

LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL A TRAVÉS DE UN SIGLO

1ª. Parte

*Miriam E. de Fernández **

RESUMEN

El presente trabajo es extraído del libro en preparación "La obstetricia a través de un siglo, 1888-1988" (conceptos y bases para la atención materno infantil); cuyo objetivo docente es hacer un recorrido histórico abarcando un siglo de asistencia maternal, destacando aquellos aspectos considerados relevantes, y poner de manifiesto los diferentes conceptos que sobre salud-enfermedad ha tenido el hombre, y cómo los ha orientado en general a la medicina y a la atención materno infantil.

Desde el principio de la historia, la atención sanitaria de la mujer ha estado relacionada con sus necesidades obstétricas y ginecológicas. Históricamente la función reproductora de la mujer ha sido asociada con su nivel intelectual. A finales de 1800, Edward Clarke, un profesor de Harvard, estaba convencido de que después de la pubertad, las mujeres no debían ejecutar la mente ya que la educación afectaba la salud de las mujeres. Clarke opinaba que el trabajo en una fábrica era mucho menos peligroso para la mujer que la escolaridad, ya que las mujeres educadas tendían a perder sus instintos maternos y se volvían rudas y agresivas. Clelia Mosher estudió otra variable educacional; abarcó el período 1890-1920 y el grupo de estudio, fueron mujeres con educación superior que presentaban dificultades menstruales. Lo correlacionó con el uso del vestido, encontrando que los corsés apretados y las faldas pesadas dificultaban la respiración, deformaban el cuerpo y producían trastornos crónicos de los órganos pélvicos y dolor menstrual.

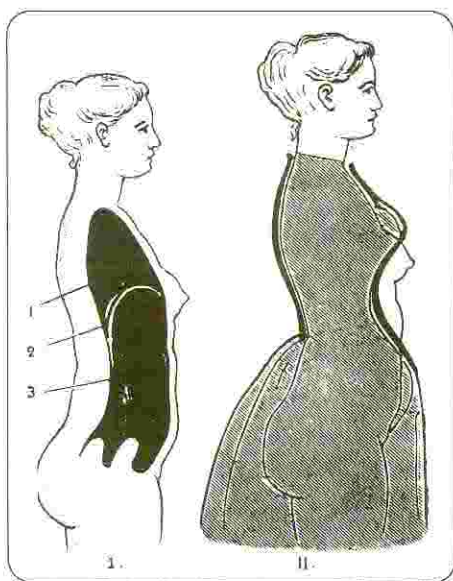
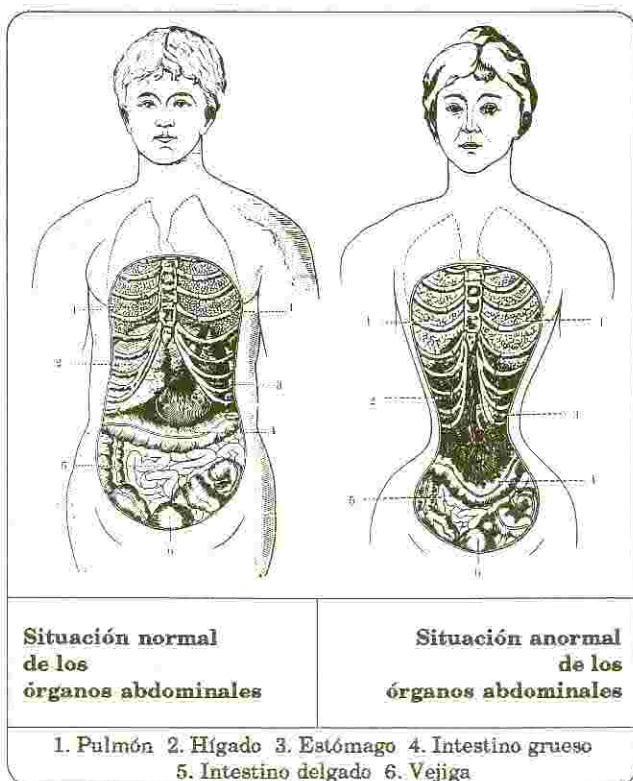
Entre los siglos XVII y XIX se realizaron grandes avances en el campo de la Obstetricia, se practicó la primera operación cesárea moderna, se conoció la causa de la fiebre puerperal, se introdujo el uso del forceps obstétrico y del cloroformo como anestésico para el parto. Sin embargo, los avances han sido muchísimo mayores durante el presente siglo. Entre 1900 y 1910 los cuidados prenatales pasaron a formar parte de las atenciones médicas y de enfermería. Se empezaron a analizar estadísticas y se formaron grupos para estudiar y remediar la elevada mortalidad infantil y materna. Durante los años treinta se crearon clínicas de maternidad, clases prenatales, centros de cuidados para prematuros y clínicas pediátricas en los EEUU. Los servicios de seguridad social empezaron a dar atención médica a las embarazadas.

