

Cartas al Director (Pág. 2)

Parto Humanizado (Pág. 3)



Rol de Matronas y Matrones (Pág. 4)



Parto Humanizado, una mirada desde la Filosofía (Pág. 5)

Parto Humanizado ¿Desafío para la Matrona – Matrón? (Pág. 6)



Humanización del Nacimiento (Pág. 7)



Promoviendo el Apego (Pág. 8)

Vivencias de un Matrón, Reflexiones en torno a una Sala Partos (Pág. 9)

Planificación Familiar en Chile. II Parte (Pág. 10)



Hospital San Camilo, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Unidad de Preparto – Parto (foto tomada por docentes del Programa de Obstetricia y Puericultura, Campus San Felipe, con consentimiento del Servicio y la pareja)

¿Que hace al ser humano diferente de los otros seres vivos?. ¿Será su racionalidad y capacidad cognitiva? Extrañamente en escala de sobrevida nos parecemos mucho a los otros, si el parir es tan animal ¿Por qué no lo hacemos más humanizado, más cerca de los valores de la comprensión y el respeto por la vida?

EL PARIR

*...veo la luz tenue de mi futuro,
¿Será tan plácida como mi cobija?
Siento el grito ensordecedor y lo apuro
mas cierro mis ojos y grito con desesperación
al ver primero tu mirada impersonal, que en mí se fija...*

Patricio Briceño, Matrón.

Editorial

El Boletín es una instancia de difusión e información destinado a divulgar trabajos de investigación originales, resúmenes, artículos de opinión relevante, comunicaciones, comentarios referidos a contenidos que involucren el campo de la Obstetricia, Ginecología, Neonatología, Puericultura y/o de las Ciencias Sociales que se inserten en el rol del profesional Matrócn – Matrona.

Mariana Arancibia Heger
Editora General

Cartas al director

Centro de Investigaciones Biomédicas (CIB)



El Centro de Investigaciones Biomédicas (CIB) es una Unidad Académica dependiente de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, que tiene como objetivo el desarrollo, gestión y coordinación de proyectos de investigación, docencia de postgrado, capacitación y transferencia tecnológica al sector público y privado. El Centro surge como necesidad para la creación de una Unidad dentro de nuestra Institución que permita optimizar los recursos humanos, físicos y técnicos, que puedan dar respuesta a la demanda regional referente a Medicina Reproductiva, Biología de la Reproducción e Investigación Biomédica.

El CIB realiza estudios sistemáticos de cada uno de los procesos que están relacionados con la biología reproductiva, desde la gametogénesis a la implantación y el desarrollo fetal, en condiciones fisiológicas y patológicas, así como el estudio de procesos patológicos como el cáncer, nos permiten comprender los eventos observados y delinear estrategias terapéuticas de gran valor clínico.

El trabajo en colaboración de cada uno de los integrantes del Centro ha permitido aumentar los niveles de productividad científica antiguamente conseguidos en forma individual, optimizar recursos económicos, infraestructura y equipos con la consiguiente complementariedad de líneas de investigación en el área de Ciencias Biomédicas en áreas específicas como: gametogénesis femenina y masculina, fecundación, implantación, desarrollo embrionario y placentación, cáncer, aprovechando la experiencia de los investigadores e incorporando los diferentes proyectos que estos tienen en ejecución.

Además nuestras capacidades científicas y tecnológicas nos permiten generar una serie de prestaciones de servicio hacia la comunidad en el área del diagnóstico molecular en condiciones de salud y enfermedad de la población.

Director:
Sebastián San Martín Henríquez. Matrócn, PhD. Cargo actual: Profesor Adjunto Escuela de Medicina.

Director Alterno:
Eva Madrid Aris. Médico Cirujano. Cargo actual: Profesor Adjunto Escuela de Medicina.

Investigadores Principales Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso:
-Mario Párraga San Román, Biólogo-PhD.
-Joan Villena García, Biólogo-PhD.
-Pablo Olivero, Bioquímico-PhD.
-Sandra Montedónico Rimassa, Médico-Cirujano Pediatra-PhD.

Instrucciones para el envío de colaboraciones

Los envíos se deben realizar al correo contacto@uv.cl, los que pueden ser en inglés o español remitidos al director quien acusará recibo de ellos.

Los trabajos se confeccionarán en planilla word, con letra arial 12 a doble espacio en tamaño carta, conteniendo aproximadamente 450 palabras por hoja en un máximo de dos, incluidos el título, autor y reseñas bibliográficas, adjuntado archivos gráficos (fotos originales, gráficos, etc.). Se sugiere en caso de presentar un trabajo original enviar un CD rotulado indicando con claridad el nombre del autor y título del trabajo a la dirección siguiente: Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe, camino la Troya s/n, San Felipe a nombre de Patricio Briceño Morgado (Director).

