

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN JUAN

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Curso de postgrado

“SISTEMAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL”

**“COSTOS/BENEFICIOS EN PARTERÍA
CONVENCIONAL V & PARTERÍA QUE
RESPETA LA FISIOLÓGÍA”**

MONOGRAFÍA

PRESENTA:

Licenciada Obstétrica: Szegedy, Elena Melanía

2005

elenaszegedy@hotmail.com

_ ÍNDICE _

Introducción.....	3
Dimensiones de una maternidad, MEGAMATERNIDADES.....	5
Preguntas.....	6
Causas PREVALENTES de mortalidad materna mundiales.....	8
Marco Teórico.....	10
Conceptos sobre gestación, parto y nacimiento.....	13
Factores que influyen, generando resistencia.....	14
Parto filológico.....	15
¿Qué es el parto respetado?.....	15
Objetivos.....	21
Demostración.....	23
Conclusión.....	24
Propuesta.....	25
Educación Continua.....	25
Educación Continua para la población.....	25
Atención Primaria de la Salud.....	26
<u>AIEPI, (Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia)</u>	26
Consultorios Preconcepcionales.....	27
Consultorios para gestantes con excelencia.....	27
<u>Talleres Educativos</u>	
PIM: Preparación Integral para la Maternidad.....	27
La sugerencia para resolver la Partería en nuestra Provincia.....	28
Anexo 1.....	30
1º Parte.....	31
2º Parte.....	45
Bibliografía.....	48

INTRODUCCIÓN

Ante la realidad actual y confrontando con una mirada más humanizada basada en estudios científicos (fisiológicos, etológicos, psicológicos, sociológicos, antropológicos, haptonómicos, etc.), más una posición holística, rescatando los saberes ancestrales, positivos, sumados a lo convencional, se podría lograr una mixtura tal que daría resultados impensados, creemos así que la partería puede dar nuevos frutos que tenderán a una mejor calidad de vida en nuestra sociedad.

Analizar los obstáculos y las posibilidades de toda la red de salud, de cada Centro de Salud, los miedos del equipo médico y la realidad de sus pacientes, nos prepara para encontrar una solución operativa en pro de la **salud de todos** los que nos vamos encontrando alrededor de la gestante, de una madre pariendo a su hijo, **del bebé que viene naciendo**, o de una puérpera que amamanta a su recién nacido.¹

Esperamos que nuestra propuesta sea un aporte más a favor del cambio, el cual dará a luz cuando nos comprometamos creativamente en guiar humana y científicamente a las mujeres en sus procesos de dar vida.²

Ya en 1985 en Fortaleza, Brasil, la OMS, declaró que “EL NACIMIENTO NO ES UNA ENFERMEDAD” y propuso 16 Consejos, han pasado 28 años y si bien hay núcleos esclarecidos por la evidencia científica, aún la Partería sigue siendo una actividad en la mayoría de los centros, médico-técnica y no se respetan los mandatos fisiológicos y psicológicos del nacimiento

Partimos de la idea de que la Partería no inventó nada, ya todo lo había inventado la naturaleza, la obstetricia aprendió de ella incluso a detectar los errores, desvíos de la misma, lo que llevó a la creación de técnicas que ayudarían a resolver estos desvíos, como instrumentos de rescate, de salvataje, pero luego se desvirtuó el uso de las mismas, usándolas cuando no es necesario, transformándolas en **invasivas**.³

“Lo que se debe reconocer es que, la **urgencia obstétrica** suele ser, **urgencia dramática**”, *todo o nada*

Urgencia poblada de miedos enajenando a la madre en una maraña de aparatos, técnicas artificiales, con una estructura de la atención obstétrica que sirven a intereses extraños a los nucleares. Ello conlleva a enajenar también al médico, quien debe acompañar y de esa manera deja de ver lo esencial y deriva para ejercer acciones iatrogénicas desde lo corporal, psíquico, familiar y por último en lo social, alejando la mirada de la salud para centrarla en la enfermedad, cuando la mayoría de los partos se desarrollan normalmente⁴

”La crisis crónica de la obstetricia que se ha ido formando durante varios cientos de años ha llegado ahora a un punto agudo”

El establecimiento médico cita factores de riesgo para la “medicalización” del proceso, pero el (uso de sedantes, hormonas artificiales para estimular el trabajo, epidurales y otras anestias, fórceps y cesáreas diarias) no ha disminuido el “factor riesgo”; puesto que gran parte de éstas intervenciones médicas introducen nuevos riesgos.⁵

¹ Szegedy, E, Merlo, E., “Manos unidas a favor de la vida”, Confr.

² Szegedy, E, Merlo, E., “Manos unidas a favor de la vida”, Confr.

³ Szegedy, E, Merlo, E. “Manos unidas a favor de la vida”

⁴ Szegedy, E, Merlo, E. “Manos unidas a favor de la vida”

⁵ Odent, Michel, “Nacimiento renacido”

“Este énfasis en casos de alto riesgo sirve muy pobremente a los intereses de la gran mayoría de las mujeres que tienen embarazos y partos normales”.⁶

Los médicos se preparan para cosas terribles que podrían ir mal, los estudiantes y graduados saben todo sobre patologías, pero muy poco sobre clínica obstétrica y fisiología de un trabajo de parto fisiológico. “El resultado es que el nacimiento es visto como un problema potencial”⁷

Es de consenso general que la mujer debe portarse bien, amoldarse al sistema, soportar, no reclamar, es clasificada de loca, se porta mal, no colabora (¿Quién debe colaborar con quién?), molesta a cada rato, es colocada en situación de culpable, inútil para parir, en una situación de panóptica, y se le roba su intimidad, lo que interfiere en lo que promueve la puesta en marcha de todos los mecanismos naturales para el apego y fortalecimiento de los lazos, éste vínculo madre-hijo, modelo de amor que se está construyendo, teñirá la vida de ése “Recién nacido en el futuro para amarse a si mismo, al otro, a la madre tierra, a Dios”.⁸

La mujer fue aculturada y transculturada, perdiendo los saberes ancestrales y, el conocimiento científico es para ella actualmente top secret, lo que la vuelve vulnerable e ignorante de los poderes inscriptos en su constitución de mujer para parir, no le dan lugar con las intervenciones innecesarias a vivirse visceralmente, para poder conocer su poder inscripto en su cuerpo desde que somos seres humanos, vivirse y saberse tal cual es, esto actualmente en los centros de avanzada se resalta como **“EMPODERAR A LA MUJER”**, devolviéndole la posibilidad de conocerse plenamente; ante la ignorancia actual se entrega totalmente, pasando a ser un elemento pasivo en la gestación y el parto: su participación le permite la posibilidad de sentir visceralmente lo que ella es y su gran capacidad, promoviendo partos que aumentan en forma exponencial **“LA CALIDAD”**

El parto es una **encrucijada** en la que actúan en la emocionalidad de la mujer, su **prehistoria**, su **historia**, (tiene que ver con los sostenes o no sostenes y respetos o no respetos), todo en éste momento influirá e impactará en el **futuro**, lo que nos obliga a pensar para actuar con una gestante, a largo plazo.

¿Qué pasa que no se puede adherir a lo saludable?, ¿Porqué no pensar en el futuro?, nos importa el juicio inmediato, pero nos desentendemos de su futuro, la culpa se diluye y también el concepto de **“calidad de vida” = “calidad de parto”**⁹

Concepto de megamaternidades:

⁶ Odent, Michel, “Nacimiento renacido”

⁷ Odent, Michel, “Nacimiento renacido”

⁸ Odent, Michel, “La científicación del amor”, Confr.

⁹ Szegedy, E., Merlo, E., “Manos unidas a favor de la vida”

Dimensiones de una maternidad, MEGAMATERNIDADES::

En el marco de los conceptos sobre dimensión más propicia para la tarea de una maternidad basados en evidencia científica, [Para la OMS, una **megamaternidad**, (*más de 3.000 partos anuales*), no da los resultados deseados y esperados dentro de los enunciados a través de los últimos decenios, en todos los eventos internacionales para la salud, del binomio madre-hijo; resultados no demasiado felices por estar desbordados en ésta ingente tarea, que más de una vez los distrae de su principal protagonismo, que es el de ser el Servicio destinado a resolver la alta complejidad, muchas veces con normas poco claras que debieran adaptarse a las “16 recomendaciones para la gestación, parto y puerperio de la OMS”, a las Propuestas Normativas Básicas Perinatales del CLAP, a la Ley Federal de Salud, a la Ley 25.929, que protege con pautas sencillas pero respetuosas a la mamá y al bebé como una integridad, dando derecho a elegir sobre las acciones que se lleven a cabo en sus cuerpos, a la “Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia), Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud de la Nación, con normas que ayudan a evitar la **FAMILIATOMÍA**; por razones obvias que entendemos, desbordados, y estando siempre sujetos a plausibles juicios, se trabaja con el miedo por delante, en una medicina defensiva, éste ambiente termina no siendo saludable y satisfactorio para el binomio madre-hijo, ni para todo el personal que al trabajar sobrecargado, no puede desplegar todas las posibilidades en la tarea desde lo científico, técnico, emocional y vincular.

En estudios más recientes se ha demostrado que el número óptimo para poder realizar una atención minuciosa y personalizada que permita la captación de cualquier situación de riesgo y, realizar las acciones que morigeren o resuelvan los problemas que puedan ir presentándose en las primeras horas a veces decisivas hasta para la vida y/o la calidad de vida en el resto de la misma, es el promedio de dos, (2), partos diarios, “Japón funciona con el último modelo y los resultados son: tienen las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal más bajas del mundo”].¹⁰

¹⁰ Odent, Michel, “El granjero y el Obstetra”, Confr.

PREGUNTAS

¿Por qué la resistencia a adherirse a las Normas Perinatológicas bases, Tomo II, (16 Consejos de la OMS)?

¿Por qué la resistencia a adherirse a constituir la planta física en Unidades TPR, (Unidades Trabajo de Parto, Parto y Recuperación), con una bañera que permita realizar los partos en agua, el test del agua para tomar una decisión, porqué ésa negación a lo nuevo, facilitador y mejorador del nacimiento?