Entre 1940 y 1950 el índice de mortalidad materna en EEUU disminuyó notablemente gracias a los avances de la medicina entre los que cabe citar medios de diagnóstico, el advenimiento de los antibióticos, el mayor número de maternidades y la mejora en la asistencia hospitalaria. Para 1946 en EEUU el índice de mortalidad materna fue de 15.7% por 10.000 nacidos vivos, lo que significó un descenso significativo, tomándose en cuenta que para 1930 se mantenía en 60 por 10.000 nacidos vivos.

Para la segunda mitad de este siglo se produjeron los primeros estudios epidemiológicos sistemáticos con el fin de predecir riesgos materno infantiles, acelerándose este desarrollo en los últimos treinta años ligado a los avances en la metodología del análisis estadístico y a la disponibilidad de la moderna tecnología.

Los primeros estudios se efectuaron de manera retrospectiva y se identificaron efectos en el área del parto y el recién nacido y, después, se buscaron los

* Profesora Asociada, pensionada Escuela de Enfermería UCR.



I. Esquema del cuerpo de la mujer, sin corsé
 1. Cavidad torácica 2. Diafragma 3. Cavidad abdominal
II. Modificación de la forma del mismo cuerpo, producida por el corsé

Tomado del libro *La Mujer médico del hogar*, de la Dra. Ana Fischer-Duckelmann, editado en Barcelona en 1906.

factores de riesgo en el período prenatal y en los factores socioeconómicos y ambientales. Los resultados de estas investigaciones condujeron hacia 1960 a 1970 a la iniciación de grandes estudios epidemiológicos prospectivos, emprendidos por equipos interdisciplinarios en Europa y EEUU. Todos estos esfuerzos llevaron a una exhaustiva enumeración y clasificación de factores de riesgo y señalaron claramente la existencia de factores de diferente importancia.

Para introducirnos en el análisis de lo que ocurría a finales de siglo, mencionaremos para empezar, algunos conceptos sobre menstruación y embarazo, que estuvieron presentes aún en las primeras décadas de este siglo.

Recordemos que para Hipócrates la sangre menstrual era pura, Aristóteles la comparaba con la sangre que salía de una herida simple. Para tiempos de Plinio y de Columela en la Edad Media, la sangre menstrual contenía propiedades altamente maléficas. En Roma la tuvieron por un veneno de los más activos. En el libro de *Medicina Práctica* del Dr. Guillermo Haifeland; primer médico del Rey de Prusia, editado en París en 1843 y revisado en 1891; se menciona la menstruación como el efecto de la doble sanguificación (proceso de formación de sangre; conversión en sangre), que se verifica en la mujer y de la necesidad que experimenta de arrojar al exterior el exceso de sangre destinado a la formación y alimento del feto.

