algunos años después, mi mamá, en un acto de amor, escribió su relato sobre mi nacimiento y entendí que la VO fue percibida por mí muchísimo antes de ser mujer, de gestar y de parir. Estaba ahí como huella del pasado que se manifestaba en el presente y visibilizaba un maltrato incorporado culturalmente y poco cuestionado. Así nació el interés que luego plasmaría, además de en *Para Saber Con Quién Parimos*, en mi trabajo actual acompañando a madres y padres en la etapa de lactancia como puericultora.

Mi experiencia como madre vino a unir todas las historias atravesadas por los cambios en cada generación y no solo me llenó de interés por temáticas como el embarazo, el parto y la lactancia sino que también generó en mí el anhelo de que cada mujer cuente con esta información escondida que nos hermana, que ya no abunda ni es sabida por todas, que ya no se trasmite por abuelas, tías ni madres. Mi interés es que las mujeres tengamos a tiempo esa información que yo no tuve con mi primera hija, para poder elegir, para saber que hay otras formas muchísimo más amorosas, cálidas y seguras de recibir a nuestros hijos; que podamos evitar la violencia institucional, que es

moneda corriente hoy, y que parir, que es un momento sagrado y especial que nos inunda de poder y sabiduría, es algo que nadie nunca debería arruinar. Y que, respetando las decisiones personales de cada una, elijamos lo que más nos resuene habiendo conocido todas las posibilidades. Hacer visible ese secreto cultural es lo que me movilizó a crear el grupo y a aceptar la propuesta de escribir este libro.

A poco de comenzar a escribir, quedé embarazada nuevamente, y creo que no por casualidad este libro se gestó a la par de mi hijo. El embarazo tuvo algunas complicaciones que requerían controles. Deseaba un parto en casa, pero las condiciones no eran ideales para ello; sin embargo, conté con el mejor y más amoroso acompañamiento de una partera que trabaja con partos planificados en domicilio durante toda la gestación. A pesar de tanta información sobre este tema, no fue sencillo encontrar quien supiera acompañar el proceso y lo que me sucedía a nivel emocional por pérdidas gestacionales anteriores que sumaban dudas y temores. Fue ardua la búsqueda y tuve que estar muy despierta, ya que ingresar al sistema de atención sin ingenuidad es sumamente difícil. Si transitando embarazos sanos parir sin intervenciones es poco usual, cuando hay posibles patologías esto se complica mucho más. Finalmente logré transitar el trabajo de parto en mi casa y llegar a la institución para parir con profesionales que supieron escuchar mis necesidades.

Algo que hay que comprender es que si solo podemos ir a un médico porque es el que “nos toca” no estamos eligiendo, solo seguimos un camino sistemático. Esto incluye, además, otra capa del problema: la mayoría de las embarazadas no sabe qué elegir porque justamente no sabe lo que prefiere, no se lo pregunta, desconoce que hay opciones y diferentes tipos de manejos del parto y que es muy importante saber qué queremos y decidir, también como familia, qué nacimiento queremos para nuestro bebé, así como más tarde elegiremos el tipo de crianza, su alimentación o su escuela.

Hay momentos muy emocionantes en el grupo: los que atraviesan esas mujeres que pasan a sentirse acompañadas en un proceso de búsqueda de obstetras. En ese camino entre averiguaciones y consultas expresan ilusión, frustraciones, enojo y muchas veces (lo más gratificante para mí de leer) un final feliz: mujeres que eligen lo que quieren y lo que no para recibir a su bebé, que logran encontrar un profesional que las escuche y respete, que pueden transitar un parto bien acompañadas y asegurarse de que nadie les arrebate ese precioso momento. La emoción y felicidad transmitida por ellas cuando cumplen ese deseo es contagiosa y por supuesto genera una cadena de oxitocina que llega a todas las demás: cuantas más lo logran, ¡más fácil es entender que se puede!

El espacio fue creciendo en todo sentido. Al cierre de este libro, Para Saber Con Quién Parimos está compuesto por casi seis mil mujeres cada vez más activas, involucradas e informadas en sus elecciones. Por día recibo más de treinta solicitudes de ingreso –que se responden de manera personalizada para tratar de evitar curiosos o mal intencionados– y hemos recopilado más de tres mil relatos de parto.

Además, surgió la iniciativa espontánea de otras mujeres que me comunicaron su deseo de hacer lo mismo a nivel local y me pidieron autorización para replicar la idea en otras ciudades: existe el grupo Para Saber Con Quién Parimos en La Plata, La Rioja,

Mendoza, Santa Fe, Salta, Jujuy, Misiones, Río Negro e incluso fuera de la Argentina, en Uruguay y en Cataluña. A su vez, el grupo fue el puntapié inicial para abrir otros similares, como Para Saber Con Quién Atender a Nuestros Hijos y Para Saber Con Quién Atendernos en todas las especialidades médicas.

Mi análisis desde lo que leo en las consultas del grupo es que las mujeres comienzan a ir a los controles obstétricos con preguntas puntuales sobre distintas cuestiones, en un rol más activo de la mal llamada *paciente*, ya que no está enferma sino embarazada. ¡Paciente debería ser quien la atiende! Ante este cambio en los consultorios, la reacción de los/as obstetras muchas veces va de la sorpresa a las excusas engañosas, la evasión de respuestas o comentarios con tono agresivo. En el mejor de los casos, aparece la sinceridad, y en ese caso al menos, la mujer puede elegir atenderse con ese profesional o seguir buscando. En todo este avance está la red por detrás, la que tejemos entre las mujeres, y creo que únicamente así vamos a recuperar de a poco el poder que perdimos en manos de la cultura. La fraternidad entre mujeres, el percibirse como iguales que pueden aliarse, compartir y, sobre todo, cambiar su realidad –debido a que todas, de diversas maneras, hemos experimentado la opresión–, es fundamental en este camino.

Existe un malentendido muy arraigado según el cual se considera que el parto lo maneja y decide el/la obstetra, que es quien lo “hace”. Ese es un gran error: el parto es nuestro. Para posicionarnos donde nos corresponde, es necesario entender que somos parte activa y que tenemos derecho a decidir sobre nuestro cuerpo y a lo que se llama *consentimiento informado*, derecho a que nos expliquen los procedimientos y a elegir. El parto lo hacemos nosotras y requiere sobre todo tiempo, paciencia y acompañamiento, ya que si no hay complicaciones se trata de un proceso natural y fisiológico que se desencadena solo y que solo precisa las condiciones necesarias para poder atravesarlo de la mejor manera: con contención y respeto.

Popularmente se suele denominar *parto normal* o *natural* al parto vaginal, pero en muchos casos los partos transcurren bajo intervenciones médicas que alteran, modifican o apresuran el proceso realmente natural. En relación con esto, es importante aclarar que en este libro tomamos el concepto de *parto fisiológico* para referirnos al proceso natural, involuntario, que se desencadena dando lugar al nacimiento del bebé y al alumbramiento de la placenta. En el caso de embarazos saludables, donde no existen complicaciones y no se requieren intervenciones, parir es una capacidad que poseemos las mujeres y necesita tiempo y acompañamiento adecuado, ya que cada mujer lo atraviesa de manera diferente.

El concepto de *parto humanizado* nació de la lucha por los derechos de las mujeres al momento de parir, ante la creciente deshumanización y violencia en torno a los nacimientos, pero considero que no describe en forma adecuada el proceso y además suena triste tener que hablar de humanizar algo tan sagrado como el nacimiento. En este sentido, un término más descriptivo sería *mamiferizado*, de acercarnos más a nuestra animalidad, ya que para parir necesitamos activar nuestro cerebro más primitivo, que es el que compartimos con los mamíferos, algo que desarrollaré a lo largo de este libro.

El parto respetado es el que tiene como protagonista a la mujer gestante, que es quien

decide si desea o no intervenciones y cuáles a partir de información completa que le es brindada por el equipo que la asiste. Se acompaña el proceso para que este sea lo más natural posible sin rutinas a priori (colocar suero, romper bolsa de manera forzada, indicar en qué posición debe parir, etc.). Esto no quiere decir que no se deban realizar intervenciones, pero sí procurar que ocurran solo en caso de ser realmente necesarias.

No tengo dudas de que en esta época a las mujeres de distintas generaciones nos toca despertar de la violencia que recibimos a diario en distintos ámbitos para generar cambios imprescindibles para nuevas mujeres, y una manera de lograrlo es entre nosotras, de mujer a mujer, viéndonos en la otra para que nuestras hijas nunca duden de ese poder propio de nuestro cuerpo que es la maravillosa capacidad de gestar, parir y amamantar.

I

Yo tuve un parto gris
en una sala de hospital “blanquísima”,
a 18 grados de quirófano
olor a limpio, cama almidonada
yo tuve un parto gris
muerta de frío.

Yo tuve un parto gris
una mañana de hospital eterna
tras una noche hermosa, de película,
bien cubierta de mantas
a 18 grados de quirófano
yo tuve un parto gris
muerta de frío.

Yo tuve un parto gris
en una sala de hospital cualquiera
apuntada por focos y por cables
con demasiadas manos al acecho
yo tuve un parto de esos tan higiénicos
de los ustedes firman cada día.

Yo tuve un parto gris
rodeada de aplausos y de apuestas
palabrotas saliendo de mi boca
tuve también metal entre las piernas
cuatro manos zurciendo cicatrices
y tuve una aprendiz
¡qué mala hora!

Yo tuve un parto gris
en una sala de hospital maldita
a 18 grados de quirófano
olor a limpio, cama almidonada
yo tuve un parto gris
lo estoy sanando.

II

Hija mía,
tendrás un parto rosa
un parto orgásmico colgada a un pañuelo
tendrás un parto azul
azul celeste metida en la bañera
tendrás un parto verde
un verde selva con ecos de siglos
tendrás un parto dulce
hermoso, silencioso, respetado
un parto tuyo
luchamos por ello.

MYRIAM MOYA TENA, del blog enminusculas.com

1

EL NACIMIENTO DE LA DESCONEXIÓN

PRIMEROS PASOS CON NUESTROS CICLOS: LA MENSTRUACIÓN

Hemos de empezar por explicar a nuestras hijas que tienen útero, que cuando se llenan de emoción y de amor, palpita con placer. Hemos de reconquistar nuestros cuerpos y re-aprender a mecer nuestro útero, a conectar sus inervaciones voluntarias con las involuntarias; sentir su latido y acompañarlo con todo nuestro cuerpo... Las mujeres tenemos que contarnos muchas cosas. De mujer a mujer, de mujer a niña, de madre a hija, de vientre a vientre.

CASILDA RODRIGÁÑEZ BUSTOS

El fenómeno que implica la medicalización en los partos y el alto porcentaje de cesáreas está relacionado con el sistema de atención actual, la formación y el manejo de los médicos y la industrialización de los nacimientos que invade un hecho natural y fisiológico en vez de colaborar solo si es necesario. Si las protagonistas somos las mujeres, si el embarazo y el parto, lejos de ser una enfermedad son parte de nuestra sexualidad, así como los ciclos menstruales, la lactancia, la menopausia, ¿cómo es que llegaron a estar en manos de otros, controlados, manejados e intervenidos?

Tenemos que situarnos mucho antes de la llegada de un hijo, revisando qué sucede con otros acontecimientos que se relacionan con la vida sexual de la mujer: menstruación, anticoncepción, consultas y controles ginecológicos, etc. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son nuestros y muchas veces no los conocemos ni nos apropiamos de ellos y pasan a ser tomados por profesionales que deciden en nuestro lugar y sobre nuestros cuerpos.

Podemos buscar parte de la respuesta en algo que sucede a nivel cultural, algo que se transmite de una generación a otra, algo que se consume o nos hacen consumir desde los medios de comunicación y que está reforzado a nivel social: el sistema patriarcal como principal responsable de la pérdida de poder, sabiduría y conocimiento de nuestro cuerpo, también a la hora de tomar decisiones sobre él. La percepción que tengamos de nuestro

poder como mujeres –que implica todo lo que somos capaces desde nuestra fisiología– dependerá de cómo fue reforzada o debilitada esa imagen de mujeres poderosas, que es lo que somos en realidad, con capacidades para gestar, parir, alimentar a nuestros hijos y, ante todo, decidir sobre nuestro cuerpo.

Todo comienza desde niñas al jugar, al ver a mujeres maternando, amamantando o no, al idealizar determinados modelos de belleza, de talento, de fuerza y, hacia la pubertad, con lo que rodea a la sexualidad al comienzo del desarrollo y del ciclo femenino.

Está claro cuál es el modelo que se quiere imponer socialmente. Desde los medios de comunicación, las publicidades y los productos comerciales, este modelo no muestra una mujer que goza con libertad de su cuerpo y de sus procesos naturales sino más bien apunta a esconderlos o cambiarlos “para que no se noten” y para responder a un estereotipo de belleza que hay que alcanzar a cualquier precio. En resumen, se promueve una no aceptación de nosotras mismas.

En este contexto nos queda una esperanza que tiene que ver con las mujeres que rodean a una niña o adolescente. Son quienes pueden lograr el cambio. Por eso, es importante que, como adultas, repensemos algunas formas de conducirnos siendo madres, tías, abuelas, primas, maestras, etc.

Sería muy positivo, por ejemplo, que las preadolescentes o adolescentes de nuestro círculo que reciban su primera menstruación tengan un ritual de iniciación, una puerta al conocimiento más profundo de los ciclos femeninos, ya que estos nos acompañarán por muchos años, producirán cambios en nuestra sensibilidad y percepción mes a mes, nos darán la posibilidad de ser madres, nos obligarán a decidir cuidarnos en nuestra vida sexual para no iniciar una gestación si no lo deseamos o para prevenir enfermedades de transmisión sexual, y nos propondrán conocernos mucho: nuestras hormonas generan efectos durante cada semana de cada mes y, a medida que se repiten, podrán mostrarnos distintas facetas de nuestro humor, nuestro ánimo, nuestra personalidad. Así, podremos entendernos y conocernos sin asustarnos y, sobre todo, sin castigarnos por ello.

Entraremos a partir de ese momento tan especial en contacto con la existencia de nuestro útero (ovarios, trompas, óvulos, flujo) y con sus funciones, incluido el placer. Previamente, comenzamos a desarrollar las mamas: una expresión de nuestra capacidad de amamantar en un futuro y no un mero objeto para agradar a los demás. Para quien tiene su primera menstruación estos temas nuevos son información valiosa y digna de ser compartida sin tabúes con sus referentes femeninos.

Casilda Rodríguez Bustos, escritora y bióloga española, autora de varios ensayos sobre el parto y la maternidad, describe extensamente en sus libros cómo los partos se han complicado producto de la desconexión y el desconocimiento de nuestro útero y sus capacidades. Postula la existencia de un útero espástico que, al no haber sido ejercitado, en el momento del parto no tiene la flexibilidad necesaria. En consecuencia, las mujeres no tenemos la capacidad de percibirlo como órgano de placer durante las contracciones ni de lograr un parto que no esté asociado al dolor y al sufrimiento sino al goce.

No todas tuvimos claro desde un comienzo de qué se trata menstruar. Según la época

en la que les haya sucedido, a algunas las hicieron sentir vergüenza, pudor y asco; otras lo vivieron como un tabú, incluso entre amigas, hermanas, primas (y más aún con hermanos, amigos o novios); algunas tradujeron esto en síntomas y dolores menstruales que afectaban su vida escolar o social; muchas, al comentarlo con sus madres, fueron rápidamente a parar al consultorio de un ginecólogo o ginecóloga para “que te explique todo”. De esa manera nos iniciamos también en nuestro camino como “pacientes” que consultan y reciben indicaciones sobre qué hacer respecto de un hecho sexual y de nuestra relación con nuestro ser femenino que *no* es una enfermedad. Pensemos en los hombres: sus cuerpos no son observados por andrólogos ni por urólogos con la frecuencia y la intensidad con la que el cuerpo femenino está bajo escrutinio médico.

La increíble relación entre los ciclos lunares y los ciclos sexuales femeninos es algo digno de ser registrado. La palabra *mensis* –que en latín significa ‘mes’– tiene la misma raíz en latín que *metiri* (‘medir’) y se encuentra en el origen de las palabras *mes* y *menstruación* (del adjetivo *menstruus*, que deriva de *mensis*). Estas palabras están también ligadas por metonimia: en ambientes rurales, *mes* se utiliza para designar el ciclo menstrual. Incluso en otros idiomas, por ejemplo, en francés, el término *lune* también ha significado el período menstrual de la mujer. En algunos idiomas eslavos, *luna* y *mes* son la misma palabra. Para conocer más, existen hermosas agendas lunares con información y dibujos que nos permiten registrar los cambios y son un buen regalo de iniciación para las adolescentes que comienzan a menstruar. Muchas podrían entenderse mejor a sí mismas y sus cambios de humor aprendiendo a reconocerlos para sobrellevarlos con amor por su cuerpo.

El hecho es que algunas mujeres detestan la menstruación, tal vez sin poder conectar con la existencia del propio útero, que nos cuenta que somos capaces de ser madres y gestar en él. Al terminar el ciclo, la sangre es la expresión de que no se fecundó esa vez y de allí nace la sensación de tristeza o recogimiento que nos invade en esa fase. Es algo que como mujeres nos acompaña y nos recuerda en este proceso nuestra fertilidad, pelearse y renegar de esto sin duda es más tensionante que la aceptación y la comprensión.

Si las mujeres pudiéramos hacer el ejercicio de conectarnos con nuestro útero desde jovencitas, a través de la conexión con nuestros ciclos y el conocimiento de nuestras emociones, llegaríamos a la adultez con la capacidad de intuir y hasta de saber qué le sucede a nuestro cuerpo, y luego establecer a qué emoción responde lo que el cuerpo nos manifiesta, ese sexto sentido que muchas experimentan al saberse embarazadas sin necesidad de un test que lo compruebe.

En la cultura actual, que tiende a buscar soluciones fáciles e inmediatas, tomar un medicamento ante cualquier molestia es algo muy promovido en los medios de comunicación, en general, y con la menstruación, en particular. Es válido entonces reflexionar sobre nuestra postura y acerca de la transmisión a nuestras hijas de un manejo que intenta omitir algo natural con químicos y que no es inocuo.

“Tanto entre los profesionales de la salud como entre las propias mujeres se ha convertido en norma habitual considerar enfermedades que precisan tratamiento médico incluso funciones corporales tan naturales como la menstruación, la menopausia y el parto. Da la impresión de que la actitud de que nuestro cuerpo es un accidente a la espera de ocurrir se interioriza a una edad muy temprana, y esto dispone el escenario para la relación futura de la mujer con su cuerpo. Dado lo que se nos enseña, no es extraño que la mayoría nos sintamos mal preparadas para relacionarnos con –y confiar en– nosotras mismas. Nos han ‘medicalizado’ el cuerpo desde antes de que naciéramos.”

Christiane Northrup, *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer*

A su vez, tiene mucho peso la presencia de tantas publicidades en las que se venden productos para la menstruación, en las que la imagen de la sangre siempre es azul, y no de su color natural, y en las que se promocionan medicamentos que tapan los síntomas para que no cambiemos la rutina, sin registrar el pedido del cuerpo, ya sea de reposo o descanso.

Pero, si no es el médico, ¿quién es el que más sabe? Imaginemos otro escenario posible: una hija que se acerca a la mujer en la que más confía (su mamá, una tía, la abuela o la hermana mayor, etc.); una mujer que por su edad ya tuvo varios ciclos en su vida, embarazos, faltas de su período, consultas ginecológicas, ¿no es la que más debería saber de estos temas y, además, quien mejor puede contener a esta adolescente? Sería un momento de comunión entre ambas el abrazar la noticia y alegrarse juntas por la nueva etapa y también –por qué no– llorar de emoción y cierta congoja por la niña que se aleja. Si hubiera varones en la familia, sería bueno que supieran que la hermana comenzará a estar cíclica. Si la mamá ya pudo manifestar esto sobre ella misma, el varón lo comprenderá y podrá comprender luego a sus mujeres, amigas o compañeras de escuela.

Socialmente, se trata de esconder, tapar, cambiar, negar esta capacidad que manifiesta la fecundidad, el poder y la sensibilidad de nuestro cuerpo. Si desde niñas ese poder es visto explícitamente como una cualidad, en la adultez otra será la relación con nuestros embarazos y nuestros partos. Por supuesto que luego, si la jovencita así lo desea, podemos ir juntas a una consulta buscando un profesional –médico o médica– humano y empático al cual ella pueda expresarle sus dudas y, en caso de tener vida sexual, conocer cuáles son los cuidados necesarios para luego poder elegir, pero sin poner el foco solo en esto. ¿Por qué? Simplemente porque la verdad no está allí, sino en nosotras y nos propone conocernos en nuestra propia naturaleza.

2

SOBRE EL PARTO Y SUS HISTORIAS

Mariana Nazar (1)

Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente del pueblo las llamaba “mujeres sabias”, aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas. La medicina forma parte de nuestra herencia de mujeres, pertenece a nuestra historia, es nuestro legado ancestral.

BARBARA EHRENREICH

El parto, como la alimentación, la reproducción y la muerte, es un proceso fisiológico que acompaña a la humanidad desde el inicio de los tiempos. Desde esos tiempos originarios, estos procesos fueron adquiriendo diferentes formas y sentidos culturales. El hecho de que, tradicional o instintivamente, el parto haya sido un momento de mucha intimidad, hace que sea muy difícil historizarlo. ¿Cómo podemos saber de qué forma parían las mujeres que vivieron en el Egipto de las pirámides? ¿Y las de la Antigua Grecia? ¿Cómo parieron las mujeres que vivieron hace seiscientos años donde hoy es la Argentina? ¿Y en la época de la Colonia? Esas preguntas son muy difíciles de responder, ya que no existen o son muy pocos los registros de esos momentos.

Hoy el parto, en cuanto proceso fisiológico (natural) de la vida sexual de las mujeres, suele enmascarse en figuras culturales que lo constituyen como una patología; esto es, suele mostrarse y pensarse socialmente como un estado de enfermedad y una situación de riesgo que hace que pierda su carácter natural y su potente relación con la sexualidad femenina.

Una gran militante, ensayista y teórica feminista, Adrienne Rich, se preguntaba en los años setenta del siglo pasado, en su libro *Nacemos de mujer*: “¿Cómo han dado a luz las mujeres, quién las ayudó, cómo, por qué?”. Y respondía diciendo que esas preguntas no

se refieren simplemente a la historia de parteros/as u obstetras, sino que eran cuestiones políticas, ya que, cuando una mujer está pariendo –así como cuando está abortando o está utilizando métodos anticonceptivos–, esa acción se inserta en un contexto social determinado. La sociedad le “permite” hacer determinadas cosas, le “prohíbe” otras y le deja un abanico –a veces más amplio, a veces menos– de posibilidades. Sus elecciones, cuando puede hacerlas, se toman en el contexto de las leyes y también de los códigos profesionales de los “expertos”, de las sanciones religiosas y de las tradiciones étnicas, en cuya elaboración, históricamente, las mujeres no han participado.

Por esto no es posible –o nos llevaría a tener una mirada muy reducida de los procesos– indagar en una historia del parto como algo separado de la cultura en la que se lleva a cabo. La cultura en la que vivimos organiza nuestra percepción de la vida, de aquello que está bien y que está mal. Nos conmina a vivir de determinada manera, nos facilita la elección de ciertos caminos y nos cierra otros, nos impone discursos y mandatos sociales que se vehiculizan a través de instituciones y que nosotras interiorizamos, aunque a veces los cuestionamos, criticamos, desoímos o destruimos. Pero incluso en esos casos, los mandatos se posan como fantasmas de culpa, en especial sobre las mujeres.

Suele decirse, con relación al parto, que durante mucho tiempo, el momento del nacimiento fue un acontecimiento no solo centrado en la familia y alejado de las instituciones hospitalarias, sino que pertenecía a las mujeres: a las embarazadas, a las mujeres de la comunidad, a la partera. El parto, en cuanto acontecimiento íntimo y fisiológico de la vida de las mujeres, era acompañado por otras mujeres experimentadas, y la posición para llevarlo adelante era diversa: sentada, cuclillas, en cuatro patas. No se encuentran registros de que sucediera con la mujer acostada.

De las sociedades más antiguas han quedado rastros en pinturas rupestres y cerámicas honrando la fertilidad con figuras de mujeres embarazadas o pariendo. En el Antiguo Testamento pueden encontrarse registros del accionar de mujeres sabias acompañando partos. En la Grecia clásica, se sabe que Phainareté, la madre de uno de los filósofos más conocidos, Sócrates, ejercía de obstétrica y que alrededor del año 500 a. C. dichas mujeres gozaban de reconocimiento social, recibían honores y se dividían en dos grados: las de partos complejos y las de partos sencillos. De esa época se encuentra la primera descripción de un parto normal en los *Tratados hipocráticos* de Hipócrates.

Durante la Edad Media, como en cualquier otro aspecto de la vida, no era lo mismo parir siendo miembro de la nobleza que siendo campesina. En el campo se contaba con mujeres que conocían sobre plantas y brindaban servicios de curandería en general, lo que incluía tanto la partería como los abortos, ya que los médicos consideraban que el parto era un “asunto sucio” adecuado solo para comadronas y capadores. Es a fines de esta época cuando comienzan las persecuciones por herejía llevadas adelante por la Santa Inquisición, que derivarán en la caza de brujas de los siglos XV a XVIII de las que muchas curanderas-parteras fueron víctimas. Algunas historiadoras asocian la persecución y el control de las parteras con las necesidades de los incipientes Estados de controlar la natalidad: el cuerpo de las mujeres y su poder para dar vida empezaron a

transformarse en cuestiones de Estado.

El surgimiento de la obstetricia como una rama propia de la medicina suele situarse alrededor del siglo XVII. Es entonces cuando en el Hôtel-Dieu de París, el hospital más antiguo de esa ciudad, se autoriza oficialmente a los hombres a atender partos. El francés François Mauriceau y el holandés Hendrick van Deventer son considerados los “fundadores” del parto conducido por médicos. Al primero le debemos la difusión de la propuesta de que la mujer diera a luz en la cama, posición cómoda para los acompañantes pero extremadamente incómoda para la madre y el bebé. Su libro *Las enfermedades de las mujeres en el embarazo y el parto* es considerado la obra obstétrica más sobresaliente del siglo XVII. Deventer, por otro lado, publicó a comienzos del siglo XVIII *Nueva luz para las parteras*, el cual se convertiría en el primer estudio de anatomía de la pelvis, de sus deformaciones y de la relación de esta con el desarrollo del parto.

Sin embargo, un tiempo antes una familia de barberos había empezado a conmocionar los partos en Europa: los hombres de la familia Chamberlen, desde finales del siglo XVI, atendían partos en los domicilios utilizando una herramienta secreta que transportaban escondida en una caja para que nadie la viera. Fueron los inventores de los fórceps, elemento que manejaron con total discreción y recelo, ya que les traía espectaculares ganancias: antes del uso de los fórceps, si un bebé se quedaba atascado en el canal de parto, las maniobras más extremas llevaban a sacar el bebé “por piezas” o a fracturar el hueso pélvico de la madre; en ambos casos alguno de los dos participantes, o ambos, morían. Los Chamberlen mantuvieron en secreto por casi doscientos años su descubrimiento, ya que eso les permitía cobrar altísimas sumas de dinero por la atención de partos.

De esta manera, con el crecimiento del control sobre (y la exclusión de) las parteras y el avance de la medicina como instancia de control sobre el parto, se generó una de las grandes contradicciones del desarrollo de la medicina: del siglo XVII al XIX se produjo una epidemia de fiebre puerperal, un proceso infeccioso grave que puede afectar el organismo de una mujer tras un parto o aborto, y al recién nacido. Era habitual en los hospitales y provocaba la muerte de entre un 10 y un 35% de las embarazadas. Cuando a mediados del siglo XIX un médico húngaro, Ignác Semmelweis, planteó la posibilidad de que fueran las manos de los médicos las que transmitieran esa enfermedad, fue tan duramente criticado por sus colegas que el ostracismo al que fue sometido lo llevó al manicomio.

En *Historia de las madres y la maternidad en Occidente*, la historiadora Yvonne Knibiehler señala que hasta avanzado el siglo XX los partos se realizaban en el domicilio de las mujeres y las tasas de mortalidad materna variaban enormemente dependiendo de las condiciones ambientales. En los lugares en donde había mayor hacinamiento, eran más altas. La autora plantea que Semmelweis logró reducir la mortalidad materna a la mitad a partir de obligar a sus subordinados y a todos los que atendieran a las mujeres que estaban por parir a lavarse las manos. Pero, además, señala que los grandes progresos de la obstetricia no se llevaron adelante en los hogares –donde se producían los

nacimientos en general– sino en los hospitales, adonde iban a parir las mujeres más pobres, especialmente aquellas que no tenían pareja y habían sido expulsadas de sus hogares o vivían en la pobreza más absoluta. Era común en la época pensar que era indecente e inconcebible que un chico no naciera en el hogar familiar.

Para 1900, gracias a que Louis Pasteur confirmó la teoría de los gérmenes como causantes de las infecciones y a que Joseph Lister implementó métodos de antisepsia en cirugía, se aceptaron las recomendaciones de Semmelweis y todos los hospitales incorporaron los principios de Lister para evitar infecciones. Muchos de ellos, además, mostraron al mundo una nueva técnica que salvaba vidas: la cesárea. Lentamente, a partir de la incorporación de esa asepsia a los hospitales –algo que no necesariamente estaba presente en los hogares– la relación se invirtió y comenzó a ser más seguro parir en el hospital que en el hogar. Así, en el siglo XX las mujeres de mejor posición social iban a parir a las instituciones, mientras que las más pobres lo hacían en sus hogares acompañadas por parteras o matronas. Las parteras que se incorporaron como parte del personal hospitalario perdieron gran parte de su protagonismo en el proceso de parto. Pasaron a estar subordinadas a los médicos, para quienes siempre fueron subalternas. Se ponían a su disposición, y no a disposición de las mujeres, y esto comenzó a disolver una forma tradicional de solidaridad femenina.

Así, desde fines del siglo XIX el parto queda definitivamente fuera del control y los deseos de la mujer. Adrienne Rich lo llama “el parto alienado”: la mujer fue perdiendo su rol protagónico, su participación y su decisión; en muchos casos se la obligó a adoptar una posición antinatural para parir (recostada sobre su espalda), que la hacía quedar prácticamente inmovilizada y pasiva. Asimismo, se instala la búsqueda de analgesia para eliminar el dolor y se utiliza cloroformo: “parir como una reina” era sinónimo de parir dormida. Se hablaba de “sueño crepuscular” cuando se utiliza morfina y ecolopamina, amital sódico y nembutal, componentes que la mayoría de las veces, entre otras cosas, producen amnesia. “No puede inventarse una imagen más devastadora para ilustrar el cautiverio de la mujer: envuelta en sábanas, en posición supina, drogada, atada por las muñecas y con las piernas colocadas en estribos, en el preciso momento en que está trayendo la vida al mundo”, escribe Rich.

Y, si bien esta clase de analgesias se abandonaron a fines de la década de 1960, los protocolos de intervenciones se siguieron sucediendo y convirtieron en necesarios procedimientos en cadena que se aplican de manera rutinaria hasta el día de hoy: la epidural, el uso de oxitócicos, la cesárea, el fórceps y la episiotomía. En pos de un “parto seguro” en el que se puedan controlar y reducir los riesgos, estos procedimientos se fueron institucionalizando y tecnificando para transformarse en sinónimos de eficacia. El embarazo se transformó en una más de las patologías que atienden en hospitales los que “saben curar” y la embarazada se convirtió en enferma, en una “paciente” que no sabe qué le sucede y debe entregar su cuerpo a los que sí saben qué hacer con él.

Sin embargo, hay que destacar que si bien la hospitalización modifica directamente la escena del parto en relación con la falta de privacidad y de “nido”, la obligatoriedad de adoptar una determinada posición (acostada), la cantidad de intervenciones que, como

catarata, se provocan unas a otras, etc., tampoco podemos asegurar que antes de esto los partos fueran vividos como instancias placenteras. La frecuente ausencia total del compañero (es recurrente la imagen del hombre yendo al bar o la mención del somnífero entregado por el médico), la fuerza de la vergüenza, de entender todo aquello relacionado con lo sexual como algo sucio, el mandato del “parirás con dolor”, etc., nos hacen pensar en reacciones emocionales compartidas: miedo, tensión y dolor. Estas pueden verse desde dos lugares: como pedido de ayuda de un acompañamiento amoroso, de apoyo, consuelo y entendiendo el proceso como normal o, desde la perspectiva médica, como modo de “detener”, intervenir y “hacer” por la mujer.

“Existe una gran diferencia entre gritar pidiendo ayuda y exigir ser dormida; las mujeres (durante un parto físico y síquico) deben captar la importancia y el sentido del estadio de transición, a fin de aprender a exigir un cuidado y un apoyo activos y no el sueño crepuscular o el adormecimiento. Mientras el parto (en sentido metafórico y literal) continúe siendo una experiencia de entrega pasiva de nuestros cuerpos y de nuestras mentes a la autoridad masculina y a su tecnología, otras clases de cambios sociales solo podrán transformar en proporciones mínimas la relación con nosotras mismas, con el poder y con el mundo exterior a nuestros cuerpos”, escribe Rich.

La experiencia de los partos, como dijimos al principio, se inserta en una forma social determinada. Quizás por eso podamos pensar que no alcanza con des-hospitalizar los nacimientos de los bebés sanos de madres sanas con embarazos sanos, ya que no se trata solo de volver atrás, a lo que era. Los partos premodernos habrán sido íntimos pero no fueron placenteros porque el lugar de la mujer no lo era. Para cambiar la experiencia de los partos debemos cambiar nosotras y nosotros, cada uno, y juntos como sociedad.

1. Mariana Nazar es historiadora, archivera, feminista y madre. En este capítulo, la invitamos para que nos hable sobre el parto desde una perspectiva histórica, que nos servirá para entender y desnaturalizar la manera en que se lo trata hoy dentro del sistema médico.

3

FISIOLOGÍA DEL PARTO

El doctor después de revisar a la gata dijo: “Esta gata está completamente sana, lo que ocurre es que está embarazada. Pronto será el parto y nacerán los gatitos”. Los chicos hicieron muchas preguntas al doctor y él les fue explicando. Los gatitos eran varios, quizás tres o cuatro. Estaban comodísimos dentro de la panza de su mamá. Al nacer, los gatitos saldrían por un agujerito cerca de la cola, que al momento del parto se haría más grande, los gatitos pasarían por él fácilmente. Y les recomendó que le prepararan un cajón con trapos limpios, que la dejaran tranquila, sobre todo muy tranquila en el momento del parto, con cara seria insistió con que si ellos estaban ahí en el momento del parto no tenían que acercarse mucho a la gata y debían quedarse quietos y calladitos.

ROSA MARÍA REY

El fragmento que sirve de epígrafe a este capítulo es de un cuento infantil que describe la sencillez del parto de un animal y explica de manera clara un evento fisiológico y natural que solo requiere ciertas condiciones a su alrededor para darse. Los humanos nos equiparamos a los mamíferos en el proceso del nacimiento, pero la irrupción de la ciencia y la tecnología alrededor del embarazo, el parto y la lactancia han generado una distorsión enorme en los procesos que compartimos con ellos. Las hormonas que participan en la reproducción sexual, el parto y la lactancia se liberan en las estructuras más primitivas de nuestro cerebro, el sistema límbico, que incluye el tálamo, el hipotálamo y la amígdala cerebral, y regula las emociones, la memoria, el hambre y los instintos sexuales. El parto es un proceso involuntario, como explica Michel Odent, médico cirujano y obstetra francés pionero en investigaciones sobre nacimiento respetado: para traer a un bebé al mundo necesitamos un cóctel hormonal que libera la hipófisis, glándula cerebral que tiene como función ayudarnos a esa transformación necesaria en el parto que nos asemeja con el resto de los mamíferos.

Las mujeres, para gestar un bebé y transitar el embarazo, no necesitamos “hacer”

nada (siempre que el embarazo sea sano): basta con escuchar nuestro cuerpo y responder a sus necesidades. Estudios recientes tratan de probar si es el bebé quien emite la primera señal para que se desencadene el proceso de parto. Hasta ahora, lo que se sabía es que mediante las contracciones el útero, un órgano muscular con características únicas, empuja, aprieta y presiona al bebé, marcando el camino y determinando que es momento de nacer. Mientras esto sucede, la mujer –tranquila, bien acompañada, contenida, con libertad de movimiento– solo necesita transitar este proceso, atravesar las contracciones – que serán más o menos fuertes, más o menos dolorosas, según el umbral de dolor de cada una– de la manera más confortable posible. Las mujeres sabemos parir, contamos con esa capacidad como sucede con otros procesos fisiológicos (orinar, defecar o tener orgasmos, por ejemplo).

Hay un mito, muy alimentado por el cine, que indica que la primera contracción es sinónimo de emergencia: ¡hay que apurarse y correr contrarreloj al hospital porque el niño nacerá ya! Sin embargo, el trabajo de parto no es una urgencia ni una emergencia y, dependiendo de cada mujer y de si es primípara o no, puede durar pocas o muchas horas, e incluso días: cuando el proceso no es intervenido, solo resta acompañarlo, aunque los cambios en el tipo de atención institucional del embarazo y el parto han hecho que percibamos el embarazo y el parto como enfermedades para las que se requieren medicamentos, intervenciones y muchos controles. Haciendo una analogía con otro hecho fisiológico, sería ridículo pensarnos con gente alrededor que espera que orinemos o –más gráfico aún– tratar de hacer caca acostadas y con espectadores.

O pensemos en esta situación: sería casi imposible lograr un orgasmo con luces altas, extraños en los que no confiamos, personas que nos hacen preguntas racionales o nos apuran, en una posición incómoda, acostadas y sin libertad de movimiento..., sumémosle a eso intervenciones dolorosas sobre nuestro cuerpo. El parto fisiológico requiere muchas condiciones similares a las de una placentera relación sexual: intimidad, un ambiente con temperatura y sonidos agradables para la mujer que está en labor de parto, comodidad para atravesar las contracciones en las posiciones que su cuerpo le pida, en compañía de quienes ella elija y, sobre todo, tiempo, ¡todo el que sea necesario!

“Las mujeres de la India visualizan los pétalos de la flor de loto abriéndose para abrir el canal del nacimiento, un abrir suave, sin violencia alguna; claro que no se les ocurre ponerse a parir en decúbito supino, en medio de focos, entregadas a las órdenes de las autoridades médicas. Porque el parto, como todo acto sexual, requiere intimidad para que el cuerpo pueda abandonarse a la emoción y a la relajación. El desconocimiento de nuestro cuerpo y la pérdida de la confianza en él, junto con el miedo inculcado, nos hace hacer todo lo contrario de lo que el parto requiere; contraídas, llenas de miedo, entregamos nuestra confianza a las autoridades de la Medicina, que –cesáreas aparte– no pueden saber ni hacer lo que solo el cuerpo sabe cómo y cuándo hacer.”

Casilda Rodríguez Bustos, *Recuperando a la mujer prohibida*

Les propongo adentrarnos en la fisiología para entenderla en profundidad, ya que la

clave para poder experimentar un parto, tanto para las mujeres como para los familiares que acompañen, es contar con información completa, que es fundamental como herramienta de defensa y como anclaje desde donde pedir lo que necesitamos ante obstetras o instituciones. Ser capaces de entender el proceso del parto hace que nos movamos de ese lugar pasivo que el sistema nos propone al considerar que el saber es propiedad exclusiva del médico o médica.

Como dijimos, el proceso requiere de un cóctel de hormonas y no es casual que esas mismas hormonas –oxitocina, prolactina, endorfinas, adrenalina, entre otras– sean las que participan en las relaciones sexuales, el parto y la lactancia. Son hormonas que pueden ser inhibidas por la actividad del neocórtex, la zona cerebral más racional. Esta es una de las razones por la cual el parto y la lactancia son hechos sexuales, una continuidad de la gestación que debe ser vivida y tratada como tal.

Michel Odent logró disminuir las intervenciones médicas, el uso de fórceps y las cesáreas con solo dejar que las mujeres parieran en un lugar agradable, menos invadido por la tecnología, acompañadas y sostenidas física y emocionalmente. En su libro *La científicización del amor* explica que la separación entre los sistemas endócrino y nervioso es obsoleta, ya que todas las hormonas que se deben liberar en los procesos sexuales (relaciones, parto, lactancia) salen del cerebro, una glándula endócrina que interactúa a modo de red con el sistema nervioso.

Durante la fase activa del trabajo de parto, la mujer tiene su mayor actividad en lo que se denomina *cerebro primitivo* (hipotálamo, glándula hipófisis, pituitaria) y se lo llama así porque es el que compartimos con todos los mamíferos. Pero los humanos tenemos muy desarrollado el neocórtex (lóbulo frontal), encargado del razonamiento, el lenguaje, la cognición y los movimientos voluntarios. Si durante el parto activamos esta zona cerebral y sus funciones, inhibimos los procesos involuntarios que se están dando en esa fase, es decir, las llamadas *contracciones*.

Quienes se dedican a acompañar partos fisiológicos y las propias protagonistas reconocen cómo la mujer, en cierto punto, deja de estar “en este mundo”, se entrega, viaja a “otro planeta” cuando está más cerca de traer a su bebé de este lado: Odent lo llama “planeta parto”. Este pasaje es sumamente necesario para lograr finalizar el trabajo de parto, la dilatación y llegar a la fase final, llamada *periodo expulsivo*; por lo tanto, es primordial evitar todo tipo de inhibición de este cerebro primitivo.

¿QUÉ ESTÍMULOS INHIBEN EL PROCESO NEUROHORMONAL?

Lenguaje racional

El lenguaje racional se refiere a todo lo que son preguntas de datos concretos que suelen hacerse en las clínicas y hospitales: nuestro nombre, domicilio, fechas, dónde guardamos el bolso, etc. En general, las instituciones médicas estimulan esto todo el tiempo, instando a la mujer a estar presente, a que “no se vaya”. Las mujeres que logran parir a pesar de estar con su zona racional activa luego suelen contar que no disfrutaron

totalmente del parto ya que estaban “controlándose”. La partera, que nace como una figura maternal y debería brindarse como apoyo, muchas veces toma el rol de dirigir, indicar, emitir órdenes: “No grites”, “Pujá”, “Mirame”, funcionando como estímulo inhibitor. A menudo son también las encargadas del curso de parto, donde se dan pautas para el día del parto muy similares a un entrenamiento.

Sentirse observada

Sobre esto, Michel Odent explica que hay muchos estudios que evidencian los efectos neurohormonales de la presencia de un observador, ya que la falta de privacidad durante el proceso fisiológico del parto estimula el neocórtex. Incluso los mamíferos, que lo tienen menos desarrollado que nosotros, muestran esta necesidad de intimidad al momento de parir: se apartan de su grupo y buscan un lugar protegido, tal vez más oscuro, donde sientan que hay seguridad y que no habrá interrupciones ni presencias que amenacen el curso del parto. Trasladar estas condiciones a un sistema hospitalario parece imposible hoy en día. Tanto Odent como muchos profesionales que acompañan partos en domicilio señalan una conducta que se repite en este tipo de partos: las mujeres van moviéndose dentro de su hogar y muchas veces terminan el período expulsivo en algún pequeño rincón casi insólito, como la esquina de un ambiente o un baño.

Monitoreo constante

Ya vimos que es necesario no estimular el cerebro racional para preservar el proceso de parto. Pero ¿cómo lograrlo si estamos acompañadas del monitoreo, un dispositivo que amplifica los latidos del bebé? Existen salas de parto donde el número de pulsaciones aparece en una pantalla y en algunas instituciones incluso se prende una luz roja con sonido de alarma en caso de que descendan. Esto se suma a que el monitor –que se sigue usando en aproximadamente el 90% de las clínicas, hospitales y maternidades de nuestro país, tanto públicas como privadas– se coloca alrededor de la panza de la mujer con una cinta elástica que ajusta e incomoda, e incluso en algunos casos es sostenido permanentemente por la propia mujer. Por lo tanto, todo lo relacionado con el control de las funciones corporales mediante datos, frecuencia cardíaca del bebé, etc., estimula el neocórtex y despierta la alerta de que algo malo será avisado a través de las mediciones: eso es, naturalmente, un factor inhibitor.

Luz

En las salas de parto y de parto, la luz artificial es muy intensa y a menudo procede de reflectores. En los últimos tiempos, algunos médicos han comenzado a acceder a los pedidos de las mujeres por parir bajando las luces, incluso colocando velas en la sala de parto para crear la sensación de calidez e intimidad necesaria para que el parto se produzca.

El dolor

En este caso, no nos referimos al dolor propio y necesario del parto sino al sufrimiento que se puede evitar, y que es causado por:

- *La vía* que se coloca en el brazo para poder pasar suero, oxitocina, analgésicos, etc., que muchas veces duele, tira o incomoda al moverse.
- *Los tactos*, rutina que en general se usa abusivamente. Consiste en que el/la obstetra o la partera introduzcan sus dedos en la vagina hasta el cuello del útero para constatar la medida de dilatación a la que ha llegado la mujer. En caso de utilizarse, no debería ser en forma repetida, ni por diferentes profesionales y, mínimamente –como cualquier intervención en el cuerpo ajeno–, debería hacerse con delicadeza y cuidado, ya que lo más frecuente es que duela y que la zona uterina quede resentida por la violencia con que se suele practicar. Es una intervención que estresa a la embarazada, ya que la pone en alerta acerca del resultado que arroja, y genera ansiedad, cuando se menciona que el proceso “no progresó” o que “va muy lento”.
- *El desprendimiento de membranas* es una práctica que se lleva a cabo como un acelerador del proceso del parto. Es un tacto profundo introduciendo la mano del médico/a o partera, que llega a tocar la bolsa que rodea al útero con el objetivo de desprenderla para “mejorar” las contracciones. Muchas mujeres lo registran con un dolor aún mayor que el de los tactos.
- *La rotura de bolsa* es un procedimiento que suele realizar la partera con una tijera que pincha o rompe la bolsa (otra rutina innecesaria, ya que la bolsa de aguas se rompe con la presión del bebé y a veces hasta se pueden ver bebés que nacen con la bolsa intacta). Si bien la mayoría de las mujeres no sienten ese dolor en la bolsa misma, es una práctica molesta e invasiva que acelera las contracciones y se asocia con un consiguiente aumento en su ritmo, que suele conducir a su vez al pedido de anestesia por parte de las mujeres, generando lo que llamamos *cadena de intervenciones*.
- *La anestesia epidural*. Sobre esto, hay que remarcar dos cuestiones: el dolor del pinchazo, que depende del anestesista, y la tensión que rodea la aplicación de la anestesia. Es un momento donde hay que sentarse, echarse hacia adelante y, en general, se pide al padre o quien acompañe a la mujer que se retire. Nada de esto puede ser relajado y fluido.
- *La maniobra de Kristeller* se utiliza cuando se presuponen complicaciones en el momento expulsivo del parto. Nos dedicaremos a explicarla en detalle en otro capítulo; por ahora, basta con decir que es una práctica desaconsejada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los partos sanos, ya que no existen evidencias claras de su utilidad y puede provocar desgarros e incluso rotura del útero. La realiza una enfermera o médico corpulento, ejerciendo una fuerte presión sobre el fondo del útero para generar que el bebé se encaje en el canal de parto o

bien asome su cabeza. Muchas veces se hace directamente subiéndose encima de la mujer. Es tan violento como suena: causa dolor físico y muchas veces, miedo.

- *La incomodidad.* A todas las rutinas dolorosas que enumeramos hay que sumar la posición antinatural en la que está la mujer (en general, acostada sobre una camilla), la presencia de extraños, el frío o calor que siente y la negativa a permitirle que ingiera líquidos y/o alimentos durante el trabajo de parto.

Rápidamente nos podemos dar cuenta de que, en las instituciones médicas, es muy difícil preservarnos de tantos estímulos diferentes y evitar que el proceso natural sea interrumpido. Más aún, si nos apuramos a salir del hogar, el cambio mismo de ambiente genera el efecto de detener o espaciar las contracciones como resultado del estímulo inhibitorio.

Antes mencionamos que es necesaria una combinación de hormonas para desencadenar la labor de parto, que son las mismas que están presentes en otros momentos de la sexualidad femenina. Las principales hormonas que actúan en ese momento son:

- *Oxitocina.* Michel Odent la llama “la hormona del amor”. Segregada por la glándula pituitaria, localizada en el hipotálamo, se libera en el torrente sanguíneo y participa en una gran cantidad de actos relacionados con el placer, como la excitación sexual, el orgasmo masculino y femenino, y la masturbación femenina. Tiene un rol protagónico en la reproducción, ya que en el orgasmo masculino induce las contracciones de la próstata y las vesículas seminales, y en el femenino, favorece la absorción del espermatozoide hacia el útero. También genera las contracciones del útero al inicio, durante el trabajo de parto hasta el nacimiento y en el alumbramiento (expulsión) de la placenta. Luego del nacimiento, genera contracciones al amamantar para lograr la retracción natural del útero a su tamaño. Está presente a lo largo de toda la lactancia y su función es generar contracciones en las células musculares de la mama, lo que logra la eyección o salida de leche. Esta hormona aumenta en el momento en que el bebé muestra señales de hambre. Induce al apego y al comportamiento maternal porque su presencia genera mayor amor, paciencia y altruismo en la crianza del bebé. Es de suma importancia que el bebé reciba y produzca esta hormona naturalmente durante el trabajo de parto y hay varios estudios que demuestran las consecuencias de no haberla recibido (entre otras, falta de establecimiento del apego, dificultades en la lactancia, llanto e irritabilidad en las primeras horas de vida). Es inhibida por tensión, estrés y dolor, y tiene muchas diferencias con la oxitocina sintética que se suele recibir por vía endovenosa para “acelerar” el trabajo de parto.
- *Prolactina.* Es una hormona asociada a la oxitocina y se libera al alumbrar la placenta. Genera el apego y fabrica la leche materna: cuando el bebé estimula los receptores mamarios de la areola y pezón, se generan picos de prolactina. En las últimas semanas de gestación, produce la maduración de los pulmones del bebé.

- *Endorfinas*. Son hormonas del placer, una especie de “recompensa” que nos ofrece nuestro sistema límbico luego de un hecho necesario para la supervivencia de la especie: después del parto, recibimos una secreción de hormonas similares a la morfina que, además de provocar una sensación de paz, gozo y alegría, son un regalo de la naturaleza para sobrellevar el dolor y recordar la experiencia con felicidad. De ahí que la mujer madre pueda “olvidar” la intensidad de las contracciones y sienta que todo el proceso valió la pena por el placer de recibir a su bebé. También generan compensaciones durante el trabajo de parto. El bebé, por su parte, segrega sus propias endorfinas, y así la díada –mamá y bebé–, al entrar en contacto por primera vez, está bajo los efectos de opiáceos que aseguran el apego y el vínculo fundante. De esto ya se desprende la importancia de que la mamá y el bebé estén juntos en las primeras horas posparto, algo que en la mayoría de los nacimientos actuales no ocurre. Por otro lado, la lactancia como hecho indispensable para la supervivencia de los mamíferos también genera recompensas tanto para la mamá, que recibe endorfinas cada vez que su bebé mama, como para el bebé, ya que la leche las contiene. Esto se refleja en la cara del bebé quien, luego de mamar, parece entrar en éxtasis y sonreír dormido.
- *Adrenalina*. Es la hormona que se activa ante alarma, miedo y peligro. Es segregada ante cada rutina e intervención que nombramos anteriormente y la responsable de la estimulación del neocórtex. Si segregamos adrenalina, no podemos segregar oxitocina. Se ha comprobado empíricamente que en los partos en domicilio, cuando el papá comienza a ponerse ansioso, nervioso o controlador, genera adrenalina en el ambiente. Un recurso para evitarlo es que salga del hogar y vuelva más tarde con otra energía. Teniendo esto en cuenta, es fácil imaginar cuánta adrenalina favorece un equipo médico en el que todos trabajan apurados y actúan preventivamente tratando de controlar un proceso natural de manera artificial. Por otro lado, y como en este cóctel hormonal hay un exquisito equilibrio, algunos efectos de la adrenalina y de hormonas de la familia, como la noradrenalina, sí son deseables y necesarios; por ejemplo, la suba de adrenalina en el momento de reflejo de eyección del feto hace que muchas mujeres muestren un aumento de energía y a veces necesiten ponerse de pie. Estas hormonas también se relacionan con la alerta necesaria para estar atentas a la seguridad del lugar al que entrará la cría. El bebé también libera hormonas de la familia de la adrenalina como método de supervivencia en los instantes previos a su salida. Esto puede verse en su mirada: tiene las pupilas dilatadas y fijas clavadas en los ojos de la madre, un hecho fascinante y fundante de la relación en los primeros minutos posteriores al nacimiento, dentro de la llamada *hora sagrada*, en la que estas hormonas son las encargadas de asegurar su supervivencia haciendo que reconozca a su madre y poniendo en marcha sus reflejos para buscar el pezón, prenderse a la teta y succionar.

Para terminar de entender la semejanza entre los hechos sexuales, entre los que se

encuentra el parto, basta con ver que todos finalizan con una misma respuesta fisiológica, que es un reflejo de eyección: el del semen y fluidos vaginales en la relación sexual, el del bebé en el parto y el de la leche en la lactancia.

Lamentablemente, en las últimas décadas la obstetricia se ha dedicado a la intervención y el control del mecanismo natural del embarazo y el parto. La antropóloga Robbie Davis-Floyd, antropóloga cultural especializada en la antropología del nacimiento humano que ha llevado a cabo estudios sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y el parto, y sobre las creencias, actitudes y formación de los/as obstetras, explica en varias investigaciones los motivos que producen este fenómeno de industrialización del nacimiento, en el cual se ha cambiado el protagonismo de las hormonas por el de las invasiones, las drogas, los medicamentos y, con mucha frecuencia, se recurre a una cirugía mayor: la cesárea.

“Como resultado, gran parte de nuestro conocimiento del parto sin medicamentos se ha perdido. Los médicos a menudo ya no saben cómo atender partos normales con paciencia. Después de todo, ¿por qué aprender a asistir a un parto vaginal de nalgas cuando una cesárea es mucho más fácil (para el médico)? A medida que el nacimiento se hizo más medicalizado en todo el mundo, en la mayoría de los lugares, las parteras perdieron su prestigio como las guardianas y guías en los partos normales, llegando a ser subordinadas a los médicos y dejando fuera las prácticas tradicionales hacia enfoques más industriales y tecnocráticos. Sin embargo, un renacimiento de la obstetricia está teniendo lugar: a medida que más y más parteras se dan cuenta de lo que se está perdiendo, están trabajando para recuperar sus posiciones como las guardianas y los investigadores de los conocimientos sobre el parto fisiológico, hablando y practicando fuera del paradigma dominante, manteniendo abierto un espacio conceptual donde el nacimiento tecnocrático puede ser impugnado.”

Robbie Davis-Floyd, *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*

Estas palabras señalan las intenciones de parteros/as, obstetras, organizaciones, activistas y mujeres de visibilizar la necesidad de un retorno a lo natural que permita rescatar lo más valioso de nuestra especie: nuestras capacidades innatas y filogenéticas nos dan un respiro ante tanta distorsión y sin duda son la esperanza que nos sostiene para seguir difundiendo nuestro reclamo. Si comprendemos lo que sucede en el milagro del nacimiento, ya tendremos una buena parte del camino hecho. Será necesario, entonces, encontrar a quienes estén dispuestos a acompañar y cuidar este proceso. La información nos permitirá reconocer enseguida cuándo no se respetarán las mínimas condiciones para parir naturalmente.

4

CASCADA DE INTERVENCIONES

El poder está en ti y solo en ti.

¿Quién puede comer por ti?

Nadie, es obvio.

¿Quién puede dormir por ti?

Nadie, otra vez.

¿Y quién puede parir en tu lugar?

Nadie. Realmente nadie más que tú. Tú y solamente tú. En el momento en el que puedas interiorizar este concepto fundamental resolverás cada uno de tus problemas y dejarás de buscar a una persona o un lugar para dar a luz.

Entenderás entonces que hay una sola cosa que hacer: quedarte cerca de ti misma.