¿Por qué APS, que es la herramienta de la salud, es débil e ineficiente?

¿Por qué la resistencia a trabajar en equipo, cuándo los saberes de todos sinergiza las acciones en salud, nuestras actividades no sólo deben ser interdisciplinarias, si no también INTERDEPENDIENTES?

¿Por qué la red en horizontal y vertical en salud, (referencia y contrarreferencia, entre otras estrategias), es dejada de lado y hay resistencia para concretarla?

¿Por qué la falta de consultorios **preconcepcionales**?

¿Por qué la baja captación de embarazadas en el primer trimestre?

¿Por qué la alta tasa de abortos?

¿Por qué el alto porcentaje de H.T.A., gestosis?

¿Por qué el alto porcentaje de anemias?

¿Por qué el alto porcentaje de infecciones urinarias?

¿Por qué el alto porcentaje de problemas odontológicos no resueltos?

¿Por qué el bajo porcentaje de indicaciones claras, sobre movimientos y alimentación para evitar las anemias y las gestosis, desde la primera consulta, no esperar que la enfermedad se instale?

¿Por qué el alto porcentaje de cesáreas?

¿Por qué el alto número de peridurales?

¿Por qué el alto porcentaje de episiotomías?

¿Por qué el alto porcentaje de RAM, (Rotura Artificial de Membranas), si sabemos que puede ser causa de iatrogenia?

¿Por qué el alto porcentaje de inducciones?

¿Por qué el alto porcentaje de cesáreas programadas, y que mal programadas son las hacedoras mayores de prematuros, con todo lo que esto conlleva?

¿Por qué el alto porcentaje de estimulación en el parto?

¿Por qué el alto porcentaje de infecciones?

¿Por qué el alto porcentaje de internaciones de R.N.s en Neonatología?

¿Por qué la tasa de mortalidad materna altas?

¿Por qué la tasa de morbilidad, secuelas, con origen en el embarazo y parto, para puérperas y R.N.s?

¿Por qué las anemias en los infantes en el primer año de vida?

¿Por qué la baja prevalencia de la Lactancia Materna?

¿Por qué el alto porcentaje de insatisfacción de las usuarias?

Todas las respuestas a éstas preguntas implican **costo / beneficios**, intentaremos demostrar que la tarea basándose en la “Partería Respetada”, disminuye drásticamente el primero y aumentan igualmente los segundos.

Éste trabajo tiene su origen en la demostración de la franca disminución de los costos, en el parto mismo, cuando se aplican los conceptos de parto fisiológico “**respetado**”, (que por la evidencia científica a escala mundial demuestra la optima resolución para el binomio madre-hijo, lo que disminuye drásticamente la enfermedad, secuelas y muerte como consecuencia del parto, reduciéndose a la mínima expresión, lo que en cascada, al evitarse la enfermedad que insume un alto costo, sigue aún en forma mediata bajando los mismos, (Costos)

Las causas PREVALENTES de mortalidad materna mundiales, (pueden variar según regiones), “MM desde la concepción hasta el puerperio tardío, 60 días” **son**:

1º ABORTO 50%, de ahí la importancia de no perder la **oportunidad** en un aborto o parto de ofrecer los Métodos anticonceptivos, para evitar éste flagelo que además le produce un gran **costo** a la sociedad.

2. Hemorragias post alumbramiento

3. Sepsis

4. H.T.A.

Si nos atenemos a las causas **netamente OBSTÉTRICAS**, “MM desde las 20 semanas de la gestación hasta el puerperio tardío, 60 días” * **son**:

1. Hemorragias post alumbramiento

2. Sepsis

3. H.T.A.

Haciendo un análisis de atrás hacía adelante:

1. **3º HTA**: con una A.P.S. fuerte, y un buen consultorio que contemple todas las facetas de la evolución de la gestación en la **1º** consulta y partiendo del concepto de **oportunidad**, nos explayemos en educar a la madre, a parte del control técnico, desde los 2 meses vacuna antitetánica y P.A.P, sobre todo educar en **nutrición, suplementación y movimiento** apropiados para su **autocuidado**. Les hablemos de la “Vida secreta del bebino”, para mostrarles la magia de lo que porta su mochila uterina, lo que produce un giro saludable en la actitud materna; todo esto disminuye riesgos y, si la captación es temprana, el seguimiento correcto, se reducirían hasta el 90% de las H.T.A. inducidas por el embarazo, y se compensarían las H.T.A. crónicas, el riesgo llegaría a niveles mínimos, luego como causa de muerte se debilita sensiblemente, aumentando el número de gestantes de bajo riesgo, que podrán tener un parto fisiológico, respetado.
2. **2º SEPSIS**: Si respetáramos los mecanismos del parto, la bolsa de las aguas, impermeable a los gérmenes, si no tactáramos repetida e innecesariamente, arrastrando gérmenes patógenos que contaminan, edematizan tejidos lo que los hace más friables produciendo un mayor número de desgarros y microdesgarros, si con técnicas invasivas e innecesarias, no lastimáramos, no laceráramos, las infecciones tendrían un descenso drástico, por lo tanto las sepsis, prácticamente desaparecerían y generalmente cuando se instalasen serían más benignas.
3. **1º HEMORRAGIAS POST PARTO**, **está comprobado científicamente** y como dice nada más ni nada menos que el sabio Obstetra, Doctor Michel Odent, **que si se respetan los tiempos del parto, si no se interviene ni medicaliza en forma innecesaria, son casi nulas**, la primera causa *obstétrica prevalente* de muerte materna, casi desaparecería.

* Actualmente cuando se confecciona un certificado de defunción de una mujer en edad fértil, se deja constancia si hubo un embarazo, aborto o parto, 1 año antes, esto nos da pie para pensar que el puerperio puede ser hasta 1 año y matar en ése plazo”

Si respetáramos todo esto se podría llevar a la muerte materna y perinatal, así como a la morbilidad a la mínima expresión.

Todo lo antedicho no deja lugar a dudas que debemos elegir el parto fisiológicamente respetado para optimizar el

“COSTO / BENEFICIO”

MARCO TEÓRICO

En el estado del arte nos encontramos, sin dejar de lado las conquistas técnicas y tecnológicas, que aplicadas apropiada y adecuadamente, son rescatadoras de la salud y la vida de madres y bebés, pero que no deben ser aplicadas en forma indiscriminada, pasando a ser **invasivas** en los casos fisiológicos, instalando e imponiendo artificialmente distocias, que nos remiten a acciones iatrogénicas, **“Lo que acá se cuestiona no es ni la tecnología ni las técnicas, sí el uso indiscriminado, invasivo e INAPROPIADO”**, también vienen en nuestra ayuda **nuevos conceptos**, que se preocupan desde muy temprano, y aun se anticipan, como por ejemplo:

Consultorios Preconcepcionales: (cuya función es ir preparando a las futuras madres de la mejor manera con, estudios genéticos, tratamientos bucales, vacunas, tratamiento de ETS, PAP y Colposcopia, control y enseñanza del autocontrol de mamas, tratamientos de otras enfermedades, aporte de ácido fólico, estudio pelvimétrico ecológico, para conocer los diámetros de la pelvis materna, que nos permite en un futuro parto, relacionarlos con los diámetros cefálicos de un bebé, de casi término, detectados por ecografía, cuando hay una duda, para hacer o descartar el diagnóstico de desproporción pelvico-fetal, lo que permite prever las acciones para el parto.

Hacer educación a través de Talleres; sobre Paternidad Responsable, enseñando los MPFN; cuidados para evitar las E.T.S.; cuando hay abortos por embarazos no deseados, sobre los cuidados del mismo, enseñar un método de anticoncepción, pues está comprobado que una mujer que aborta tiene más posibilidades estadísticas de realizar otro aborto; educación en **nutrición**, lo que come una mujer antes de su embarazo, influye en el mismo, **evitar la deficiencia de oligoelementos**, lo ideal ingerir 2 veces a la semana pescado, (por el omega 3, el yodo y el selenio), no olvidar los cereales enteros, legumbres y la cadena terrestre, verde; contestar a las preguntas de las **necesidades sentidas**; introducir a las mujeres en el conocimiento de sus derechos legales y de la vida secreta del bebino, “riqueza que se despliega en abanico para saber que desde ése momento se educa y se establece el vínculo; enseñar los maravillosos beneficios de la Lactancia Materna, que vuelva ésta cultura, que promueve buena nutrición, salud, (física y emocional), vínculos, vida e inteligencia; todo con el objeto de permitirles llegar a ser madres participativas en decisiones y **autocuidados**, tanto en lo biológico como lo emocional “

Consultorios Prenatales de ALTA CALIDAD: (con el objeto de reducir y compensar enfermedades, para que la mujer llegue al parto en óptimas condiciones)

Precoz

Periódico

Completo

Amplia cobertura

Talleres: La **PIM**, (Preparación integral para la maternidad)

Los sostenes, la alegría, el movimiento + la nutrición apropiada y balanceada + la suplementación correcta, permiten que se desenvuelvan todas las potencialidades inscriptas en el huevo desde la concepción y el desarrollo de un embarazo sano y feliz, arrojando un mayor número de Partos Fisiológicos, ya que las condiciones enumeradas, aumentan la liberación de hormonas de la salud, disminuyen las de la enfermedad y

estrés, lo que hace que la gestación se desarrolle bien, (por eso es tan importante el lenguaje usado)

Luego del parto, Talleres de post parto para educar y ayudar a sostener la salud física, (nutrición, gimnasia), anticoncepción y sostener a la mujer emocionalmente.

Apoiados en acciones que predicen en forma prospectiva a partir de la investigación científica, con estudios que muestran evidencia científica, analizando las huellas y las consecuencias que dejan las acciones realizadas en el periodo “**PRIMAL**” del bebino, que abarca desde:

1º la concepción y embarazo.