En caso de los trabajos originales incluir las siguientes secciones: 1) Abstract en inglés (10 líneas como máximo); 2) Introducción; 3) Material y Métodos; 4) Discusión y/o conclusiones; 5) Referencias. Para este último punto se solicita enviarla de acuerdo a normas APA.

En cuanto a los resúmenes, artículos de opinión, comentarios se debe adjuntar el autor y en caso necesario la argumentación bibliográfica.

El boletín se reserva el derecho de la fecha de publicación y/o impresión, así como el de rechazarlo. Se deja establecido que previo a la publicación el comité editorial revisará cada una de los envíos para su publicación.

La próxima temática a desarrollar será ABORTO TERAPEUTICO, para este efecto se invita a la comunidad lectora a participar con sus aportes.

Parto Humanizado

René Castro Santoro

Académico Escuela de Medicina, U. D. Portales
Ex - Encargado Nacional Programa Salud
de la Mujer, Ministerio de Salud.

La manera en que un niño llega a este mundo es de vital importancia para él, para su familia y para la sociedad en que nace; se trata de favorecer, y no perturbar, el proceso del nacimiento, de facilitar el encuentro entre la madre, el niño y el padre (“el nacimiento como una experiencia familiar”). La forma en que nacemos tiene un impacto sobre toda la vida futura.

“Nacer en el siglo XXI. De vuelta a lo humano” Ministerio de Salud, Universidad de Chile, 2000.

Humanizar:

“El conjunto de acciones que realizan los profesionales y técnicos de salud para crear las condiciones más adecuadas y favorables posibles para las distintas etapas del proceso reproductivo de las personas.”.
“Humanizar es disminuir los sentimientos y emociones negativas que son factores de riesgo para enfermedades mentales, las cuales pueden prevenirse o atenuarse en la madre, padre, hijo/a y en la relación familiar”.

Atención humanizada

La preocupación internacional por la creciente deshumanización de las experiencias del parto ha llevado a replantear el apoyo continuo y personalizado de mujeres para mujeres durante el Trabajo de Parto (T. de P.) La humanización del cuidado del embarazo requiere la entrega de servicios que consideren los distintos aspectos



psicológicos, sociales y biológicos (ej: embarazos deseados y no deseados). El parto es un evento altamente estresante en lo biológico y con un significativo impacto en todos los aspectos psicológicos y sociales de las personas.

El equipo de salud a cargo de la asistencia del T. de P. es el responsable del cuidado de la madre y su hijo/a por nacer, explicar todos los procedimientos que se le van a realizar a la madre, y de mantenerla informada a ella y a su familia sobre la condición de la madre y de su hijo materno-fetal. El equipo debe estimular y facilitar la activa participación de la parturienta, y a la(s) persona(s) que le acompaña(n) en las decisiones a tomar durante el T. de P. y Parto.

Los elementos más importantes incluyen: apoyo emocional (presencia continua, tranquilidad y estímulo); información sobre el progreso del T. de P. y consejos sobre técnicas de control; medidas que le brinden comodidad a la madre (caricias, masajes, baños o duchas tibios, facilitar la adecuada

ingesta y eliminación de fluidos), y representación (ayudar a que la mujer pueda comunicar sus deseos a los demás).

El apoyo emocional a la madre y la familia durante este dinámico proceso, podría reducir la demanda de analgesia para el parto, disminuir las complicaciones intraparto, minimizar las dificultades emocionales post-parto, y aumentar la satisfacción de las madres.

El propósito de humanizar las acciones del proceso reproductivo es culminar con el nacimiento de una nueva persona sana, con una madre sana física y mentalmente, con progenitores y familias capaces de asumir positivamente la crianza. La humanización de este proceso implica considerar los aspectos psicológicos y sociales del mismo, modificar el carácter de la atención (habitualmente centrada en los aspectos biológicos), y reconocer la capacidad de las personas de decidir y asumir responsablemente su papel protagónico en el proceso.

Rol de Matronas y Matrones



Alejandra Castro Tapia.
Docente Programa de Obstetricia
y Puericultura

Un matrn o matrona es un profesional cientfico preparado universitariamente. Destacar su rol es fundamental principalmente en la relacin que se expondr en este escrito, con el proceso reproductivo, ya que somos profesionales que actuamos en estados fisiolgicos, y de impacto para toda la vida de una madre, familia y del nuevo integrante que se esta formado durante 9 meses, en muchas reas, no slo

fisicamente, y que luego llegar a vivir junto a nosotros a este mundo.