FRÉDÉRIC LEBOYER

Una vez que conocemos el proceso natural que se lleva a cabo para que nazca el bebé, podemos comprender qué condiciones necesita la mujer para atravesar el parto.

Actualmente, en las instituciones, los partos no son considerados como lo que son, un proceso fisiológico, sino que son intervenidos y controlados para que se den de manera rápida y “segura”. Según datos recogidos por El Parto Es Nuestro, una asociación española sin fines de lucro que busca mejorar las condiciones de parto y posparto en madres e hijos, se estima que solo el 10% de las intervenciones obstétricas que se realizan habitualmente están basadas en la evidencia científica. El 90% restante, por tanto, tiene el potencial de causar daño sin beneficios demostrados.

La llamada *cadena de intervenciones* es el conjunto de acciones que interfieren el trabajo de parto generando, consecuentemente, la necesidad de realizar nuevas intervenciones. Un buen ejemplo es la colocación de anestesia para calmar el dolor y el ritmo intolerable de las contracciones provocadas por la administración de oxitocina sintética (un proceso llamado *goteo*), que son muy diferentes a las contracciones naturales.

Comencemos por la primera de las situaciones en el entorno de la mujer por parir que cambian el equilibrio hormonal necesario: la salida desde la casa –que es un lugar seguro, cómodo y conocido– hacia la institución, incluido el traslado, genera estímulos que activan la respuesta de adrenalina, que es la hormona que inhibe la oxitocina que se necesita para todo el trabajo de parto.

Una vez que entramos en la institución perdemos privacidad e intimidad, nos hacen preguntas, recibimos indicaciones e incluso órdenes de personas desconocidas que activan nuestra adrenalina. Muchas veces el progreso del trabajo de parto y la dilatación, sobre todo si estamos recién empezando, se detienen al llegar allí (si llegamos a la maternidad, clínica u hospital con el trabajo de parto avanzado es menos factible que esto suceda).

Sumemos a esta situación la falta de libertad de movimiento, ya que, salvo excepciones, al ingresar estaremos acostadas y nos colocarán el cinturón para monitorear al bebé. Tampoco podremos comer ni beber nada hasta después del nacimiento, lo cual muchas veces se traduce en largas horas de ayuno y sed. También nos colocarán una vía en el brazo, y lo más habitual es que después de muy poco tiempo nos pasen a través de ella oxitocina sintética para acelerar el proceso. Este químico conlleva distintos efectos colaterales:

- Incremento de la necesidad de analgesia por el aumento de dolor.
- Mayor frecuencia de taquisistolía (aceleración en la frecuencia de las contracciones).
- Mayor frecuencia de hipertoniá del útero (tono muscular alto).
- Mayor riesgo de rotura de útero (especialmente en mujeres con cesárea previa).
- Mayor riesgo de sufrimiento fetal.
- Mayor riesgo de hemorragia posparto.
- Mayor tasa de partos instrumentales (uso de fórceps) o cesáreas.

Esta droga genera lo que podríamos denominar, para distinguirlas de las contracciones naturales, *contracciones sintéticas*. La principal diferencia es que son muy difíciles de soportar, aunque esto, por supuesto dependerá de nuestro umbral de dolor –que puede variar mucho de una mujer a otra–, el ritmo con el que avanzan hacen que no lleguemos a tomar aire y a recuperarnos para la siguiente contracción. Se requieren al menos dos minutos entre contracciones para recobrar el nivel basal de saturación de oxígeno fetal, de modo que si las contracciones se suceden con más frecuencia, el bebé es incapaz de recuperarse completamente y esto da lugar al sufrimiento fetal, una frase muy utilizada por los médicos a la hora de justificar la emergencia o la indicación de cesárea. Es importante que sepamos que en la mayoría de los casos este sufrimiento del bebé está directamente relacionado con la oxitocina sintética y la falta de libertad de movimiento y no con una contingencia intraparto.

Por lo tanto, cuando se usa oxitocina sintética hay que monitorear de manera continua la frecuencia cardíaca fetal, para poder advertir enseguida si las contracciones lo

perjudican. Esto implica que, si no se dispone de un monitor inalámbrico, se verá comprometida nuestra movilidad y deberemos estar atadas al monitor mediante cables, con el consiguiente aumento del dolor, incomodidad, dificultad para el descenso del bebé, etc., que esto conlleva.

Todo este escenario está acompañado por la falta de libertad de movimiento para buscar posiciones que ayuden a transitar la contracción, además de la presión ejercida por quienes están esperando y nos apuran para que dilatemos. En muchos casos, la partera o el/la obstetra realizan tactos y nos van informando de la falta de progreso, de lo lento que vamos, de la necesidad de agregar más oxitocina, que “lo mejor sería hacer una cesárea y ya”..., entre otros comentarios cargados de desaliento.

Generalmente al llegar a este punto se rompe artificialmente la bolsa de aguas, lo que genera más contracciones y hace que necesitemos anestesia peridural para poder seguir. Según la dosis que se administre, podremos continuar teniendo registro de nuestro cuerpo y disminuirá el dolor; en ese caso, es factible lograr parir vaginalmente. Pero muchas veces quedaremos con nuestras piernas y zona baja sin sensibilidad, lo que hace que no se sientan las contracciones ni la necesidad de pujar. En este caso, el/la obstetra tiene que indicar cuándo hacer fuerza y es difícil darse cuenta si estamos pujando o no, ya que no sentimos nada de la cintura para abajo. La frutilla del postre es que nos comunican que a nuestro bebé le están bajando los latidos (cosa que, dentro de ciertos parámetros normales, le sucede al bebé ante cada contracción natural). Es cierto que este dato en algunos casos puede ser un indicador de riesgo, pero en muchos otros se lo utiliza como argumento para terminar con el intento de parto vaginal.

¿Qué dice la OMS sobre esto? En lo que se refiere al uso de perfusiones intravenosas y de anestesia durante el parto, en su “clasificación de las prácticas en el parto normal” del año 1999, la OMS incluye, entre las “prácticas que son claramente útiles y que deberían ser promovidas”, los “métodos no invasivos, no farmacológicos, de alivio del dolor durante la dilatación, como el masaje y las técnicas de relajación”. Entre las “prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces, que deberían ser eliminadas”, señala la “perfusión intravenosa de rutina en el parto” y entre las “prácticas que a menudo se utilizan inadecuadamente”, considera la “restricción de líquidos y alimentos durante el parto” y el “control del dolor con anestesia epidural”.

La posición para parir que aún se utiliza en la mayoría de las instituciones médicas se llama *litotomía* e implica estar acostada boca arriba con las piernas en los estribos. Así, nos vemos obligadas a empujar al bebé por el canal de parto aplastado por el peso del cuerpo y en contra de la gravedad. Esto aumenta la necesidad de ayuda para sacar el bebé: maniobras manuales, tironeos e incluso el uso de fórceps, un instrumento quirúrgico metálico compuesto por dos palas articuladas (como una tijera) que se introduce en la vagina con el fin de sujetar la cabeza del feto para traccionarlo y/o rotarlo y extraerlo del cuerpo materno. Esta herramienta aumenta el riesgo de desgarros en el útero y en el suelo pélvico. En cuanto al bebé, las consecuencias van desde marcas

dolorosas en su cabeza y rostro que duran unos días, que tienen una influencia negativa en el inicio de la lactancia, al aumento del riesgo de ingreso a neonatología por daños como consecuencia de la presión del instrumento e incluso lesiones severas, como hematomas, hemorragias intracraneanas, fracturas de cráneo y parálisis facial. Cada vez son menos los/as obstetras que los utilizan, pero la práctica aún existe.

Otras de las intervenciones asociadas a la litotomía es la episiotomía. Se trata del corte en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del período expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí. Este procedimiento se realiza con tijeras o bisturí y se sutura luego para su reparación. En caso de que la anestesia no haya afectado toda la zona inferior o de que ya haya pasado su efecto, este corte y la sutura se sienten y se sufren. La práctica rutinaria de la episiotomía, además, tiene varios riesgos asociados:

- Mayor riesgo de desgarros.
- Mayor riesgo de hemorragia.
- Mayor riesgo de infección del corte y los puntos de sutura.
- Mayor probabilidad de resultados anatómicos insatisfactorios en la cicatrización y resultado final.
- Probabilidad de padecer prolapso vaginal, fistulas rectovaginales y fistulas anales.
- Relaciones sexuales dolorosas durante los primeros meses después del nacimiento.

Por último, para lograr artificialmente la fase del expulsivo, muchas veces se aplica la intervención que resulta más invasiva y brutal: la maniobra de Kristeller. Aquí interviene la partera o incluso el/la anestesista –quien sea más corpulento– empujando la parte superior de nuestro vientre para que el bebé baje. Otras veces el profesional incluso se sube sobre nuestro cuerpo para lograrlo, algo que –además de la impresión y el miedo que produce– está desaconsejada por la OMS y por textos científicos que señalan las lesiones que puede ocasionar. En varios países europeos, es una práctica prohibida por ley.

Para el bebé, algunas consecuencias de esta maniobra son:

- Aumento de la probabilidad de las complicaciones propias de la distocia de hombros.
- Fracturas.
- Hipoxia (disminución en la cantidad de oxígeno suministrado por la sangre a los órganos).
- Lesiones de órganos internos.
- Hematomas.

Para la madre, las consecuencias pueden ser:

- Hemorragia y contusiones.
- Rotura del útero e inversión uterina, que pueden provocar hemorragias graves.

- Aumento del riesgo de desgarros perineales y vaginales.
- Prolapso urogenital.
- Fractura costal.

Si todavía la cascada de intervenciones no nos llevó al quirófano para una cirugía, el parto se produce por vía vaginal –y no “natural”, como suele decirse, ya que todas estas intervenciones poco tienen de naturales o fisiológicas–. Entonces, restará el último paso, que es el alumbramiento de la placenta. Cuando se espera a que esto suceda de manera espontánea, el útero continúa teniendo contracciones para expulsarla. En la situación ideal, el bebé ya está en nuestro pecho y respondiendo a sus primeros reflejos de búsqueda de la mama y succión. Explorando, lamiendo o succionando el pezón, el bebé será parte de este maravilloso mecanismo, ya que genera oxitocina endógena o natural y contracciones para que la placenta salga del útero. El tiempo normal de espera para que esto suceda, luego de que el cordón umbilical deje de latir, es normalmente de entre diez y treinta minutos, aunque puede demorarse en salir una hora o más. La duración depende de cada mujer y de cada parto.

Por otro lado, la anestesia epidural puede hacer que al bebé le cueste más agarrarse al pecho, por la inhibición de la producción natural de su propia oxitocina. Esto retrasa el alumbramiento de la placenta pues, al no haber succión del pezón, no se da el pico necesario de esta hormona para su desprendimiento natural. Basta entonces con que nos provean tranquilidad, comodidad y un ambiente cálido: el simple hecho de colocarnos una manta o encender un calentador puede facilitar el alumbramiento. La verticalidad también ayuda a que salga la placenta, pues una vez desprendida del útero resbala hasta la vagina y la sensación de peso activa de nuevo las ganas de pujar.

Algunas fuentes y modelos de atención del parto dicen que la duración de esta etapa se considera prolongada si no se completa en los treinta minutos posteriores al nacimiento, porque se asocia con un incremento en la incidencia de hemorragias posparto. En estos casos, se indica oxitocina endovenosa para acelerar el proceso. Otra conducta muy habitual es realizar una tracción controlada de cordón umbilical para extraer la placenta, lo que obliga a cortarlo (si aún no había sido cortado). Esta práctica, muy extendida, de tirar del cordón para forzar la salida de este órgano, está totalmente desaconsejada, entre los riesgos existe el de una hemorragia, que es precisamente lo que se trataba de evitar. En otros casos, tendrán que dormirnos para extraerla quirúrgicamente. Así, no podremos sostener, recibir ni amamantar a nuestro bebé durante sus primeras horas de vida, un momento crítico en la creación del vínculo madre e hijo.

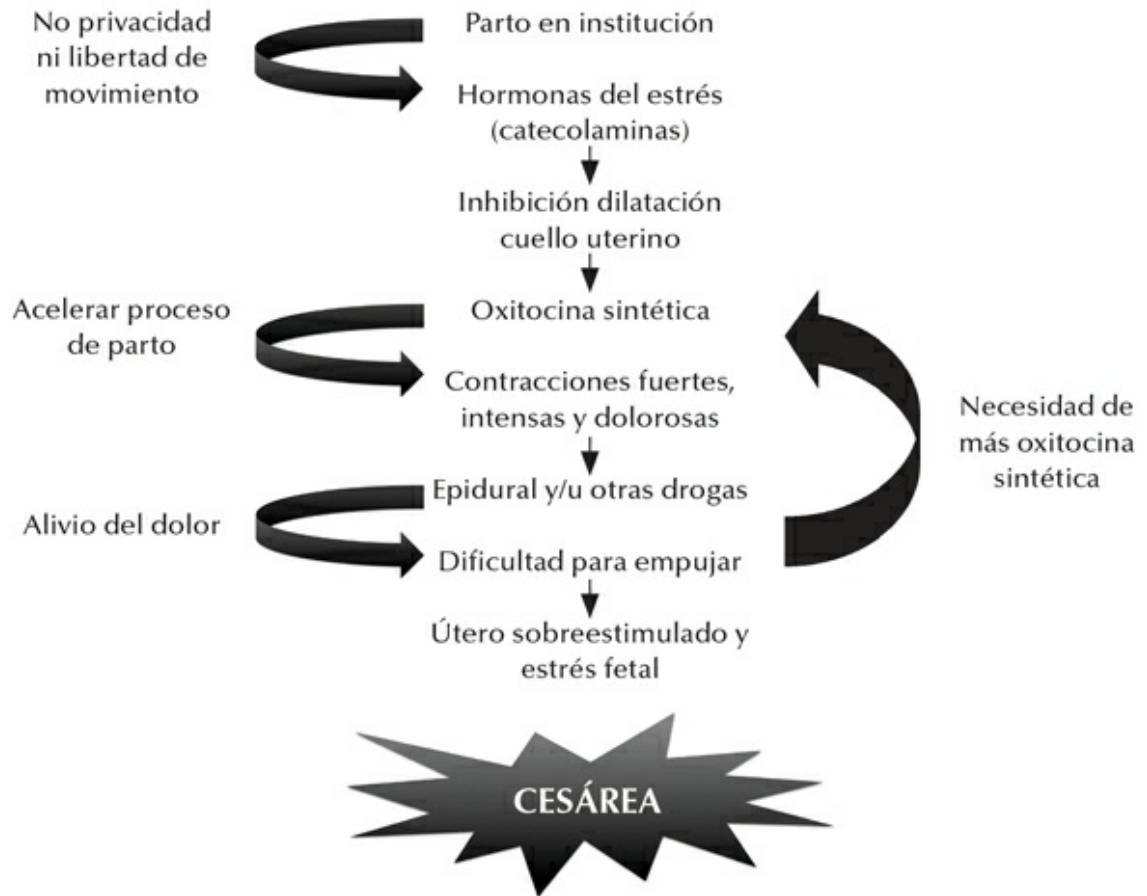
La OMS incluye, entre las “prácticas que son claramente útiles y que deberían ser promovidas”, el “contacto inmediato piel con piel de la madre y el hijo y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto”. Entre las “prácticas de las que no existe evidencia clara y deben usarse con cautela”, señala la “ligadura y sección precoz del cordón umbilical”.

Ibone Olza Fernández, doctora en medicina y psiquiatra española especializada en maternidad, postula que tanto las cesáreas como los partos intervenidos –instrumentales– dejan en las madres secuelas físicas y psicológicas perdurables de distinta gravedad, como depresión y síndrome de estrés postraumático (SEPT), que pueden afectar las relaciones sexuales de la mujer e incluso sus relaciones familiares, además de reducir su fertilidad. Los partos traumáticos y la separación madre-hijo perjudican la lactancia materna y el establecimiento del vínculo afectivo. Además, los trastornos ocurridos en el comienzo de la vida pueden tener una influencia negativa posterior en el desarrollo emocional, físico e intelectual del niño.

A esta altura, podemos preguntarnos ¿qué es menos riesgoso y menos complicado: parir acostada, en cuclillas o en bancos de parto para evitar tantas intervenciones?, ¿que nos esperen y nos acompañen o que comiencen interfiriendo el proceso y generando la necesidad de más intervenciones? La respuesta está clara, pero todavía falta mucha información y más cambios en los modelos de atención para que no quedemos expuestas a tantas prácticas innecesarias y a sus consecuencias.

Lo más importante es comprender que en la cascada de intervenciones cada práctica obliga y justifica la siguiente; es una escalada que conviene no iniciar o hacerlo con sumo criterio. Es importante aclarar que algunas de estas intervenciones pueden ser un recurso útil y ser bien utilizadas por médicos partidarios de respetar los tiempos de los procesos fisiológicos.

La cascada de intervenciones



5

LOS MITOS DEL PARTO

Creer: 1. tr. Tener algo por cierto sin conocerlo de manera directa o sin que esté comprobado o demostrado.

DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA

La mayoría de las frases que veremos a continuación se escuchan habitualmente cuando se habla del parto. Son afirmaciones que no tienen sustento científico pero se transmiten y se repiten, y van quedando en el imaginario colectivo como certezas.

Para derribar mitos, es fundamental la información. En la lista que sigue presentamos algunos de los tantos que circulan y proponemos respuestas breves, que tienen como base las recomendaciones de la OMS, entre otros estudios e investigaciones. Recomendamos, además, ampliar cada tema en los capítulos correspondientes y con la bibliografía que se encuentra al final del libro.

“Me tienen que inducir o hacer cesárea porque llegué a la semana 40 y no comienza el trabajo de parto”

Se considera que el embarazo está a término entre la semana 37 y la 42. Puede ser necesario realizar controles (como una ecografía Doppler) pasada la semana 40 para verificar que la circulación entre el bebé y la placenta sea normal. Pero en un embarazo sano, no existen motivos para inducir (provocar el comienzo del trabajo de parto mediante maniobras manuales o con farmacología) o realizar cesárea.

“Me dijeron que me tienen que realizar tactos desde la semana 38 para ver cómo va todo”

Si el trabajo de parto se desencadena en forma espontánea no existen indicios previos que puedan evaluarse mediante un tacto. Los tactos son una intervención innecesaria que muchas veces causa dolor y sangrado. También generan riesgo de infección, ansiedad y no aportan información válida.

“Voy a cesárea porque no dilato”

Todas las mujeres somos capaces de tener contracciones, dilatar y parir si estamos en condiciones adecuadas y contamos con el tiempo necesario.

“Cuando se rompe la bolsa empieza el trabajo de parto”

Hay que diferenciar entre fisura y rotura. A veces la bolsa se rompe durante el trabajo de parto y otras veces unas horas antes. En la gran mayoría de los casos el parto se desencadena espontáneamente antes de las cuarenta y ocho horas de rota la bolsa. Una vez que se rompe, hay que evitar infecciones desde la vagina hacia el bebé; por lo tanto, no se recomiendan los baños de inmersión ni los tactos vaginales y hay que evaluar la necesidad de indicar antibióticos.

“Si no te hacen una episiotomía te desgarrás”

Está demostrado que la episiotomía no evita los desgarros graves y que no debería hacerse en forma rutinaria. Los desgarros tienen recuperación fisiológica mientras que la episiotomía no. En un parto con tiempo y libertad de movimiento no necesariamente se producen desgarros.

“No se puede comer ni beber durante el trabajo de parto”

Beber líquido o ingerir comidas livianas y energéticas previene la fatiga materna. La OMS recomienda no restringir la ingesta de alimentos durante el parto. La prohibición habitual se debe al riesgo de síndrome de Mendelson, que es la aspiración pulmonar de vómito bajo anestesia, en caso de cesárea, pero la evidencia actual ha demostrado que el riesgo es prácticamente inexistente con anestesia raquídea.

“Una cesárea es más segura que un parto vaginal”

Una cesárea tiene mayor probabilidad de provocar hemorragia e infecciones maternas y aumenta el riesgo de dificultad respiratoria para el recién nacido.

“La peridural no tiene riesgos”

Es una intervención médica y, como tal, conlleva riesgos para la mamá y el bebé que deben ser debidamente informados a cada mujer.

“Sin peridural no podés disfrutar del parto”

Cada mujer es diferente y tiene derecho a transitar el parto según sus deseos y debidamente informada. Hay otros métodos de alivio del dolor que no requieren

intervención farmacológica, como masajes, uso de diferentes posturas, duchas o baños.

“El parto puede ser peligroso si el bebé es grande porque se puede trabar en el canal de parto”

El cuerpo gesta un bebé que podrá parir. Si no se pare acostada y se cuenta con la posibilidad de buscar la posición adecuada para facilitar el paso del bebé por el canal de parto, esto no sucede.

“No es necesario esperar para cortar el cordón”

El corte oportuno o tardío del cordón previene la anemia durante los primeros meses de vida del bebé.

“La hora sagrada es un mito”

Está comprobada científicamente la importancia de evitar la separación de la mamá y el bebé para el óptimo establecimiento del vínculo de apego y la lactancia.

“El bebé no siente dolor con las intervenciones (pinchazos, baño, aspiraciones) y no lo recuerda”

Existen estudios que registran el estrés y aumento de cortisol en los bebés, incluso desde el útero. El nacimiento es un cambio muy abrupto y las intervenciones en ese momento son estímulos agresivos que recibe en soledad emocional y no puede procesar.

“No hay que gritar durante el parto porque perdés fuerza”

Las mujeres somos libres de expresar nuestras emociones. El grito, como en cualquier situación apasionada, refuerza nuestras intenciones.

“Durante el trabajo de parto tenés que estar acostada y monitoreada para cuidar la salud del bebé”

Solo en los embarazos de alto riesgo el monitoreo puede aportar datos beneficiosos. Para el resto de los casos, el monitoreo constante ha demostrado ser perjudicial, debido a que aumentan las cesáreas por errores diagnósticos. Parir acostada es antifisiológico y se asocia a numerosas complicaciones; además, aumenta la necesidad de intervenciones que no harían falta si se permitiera parir en otra posición.

“El monitoreo electrónico tiene que ser constante”

Los estudios señalan que cuando el monitoreo es intermitente la tasa de cesáreas

disminuye en un 50% sin que aumente la mortalidad fetal.

“Hay que romper la bolsa antes de que nazca porque ya no cumple ninguna función y ayuda a acelerar el parto”

La bolsa protege al bebé de infecciones y amortigua el impacto de su cabeza contra la pelvis ósea. También hace que el parto sea menos doloroso, ya que la cabeza del bebé no impacta directamente sobre el cuello uterino. El bebé puede nacer incluso con la bolsa intacta.

“Tengo una cesárea anterior y me dijeron que si intento un parto vaginal se me puede romper el útero”

La probabilidad de rotura de útero es menor al 0,5% y depende mucho de los antecedentes de cada mujer: si tuvo infecciones posquirúrgicas en la cesárea anterior o si hubo un uso indebido de oxitocina para acelerar el parto.

“Todos los partos requieren goteo (oxitocina sintética)”

La mayoría de los partos solo requieren tiempo, paciencia y condiciones adecuadas.

“La inducción con oxitocina es mejor porque parís más rápido”

La oxitocina sintética tiene riesgos: genera contracciones más rápidas y dolorosas (porque no tienen un ritmo natural) y requieren nuevas intervenciones que incluso llevan a que la mujer pida la cesárea porque no soporta el dolor.

“Hay que colocar la vía por si hay una emergencia”

La vía debe colocarse solo si se prevé que pueda haber alguna complicación. En la mayoría de los partos sanos no es necesaria.

“Las cesáreas previenen el prolapso y la incontinencia urinaria”

Hay una tendencia hereditaria a los prolapsos con o sin incontinencia urinaria. Estos trastornos pueden ocurrir independientemente de la vía del parto por el peso de la gestación sobre un periné poco elástico o por ejercicios inapropiados durante el embarazo (correr, saltar, levantar pesas, etc.).

“Tengo trombofilia y voy a cesárea programada”

Se puede esperar a que se desencadene el trabajo de parto y parir más allá de la patología. El diagnóstico de trombofilia en sí mismo no es indicación de cesárea. Lo

respetuoso es informar las posibilidades, tener en cuenta el deseo de la mujer (esperar a que se desencadene el parto o adelantar el nacimiento programando una cesárea) y sus antecedentes (pérdidas gestacionales previas, por ejemplo).

“Fui a cesárea porque no supe pujar”

El pujo es espontáneo y se genera cuando el cuerpo lo necesita. No hay que aprender a hacerlo.

“Fui a cesárea porque el bebé estaba alto y no bajaba”

Esto se relaciona directamente con no dar tiempo ni libertad de movimiento en la última etapa del parto. Si se espera, en la mayoría de los casos el bebé baja.

“Me dicen que iré a cesárea porque soy estrecha de caderas”

Es una falsa indicación. La pelvis no es una estructura rígida; es flexible y durante el embarazo lo es aún más por el efecto de las hormonas. En el parto se abre para permitir el paso del bebé y solo hace falta que las circunstancias acompañen (libertad de movimiento, posturas fisiológicas, tiempo) para que lo haga. La verdadera desproporción cefalopélvica es muy poco frecuente: se diagnostica por medio de estudios específicos y puede darse en mujeres de talla muy baja (menos de 1,50 metros) o que tienen alguna deformidad en la cadera y que están gestando bebés que se presume tienen un tamaño grande.

“El parto en casa es peligroso porque es antiséptico”

Todo lo contrario: un parto planificado en domicilio (PPD) se asocia a una mejor respuesta del sistema inmunológico del recién nacido, ya que este entra en contacto con el entorno conocido y reconocido por el sistema inmunológico de la madre, salvo en casas que, por cuestiones de higiene y salubridad, no sean aptas para un nacimiento. Un hogar que no tenga las condiciones básicas para ser escenario de un parto tampoco las tiene para recibir dos o tres días después a ese bebé. En esos casos lo que está en discusión no es el lugar del nacimiento en sí, sino la calidad de vida de esa familia.

“Sin una ambulancia en la puerta el parto en casa es muy arriesgado”

En ninguna parte del mundo hay una ambulancia en la puerta esperando. Solo un pequeño porcentaje de los partos domiciliarios (aproximadamente un 10%) necesita un traslado y entre las razones que lo motivan no se encuentran las emergencias reales, salvo en casos rarísimos. El motivo más frecuente es lo que se conoce como *cansancio materno*, nada más lejos de una emergencia. Un PPD no es un acto librado al azar. Los profesionales que asisten en casa están capacitados para detectar señales que indiquen

que el proceso se complica e intervenir o trasladar en consecuencia. En esos casos, la salida de la casa se hace con tiempo y se realiza en autos particulares.

“Fui a cesárea porque el bebé tenía vueltas de cordón”

El cordón umbilical contiene una jalea elástica que hace que no se pueda comprimir, manteniendo así los vasos sanguíneos bien protegidos. Por eso, en situaciones normales, las vueltas de cordón (sean cuantas fueren) no tienen ningún significado y no son indicación de cesárea. Además, el bebé es oxigenado por el cordón y no respira por la tráquea, rara vez las vueltas de cordón afectan su bienestar.

6

LA EPISIOTOMÍA

La episiotomía casi nunca es una necesidad, pero siempre es una agresión violenta a la sexualidad, una mutilación ritual aceptada por la sociedad que deja una cicatriz en el cuerpo y en el alma de la mujer marcándola para siempre, como algo que certifica el paso por la maternidad.

FERNANDO DAVERIO

¿Qué es la episiotomía? Como ya dijimos, es una incisión, un corte en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del período expulsivo del trabajo de parto o durante el parto en sí. Este procedimiento se realiza con tijeras o bisturí y debe repararse por medio de una sutura. Una de las primeras consecuencias indeseadas es el dolor y ardor que produce, dado que muchas veces en el periné la anestesia peridural aplicada no llega a cubrir esta zona en un cien por cien.

Es una rutina muy extendida a pesar de sus consecuencias, que van de molestias leves a graves. Genera una difícil recuperación, sumando dificultades y dolores en las primeras semanas posteriores al parto, cuando también tenemos síntomas de retracción uterina y bajada de leche. Al retomar la actividad sexual, muchas veces lo más molesto y hasta doloroso es la herida y los puntos de la episiotomía. Incluso algunas mujeres, debido a esta intervención innecesaria, no logran volver a disfrutar de sus relaciones sexuales por incomodidad o dolor, ya que la episiotomía puede alterar la funcionalidad del piso pélvico por la sección de los músculos y nervios durante el corte.

Uno de los argumentos favoritos de los/as obstetras es que la realizan para evitar desgarros. Pero estos, en comparación, tienen una mejor y más rápida recuperación, no siempre precisan sutura y tienen una evolución natural y fisiológica: nunca es lo mismo un desgarro que un corte de músculos que no volverán a recuperar su estructura.

“Sin ningún estudio que la avale y mucha evidencia científica en contra, la persistencia de la episiotomía de rutina es una de las grandes incógnitas de la obstetricia medicalizada. Supuestamente concebida para evitar lesiones, se practica indiscriminadamente a casi todas las mujeres, lesionándolas

de hecho. Que un ‘cortecito limpio’ previene las lesiones graves del perineo es uno de los mitos más arraigados entre muchos profesionales. Sin embargo, hasta los niños saben que no hay mejor forma de desgarrar un tejido que hacerle, precisamente, un cortecito limpio. En realidad, muchos desgarros profundos corresponden precisamente a extensiones de la episiotomía. El principal argumento que apoya el uso de la episiotomía es que ‘previene desgarros’. Pero hoy en día, se considera que las principales causas de desgarro grave son la posición tumbada, la dilatación forzada químicamente, los pujos dirigidos y, sobre todo, la propia episiotomía.”

Isabel Fernández del Castillo, *La revolución del nacimiento*

La episiotomía se comenzó a implementar cuando aumentaron los partos con uso de fórceps y ambas rutinas están fuertemente relacionadas con intervenciones previas antifisiológicas, como parir acostadas o dilatar artificialmente con oxitocina intravenosa. En países donde se apoya el acompañamiento del parto fisiológico –por ejemplo, en Holanda– solo se realiza en el 8% de los partos. En nuestro país, en la Maternidad Estela de Carlotto (ubicada en la localidad de Moreno, en el conurbano bonaerense), siguiendo el modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) de Unicef –aquellas que promueven fuertemente la participación activa de la mujer y la familia a lo largo de todo el proceso de atención del embarazo, parto y seguimiento del bebé– no llega al 1%.

Según recoge la OMS, los estudios realizados en los últimos años demuestran que la episiotomía solo es necesaria en un pequeño número de casos. Para el resto, la incisión no tiene beneficio alguno y, por el contrario, tiene muchos efectos adversos:

- El corte puede desgarrarse y aumentar de tamaño durante el parto.
- El desgarro puede llegar hasta el músculo alrededor del recto o incluso hasta este.
- El riesgo de hemorragia es mayor.
- El corte y los puntos de sutura pueden infectarse.
- La incisión debilita los músculos perineales.
- La probabilidad de resultados anatómicos insatisfactorios, como acrocordones, asimetrías o estrechamiento excesivo del introito, prolapso vaginal, fistulas rectovaginales y fistulas anales, aumenta.
- Las relaciones sexuales pueden ser dolorosas durante los primeros meses después del nacimiento.

La libertad de movimiento durante el trabajo de parto y la elección de la postura durante el período expulsivo evitan la necesidad de episiotomía e incluso bajan mucho la probabilidad de que se produzcan desgarros.

A su vez, las rutinas innecesarias y antifisiológicas, como el uso de goteo, oxitocina sintética, rotura de bolsa, anestesia peridural o pujo dirigido, hacen que la episiotomía sea un eslabón más en la cadena de intervenciones y esa dilatación forzada y acelerada provoca que los músculos y los tejidos no lleguen a adaptarse ni logren la elasticidad necesaria para la expulsión. Si estamos acostadas sobre la espalda para parir, el bebé nacerá contra la fuerza de gravedad y tendrá que recorrer una curva ascendente que no

permite el movimiento necesario del sacro para la salida suave de su cabeza. En cambio, si el parto no es apurado y podemos conectarnos con el recorrido del bebé dentro de nuestro cuerpo, sentiremos la necesidad de pujar (y lo haremos en el momento preciso) y, mientras tanto, los músculos, que tienen gran elasticidad y se expanden en este proceso, podrán acomodarse y dar paso al bebé sin producir lesiones graves. En el grupo Para Saber Con Quién Parimos existen muchos relatos de partos fisiológicos sin desgarros con bebés considerados grandes (desde 4 kilos).

Esa condición (“el bebé es grande”) es otro pretexto muy utilizado a la hora de defender la práctica de la episiotomía. Vale aclarar que este pronóstico se basa en el peso que arrojan las ecografías de las últimas semanas, que son las menos exactas porque tienen un mayor margen de error, por lo cual un bebé que se espera que pese 4 kilos (lo cual en sí no es un problema) puede finalmente pesar 3,5 kilos al nacer y, por lo tanto, estar dentro de lo considerado “normal”. Hay muchos casos de pronósticos errados e incluso en algunos el médico o médica aconseja realizar una cesárea para evitar el esfuerzo de parir un bebé grande que luego no lo es.

Sobre esta intervención tan extendida las mujeres deberíamos tener información para poder cuestionarla y evitarla a fin de preservar nuestro cuerpo. No da lo mismo y no es una elección: un tajo y puntos en la vagina es algo que nadie desea. Un corte es una herida abierta y sangrante por la cual luego debemos recibir puntos con las posibles consecuencias que esto trae, que van desde el dolor en el momento de la sutura hasta infecciones y malas cicatrizaciones.

Si nos detenemos a reflexionar, podemos advertir que las mujeres que tenemos hijos llevamos una o más marcas en nuestro sistema sexual y/o reproductivo, ya sea por un corte en el útero o en la vagina. Un estudio publicado en *BMJ* señala que en América Latina se realiza episiotomía rutinaria en el 90% de los partos vaginales de las mujeres primerizas, y que en nuestro país el índice de cesáreas ronda el 30%. Hace tiempo que diferentes movimientos por los derechos de las mujeres no solo la cuestionan, sino que incluso la consideran ablación.

Es llamativo lo que dice la OMS sobre el tema: “La mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos”. Y añade: “En la mayor parte de los casos es realizada por circuncidados tradicionales que suelen tener otras funciones importantes en sus comunidades, tales como la asistencia al parto. No obstante, cada vez es más frecuente que sea llevada a cabo por prestadores de atención de salud”.

Es impactante pensar que este procedimiento tan agresivo es llevado a cabo también por mujeres médicas que, ubicadas en un rol de poder, abandonan completamente toda identificación con la mujer que está por parir, incluso cuando ellas mismas han sido víctimas de episiotomías.

“Muchos de los procedimientos que se realizan rutinariamente en el cuerpo femenino en particular no

se basan en absoluto en datos científicos, sino que tienen su raíz en los prejuicios contra la sabiduría y el poder curativo innatos del cuerpo. Muchos de estos procedimientos tienen su origen en opiniones emocionales sobre las mujeres, provenientes de generaciones anteriores.”

Christiane Northrup, *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer*

En conclusión, la realización de este mal llamado *cortecito* es una práctica vetusta, cuyos beneficios carecen de evidencia científica; además, no respeta la fisiología del cuerpo y contiene una violencia implícita hacia las mujeres durante su paso a la maternidad. A continuación, presentamos algunos de los testimonios de las integrantes del grupo Para Saber Con Quién Parimos sobre su experiencia con la episiotomía.

“No zafaste por ningún lado”

“Tuve un parto vaginal con peridural y fórceps. Cuando me dijeron que iban a usar fórceps, me levantaron las piernas en litotomía y pregunté si me iban a hacer episiotomía: el médico me dijo que sí. Cerré los ojos y sentí cuando me cortó. Grité muy fuerte. Costó pujar por el ardor. No me quisieron decir cuántos puntos tenía. Me hicieron el chiste de que ‘no había zafado por ningún lado’, porque para chequear si estaba bien la sutura el obstetra me metió el dedo en el ano. Era muy doloroso estar sentada. Como me daba impresión higienizarme, me costaba mucho y terminé con candidiasis: antifúngico oral y crema para la cicatrización. Durante todo el primer año de mi hijo intenté tener sexo con penetración sin éxito: eran dolorosísimas las relaciones. Después del año pude retomar, aunque me dolía, me tiraba, me raspaba, me incomodaba. Consulté con tres ginecólogos y me dijeron que era normal. En mi segundo embarazo, le comenté a la obstetra cómo me sentía. Me revisó y, cuando me puso el dedo en el lugar donde me dolía, me dijo que era un “puente de piel” producto de la sutura o cicatrización de la episiotomía, que no tenía elasticidad y que lo más probable era que se rompiera durante el parto. Así fue: tuve desgarro en esa piel, me lo corrigieron ahí (en parto domiciliario, con anestesia local), me recuperé muy rápidamente y, al retomar las relaciones, noté una mejoría absoluta. Pero pienso que si me hubiera quedado con ‘es normal’, lamentablemente mi vida sexual habría cambiado para siempre” (María de los Ángeles, 29 años, dos hijos).

“Pensar en tener relaciones sexuales me daba pánico”

“En el pujo más intenso de mi parto, en el que yo creí que definitivamente nacería mi hija, sentí de pronto el corte intenso y seco del bisturí. Como es de esperar, el dolor me hizo contraerme toda y pegar un grito. Si bien yo había recibido peridural, habían pasado varias horas y ya no estaba bajo su efecto. Sentí todo. La bestia de la partera me dijo que no gritara porque ‘perdía la fuerza’. ¿Que no gritara? ¿Alguien puede no gritar cuando repentinamente y sin previo aviso siente que le cortan la carne con un cuchillo? La episiotomía me sacó totalmente de foco y fue un trabajo arduo volver a conectar con mi cuerpo y mi bebé después de ese acto de violencia. Con el pasar de los días, el corte incomodaba. Dos meses después, no podía hacer pis ni caminar sin sentir molestia. Estoy segura de que el trauma de que haya sido hecha sin consentimiento y tener en mi mente el recuerdo del bisturí cortándome la piel dificultó la cicatrización. No quería consultar a mi obstetra, porque no quería ni verlo. Cuando me animé a mirarme me di cuenta que un punto estaba encapsulado. Me empecé a tratar yo misma con una crema de flores de Bach que tenía en casa y se resolvió, pero por meses tuve mucha sensibilidad en la zona y pensar en tener relaciones me daba pánico” (Daniela, 36 años, una

hija).

“La episiotomía es una de las razones más fuertes por las cuales no me animo a ser mamá otra vez”

“Tuve una episiotomía que me marcó. Un año sin poder tener relaciones y dos años para que las cosas vayan mejor. Tuve un queloide al cual mi obstetra no le dio importancia. Seis meses después del parto me dolía tanto la zona que había llegado al punto de arderme cuando me lavaba. Tres años después, analizando volver a embarazarme, mi mayor miedo era volver a pasar por un posparto igual, al punto que envidiaba a todas las mujeres que tuvieron cesárea y no sufrieron esa mutilación que me va a acompañar por siempre. Tuve que pasar por cuatro obstetras hasta que uno se dignó a decirme que no era ‘normal’ y que me tenían que cortar el queloide del punto. En la primera consulta con el obstetra que finalmente me ayudó, me cortó la pelotita y comenzamos un tratamiento que incluyó hasta xilocaína para poder ir soportando el dolor. De igual manera solo me animaría a volver a parir con la promesa de no tener otra episiotomía. Pero con la cantidad de puntos que aparenta tener, creo que sería imposible. Y ha sido una de las razones más fuertes para no animarme a ser mamá otra vez. Estoy juntando fuerzas” (Desi, 34 años, un hijo).

Pregunto por qué la hicieron, me dice: “Rutina para evitar desgarró, aunque no se pudo evitar...”

“Me interno con cuatro de dilatación y me ponen oxitocina. Pujando en la camilla acostada, me cortan, grito. Nadie me avisó. Matías (mi compañero) dice que fue terrible, le impresionó mucho. Nace Taina, chiquitita, tres kilos. Apenas la veo y se la llevan con el papá. El médico comenta que ‘me la va a dejar nueva’. Le pregunto cuántos puntos son. Me dice: ‘Dos, tres. Te desgarraste un poquito igual’. Pregunto por qué la hicieron, me dice: ‘Rutina para evitar desgarró, aunque no se pudo evitar...’. Al rato en la habitación siento mucho dolor, me dan calmantes, guante con hielo, la pasé muy mal. Estuve catorce días sin poder sentarme, sin ir al baño. Cuando me animo a mirarme, los puntos eran ocho, el último muy cerca del ano. Me llevó dos meses no sentir dolor y muchísimo tiempo volver a tener relaciones. Pensé muchas veces que, de tener otro hijo, preferiría una cesárea a pasar por lo mismo” (Tatiana, 30 años, dos hijas. La segunda nació en PPD sin episiotomía).

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Quien inflige el daño ignora que las cicatrices permanecen aun después de que el golpe haya dejado de doler.

CARMEN AMORAGA

Estamos en condiciones de aseverar que casi todas las mujeres que tuvimos hijos por parto o cesárea sufrimos violencia obstétrica (VO), incluyendo a las que transcurrieron un embarazo que no llegó a término y a las que sin tener hijos concurren a la consulta ginecóloga desde su preadolescencia hasta la madurez.

La palabra *violencia* siempre moviliza. Muchas mujeres lo vivieron como un tormento, pero otras, si bien recibieron lo que se define como VO, no lo percibieron. Lamentablemente es algo muy frecuente y el mayor problema es su naturalización, es decir, que nos parezca normal que nos violenten. Por supuesto, esto solo es posible en un marco mayor de violencia hacia las mujeres y por eso muy acertadamente se la encuadra como violencia de género.

La VO se define como “toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”. Está tipificada en la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (Ley n° 26485), que a su vez cita la Ley de Parto Humanizado (Ley n° 25929), promulgada en 2004 pero reglamentada recién en octubre de 2015.

La VO se ejerce contra las mujeres en las salas de los hospitales públicos, las instituciones privadas y los partos domiciliarios. No discrimina clases sociales, ni edades, ni áreas geográficas. Negar información, practicar cesáreas innecesarias, incorporar fármacos al proceso del parto sin explicar motivos, sin informar y consultar con la mujer que pare o sus acompañantes, no permitir que nos acompañen, maltratar verbal y físicamente a las embarazadas antes, durante y después del parto, y también post aborto son formas de VO. Es importante recalcar que el maltrato incluye infantilizarnos, es decir

que cualquier miembro del personal de salud (médico obstetra, partera, anestesista, ecografista, enfermera, camillero, etc.) desestime nuestras dudas, pedidos o planteos, que el trato sea asimétrico, que se nos menosprecie y se nos coloque en el rol de pacientes.

El siguiente test fue creado por la Asociación Dando a Luz y el colectivo Maternidad Libertaria como guía para comprobar si se ha sufrido de VO.

Mientras estabas internada en la clínica u hospital, con contracciones de trabajo de parto:

- 1) ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?
- 2) ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gor-dita, mamita, hijita) como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estabas atravesando?
- 3) ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?
- 4) ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?
- 5) ¿Se realizaron alguno o varios procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?
- 6) En el momento del parto, ¿te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?
- 7) ¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?
- 8) ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?
- 9) ¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacida/o antes de que se lo llevara la/el neonatóloga/o para el control? (Acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.)
- 10) Después del parto, ¿sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías “colaborado”)?
- 11) ¿Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?

Si la respuesta a cualquier de estas preguntas es SÍ, fuiste víctima de violencia obstétrica.

La VO atañe tanto al profesional que nos atiende como a la institución, que también tiene sus normas (por ejemplo, en muchas separan al bebé de la mamá por más de dos horas para controles de rutina, lo que atenta directamente contra la lactancia). Para evitar pasar por esto, ante todo es necesario registrar y reconocer la VO, y conocer nuestros derechos. Esto hará que tengamos una alerta a tiempo para no quedar atrapadas en situaciones que luego se transforman en partos traumáticos.

Muy paulatinamente, esta situación va cambiando: cada vez más mujeres se preguntan cómo quieren transitar ese momento, buscan buena información, opciones y variantes a la palabra cerrada de un/a obstetra, y se deciden a ser las protagonistas de este momento. Nosotras debemos elegir qué profesional nos acompaña y no dejar la situación en manos del otro, porque somos adultas, podemos decidirlo y, por supuesto,

no merecemos ningún tipo de maltrato.

Es común que, una vez pasado el nacimiento, las mamás recién en ese momento logren ver cuánta violencia han sufrido. En muchos casos se culpan, no pueden creer cómo dejaron que se las maltratara de esa manera, cómo en ese maltrato estaba incluida su pareja (cuando la hay) y recuerdan que de cada consulta con el/la obstetra salían angustiadas, incómodas o insatisfechas.

De acuerdo a cómo funcione el sistema médico, a la mujer embarazada se la ubica en el lugar de espectadora de lo que sucede en su propio cuerpo. Una vez que ingresamos, dejamos nuestra ropa y nos colocamos la bata tradicional de la institución. Hay un código tácito que indica que a partir de ese momento dejamos de tener autoridad sobre nosotras mismas y sobre nuestro bebé, y pasamos a acatar directivas, aunque se digan suavemente y con el particular “mami”. Comenzamos a recibir en el cuerpo procedimientos que no siempre son debidamente explicados. Se requiere de nosotras que aceptemos, no demandemos ni cuestionemos, y menos aún que nos neguemos, todo “por nuestro bien y el de nuestro bebé”. Se anula nuestra voluntad a cambio de colaboración, mientras que a nuestro acompañante (sea el padre del bebé o algún familiar) se le pide que no intervenga y se le hace notar que estorba.

En *Así nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario*, la antropóloga chilena Michelle Sadler –pionera en los estudios sobre VO–, analiza cómo las mujeres embarazadas que ingresan a una institución médica entienden rápidamente ese código tácito que indica que las que no se quejan, no demandan atención, no se expresan serán mejor atendidas porque “no molestan”. En un parto no se trata de ir a portarse bien, ser buena y aplicada para los demás, sino de todo lo contrario: de que nos asistan, que cubran nuestras necesidades, que nos manifestemos en lo que queremos y en lo que no y, por supuesto, que seamos respetadas y convalidadas. A esto se le suma otra faceta del modo de atención institucional que está presente y, lo percibamos o no, surte efecto: la culpabilización.

Es sumamente importante saber que no somos culpables, aunque sí responsables, de nuestras elecciones como adultas, para no dejar en manos de otro lo que es nuestro y descartar a tiempo a aquellos profesionales o instituciones que nos maltratan, que no están trabajando con amor y que a la hora del parto seguirán pasando por alto nuestras emociones, pedidos, elecciones, es decir, omitiéndonos.

Cada consulta con el/la obstetra debería ser un momento de encuentro con la persona que nos está tratando y conociendo, que evacúa nuestras dudas, que nos ofrece alternativas y motivos por los cuales hay que tomar las vitaminas o no, hay que hacer determinados estudios o no, y no alguien que apenas nos mira, no tiene tiempo y nos despacha con recetas u órdenes que no alcanzamos a entender.

Hablar abiertamente y con preguntas concretas sobre el parto con el profesional en los controles a veces parece imposible. Se lo trata como un tema tabú, que es preferible no tocar y que incomoda. Cuando preguntamos, en general los/as obstetras responden: “Para eso falta, lo vemos más adelante”, y no vuelven a retomar el tema.

Muchas de estas actitudes se enmarcan en lo que llamamos *violencia simbólica*, la

cual se ejerce a través de los caminos de la comunicación implícita. En forma tácita, llega a las mujeres generando culpabilización por nuestros actos, emociones y sensaciones: todo lo que escape a la norma médica es concebido como potencialmente peligroso y se nos hace saber que podemos interferir y complicar el proceso del parto e incluso dañar al bebé. Es muy frecuente escuchar relatos de madres que se culpabilizan por alguna situación sucedida durante el parto, en los que se observa un fenómeno de transferencia de las responsabilidades. En los relatos, el lenguaje incluye la introyección de la culpa por lo que “salió mal” o fue “peligroso para la mamá o el bebé” con la consiguiente conclusión: “Si no fuera por el Dr./Dra...”. Un ejemplo muy frecuente son los relatos en los que se menciona que el bebé nació con circular de cordón –que ya explicamos que en sí no es peligrosa–, en los cuales se enfatiza que “por suerte el médico lo salvó porque tenía tres vueltas de cordón”.

“Este mecanismo de culpabilización opera transfiriendo la responsabilidad hacia las mujeres, en el contexto de opresión de género que hemos desarrollado. Las mujeres en la gran mayoría de los casos asumen la responsabilidad que se les transfiere y se sienten culpables, situándose desde el lenguaje del sistema médico y de lo que el personal de salud dice sobre ellas, para describir la situación.”

Michelle Sadler, *Así nacieron a mi hija*

Así se justifican los castigos que se pueden llegar a recibir, lo más observado en investigaciones es que si nos quejamos demasiado, no tenemos paciencia o perdemos el control no nos atienden (o no nos atienden bien). Muchas no se atreven a opinar, preguntar o intervenir por temor a represalias, ya que siempre está flotando la amenaza respecto de la vida del bebé, que puede no estar explicitada pero en muchas ocasiones es bien concreta y se manifiesta en la frase: “Si no acatás X norma pones en riesgo a tu bebé”. A veces se utiliza la figura del “bebé que murió hoy” para traer una amenaza indirecta: se le hace ese comentario a la mamá o al papá para que accedan a alguna intervención o para que dejen de pedir algo que el equipo médico no está dispuesto a hacer, por ejemplo, esperar un poco más antes de realizar una cesárea. De esta forma las mujeres vamos haciendo invisibles situaciones en las que somos maltratadas y podemos llegar a justificar ese maltrato diciendo que se debió a nuestra propia actitud.

Uno de los dispositivos del Observatorio de Violencia Obstétrica –una propuesta autogestiva creada por la agrupación Las Casildas, que genera diversas acciones para visibilizar la problemática de la VO– es la encuesta de atención al parto/cesárea que realizaron a nivel nacional. Estos son algunos de los resultados que arrojó en mayo de 2016:

- Al 25% de las mujeres no les permitieron estar acompañadas durante el trabajo de parto, 36% durante el parto y 20% en el posparto.
- El 28% fue criticada.
- Más del 55% fue llamada con sobrenombres (mami, gordita, etc.).

- Casi el 30% recibió comentarios irónicos o descalificadores.
- Al 36% la hicieron sentir que corría peligro ella o su hijo/a.
- El 47% no se sintió contenida.
- El 43,9% no fue informada sobre la evolución del trabajo de parto y el bienestar de su vida y la del bebé.
- El 44% no tuvo libertad de movimiento durante el trabajo de parto.
- El 66,6% recibió oxitocina sintética. De estas, el 69% no recibió información clara, adecuada y completa y, por ende, no dio su autorización.
- El 78% tuvo colocación de vía intravenosa.
- Al 43,3% le practicaron rotura artificial de bolsa. De estas, el 70% no recibió información clara, adecuada y completa y, por ende, no dio su autorización.
- El 46% tuvo monitoreo fetal continuo. El 51% no recibió información clara, adecuada y completa sobre este procedimiento y, por ende, no dio su autorización.
- El 65,7% sufrió episiotomía (el estándar de la OMS es <25%). El 87% de estas episiotomías fueron hechas en primíparas y el 80% de ellas no recibió información clara, adecuada y completa y, por ende, no dio su autorización.
- Al 34% le practicaron la maniobra de Kristeller (el estándar de la OMS es 0%). De estas, el 96% no recibió información clara, adecuada y completa y, por ende, no dio su autorización.
- El 29,7% tuvo inducción (el estándar de la OMS es <10%). De estas, el 56% no recibió información clara, adecuada y completa y, por ende, no dio su autorización.
- El 35,9% recibió anestesia peridural, de las cuales el 36% no la solicitó y el 26,2% no recibió información clara, adecuada y completa y, por ende, no dio su autorización.
- El 74% de las mujeres no recibieron información clara, adecuada y completa sobre las prácticas que realizaron sobre su hijo/a; por ende, tampoco dieron autorización para realizarlas.

¿Qué sucede una vez que fuimos víctimas de VO? Cuando una mujer está recibiendo una intervención en su cuerpo sin que se le haya dado una explicación adecuada, solo le queda mirar al techo y esperar que pase pronto. Si a esto le sumamos que algunos procedimientos –como los tactos vaginales– se repiten y hasta pueden variar su “ejecutor”(ya sea por cambios de guardia o por residentes médicos que deben practicar), es imposible que la mujer pueda sentirse bien tratada. Es un padecimiento que además nos remite al de una violación: algo que no deseamos ni consentimos, pero no podemos ni desobedecer ni negarnos.

Ibone Olza Fernández describe en uno de sus estudios (“Tratamiento psicosocial de madres lactantes con depresión postparto en Atención Primaria”) el síndrome de estrés postraumático (SEPT) como secuela obstétrica:

Las consecuencias a nivel psicológico luego de un nacimiento con violencia obstétrica son ineludibles. El estrés postraumático es el tercer trastorno psiquiátrico más frecuente en las mujeres embarazadas (tras la depresión y la dependencia nicotínica), dicho trastorno genera importantes disfunciones familiares, sociales y

laborales. Su severidad depende de diversos factores. La suma del estrés causada por la intervención, la percepción de una mayor amenaza para la vida de la mujer y/o del feto y la separación del recién nacido pueden contribuir a la aparición de respuestas disociativas (pérdida de identidad) y síntomas de trauma agudo (sentimientos de violación).

Respecto de esto último, la antropóloga social inglesa, activista y escritora sobre embarazo y nacimiento Sheila Kitzinger destaca, en su artículo “Birth as rape” [El nacimiento como violación], cómo algunas mujeres sienten el parto como una forma de violación y que muchas de las que han sufrido un parto traumático presentan los mismos síntomas que las víctimas de violaciones. “El término ‘violación en el parto’ lo han utilizado mujeres que sienten que fueron violadas en sus partos y forzadas a consentir algunos procedimientos sin que se les hubiera informado con detalle ni explicado los riesgos que pueden tener.”

El SEPT aparece con mayor frecuencia tras una cesárea de urgencia o un parto vaginal instrumental. La evidencia indica que sus síntomas son más intensos luego de un parto inducido, si la mujer siente que perdió el control durante el parto o si tuvo mucho dolor durante largos períodos de tiempo sin alivio alguno. La prevalencia también es mayor en madres de bebés prematuros o gravemente enfermos. Las madres con trastornos de ansiedad en el embarazo o que ya han tenido otras vivencias traumáticas previas (como situaciones de violencia doméstica) también tienen un mayor riesgo de sufrir las secuelas de un parto traumático. Es importante destacar que en caso de sentir que el parto o la cesárea dejó secuelas no hay que dudar en pedir ayuda. Los/as psicólogos/as perinatales son quienes se forman y actualizan en estos temas.

En conclusión, la VO es un fenómeno alarmante que sucede en todos los ámbitos de atención del parto, incluso en los domiciliarios. Solo podemos eliminarla si hacemos cada vez más visible su presencia en la relación médico-paciente, si las mujeres conocemos tanto nuestros derechos como el respeto que merecemos al ser atendidas en nuestros partos, ejerciendo nuestros derechos como usuarias en obras sociales y prepagas, y utilizando las herramientas legales disponibles para hacer que se cumplan esos derechos.

Al ser un fenómeno social, no se puede dejar de mencionar la responsabilidad del Estado, que debería realizar acciones que son imprescindibles para la concientización, tales como campañas en medios masivos y en todas las instituciones, públicas y privadas, en las que conste información acerca de dónde realizar denuncias. Es decir, que se desarrollen políticas que no solo garanticen las condiciones básicas de atención en las instituciones médicas sino que impulsen iniciativas para actualizar los modelos de atención (hay ejemplos a nivel público, en los que se siguen programas como el MSCF), promover la formación y actualización permanente de los equipos del área de obstétrica y garantizar el buen funcionamiento de los organismos de control que regulan el trabajo de profesionales e instituciones.