2º el **periparto**, (en el parto tener muy en cuenta el periodo “**CRITICO**”, la primera hora, pues las hormonas se comienzan a eliminar después, ellas son las que preparan a mamá y bebé para el encuentro, producen un estado único e irreplicable en la vida de la mujer y la del R.N., de sensibilidad tal que el encuentro, **con-tacto** de estos dos seres en dicho periodo deja una **IMPRONTA**, sentando el fundamento sólido sobre el que se desenvolverá la construcción del modelo de vínculo, en los futuros re-encuentros; y con respecto a la lactancia materna, dicho encuentro marca, inscribe de tal manera que la leche fluye)

3º más el primer año de vida

Los 3 momentos con impacto a distancia en “**la salud, conducta, capacidad de amar**”¹ y el desenvolvimiento en la vida futura, tanto del nuevo ser, su mamá, su familia, **los vínculos**, la suma de éstos constituyendo una sociedad y, la suma de éstas el impacto que pueden ejercer sobre la civilización,² teniendo en cuenta la **vincularidad** en todos los tiempos que cubren, todo basado en los estudios de los 30 últimos años del Siglo XX, de los fisiólogos, etólogos, psicólogos, haptonomistas, (Haptonomía: ciencia de la afectividad, muy joven, con la que se puede comenzar a trabajar la comunicación desde el periodo prenatal, ésta confirmación afectiva temprana hace a la seguridad del eje de la personalidad de ésta personita para toda su vida)¹⁴, antropólogos, sociólogos, psicólogos, en los meta - análisis que nos llevan a la obstetricia basada en la evidencia científica, al descubrimiento de la vida secreta de éste bebino, por las ecografías y microfilmaciones, (no agresivos), con el desarrollo que presentan nos hacen saber que lo que le sucede en las primeras impresiones, (cuentan con una **memoria material**, construida a nivel límbico), dejarán profundas huellas, que aparecerán en las conductas futuras, lo que nos debe llevar a pensar que cada acción, gesto o palabra nuestra en la gestación, periparto, parto y puerperio dejará una huella que hará a la calidad de vida de éste ser, tendrá impacto en el vínculo del binomio y su entorno, en la salud física y emocional futuras, “**somos responsables del futuro de la humanidad**”. La construcción de la **resiliencia**, (capacidad de resistir y rehacerse), comienza muy tempranamente, lo que nos compromete más aún del cuidado del binomio desde el comienzo.

La educación y (“La Crianza comienzan en el vientre materno”)¹⁵, y, a la concepción de que somos un todo, bio-psico-espiritual-social-cultural., **marco de la “PARTERÍA RESPETADA”**.

¹ Odent, Michel, “La científicaci3n del amor”, Confr.

² “Michel Odent”

¹⁴ Dolto, Catherine, “Haptonomía pre y posnatal, por una ética de la seguridad afectiva”

¹⁵ Lerner Emmer, Laura, “Bienamado bebé”

Dolto, Catherine, “Haptonomía pre y posnatal, por una ética de la seguridad afectiva”

En éste periodo se puede comenzar a construir la violencia o la capacidad de amar.

[Para cambiar la vida hay que cambiar el nacimiento, lo que tendría impacto a nivel civilización “Michel Odent”]

Según éste autor cada vez que acompañamos un parto debemos pensar en función de la **fisiología** y de la **civilización**, a largo plazo.

Se sabe que la captación temprana, un consultorio de alta calidad, el acercarse con lenguaje emocional y comprensible, concientizando a la mujer y su entorno, el seguimiento en los casos de riesgo, que la mujer no se abandone ni se sienta abandonada, y el seguimiento después del parto hasta los 45 días, cuando todo es normal, extendiéndose más en situaciones patológicas, reduce hasta en más de un 80% al 90% las patologías que producen gastos importantes, que aumentan las intervenciones, el deterioro en la salud de la mujer y/o niño, que a su vez aumentan los costos.

Ya hay referencias en la literatura del descenso importante del 90% de los costos en un parto fisiológico versus un parto convencional, de demostrar esto en nuestro ámbito, se ocupara nuestro trabajo

Conceptos sobre gestación, parto y nacimiento

Una visión integral de la vida sexual inspirada en las ciencias biológicas modernas tiene **IMPLICACIONES PRÁCTICAS**, en el parto⁵

“El obstáculo más importante para cuestionar las condiciones del nacimiento es la profunda incomprensión a escala cultural, de la fisiología del embarazo y del parto”⁶

En el embarazo es fenomenal la dilución sanguínea, en un estudio muy amplio, con una población de más de 153.000 embarazadas se determinó que las madres con 8.5 a 9.5 de hemoglobina, eran las que parían niños de más peso.⁷, para conocer la anemia ferropriva con certeza, en laboratorio deberíamos estudiar el Fe. Pero el consumo de hierro es tan importante que debe darse una dieta rica en Fe.

Si la 2º Invasión trofoblástica es deficiente, con un aumento menor a 30 veces de las arterias espiraladas de la placenta, ésta inducirá a un aumento de la presión arterial de la madre para hacer que fluya más sangre a la placenta, solicitud del bebino, para asegurarse su oxigenación y nutrición, si la mamá está bien nutrida y en forma balanceada, éste mecanismo compensatorio no lo necesita el bebino, además la H.T.A. del embarazo no es sodio dependiente, no hay que dar dietas asódicas, sí disminuir la sal ya que el agua la sigue como a su sombra, tenemos que tener en cuenta que en zonas mediterráneas hay falta yodo, la sal está por Ley desde 1967 fortificada con yodo, ¡tan necesario en el embarazo y, sobre todo para el desarrollo de la inteligencia del bebino!, sí tiene que ver con el complejo Angiotensina I, II y Renina. Entonces lo importante es la dieta desde el 1º encuentro y no enfermar psíquicamente a ésta madre con la categoría de “H.T.A. del embarazo”. El aumento de la glucemia en el embarazo es más de una vez fisiológico, el bebino que necesita gran cantidad de glucosa, para construirse, le pide a su mamá que la aumente en su sangre, para que a él le llegue la cantidad necesaria, y enfermamos a la mujer de “Diabetes gestacional”, la estrategia es evitar el consumo de azúcares de liberación rápida, aumentar el aporte de hidratos de carbono de liberación lenta. Ante la duda hacer un seguimiento apropiado. Pero evitar todo mensaje negativo, ya que baja defensas y enferma más a la mujer, **alertar no asustar**

Con dieta, “importantísimo” con los nutrientes necesarios, como alimentos que aporten hierro, azúcares de liberación lenta y rica en Omega 3, (cadena lipoproteica que ayuda a constituir el tejido nervioso, lo que más crece en el bebino es el cerebro), no tendremos madres anémicas al final del embarazo ni hipertensas, pues se pueden dar alimentos baratos y útiles, que equilibran el metabolismo total del binomio, enseñarles a alimentarse es fundamental. La suplementación de Fe por vía oral disminuye la capacidad de absorción de otros nutrientes.

En caso de que los valores de que hemos hablado estén bajos o altos en el embarazo, hacer controles hasta los 42 días postparto, si se normalizan, fue un mecanismo fisiológico del embarazo, si siguen bajos o altos, derivar a quién corresponda.

⁵ Odent, M., “La científicación del amor”

⁶ Odent, M., “La científicación del amor”

⁷, ⁸ y ⁹ Odent, M., “El granjero y el obstetra”

FACTORES QUE INFLUYEN (en contra de la adherencia a acciones más saludables desde los asistentes)¹⁶

1. Razones jurídicas, por los juicios.
2. Porque los nuevos médicos no están entrenados para lidiar con trabajos de partos complicados.
3. Porque en el ámbito particular aumentan las ganancias¹⁰

¿Qué es el parto fisiológico?

¹⁶

¹⁰ Odent, M., "La cientificación del amor"

Es el de comienzo **espontáneo**, de **bajo riesgo** en todo el transcurso, con un rango de E.G., de 37 a 41 semanas, presentación cefálica, el nacimiento es **espontáneo**.¹¹

(O.M.S. 1996, Confr.)

¿Qué es el parto respetado?

El parto es un acto que está integrado en nuestra **sexualidad**, luego es un acto de nuestra sexualidad y **“NO un es un acto médico**,¹², sí puede ser medicalizado.

Como lo que es, un acto fisiológico:

No es voluntario, no se sabe bien porqué hay que apurar el parto, no hay evidencia científica que lo demuestre, si es el parto un hecho involuntario, comandado desde el cerebro arcaico, de la zona troncal, (Que compartimos con todos los otros mamíferos), **¿porqué se insiste en transformarlo, en voluntario y acelerarlo?**¹³, si la evidencia científica demuestra que el respeto por sus mecanismos y tiempos son extremadamente positivos, y el no respeto es muy negativo y en cascada aumenta y aumenta las intervenciones, o sea cuando comenzamos a intervenir, es de alta probabilidad que se irán sumando más y más intervenciones.

Desterrar la palabra entre los profesionales, **“HACEMOS EL PARTO”**, y reemplazarla por **ACOMPañAMOS Y OBSERVAMOS** por si se desvía de lo fisiológico, aceptando el poder del cuerpo femenino para parir abrumadoramente en forma **fisiológica**, concepto distinto a natural, mal definido como sinónimo de vaginal, (que a veces es instrumental), o normal, “ya que ésta palabra se refiere a perspectivas culturales”¹⁴, ése cuerpo materno es el que construye y realiza el parto **y el bebino hace su nacimiento** **Si aprendemos a leer el lenguaje corporal materno, sin preconceptos**, lograremos dar las respuestas necesarias y correctas. Cada parto tiene su personalidad, no podemos protocolizar rígidamente ésa tarea.

Al bebino **NO SE LO SACA, SE LO RECIBE**, (esto evita todas las acciones que lesionan) y se **RESCATA** en las situaciones de riesgo, igual que a su mamá, como instrumentos de salvataje.

