Las posiciones verticales o inclinadas, que las mujeres toman instintivamente y que favorecen las parteras, son más efectivas y lógicas pues aprovechan la ley de la gravedad, como si la madre fuera un árbol y su hijo el fruto que cae.

Otro elemento presente en la atención al parto en los servicios organizados de salud es la anestesia, que no sólo se aplica en los partos complicados, donde está justificada, sino en todos porque la mujer no está preparada ni física, ni psíquicamente para el parto natural.

Al inicio de la colonia en México –entonces Nueva España– los cronistas hablaban de la facilidad que tenían las indias para parir. En cambio, con los españoles llegó la asociación del parto con el dolor, idea que había dominado en la Edad Media como herencia de la medicina hebrea antigua.

Leemos en la Biblia las palabras de Dios a Eva: "Multiplicaré tus trabajos y miserias en tus preñeces: con dolor parirás los hijos, y estarás bajo la potestad y mando de tu marido".

El temor, a través de reflejos condicionados, causa dolor; éste produce más temor, el que a su vez produce tensión muscular donde debería haber relajación, y así se origina una cadena de dolor-tensión-dolor, cada vez más intensos. Bajo estas circunstancias la mujer necesita algo que la calme. El problema es que todos los anestésicos pueden tener efectos negativos en la madre y en su hijo –incluso el epidural que se pone en la parte baja de la espalda y que es el más seguro. La partera no los emplea.

Las mujeres huicholas piensan, durante su trabajo de parto, en el día en que engendraron a su hijo, para que ese momento pueda ser tan placentero como aquél.

Toda intervención médica en el parto, a menos de ser inteligente y moderada, tiende a producir una situación en que se requerirá otra intervención posterior. Así, las hormonas artificiales, al provocar que las contradicciones sean más cercanas, fuertes y prolongadas, son causa de mayor recurrencia a analgésicos, los cuales pueden inhibir el deseo de pujo en la mujer, lo que posiblemente conduzca a la necesidad de usar fórceps o de practicar una cesárea.

En los hospitales se recurre a esta última en forma cada vez más frecuente. Es cierto que hoy se realiza en todos los casos necesarios como madre diabética o nacimiento de bebés prematuros que no soportan bien las condiciones del parto, pero también hay un abuso de ella. En los hospitales privados las cesáreas se practican por razones pecunarias, y en los hospitales de seguridad so-

La partera: figura obsoleta

Ma. Isabel Inclán

Dentro de la medicina moderna, la partera es obsoleta, ha dado paso a una atención más completa, científica y cabal hacia la futura madre", dice a FEM el Dr. Ricardo Escandón Ruiz, quien lleva 30 años trabajando como médico ginecólogo al servicio del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y se refiere explícitamente a la partera y su sustitución por el ginecólogo.

Partera quiere decir 'comadrona', de co-madre, es decir, cerca de la mujer que pronto dará a luz a un recién nacido. En México no era extraño, hasta quizás la década de los 50's, que en todos los servicios hospitalarios de maternidad, las diversas salas destinadas a la atención a las parturientas, estuvieran encomendadas a estas abnegadas enfermeras (parteras).

Desde la sala de admisión, tomando en cuenta el diagnóstico de las condiciones de las pacientes a su ingreso, hasta las salas de expulsión –donde se atiende el parto–, pasando por las llamadas salas de labor, donde se vigila todo el trabajo de parto, era un proceso supervisado por esa experimentada dama de blanco.

Esta situación ha ido cambiando al paso del tiempo. La vigilancia de la futura madre, desde que concibe al niño, es llevada a cabo en la medicina moderna por especialistas en la materia. La atención prenatal acuciosa, en que se detectan los problemas y complicaciones del embarazo y su manera de evitarlos, sólo se concibe a cargo de una persona altamente preparada.

La admisión de la madre al hospital supone la integración del diagnóstico completo de su estado físico, pues la paciente pronto se enfrentará a un proceso de alto riesgo y su evaluación completa, así como la del producto, y la relación armoniosa o no entre ambos, sólo pueden ser diagnosticadas por un médico ginecobstetra con experiencia. Una mala posición fetal, una inserción baja de la placenta, un proceso de preeclampsia, un sufrimiento fetal, sólo podrán ser detectados por un especialista cuidadoso.

Ahora bien, ya en el trabajo de parto, la vigilancia debe ser todavía más estrecha, pues la oxigenación fetal deficiente puede presentarse en cualquier momento del descenso del producto; y en muchas ocasiones, la utilización de instrumental electrónico –como el registro del electrocardiograma fetal– puede ser necesario.

El ginecólogo debe estar vigilante en todo momento para decidir la conducta a seguir: acelerar o moderar las contracciones uterinas, vigilar las condiciones hídricas de la paciente, constatar su funcionamiento cardíaco, pulmonar o renal.