El grupo Para Saber Con Quién Parimos fue generando un nivel de información que empoderó a muchas mujeres y les permitió llevar a sus consultas preguntas concretas, pedidos y requerimientos que les correspondían. Esto activó la alerta necesaria para conseguir ver y escuchar las respuestas que encierran VO. El camino del cambio es

desde nosotras hacia el sistema y con información válida como herramienta de poder. Informarse e informar a las mujeres que nos rodean (familiares, amigas, compañeras) es la mejor manera de divulgar y concientizar para que el tema deje de ser tabú. Nuestras acciones actuales sirven para promover cambios y, por lo tanto, mejores condiciones para las generaciones futuras.

LAS FRASES DE LA VIOLENCIA

La violencia no es cuantificable. Los relatos sobre el tema, por ser vivencias personales, no pueden medirse ni graduarse. Lamentablemente, la cantidad de relatos de VO con los que contamos en el grupo Para Saber Con Quién Parimos es inmensa. Cuando les pedimos que compartieran frases de la violencia sufrida, la respuesta fue impresionante: más de trescientas mujeres respondieron en pocas horas. Estas son algunas de ellas:

“‘Acá tenés tu dolor de mierda’ (cuando el Dr. sacó a mi hija en la cesárea). Anteriormente la partera le dijo a mi marido: ‘Mirala, no va a poder, no se la va a bancar, ya hay que hacerle una cesárea’” (Celeste, 25 años, Buenos Aires).

“‘¡Qué bombacha de puta que tenés!’ (el médico en el último tacto antes de que nazca mi hijo). Y luego: ‘Gritaste como una desesperada, ¡si no duele tanto!’” (Agostina, 22 años, Buenos Aires).

“‘¡Qué pelotudez, no seas pelotuda, disfrutá del embarazo, si tu hija es sana y está bien, dejate de pelotudeces!’ Al contarle al médico mis preocupaciones, que adaptarme al sanatorio no me hacía nada feliz y me quitaba el sueño” (Nadia, 33 años, Buenos Aires).

“‘Si no sale en la próxima contracción, te corto.’ El obstetra, entre pujos, con la tijera en la mano” (Jessica, 23 años, Buenos Aires).

“‘Antes de ir al quirófano vamos a ver si hay latidos, porque después el bebé nace muerto y la culpa es del médico’, me dijo la obstetra” (Ane, 21 años, Oberá).

“‘Si no pujás ahora se muere, lo matás ahí adentro.’ Mientras se sacaba los guantes, la obstetra dijo: ‘Si no dejás de gritar yo no puedo trabajar, mejor me voy’” (Lucía, 23 años, Buenos Aires).

“‘¿Vos querés un hijo o una planta?’ Me lo dijo el obstetra después de que me negara a ir a cesárea en la semana 40 (nació una semana después)” (María Pilar, 25 años, Buenos Aires).

“‘Si no colaborás, te hago atar.’ Anestesiista que preparaba la epidural en el quirófano” (Victoria, 32 años, Buenos Aires).

“‘Se nota que estuviste al pedo y sola en el embarazo que leíste tanto por Internet. Yo soy el jefe de Obstetricia, sé lo que tengo que hacer, no hace falta que me digas cuándo cortar el cordón.’ Después el jefe de servicio dijo: ‘Hagamos la cesárea ahora, dos semana en Neo y listo’” (Claudia, 39 años, Buenos Aires).

“‘El obstetra, como respuesta a mi pregunta de si hacía episiotomía de rutina: ‘¿Sos conchuda? Si sos conchuda, zafás de la episiotomía; si no, no’. Ante mi pedido de tener un parto lo más natural posible: ‘Si

querés nos vamos al campo y lo tenés al lado de las vacas” (Lucía, 30 años, Buenos Aires).

“Con contracciones en sala de parto, me dijo la partera: ‘No sabés pujar, es como hacer caca, ¿no sabés hacer caca vos?’” (Laura, 30 años, Buenos Aires).

“‘¿Qué preferías, muerto o tuerto?’ Luego de parto con fórceps en el que le lastimaron el ojo al bebé, no sabían si tendría secuelas y pregunté si el ojo quedaba dañado” (Natalia, 31 años, Banfield).

8

PÉRDIDAS GESTACIONALES Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA

*Enorme y azul la vida se le dio y no pudo tomarla,
no pudo tomarla de tan pequeño.
Yo le había hecho una blanca canción
del amor entre una nube y un pez volador;
lo soñé corriendo, abrigado en sudor,
las mejillas llenas, la mejillas llenas de sol y dulzor.*

JUAN CARLOS BAGLIETTO

Si bien la VO nos remite directamente al momento del nacimiento, abarca también otras situaciones que pueden darse entre la mujer embarazada y todos los agentes de salud que participan en este proceso. Una situación lamentable que está dentro de las posibilidades es que la gestación no prospere y suceda la interrupción del embarazo y la pérdida del bebé. Decimos “bebé” y no “embarazo” o “feto” porque las mujeres que atravesamos esta experiencia sentimos que perdimos un hijo, a nuestro bebé. Cuando el embarazo es un hecho, este bebé –tenga las semanas que tenga– tiene detrás una identidad. Puede que haya habido un deseo previo o no, pero desde el momento en que nos enteramos de que existe y nos habita ya es parte de nuestra vida y de nuestra historia personal y/o familiar.

Hay pérdidas tempranas: las del primer trimestre son las que suceden en mayor porcentaje. Y otras en fases más avanzadas, incluso en las últimas semanas del último trimestre. Desde ya que estas últimas son mucho más impactantes pero todas merecen un trato respetuoso y empático; algunas se suman a pérdidas anteriores y todas nos duelen. Parece algo obvio, pero llamativamente para los médicos –que deberían contenernos durante esta situación en el consultorio– no lo es y nuevamente aparece la violencia, esta vez no para arruinar un momento milagroso como el nacimiento, sino para agravar un momento de dolor: es otra de las caras de la VO.

En estos casos muchas veces le toca al/a la ecografista comunicar la triste noticia al ver que el bebé no tiene latidos. El paso siguiente es llamar o ver al/a obstetra para

comunicarle lo que sucede. El solo hecho de esperar nuestro turno en un consultorio rodeadas de mujeres con sus panzas y controlar el llanto, la tristeza y el enojo es ya de por sí muy duro. Una mujer en el grupo Para Saber Con Quién Parimos relató que su obstetra había hecho pasar primero a otra mujer que acababa de llegar. Cuando se lo cuestionó, él le explicó que estaba en situación de pérdida y no la quiso exponer a que esperara junto a mujeres embarazadas. Un gesto sensible como ese puede hacer que este acontecimiento no sea una tortura.

Una vez en el consultorio, ante lo irremediable vendrán las indicaciones sobre cómo continuar y para este proceso también existen alternativas. Conocerlas y elegir es nuestro derecho, nosotras tenemos la decisión sobre nuestro cuerpo y nuestro bebé. Las opciones serán un manejo expectante –es decir, esperar a que se produzca la expulsión naturalmente prestando atención a ciertos síntomas, como fiebre, olor fuerte o dolores uterinos–, inducir las contracciones necesarias para provocar la hemorragia y expulsión por medio de medicación –cosa que puede hacerse en nuestra casa o en la institución médica– o una intervención, llamada *legrado*, que es la más invasiva pero la más rápida si queremos poner fin a la espera y requiere ingreso a quirófano, anestesia y una breve internación.

Es muy común recibir como consuelo frases trilladas que nos causan más daño, porque intentan invisibilizar el dolor y el vacío que causa la muerte. Entonces surge el “Ya vas a quedar de nuevo” o “No llores, si tenés otros hijos”. Por supuesto que puede ser muy positiva una ayuda terapéutica, pero ante todo se necesita entender que acabamos de pasar del estado de *shock* al duelo y llorar o sentirnos destrozadas es una parte necesaria y una reacción sana frente a un proceso tan duro.

Luego vendrá para muchas el camino de la búsqueda de respuestas, a veces visitando especialistas, realizando estudios, buscando diagnósticos. Puede ser que lo transitemos con culpa o vergüenza, y en ese sentido no hay nada peor que darle a entender a una mujer que desea ser madre que por algún motivo su cuerpo no permite que la gestación prospere. Esto les ocurrió durante mucho tiempo a mujeres que ante pérdidas recurrentes no encontraban respuestas y eran maltratadas y expuestas a volver a intentarlo cuando, en muchos casos, como la detección de trombofilia, el uso de medicación adecuada solucionaba el problema.

También hay que considerar la violencia que ejercen aquellos a quienes les confiamos la contención espiritual, y algunos profesionales del área “psi” y de terapias alternativas no especializados en psicología perinatal y/o pérdidas gestacionales, que a veces se aventuran a hacer interpretaciones que colocan a la mujer como causante –consciente o inconsciente– de la pérdida del bebé. El sistema nos coloca otra vez en el lugar de falladas, culpables, patológicas y nos hace sentir avergonzadas.

Por otro lado, el tratamiento de pérdidas del segundo o tercer trimestre requiere un protocolo de atención especial que no existe en la Argentina, lo que obliga a la mujer que vive la muerte intrauterina de su hijo a vivir una auténtica pesadilla. El caso de Johanna Piferrer es emblemático: en 2014 sufrió la muerte de su bebé, Ciro, dentro de su panza en la semana 33, con 2,300 kilos de peso y, a partir del momento en que recibió la

noticia, tuvo que luchar por ser respetada en sus decisiones: por ejemplo, recién logró que le realizaran una cesárea después de horas de exigirlo, ya que no se sentía ni física ni psicológicamente preparada para afrontar un parto natural.

“¿Sabías que cuando muere tu hijo/a dentro de tu vientre la noticia te la da un ecografista y te dejan solos?
¿Sabías que no te dan la opción de elegir cómo querés parir a tu hijo/a?
¿Sabías que luego de parir a tu hijo/a muerto/a te vuelven a internar en la maternidad, escuchando el llanto de otros bebés y viendo los nombres colgando de cada habitación, viendo osos, flores, mientras vos acabas de perder a tu hijo/a?
¿Sabías que no te explican, ni hay acompañamiento en el proceso natural que realiza el cuerpo y la mente de una mamá sin hijo/a?
¿Sabías que ponen a tu hijo/a muerto dentro de una caja de archivos, bolsa, caja de leche, frasco, etc.?
¿Sabías que si no tenés plata para retirar a tu hijo/a con una cochería, como aún para la medicina tu hijo/a es un feto, va a desecho patológico a la basura o te lo llevás en cualquiera de los objetos nombrados más arriba y a resolverlo como puedas?
¿Sabías que tu hijo/a, como nació muerto/a, no tiene derecho a tener nombre y apellido, es un NN?
¿Sabías que el certificado de defunción de tu hijo/a está a nombre de su mamá?
¿Sabías que después del alta no hay seguimiento médico?
¿Sabías que en el caso de las obras sociales no cubren determinados estudios ni tampoco la cochería?
¿Sabías que a muchas no nos dan posibilidad de conocer a nuestros/as hijos/as?
¿Sabías que no hay legislación en ninguna parte del mundo?
¿Sabías que no hay concientización en la sociedad, que de los bebés que mueren en el vientre materno nadie habla?
¿Sabías que se minimiza la pérdida?
¿Sabías que casi no hay médicos estudiando las causas y los porqués de la muerte en el vientre materno, porque estas muertes no se registran?”

Johanna Piferrer

No todas sus peticiones fueron tenidas en cuenta, por lo que en 2014 decidió realizar la denuncia al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina, a la cual adhirieron diferentes organismos, como la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (CONSAVIG), dependiente de ese ministerio. El resultado fue que determinaron que la institución de salud donde fue atendida debía:

- Brindar capacitación al personal que integra los servicios de Obstetricia y Ginecología sobre el acompañamiento adecuado de la pérdida gestacional y perinatal.
- Incorporar personal idóneo para el asesoramiento y contención de las personas ante la situación de pérdida, brindándoles información escrita, clara y precisa, donde se especifiquen las alternativas de las que se dispone para el manejo del caso y respecto de la normativa aplicable.

- Facilitar a las mujeres el acceso a la información sobre cuáles son sus derechos y cuál es la forma de denunciar su incumplimiento.
- Disponer de una habitación aislada y protocolos específicos para atender situaciones como la pérdida gestacional o perinatal.

Una vez que intentamos un nuevo embarazo, habiendo logrado o no algún diagnóstico o tratamiento para que en esta oportunidad prospere, no lo llevaremos como cualquier otra mujer que no vivió una o más pérdidas: el miedo será un compañero inseparable; para algunas hasta superar la semana de gestación en que se dio la pérdida anterior, para otras, durante todo el embarazo e incluso para muchas mujeres durante el parto y los primeros meses de vida del bebé. Los especialistas consideran que un embarazo después de una o más pérdidas es una suerte de “maratón psíquica”, ya que costará confiar en nuestro cuerpo. Está claro que necesitaremos más apoyo, contención y empatía por parte de los profesionales, que validen nuestras emociones, pero también tener la posibilidad de elegir y de recibir la información adecuada para decidir y para que no nos infantilicen ni nos paralicen con miedos.

9

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: ASESORAMIENTO LEGAL

La manera en la que nuestra cultura trata a las mujeres durante el parto es un buen indicador sobre cómo las mujeres y su contribución a la sociedad son valoradas y honradas.

INA MAY GASKIN

Como ya vimos, cualquier persona del equipo de salud puede ejercer violencia hacia la mujer durante la atención del parto, parto y posparto, y esta puede manifestarse de diferentes maneras: maltrato, intervenciones médicas injustificadas, falta de atención o consideración, de información sobre las prácticas médicas, del pedido de consentimiento informado o negar el derecho a estar acompañada durante todo el proceso del parto. Es importante saber que, además de la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales (Ley n° 26485) también nos ampara la Ley de Parto Humanizado (Ley n° 25929) y la Ley de Derechos del Pacientes en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Ley n° 26529). Estas leyes son de cumplimiento obligatorio en todas las provincias de la Argentina y en todas las instituciones de salud, tanto en el ámbito público como en el privado.

¿Cómo realizar una denuncia si fuiste víctima de maltrato en el proceso del parto, parto o posparto o luego de un aborto? Podés hacer un reclamo administrativo ante la CONSAVIG. La comisión fue creada en 2011 mediante la Resolución n° 120 del Ministerio de Justicia con el objetivo de implementar las tareas vinculadas con la elaboración de sanciones a la violencia de género establecidas por la Ley n° 26485 en sus diferentes tipos y modalidades. También se ocupa de desarrollar las tareas de asesoramiento necesarias para la implementación de la mencionada ley conforme a la normativa nacional e internacional.

Para tal fin, la CONSAVIG articula acciones con los ámbitos universitarios, sindicales, empresariales, religiosos, organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres y

otras de la sociedad civil. Para Saber Con Quién Parimos, junto con otros grupos virtuales, participó de una reunión convocada por la comisión en mayo de 2017 para aunar criterios, tomar acciones conjuntas y acordar iniciativas en pos de la difusión de las posibilidades y mecanismos de denuncia ante la VO.

El trámite ante la CONSAVIG es gratuito y solo se necesita presentar una nota (véase el modelo que sigue) relatando lo sucedido. Esto puede hacerse personalmente, por correo (avenida Corrientes 327, piso 14, C1043AAD, Ciudad Autónoma de Buenos Aires) o por *e-mail* (consavig@jus.gov.ar).

No se investigan cuestiones vinculadas con una posible “mala praxis”, sino que se trata de verificar la existencia de prácticas y/o condiciones en el establecimiento asistencial denunciado que generen situaciones de violencia hacia las mujeres. Asimismo, en el desarrollo de la investigación, puede realizarse una auditoría en el establecimiento denunciado y, si corresponde, se formularán recomendaciones para procurar que las situaciones de violencia detectadas no vuelvan a suscitarse.

También es posible realizar una denuncia judicial. Para ello se necesita el patrocinio jurídico de un abogado. Estas opciones (reclamo administrativo o denuncia judicial) no son excluyentes.

Otra vía es a través de un reclamo administrativo ante la Defensoría del Pueblo de la Nación. Es un trámite gratuito que consiste en la presentación de una nota relatando lo sucedido, ya sea personalmente o por correo (Suipacha 365, C1008AAG, Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

A partir de la denuncia realizada, la Defensoría del Pueblo puede iniciar una auditoría en la institución correspondiente y hacer las recomendaciones pertinentes para que las situaciones de violencia no se repitan. La defensoría puede solicitar la intervención de otros organismos, como la Superintendencia de Servicios de Salud, el Instituto Nacional contra la Discriminación, Xenofobia y el Racismo (Inadi) y las defensorías locales.

Las posibles denuncias (para cualquiera se puede usar el mismo modelo de carta), son:

- Demanda judicial.
- Denuncia ante el Ministerio de Salud, dirigida al ministro.
- Reclamo ante la obra social o empresa de medicina prepaga.
- Queja asentada en libro de quejas de la institución.
- Denuncia sobre el/la profesional o los/as profesionales intervinientes (obstetras, obstétricas, neonatólogo/a, etc.) ante sus respectivas colegiaturas.

Modelo de nota para presentar denuncia sobre violencia obstétrica

..... de..... de 20...
A la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de

Género (CONSAVIG).

Av. Corrientes 327, piso 14, C1043AAD, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Por medio de la presente, yo,....., con DNI n°

..... y domiciliada en (indicar dirección, localidad, provincia y CP)

....., siendo mi obra social/prepaga

....., vengo, en virtud del derecho que me otorga la Ley n° 26485 de

Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los

Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales a poner en su conocimiento y denunciar

los hechos de violencia perpetrada hacia mi persona el día en la institución

..... ubicada en (indicar

dirección, localidad, provincia)

.....

En tal oportunidad, sucedió lo que a continuación detallo:

.....

.....

.....

Estoy convencida de que los sucesos narrados constituyen actos de violencia obstétrica y por tal motivo solicito su pronta intervención.

Sin otro particular, los saluda atentamente,

Firma:

Aclaración:

DNI:

Dirección de contacto:

Teléfono de contacto:

Dirección de *e-mail*:

Solicito que mi identidad se mantenga en reserva: SÍ/NO

¿Por qué es importante hacer la denuncia? En ocasiones, ni los miembros del equipo de salud ni las propias mujeres afectadas reconocen ciertas prácticas y situaciones como violentas. La denuncia contribuye a hacer visible la problemática y obliga a todos los organismos competentes a intervenir para mejorar la atención de las mujeres en el proceso del parto. Es decir, ayuda a que los establecimientos asistenciales, tanto públicos como privados, cumplan con las leyes vigentes para evitar así que otras mujeres vivan situaciones de violencia que podrían, y deberían, ser evitadas.

Nuestra historia clínica –el documento de elaboración obligatoria por parte del personal de salud en el que consta la información detallada y cronológica de toda actuación realizada sobre un paciente, en este caso, la mujer gestante y su bebé– puede ser útil como material de soporte para las diferentes denuncias. La Ley n° 26529 estipula que “el paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia”.

La reglamentación de la Ley n° 26485, en 2015, no produjo cambios sustanciales en la situación de las mujeres a la hora de parir. Creemos que sin campañas de difusión y

concientización sobre la VO es poco lo que una ley por sí sola puede hacer para cambiar prácticas tan asentadas en el sistema de salud de nuestro país.

A pesar de que la OMS lanzó un comunicado en 2014 solicitando que se tomaran medidas respecto de la atención del parto, existe un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres durante el embarazo y el parto que plantean un panorama alarmante, ya que muchas sufrimos un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente que no solo viola nuestros derechos a una atención respetuosa, sino que también amenaza los derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. (1)

¿Dónde asesorarte?

- Consavig: *e-mail*: <consavig@jus.gov.ar>; teléfono: 5300-4000, int. 76633; dirección: Corrientes 327 piso 14 C1043AAL-CABA.
- Defensoría del Pueblo de la Nación: *e-mail*: <area2@defensor.gob.ar>; teléfono: 4819-1521.
- Línea Nacional de Contención, Información y Asesoramiento para Situaciones de Violencia contra las Mujeres: 144.
- Observatorio de Violencia Obstétrica Las Casildas: <www.lascasildas.com.ar>; *e-mail*: <observatorio@lascasildas.com.ar>.
- Asociación civil Dando a Luz: <www.dandoaluz.org.ar>.
- El Parto es Nuestro (EPENAR Argentina): grupo de Facebook: <www.facebook.com/pg/EpenArgentina/about/?ref=page_internal>.

1. Fuente: Observatorio de Violencia Obstétrica Las Casildas y CONSAVIG.

10

LOS CURSOS DE PREPARTO

*Yo sé parir.
Como parieron las mujeres que me precedieron.
Mi madre, mi abuela, mi bisabuela, mi tatarabuela,
y así hasta la primera mujer.
Lo llevo grabado en mis células.
Es su legado.*

*Mi cuerpo sabe parir.
Como sabe respirar, digerir, engendrar, andar, hablar, pensar.
Está perfectamente diseñado para ello:
mi pelvis, mi útero, mi vagina,
son obras de ingeniería
al servicio de la fuerza de la vida.*

MÓNICA MANSO

Todos los modelos privados de atención perinatal ofrecen algún tipo de curso o preparación preparto para responder todas esas dudas y preguntas pendientes que no logramos hacerle al/a la obstetra. Las “clases” suelen abarcar diferentes temáticas –como la lactancia, el puerperio y los cambios familiares, etc.– y son dictadas por médicos, parteras u otros profesionales de la salud.

Sabemos que el lenguaje tiene un peso simbólico importante y el hecho de que se los llame *cursos* implica que vamos a que nos enseñen, a que nos muestren cómo se pare, a que nos expliquen y de alguna manera nos entrenen o adiestren “los que más saben”. Otra cosa muy distinta son los *encuentros* o *círculos* para lograr un parto respetado que ofrecen algunos equipos o profesionales. Hay muy buenas propuestas que apuntan a la preparación física y emocional, algunas tienen aranceles accesibles o son gratuitas, y varias incluyen también a la pareja en el proceso.

En estos últimos la idea es que la mujer –o la pareja– inicie/n una búsqueda, un encuentro con sus propios deseos y con la información como herramienta para atravesar ese momento. No se trata de un curso sino de un espacio para transmitir saberes,

experiencias de otras parejas o de los profesionales, sin asimetrías, y sin la jerarquía de quien tiene todo el conocimiento y dice cómo son las cosas, quien transmite una verdad supuestamente indiscutible a quienes no saben.

En estos encuentros nos “encontramos” a nosotras mismas: con nuestras particularidades, dado que no somos todas iguales, no tenemos las mismas necesidades y no podemos ni debemos entrar en el molde único que nos ofrece el sistema de salud, que se resume a aprender muy bien la receta “llamar a las dos horas de registrar contracciones cada cinco minutos para ir a parir”, y que propone que, de ahí en más, todo quede en manos de quienes saben y manejan los tiempos y las condiciones no solo del parto sino también las de crianza y los cuidados que se deben dar al recién nacido.

Las experiencias sobre los cursos de parto que llegan al grupo Para Saber Con Quién Parimos son en su mayoría negativas: se brinda mucha información errónea, desactualizada y hasta contraproducente para lograr un parto fisiológico. Cuando las mujeres llegamos a esa instancia con buena información, lecturas o habiendo participado de grupos –especialmente si somos primerizas– o si, por experiencias previas, ya estamos empoderadas, tenemos una mayor capacidad para discriminar la información que recibimos.

En el grupo, algunas mujeres contaron que cuando interrogaron, preguntaron o cuestionaron algunos conceptos, por ejemplo, expresando su deseo de quedarse con el bebé apenas nacido y que no se lo lleven o que querían poder elegir la postura en el parto, las respuestas que recibieron de parte de quien dictaba el curso siempre apuntaron a generar miedo, a tildar a quien trataba de cambiar algo de lo establecido de desubicado y a señalar que lo que se estaba proponiendo era una locura. Los cursos suelen hacer énfasis en los peligros y los riesgos, y dejan en claro que si no respondemos a lo que nos proponen puede pasar lo que nadie quiere que suceda: que corra riesgo nuestra vida o la del bebé. El curso inquieta a las parejas que, en general, no tienen tanta información previa como nosotras con la que contrastar lo que se nos plantea y solo toman contacto con el tema del parto allí.

La mayoría de las veces los cursos se convierten en una suerte de entrenamiento para que nos adaptemos a las necesidades y modalidad de trabajo de la partera o del obstetra. Por ejemplo, se nos hace saber que no hay que llamar por falsas alarmas, que debemos contactarnos cuando pasamos X cantidad de tiempo con contracciones (algo que es inexacto, ya que los tiempos de dilatación dependen de cada mujer y no son matemáticos) y recién entonces nos citan en la institución. Una vez allí, si la partera nos encuentra con poca dilatación, difícilmente podemos retornar a casa. Lo más habitual es que comencemos a recibir intervenciones que induzcan o apuren el nacimiento, aunque tal vez falte uno o dos días para la fecha en que nuestro bebé está preparado para nacer.

“Una de las recomendaciones que antiguamente se utilizaba durante dicha preparación [para el parto] insistía en la necesidad de no quejarse, de no gritar, es decir, de ‘portarse bien’ durante el parto. El argumento era: ‘Si se grita se pierden fuerzas’. [...] Lo grave no reside en este punto, sino en que las embarazadas se convencen de que gritar durante el parto implica ‘portarse mal’.”

En los hospitales públicos siempre la intención es brindar mucha información sobre cuidados para la última etapa del embarazo, para el parto y los primeros días posteriores al nacimiento, y algunas pautas de alarma para saber cuándo acercarse o no al hospital. En algunos hospitales públicos el protocolo tiene como base de trabajo respetar los tiempos fisiológicos; por el contrario, la gran mayoría de las instituciones privadas no ofrece demasiada información sobre cómo transitar las contracciones, cuáles son los tiempos o las necesidades de la mujer, etc.: esta queda en manos de quien nos atiende, no es algo que se exponga y comparta para que podamos pensar, elegir, decidir y, sobre todo, saber que hay opciones.

ENTREVISTA A MELINA BRONFMAN

“A medida que el curso avanza, a las parejas se les nota el placer del empoderamiento”

Melina Bronfman es *doula*, (1) musicoterapeuta y eutonista dedicada a difundir estándares de salud en parejas gestantes y familias con niños pequeños desde 2007. Ofrece encuentros como preparación integral del parto desde una perspectiva fisiologista. Pertenece a la asociación Doulas de Argentina (DAR), en la que forma a nuevas *doulas*. Con ella conversamos sobre las alternativas al curso de parto tradicional.

¿Cómo surgió la idea de ofrecer un espacio de encuentro alternativo para mujeres embarazadas y sus familias?

Fue a partir de mi propia experiencia como mujer que atravesó el parto y la maternidad. Me encontré con mucha carencia de información que me pareció inadmisiblemente padecer porque, cuando estás maternando, no tenés tanto margen para ir en búsqueda de esa información. Comencé asesorando a mis amigas futuras mamás, luego a mis alumnas de eutonía, luego llegaron las recomendaciones y luego lo sistematicé en un curso que además se actualiza mes a mes.

¿Cuál es el contenido que se da en tu espacio?

La fisiología del organismo en general y del parto, lactancia y desarrollo del bebé en particular. También recursos para atravesar un trabajo de parto sin tener que recurrir a las intervenciones químicas como primera medida de alivio y, por otro lado, el puerperio en ambos miembros de la pareja. Con respecto al bebé, mucha información sobre desarrollo infantil –es mi pasión– y muchos recursos para saber acompañar a nuestro

bebé sin interferir en su proceso (¡todo un arte!).

¿Cuáles son las mayores dificultades, miedos o dudas que traen las parejas?

Con mucha frecuencia veo su propia experiencia como hijos de partos traumáticos o de crianzas sin apego y sin amamantamiento como el principal factor de desconexión con su futuro hijo. Pero, a medida que el curso avanza, a las parejas se les nota el placer del empoderamiento. Se ubican en el rol protagónico del proceso, deciden con convicción, son conscientes de lo que atraviesan, y esto redundando en bebés muy tranquilos con evoluciones maravillosas. Los padres no dudan del llanto de su bebé, de su necesidad de apego. Saben cómo sostenerlo, cómo ayudarlo a eructar.

¿Las parejas que participan de los encuentros ya han elegido si van a hacer los partos en casa o en institución? ¿Cambian de idea en el transcurso de los encuentros?

Depende. Pasa de todo. Muchas deciden el parto en casa. Otras cambian de obstetra. Algunas ya tienen un plan de parto y vienen a obtener las herramientas para llevarlo a cabo. Y muchas parejas con hijos vienen a prepararse para un parto después de cesárea que la enormísima mayoría de las veces fue innecesaria.

¿Cómo ves el sistema actual de atención del parto en la Argentina?

En general, muy deficiente porque no se tienen en cuenta las necesidades desde el punto de vista de la fisiología. La mujer es considerada una máquina que tiene que expulsar un producto y, si esto no ocurre, el producto debe ser extirpado. El sistema de atención está desvinculado por completo del acto amoroso que es dar a luz y recibir a un recién nacido. El bebé literalmente es víctima de prácticas que no hacen sino torturarlo y estresarlo al máximo, de manera totalmente innecesaria, puesto que la evidencia científica ha demostrado que estas prácticas no solo no garantizan la salud sino que la deterioran desde el primer minuto de vida. Es nada menos que violencia pediátrica. En otros países, los protocolos de atención son fisiológico-céntricos, contrariamente a lo que ocurre aún en la Argentina en la mayoría de las instituciones.

1. Profundizaremos sobre este concepto en el capítulo siguiente.

11

LA DOULA

Si yo confío en ti, tú vas a confiar ti misma.

LILIANA LAMMERS

La *doula* es una mujer que ha sido madre y se encarga de proveer apoyo emocional a la mujer durante todos o algunos de los momentos del embarazo (gestación, parto, puerperio y lactancia). Es un sostén que trabaja escuchando y cubriendo las necesidades de la embarazada e incluyendo a su pareja. Sus herramientas son brindar información, orientación y acompañamiento emocional para que la mujer pueda tomar decisiones informadas y ser protagonista del proceso.

El término proviene del griego y significa ‘mujer que sirve’. En este contexto, quiere decir que se pone al servicio de la futura madre desde el amor. No es alguien que imparte conocimientos o nos enseña, sino una persona que escucha, respeta y acompaña nuestros deseos y preferencias mostrándonos un abanico de posibilidades para que podamos elegir. Acompaña a partir de la confianza en la capacidad de toda mujer de poder gestar, parir y amamantar a su cría.

Una *doula* apoya el proceso de búsqueda que podemos llegar a necesitar a la hora de gestar nuestro hijo. En la medida en que lo deseemos, en estos encuentros podemos repasar nuestra historia, nuestra infancia, la relación que tenemos con nuestro cuerpo, nuestras menstruaciones, los vínculos de pareja que hemos tenido y nuestra sexualidad. En caso de que no sea nuestro primer hijo, hay mucho que trabajar en relación con las gestaciones, partos o cesáreas anteriores, sobre los profesionales que elegimos y acerca de la VO.

Sus cualidades más importantes son la paciencia para comprender las decisiones ajenas sin intentar imponer la mirada propia, y el respeto por la vivencia que es de cada mujer, de cada pareja o familia. La *doula* conoce el valor de acompañar: el protagonismo es siempre de la díada mamá-bebé.

Si está presente durante el parto, no sustituye a la partera, es decir, no controla el proceso del parto ni realiza intervenciones, sino que, dado que conoce los mecanismos fisiológicos, está a disposición nuestra en lo que necesitemos para lograr bienestar, por

ejemplo, acercándonos agua o alimento, haciéndonos masajes para contrarrestar la intensidad de las contracciones, preparando y manteniendo la bañera con agua a temperatura y como sostén físico y emocional durante las contracciones.

Muchas mujeres eligen una *doula* para que las acompañe en su casa durante el trabajo de parto y luego se trasladan sin ella a una institución para parir; otras la suman al equipo de partero/a y/u obstetra para el parto en domicilio, y algunas la eligen como acompañante en la institución, incluso en las cesáreas. La *doula* no interviene entre el/la obstetra y la mujer ni toma el papel de defensora: siempre se encuentra enfocada en la mujer por parir y en sus necesidades.

No tiene formación académica formal (no existe la carrera de *doula*): se capacita en jornadas de trabajo teórico vivencial coordinado por otras *doulas* con trayectoria y experiencia, que le brindan conocimientos sobre la fisiología del embarazo, del parto y del puerperio; educación prenatal; puericultura; lactancia y crianza; psicología perinatal; habilidades comunicativas en torno al mundo emocional, y nociones básicas de socorrismo obstétrico. Casi siempre enriquece su trabajo con alguna técnica alternativa (como yoga y relajación, reflexología, masajes o aromaterapia) que beneficie a la mujer durante el proceso. Sin embargo, su valor reside menos en su instrucción que en su forma de ser y en lo que transmite.

Muchas mujeres realizan la capacitación por un interés personal. Si bien puede ser muy útil para la conexión con nosotras mismas y con nuestro ser femenino, el objetivo es hacer germinar una semilla, que es la de concientizar a otras mujeres que nos rodean. El hecho de que haya cada vez más *doulas* en muchos ámbitos es muy esperanzador, porque contribuye a una red de información y contención que crece y se expande.

Todas merecemos vivir el proceso del parto acompañadas; muchas lo viven solas emocionalmente hablando, y la necesidad insatisfecha de compartir con otras nuestros procesos evidencia la falta, en la actualidad, de una “red femenina”. Por ejemplo, en el Hospital Municipal Ostaciana B. de Lavignolle de Morón (en la provincia de Buenos Aires) funciona desde 2012 el primer servicio de *doulas* voluntarias de la Argentina y a las mujeres que llegan para dar a luz se les ofrece que una de ellas las acompañe durante el parto.

“La ayuda concreta, la asistencia y el acompañamiento efectivo de una *doula* durante el parto y el puerperio no es un lujo sino que, por el contrario, es una prioridad, y todas las mujeres lo merecemos. El niño recién nacido depende del equilibrio emocional de su madre.”

Laura Gutman, *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*

Algunas mamás deciden que la *doula* las acompañe durante el puerperio. La idea es que funcione como transición entre la díada mamá-bebé y la tribu de sostén en los primeros días o meses. En esa etapa es particularmente necesario el acompañamiento y su presencia genera un impacto positivo en el buen establecimiento de la lactancia, en el

vínculo entre la mamá y el bebé y en el empoderamiento frente a muchas de las opiniones que recibiremos en esa etapa en la que todos –familiares, profesionales, amigos, vecinos y hasta desconocidos– nos suelen decir qué es lo mejor y por falta de conexión con nosotras mismas, con nuestra intuición y nuestra sabiduría, podemos vernos muy afectadas por lo que nos dicen y terminar tomando decisiones que no sentimos.

El acompañamiento de la *doula* depende de la dinámica familiar, porque muchas mujeres se encuentran muchas horas solas con su bebé, lo cual agota su energía y genera un malestar emocional que a veces es malinterpretado como depresión. La díada mamá-bebé necesita que la madre pueda recargar energías recibiendo cuidados y atenciones de otro mientras se dedica plenamente a las necesidades del bebé. A veces la pareja no se acomoda rápidamente en ese lugar, su mirada se vuelca al bebé, que es maternado todo el día por la madre, y es la *doula* quien materna a la mamá; por ejemplo, dándole comida calentita para que se alimente, lavando los platos o charlando de lo que siente y habilitando y validando todo lo que le pasa. Sería ideal que esto lo hiciera la red familiar (abuelas, hermanas, amigas, pareja) pero, como no siempre es posible, la mujer que materna a un bebé siente malestar por la falta de apoyo en esta tarea tan demandante que no le deja resto para ocuparse de lo doméstico ni de sus propias necesidades básicas.

La presencia de la *doula* en el trabajo de parto y durante el parto tiene efectos concretos muy positivos. Un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos en el año 1993 por los doctores Marshall Klaus, John Kennel y Phyllis Klaus publicado en su libro *Mothering the mother. How a doula can help you have a shorter, easier and healthier birth* [Maternando a la madre. Cómo una doula puede ayudarte a tener un parto más corto, fácil y saludable] muestra que la confianza que genera en la mujer embarazada la compañía de la *doula* redundo en:

- 45% menos de cesáreas.
- Partos 25% más cortos.
- 60% menos de peticiones de epidural.
- 50% menos de uso de oxitocina sintética.
- 31% menos de uso de analgésicos.
- 34% menos de uso de fórceps.
- Un mejor vínculo entre los padres y el bebé.
- Un mayor éxito en la lactancia materna.
- Una menor incidencia de la depresión posparto.

Las cifras dan cuenta de que tener una *doula* hace la diferencia. A veces se piensa que es un lujo para pocas, pero, como ya dijimos, también existen *doulas* voluntarias que podemos encontrar fácilmente con la ayuda de las redes sociales. Es un fenómeno en expansión: cada vez más mujeres sienten este llamado y se forman para ser *doulas* y acompañar a otras mujeres en muchos puntos del país.

“La *doula* es un punto de inflexión en la historia del parto [...]. Por muchas razones peculiares de nuestro tiempo, muchas mujeres no quieren o no pueden confiar en su propia madre. Por otro lado un cierto número de madres y abuelas creen que pueden ayudar a las mujeres sin experiencia. El momento es propicio para la aparición de la *doula*. El fenómeno *doula* invita a la reflexión porque aparece como un resurgimiento de la obstetricia ‘auténtica’, a través de mujeres pertenecientes a varias generaciones. Es la expresión inesperada de las necesidades más arraigadas de las mujeres embarazadas, las parturientas y las madres lactantes. Es interesante que el movimiento *doula* haya comenzado en los Estados Unidos, que es un país donde las parteras habían desaparecido casi por completo. Ahora está llegando a otros países en los que las parteras sobrevivieron, pero su papel fue alterado drásticamente por los protocolos y reglamentos relacionados con la industrialización del parto.”

Michel Odent, *El granjero y el obstetra*

TESTIMONIO DE MARÍA LAURA COMETTA

“La *doula* es una especie de invitada especial, que tiene el honor de acompañar [...] y presenciar el milagro de la llegada de un nuevo ser al mundo.”

Mamá de Joaquín, Alfonsina y Maitena, María Laura es una doula formada en DAR, en Paramanadoula (el curso internacional para doulas que coordinan Michel Odent y Liliana Lammers) y en formaciones complementarias en lactancia materna, desarrollo infantil y crianza. Fue voluntaria del servicio de doulas del Hospital Municipal Ostaciana B. de Lavignolle de Morón y actualmente forma parte de la Red Argentina de Doulas y acompaña a mujeres, parejas y familias durante el embarazo, el parto y el puerperio. Colabora como administradora en el grupo Para Saber Con Quién Parimos. Tuvo dos partos en institución donde sufrió VO y uno en su casa.

Ser *doula* es una tarea apasionante. Una tiene el privilegio de acompañar a una mujer, a una pareja o a una familia en un momento trascendental de su vida. Y poder ver de cerca la transformación que suele ocurrir es muy interesante y satisfactorio. Cómo llegan con inquietudes, dudas, miedos, con experiencias desagradables o traumáticas a cuestas, con muchos deseos o con ideas que a veces resultan difusas... Generalmente están buscando algo diferente, algo que se acerque a sus expectativas o siguiendo una intuición interna de que hay algo más que aquello que viene dado “por defecto” o que está socialmente aceptado. A través de la información y el vínculo que se va generando, el apoyo y el aliento que una como *doula* puede brindarles, van de a poco logrando cosas: dejando atrás prejuicios y temores, repensando situaciones, cuestionando, tomando decisiones, eligiendo, dándoles forma y palabras a sus deseos. En resumen, recuperan el rol de protagonistas de un proceso que implica ni más ni menos que darle la bienvenida al mundo a un nuevo ser rodeado de amor.

Está demostrado científicamente –y yo lo he vivido en la práctica– que el acompañamiento de una *doula* tiene efectos muy positivos no solo en el momento del

parto y el puerperio inmediato, sino también antes y después, en la vivencia de toda la experiencia tanto para la madre como para el bebé. En ese sentido, la *doula* juega un papel en dos aspectos clave que son la información y el empoderamiento, es decir que da confianza y seguridad a la mujer en ella misma, en su fisiología, en que puede hacer cosas en pos del parto que desea, además de estar a su lado en ese camino que a veces se vuelve difícil porque nuestro sistema y la sociedad en general aún no contemplan este paradigma en el que la mujer es dueña de su cuerpo y de sus decisiones, y en el cual entendemos que cuanto menos intervención haya mejores serán los resultados (que es lo que sostiene la evidencia científica). Las *doulas* también brindamos información fundamentada sobre las necesidades de los recién nacidos, y ayudamos a promover un vínculo temprano y sano, a partir del contacto y la lactancia materna, que redundan en beneficios para todos.

La *doula*, desde su experiencia personal, su ser y estar, su confianza, su velar por proteger el ambiente que rodea a la mujer, está atenta a sus necesidades emocionales y a veces físicas, por ejemplo, ayudándola a atravesar el dolor en el trabajo de parto, alentándola y dándole seguridad en su capacidad de maternar. Sin embargo, no me gusta decir que la *doula* es determinante; sería arrogante de nuestra parte y, además, supondría adoptar una actitud que solemos cuestionar. Ser *doula* requiere mucho trabajo personal, constante introspección y conciencia de mi “aquí y ahora” (mis emociones, mis sensaciones) para evitar interferir o juzgar. Implica estar cien por cien disponible para esa mamá y ese bebé, es pura entrega y aceptación de lo que acontezca, y es ser capaz de apoyar elecciones o decisiones aunque no siempre las compartamos, entendiendo que ese embarazo, ese parto o ese nacimiento es de cada mujer, de cada bebé y de cada familia.

Hay algo que nunca se debe perder de vista y es que la *doula* es una especie de invitada especial, que tiene el honor de acompañar un embarazo, un puerperio, de presenciar el milagro de la llegada de un nuevo ser al mundo, o, en ocasiones también, de acompañar y sostener el duelo ante una pérdida o un resultado inesperado. Muchas veces me ha tocado presenciar partos altamente intervenidos, donde una también siente en carne propia esa invasión y piensa que ha podido hacer poco por esa mujer, pero ellas luego rescatan: “Lo que me ayudó a atravesar esa situación fue que estuvieras ahí tomando mi mano o abrir los ojos y encontrar tu mirada”. Y aquí se abre un punto importante: una *doula* no garantiza nada, no asegura un parto respetado ni un resultado determinado. Tampoco impone una forma de hacer las cosas. Ni aboga por la mujer ni discute o cuestiona a los profesionales que la asisten, a quienes la mujer, en forma explícita o implícita, ha delegado la responsabilidad de velar por su salud y la de su bebé (independientemente de que lo hagan o no acorde a los deseos y expectativas de la paciente). La *doula* se pone al servicio buscando dentro de lo que está a su alcance la manera de ayudar a que una mujer o una pareja logren algo que sea lo más cercano posible a sus expectativas, brindándoles apoyo y contención durante todo el proceso.

12

LA CESÁREA

*Y pongo las manos en mi vientre,
y susurro para mí:
gracias cicatriz querida,
por lo mucho que aprendí. [...]
Y honro este portal de vida,
por donde yo renací.*

MÓNICA MANSO

Las mujeres embarazadas, cuando nos acercamos al nacimiento, soñamos intensamente con recibir a nuestro bebé en brazos, conocerlo, olerlo, abrazarlo. Si por algún motivo – que puede ser que no nos den otra opción– entramos en una emergencia y vamos a una cirugía, llamada *cesárea*, nuestro sueño cambia de pronto: todo pasa muy rápido, tragamos la angustia y el temor que genera un quirófano, nos anestesian y en algunos minutos –que para algunas serán eternos– nos muestran a nuestro bebé.

Lo que sigue es un momento imborrable: la anestesia nos tiene atontadas, no podemos manejar nuestro cuerpo, preguntamos por nuestro bebé –en general apenas nos lo muestran– y comenzamos a sentir la herida, ese corte que debieron realizar en capas: primero en el abdomen, después en los músculos y luego en el útero. Si no hay complicaciones con la recuperación de la herida y no hay signos de infección, nos darán el alta en setenta y dos horas. Pasaremos los primeros días doloridas y en convalecencia tras una cirugía mayor, pero con un bebé recién nacido que demanda permanente atención, contacto, upa y teta; a esto se le suman las posibles vicisitudes de la lactancia en sus primeros días y la bajada de leche, que también pasa a sentirse de manera intensa en nuestro cuerpo. Todo sucede vertiginosamente en los primeros siete días de la vida de nuestro hijo, que suponen cambios hormonales, psicológicos, vitales, familiares y adaptaciones a nuestro nuevo y desconocido rol: aunque no seamos primerizas, cada nacimiento siempre será una vivencia distinta.

Pero, además de lo físico, hay otra recuperación, que es la emocional: muchas mujeres luego de una cesárea sintieron que algo no estuvo bien, se cuestionan la forma

en que nació su bebé, piensan que faltó tiempo, que no las esperaron, que las amenazaron con poner en riesgo el bienestar de su hijo. Otras sospechan en silencio que se podría haber evitado y más adelante descubren que les mintieron, que les hicieron una cesárea sin motivos de peso. Con el agravante, además, de que muchas cesáreas se programan para la semana 37-38 de gestación, lo que obliga al bebé a nacer antes de estar preparado: lo último que madura en el bebé son sus pulmones, esto sucede cuando la naturaleza inicia el trabajo de parto que indica que ya puede nacer.

El pasaje por el canal de parto tiene como función darle la última preparación para el cambio respiratorio; además, nuevas investigaciones demuestran la gran importancia de que el bebé sea colonizado por las bacterias maternas que hay allí y que esto influirá mucho en su salud futura. Por lo tanto, la cesárea aumenta el riesgo de que el recién nacido pase unos días internado en la terapia intensiva de la maternidad, más conocida como *la Neo*, un término que banaliza lo que significa una internación en terapia para un bebé que puede tener consecuencias en el inicio y establecimiento de la lactancia y el apego. El costo para el bebé y la mamá dependen de cada día y va desde un sabor amargo hasta un trauma en las mujeres que lo transitaron.

La cesárea es un importante y maravilloso recurso de la ciencia médica: una cirugía que nació para salvar la vida de madres y bebés en partos complicados o en casos en los que no es posible el nacimiento por vía vaginal. En sus comienzos, era muy difícil que la mujer sobreviviera a una operación de este tipo. Recién en el siglo XVI hay registros de una mujer que lo consiguió. Muchos años después, con el descubrimiento de la anestesia, los antibióticos y la importancia de la asepsia, bajó el riesgo para la mujer. Hacia los años setenta, con el mejoramiento de la sutura y la incisión horizontal, se lograron mayores beneficios para su recuperación, incluyendo el aspecto estético.

A partir de ese momento, la cantidad de cesáreas fue aumentando paulatinamente a nivel mundial: pasó de ser un recurso a convertirse en un modo predominante de nacer, en muchos casos sin que hubiera motivos médicos que la justificaran. Esto despertó la alerta en organizaciones como la OMS (que ya en 1985 recomendó que no debería superar el 10-15% del total de nacimientos) y crecieron los espacios de contención para mujeres que se sentían víctimas luego de haberla atravesado. Sin embargo, esto parece no haber alcanzado para que la comunidad médica revea su accionar.

En la Argentina, la cesárea alcanza un promedio nacional del 50% de los nacimientos; según los datos proporcionados por el Sistema de Información Perinatal en 2015. Incluso a veces puede alcanzar un porcentaje mayor: entre 2010 y 2013, la obra social IOMA realizó un análisis en trece provincias, con una muestra de cincuenta y cuatro mil partos que incluía los del sistema privado, que arrojó una tasa de cesáreas del 75%. En 2015, en un encuentro organizado por el Ministerio de Salud de la Nación con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, profesionales de la salud de diferentes puntos del país advirtieron sobre el aumento de las cesáreas innecesarias en la Argentina.

Lo que era un recurso ante situaciones graves se transformó en una práctica abusiva e indiscriminada, que va acompañada de un contexto cultural que lo permite, sostiene y

fomenta: en todo el mundo aumentan los nacimientos por cesárea en detrimento del parto vaginal. ¿Por qué sucede esto? Por un lado, para los/as obstetras, una cesárea implica beneficios como ahorro de tiempo, productividad, programación, previsión, también beneficios económicos y les permite una mayor seguridad o control. Por otro lado, la presión social o del propio profesional, la desconexión con nuestros cuerpos, la distancia con lo natural, el desconocimiento total de los procesos fisiológicos y sus beneficios, y la falta de información sobre las consecuencias de esta intervención, para nosotras y para nuestros hijos, hacen que muchas veces elijamos atravesar una cesárea cuando no es necesario.

“Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos. A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal. Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes, o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas.”

Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas de 2015

En diferentes experiencias, desde las denominadas *casas de parto* del doctor Michel Odent, pasando por estudios de la OMS y MSCF, se ha comprobado que las condiciones óptimas de acompañamiento, tiempo, contención, información válida y la presencia de *doulas* reducen la necesidad de lo que llamamos *inne-cesáreas*. Pero ¿cuándo sí es necesaria? Hay motivos excluyentes para su indicación:

- *Desprendimiento de placenta*. Consiste en la separación parcial o total de la placenta de la pared uterina antes o durante el parto. Provoca una hemorragia debido a la rotura de los vasos sanguíneos que conectan placenta y útero.
- *Placenta previa oclusiva total*. Ocurre cuando la placenta cubre totalmente el cuello del útero.
- *Prolapso de cordón umbilical*. Es una complicación que ocurre antes o durante el parto. El cordón umbilical cae a través del cérvix abierto en la vagina por delante del bebé, haciendo peligroso su nacimiento por vía vaginal.
- *Cuadros graves de hipertensión gestacional* (eclampsia o síndrome de Hellp).
- *Situación transversa*. El bebé está atravesado en el útero, es decir, no está ni de cabeza ni de nalgas. Se recurre a la cesárea cuando no se logra que gire mediante la llamada *versión externa* (una maniobra que realiza el profesional alrededor de la semana 37 para girar al bebé con sus manos sobre el vientre materno, y lograr así la posición cefálica del bebé para realizar parto vaginal).
- *Tumores que obstaculicen el paso del bebé*.
- *Verdadera desproporción cefalopélvica o DCP*. El bebé es demasiado grande para

la pelvis materna. Esto es muy poco común y solo se da en caso de deformidades pélvicas o por una rotura pélvica mal sanada. Se diferencia del diagnóstico hecho por la posición materna durante el expulsivo, especialmente cuando las mujeres están en posición semisentada o acostadas.

- *Rotura del útero.*

Hay situaciones en las cuales las razones para realizarla pueden ser relativas, y dependen de cada caso y de la evaluación profesional. Algunas de ellas son:

- *Madre con HIV.* Su indicación depende de la carga viral al momento del parto.
- *Enfermedad materna que no permita realizar el trabajo de parto* por el esfuerzo que se realiza (por ejemplo, cirugías cerebrales previas) o enfermedades asociadas a miastenia gravis (cansancio muscular).

Por último, existen motivos más discutibles que pueden llevar a una indicación de cesárea. Son los reportados con mayor frecuencia por las mujeres del grupo Para Saber Con Quién Parimos:

- *Pelvis pequeña solo por observación de la textura materna.* Ninguna mujer gesta un bebé que luego no podrá parir con trabajo de parto en condiciones adecuadas. Con tiempo y libertad de movimiento, la pelvis se abre lo necesario para permitir el paso del bebé, excepto en casos muy poco frecuentes donde existe un traumatismo o una rotura mal sanada.
- *Bebé que se sospecha que es grande.* El cálculo del peso del bebé se realiza por medio de ecografías que poseen un margen de error de un 10% y dependen del operador que las realiza. A esto se suma el cálculo de la edad gestacional, que puede no ser exacto; por ende, no hay seguridad sobre el peso y el tamaño del bebé hasta que no nace. Si se mantienen condiciones adecuadas para el trabajo de parto, parto y expulsivo, este no debería ser un motivo para ir a cesárea.

Podemos mencionar otros ejemplos en los que la cesárea no es una indicación absoluta: edad materna mayor a 35 años; bebés concebidos por fertilización in vitro o inseminación artificial; llegar a la semana 40 sin contracciones (ya que el término es hasta la semana 42); cesárea previa; diabetes gestacional; bolsa rota sin esperar el tiempo suficiente para que se inicie el trabajo de parto espontáneamente ni intentar inducción; prevención del daño del suelo pélvico o periné; falta de dilatación luego del inicio de trabajo de parto sin esperar el tiempo y las condiciones necesarias; determinación de que la inducción fue fallida antes de las seis horas y sin brindar acompañamiento óptimo; indicación de que el bebé está “alto” y no va a bajar antes de transcurrir el trabajo de parto, ya que algunos bebés terminan de atravesar el canal de parto luego de alcanzar la dilatación completa.

Lo más apropiado –y recomendado por la OMS– para la salud materno-fetal es favorecer la posibilidad de parto vaginal antes de recurrir a una cesárea. Existen, sin

embargo, diferentes motivos que pueden requerir que el bebé nazca antes de término, por ejemplo, patologías como la colestasis intrahepática del embarazo, una condición que afecta al hígado y provoca una intensa comezón. Una vez diagnosticada mediante pruebas de laboratorio, se puede realizar una inducción del parto con oxitocina sintética. En este caso el trabajo de parto, por efecto de las contracciones provocadas artificialmente, puede llevar más tiempo que uno natural y ser más doloroso. Si la inducción se realiza en condiciones adecuadas para transcurrir el trabajo de parto, con acompañamiento, recursos para el dolor, libre movimiento, ambiente íntimo y confortable, aliento a la mujer, etc., puede ser exitosa. Muchas inducciones no prosperan en los tiempos institucionales y suelen finalizar en una cesárea.

Otro manejo de la inducción es la maniobra de Hamilton, un tacto profundo que despega las membranas del útero y que, en algunos casos, inicia contracciones uterinas. Como toda intervención criteriosa y con consentimiento informado, puede ser útil y válida para concluir una gestación en caso de ser verdaderamente necesario.

En el grupo Para Saber Con Quién Parimos lamentablemente solemos leer gran cantidad de relatos donde, exceptuando las indicaciones absolutas de cesárea, los motivos no fueron claros: se realizaron inducciones o se hicieron cesáreas sin la debida explicación, incurriendo en VO. Muchas veces se realizan maniobras de Hamilton sin autorización de la mujer, aduciendo que se va a realizar un tacto “para ver cómo está todo”, comienza un trabajo de parto que no prospera y se termina en cesárea, la cual sería una consecuencia provocada por la primera intervención para apurar el parto. Es realmente penoso corroborar que a muchas mujeres incluso se les practica una inne-cesárea en los días previos a fechas como las fiestas de fin de año, Semana Santa o vacaciones.

Muchas veces se atribuye la indicación de cesárea al miedo al parto de la mujer: por supuesto que validar los sentimientos de la madre es respetarla y está en su derecho de elegir atravesar el parto como lo desee, pero es importante, antes de tomar la decisión de parir por medio de una cesárea, poder revisar esos miedos con algún profesional especializado, como psicólogas perinatales. Una *doula* durante el embarazo también puede ayudar para que la mujer decida con información adecuada y para desterrar algunos mitos.

En la actualidad es muy común oír hablar de la cesárea como “lo mejor” y que se le adjudiquen ciertos beneficios: “Es más rápida”, “Es más fácil”, “Es más cómoda”, “Se pare sin esfuerzo”, “Los bebés salen más lindos”, “Los bebés no sufren”, “La cirugía, con las últimas técnicas, tiene una recuperación sencilla”. Cualquier mujer que haya atravesado una cesárea –y más aún si fue inne-cesárea– tendrá bastantes argumentos para refutar cada una de estas “bondades”. Como siempre, la información es la que nos permitirá elegir con libertad y a conciencia.

Al igual que sucede con los mitos sobre la lactancia, la idea de que el parto es doloroso puede estar influenciada por experiencias que nos contaron, mitos, traumas, nuestro propio nacimiento, lo que se trasmite a nivel familiar del linaje materno... La maternidad nos ofrece la oportunidad de revisar, cuestionar, repensar y sanar mucho de

ese bagaje que traemos.

