

Ghid pentru o naștere naturală

Cristina Sbîrcea

Cuprins

Introducere	4
Nașterea : la maternitate, acasă sau la « casa de nașteri » ?	7
Din ce motive aleg femeile să nască într-o maternitate?	7
Sarcina cu risc ridicat	8
Poziționarea fătului înainte de naștere (de exemplu transversal)	8
Metode pentru schimbarea poziției fătului în uter	9
Lipsa de informare asupra posibilității de a alege între a naște acasă, la « casa de nașteri » sau la spital	10
Teama că organismul femeii « nu mai știe » să nască singur, fără ajutor exterior	10
Necunoașterea fiziologiei travaliului și al nașterii, de unde nevoia femeii de a fi înconjurată de specialiști în domeniu	11
Necunoașterea statisticilor internaționale comparative despre nașterile planificate la maternitate și nașterile planificate acasă	12
Știrile care apar periodic în mass-media despre femei care au născut în afara spitalului în mod accidental.....	12
Gruparea, în unele statistici, a tuturor nașterilor în afara spitalelor	12
Aura de pericol, de fenomen « de pe vremea străbunicii » pe care o are nașterea acasă.	13
Frica de complicații și urgențe care n-ar putea fi tratate decât în cadrul unei maternități	13
Necunoașterea procedurilor “uzuale” aplicate în cadrul maternităților, precum și a efectelor lor secundare	13
Atitudinea multor medici care se opun nașterii “naturale”	14
Presiunile din partea personalului medical, a familiei, prietenilor și cunoștințelor	14
Aspecte mai puțin cunoscute legate de travaliu și naștere	16
Sprijinul fizic și emoțional în timpul travaliului și al nașterii.....	16
Alimentele și băuturile în timpul travaliului	17
Al doilea stadiu al travaliului	17
Durata celui de al doilea stadiu al travaliului	18
Stagnarea travaliului în al doilea stadiu	19
Poziții în timpul travaliului și nașterii	19
Travaliul și/sau nașterea în apă	20
Pierderile sanguine în timpul nașterii	21
Administrarea de medicamente în timpul sarcinii, travaliului și nașterii.....	22
Planificarea unei nașteri acasă.....	23
Planificarea unei nașteri la maternitate	23
Intervenții medicale uzuale în timpul travaliului și nașterii	25
Raderea părului pubian (parțială sau totală).....	25
Clisma.....	25
Controlul vaginal	25
Supravegherea ritmului cardiac fetal în timpul travaliului.....	25
Perfuziile intravenoase	26
Tratamentul durerii în timpul travaliului.....	26
Anestezia peridurală	27
Intensitatea durerii și satisfacția mamei după naștere	28
Amniotomia.....	28
Injectarea de ocitocină.....	29
Eforturile de împingere în al doilea stadiu al travaliului.....	30

Epiziotomia și rupturile de perineu	31
Cezariana	32
Injecția intramusculară de ocitocină imediat după naștere	33
Clamparea cordonului ombilical	34
Intervenții medicale legate de expulzarea placentei	35
Revizia uterină.....	36
Intervențiile medicale asupra nou-născutului imediat după naștere.....	36
Verificarea permeabilității anusului	36
Verificarea permeabilității esofagului	36
Aspirarea secrețiilor din căile respiratorii	37
Picurarea de antibiotice în ochi	37
Vitamina K	37
Teste asupra nou-născutului	37
Alimentația nou-născutului	38
Alăptarea	38
Alimentarea cu lapte praf « umanizat » pentru nou-născuți.....	39
Efecte secundare ale alimentării nou-născutului cu lapte praf ”umanizat”	40
Vitamina D pentru nou-născuți și copii.....	41
Detalii importante – pe care nu le-am găsit în cărțile citite.....	42
Mic dicționar	44
Nulipară	44
Primipară	44
Multipară	44
Sarcină multiplă.....	44
Distocie.....	44
Primul stadiu al travaliului	44
Al doilea stadiu al travaliului	45
Al treilea stadiu al travaliului	45
Col uterin.....	45
OMS	45
Diabet gestațional	45
Doula	46
Ocitocina	46
Bibliografie.....	47
Legislație în România.....	47
Alte surse de informare pe Internet	47

Introducere

V-ați pus vreodată problema că puteți decide unde și cum să vă nașteți copiii ? Și mai ales ce variante există ? Eu recunosc că după nașterea a doi copii eram încă foarte convinsă că maternitatea e singurul loc unde se nasc copii. Afirmatia, pentru mine, intra în categoria : « iarba e verde », « dinții se extrag la dentist ». Și trebuie să mărturisesc că în timpul primei sarcini am citit tot ce am găsit în România în materie de cărți moderne despre sarcină și naștere, pâna când pe la a treia-patra informațiile au început să se repete și am tras concluzia că m-am documentat suficient. Cert e că n-am reținut nici o informație despre posibilitatea de a naște oriunde altundeva decât la maternitate, cu excepția nașterilor accidentale, de exemplu în taxi (tot în drum spre spital). N-am găsit nici informații despre posibilitatea de a naște natural, adică fără intervenții medicale.

Toate bune și frumoase pâna la a treia mea sarcină, când un concurs de împrejurări m-a făcut să încep o căutare pe Internet (ei da, între timp a apărut Internetul cu informații despre orice vrei). Căutam în principiu informații despre rezultatele unei analize. De aici a început de fapt povestea acestei cărți. Tot căutând, tot sărind de la o pagină la alta mi-au venit și alte idei de căutare mai generale, de exemplu probleme legate de sarcină și naștere. Fiindcă mersul normal îl știam deja de la cele doua sarcini anterioare și nu mă mai tentau deosebit de mult detaliile obișnuite (de genul : în saptamina X se dezvoltă organele Y și Z iar fătul are lungimea N și greutatea G).

Următorul lucru pe care mi-l amintesc este că am dat peste o pagină Internet în care o mamă (din SUA) scria despre cum a născut ea acasă, despre cât de periculos e să naști la maternitate și despre cum nu înțelege lumea semnalul de alarmă pe care-l trage ea. Țin minte că m-am gândit atunci că mare-i grădina Domnului, că se găsesc tot soiul de țicniți/țicnite pe lumea asta și că se adeverește zicala că « Într-o țară atât de mare ca SUA poți găsi 50 de exemple despre orice ». Am mai găsit câteva relatări ale altor mămici care au născut și ele acasă (una chiar în curte, sub un copac) și mi-au lăsat impresia unei grupări de gherilă, poate ceva gen Flower-Power.

Așa a început totul – aveam, ca toata lumea, un medic ginecolog-obstetrician care mă supraveghea și mă pregăteam să nasc a treia oară la maternitate – , doar că pe parcurs s-au mai întâmplat o mulțime de lucruri al căror efect este că am născut al treilea copil acasă la mine, cu ajutorul unei moașe.

Ca să mă exprim cât mai clar : n-am nimic împotriva nașterilor la maternitate. De exemplu maternitatea din Hvidovre (Copenhaga, Danemarca) aș recomanda-o oricui. Acolo am născut a doua oară și probabil că dacă aș fi locuit încă în Danemarca acolo aș fi născut și a treia oară, fără nici o reținere. Ce mă deranjează sunt intervențiile medicale inutile, controversate sau chiar dăunătoare care se practică în mod curent în majoritatea maternităților. Să mai detaliez : într-o maternitate ideală ar trebui pornit de la ideea că într-o situație normală de travaliu și naștere nu trebuie intervenit aproape în nici un fel. Apropo, din mai multe statistici internaționale reiese că cel puțin 80% din nașteri sunt « cu risc scăzut », ceea ce se traduce prin normale sau fără probleme (și fără necesitatea unor intervenții exterioare). Unele statistici urcă chiar la 90%. Părerea mea este că în aceste 80-90% din cazuri, femeia în travaliu (la maternitate sau oriunde s-ar găsi) ar trebui să facă exact ce simte că o ajută în fiecare moment : să mănânce, să bea, să se plimbe, să stea în picioare, culcată, în genunchi, în patru labe sau în brațele partenerului, să meargă la toaletă, să facă duș sau baie, să stea singură, să facă zgomot (să geamă, să plângă, să țipe), să povestească ce o preocupă, apoi să împingă cât mai puțin atunci când îi vine (și nu atunci când îi spune altcineva). Iar după

naștere să-l ia pe copil la piept (piele pe piele) și să stea – de preferință fără întreruperi din partea altora – ochi în ochi cu bebele ei cât simte nevoia. Cândva după aceea poate discuta și cu restul lumii din încăperea, cineva îl poate îmbraca pe bebe și să-l pună din nou la pieptul mamei sau lângă ea.

Singurele intervenții pe care le-ar avea de făcut în cazuri normale moașa (nu medicul, care n-are ce căuta la o naștere obișnuită) ar fi asigurarea căldurii în cameră (25-28 de grade), susținerea emoțională, ascultarea și încurajarea femeii în timpul travaliului, al nașterii și după aceea, ascultarea periodică a bătăilor inimii copilului, prinderea copilului care se naște, tăierea cordonului ombilical și coaserea eventualelor rupturi de perineu.

Așa-i că lipsesc aici niște « detalii »? Cele mai cunoscute sunt controlul vaginal periodic (pentru a verifica dilatarea colului uterin), poziția clasică de naștere, ginecologică : pe spate și cu picioarele în sus, îndemnul de “împinge, împinge”, clamparea cordonului ombilical imediat după naștere și tăierea lui curând după aceea, ca să nu uităm valurile de necunoscuți (medici, asistente, studenți) care, în trecere, fac și ei câte un control vaginal de antrenament sau doar se uită. Mai sunt și altele, de care viitoarele mămici poate nici n-au auzit, cum ar fi clisma, perfuziile, anestezia peridurală, monitorizarea fetală periodică sau continuă, stimularea contracțiilor prin medicamente introduse intravenos (ocitocina), ruperea manuală a membranelor, injecția de – din nou – ocitocină după naștere (sau chiar în timpul ei, când apar umerii copilului), epiziotomia, aspirarea căilor respiratorii ale copilului, introducerea de bețișoare în anusul și în esofagul copilului pentru a verifica permeabilitatea lor, picături puse în ochii copilului și o injecție cu vitamina K (e bună și fiindcă « stimulează » copilul să țipe, să vadă toata lumea că e sănătos). Iar aici vorbesc numai despre nașterile fără probleme, « normale », dacă se mai poate numi ceva « normal » după atâtea intervenții. Vi se pare o listă lungă? Nu este nici pe departe completă, din păcate.

Multe dintre aceste intervenții (și chiar mai mult decât atât) sunt justificate în ochii personalului medical. De ce? Pentru că interesul personalului medical este ca majoritatea nașterilor să aibă loc în timpul zilei, eventual să fie chiar planificate – prin declanșare sau cezariană – (ca să fie mai puține ore lucrate noaptea), mama să nu petreacă mai mult decât un anumit timp prestabilit în sala de nașteri (ceea ce poate conduce la grăbirea nașterii prin extracții instrumentale ale copilului), poziția femeii în timpul nașterii să fie pe spate și cu picioarele bine depărtate (ca să stea cât mai comod personalul medical care o consultă). Nimic rău în principiu, doar că nu toate femeile sunt la fel, multe nasc noaptea, nu toate travaliile se încadrează în același interval de timp, nu totdeauna placentă este expulzată înainte de limita de timp prestabilită de maternitate, iar poziția pe spate și cu picioarele depărtate nu este favorabilă înaintării capului copilului, eficienței contracțiilor și în general unei nașteri normale. Problemele apar atunci când intervențiile medicale se fac nu spre binele mamei și al copilului, ci doar în folosul personalului medical, cu efecte negative asupra mamei și copilului.

Medicul Michael Rosenthal spune că « prima intervenție într-o naștere naturală este aceea pe care femeia o face singură atunci când iese pe ușa casei sale. De la această intervenție derivă toate celelalte ».

O întrebare naturală care apare este de ce există o diferență atât de mare între nașterea « naturală » și cea medicalizată din maternități? Doar în cazul unei nașteri normale femeia nu are nevoie de nici un medic. O explicație ar fi că maternitatea e un spital. Spitalul tratează bolnavi, nu oameni sănătoși. Medicii sunt pregătiți – profesional și psihic – să trateze boli și urgențe, să vadă potențialul pericol în orice situație și să prevină acest potențial pericol prin toate mijloacele care le stau la îndemână. Medicii văd în fiecare femeie în travaliu o « pacientă », iar travaliul și nașterea sunt privite ca niște procese imperfecte și periculoase pe care medicina este chemată să le controleze și să le standardizeze. Medicii și personalul medical nu sunt plătiți ca să stea și să se uite, în timp ce femeia « naște singură ». Chiar dacă

nici o intervenție nu e necesară, medicul fiind totuși de față se simte obligat să « facă ceva » ca să controleze situația, ca să prevină ceva sau doar ca să-și justifice prezența. Cele 10% din cazuri când nașterea e într-adevar cu probleme (unii susțin că procentul e chiar mai mic) le servesc ca paravan medicilor pentru a le trata și pe celelalte 90% dintre femei în același mod medicalizat, în « așteptarea unei catastrofe ».