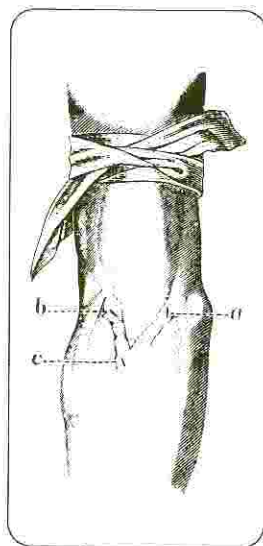
Para esa época se creía que la excreción se efectuaba por el útero debido a la irritabilidad de los deseos venéreos. La menstruación venía a ser una evacuación activa, crítica y periódica que además de tener por objeto la purificación del útero, servía de depurante a todo el organismo, ejerciendo gran influencia en él.

Todavía a principios de este siglo se consideraba que la retención de la menstruación a no ser por embarazo, se debía a una plétora o repleción desmedida de los vasos (exceso de sangre o de otros humores en el cuerpo o en una parte de él). Hay que tener presente que la medicina de esa época se sustentaba entre otras cosas en la teoría humoral.

Para corregir estos problemas "inflamatorios", se recurría a la sangría, los pediluvios, baños de vapor y dieta vegetal. Si esto no era suficiente, se debía considerar añadir sanguijuelas en las partes genitales y ventosas en la parte interna de los muslos.

Estos tratamientos pueden movernos a risa o asombro, pero debemos entender el escaso conocimiento que entonces se tenía en general sobre fisiología y relación al funcionamiento hormonal, relacionado con la reproducción humana.

La Sinopsis de Obstetricia del Dr. Jennings C. Litzenburg escrita en 1941, hace las siguientes consideraciones: "Antes de 1908 Hitschmann y Adler cambiaron por entero el concepto que se tenía acerca de la menstruación, comprobaron que en el endometrio se efectuaba un proceso sucesivo al que dieron el nombre de ciclo menstrual. Estos estudios permitieron descubrir las alteraciones cíclicas que se efectuaban en el endometrio, como lo fue también el tiempo en que se efectuaba la ovulación. Frank, Allen y Doisy, comprobaron la actividad normal del licor foliculante, al que Frank dio el nombre de "hormona femenina". Philip Smith y Engle, Ascheim y Zondeck, de manera independiente pero casi al mismo tiempo, comprobaron que las hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis, denominadas hormonas gonadotrópicas, fomentaban y gobernaban la actividad de las gónadas (testículos y ovarios).



Línea de flexión del codo
a b c Puntos de sangría
Fuente: La mujer médico del hogar.

Para el período 1950-1970 se había alcanzado un conocimiento más amplio sobre la menstruación y de la sucesión de fenómenos íntimamente relacionados y admirablemente sincronizados que se efectuaban, especialmente en el ovario y en el endometrio de

la mujer no embarazada, cada mes durante el período reproductivo.

Es obvio, que los cambios en los tratamientos se dieron a la luz de los conocimientos alcanzados, con el correspondiente alivio para las mujeres que tuvieron que soportar sanguijuelas y sangrías, y fórmulas terapéuticas a base de gálbano, extracto de árnica, manzanilla, jarabe de corteza de cidra, ruda, flores de azufre, yerba de sabina, y otras; sin dejar de reconocer que el principio activo presente en ellas sigue siendo utilizado hoy día en preparaciones farmacológicas.

Con relación al embarazo, no obstante de carecerse de los conocimientos que hoy se tienen sobre este proceso fisiológico normal; y de no visualizarse al hombre dentro de un entorno bio-psico-social; se tenía en mente que a la mujer embarazada y a su hijo se le debían prodigar ciertos cuidados necesarios para el feliz término del embarazo y nacimiento de un niño sano.

El Dr. Monlau, médico francés de finales de siglo, menciona en su libro que "el embarazo es un mar borrascoso por el cual andan bogando nueve meses madre y feto, por lo que se necesita una brújula y todos los auxilios para preservarlo". Sigue diciendo: "La mujer preñada es un ser doble; es un ser débil, doblemente simpática y acreedora de toda clase de consideraciones.