RIESGOS DE CESÁREA PARA LA MAMÁ

- La cesárea conlleva un riesgo de mortalidad materna que es de 5 a 7 veces superior al parto vaginal.
- Las complicaciones durante y después de la cirugía incluyen daño quirúrgico de la vejiga, el útero y las venas; hemorragia; accidentes relacionados con la anestesia; embolias en las piernas; embolia pulmonar; parálisis de la vejiga, e infecciones.
- Al igual que en cualquier cirugía abdominal, las cicatrices internas pueden provocar dolor pélvico, dolor durante las relaciones sexuales y problemas intestinales.
- Las consecuencias reproductivas, comparadas con el parto vaginal, incluyen una mayor infertilidad, abortos espontáneos, placenta previa, desprendimiento de placenta y partos prematuros.
- La probabilidad de que haya dificultades de recuperación en el posparto se incrementa.
- La probabilidad de que haya dificultades en el apego con el bebé es mayor debido a la falta hormonal que lo induce.
- Por tratarse de una cirugía mayor, debido a la convalecencia hay más probabilidades de sostener menos tiempo al bebé y de amamantar con menos frecuencia.
- La probabilidad de separación y de ingreso a unidad neonatal por falta de adaptación crece al no atravesar canal de parto.
- La probabilidad de ingreso a terapia por falta de adaptación es más grande debido a la prematuridad (sobre todo en cesáreas programadas en la semana 37-38).
- La probabilidad de que haya dificultades para el inicio y el establecimiento de la lactancia se incrementa.
- La probabilidad de que se demore la bajada de leche debido a la falta de los picos hormonales que se producen en el trabajo de parto y parto es mayor.
- Una de cada diez mujeres reportan dificultad para realizar actividades normales dos meses después del parto.
- Una de cada cuatro reporta dolor en el lugar de la incisión como un problema grave.
- Una de cada catorce mujeres reporta dolor en la incisión hasta seis o más meses después del parto.
- Las mujeres que tienen una cesárea requieren ser rehospitalizadas dos veces más que las que tienen un parto vaginal.
- La cesárea suele tener varias consecuencias emocionales: las mujeres tienden a experimentar emociones negativas, que incluyen baja en la autoestima, una sensación de fracaso, pérdida de control y desilusión.
- La propensión a desarrollar depresión posparto o síndrome de estrés postraumático crece. Algunas madres expresan intensos sentimientos de miedo y ansiedad.

- Las mujeres que tuvieron cesárea son más reacias a volverse a embarazar.

RIESGOS DE LA CESÁREA PARA EL BEBÉ

- Especialmente con las programadas, algunos bebés nacen prematuramente.
- Los bebés que nacen poco tiempo antes de que estén listos pueden experimentar problemas para adaptarse a la temperatura, respiratorios y en la lactancia.
- Dos bebés de cada cien son cortados accidentalmente durante la cirugía.
- Los estudios que comparan la cesárea por elección o por razones no relacionadas con el bebé con el parto vaginal demuestran que los que nacen por cesárea tienen 50% más posibilidades de tener puntuaciones bajas en el test de Apgar –el examen clínico que se realiza a todo recién nacido, que evalúa cinco puntos: apariencia, pulso, gesticulación, tono muscular y respiración–, cinco veces más necesidad de recibir asistencia para respirar y cinco veces más propensión a ser internados en terapia intensiva o intermedia.
- Los bebés que nacen por cesárea por elección tienen cuatro veces más posibilidad de desarrollar hipertensión pulmonar persistente que los nacidos por parto vaginal.
- Los bebés nacidos por cesárea son menos propensos a ser amamantados.
- La falta de pasaje por el canal de parto altera el equilibrio óptimo para la salud de la microbiota porque, como ya dijimos, los bebés no se contaminan con las bacterias de su madre, que colonizan sus intestinos inmediatamente después del parto vaginal, están mucho menos expuestos a microbios y, además, su cuerpo está expuesto a microbios que su cuerpo no reconoce, como sí reconoce los de su madre. La colonización de sus intestinos suele ser más lenta y el riesgo de alergia es mayor. Cada vez más estudios mencionan la importancia para la salud de que esas bacterias benéficas colonicen el intestino del bebé desde recién nacido, proceso que continúa con la protección que brinda la leche materna.
- Muchos estudios vinculan el desequilibrio de la microbiota con enfermedades como obesidad, trastornos metabólicos y autoinmunes, como la celiaquía, las alergias alimentarias, patologías como el síndrome de déficit atencional y trastornos del espectro autista.
- Algunas investigaciones plantean que se produce una modificación genética en el ADN de los niños nacidos por cesárea que los vuelve más sensibles a enfermedades inmunológicas cuando se combinan con otros factores ambientales que favorecen el desarrollo de estas enfermedades.

Por lo tanto, para el bebé no es lo mismo nacer por cesárea o por vía vaginal y no es cierto que la cesárea es mejor para él porque no sufre. El trabajo de parto no es solo de la mujer: el bebé recibe señales de que es hora de buscar la salida y comienza su recorrido realizando el esfuerzo necesario para lo que vendrá. La duración y evolución del trabajo de parto lo prepara para su vida fuera del útero. Las hormonas del parto ponen a punto su organismo para la vida extrauterina, especialmente sus pulmones y su

cerebro, y lo preparan psicológicamente para su nuevo estado y para establecer el vínculo con su madre.

“El proceso de ‘estrujamiento’ que experimenta [el bebé] al atravesar el canal del parto no solamente puede llegar a resultar placentero y estimulante, sino que además le ayuda a vaciar sus pulmones de líquido, facilitando el inicio de la respiración. Incluso cuando una cesárea es inevitable, se recomienda al menos dar la opción de que el parto empiece por sí solo. De esa manera, se evita el riesgo de haber calculado mal la fecha probable de parto y de que el bebé nazca con poco peso. Así también se da la oportunidad a la madre y al bebé de experimentar los efectos de las hormonas del parto.”

Isabel Fernández del Castillo, *La revolución del nacimiento*

TRABAJO DE PARTO VERSUS CESÁREA PROGRAMADA

Efectos del trabajo de parto en la mamá:

- Mejora la presión arterial.
- Mejora el aporte de oxígeno a la placenta y al bebé.
- Mantiene estables los niveles de azúcar en la sangre.
- Va adelgazando el segmento inferior del útero. En caso de que exista necesidad de realizar una cesárea, el corte será menos riesgoso (porque el músculo es menos grueso) y la recuperación será más rápida.

Efectos del trabajo de parto en el bebé:

- Expulsa todo el líquido del pulmón.
- Mejora la oxigenación general y cerebral.
- Mejora su alerta.

Además de las consecuencias de la cesárea que ya mencionamos, el hecho de no haber comenzado el trabajo de parto afecta el intercambio hormonal necesario como cierre de la gestación intraútero. Entre las que participan –además de la protagonista del proceso, que es la oxitocina– se encuentran hormonas del estrés, como el cortisol y la catecolamina, que participan del proceso de maduración del bebé que está por nacer, especialmente a nivel circulatorio, metabólico, respiratorio y relacional.

Michel Odent afirma que las hormonas del estrés liberadas durante el trabajo de parto permiten la producción de varias proteínas que afectan el desarrollo del hipotálamo y del cerebro. El hipotálamo es como un guía para toda nuestra fisiología, es el encargado de regular el apetito, los ritmos circadianos, responder al estímulo del sentido del olfato, entre otras funciones. Ibone Olza Fernández detalla también que se ha comprobado que la ausencia de catecolaminas se relaciona con una complicación relativamente frecuente en las cesáreas programadas –el distrés respiratorio–. Los bebés que no han tenido esa

descarga de adrenalina a menudo tienen hipoglucemia e hipotermia. Varios estudios han investigado la asociación entre la vía de finalización del parto y el riesgo de desarrollar depresión posparto debido a que la ausencia del pico de oxitocina endógena propia del parto en los nacimientos por cesárea genera mayores dificultades en el vínculo y en el reconocimiento del hijo/a como propio, lo que se asocia con la sensación de extrañamiento que a veces describen las madres tras la cesárea.

Todo el proceso de parto natural supone un exquisito intercambio de hormonas que posee funciones sumamente importantes. Con esta información, es válido repensar si la indicación de cesárea tiene realmente motivos o si por la comodidad de programarla le estamos quitando la oportunidad al bebé de producir estas hormonas tan importantes en su desarrollo. Además, si se programa en las semanas 37, 38 o 39, se corre el riesgo de que el bebé nazca antes de término y tenga una edad gestacional menor. Esta se determina después del nacimiento con el test de Capurro (o método de Capurro), una evaluación que considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos (textura de la piel, pliegues plantales, etc.) y diversas puntuaciones. Si la edad gestacional no es la adecuada, el bebé requerirá cuidados especiales e internación en terapia intensiva.

Por otro lado, cuando la cesárea es realmente necesaria, cabe preguntarse cómo podemos atravesarla de la mejor manera y qué podemos hacer para que el cambio no sea tan abrupto para el bebé. La buena noticia es que podemos modificar las condiciones dentro de la intervención y así mejorar esta experiencia. La idea es consultar todo lo que necesitemos, en general hay muchas opciones para mejorar la experiencia, aunque no siempre son ofrecidas por el equipo médico. Es cuestión de preguntar sin pudor, ya que somos nosotras quienes recordaremos para siempre ese momento tan importante que es la llegada de nuestro bebé.

Si no se trata de una urgencia, debemos saber cuánto tiempo tendremos y tomarlo para poder organizarnos, pasar por nuestra casa a ultimar detalles, llevar lo necesario, hablar con otros hijos, si los hay, y comunicarnos con nuestro bebé para anunciarle lo que vendrá. También, por qué no, llorar un rato para desahogarnos: muchas mujeres en el grupo Para Saber Con Quién Parimos cuentan que retuvieron el llanto al entrar al quirófano y que estaban cargadas de angustia.

Es bueno pensar qué horario nos resulta más cómodo, si tenemos la posibilidad de decidirlo, quién deseamos que nos acompañe, qué vamos a necesitar para ese momento y charlar con nuestra pareja, familiar, *doula* o quien elijamos sobre lo que nos da temor o impresión. Por ejemplo, podemos pedir que nuestro acompañante nos hable, nos cuente lo que ve, nos abrace, nos mime. También es importante que la partera siga ocupando su rol de contención emocional: puede ser útil pedirle que nos cuente cómo va el proceso, ya que es típico de la cesárea que nos sintamos objeto de una intervención e imaginemos lo que están haciendo en nuestro cuerpo. Esto a veces hace que pensemos de más, que fantaseemos con que algo está saliendo mal, lo cual genera ansiedad y angustia. También puede ser la encargada de cuidar que se cumplan nuestros pedidos y preferencias si lo charlamos previamente. Entre esos pedidos, pueden estar:

- Que el anestésista no nos duerma. Lo ideal es estar despiertas para recibir a nuestro bebé en cuanto nos lo den, para hablarle y mirarlo. A veces, sin consentimiento y pensando en la tranquilidad o el descanso de la mamá, administran por suero algún sedante.
- Que no se coloque la sonda vesical, que es una sonda que llega hasta la vejiga urinaria para orinar por ahí, porque luego puede resultar molesta y/o dolorosa.
- Que no nos aten las manos. Muchos médicos aducen que la mamá, por reflejo, puede tratar de tocarse el vientre y entorpecer su trabajo. En ese caso, podemos proponer que la partera o nuestro acompañante nos contengan de ser necesario.
- Que nos consulten cómo nos sentimos con la dosis de anestesia, para estar tranquilas de que sea suficiente y no sintamos la intervención.
- Que esperen para cortar el cordón del bebé hasta que deje de latir.
- Que los profesionales no hablen de cualquier tema mientras operan.
- Que podamos poner alguna música que nos guste y/o nos relaje.
- Que bajen las luces.
- Que nos acerquen al bebé de modo que podamos verlo bien y besarlo. Que las personas que acompañan nos ayuden a sostenerlo para que se prenda al pecho aun en el quirófano.
- Que realicen los controles más tarde o en la habitación, para no separarnos.
- Que no nos dejen solas ni desnudas en la camilla ni antes ni después de la operación.
- Que guarden y nos entreguen la placenta, si así lo deseamos.

También se puede mejorar la experiencia para nuestro bebé entrando en contacto piel con piel en cuanto se pueda, desnudándolo, sacando nuestro pecho y cubriéndonos con una manta. Además de ser la forma más recomendada de regular la temperatura del bebé –incluso en niños prematuros–, tiene múltiples beneficios dado que estimula los reflejos que el bebé necesita para su alimentación y apego y la producción de hormonas imprescindibles para este primer contacto y primera preñada al pecho.

No hay nada más importante que ofrecerle el calor, el contacto, los latidos de nuestro corazón y el pecho para reproducir el ambiente que vivía en el útero. Practicar el porteo durante los primeros meses también es muy recomendable, así como estimular su sentido del olfato poniendo su nariz cerca de nuestro cuello, donde se concentra el propio olor. No es recomendable usar perfumes o cremas.

Tanto las visitas como cualquier tipo de interrupciones pueden esperar. El bebé recién está adaptándose al nuevo ambiente, más aún si el cambio fue abrupto por la cesárea, y pasar de mano en mano y sentir distintos olores y voces no lo ayuda. En este momento el bebé solo necesita tiempo y a su mamá.

Si sentimos que las consecuencias de la cesárea comienzan a afectarnos, podemos solicitar el apoyo de una *doula* o psicólogo/a perinatal, sobre todo si la intervención fue de emergencia, para poder entender qué sucedió. Asimismo, podemos pedir la

colaboración de una puericultora si hay dudas o complicaciones con la lactancia.

En la maternidad siempre hay posibilidad de reparar el vínculo con nuestros hijos, si se siente que la experiencia del nacimiento no fue positiva para alguno, hablar con ellos aunque sean pequeños, volver a ese momento con un lenguaje acorde a la edad y contar lo que sucedió son recursos que recomiendan los/as psicólogos/as perinatales. Muchas mujeres llevan por años la necesidad de pedirles perdón a los hijos por no haber podido o sabido evitar la operación (cuando quedan dudas sobre su pertinencia) o evitar la separación en las primeras horas. Por supuesto, es algo que nos sucedió y que no pudimos dimensionar en ese momento, pero la necesidad de perdón existe y es bueno convalidarla.

PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESÁREA

Ayelén Díaz Fernández (1)

*No mires, amor, mis alas, ni mi balsámica piel, mira entre mis cicatrices,
pues allí inicié el vuelo que ahora te deslumbra.*

OUKA LEELE

Hace años que existe un consenso generalizado, en las sociedades de ginecología y obstetricia del mundo y afirmado también por la OMS, que indica que después de una cesárea es posible, seguro y aconsejable intentar un parto vaginal y que solo en caso de que este no pueda darse hay que volver a recurrir a la cesárea. Por lo tanto, la primera opción para mujeres que han sido sometidas a esa cirugía y en el nuevo embarazo no tienen indicación de cesárea es esperar a que el trabajo de parto comience y siga su curso natural. Esto es lo que se conoce como *parto vaginal después de cesárea* (PVDC).

Para decirlo en forma más simple, la vieja frase “Después de una cesárea, siempre cesárea” carece hoy de fundamento. Aun así, resulta realmente difícil lograr que los equipos médicos y el entorno acompañen esa decisión, y que las mujeres en general laelijamos. Este capítulo trata sobre sensaciones, sentimientos y experiencias que suelen tenerse a la hora de elegir parir después de cesárea. De ningún modo pretende ser una guía completa sobre el PVDC, sino que simplemente son las conclusiones y los consejos que puedo transmitir después de años de investigar, participar activamente en grupos de apoyo y haber atravesado esa experiencia que comparto acá con la esperanza de que ayuden a que cada una pueda tomar lo que le sirva y decidir qué es lo que quiere, sin esconder las dudas ni desoír lo que hace ruido.

Cada una de nosotras es única y también es único nuestro modo de sentir la vida. Muchas mujeres que han atravesado una cesárea, por el motivo que fuere, no sienten que les haya quedado algo pendiente, incluso algunas la eligieron y lo volverían a hacer. Sin embargo, existe un grupo muy numeroso (sobre todo quienes tuvieron cesáreas no

deseadas ni necesarias) para las que la cirugía dejó un vacío importante, que sienten que les faltó un evento vital y deseado, y que se perdieron un acto crucial de la existencia.

A simple vista suena raro ligar la palabra “duelo” al comienzo de la vida, mucho más aún cuando describe parte de los sentimientos de una madre que acaba de tener a su bebé. Sin embargo, existe, sobre todo cuando la experiencia dista mucho de las expectativas que nos fuimos haciendo durante los nueve meses de embarazo, cuando lo vivido no se parece a las imágenes de publicidad que tenemos del parto y que integran el imaginario colectivo. El duelo es un sentimiento que hay que permitirse transitar; no estamos erradas, no somos caprichosas ni exageradas ni infantiles por tener sentimientos de dolor y tristeza por el parto que no fue. Es una pérdida, es una experiencia que no se atravesó, una ilusión que no se materializó, algo que muchas mujeres sueñan e imaginan a lo largo de su vida y que en un momento, por la razón que fuere, no se concreta.

Como todo duelo, la única forma de superarlo es vivirlo, sentirlo y atravesarlo para después transmutar ese dolor en enseñanza y, finalmente, poder continuar de la manera más sana posible. Negarlo y hacer de cuenta que esos sentimientos no existen, ya sea porque el entorno no los acepta o porque a nosotras nos parecen inaceptables, solo lleva a que nos queden atragantados. Amigarnos con eso que nos pasa es una forma de respetarnos y querernos a nosotras mismas. Por más que sea tabú hablar del “lado B” de la maternidad en general, y del nacimiento en particular, la realidad es que somos muchas las que nos sentimos o nos hemos sentido así. Hay excelentes grupos y tribus de crianza donde se puede compartir con otras mujeres que pasaron por situaciones y sentimientos similares, aprender de otras experiencias, y estar y sentirse acompañadas. El entorno que no ha pasado por esta situación muchas veces no logra comprenderlas y mucho menos sostenernos en este momento tan particular.

El nacimiento de un bebé, desde su génesis en el comienzo del embarazo hasta tenerlo en brazos, es un proceso que tiene una significación muy profunda y vital, aunque vivamos en una sociedad que no hace sino verlo como el tiempo de “cocción” que se necesita para la obtención del “producto terminado” que sería ese nuevo ser humano. No comprendemos la idea de que está mal no sentirse feliz, radiante, y agradecida por estar viva y con un bebé vivo (como si eso no fuera el resultado esperable). Es perfectamente normal, aceptable y lógico sentirse triste y dolida por no haber podido pasar por un momento tan significativo como el parto.

La búsqueda de un parto después de una cesárea implica ciertos retos que suelen ser diferentes a los que se vivencian en otros embarazos y nacimientos. De por sí, se parte de un útero con una cicatriz y, para muchas, una cesárea anterior es una especie de estigma, una marca que nos recuerda que algo falló en nosotras. A veces nos queda la idea –real o no– de que la naturaleza no actuó bien, no pudo, supo o quiso parir a nuestro hijo; que nuestro cuerpo estuvo a punto de matarlo o matarnos y no fue capaz de ejecutar una función básica. Otras veces la idea es que fallamos a la hora de defendernos cuando sabíamos que una cirugía no era lo correcto, que lo que nos dijeron fue mentira y nuestro cuerpo se volvió nuestro peor enemigo. Así es que a los miedos e incertidumbres que normalmente acompañan a cualquier embarazada hay que agregarle el temor a

repetir el mismo escenario que nos llevó a tener que pasar por esa cirugía o que, llegado el momento, surja alguna situación que impida parir. Incluso (como si fueran pocos los vaivenes del alma durante el embarazo) a veces hasta llegamos a sentir un dolor emocional anticipado por el parto que tal vez no sea. Por eso es necesario saber confiar en nosotras mismas y en nuestro cuerpo que sabe gestar y parir.

Cada embarazo es único, cada situación es única y nosotras no somos las que fuimos. Nada de lo que sucedió tiene por qué volver a repetirse, haya sido físico o psicológico, espiritual o mundano. Vivir el embarazo con angustia y miedos no modifica el final; simplemente arruina una etapa que debería ser vivida a pleno. Esto no significa entregarse al destino o tercerizar decisiones y responsabilidades y dejar que el destino se encargue. Llegar a tener un parto después de cesárea requiere un trabajo interno, para tener todo nuestro ser a favor de lograrlo, y un gran trabajo externo, para que los demás nos acompañen como es debido. Ese trabajo interno consiste en conocerse y reconocerse en las propias sombras, egoísmos y limitaciones; preguntarse y responderse sin tapujos a qué le tenemos miedo. ¿Al dolor? ¿A no “bancárnosla”? ¿A no saber imponer nuestras decisiones? ¿A que algo malo pase y nos echen la culpa? ¿A no lograrlo y sentir que fracasamos? Es importante pensar todo esto cuando todavía tenemos tiempo para procesar, repensar, buscar apoyo o lo que sea que necesitemos para poder transitar el embarazo creciendo como personas y llegar al parto –que es un momento de gran vulnerabilidad– lo más seguras posible de nosotras mismas.

Parir, salvo excepciones, no es un proceso fácil de atravesar. Maravilloso sí, pero no fácil. Por eso, cada herramienta a favor suma y cada piedra en contra resta, sobre todo si proviene de nuestro interior. Más de una vez un PVDC sucede en contra de la voluntad de los profesionales que asisten y muchos partos tienen más de seguridad y fortaleza materna que de apoyo médico. Sobre todo hay que trabajar miedos y fortalecerse después de haber terminado en una cesárea justificada con argumentos como “No dilatás”, “Sos muy estrecha”, “El bebé no baja”; en definitiva, cuando fuimos sentenciadas por alguna supuesta “falla” en nuestro cuerpo porque, aun cuando con el tiempo descubramos que lo que nos dijeron no era una excusa, el miedo a que se repita esa situación nos persigue. Las palabras negativas de los profesionales calan muy hondo, tanto las que oímos en el embarazo y el parto anterior o las que oímos u oiremos en este, y tienen un potencial nocivo considerable. Por eso es importante saber hasta qué punto tuvieron y tienen efecto en nosotras, cuánto nos están afectando y qué cosas provienen de nuestro fuero interno. Muchas veces lo más difícil de sobrellevar es la incertidumbre. Por eso, tener lo más claro posible lo que queremos y lo que no es algo que aporta tranquilidad.

Es común, especialmente cuando la experiencia anterior ha sido traumática o nos ha generado una decepción muy grande, fantasear y llegar incluso a necesitar lo que llamo el *parto revancha*, una forma de victoria ante la cesárea que se ha sentido como fracaso o pérdida, una oportunidad de vivir la experiencia que nos fue negada. Es muy importante, a la hora de decidir otro embarazo, ser plenamente consciente de lo que se desea, porque la verdadera y más saludable razón para volver a gestar es tener un nuevo hijo, un

integrante más para nuestra familia y no experimentar lo que es parir. Un parto puede, y debería, ser un proceso maravilloso, pero no siempre es posible o aconsejable y hay que aprender a aceptar que es algo que tal vez no suceda. Es un aprendizaje importante para que ese nuevo nacimiento no sea vivido como una derrota, porque no lo es: no estamos ni en una carrera ni en una batalla. La maternidad bien entendida y bien vivida no depende del tipo de nacimiento. Parir es un eslabón más de la gran cadena de decisiones y responsabilidades que tenemos cuando nos convertimos en padres y, sin restarle importancia al momento trascendental que es, tenemos que tener en claro que no es (o no debería ser) un objetivo en sí mismo.

Parir con o sin cesárea previa, en nuestro sistema de salud actual, puede transformarse en una odisea. Una cesárea es algo mucho más cómodo para el sistema sanitario y para el equipo obstétrico, ya que resuelve en treinta o cuarenta minutos agendados de antemano una situación que en otro caso quedaría librada a los designios de la naturaleza que poco sabe de horarios y fines de semana. Tanto es así que una de las objeciones que suelen escucharse ante el deseo de un PVDC es que no puede inducirse, como si los partos a lo largo de la historia humana no hubieran empezado por sí solos cuando la gestación llega a término. A esto se le suma que los médicos en general tienen más confianza en su propia habilidad como profesionales que en nosotras como hembras y a los intereses espurios que hay en torno al nacimiento se suma una formación profesional que ve con mejores ojos y mayor tolerancia a la peor de las intervenciones que al mejor de los partos sin asistencia.

El parto lo hacen la madre y su bebé; sin embargo, sería iluso pensar que es algo que puede fluir sin un equipo que realmente los apoye. Los/as obstetras ejercen un gran poder sobre nosotras y sobre nuestro entorno: pueden generar miedo o seguridad solo con un par de palabras, pero un embarazo no debería ser una sucesión de miedos, inseguridades y discusiones; una sala de parto no puede –ni debe– ser un campo de batalla, y una mujer pariendo no puede ser una loba a la defensiva enfrentando a un grupo de gente que quiere realizar una cirugía u otras intervenciones movidos por intereses ajenos a la salud y bienestar de la díada. La vulnerabilidad que las mujeres tenemos los últimos días del embarazo puede ser aprovechada por profesionales inescrupulosos para infundir miedos y presionar a desistir de un parto vaginal que en realidad nunca tuvieron intenciones de acompañar.

Es fundamental que el equipo obstétrico apoye de verdad. Existe una forma para descubrir si el médico realmente asiste partos después de cesárea: además de las referencias directas de otras mujeres que hayan tenido su PVDC, es fundamental la escucha atenta. No es lo mismo que un médico diga “Si todo marcha bien y se dan las condiciones, se puede intentar un parto” a que diga “Siempre se puede intentar un parto, salvo que haya un problema que lo impida”. En el primer caso se está poniendo la cesárea como primera opción mientras que el segundo habla de un profesional pro parto que toma la cesárea como excepción y no como regla. Tenemos que ser muy conscientes de este principio básico que la obstetricia a veces parece haber olvidado: para parir no se deben cumplir requisitos especiales; lo que necesita fundamentos verdaderos es la

indicación de cesárea.

Lo mismo pasa con otros condicionamientos: que el parto comience en la semana 38, 39 o 40, que el bebé no pese más de 3,5 o 3,8 kilos, que el trabajo de parto no sea de más de tres, cinco o siete horas, que hayan pasado más de tres, seis u ocho años desde la cesárea anterior. Lo que dice la evidencia actualmente aceptada es que las únicas diferencias con respecto a un parto sin cesárea previa es que no puede inducirse con prostaglandinas –hormonas que se administran por vía vaginal, rectal u oral para madurar el cuello del útero y provocar el trabajo de parto–, porque en mujeres con cesárea previa incrementa el riesgo de ruptura de útero, y que el período intergenésico –es decir, el tiempo entre nacimiento y nacimiento– debería ser como mínimo de dieciocho o veinticuatro meses (dependiendo de la fuente consultada). El resto de los parámetros son básicamente los mismos que para cualquier otro parto. Así que lo mejor es dejar pasar de largo a aquellos médicos que solo ponen objeciones donde deberían ver chances, porque contar con un equipo que realmente apoye es tener la mitad de las probabilidades a favor, no solo en el logro del parto sino en cuanto al disfrute y la satisfacción de la experiencia. No dudemos en cambiar de médico si el que nos atiende no nos cuadra, porque el nacimiento de un hijo es algo demasiado importante para dejarlo en manos de cualquiera.

Es normal y aceptable que flaqueemos en algún momento, ya sea durante los últimos días del embarazo, cargados de ansiedad, o durante el trabajo de parto. Es lo más normal del mundo sentir que no podemos y caer en la tentación de dejar todo en manos de los otros. Es en ese momento cuando el entorno –no solo el equipo médico– marca la diferencia. Es muy común que el miedo y la desinformación de la gente que nos rodea influyan negativamente en nuestras decisiones y sobre nuestra forma de vivir la experiencia del parto.

A veces esto es difícil porque es muy usual que esa influencia provenga de nuestras madres, de sus temores, aun cuando sus propias historias de maternidad les hayan demostrado que sí se puede o que lo que dice el profesional interviniente no es correcto. Suele aparecer entonces la trasmisión de los miedos e inseguridades, muchas veces infundadas: “Se te pasa el parto”, se nos dice, si se llega a la semana 41, “Esto tarda mucho”, si se lleva un par de horas de trabajo de parto, o “Andá a la guardia”, ante la primera contracción.

Por eso, la preparación para un parto, en general, y para un PVDC, en particular, no es solo trabajo de la embarazada sino que incluye a su entorno y fundamentalmente al acompañante que la mujer haya elegido, porque en ese momento en que estamos en pleno proceso de parir es quien nos representa, defiende, apoya y el que nos recuerda qué es lo que realmente queremos. Si tiene más miedo que nosotras o se rinde a la primera vez que decimos “No puedo” (palabras que todas decimos y sentimos en esos momentos) o, peor, si se pone en contra de nosotras, es casi imposible lograr un PVDC.

Por último, hay una aclaración importante que resta por hacer: la cesárea previa en sí nunca es indicación de cesárea en el siguiente embarazo, pero si tu decisión es que nazca a través de una cirugía, debería ser el bebé el que elija su día para nacer. Si un PVDC es posible y aconsejable, más aún lo es experimentar el trabajo de parto. No es necesario ni

conveniente evitar las contracciones, ni evitar llegar a la semana 39 o 40; una cesárea por causa de cesárea previa no es una cirugía de emergencia. Para el bebé no es lo mismo nacer el día que su desarrollo le indica que está listo para salir al mundo que hacerlo de acuerdo a una agenda médica.

MITOS Y VERDADES SOBRE EL PVDC

¿Existe riesgo de rotura uterina en un PVDC?

Sí. Según múltiples fuentes, el porcentaje en el que esto ocurre es de entre el 0,2 y el 0,6%. Desde hace muchos años se realiza, salvo en contadas ocasiones, la cesárea transversal baja. Esto significa que la incisión en el útero se hace en lo que se conoce como *el segmento*, que es la porción de tejido no muscular que conecta al útero con el cuello. Este tipo de incisión permite que pueda intentarse un parto con un mínimo riesgo.

¿Puede inducirse un PVDC?

La inducción con prostaglandinas está contraindicada porque aumenta considerablemente el riesgo de rotura uterina. Sí pueden utilizarse otras alternativas, como el desprendimiento de membranas, la oxitocina sintética o la acupuntura. Por otro lado, hay pocas razones válidas para inducir un parto. El primer paso, entonces, es tener la certeza de que la inducción es necesaria.

¿Se puede tener un PVDC en domicilio?

La bibliografía con la que se forman los obstetras en la mayoría de las universidades recomienda que los PVDC solo se hagan en instituciones preparadas para realizar intervenciones quirúrgicas de urgencia. El gran tema en este punto es que, en el actual sistema de salud de la Argentina, las posibilidades de tener un PVDC en institución dependen de que el obstetra sea pro-PVDC, por lo que la tasa puede llegar al 75%. En los partos planificados en domicilio, por otro lado, la tasa de éxito del PVDC es de alrededor del 90% y solo se recurre a otras alternativas cuando la madre se cansa o cuando es necesario por motivos médicos. Por otro lado, al ser partos fisiológicos y sin intervenciones innecesarias o rutinarias, los riesgos tienden a minimizarse.

¿Puede usarse analgesia?

Sí. A lo largo del intercambio de experiencias con otras madres en el grupo Para Saber Con Quién Parimos, nos hemos encontrado con opiniones médicas que van desde que no puede utilizarse anestesia peridural porque enmascararía los síntomas de una posible ruptura hasta que su uso es obligatorio por si se da una emergencia. Ambas conclusiones son falsas: los métodos de analgesia son compatibles con el PVDC y lo más

conveniente siempre –sea o no un PVDC– es utilizar métodos no farmacológicos. Cuando un médico da por obligatoria alguna de ambas opciones, muchas veces lo hace para lograr que el parto no prospere, ya sea porque con la peridural puesta tiene el camino allanado para una cesárea o porque se espera que el dolor termine ganando la partida. Es importante consultar exhaustivamente con el obstetra las alternativas de analgesia, ya que rara vez se le da a la mujer información para elegir otras opciones, como la meperidina (o petidina), un analgésico narcótico utilizado para el tratamiento del dolor y aceptado para su uso en trabajo de parto.

¿Puede utilizarse oxitocina sintética?

Su uso no está contraindicado y bien indicada, es decir, utilizada cuando hay un progreso insatisfactorio verdadero y no por rutina, no debería representar un problema.

¿Existe un período intergenésico mínimo?

Dependiendo de la fuente consultada, se recomienda un período mínimo de dieciocho o veinticuatro meses entre cesárea y parto, lo que no significa que no se pueda intentar un parto con períodos menores, aunque no es lo que más se aconseja.

¿Se puede parir vaginalmente después de más de una cesárea?

Sí, se puede, no hay nada que lo impida, pero no es lo recomendado por la OMS. Por otro lado, The American Congress of Obstetricians and Gynecologists y otras instituciones similares están recomendando intentarlo. Algunos médicos en Argentina están empezando a acompañar partos después de dos y de hasta tres cesáreas en instituciones y en domicilio, aunque aún queda un largo camino por recorrer para que los médicos dejen de tomar decisiones por las mujeres y empiecen a acompañar las decisiones que ellas toman. Una cesárea también tiene riesgos y, en cualquier caso, los que los corren son la mujer y su bebé. Por lo tanto, la decisión siempre debería ser de la mujer que, como madre, es la responsable del niño por nacer.

¿Hasta qué semana se puede esperar a que se desencadene el trabajo de parto?

No existen evidencias que indiquen que un embarazo con cesárea previa tenga que terminarse con criterios diferentes al de cualquier otro embarazo, por lo menos en lo que a su duración se refiere. Poner fecha límite en las semanas 38, 39 o 40 es simplemente inventar una excusa para realizar una cesárea.

¿Una “cicatriz fina” es indicación de cesárea?

Existen estudios que asocian un grosor de segmento uterino inferior a los 2,5 milímetros o 3 milímetros (dependiendo de la fuente) con un aumento en la probabilidad

de ruptura de útero. Hasta ahora en la bibliografía oficial no hay indicación ni de realizar una ecografía para determinar el grosor ni de que se les haga una cesárea a esas mujeres, ya que quedan englobadas dentro de la misma tasa de riesgo que las demás. Los intercambios de experiencias entre madres en el grupo Para Saber Con Quién Parimos nos han enseñado que los médicos que alientan el parto después de cesárea no solicitan ese estudio y que en general los médicos que piden este dato indican cesárea sin importar el resultado: sea de 3, de 5 o de 10 milímetros, las consideran “cicatrices a punto de romperse”.

1. Ayelén Díaz Fernández es *doula* y colabora en la administración del grupo Para Saber Con Quién Parimos. Es mamá de dos hijos, el primero nacido por cesárea y el segundo por parto en domicilio.

PARTO EN CASA Y PARTO EN INSTITUCIÓN

*Para tu nacimiento... te deseo que al llegar desde el útero a este mundo,
mi mirada te cubra de calor, tu nombre con mi voz te dé mi mejor
recibimiento, mi pecho latiéndote ofrezca la calma y que todos los que
estén presentes nos miren con amor.*

VERÓNICA MARCOTE

Para poder conocer estos dos escenarios diferentes a la hora de parir, tenemos que interiorizarnos sobre sus características y dejar de oponerlos. Este capítulo no pretende colocar una opción por sobre la otra, sino detallarlas a través de la información. A cada cual le resonará la que esté acorde a sus necesidades, creencias y deseos.

PARTO PLANIFICADO EN DOMICILIO

Para hablar de parto en casa, primero tenemos que deshacernos del prejuicio que existe sobre este y abrirnos a recibir información verídica. Existe mucha ignorancia sobre las condiciones en las que se lleva a cabo y, por ese motivo, popularmente se lo considera como una moda, algo de *hippies*, de esnobs, de locas, un hecho improvisado, arriesgado y peligroso, un capricho de quienes lo eligen. Es importante revisar preconceptos y adentrarse en lo que es una opción válida para quienes prefieren un trato humano, personal, cercano y profesional en el nacimiento de sus hijos y toman esta decisión que debe ser reconocida y respetada. En muchos países, para casos de embarazos de bajo riesgo, el parto en casa es la regla (por ejemplo, en Canadá, Holanda, los países nórdicos, Reino Unido, Nueva Zelanda y Australia) y el institucional se reserva para los partos de alto riesgo o patológicos.

Por empezar, el parto en casa se denomina *parto planificado en domicilio* (PPD). Eso significa que tiene una planificación que los profesionales de la salud –parteros/as y obstetras formados en las mismas universidades que los que trabajan en instituciones– realizan junto con la mujer o la familia.

“Se trata de profesionales que recuperan su lugar al lado de la mujer y la familia, no por encima de ella dando órdenes e indicaciones. Que no solo se ocupan del estado clínico de quienes asisten, sino que además conocen el entramado social y emocional de cada familia, entendiendo la salud en su sentido más amplio. Y recuperan el valor del trabajo integral, paciente, humano, artesanal y cercano, en el que la importancia del profesional reside en el vínculo que establece, la mirada particular y dedicada sobre cada situación y por supuesto su experiencia y saber, pero no en relación a la cantidad de intervenciones (innecesarias la gran mayoría) que podría realizar para justificar su presencia. La ‘consulta’ retoma su verdadero e histórico propósito y sentido.”

Violeta Osorio, Rosana Masur y Marcia Cortese, *Las verdades del parto en casa*

Se trabaja dentro de un paradigma basado en el concepto de salud y fisiología, que recupera el rol protagónico de la mujer y la familia acompañando su proceso gestacional, y se articula con una institución de salud para casos de derivación o traslado. Al cierre de este libro, las obras sociales de la Argentina no lo cubrían, a diferencia de lo que ocurre en otros países, como Holanda, aunque en algunas obras sociales y prepagas se ha logrado que se reintegre un porcentaje o la totalidad de los gastos, en reconocimiento del derecho a elegir cómo y con quién parir de las usuarias.

El PPD tiene ciertas características y condiciones:

- Que la mamá y el bebé sean sanos, que el embarazo no tenga complicaciones y que se lleven a cabo los controles mínimos necesarios que sugiere el equipo (como una ecografía y análisis de laboratorio trimestral, además de encuentros con el equipo para hacer un seguimiento del embarazo).
- Los que realizan esta labor deben ser profesionales: equipos conformados por licenciados/as en obstetricia –las llamadas “parteras”– y/u obstetras. En general trabajan de a dos o tres integrantes, y también pueden sumarse al equipo una *doula* y un neonatólogo.
- El equipo, si no lo hizo antes, llegado el último trimestre conoce el hogar donde será el parto, sus condiciones, ubica los ambientes y elementos que es importante encontrar fácilmente para no molestar a la mujer el día que esté en trabajo de parto.
- Cuenta con un plan de traslado que se establece con cada familia según su cobertura de salud u hospital correspondiente a su zona y se decide según la distancia a la institución de referencia. Se debe disponer de un vehículo (auto particular) para realizarlo.
- Los equipos se manejan con protocolos que incluyen pautas de alarma que anticipan la necesidad de algún cambio en el acompañamiento, ya sea evaluar una intervención o trasladarse.
- Si existe alguna contingencia, cuentan con equipos de primeros auxilios y están capacitados para resolver emergencias obstétricas (por ejemplo, suturar un desgarro de ser necesario).
- Si el parto lo acompaña un/a obstetra y corresponde realizar un traslado a una

institución determinada donde esté acreditado, será con ese profesional. Si es con parteras, estará pautado previamente si ellas ingresarán o no y, en general, las familias ya tienen a un/a médico/a asignado/a en este caso, que está informado/a de que el primer plan es parir en domicilio. No es fácil conseguir médicos/as que acepten este rol y, si no se cuenta con este plan B, la única alternativa es presentarse en la institución. En el grupo Para Saber Con Quién Parimos se reportaron varios casos de maltrato por parte de los profesionales que reciben a la embarazada, y muchas veces de reprimendas por haber querido parir fuera del sistema médico convencional.

La seguridad y viabilidad del PPD como modelo de asistencia se basa en seis ejes fundamentales:

- 1) Que sea una elección informada y autónoma.
- 2) Que haya un correcto tamizaje obstétrico, es decir, que el equipo evalúe y defina en tiempo y forma si la mujer y su gestación son aptas para un PPD.
- 3) Que la asistencia profesional sea idónea. Esto incluye el seguimiento del embarazo, la atención del trabajo de parto y del parto, la recepción del recién nacido sano y los cuidados posparto de la díada. Estos profesionales acudirán al domicilio el día del nacimiento con los insumos médicos necesarios.
- 4) Que se preserve y favorezca el desarrollo fisiológico del trabajo de parto y del parto y que se intervenga solo cuando es médicamente necesario y con autorización o bajo pedido (con información) de la mujer gestante.
- 5) Que se cuente con un plan de traslado, el cual en nuestro país se establece con cada familia en función de su cobertura de salud y la distancia a la institución de referencia, la cual debe ser menor o igual a veinte minutos.
- 6) Que el domicilio de la mujer gestante cuente con la infraestructura básica para realizar el parto.

Existe la idea, producto de la falta de información y del miedo, de que mueren más bebés en PPD que en instituciones médicas. Las estadísticas demuestran lo contrario. En las instituciones médicas sin duda mueren bebés, pero no son noticia, como tampoco lo son las secuelas intraparto producto de la medicalización.

No es lo mismo un parto verdaderamente planificado en domicilio, aquellos en los que hubo complicaciones por falta de acceso y atención oportuna en una institución y los que no contaron con asistencia profesional. Respecto de este último caso, en los medios de nuestro país circuló en 2016 la triste noticia de la muerte de un bebé en un parto en casa que no tenía ningún tipo de acompañamiento médico. Los padres fueron juzgados y condenados a realizar trabajos comunitarios por homicidio culposo. Vale aclarar que este caso *no* representa un PPD, aunque se usara en los medios para señalar que la decisión de parir en casa es un riesgo.

Lejos de ser una locura o una moda, las cifras reales muestran que en 2015 se

registraron siete mil quinientos partos en domicilio en la Argentina y hay una tendencia en aumento que tiene un correlato con la creciente deshumanización de las instituciones. Algunas estadísticas llamativas tomadas del *Primer informe de parto planificado en domicilio* en nuestro país, realizado por la Asamblea por el Derecho a Elegir y que se dio a conocer en 2017, son las siguientes: (1)

- Además de la demanda en aumento de PPD, el 50% de quienes lo eligen son madres primerizas, lo que demuestra que no es un intento de “huir” del sistema de salud sino la búsqueda de un modelo diferente.
- El índice de cesárea es del 5%.
- El índice de episiotomía es del 1%.
- Se requirió un traslado el 13% de los casos, la mayoría por cansancio materno y falta de progreso.
- En el 84% de los casos se logró parir vaginalmente.
- El 94% tuvo un parto vaginal sin intervenciones, el 5% por cesárea y se usó fórceps en el 1%.

Por último, no está de más recordar que el PPD no está exento de VO. Al igual que en la elección del médico en una institución, debemos estar atentas a las señales que nos indiquen que no estamos cómodas.

Para quienes eligen un parto en casa, la idea del nido que recibe y cobija desde el momento mismo de la fecundación es muy atractiva, como lo es recibir a ese hijo sin la disrupción de irse de la casa. El bebé solo toma contacto con personas de su familia, con los sonidos, olores, colores y microorganismos que son los que pasará a compartir con su mamá y familia, y para los que recibirá defensas específicas mediante la leche de su mamá. El ambiente aséptico es necesario en las instituciones médicas debido a los riesgos de infección intrahospitalaria, pero no en casa. De ahí la importancia de que las manos que toquen la cabeza del bebé inicialmente sean las de su madre, ya que lo primero que se coloniza con bacterias vitales para los sistemas digestivo, metabólico e inmunitario del recién nacido es su propia piel.

Si bien el parto en casa se relaciona con la libertad, supone una gran cuota de responsabilidad. Es tomar las riendas a través del conocimiento e información sobre nuestro propio cuerpo, su poder y su naturaleza. Una de las primeras intervenciones innecesarias en una institución es convertir a la mujer en un objeto a observar, mientras que en el PPD el equipo que la acompaña respeta la fisiología y es muy cuidadoso del proceso en que se encuentra la mujer y sus pedidos: están para lo que se los necesite, pero de manera imperceptible. Muchas mujeres pasan todo su trabajo de parto acompañadas por su pareja o incluso solas, porque así lo prefieren en ese momento, y saben que los parteros están disponibles pero no la invaden.

El tiempo que trascorra no es un problema ni está en primer plano: en casa no hay que rogar que nos esperen e incluso si hay un monitoreo fetal y el estado de la mamá lo permite se pueden dar partos que duren más de un día. A veces se interrumpen las

contracciones y el equipo se va y regresa cuando vuelven. El tiempo será el que necesitemos como mujeres para abrirnos y permitir este acontecimiento y el que necesita el bebé para llegar a su ritmo. No hay una duración estipulada de antemano para dilatar si se mantienen las condiciones de salud materna y fetal.

En nuestro hogar podemos estar en distintos ambientes, distintas posturas, dormir, ir a nuestro baño, usar una piletta de parto, comer, vivir esa etapa con nuestra pareja y con otros hijos si los hay, poner velas o abrir las ventanas. Son horas que se integran a nuestra vida y a nuestra casa, y transitar el trabajo de parto de esta manera, al ser mucho más placentero, genera oxitocina. El rol de la pareja también es muy diferente al que se da en las instituciones médicas: es protagonista y sostén, no se la excluye ni se la trata como un mero espectador.

Un parto en casa permite que estemos conectadas con nuestro bebé y que el parto y el primer momento de vida sean un proceso sin interrupciones que dé origen a esa fusión que sigue luego del útero con la teta. Disponemos de todo el tiempo necesario para que el bebé comience a mamar apenas nace, sin que nadie nos separe ni dé indicaciones de cómo sostenerlo, cómo abrigarlo, cada cuánto ponerlo a mamar. No hay urgencias ni esas separaciones que tanto afectan a la diada y al inicio y establecimiento natural de la lactancia. Podremos descansar y dormirnos junto con el bebé y si hay hermanos que decidimos que se queden en casa el día del parto o los sorprendió durmiendo –como suele suceder–, pueden participar de este evento o conocer a su hermanito/a apenas nazca sin verse excluidos de este acontecimiento familiar tan importante. Si elegimos sumar al equipo a un neonatólogo, puede venir en los primeros días después del parto. Todo esto hace que para muchas familias resulte muy satisfactorio parir en casa, donde nadie interrumpirá el descanso y las luces, los sonidos y los olores serán los propios.

Sin ninguna duda, en la madre, padre o familia que toma esta decisión hay una búsqueda activa y consciente, mucha información y trabajo personal. Esto no implica soberbia ni sentirse exento de riesgos: hay miedos, por supuesto, y hay que hacerse cargo de ellos para trabajarlos y poder despejar el camino. Por ese motivo un parto en casa es recorrer la espera tejiendo una red de amor para recibir la experiencia sagrada de parir y dar vida.

No puede decirse que es menos válido transitar nuestro embarazo sin saber realmente con quién vamos a parir. Pero cada vez que en el grupo Para Saber Con Quién Parimos se lee un relato de parto en casa, se lee también una historia previa, porque existen motivos muy válidos que llevaron a esa mujer a elegir esta modalidad, uno de los cuales suele ser la violencia vivida en nacimientos anteriores.

Es maravilloso el resplandor que se ve en el rostro, en las fotos que envían las mujeres, del momento en que recién parieron a su bebé. Por supuesto que ese instante es milagroso para la gran mayoría, pero en estos casos hay un gozo especial: no solo el del encuentro con su bebé sino el que da saberse victoriosa, expandir los propios límites y comprobar el poder del ser femenino que pone en escena la satisfacción de haberlo hecho a su modo, en la postura en la que su cuerpo la guió, expresándose sin censura, liberando la voz sin que nadie dirija, juzgue ni interfiera en el curso natural de este

maravilloso momento que es a la vez místico y salvaje.

PARTO EN INSTITUCIÓN

En el caso del parto en institución, circula mucha más información y todos tenemos una idea de cómo funciona el sistema de atención del embarazo y del parto: un médico obstetra, una partera, personal de salud y una internación de cuarenta y ocho horas, si el parto es vaginal, y de setenta y dos horas, si es por cesárea. Pero, al igual que en el PPD, es interesante profundizar en el tema y no quedarnos solo con lo que circula socialmente.

En principio, el sistema, tanto público como privado, nos coloca en el lugar de la no elección, ya que contamos con determinados profesionales que nos corresponden por la zona en que vivimos o por el plan de la obra social o por la asignación de turnos. En el sistema público la posibilidad de elegir es aún más remota, ya que pocas veces conocemos las opciones y “caemos” con el médico que nos indiquen.

Hay algo del orden del encierro dentro del propio sistema de atención, dentro de la escasa libertad para elegir diferentes posibilidades. Solo si contamos con una prepaga con un plan “alto” y podemos acceder a buena información, podremos elegir más, aunque siempre dentro de la nómina de profesionales que esa prepaga tenga. Lo más factible, aunque no tengamos la química necesaria con ese profesional o incluso nos sintamos maltratadas desde la primera consulta, es que continuemos atendiéndonos con ese obstetra por cercanía o comodidad, porque no hay otra opción, o por falta de información o de conexión con nosotras mismas para poder darnos cuenta que no estamos siendo bien tratadas.

Todo lo referido a cómo será abordado el parto dependerá de cada médico/a y de la institución en la que se desempeñe. Según los testimonios y experiencias recogidos en el grupo Para Saber Con Quién Parimos, la mayoría se ajustarán a protocolos con intervenciones, los menos escucharán y respetarán nuestras necesidades, y algunos pocos realmente optarán por trabajar respetando los tiempos fisiológicos.

El tema económico es controversial, ya que debido a un vacío legal y una disputa de cobertura entre las obras sociales o prepagas y los profesionales contratados, en muchos casos el/la obstetra solicita un dinero extra para asistir el día del parto. A esto se lo llama *personalizar* y si no se paga ese plus, debemos atendernos por guardia con algún médico o médica desconocido, lo que hará que perdamos el vínculo que hayamos entablado durante el embarazo con el/la obstetra. En el grupo Para Saber Con Quién Parimos recibimos muchos relatos de médicos/as que esperan recién a las últimas semanas del embarazo para comunicar esta modalidad.

Otras veces este dinero es para el equipo (médico/a y partero/a) y es “justificado” para garantizar que se cumplan nuestros derechos (por ejemplo, cuando pedimos un parto sin intervención). También se aduce que si no se interviene y se esperan los tiempos fisiológicos, el parto probablemente durará más (algo imposible de saber de antemano) y entonces los honorarios deberán ser mayores.

Siguiendo el recorrido que ofrece el sistema de salud perinatal, después del médico/a

aparece el lugar donde nos toca parir. Es importante estar atentas, ya que muchas veces se confunde la buena atención con la hotelería u otros aspectos superficiales de la institución, y se desvía el foco de lo importante. ¿Qué es lo que hay que tener en cuenta al elegir una institución médica para nuestro parto en términos del respeto por su fisiología?

- Qué tiempos se manejan.
- Qué intervenciones se realizan por protocolo.
- Si se permite la libertad de movimientos, usar banco de parto, etc.
- Qué protocolos se aplican al recién nacido.
- Si existe la posibilidad de una entrevista con el jefe de Neonatología para plantearle nuestras preferencias o requerimientos de plan de parto y, si se puede, visitar el lugar antes del parto.
- Si la institución cuenta con puericultoras o apoyo para la lactancia.
- Si se permite el acompañamiento de un familiar en la habitación y la permanencia y/o internación conjunta fuera del horario de visita si hay otros hijos.

Hay instituciones que solo realizan las intervenciones básicas al bebé –pesarlo, medirlo, revisarlo, aplicar vacunas y gotas oftalmológicas– muy cerca de la sala de parto, lo que permite que el papá lo acompañe. Otras realizan muchas más, como el baño, el uso de sondas nasogástricas para aspiración y sondas anales (prácticas casi en extinción pero que se mantienen en algunos establecimientos). Existen instituciones donde aún hoy se llevan al recién nacido para su revisión y demoran varias horas en devolvérselo a la madre, con todas las consecuencias que esto implica para el establecimiento de la lactancia y el apego.

Debido a las altas tasas de cesáreas –muchas innecesarias– antes de la semana 39, las instituciones médicas tienen un alto porcentaje de ingreso a terapia intensiva por prematuridad o porque a causa de las intervenciones y drogas utilizadas en el parto, los bebés no se adaptan rápidamente al medio externo o no logran alimentarse adecuadamente y requieren cuidados especiales. Al no poder iniciar en el momento oportuno su lactancia, el bebé no tendrá los mismos reflejos en las horas posteriores y podrá necesitar ayuda para comenzar a succionar. Con estímulo y acompañamiento es posible subsanarlo, pero si no hay personal capacitado en lactancia y paciencia para esperar la respuesta del bebé una vez que se encuentra con su mamá, se indicará rápidamente alimentación artificial con fórmula. De este modo se atenta contra una condición esencial para la salud y el desarrollo del recién nacido que es recibir solo leche materna.

Durante la estadía en la institución médica, el personal de salud y de servicios – mucamas y limpieza– entran a la habitación varias veces al día, lo cual suele interrumpir el descanso y coartar la intimidad. En muchos casos no respetan horas de sueño y suelen hacer comentarios respecto de lo que deberíamos hacer con el bebé, además de que muchas veces se llevan al bebé en algún momento del día para hacerle controles. Para

muchas mujeres la sensación al llegar a casa no solo es de confort y comodidad, sino de libertad en cuanto a lo que haremos a partir de ese momento con nuestro hijo/a, sin miradas, sin indicaciones y sin que nadie juzgue nuestra capacidad como mamás. También es verdad que otras mujeres sentirán una sensación de vacío al volver a casa porque no hay quien diga qué y cómo hacerlo; por eso, las necesidades son muy diferentes y todas ellas deben respetarse.

Siempre que tengamos claridad y determinación en lo que queremos podremos encontrar profesionales que estén dispuestos a acompañarnos y así podremos adaptar la experiencia en institución a lo que necesitamos. De a poco van apareciendo relatos en el grupo Para Saber Con Quién Parimos en los que se mencionan salas de parto con luces tenues, música, palabras de apoyo, libertad de movimiento, momentos en intimidad con la pareja, el libre acceso a una *doula* y mínimas o nulas intervenciones. En cuanto al nacimiento del bebé, hay instituciones que respetan los pedidos de los padres y reciben a bien planes de parto con especificaciones (por ejemplo, que no bañen al bebé, que los controles se hagan en la habitación, que no se le coloquen gotas en los ojos o vacunas, etc.).

Podemos hablar, entonces, de un horizonte esperanzador: en nuestro país ya funcionan algunas instituciones que están plasmando otra manera de trabajar, una forma verdaderamente cuidadosa de la fisiología, respetuosa de las mujeres, los bebés y la familia que acompaña, como las maternidades que toman el modelo MCSF como enfoque de atención perinatal.

En definitiva, bienvenidas sean las opciones. Lo ideal es que cada vez haya más alternativas y que exista la posibilidad de elegir entre una paleta de colores y no entre blanco o negro. Sea cual fuere nuestra preferencia, es fundamental abrirse a escuchar para que sea más fácil entender sin prejuizar elecciones ajenas y respetar las prioridades y necesidades que siempre van a diferir de una familia a otra.

1. Citado en Fortaleza '85-Salud Perinatal y sus Derechos: <drive.google.com/file/d/0B-ucL20WyuYRY0syaE05RUQ2Zzg/view>.

15

LA VIVENCIA DEL BEBÉ: EL PARTO Y LA HORA SAGRADA

Sería difícil pensar en una entrada al mundo más aterradora que la que la obstetricia ha creado sin darse cuenta para esta generación.

THOMAS VERNY y JOHN KELLY

La vivencia del bebé dentro del útero es cada vez más conocida. Las investigaciones hoy arrojan muchos detalles sobre su desarrollo: sabemos que hay condiciones que se mantienen durante toda la gestación y esto nos ayuda a entender por qué un bebé en sus primeros meses busca reproducir fuera lo mismo que vivió dentro del útero.

En su primer refugio, la temperatura es ideal –nunca hace frío ni calor–, el alimento está garantizado –no existe el hambre, solo hay diferencias en los sabores–, el movimiento es constante y los sonidos que rodean permanentemente al bebé son los provenientes del organismo de la mamá –la respiración entrando y saliendo de los pulmones, la circulación sanguínea, ruidos gástricos, el ritmo del corazón y la voz materna, con diferentes tonos e intensidades, algo muy especial ya que el bebé podrá diferenciarla entre otras voces una vez nacido–. También llegan al útero las voces de las personas más cercanas que le producen diferentes reacciones. Desde el tercer trimestre muestra rechazo a la luz con parpadeo o hace movimientos para evitarla, reacciona a los sonidos con actividad corporal y la estimulación de la piel provoca su despertar: existen evidencias de sentimientos de satisfacción cuando la madre se acaricia la panza, por ejemplo.