El anestesiólogo es otro de los médicos que debe estar presente junto a la madre, para modificar aquella maldición bíblica de tener los partos con dolor; su experiencia debe ser utilizada para ofrecer un parto digno –en donde se pesan las alternativas diversas– para obtener un producto apto, sano y sin la degradación materna dentro de un círculo de espasmo y dolor.

La recepción del producto sólo puede ser encomendada a quien, ya teniendo la experiencia y el conocimiento anatómico y fisiológico femenino, garantice la reparación de aquellos tejidos que espontáneamente se lesionan durante el parto normal; y tenga la seguridad de realizar cualquier intervención quirúrgica con su reparación inmediata para obtener un regreso ap-integrum del canal vaginal, del cervix uterino de la matriz, durante el proceso de parto y del puerperio.

La atención inmediata del recién nacido estuvo también encomendada a esta suigéneris enfermera que sostenía una responsabilidad que iba más allá de sus propias fuerzas, pero que ahora, dentro de la medicina moderna debe estar supeditada al especialista en niños y además entrenado en las urgencias del recién nacido: la respiración inmediata, la atención de algunas complicaciones incipientes en el nuevo ser; éstas demandan la presencia del pediatra neonatólogo, pues de otra forma las lesiones al nacer, pueden dejar un daño permanente.

Es así como el niño, a través de un viaje tan corto, pues sólo son unos centímetros los que viaja a través de la pelvis de su madre, debe ser custodiado, vigilado en cada uno de sus pasos. Y esto en la actualidad, en el medio hospitalario moderno no puede ser llevado a cabo, de ninguna forma, por la antigua partera, por la venerada y confiable comadrona.

En muchos sitios, alejados, en comunidades distantes o sin medios (servicios), quizás todavía la función de la partera sigue siendo útil, no dudo que en esos casos su presencia sea necesaria y hasta indispensable, pero dentro de la medicina moderna, su figura se ha hecho obsoleta, ha dejado paso a una atención más completa, científica y cabal a la futura madre.

Finalmente el ginecólogo Dr. Ricardo Escandón se refirió al trato de la paciente que es "siempre a beneficio del niño. En muchos casos se utiliza la anestesia local para que la paciente esté consciente y pueda ayudar al médico". El Dr. Ricardo Escandón recalcó que las pacientes que han recibido alguna preparación (psicoprofiláctico) "colaboran mejor con el médico en el nacimiento del niño".

cial porque ahí se forman los médicos privados y porque permiten al médico tener todo bajo control.

Es cierto que en algunos casos de desproporción entre la pelvis de la madre y la cabeza del niño, las parteras no pueden hacer nada, pero cuando el niño viene mal colocado –de pies o de nalgas– las parteras logran voltearlo de cabeza, por medio de masajes dados en el vientre de la embarazada durante los últimos tres meses del embarazo, procedimiento que ya las parteras de India y Mesoamérica realizaban con gran habilidad.

Cuando el niño ha nacido, en el hospital vuelven a administrársele a la madre hormonas artificiales para acelerar la salida de la placenta. Algunos textos médicos afirman que ésta raramente se da de manera natural. Es difícil imaginar cómo habrán dado a luz las mujeres durante los, quizá, dos millones de años de evolución humana que precedieron a su invención.

Otra vez el procedimiento de la partera es más suave. Ella vuelve a dar tés, pone lienzos calientes en el abdomen de la madre, le da masaje en el vientre con movimientos hacia abajo, y coloca en su pecho a su recién nacido, quien al mamar provoca la rápida expulsión de la placenta. Luego prepara el temazcal en el que madre e hijo se dan su primer baño juntos.

En el centro de salud u hospital se separa a la madre de su hijo inmediatamente después del nacimiento –la mayor parte de las veces sin poder tocarlo siquiera–, para no volver a llevárselo hasta que se le da de alta, o tres veces al día empezando a las 24 horas, si bien hay unas pocas instituciones que favorecen el alojamiento conjunto de madre e hijo.

Por otro lado, desde el primer día se le ofrece al recién nacido agua con azúcar y fórmulas lácteas a base de leche de vaca, cuando existen cientos de estudios que muestran que en los primeros meses de vida la leche humana es la única adecuada para el ser humano.

Durante los días que dure su estancia en el hospital el niño pertenece a éste; sus padres, generalmente, sólo pueden observarlo a través de cristales.

El que madre e hijo permanezcan muy cerca el uno del otro está naturalmente establecido, pero ha ido desapareciendo en los partos hospitalarios pues ahí no se toman en cuenta los aspectos afectivos de los mismos.

No puede negarse que los avances de la ginecobstetricia moderna ofrecen más seguridad a madres y recién nacidos en partos complicados. Tampoco, que la práctica de las