En el **neocortex**, zona racional, muy desarrollado en el ser humano, es donde residen todos los miedos, se alojan allí, los mitoides, el conocimiento de los riesgos pasados, propios o por otras mujeres gestantes, etc., que confluyen para la tensión general de la parturienta, que por su situación muy regresiva a nivel psicológico, se vuelve vulnerable, por eso necesita ser sostenida, acompañada, maternada, la estimulación con todas las acciones médicas en cadena, desencadenan estrés y miedos que suelen ir en aumento, perjudicando la evolución del parto fisiológico, que tiene sus propios ritmos, síntomas y signos, su propia evolución, **aquello remite a la parturienta a su neocortex, despertando todas las ansiedades. El estado de estrés aumenta la adrenalina, antagonista de la ocitocina, la que disminuye, perjudicando la evolución del parto**.¹⁵

¹¹ “Guía para la atención del parto normal en Maternidades Centradas en la Familia”, Dirección de Materno Infancia, Ministerio de Salud de la Nación”

¹² Odent, M., “La científicación del amor”

¹³ Odent, M., “La científicación del amor”, Confr.

¹⁴ Odent, M “Nacimiento Renacido”

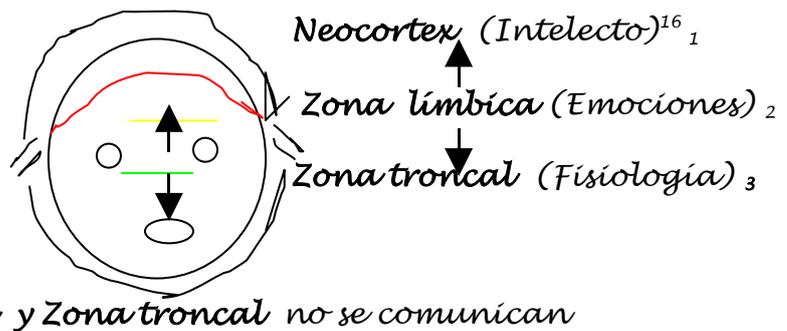
¹⁵ Odent, M., “La científicación del amor”

El Doctor Michel Odent dice que:

“EL PROBLEMA ES LA IGNORANCIA A ESCALA CULTURAL DE LA FISIOLÓGÍA DEL EMBARAZO Y DEL PARTO”

y que la base más importante para acompañar un parto es:

“LOGRAR QUE EL NEOCORTEX ENTRE EN REPOSO”.



- 1 Zona donde residen los temores
- 2 Zona donde residen las emociones
- 3 Zona donde reside la actividad fisiológica

La zona límbica se comunica con 1 y 3, 1 y 3 no se comunican entre ellas, luego las emociones perturbadas por los miedos, tensiones que residen en la zona del neocortex, complican la emocionalidad y esta a su vez la fisiología

La formación universitaria enfoca al embarazo y al parto desde la enfermedad potencial, concepto base de todas las acciones que se llevan a cabo, **ignorando visceral y científicamente la fisiología, lo que les quita a los asistentes seguridad al trabajar y los lleva a una tarea defensiva porque se sienten expuestos a un posible juicio, que cuando ocurre devasta la historia profesional**, trabajar de ésta manera cruenta, va incluso en contra del asistente, que sale estresado, contagiado de toda la tensión, en lugar de enriquecido ante la ceremonia de la vida en un parto fisiológica y emocionalmente respetado.

Ser muy claros con la mujer, ésa transparencia, tranquiliza a la familia, incluso si sucede un accidente en el parto

El parto fisiológico, es aquel en que se respetan:

- ✧ La química.
- ✧ Los mecanismos fisiológicos.

¹⁶ Schallman, Raquel, Obstétrica y Corporalista, “Parir en Libertad”

- ✧ La puesta en marcha de los mecanismos magnéticos y eléctricos.
- ✧ La puesta en marcha de los transmisores neuroquímicos.
- ✧ La puesta en marcha de un cóctel de hormonas que permitirán el aprendizaje del amor, si respetamos.
- ✧ La puesta en marcha de moduladores de maduración, evitando prematurez, sufrimiento fetal, hipoxia en el nacimiento y distres respiratorio en el postparto, dicho distres en cadena induce, (está comprobado que mientras más temprano sea el distres mayor será la posibilidad de I.R.A. en la infancia, si esta se instala será más grave e inducirá a mayores riesgos de muerte dentro de los primeros 5 años de vida)
- ✧ La puesta en marcha de la construcción de la capacidad **VOLITIVA** del niño, que por primera vez está puesto en situación de enfrentar un conflicto, si dejamos que él lo resuelva es muy probable que logremos que sea un ser activo y creativo, si lo sacamos le quitamos la posibilidad de enfrentarse a la lucha por nacer, por lo tanto su primer conflicto no lo puede resolver, y seguramente que en este violentarlo, dicho conflicto se transforma en trauma y a él en un ser relativamente pasivo y conflictuado.
- ✧ El masaje estrecho que se produce entre canal del parto y bebino es el mayor estímulo que ése niño puede recibir, y sabemos que la estimulación es disparadora de muchos hechos positivos
- ✧ En el periodo del post-parto y el alumbramiento, (salida de la placenta), se produce el pico más alto de liberación de ocitocina, con dos funciones, estrechar el apegamiento del binomio y ayudar al desprendimiento y salida de la placenta, por lo que no hay que medicar cambiando la química del cuerpo.
- ✧ Todos los mecanismos tienen una función y un para qué
- ✧ Las expresiones corporales y emocionales del parto.
- ✧ Sin interferir, ni intervenir, si no es necesario, **solo observar y acompañar**.
- ✧ Sin estimular: Con luces fuertes. Con excesivo calor o frío. El ambiente debe dar sensación de intimidad y privacidad.
- ✧ Música barroca o silencio.
- ✧ El lenguaje hablado, postural y gestural, debe ser emotivo no técnico, que remite a cosas desconocidas que despiertan miedo, (**“La palabra toca lo invisible”, Confucio, “La palabra puede levantar imperios o ser un bisturí psicológico”,**
- ✧ Elena), Ejemplo de la vida real: (Una mamá que se prepara desde y con todos los elementos de la espiritualidad, cuando está pariendo, el asistente le dice: - “haga caca”, salió de su estado de espiritualidad para sentir que iba a parir una caca)
- ✧ Los colores tranquilizantes, no tristes o irritantes
- ✧ No hacer monitoreo sistemático, salvo que queden dudas sobre el estado del bebino.

- ✧ **No medicalizar**, lo que cambia la química del cuerpo.
- ✧ No “CAMBIAR LA QUÍMICA” del cuerpo.
- ✧ No cambiar la fisiología del parto, cada hecho fisiológico tiene su razón de ser, el cuerpo no usa medios innecesarios.
- ✧ Evitar analgésicos y anestésicos¹⁷.
- ✧ No tectar innecesariamente, “Evitar estudios internos reiterados”¹⁸, son molestos y pueden ser origen de infecciones.
- ✧ No estimular con ocitocina artificial, rutinariamente.¹⁹
- ✧ No estimular o inducir con prostaglandinas.
- ✧ No inducir innecesariamente.
- ✧ No hacer cesáreas programadas, con bebés más de una vez inmaduros, por comodidad, (si no hay riesgo para mamá o bebino, “esperar la iniciación del trabajo de parto para realizar las cesáreas programadas”*, **las cesáreas programadas son las principales hacedoras de prematuros**, recién nacidos con SDR. (Síndrome de Dificultad Respiratoria), y en embarazos posteriores aumentan en 5 veces la posibilidad de ruptura uterina.
- ✧ No obligar a acostarse a la mujer en el trabajo de parto ni en el parto, mientras no haya contraindicación, “no poner a la gestante/parturienta, en posición de litotomía y situación de enferma e incapaz”.
- ✧ Permitir el libre movimiento, según las reales necesidades de su cuerpo.
- ✧ No hacer R.A.M., dejar que la R.M. se instale sola, en el momento apropiado.
- ✧ Permitir la elección de la postura que la mujer elija, alentar la verticalidad, “que mejora y facilita la función de parir”²⁰, en el parto la posición en cuclillas, es muy favorable.
- ✧ La verticalidad se basa en los mismos principios fisiológicos de la micción y defecación. *
- ✧ No inducir los pujos, la palabra puje, (Maniobra de Valsaba), no debe ser parte de éste tipo de partos, cuando los receptores del expulsivo, (Reflejo de eyección, de Ferguson), se ponen en marcha envían el mensaje al cerebro que se encarga de liberar una importante cantidad de ocitocina, suficiente para que los pujos espontáneos, durando no más de 5’, sean incoercibles y efectivos.

¹⁷ Odent, M, “La cientificación del amor”, Confr.

¹⁸ Odent, M, “Nacimiento Renacido”, Confr.

¹⁹ Odent, M, “Nacimiento Renacido”, Confr. Y “La cientificación del amor”, Confr.

· Odent, M, “Nacimiento Renacido”, Confr., “La cientificación del amor”, Confr. Y “Cesárea

²⁰ Giberti, Eva, “Parto vertical”, Artícul

· Giberti, Eva, “Parto vertical”, Artícul

NO RASURA

NO hace ENEMA

NO hace CANALIZACIÓN PARENTERAL sistematizada, preventiva

NO INDUCE con PROSTAGLANDINAS

NO INDUCE con ocitocina, rutinariamente

NO ESTIMULA ni en periodo dilatante, ni en expulsivo, rutinariamente

NO MONITOREA rutinariamente

NO hace campo con antisépticos en el parto

NO hace EPISIOTOMÍAS RUTINARIAS

Raras veces tiene un **desgarro**, si se produce generalmente es superficial, en mucosa, los puntos no necesitan anestesia

NO se hace ANALGESIA, el dolor produce la liberación de endorfinas, químicamente opiáceos fisiológicos que en el encuentro inmediato piel a piel, hacen al apegamiento, a la adicción saludable entre mamá y bebé

NO se realiza ANESTESIA PERIDURAL, ni **MORFINA** que enajenan a la madre del nacimiento de su hijo, la primera deja dolores de espalda y cabeza a distancia, la segunda provoca un aumento importante estadístico de adicción del bebé en el futuro

NO realiz a reiterados T.V., (tactos vaginales), pueden ir desde 0, generalmente 1, llegar a 2 o a 3 como máximo, en partos algo más complicados, pero no distócicos

NO PINCHA, NO PECHA, NO CORTA, NO LASTIMA

Respetar el flujo natural y los tiempos del parto

Le permite a la mujer reconocer visceralmente sus capacidades inscriptas ancestralmente para parir, lo que la empodera, la fortalece.