În general, pentru un medic obstetrician este important rezultatul nașterii, și anume mama și copilul să trăiască și să aiba cât mai puține probleme medicale imediat după naștere. Probabil aceste aspecte sunt și singurele care rămân în « dosarul » medicului la « încheierea cazului » care este o naștere. Ce nu intră pe lista de priorități a medicului este aspectul psihic al nașterii, dorințele și nevoile femeii în travaliu, respectul și tandrețea față de copilul care se naște și față de mama lui. Medicii obstetricieni nu sunt nici psihanalisti și nici dădace, n-au nici o pregătire medicală în ce privește aspectul psihic al nașterii și la o adică nici nu e treaba lor. Într-adevăr, acești medici ar putea să se ocupe numai de cazurile cu adevărat problematice, iar de nașterile normale să se ocupe moașele – la domiciliul mamei sau în case de naștere. Resultatul ar fi că maternitățile ar înceta să fie supraaglomerate cu nașteri normale, iar cazurile cu probleme ar putea fi tratate cu mai multă atenție.

Nașterea : la maternitate, acasă sau la « casa de nașteri » ?

Cartea de față NU este o pledoarie pentru nașterile la domiciliu, ci un semnal de alarmă despre metodele medicale utilizate în timpul travaliului și nașterii, unele inutile, altele de-a dreptul nocive pentru mamă și făt. Scopul cărții e de a atrage atenția mamelor și viitoarelor mame asupra unor pericole subestimate sau prea puțin cunoscute ale acestor intervenții medicale, care sunt evitabile. Și mai ales, cartea aceasta se vrea un ajutor pentru viitoarele mame care doresc să trăiască aceasta experiență – de a deveni mamă – în cel mai plăcut și ușor mod posibil, integrând în mod armonios latura umană a acestei experiențe în lungul și dificilul efort care o așteaptă pe fiecare femeie care se pregătește să nască.

În cea mai mare parte a țărilor industrializate, standardul este nașterea la maternitate, iar nașterea acasă a devenit un fenomen foarte rar acolo unde n-a fost interzisă cu totul. Excepția o constituie sistemul obstetrical din Olanda, unde 30% din femei nasc acasă, iar alte 20% în case de nașteri. Totuși, în mai multe din aceste țări există mici procente de femei care se hotărăsc să nască acasă, fiind nemulțumite de practicile din maternități. Aceste femei sunt îngrijite de moașe calificate, multe dintre acestea de asemenea nemulțumite de practicile din maternități. De multe ori atât aceste femei cât și moașele care le îngrijesc intră în conflict cu sistemul oficial de sănătate.

Femeile care nasc într-o maternitate întâmpină o serie de factori stresanți : intervențiile de rutină, pe care de multe ori femeia nu le cunoaște dinainte ; prezența unor persoane necunoscute care o înconjoară sau o consultă ; faptul de a fi lăsată singură în timpul travaliului. Dar stresul poate interveni în bunul mers al travaliului și al nașterii, provocând prelungirea acestora și antrenând, în cadrul unei nașteri medicalizate, o "cascadă de intervenții". La polul opus, femeile care nasc acasă se simt mai în siguranță, moașa are la îndemână un avantaj mult mai redus de intervenții medicale și le aplică mai rar decât în maternitate, iar procesul nașterii se desfășoară mult mai aproape de condițiile naturale. Dezavantajul este că nașterea la domiciliu este o opțiune prea dură – din punct de vedere psihic – pentru majoritatea femeilor.

Varianta intermediară se numește « casa de nașteri ». Este vorba de un stabiliment medical, plasat în apropierea unei maternități. Aici femeile pot naște în condiții foarte puțin medicalizate, supravegheate doar de moașe, într-un mediu cât mai plăcut și mai apropiat de noțiunea de « acasă ». În caz că apar complicații în timpul travaliului sau nașterii, transferul la spital se poate face rapid și ușor având în vedere proximitatea maternității. Dezavantajul, dacă se poate numi astfel, e că aceste « case de nașteri » își fac cu greu loc în peisajul medical și că e foarte posibil să nu existe încă nici una în zona unde locuieți.

Din ce motive aleg femeile să nască într-o maternitate?

Mai întâi un mic avertisment : există și probabil vor mai exista mult timp femei care nasc în mod neplanificat în afara maternității, din diverse motive, indiferent în ce fel s-au pregătit dinainte. Dacă sunteți însărcinată, există un risc foarte mic să nașteți singură sau fără personal medical în zonă. Majoritatea femeilor preferă să nu se gândească la această variantă extremă (« doar n-o să mi se întâmple tocmai mie »). Dar în eventualitatea teoretică de a fi pusă în această situație, oricum e o precauție importantă să vă informați despre ce se întâmplă în timpul travaliului, al nașterii și imediat după aceea, măcar pentru a ști ce ați avea de făcut în cazul normal sau al unor mici complicații. Așa cum există cursuri de prim-ajutor, ar fi

normal să existe și un curs de « do-it-yourself » (descurcă-te singură) «în caz de » pentru femeile însărcinate.

Motivele pentru care femeile nasc în maternități sunt :

- sarcina cu risc ridicat
- poziționarea fătului înainte de naștere (de exemplu transversal)
- lipsa de informare asupra posibilității de a alege între a naște acasă, în casa de nașteri sau la spital
- frica de complicații și urgențe care n-ar putea fi tratate decât în cadrul unei maternități
- necunoașterea mersului travaliului și al nașterii, de unde nevoia femeii de a fi înconjurată de specialiști în domeniu
- aura de pericol, de fenomen « de pe vremea străbunicii » pe care o are nașterea în afara unui spital
- teama că organismul femeii « nu mai știe » să nască singur, fără ajutor exterior
- știrile catastrofice care apar periodic în mass-media despre femei care au născut în afara spitalului în mod accidental
- necunoașterea statisticilor internaționale comparative despre nașterile planificate la maternitate și nașterile planificate acasă
- gruparea, în unele statistici, a tuturor nașterilor în afara spitalelor, amestecând nașterile planificate acasă (cu moașa) și toate celelalte nașteri : adolescente care nasc în secret, femei care nasc prea repede în drum spre spital, nașteri neplanificate acasă (inclusiv premature).
- Necunoașterea procedurilor “uzuale” aplicate în cadrul maternităților, precum și a efectelor lor secundare
- Atitudinea multor medici care se opun nașterii “naturale” (din aceleași motive expuse mai sus)
- Presiunile din partea personalului medical, a familiei, prietenilor și cunoștințelor

Mai în detaliu :

Sarcina cu risc ridicat

Nici un comentariu, e normal ca orice om să se adreseze unui specialist care-l poate ajuta în caz de riscuri reale (boli grave ale mamei sau fătului de exemplu).

O nuanțare se poate face totuși, uneori medicul invocă motive interpretabile (« sunteți anemică », « e primul copil și nu știți cum va merge », « aveți bazinul prea îngust ») în ajutorul afirmației că aveți o sarcină cu risc ridicat. Mai trist e că uneori medicul vă « informează » despre probleme cu puțin timp înaintea nașterii, când sunteți mai vulnerabilă.

Să nu uitați niciodată că medicii sunt și ei oameni, au temerile și prejudecățile lor, poate n-au avut timp să se informeze despre ultimele cercetări într-un domeniu, poate chiar greșesc uneori. Cântăriți fiecare afirmație a lor, treceți-o prin filtrul gândirii dvs. (da, avem voie să gândim și singure), eventual mai întrebați și un al doilea, poate chiar al treilea medic, saurecurgeți la « baza de date planetară » de pe Internet pentru informare suplimentară. Aveți dreptul să vă formați o părere diferită de a medicului și aveți dreptul constituțional de a dispune de corpul dvs.

Poziționarea fătului înainte de naștere (de exemplu transversal)

« Prezența » se numește partea pe care copilul o prezintă spre deschiderea colului, și este partea care se va naște prima.

Prezența ideală a fătului în uter pentru o naștere normală este « occipital anterior ». Traducerea ar fi « cu capul în jos, ușor aplecat spre piept, privind spre spatele mamei ». Aceasta prezentare este și cea mai des întâlnită, fiind un factor important în definiția unei sarcini normale, fără probleme.

Există, mult mai rar, prezența incompatibile cu o naștere naturală. De exemplu poziția transversală, unde copilul « prezintă » de obicei un umăr. În acest caz se impune o cezariană.

Alte poziții sunt mai mult sau mai puțin dificile pentru naștere :

- Occipital posterior : tot cu capul în jos, dar privind spre partea din față a mamei. În acest caz nașterea durează mai mult și e mai dureroasă, cu dureri specifice în zona rinichilor.
- Prezența pelviană : asta înseamnă că fesele copilului se nasc primele. Și în acest caz nașterea e mai dificilă dar e posibilă.
- Alte prezentări ale copilului cu capul în jos, dar flexat spre spate sau prezentând o ureche în loc de creștetul capului.
- O prezentare mai neobișnuită, când o mână a copilului se naște prima, urmată de cap (ca Statuia Libertății). O problemă aici e ca mâna împreună cu capul necesită o dilatare mai mare a vaginului și perineului decât capul singur, ceea ce poate duce la rupturi.
- Procidența de cordon înseamnă coborârea cordonului ombilical înaintea copilului. Apare foarte rar, în 0,2-0,6% din nașteri. Poate fi foarte periculoasă pentru făt din cauza comprimării cordonului ombilical, ceea ce reduce oxigenarea fătului. Cezariana este recomandată în cele mai multe cazuri (cu excepția multiparelor dacă dilatația e completă și capul copilului e bine angajat). Procidența de cordon poate fi declanșată și de o amniotomie (ruperea membranei amniotice de personalul medical).
- Circulara de cordon : înseamnă înfășurarea cordonului ombilical în jurul gâtului copilului. Se poate observa de exemplu într-o ecografie la sfârșitul sarcinii. Observație : cordonul ombilical e în același timp foarte flexibil și foarte rezistent la presiuni, așa încât înfășurarea lui în jurul gâtului copilului nu reprezintă o problemă în sine, dar în timpul nașterii există posibilitatea presării gâtului și/sau a cordonului, rezultând o irigare deficitară cu sânge a creierului copilului. În experiențele moașelor, acest fenomen apare periodic la nașterile acasă. În general, când e posibil, moașa desfășoară cordonul din jurul gâtului copilului imediat ce-l observă (după ce s-a născut capul), iar dacă e prea strâns înfășurat atunci moașa taie cordonul în acel moment.

Metode pentru schimbarea poziției fătului în uter

Există metode care pot fi eficiente (din păcate efectele nu sunt garantate 100%) pentru a-l « convinge » să se plaseze mai favorabil în vederea unei nașteri naturale. Aceste metode pot fi aplicate în ultimele săptămâni de sarcină (6 pentru primipare și 3 pentru multipare). Avantajul acestor mișcări e că nu au contraindicații și efecte secundare, ceea ce nu pot spune despre cezariană care este soluția alternativă.

Mișcările prezentate mai jos trebuie făcute destul de des în fiecare zi iar mama trebuie să fie perseverentă pentru a obține efectul dorit. Poate dura doua zile până când copilul se plasează în poziția bună, dacă mama face eforturi serioase. Dacă încercați din când în când câte cinci minute șansele de reușită sunt mici. E posibil ca totuși, cu toate eforturile mamei, copilul să nu se răsucescă. E de asemenea posibil ca, după o răsucire în poziția corectă, după o vreme copilul să revină la poziția nefavorabilă dinainte. În acest caz tot ce puteți face e să repetați mișcările de mai jos. În momentul când copilul e bine poziționat, pentru a favoriza angajarea capului, încercați să stați ghemuită, cu spatele drept, cu genunchii și tălpile depărtate (poziția clasică recomandată pentru ridicarea unor greutăți de la sol).

În prezentațiile *occipital posterior* : în primul rând evitați : să stați pe spate, să dormiți pe spate, să folosiți pozițiile înclinate parțial pe spate (canapele comode, spătarul scaunului din mașină), să stați cu picioarele încrucișate. Toate acestea favorizează, împreună cu lipsa de mișcare, poziția respectivă a fătului, adică o fac mai comodă pentru făt. Și copiii încă nenăscuți au preferințe de poziție, legate de spațiul pe care-l au la dispoziție în uter.