Los conceptos de descanso, buena alimentación, ropa adecuada, higiene mental, respiración apropiada de aire puro; se encuentran presentes a lo largo de este período y persisten aún hoy día como consejos generales de higiene prenatal, variando únicamente en el enfoque de la atención, la que la que ha ido modificándose conforme se ha contado con un mejor conocimiento de la unidad feto-materna así como mejor capacidad para entender las necesidades biosociales de la madre y de su hijo.

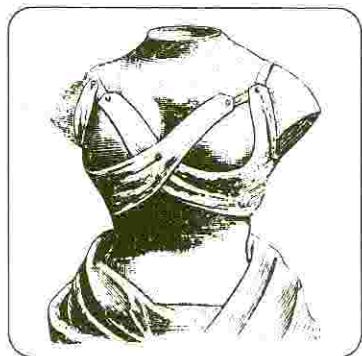
Se encuentran divergencias en cuanto al coito practicado durante el embarazo. En el período que va hasta 1930, se prefería que la embarazada se abstuviera del coito, pues se le atribuían náuseas y vómitos debilitantes, abortos y hasta la muerte del óvulo, dando lugar a hemorragias que a su vez producían anemia y afecciones urinarias crónicas, acompañados de flujos fétidos. Después, y hasta 1950, los tratados

de Obstetricia restringen el coito y se aconseja su abstención absoluta durante las últimas seis semanas, por temor a la perforación de membranas y consecuentes infecciones. En adelante, las posiciones han sido más flexibles, valorándose individualmente los casos. Al presente, la relación sexual se contraindica si la mujer tiene historial de abortos espontáneos o partos prematuro, rotura de bolsa amniótica, dolor o hemorragia.

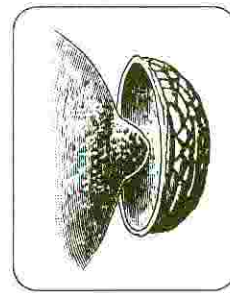
Masters y Johnsons han detallado algunos de los cambios fisiológicos que influyen en la respuesta sexual de la embarazada. La congestión mamaria durante la excitación sexual que puede ser muy aguda en el primer trimestre, tiende a reducirse en el segundo y tercer trimestre. El aumento de la vascularización pélvica y la congestión crónica contribuyen a niveles más elevados de tensión sexual en la última mitad del embarazo; la libido de la mujer puede aumentar en esta fase. La lubricación vaginal aumenta considerablemente y los orgasmos pueden ser muy intensos, Finalmente aconsejan precaución contra la tensión abdominal excesiva.

La preocupación por el cuidado de los pechos de la gestante siempre ha estado presente, encontrándose muy pocas variantes en los consejos que se daban y se dan actualmente a las mujeres en relación al aseo de las mamas, sostenes apropiados y preparación de los pezones para la lactancia. La figura que se presenta a la izquierda es un sostén utilizado a principios de siglo, confeccionado de manera que dé sostén a las mamas levantándolas, pero dejando al descubierto la mayor parte del busto para evitar que sea oprimido.

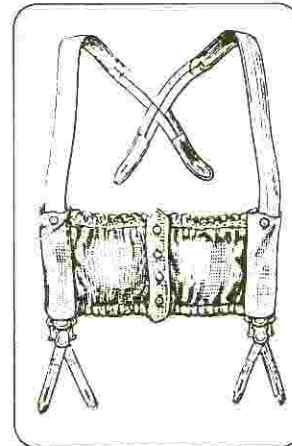
Para las mujeres con busto muy grande se aconsejaba el porta-faldas. Durante la lactancia se reco-