Promueve el despliegue volitivo del bebé, que por primera vez la vida lo pone en situación de un conflicto a resolver, evitando la construcción de seres pasivos

Facilita el encuentro piel a piel del bebé R.N. y su mamá, lo que fortalece el vínculo, la impronta que esto produce, favorece la L.M., ya que la leche por éste impulso, FLUYE LIBREMENTE

Prácticamente con este tipo de partos, no existen desgarros de periné, prolongación de episiotomías, desgarros de cuello y sobre todo Hemorragias postalumbramiento, ni Schok traumático por pérdida de sangre, agotamiento y estrés

Promueve La VERTICALIDAD. Respetar las decisiones de la mujer

Rarísima veces se obtiene como producto un R.N. DEPRIMIDO

SÍ cobija, cuida, respeta y promueve el fortalecimiento del vínculo MADRE - HIJO al no cambiar la "química de los cuerpos de ambos" Generador de resiliencia

Reparador de la autoestima y de la esencia femenina

ACCIONES EN EL PARTO FISIOLÓGICO RESPETADO

OBJETIVOS

General:

- o **Reducir** los costos en la atención, respondiendo al paradigma de atención del parto **FISIOLÓGICO O RESPETADO**

Específicos:

- o **Disminuir** las tasas de la morbi - mortalidad materna, perinatal y, toda secuela, evitando hemorragias intra y post parto, sepsis e hipertensión del embarazo

- o **Inducir** al “AUTOCUIDADO”
- o **Lograr** la captación temprana de la embarazada, 1º trimestre.
- o **Optimizar** la calidad del control prenatal
- o **Promover** desde el primer control una dieta sana, equilibrada para:
 - **Disminuir** la desnutrición materna
 - **Evitar** las gestosis, o reducir la gravedad de las mismas
 - **Compensar** las anemias
- o **Disminuir** las cesáreas al 10%, hasta 15%
- o **Reducir** el número de episiotomías a menos del 5% en primigestas, y a la mínima expresión en multíparas.
- o **Minimizar** las infecciones intra parto y puerperales
- o **Lograr** un mínimo de inducciones, usándolas sólo en las situaciones precisas.
- o **Evitar** las estimulaciones
- o **Disminuir** los sufrimientos fetales y los S.D.R. pos parto
- o **Promover** la deambulación en el trabajo de parto
- o **Promover** la verticalidad en el trabajo de parto, facilitar el parto en vertical y la libertad de elegir como parir, según las necesidades del cuerpo materno, el que tiene su propio lenguaje, al que para acompañar, hay que saber leer.
- o **Aprender** a leer lo que el cuerpo y las emociones maternas nos muestran en el devenir del trabajo de parto y parto, para luego tomar decisiones para actuar, y no aplicar ciegamente técnicas.
- o **Proscribir** las rupturas artificiales de membranas, si se presume sufrimiento fetal, para visualizar el color del líquido amniótico, hacer una amnioscopia
- o **Evitar** expulsivos prolongados impuestos, no llevando a las pacientes a sala de partos antes del expulsivo fisiológico, familiarizándonos con los signos y síntomas propios del **“REFLEJO DE FERGUSON, DE EYECCIÓN FETAL”**

- o **Proscribir** por peligroso e ilegal, el Kristeler
- o **Fortalecer** los vínculos de pareja y/o familia, con la presencia activa de los actores
- o **Respetar** los mecanismos del “**periodo crítico**”, permitiendo estrechar los vínculos madre –hijo/a, promoviendo el re-encuentro, re-ligamiento, re-conocimiento, conocimiento y no separando a los mismos para las acciones inmediatas neonatológicas, salvo estado de riesgo del bebé o su madre.
- o **Considerar** el “**Periodo primal**”, en función del futuro
- o **Promover** la Lactancia Materna desde el embarazo y la sala de partos
- o **Constituir** al Hospital en Amigo de la Madre y el Niño, mediante acreditación externa y en un futuro cuando ya esté implementado, lograr el Hospital Amigo de mamá-bebé, también por acreditación
- o **Evitar** las anemias del R.N., con el corte tardío de cordón Y LA PROMOCIÓN DE LA L.M..
- o **Cumplir** con los análisis de FEI, Strut, (en madres chagásicas y en situaciones de dudas por falta de información), T.S.H., tamizaje en general, Grupo y Rh, con los esquemas de vacunación antes del alta, de la madre y el hijo.
- o **Realizar** antes del alta el diagnóstico de audición, ya proclamado por Ley, y que ése fonoaudiólogo se ocupe de la succión normal del R.N., estimule y enseñe a la mamá a estimular la misma cuando haya una dificultad, (de esto depende la alimentación, = vida)
- o **Diagnosticar** por Ley, visión
- o **Seguir** el puerperio mediante citas y visitas para una evaluación integral, hasta el alta definitiva

DEMOSTRACIÓN

Ateniéndonos a la **escasez de recursos** y dentro del marco de la partería respetada, nos preguntamos, en éste parto fisiológico:

¿La partería respetada, abaratará los costos?

¿La partería respetada, optimizará los beneficios?

Éste será el problema que intentará demostrar éste trabajo, el **COSTO/BENEFICIO**, ya que consideramos que el descenso de los costos en dicha partería tendría un impacto muy importante y la mejora de los beneficios redundarían saludablemente en la vida futura de la mamá y el bebé, en la salud mental y emocional de los que nos vamos reuniendo alrededor de éste acontecimiento, cuando es en ceremonia y no en una situación cruenta

Parto convencional, (dirigido), al introducir acciones innecesarias, va provocando situaciones de riesgo que piden, requieren de más y más acciones en **cascada**, lo que **aumenta los riesgos y los costos**.

REMITIMOS A:

ANEXO I

PLANILLAS CON LOS CÁLCULOS DE COSTOS

Y

ANEXO II

PLANILLAS CON LOS DATOS DE LOS PARTOS, GRUPO TESTIGO DE RESULTADOS CON PARTOS RESPETADOS

CONCLUSIÓN

La comparación de los **gastos** entre el Parto **Convencional** Vs. el Parto **Fisiológico Respetado**, ha demostrado el drástico descenso de los costos del %, solamente en el momento del parto, pero si sumamos una A.P.S. con un consultorio con excelencia, sabemos que aumentamos en forma importante el número de mujeres que pueden terminar su parto en forma fisiológica, disminuyendo los gastos de la población de parturientas, si a esto sumamos todos los gastos que se evitan con éstos partos, que difícilmente terminan en patología, como, (hemorragias, sepsis, H.TA., internaciones en terapia intensiva de adultos y neonatología y, multiplicado x 3 la mortalidad se calcula la morbilidad, quedando secuelas en la salud materna y del niño, que insinúan en forma mediata, gastos ingentes, con éste análisis podemos decir que los valores que aparecen en la literatura del 90% menos de gasto en los partos de baja complejidad, es real .

La comparación de los **beneficios** entre el Parto Fisiológico **Convencional** Vs. el Parto Fisiológico **Respetado**, con la importante disminución de patologías sobre todo prevalentes, otras complicaciones inmediatas, incapacidades a largo plazo, ha demostrado con evidencia científica la efectividad de esta Partería, para optimizar los beneficios, tanto físicos, emocionales, en la instalación de la Lactancia Materna y vínculos sanos y fuertes, en lo inmediato y mediato, evitando en cascada que se desenrollen patologías innecesariamente, que en cascada a su vez van aumentando las intervenciones por lo tanto los gastos y riesgos.

Mejorando ostensiblemente el vínculo del binomio, su Relación, quedando una base firme y sólida que sustente el desarrollo de la capacidad de amar, y las conductas saludables, que sumadas nos arrojan sociedades armónicas, más sanas física y emocionalmente.

COSTOS/BENEFICIOS

*“la cultura del desvínculo
nos prohíbe armar el rompecabezas”*

Eduardo Galeano

PROPUESTA

La atención del binomio madre – hijo, desde la gestación hasta el puerperio incluido, es responsabilidad de todos
¿Qué responsabilidad?, hacernos cargo del futuro

ESTRATEGIAS COADYUVANTES:

Para elevar el nivel científico de los Profesionales

EDUCACIÓN CONTINUA

Con “**RECERTIFICACIONES**” no punitivas, si educativas, **SÍ**, “**FORMATIVAS**” que promueven la “**ACTUALIZACIÓN**”, cuyos exámenes no sean teóricos, los evaluadores, previamente formados para ésta tarea, con normas precisas, observen la práctica del aspirante a recertificar, dándole el apoyo con material, consultas, etc., tanto para el primer examen, como para completar la recertificación, en los baches. Esto se puede trabajar en **RED**, con Universidades, Asistentes y proveedores, tanto estatales como privados. Hay que reconocer que la Educación Continua y las recertificaciones mantendrían a todos actualizados, elevando y mejorando significativamente la actividad. **JORNADAS, TALLERES, ATENEOS OBLIGATORIOS, Apoyo Para Concurrir a Congresos, etc.**

EDUCACIÓN CONTINUA PARA LA POBLACIÓN

Desde el **Estado** o el sector Privado, en consultorio, utilizando todos los medios de comunicación, Talleres en las Instituciones de Salud, apoyando a las **ONG**, tanto a las dedicadas a la tarea específica, como a toda organización que luche contra la violencia, en pro de la vida, la salud, en Uniones Vecinales, Clubes, Iglesias, etc.