Hacia las últimas semanas, el útero se convierte en un espacio más ajustado que envuelve, aprieta y a su vez sostiene al bebé. Cuando llega la fecha de nacimiento y está naturalmente listo para salir, si se le da tiempo y no se interviene, recibe señales que le indican que es momento de enfrentar el primer desafío de su vida: atravesar el camino hacia el encuentro con su mamá fuera del útero.

El bebé también realiza un trabajo que requiere de su fuerza y energía. Esta odisea que está por vivir para dar comienzo a su vida extrauterina produce un estrés beneficioso

y muy necesario para su salud, ya que estimula la secreción de hormonas y facilita el inicio de la respiración. Por eso, siempre que se pueda, es muy recomendable esperar a que se desencadene el intercambio de sustancias entre la mamá y el bebé que se liberan en el trabajo de parto, incluso aunque haya que finalizar en una cesárea.

El paso por el canal de parto es un viaje de transición que le permite amortiguar los cambios que vienen y, así, tolerarlos mejor. Es un cambio de medio –de acuático a aéreo–, en el tipo de respiración, en la temperatura ambiental, en las luces y en los sonidos. Y es, además, el comienzo de las necesidades, que irrumpen y deben ser satisfechas por la madre.

“El desarrollo y maduración de las estructuras cerebrales más primitivas –cerebros reptiliano y mamífero primitivo–, iniciada en el útero, continúa tras el parto a través de una estimulación sensorial y afectiva adecuada. Los sentidos juegan un papel importante en este proceso de maduración. Escuchar los latidos del corazón de la madre reduce el estrés del bebé y le hace sentirse a salvo. Pero además supone un estímulo auditivo que es capaz de identificar. El tacto es aún más importante para el bebé, lo que refuerza la necesidad de un primer contacto entre madre e hijo prolongado. Abrazar y acariciar al bebé no solamente es una forma de hacerle sentir que está a salvo, sino de facilitar su desarrollo cerebral.”

Isabel Fernández del Castillo, *La revolución del nacimiento*

Así, una vez que el bebé atraviesa victorioso el canal y pasa al exterior, tiene como única necesidad y prioridad para mantener su bienestar y amortiguar el impacto del cambio a lo desconocido el contacto inmediato con el pecho de su madre, la continuidad de los latidos de su corazón, sus palabras de bienvenida con la voz que reconoce y lo reconforta, y la prendida espontánea a la teta. Esto último depende de cada bebé. Muchos comienzan inmediatamente a succionar, otros necesitan unos minutos cerca del pezón, en contacto piel con piel con el pecho de su madre (fuente de calor y de regulación de la temperatura para el bebé). A su vez, la primera prendida genera las contracciones que restan para el alumbramiento: expulsar la placenta.

Muchos bebés que nacen en estas condiciones, en las que se respetan sus necesidades, no lloran o solo hacen algún sonido suave pero no el llanto que se considera “típico” debido a la difusión de la imagen del médico que sostiene al bebé de los tobillos, boca abajo mientras él rompe en llanto. Ese llanto no es sinónimo de vitalidad sino una expresión frente a la primera necesidad insatisfecha y ante el desconcierto que genera lo desconocido.

Con el bebé en el pecho de la madre, el cordón sigue latiendo. Se debe esperar a que se produzca el retorno venoso (cinco minutos) antes de cortarlo, ya que casi un tercio de la sangre del bebé permanece en la placenta. Esa espera es muy beneficiosa para prevenir anemia y asegurar un suministro suficiente de sangre oxigenada que protege su cerebro. Por su parte, el bebé tiene los ojos muy abiertos y su mirada se clava de manera asombrosa en el rostro de su madre. Esta mirada es imborrable para las mujeres que

tuvieron la oportunidad de vivirla. Muchas la describen como el momento más fuerte e inaugural de un vínculo que dura toda la vida.

Es también una expresión de alerta con la que el bebé llega al mundo externo y tiene un período de ventana de entre una y dos horas. Luego de experimentar la succión, tomar las primeras gotas de calostro y recibir la imagen del rostro de su mamá, necesita entrar en un sueño profundo y replegar sus energías para recuperarse de su travesía. A todo este intercambio embebido de hormonas de ambos protagonistas y lleno de miradas, olores, palabras, caricias, lenguaje sensorial, ese encuentro tan deseado y esperado de reconocimiento mutuo y despliegue de potencialidades que da cierre al proceso de nacimiento e inicio a la vida extrauterina se lo llama *hora sagrada*.

Si el bebé permanece pegado a su mamá en este período estaremos seguros de que se respondió con los estímulos necesarios: presencia, acompañamiento y seguridad que le brindan el cuerpo y la teta materna, fuente de amor, alimento y sostén (como en el útero), para así poder procesar y realizar su adaptación a los nuevos estímulos: cambios de temperatura, de intensidad y tipos de luz, de olores y sonidos.

“El contacto piel con piel (CPP) tras el parto puede fundamentarse en los estudios de animales que tras el parto son ‘hábitat dependientes’ para poder sobrevivir. En los mamíferos este hábitat, que es el cuerpo de su madre, garantiza la supervivencia ya que proporciona calor, alimento, protección e interacción [...]. En un estudio publicado en la Sociedad de Psiquiatría Biológica, los médicos Morgan, Horn y Bergman investigaron el impacto de la separación en recién nacidos, midiendo la frecuencia cardíaca en quince bebés de dos días de vida que dormían en dos situaciones opuestas: en contacto piel con piel con sus madres, y solos, durante una hora en cada lugar, antes del alta hospitalaria. Se observó continuamente la conducta infantil, la frecuencia cardíaca y electrocardiograma. Se pudo observar que cuando los bebés eran trasladados a la cuna su nivel de hormonas de estrés aumentaba en un 176%, y las probabilidades de dormir profundamente disminuían en un 86%, comparado con cuando estaban piel con piel. El efecto es más pernicioso cuando el bebé es prematuro o está enfermo. El director del equipo, Dr. Barack Morgan, que se declara defensor del colecho y los Cuidados Canguro, afirmó también que en experimentación con animales, la forma habitual de crear estrés en las crías para evaluar los daños cerebrales que se generan es separarlas de la madre. La separación de la madre es una fuente de estrés en recién nacidos humanos y puede ser perjudicial.”

Concepción de Alba Romero, María Isabel Aler Gay e Ibone Olza Fernández,
Maternidad y salud: ciencia, conciencia y experiencia

Si, por el contrario, el bebé es separado de su mamá apenas nace, no solo perderá la hora sagrada sino que experimentará una sensación de vacío que va de la inseguridad a la angustia. Muchas veces el llanto reclamando lo que es conocido para él hace que luego se duerma exhausto y llegue a la habitación aparentemente tranquilo, pero su experiencia no ha respetado su fisiología y sus necesidades. A veces, debido al llanto del bebé, en la *nursery* se le administra sin autorización y sin indicación médica suero glucosado o bien leche de fórmula para tranquilizarlo. Esto hace que se extiendan más aún las horas de sueño que se dan luego del período de alerta y causa que la primera preñada, el

encuentro y reconocimiento de mamá y bebé, se dé muchas horas después del parto y en un escenario muy diferente en cuanto al papel que juegan las hormonas en el posparto inmediato.

El recién nacido viene de gestarse en las condiciones que le brinda el útero y que solo el cuerpo de su mamá puede reproducir. Es peor aún si a esta separación le agregamos que reciba un baño, en el cual perderá la protección natural que trae en su piel: el bebé nace cubierto por una sustancia grasa y pegajosa llamada *vérnix caseoso* que en el útero lo protege del líquido amniótico, pero que una vez fuera tiene importantes funciones de mantenimiento térmico, hidratación cutánea y elasticidad. Muchos profesionales recomiendan solo frotarlo para que sea absorbido, ya que además es una barrera contra infecciones bacterianas y hongos que actúa como primer escudo del sistema inmunitario.

Otra maniobra antinatural es estirarlo para medirlo, ya que el bebé permanece con sus piernas plegadas por varios días; a esto se le agrega el dolor de pinchazos, en caso de recibir vacunas, gotas de eritromicina en los ojos (un antibiótico para prevenir infecciones) y otras rutinas más agresivas, como la aspiraciones y la utilización de sondas nasogástricas y/o anales (estas últimas casi en desuso).

Todo esto puede evitarse, hacerse en forma amorosa sobre el pecho de la mamá o esperar para no realizarlo todo junto y a minutos de nacer.

LA LACTANCIA Y LA PUERICULTORA

Si existiese una vacuna con los beneficios de la lactancia materna, los padres pagarían lo que fuera por comprarla.

CARLOS GONZÁLEZ

Así como las mujeres parimos como mamíferas y para ello necesitamos que se active nuestro cerebro primitivo, nuestros bebés también se equiparan a los mamíferos. Podemos describir, entonces, todo su comportamiento desde esta perspectiva. El cachorro humano es el más indefenso –ya que no sobreviviría por sus propios medios–, el que más tiempo de apego necesita hasta caminar solo y el que, si es privado del alimento emocional, aunque reciba comida, puede enfermar e incluso morir.

Como ya vimos, un bebé que acaba de nacer y es dejado sobre el cuerpo de su mamá es capaz de reptar y llegar a prenderse al pecho por sus propios medios: todo el intercambio hormonal natural entre la mamá y el bebé que se genera en el parto (si no fue intervenido con químicos) le indica cómo responder a los nuevos estímulos y desplegar su potencialidad para sobrevivir utilizando su mayor recurso: los reflejos. Para eso, es necesario que aparezcan espontáneamente sin interrumpir el contacto, ni apurar o intervenir este reencuentro con su mamá fuera del útero.

“Los comportamientos espontáneos de la madre que da a luz en libertad nunca son caprichosos: cuando a las mamíferas de otras especies se les impide realizar el rito de bienvenida, a base de fuertes lametones, lo normal es que ya no reconozcan a su cría y la rechacen. Este primer vínculo con la madre, la impronta, con sus variaciones según las especies, es fundamental para el desarrollo posterior de los recién nacidos y de la relación madre-hijo, con consecuencias para toda la vida. Según ha verificado la psicología perinatal, el primer encuentro del bebé con el mundo extrauterino queda registrado en su memoria, coloreando de alguna forma su visión del mundo y de sí mismo.”

Isabel Fernández del Castillo, *La revolución del nacimiento*

Para la madre, el contacto durante un tiempo extendido con su bebé también tiene un

importante efecto: genera una subida en la concentración de oxitocina y prolactina , junto con las endorfinas que producen esa sensación de gratificación y recompensa luego del esfuerzo y dolor sentido en el parto. Ese momento permite modificar el recuerdo para asociar el parto no con esas sensaciones negativas sino con la felicidad y plenitud de conocer por fin a su hijo/a.

Tanto la prolactina como la oxitocina, en ese orden, son las encargadas de la producción y eyección de la leche. Al observar, acariciar, oler, hablar y sentir a nuestro bebé desde un primer instante fundamos el vínculo y generamos un pico de producción hormonal a través de esos estímulos sensitivos que son básicos para el comienzo efectivo de la lactancia y para que se dé el apego necesario para iniciar la función de cuidado.

Varios estudios demuestran que la separación y falta de contacto en el primer momento, durante la llamada *hora sagrada*, genera un efecto de extrañeza y ausencia de reconocimiento del bebé que dificulta todo el altruismo necesario para su cuidado, incluida por supuesto la lactancia.

El otro protagonista de este momento inicial es el calostro: es la primera leche que produce la madre, de color amarillento espeso, que en algunas culturas –como la griega– se denomina *oro líquido* debido a sus beneficiosas cualidades alimenticias. Es semejante a un almíbar, se produce de a gotas desde el embarazo y está disponible desde el primer instante posparto, en los días previos a la llamada *bajada de leche*, más copiosa y blanquecina.

Cuando se lo deja cerca del pecho de su mamá, el bebé comienza el contacto, con el olfato como guía, hacia la areola, que en sus glándulas reproduce el olor del líquido amniótico para facilitarle la tarea. Esta primera prendida estimula las contracciones para expulsar la placenta y en el bebé tiene un efecto laxante para eliminar el meconio que trae en su intestino desde el útero.

Puede que la presencia del calostro en el pecho no sea notoria, porque se produce en una cantidad justa, que a lo largo de un día llegan a ser 20 mililitros. Es un concentrado con alto contenido de proteínas, vitaminas, minerales y, sobre todo, anticuerpos, es decir, las defensas específicas que necesita el bebé y lo protegen de los microbios. El calostro llega como un baño protector de las mucosas de las vías respiratorias, el aparato digestivo y los intestinos contra cualquier agente patógeno. Por este motivo es tan importante que sea lo primero y lo único que consume el bebé.

El profundo y arraigado desconocimiento sobre este comienzo de la lactancia y sobre las cualidades del calostro hace que se intervenga al bebé con glucosa o cantidades de leche de fórmula que no solo no son indicadas para estos primeros días, sino que interfieren en la microbiota y su perfecto equilibrio natural.

A este primer momento seguirán días donde el bebé necesitará constantemente confirmar que su mamá está cerca de su cuerpo, ya sea para alimentarlo con leche o darle calor, buscará escuchar los latidos de su corazón y estar en contacto permanente como cuando estaba en el útero. El recién nacido tiene necesidades básicas a las que es imprescindible responder para su óptimo desarrollo y bienestar. Respetarlas también genera que la mamá tenga una bajada de leche más pronta y con síntomas leves. Hay

estudios, como los realizados por Michel Odent, que demuestran que los bebés nacidos en casa, que no son separados de su madre y que permanecen en contacto continuo sin recibir rutinas que los estresan, no necesariamente bajan de peso, algo que en las instituciones médicas se toma como esperable y normal dentro de un 10 a 12% respecto de su peso de nacimiento.

Tampoco es favorable para la lactancia algo muy instalado culturalmente: que todas las visitas posibles se acerquen a conocer al bebé en su primer o segundo día de vida. Esto lo expone al estrés de no poder reconocer tantos nuevos estímulos, al ser pasado de brazo en brazo, y a virus y bacterias de las personas que llegan. El bebé responde con una conducta defensiva, que es dormir, y así pierde horas indispensables en contacto con la teta para seguir recibiendo calostro y se saltea tomas que necesitaba hacer. Por la noche, cuando siente que el ambiente se volvió más íntimo, tendrá una descarga que puede ser excitabilidad o llanto, algo muy escuchado en los relatos de las mamás sobre los días de internación.

En paralelo, la madre también se estresa recibiendo gente: pierde intimidad o está incómoda; si atravesó una cirugía tiene que evitar hablar, lo cual resulta casi imposible, y, por último, no recibe el estímulo que debería estar recibiendo para generar leche. Muchas mujeres conectadas con la situación del nacimiento se sienten sumamente incómodas en este compromiso pero se les hace difícil plantearlo. Las familias que deciden con antelación la necesidad de privacidad y tiempo a solas en estos primeros días y explican los motivos a familiares y amigos no siempre son comprendidas, pero es importante proteger de esta invasión a los sentidos al bebé y a la mamá.

Si el parto se dio en una clínica, maternidad u hospital, luego de los días de internación vendrá la llegada a casa, que en general coincide con la bajada de la leche. El bebé va cambiando el ritmo de tomas y aparecen las dudas: si en estos casos, como en otras situaciones de la maternidad y la crianza, no contamos con acompañamiento de mujeres que hayan pasado por la situación, que nos brinden apoyo y confianza, se hará difícil confiar en el proceso de nuestro cuerpo, en nuestra capacidad de amamantar y en que lo estamos haciendo bien.

A nivel emocional, el puerperio también en general se manifiesta en la sensación de que las cosas no son como las esperábamos: el bebé es muy demandante, no logramos recuperarnos y descansar, y los días y noches corren en un sinfín de teta, upa y cambios de pañal. Si además hay otros hijos, el trabajo es mayor.

Aparecen nuevas sensaciones, que van desde los pechos cargados de leche hasta otros síntomas más molestos que pueden acompañar la bajada y están dentro de lo normal. Pueden surgir dificultades, como dolor al amamantar, grietas en el pezón, exceso o falta de producción de leche, bebés con dificultades para mamar o que no aumentan lo suficiente de peso o que son irritables o que tienen la bilirrubina alta, dudas en el manejo de las tomas o de la lactancia en general, síntomas como dolor en una mama, manchas rojas o temperatura que pueden deberse a una infección (mastitis), etc.

No siempre encontramos ayuda específica para estas cuestiones en la figura del obstetra ni del pediatra que comienza a ocuparse del estado y crecimiento del bebé y que,

lamentablemente, pocas veces cuenta con información actualizada en lactancia. Para cubrir estas necesidades, están las puericultoras, cuyo rol es acompañar y resolver, junto con la mamá, todo lo que surja respecto de la lactancia y el cuidado del bebé en los primeros años.

En cualquier caso, a partir del nacimiento es muy importante contar con una red que nos ayude en estos primeros días o meses; personas que estén dispuestas a ofrecernos algo concreto y útil para que podamos desentendernos de cocinar, comprar, limpiar; que nos mimen, nos hagan compañía o simplemente nos escuchen sin juzgar. También es importante que la red que se precisa no recaiga solo en la pareja, algo que suele suceder, y que no se vuelque allí toda la demanda.

Si no es posible encontrar personas empáticas para esta etapa, una *doula* puede ser la indicada para encargarse de nosotras. Otro espacio muy recomendable para la mamá y el bebé, en cuanto se sienta preparada para salir a la calle, son los grupos de crianza coordinados por *doulas*, puericultoras o psicólogas. Son ámbitos que nos harán sentir que no estamos solas, que no estamos locas por hacer lo que hacemos o sentir lo que sentimos, que la demanda de los bebés en general es intensa y que el entorno no siempre colabora positivamente.

Lo más importante es que la díada mamá-bebé no esté sola, aislada o mal acompañada, es decir, que podamos encontrar una red amorosa que valide lo que pasa en el puerperio y que nos podamos nutrir de la experiencia en vez de alienarnos y agotarnos en la intensidad que provoca la entrega que nos exige el primer año de nuestro hijo.

Volviendo a la lactancia, ¿es necesario argumentar los motivos por los cuales es lo que necesita un recién nacido? La respuesta es sí: es necesario debido al boicot que recibe desde hace años la alimentación con leche materna exclusiva y sostenida, y a los innumerables mitos que circulan y ponen en duda su importancia, sus beneficios en materia de salud, para el bebé y la mamá, y el poder con el que las mujeres contamos de alimentar de forma nutritiva y completa a nuestros hijos. Al igual que en relación con el parto, volvemos al origen, a lo fisiológico, a la maravilla del funcionamiento de nuestro organismo, de nuestras respuestas hormonales y sexuales que continúan luego de la gestación y del parto con la lactancia.

Es un total contrasentido que se haga tanto hincapié en tener un embarazo sano desde el punto de vista de la alimentación y la vida saludable para el óptimo desarrollo de nuestro bebé y que a las horas de nacido a muchos se los alimente artificialmente (con fórmula química o suero glucosado) invadiendo su sistema digestivo, alterando su perfecto equilibrio, afectando la microbiota natural con químicos para los cuales no está preparado. No solo no se protege la delicadeza de su sistema sino que se lo modifica sin evaluar costos y beneficios.

A pesar de las recomendaciones de la OMS sobre la lactancia –un mínimo de seis meses de lactancia exclusiva, sin agregar leches, agua ni jugo, y luego dos años o más junto con las comidas–, cargamos con años de descalificación de la leche de madre, con una invasión comercial que anula nuestro poder para alimentar a nuestras crías y pone en

su lugar la leche de fórmula, promocionada como lo mejor para un bebé ya que “cubre todos los requerimientos”, algo que es falso, ya que la ciencia aún no logró igualar las características de la leche materna, un fluido vivo que es variable –cambia su composición tanto durante el día como a lo largo del tiempo según la edad del bebé– y posee los anticuerpos específicos para cada bebé.

De la campaña comercial que exalta la leche de fórmula y subestima la leche humana participan las grandes y poderosas empresas y los laboratorios que la producen y algunos médicos/as que promocionan sus beneficios.

El avance comercial y publicitario de la lactancia artificial, en detrimento de la natural, ha hecho que aumentara el porcentaje de bebés alimentados con fórmula. Teniendo en cuenta el impacto en la salud futura de estos niños, en 1981 la Asamblea Mundial de Salud –un cuerpo político de la OMS– aprobó el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, con el objetivo de proteger y fomentar el amamantamiento mediante el suministro de información acerca de la alimentación adecuada de los lactantes.

El código estipula que no se deben promocionar de ninguna forma los sucedáneos de la leche materna, las mamaderas y las tetinas en la población en general, que ni los establecimientos sanitarios ni los profesionales de la salud deben fomentarlos y que no se deben suministrar muestras gratis de esos productos a las mujeres embarazadas, a las nuevas madres ni a las familias.

Sin embargo, muchos/as pediatras recomiendan destetar antes de lo estipulado por la OMS y las madres también solemos recibir opiniones desfavorables de los profesionales dedicados a la crianza y salud mental (psicólogos/as, psiquiatras, psicopedagogos/as, docentes) respecto de la teta brindada en forma “extendida” que surgen de información parcial, condenatoria y, nuevamente, desactualizada, ya que muchas investigaciones demuestran los beneficios para la salud física y psíquica de la leche humana que no se dan con la leche de fórmula.

Por otro lado, tampoco contribuyen a la lactancia materna las cortas licencias por maternidad que se dan en los trabajos. En la Argentina, hasta ahora, es de solo tres meses, es decir, la mitad del tiempo mínimo que recomienda la OMS.

Como siempre, para poder decidir hay que contar con información válida científicamente comprobada. Para erradicar el reemplazo de la leche materna presentamos una exhaustiva lista de los componentes de la leche materna, los cuales se mantienen a lo largo de toda la lactancia en distintos niveles según las necesidades del bebé.

COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA (1)

La leche materna es rica en proteínas, grasas, vitaminas, minerales, agua, hormonas, enzimas e inmunoglobulinas.

Algunos de sus componentes son:

- *Proteínas*: caseína, proteínas del suero, lactoalbúmina, alfa-lactoalbúmina humana, seroalbúmina, lactoferrina y lisozima.
- *Carbohidratos*: lactosa y lacto-N-tetraosa.
- *Grasas*, como los triglicéridos (la grasa primaria en la leche materna), el ácido oleico, el ácido palmítico, entre otros.
- *Vitaminas* A, B1, B2, B6, B12, C, D, E, K, betacarotenos, tiamina, riboflavina, niacina, ácido fólico, biotina, entre otras.
- *Minerales*: calcio, fósforo, sodio, potasio, cloro, zinc, magnesio, hierro, selenio, colina, azufre, cromo, cobalto y flúor.
- *Hormonas*: oxitocina, prolactina, factor inhibidor (FIL), insulina, cortisol, corticoesteroides, hormona tiroidea estimulante (TSH), hormona liberadora de tirotropina (TRH), hormona liberadora de la hormona de crecimiento (GRH), entre otras.
- *Inmunoglobulinas*: IgA, IgG e IgM, que trabajan brindando una extensión del sistema inmunológico de la madre hacia el bebé.
- *Células*: leucocitos (glóbulos blancos), fagocitos, basófilos, neutrófilos, macrófagos, linfocitos y células madre.
- *Enzimas*, como la lipasa y amilasa, y *factores de crecimiento*, como el cortisol, el insulínico y la tiroxina, entre otros.

En conclusión, a nivel salud la lactancia natural es siempre lo mejor que puede recibir un niño en sus primeros años, aunque es sumamente importante no perder nunca de vista el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo y, ante todo, privilegiar el deseo genuino de la madre como primer paso, único, válido y primordial para decidir la alimentación de su hijo. Si nuestra intención es dar de mamar, una vez que comienza este camino encontraremos un entorno poco facilitador para sostener todo lo que implica dar la teta. Si a esto le sumamos la falta de información sobre las dificultades, la presión social por deshacerse cuanto antes de la demanda constante que implica ser la única fuente de alimento, cobijo y satisfacción del bebé para volver a producir; la falta de políticas que apoyen a la mujer y a la familia en esta etapa, y la exigencia de no “perderse” en este vínculo de fusión y volver a ser “la de antes”, esta combinación de desinformación, críticas y falta de apoyo hace que sostener la lactancia sea una misión casi imposible.

Solo las mujeres que logran sintonizar con la necesidad de su bebé, el poder que tienen al amamantar y un llamado interno a no claudicar ante lo que desean podrán atravesar estos obstáculos para lograr la lactancia. Maternar no es una tarea fácil y mucho menos reconocida: toda la dedicación, inversión de tiempo y energía –y, por supuesto, el trabajo– tiene un gran valor, que a menudo está menospreciado, y una importante función social, muchas veces invisibilizada.

Por último, es importante destacar por sobre todo el deseo de cada una y legitimar también el deseo de no amamantar como eje para las decisiones sobre nuestro cuerpo y, por lo tanto, para decidir si amamantar o no, cómo y cuánto. También es importante

mencionar el papel del placer en la lactancia, ya que, por ser un hecho de nuestra vida sexual como mujeres, está ligado a una cuota de placer que, en cuanto función fisiológica a la que se le da cauce, brinda satisfacción. De igual manera, a nivel emocional y afectivo, el placer juega un papel en el bienestar del vínculo que nos regala la lactancia.

La mirada sobre nuestro cuerpo de mujer y nuestras decisiones sobre él están todavía muy distorsionadas. Las opiniones prejuiciosas que soportamos al amamantar tienen mucho que ver con la intolerancia de la sociedad ante las elecciones que tomamos las mujeres porque algo nos da placer, porque lo disfrutamos. De hecho, mostrar las tetas en público está aceptado cuando se hace para agrandar y erotizar al otro o para vender un producto, pero se censura cuando se trata de alimentar.

GUÍA PRÁCTICA PARA LA LACTANCIA

¿Es necesaria la preparación de las mamas durante el embarazo?

No, no es necesario preparar la areola ni los pezones para lograr que la lactancia sea exitosa. Si hay deseo de amamantar, se puede tener una charla prenatal con una puericultora para despejar dudas y miedos. También es importante, si hubo inconvenientes en una lactancia anterior, trabajar sobre lo que sucedió en ese momento.

¿Duele dar la teta los primeros días? ¿El bebé te lastima los pezones?

Dar la teta no debería causar dolor. En caso de que eso suceda, es conveniente revisar, con ayuda profesional de una puericultora, la prendida y succión del bebé, ya que las molestias pueden deberse a múltiples variantes, la mayoría de las veces de fácil solución.

¿Cuánto tarda en bajar la leche y cómo me doy cuenta de que bajó?

Luego del parto o cesárea (e incluso durante el embarazo) se produce el calostro, que es la primera leche que recibe el bebé. Por medio de la succión, estimula el pecho generando así la bajada de leche, que suele darse entre las primeras veinticuatro a setenta y dos horas posteriores al parto. Los signos que la caracterizan dependen de cada mujer pero, en general, los pechos están más voluminosos, calientes, pesados o duros. En ocasiones se pueden presentar unas líneas de fiebre o sentir cansancio corporal. Un buen manejo de la bajada de leche evita posibles complicaciones. Las recomendaciones suelen variar a la par de las actualizaciones sobre lactancia, pero en líneas generales se aconseja ofrecer el pecho a demanda, descansar, colocar paños con agua fresca por unos minutos sobre las mamas y hacer masajes suaves para aflojar las zonas duras. Por otro lado, se aconseja no utilizar ropa ni corpiños que ajusten o compriman los pechos y, sobre todo, si hay malestar, buscar ayuda profesional de una puericultora. Si son bien manejados, los síntomas de la bajada de leche desaparecen en la medida en que la producción láctea se

adecua a las necesidades del bebé.

¿Cómo sé si voy a tener leche suficiente para alimentar a mi bebé?

Todas las mujeres tenemos la capacidad de alimentar a nuestro bebé, salvo casos excepcionales en los que se dé alguna patología. Todas podemos producir leche suficiente en cantidad y calidad para uno o más hijos (en caso de nacimiento múltiple). La manera más efectiva para tener una producción adecuada a las necesidades de nuestro bebé es prenderlo al pecho. Cuanto más se estimula y succiona la mama, más cantidad de leche se produce. La mayoría de las supuestas faltas de leche se dan por un mal manejo de la lactancia luego del parto (separación de la mamá y el bebé, indicación de ofrecer el pecho en horarios fijos y ofrecimiento de leche de fórmula, entre otras).

¿Si tengo grietas debo suspender la lactancia?

No, para nada. Lo más importante es detectar la causa de las grietas. En general es imprescindible revisar qué sucede en la técnica de lactancia (acople, prendida, succión, postura). Una puericultora puede evaluar una toma y detectar qué está produciendo las grietas o el dolor.

Si la leche no llena a mi bebé, ¿tengo que dejar de darle teta?

La leche materna se digiere muy rápidamente: tarda entre cuarenta y cinco minutos y una hora. Este ritmo se debe a que sus propiedades son acordes a los requerimientos del bebé y asimismo colabora en mantener al bebé en una alerta activa que es necesaria para su buen desarrollo. Esta actitud puede generar la falsa idea de que el pequeño tiene hambre. Lo que se sugiere es observar las tomas del bebé buscando signos positivos, como que en su boca entre la mayor cantidad de areola posible, que su succión mantenga un ritmo activo y sostenido, que se pueda oír como traga, entre otras. Siempre que las tomas generen dudas lo mejor es contactar a una asesora en lactancia.

¿Qué es la “libre demanda”?

Se llama *libre demanda* a ofrecer el pecho respondiendo al ritmo que nos propone el bebé, sin horarios, control ni aplicaciones de celular. Las puericultoras solemos recomendar que en vez de mirar al reloj se mire al bebé mientras toma. Las señales de hambre son claros indicadores: chuparse las manos, mostrarse inquieto, emitir quejidos, buscar con la boca. El llanto suele ser el último signo de hambre. A medida que la mujer va conociendo a su bebé, comenzará a reconocer sus necesidades y podrá responder adecuadamente a ellas.

¿Debo suspender la lactancia si me enfermo y tengo que tomar medicamentos?

No, en la mayoría de los casos no es necesario porque, por lo general, los medicamentos son compatibles con la lactancia. Sin embargo, siempre es recomendable consultar con algún profesional actualizado en lactancia materna. Otra vía de información confiable se encuentra en la página <www.e-lactancia.org>, en la que se puede consultar por sustancia/droga y su correspondiente riesgo de consumo.

¿Cómo prevengo la mastitis?

La mastitis es una inflamación por acumulación de leche que no drenó correctamente que suele afectar un pecho a la vez. Sus síntomas característicos son zonas rojas, mama dolorida, dura, caliente y sensible al tacto. Para prevenirla siempre es importante tratar a tiempo los síntomas previos, que son más sencillos de resolver. Para ello es recomendable chequear que la prendida sea correcta y las tomas efectivas, y asegurarnos de que la remoción de leche por parte del bebé sea óptima. Por otro lado, es importante verificar que el pecho no tenga durezas (leche que se acumula en una zona) luego de cada toma. Variar la posición en que se ofrece la teta ayuda a remover la leche en todos los sectores del pecho.

¿Dónde asesorarte?

- Panza y Crianza: <www.panzaycrianza.com.ar>.
- Liga de la Leche: <www.ligadelaleche.org.ar>.
- Asociación Civil Argentina de Puericultura (ACADP): <www.acadp.org.ar>.
- Fundación Lactancia y Maternidad (Fundalam): <www.fundalam.org.ar>.

1. Meyer, S., “What’s in breastmilk?”, disponible en: <nativemothering.com>, 5/06/2011. Traducido con autorización por Laura Nafissi, Vanina Schoeijett y Verónica Garea; revisado por Delfina Medeot.

GUÍA DE PREGUNTAS AL OBSTETRA Y A EQUIPOS DE PARTO PLANIFICADO EN DOMICILIO

En el grupo Para Saber Con Quién Parimos, uno de los primeros interrogantes que plantean las futuras madres es qué preguntarle al obstetra, para decidir si es el profesional que estamos buscando que asista nuestro parto.

En el listado que sigue hay muchas preguntas posibles a modo de ejemplo y también para despertarnos a nosotras mismas: cada pregunta abre una búsqueda de información para respondernos qué deseamos.

También es importante saber que si un médico se molesta o responde con evasivas del tipo “Después lo vemos porque hay tiempo”, “Vos relajate que de eso nos encargamos nosotros” o similares hay que estar alerta. Si nuestra intención es tener un parto fisiológico, esa forma de responder indica que seguramente no es ese el profesional que estamos buscando.

GUÍA DE PREGUNTAS AL OBSTETRA SOBRE CONSULTAS MÉDICAS Y PARTO

- ¿Cómo es la rutina de consultas durante el embarazo?
- ¿Suele haber mucha espera en el consultorio?
- ¿Estará presente para mi fecha de parto (calcular dos semanas antes y dos después de la fecha probable)?
- ¿Qué estudios, controles y vacunas considera que debo hacerme sin excepción?
- ¿Da su teléfono celular? ¿Le puedo escribir o lo puedo llamar en cualquier momento para hacerle preguntas?
- ¿Puedo hacer actividad física durante el embarazo? ¿Qué recomienda y desde cuándo?
- ¿Trabaja con un equipo específico de parteras o con las de guardia? ¿Se las puede conocer de antemano? ¿Tiene un costo extra?
- ¿Mi obra social o prepaga cubre toda la atención del parto y/o cesárea o debo pagar algo extra?

- ¿Debo pagarle un extra para que esté presente el día del parto?
- ¿En qué casos indica cesárea?
- ¿Hasta qué semana espera que se desencadene el trabajo de parto en forma espontánea y natural?
- Una vez que se cumple ese plazo, ¿realiza una cesárea programada o una inducción?
- ¿Realiza tactos de control en las últimas semanas?
- ¿Cuánto tiempo espera a que comience el trabajo de parto una vez rota la bolsa?
¿Y si es fisura de bolsa?
- ¿En qué casos realiza episiotomía?
- ¿Permite libertad de movimientos en el trabajo de parto y expulsivo?
- ¿Coloca vía de rutina? Si lo hace, ¿con qué drogas?
- ¿Utiliza oxitocina sintética, rotura de bolsa y anestesia de rutina?
- ¿Permite entrar al papá o acompañante que una elija en caso de cesárea? ¿Permite establecer contacto con el bebé en el quirófano?
- ¿Permite el retorno venoso antes de cortar el cordón umbilical?
- ¿Permite la prendida al pecho y el contacto entre la mamá y el bebé apenas nace y sin interrupción durante las primeras horas?
- ¿Qué pasa si comienzo mi trabajo de parto y no puede acudir por algún motivo?
- ¿Realiza parto vaginal después de una cesárea? ¿Y después de dos cesáreas?

GUÍA DE PREGUNTAS AL OBSTETRA/NEONATÓLOGO SOBRE LAS RUTINAS QUE SE LE REALIZAN AL RECIÉN NACIDO

Puede que muchas de estas consultas el/la obstetra las derive a la institución elegida. Usualmente se pide una entrevista con el/la jefe/a de Neonatología.

- ¿Permiten contacto desde que el bebé nace y por las primeras dos horas sin interrupción?
- ¿Bañan al bebé o solo lo limpian?
- En caso de no querer aplicar la vitamina K inyectable, ¿suministran la oral?
- En caso de no querer aplicar las vacunas contra la BCG y la hepatitis B, ¿permiten no hacerlo a pedido de los padres o hay que presentar un plan de parto?
- ¿Aplican sondas nasales o anales?
- ¿Realizan aspiraciones?
- En caso de que el bebé necesite ingresar a Neonatología, ¿hay acceso para los padres sin restricción, tal como lo estipula la Ley n° 25929?
- ¿Apoyan la lactancia materna exclusiva? ¿Hay puericultoras o personal preparado para el apoyo y asesoramiento de la mamá en cuanto a la lactancia?

GUÍA DE PREGUNTAS PARA EL EQUIPO OBSTÉTRICO EN PARTO

PLANIFICADO EN DOMICILIO

Si se está pensando en optar por un PPD, la elección del equipo no es un detalle menor, ya que la empatía, el vínculo, la confianza mutua tienen una función muy importante.

El siguiente es un listado que puede resultar de utilidad tanto en las primeras entrevistas como en los encuentros siguientes con el equipo elegido para ir indagando sobre los estilos, modelos de atención y criterio profesional, revisar los temas y aspectos más relevantes o que requieren una decisión previa. Las repuestas pueden variar mucho de un profesional o equipo a otro y no hay respuestas correctas o incorrectas: cada una sabrá decidir qué tipo de asistencia es la que prefiere: (1)

- ¿Qué título/s y formación/capacitación profesional tienen?
- ¿Cómo se formaron o prepararon para la asistencia de partos domiciliarios?
- ¿Qué experiencia tienen en asistencia domiciliaria (años, cantidad de partos, etc.)?
- ¿Tienen experiencia previa o simultánea en institución?
- ¿Qué condiciones se deben cumplir para poder tener un parto domiciliario?
- ¿Cómo son sus estadísticas (porcentajes de episiotomías, desgarros, traslados, cesáreas, etc.)?
- ¿Cuáles fueron los motivos de los traslados?
- ¿Qué equipo/materiales llevan al parto?
- ¿Qué formación específica tienen (ej.: reanimación neonatal)?
- ¿Qué pasa ante una complicación? Citar ejemplos.
- ¿Cómo se realiza el traslado de ser necesario (auto particular, remis, ambulancia, etc.)?
- Con respecto al plan B (en caso de traslado), ¿qué recomendaciones o sugerencias tienen en cuanto a instituciones?
- Si el equipo es de parteros, ¿trabajan con algún médico en caso de ser necesario?
- En caso de traslado, ¿se quedan conmigo si yo lo deseo y la institución lo permite?
- ¿Cómo transmiten la información del proceso en curso a los profesionales de la institución que recibe?
- ¿Quién toma las decisiones durante el embarazo y el parto? ¿Cómo se toman?
- ¿Qué tipo de información me van a brindar?
- ¿Cómo son la preparación/los encuentros previos al parto, si es que hay?
- ¿Tengo que atenderme también con un obstetra de mi obra social o medicina prepaga?
- ¿Cómo es el seguimiento del embarazo? ¿Y después del parto?
- ¿Llevan una historia clínica de la madre (registro escrito)?
- ¿Qué estudios suelen indicar, por qué y en qué momento?
- ¿Realizan algún tipo de intervención? ¿Cuál/es, cuándo y por qué?
- ¿Hasta qué semana esperan a que se desencadene el parto?
- ¿Qué pasa si pasado ese tiempo el trabajo de parto no comienza?

- Y si rompo bolsa, ¿qué se hace? ¿Cuánto esperan a que inicien las contracciones?
- ¿Asisten partos en el agua?
- ¿Asisten parto vaginal después de una cesárea (PVDC)? ¿Y después de dos cesáreas?
- ¿Asisten partos múltiples, de nalgas o en posición podálica?
- En caso de desarrollar diabetes gestacional o hipertensión durante el embarazo, ¿se puede mantener el plan de parir en casa?
- ¿Qué pasa si me da positivo el test de estreptococo del grupo B (EGB)?
- ¿Y si tengo HPV o alguna otra infección en los genitales?
- ¿Cómo evalúan el bienestar fetal durante las últimas semanas y durante el parto?
- ¿Qué elementos/materiales necesito comprar/preparar para el parto?
- Cuando comienza el trabajo de parto, ¿cuándo debo avisarles? ¿Vienen enseguida? ¿Se quedan todo el tiempo?
- ¿Me dan algo para el dolor si lo pido? ¿Qué pasa si no aguanto y quiero peridural?
- ¿Quién recibe y realiza los primeros controles al recién nacido?
- ¿Qué controles y prácticas (profilaxis ocular, vitamina K, vacunas, FEI, etc.) realizan al recién nacido? ¿Cuándo, cómo y por qué?
- ¿Cómo asisten el alumbramiento (expulsión de la placenta, tercera fase del parto)?
- ¿Cómo detectan una hemorragia? ¿Qué hacen en caso de que ocurra?
- ¿Qué se hace con la placenta?
- En caso de desgarro, ¿me suturan?
- ¿Qué controles realizan después del parto, en qué momento y para qué?
- Si necesito un análisis de sangre (ej., madres 0 negativo), ¿cómo se realiza?, ¿en casa o debo ir a un laboratorio/institución?
- ¿Cómo es el trámite de inscripción del recién nacido?
- ¿Me van a dar un certificado de nacimiento válido para presentar ante el Registro Nacional de las Personas y tramitar el DNI? Si la respuesta es no, ¿cómo registro el nacimiento para obtener el DNI?
- ¿Me podrían contar algún caso en el cual las cosas no hayan salido como se esperaba? ¿Qué hicieron, cómo procedieron/acompañaron la situación?
- ¿Cuánto cobran por sus servicios y qué incluyen?
- ¿Cómo y cuándo se paga?
- ¿Cuántas embarazadas aceptan acompañar a la vez?
- ¿Con cuánta anticipación debo confirmarles si quiero que asistan mi parto?
- ¿Qué pasa si comienzo mi trabajo de parto y no pueden venir por algún motivo?

1. Preguntas compiladas por María Laura Cometta para un artículo en el blog <shakti-mama.blogspot.com.ar> citadas con su autorización.

EN PRIMERA PERSONA: LOS MÉDICOS Y LOS PARTEROS

Este capítulo reproduce entrevistas a diversos profesionales –médicos/as obstetras, parteros/as y licenciados/as en obstetricia que asisten partos fisiológicos– en las que nos cuentan su experiencia privilegiando a la mujer que va a parir y su bebé, ya sea en institución o en PPD.

FRANCISCO SARACENO: “ES IMPORTANTE ANTE TODO CUESTIONAR Y DESARTICULAR EL IMAGINARIO CULTURAL QUE HEMOS CONSTRUIDO EN TORNO AL PARTO Y AL NACIMIENTO”

Francisco es partero. Se recibió en la Universidad de Buenos Aires en 2005 con el título de licenciado en Obstetricia, carrera en la que hoy es docente. Al cierre de este libro, forma parte de un equipo de PPD junto con la partera francesa Vendela Chignac y colabora en la coordinación de Obstetricia en el municipio de La Matanza. Es activista por los derechos reproductivos y sexuales e integra la agrupación Las Casildas y los colectivos Puja y Fortaleza ‘85. Con su equipo, ha acompañado a más de quinientas familias en PPD, a varias de ellas en más de un nacimiento.

Francisco, ¿has trabajado en instituciones médicas como obstétrico?

Actualmente, ninguno de los que integramos el equipo trabaja en institución, pero sí hemos pasado por ellas durante la formación, la residencia y en una primera instancia, como equipo, acompañábamos el trabajo de parto en casa para continuar la atención dentro de la institución junto con obstetras. Sin embargo, con el tiempo hemos ido decantando nuestra labor a la asistencia específica en domicilio, ya que es el lugar que elegimos como profesionales. Es en un PPD donde nos sentimos cómodos y seguros y donde creemos también que podemos brindar nuestra mejor atención.

¿Qué es lo que considerás como más importante que una mujer embarazada debe saber sobre su parto?

Ante todo, lo más importante que una mujer debe saber es que es ella la protagonista del proceso. Por ende, es la principal figura en la toma de decisiones: es ella quien tiene la potestad de aceptar o rechazar lo que el equipo obstétrico puede proponerle, son sus dudas las que deben ser despejadas, sus miedos, contenidos, sus necesidades y expectativas, escuchadas y acompañadas. En ese sentido, la principal función del equipo es brindar información completa, verdadera, oportuna y adecuada.

¿Cómo acompañás desde tu trabajo a la embarazada? ¿Cuál es tu función?

Mi rol principal es acompañar las decisiones informadas de la mujer y de la familia, lo que implica no solo un rol activo a la hora de brindar toda la información necesaria y las herramientas para que puedan elegir paso a paso, sino generar un vínculo fundado en la seguridad y la confianza que ponga a esa familia en el centro de la situación. Implica estar siempre disponible, pero sin invadir, desde el momento que iniciamos el seguimiento prenatal hasta el puerperio. Por supuesto, esto incluye también realizar los controles pertinentes, que no solo incluyen el aspecto físico sino también emocional, para tener la certeza de que el proceso –el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto– se desarrolla en el campo de la salud y la fisiología, y, cuando no es así, poder detectar a tiempo los problemas para derivar, intervenir o trasladar oportunamente a una mujer informada que elige y autoriza. En el momento concreto del trabajo de parto y del parto, se trata de ser una sombra disponible que favorece y cuida el proceso sin intervenir sin necesidad; por eso es tan importante generar un vínculo previo que permita conocer las expectativas, necesidades e historia de esta mujer y su familia.

¿Cómo trabajás habitualmente? ¿Cuál es el modelo de atención y seguimiento que usás con las familias?

El acompañamiento que nosotros brindamos incluye el seguimiento del embarazo, la atención durante el trabajo de parto y el parto, la recepción del recién nacido y los controles posparto tanto para la madre como para el bebé. Como equipo, proponemos distintos espacios de encuentro prenatal que pueden tomarse en conjunto o combinar algunos de ellos con la finalidad de que cada familia pueda elegir aquello que le es más afín sin que se vean afectados ni el seguimiento médico ni el vínculo interpersonal. Estos espacios son:

- Entrevistas personales. Se trata de encuentros entre la mujer, la familia y el equipo, de aproximadamente dos horas de duración, donde, además de los controles pertinentes, se dispone del tiempo necesario para aclarar dudas y compartir información de manera horizontal: escuchar a la mujer y a la familia en sus expectativas y deseos en cuanto al proceso que están viviendo, y construir un vínculo de confianza y conocimiento mutuo. Al menos, una de estas entrevistas se realiza en la casa en la que se va a realizar el parto. Eso no solo nos da la posibilidad de encontrar las mejores vías de acceso al domicilio sino también de

poder manejarnos en ese espacio de la manera más natural posible.

- Rondas de relatos. Es un espacio mensual donde las parejas que han parido relatan su experiencia en primera persona.
- Grupo de gestación. Es un espacio semanal que funciona a modo de taller, donde en una primera instancia se hace un control de cada embarazada, pero poniendo en juego la posibilidad entre todos de escuchar los latidos con la oreja (según la semana gestacional), tocar al bebé para ver cuál es su posición, etc., seguido de un momento en el que cada mujer y cada pareja tienen la posibilidad de compartir aquello que deseen: sus miedos, dudas, pensamientos, etc., del que nosotros como equipos también participamos.

¿Quién realiza los controles y estudios durante el embarazo?

Los controles los realizamos nosotros, de la misma manera que damos las órdenes para los estudios. Pero se trata de espacios diferentes a las clásicas consultas médicas: más allá del tiempo que se le dedica a cada mujer o familia, buscamos que tengan el rol protagónico, que sea el o la acompañante de la mujer quien escuche al bebé con el detector, que la mujer pueda, palpándose, identificar la posición en la que está su bebé, etc. Creemos que lo más importante de estos encuentros es que las mujeres y las familias se empoderen y sepan que son las únicas protagonistas de este evento, que tengan todas las herramientas para poder decidir y vivir el proceso con seguridad y confianza.

¿Cuáles son las condiciones necesarias para que un parto pueda darse en el domicilio?

Ante todo, que se trate de una decisión libre y autónoma de la mujer o de la familia, que consideren que la casa es el mejor lugar para recibir a su bebé. En lo que respecta a lo obstétrico, debe tratarse de un embarazo sano de una mujer sana y un bebé sano, lo que en obstetricia se denomina *embarazo de bajo riesgo*, un criterio que se cumple en la gran mayoría de los nacimientos. Y, en cuanto al domicilio de la persona gestante, tiene que contar con condiciones básicas, como acceso a agua potable y estar a menos de veinte minutos en auto de una institución para los casos que puedan necesitar traslado.

*¿Cuáles son las dudas y miedos más frecuentes de las embarazadas que atienden?
¿Y de los papás?*

Las dudas suelen ser comunes, más allá del lugar donde se produzca ese nacimiento. Una gran parte gira en torno al bienestar propio y al del bebé, y es justamente la información recabada en ese sentido lo que termina inclinado la balanza a la hora de elegir cómo, dónde y con quién parir. En este sentido, las parejas que nosotros acompañamos tienen muy clara su elección, sienten que su casa es el lugar más seguro, saludable y respetuoso para recibir a sus hijos/as. Luego están las dudas referidas al proceso, que también son comunes a toda embarazada, sean o no primíparas: ¿sabré

darme cuenta?, esto que me pasa, ¿es normal?, ¿dolerá mucho?, ¿podré atravesarlo?, ¿será como la vez pasada?, ¿cómo será el proceso?, ¿qué hacer con los/as hermanos/as mayores? En cuanto a los padres, como es tan diferente el paradigma y el modelo de atención, como se encuentran junto a una mujer empoderada que está eligiendo paso a paso como dueña de su casa y con un rol activo y participativo durante todo el proceso, las dudas giran mucho en torno a su capacidad para acompañar y sostener ese momento. A veces, desde ese lugar, sienten la necesidad de aprender cosas, a recibir al bebé, por ejemplo, o a hacer masajes.

¿En qué casos se propone un traslado?

El traslado, al igual que todas las decisiones referidas a la totalidad del proceso, se toman en un diálogo horizontal, abierto y sincero, donde es la decisión de la mujer lo que prima. Para esto es importante el vínculo de confianza y seguridad que se ha establecido previamente para que la mujer o la familia se sientan en la total libertad para preguntar, cuestionar, rechazar, pedir otras opciones, etc. Por un lado, durante el seguimiento prenatal pueden aparecer factores en la mujer, el bebé o el embarazo propiamente dicho que indiquen que la casa no es el mejor lugar para recibir ese nacimiento; por ejemplo, si se desarrolla diabetes gestacional o hipertensión. En ese caso, antes de iniciado el trabajo de parto, se plantea una derivación. Aunque son casos muy contados. Es importante tener en cuenta que el traslado no es una emergencia médica ni una situación trágica, estamos hablando siempre de gestaciones con seguimiento oportuno y adecuado, mujeres dentro de criterios obstétricos muy definidos, un proceso que no se interviene innecesariamente y un entorno cuidado que favorece su desarrollo fisiológico. En este sentido, la razón más común para los traslados es el cansancio materno o la elección de la familia. Otras causas pueden ser retención de placenta (antes se esperan varias horas, se hacen ejercicios, etc.) y, de manera mucho menos frecuente, signos claros y sostenidos en el bebé que muestren que puede estar cansándose con el trabajo de parto.

¿Qué pasa ante una complicación? ¿Qué hacen? ¿Siempre hay tiempo para llegar a la institución?

Para abordar esta pregunta, es importante ante todo cuestionar y desarticular el imaginario cultural que hemos construido en torno al parto y al nacimiento, que hace que se lo vea como una bomba de tiempo a punto de estallar, un proceso riesgoso que de un momento a otro, y de manera frecuente, se transforma en una tragedia. Por supuesto que la vida no está exenta de la muerte, pero lo que muestra la evidencia científica es que en la gran mayoría de los nacimientos estamos frente a un proceso sano, donde la intervención médicamente necesaria es mínima e incluso nula, donde las complicaciones se presentan de manera poco frecuente y que, ante todo, la gran mayoría da signos previos que indican que ese proceso se está saliendo del estado de salud, lo que permite actuar en tiempo y forma, ya sea interviniendo en el domicilio o trasladando al siguiente

nivel de atención. Lo que también es importante saber es que, en la medida en que no se intervenga el proceso de manera rutinaria, se favorezca la fisiología y un entorno donde la mujer encuentra calidez, intimidad, libertad, protagonismo, sostén emocional y autonomía existen menos probabilidades, estadísticamente hablando, de que suceda una complicación. Por lo pronto, durante nueve meses se ha realizado un seguimiento adecuado y oportuno de esa gestación, justamente para constatar que hasta el inicio del trabajo de parto todo sigue dentro de los criterios de salud. Por supuesto, aun así las complicaciones pueden darse, pero es importante entender que la emergencia, la urgencia, las situaciones que se dan de un segundo a otro no están asociadas al PPD por las características obstétricas de las mujeres que lo eligen y el modelo de atención bajo el cual trabajamos.

Aclarado lo anterior, hay diferentes niveles de complicaciones. Están aquellas situaciones que se resuelven realizando alguna intervención –que puede ir desde la sugerencia de cambiar de posición hasta el uso de medicación en casa– y otras que requieren del siguiente nivel de complejidad, a veces no tanto por una cuestión de gravedad sino por el marco en el que se da un parto domiciliario y por la ausencia de ciertos elementos: usar peridural u oxitocina para conducir un trabajo de parto no son cosas viables en un domicilio, pero la necesidad de su uso no habla de una emergencia. Parte de nuestra labor es justamente detectar oportunamente aquellas señales que marquen la necesidad de ese traslado y actuar en consecuencia. Es por esto que los traslados se realizan con tiempo y en calma.

¿Qué estadísticas de traslados manejan?

Aproximadamente el 10% de los PPD, a nivel general y, por supuesto, a nivel particular, en aquellos que acompañamos, requieren un traslado. Y de esos traslados, la mitad aproximadamente concluye en una cesárea, con lo cual estamos hablando de que un 5% de las mujeres que eligen parir en casa necesita una cesárea.

En caso de traslado, ¿está permitido que ingresen a la institución con la mamá?

No, los equipos de parteros/as no tienen acceso a la institución. A veces el plan de traslado incluye al obstetra, que no forma parte del equipo pero está dispuesto a asistir a la mujer en la institución en caso de traslado, y en estos casos es viable entrar como parte de su equipo, pero estamos hablando de contadas situaciones que, además de requerir un obstetra, poseen ciertas características particulares; por ejemplo, que se trate de una institución privada con sistema abierto y que se cuente con un equipo completo, es decir, además de obstetra y partero/a, neonatólogo/a, etc. Esta opción sería inviable en una institución pública o en una institución privada con sistema cerrado.

¿Qué equipo/materiales llevan al parto?

Todo lo que se necesita y está en una sala de partos de una institución nosotros lo

llevamos al domicilio el día del parto. La idea es que solo aparezcan de ser necesario y el resto del tiempo pasen desapercibidos, igual que la asistencia profesional. La mayoría de la medicación se nos suele vencer por lo poco que se usa, así que es más lo que desechamos que lo que usamos. Sin embargo, se lleva a todos los partos y tiene que estar disponible en caso de ser necesaria. Llevamos el detector fetal, medicación, el tubo de oxígeno para el bebé, la balanza para pesarlo, la caja de parto –que es la que tiene los instrumentos necesarios para cortar el cordón, suturar, hacer una episiotomía– y también elementos alternativos, como el banquito de parto, pelotas o aceites para masajes.

¿Realizan algún tipo de intervención? ¿Para cuál/es están habilitados?, ¿cuándo y por qué las realizan?

Por supuesto que realizamos intervenciones. Hay que tener en cuenta que la sola presencia del equipo puede entenderse como una intervención. Se trata por supuesto de realizar solo aquellas que la situación amerite, ya sea por cuestiones médicas o más de índole vincular, como puede ser una masaje, ciertas sugerencias y, por supuesto, siempre solo bajo autorización expresa de la mujer o a pedido suyo. Es ella quien en todo momento debe elegir.

La mayoría de las intervenciones que se hacen en una institución –tactos, rotura artificial de bolsa, episiotomía, sutura de desgarros, dar medicación en caso de hemorragia o atonía uterina, auscultar el corazón del bebé– pueden realizarse en casa. Lo que no se puede hacer son intervenciones mayores, como una cesárea, o usar medicación para inducir el trabajo de parto. Nuestra habilitación para realizar las mismas intervenciones está determinada por la ley que marca nuestras incumbencias profesionales para ejercer tanto en instituciones públicas o privadas como en el domicilio de la persona gestante. En términos meramente técnicos, dejando a un lado el eje central, que es la autonomía de la mujer, lo importante es entender que el modelo de atención del PPD se basa en respetar y favorecer la fisiología y evitar las intervenciones innecesarias, ya que es este uno de los pilares que lo hace seguro en términos de bienestar materno y fetal. Por lo tanto, intervenciones como episiotomía, rotura artificial de bolsa, etc., no se deben hacer de manera rutinaria, porque lo que demuestran los estudios es que a mayor uso de intervenciones mayores riesgos de complicaciones en la madre y/o el bebé, y en el caso concreto del PPD son mayores las posibilidades de requerir un traslado. De ahí la importancia de que solo sean realizadas cuando verdaderamente son necesarias y, ante todo, de generar un ambiente que favorezca el desarrollo fisiológico de ese nacimiento.