Sostén para los senos: modelo sueco



Cascarón de nuez para proteger el pezón



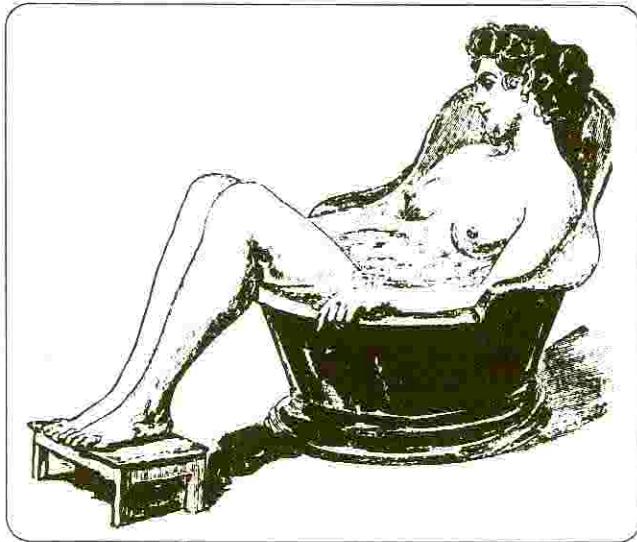
Porta-faldas

mendaba el uso de una cáscara de nuez para evitar el contacto del pezón con la ropa, previamente se untaba aceite de almendras dulce.

Entre las restricciones más notorias que se encuentran, son las relacionadas con el baño. Para finales del siglo XIX y primeros 30 años del XX, se restringe bastante el baño para la embarazada.

De 1888 a 1910, los consejos iban dirigidos a que se debía suplir el baño en la embarazada mediante frecuentes abluciones. Se decía que el mejor tiempo para bañarse era el primero y el noveno mes, en este último, el tomar un baño tibio por cinco minutos cada dos días, relajaba con suavidad los genitales y los preparaba para el parto.

Para diagnosticar un embarazo a finales del siglo pasado, se hacía mediante la apreciación de las modificaciones en la matriz, mediante tacto vaginal; verificación de peloteo, haciendo que el feto chocara como un balón contra las paredes del vientre de la madre; verificando los movimientos activos del feto y auscultando el corazón fetal.



Baño de asiento para embarazadas

En relación al crecimiento fetal el conocimiento era limitado. Se tenían ideas tales como que las aguas del amnios mantenían al feto. También se pensaba que la gelatina que cubría el cordón umbilical podía ser responsable de la nutrición del feto. A la placenta se le daba más crédito; se decía que durante la mayor parte de la vida intrauterina, la vida del feto se debía a la comunicación vascular que establecía la placenta entre la madre y el nuevo ser y mediante la cual el feto recibía la sangre de la madre.

La viabilidad del feto era punto de controversia entre médicos y comadronas de todos los países de Europa. Para algunos el feto era viable a los cuatro meses, para otros hasta el sexto mes. De ahí que se creía que la viabilidad no empezaba en época fija; que el feto era viable cuando sus órganos habían adquirido la perfección necesaria para poder resistir la acción de las modificaciones del mundo exterior y esa perfección rara vez la adquiría el feto antes del séptimo mes.

Para Hipócrates y otros médicos de la antigüedad el feto era más viable a los siete meses que a los ocho meses, de ahí que determinaron que el séptimo mes era un término natural del embarazo y más bien había peligro para el feto si pasaba de ese tiempo. Esta idea perduró por siglos, por eso a finales del siglo XIX encontramos el mismo concepto. Dice el Dr. Monlau "verdad es que si el parto se verifica como resultado de la viva agitación del feto como sucede a menudo a los siete meses, el cuello de la matriz se dilata con una

lentitud y regularidad acostumbrada y la criatura corre menos riesgo que si naciera a los ocho meses. En el primer caso el parto en cierto modo es natural y en el segundo caso es una especie de aborto".

Resulta realmente interesante realizar esta revisión bibliográfica, porque lo enfrenta a una a la lucha incansable que a través de los siglos ha tenido el hombre de ciencia en su afán por descubrir el funcionamiento de su propio organismo y en esa búsqueda, se ha adentrado a encontrar las respuestas que requiere para entender el enigma del comienzo de una nueva vida.

El reto ha sido grande, pero siempre hubo hombres y mujeres que han llevado la delantera en la investigación y en la búsqueda de respuestas. Debemos reconocer que no obstante los grandes logros; la atención materno infantil sigue siendo un desafío para los programas de salud de la mayor parte de los países del mundo.