“La matrona y matrn estn reconocidos como profesionales responsables y que rinden cuentas, que trabajan en asociacin con las mujeres y su familia para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos fisiolgicos, es propia responsabilidad de la matrona y matrn, adem s proporcionar **cuidados al neonato y al lactante**. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promocin de nacimiento normal, la deteccin de complicaciones en la madre



y ni o, el acceso a cuidado mdico u otra asistencia adecuada, cuando la situacin lo amerita, y la ejecucin de medidas de emergencia”. (Consejo de la Confederacin Internacional de Matronas, Julio 2005, Australia).

Muy bien sabemos el profundo significado, que tiene la gestacin para las mujeres, con muchas interrogantes, temores y expectativas. Es por esto que nuestro acompaar, adquiere tal relevancia para la vida, ya que cada interaccin, que tenemos con las usuarias, marca un precedente y deja una impronta en como esta madre vivir y aprender a disfrutar este estado transitorio, que tan slo dura 9 meses, aunque deja huellas para toda la vida. Por a os, el parto aparece como el evento de mayor relevancia, para la madre, el ni o y la familia, as como para la sociedad y para el equipo de salud. Sin embargo, cada da se sabe ms acerca de la influencia que la etapa gestacional tiene en la salud y en el comportamiento del ser humano, as como de las repercusiones, que la vida intrauterina tiene durante todo el ciclo vital de un individuo.

FEMINOL®
Seguridad Anticonceptiva.



Parto Humanizado, una mirada desde la Filosofía

Carlos Verdugo Serna
Docente Instituto de Filosofía
Universidad de Valparaíso

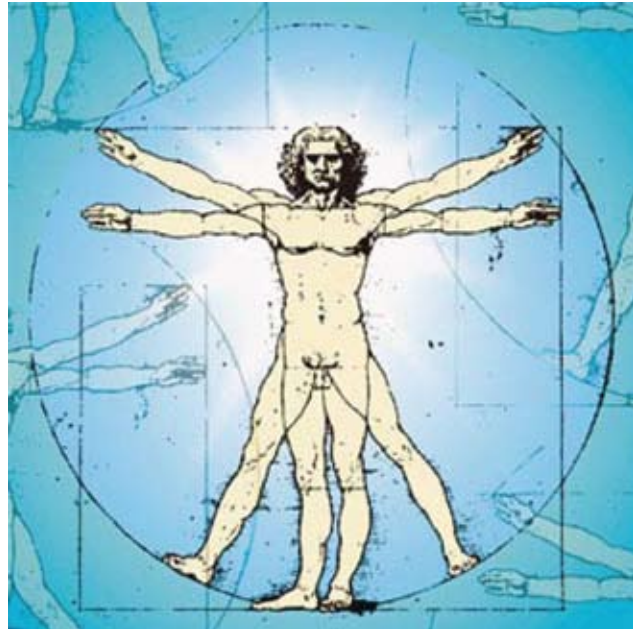
Si hablamos del parto de una mujer perteneciente a la especie humana ¿En qué sentido podemos “humanizarlo”? ¿Cómo podría no ser un parto humano? Desde un punto estrictamente biológico todos los procesos de parto que han tenido las hembras pertenecientes al género Homo a lo largo de la historia son partos humanos. La dificultad desaparece si aceptamos que los seres humanos no sólo tenemos características puramente físicas o biológicas sino otras que reconocemos como psicológicas, sociales y culturales. En estrecha relación con esto consideramos que los seres humanos tienen distintas clases de necesidades, de aspiraciones y deseos. También se acepta que el desarrollo de los seres humanos implica factores o aspectos psico-sociales que deben ser reconocidos y atendidos, entre ellos, un adecuado desarrollo afectivo, emocional. En otras palabras, que los miembros de la especie homo sapiens se distinguen por requerir para su bienestar y existencia plena la posibilidad de establecer lazos y relaciones profundas, íntimas y estables con otros miembros de su especie, de poder gozar de reconocimiento y aceptación, afecto, amistad, amor, respeto y atención, protección mutua y seguridad, auto-realización, etc.