¿Cómo se maneja el tema del dolor y cómo tolerarlo sin anestesia?

Aquí estamos también frente a un concepto que es importante indagar, sobre todo en las representaciones culturales que tenemos de este. Ante todo, se suele imaginar el dolor como algo insostenible que la mujer no tiene más remedio que tolerar. Sin embargo, dolor no es igual a sufrimiento. El dolor que experimente cada mujer está en relación con

su umbral de dolor, las herramientas y el sostén que tiene para atravesarlo y la intensidad del proceso. El sufrimiento, por su parte, está condicionado por el entorno emocional y psíquico en el que esa mujer está viviendo la experiencia. ¿Se siente segura o intimidada? ¿Tiene libertad para moverse, para elegir, para tomar decisiones o se siente “presa” de las decisiones e intervenciones del equipo de salud? ¿Se siente contenida o está atravesando el proceso en un ambiente inhóspito emocionalmente hablando? Todos esos son factores que se conjugan a la hora de percibir el proceso de nacimiento como un suplicio. Mientras que el sufrimiento se tolera, porque la mujer considera que es lo mejor para ella o para su hijo/a, el dolor se atraviesa, se transforma e invita a ir más allá de los límites que cada una siente que tenía. El sufrimiento, al no cambiar o incluso al empeorar las condiciones emocionales de esa mujer, puede ser una constante durante todo el proceso y muchas veces deja marcas emocionales y psíquicas imborrables. El dolor, por su parte, se presenta en forma de ráfagas, oleadas que empiezan a aumentar de intensidad para luego descender y, finalmente desaparecer, y la sensación que refieren las mujeres que atravesaron el proceso en intimidad, libertad y autonomía es que ese dolor, esa intensidad, las hizo conscientes de su poder, incluso la frase recurrente es “Si pude parir, puedo todo”. El sufrimiento es un tono único que todo lo empaña y no da tregua; el dolor deja paso al placer, la calma, la alegría, la intensidad, para luego volver e ir atravesando el proceso como en una espiral, donde el dolor es solo una nota más. En un parto en casa, esta sensación se maneja ante todo generando un ambiente de calidez, sostén emocional, intimidad, seguridad y libertad para la mujer. También, por supuesto, existen alternativas no farmacológicas que ayudan a transitarlo, como el agua (ya sea ducha, bañera o pileta de parto), masajes, etc. No nos olvidemos de que una mujer que planificó un parto en casa es una mujer que eligió la intimidad de su hogar como la mejor opción, y en esa decisión hay mucho placer y mucho poder. También es interesante entender que la anestesia no es un requisito para el parto; de hecho, la gran mayoría de los nacimientos que suceden en la Argentina se dan sin anestesia: en el sistema público, por ejemplo, la anestesia aparece solo en caso de cesárea. Por otro lado, se trata de una intervención que se vende dentro del sistema privado como inocua tanto para la mujer como el bebé por una cuestión económica.

¿Cómo controlan el bienestar fetal?

Lo controlamos auscultándolo con el detector fetal. Esto se realiza con la mujer en la posición y el lugar en el que esté en ese momento –ya sea parada, sentada, en el agua, en cuclillas, etc.– y, por supuesto, pidiendo su consentimiento y tratando de interferir lo mínimo posible.

Si el bebé está en condiciones óptimas, ¿cuánto tiempo puede durar un trabajo de parto en casa?

En un parto fisiológico, que es a lo que apunta el parto en casa, el reloj en sí mismo,

el tiempo transcurrido, no es parámetro para tomar conductas médicas. En presencia de bienestar materno-fetal el trabajo de parto y parto llevará el tiempo que cada díada necesite.

¿Cómo abordan la recepción del bebé y el seguimiento después del parto?

Para nosotros, como equipo –y es algo que trabajamos con las parejas–, el nacimiento termina cuando se alumbra la placenta. Eso implica que el entorno del parto se mantiene hasta ese momento y se generan las mismas condiciones que fueron necesarias para el nacimiento del bebé. Incentivamos, si la mujer así lo quiere y la posición en la que está lo permite, a que sea ella quien reciba a su bebé o a que lo haga su pareja o acompañante, y lo mismo con el corte del cordón, y nos aseguramos de que ese bebé esté seco y con una temperatura adecuada. Después del alumbramiento, con la placenta se pueden realizar procedimientos que han sido previamente charlados y elegidos por cada familia. Luego del tiempo que cada familia necesite para encontrarse y, por supuesto, en ausencia de signos de alarma, acompañamos a la mujer a su cama, revisamos que no tenga desgarros que requieran sutura, observamos que se inicie la lactancia, determinamos el Capurro –un test que se hace para determinar la edad gestacional del bebé–, realizamos el test de Apgar, hacemos el seguimiento del proceso de adaptación del bebé, observamos cómo va largando los líquidos y fluidos de manera natural por la boca y por la nariz..., todo esto sin separar al bebé de su madre y solo con la observación atenta. Más tarde, medimos y pesamos al bebé, siempre en presencia de la madre, e incluso promovemos que sea el padre o el acompañante quien lo haga. Parte de nuestro trabajo también es velar porque esa mujer coma y recupere fuerzas después del trabajo de parto y del parto, con lo cual muchas veces terminamos cocinando o yendo a comprar comida. También nos ocupamos de que el hogar quede en condiciones, lo más armónico y limpio posible, y esto va desde obviamente limpiar todo aquello que se usó en el parto (zaleas, toallas, etc.), hasta, en caso de que se necesite, realizar algunas de las tareas domésticas que alivianen y liberen a los padres. En definitiva, estamos varias horas después del nacimiento y nos vamos del domicilio con la seguridad de que esa madre y ese bebé están en condiciones de salud. Por supuesto, al igual que durante toda la gestación, nuestros teléfonos están siempre abiertos y nosotros estamos siempre disponibles para responder cualquier duda que pueda presentarse.

Visitamos a la pareja de manera preestablecida al día siguiente y diez días después para continuar la atención y observación, y, si la pareja lo necesita, se hacen más visitas. Además de eso, contamos con el apoyo de un equipo de puericultoras y recomendamos la visita de algún pediatra en los días posteriores. También recomendamos y establecemos enlace para realizar el FEI. (1)

Se dice que cuando se dan el tiempo y las condiciones necesarias para parir se ve cómo cada parto es distinto. ¿Hay alguna experiencia de parto que recuerdes especialmente?

Cada nacimiento es una fiesta, un hecho sagrado al que tengo el privilegio de ser invitado. Sigue asombrándome como el primer día el hecho casi mágico que de una mujer nazca otra persona y poder acompañar y sostener ese momento fundante, ese tránsito donde esa mujer se verá, dirá, hará, sonará, se moverá como tal vez en ningún otro momento de su vida, donde ella misma empuja sus límites y fronteras, se descubre en todo su poder, se vivencia distinta, nueva, ancestral. Es algo imposible olvidar y seguido del “No puedo más” está la imagen de entrañable emoción del primer encuentro. De cada nacimiento me llevo momentos, imágenes, gestos, situaciones que son irrepetibles, incomparables, porque cada nacimiento y cada familia son únicos. Y también ese vínculo que se establece, donde pasas de alguna forma a ser parte de esa familia, a estar presente en las dudas que exceden el embarazo, el parto y el posparto, los cumpleaños, los momentos especiales y trascendentes de cada familia, sus experiencias de vida de las que me siguen haciendo partícipe. Soy el padrino de casamiento de varias parejas y el padrino de bautismo de varios niños y niñas. Vivo mi profesión y mi vocación con absoluto amor y placer, tengo el privilegio de acompañar y estar presente cuidando uno de los viajes más intensos y profundos, el inicio de la vida, el primer encuentro, la primera mirada, el primer beso, la primera bocanada de aire.

¿Cuáles son los beneficios de un parto en casa con respecto a uno en institución?

Personalmente no sé si hablaría de beneficios de un parto versus el otro, ya que no son dos alternativas antagónicas o que estén en guerra, sino tan solo dos escenarios posibles y dos modelos de atención que cada mujer y cada familia elegirá en función de sus creencias, su historia de vida, la información que posee, sus necesidades, expectativas y lo que le genere mayor seguridad. No hay mejor ni peor. El hogar es el mejor lugar, pero solo para quien así lo decide. En ese sentido, tiene beneficios, por supuesto, y es único e impacta en la familia más allá del momento concreto del nacimiento en sí, pero no en función de lo institucional sino como opción completa y en sí misma. Es innegable que, para quienes así lo eligen, estar en la intimidad de su hogar es jugar de local, es tener el poder total de abrir la puerta, la libertad para manejarte en tu espacio, con tus cosas, tus olores, tu historia, lo que en esa mujer y en esa familia se traduce en poder para transitar el proceso y para elegir. La certeza incluye también que solo aquellos a quienes ella elige van a estar ahí acompañándola. El lugar de la familia, de la red emocional y de contención de esa mujer es completamente distinto al de una institución y forma parte de la elección. Es también un recorrido fluido sin tener que ingresar a otro espacio desconocido. Sin embargo, es real que, en función del modelo hegemónico de atención perinatal institucional, al PPD se lo asocia más con el respeto, el cuidado, la libertad, la no intervención, el favorecimiento de la autonomía, la espera paciente de los tiempos biológicos del proceso. Pero ver la propia casa como una opción de escape, allí donde me refugio para evitar la VO es una creencia errónea que puede traer efectos negativos: por una parte, en casa también puede haber maltrato, intervención innecesaria, pérdida del protagonismo y, por otro lado, es seguir alimentando

el statu quo, la creencia de que la atención institucional no puede ser de otra manera y que tenemos que conformarnos y aceptarla tal como es.

¿Qué es para vos lo que las maternidades deberían cambiar para permitir un mejor parto y evitar la VO?

Como sugerí anteriormente, ante todo es importante entender que la VO no es algo que dependa del escenario del nacimiento sino del modelo bajo el cual asisten esos profesionales. ¿Se entienden el embarazo y el parto como procesos sanos, fisiológicos y de enorme trascendencia en la vida de esa familia o son vistos como una enfermedad o una patología que tiene que ser resuelta y tratada? ¿Se trata de profesionales que asumen a conciencia que el protagonismo es de la mujer y que es ante todo su autonomía la que debe ser respetada y favorecida? ¿Son profesionales que solo intervienen de ser necesario y bajo explícita autorización de la mujer? Y, por supuesto, ¿el trato que brindan es respetuoso, digno y acorde al momento trascendental que están viviendo los protagonistas? Se trata de cuestionar y transformar profundamente las creencias que han hecho posible este sistema de atención perinatal creado a espaldas de los derechos y el bienestar emocional, físico y psicológico de la díada y de la familia, y que habilita que el profesional pueda arrogarse el derecho de tomar decisiones y que sea el dueño del lugar. La única manera de construir salud en el sentido amplio de la palabra es dando voz, voto y lugar a todos los actores de manera horizontal.

DOCTOR FERNANDO DAVEIRO: “EL MODELO MÉDICO DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA VIGENTE Y HEGEMÓNICO ES ALTAMENTE INTERVENCIONISTA, TECNOCRÁTICO Y SOBREALORA EL RIESGO”

Fernando es médico obstetra. Se recibió en 2003 en la Universidad Nacional de La Plata y trabaja en la Clínica de la Comunidad, de Ensenada, donde atiende embarazos y partos respetados. Desde 2009 acompaña PPD.

Fernando, ¿qué te llevó a tomar la decisión de ofrecer acompañamiento en domicilio además del institucional?

La decisión que tomé fue la de ofrecer una atención obstétrica acorde a las necesidades del binomio madre-hijo y de acuerdo a los derechos de ambos establecidos en la legislación vigente. El modelo de atención obstétrico vigente no responde ni a las necesidades fisiológicas del binomio ni a los derechos de ambos. El modelo de atención de parto respetado –que no tiene que ser necesariamente domiciliario– sí lo hace.

¿Cómo está conformado el equipo?

Nuestro equipo interdisciplinario está formado por tres licenciadas en obstetricia, dos médicos obstetras, tres médicos pediatras, una licenciada en psicología y otros talleristas que nos acompañan en los encuentros.

¿Por qué pensás que la mayoría de los partos en institución son tan intervenidos y no se respeta la fisiología?

El modelo médico de atención obstétrica vigente y hegemónico es altamente intervencionista y tecnocrático, y sobrevalora el riesgo. Este modelo necesariamente produce mayor intervención y respeta menos los procesos biológicos en su variabilidad propia dentro de la normalidad.

¿Qué es lo más importante que una mujer embarazada debe saber sobre su trabajo de parto?

Lo más importante que debe saber es que está sana, que tiene todas las capacidades intactas para parir y dar la teta, y que la expresión de estas capacidades, que son involuntarias, es muy dependiente del entorno y del estado emocional, y nada dependiente de las ideas o la voluntad.

¿Te parece que es necesaria una preparación para parir? En ese caso, ¿cuál sugerís?

No tiene ninguna utilidad aprender una técnica para parir porque el proceso es completamente involuntario. Una buena preparación para parir es hacer un trabajo contracultural para entender con claridad la adecuada valoración del riesgo, fortalecer las convicciones de las capacidades maternas para ejercitar la intuición, que será la mejor guía en el proceso, y para romper con mitos que generan, refuerzan y sostienen los miedos, como el miedo a parir, a morir, a que el bebé muera o le pase algo, que solo producirán la detención involuntaria del trabajo de parto.

Cada vez se incorporan más controles (análisis, ecografías, etc.) durante el embarazo, ¿cuáles son indispensables y cuáles pueden ser optativos?

Este tema es muy amplio, pero podemos resumirlo así: existen una serie de estudios – que son pocos, como estudios de tamizaje (*screening*)– para usar en mujeres embarazadas sanas (que son la mayoría) y que han demostrado efectividad en la búsqueda de enfermedades (es decir, alta sensibilidad y bajo costo). Luego hay muchos estudios que no producen un impacto significativo en las variables de morbimortalidad y que, al utilizarlos, aumentan el riesgo de patologización de mujeres sanas, por lo que no reúnen los criterios de tamizaje y no se deberían incluir de rutina. Los de rutina deberían

ser solo los que producen un beneficio mayor al perjuicio y por eso se pueden incluir como estudios de tamizaje (en toda la población sana o enferma) para detectar la población enferma sin generar daño al hacerlo. Los que no reúnen estas características no se deberían incluir en un control normal de embarazo, porque su utilización en todos genera más problemas que soluciones. Por ejemplo, pedir un hepatograma en un embarazo sano puede ser un problema porque el efecto que esto tenga finalmente en la salud depende de quién lo lea, de su subjetividad en la valoración del riesgo, de las intervenciones que proponga y de las complicaciones que estas generen. Si no está incluido entre los estudios aceptados como de tamizaje, podría producir un daño en la salud mayor que el riesgo que intenta prevenir. El concepto médico de tamizaje es muy específico y se refiere a los criterios necesarios que tiene que reunir un tipo de estudio para poder aplicarse en toda la población y generar menor daño en la salud que si no se aplicara.

¿Cuáles son las condiciones necesarias para que un parto se pueda dar en el domicilio?

Es indispensable que el trabajo de parto y el parto sean asistidos por un equipo profesional capacitado, que haya un plan de traslado a una institución en caso de necesitarlo y, principalmente, que la madre se sienta segura con el proceso.

¿Cómo manejas el tema del dolor y cómo tolerarlo sin anestesia?

La anestesia es la forma de analgesia que deberíamos dejar como último recurso ya que afecta todo el proceso de parto. Existen muchas técnicas de analgesia no farmacológica; por ejemplo, la libertad de movimientos, la libertad de expresión, la utilización del agua para duchas, los baños de inmersión, el ambiente de parto calmo e íntimo, el acompañamiento adecuado, los lugares cómodos, etc.

¿Cuáles son los beneficios de un parto en casa con respecto a uno en institución?

El parto respetado puede ser tanto domiciliario como institucional, y sus beneficios son muchos:

- Menor posibilidad de lesiones o complicaciones maternas.
- Menor posibilidad de complicaciones fetales.
- Menor posibilidad de traslado a Neonatología.
- Mayor posibilidad de parto vaginal.
- Menor necesidad de utilización de analgesia farmacológica.
- Mayor índice de lactancia positiva al inicio, lactancia exclusiva hasta los seis meses y lactancia prolongada.
- Menor posibilidad de depresión posparto.
- Menor posibilidad de mortalidad materna y fetal.

¿Por qué a pesar de la recomendación de la OMS de parir vaginalmente después de una o dos cesáreas es complicado encontrar médicos que lo apoyen y recomienden?

Los cambios en las recomendaciones científicas siempre anteceden a los cambios en la práctica médica, en general en diez o veinte años. Las razones son muchas, pero algunas serían la dificultad para cambiar prácticas aprendidas, el miedo a lo desconocido, la costumbre de hacer lo que hace la mayoría, la resistencia a afectar intereses, etc. Además, cuando los cambios implican disminuir la intervención, son más resistidos que los cambios que propician un aumento de la intervención.

¿Se puede parir vaginalmente con un diagnóstico de trombofilia?

Sí, claro. El útero produce hemostasia por contracción, no por coagulación. La hemostasia es la propiedad del cuerpo humano para detener una hemorragia. Esta puede producirse por un sistema bioquímico complejo que está en la sangre, que se llama *sistema de la coagulación* y que se ve afectado en la trombofilia. También existe otro sistema de hemostasia, que es el de contracción de los músculos que rodean las arterias y las comprimen cerrando los vasos que pierden. Ese es el sistema que utiliza el útero en el posparto y no se ve afectado por la trombofilia.

*¿Cuál es el tiempo mínimo que se debe dejar latir al cordón antes de cortarlo?
¿Cuáles son los beneficios de hacerlo?*

En lo posible, se debería dejar hasta que deje de percibirse el latido en su superficie. El tiempo es muy variable, ya que depende de la altura del bebé con respecto a la placenta o el grosor del cordón, pero es el tiempo que necesita la sangre fetal que estaba en la placenta para volver al cuerpo del bebé. Esa sangre es un tercio del volumen total de la sangre fetal y debe volver a la circulación fetal. El tiempo puede ir de un minuto a treinta. Esa sangre es equivalente a 1500 mililitros en un adulto, cantidad que supera tres veces la máxima cantidad de sangre que está permitido donar para un adulto de 50 kilos. Al recién nacido, que está en la ardua tarea de adaptarse a la vida extrauterina, le quitamos esa cantidad de sangre al no esperar su retorno y lo mandamos a la vida con tratamiento de hierro de rutina por la anemia...

¿Qué procedimientos son indispensables hacerle al bebé apenas nace?

Lo único indispensable es que permanezca desde su nacimiento hasta el alta en contacto estrecho piel a piel con su madre, en intimidad y sin interrupciones, y hacer una evaluación visual de *score* de Apgar. (2) Por otro lado, el cordón no se debería cortar antes de que deje de latir.

¿Qué pensás que las maternidades deberían cambiar para permitir una mejor

experiencia de parto y evitar la VO?

Es necesario desmedicalizar el nacimiento para que vuelva a ser atendido como un evento vital que debe estar centrado en la atención de las necesidades básicas del binomio madre-hijo y considerado particularmente y no en cumplimiento de una serie de rutinas universales. Este modelo de atención disminuye el riesgo al mínimo posible, las madres lo viven con una sensación de bienestar y la medicina se reserva desplegar la tecnología y la intervención que sea necesaria solo en aquellos casos (muy pocos) que se complican aun con el modelo de parto respetado.

DOCTORA CECILIA ZERBO Y LICENCIADA EN OBSTETRICIA CARINA SIVES

La doctora Cecilia Zerbo es médica clínica recibida en la Universidad de Buenos Aires y especialista en Administración Hospitalaria y Recursos Humanos por la Universidad de San Andrés. Entre 2009 y 2016 trabajó en el desarrollo y consolidación de la Maternidad Estela de Carlotto de la localidad de Moreno, provincia de Buenos Aires. Entre 2013 y 2016 fue directora médica asociada de esa institución.

La licenciada en obstetricia Carina Sives se recibió en 2006 en la Universidad de La Plata. Pertenece a la planta de obstétricas de la Maternidad Estela de Carlotto desde 2013.

La Maternidad Estela de Carlotto es un hospital materno-neonatal perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Comenzó a funcionar en enero de 2013 y procura cumplir los derechos sexuales y reproductivos, el cuidado integral de la mujer y el parto respetado, utilizando desde sus inicios el modelo MSCF de Unicef, que constituye un paradigma de atención perinatal, que ha sido implementado durante los últimos treinta y cinco años por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires y se implementó en la Argentina desde 1994. Este modelo prioriza los derechos de las madres, padres, hijos y familias, que son los protagonistas durante todo el proceso reproductivo –embarazo, trabajo de parto y nacimiento del recién nacido–. Procura una atención de calidad que tienda a la baja de la morbimortalidad materna y neonatal, con un formato de trabajo interdisciplinario y horizontal. Al cierre de este libro, la maternidad ha acompañado los partos de más de dos mil ochocientas familias.

¿Cómo es el modelo de atención de la Maternidad Estela de Carlotto? ¿A quiénes está dirigido?

La maternidad es de bajo riesgo, es decir, no contamos con instrumentos alta

complejidad: no hay terapia para adultos y hay un servicio de Neonatología para recibir recién nacidos sanos. En caso de que se necesite mayor complejidad, se realiza una derivación. Nos manejamos con embarazadas que muchas veces vienen de las unidades sanitarias y se acercan en la semana 36 a nuestro consultorio de tamizaje. Allí vemos si tienen lo que requerimos para que puedan parir en la maternidad, por ejemplo, controles periódicos con un mínimo de tres ecografías y dos exámenes de laboratorio. No todas las mujeres vienen en busca de un tipo de parto sin intervención y, en caso de que no sepan del tema, tratamos de concientizarlas y de empoderarlas también. Es un trabajo minucioso en el que investigamos qué busca cada mujer. También es importante que las mujeres asistan a los talleres que brindamos porque el saber da seguridad, hace perder el miedo y es una cadena: a menor miedo, menor dolor.

¿Qué profesionales forman el equipo?

Las guardias médicas se conforman por dos obstétricas y dos médicos obstetras. Todos vemos todo. Los trabajos de parto los asisten las parteras; obviamente los médicos están para una eventualidad, en caso de que haya que operar o resolver alguna situación compleja, aunque en general no ingresan a los trabajos de parto. Los médicos también están para resolver las ligaduras de trompas o legrados, que también se realizan en la maternidad.

¿Qué se le ofrece a la mujer embarazada en cuanto a actividades o grupos además de los controles y la atención del parto? ¿Cuáles son los contenidos de los encuentros preparto?

La maternidad ofrece cuatro encuentros, que se reiteran secuencialmente semana a semana. Los contenidos son: salud sexual y reproductiva, cuidados del embarazo y puerperio, lactancia, trabajo de parto y parto, nutrición en embarazadas, cuidados del bebé, actividad física y expresión corporal.

¿Qué índice de cesáreas manejan?

En 2016, sobre mil setecientos partos, el índice fue del 12,5%.

¿Realizan y recomiendan parto después de una cesárea?

Sí, realizamos PVDC, con un intervalo entre cesárea y parto de dos años.

¿Cómo atraviesa su trabajo de parto una mujer en la maternidad? ¿Cómo es la habitación y qué recursos le ofrecen?

La mujer embarazada transcurrirá su atención según el proceso de parto: ingresará por la guardia y luego pasará a las unidades de trabajo de parto, parto y recuperación.

Estas unidades tienen características edilicias propias para garantizar que se implemente la Ley del Parto Respetado con el correcto control del binomio madre-hijo. Estas salas son oscuras o con luz tenue, hay hornitos con esencias para aromaterapia, tienen equipos de música para que la familia elija qué música poner, permiten la deambulaci3n y poseen ba1o privado. Est1n acondicionadas para brindar a las mujeres diferentes elementos para transitar el dolor. Para esto, hay pelotas de esferodinamia, pelotas m1s peque1as para distintos tipos de masajes, hay un ba1o c3modo con una ducha amplia donde se puede meter la mujer, incluso con la pelota, y darse una ducha calentita para relajarse... Alentamos mucho eso porque comprobamos muy buenos resultados y un gran avance en el trabajo de parto: relaja el cuello del 1tero y favorece la dilataci3n. La mujer en todo momento puede estar con su pareja. Tambi3n hay una tela que sirve para colgarse, ya que muchas mujeres necesitan tirar de algo para poder pujar. Cada cual elige la posici3n y nosotras acompa1amos, ¡a veces en las posiciones m1s locas que se pueda imaginar! Tambi3n tenemos un banquito de parto, que es bastante solicitado: la mujer se sienta y su pareja la sostiene por la espalda. Hay una colchoneta para que adopten cualquier tipo de posici3n –muchas veces ellas nos ense1an posturas que nunca hab1amos visto– y un espejo que usamos para mostrarle a la madre por d3nde viene el beb3, que muchas veces funciona como incentivo cuando ven que su hijo est1 muy cerca. Siempre favorecemos el parto en movimiento porque estamos convencidas de que es beneficioso, tratamos de que la sala de parto no sea una estructura tradicional de hospital sino un lugar c1ldo y hogare1o.

¿Cu1l es el rol de la partera durante las contracciones?

Lo primero es la contenci3n, sin olvidar que la mujer muchas veces est1 dolorida e inc3moda. Se le brinda apoyo, se ve qu3 es lo que quiere en ese momento, se trata de guiarla en posiciones que le sean m1s c3modas y de darle herramientas para el manejo del dolor. Es importante ver cu1les son sus miedos e incluir a la pareja. Tratamos de respetar los tiempos de la pareja tambi3n: hay momentos donde necesitan estar solos y otros acompa1ados. Si desconocen el trabajo de parto, tratamos de brindarles confianza y contarles de forma acelerada para que saquen esa fuerza que en realidad tienen todas las mujeres para que el parto sea lo m1s sano, lindo y natural posible.

Una vez que nace el beb3, ¿c3mo y cu1ndo se le practican las rutinas?

Usamos como gu1a de nuestras pr1cticas el manual de MSCF, reconocido por el Ministerio de Salud de la Naci3n, Unicef y la OMS. De acuerdo con la condici3n cl1nica del reci3n nacido puede ser necesario realizar acciones especiales luego del nacimiento, como t3cnicas de reanimaci3n cardiopulmonar o control de la adaptaci3n posnatal en ni1os prematuros, que pueden requerir internaci3n en 1reas de cuidados especiales neonatales. Si nada de esto ocurre, el reci3n nacido puede continuar con su madre hasta su traslado al sector de internaci3n conjunta, luego de que se hayan realizado los

procedimientos de rutina recomendados, tales como la vacunación contra la hepatitis B, la administración de vitamina K, la higiene del cordón umbilical u otros, según las situaciones y los antecedentes maternos especiales.

¿Cuáles son las dudas y los miedos más frecuentes de las embarazadas que atienden? ¿Y de los papás?

Cuanto más empoderados, menos dudas y menos miedo hay. Una pareja nos decía que antes de los encuentros de preparación integral para la maternidad tenían un millón de dudas y miedos, y después no, porque van adquiriendo cierto poder y todo es más relajado. También recibimos familias en trabajo de parto que no llegaron a tener ningún contacto previo con nosotras y tenemos que acelerar lo que les queremos transmitir y muchas veces respetar qué es lo que quieren. Muchas mujeres buscan la intervención, ya sea por sus partos anteriores o porque está instalado que es necesario; por ejemplo, el goteo o romper la bolsa y, si no lo hacemos, lo toman como una falta de cuidado hacia ellas. Muchas veces respetamos escuchando el pedido que nos hacen de alguna intervención y se puede evaluar su necesidad o no. La idea es que la mujer se sienta confiada, cómoda y pueda tener un parto feliz, de la manera que sea pero feliz. Una de las dudas más frecuente de los padres tiene que ver con si respetar los tiempos fisiológicos y naturales, que en general son más largos, en vez de intervenir para acelerar el proceso, no es perjudicial para la madre o el bebé. Ahí trabajamos el tema explicando que la mujer está preparada para parir, que las mujeres nacimos con esa capacidad y que está comprobado que las intervenciones extra e innecesarias provocan mayores complicaciones en el parto y, por ende, que muchos terminan en cesárea por este motivo.

¿Cuál es el criterio sobre intervenciones en el parto (oxitocina sintética, rotura artificial de bolsa, episiotomía, etc.)?

El límite para intervenir o no es la propia mujer. Si bien la idea es no usar oxitocina sintética, porque obviamente ella tiene su propia oxitocina y en teoría no necesita ningún extra, a veces es necesario porque las contracciones no son suficientemente intensas o no se regularizan. Ahí trabajamos muchísimo el agotamiento materno para saber identificar de verdad cuándo realmente no puede más, porque en el momento del dolor es muy frecuente que una mujer pida una cesárea a gritos, pero sin consciencia de lo que está pidiendo porque lo que quiere es que se le vaya el dolor. Esto es una situación de cierta desesperación, pero se puede revertir y para eso estamos. Por supuesto, sin obligarla, cuando nos damos cuenta de que no puede más, aplicamos el criterio y tenemos esa vara para medir cuándo, según el caso, usar alguna intervención para acortar los tiempos y así tener a una mujer más plena en su trabajo de parto, con más “tela”, como decimos, para poder pujar, etc. El tema de la episiotomía es bastante controversial. Uno es quien lo evalúa: nosotros prácticamente no la hacemos, preferimos un desgarro y tenemos un índice de episiotomía sumamente bajo. No todas las mujeres se desgarran y también

existen casos donde se evalúa que el periné tenga las características que realmente necesita para ampliarse. Pero nuestro índice de episiotomías es casi cero, se utiliza en muy pocos casos.

¿Cuentan con la opción de anestesia epidural?

Se cuenta con anestesia epidural, pero prácticamente no se utiliza por los recursos que ofrecemos para el manejo del dolor y por el criterio que manejamos para no recurrir a medicamentos pudiendo acompañar desde otra forma. La maternidad pretende que la mujer y su familia tengan contacto con la institución a partir de la semana 28 del embarazo, en los talleres de preparación integral para la maternidad, y en la semana 36 a través del consultorio de tamizaje, que funciona como un hospital de día en donde la mujer, en tres a cuatro horas, realiza seis prestaciones en las que se establece el riesgo de su embarazo. Esto permite brindarle la información necesaria para guiarla en el sistema de salud. En esos dos momentos, se informa sobre las técnicas desarrolladas durante el trabajo de parto, muchas de ellas orientadas a disminuir la sensación de sufrimiento y dolor, como aromaterapia, movimiento, respiración, disponibilidad de agua caliente, etc. La idea es que la mujer y la familia pueda elegir con información certera dónde recibir a sus hijos, conociendo lo que está disponible y lo que no.

¿Cuáles son los beneficios de un parto sin intervenciones innecesarias?

En principio, un parto sin intervenciones innecesarias reduce la cantidad de cesáreas. Y la recuperación de la madre es realmente otra. Es sumamente agradable para la mujer sentirse respetada, orgullosa de haber podido tener su parto, de haber podido parir a su hijo, es muy grato y ellas lo expresan. Para el bebé, en el vínculo que se genera con una mamá que está contenta y orgullosa, que se pudo empoderar, que pudo ser respetada en todo momento porque los tiempos del parto fueron respetados, se logra algo genial que es el inicio de este vínculo fundamental para todo el desarrollo de lo que va a ser esa personita. Es uno de los beneficios más importantes.

1. Esta abreviatura corresponde a un análisis que se realiza a partir de una gota de sangre del talón del recién nacido que detecta siete enfermedades (hipotiroidismo, fenilcetonuria, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística del páncreas, deficiencia de biotinidasa y leucinosis).

2. Apgar es el examen clínico que se le realiza a todo recién nacido. Evalúa cinco puntos: apariencia, pulso, gesticulación, tono muscular y respiración.

EPÍLOGO: A MODO DE CIERRE

La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. ¿Entonces, para qué sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar.

EDUARDO GALEANO

Cuando recibí la propuesta de escribir este libro a raíz del grupo de Facebook Para Saber Con Quién Parimos, me decidí pensando en que, desde el comienzo, lo que me movilizó para crear ese espacio era que la información que yo consideraba que estaba escondida llegara a todas las mujeres para que cada una pudiera elegir teniendo en cuenta todas las posibilidades y conociendo su potencial. El libro es un medio de comunicación más y una ocasión para que se disemine este mensaje: *podemos parir, es nuestro derecho elegir cómo y con quién*. Es mi aporte para que la llegada al mundo de nuestros hijos deje de ser violenta y podamos recobrar y proteger ese hecho sagrado.

Aspiro a que pueda llegar a quien se pregunta qué quiere para el nacimiento de su hijo, a quien no se siente cómoda con el trato que está recibiendo pero piensa que es “normal” o tal vez a quien sí escuchó sobre partos fisiológicos pero no encontró dónde profundizar la información para materializar ese anhelo. También me interesa que llegue a manos de mujeres de todas las edades. Las que ya son madres podrán reflexionar sobre sus partos, que muchas veces se transforman en un recuerdo lleno de interrogantes que pueden empezar a materializarse en respuestas, y otras en una herida latente que necesita alivio. Habrá lectoras que serán madres de hijas o hijos ya grandes que en un futuro serán padres y, por supuesto, también este libro puede encontrar a sus lectores varones en un rol de participación creciente e involucrada, que toman decisiones como familia para generar un cambio en la gestación y nacimiento de sus hijos.

¿Cómo continuar? El escenario actual para la atención perinatal nos propone un modelo hegemónico que no se revisa ni se actualiza y está compuesto por médicos y médicas que siguen recibiendo una formación que contiene más conocimientos en intervenciones y medicalización que en procesos naturales y fisiológicos. Así, siguen perpetuando usos y costumbres que no tienen respaldo científico actual, como la realización sistemática de episiotomía y la omisión a recomendaciones de la OMS sobre la alarmante tasa de cesáreas o sobre el PVDC. Este sistema médico se compone de profesionales que, en general, privilegian cantidad y rapidez por sobre los beneficios para

la salud de los tiempos naturales del proceso, los cuales necesitan un rol de acompañamiento con criterio para realizar intervenciones únicamente cuando sean necesarias.

También existe un abuso de la cantidad de controles, estudios y medicación que se les da a mujeres sanas con embarazos sanos, lo que lleva la gestación al plano de la enfermedad y la patologización, y, por último, el núcleo de esta problemática es la relación asimétrica médico-paciente, el lugar de autoridad y poder en el que está ubicado el profesional por sobre nosotras, nuestro cuerpo y nuestros hijos, que omite las elecciones de las mujeres y quita al proceso fisiológico su real lugar protagónico.

En cuanto a los protocolos, en la actualidad muchos de los que se aplican en las maternidades siguen sin reflejar las recomendaciones de la OMS, ni la Guía del Ministerio de Salud de Atención al Parto Normal o el programa MSCF y, por ejemplo, no se le permite a la mujer moverse libremente, se la obliga a parir acostada, siguen practicándose episiotomías de rutina y estimulando con oxitocina un alto porcentaje de partos.

En el caso de las mujeres que sí logran dar con la información adecuada y saben bien cuáles son las condiciones que quieren para su parto, es muy frustrante no encontrar profesionales dentro de su obra social o prepaga que acompañen y garanticen sus pedidos. Muchas se ven obligadas a pagar extra para atenderse con médicos fuera de su cartilla y/o con equipos de parteros/as domiciliarios. Pagar por el respeto de una ley nacional es una situación absurda que muestra las falencias del sistema de atención al parto y el aprovechamiento económico de esas falencias.

El cambio que perseguimos está siendo muy lento y paulatino. Las asignaturas pendientes a las que aspiro a contribuir con mi labor y con este trabajo son:

- Que se conozca en profundidad el proceso fisiológico del parto y del nacimiento para que se respete a la mujer y al bebé.
- Que se reconozcan los derechos de las embarazadas a tomar decisiones con respecto a su parto y a su bebé.
- Que se atiendan las necesidades emocionales, además de las fisiológicas.
- Que se amplíen las iniciativas para realizar partos respetados en instituciones privadas con modelos como el MSCF de Unicef.

Para lograr ese cambio, entre otras cosas, se necesita:

- Políticas públicas con acciones que promuevan la difusión de la ley y los derechos de las mujeres embarazadas y en el parto.
- Regulación de instituciones y equipos de salud en los ámbitos público y privado.
- Modalidades accesibles y efectivas para realizar denuncias por VO y respuestas favorables con sanciones a quienes incumplan la Ley de Parto Respetado.
- Reconocimiento del protocolo de atención de parteras independientes en domicilio y la articulación de esa modalidad con el sistema de salud público y privado.

En este contexto, creo que el camino es de adentro hacia afuera: el cambio está en sembrar conciencia y que las mujeres tengamos el poder de elegir y buscar profesionales empáticos que conozcan y valoren la fisiología, que nos respeten, apoyen y alienten en nuestra capacidad de parir y de brindarle un nacimiento amoroso a nuestros hijos.

Por otro lado, en este camino el poder de las redes sociales es realmente increíble: hoy por hoy cualquier mujer, realizando una simple búsqueda en la Web puede acceder a la información más diversa sobre este tema. Las mujeres que no tienen referentes en su círculo familiar e íntimo pueden llegar a grupos o foros donde están rodeadas de pares que en pocos minutos responden a sus demandas, sus dudas, sus pedidos de ayuda, aportando información, *links*, datos, apoyo y muchas veces también palabras llenas de amor, que es algo que necesitamos y generalmente no recibimos de nuestro entorno. La empatía entre mujeres que se sienten identificadas es instantánea y produce efectos positivos: da lugar al empoderamiento necesario para enfrentar una búsqueda, un cambio de médico, hacer valer nuestros derechos y llegar al parto sin sentirnos solas y teniendo esa forma de energía, muchas veces llamada *tribu virtual*, que sabemos que nos apoya, alienta y sostiene.

El fenómeno también adquiere importancia cuando hay otra que allanó el camino. De esa manera, se da un doble beneficio: por un lado, el personal, para tomar confianza sabiendo que otra mujer exigió o consiguió lo que ahora pedimos nosotras y, por el otro, como usuarias, para dejar precedente y que nuestra voz empiece a ser escuchada, que se vuelque en las estadísticas y deje de ser un pedido aislado. Todo esto produce un avance hacia el cambio que sin las redes no sería posible.

El impacto de la tecnología tiene, por supuesto, una faceta positiva y otra negativa. Positiva, porque permite la difusión de información: el grupo Para Saber Con Quién Parimos en poco tiempo se propagó por otras ciudades, incluso algunas pequeñas donde es más difícil conseguir opciones diferentes de atención; las mujeres se contactan con mayor facilidad con los equipos o profesionales que buscan; las referencias y opiniones crecen con la cantidad de participantes; se generan lazos, vínculos virtuales entre mujeres que se dan ánimo, que se identifican y empoderan, y muchas veces se terminan reconociendo y encontrando en la sala de espera de algún médico o se acompañan en el transcurso de los embarazos. A través del grupo también se organizan y difunden convocatorias para actividades y acciones que las reúnen, se colabora con la difusión de casos de injusticia y causas por VO o mala praxis. Desde la virtualidad se logra un movimiento poderoso: las mujeres en red podemos gestar hechos maravillosos de amor y de lucha.

En cuanto a lo negativo, una de mis preocupaciones respecto del funcionamiento del grupo fue evitar agresiones entre las participantes. Desde ya que muchos conceptos naturalmente traen debates y discusiones, pero hay intercambios que pasan a ser enfrentamientos o peleas personales. No es tarea fácil manejar esto entre tantas integrantes, que además tienen la protección del anonimato si lo desean, pero siempre busqué regularlo. Principalmente porque si la lucha es contra la violencia no podemos replicarla y mucho menos entre nosotras y, además, porque creo que para evolucionar

ante la violencia de género, que incluye la obstétrica, tenemos que tomar conciencia de que la otra, sea como fuere que piense o elija, no es una adversaria ni una enemiga, sino una compañera y hermana que merece total respeto. El primer e imprescindible paso es no replicar esa mirada entre nosotras, no ejercer esa forma acusatoria de opinar sobre la experiencia de la otra y transmitir eso como moderadora de forma no verticalista fue siempre un desafío.

Tampoco creo que aporten demasiado esas batallas entre bandos diferentes –las que quieren un parto en casa y las que prefieren una institución–. Cualquier elección es completamente válida porque tendrá que ver con cada una, su contexto, su historia y su entorno. Solo es importante procurar que se tome la decisión con la información completa.

¿Existe un parto mejor que otro? Definitivamente no, cada una elige. Pero, sin duda, el peor parto es el que nos anula, el que acatamos sumisas, con miedo a expresarnos, en el que recibimos órdenes, en el que nuestro cuerpo es un objeto, en el que no importamos. Si todo esto, que ya es violencia, incluye agresiones, la experiencia será pésima. ¿El mejor? Dependerá de cada una, de encontrar lo que nos hace sentir cómodas, en intimidad, en conexión con nuestro bebé, seguras, protegidas, acompañadas.

No importa si preferimos anestesia bajo consentimiento informado sabiendo sus efectos; no importa si queremos que nos tacten para saber qué dilatación tenemos y eso nos calma la ansiedad, o si queremos que sea en nuestra casa, las horas que tenga que durar, sin anestesia y sin que nadie nos toque. No creo en calificaciones sobre cómo fue el parto de otra mujer: solo cada una puede, subjetivamente, calificar su propia experiencia.

El parto es un momento misterioso, mágico, imponente, de entrega absoluta a lo imprevisto, imposible de planear ni llevar por carriles premeditados. Es lo que suceda en ese instante, donde sea y como sea, y nos traerá sensaciones insospechadas.

Lo único seguro es que el desenlace será de plenitud, el éxtasis tras el dolor, la certeza del poder, el encuentro con ese ser tan esperado y la tranquilidad de que el parto transcurrió escuchando nuestro cuerpo porque nosotras parimos y somos las protagonistas.

APÉNDICES

I. RELATOS DE NUESTRO PODER

Recuerda esto, porque es tan verdad como la verdad misma: tu cuerpo no es un limón. Tú no eres una máquina. El Creador no es un mecánico descuidado. El cuerpo femenino tiene el mismo potencial de dar a luz que las osas hormigueras, leonas, rinocerontas, elefantas, alces y búfalas de agua. Incluso si no ha sido tu hábito durante toda tu vida, te recomiendo que aprendas a pensar positivamente sobre tu cuerpo.

INA MAY GASKIN

Como ya dijimos, todos los partos son diferentes. Aquí seleccionamos algunos relatos de mujeres en primera persona, en diversas situaciones, para reflexionar y adentrarnos en ese momento tan maravilloso, único y personal.

CARLA SCAVUZZO: NACIMIENTO DE CAYETANA. PPD DESPUÉS DE DOS CESÁREAS Y CON DIAGNÓSTICO DE TROMBOFILIA (LA PLATA)

Comencé este camino cuatro años antes de que Cayetana decidiera nacer. La cesárea por la cual nació mi hijo Cipriano me había hecho tambalear y sacudir. Todo el sufrimiento interno de aquella cesárea tan innecesaria y a gusto de los horarios y menesteres obstétricos hicieron que comenzara a plantearme maneras de actuar y de pensar, y decidí que a mi próximo hijo lo pariría vaginalmente.

Creí que solo con la voluntad y el deseo se conseguían los sueños, y volví a tropezar con la misma piedra cuatro años más tarde, esta vez en manos de alguien que –luego supe– jamás me iba a permitir parir, pero que me mantuvo engañada todo el embarazo. Así nació Cristiana, a través de una nueva cesárea.

Lloré mucho ambos nacimientos, pero lo que no te mata te fortalece y allí, por fin, se cayó la venda de mis ojos, me permití cambiar mi manera de ver el nacimiento, floreció en mí una necesidad de luchar por el derecho de la mujer a parir. Fueron años de búsqueda, lecturas y enseñanzas. Fui empoderando a mi marido, aunque al principio me costó mucho: le llevaba información, le leía y, con el tiempo, era él quien me pasaba información o documentales que encontraba.

Sin siquiera estar embarazada, fui armando mi plan de parto. Dudaba de parir en mi

ciudad, Olavarría, porque sabía que si algo se desviaba del cauce rutinario correría el mismo destino anterior. Un año antes de buscar el embarazo fuimos a La Plata a ver a un obstetra pro-PVDC. Nos dedicó una hora y media, en la que nos explicó los beneficios de optar por un PVDC más allá de mi trombofilia. Esto coincidía con la recomendación de mi hematólogo. Me sentí contenida y decidí que quería que me acompañara en un futuro embarazo.

Un 4 de febrero, el mismo día en que siete años atrás mi primer hijo nacía por cesárea, comenzó una nueva historia: estaba embarazada de Cayetana. Pariría en La Plata. Tenía el equipo elegido, alquilaría un departamento, mandaría a hacer un banquito de parto y me instalaría en la semana 39 con mi mamá. Cuando el trabajo de parto se desencadenara, llamaría a mi marido para que viajara con Cipriano. Mi fecha probable de parto era el 18 de octubre, el mismo día del nacimiento de Cristiana.

El 12 de octubre, recién instalada, comencé con contracciones esporádicas muy leves e irregulares. Seguía tomando homeopatía y unas cápsulas de aceite de onagra para preparar el cuello del útero. El 15 pasaron las parteras y escuchamos a Cayetana. Cerca de la medianoche me levanté, ya que debía inyectarme la heparina por mi trombofilia, y me di cuenta de que había roto bolsa. Decidí suspender la heparina, ya que no sabía si el parto se daría esa noche. Según avanzaba la madrugada las contracciones iban aumentando en número e intensidad. Decidí llamar a mi marido: las contracciones ya eran cada cinco minutos y pensé: “¡Para cuando llegue el padre ya tendré a la chiquita en brazos y tendrá horas de nacida!”.

Cerca de las 2 de la madrugada tomé una ducha. Cuando salí me tiré en cuatro patas en el sofacama del comedor con unos almohadones en el pecho y le dije a mi mamá que llamara a la partera y a las 4 de la madrugada ya estuvo ahí conmigo. Al llegar me dio homeopatía, me acomodó en el sofá sentada tipo buda, me puso unos almohadones en la espalda y me tapó con una frazada. Me pidió que me relajara y que intentara dormir. Le comenté que las contracciones eran fuertes, que me era imposible estar sentada, pero insistió y, al final, tenía razón: me terminé durmiendo. Me desperté al otro día temprano. La partera se fue a su casa y me dijo que hiciera vida normal. Pasé toda la mañana con contracciones.

Mi marido llegó con Cipriano cerca del mediodía. Le conté lo de la noche y le propuse mandar a nuestros hijos con mi hermana: con las contracciones me di cuenta de que no podría estar en trabajo de parto con ellos pidiendo atención.

Seguí todo el día con contracciones muy espaciadas. Incluso salimos a hacer algunos mandados.

Cayó la noche y con ella vinieron más seguidas las contracciones: cada quince minutos, cada diez. Mi marido quería que llamáramos a la partera. Pasaron un par de horas. Yo sabía que no era el momento, pero igual la llamamos. Para sorpresa de mi marido, la partera me recomendó tomar una ducha, tratar de relajarme y me dijo que cualquier cosa en unas horas la llamara. Me bañé y me senté en la cama: las contracciones se espaciaron y dormí hasta las 9 de la mañana del sábado 17 de octubre.

Ese día decidimos salir a pasear y distraernos, aunque yo estaba con contracciones

cada veinte minutos ¡que se hacían notar! Decidimos visitar la Catedral. Yo ya no perdía tanto líquido. Recé y pedí por la salud de Cayetana y por la mía, por tener paciencia y tranquilidad para sobrellevar las horas que venían. Luego nos cruzamos a una plazuela donde había una feria y mi marido se pidió un sándwich. Yo, previendo que tal vez estaba llegando la hora del parto, no quise comer nada pesado, así que tomé un jugo de frutas.

Volvimos al departamento para que me cambiara el apósito. Andar en la camioneta era una locura: parecía que el trabajo de parto se aceleraba, las contracciones eran más fuertes y en la posición que iba se hacían difíciles de llevar.

Me cambié y salimos caminando para otra feria que estaba cerca. La recorrimos, llegamos al centro y comenzamos a buscar un regalo para el Día de la Madre. Me dio una contracción y una mujer que estaba en la vereda me ofreció traer una silla. “¿Estás bien?”, me dijo. “Sí, sí”, le respondí. Le agradecí y le expliqué que estábamos en el centro precisamente con ese propósito, así que me incorporé con total naturalidad y comencé a caminar nuevamente. Las contracciones eran cada vez más fuertes y más seguidas. Así pasamos todo el resto de la tarde.

Llegamos al departamento a eso de las 8 de la noche y me tiré en el sofá. Mi marido salió a comprar algo para cenar y yo llamé a la partera. Le conté sobre el paseo y me dijo que toda esa excursión sin duda tenía que hacer algún efecto. Me preguntó cómo veía a mi marido y le dije que, aunque no lo demostraba, yo sabía que por dentro estaba preocupado. Me dijo que podía pasar para conversar un poco y así bajar su ansiedad. Al llegar nos hizo escuchar a la gorda y eso lo dejó más tranquilo. Le dijo que lo que estaba pasando era normal y que solo restaba esperar.

Pasada la medianoche del 18 de octubre, con 40 semanas cumplidas, era el cumpleaños de Cristiana y el Día de la Madre. ¿Sería ese el día en que Cayetana decidiera nacer? Era el día que yo había estado esperando, el día en que se cerraría el círculo que injustamente se había abierto ocho años atrás, el día en que sanaríamos los tres al mismo tiempo. ¿Sería tan perfecto? Las contracciones habían comenzado a ser cada cinco minutos y ya eran muy intensas. Le pedí a mi marido que por favor apagara el televisor y las luces. Quedamos solo a la luz de las velas del altar que días atrás había preparado con tanta ilusión. Me senté en la pelota, pero cada contracción me ponía inestable y no encontraba la manera de agarrarme para pasarlas. Probé mil posturas, me tiraba sobre unas almohadas que había puesto sobre una silla y cada vez que venía una contracción me tomaba de mi marido para tener donde sostenerme.

Mi marido empezó a insistir en que llamáramos a la partera. Insistió tanto que lo hice. Nuevamente me recomendó tomar una ducha bien caliente, relajarme un rato, recostarme y tratar de dormir. Luego de ducharme las contracciones empezaron a espaciarse... ¡Otra vez no! Le pedí a mi marido que se fuera a dormir. Lo sentía expectante, ansioso y eso no me dejaba relajarme del todo. Me senté nuevamente en posición de buda tapada con una frazada hasta la cabeza, me relajé y esperé a que las contracciones volvieran. Le hable a Cayetana, le dije que la estaba esperando, que todos querían conocerla, que sus hermanos querían verle la carita, que papá estaba muy

ansioso y que mamá quería sentirla entre sus brazos.

Esperé y esperé hasta que, por fin, las contracciones comenzaron a intensificarse y a hacerse más frecuentes. Cada vez que tenía una contracción, me sacaba la frazada y me paraba para pasarla más fácilmente. Cada una la disfrutaba como si fuera la última. ¡Sabía que por fin se estaba dando y que cada contracción me acercaba más a mi pequeña! Estaba feliz, tranquila y serena. Era lo que deseaba desde hacía ocho años.

Los primeros rayos de sol se hicieron visibles. Se despertó mi marido: eran las 8 de la mañana. Me pidió que llamáramos a la partera. Ya me parecía prudente, pero en mi interior sentía que faltaba. Llegó una hora después, con la tranquilidad y la paz que la caracterizan. Me realizó un tacto y ya estaba con 6 centímetros de dilatación. Me aconsejó pasar a la bañera. El arreglo con mi marido era dilatar a 8 centímetros aproximadamente y luego salir para la institución. A la media hora de ingresar al agua empecé a gritar. No era dolor, ¡eran unas ganas terribles de parir, un grito desde las entrañas, un grito de poder! Sentía mucha presión en la cola. Aprovechamos el banquito de parto que había mandado a hacer y lo pusimos al lado de la bañera.

“¡Estás en dilatación completa, guau!”, me dijo la partera.

Le dije a mi marido: “¿Qué hacemos? Ya estoy en dilatación completa... ¡ya está!, ¡que Cayetana nazca acá!”.

Me dijo que sí. Sonreí de oreja a oreja y se lo agradecí llorisqueando de emoción... ¡Ahora solo quedaba disfrutar el momento! “Tengo en mi cabeza todos los partos que he leído, me siento llena de fuerzas y confianza”, pensaba. “¡Me siento preparada, poderosa y capaz!”

“Solo tenés que bajarla –me dijo la partera–. La tenés a 10 centímetros de distancia.”

Sentí la necesidad de tocar. ¡Eso duro era su cabecita y esos pliegues su cuero cabelludo! No lo podía creer. ¡La magia se estaba produciendo ante mis ojos! Con cada contracción venían las ganas de pujar, y así lo hacía, con paciencia para no desgarrarme. Mi marido hacía rato que había salido del baño. Estaba afuera escuchando.

La partera me dijo que ya veía los pelitos. Volví a tocarme y ¡sí, estaba ahí, a una yema de distancia! Llegó el obstetra y se acercó a alentarme. La partera me dijo que en la próxima contracción mantuviera la fuerza porque saldría la cabeza y así lo hice: pujé con todas mis fuerzas pero a la vez sosteniendo para evitar un desgarramiento. ¡Ahí salió la cabeza y la emoción era indescriptible! La partera lo llamó a mi marido. Él no se animaba a mirar.

“Quiero ser yo quien la saque, quiero ser quien la toque por primera vez, pero tengo miedo de que se me resbale”, le dije a la partera.

“Ok, vos agarrala de los hombros que yo cualquier cosa la sostengo desde abajo”, me dijo ella.

Y así, en el siguiente pujo, sentí su cuerpito salir de mí y la recibí. ¡Ya está! A las 10:50 de la mañana, mi hija Cayetana había nacido.

Recuerdo que me la apoyé en el pecho y ya nada más importó. Nos estábamos reconociendo. La abracé, la besé. “Bienvenida, mamita, acá está mamá. ¡No llores, mi amor!” En eso vi que mi marido se acercaba y, llorando como un niño, me besó la

frente, emocionado como pocas veces lo había visto.

Yo no lloraba. No sabía por qué pero no podía. ¡Solo me reía! El obstetra se acercó para revisarme y en eso, con otra contracción, expulsé la placenta. Le preguntaron a mi marido si quería cortar el cordón y dijo que sí. Todo era luminoso. Estaba feliz.

Luego de un rato, me ayudaron a pararme y fui hasta la cama. El obstetra me revisó para ver si había tenido algún desgarro y nada, todo estaba perfecto.

Nos dejaron solos. La partera y mi marido almorzaron mientras Cayetana y yo nos seguíamos enamorando.

Y eso es todo. ¡Mi Cayetana nació! Si esto es parir, ¡querría hacerlo mil veces más!

AYELÉN MACRI: NACIMIENTO DE GONZALO. PVDC EN INSTITUCIÓN (RAMOS MEJÍA)

Creo que el nacimiento de Gonza empieza mucho mucho antes del día en que salió de mi útero. Hace unos años, buscamos nuestro primer hijo. Julieta llegó en el primer intento: un embarazo precioso con controles normales. En la semana 32 dimos un “volantazo” y cambiamos de obstetra. Ella estaba de nalgas y los médicos empezaron a ver que no solo la panza era chiquita, sino que la bebé también.

Terminé el embarazo con unas semanas de reposo, y en la semana 38 con una cesárea programada. La niña estaba bárbara, pero nació “chiquita” para los protocolos médicos y tuvimos nueve eternos y horribles días de separación, ya que la llevaron a Neonatología.

Fue difícil para mí, muy difícil. A través de mucha información, apoyo, mucho proceso interno, mucha tristeza, mucha lágrima derramada, la herida emocional fue sanando (la quirúrgica se curó mucho más rápido). Fue cambiando la sensación de revancha por otra, que era ni más ni menos que la del amor, las ganas de agrandar la familia, de gestar otro hijo. Recién cuando cambió la configuración de los sentimientos pude pensar realmente en otro hijo.

