



Lo hemos explicado varias veces ya: la primera subluxación vertebral o interferencia nerviosa, suele producirse al nivel de la primera cervical en el momento de nacer. La rotación y extensión exageradas ejercidas sobre el delicado cuello del bebé durante el parto, añadidas a la presión aplicada al pasar por el canal del útero, son, seguramente, la causa de la primera subluxación de nuestra vida. Ello supone que, a corto o largo plazo, nuestro cuerpo manifieste disfunciones y que se presenten problemas de salud. Poca gente sabe los beneficios que tiene un parto natural tanto para el bebé como para la madre, ya que los partos con instrumentos, cesáreas y provocados se han convertido en lo más habitual. Pocas familias se plantean un parto domiciliario por falta de información y por ello, este mes, intentaremos compartir con vosotros lo más importante sobre los partos naturales y en casa. Esperamos que entendáis el impacto que puede tener un parto traumático sobre el sistema nervioso y sobre la salud general de vuestros hijos, y que podáis tomar una decisión meditada cuando tengáis vuestro próximo hijo.

Tenemos mucha más información disponible en nuestras consultas. Y, por favor, compartidla con vuestros amigos. ¡Buena Lectura!

Boyce



## PARTOS NATURALES: ¿QUE INCIDENCIA TIENEN SOBRE LA SALUD DE NUESTROS HIJOS?

A pesar del considerable debate y estudios realizados a lo largo de los años, el concepto de “normalidad” en el parto y en el nacimiento no está estandarizado ni universalizado. En las últimas décadas se ha observado una rápida expansión en el desarrollo y uso de un abanico de prácticas ideadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso fisiológico del parto, con el propósito de mejorar el desenlace para las madres y sus hijos, y, en ocasiones, para racionalizar los protocolos de trabajo en el parto institucionalizado. En los países desarrollados, en donde estas prácticas se han convertido en habituales, se está empezando a cuestionar el valor de estos grados tan altos de intervencionismo. Al mismo tiempo, los países en desarrollo están intentando que toda mujer tenga acceso a un parto seguro. La adopción, sin crítica previa, de toda una serie de intervenciones inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias, además, con frecuencia, pobremente evaluadas, constituye un riesgo que corren muchos de los que tratan de mejorar los servicios de maternidad.

El fenómeno mundial de la creciente emigración a la ciudad, está haciendo que muchas más mujeres estén dando a luz en unidades obstétricas, tengan partos normales o complicados. Existe una tentación de tratar todos los partos rutinariamente con el mismo alto grado de intervencionismo tanto si son complicados como si no lo son. Esto, desafortunadamente, tiene una serie de efectos negativos, algunos de ellos con serias implicaciones, pues las mujeres y sus hijos pueden resultar dañados por prácticas innecesarias.



### Definición del Parto Normal:

Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. Generalmente entre un 70 a 80 % de todas las gestantes se pueden considerar como de “bajo riesgo” al comienzo del parto.

### Recomendamos este libro



**ÉOd#Uhyr αf l%q#ghd#Qdf lp lhqw Š#  
sr u#vdehd# huq«qgh}#ghd#F dvlar #**

*Od#Uhyr αf l%q#ghd#Qdf lp lhqw #hv#xq#deur #dehudgr ul#Od#  
f lhqf ld#kd#gph r vu#dgr #t xh#al#vhj xuldg#gh#sdur#  
qr up d#tr #ghshqgh#ghd#vr #gh#mf qr σ j ,dv#r ilv#f dgdv#  
t xh#r p hv#q#l#p x#hu#qkleh#d#sdur# #xv#ux| hq#x#  
ilvr σ j ,dl#vlqr #gh#hvhshw#gh#dv#f r qglf lr qhv#t xh#  
idyr uhf hq#x#ur j uhv #v#sr qv#qhr #*

Isabel Fernández del Castillo ha estudiado el modelo que siguen otros países más avanzados y propone una “revolución del nacimiento”. Las mujeres y sus parejas deben despojarse de la ingenuidad, y ejercer el derecho y la responsabilidad de dar a luz en cuerpo y alma, de velar por sus hijos/as, y volver a retomar un poder que es propio.

## ¿TIENE EL LUGAR DEL PARTO UN IMPACTO SIGNIFICATIVO EN LA PROGRESIÓN DE ÉSTE, EN EL NACIMIENTO Y LUEGO EN LA SALUD DEL BEBÉ?