Desde un punto de vista filosófico, se podría agregar a lo anterior la creencia de que los seres humanos tienen derecho a un trato especial en vista a una cierta “dignidad” que es característica y exclusiva de los seres humanos, especialmente, cuando alcanzan la condición de personas. Desde este punto de vista o concepción

de la “naturaleza humana”, el parto como proceso biológico-fisiológico, puede ser clasificado como “parto humano” y, al mismo tiempo, desde una visión más amplia y necesariamente compleja de lo humano, puede ser catalogado como “inhumano” si no respeta la naturaleza bio-psico-social de la mujer y del que está por nacer, o si no respeta la “dignidad” de la parturienta y de su criatura (incluyendo sus derechos humanos). En este sentido, los llamados o exigencias a la “humanización del parto y nacimiento” pueden interpretarse como el requerimiento u obligación de que todo parto y nacimiento se realice respetando la dignidad de la especie humana durante este proceso. También puede entenderse como cautelando que el parto y nacimiento se lleve a cabo tomando en consideración las necesidades psico-sociales, afectivas y emocionales descritas anteriormente y que son intrínsecas al género humano.

Finalmente, estimo que éstas son algunas de las consideraciones que han estado en la base de la fundación y actividades de organismos tales como REHUNA de Brasil y RELACAHUPAN-Chile, organizaciones comprometidas con el respeto estricto de los aspectos psicológicos, emocionales, existenciales, sociales, valorativos y espirituales de los procesos de gestación, parto y nacimiento.

En resumen, la expresión “El parto humano debe humanizarse” tiene un sentido literal que podemos comprender sin mayor dificultad. Sin embargo, lo que es más importante es reconocer que esta expresión señala una obligación moral para todos los seres humanos en su sentido más pleno y fundamental.



Lady-Ten®
Belleza que Florece.



Parto Humanizado

¿Desafío para la Matrona-Matrón?



Joaquín Lillo Leal.
Docente Programa de Obstetricia
y Puericultura

Para Matronas y Matrones, la calidad de la atención prestada debe ser una motivación constante. Cuando una persona solicita atención se debe comprender que cada paciente está ubicado mental y conceptualmente en planos diferentes; por un lado está cargado de expectativas o esperanzas con respecto a la atención que recibirá y además tiene necesidades, que son las que en el fondo motivaron su consulta. Nuestra labor se ha centrado en dar respuesta a las necesidades de las personas, orientando nuestro trabajo al ámbito biomédico y evaluándonos con indicadores epidemiológicos tales como tasas de cesáreas, mortalidad materna y perina-

tal, entre otros; el resultado de éste enfoque ha sido la separación progresiva entre la familia que espera un nuevo integrante y el servicio clínico en el cual nacerá, generando en las gestantes y su grupo familiar frustración e insatisfacción, las que se manifiestan como una percepción negativa en la calidad de la atención recibida.

Progresivamente se ha instalado una corriente a favor de la recuperación del rol protagónico de la mujer (y la familia) en todo lo relacionado con la gestación, el parto y el puerperio, moviendo a los profesionales sanitarios en general (y a las matronas en particular) a un plano de acompañantes del proceso, avocándose ya no solo a suplir necesidades sino además a dar cuenta de las expectativas de atención que tienen las usuarias y sus familias, viéndose en la obli-

gación de dar mejores cuidados en todos los aspectos que determinan la calidad de atención. La situación descrita, debe ser considerada como una oportunidad para mejorar el desempeño de Matronas y Matrones, al situarlos en una posición de privilegio en la atención de parturientas.

Estudios efectuados a nivel nacional e internacional establecen como determinante en sus evaluaciones de calidad de atención, la percepción de "Buen Trato" recibido por parte de los profesionales que las acompañaron en el proceso del parto.

El buen trato es la percepción que tuvieron las parturientas con respecto al cuidado profesional recibido, oportunidad de las atenciones, trato cariñoso y acompañamiento permanente; lo que obliga a enriquecer el accionar de las matronas al atender las necesidades de la esfera psicológica y social complementando lo netamente biomédico. Es necesario, por tanto, fomentar el buen trato de las usuarias y establecer escalas de evaluación que permitan recoger de manera permanente las evaluaciones que realicen acerca de la atención recibida.

Referencias:

Uribe C., Contreras A., y otros, "Bienestar materno durante el proceso de parto: Desarrollo y aplicación de una escala de medición"; REV. CHIL. OBSTET GINECOL 2008; 73 (1): 4-10.

Vivanco M. "Análisis de la satisfacción de las madres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato en un hospital público de tercer nivel de la Comunidad de Madrid". Serie Trabajos Fin de Master. 1 (2): 275-299, 2009 ISSN: 1989-5305.

GYNOSTAT[®]
El Ciclo Perfecto.



Humanización del Nacimiento

Salomé Poblete Muñoz
Docente Programa de Obstetricia
y Puericultura



Parto humanizado un nuevo enfoque de atención, ¿quiere decir que en algún momento dejamos de ser humanos en nuestra mira-

da y atención del proceso más importante de una familia, que es el nacer?