Ce puteți face : o metodă este ca femeia să se așeze în patru labe și din această poziție să practice legănări de șolduri, balansări în față și spate, arcuirea coloanei, în fine, exercițiile obișnuite pentru femei gravide. Efectul e că gravitația îl stimulează pe copil să se răsucescă cu fesele în jos, spre ombilicul mamei (aceasta devine poziția cea mai comodă pentru făt). Atunci când capul copilului e deja angajat, rasucirea pentru el e mai dificilă. În acest caz poate fi de folos ca, tot din poziția în patru labe, să lasați capul și umerii cât mai jos și să ridicați fesele cât mai sus. Astfel s-ar putea să crească libertatea de mișcare a copilului, favorizând rasucirea lui. O variantă este înotul în piscină, neaparat cu abdomenul în jos, de preferință fără mișcări stil bras pentru picioare, pentru că depărtarea picioarelor favorizează angajarea capului copilului. Odată copilul plasat corect, e chiar recomandat să înotați bras pentru a-l « convinge » să se angajeze.

În prezentațiile *transversale* : încercați să folosiți un pantalon elastic și strâmt (în fine, strâmt pentru talia dvs din acel moment). Purtați-l câteva ore pe zi, mai multe zile la rând. Senzația e neplăcută pentru dvs, dar partea buna e că și copilul are o senzație neplăcută și va încerca să găsească o poziție mai confortabilă. Cea mai comodă poziție pentru făt este în acest caz cu capul în jos.

Mai există și o metodă medicală numită « poziționare externă », în care un cadru medical încearcă să schimbe poziția fătului prin manevre manuale executate în zona dvs abdominală. Detalii puteți afla de la medicul sau moașa care vă supraveghează.

Lipsa de informare asupra posibilității de a alege între a naște acasă, la « casa de nașteri » sau la spital

Eu recunosc că n-am auzit de variantele de a naște acasă sau la « casa de nașteri », cel puțin nici un cadru medical întâlnit pe parcursul primelor doua sarcini (în România și Danemarca) nu mi-a pomenit vreodată despre așa ceva. Probabil au și ei o scuză, doar n-o să-și saboteze munca și veniturile.

Visez la o lume ideală în care medicul îi va spune femeii însărcinate : « Doamnă, sunteți sănătoasă și în mod normal n-aveți nevoie de nici un ajutor medical ca să nașteți. E vorba de un proces natural, nu de o boală. Organismul dvs știe ce are de făcut. E dreptul dvs să alegeți unde doriți să nașteți. Dacă doriți, maternitatea noastră vă stă la dispoziție pentru a vă oferi confort psihic și susținere morală, dar în afara unor situații grave personalul medical nu are motive să intervină în acest proces natural. Dvs nașteți singură, nimeni nu o poate face în locul dvs ».

Teama că organismul femeii « nu mai știe » să nască singur, fără ajutor exterior

Paranteză : cât de multe știți, de exemplu, despre modul în care decurge digestia ? Cum se formează materiile fecale, cum primim mesajul că organismul e pregătit să elimine fecalele, ce mușchi se pun în funcțiune, ce sfinctere se relaxează ? Știu că subiectul sună ciudat, dar în final (ca în cărțile polițiste), va apărea și legătura cu oile noastre. Ce știe fiecare om e că este vorba de un proces natural, care de obicei se petrece de la sine. Mai mult nici nu

ne interesează, în afara unor situații deosebite. Putem interveni dacă dorim să ne abținem, sau putem ajuta procesul în curs de desfășurare. Ocazional putem avea probleme și atunci mergem la un medic care să ne ajute, dar în general toată lumea merge la toaletă cu ideea „preconcepută“ că totul va decurge bine. Așadar, cu toate schimbările din medicină în ultima sută de ani, oamenii încă mai procedează ca în epoca de piatră, adică atunci când simt nevoia merg la toaletă și își rezolvă problema fără ajutoare exterioare. Ce s-a schimbat e confortul din jurul acestui proces, dar nu și capacitatea organismului nostru de a se descurca singur.

Închizând acum paranteza, există o asemanare aici cu sarcina, travaliul și nașterea. Toate aceste procese sunt naturale, se petrec cam la fel ca în epoca de piatră, iar organismul nostru « este programat » să se descurce singur în aceste situații. Într-adevăr, frecvența cu care organismul trece prin aceste procese – sarcină, naștere – este foarte mică, dar acest aspect în sine nu mărește pericolul sarcinii, travaliului sau nașterii. Așa cum nimeni nu ne învață să defecăm tot așa nimeni nu ne învață să naștem, e vorba de capacități înnăscute ale organismului și, mai mult, de procese în mare parte involuntare. Iar în cazurile normale intervențiile exterioare ar avea ca unică justificare creșterea confortului, cu condiția să nu aibă efecte nocive.

Necunoașterea fiziologiei travaliului și al nașterii, de unde nevoia femeii de a fi înconjurată de specialiști în domeniu

Ca să revin la paranteza de mai sus (cu toaleta), cu toții știm că mersul la toaletă e un proces intim. De obicei oamenii preferă să fie singuri în aceste momente, într-un loc retras, liniștit și unde se simt în siguranță. Intervențiile exterioare pot deranja bunul mers al acestui proces până la a-l inhiba. Imaginați-vă acum cum v-ați descurca dacă în loc de o toaletă închisă v-ați afla într-o sală bine luminată, plină cu diverși necunoscuți, întinsă pe spate și dezbrăcată, cu picioarele depărtate, cu acei necunoscuți urmărind cu mult interes ce se întâmplă în zonele dvs intime. Periodic unul sau mai mulți necunoscuți vă vor consulta prin introducerea unui deget în anus ca să verifice stadiul în care vă aflați cu defecarea. Pariez că reacția organismului supus la aceste condiții ar fi de inhibare (constipare), cu puține excepții. Iar reacția cititorului e probabil că am luat-o razna, adică cine în toate mințile s-ar supune la asemenea torturi (și umilințe), atunci când are la dispoziție variante mai « normale » pentru un fenomen natural și normal ?

Iar acum, revenind la travaliu și naștere, cine poate afirma că aceste procese au un caracter mai puțin intim decât mersul la toaletă ? Uzanțele actuale fac ca majoritatea femeilor să nască la maternitate, în condiții asemănătoare cu cele descrise în scenariul aberant de mai sus. Organismului îi pasă prea puțin de uzanțe ; el reacționează automat prin inhibare la unul sau mai mulți dintre factorii descriși mai sus. Dar personalul medical nu vă va preveni că simpla privare de mediul familiar de acasă e un stres suficient pentru a inhiba sau prelungi travaliul. La maternitate veți primi sfaturi de genul « relaxați-vă, inspirați adânc » dar cine se poate relaxa în prezența unei suite de necunoscuți care vă privesc părțile intime dezgolite și care vă consultă vaginal ?

Din păcate asta înseamnă într-o maternitate « a fi înconjurată de specialiști ». Iar necunoașterea de către femeie a mersului travaliului și al nașterii n-are nici o legătură cu capacitatea și știința organismului ei de a naște singur. Problemele apar atunci când, din cauza acestei necunoașteri, femeii îi este frică, ceea ce inhibă procesul natural. Dar neștiința în sine nu e un motiv pentru ca lucrurile să meargă prost, pentru că, în măsura în care e lăsat în pace, organismul își vede de treabă conform programării lui « ancestrale ».

Necunoașterea statisticilor internaționale comparative despre nașterile planificate la maternitate și nașterile planificate acasă

Rezultatele acestora spun că riscurile nașterii planificate acasă sunt egale sau chiar mai mici decât riscurile nașterii planificate la spital. Exemplul la care revin este Olanda, unde 30% dintre femeii nasc acasă. Statisticile din Olanda privind rezultatele nașterilor sunt grăitoare și plasează țara pe un loc de invidiat între țările europene, de exemplu înaintea Franței unde doar 1-2% dintre femeii nasc acasă iar practica generală sunt nașterile medicalizate în spitale. În Olanda, o statistică pentru provincia Gelderland (Wiegers et al. 1996) compară “rezultatul obstetrical” al nașterilor la spital cu al celor la domiciliu. Pentru primiparele cu risc scăzut, reiese că nașterea acasă e la fel de sigură ca la maternitate. În schimb, pentru multiparele cu risc scăzut, rezultatele nașterilor la domiciliu sunt net superioare celor ale nașterilor la maternitate.

Mai mult decât atât, contrar aparențelor, nașterile acasă cu cele mai mici riscuri sunt la primul copil. Motivul e simplu : de obicei travaliul înaintează încet, dacă ceva nu merge bine semnele apar din timp, așa încât moașa poate propune transferul la spital în timp util. Un motiv de transfer poate fi că travaliul nu înaintează, adică practic timpul trece și nu se întâmplă nimic. E adevărat că, dintre femeile care planifică o naștere acasă, cele mai multe transferuri la spital au loc pentru femeile aflate la primul copil, dar chiar și în caz de transfer riscurile nu sunt mai mari decât dacă nașterile ar fi fost planificate de la bun început la spital. Iar majoritatea mămicilor transferate la spital sunt mulțumite că au putut petrece măcar o parte din travaliu acasă.

Știrile care apar periodic în mass-media despre femeii care au născut în afara spitalului în mod accidental

E adevărat, nașterile neplanificate sau neprevăzute în afara spitalului – fie ele acasă, în taxi sau altundeva – sunt de departe cele mai periculoase, iar motive sunt destule :

- lipsa de pregătire a femeii și/sau a eventualelor persoane din jurul ei
- lipsa unei persoane calificate (moașa) care să sesizeze eventualele probleme care pot apărea
- lipsa unei dotări minime pentru intervenții medicale de urgență – unele pot fi făcute de moașă, cu efecte salvatoare pentru mamă și/sau copil
- în fine, lipsa posibilității de deplasare rapidă la un spital în caz de urgență

Acestea fiind spuse, nașterile planificate acasă cu o moașa nu au nimic în comun cu nașterile neplanificate.

Gruparea, în unele statistici, a tuturor nașterilor în afara spitalelor

Este o variantă de dezinformare, amestecând nașterile planificate acasă (cu moașa) și toate celelalte nașteri în afara spitalelor : adolescente care nasc în secret, femeii care nasc prea repede în drum spre spital, nașteri neplanificate acasă (în general premature). Pe ansamblu, toate nașterile neplanificate în afara spitalelor sunt mult mai periculoase decât nașterile planificate, acasă sau în maternitate. Iar rezultatul numitelor statistici e în mod evident alarmant. Doar că trebuie interpretat corect, iar rezultatele merită să fie luate în considerare doar atunci când în statistici se diferențiază nașterile planificate de cele neplanificate.

Aura de pericol, de fenomen « de pe vremea străbunicii » pe care o are nașterea acasă

Într-adevăr, și străbunicele nășteau acasă – iar unele chiar pe câmp. Iar uneori mama sau copilul aveau de suferit. Dar în cazurile normale și fără complicații totul se petrecea bine, fără intervenții medicale.

Aura de pericol vine de la necunoașterea aspectelor legate de ce înseamnă a naște acasă comparativ cu a naște la maternitate. Prea puține femei nasc acasă, ceea ce în sine pune o etichetă nonconformistă, extremistă, de « gherilă » asupra fenomenului.

Întrebarea cheie este « de ce ar vrea o femeie să nască acasă ». Iar un răspuns obiectiv poate fi dat numai în urma unei informări destul de serioase. Cartea de față poate oferi, măcar parțial, o astfel de informare. Din păcate mulți oameni resping automat ce nu cunosc și ce vine în contradicție cu credințele lor anterioare.

Frica de complicații și urgențe care n-ar putea fi tratate decât în cadrul unei maternități

Cu riscul de a vă oripila vă reamintesc o realitate : există un procent de mortalitate – extrem de mic – legat de nașteri, inclusiv în cadrul maternităților. Revenind la rezultatele statisticilor, riscurile sunt comparabile pentru nașterile planificate acasă sau la maternitate.

Vorbind doar de complicații, există două aspecte. Primul este că femeile « eligibile » pentru a naște acasă sunt cele cu risc scăzut. Al doilea aspect este că unele complicații și urgențe pot avea ca și cauză chiar intervențiile medicale suportate de femeie și făt în cadrul maternității (detalii în capitolul « Intervenții medicale uzuale în timpul travaliului și nașterii »).

Necunoașterea procedurilor “uzuale” aplicate în cadrul maternităților, precum și a efectelor lor secundare

Pe parcursul cărții veți întâlni o listă lungă de proceduri « uzuale », motivația utilizării lor și efectele lor. De unele proceduri ați auzit deja, de altele nu. Chiar dacă ați auzit de unele dintre ele, poate că n-aveți o idee exactă despre ce înseamnă acestea, cum se aplică, din ce motive, efectele lor principale și secundare, senzația pe care o veți avea în urma aplicării lor, implicațiile pe termen scurt și lung – pentru mamă și copil – ale acceptării dvs de a vi se aplica toate aceste proceduri.