Esta pregunta ha sido estudiada con amplitud en las últimas dos décadas. Mientras que en muchos países desarrollados el parto pasó de ser un proceso natural a un procedimiento controlado, el lugar para dar a luz cambió del hogar al hospital. Al mismo tiempo mucho del denominado "toque humano" fue relegado. El dolor fue aliviado con fármacos y a las mujeres se les dejaba solas por un gran período de tiempo; se las controlaba desde lejos. Algunos hospitales han realizado un esfuerzo al instalar habitaciones que se asemejen a un ambiente hogareño y esto se tradujo en un incremento de la satisfacción de las mujeres y de un descenso en el deseo por su parte de buscar nuevas ubicaciones para dar a luz en futuros embarazos, pero estudios realizados al azar no demostraron ningún cambio respecto a la demanda de epidurales, partos instrumentales o cesáreas.

El parto domiciliario es una práctica que está desigualmente distribuido a lo largo del mundo. Desde 1930, con la institucionalización del nacimiento, la opción del parto domiciliario en la mayoría de los países desarrollados desapareció. El sistema de atención obstétrica en Holanda, donde todavía más del 30 % de las mujeres dan a luz en casa, es excepcional en los países industrializados.

### CESÁREA Y RIESGO DE MUERTE FETAL INEXPLICABLE EN EL POSTERIOR EMBARAZO - Smith GCS, Pell JP, Dobbie R. Lancet 2003; 362: 1779-84

#### Antecedentes

La cesárea está asociada con un mayor riesgo de trastornos de la placentación en los embarazos posteriores, pero se desconocen los efectos sobre la tasa de muerte fetal antes del parto. El objetivo de este estudio es establecer si la cesárea anterior se asocia con un mayor riesgo de muerte fetal anteparto.

#### Métodos

Se vincularon los datos sobre embarazo al alta hospitalaria del Registro de Morbilidad Escocesa (1980-98) y del Estudio de Mortalidad Fetal e Infantil de Escocia (1985-98). Se calculó el riesgo relativo de muerte fetal anteparto en segundos embarazos usando un análisis de tiempo-resultado.

#### Resultados

En 120.633 segundos nacimientos con feto único, hubo 68 fetos muertos antes del parto en 17.754 mujeres que habían recibido una cesárea anterior (2.39 por 10.000 mujeres por semana) y 244 en 102.879 mujeres que previamente habían tenido parto vaginal (1.44;  $p < 0.001$ ). El riesgo de muerte fetal no explicada asociado con cesárea anterior difirió significativamente con la edad gestacional ( $p = 0.04$ ); el exceso de riesgo fue evidente desde las 34 semanas. El riesgo no se atenuó después del ajuste por características maternas o resultado del primer embarazo. El riesgo absoluto por muerte fetal no explicada a las 39 semanas de gestación fue de 1.1 por 1.000 en las mujeres que habían tenido una cesárea anterior y de 0.5 por 1.000 en las que no la tuvieron. La diferencia se debió principalmente a un exceso de muertes fetales no explicadas entre las mujeres que habían tenido una cesárea anterior.

## Interpretación

El parto por cesárea en el primer embarazo podría aumentar el riesgo de muerte fetal no explicada en el segundo. En las mujeres con cesárea anterior, el riesgo de muerte fetal no explicada anteparto a las 39 semanas de edad gestacional o después es cerca del doble del riesgo de muerte fetal o neonatal por rotura uterina intraparto.

## Dar a luz en casa es una opción segura

*Un estudio publicado recientemente concluye que, en mujeres embarazadas de bajo riesgo, dar a luz en casa no se asocia con mayor morbi-mortalidad neonatal.*

El estudio observacional, publicado recientemente en el *BJOG An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* (15 Apr 2009), se realizó en los Países Bajos sobre más de 500.000 partos entre mujeres de bajo riesgo entre los años 2000 y 2006. En él, se comparan las tasas de resultados adversos neonatales (muerte intraparto, muerte neonatal a las 24h y a los 7 días e ingreso del bebé a una UCI neonatal) entre mujeres que deciden dar a luz en casa y las que deciden hacerlo en el hospital.

En el análisis se tuvieron en cuenta factores de confusión conocidos que podían influir en los resultados, como la paridad, la edad gestacional, la edad materna, la etnia y el estatus socioeconómico.

El estudio no encontró diferencias significativas entre los partos planeados en casa y los planeados en el hospital. Los riesgos relativos con sus intervalos de confianza fueron: para muerte intraparto y neonatal en las primeras 24h 1,02 (0,77-1,36), para muerte intraparto y neonatal a los 7 días 1,00 (0,78-1,27), y para ingreso del bebé en UCI neonatal 1,00 (0,86-1,16).