En un próximo artículo, me permitiré mencionar los aspectos relacionados con el parto y el recién nacido de la época descrita y posteriormente analizar los cambios ocurridos en la atención materno infantil en Costa Rica; la participación de la Enfermera Obstétrica en los Programas de Salud y su contribución en el descenso de la mortalidad materno infantil en el país.

BIBLIOGRAFIA

- Beck, Alfred. *Práctica de Obstetricia*. Buenos Aires, Editorial Internacional, 1947.
- Bernat Moragas, Jaime. *Clínica Obstétrica*. Buenos Aires, El Ateneo, 1945.
- Botella LLusiá, Jorge. *Tratado de Ginecología I, Fisiología Femenina*. 6a. Edición, Editorial Científico Médica. Barcelona, 1963.
- Eastman, Nicholson J. *Obstetricia de Williams*, 2a. Edición en español. México UTEHA, 1953.
- Fantus, Dr. Bernad. *La técnica de la medicación*. Chicago. Imprenta de la American Medical Association, 1928.
- Fischer-Duckelmann Anna. *La mujer médico del hogar*. Barcelona. Tipografía de la Casa. Editorial Maucci, 1906.

Guthrie, Douglas. Historia de la Medicina. Barcelona, Madrid. Salvat Editores S.A., 1953.

Greenhill J.P. Principios y práctica de obstetricia de De Lee, Tomo I, 2a. Edición en español. México UTEHA, 1955.

Hufeland Crist, Guillermo. Manual de Medicina Práctica. 5a. Edición. París, Librería de Garnier Hermanos, 1891.

León Juan. Tratado de Obstetricia. Tomo I. Buenos Aires. Ediciones M. Segura, 1962.

Litzenberg, Jennings C. Sinopsis de Obstetricia, 1a. edición, México. Unión Tipográfica. Editorial Hispano-Americana, 1941.

Monlau, Pedro Felipe. Higiene del matrimonio. París. Librería de Garnier Hermanos Editores, 1888.

Miller, Mary Ann; Brooten Dorothy A. Enfermería materno infantil, 2a. Edición Madrid. Editorial Interamericana. McGraw-Hill, 1987.

Oliveró Bosch, Antonio. Manual de Obstetricia (Normal y Patológica). Barcelona, Editorial Urgel, 1950.

COMITE DE ENFERMERAS PENSIONADAS

Para conocimiento de la Junta Directiva del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, el Comité de Enfermeras Pensionadas tiene el agrado de informarles sobre las actividades realizadas durante el período 1988-1989.

La Junta Directiva de este comité es la siguiente:

Coordinadora: Carmen Ramírez Obando

Secretaria: Aída Lindo Sinclair

Tesorera: Magda Naranjo de Martínez

Fiscal: Dora Valdés de Royo

Vocal 1: Irma Bonilla Fernández

Vocal 2: Ivy Mouwatt

Vocal 3: Cecilia Navarro

REUNIONES REALIZADAS:

Los terceros miércoles de cada mes.

a. Desarrollándose de acuerdo a la respectiva agenda.

b. Reuniones extraordinarias:

8 de julio de 1989, escoger candidatas para asistir al Segundo Seminario de Pensionadas de Costa Rica

26 de setiembre de 1989, para informar al A.N.P.E. sobre la Asociación del Comité de Enfermeras Pensionadas

EXCURSIONES:

a. Dos veces al Club Campestre del Colegio de Enfermeras (celebración del día de la enfermera)

b. Una vez al Balneario de Palomo.

ACTIVIDADES CREATIVAS:

a. Exposición de manualidades

b. Venta de plantas ornamentales

VISITAS REALIZADAS:

a. A casas de compañeras enfermeras

b. Centros Hospitalarios

c. A asilos

ACTIVIDADES CREATIVAS

a. Celebración del 15 de agosto día de las madres

b. Celebración del cumpleaños de todas las enfermeras que integran el grupo Junio 1988.

c. Celebración de la fiesta de navidad