En consideración a esto, lo opuesto a la humanización de la atención de la Gestación, Parto, Pre-parto y Puerperio con promoción de prácticas milenarias durante estas etapas, es el proceso de medicalización habitual en el que el destino de la mujer y su hijo está sujeto a procedimientos de intervención rutinarios que no consideran las diferencias y especificidades individuales, transformando en violentas las actitudes asistenciales y alejando a las mujeres de la responsabilidad sobre su cuerpo, su hijo y la participación de la familia.

Muchas mujeres tienen temor a enfrentar un parto en forma más natural, “pues existe una visión de la gestación como un proceso más bien patológico, peligroso y doloroso”. No debemos olvidar toda la carga cultural que traen nuestras mujeres actualmente, según las experiencias vividas por las generaciones anteriores a ellas: madres, abuelas, tías, hermanas, etc. Y la impronta negativa que tienen a fin de la gestación, donde es óptimo lo cómodo, lo rápido y programable que puede ser este proceso, donde la responsabilidad es entregada al equipo médico, y la “desvinculación” me permite vivir sin dolor y miedo a la aproximación de la fecha de parto. Por lo tanto, también se debe trabajar en reconstruir y reparar el significado que tiene el nacer para nuestra sociedad, libre del trau-

ma y el peligro con que lo hemos revestido socialmente en el último tiempo.

Debemos considerar el “Parto” como el momento cúlmine de toda gestación, considerado por muchas culturas como el inicio de la vida, donde el parto y el nacimiento humanizado se fundamenta en la valoración del mundo afectivo-emocional de las personas; la consideración de los deseos y necesidades de sus protagonistas: madre, padre, hija o hijo y la libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en uno de los momentos más conmovedores de su historia.

El viejo modelo de atención mostraba que estas distinciones no eran tomadas en cuenta y se pensaba que no eran importantes para el momento del parto; sin embargo, hoy sabemos que las mujeres damos a luz con todo lo que somos.

En este tipo de parto consciente, la forma de recibir al recién nacido es del todo armoniosa; en el sentido que protege la sensibilidad del niño, estimulando el contacto piel a piel con su madre, en un ambiente bien temperado y en penumbra, cautelando el delicado equilibrio hormonal del proceso de apego. Actualmente en la Medicina Occidental existe una combinación de elementos Orientales y contemporáneos donde podemos ver el manejo de la energía para la Estimulación del Feto como del

recién nacido. Ambos son capaces de percibir a través de sus diferentes sentidos, los que comienzan a desarrollarse desde la vida intrauterina, es por esto que la estimulación temprana es fundamental para el desarrollo psicomotor e intelectual del niño(a), principalmente cuando ésta se comienza desde la vida in-útero, lo que se verá reflejado en niños con un correcto desarrollo del sistema nervioso, inmunológico, hormonal, circulatorio, motor, etc.

El Ministerio de Salud publicó recientemente una guía para la atención humanizada del parto, en el marco del Sistema Chile Crece Contigo, que provoca un cambio de paradigma en el proceso de atención, tanto de las usuarias como del equipo de salud que participan en su atención, pues hay actitudes y destrezas que no se adquieren por estar normadas, siendo necesario replantear el modelo desde el que se mira el nacimiento. La atención de un parto humanizado, busca no realizar intervenciones innecesarias, en el que se respeta la intimidad de la mujer, genera un estado especial de conciencia que permite un control natural del dolor; entendiendo, además, que la modulación de éste también tiene un potente componente cultural y psicológico, y devuelve a la madre y familia el empoderamiento del nacimiento de este nuevo ser, que es recibido con manos que no buscan salir airosos del procedimiento, sino de manos suaves que acogen la llegada de un nuevo miembro a este mundo.

nogesta®
Seguridad Libre de Estrógenos.



Promoviendo el Apego

Rodrigo González Zamora.
Docente Programa de Obstetricia
y Puericultura

Desde mucho antes del nacimiento es que se impulsa el apego, siendo nuestro deber profesional y ético impulsarlo desde el primer control gestacional, pues madres, padres, familiares o personas significativas muy llanas y susceptibles a los estímulos externos como el diálogo con los equipos de salud, deben tener una preocupación especial en cómo se establecen las comunicaciones, los gestos y la acogida que se brinda a las gestantes y sus familiares.

El vínculo es el lazo afectivo primario que se establece entre la madre y su hijo o hija para garantizar sobrevivencia y desarrollo; la calidad del proceso de vinculaciones es, entonces, de suma importancia, pues va a influir en el resto de nuestras vidas. Los vínculos seguros se relacionan con niños y niñas sanas que luego serán adultos sanos, mientras que vínculos de tipo ansioso y desorganizado se correlacionan con trastornos del desarrollo, violencia intrafamiliar y maltrato.