A pesar de que se trata de un estudio observacional, basado en la recogida de datos de registros de forma retrospectiva, éste es el estudio de mayor tamaño realizado hasta la fecha sobre la seguridad del alumbramiento en el propio domicilio.

*En conclusión, según este estudio, planear el parto en el propio domicilio es una opción segura para mujeres embarazadas de bajo riesgo siempre y cuando se ofrezca un sistema adecuado y de calidad de atención y cuidado a la maternidad para llevar a cabo esta práctica.*

Fuente: [Impacto - Excelencia Clínica](#)

Er d#vq# oqif r l#dq#vdur # #r f l d d d#d#h#y/l#r #ghd#v#wp d#Qdf l r qdd#gh# Vdαgr#  
#Vol. 2 n° 6 Junio 2009



## PARTOS TRAUMÁTICOS CAUSAN DAÑOS DE LA MEDULA ESPINAL

*El periódico de Neurocirugía de julio de 1982* denuncia los daños colaterales que una extracción forzada de un bebé durante el nacimiento puede causar sobre la médula espinal. El estudio dice también que ese tipo de daño en la médula puede ocurrir sin evidencias de dislocación o fractura de las vértebras.

La investigación, hecha en la universidad de medicina de Pittsburg (EE.UU), demuestra que tal daño sobre la médula espinal podría ocurrir sin afectar a los huesos por la elasticidad y flexibilidad de la columna vertebral del recién nacido. Fue comprobado que mientras la columna vertebral podía estirarse hasta 5,1 cm sin dañar las vértebras, la médula espinal no puede hacerlo más de 0,6 cm antes de romperse.

**Y lo sabemos: una interferencia del sistema nervioso o subluxación puede afectar a todas las funciones del cuerpo.**

## MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO

Una tarea muy importante de la matrona es la de ayudar a la gestante a hacer frente al dolor. Esto puede lograrse con analgésicos, pero aún más fundamental e importante es el método no farmacológico, comenzando durante el período antenatal ofreciendo repetida información a la gestante y a su compañero. Un buen apoyo durante el embarazo y el parto, por parte de la matrona, puede reducir la necesidad de usar analgésicos y así mejorar la experiencia del nacimiento.

Aparte del apoyo durante el parto (el factor más importante) existen otros métodos de alivio del dolor del parto. El primero, es ofrecer a la mujer la posibilidad de adoptar la postura que ella prefiera. Esto significa que no tiene porqué estar necesariamente en la cama y menos aún, en posición supina, y que debe gozar de la libertad de *ponerse de pie, sentarse o andar*, sin interferencia por parte de las matronas, especialmente, en la fase de dilatación. Existen diversos métodos no invasivos, ni farmacológicos de alivio del dolor que pueden ser utilizados durante el parto. Muchas mujeres sienten alivio del dolor tomando *una ducha o un baño*. También parecen ser efectivos los *masajes*. Estos métodos se usan frecuentemente en combinación con otras estrategias, incluyendo *prácticas psicosomáticas como hipnosis, música y retoolimentación*. Lo mismo ocurre con los métodos que ayudan a la mujer a hacer frente al dolor mediante *técnicas para concentrar la atención, técnicas de respiración, relajación y preparación oral alejando la atención del dolor*.



FUENTE: "Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud"  
[www.pepidominguez.com](http://www.pepidominguez.com)



Asociación  
nacer  
encasa

La asociación Nacer en Casa nace en nuestro estado a principios de 1988 dando respuesta a la necesidad de aglutinar a los/as profesionales que en ese momento trabajaban en favor de recuperar el nacimiento domiciliario.

Para más información, entra en la web:  
<http://www.nacerencasa.org/>

### Nuestro Decálogo

1. Velar para que en el proceso de parto y postparto, los protagonistas principales sean el bebé, la madre y el padre.
2. Respetar las condiciones éticas e ideológicas de la madre acordadas previamente.
3. Partiendo de una situación de salud y equilibrio psico-emocional de la madre y su acompañante, se debe garantizar el respeto a cada proceso y ritmo individuales del embarazo y del parto.
4. En caso de verse en la necesidad de utilizar ayuda terapéutica, se utilizarán con preferencia métodos blandos y los menos agresivos.
5. Se tratará al bebé durante todo el proceso con el máximo respeto, ya que es un individuo consciente, sensible y con entidad propia.
6. No se harán manipulaciones intervencionistas sistemáticas e innecesarias ni a la madre ni al bebé.
7. Consideramos recomendable para abordar un parto en casa de un modo consciente y responsable, el trabajo conjunto y preparación previa entre las/los interesados y el/la asistente.
8. Sería recomendable una actitud autocrítica y de revisión continua y constructiva por parte de la/el profesional.
9. Se apoyará y fomentará la lactancia materna como método que garantiza la salud y bienestar del bebé.
10. Consideramos la maternidad como un hecho tanto individual como social y, por tanto, necesitado de apoyo en lo económico, cultural, político y laboral.