În primul rând legea spune că aveți dreptul să dispuneți de corpul dvs și că aveți dreptul la explicații în privința oricărei intervenții medicale asupra corpului dvs. Medicii sunt obligați să vă explice – cel puțin la cerere – ce anume, și de ce, vor să vă facă, plus efectele secundare posibile. Iar dvs aveți dreptul să refuzați aceste intervenții, indiferent cât de tare i-ar deranja acest lucru pe cei care vă înconjoară – personal medical, rude, cunoștințe. Pentru detalii despre drepturile pacientului, puteți citi Legea nr. 46 din 21/01/2003, Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 51 din 29/01/2003.

În realitate, de câte ori ați îndrăznit, nu să vă opuneți, dar măcar să întrebați de ce, atunci când un medic sau o asistentă v-au aplicat diverse proceduri sau v-au indicat să faceți una sau alta fără explicații ? Eu recunosc că nu mă aflu în tabăra « curajoșilor » decât de puțin timp. Mi-a fost greu să văd personalul medical altfel decât perfect și infailibil, iar informarea din mai multe surse a fost pentru mine o condiție esențială ca să-mi pot permite să emit păreri personale într-o discuție cu un cadru medical.

Atitudinea multor medici care se opun nașterii “naturale”

Din păcate, atitudinea lor e aproape de înțeles. Abordarea sarcinii, travaliului și nașterii în cadrul facultăților de medicină se face probabil în același fel cu restul materiilor : ce-i interesează în primul rând pe medici sunt problemele care pot apărea și soluțiile pentru rezolvarea lor. Faptul că în acest caz particular e vorba de niște fenomene naturale și nu de boli e nerelevant pentru un medic. Cele 10% (să zicem) dintre sarcini și nașteri cu risc reprezintă, în viziunea personalului medical, un motiv suficient pentru a medicaliza și restul de 90% care ar trebui să fie sarcini și nașteri normale.

Părerea mea personală este că în multe facultăți de medicină nu se vorbește despre nașterile “naturale” – fără intervenții medicale sau chiar acasă - iar dacă subiectul este abordat el intră mai degrabă la categoria «erori regretabile și periculoase», în contradicție cu medicina modernă. Așa încât, pentru ca un medic să-și schimbe părerea bine fixată din timpul studiilor, e nevoie să studieze singur, să îndrăznească să gândească altfel decât colegii lui, să privească și din punctul de vedere – uman – al femeii însărcinate, să renunțe la nevoia de control strict medical al acestor fenomene naturale, să accepte că în cazurile normale chiar nu are nici o intervenție de făcut. Câți medici de acest fel cunoașteți ?

Presiunile din partea personalului medical, a familiei, prietenilor și cunoștințelor

Imaginați-vă că mergeți la mama soacră și o anunțați senină că vă pregătiți să nașteți acasă (sau la casa de nașteri, sau să nașteți cât mai natural, fără peridurală și fără alte intervenții medicale). Cum credeți că va reacționa (în 90% din cazuri, că nu toate soacrele sunt la fel) și cât chef mai aveți să o anunțați dacă sunteți convinsă că se va opune ? Dar prietenele dvs care au deja copii ? Unele i-au născut cu cezariană, altele cu epidurală, unele cu forceps, majoritatea cu epiziotomie, perfuzii și tot cortegiul de « mici » intervenții medicale – a, am uitat să precizez unde au născut, sau mai e nevoie să menționez maternitatea ? Iar majoritatea sunt încă foarte convinse că au avut parte de nașteri « normale », « satisfăcătoare », că au avut parte de o bună îngrijire medicală, că nu s-ar fi putut descurca fără intervențiile medicale suportate și în general că aceste intervenții au fost justificate și au avut un efect pozitiv asupra lor și a copilului lor. Dar soțul dumneavoastră, ce părere credeți că ar avea despre o asemenea intenție, de a naște acasă sau fără medicalizare? Dar părinții dvs ? Dar rudele, vecinii sau toți cei care simt nevoia să se afle în treabă și să-și dea cu părerea despre cum trebuie alții să-și trăiască viața ?

La toată distracția adăugați starea psihică mai fragilă a femeii însărcinate, care are mare nevoie de acceptare și sprijin din partea celor dragi.

După părerea mea, esențial este sprijinul partenerului. Dacă doriți într-adevăr să luați o decizie importantă, care vă privește pe toți cei din familie, fără sprijinul lui nu prea are rost să continuați. Apoi mai trebuie să găsiți o moașă care să accepte să vă supravegheze pentru restul sarcinii și naștere, sau o casă de nașteri. Dacă soțul vă stă alături și ați rezolvat cu moașa sau casa de nașteri, restul aproape că nu mai contează. Ba chiar poate fi mai simplu să o scăldați în discuțiile cu toți ceilalți (« păi m-am înscris la maternitate, dar m-am gândit și la varianta de a naște acasă/la casa de nașteri/ fără epidurală »). Așa puteți afla părerea lor fără implicare emoțională prea mare, nu e nevoie să vă apărați opțiunile și să vă luptați cu prejudecățile altora (« e posibil să fie chiar atât de periculos cum spuneți, dar oricum e vorba doar de o variantă între altele la care m-am gândit »). Explicarea cu « e posibil să fie cum spuneți » are uneori efecte magice. Eu personal aș încerca să detaliez subiectul doar cu oamenii care sunt deschiși (indiciu : te întrebă « dar de ce ? » în loc să înceapă prin a-și expune părerile lor personale despre subiect).

Dar, în caz că doriți să nașteți acasă, ce faceți dacă medicul care vă supraveghează se opune categoric nașterii acasă ? Depinde de motivele pe care le are – cele adevărate, care uneori sunt diferite de cele pe care vi le spune. Și depinde cât de fondate sunt aceste motive (vezi lista de mai sus). Ce puteți face e să vă interesați dacă există vreun alt medic în zonă care e de acord cu nașterile acasă și să discutați cu el. Sau să căutați direct o moașă care se ocupă cu nașterile acasă și să discutați cu ea. Uneori trebuie să discutați cu mai multe moașe (dacă aveți norocul să existe în zonă) până să găsiți una cu care să vă înțelegeți bine și care să fie de acord să vă supravegheze. În orice caz, dacă doriți să nașteți acasă e posibil să fiți supravegheată exclusiv de către moașă, fără intervenția nici unui medic, în care caz nu aveți nevoie să mai cereți acordul nici unui medic.

Sau poate că vreți să nașteți la maternitate, dar fără intervenții medicale (în acest caz vă poate ajuta capitolul « Planificarea unei nașteri la maternitate »). Eu am încercat asta în Franța. Medicul obstetrician a fost cooperant dar m-a avertizat că 90% din intervențiile medicale – de pe lunga mea listă de întrebări – sunt obligatorii în clinica particulară unde lucrează și că dacă nu sunt de acord cu ele clinica nu mă va primi, pur și simplu. Că presiunile legale asupra medicilor sunt prea mari și aceștia nu-și permit să nu aplice tot cortegiul de intervenții medicale « preventive ». Sfatul lui a fost să încerc la spital, unde poate că oamenii au mai puțină răspundere legală și s-ar putea să mă înțeleg cu ei să nu ne aplice respectivele proceduri, mie și copilului. În cele din urmă chiar medicul m-a sfătuit să mă interesez despre nașterea acasă, care după părerea lui mi se potrivea cel mai bine, având în vedere că eram foarte nemulțumită de condițiile pe care mi le putea oferi maternitatea.

Aspecte mai puțin cunoscute legate de travaliu și naștere

În general, cărțile care se ocupă de sarcină și naștere – cel puțin cele disponibile în România – sunt foarte generoase în informații despre dezvoltarea intrauterină a fătului, despre schimbările fiziologice care au loc în corpul femeii gravide, despre alimentația necesară femeii gravide, despre semnele premergătoare nașterii și despre momentul potrivit pentru ca femeia în travaliu să se îndrepte spre maternitate. De aici încolo informația e mult mai puțin detaliată : sunt prezentate etapele principale ale travaliului, se pomenește despre cezariană și cam atât. Aspectul psihic al nașterii este tratat în câteva fraze de genul «relaxarea este importantă pentru bunul mers al travaliului ». În general detaliile travaliului și ale nașterii sunt învăluite într-o ceață diafană. Majoritatea femeilor consideră informația ca suficientă deoarece oricum se pregătesc să nască într-o maternitate, unde personalul specializat le va lua în primire și se va ocupa de tot ce e necesar. Problema e că după naștere multe femei se regăsesc epuizate, cu sentimentul că nașterea a fost un coșmar, cu urmele intervențiilor medicale încrustate pe viață în corpul lor și poate și al copilului nou-născut. De multe ori lipsa de informare a femeii în travaliu are ca efect înrăutățirea rezultatului general al nașterii, atât pe plan fizic, cât și emoțional, pentru ea și nou-născut. Ignoranța le poate împiedica pe femeile în travaliu să ia cele mai bune decizii pentru ele, în schimb le obligă să accepte deciziile personalului medical. Problema e că aceste decizii sunt dictate de regulamentele existente în spitale, care sunt perfectabile, dar nu de nevoile reale ale femeii în travaliu.

Sprijinul fizic și emoțional în timpul travaliului și al nașterii

În general, o femeie aflată în travaliu ar trebui să fie înconjurată de persoane în care are încredere și cu care se simte bine : partenerul ei, cea mai bună prietenă, « doula » (vezi Dicționarul de la sfârșitul cărții) sau o moașă. În cazul ideal, femeia ar trebui să aibă o cameră numai pentru ea, iar dreptul ei la intimitate ar trebui să fie respectat. Numărul persoanelor prezente ar trebui redus la minim.

Doula este « o femeie cu experiență în domeniul nașterii, care asigură sprijinul fizic, emoțional și informațional mamei înainte, în timpul și imediat după naștere ». În timp ce moașa sau infirmiera trebuie să execute intervenții tehnice sau medicale care îi pot deturna atenția de la femeie, « doula » se ocupă exclusiv și permanent de femeie, fără a interveni în plan strict medical.

Întrebarea este câte maternități pot oferi aceste condiții : cameră individuală, persoane puține și cunoscute, intimitate, cineva care să stea permanent împreună cu femeia în travaliu ? Din păcate, majoritatea maternităților sunt aglomerate, personalul insuficient, iar camerele pline de aparatură, departe de a oferi intimitate.

Mai multe studii (Klaus et al. 1986, Hodnett et Osborn 1989, Hemminki et al. 1990, Hofmeyr et al. 1991), citate și de OMS, se ocupă de situațiile în care o singură persoană acordă sprijin femeii în timpul travaliului și al nașterii. Această persoană poate fi o moașă, o infirmieră sau o “doula”. Studiile menționează că acest tip de sprijin continuu, fizic și emoțional, pe durata travaliului și a nașterii, are numeroase avantaje, printre care : o durată mai redusă a travaliului, o diminuare serioasă a medicației și a analgeziei peridurale, mai puține nașteri care necesită extracții instrumentale, mai puține cezariene și un număr mai redus de scoruri Apgar sub 7. Pe lista de sarcini a infirmierelor nu se află din păcate masajele, asigurarea sprijinului emoțional sau continuitatea îngrijirii unei singure femei în travaliu. Tocmai aici ar putea interveni « doula », care n-ar lua locul nimănui în structura actuală a maternităților, în schimb reducerea cheltuielilor (prin reducerea numărului de intervenții

medicale demonstrată prin studiile de mai sus) ar justifica prezența câte unei « doula » lângă fiecare femeie în travaliu.

Alimentele și băuturile în timpul travaliului

În cele mai multe cazuri, femeii i se interzice orice aliment și băutură în timpul travaliului la maternitate. Motivul este legat de o suită foarte improbabilă de evenimente : posibilitatea de a aplica o anestezie generală, posibilitatea ca femeia să verse în timpul anesteziei și posibilitatea ca femeia să inhaleze ce a regurgitat (ceea ce se numește sindromul Mendelson) și astfel să se sufoc.

Întrebarea e de ce ar fi nevoie de anestezie generală. Un exemplu este pentru o cezariană de urgență, când nu mai e timp să se aplice o anestezie parțială. Anestezia generală își face efectul mult mai repede (câteva minute) decât una parțială (15-30 minute).

În multe cazuri, femeilor oricum nu le arde de mâncat și de băut datorită senzațiilor din timpul travaliului. Ba uneori mai și varsă (se pare că nu e nimic alarmant în asta, ba chiar mișcărilor involuntare de mușchi produse de vărsături ajută în avansarea travaliului prin stimularea altor mușchi implicați direct în travaliu). Dar uneori travaliul durează mai mult iar în lipsa oricărui aport de alimente sau băuturi femeia se poate deshidrata sau poate să-i scadă glicemia. Să nu uităm că travaliul cere un efort intens și de durată.

Al doilea stadiu al travaliului

Al doilea stadiu al travaliului începe atunci când dilatația colului este completă și când copilul începe să coboare din uter. El se termină atunci când copilul s-a născut.