El primero en desarrollar una teoría del apego fue John Bowlby, en 1958. Él postula que el vínculo que une al niño con su madre es producto de una serie de sistemas de conducta, cuya consecuencia previsible es aproximarse a la madre. En 1968, Bowlby define la conducta de apego como cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. Como resultado de la interacción del bebé con el ambiente y, en especial con la principal figura de ese ambiente, es decir, la madre, se crean determinados sistemas de conducta, que son activados en la conducta de apego. Asimismo,



mo, sostiene que el sistema de apego está compuesto por tendencias conductuales y emocionales diseñadas para mantener a los niños en cercanía física de sus cuidadores durante la historia de la evolución.

Formas de Apego

En base a como los individuos responden en relación a su figura de apego cuando están ansiosos, Ainsworth, Blewar, Waters y Wall (1978), definieron los tres patrones más importantes de apego y las condiciones familiares que los promueven, existiendo el estilo seguro, el ansioso-ambivalente y el evasivo.

Los niños/as con estilos de apego seguro, son capaces de usar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados. Ellos tienen cuidadores que son sensibles a sus necesidades, por eso, tienen confianza en que sus figuras de apego estarán disponibles, que responderán y les ayudarán en la adversidad. En el dominio interpersonal, las personas con apego seguro tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo.

Los niños con estilos de apego evasivo, exhiben un aparente desinterés y desapego a la presencia de sus cuidadores durante períodos de angustia. Estos niños tienen poca confianza en que serán ayudados, poseen inseguridad hacia los demás, miedo a la intimidad y prefieren mantenerse distanciados de los otros.

Los niños con estilos de apego ansioso-ambivalente, responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores.

Los padres también pueden generar apego con sus hijos. Mónica Kimelman, psiquiatra infantil, señala que “el hecho de que el niño viva el proceso de apego con una figura femenina —su madre— y una masculina —su padre— es más enriquecedor y acelera el desarrollo cognitivo y psicosexual del niño”.

El doctor Pierre Rousseau, gineco-obstetra y consejero de la Oficina de Nacimiento e Infancia de Bélgica, señala que numerosas experiencias demuestran que el padre puede crear con el niño un vínculo tan fuerte como el de la madre con su hijo a través del apego después del nacimiento. “Cuando los partos se dificultan, como por ejemplo después de una cesárea donde la madre ha sufrido algún tipo de complicación, el padre puede experimentar con éxito la primera experiencia de apego con el niño”.

Es entonces de vital importancia que los equipos de salud sigan fortaleciendo los procesos que favorezcan apegos seguros desde el inicio del control gestacional y en todos los niveles de atención basados en el modelo de atención biopsicosocial.

vexa[®] 20
Imagen Inolvidable.



Vivencias de un matrn.

Reflexiones en torno a una Sala de Partos

Antonio Quinchavil Alarcn
Docente Programa de Obstetricia y Puericultura

“...Es que Ud. es del tiempo de la mquina de escribir, profe!!!”, me dijo una vez una alumna, aludiendo a mi “experiencia”: hoy son 27 aos, de los cuales 10 fueron en atencin primaria y 17 en el Servicio de Obstetricia y Ginecologa del Hospital Gustavo Frcke. Mis profesoras eran a la antigua... de esas que atendan el parto en la cama y no hacan episiotomía, sin embargo, me ensearon a hacerla, junto a muchos otros procedimientos, porque eran parte de los “*cuidados modernos*”. Aquellos que tantos cambios han producido en la salud materna y perinatal, esos que en un contexto temporal han sido vertiginosos. Episiotomía, enemas, rasurados, separacin del niuo/a de su madre y entrega posterior, monitoreos (los primeros monitores cardiofetales), amniotomía, entre otras tcnicas y procedimientos.

Yo me “crié” en ese modelo, biomédico. En ese momento muchos de esos cuidados fueron importantes para lograr los indicadores de los cuales hoy estamos orgullosos; pero a poco andar en la profesin comienzan algunos cuestionamientos... Algo no encaja con este modelo asistencial, cuando ya se considera que muchos de los problemas de salud de la mujer comienzan a ser superados, cuando la meta, esa que se propusieron los creadores del Servicio Nacional de Salud, se alcanza. Es como cuando se aclara la turbiedad del agua y se puede ver el fondo... En fin, se dejó de ver el embarazo y parto como un proceso natural y fisiológico, al que además, se le quitó el protagonismo a la madre y



su hijo/a, pasándola a llevar en muchos de sus derechos.