Dentro del sistema, (sobre todo en la periferia, pero también en el conurbano), tener posibilidades ágiles y oportunas de derivación ante la necesidad, (aproximadamente el 10% de los embarazos de bajo riesgo pueden transformarse en situaciones de mayor riesgo), o para las urgencias por embarazos de alto riesgo, acciones marcadas por normas claras y generales, (protocolizadas), para los Puestos Sanitarios y Hospitales, y un sistema de referencia – contrarreferencia, entre todos los niveles, locales y generales que nos permita trabajar realmente en una

verdadera red Provincial, “trabajando localmente con el S.I.P., constituyendo un compromiso de enviar mensualmente, los resúmenes del S.I.P., (Sistema Informático Perinatal)”, desde los lugares de derivación, a las instituciones derivantes, lo que permitiría ir puliendo las tareas, además de que cada institución tuviera la obligación de enviar al Departamento de Estadísticas, el resumen S.I.P de toda la tarea realizada. Desde ésta estrategia, se nos permite conocer las necesidades, los desaciertos, también por los aciertos, siendo base para organizar y mejorar la atención

A.P.S.

Posicionados en una estructura piramidal, con Base en **APS**, que encierra los conceptos de: **(PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN, COMPENSACIÓN, REHABILITACIÓN, SITUACIÓN DE RIESGO Y OPORTUNIDAD)**, cuyos agentes facilitarían la captación temprana del embarazo, la recuperación y rectificación nutricional, el seguimiento en el puerperio y en las situaciones de riesgo, también llevando a cabo acciones educativas, acciones que promuevan y optimicen la reducibilidad y/o compensación de patologías, proveyendo un aumento significativo en número de gestantes de bajo riesgo, lo que permitiría optimizar la posibilidad de realizar mayor cantidad de partos fisiológicamente respetados, disminuyendo riesgos y costos, también disminuyendo ostensiblemente las patologías en el puerperio en base a un seguimiento minucioso, como detectar situaciones de riesgo para revertirlas a tiempo y de la mejor manera, evitando que se transformen en graves, éste panorama nos muestra la posibilidad de abaratar costos y evitar riesgos. Protegiendo la instalación y sostenimiento de la Lactancia Materna, (aclarando que después de un parto fisiológicamente respetado, la leche materna fluye, ya que el niño en el inconciente materno no se transformó en una **amenaza**, sí en una situación de placer; y si alentamos el inmediato reencuentro, con-tacto, mirada, voz, en ése periodo crítico es tan fuerte que inscribe y atraviesa a ambos, lo que promueve la mutua estimulación), incentivar el estrechamiento de los lazos, vínculos que para el futuro se constituyan en capacidad de amar, para una vida emocional sana del nuevo ser y para la familia, estas sumadas, para la Sociedad.

Ir hacia la **Comunidad** para estar al tanto de su realidad, sus necesidades sentidas.

AIEPI, (Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia)

Ésta maravillosa estrategia se implementa en dos tramos, de **0 a 2 meses** y de **2 meses a 4 años**.

Dentro de la perinatología nos interesa el primer tramo, pudiendo a través de éste programa poder hacer un seguimiento exhaustivo de las enfermedades más comunes y como generalidad, más peligrosas en los neonatos, lo que nos permite resolver a tiempo éstas problemáticas.

Nutrición, Reparación Nutricional y Suplementación apropiadas + el Movimiento: son la patada de arranque para una partería óptima.

La corrección y atención apropiada odontológica nos evita infecciones endógenas en la madre, entre ellas infecciones urinarias, que pueden ser origen de C.I.R., prematuridad, R.P.M., corioamnionitis.

- **Consultorios Preconcepcionales:** para construir conocimientos, detectar condiciones nutricionales y patologías, corregirlas o reducirlas, estudios genéticos, pelvimetría ecográfica, la que nos permitiría en un futuro parto detectar la posibilidad de una desproporción pelvico-fetal, aplicación del “Método acordeón”, aporte de ácido fólico, etc.
- **Consultorios para gestantes con excelencia:** tanto en Hospital como en Puestos Sanitarios, para controlar y llevar a buen término la gestación, basados en las Normas Perinatológicas Básicas, partiendo de los conceptos de:
 - **OPORTUNIDAD**
 - **RIESGO**, (bajo, mediano y alto)
“El embarazo y parto no son una enfermedad, sí una situación de riesgo”, O.M.S.
 - **PREVALENCIA**
 - **REDUCIBILIDAD**
 - **COMPENSACIÓN**
 - **RESPECTO A LA FISIOLÓGÍA**
 - **INTEGRALIDAD CUERPO – EMOCIÓN – ESPÍRITU**

Talleres Educativos, PIM: Preparación Integral para la Maternidad

Para organizar la Partería estatal en una Provincia hay que tener en cuenta:

Nacimientos registrados por residencia habitual de la madre

Departamentos urbano y suburbanos

Departamentos a mediana distancia

Departamentos alejados.

En nuestra Provincia:

En los departamentos, realizan los partos médicos de la zona, no especialistas en Obstetricia, y sin una estructura de Servicio de la especialidad, o solo se realizan los partos que llegan en expulsivo, los demás aún fisiológicos se derivan recargando a la maternidad de alta complejidad, lo que nos remite a la necesidad de descentralizar, organizando servicios de baja complejidad, teniendo en cuenta el número de nacimientos registrados por departamento y/o región, para optimizar la actividad y para descongestionar y permitirle su verdadero protagonismo a la Maternidad de alta complejidad, los partos normales que realizaría, serían los de su zona de influencia.

Entre los años 2003 y 2004, en nuestra Provincia se murieron 5 mujeres de zonas alejadas, que no fueron atendidas por expertos en partos, por impericia y iatrogenia, justamente por la distancia, deben en cada lugar alejado atender a la gestante y los partos, asistentes adiestrados, tanto para realizar partos en la baja complejidad, respetando la fisiología, llevar a cabo acciones que eviten el alto riesgo y capaces de resolver las situaciones de riesgo cuando se presentan, aplicando la tecnología adecuada a la situación, cumpliendo con todos los 1º auxilios que sirvan para proteger al binomio en la derivación, si éste es el planteo.

La sugerencia para resolver la Partería en nuestra Provincia sería:

Servicios de Maternidad, cubiertos con Parteras, (ésta Profesional está siendo revalorizada a nivel mundial, su Rol es insustituible, "función de materner, la mujer parturienta necesita una madre que de seguridad y acompañe sin observaciones, sin juzgar"²¹, en francés SAGE FEMME, **mujer sabia**, su formación es holística, con una mirada desde la salud y el acompañamiento, en inglés antiguo, MIDWIFE, **con la mujer**, preparada para diagnosticar, derivar y cuando está sola, resolver patologías), en el 3º punto de los 16 Consejos de la OMS, se recomienda la organización de toda maternidad en base a equipos de Parteras que acompañan partos normales, y colaboran en los partos patológicos con el médico, entre otras cosas sosteniendo la emocionalidad de la parturienta.

En Holanda se tiene en Partería como base a la Partera, con un gremio de + o – 200 años, fuerte, con resultados que hablan a las claras, han llegado a tener 6 % de cesáreas País, con las tasas más bajas de morbimortalidad mundial.

²¹ Conceptos repetidos en los libros del Dr. Michel Odent

Las maternidades deben ser organizadas en forma prospectiva, ya que la población crece significativamente.

Sería muy importante que todas las Maternidades y especialmente la de alta complejidad se organice con Salas de T.P.R., (Trabajo de Parto, Parto y Recuperación), permitiendo mayor intimidad, al evitar los traslados a Salas de Partos posibilita esperar el momento fisiológico del mismo con mayor tranquilidad, disminuyendo la ansiedad que produce el traslado a veces intempestivo, lo que motiva que la espera se alargue y provoque que se inicie toda la batería para acelerar artificialmente el nacimiento con todas las consecuencias que desatan, menor posibilidad de contagios de infecciones, al haber menos afluencia y confluencia de partos en las Salas de partos.

Maternidades de baja complejidad en el conurbano, Aunque en una primera etapa no se cuente con todo lo que se pretende para una maternidad segura, nos asiste a favor, que no son zonas muy alejadas y en minutos se puede arribar a la Maternidad de complejidad, en los casos necesarios

En los Departamentos alejados, deberían nombrarse por cada hospital 2 Parteras, “**full time**”, con turnos de 15 días por 15 días, cubriendo los 31 días del mes al Servicio, con actividades en Consultorio, (tanto en Hospital como en Puestos Sanitarios) Partos, Puerperio, Seguimiento y Educación en salud con TALLERES, nombrar Parteras retenes, itinerantes, para cubrir Licencias reglamentarias, por capacitación y por causas médicas, si es necesario.

En éste proyecto cabría capacitar y hacer participar a todo el personal, desde el Director hasta el personal de maestranza, para que el lenguaje sea universal, todos demos los mismos mensajes, no contradictorios, que confunden a la mujer.

Dentro del sistema tener posibilidades ágiles y oportunas de derivación ante la necesidad, (aproximadamente el 10% de los embarazos de bajo riesgo pueden transformarse en situaciones de mayor riesgo), o para las urgencias por embarazos de alto riesgo, acciones marcadas por **normas claras y generales, (protocolizadas)**, para los Puestos Sanitarios y Hospitales, y un sistema de **referencia – contrarreferencia, entre todos los niveles**, locales y generales que nos permita trabajar realmente en una verdadera red Provincial, “trabajando localmente con el S.I.P., constituyendo un compromiso de enviar mensualmente, los resúmenes del S.I.P. desde los lugares de derivación, a las instituciones derivantes, lo que permitiría ir puliendo las tareas”, además, cada institución, estatal o privada, por Ley, debería enviar al Departamento de Estadísticas, el resumen S.I.P de toda la tarea realizada. Esto permitiría tener una visión total de la Partería en nuestra Provincia.