În timpul celui de al doilea stadiu capul copilului își schimbă orientarea de două ori pentru a putea coborâ prin bazinul mamei. În decursul coborârii copilului, ca urmare a presiunilor exercitate de oasele și ligamentele mamei, forma capului copilului se poate modifica într-o anumită măsură pentru a se alungi și a « se potrivi » în conturul oferit de bazinul mamei. Oasele capului copilului nu sunt fixate rigid unele de altele, așa încât pot să se miște și să permită schimbarea formei capului. Aceste modificări de formă sunt normale și nu au efecte pe termen lung asupra copilului, de obicei deformările craniului disparând în primele zile după naștere. Mai mult decât atât : oasele și ligamentele mamei cedează și ele câțiva milimetri în plus pentru a lăsa capul copilului să treacă – modificările în organismul mamei în perioada de sarcină permit această flexibilitate. Toate aceste modificări pot necesita mult timp și răbdare, mai ales dacă fătul are capul mare. Din acest motiv uneori travaliul pare să stagneze, când de fapt are loc această « modelare ». Coborârea nu e un proces liniar ; fiecare contracție a uterului ajută capul copilului să se mai « muleze » încă puțin, iar după un timp de aparentă « stagnare » capul copilului poate coborâ brusc.

Uneori mama poate dormi profund între două contracții, ceea ce e normal ; relaxarea poate contribui la refacerea forțelor mamei și la « mulajul » capului copilului.

Pe durata acestui stadiu se activează un strat primitiv al creierului, unde este depozitată « știința ancestrală » a nașterii. Dacă procesul este lăsat să se desfășoare fără interferențe exterioare, atunci mama își va urma instinctele și va naște cu un minim de probleme pentru ea și copil. În schimb, dacă acest proces este inhibat, al doilea stadiu al travaliului se poate prelungi, ducând la o cascadă de intervenții medicale asupra mamei și copilului cu tot cortegiul lor de efecte secundare.

În ce fel poate fi inhibată acțiunea acestui strat primitiv al creierului? Prin orice acțiune exterioară care stimulează neocortexul (stratul cel mai nou și evoluat al creierului):

lumina puternică în cameră, prezența mai multor persoane în cameră, deplasarea mamei în altă încăpere (sală de nașteri), discuțiile care solicită atenția mamei – întrebări, informații, încurajări sau sfaturi nesolicitate de femeie -, discuțiile pe care le au celelalte persoane din cameră (chiar pe un ton scăzut), controlul vaginal, flash-ul unui aparat foto, zgomotul făcut de aparatura medicală, sentimentul femeii de a fi sub observație. De asemenea orice acțiune exterioară care determină femeia să deschidă ochii (dacă-i avea închiși), să vorbească sau să se miște altfel decât ascultându-și instinctul. Este esențial în aceste momente de a nu deranja mama, chiar și sub camuflajul unui “ajutor”. Idealul este ca femeia să nici nu observe că mai e cineva în cameră.

Nevoile femeii în acest al doilea stadiu al travaliului sunt:

- sentimentul de intimitate, confort și securitate
- o cameră caldă (25-28°C), semiîntuneric și liniște
- cât mai puține persoane în cameră, și numai cele în care femeia are încredere (de preferință cunoscute dinainte)
- prezența cât mai discretă a celorlalte persoane din cameră și intervenția acestora numai la cererea femeii
- posibilitatea femeii de a se mișca, de a-și alege poziția, de a face zgomote

Gloria Lemay (moașă în Vancouver , Canada ; site Internet <<http://www.glorialemay.com>>) dă câteva semne exterioare ale dilatării complete a colului, care pot fi urmărite de personalul medical în scopul evitării controlului vaginal:

- Are loc o scurgere de culoare roșu închis (cam cât doua linguri de supă), iar femeia spune că simte nevoia să împingă. Dacă scurgerea continuă, înseamnă că mai continuă și dilatarea colului. La dilatare completă, scurgerea se oprește când începe « mulajul » capului copilului. Totuși, alte scurgeri sanguine pot apărea ulterior din cauza rupturilor vaginale.
- Femeia intră în general într-o stare profundă de transă, închide ochii și pare a fi « foarte departe ». Este foarte important că în aceste clipe femeia să nu fie deranjată – de lumini puternice, de conversații cu ea sau între celelalte persoane din cameră, de întrebări sau atingeri (inclusiv controlul vaginal)
- Femeia împinge « cu adevărat » (adică geme și are tendința de a se ghemui în timpul contracțiilor)
- Uneori, o defecare involuntară are loc. Este un semn de dilatare completă și de coborâre a capului copilului

Un semn care anunță dilatarea completă și reflexul de împingere poate fi o frică bruscă și irațională a femeii. Femeia se poate exprima incoerent (nu-i distrageți atenția în nici un fel, în nici un caz nu începeți să o liniștiți verbal). Aceste simptome denotă secretarea bruscă a unei mari cantități de hormoni în corpul femeii, care se pregătește astfel de naștere. Poate urma foarte rapid o serie de contracții în care mama are un reflex irezistibil de împingere. În cadrul acestui reflex de împingere, femeia simte adeseori nevoia să se ridice și să se aplece ușor în față. Se pare că în poziția aplecată spre față, mecanismul de deschidere a vulvei e diferit decât în celelalte poziții, iar riscul de rupturi de perineu este mai scăzut. De obicei, după o astfel de secvență, placentă este și ea expulzată în câteva minute.

Durata celui de al doilea stadiu al travaliului

În general în maternități se consideră o oră ca durată maximă acceptată a celui de al doilea stadiu. După trecerea acestui interval de timp personalul medical intervine de obicei prin extracții instrumentale cu forcepsul. Traumatismele provocate femeii și, ocazional, fătului, prin aceste extracții instrumentale vorbesc de la sine împotriva acestei politici de

intervenție. Dacă mama și fătul sunt în regulă și travaliul înaintează, nu există nici un motiv de a stabili o limită arbitrară de timp pentru acest stadiu.

Mai multe studii au fost făcute pentru a verifica relația între durata acestui al doilea stadiu de travaliu și starea la naștere a copilului (Van Alten et al. 1989, Knuist et al. 1989, Menticoglou et al. 1995). Durata celui de al doilea stadiu al travaliului a fost, în aceste studii, între sub 60 de minute (la multipare) și mai mult de trei ore (la 11% din femeile care nașteau primul copil). Rezultatul studiilor a fost că nu există nici o legătură între durata celui de al doilea stadiu al travaliului și starea copiilor la naștere (elemente urmărite : scor Apgar, convulsii la nou-născut, internare într-un serviciu de îngrijiri intensive pentru nou-născuți).

Motivele valabile pentru a interveni în acest stadiu sunt stresul fetal sau stagnarea travaliului, iar în cazul că durează mai mult de o oră la multipare sau mai mult de doua ore la nulipare atunci se poate lua în considerare varianta intervenției instrumentale. În realitate, spune OMS, motivele extracțiilor instrumentale – din partea personalului medical – sunt în multe cazuri urmărirea riguroasă a unei limite arbitrare de timp fixate pentru maternitate, frica de urmări pe motiv de malpraxis, comoditatea sau creșterea eficienței.

Poziția dorsală și lipsa libertății de mișcare a femeii, uzuale în maternități în acest stadiu, ca și anestezia peridurală, pot favoriza prelungirea travaliului. Poziția dorsală a femeii poate avea în plus ca efect și stresul fetal (prin proasta oxigenare din cauza presării de către uter a aortei și venelor cave ale mamei). Aceste practici uzuale din maternități favorizează, prin efectele lor secundare, ceea ce se numește « cascada de intervenții ».

Stagnarea travaliului în al doilea stadiu

Personalul medical diagnostichează deseori greșit perioada de « mulare » drept « lipsă de progres », « stagnare » sau « eșec de a progresa » al travaliului, efectul fiind intervențiile inutile și chiar periculoase de extracție instrumentală.

Dar uneori travaliul într-adevăr stagnează câteva ore, iar mama începe să devină extenuată, senzația de împingere scade iar sentimentul de frică începe să se instaleze. Uneori, în acest stadiu e de folos « inversarea energiei ». Aceasta înseamnă a sfatui mama ca, timp de câteva contracții (5 sau 6), să se așeze în genunchi, cu umerii cât mai aproape de sol și cu fesele cât mai sus, apoi să încerce în mod voluntar să împingă copilul în sens invers, adică să-i coboare fundulețul cât mai spre spre gâtul ei. Sfatul pare straniu, dar efectul mișcării poate fi deblocarea capului copilului dintr-o poziție unde nu progresa, iar urmarea poate fi o naștere foarte rapidă după încheierea acestei proceduri.

Uneori, fricile neexprimate ale femeii pot avea și ele ca efect stagnarea travaliului. În acest caz, încurajarea de a le exprima (« de ce ți-e cel mai frică în acest moment ? ») sau sprijinul emoțional pot avea un efect de deblocare a travaliului.

Stresul fetal este singurul motiv plauzibil pentru a interveni – cu o extracție instrumentală sau cu o cezariană – în acest al doilea stadiu al travaliului.

Poziții în timpul travaliului și nașterii

Nu există o poziție optimă pentru naștere. Mai mult, pentru fiecare femeie « poziția optimă » se poate schimba foarte des în timpul travaliului. Nu e vorba aici doar de o senzație subiectivă, ci de condițiile necesare copilului care coboară din uter ca să se poată naște. Probabil ați mai citit că în timpul acestei coborâri capul copilului își schimbă orientarea de două ori. În plus, oasele și ligamentele mamei cedează câțiva milimetri în plus, iar capul copilului « se modelează », adică își schimbă și el forma așa încât să poată trece printre aceste

oase și ligamente. Toate acestea iau timp. Din acest motiv uneori travaliul pare să stagneze, când de fapt are loc această « modelare ».

Există chiar un moment în care femeia în travaliu simte nevoia să apropie genunchii, ceea ce uneori personalul medical interpretează ca « falsă pudoare ». E din nou mai mult decât o senzație subiectivă, e momentul când capul copilului trece printr-o zonă precisă din bazinul mamei. Aceasta zonă se « deschide » tocmai atunci când genunchii sunt strâns apropiați.

Coborârea copilului este ajutată și de gravitație, în măsura în care poziția mamei e cât de cât apropiată de verticală. În plus, dacă în timpul nașterii mama adoptă o poziție aplecată în față, mecanismul de deschidere a perineului e diferit decât în alte poziții, reducând astfel riscul rupturilor de perineu.

Bineînțeles că e posibil ca un copil să se nască și în condițiile în care mama e obligată să rămână în poziția ginecologică (pe spate și cu picioarele în etriere), dar în acest caz procesul de « coborâre » al copilului este mai dificil, în lipsa ajutorului pe care mama i-l poate da prin alegerea poziției celei mai favorabile pentru fiecare etapă și în lipsa ajutorului gravitației.

Poziția pe spate are mai multe inconveniente, pe lângă cele de mai sus adaugându-se scăderea intensității și eficacității contracțiilor uterine, precum și presiunea uterului pe aortă și venele cave. În acest fel circulația sanguină a mamei e îngreunată și se poate ajunge la o proastă irigație cu sânge a uterului și la suferințe fetale. Singura motivație pentru a o plasa pe mamă în această poziție este comoditatea personalului medical. Există varianta de a sta culcată pe o parte, care e ceva mai utilă în timpul travaliului și măcar nu deranjează circulația sanguină spre făt și uter.

Pe durata primului travaliu am încercat să stau culcată pe spate (nu mi-a impus nimeni o poziție anume înainte de intrarea în sala de nașteri), dar durerile erau insuportabile, așa că am fost nevoită să stau așezată, cu spatele cât mai aproape de poziția verticală. În timpul celui de al doilea și al treilea travaliu, pe timpul contracțiilor simțeam nevoia să fiu cu spatele cât mai spre verticală, chiar ușor aplecată în față.

Poziția ghemuită, cu tălpile lipite de sol și picioarele depărtate, pare să deschidă foarte bine bazinul, ceea ce favorizează o naștere mai rapidă. Pe de altă parte, dacă nașterea e prea rapidă crește riscul rupturilor și fisurilor de perineu. Poate că susținerea capului copilului în momentul când acesta începe să se vadă, precum și abținerea femeii de la a împinge voluntar în aceste momente reduc viteza cu care iese capul și implicit riscurile de rupturi și fisuri de perineu.

Poziția « în patru labe » este foarte eficientă și pare să fie asociată cu un risc scăzut de rupturi și fisuri de perineu. E recomandată în special în cazuri de naștere dificilă, copii foarte mari sau distocie (de exemplu blocarea umerilor copilului în bazinul mamei, în timp ce capul e deja ieșit). Probabil că și în cazul nașterilor normale poziția e la fel de recomandabilă. Poate vi se pare o poziție degradantă (am citit asta într-o listă de discuții pe internet). E posibil, deși nu văd cu cât mai demnă poate fi poziția ginecologică, folosită ca standard pentru nașterile din maternități.