A partir de los aos 80, se comienza a plantear que hay que humanizar la atencin obstétrica, y aparecen estudios que muestran que muchos procedimientos que realizábamos rutinariamente no contribuyeron a mejorar la atencin brindada a la mujer y su hijo/a. Es más, algunos de ellos sólo contribuyeron (y contribuyen) a sobreestimar algunas situaciones (por ejemplo, rotura artificial de membranas), llevando a realizar procedimientos innecesarios y aumentando el costo de la atencin. Además, emergen otras realidades en nuestro medio, observándose un excesivo número de cesáreas. Actualmente la evidencia disponible no avala la intervencin médica del parto, por el contrario desaconseja procedimientos rutinarios como la monitorizacin fetal en embarazos de bajo riesgo, amniotomía, uso de oxitocina en partos que progresan normalmente, episiotomía, rasurados y otros que ya se han dejado de hacer en muchos establecimientos.

Nos enfrentamos a un cambio de modelo, ahora en reversa, para rescatar todas aque-

llas cosas positivas de antaño: Las recomendaciones son a no realizar procedimientos innecesarios, aquellos que no están avalados por la evidencia. Se debe proveer compaía, apoyo emocional, libertad de eleccin, informacin y educacin en todo el proceso. Estos cambios acogen el respeto de dos principios básicos: La **autonomía de la mujer** y no someterla a **riesgos innecesarios**. Procurar volver a ver el nacimiento de un hijo/a como un proceso natural, como un **acontecimiento** donde los protagonistas son la madre, su hijo/a y su entorno. Claro, usando aquellos elementos tecnológicos de apoyo que nos da la vida moderna, pero usados racionalmente, en aquellas situaciones que lo requieran.

En este aspecto, el/la matrn(a) adquiere una gran importancia. La raíz de la profesin de matrona es la de asistir a la mujer en el parto, acompaarla en uno de los momentos más importantes de su vida, en esencia proveer aspectos tcnicos, pero también compaía, afecto, apoyo, representar la figura que dar seguridad al punto más alto del proceso: el parto.

Para las nuevas generaciones de matronas, la implementacin de estos cambios será más fácil, ya que han crecido con ellos y es la forma natural de practicar la profesin. Les toca hacer otra “*obstetricia*”; al igual como hace 27 aos yo aprendía, ahora yo enseo (al menos trato) “*cuidados más modernos*”.

Referencias:

“Nacer en El siglo XXI. De vuelta a lo humano”. Editores: Dr. Hugo Muoz Cáceres, Dra. Ana María Kaempffer Ramírez, Dr. René Castro Santoro, Dr. Sergio Valenzuela Puchulu. Minsal, U de Chile. 2001.

Innova[®] CD

Un Clásico Siempre Vigente.



Planificación Familiar en Chile. Una Aproximación Histórica (parte II).

Francisco Pantoja Molina.
Docente Programa de Obstetricia
y Puericultura

En el año 1964, bajo el gobierno del presidente Eduardo Frei Montalva y siendo el Director del Servicio Nacional de Salud, el Dr. Francisco Mardones R., se formula la primera política de Planificación Familiar del Gobierno de Chile, la que no estuvo exenta de la resistencia y oposición de los sectores más conservadores de la sociedad.

En 1967 se formula la política de Población y Salud Pública, tres objetivos de salud lo fundamentan, estos son: a) reducir mortalidad materna por aborto provocado (evitar embarazo no deseado); b) reducir mortalidad infantil asociada a la alta fecundidad; c) promover el bienestar familiar (Paternidad Responsable), definida esta última como la capacidad de ofrecer un ambiente a los hijos que permitiera su desarrollo en condiciones apropiadas de salud física y mental.

No fue sino hasta 1976 que se autoriza a las profesionales matronas (capacitadas en ese momento por APROFA), para prescribir métodos anticonceptivos mediante la aprobación de la norma sobre “encargo de acciones de regulación de Fecundidad” del SNS, esto debido a la demanda creciente por estos servicios y la escasez de médicos que pudieran satisfacer dicha demanda, lo cual, permite un primer reconocimiento a la calidad de estas profesionales.

En las últimas décadas, la planificación familiar en Chile se ha ido afianzando como política de Estado, sobre todo después de la



reaparición de los gobiernos democráticos. El Control de Regulación de la Fecundidad es una actividad importante dentro del Programa de Salud de la Mujer, se ha mejorado el acceso y ampliado progresivamente la oferta de diferentes tipos de Métodos Anticonceptivos. Entre estos últimos, encontramos la anticoncepción de emergencia, que debió sortear una polémica impugnación ante el Tribunal Constitucional de nuestro país.