_ ANEXO N° 1 _

_ 1º Parte _

***PLANILLA DE COMPARACIÓN DE COSTOS SEGÚN
TIPO DE PARTO***

COMPARACIÓN DE COSTOS SEGÚN TIPO PARTO							
ACCIONES	INSUMOS	COSTO x ITEM	PARTO CONVENCIONAL		PARTO RESPETADO		
RASURADO	Guantes s/esterilizar	0,26 \$					
	Máq. Rasurar	1,00 \$					
	Agua jabonosa	1,40 \$					
	Algodón, 4 grs.	1,10 \$					
	Agua tibia	1,00 \$					
	Pervinox diluido	0,10 \$					
	Apósito p/secar	4,57 \$					
Higiene chata con	hipoclorito diluido	0,10 \$					
	Manoplas	0,05 \$					
	COSTO TOTAL	9,58 \$		9,58 \$	NO	0,00 \$	
ENEMA	Microenema	6,40 \$					
	Guantes s/esterilizar	0,26 \$					
	Vaselina	1,20 \$					
	Algodón, 4 grs.	1,10 \$					
	Agua tibia	1,00 \$					
	Apósito p/secar	4,57 \$					
	Higiene chata c/hipoclorito	0,10 \$					
	Manopla	0,05 \$					
	COSTO TOTAL	14,68 \$		14,68 \$	NO	0,00 \$	
		Enema común					
		Guantes s/esterilizar	0,26 \$				
		Agua hervida tibia	1,50 \$				
		Vaselina	1,20 \$				
		Algodón, 4 grs.	1,10 \$				
	Cánula descartable	2,55 \$					
	Agua tibia	1,00 \$					
	Apósito p/secar	4,57 \$					
Higiene chata con	hipoclorito diluido	0,10 \$					
	Manoplas	0,05 \$					
	COSTO TOTAL	12,33 \$		12,33 \$	NO	0,00 \$	
TACTOS VAGINALES X 1	Guantes estériles	1,10 \$					
	3 Torundas, 2grs. Algodón	0,55 \$					
	Agua jabonosa	1,90 \$					
	Agua tibia	1,50 \$					
	Pervinox diluido	0,10 \$					
	Vaselina	1,20 \$					
	Apósito p/secar	4,57 \$					
	Apósito	4,57 \$					
Higiene chata con	hipoclorito diluido	0,10 \$					
	Manoplas	0,05 \$			X 2	X 1	
	COSTO TOTAL	15,64 \$	X 10 + 'ó -	156,40 \$	31,28 \$	15,64 \$	

R.AM.	Guantes estériles	1,10 \$					
	Apósitos p/absorber el L.A. que se pierde	4,57 \$					
	Gasa control color L.A.	1,20 \$					
Higiene chata con	hipoclorito diluido	0,10 \$					
	Manoplas	0,05 \$					
	COSTO TOTAL	7,02 \$			7,02 \$	NO	0,00 \$
SONDAJE	Guantes estériles	1,10 \$					
	3 Torundas	0,55 \$					
	Agua jabonosa	1,40 \$					
	Agua tibia	1,00 \$					
	Pervinox diluido	0,10 \$					
	Sonda Nelatón	3,15 \$					
	Solución fisiológica	3,50 \$					
	Vaselina	1,20 \$					
	Apósito p/secar	4,57 \$					
Higiene chata con	hipoclorito diluido	0,10 \$					
	Manoplas	0,05 \$					
	COSTO TOTAL	16,72 \$			16,72 \$	NO	0,00 \$
CANALIZACIÓN POR SI ACASO	Guantes s/esterilizar	0,26 \$					
	Suero	3,50 \$					
	Perfus N° 1	1,50 \$					
	Abocat N° 1 ó Buterfly	2,80 \$					
	Torundas c/alcohol	1,11 \$					
	Cinta adhesiva	0,84 \$					
	COSTO TOTAL	10,01 \$			10,01 \$	NO	0,00 \$
INDUCCIÓN ó ESTIMULACIÓN	Guantes s/esterilizar	0,26 \$					
Por goteo	Suero X unidad 3,50 \$ ó sueros	3,50 \$					
	Perfus N° 1	1,50 \$					
	Abocat N° 1 ó Buterfly	2,80 \$					
	Torundas c/alcohol	1,11 \$					
	Cinta adhesiva	0,84 \$					
	Ocitocina 5U X 1 amp. = 1,45 \$ X 2 = 2,80 \$	1,45 \$					
	Jeringa con aguja si hay que agregar ocitocina	1,00 \$					
	COSTO TOTAL	12,46 \$			12,46 \$	NO	0,00 \$
A veces es necesario más de 1 set							
Inducción Local	Prostaglandinas	11,14 \$					
	Guantes	1,10 \$					
Higiene chata con	hipoclorito diluido	0,10 \$					
	Manoplas	0,05 \$					

	COSTO TOTAL	12,39\$		12,39\$			NO	0,00 \$
Si se produce una hiperdinamia	Guantes s/esterilizar	0,26 \$						
	Suero	3,50 \$						
	Perfus N° 1	1,50 \$						
	Abocat N° 1 ó Buterfly	2,80 \$						
	Torundas c/alcohol	1,11 \$						
	Cinta adhesiva	0,84 \$						
	Duvadilan 5 ampoll. En 1/2 suero	111,00 \$						
	COSTO TOTAL	121,01 \$		121,01 \$			NO	0,00 \$
	LA SUMA	12,39 +121,01		133,40 \$				
Antiespasmódicos	Jeringa con aguja	1,00 \$						
	Torundas c/alcohol	1,11 \$						
	1 ampolla. Serie de 3, 1,80 X 3 = 5,40 \$	1,80 \$		11,73 \$				
	COSTO TOTAL	3,91 \$			3,91 \$		NO	0,00 \$
Morfina inyectable	1 ampolla	17,00 \$						
	Jeringa con aguja	1,00 \$						
	Torundas c/alcohol	1,11 \$						
	COSTO TOTAL	19,11 \$			19,11 \$		NO	0,00 \$

DESGARRO PERINÉ ESPONTÁNEO SUPERFICIAL	Guantes estériles	1,10 \$					
	Gasas + ó - 4	3,20 \$					
	Pervinox	0,45 \$					
	Catgut	13,95 \$					
	Apósito	4,57 \$					
	COSTO TOTAL	23,27 \$	23,27 \$		23,27 \$	0,00 \$	

EPISIOTOMÍA DESGARROS IMPORTANTES	Guantes estériles	1,10 \$					
	Xilocaína	25,91\$					
	Jeringa c/aguja I.M.	1,00 \$					
	Gasas + ó - 15 a 20	18,00 \$	24,00 \$				
	Pervinox	0,45 \$					
	Catgut	13,95 \$					
	Apósitos	4,57 \$					
	Antibióticos						
	Amoxicilina*	4,90 \$					
	Pantomicina**	18,90 \$					
		*69,88 \$		*69,88 \$			
	COSTO TOTAL	**83,88 \$				N O	0,00 \$
PROLONGACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA	Xilocaína	25,91 \$					
	Gasas + ó - 15 más	18,00 \$					
	Catgut 1 unidad más	13,95 \$					
	COSTO SUBTOTAL	57,86 \$					
			*127,74 \$	*127,74 \$			N O
	COSTO TOTAL	**141,74 \$					

DESGARROS CUELLO	Guantes estériles	1,10 \$					
	Xilocaína	25,91 \$					
	Gasas + ó - 20 más	24,00\$					
	Catgut 1 unidad más	13,95 \$				NO	0,00 \$
	COSTO TOTAL	64,96 \$		64,96 \$			

PARTO GASTOS COMUNES	Guantes estériles, 4, Partero, Neonatólogo y los 2 enfermeros	4,40 \$				
	5 gasas comunes	6,00 \$				
	Apósitos X 3	13,71 \$				
	Agua tibia p/higiene mujer	1,50 \$ Pañales adultos, 2				
	Pañales adultos, 2	18,00 \$				
	Hotelería	120,00 \$				
	COSTO SUBTOTAL	186,88 \$			SI	186,88 \$
	Equipo descartable para parto	10,50 \$				
	COSTO TOTAL	197,38 \$		197,38 \$		

R.N. GASTOS COMUNES	CLAMP	2,50 \$				
	Gasa ombligo	1,60 \$				
	Pervinox ombligo	0,45 \$				
	Vit. K 1mg-, inyectable	16,00 \$				
	Jeringa c/aguja I.D.	0,95 \$				
	Gotas oftálmicas 17,50 X niño	2,21 \$				
	Agua tibia p/baño bebé	2,00 \$				
	Higiene chata con hipoclorito diluido	0,10 \$				
	Higiene bañaderita bebé con hipoclorito	0,10 \$				
	Manoplas	0,05 \$				
	COSTO SUBTOTAL	25,96 \$	25,96 \$		SI	25,96 \$
Exclusivo del parto convencional	Sonda nasogástrica	*2,76 \$	(+) *2,76 \$	28,72 \$		
	Perita, 3,56 \$, se esteriliza X 10 veces	**0,36 \$			**0,36 \$	0,00 \$
	COSTO TOTAL R.N.	25,96 \$ + 0,36 \$**	**26,32 \$		**26,32 \$	0,00 \$

PUERPERIO INMEDIATO	Basofortina comprimidos	29,00 \$				
	COSTO TOTAL	29,00 \$		29,00 \$	NO	0,00 \$
POST - ALUMBRAMIENTO						
Convencional	Guantes s/esterilizar	0,26 \$				
	Basofortina	0,60 \$				
	Jeringa c/ aguja I.M.	1,30 \$				
	Torundas c/alcohol	1,11 \$				
	COSTO TOTAL	3,27 \$		3,27 \$	NO	0,00 \$
ACTIVO	Guantes s/esterilizar	0,26 \$				
	Basofortina	2,90 \$				
	Jeringa c/ aguja I.M.	1,30 \$				
	Torundas c/alcohol	1,11 \$				
	COSTO TOTAL	5,57 \$		5,57 \$	5,57 \$	0,00 \$
ACTIVO SUBLINGUAL	Ocitocina amp 5 U X 1	1,45 \$				
	Pequeña gasa	0,55 \$				
	COSTO TOTAL	2,00 \$			SI	2,00 \$
SIN MEDICACIÓN	Aprovechar el pico más alto de liberación de ocitocina materna					0,00 \$

PUERPERIO INMEDIATO	Basofortina comprimidos	29,00 \$	NO	0,00 \$
	COSTO TOTAL	29,00 \$	NO	0,00 \$

Con el 40,80 %, el costo de un parto respetado, es 59,20 % menos que el costo de un parto convencional