Travaliul și/sau nașterea în apă

Folosirea apei calde în timpul travaliului – duș sau baie – are efecte relaxante, ajutând la reducerea timpului de travaliu și atenuarea durerilor. În unele țări (SUA de exemplu) există chiar firme care închiriază « bazine pentru naștere », de montat acasă.

Gravitația mai scăzută din apă o ajută pe mamă să găsească poziții care ar fi dificil de menținut în afara apei. De asemenea, apa caldă (chiar și o compresă cu apă caldă) relaxează perineul și îl ajută să se destindă, reducând riscul rupturilor și/sau fisurilor de perineu.

În timpul travaliului, femeia poate să-și schimbe în mod repetat preferințele, făcând un duș sau o baie, apoi plimbându-se, revenind în apă și ieșind din nou.

Nu știi care sunt riscurile de infecție în cazul băii sau dușului după ce s-a rupt apa. Totuși, un duș sau o baie făcute acasă sunt mult mai puțin riscante decât la maternitate, deoarece germenii patogeni existenți în casă sunt deja cunoscuți de organismul mamei care e în mod normal imunizat la aceștia, în timp ce germenii patogeni existenți în maternități sunt de obicei necunoscuți organismului mamei și foarte rezistenți.

Pierderile sanguine în timpul nașterii

În timpul nașterii și imediat după naștere, mama pierde sânge, din diverse cauze. Aceste pierderi sunt în general normale și previzibile. Care sunt problemele legate de aceste pierderi sanguine? Când ele trec de un anumit prag pot deveni periculoase pentru sănătatea și chiar viața femeii. Pericolul acestor hemoragii este determinat nu numai de cantitatea de sânge pierdută ci și de starea anterioară de anemie a mamei.

Repet afirmațiile OMS: pericolul hemoragiei post-partum și al retenției de placentă crește în cazul unei sarcini multiple sau al unei nașteri complicate: accelerarea travaliului, distocie sau extracție instrumentală, sau în cazul că aceste complicații au apărut în trecut la aceeași femeie.

Pericolul de hemoragie post-partum crește și dacă mamei îi este frig în timpul și după naștere (temperatura în cameră trebuie să fie între 25 și 28 de grade), dacă e separată de copil sau dacă acesta nu este pus la sân după naștere.

În primul rând e dificil de estimat cantitatea exactă de sânge pierdut de mamă, în majoritatea cazurilor personalul medical făcând o estimare vizuală – mai ales la nașterile în poziție dorsală. În multe cazuri estimarea vizuală este mai mică decât pierderea reală de sânge. O măsurare mai precisă se poate face în cazul nașterilor în poziție verticală. Unele studii spun că pierderea de sânge este mai mare în cazul nașterilor în poziție verticală, dar diferența poate veni și din precizia mai mare a măsurătorii în acest caz față de nașterile în poziție dorsală unde se fac doar estimări.

Practica medicală definește pragul de pericolozitate al acestor pierderi sanguine ca fiind de 500 ml. OMS, pe de altă parte, nuanțează această definiție spunând că ea se aplică doar în cazul țărilor slab dezvoltate, unde posibilitățile de intervenție medicală sunt scăzute și unde femeile sunt de multe ori subnutrite și anemice. În schimb, în țările dezvoltate, pentru femei în bună stare de sănătate, cu o alimentație corespunzătoare, acest prag ar fi de 1000 ml – să nu uităm că volumul sanguin al femeii înainte de naștere este cu 1000-1500 ml mai mare decât înainte de sarcină. Anemia femeii în momentul nașterii este un factor de pericol în plus în sensul că o pierdere chiar mai mică de sânge poate avea efecte grave.

Dar ce înseamnă anemie în cazul femeii gravide? Mai întâi câteva considerații teoretice: anemia se definește ca un procentaj mai scăzut decât normal al hemoglobinei în sânge. Dat fiind că hemoglobina este agentul care transportă oxigenul prin organism, scăderea procentului de hemoglobină în sânge se traduce printr-o oxigenare mai proastă a întregului organism. Pe de altă parte, în timpul sarcinii volumul sângelui femeii crește cu 40-50% (1000-1500 ml) față de volumul normal, în afara sarcinii. Sângele devine de asemenea mai fluid. Presupunând că totalul cantității de hemoglobină din sânge crește cu mai puțin de 40% (statisticile spun că în jur de 20% fără suplimente medicamentoase de fier), ajungem la concluzia de anemie după definiția de mai sus. Dar cantitatea totală de hemoglobină este totuși mai mare decât înainte de sarcină, așadar pentru a defini cu adevărat o anemie în timpul sarcinii trebuie luați în calcul doi factori: procentajul de hemoglobină dintr-un volum dat de sânge și cantitatea totală de hemoglobină aflată în circulație în sângele femeii gravide.

Uneori medicii recomandă doar prima analiză din cele două, iar dacă rezultatul este sub 11 g/dl (uneori sub 10,5 g/dl) decretează că femeia e anemică și îi recomandă să ia fier. Totuși, studiile arată ca rezultatele cele mai bune la naștere le au femeile cu hemoglobina între 9,5 și 10,5 g/dl. O cantitate prea mare de hemoglobină poate însemna lipsa de adaptare a organismului femeii la starea de sarcină și poate fi asociată cu diverse complicații, de exemplu prematuritate, hipertensiunea mamei, întârzierea creșterii fătului. În practică, un procent al hemoglobinei de peste 9 g/dl este în mod normal suficient pentru o naștere normală, în cazul unei sarcini cu risc scăzut. Cercetările au determinat că un procent mai scăzut al hemoglobinei nu implică un risc de hemoragie mai importantă post-partum, contrar a ce susțin unii medici. Se pare chiar că femeile gravide cu un procent mai scăzut de hemoglobină tind să sângereze mai puțin la naștere, de parcă organismul “știe” că nu-și poate permite să piardă mult sânge.

Mai există câteva aspecte de luat în considerare: poate că pierderile sanguine sunt mai mici în cazul nașterilor în poziție dorsală – ceea ce rămâne încă de demonstrat – dar procentul foarte mare de epiziotomii “preventive” (practicate în proporție covârșitoare exact în această poziție) contribuie la creșterea artificială a cantității de sânge pierdute de femeie pe durata nașterii, mai ales că sutura are loc doar după expulzarea placentei. De asemenea, “împingerea dirijată” în al doilea stadiu al travaliului duce la creșterea procentului de rupturi de vagin și perineu, ceea ce “ajută” la creșterea cantității de sânge pierdute în timpul nașterii. Prevenția ar putea consta în acest caz în a permite femeii să adopte o poziție alta decât cea dorsală (și) în timpul celui de al doilea stadiu al travaliului, evitarea epiziotomiilor și evitarea împingerii dirijate, favorizând reflexul de împingere spontană, fără ca femeia să forțeze pe cât posibil.

Având în vedere condițiile în care au loc majoritatea nașterilor (în maternități, în poziție dorsală, cu “împingere dirijată”), e de înțeles de ce medicii recomandă femeilor gravide suplimentarea fierului. În felul acesta femeile sunt mai bine pregătite pentru pierderile suplimentare de sânge care sunt favorizate de intervențiile medicale din maternități.

Mă întreb totuși cum s-au descurcat femeile gravide în ultimii mii de ani fără suplimente de fier? Iar dacă majoritatea femeilor gravide se încadrează în niște limite definite de medicină drept “anemie”, n-ar trebui reconsiderată atitudinea medicală față de această situație? Pe ce bază decretează știința medicală că o situație e normală sau anormală? În orice caz nu comparând femeile gravide cu cele negravidă (și merele cu perele), ignorând factorii fiziologici legați de sarcină.

Administrarea de medicamente în timpul sarcinii, travaliului și nașterii

Probabil știți că în timpul sarcinii majoritatea medicamentelor pot trece prin placenta și pot ajunge la făt. Acesta e motivul pentru care femeile însărcinate sunt sfătuite insistent să nu folosească medicamente pe timpul sarcinii, iar atunci când au totuși nevoie de un medicament să ceară neaparat sfatul medicului. La fel, pentru nou-născuți și în general sugari există restricții foarte importante privind folosirea medicamentelor. Au existat și scandaluri imense legate de recomandarea unor medicamente pentru femeile însărcinate, medicamente insuficient testate și care au avut ca efect secundar anomalii congenitale la nou-născuți (cazul Thalidomidei de exemplu).

În rezumat, în medicina modernă fătul și nou-născutul sunt protejați pe cât posibil de orice intervenție medicamentoasă. Cu o excepție : în timpul travaliului și al nașterii. Există o listă întregă de substanțe administrate femeii în travaliu și după naștere, înainte de clamparea cordonului ombilical, iar aceste substanțe ajung (cel mai probabil) și în sângele fătului. E vorba, printre altele, despre glucoză, anestezice, medicamente contra durerii, medicamente contra scăderii tensiunii (provocată uneori de anestezia peridurală) și ocitocină. Sunt cunoscute unele efecte secundare ale anestezicelor, printre care « depresia respiratorie » a

nou-născutului. Alte efecte secundare ale substanțelor administrate femeii în travaliu sunt prezentate pe parcursul cărții, și nu sunt deloc neglijabile.

Planificarea unei nașteri acasă

Presupunând că v-ați hotărât să nașteți acasă, există niște condiții care trebuie îndeplinite ca să aveți parte de un eveniment cât mai fericit și cât mai sigur.

În primul rând, o persoană specializată și autorizată legal în supravegherea travaliului și a nașterii trebuie să fie disponibilă și să vă stea alături în timpul travaliului și a nașterii. Este vorba de obicei de moașe, mult mai rar de medici obstetricieni sau medici generalişti.

În al doilea rând, trebuie să prevedeați ce veți face în cazul că veți dori sau veți fi nevoită să vă transferați la un spital sau maternitate. E nevoie de un mijloc de transport (mașina dvs, a moașei, un taxi sau o ambulanță), iar spitalul sau maternitatea să fie suficient de aproape pentru ca să puteți ajunge acolo în cel mai scurt timp posibil (preferabil sub 30 minute). Să vă asigurați că mijlocul de transport este funcțional și disponibil oricând ați putea avea nevoie, eventual luând în considerare și factorul meteo (zapadă, viscol, inundație, ceață sau alte fenomene posibile în jurul datei probabile a nașterii).

În al treilea rând, trebuie să vă pregătiți în mod corespunzător locuința: să existe o cameră pe care o puteți încălzi la 25-28°C pe toată durata travaliului și nașterii; să aveți niște cearșafuri vechi sau de unică folosință pentru scurgerile pe care le veți avea; ceva impermeabil pentru protejarea patului.

Dacă aveți copii trebuie să vă gândiți din timp cine să aibă grijă de ei pe timpul travaliului și al nașterii și unde: doriți să rămână acasă sau să fie plecați în acest timp?

Moașa vă va da și ea o listă cu tot ce aveți nevoie să pregătiți acasă în vederea nașterii, iar ea va veni cu o trusă medicală specială.

Pregătiți-vă din timp o listă cu telefoane: al moașei, al spitalului, al persoanelor care trebuie să vă ajute sau să vă acompanieze; să puneți lista cât mai la vedere și să informați și partenerul despre ea.

Puneți într-un singur loc toate lucrurile de care ați avea nevoie în caz de transfer la spital (lista o puteți găsi în multe cărți). În caz că totul merge bine și rămâneți acasă, vă va fi oricum de ajutor să găsiți tot ce vă e necesar într-un singur loc.

Dacă doriți să ascultați o anumită muzică, să aprindeți lumânări sau bețișoare parfumate, aveți grijă să vă informați din timp partenerul și să-i dați toate detaliile necesare (unde se afla CD-ul, lumânările, bețișoarele, uleiul parfumat).

E important ca atunci când travaliul va începe să fiți cât mai liniștită, să nu mai aveți – pe cât posibil – probleme urgente și neprevăzute de rezolvat.

Planificarea unei nașteri la maternitate

Pregătiți-vă, de preferință cu mai multe luni înainte de naștere, o listă cu întrebări pe care doriți să i le puneți medicului sau moașei care vă supraveghează pe timpul sarcinii. De exemplu despre intervențiile medicale practicate în cadrul maternității respective. O parte din aceste intervenții, cu motivația și efectele lor secundare, le puteți găsi în această carte. Puteți pregăti și o listă cu ce intervenții doriți, cu ce veți refuza în mod absolut și alte aspecte practice care vă interesează. Unii numesc aceasta listă “plan de naștere”. E important să fiți bine informată și hotărâtă înainte de a prezenta aceste liste medicului sau moașei. Vă puteți aștepta ca personalul medical să vă trateze ca și când n-ați ști nimic, să nu vă dea detalii în legătură cu întrebările dvs, să fie surprins de faptul că aveți ceva cunoștințe și chiar o opinie despre diversele aspecte medicale. Uneori puteți primi chiar replici amenințătoare (“în aceste

condiții eu nu mă mai pot ocupa de dvs”), defensive (“așa e regulamentul în maternitatea noastră”) sau culpabilizatoare.