En todo ese camino, ingresé en el grupo de Facebook Parimos Vaginalmente Después de Cesárea. También fue un gran punto de apoyo en el puerperio, fuente de información y de sostén. Sin estar buscando un bebé, empecé a anotar referencias de equipos médicos.

A principios de 2016, decidimos empezar la búsqueda de Gonza. Para fines de junio, con malestares y un test de embarazo en mano nos enteramos de que estaba en camino. Exactamente al día siguiente, me comuniqué con el obstetra elegido, quien me dijo que cuando tuviera la primera eco en mano, lo contactara y que para febrero no tomaban partos. Fue un *shock*, porque me encantaban sus referencias; además, asistía partos de nalgas y, más allá de que había leído que la posibilidad era baja, que cada embarazo es único, yo venía arrastrando esa mochila. Me habría ido a parir a Japón, no me

importaba. Decidí pedir turno con otro de quien también había leído muy lindas referencias.

Empezamos con los controles mensuales. Las ecografías (solo quería lo imprescindible, una por trimestre) daban siempre una semana más grande. Yo sostenía la fecha de mi última menstruación y que, como estaba amamantando, no era regular. La fecha probable de parto “oficial” era el 17 de febrero de 2017 y con esa fecha nos quedamos. Lo sabían solo mi marido, el obstetra y alguna amiga muy cercana. Para el resto del mundo nada de certezas, ni fechas de vencimiento, nada que pudiera dar pie (meses después) a cargarme con ansiedades ajenas.

Ecografía de 8 semanas aproximadamente, prueba de translucencia nucal (TN) plus, scan fetal a las 20 semanas y pico, curva de glucosa, todo normal y estándar. El trato del obstetra era muy agradable. Respondía con mucha paciencia a cada consulta mía, a cada cuestionamiento ante alguna cosa que me planteaba. Todo era consensuado. En algún momento, le planteé que quería conocer a la partera. Me dijo que trabajaba con la de guardia, pero que, si quería, podía “personalizar” con un grupo.

Personalizar tenía un costo y consistía, básicamente, en una partera que acompañara mi trabajo de parto en la clínica. Sentí que no era lo que buscaba, que iban a aplicarme los protocolos de la clínica solo que con una persona en exclusiva para mí. A la siguiente consulta, le planteé al obstetra esta cuestión y me dio el contacto directo de la partera de ese equipo que me había recomendado inicialmente.

Mientras, con mi marido asistíamos a un grupo de preparación para el parto para parejas gestantes, un poco por interés propio y un mucho por interés en informar y empoderar a mi marido para atravesar el parto. Fueron encuentros súper enriquecedores, aun sin ser mi primera gestación. Y sanadores también en algún sentido. Con el transcurrir de los encuentros lo sentí mucho más cómodo y plantado. Y también, contactamos con una *doula* que nos acompañaría en casa.

El 4 de enero (semana “oficial” 33,5) hice la ecografía del tercer trimestre. ¡El bebé estaba cefálico! Me había pasado todo el embarazo hablándole y cada noche un ratito en cuatro patas para darle lugar. Casi lloro de emoción cuando vi su cabeza ahí, *abajo*. De a poco conectaba más y más con el parto. Cada paso que dábamos iba estando más cerca. En esa fecha también presentamos nuestro plan de parto al obstetra y dejamos copias para los jefes de Obstetricia y Neonatología.

Unos días después, el jefe de Obstetricia me respondió vía *e-mail* que estaba de acuerdo con los términos planteados y que iban en sintonía con lo necesario para un PVDC. Dos semanas después, me entrevisté con la partera. Me contó su modalidad de trabajo, sin intervención. Lo hablamos con mi marido y decidimos hacer la inversión. Nada nos garantizaba nada, pero yo quería quedarme en paz por haber hecho todo lo que estaba a mi alcance para darle a Gonza un nacimiento amoroso.

Cerca de esa fecha fui a una entrevista con el jefe de Neonatología. Me preguntó qué intereses tenía. “Básicamente, que no nos intervinieran durante la primera hora”, le pedí. Me explicó que habían implementado recientemente (y con resultados favorables) como protocolo de la clínica la hora de oro, que se respetaba tanto si era parto como si era

cesárea; que solo lo pesaban al rato de nacer y que el resto de los controles se hacía unas horas después; que no había problema con no bañarlo; que no se les pasaban sondas gástricas ni anales; que la vitamina K podía darse en forma oral si la llevábamos; que lo que sí le daban eran las vacunas (la de la hepatitis B dentro a las primeras doce horas y la BCG a las veinticuatro horas de nacido), eritromicina para los ojos y el FEI a las cuarenta y ocho horas del nacimiento. Salí conforme con la entrevista. Sentía que cada paso que dábamos nos acercaba más al nacimiento que soñábamos para Gonza.

El 1° de febrero (37,5 semanas “oficial”) fuimos a la consulta y el obstetra sugirió hacer otra ecografía para “ver cómo venía”, ya que en caso de indicar más de 4 kilos, el protocolo era cesárea. No terminó de decir su frase –se ve que había visto mi cara– y aclaró: “Bueno, hagamos así: la semana que viene, vemos si la hacemos, porque no quiero que te condicione lo que diga la eco”. Igualmente le dije que, en primer lugar, desconfiaba de la certeza del peso por ecografía y que, además, si fuera necesaria una cesárea, esperararía a iniciar el trabajo de parto, ya que la posibilidad de pasar o no del bebé por el canal vaginal se veía en ese momento.

Me dijo que sí, haríamos prueba de parto. Me explicó los riesgos de distocia de hombros en bebés grandes. Le dije que igualmente eso es más frecuente en partos intervenidos, con la mujer acostada y sin posibilidad de movimiento libre. Me dio la razón y me dijo que, además, muchos de los partos que acompañaban eran verticales. Pero mi cabeza seguía andando. En realidad creo que el obstetra era el que iba a estar más condicionado por una eco. Unos días después, hablando con mi *doula* de todo esto, decidí no hacerla.

A la semana hicimos otro control. Todo bien. El doctor me preguntó por la ecografía: le dije que habíamos quedado en “ver”. Me dijo que ok, y listo. Fin del tema. Los monitoreos venían dando bien. Hablamos de las ansiedades del entorno. Me dijo que no me preocupara, que todo estaba bien, que la panza bajaba en trabajo de parto y no necesariamente antes, que disfrutara las últimas semanas y empezara a ponerle sentimientos positivos al parto, que lo visualizara, que lo imaginara, que me concentrara en mi bebé naciendo, que si arrancaba con contracciones con dolor, tratara de pensarlas como el camino para conocer a mi hijo y no como un sufrimiento. Salí aliviada.

A todo esto, empezaba a sentir cierta ansiedad interna. Para el 13 de febrero, ni una señal. Al otro día, me levanté “rara”. Empecé a sentir contracciones. Tenía monitoreo de control y le avisé a la partera que no iba a ir, que me sentía agobiada por el calor y las contracciones y que al día siguiente directamente lo vería al obstetra. A la noche fue prácticamente imposible dormir. Mi hija pedía teta y yo solo podía darle unos minutos porque se habían intensificado las contracciones y me costaba bastante estar acostada y quieta. Pasé casi toda la noche en su cama y ella en la mía. Difícil de atravesar.

Al día siguiente tenía control y le pedí a mi marido que no fuera a trabajar. Me sentía peor que el día anterior y realmente no quería quedarme sola. Juli no quiso saber nada con ir al jardín. Le mandé un mensaje al obstetra contándole cómo venía la cosa. Me respondió que seguramente estaba en preparto, que empezaba de a poco, que me quedara tranquila y que, si quería, fuera a verlo, que me iba a controlar pero que no me

iba a internar, que todo parecía estar empezando. También dijo que si estaba en trabajo de parto, me iba a mandar a mi casa a descansar y seguir ahí y lo iba a ir hablando con la partera.

Fuimos. Demoró casi una hora en atenderme. Yo sentía que me desarmaba en la sala de espera y toda la gente ahí, tan normal. Me sentía en otra sintonía. Entramos, me dijo que me quería revisar y yo acepté. Me hizo tacto y me dijo que estaba con 1 de dilatación, cuello blando y bastante borrado, que todo estaba arrancando y que fuera a tratar de descansar y disfrutar lo que se venía. La verdad que no me molestó ni me dolió el tacto, fue un instante. Él igual me avisó que no había hecho más que revisarme, que no había desprendido membranas ni nada.

Esa tarde, esa noche, todo fue cada vez más intenso. Segunda noche casi sin dormir. La *doula* se ofreció a acompañarme, pero para mí faltaba. Cené entre contracciones, como pude, y otra vez cada vez peor. A la madrugada, le pedí a la *doula* que viniera. Vocalizamos, me hizo masajes, nos acompañó. Todo se iba intensificando.

A eso de las 8 se despertó Juli y logré convencerla de que fuera al jardín con su papá. La saludé, le conté que pronto nacería el hermanito y que quizás lo vería al día siguiente. La besé y abracé fuerte. Ella también me abrazó. Cerraron la puerta y me desarmé en llanto. Era asumir también que la próxima vez que la viera iba ya a ser hermana mayor. La *doula* me sostenía, me abrazaba y cuidaba.

Pasaban las horas y todo se intensificaba. Intenté almorzar, pero solo llegué a comer media palta. Iba del baño al sillón, al cuarto de Juli, a la pelota, a la cama, al piso, a la silla, al baño de nuevo y así. Fueron en total doce horas en casa. Aproximadamente al mediodía hablé con la partera y le comenté cómo venía con las contracciones. Me dijo que la llamara a eso de las 3 de la tarde. Cuando la volví a llamar, le dije que ya no daba más y me respondió que fuera yendo a la clínica. Teníamos casi una hora de viaje en remis. Yo estaba en otro mundo.

Cuando llegamos, me revisó y tenía casi 8 de dilatación y cuello casi borrado. ¡Genial! Muy contenta, pensé que en unas horas conocería a mi bebé. Fuimos a una salita de parto bastante aislada y bajamos la cortina. Había una lámpara de sal, esencias, pelota, colchoneta, ducha, silencio, tranquilidad. Y a esperar. Todavía podía charlar y estaba muy optimista. Le dije a mi marido, entre risas: “Cuando esto termine, el mejor premio es Gonza. Y el segundo, ¡un sándwich de milanesa!”. Volví al eje, ya que se había suavizado un poco el tema, entre el viaje y demás. Necesitaba volver a conectar.

Las contracciones cada vez dolían más. Mucho. Vocalizamos, nos abrazamos y seguían doliendo mucho. Un par de horas después, estaba en 8. Pelota, piso, camilla, marido, ducha, inodoro..., iba de acá para allá. Dolían mucho y pasaban. “¡Vamos!, ¡una menos!” En algún momento llegó el obstetra, todo amoroso él. Se quedó de a ratos. Ellos estaban sentados en el piso, esperando. Alentando y esperando. Me volvió a revisar: 8. Me alentaba: “Tranquila, venís bien, seguí así, ¡vamos, Aye!”.

No sé cuánto tiempo pasó. Cada tanto escuchaba a Gonza con el monitor. El gordo estaba perfecto, ni se mosqueaba. En algún momento me pidió volver a revisarme. ¡8! ¡Esa puta dilatación que no quería avanzar y el puto cuello que no quería terminar de

borrarse! Lloré mucho, estaba indignada. Si había llegado hacía tanto y tan alentador era el panorama, ¿qué pasaba? Si habíamos trabajado tanto, si estábamos haciendo tan buen equipo... Más de dos días casi sin dormir ni comer. Ya no podía vocalizar, no tenía fuerzas, trataba de dejar la boca floja (por aquella conexión entre la boca y la vagina), pero no me salía casi sonido. ¿Qué estaba fallando?

Volvió la partera. Con toda la paz, me decía que me quedara tranquila, que venía muy bien, que los partos son así, duran lo que tienen que durar, que siguiera, que yo podía. Me siguió tranquilizando, me dijo que todavía podíamos romper la bolsa, como para ver si terminaba de acomodarse y dilatar con su cabeza, o poner la peridural, algo de analgesia para lo mismo. Pero mejor si me duchaba y relajaba ahí.

A esa altura, quizás era medianoche y ya no me importaba nada. Ya no sabía si quería seguir, ni si podía. Estaba cansada, con dolores, y solo me decían que me moviera, que moviera la pelvis, sugerían distintas posiciones. Sentía que quería hacer caca. Iba al baño y nada. Y seguía sintiendo eso. Y nada. Fui setenta mil veces al baño. En algún momento, el obstetra trajo hielo (yo solo venía tomando agua, era lo único que quería) y me ofreció. Comí unos hielos, venían bien. Al día siguiente, así, como al pasar, me comentó que el hielo a veces ayuda a relajar el periné.

Seguía en 8. Me preguntó si accedía a que me rompiera la bolsa. Le pregunté qué pasaría y me dijo que quizás se intensificaran las contracciones. Acepté. Necesitaba pasar a algo más. La rompió y salió poco líquido. Escuché que se decían algo así como “meconial”. Pero todo seguía normal. Era meconio viejo. Ni me lo mencionaron ni me asustaron. Las contracciones eran cada vez más fuertes. Me dijo que si quería pujara cuando las atravesaba. Empecé a pujar en algunas y salía líquido. Sentí que me moría.

En algún momento, creo que de madrugada, volvió el obstetra. Me dijo que íbamos a ir a sala de partos, que íbamos a ver si las contracciones eran efectivas y podíamos parir o si iba a ser necesaria una cesárea. Yo ya estaba entregada. Lloré y acepté todo. Ya no me importaba nada, solo quería terminar.

Fui de nuevo al baño. A esa altura me había puesto un camisolín. De repente, salí del baño temblando como si tuviera 40 grados de fiebre. A pesar de que ya no podía estar en ninguna posición, y que lo único que me atravesaba era el dolor, pedí ir caminando a la sala de partos. Cuando llegué, pedí desesperadamente ir al baño. ¡Me hacía caca! Me senté en el inodoro y nada. Dolor y unos gritos que no sé de dónde me salían. Tenía frío, pusieron el aire en 30 grados. Entró mi marido, me senté en el sillón, con los pies en un banquito y los brazos sobre unos estribos. Y ahí me dijeron que estaba en dilatación completa, que cuando viniera la contracción y quisiera, pujara.

Todo se transformó. De repente las contracciones no dolían más, o eso me pareció. De repente las esperaba, las buscaba, las deseaba, eran mis aliadas. Contracción, pujo. Sentía una fuerza increíble. Me paré, pujé parada un par de veces, pero no me hallaba y volví a sentarme. Trabé los pies, me agarré de unas manijas que había por ahí. Sentí que me hacía caca. Y ellos, muy serenos, sentados en el piso esperando, alentando. “Y, ¡cagate!”, me dijeron. No sé si efectivamente sucedió. Yo estaba en otro mundo.

La partera me dijo que tocara, que estaba ahí, cerca. Toqué la cabeza de mi bebé,

húmeda, caliente. Las contracciones eran espaciadas. Me pusieron oxígeno para que Gonza se recuperara. A su vez, ese espacio entre una y otra también ayudaba. Estaba muy cansada y después de casi tres días de contracciones pedía ayuda. La partera me decía que, cuando la sintiera, tomara aire, sostuviera y pujara, y yo sentía que necesitaba ayuda. Y, al final, lo hacía igual, sin indicaciones, cuando me parecía. No sé cuántas veces pujé, muchas. Gonza bajaba. Lo sentía más cerca y me daba fuerzas. También mi marido acompañaba en silencio. En algún momento voló la sábana, el saquito, el camisolín... ¡Me moría de calor!

Entraba alguna que otra persona. Decían algo y yo chistaba. “¡Sh, sh todos!” El obstetra los callaba. No podía concentrarme con gente hablando. La última vez que lo toqué, sentí su cabeza casi afuera, aunque por dentro no sabía si faltaba un pujo o cinco mil. Quería preguntar, y tampoco me animaba. Me concentré en pujar. Me dijo: “En la próxima, hacé dos pujos cortitos”. Intenté y sentí el famoso anillo de fuego. (1) Traté de no pujar fuerte para no desgarrarme pero no sabía cuánto faltaba.

Otra contracción más, dos pujos cortos. Creo que la partera sostenía el periné para evitar un desgarro... ¡Y en un segundo tenía a Gonza encima! Era 17 de febrero a las 4:55 de la madrugada, tres días después de la primera contracción.

Yo gritaba eufórica, sin poder creer que por fin había nacido: “¡Noooo..., nooo, naciste, Gonza! ¡Hola, bebé! ¡Llegaste!”. Después mi marido me contó cómo fue su salida: en ese pujo salió la cabeza y medio cuerpo. Gonza terminó de rotar solito. Otro pujo, la partera lo agarró y lo puso directo en mi pecho. De repente no dolió nada más, chau cansancio, no existía nada más que felicidad.

Al rato le pregunté al obstetra si necesitaba que pujara, tosiera o algo para alumbrar la placenta. “No, tranquila”. Me preguntó cómo me sentía. “¡Increíble, feliz!”, le contesté. Casi enseguida salió la placenta. Yo ni me enteré. El médico me preguntó si iba a hacer algo con ella. Le dije que no, pero que quería verla. Yo seguía con Gonza pegado. Intenté que se prendiera a la teta, pero no quiso. Lloraba, tan calentito, con ese olor tan bello, me miraba con los ojos enormes.

El obstetra me sostenía, tenía un desgarro y unos vasitos que sangraban bastante. (Más tarde, me comentó que había sido de grado 2 y que era preferible ese desgarro a una episiotomía.) Media hora o cuarenta minutos después, la neonatóloga me dijo que cuando quisiera se los prestara un ratito para pesarlo. ¡Yo estaba tan feliz! Gonza se fue con el papá solamente para que lo pesaran y le hicieran el test de Apgar. Mientras, a mí me seguían suturando. Volvió enseguida. Terminó la sutura y yo con Gonza a upa. ¡Pesó 4,310 kilos!

Esperamos un rato a que viniera el camillero para llevarnos, y ahí sí se prendió a la teta. Y yo, ¡desesperada por el sándwich de milanesa o por media docena de medialunas! Por el alto peso, le hicieron algunos controles de glucemia, pero al mediodía los suspendieron porque venían dando bien. Esa tarde pasó el obstetra a revisarme y se sorprendió por la rapidez de mi recuperación. Me comentó que por protocolo en PVDC se revisa la cicatriz por dentro para ver si hay lesiones, que es una maniobra dolorosa y que por eso, mientras estaba obnubilada con mi bebé, me había preguntado cómo me

sentía, y que, por mi respuesta, evidentemente no estaba con ninguna rotura. Esas contracciones espaciadas, suaves, fueron las que necesitaba mi bebé para nacer en su tiempo.

Gonza llegó. Nos sanó. Nos enseñó, a mí, a mi marido, a Juli seguramente y creo que a algunos de la clínica también. Sin duda, el parto lo hacemos la mamá y el bebé. Pero qué importante es un entorno favorable, apoyo, respeto y paciencia. Hasta acá, su nacimiento. Ahora, a vivir.

FABIANA SCIPIONI: NACIMIENTO DE MANUEL Y FELIPE (MELLIZOS). PARTO VAGINAL EN INSTITUCIÓN (CIUDAD DE BUENOS AIRES)

No hay nada más lindo que recordar el nacimiento de un hijo. Cuando lo relatamos, por un instante volvemos a vivirlo y es ahí donde aparecen nuevamente todos esos sentimientos y sensaciones vividas.

Siempre supe que quería ser mamá, pero nunca supe cuántos hijos quería tener. En abril de 2007, yo con 32 años y mi marido con 42, muy sorprendidos nos enteramos de que estaba embarazada. No nos cuidábamos con un método muy seguro, pero no esperábamos esa noticia. Nos costó asimilarla. Ya teníamos dos hijos: Lola de seis años y Joaquín de tres. A las pocas semanas me hice la primera ecografía, en donde el ecógrafo, con muy poca emoción, me dijo: “Se observan dos sacos embrionales. Ahora vamos a ver si están los embriones”. Y así fue, ahí estaban los dos.

Realmente fue una catarata de sensaciones. La que más nos invadió fue el miedo. La llegada de mellizos es realmente movilizante, sea natural o por tratamiento. Y está muy presente la invasión y los comentarios de amigos y familiares: “¿Y ahora qué van hacer?”, “Pobres los hermanos, ¡cómo van a sufrir!”, “¿Se van mudar?”, “¡Tenés que buscar ayuda, sola no vas a poder!”. Nuestro gran fantasma era que nacieran prematuros o con alguna dificultad. Y también la cuestión económica: de pronto pasábamos a ser seis.

Con mi compañero transcurrimos el embarazo algo distantes, cada uno refugiado en sus sentimientos y tratando de llevarlo lo mejor posible. Fue un embarazo súper sano, yo me sentía una diosa y entendía que lo que me estaba pasando era maravillosamente milagroso. A medida que pasaban las semanas agradecía lo que estaba viviendo.

Un poco por búsqueda y otro por casualidad, nos encontramos con un médico obstetra especialista en embarazos de alto riesgo. Así se presentó él y, al ver mi cara de susto, me aclaró que se llamaba así, pero que mi embarazo no era de riesgo, sino que necesitaba un control especial, ya que eran dos bebés los que se estaban gestando. Era un embarazo bicorial y biatmiótico (dos bolsas, dos placentas). Me preguntó cómo

habían sido mis embarazos anteriores y me dijo que tranquilamente este podía ser igual. Esas palabras fueron suficientes para calmarme y confiar en mi cuerpo femenino. Realmente el embarazo fue maravilloso, sin ninguna complicación. Yo seguía mi ritmo y todos los controles daban bien.

En los últimos controles le pedí que me dijera si los iba a poder tener por parto vaginal y su respuesta fue: “Hasta último momento no lo sabemos, se tienen que dar muchos factores: que ambos estén bien ubicados, buen líquido amniótico, buena dilatación y buen ritmo cardíaco de ambos”. Así que no me quedaba otra que esperar.

Fue pasando el tiempo, la panza crecía cada vez más, se acercaba la fecha probable de parto –2 de enero–, pero me aclaró que no esperaba hasta la semana 40, así que los controles eran cada vez más seguidos. El calor de diciembre ya se hacía sentir y mi cansancio, también.

Ya me costaba moverme ágilmente y las contracciones eran cada vez más seguidas. Sentía que ya era el momento. El 14 de diciembre ya estaba en la semana 37,4. Me tocaba un nuevo control. Fuimos con mi compañero.

“Estos días no me estuve sintiendo bien, estoy muy cansada. ¿Cuándo van a nacer?”, le pregunté.

“Te reviso y luego nos peleamos por la fecha”, me contestó.

Me realizó un tacto y, para su sorpresa, ¡tenía casi 7 de dilatación. “¡Nacen hoy!”

Mi primera pregunta fue: “¿Por parto o por cesárea?”. Él me respondió: “Te hago una ecografía y te digo”.

Y así fue, todo se estaba dando para que el nacimiento fuera ese día y por parto vaginal. El personal de guardia –partera y residente– estaba muy atento diciéndome que los esperara porque querían presenciar ese gran momento, ya que no es nada común. Caminando nos fuimos a la sala de partos, donde nos estaba esperando una partera. Me quiso poner una vía con oxitocina para acelerar el trabajo de parto, pero un médico residente le advirtió que no era necesario, ya que el doctor había dicho que no aceleraran nada. Ese comentario me sorprendió y me alegró.

En ese momento me ofrecieron la epidural, la que erróneamente acepté por miedo a no poder pujar. Sentía dolor, pero nada que no se pudiera aguantar. Aclaro que en mis primeros dos partos no recibí anestesia epidural y que tengo un umbral de dolor muy alto, por lo cual no suelo tener contracciones súper dolorosas. Así era mi abuela: tuvo a sus seis hijos por parto vaginal y una de sus características era que no sentía dolor.

Luego de la anestesia, sintiendo muy poco, traté de pujar, guiada por la partera y por el médico. Fue ahí que los pujos comenzaron a hacer su trabajo. Recuerdo que un residente tomó la tijera para hacerme una episiotomía, pero rápidamente el médico le dijo que no era necesario. Luego de tres largos pujos apareció la cabeza de Manuel.

Ya tenían sus nombres desde la panza y sabíamos, por cómo estaban ubicados, que el primero era Manu. Fue mucha la emoción. Enseguida me lo dieron para que lo pusiera en mi pecho y luego se lo llevaron acompañado por su papá para realizar los controles. Nuevamente sentí ganas de pujar y con nueve minutos de diferencia llegó Felipe. Él también vino a mi pecho, pero enseguida pedí que lo lleven con su hermano. Necesitaba

que me dijeran que estaban bien. Ambos nacieron con buen peso: 2,450 kilos y 2,550 kilos.

Rápidamente di a luz las dos placentas. Me las mostraron y vi eran un poco más pequeñas que las de mis hijos anteriores. En menos de treinta minutos ya estábamos nuevamente juntos. Me llevaron a la habitación y enseguida pedimos que nos los trajeran.

Ese instante fue increíble. Lo revivo cada vez que relato ese momento: ambos a upa mía prendidos a la teta –fueron amamantados hasta el año exclusivamente con leche materna– succionando a la vez de una manera rítmica y ordenada. En ese momento no me importaba nada. Estaban nuestros otros hijos, Lola y Joaquín, y toda la gente que queríamos en una habitación colmada de amor, eso se percibía, eso sentía. Nada interfería entre nosotros.

Es difícil explicar el milagro de vida, pero sí sé muy bien el increíble poder que tenemos las mujeres: gestar, parir, amamantar, todos actos de fuerza, de amor y de grandeza. Siempre digo que los hijos vienen a enseñarnos muchísimas cosas y que está en nosotros ser buenos aprendices. Desde que fui mamá, a los 26 años, he entrado a ese mundo magnífico y hoy, cuando escribo esto, con 42, no quiero alejarme y he aprendido que ese es mi lugar. Por eso, desde 2012, con mucho amor y respeto, en mi rol de *doula* y puericultora acompaño a las mamás y a sus parejas a atravesar este mágico mundo que es la maternidad, con sus luces y con sus sombras.

LAURA QUINTEROS: NACIMIENTO DE GAIA. PARTO VAGINAL EN DOMICILIO (CIUDAD DE BUENOS AIRES)

El miércoles 7 de enero de 2015 ya estábamos de 42 semanas y media de gestación y vino nuestra partera a vernos a casa. Hablamos bastante sobre los tiempos, los miedos... Ese día me hizo un tacto para ver cómo iba todo y quedamos en que, si para el viernes no nacía, volvíamos a hablar de tiempos y estaba la posibilidad de inducir. Después del tacto, me dijo que tenía 4 o 5 de dilatación, seguramente lo que me había dolido los días anteriores habían sido contracciones. Todo se estaba preparando.

Cuando se fue, salimos a caminar un rato. Yo me sentía rara, como si tuviera más presión en la zona. Cenamos y a las 10 de la noche nos fuimos todos a dormir. Ahí comenzaron algunas contracciones, pero con poco dolor. Mi hija Lucha, de 2 años y medio, no se quería dormir, así que contamos muchos cuentos y cantamos varias canciones. Yo paraba en cada contracción hasta que ella pidió que solo siguiera el papá. Un ratito después, dormía profundamente en su cuna de colecho. Yo me senté en el suelo y con mi compañero empezamos a controlar cada cuánto eran las contracciones: cada cinco minutos, una fuerte y una suave, y así siguieron hasta las 11:30 de la noche.

Llamamos a la partera y nos pidió que en una hora le avisáramos si las contracciones

seguían o se habían detenido, como había sucedido días atrás. Una hora después, seguían así, con ese ritmo cada cinco minutos exactos, una suave y una fuerte. La partera estaba dispuesta a venir, pero sentíamos que faltaba tanto que preferíamos seguir solos. A esa altura ya me había ido de la habitación y pasaba las contracciones sentada en el comedor, con música tranquila y las luces apagadas. Yo me había entregado a las contracciones desde que Lucha se había dormido, aunque no dolían tanto. Quería que no se frenaran, que siguiera todo, que mi hija naciera ese día. Entre contracción y contracción me escuché diciéndole a Gaia: “No tengas miedo, estoy acá, vamos a poder”. Ya durante todo el embarazo me salía hablarle muchísimo.

A la 1:40 de la madrugada las contracciones eran cada cuatro minutos y ya ninguna era suave. Le avisamos a la partera. Primero quisimos aguantar un poco más, pero al poco tiempo me dieron muchas ganas de vomitar y ahí le pedimos que fuera con su equipo. Preparamos una bañera y me metí un rato a refrescarme. De repente, las contracciones empezaron a doler mucho más y yo sentía ganas de pujar, me parecía muy raro y pensaba: “No voy a aguantar diez horas así”. Tanto mi marido como yo estábamos seguros de que todavía faltaban muchas horas de trabajo de parto. Volvimos al comedor.

A las 2:40 de la madrugada llegaron los parteros. Para esa hora las contracciones ya dolían muchísimo y yo sentía que no podía más. Decía: “¡Duelen demasiado, no voy a aguantar tanto!”. Eran cada vez más seguidas, no tenía descanso entre una y otra. Buscaba posiciones para que dolieran menos, pero no encontraba ninguna buena. Recién ahí perdí el tapón. El partero me hacía masajes, que ayudaban bastante, y mi compañero todo el tiempo me sostenía las manos para que pudiera apretar.

Como seguía segura de que faltaban horas, cuando me propusieron ir a la bañera de nuevo acepté. Apenas sentada, me agarró una contracción muy rara y fuerte y sentí que algo salía. Sentí también un gran alivio y ahí me di cuenta de que había roto bolsa. En un segundo, otra contracción, y yo no soportaba el dolor. De repente escuché que me decían: “¡Está ahí!”. Yo no entendía, seguía segura de que faltaba mucho. En cada contracción, necesitaba levantarme con las manos y quedar colgando adentro del agua. Los brazos me temblaban. Entonces le pedía a Gaia que me diera tiempo. Increíblemente, las contracciones se iban. “Un minuto más, hija”, le decía, y de repente pude relajarme.

Cuando junté fuerzas, le dije: “Ahora, Gaia”. Sentí una contracción con una fuerza terrible y vi su cabeza coronar y volver adentro. ¡No lo podía creer! Lo único que podía decir era: “¿Es ella?”. Nuevamente le pedí que esperara a que pudiera juntar fuerzas y ella me esperó. Cuando pude, en la siguiente contracción, salió la cabeza. Nos miramos y no entendíamos nada: de repente su cabeza giró bajo el agua. Tenía los ojos negros muy abiertos, como mirándome, y yo a los gritos preguntando: “¿Qué hago? ¿Qué hago?”. La partera, que ya estaba sentada muy cerca, me decía: “Empujala un poquito más”. Enseguida, con una nueva contracción, salió el cuerpo. Todo fue tan de sorpresa que ni mi compañero ni yo podíamos reaccionar. La partera metió las manos en el agua, sacó a Gaia y la puso sobre mi panza. Eran las 3:55 de la mañana y yo no lo podía creer. La

besaba, le agradecía, no podía creer que ya estuviera ahí y de esa manera tan increíble.

Ella tenía una paz... Apenas salió del agua, vomitó el líquido amniótico y enseguida empezó a tomar color. Cuando la apoyé en mi pecho, se acomodó y ronroneó como un gatito. En pocos minutos empezó a gritar con el ceño fruncido, como loca. Un rato más de besos y sentí de nuevo contracciones: bajaba la placenta. Un par de contracciones después, salió la placenta entera, casi sin pérdidas de sangre. No tuve ningún desgarro. En ese momento se despertó Lucha. Fue al baño a vernos, me sonrió y quiso volver a la cama. Siguió durmiendo hasta que fuimos con mi compañero y Gaia a la cama. Cuando entendió lo que pasaba, nos llenó de besos a ella y a mí.

Fue increíble. Los parteros prepararon frutas para comer, ordenaron todo y, antes de que saliera el sol, ya estaba la casa en orden y nosotros cuatro en la cama felices, conociéndonos.

ELENA BENALCAZAR RODAS: NACIMIENTO DE MATEO. PARTO VAGINAL EN INSTITUCIÓN, MADRE PRIMERIZA (CIUDAD DE BUENOS AIRES)

Amaneció el 31 de diciembre, último día de 2012, y yo estaba pensando que en cualquier momento mi amado Mateo podía decidir venir al mundo. Luego de haber visitado muchas instituciones médicas y escuchado muchas negativas para recibir mi plan de parto, además de un total rechazo a respetar lo establecido en la Ley de Parto Humanizado, a las 37 semanas de gestación –negándome a resignarme a las opciones que me brindaba mi obra social– había encontrado finalmente un lugar para parir: un hospital público donde, con mi marido, confiábamos en ser respetados y no recibir intervenciones innecesarias. Eso me había dejado más tranquila, aunque sentía los nervios propios que te causa saber que pronto enfrentarás algo nuevo y desconocido que esperarás con ansias.

Eran las 10 de la mañana y sentí contracciones. Pensé que, tal como había sucedido un par de días atrás, se podía tratar de un “entrenamiento” más de mi útero. Pero algo se sentía diferente en el aire.

Iba pasando el día y cada vez las sentía más, un poco dolorosas pero nada que no se pudiera aguantar. Busqué comodidad en la cama y traté de dormir algo al lado de mi marido; luego salí de la habitación, fui al living y me recosté en un colchón muy esponjadito. Y así pasamos el día, en familia, conversando, riendo, comiendo, en compañía de mi padre y mi esposo, esperando con ansias a nuestro Mateo.

Llegó el Año Nuevo. Mientras se escuchaban los festejos en la calle, mi papá me abrazaba deseándome feliz año, y yo en plena contracción, tratando de concentrarme, respirar profundo y relajarme. Encontré comodidad en un sofá tipo *puff* que, curiosamente durante el último trimestre del embarazo era el único lugar cómodo para

descansar mi enorme panza.

El tiempo pasaba pero yo no lo sentía y cada vez las contracciones eran más fuertes. Decidí llenar la bañera de agua calentita y sumergirme. Eso me alivió por un tiempo, hasta que, al sentir que nada conseguía ayudarme, decidí salir y volver a mi sofá. Eran las 5 de la madrugada y mi esposo, que ya estaba bastante nervioso, me pidió que fuéramos al hospital. Yo sentía que aún faltaban un par de horas, pero decidí ir, ya que era un día de fiesta y seguramente no encontraríamos taxis, además de que normalmente me llevaba una hora llegar al hospital.

Al llegar a la guardia, me revisó una doctora y luego de pedir mi consentimiento para realizar un tacto me dijo que tenía apenas 3 centímetros de dilatación. ¡Dios mío! ¡Tanto trabajo y solo 3 centímetros! Me dijo que aún no me podían internar y que esperara un par de horas más. Así lo hice en la sala de espera, acompañada de mi papá y mi esposo, mientras comía galletitas. En todo el día no había podido comer realmente, solo picotear aquí y allá y ya tenía hambre.

A las 7 de la mañana, me volvió a revisar la misma doctora: ¡ahora tenía 6 centímetros! Estaba lista para ser internada. Entré caminando al cuarto TPR (trabajo de parto, parto y recuperación), donde me pidieron que me recostara sobre la camilla para comenzar con el monitoreo fetal. La habitación era muy linda, entraba luz por la ventana y un poco de brisa. Era tal como había visto en las fotos por Internet. Las contracciones se sentían cada vez más fuertes y ya nada me brindaba alivio. De pronto vi a mi esposo a mi lado. Estaba perdida en mi “mundo parto” y el exterior ya casi no existía para mí. Hubo un cambio de guardia y la doctora que me recibió entregaba el turno al personal nuevo. Todas muy amables entraban, saludaban y se presentaban.

De pronto llegó una mujer toda llena de tatuajes, vestida y arreglada como si viniera de una fiesta de fin de año. Con una sonrisa enorme nos saludó, nos abrazó y se presentó. Era la partera que nos acompañaría. Su abrazo nos llenó de energía y luz. Al ver que yo estaba acostada mientras me monitoreaban, les pidió a sus compañeras que me dejaran mover y les indicó que el monitoreo debía ser intermitente. Cuando volvió, ya uniformada, me ofreció elegir la posición para parir. Había varias opciones: en el banco de parto, colgándome de una liana, en la camilla en cualquier posición que eligiera. Opté por el banco de parto. Recuerdo que el número total de tactos que me hicieron desde mi llegada fueron cuatro.

Las dos parteras me acompañaban amorosas, al igual que mi marido. Me decían que me pusiera cómoda y me explicaban cómo iba desarrollándose todo para que me quedara más tranquila. Después de pujar un poco y no conseguir nada, la partera me preguntó si podía subir a la camilla para revisar si mi bebé podía salir por mi pelvis. Acepté y, con ayuda de mi marido, me acomodé en la camilla. Luego de la revisión, y de constatar que todo venía bien, la partera me preguntó si me sentía cómoda recostada y le pedí que me acomodara sentada. Quedé prácticamente en cuclillas.

De pronto la fuerza de las contracciones fue inexplicable, cada vez más fuertes y poderosas. Ahora me sentía lista, sabía que era el momento. La partera me decía que siguiera mis instintos y que hiciera lo que mi cuerpo me pedía; que pujara cuando lo

sintiera y que, para ayudarme, me sostuviera de dos agarres que había a los lados de la camilla, lo que finalmente me dejó en cuclillas y me permitía hacer toda la fuerza necesaria. Las contracciones eran cada vez más fuertes y dolorosas. Yo estaba cansada y empecé a sentir que no podía más. Gritaba, hablaba para aliviarme y, finalmente, me recosté.

La partera me guiaba con su voz, me decía: “Vos podés, hacé un esfuerzo más”. Al ver que yo no respondía comenzó a recitar un mantra que decía: “Om namah shivaya, shiva om namah”. Que quiere decir: “El maestro que hay en mí honra al maestro que hay en ti”. Luego la escuché cantar una canción que me encantó. Sentía la fuerza de su voz que me guiaba y me daba confianza. Cuando más oscuro se sentía todo, empecé a encontrar mi camino de nuevo.

La partera se ofreció a ayudarme para evitar un desgarro y usando vaselina líquida ayudaba a la coronación. Sentí un poco de dolor y le dije que no lo hiciera más. Inmediatamente se detuvo. Me dijo que ella estaba ahí para hacer lo que yo quisiera y que no me sintiera obligada a nada. Luego de varios pujos sentí algo de ardor y le pedí que me ayudara nuevamente. Mi marido me contó que lo que hacía era ayudar a que la vulva se estirara hacia los costados con sus dedos, evitando que la fuerza de los pujos produjera un desgarro, y eso me alivió mucho.

Finalmente me dijo: “Acá está la cabecita de tu bebé, ¿la querés sentir?”. Y yo, muy emocionada, la toqué: eran los cabellos de mi Mateo. Sentí tanta emoción que tuve aún más fuerza para pujar, hasta que de pronto sentí que Mateo salía y que la fuerza de las contracciones disminuía. Mi esposo me recostó sobre la camilla (que finalmente se había convertido en un sillón muy cómodo que me permitía estar sentada y erguida).

Mateo nació el 1º de enero de 2013 a las 9:33 de la mañana, pesó 3,615 kilos y midió 49 centímetros. Enseguida la partera lo colocó sobre mi pecho y nos cubrió con una toalla. ¡Finalmente vi los ojos más hermosos del mundo! ¡Me miraba fijamente! Y empezó a llorar al mismo tiempo que yo. Fue el momento más hermoso y poderoso de mi vida.

Las parteras nos felicitaban y mi marido preguntó si podía cortar el cordón umbilical, a lo que la obstetra contestó que sí, que solo debían esperar a que el cordón terminara de latir para hacerlo. Un momento después vino la enfermera de Neonatología y, luego de saludarnos, se presentó y nos pidió autorización para llevarse a Mateo a los controles. Prometió devolverlo enseguida y aceptamos con la condición de que mi marido estuviera presente todo el tiempo. Así lo hicieron. Saber que estaría acompañado de su padre me dio mucha paz. Luego me contó que fueron muy amorosos con él. No hicieron ningún tipo de aspiraciones, solo lo pesaron y midieron. No lo bañaron por pedido de mi esposo, quien le puso su primer pañal y la ropa. Volvieron tan solo diez minutos después.

Mientras ellos estaban en Neonatología, las parteras me atendieron para el alumbramiento de la placenta y, cuando salió, me preguntaron si quería verla. Me encantó la idea de conocer la casa de mi pequeño. Les pedí la placenta para llevarla a casa y accedieron con la condición de que me la llevara ese mismo día. Nos la entregaron en una bolsita. También nos ayudaron con el proceso de donación de células madre para

el Hospital Garrahan: aunque no tenían convenio con ellos, nosotros habíamos hecho el pedido personalmente y habíamos llevado el kit que nos entregaron en el hospital.

Me revisaron y al ver que tenía un desgarro muy pequeño me consultaron si prefería que me hicieran dos puntos o dejarlo que cicatrizara solo. Me aclaró que, con la segunda opción, corría el riesgo de que no quedara estéticamente bien y podría causar alguna molestia, así que elegí los puntos. Me pusieron anestesia –ni la sentí– y luego me hicieron dos puntos. Como tenía algo de ardor les pedí que me pusieran un poco de vaselina líquida y lo hicieron. Cuando Mateo llegó y mi esposo me lo entregó, llegó la obstetra y nos dijo que cuanto antes pusiéramos al bebé al pecho mejor, y así lo hice.

Luego de un rato ya estuve lista para ir a la habitación y vino el camillero, quien, luego de felicitarme y presentarse, me llevó a la habitación. Mi marido llevó a Mateo en su cunita a mi lado. Durante la internación todos los controles a mi bebé fueron hechos en mi presencia y con mi autorización, jamás lo separaron de mí. Todo el personal con el que traté fue muy amable, desde la primera médica de guardia hasta la persona que nos servía la comida.

Mi partera fue fantástica, vino a ayudarme con la lactancia desde que subimos a la habitación hasta los controles posteriores, a los que fuimos luego del alta. También nos visitaban las puericultoras en la internación para responder dudas y ayudar a quienes tenían problemas con la lactancia.

Espero que este relato le sirva a muchas otras mamás que quieran parir con respeto. Es muy importante que las mujeres nos informemos sobre nuestros cuerpos y nos empoderemos para nuestros partos. Pero, sobre todo, que no nos entreguemos ciega y confiadamente a nadie. Incluso en el momento del parto, debemos tener alguien que esté convencido de nuestras decisiones y las haga respetar cuando nosotras no podamos y una institución que –tal como siempre debería ser– nos permita ser los únicos protagonistas. Como lo fuimos nosotros: mi bebé, mi esposo y yo.

ANDREA L.: NACIMIENTO DE VALENTINA. PARTO VAGINAL EN INSTITUCIÓN, MADRE PRIMERIZA CON TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA Y PROBABLE TROMBOFILIA (CIUDAD DE BUENOS AIRES)

Después de pasar por varios intentos con técnicas de reproducción asistida, pude lograr a los 47 años mi primer embarazo. Comenzaba así a cumplirse mi deseo de ser, por fin, mamá.

Encontré al compañero que también compartiera el deseo de ser padre y, pasados mis 40 años, comenzamos la búsqueda. Primero de manera espontánea, pero a sabiendas de que lo más probable, por mi edad, era que solo lo lográramos por medio de un

tratamiento. Pensamos que iba a ser sencillo: él y yo sin problemas de salud, con hermosos óvulos congelados a mis 30 años, todo se presentaba ideal.

Ahora, a la distancia y desde el día que por fin vimos la primera beta positiva, entendimos que la vida no deja de ser un milagro y que la ciencia no es un milagro ni Dios, solo nos acerca a él.

En el medio de los tratamientos, perdí a mi mamá a causa de una enfermedad tremenda y terminal. Llegué a pensar que tal vez la vida no iba a permitirme el sueño de ser madre. Varias veces tuve ganas de rendirme, pues es difícil acompañar a una mamá en una enfermedad terminal y seguir sosteniendo una apuesta tan vital.

Unos meses después de su muerte, fuimos por otro intento, que resultó nuevamente negativo. Ahí decidimos cambiar de médico, trasladamos los embriones a otro laboratorio, repetimos algunos estudios..., en fin, necesitábamos encontrar alguna razón que explicara el vacío de cada beta negativa.

El cambio de médico implicó que me propusiera usar heparina: según me explicó, no necesariamente había que padecer trombofilia para usarla y el uso favorecería la implantación del embrión y actuaría también a modo preventivo. Fue así que, con uno de mis embrioncitos congelados, llegó mi embarazo.

En la semana 9, me dio el alta y me dijo que ahora pasaba a ser una embarazada más, que debía buscar una obstetra y una hematóloga, para que fuera ella quien controlara la heparina. Recuerdo que le pregunté si, dada mi edad, mi embarazo iba a ser de riesgo, y que me dijo que no necesariamente.

Buscamos y encontramos obstetra y hematóloga, y yo me sentía la embarazada más feliz y vital del mundo. Había olvidado todo lo que había pasado y lo que nos había costado. La primera indicación de la hematóloga fue no solo controlar la heparina sino realizar estudios para ver si tenía trombofilia, aunque yo nunca había perdido embarazos (por eso ningún médico había considerado importante hacerme un estudio). En el estudio que me indicó encontró un tipo de trombofilia hereditaria (luego me enteré de que realizar ese tipo de estudios en embarazadas puede arrojar falsos positivos) y aumentó la dosis. Yo la visitaba mensualmente con las heparinemias y las eco Doppler de las arterias uterinas, y ella me hacía las recetas para comprar la heparina.

Hasta ese momento, yo no pensaba en el parto y no me importaba pincharme todos los días. En ese primer tiempo parecía que, gracias a la heparina, yo podía por fin estar embarazada, y lo único que deseaba era que mi bebé siguiera creciendo dentro de mí.

Sin embargo, a medida que mi embarazo avanzaba, al venir todo tan bien, al estar clínicamente perfecta, ¿era muy loco pensar en un parto vaginal? Yo quería darle la mejor bienvenida a mi bebé después de tantos tratamientos de fertilidad. Por otra parte, el hecho de atreverme a fantasearlo me daba culpa, como si estuviera pidiendo de más. Finalmente, cuando le planteé a mi obstetra esta idea no se mostró muy de acuerdo. Sus razones eran la heparina, el posible diagnóstico de trombofilia, mi edad y el embarazo por tratamiento. Sin embargo, con cada visita, la fui contagiando con mis ganas.

Así empezamos a conversar la posibilidad de un parto, pero por inducción programada, ya que por indicación de la hematóloga no podíamos pasarnos de la semana

38. Mientras tanto, la obstetra me recomendaba charlas, eutonía, yoga y caminatas.

Diferente fue la posición de la hematóloga: directamente no estuvo de acuerdo, me dijo que para qué iba a arriesgar tanto y cada vez que le pedía que me explicara cuáles eran esos supuestos riesgos, sus únicas respuestas eran que el bebé había sido concebido por tratamiento, que me había costado embarazarme, que se podía complicar, que “nunca se sabe”. Llegó a decirme que mi obstetra me decía que sí para dejarme tranquila unos meses, pero que llegado el momento iba a coincidir con la cesárea. Además, ¿para qué iba a estresar a mi bebé? Una cesárea, hoy en día, era lo mejor, solo un tajito y “sale perfecta, sin sufrir, sin llorar”.

Entrando ya en la semana 30 y pico, mi obstetra me preguntó si quería comenzar el curso de parto. Conocer a la que fue mi partera fue la señal. Frente a mi tímida pregunta de si a ella le parecía muy loco tener un parto vaginal a los 47 años y usando heparina, me miró a los ojos y me dijo: “¿Y por qué no? Todas las mujeres podemos parir y la edad no es un impedimento. Además vos tenés muchas ganas, así que no va a ser un problema”.

Me pidió que la dejara hablar con la obstetra. Sinceramente no sé qué le habrá dicho mi partera a la obstetra, solo sé que la siguiente visita nos dijo que me iban a dar la chance del parto por inducción, si todo seguía tan bien como hasta ese momento.

El intercambio que mi obstetra le pidió a la hematóloga nunca existió. Ella solo indicó que lo mejor era cesárea programada no más allá de la semana 37-38. Una de las últimas veces que concurrí al control no fue la mejor: me clavó una duda que, con más de 36 semanas de embarazo, no iba a despejar. Al preguntar sobre las indicaciones de la interrupción de la heparina y hasta qué semana como máximo podíamos estirarnos, dijo que no más de la 38. Me dio más recetas para seguir aplicándomela varios días después del parto y, al pasar, comentó que “total, lo tuyo era solo preventivo”.

“¿Preventivo? ¿Pero tengo trombofilia o no?”, le pregunté. Me miró y me deseó suerte con la inducción, me dijo que, lamentablemente, casi todos los casos que conocía habían terminado en cesárea, que lo pensara muy bien, que muchas veces el parto se complicaba y tal vez tuviera que terminar con fórceps, que no sabíamos qué tan maduro era mi útero, que, si bien estaba clínicamente perfecta, la edad la tenía... Se despidió diciéndome, a modo de “chiste”, que lo único que me pedía era que le dijera a la obstetra que no me tuvieran sufriendo horas con contracciones, que si no iban a tener que “vérselas con ella”. Yo solo quería irme. Estaba confundida. ¿Y si tenía razón? ¿Y si todo terminaba en una urgencia? La duda y el peor miedo se habían instalado en mí.

Charlamos mucho estas indicaciones con mi obstetra y la posibilidad de que lo mío fuera preventivo o realmente trombofilia (mi obstetra siempre dudó de este diagnóstico, sobre todo por mis antecedentes clínicos). Cabe aclarar que no es lo mismo suspender la heparina si se indica por prevención o por ser trombofílica. Ese día le dije que tal vez tenía razón y yo estaba siendo una inconsciente, que tal vez estaba escupiendo al cielo al desear un parto y no medía los riesgos. Recuerdo que me miró con asombro y despejó mis temores. Me devolvió la confianza y así terminamos de decidir cómo iríamos armando una cuidadosa y tranquila inducción, y que, ante el menor riesgo, haríamos la

cesárea.

Entrando ya en la semana 39, comencé a perder el tapón mucoso. Ese día vimos a mi obstetra –ya la visitábamos semanalmente– y habíamos comenzado con monitoreos. Me había anticipado que me iba a hacer el primer tacto. Le dije que tenía miedo. Me prometió que no iba a sentir nada y así fue. Ahí me dijo que tenía un cuello hermoso –o algo así– y que me tenía mucha fe. Convenimos en que no pasaríamos de esa semana, suspendimos la heparina y pusimos una fecha para la inducción. Me mandó a caminar, a hacer el amor y a alimentarme muy bien para tener fuerzas.

Esas tres noches hasta la inducción mi partera me llamaba, hablábamos mucho, me contaba sus relatos de mamás, muchas “añosas”, que habían tenido sus partos. Dulce y predispuesta, me daba recetas naturales para favorecer la dilatación: té de comino y frambuesa, comer mucho ajo y ananá... Así pasé esos días, abocada a transitar contracciones sin dolor, a esperar a mi hija, a caminar, a sumergirme en eternos baños de inmersión, a amarnos y a sacarnos fotos.

El día previo, una mezcla de sentimientos me invadió: sentía que quería esperar unos días. Recuerdo un llamado de la partera que, como si me hubiese leído el pensamiento, me dijo que definitivamente me estaba costando soltar esa panza tan amada, tan armónica, tan deseada, y que ya era hora, que tenía que ir soltando. Y así me fui despidiendo de mi panza, le agradecía a mi placenta, a mi útero, pero por sobre todo a mi hijita por los maravillosos nueve meses que habíamos pasado.

Finalmente llegó el día y con 39 semanas y pico fuimos al sanatorio. Allí estaba esperándome mi obstetra; mientras mi marido hacía el papeleo, me llevó a la habitación donde haríamos el trabajo de parto, cerró todo, bajó la luz y me preguntó si había llevado música. Y allí nos instalamos. Al ratito, llegó mi partera. Me puso la vía –que era lo suficientemente larga como para que pudiera moverme– y comenzamos. Me hacían reír, me daban masajes atrás de las orejas y en los pies, con un olor rico y relajante, me avisaban cada vez que aumentaban de a poco la oxitocina (que, creo, no fue mucha). Mi compañero me hacía chistes, me acariciaba y ponía música. Habíamos llevado una lista enorme y elegida: cada canción encerraba un recuerdo diferente y entre canciones de Charly y Spinetta me hicieron el primer tacto.

Cada vez el cuello se dilataba más y yo no sentía dolor. Hablaba con la obstetra, que me contaba cómo había sido su fin de semana, y yo me sentía muy bien, con intenciones de seguir recostada. En un momento, mi partera, en chiste, me dice: “Andre, viniste a parir, ¡vamos a movernos!”. Y así, entre música y risas, empecé a moverme y a transitar leves contracciones, a buscar lugares y posiciones mientras mi compañero, atento, me traía de beber.

Rompí bolsa. ¡Y yo pensé que era pis que no podía controlar! Nos reímos mucho, entre monitoreos y masajes en el sacro, porque ya empezaba a doler más. La presión en la cola y el cansancio mental empezaban a aparecer. Desnuda, me sentaba en el inodoro y allí tuve varias contracciones. Mi manera de empezar a atravesar el dolor que aumentaba muy de a poco fue con una suma de movimientos, respiración y vocalizaciones, que repetían conmigo la obstetra, la partera y mi marido (a coro). Bizarra

y amorosa escena.

Y así siguió: cada contracción me empezaba a sacudir más, de cuclillas en el piso, en la cama, colgada de mi obstetra, de mi marido, sostenida por mi partera; las contracciones comenzaron a ser cada vez más seguidas y duraderas. Habíamos acordado también que recibiría la peridural. Recuerdo que en un momento hubo cierto revuelo en la habitación entre la obstetra y la partera (hablaban del anestesista). Yo ya me sentía medio ida, preguntaba qué pasaba pero, al mismo tiempo, ya no quería hablar, solo juntaba fuerzas para la siguiente contracción.

No recuerdo en qué momento la partera me avisó que iba a hacerme otro tacto y sentada tranquilamente al borde de la cama me dijo: “Andre, el anestesista no va a llegar, pero olvídate, tu hija ya está ahí, ¿quieres tocarle la cabecita?”. Le dije que no –¡no me animé!–, que me dolía mucho. Sentí que ya no podía más, que sin anestesia no iba a poder. La dilatación ya era completa. Mi compañero me abrazaba y todos me animaban, me daban aliento. La obstetra me dijo: “Estamos listos para recibir a tu hija, ¡así que vamos ya a la sala de partos!”.

Y allí fuimos. Tremendo momento. Primero sentí que no iba a poder, que más dolor mi cuerpo no iba a resistir y, encima, ¿cómo iba a hacer sin la epidural? Me senté y empecé a pujar, con ese miedo pero aferrada mentalmente al relato del parto de mi madre, que tantas veces me había contado amorosamente, y que de repente vino a mi mente: “Yo cuando pujaba para que vos nacieras no me dolía nada y no gritaba para no perder la fuerza. Vas a ver que a vos te va a pasar igual”. Y fue así, en medio del cansancio y sin la famosa peridural, algo en mí se abrió aún más y sentí que todas las mujeres de mi vida, mi abuela, mi madre, estaban pujando conmigo.

Mi marido me sostenía desde atrás empujando mi cuerpo para adelante, la partera sostenía mis piernas, otra me daba la mano. De repente, escuché a la obstetra que le decía a mi marido que fuera a recibirla con ellos, y ahí me sugirió que diera un grito: “Vamos, Andre, ¡gritá con toda tu pelvis, vamos, gritá!”. Y grité desde mis entrañas, desde todo lo pasado y vivido, un grito que duró toda una contracción, o más.

Con mis últimas fuerzas, a las 10:15 de la noche del 23 de enero de 2017, en su semana 39 y 3 días, después de casi nueve horas de trabajo de parto en movimiento continuo y sin intervenciones inesperadas, nació mi hija Valentina y, con ella, renací yo también.

Su bienvenida fue pura emoción. Mi compañero lloraba, me besaba, me decía: “Ya está, mi amor, ¡es hermosa!”. Enseguida la pusieron en mi pecho, esperaron para cortar el cordón y, después de algunos minutos de llorar, olerla y mirarla, el papá se fue con ella.