Si agregamos otros ítems que suelen presentarse

	PARTOS	CONVENCIONA L	564,68 \$
			59,20%
	TOTAL GASTOS MÍNIMOS		564,20 \$
	Inhibición hiperdinamia		121,01 \$
	Prolongación Episiotomía		127,74 \$
	Desgarro cuello		64,96 \$
	Monitoreo continuo		11,30 \$
		COSTO TOTAL	877,91 \$
			72,40%

Agregando éstos ítems que se presentan más de una vez tenemos un 72,40 % de gastos en la obstetricia convencional, reduciéndose al 27,60 en la Parteía respetada

Si agregamos otros ítems que suelen presentarse en el parto convencional, el costo aumenta

	TOTALES	PARTOS	CONVENCIONAL	564,68 \$	RESPETADO	230,38 \$
				59,20%		40,80%
			TOTAL GASTOS MÍNIMOS	564,68 \$		
			Inhibición hiperdinamia	121,01 \$		
			Prolongación Episiotomía	127,74 \$		
			Desgarro cuello	64,96 \$		
			Monitoreo continuo	11,30 \$		
			TOTAL	1.206,00		230,38 \$
			COSTO TOTAL	877,91 \$		230,38 \$
				80,89%		19,11%
				72,40%		27,60%
			TOTAL GASTOS	877,91 \$		
	Agregando éstos ítems que se presentan más de una vez tenemos un 72,40 % de gastos en la obstetricia convencional reduciéndose al 27,60 en la Parteía respetada					

			TOTAL	1.327,91 \$		230,38 \$
				82,66%		17,34%
	Podemos llegar en el parto dirigido a 82,66 %, quedando un gasto en la partería respetada de 17,34%					
	Si además agregamos las complicaciones, llegamos al 90% de la literatura sobre el tema					

COMPLICACIONES

HEMORRAGIAS	Transfusión X 500cc	Balón 7,52 \$	250,00\$		
	Expansores		250,00\$		
	Plasma X 300cc	Balón 8.83 \$			
	Dextran X 40mgr		90,65		
	Dextran X 70mgr		166,98		
	Ferramin amp.X 5	58,11 \$			
	Manoplas	0,05 \$			
	Jeringas c/agujas	1,00 \$			
	Torundas c/alcohol	1,11 \$			

CESÁREAS X 1	450,00 \$ + 450,00 \$ anestesia peridural	900,00 \$		
Tolerancia mínima 10 %,O.M.S.	650 cesáreas	C/U 900,00 \$	585.000,00 \$	585.000,00 \$
Tolerancia máxima 15 % para O.M.S.	975 cesáreas	C/U 900,00 \$	877.500,00\$	877.500,00\$
Estatales 26,12%, 11,12 % más por c/ 100 partos c/ tolerancia máxima	Sobre gasto X c/100 partos	10.008,00 \$		
TOTAL CESÁREAS EN \$	1 año	1.528.000,00 \$		
Gasto en 10% cesáreas	585.000,00 \$	Ahorro 1 año	943.000,00 \$	
Gasto en 15% cesáreas	877.500,00\$	Ahorro 1 año	943.000,00 \$ + 471.500,00 \$ =1.414.500,00 \$	

SEPSIS

Pre-Eclamsia - Eclampsia

Internación en Terapia Intensiva, ADULTOS X día		300 \$			NO	0,00 \$
---	--	--------	--	--	----	---------

Internación en Terapia Intensiva, NEONATOLOGÍA X día		300 \$			NO	0,00 \$
---	--	--------	--	--	----	---------

Gastos indirectos		
Almacenamiento y transporte de RESIDUOS PATOLÓGICOS, implica gastos y contaminación ambiental	Guantes	IMPLICA GASTOS
	Gasas	
	Elementos equipo	
	Descartables	
	Vidrio de ampollas	
	Placenta, anexos	
	Flúidos	

El reciclado, la utilización para distintos usos, a través de procesamientos que nos arrojan hasta medicamentos como gamaglobulina	Placenta procesada, utilizada para producir medicamentos y otros productos, como abono, como lactógeno	BENEFICIO ECONÓMICO
	Procesar los flúidos y gasas por métodos orgánicos	

En los partos respetados, quedarían como residuos no reciclables, guantes y escaso o nulo material descartable

GESTACIÓN

GASTOS EN SUPLEMENTOS, AHORRO EN LA CADENA DE GASTOS A DISTANCIA	Buscapina N, comprimidos X 10	6,65 \$				
	Beroa Plus X 10	18,65 \$				
	Supradyn Pronatal X 30	24,77\$				
	Opovital B 12, jarabe X	21,21 \$				
	Aceite de hígado de bacalao X 100c.c. Complejo B y Omegas	19,80 \$				
	Omega 3 bebible X 50 c.c.	25,00 \$				
	Total Magnesiano granulado X 50grs	20,00 \$				
	CO3 Magnesio X 30,(aporte)	10,00 \$				
	Magnesio X 30,(laxante)	9,00 \$				
	Yodo X 250grs	37,00 \$				
	Calcio carbonatdo X 30	9,00 \$				
	Fe (fumarato) X 30	12,00 \$				
	Ácido fólico X 5mgrs.X 30 comp.	24,40 \$				

_ 2º Parte _

***PLANILLA DE COMPARACIÓN DE BENEFICIOS
SEGÚN TIPO DE PARTO***

GRUPO TESTIGO DE LOS BENEFICIOS DEL PARTO RESPETADO

Algunos partos se realizaron en VERTICAL, siempre con el consentimiento de la parturienta

Los partos de mediano riesgo, como podálica, (madre primigesta), cara, (madre primigesta de 16 años), postmaduros, prematuro, se realizaron por falta de tiempo para derivar, todo resultó bien, excepto el bebé de la brevedad de cordón que fue derivado por prevención a complejidad, por falta de atención apropiada, . murió a los 2 1/2 días*

En situaciones de riesgo como edades extremas, primiparidad, gran multiparidad, presentaciones como podálica, cara, O.D.P., R.P.M. no haciendo T.V. hasta que se instalara el parto, (con infección leve); entre el 80,5% de R.E.M. + 7% de R.A.M. dentro de los 0' a 25' muestran un 87,5% de M. conservadas próximas al parto, sin infecciones posteriores; un legrado con el resto de 1 cotiledón, alumbramiento con simple expresión, sin infección, 94,5% óptimo de vitalidad, 5,5% de leve depresión, sin ninguna reanimación

72 Partos	EDAD Rango 13 a 44 años	Paridad	Presentación Desprendimiento	T.V. N° Tjo. Parto	PARTO	R.M. Tipo/tpo.	Tipo y Tpo. Alumb.	Peso en Kilos R.N.	Apgar R.N.	Cordón y Observación
15	13 a 19 20,8%	I / 25 34,7%	Podálica 11,3%	0 en 4 5,5%	E.E.E. / 55 76,4%	R.E.M. 58 80,5%	Espontáneo 27 37,5%	1 / 2,000 1 / 2,350 1 / 2,500	10p. = 22	13 circulares de cordón de 1 a 3 vueltas
41	20 a 29 56,9%	II / 14 19,4%	Cara 1 1,3%	1 en 56 77,8%		58 R.E.M. 0' a 25' + 5 R.A.M. 0'/13' = = 63 87,5%**	Simple expresión 45 62,5%	11 de + 2,500 a 2,999	9p.-10p. = 22	Meconio / 10 Viejo / 4 Nuevo / 6 1 X Suf. Fetal 1X Depresión Postparto
15	30 a 39 20,8%	III / 7 9,8%	Cefálica 70 97,36%	2 en 6 2%	E.PE.E. / 17 23,6%	R.A.M. 9 12,5%	Duración		8p.-10p. = 15	
1	40 y + 1,38%	IV = 7 9,8%	O.I.A. = 60 85,7%	3 en 3 2,7%	Desg. en 6 1/1° Y 2° 5 / 1° 4,1%	3 / 1 h. + 1 / 1h. 45' 5 / 0' a 13'	3 / 0' a 10' 65/10' a 30' 4 / 35' a 50'	54 de 3,000k a 3,999k	7p.-10p. = 7	
		V = 7 9,8%	O.D.P. / 10 14,28%	4 en 3 5,5%	42-43 sem./ 7	R.P.M. 5 6,9%				
		VI / 3 4,1%	Des. O.P./ 70 100%		35s.2d / 1	De 7,30 a 19 horas		1 / 4,000k 1 / 4,150k 1 / 4,420k	Al nacer = 5p. 5' = 9p.	Mec. Nuevo, escaso
		VII / 2 2,7%								
		VIII / 4 5,5%			E.D.E. / 4 9,8%	72 - 5 R.P.M. = 67 M.I.			Al nacer = 6p. 3' = 8p. 5' = 9p*.	Mec. Nuevo, abundante Suf. Fetal Brev. Cordón
		XI / 2 2,7%			D. Hombro / 1	67=100% M.I.				
		XIV / 1 1,3%			Corioamnion. / 1	R.EM. 86,7%			Al nacer = 10p .5' = 8p	Cianosis
					Leve desp. Plac. / 1	R.A.M. 13,3%				

					Brevedad de corón. Suf. Fetal / 1				Al nacer = 7p. 1' = 6p. 5' = 9p	Mec. Nuevo, abundante Oxíg. Depr. postparto
									Al nacer=8p .5' = 9p	EG 43 sem. Cordón velamentoso

BIBLIOGRFÍA

Giberti, Eva, "Parto vertical", Artículo

"Guía para la atención del parto normal en Maternidades Centradas en la Familia",
Dirección de Materno Infancia, Ministerio de Salud de la Nación"

Dolto, Catherine, "Haptonomía pre y posnatal, por una ética de la seguridad afectiva"

Lerner Emmer, "Laura, Bienamado bebé"

Odent, Michel,, "Cesárea"

Odent, Michel, "Ecología Prenatal", Confr.

Odent, Michel, "El granjero y el Obstetra"

Odent, Michel, "La cientificación del amor"

Odent, Michel, "Nacimiento renacido"

Schallman, Raquel, "Parir en Libertad"

Szegedy, E, Merlo, E. "Manos unidas a favor de la vida"