Nu-i așa că dulcea reverie despre bebele pe care-l aduce barza începe să se transforme într-un câmp de bataie sângeros?

În legatură cu drepturile dvs, Constituția României, în articolul 26 (« Viața intimă, familială și privată »), spune :

« (1) Autoritățile publice respectă și ocrotesc viața intimă, familială și privată.

(2) Persoana fizică are dreptul să dispună de ea însăși, dacă nu încalcă drepturile și libertățile altora, ordinea publică sau bunele moravuri. »

Mai specific, a apărut legea drepturilor pacientului: Legea nr. 46 din 21/01/2003, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 51 din 29/01/2003.

În funcție de ce anume doriți (sau nu doriți) și de cât sunteți de hotărâtă să luptați pentru drepturile dvs și ale copilului dvs, puteți studia această legislație în materie de drepturile persoanei – aveți dreptul să fiți informată dinainte despre orice intervenție medicală urmează să vi se aplice, și aveți dreptul de a refuza **ORICE** intervenție. Medicul e obligat să vă informeze despre consecințele pe care le poate avea refuzul dvs de a accepta intervenția respectivă dar în final nu poate decide în locul dvs. Orice regulament interior dintr-o maternitate are o putere de aplicare mai mică decât legile țării, iar în caz de conflict între cele doua se aplică legea, nu regulamentul.

Având în vedere că în timpul travaliului și al nașterii veți fi într-o stare cu totul specială, prea puțin compatibilă cu luptele și tratativele, e preferabil să aveți un partener pe toată această durată, care să vă acompanieze, să aibă “planul de naștere” scris și să acționeze în calitate de intermediar între dvs și personalul medical.

Intervenții medicale uzuale în timpul travaliului și nașterii

Raderea părului pubian (parțială sau totală)

Se presupune că reduce riscul infecțiilor și că facilitează suturile. Dar nu există nici o dovadă în ce privește reducerea riscului de infecții (cu ce să mă infectez, cu părul propriu?). Ba chiar e posibil să crească riscul contaminării cu virusul hepatitei sau chiar cu HIV pentru femeie și pentru cea care o rade. În plus apare o senzație neplăcută atunci când părul crește din nou (iar asta se petrece în zilele următoare nașterii, adăugându-se la lunga listă de neplăceri din această perioadă).

Clisma

Se presupune că stimulează contracțiile uterine și că un intestin gol favorizează coborârea capului fătului. Se mai presupune că astfel scade probabilitatea unei contaminări cu fecale care conduce la infecții ale mamei și copilului. Totuși, doua studii oficiale comparative (Romney și Gordon 1981, Drayton și Rees 1984) n-au găsit nici o diferență în durata travaliului, infecțiile neonatale sau infecțiile rănilor perineale.

Atunci când travaliul se declanșează spontan, organismul declanșează golirea intestinelor, fără nici o intervenție exterioară (confirm după două nașteri).

Aplicarea clisimei este dezagreabilă, umilitoare și slăbește organismul femeii în travaliu.

Controlul vaginal

Un control vaginal inițial poate fi considerat acceptabil pentru ca personalul medical să stabilească dacă nașterea poate avea loc în mod natural, dacă există cumva deformări ale colului sau alte condiții incompatibile cu o naștere normală.

OMS spune că atunci când travaliul înaintează bine, e suficient acest control vaginal inițial. Repetarea lui se poate dovedi utilă doar în cazul scăderii intensității și frecvenței contracțiilor sau înainte de administrarea unui tratament împotriva durerii.

Controalele vaginale pot arăta uneori o dilatare prea lentă a colului, adică un travaliu prelungit. Un motiv principal este stresul, produs de exemplu tocmai de prea dese controale vaginale. Efectul poate fi declanșarea unei secvențe de intervenții în cascadă, începând cu accelerarea travaliului prin injectarea de ocitocină.

Supravegherea ritmului cardiac fetal în timpul travaliului

Este importantă deoarece există o legătură strânsă între ritmul cardiac al fătului și starea sa de bine. Printre anomaliile de ritm cardiac la făt se numără brahicardia (mai puțin de 120 bătăi/minut) și tahicardia (mai mult de 160 bătăi/minut).

Există două metode de supraveghere a ritmului cardiac fetal : auscultare intermitentă (cu stetoscopul sau cu un aparat manual cu ultrasunete Doppler) și monitorizare electronică.

Monitorizarea electronică se face prin plasarea unei centuri în jurul abdomenului mamei, centura legată la aparatura de monitorizare. Efectul este imobilizarea mamei pe timpul acestei proceduri. Problema e că rezultatele monitorizării electronice sunt de multe ori interpretate greșit de personalul medical : diferite persoane, sau chiar aceeași persoană la momente diferite, interpretează în mod diferit același rezultat. Efectul poate fi – pentru sarcinile cu risc scăzut – un procent ridicat de alarme false, care conduc la intervenții inutile.

În cazul sarcinilor cu risc scăzut, ascultarea intermitentă este suficientă, având avantajul simplității și al libertății de mișcare a femeii. Este de altfel și recomandarea OMS.

Perfuziile intravenoase

În spitale există oricând o soluție contra deshidratării și nu numai : perfuzia intravenoasă cu glucoză și lichide. Aparent, astfel se rezolvă toate problemele legate de interdicția de a mânca și a bea în timpul travaliului. Dar există și efecte secundare ale creșterii volumului glucozei în sânge. Crește volumul insulinei la mamă, într-o încercare a organismului de a regla ceea ce el vede ca o creștere periculoasă a glicemiei. Urmează, paradoxal, o hipoglicemie la mamă. Dacă mama primește mai mult de 25 g de glucoză intravenos în timpul travaliului, același fenomen se petrece și la făt (hiperglicemie, producere de insulină urmată de hipoglicemie). Dar lista efectelor secundare nu se oprește aici. Un copil hipoglicemic are nevoie de glucide, probabil mai multe decât îi poate oferi mama în primele ore după naștere, prin colostru. Atunci intervin asistentele și îi dau copilului un biberon, interferând cu procesul natural de alimentare la sân. Pot urma nenumărate probleme de adaptare a copilului la sân și de lactație la mamă.

Mai există și alte efecte secundare asupra mamei legate de perfuzarea prelungită, (timp de mai multe ore), și anume retenția de apă, adică edeme. Ele pot apărea la nivelul sânilor, producând dificultăți nou-născutului care încearcă să prindă sânul în guriță.

Perfuzia împiedică de obicei femeia să se miște liber în timpul travaliului, iar lipsa mișcării poate încetini travaliul.

Concluzia mea personală e că perfuzia e utilizată în primul rând pentru comoditatea personalului medical, nu a femeii care naște. E și o metodă de a introduce alte medicamente în corpul femeii, posibil fără a o informa nici despre ce substanțe e vorba, nici de efectele lor și cu atât mai puțin despre posibilele efecte secundare. OMS spune că “ utilizarea sistematică a unei canule intravenoase ca titlu profilactic poate încuraja intervenții ulterioare inutile” (adresa Internet: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/French MSM 96 24/MSM 96 24 chapter2 part1.fr.html>).

În aceeași pagină se spune că « abordarea cea mai corectă pare a fi de a nu interzice femeii să mănânce și să bea în timpul travaliului și a nașterii, pentru că în timpul unei nașteri normale e nevoie de un motiv valabil pentru a interveni în procesul natural. Există totuși numeroase temeri și obiceiuri în toata lumea, de care e greu să ne debarasăm... »

Tratamentul durerii în timpul travaliului

Aproape toate femeile au dureri în timpul travaliului. Intensitatea acestor dureri este variabilă, ca și toleranța fiecărei femei la durere. În maternități s-a constatat că durerea este mai intensă în cazul travaliului prelungit, în cazul distociei (vezi dicționar), în travaliul provocat sau accelerat prin ocitocină sau în cazul extracțiilor instrumentale. În orice caz, și un travaliu normal este de obicei dureros.

Există mijloace farmacologice și mijloace naturale pentru a diminua durerea. Mijloacele naturale includ dușuri, băi calde, muzică, masaj, respirația controlată,

posibilitatea femeii de a-și schimba poziția și de a se mișca. Un mijloc natural important de reducere a durerii este diminuarea fricii femeii în travaliu. Informarea, la nivelul dorit de femeie, în timpul sarcinii și al travaliului, împreună cu sprijinul emoțional sunt metode eficiente pentru a reduce frica. Este cunoscut efectul fricii de a accentua durerea, prin eliberarea de adrenalină, scăderea irigației cu sânge a organelor « neesențiale », printre care din păcate intră și uterul, încetinirea travaliului.

Mijloacele farmacologice de tratament al durerii în timpul travaliului și nașterii includ :

- alcaloizi opioizi, cel mai răspândit fiind « petidina »
- derivați ai fenotiazinei (prometazin)
- derivați ai benzodiazepinelor (diazepam)
- inhalarea de protoxid de azot în combinație cu oxigen 50%
- anestezia peridurală

Toate aceste metode reduc durerea dar au și efecte secundare. Mai precis (conform studiilor menționate de OMS : Dalen et al. 1969, Catchlove et Kafer 1971, Flowers et al. 1969, McCarthy et al. 1973, McAllister 1980) :

Efectele secundare ale petidinei pentru mamă sunt hipotensiunea ortostatică (amețeală la statul în picioare), grețuri și vărsături.

Diazepamul poate avea ca efecte asupra copilului depresia respiratorie neonatală (incapacitatea de a respira a nou-născutului), hipotonie, letargie și hipotermie.

Primele trei categorii de substanțe descrise mai sus traversează și placenta și sunt cunoscute pentru capacitatea de a provoca la nou-născut depresia respiratorie și comportamente neonatale anormale, inclusiv refuzul alăptării la sân.

Anestezia peridurală merită un capitol separat.

Anestezia peridurală

Este cea mai răspândită metodă de anestezie regională. E mai eficientă în eliminarea durerii și are efecte mai durabile decât celelalte metode farmacologice enumerate mai sus. Constă în injectarea unui anesteziant care insensibilizează toată zona de la talie în jos, inclusiv picioarele.

Totuși, există cazuri când epidurala are efect doar pe o parte a corpului sau când nu are efectul dorit.

Efectele secundare asupra mamei pot fi : prelungirea primului stadiu al travaliului (ceea ce conduce deseori la o altă intervenție : utilizarea ocitocinei pentru accelerarea travaliului), scăderea tensiunii mamei (ceea ce necesită o altă intervenție pentru a stabili tensiunea), febră, dureri de cap, grețuri, vărsături. Dacă efectul anesteziei este prelungit până în al doilea stadiu al travaliului, atunci dispare reflexul de împingere la mamă (ceea ce implică împingerea dirijată, cu efectele cunoscute : ochi injectați, vinișoare rupte din cauza efortului, risc mai mare de rupturi de perineu și vagin). Musculatura perineală a mamei este sub influența anestezicului, ceea ce schimbă condițiile de rotație a capului copilului, îngreunând coborârea acestuia. Efectul este creșterea riscului de intervenții instrumentale în timpul nașterii (epiziomie, forceps, ventuză) și al cezarienelor.

Efectele secundare asupra fătului pot fi : letargie, tonus redus, interacțiuni mai puține cu mama, alimentare la sân mai dificilă în primele zile (prima alăptare reușită la mai mult de 10 ore după naștere, copii care nu reușesc să prindă sânul corect de două ori la rând). Este important de știut că substanțele utilizate pentru anestezia peridurală se regăsesc, după numai

10 minute, în sângele fătului, dar mai grav este că aceste substanțe sunt puternic lipofile și se fixează în mod selectiv, în special în creierul copilului, rămânând acolo câteva săptămâni, ceea ce poate explica unele efecte pe termen mai lung.

Un efect interesant este că nou-născuții născuți sub peridurală sunt mai hidratați decât copiii născuți fără anestezie. Această hidratare suplimentară conduce la o greutate puțin mai mare la naștere dar și la o pierdere în greutate mai mare în zilele imediat următoare la acești copii, fără alte efecte secundare.

Intensitatea durerii și satisfacția mamei după naștere

Partea interesantă este că după naștere, satisfacția femeilor relativ la naștere nu pare a fi influențată direct de folosirea sau nu a metodelor farmaceutice împotriva durerii (inclusiv a periduralei), așadar de intensitatea percepută a durerii. Un studiu (Morgan et al. 1982) într-o maternitate din Suedia a arătat că la doua luni după naștere, atitudinea femeilor în legătura cu durerile din timpul travaliului și nașterii era identică, indiferent de folosirea sau nu a tratamentelor farmacologice împotriva durerii.

Se vede aici o diferență între intensitatea percepută a durerii și atitudinea față de această durere. Poate că satisfacția dată de puterea pe care femeia o găsește în ea – de a face față durerii, de a se descurca prin forțele proprii – compensează nivelul mai ridicat de durere în acest caz. În orice caz durerea din timpul travaliului și nașterii are un caracter diferit față de durerea legată de boli (concluzia studiului Waldenström & Nilsson 1994).