## PRACTICAS QUE SON CLARAMENTE PERJUDICIALES O INEFICACES Y QUE DEBERÍAN SER ELIMINADAS

- 1.# Uso rutinario del enema.
- 2.# Uso rutinario del rasurado público.
- 3.# Infusión intravenosa de rutina en el parto.
- 4.# Inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina.
- 5.# Posición en decúbito supino de rutina durante la dilatación.
- 6.# Examen rectal.
- 7.# Uso de pelvimetrías.
- 8.# Administración de oxitócicos antes del nacimiento si sus efectos no pueden ser controlados.
- 9.# Posición rutinaria de litomía (con o sin estribos) durante el parto.
- 10.# Esfuerzos de pujo sostenidos y dirigidos durante la segunda fase del parto.
- 11.# Masaje y estiramiento del periné durante la segunda fase del parto.
- 12.# Uso de tabletas orales de ergometrina en la tercera fase del parto para prevenir o controlar una hemorragia.
- 13.# Uso de ergometrina parenteral de rutina en la tercera fase del parto.
- 14.# Lavado rutinario del útero después del alumbramiento.
- 15.# Revisión rutinaria manual del útero después del alumbramiento.

## EL ÁCIDO FÓLICO AL NATURAL

La vitamina B9 o ácido fólico se recomienda mucho a las mujeres que buscan el embarazo, pero también es básica para la salud cardiovascular. Presentamos algunas de sus mejores fuentes.



### BRÉCOL#

Como otras crucíferas destaca por su riqueza en sulforanano, un antioxidante de propiedades anticancerígenas. Consumido de forma habitual puede ser un buen aliado en la prevención de cánceres como los de mama, colon y pulmón. Sin embargo, existen muchos otros motivos para disfrutar de él. Una ración de 200g procura el triple de vitamina C que se precisa al día, todo el ácido fólico y 2 terceras partes del betacaroteno.

Fuente: revista "Cuerpo Mente"  
– noviembre 2009



### SOJA GERMINADA#

La germinación aumenta el aporte vitamínico de las semillas. En el caso de la soja, ya de por sí muy nutritiva, el ácido fólico puede llegar a ser de 170mg/100g, la mitad de las necesidades diarias, con la ventaja de que la soja germinada resulta más digestiva que el grano entero. Aporta, además, calcio, magnesio y hierro, así como vitaminas A y C.



### ESCAROLA#

Las vistosas hojas rizadas de la escarola imprimen carácter a las ensaladas de invierno, que además enriquecen con su abundante ácido fólico: una ración de 75g, que apenas aporta 10 calorías, cubre por sí sola las necesidades diarias del organismo. Como otras verduras de sabor amargo, la escarola favorece la digestión y ayuda al hígado en su función depurativa. También procura vitamina C (13mg/100g), hierro (2.8mg) y potasio (387mg).



### PIPAS DE GIRASOL #

Las semillas de las bonitas flores de girasol son tan nutritivas que el ácido fólico, muy abundante en ellas, ni tan siquiera es su nutriente más destacado. Una pequeña ración de 30g (175 calorías) procura hasta una tercera parte del que se necesita al día. Además son muy ricas en magnesio, selenio, y vitaminas E y B1.



### GARBANZOS

Los garbanzos son una buena fuente de proteínas vegetales (20%) e hidratos de carbono complejos (48%), que procuran energía de forma gradual. Su fibra (9.5%), además de mejorar el tránsito intestinal, entorpece aún más el paso de los carbohidratos a la sangre y contribuye a regular el colesterol. Son ricos en vitaminas del grupo B, fósforo, magnesio y hierro.

### ESPINACAS

Una de las verduras más ricas en ácido fólico es la espinaca: una ración de 250g cubre con creces las necesidades diarias del organismo. Pero la espinaca también supera a las demás verduras en otras vitaminas, principalmente A y C. Además hace honor a su fama de campeona en hierro con buen aporte de este mineral, si bien procura otros que se asimilan mejor, como potasio y magnesio.