Mi obstetra me pidió otro pujo para la placenta, que salió en menos de diez minutos. Me la mostró, la toqué y le agradecí. Mientras todos me decían que era una *grosa*, que si había logrado esto podía lograr cualquier otra cosa en mi vida; también me avisaron que no me había desgarrado y que no tenían que darme ni siquiera un punto. Recuerdo una frase que resonaba en la sala, “un partazo”, y yo lloraba de felicidad y solo daba las gracias.

Al rato, apareció mi compañero, inmenso como persona y como padre, con mi bebita, pequeñita mía, acurrucada y arropadita. La puso en mi pecho y así, juntos los tres, ella prendida a la teta, nos fuimos a la habitación y no la solté nunca más. Fue una larga noche. Mi marido y ella se durmieron, pero yo sentía tanta fuerza y adrenalina por lo que acababa de vivir que solo podía reír, abrazarla, mirarla y repasar cada sensación.

Me siento nuevamente emocionada al escribir mi relato mientras hago malabares – pues ella está prendida a su teta– y agradezco infinitamente no solo a mi compañero, por su apoyo incondicional y por acompañarme con tanto amor en este camino, y a mi bella y amorosa partera, sino sobre todo a mi obstetra, que pudo dejar de lado los protocolos médicos. Ella también se abrió a mis ganas de parir vaginalmente a los 47 años a pesar de sus propios temores, conversando, asumiendo riesgos que otros se niegan asumir, permitiéndome ser protagonista de mi parto y del espectáculo de la vida, dejándome descubrir el tremendo potencial que a veces escondemos. Ese que no tiene que ver ni con la edad, ni con los tratamientos, ni con la heparina sino, simplemente, con el deseo y las ganas.

1. Es el momento de máximo estiramiento del reborde vulvar.

II. LA LEY: DERECHOS DE PADRES E HIJOS DURANTE EL PROCESO DE NACIMIENTO

Ley Nacional n° 25929 (Ley de Parto Humanizado)

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

- Artículo 1°. La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación. Las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio.
- Artículo 2°. Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:
 - a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
 - b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
 - c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
 - d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
 - e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
 - f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
 - g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
 - h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
 - i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
 - j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
 - k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.
- Artículo 3°. Toda persona recién nacida tiene derecho:
 - a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.
 - b) A su inequívoca identificación.
 - c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
 - d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquella.
 - e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.
- Artículo 4°. El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes

derechos:

- a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
 - b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.
 - c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
 - d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.
 - e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.
- Artículo 5°. Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación en el ámbito de su competencia; y en las provincias y la Ciudad de Buenos Aires sus respectivas autoridades sanitarias.
 - Artículo 6°. El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que estos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.
 - Artículo 7°. La presente ley entrará en vigencia a los SESENTA (60) días de su promulgación.
 - Artículo 8°. Comuníquese al Poder Ejecutivo. Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a los veinticinco días del mes de agosto del año dos mil cuatro.

Sanción: 25 de agosto de 2004

Promulgación: 17 de septiembre de 2004

III. EL PLAN DE PARTO

El plan de parto (PP) es un recurso que podemos presentar ante el/la obstetra y/o la institución que nos acompañarán durante nuestro parto; un documento donde se detallan nuestros pedidos y deseos para ese momento, que también sirve como herramienta para hacer válidos nuestros derechos dentro del sistema institucional. Respecto de las rutinas que se le practican al bebé al nacer en las instituciones médicas, se puede pedir una entrevista con el/la jefe/a de Neonatología.

Con el PP muchas mujeres lograron que se respetaran sus pedidos. En otros casos hubo cierta resistencia o se los rechazaron, faltando a la ley, pero vale la pena intentarlo: cuantos más sean los pedidos presentados, mayor cantidad de precedentes se sientan. Además, de esa manera se marca una necesidad como usuarias y, por supuesto, se previenen rutinas que no queremos recibir para asegurarnos de tener un parto fisiológico y un recibimiento respetuoso a nuestro bebé.

Cada modelo puede ser adaptado a nuestras necesidades y exigencias quitando o agregando información. De hecho, los que incluimos aquí fueron confeccionados por las familias que los presentaron.

Las experiencias que reportaron las integrantes del grupo Para Saber Con Quién Parimos a la hora de presentar planes de parto en instituciones son heterogéneas e incluyen la aceptación de palabra por parte del médico (y el cumplimiento o incumplimiento de los pedidos una vez llegado el parto), obstetras que se muestran molestos ante la idea de presentar un escrito y lo desalientan “porque no va a servir”, instituciones que lo reciben y luego responden negativamente, y otras que se niegan a recibirlo.

Como todo derecho, vale la pena ejercerlo y dejar por escrito nuestro deseo y necesidad de respeto.

A continuación, presentamos algunos modelos.

MODELO 1

(Lugar), (Fecha)

Al director general,

a mi médico obstetra,

al Sr. jefe de Obstetricia,

Y al jefe de Neonatología,

Ref.: Directivas anticipadas-Plan de parto

Estando embarazada y habiéndonos informado, mi acompañante y yo, del desarrollo

del proceso fisiológico del parto y el nacimiento, así como también de su cobertura sanitaria, queremos expresar por medio de la presente cuáles son las condiciones que deseamos se respeten para el desarrollo del trabajo de parto, el parto y el posparto de nuestro bebé, el cual tiene como fecha probable de nacimiento el día.....

Por este motivo, hemos creado el siguiente plan de parto para ayudarlo/s a comprender nuestras preferencias en relación con el proceso. Deseo dejar claro que esta es mi decisión informada (consentimiento clarificado) y mis directivas anticipadas para mi parto y el nacimiento de mi hijo/a, teniendo en cuenta que la jurisprudencia actual valoriza la libertad del paciente respetando su voluntad y autonomía, asegurándole el derecho de autodeterminación cuando una decisión médica lo involucra, aun con riesgo de vida por su elección.

Este plan de parto está contemplado en la Ley n° 17132, artículo 19, inciso 3 de ejercicio profesional, que dice que todo profesional y/o institución sanitaria debe “respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por accidentes, tentativas de suicidio o delitos. En operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del paciente, salvo cuando la inconsciencia o alienación o gravedad del caso no admita dilaciones. En los casos de incapacidad los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz”.

Y en la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Ley n° 26529), artículo 11 de las Directivas anticipadas, que dice que “toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes”.

Y en la Ley Nacional n° 25929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento del 25 de agosto de 2004, además de lo publicado acerca de los derechos del recién nacido en julio de 2006, que se agregó a dicha ley, más la Ley Provincial n° 12443 de la Provincia de Santa Fe del 8 de septiembre de 2005 (derechos de acompañamiento) y la Propuesta normativa perinatal del año 2000 del Ministerio de Salud de la República Argentina. Todo lo mencionado ha sido publicado y reconocido por la OMS en la Conferencia Internacional de Fortaleza, Brasil, realizada entre el 22 y el 26 de abril de 1985 en forma de “21 Recomendaciones y Principios de la OMS acerca del cuidado perinatal”, actualizadas en “Cuidados en el Parto Normal: Guía Práctica de 1996” y en la “Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto del año 2001 y 2002”. Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer, por parte del Senado de la Nación-Propuesta Normativa Perinatal Res. Ministerial 348/03 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (2003)-Propuesta Normativa Perinatal del Ministerio de Salud de la Nación año 2004 con Resolución Ministerial n° 647/2003-Actualización de Investigaciones en Medicina Basada en las Evidencias-CLAP.

En base a todo lo expuesto *ut supra*, deseo que se cumplan los siguientes ítems en la atención de mi parto y el nacimiento de mi hijo/a, considerados por mí de absoluta relevancia para una atención adecuada, por lo que deseo dejar establecidos expresamente los principios de atención y las condiciones en que deseo transcurra mi trabajo de parto, parto-nacimiento y posparto, que paso a enumerar a continuación.

Esperaré a que se desencadene el trabajo de parto en forma espontánea y fisiológica cuando corresponda a mi naturaleza. Mientras el bebé esté bien, no tengo inconveniente alguno en alcanzar las 42 semanas de gestación, bajo mi estricta y única responsabilidad.

- 1) Deseo ante todo que se respete mi integridad física y que se contemple mi necesidad de intimidad y mi pudor.
- 2) Deseo no ser considerada una enferma. Un parto y un nacimiento son procesos fisiológicos para los que los seres humanos estamos capacitados innatamente.
- 3) Deseo estar acompañada por una persona de mis afectos, en este caso mi acompañante DNI
..... en todo momento y que esta no sea demorada ni separada de mí para realizar trámites de ingreso u otros requerimientos. Por eso, solicito que estos se realicen con posterioridad al ingreso.
- 4) Desde el momento de mi ingreso hasta el alta, solicito ser atendida y/o examinada únicamente por una única persona mientras dure su guardia y principalmente por el Dr.
- 5) En cuanto a los procedimientos rutinarios, me niego a que se me realicen las siguientes prácticas:
 - Rasurado de mis genitales.
 - Enema.
 - Restricción de la ingesta de líquidos o alimentos.
 - Realización de tactos vaginales reiterados o con fines docentes.
 - Monitoreo electrónico continuo. Doy mi consentimiento para monitorización fetal intermitente, pues deseo poder moverme y cambiar mi posición durante todas las etapas del parto.
 - Administración de oxitocina sintética o prostaglandinas vaginales. No accedo a tener una vía insertada en caso de que posteriormente se haga necesario anestesia o un goteo. Deben consultarlo con mi acompañante o conmigo antes de realizar algún acto.
 - Administración de anestésicos o analgésicos si no los solicito.
 - Obligación de guardar silencio y de estar acostada. Que se me obligue a adoptar alguna postura en especial en la dilatación o el expulsivo. Deseo dar a luz en la posición elegida por mí en ese momento.
 - Ruptura artificial de membranas para acelerar el trabajo de parto o para medir el líquido amniótico.
 - Dilatación manual del cuello del útero o cualquier otra práctica dolorosa realizada con el fin de apresurar el parto. Me niego a que se realice masaje ni estiramiento

- del periné.
- Exijo que no se me realice una episiotomía de rutina. Prefiero sufrir un desgarro y no una episiotomía. Por lo tanto, agradeceré apoyo o compresas calientes en el perineo. Por favor, solicite mi permiso, si una episiotomía parece necesaria, antes de realizarla. En caso de desgarro, solicito se me informe al respecto y al momento de la sutura.
 - Extracción manual de la placenta. Deseo esperar el tiempo necesario para que sea expulsada naturalmente. Es necesario mi consentimiento explícito, o el de mi acompañante, para usar oxitocina para acelerar el alumbramiento de la placenta. Incluso al momento de la salida de los hombros de mi bebé, no consiento se me administre.
- 6) En todo momento deseo:
- Que se facilite mi participación activa como protagonista de mi parto y de mi acompañante.
 - Elegir libremente cómo transitar el trabajo de parto: caminando, bailando, comiendo, bebiendo, paseando, etc. Que se respete la posición elegida por mí.
 - Poder expresar libremente mis emociones jadeando, llorando, gritando, riendo, cantando, etc.
 - Utilizar métodos no farmacológicos de alivio del dolor como masajes, relajación, respiración, música relajante, ducha, pelota de esferodinamia, etc.
 - Que me pidan permiso antes de hacerme cualquier tacto vaginal y que estos sean los mínimos posibles y siempre con la misma persona.
 - Que se respete el tiempo que necesito para parir y el de mi hijo para nacer, incluida, si es preciso, una pausa entre dilatación y expulsivo (o si este dura más de una hora).
 - Que el ambiente en la sala de partos sea de intimidad y respeto, por lo que solo ingresarán los profesionales estrictamente necesarios. Deseamos también que quienes deseen entrar a la habitación soliciten permiso para entrar. Que me hagan saber si desean que estudiantes o médicos residentes en formación observen el parto y se respete la decisión que yo tome en ese momento.
 - Que la luz sea tenue, que la temperatura sea la adecuada para recibir a mi hijo (mayor de 26 grados) y que se eviten todo tipo de interferencias visuales, auditivas o burocráticas respetando mi estado.
 - Esperar a sentir la necesidad de pujar antes de comenzar la fase expulsiva.
 - Poder pujar o no pujar de acuerdo a mis instintos sin ser dirigida.
 - Que en el momento del anillo de fuego (momento de máximo estiramiento del reborde vulvar) me recuerden que debo respirar hondo y no pujar.
 - Que no se me practique la maniobra de Kristeller para apurar el expulsivo.
 - Consiento en ir al hospital antes de estar totalmente dilatada, pero deseo pasar la mayor parte de la primera etapa en casa, a menos que surjan otras condiciones que requieran hospitalización o cuando considere necesario ir a la institución.
- 7) Por favor, tenga en cuenta que si estoy planificando un PVDC, una cesárea puede

ser un resultado necesario, pero también muy decepcionante. Por favor, entienda y respete mis sentimientos. Cuando esta deba practicarse por razones de fuerza mayor, me gustaría que se nos explicaran exhaustivamente a mí y a mi acompañante las causas de la cirugía. En el caso de que una nueva cesárea esté indicada por motivos médicos (que deseo se me expliquen eficientemente y se me permita entender, a mí o a mi acompañante), deseamos que sea lo más respetada posible. Quiero ser informada de todos los procedimientos y participar activamente en la toma de todas las decisiones relativas a la cirugía.

- Prefiero que se me aplique la anestesia epidural.
- No presto mi consentimiento para ser atada durante la cesárea.
- Que la incisión sea transversa suprapúbica (Pfannenstiel) excepto que la ocasión sea de extrema urgencia, por lo que acepto sea una incisión mediana infraumbilical.
- Por favor, permítame bajar la barandilla o campo quirúrgico (telón) para poder presenciar el nacimiento de nuestro bebé. Deseamos sacar fotos o hacer un video del nacimiento, si el cirujano está dispuesto y no hay emergencia.
- Quiero que el suero me lo coloquen fuera del pliegue del codo, para luego no tener molestias al amamantar.
- Deseo que el anestesista no me coloque calmantes para dormir en el suero, ni ningún otro calmante o medicación que pueda provocarme amnesia.
- Pido que los profesionales no hablen cosas triviales mientras me operan. Todo el personal presente en el acto quirúrgico deberá mantener un silencio respetuoso en relación al hecho más trascendente de nuestras vidas, como es el nacimiento de nuestro hijo. Es nuestro momento como familia y debe ser sagrado, sin interferencias de terceros. Deseamos un clima respetuoso, de intimidad, de seguridad y que primen solo nuestras emociones de alegría en ese momento.
- Deseo que mi bebé no sea iluminado con luces brillantes al momento de su entrada en este mundo y que se preserve la transición del útero al exterior con luces indirectas o atenuadas.
- Quiero ser la primera persona en sostener al bebé después del nacimiento. Que al bebé lo pongan sobre mi pecho apenas nace, con ayuda para sostenerlo. Lo hará mi esposo o el anestesista, para poder abrazarlo y recibirlo tal cual emerge del útero, sin que lo sequen ni lo froten ni lo limpien, solo que se lo cubra con telas quirúrgicas estériles para evitar la pérdida de calor, pero sobre mi pecho desnudo. Deseo poder tocarlo, besarlo, hablarle yo sin que nadie interfiera en ese instante.
- Pido que no se le corte el cordón umbilical hasta pasado el primer minuto, mientras está en mi pecho. Para esto, deseo que el neonatólogo que haga la recepción esté a la cabecera de la camilla quirúrgica y no a mis pies, cerca del obstetra. Necesitaremos al neonatólogo cerca de nosotros y eso se dará si cambia su ubicación en el quirófano.
- Deseo que, si se demora la finalización del acto quirúrgico, mi bebé no quede en

incubadora de transporte ni en la mesa de recepción, aun si necesitare calor. Será mi esposo, en sus brazos, quien le dé calor, piel a piel, hasta tanto finalicen conmigo. Y sin que se lo obligue a salir del quirófano. Deseo salir del quirófano con mi bebé en brazos y mi esposo a mi lado.

- No consiento se me deje sola esperando un camillero para mi traslado. Quiero estar acompañada de mi esposo y con mi bebé en mis brazos para iniciar la lactancia lo más precozmente posible y bien puede suceder mientras esperamos el traslado.
- Deseo recuperarme, levantarme y moverme tan pronto como sea posible cuando lo considere oportuno.
- En caso de no poder dar mi consentimiento, mi esposo tomará las decisiones por mí, siguiendo este plan de parto.

8) Respecto de la llegada de nuestro hijo a este mundo, deseamos que:

- Se retrasen todos los procedimientos de rutina hasta después de la primera hora de vida de mi bebé. Según la OMS, la primera hora de vida del recién nacido es vital para el inicio de la lactancia y la relación de apego entre la mamá y el bebé. No presto mi consentimiento para que este mandato natural sea interrumpido para realizar procedimientos de rutina que pueden perfectamente posponerse siempre que el bebé esté respirando de manera independiente.
- Toda maniobra se haga con el bebé en contacto directo conmigo. En caso de que por fuerza mayor alguna revisión o prueba deba realizarse en una sala determinada y yo no esté en condiciones para acompañarlo, irá mi acompañante.
- Se respete su tiempo para nacer y su capacidad de rotar y salir por sí mismo.
- El primer contacto con mi bebé sea piel con piel, como recomienda la OMS, se lo seque con telas suaves y esterilizadas y se nos cubra a ambos con una toalla seca o manta para que no pierda calor.
- No se realice el pinzamiento ni el corte del cordón umbilical si este no ha cesado de latir (o, al menos, que se esperen tres minutos después del nacimiento).
- Nuestro hijo no sea apartado de nosotros en ningún momento. Los controles se podrán realizar con el bebé encima de mi pecho.
- No se le realice aspiración de la vía aérea si el inicio de la respiración es espontáneo, ni exploraciones esofágicas ni rectales mediante la introducción de sondas.
- No se le coloquen gotas de nitrato de plata en los ojos ni ningún tipo de colirio, excepto que sea estrictamente necesario. En este último caso, deseo que sea un antibiótico (eritromicina) en gotas, que cumple la misma función, y que no se haga inmediatamente al nacer, para no perturbar el contacto visual en ese momento.
- Autorizamos a que al bebé se le realicen solo pruebas no invasivas, como el test de Apgar, y a que se le suministre la vitamina K solo por vía oral (nosotros la llevaremos al momento del parto, asumiendo la responsabilidad de continuar

con las otras dosis en nuestro domicilio). En caso de no poder administrarla por vía oral, deseo se retrase la aplicación, junto con la aplicación de la vacuna de la hepatitis B. No quiero que se le administre vacuna alguna sin nuestro consentimiento y mucho menos al momento de nacer.

- El baño se lo daremos nosotros cuando lo consideremos oportuno. Que sea pesado y medido horas después del nacimiento siempre con nosotros presentes.
- No reciba suministro alguno de soluciones glucosadas ni leche de fórmula, así como tampoco tetinas o chupetes. En caso de que mi salud no me permita amamantarlo, deseo que sea alimentado por el papá.
- Se respete su tiempo para iniciar la lactancia naturalmente. Dejo constancia de que yo misma lo pondré en mi pecho e iniciaré la lactancia con mi hijo.
- En caso de necesitar alguna atención o tratamiento especial por alguna complicación o patología, solicitamos acceso irrestricto de alguno de los dos padres.
- Sostener a mi bebé durante la expulsión de la placenta y los procedimientos de posparto. En caso de nacimiento quirúrgico, quiero sostenerlo con ayuda hasta la finalización del proceso.
- Se le realice el examen de FEI y TSH a las cuarenta y ocho o setenta y dos horas de nacido, puesto que en la Argentina es ley.

9) Durante mi estadía en la institución, deseo que se respete nuestra intimidad y necesidad de descanso. Como padres responsables que somos, manifestamos que es nuestra voluntad que el nacimiento de nuestro hijo se atienda de la forma descrita en el presente plan de parto/nacimiento y/o directivas anticipadas. Mi acompañante y yo deseamos que el nacimiento de nuestro bebé sea lo más saludable y natural posible, y estamos seguros de contar para ello con todo su apoyo y comprensión.

Entiendo que no todas las circunstancias que enumero en mi plan de parto podrán seguirse, pero descuento la buena voluntad y la capacidad probada de todos los profesionales que van a acompañarnos. Estamos seguros de que esta será una experiencia muy gratificante y enriquecedora para todos.

Por último, le quedaría muy agradecida si incorporase una copia de esta carta a mi historial ginecológico y obstétrico, para que, atendiendo a su contenido, se adopten las medidas oportunas para que mi parto y posparto se lleven a cabo en las condiciones aquí expuestas.

Estas peticiones están respaldadas por disposiciones y textos legales.

Sin otro particular, deseamos que le sea comunicado textualmente al personal de las áreas involucradas y agradeciéndole desde ya su disposición y atención, lo saluda a Ud. muy Atte.,

Firma (madre):.....

Nombre y apellido:

DNI:
Fecha de nacimiento:
Teléfono:
Domicilio:
Firma (padre):
Nombre y apellido:
DNI:
Fecha de nacimiento:
Teléfono:
Domicilio:

PLAN DE PARTO PARA PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESÁREA (PVDC)

Al modelo anterior, se puede agregar el siguiente párrafo: “Estoy planificando mi PVDC, dado que existe un muy bajo riesgo de ruptura uterina (0,1% a 0,5%) y, conociendo los factores que contribuyen a este riesgo, me niego a la internación de cesárea programada. Esta condición que he decidido está sustentada en la Ley n° 17132 de la práctica médica, artículo 19, inciso 3, por lo que esperaré a que se desencadene el trabajo de parto en forma espontánea y fisiológica cuando corresponda a mi naturaleza. Mientras el bebé esté bien, no tengo inconveniente alguno en alcanzar las 42 semanas de gestación, bajo mi estricta y única responsabilidad”.

MODELO 2

....., de..... de 20.....
Al señor director del/la Hospital/Clinica/Sanatorio/Maternidad
....., con copia al/la jefe/a de Obstetricia
.....; al/la jefe/a de Neonatología
....., y al Depto. Legal

Encontrándome embarazada y con fecha probable de parto para el, y habiéndome informado del desarrollo del proceso fisiológico del parto y el nacimiento, así como de su cobertura sanitaria, tengo el agrado de dirigirme a ustedes a fin de exponer las condiciones en las que deseo se desarrollen mi trabajo de parto, el parto, el

nacimiento de mi hijo y el posparto. Muchísimas gracias por su atención.

Plan de parto

- Deseamos ante todo ser tratados con respeto, tanto a mí como a mi bebé por nacer, que contemplen nuestra intimidad y pudor, y no ser considerados enfermos.
- Para nuestra atención deseamos que ingresen solo los profesionales estrictamente necesarios.
- Deseamos se informe a mí y/o a mi acompañante cada procedimiento (motivo y solución a la complicación) antes de efectuarlo con respecto a mi atención o a la de mi hijo, solicitando nuestro consentimiento.
- Deseo se facilite mi participación activa como protagonista de mi parto. Ya que la clínica tiene un sistema abierto, solicito la integración de mi partera en la atención de mi trabajo de parto, parto, alumbramiento y posparto, y acompañamiento en caso de cesárea. (Datos de la partera.)
- No presto mi consentimiento para ser fotografiados y/o filmados, tanto yo como mi bebé, por el personal de la clínica, sea cual fuere el motivo, antes, durante o después de nuestra atención.
- Por último, solicito que se actúe en consecuencia y no por prevención, o sea, innecesariamente.

Parto vaginal

- No consiento que se me practique ningún procedimiento preparatorio de rutina (afeitado, enema, colocación de vía, etc.).
- Deseo que mi acompañante esté conmigo en todo momento (trabajo de parto, nacimiento y alumbramiento de placenta).
- Por favor, les ruego pedir siempre mi consentimiento para realizar tactos vaginales, y que estos sean hechos siempre por la misma persona.
- Doy mi consentimiento para la monitorización fetal intermitente, no continua, ya que deseo poder moverme y cambiar mi posición durante todas las etapas del trabajo de parto y del parto propiamente dicho.
- Deseo poder comer y beber durante el trabajo de parto, y poder expresar mis emociones y sentimientos libremente (jadear, llorar, gritar, etc.).
- Es necesario mi consentimiento escrito, o el de mi pareja, para que se me administre cualquier droga intravenosa.
- No otorgo mi consentimiento para ningún tipo de inducción ni estimulación del parto, sea a través del suministro de medicamentos (prostaglandinas u oxitocina sintética) o mediante la dilatación manual del cuello del útero o cualquier otra práctica dolorosa e invasiva realizada con el fin de apresurar el parto (por ejemplo, el estiramiento del periné).
- No presto mi consentimiento para una ruptura artificial de bolsa o para la

- separación de membranas (maniobra de Hamilton).
- No deseo que se me ofrezca anestesia preventiva, a menos que yo la solicite.
 - Deseo esperar a sentir la necesidad de pujar; no quiero ser dirigida, sino actuar siguiendo mi necesidad, incluso en la elección de la posición para el expulsivo.
 - Quiero que en el momento del anillo de fuego me recuerden que debo respirar hondo y no pujar.
 - No consiento que se me practique una episiotomía rutinaria. Prefiero sufrir un desgarro.
 - Deseo que se respete el tiempo fisiológico de salida de mi bebé y no se fuerce la salida de sus hombros y su cuerpo, ni se presione el fondo uterino para empujar y acelerar su salida.
 - Por favor, permita que seamos mi marido y yo quienes descubramos y anunciemos el sexo de nuestro bebé.
 - Deseo que se espere a que el cordón umbilical deje de latir antes de cortarlo.
 - Deseo que el alumbramiento de la placenta sea natural. Es necesario mi consentimiento explícito, o el de mi marido, para usar medicamentos o efectuar procedimientos que lo aceleren, y no consiento el raspado uterino posalumbramiento.
 - Deseo que la placenta sea refrigerada y que me la entreguen cuando deje la clínica.

En caso de cesárea

- Es muy importante para mí evitar una cesárea. Cuando esta deba practicarse, me gustaría que se nos explicaran exhaustivamente, a mí y a mi acompañante, las causas que hacen necesaria la cirugía y que nos pidan consentimiento por escrito.
- Quiero ser informada de todos los procedimientos y participar activamente en la toma de todas las decisiones relativas a la cirugía.
- Prefiero que se me aplique la anestesia epidural no total.
- Deseo que la incisión sea transversa suprapúbica (Pfannenstiel).
- Deseo que mi acompañante esté presente en todo momento, incluso durante la preparación y la aplicación de la anestesia.
- En caso de ser necesaria anestesia general, deseo que mi acompañante esté en la sala de operaciones durante todo el procedimiento.
- No presto mi consentimiento para ser atada durante la cesárea.
- Durante la cirugía, deseo que haya una atmósfera respetuosa y de silencio acorde con el momento trascendente del nacimiento de mi hijo.
- Quiero que se espere a que el cordón umbilical deje de latir antes de cortarlo.
- Quiero ser la primera persona en sostener al bebé después del nacimiento.
- Si esto no fuese posible, mi acompañante será la primera persona en sostener al bebé.
- En caso de no poder dar mi consentimiento, mi acompañante tomará las decisiones por mí, siguiendo este plan de parto.

- Deseo que la placenta sea refrigerada y que me la entreguen cuando deje la clínica.
- Deseo nos pidan consentimiento escrito en caso de realizar estudios complejos fuera de los convencionales (por ejemplo, radiografías o transfusiones de sangre).

Con respecto al recién nacido (en caso de parto vaginal o de cesárea)

- Deseo que se retrasen todos los procedimientos de rutina hasta luego de la primera hora de vida de mi bebé, siempre que esté respirando de manera independiente. Según la OMS, este momento es el indicado para el inicio de la lactancia y la relación de apego entre la mamá y el bebé. Deseo que controlen su salud encima de mi pecho y que se lo pese y mida horas después.
- Solicito que por favor coloquen a mi bebé sobre mi pecho inmediatamente después del nacimiento.
- Quiero que el primer contacto con mi bebé sea piel con piel, tal como recomienda la OMS.
- Deseo amamantar a mi bebé durante su primera hora de vida.
- En caso de parto vaginal, quiero sostener a mi bebé durante la expulsión de la placenta y los procedimientos de posparto.
- En caso de nacimiento quirúrgico, quiero ser yo la que sostenga a mi bebé durante la finalización del procedimiento.
- Quiero que todos los procedimientos que se le practiquen al bebé (incluso la resucitación) sean hechos en mi presencia y la de mi acompañante.
- Por favor, no limpien ni bañen a mi bebé antes de dárnoslo.
- Si los procedimientos no pueden ser hechos en mi presencia, mi acompañante estará con el bebé en todo momento.
- No presto mi consentimiento para que se le realice de manera rutinaria aspiración de la vía aérea, ni exploración esofágica ni rectal mediante la introducción de sondas.
- No presto consentimiento para que se le aplique la vacuna de hepatitis B y BCG al momento de nacer.
- No presto consentimiento para la aplicación de vitamina K inyectable. Solicito que se le suministre solo por vía oral (nosotros la llevaremos al momento del parto, asumiendo la responsabilidad de continuar con las otras dosis en nuestro domicilio). En caso de no poder administrarla por vía oral, deseo se retrase la aplicación y no se aplique al momento de nacer.
- Deseo se postergue la aplicación de gotas en los ojos (nitrato de plata o eritromicina).
- No presto consentimiento para que se le suministren suplementos de ningún tipo (fórmula, agua o agua con glucosa). Tomaré únicamente mi leche.
- No deseo que se le dé chupete a mi bebé.
- En caso de necesitar alguna atención o tratamiento especial por alguna complicación o patología, exigimos acceso irrestricto las veinticuatro horas para madre y/o padre.

- Al dejar la clínica, deseo que se me entregue una copia de mi historia clínica y de la de mi bebé.

Mi acompañante y yo deseamos que el nacimiento de nuestro bebé sea lo más saludable y natural posible, y estamos seguros de contar para ello con todo su apoyo y comprensión.

Solicito se responda por el recibimiento de esta nota y le sea comunicada textualmente al personal de las áreas involucradas. Entiendo que no en todas las circunstancias podrá seguirse mi plan de parto, pero descuento la buena voluntad y la capacidad probada de todos los profesionales que van a acompañarnos. También entiendo que la Constitución Argentina, en sus declaraciones, derechos y garantías (arts. 42 y 43), y las leyes n° 17132 y n° 25929 me otorgan el derecho inalienable de aceptar o rechazar un procedimiento médico.

Por último, dejamos por sentado que ante irregularidades referentes a la atención de mi bebé y/o mía, tanto en el trabajo de parto, el parto, el alumbramiento y/o en la realización de una cesárea, no dudaremos en accionar legalmente para hacer valer nuestros derechos y sus obligaciones. Entendemos por irregularidades no respetar este plan de parto siempre que sea posible y cuando ninguna situación de salud lo justifique, sobre todo en lo referente a la atención rutinaria del recién nacido. Estamos seguros de que esta será una experiencia muy gratificante y enriquecedora para todos.

Muchas gracias.

.....Firma y aclaración (madre) DNI.....

.....Firma y aclaración (padre) DNI.....

Obra social/prepaga de la madre: n° de afiliada.....

Obra social/prepaga del padre:n° de afiliado

.....

Domicilio particular: Calle..... n°..... Dto.....Esc

Monoblock Tel.

Localidad Pcia.:..... País:

.....

Firma y sello del/de la director/a del/la Hospital/Clínica/Sanatorio/Maternidad:

Firma y sello del/de la jefe/a de Obstetricia:

Firma y sello del/de la obstetra:

Firma y sello del/de la partero/a:

Firma y sello del/de la jefe/a de Neonatología:

Firma y sello del/de la neonatólogo/a que asistió al RN:

Además de nuestros deseos y convicciones, nos han guiado para la confección de este plan de parto los siguientes documentos y leyes válidas en la Argentina: Ley Nacional de Derechos en el Nacimiento (Ley n° 25929); Ley n° 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (capítulo III del

Consentimiento Informado), Propuesta Normativa Perinatal del Ministerio de Salud de la Nación, año 2004 con Resolución Ministerial.

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

LIBROS, ARTÍCULOS E INFORMES

- Alba Romero, C. de; Aler Gay, M. I. y Olza Fernández, I., *Maternidad y salud. Ciencia, conciencia y experiencia*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad-Ediciones Centro de Publicaciones Paseo del Prado, 2012.
- Alfirevic, Z.; Devane, D. y Gyte, G. M. L., “Continuous cardiotocography (CGT) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (review)”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nº 5, 2013.
- Althabe, F.; Belizán, J. M. y Bergel, E., “Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study”, *BMJ*, 324(7343), 2002.
- Álvarez, M.; Claramunt, M. A.; Carrascosa, L. y Solvente, C., *Las voces olvidadas*, Tenerife, Ob Stare, 2011.
- American Academy of Family Physicians, *Clinical practice guideline: planning for labor and vaginal birth after cesarean*, Kansas, American Academy of Family Physicians, 2014.
- Arms, S., *Immaculate deception*, Boston, Houghton Mifflin, 1975.
- Belli, L., “Violencia obstétrica, otra forma de violación a los derechos humanos”, *Revista Redbioética*, Unesco, año 4, 1(7): 25-34, enero-junio de 2013.
- Bertherat, M.; Bertherat, T. y Brung, P., *Con el consentimiento del cuerpo*, Barcelona, Paidós, 2003.
- Brienza, L., “Psicoprofilaxis obstétrica o acerca de qué hay que prevenir a las embarazadas. Pensar con Foucault la medicalización de los nacimientos”, ponencia presentada en las Jornadas Michel Foucault: Historia y Presente, Rosario, Universidad Nacional de Rosario, 2014.
- Campiglia, M., “Violentar el nacimiento. Violencias institucionales”, *El Cotidiano*, nº 191, mayo-junio de 2015.
- Casale, R.; Ferreiros, J. A.; Mónaco, A.; Verger, A. y Toronchik, A., *Procedimientos obstétricos basados en la evidencia*, Buenos Aires, Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, 2009.
- Castellanos, C. y Terán, P., *Violencia obstétrica: percepción de las usuarias*, trabajo especial de grado presentado para optar al título de especialista en Obstetricia, Caracas, Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina-Comisión de Estudios de Postgrado-Maternidad Concepción Palacios, 2012 (inédito).
- Comité de Lactancia Materna de la Sociedad Española de Pediatría, *Lactancia materna: guía para profesionales*, Madrid, Monografías de la AEP, 2004.
- Davis-Floyd, R., *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*, Buenos Aires, Creavida, 2009.

- Davis-Floyd, R. y Sargent, C., "Introduction: the anthropology of birth", en *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*, Berkeley, University of California Press, 1997.
- Davis-Floyd, R. y St. John, G., *Del médico al sanador*, Buenos Aires, Creavida, 2004.
- Ehrenreich, B. y English, D., *Brujas, comadronas y enfermeras*, Barcelona, La Sal, 1981.
- Fariás, C., *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia*, tesis de la maestría en Psicología Social, Montevideo, Facultad de Psicología, Universidad de la República de Uruguay, 2014.
- Federici, S., *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, Buenos Aires, Tinta Limón, 2015.
- Fernández del Castillo, I., *La revolución del nacimiento*, Madrid, Edaf, 1994.
- Fortaleza '85, *Primer informe de parto planificado en domicilio*, Buenos Aires, Fortaleza '85, 2016.
- Gaskin, I. M., *Partería espiritual*, Buenos Aires, Mujeres Sabias, 2007.
- Giberti, E., "Parto vertical", *Página/12*, suplemento Las 12, 10/07/1998.
- , "'Portarse bien' durante el parto", *Página/12*, suplemento n° 2 de la colección Escuela para Padres, Buenos Aires, 1999.
- González, C., *Comer, amar, mamar*, Madrid, Planeta, 2009.
- Gray, M., *Luna roja. Los dones del ciclo menstrual*, Madrid, Gaia, 1999.
- Gregory, K. D.; Korst, L. M.; Cane, P.; Platt, L. D. y Kahn, K., "Vaginal birth after cesarean and uterine rupture rates in California", *Obstetrics & Gynecology*, 94(6):985-989, diciembre de 1999.
- Gupta, J. K.; Hofmeyr, G. J. y Shehmar, M., "Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (review)", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 5, 2012.
- Gutman, L., *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*, Buenos Aires, Del Nuevo Extremo, 2007.
- , *La familia nace con el primer hijo*, Buenos Aires, Del Nuevo Extremo, 2009.
- , *La revolución de las madres*, Buenos Aires, Planeta, 2014.
- Hipócrates, "Sobre la naturaleza del niño", en *Tratados hipocráticos*, vol. VIII, Madrid, Gredos, 2003.
- Hodnett, E. D.; Downe, S.; Edwards, N. y Walsh, D., "Centros de obstetricia con características familiares versus centros de obstetricia institucionales convencionales", *La Biblioteca Cochrane Plus*, n° 2, 2008.
- Hutter Epstein, R., *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*, Madrid, Turner, 2010.
- Janssen, P.; Saxell, L.; Page, L.; Klein, M.; Liston, R. y Lee, S., "Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician", *CMAJ*, 181(9), octubre de 2009.
- Johnson, K. (2013), *Elective labor induction may soon be medical history*, disponible en: <www.medscape.com>, última consulta: 26/07/2017.

- Kemp, E.; Kingswood, C. J.; Kibuka, M. y Thornton, J. G., “Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia (review)”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nº 2, 2017.
- Kitzinger, S., “Birth as rape: there must be an end to ‘just in case’”, *Obstetrics British Journal of Midwifery*, 14(9): 544-545, septiembre de 2013.
- Knibiehler, Y., *Historia de las madres y la maternidad en Occidente*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2001.
- La Liga de la Leche, *El arte femenino de amamantar*, México, Pax, 2001.
- Larguía, M.; González, M. A.; Solana, C.; Basualdo, M. N.; Di Pietrantonio, E.; Bianculli, P. y Esandi, M. E., *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural: conceptualización e implementación del modelo*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación-Unicef, 2011.
- Lawrence, A.; Lewis, L.; Hofmeyr, G. J. y Styles, C., “Maternal positions and mobility during first stage labour (review)”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nº 1, 2013.
- Lawrence, R. A. y Lawrence, R. M., *Lactancia materna. Una guía para la profesión médica*, Madrid, Elsevier, 2007.
- Leboyer, F., *Nacimiento sin violencia*, Madrid, Gaia, 2010.
- Lemos, A.; Amorim, M. M. R.; Dornelas de Andrade, A.; De Souza, A. I.; Cabral Filho, J. E. y Correia, J. B., “Pushing/bearing down methods for the second stage of labour”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nº 10, 2015.
- Lorenzo, B., *Parir en casa*, Buenos Aires, Cien Lunas, 2017.
- Mascaró Porcar, J. M., *La asistencia al parto y al embarazo a través de los tiempos*, discurso reglamentario de ingreso como académico a la Real Academia de Medicina de Barcelona, 1947; disponible en: <ramc.cat/wp-content/uploads/2017/02/Josep-M-Mascaro-i-Porcar.pdf>.
- Ministerio de Salud de la Nación, *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia*, Buenos Aires, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2004.
- Northrup, Ch., *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer: una guía para la salud física y emocional*, Barcelona, Urano, 1999.
- Odent, M., *La cientificación del amor*, Buenos Aires, Creavida, 2001.
- , *El granjero y el obstetra*, Buenos Aires, Creavida, 2002.
- , *La cesárea*, Barcelona, La Liebre de Marzo, 2004.
- , *Nacimiento renacido*, Buenos Aires, Creavida, 2005.
- , *El bebé es un mamífero*, Tenerife, Ob Stare, 2011.
- Olza Fernández, I., *La activista*, Tenerife, Ob Stare, 2010.
- , *El síndrome de estrés postraumático como secuela obstétrica. Información para profesionales de la atención al parto*, disponible en: <www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estresPostraumatic última consulta: 26/07/2017.
- Olza Fernández, I. y Lebrero Martínez, E., *¿Nacer por cesárea?*, Bogotá, Norma, 2006.

- Olza Fernández, I y Gainza, I., “Tratamiento psicosocial de madres lactantes con depresión postparto en Atención Primaria. Trabajo Social y Salud”, *Dialnet*, nº 45, 2003.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Grupo Científico sobre los Efectos del Parto en el Feto y el Recién Nacido, *Efectos del parto en el feto y el recién nacido* (informe), Ginebra, 1965.
- , Conferencia Internacional de Fortaleza. *21 recomendaciones, actualizadas en cuidados en el parto normal: guía práctica de 1996*, Brasil, 1985.
- , *Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento (Declaración de Fortaleza, 1985)*; disponible en: <www.nacerencasa.org>.
- , *Cuidados en el parto normal. Una guía práctica*, informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo, Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, Ginebra, 1996.
- , *Principios de la OMS acerca de cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto*, 2001.
- , *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*, 2002.
- , *Un nuevo estudio revela que la mutilación genital femenina expone a las mujeres y a sus niños a riesgos importantes en el momento del parto*, comunicado de prensa, Ginebra, 2006.
- , *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*, 2014.
- , *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*, 2015.
- , *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*, 2016.
- Osorio, V.; Mazur, R. y Cortese, M., *Las verdades del parto en casa*, Buenos Aires, 2017 (informe).
- Papagno, L. (2003), *La violencia en sala de partos. Su acción traumática*, disponible en: <blog.mundotueris.es>, última consulta: 26/07/2017.
- Papagno, L. y Vidal, L., *Fundamentos para un parto sin violencia*, Buenos Aires, Celcius, 1986.
- Pronsato Santandreu, J. A., *Tecnologías apropiadas vs. rutinas acrílicas en perinatología*, conferencia pronunciada en Fundalam, 2002.
- Quevedo, P., *Violencia obstétrica, una manifestación oculta de la desigualdad de género*, tesis de la licenciatura en Trabajo Social, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, 2012.
- Rey, M. R., *Laguna en peligro. Cuentos de Meristemo 2*, Buenos Aires, Colihue, 1994.
- Rich, A., *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*, Valencia, Instituto de la Mujer-Universidad de Valencia, 1996.
- Rodríguez Bustos, C., “Recuperando a la mujer prohibida”, 1º de enero, 2015; disponible en: <www.nodo50.org>.
- , *La maternidad y la correlación entre la libido y la fisiología*, Madrid, Crimentales,

- 2006.
- , *La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente*, Madrid, Crimentales, 2007.
- , *La sexualidad y el funcionamiento de la dominación*, Madrid, Crimentales, 2007.
- , *Pariremos con placer*, Madrid, Crimentales, 2007.
- , *El asalto al Hades, primera parte*, disponible en: <sites.google.com/site/casildarodriganez>, 2010.
- Rodríguez Gómez, J. M., *Microbiota de la leche humana. Implicaciones para la salud materno-infantil. Curso de Actualización en Pediatría 2014*, Madrid, Exlibris, 2014.
- Royal College of OBGYN, “Birth after previous caesarean birth”, *Green-top Guideline*, nº 45, 2015.
- Ruiz Vélez-Frías, C., *Parir sin miedo*, Tenerife, Ob Stare, 2016.
- Sadler, M., “Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario”, en M. Sadler, M. E. Acuña y A. Obach, *Nacer, educar, sanar: miradas desde la Antropología del Género*, Santiago de Chile, Catalonia, 2004.
- Sánchez Montoya, J. y Palacios Alzaga, G., *Matronas. Bloque obstétrico. Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto*, Madrid, Fundación Hospital Alcorcón, 2007.
- Schallman, R., *Parir en libertad. En busca del poder perdido*, Buenos Aires, Grijalbo, 2007.
- Serrano Monzó, I., *Apuntes históricos de la profesión de matronas. A propósito de la exposición Matronas y Mujeres en la Historia*, Asociación Navarra de Matronas, 2015; disponible en: <matronasdenavarra.com/wp-content/uploads/2015/04/historia.pdf>.
- Shellhorn, C. y Valdés, V., *Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud*, Santiago de Chile, Unicef-XEROX, 1995.
- Stern, D., *El nacimiento de una madre*, Buenos Aires, Paidós, 1999.
- Stoppard, M., *Concepción, embarazo y parto*, Barcelona, Grijalbo, 2006.
- Trepas Casanovas, C., *El tesoro de Lilith*, Barcelona, Carla Trepas, 2014.
- Uranga, A.; Urman, J.; Lomuto, C.; Martínez, I.; Weisbur, M.; García, O.; Galimberti, D. y Queiruga, M., *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación-Unicef, 2010.
- Valdés, V. y Morlans, X., “Aportes de las doulas a la obstetricia moderna”, *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70(2), 2005.
- Vazquez, V., *Dar la teta*, Buenos Aires, Del Nuevo Extremo, 2013.
- Wojcieszek, A. M.; Stock, O. M. y Flenady, V., “Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term (review)”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nº 10, 2014.

LINKS A ARTÍCULOS

Amedee Peret, F. J. (OMS), “Tratamiento del dolor para mujeres en trabajo de parto: resumen de revisiones sistemáticas”, disponible en:

<extranet.who.int/rhl/node/76214>.

Amorim, M. M. R. y Katz, L. (OMS), “Apoyo continuo a las mujeres durante el parto”, disponible en: <extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/care-during-labour-3rd-stage-15>.

Asociación Argentina de Parteras Independientes, “Informe sobre parto vaginal después de 1 o 2 o más cesáreas”, disponible en: <www.facebook.com/media/set/?set=a.2068865390006762.1073741831.1733267073566597&type=1&l=8de946b91>.

Belizán, J. y Beguel, E., “Las tasas de episiotomía en las mujeres primíparas en América Latina: estudio descriptivo en el hospital”, disponible en:

<www.bmj.com/content/324/7343/945.1.long>.

Comisión de Lactancia MINSAL-UNICEF, “La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca”, disponible en:

<www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf>.

Gilart Cantizano, P.; Cantizano Núñez, M. J. y Landrogez Salinas, S., “Actualización sobre el uso de la maniobra de Hamilton como método de inducción del parto vs. inducción farmacológica”, disponible en: <www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/maniobra-hamilton-induccion-parto>.

Grupo de Trabajo Técnico, Organización Mundial de la Salud, Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, “Cuidados en el parto normal: una guía práctica”, disponible en:

<www.sarda.org.ar/content/download/613/3964/file/78-80.pdf>.

Improving Birth Coalition [Coalición para el Mejoramiento del Parto], “The risks of cesarean section. A coalition for improving maternity services fact sheet”, disponible en:

<<http://www.motherfriendly.org/Resources/Documents/TheRisksofCesareanSectionFe>

Matute Albo, J.I., “Recomendaciones de la OMS para el parto: conflicto de intereses” disponible en:

<www.quenoosseparen.info/articu#los/documentacion/documentos/Partoconflictointer

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos-Presidencia de la Nación, “Violencia de género. Denuncia de la violencia obstétrica”, disponible en: <www.jus.gob.ar/areas-tematicas/violencia-de-genero/denuncia-de-la-violencia-obstetrica-modelos-e-instructivo.aspx>.

Ministerio de Salud-Presidencia de la Nación, “Parto respetado”, disponible en:

<www.msal.gob.ar/index.php/contacto/354-parto-respetado>.

Morley, G., “Pinzamiento prematuro del cordón umbilical y daño cerebral”, disponible en:

<www.holistika.net/parto_natural/el_bebe/pinzamiento_prematuro_del_cordon_umbili

Odent, M., “La hora siguiente al nacimiento: dejen en paz a la madre”, disponible en:

<www.holistika.net/parto_natural/parto_fisiologico/la_hora_siguiete_al_nacimiento_d

- Odent, M., “La primera mirada. Efectos conductuales de las hormonas del parto”, disponible en: <saludmentalperinatal.es/la-primera-mirada-efectos-conductuales-de-las-hormonas-del-parto>.
- Olza Fernández, I., “Ante la creciente epidemia de inne-cesáreas”, disponible en: <www.holistika.net/parto_natural/la_cesarea/ante_la_creciente_epidemia_de_inne-cesareas.asp>.
- Olza Fernández, I., “Oxitocina, intraparto y lactancia”, disponible en: <iboneolza.wordpress.com/2012/04/03/oxitocina-intraparto-y-lactancia>.
- Olza Fernández, I.; Marín Gabriel, M.; Malalana Martínez, A.; Fernández-Cañadas Morillo, A; López Sánchez, F. y Costarelli, V., “Comportamiento alimentario del recién nacido deprimido por la oxitocina intraparto: un estudio piloto”, disponible en: <onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2012.02668.x/abstract>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), “Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas”, disponible en: <www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), “Recomendaciones para la estimulación del trabajo de parto. Puntos destacados y mensajes clave de las Recomendaciones mundiales de la Organización Mundial de la Salud para 2014”, disponible en: <apps.who.int/iris/bitstream/10665/200213/1/WHO_RHR_15.05_spa.pdf>.
- Pérez Vergara, I.; Caballero Barrera, V. y Velasco Ruiz, M., “Beneficios del piel con piel en la cesárea (resumen)”, disponible en: <www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/beneficios-piel-con-piel-cesarea>.
- Red Argentina de Salud, “Advierten sobre el aumento de cesáreas innecesarias en la Argentina”, disponible en: <www.nacionysalud.com.ar/node/5175>.
- Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento. “Declaración de Ceará en torno a la Humanización”, disponible en: <www.soniacavia.com.ar/relacahupan.com.ar/declaracion.html>.
- Simón-Melchor, L.; Jiménez-Sesma, M. L.; Solano-Castán, J. y Simón-Melchor, A., “Inmersión en el agua durante el trabajo de parto y alumbramiento”, disponible en: <www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/inmersion-agua-trabajo-parto-alumbramiento>.
- Tendencias científicas, “Mecanismos moleculares dentro de los pulmones del feto dan inicio al parto”, disponible en: <www.tendencias21.net/Mecanismos-moleculares-dentro-de-los-pulmones-del-feto-dan-inicio-al-parto_a40689.html>.
- Unicef, “Maternidades seguras y centradas en la familia para fortalecer los derechos de las mujeres y sus bebés”, disponible en: <www.unicef.org/argentina/spanish/media_29998.html>.
- Univadis, “Los investigadores brasileños alcanzaron una tasa nula de episiotomía, alta frecuencia de perineo intacto, menor necesidad de sutura y ausencia de resultados adversos”, disponible en: <www.univadis.co.uk/viewarticle/acog-brazilian-researchers-reached-a-zero-rate-of-episiotomy-high-frequency-of-intact-perineum-reduced-need-for-suturing-and-no-adverse-outcomes-156318?>

utm_medium=TextLink&utm_source=TrendMD&utm_campaign=Univadis_Acquisiti
Univadis, “Las posiciones maternas en la segunda etapa del parto pueden afectar el resultado del parto”, disponible en: <www.univadis.co.uk/viewarticle/maternal-positions-in-2nd-stage-of-labor-may-affect-delivery-outcome-506311?s1=news>.

SITIOS WEB DE INTERÉS

Asociación El Parto Es Nuestro: <www.elpartoesnuestro.es>.

Birth Trauma Association [Asociación Parto Traumático]:

<www.birthtraumaassociation.org.uk>.

Grupo de Facebook Cord Clamping [sitio web con información sobre el momento del corte del cordón umbilical]: <www.facebook.com/CordClamping>.

Improving Birth Coalition [Coalición para el Mejoramiento del Parto]:

<www.motherfriendly.org>.

International Cesarean Awareness Network [Red Internacional de Concientización de Cesáreas]: <www.ican-online.org>.

Terra Mater – Formación en Salud Mental Perinatal: <www.saludmentalperinatal.es>

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres que participan del grupo Para Saber Con Quién Parimos, especialmente a las que contaron sus historias para este libro.

A Ana Wajszczuk, por la propuesta. A Mariano Valerio.

Al doctor Michel Odent, por el prólogo.

A Liliana Lammers, Fernando Daverio, Cecilia Zerbo, Carina Sives, Mariana Nazar, Ayelén Díaz Fernández, María Laura Cometta, Loana Dorfman, Violeta Osorio, Melina Bronfman y muy especialmente a Francisco Saraceno, por su gran colaboración.

A Alejandro, por acompañarme una vez más.

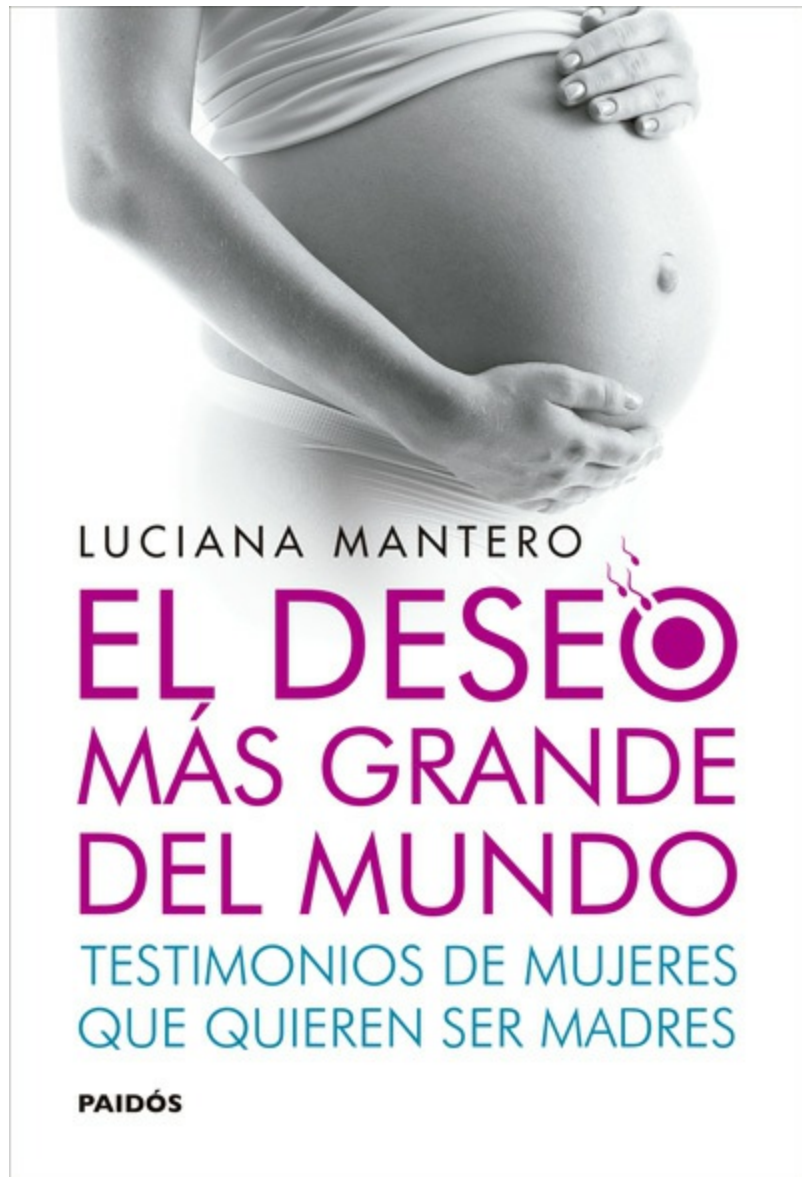
A mi mamá, a Violeta Vázquez, Silvina Caserta, Paula Rosso, María Salaberry, Vendela Chignac y Fernanda Kluguer por apoyarme y alentarme.

Grupo Planeta

¡Seguinos!



¿Te gustó este libro? Te recomendamos...



Índice

Portadilla	4
Prólogo. Una pregunta a propósito de la necesidad de información durante el embarazo	9
Introducción: el grupo Para Saber Con Quién Parimos	12
1. El nacimiento de la desconexión	20
2. Sobre el parto y sus historias	24
3. Fisiología del parto	29
4. Cascada de intervenciones	37
5. Los mitos del parto	44
6. La episiotomía	50
7. Violencia obstétrica	55
8. Pérdidas gestacionales y violencia obstétrica	63
9. Violencia obstétrica: asesoramiento legal	67
10. Los cursos de parto	71
11. La doula	75
12. La cesárea	81
13. Parto vaginal después de cesárea	92
14. Parto en casa y parto en institución	100
15. La vivencia del bebé: el parto y la hora sagrada	108
16. La lactancia y la puericultora	112
17. Guía de preguntas al obstetra y a equipos de parto planificado en domicilio	121
18. En primera persona: los médicos y los parteros	126
Epílogo: a modo de cierre	144
APÉNDICES	148
I. Relatos de nuestro poder	149
II. La ley: derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento	172
III. El plan de parto	174

Bibliografía seleccionada
Agradecimientos

187
195