Es importante mencionar el aporte al ámbito de la Planificación Familiar del Académico Dr. Horacio Croxatto A. en la creación del implante anticonceptivo subdérmico y en el descubrimiento de las propiedades anticonceptivas del meloxicam que puede llegar a convertirse en el primer anticonceptivo no hormonal a nivel mundial.

El día 05 de Septiembre del 2011, fue publicada en el Diario Oficial la Ley 20533, la cual modifica el Código Sanitario facultando a las matronas y matrones para recetar anticonceptivos, pasando la planificación familiar de ser una “función delegada” a una “función propia” de la matrona – Matrón, dando así reconocimiento legal a la función ejercida por más de 30 años.

Referencias:

Galán, G. (2010), “50 años de la Píldora Anticonceptiva”. Rev. Obstet. Ginecol. Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2010; VOL 5 (2): 105-111.

Ministerio de Salud de Chile (2007), “Normas Nacionales sobre Regulación de la Fecundidad”. p. 11- 16.

Vásquez, R. (2004), “Políticas de Planificación Familiar y Aborto en Chile”. Tesis, Departamento de Derecho Privado, Facultad de Derecho, Universidad de Chile, Extraído el 17 de Marzo del 2011 desde <http://hdl.handle.net/2250/576>.

Requerimiento de inconstitucionalidad deducido en contra de algunas disposiciones de las “Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad”, aprobadas por el Decreto Supremo Nº 48, de 2007, del Ministerio de Salud. Extraído el 21 de Marzo del 2011 desde <http://www.tribunalconstitucional.cl/index.php/sentencias/view/914>.

Palma, I. (2006), “Transformaciones de la Fecundidad en la Sociedad Chilena”, Biblioteca de Recursos Comunidad de Educación en Sexualidad y Afectividad, Programa de Aprendizaje en Sexualidad y Afectividad, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Extraído el 17 de Marzo del 2011 desde http://www.pasa.cl/biblioteca_recursos/index.html

nogesta®
Seguridad Libre de Estrógenos.



¿Te quieres cuidar? ¿Te estás iniciando en anticoncepción? Juntémonos en

www.musachile.cl



1

NOS APOYA

con orientación personalizada y discreta sobre salud sexual y reproductiva.

2

NOS AYUDA

con importantes beneficios por la compra de anticonceptivos de Laboratorio Chile.

3

Y NOS INVITA

a participar en atractivos concursos.

Disfruta tú también de todos estos beneficios, consultando a tu médico o matrona sobre el programa MusaChile.



LABORATORIO CHILE
Producto de tu confianza

Innova^{CD}
Levonorgestrel / Etinilestradiol

nogesta[®]
Desogestrel

vexa^{CD}
Drospirenona 3 mg
Etinilestradiol 0,02 mg

vexa[®] 20
Drospirenona 3 mg
Etinilestradiol 0,02 mg

Lady-Ten[®] 35
Ciproterona / Etinilestradiol

FEMINOL[®]
Gestodeno + Etinilestradiol

GYNOSTAT[®]
Desogestrel + Etinilestradiol

UNA COMPLETA LINEA PARA EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD DE LA MUJER.

ANTICONCEPTIVOS

FEMINOL[®]
Gestodeno + Etinilestradiol

GYNOSTAT[®]
Desogestrel + Etinilestradiol

Innova[®] CD
Levonorgestrel + Etinilestradiol

nogesta[®]
Desogestrel

vexa[®]
Drospirenona 3 mg
Etinilestradiol 0,03 mg

ANTIANDROGENICO

Lady-Ten[®] 35
Ciproterona + Etinilestradiol

VULVOVAGINITIS

Ibarin[®]
Fluconazol

Ginedazol[®]
Tinidazol + Miconazol

Troxsil[®]
Tinidazol

INCONTINENCIA URINARIA

LADY SYSTEM[®]
FUERZA INTERIOR. FUERZA DE MUJER.

CLIMATERIO

Tobe[®]
Tibolona

Fem 7[®]
Estradiol

Estreva[®] GEL
ESTRADIOL HEMIHYDRATE 0,1%

Estredox[®]
Estradiol 1 mg + Drospirenona 2 mg

OSTEOPROTECCION

Darmas[®] CaD
Acido Ibandrónico + Ca + Vit D

Holadren[®]
Alendronato

Calcefor[®] D
Carbonato de Calcio + Vitamina D

Calcefor[®]
Carbonato de Calcio



Para pacientes:
www.musachile.cl

Para médicos y matronas:
www.vexa.cl



LABORATORIO CHILE
Producto de tu confianza