Pentru femeile care au născut pentru prima oară, sprijinul din partea personalului medical a avut un efect pozitiv asupra modului în care femeile au perceput travaliul și nașterea, în schimb tratamentul farmacologic al durerii n-a influențat în nici un fel răspunsurile femeilor (Waldenström et al. 1996).

Concluzia OMS este că metodele nefarmacologice de diminuare a durerii sunt de cea mai mare importanță, în timp ce metodele farmacologice nu fac parte din îngrijirile esențiale pe durata travaliului și a nașterii. Chiar atunci când sunt folosite, aceste metode farmacologice nu trebuie în nici un caz să înlocuiască atenția personală și tandrețea față de femeia în travaliu.

Amniotomia

Amniotomia este procesul prin care personalul medical rupe membranele femeii, sau pentru a declanșa travaliul sau pentru a-l accelera.

Amniotomia precoce este cea practică la o ora după ajungerea femeii în travaliu la maternitate. OMS spune că studiile comparative efectuate n-au detectat nici un efect pozitiv asupra necesarului de analgezice sau asupra procentului de intervenții instrumentale în decursul nașterii, doar durata travaliului a fost redusă în medie cu 60-120 minute.

Înainte de a vorbi despre efectele secundare să vedem care poate fi rolul pungii amniotice intacte în timpul travaliului. Statisticile spun că în 75% dintre nașterile normale punga amniotică rămâne intactă până la dilatația completă a colului, iar în unele cazuri până după nașterea copilului. Atâta timp cât este intactă, punga amniotică protejează capul și corpul copilului în timpul contracțiilor și în timpul coborârii. Mai mult decât atât, și cordonul ombilical este protejat de presiuni puternice care pot duce la scăderea oxigenării fătului în timpul nașterii. Amniotomia poate avea ca efect procidența de cordon (coborârea cordonului ombilical înaintea copilului), foarte periculoasă pentru copil prin presarea cordonului ombilical și reducerea oxigenării fătului. Alte efecte ale amniotomiei sunt creșterea intensității contracțiilor precum și a durerilor provocate de acestea.

Injecția de ocitocină

Ocitocina (vezi dicționar) produsă artificial – de obicei produsul farmaceutic Sintocinon – se utilizează de multe ori, injectată intravenos, pentru a accelera travaliul după ruperea (spontană sau artificială) a membranelor. Rezultatele în ce privește reducerea duratei travaliului sunt controversate, studiile având concluzii diferite. Nici o diferență nu s-a înregistrat în privința scorurilor Apgar, iar în privința duratei travaliului s-a constatat, într-un studiu, o reducere semnificativă a acestuia dar nu legată de administrarea ocitocinei ci de încurajarea femeilor de a se mișca, a sta în picioare sau așezate după dorință pe durata travaliului.

Efecte secundare : grețuri, vărsături, dureri de cap, hipertensiune, intensificarea durerilor.

Un alt efect secundar important e că administrarea de ocitocină artificială inhibă producerea ei în mod natural în organismul mamei. În lipsa unor intervenții exterioare organismul produce ocitocina în ritmul și în cantitatea optime pentru buna derulare a travaliului. Cei care administrează ocitocina artificială trebuie să “ghicească” în ce ritm și cantitate să o administreze. Dacă se administrează prea multă ocitocină, de exemplu, efectul poate fi producerea unor contracții atât de puternice încât să ducă la rupturi uterine. Acesta e și un motiv pentru care administrarea intramusculară de ocitocină în timpul travaliului este considerată periculoasă, pentru că nu se poate controla suficient de precis cantitatea administrată.

Un efect important al ocitocinei este favorizarea unei relații de atașament afectiv. Se pare că, pentru stabilirea unei relații normale între mamă și copil, în momentele imediat următoare nașterii este foarte important ca mama să poată ține copilul în brațe, să-l privească în ochi, poate și pentru că exact în aceste momente concentrația ocitocinei este maximă în sângele mamei și al copilului. De altfel sunt cunoscute situațiile în care femeile se îndrăgostesc de medicul obstetrician care le-a asistat în timpul nașterii. Probabil că ocitocina întărește atașamentul între femeie și persoana/persoanele care o înconjoară în timpul travaliului și al nașterii. În acest caz, părerea mea e că ar fi preferabil ca femeia să fie înconjurată de cât mai puține persoane (în nici un caz singură), de preferință partenerul, o moașă – discretă ca prezență – și eventual copiii sau alte persoane foarte apropiate. Și toate aceste persoane să se manifeste cât mai discret în momentele imediat următoare nașterii, lasând mamei și copilului timpul necesar pentru a se studia reciproc, a se cunoaște și atașa în liniște. Aceste momente sunt scurte și nu se mai întorc dacă sunt perturbate prin diverse proceduri și intervenții medicale în acele minute de după naștere.

În caz de travaliu normal, nu există nici o dovadă a beneficiității utilizării ocitocinei în mod preventiv, pentru a preveni prelungirea travaliului. În orice caz, administrarea de ocitocină este considerată de OMS o intervenție majoră, care are nevoie de o justificare deoarece transformă un travaliu normal într-unul “dirijat artificial” și imprevizibil.

Al doilea moment când se administrează în mod uzual ocitocină este în timpul nașterii (când se nasc umerii copilului) sau imediat după naștere. Scopul este preventiv : reducerea procentului de hemoragii post-partum. Se administrează intravenos sau intramuscular.

Efecte secundare:

- atât timp cât cordonul ombilical n-a fost clampat, ocitocina poate trece și în sângele copilului
- administrarea ocitocinei în acest stadiu poate crește riscul retenției de placentă

Eforturile de împingere în al doilea stadiu al travaliului

Teoretic, femeia începe să simtă nevoia de a împinge la începutul acestui al doilea stadiu, atunci când ajunge la dilatarea completă a colului.

Reflexul spontan de împingere constă în 3-5 eforturi scurte, involuntare, de împingere (4-5 secunde) la fiecare contracție. Împingerea dirijată înseamnă un efort voluntar, susținut, de 10-30 secunde cu blocarea inspirației la fiecare contracție.

Reflexul spontan de împingere este o acțiune involuntară a corpului, care intră în aceeași categorie cu strănutul, căscatul, orgasmul. Putem simula toate aceste acțiuni, dar nu le putem crea artificial și nici înlocui cu acțiuni voluntare. Împingerea dirijată nu acționează exact asupra aceluiași mușchi ca și reflexul spontan de împingere. Studiile care compară cele două moduri de împingere arată că în cazul împingerii dirijate durata celui de al doilea stadiu al travaliului tinde să fie mai scurtă, dar că această durată mai scăzută nu se însoțește de nici un avantaj pentru mamă sau făt, în schimb există efecte negative asupra alimentării cu oxigen a fătului și a scorurilor Apgar la naștere; musculatura perineului este și ea afectată în mod negativ de împingerea dirijată.

În momentul când femeia anunță că simte nevoia să împingă, personalul medical se simte obligat să facă un control vaginal, pentru a verifica stadiul dilatației. Acest control în sine poate amâna momentul nașterii cu câteva ore, prin disconfortul produs mamei. De asemenea, controlul se poate uneori însoți de constatări de genul « dilatația e de doar 8 cm, nu împingeți încă », mai ales în cazul nașterii primului copil. Urmează dezamăgirea mamei, eforturi intense pentru a lupta împotriva nevoii de a împinge, în final perturbarea procesului natural al nașterii. De ce această interdicție de a împinge ? Pentru a evita rupturile de col sau inflamația colului, spune personalul medical (« trebuie să așteptați dilatarea totală a colului, apoi să împingeți »). Totuși, nevoia de a împinge apare la mamă atunci când există o presiune asupra rectului – sau copilul, sau punga amniotică au început să coboare în vagin. Iar colul se inflamează din cauza împingerii dirijate, care nu ține seama de mesajele corporale ale femeii.

Se poate întâmpla și altfel : un control vaginal să arate o dilatație completă a colului, în timp ce mama nu simte nevoia să împingă. În acest caz personalul medical impune femeii să împingă. De ce ? Poate fiindcă așa scrie în descrierile standard ale nașterii : « la dilatație completă mama trebuie să împingă iar capul copilului să înceapă să coboare ». În mod normal probabil că așa e, dar în unele cazuri femeia nu simte încă nevoia de a împinge exact în momentul dilatării complete. De ce ? Nu știu. OMS spune că de obicei ajunge ca personalul medical și femeia să mai aștepte 10-20 minute, după care femeia va simți în sfârșit nevoia de a împinge.

O abordare mai naturală a acestui proces fiziologic ar fi de a evita controlul vaginal (care în sine poate perturba procesul de dilatare), de a urmări celelalte semne exterioare de dilatație completă descrise mai sus și de a sfătui femeia să-și asculte corpul, să facă așa cum simte, de preferință împingând cât mai puțin posibil, și mai ales e important de a nu interveni contra senzațiilor mamei cu indicații « prețioase » (« nu împingeți încă », « rezistați împotriva acestei nevoi de împingere până la dilatare completă » etc.). Acțiunea cea mai potrivită a femeii în aceste momente e aceea de « deschidere », ceva asemănător cu ce facem când mergem la toaletă. Putem ajuta procesul natural de defecare sau urinare prin împingere voluntară dar acțiunea principală e să relaxăm sfincterele. Se pare că de multe ori, după un episod de mers la toaletă, femeile nasc foarte rapid tocmai datorită acestei « deschideri » care se produce în mod normal la toaletă.

OMS spune că studiile n-au relevat nici un efect negativ asupra fătului în cazurile în care se evită “împingerea dirijată” până la apariția capului copilului. În schimb, cel puțin în

cazul femeilor care nasc cu peridurală (nu s-au făcut studii de acest gen asupra nașterilor fără peridurală), eforturile de “împingere dirijată” începând din momentul constatării dilatării complete s-au însoțit de un procent mai mare de extracții cu forceps. Concluziile coincid cu cele ale moașelor, care au constatat și o reducere a perioadei de expulzie în cazul evitării eforturilor de împingere până în momentul apariției reflexului de împingere.

Epiziotomia și rupturile de perineu

Rupturile de perineu pot apărea în timpul nașterii din cauza întinderii excesive a perineului. Pot fi mai grave (de gradul trei sau patru) sau mai ușoare (de gradul unu sau doi). Rupturile de gradul întâi se vindecă singure; rupturile de gradul doi se vindecă și ele de multe ori singure, unele având nevoie de suturi simple; iar în 0,4% din cazuri sunt de gradul trei, suficient de grave ca să poată provoca incontinența urinară sau afectarea sfîcterului anal.

Rupturile de perineu sunt favorizate de :

- Prezentările “nefavorabile” ale copilului, când perimetrul “prezentării” este mai mare decât normal
- O fragilitate anterioară a perineului – eventual de la o epiziotomie existentă sau o ruptură anterioară de gradul trei
- Împingerea dirijată

Epiziotomia este o incizie prin care perineul mamei este tăiat înainte de ieșirea copilului. Epiziotomia este echivalentă cu o ruptura de perineu de gradul doi. Justificările medicale sunt diverse; singurele valabile în cazul unei nașteri până atunci normale sunt prevenirea unei rupturi “naturale” de gradul trei a perineului în timpul nașterii, lipsa de evoluție a travaliului sau semnele de stres fetal. În cazul unei prezentări defavorabile a copilului (alta decât occipital anterior) epiziotomia poate fi justificată de perimetrul “prezentării”, mai mare decât normal.

În afară de argumentele de mai sus pentru epiziotomie, mai există câteva “clasice” pentru care nu există nici o justificare:

- Se înlocuiește o ruptură neregulată (posibilă) cu o tăietură dreaptă și mai ușor de cusut (pentru medic, nu pentru femeie!) și care s-ar vindeca mai ușor
- Prevenirea traumatismelor capului copilului în timpul nașterii (studiile n-au relevat nici un efect pozitiv în acest sens)
- Prevenirea incontinenței urinare (din nou, studiile n-au relevat nici un efect pozitiv în acest sens)

Recapitulând, rupturile de gradul trei sau mai grave ale perineului intervin doar în 0,4% din nașteri, iar semnele de stres fetal nu apar în cazurile de naștere “normală”, care ar fi de cel puțin 90% din cazuri. Cum se explică atunci “epidemia” de epiziotomii din maternități, cel puțin în cazul primiparelor? În SUA procentul de epiziotomii este între 50 și 90%! Și nici celelalte țări “nu se simt prea bine” la acest capitol.

Efectele secundare ale epiziotomiei sunt din păcate cunoscute de cele mai multe mămici:

- Dureri timp de multe săptămâni după naștere, în special în primele zile în combinație cu tot restul de neplăceri (oboseală, depresie etc.).
- Imposibilitatea de a se așeza normal până la vindecarea răni (5 săptămâni).
- Scoaterea firelor, dacă acestea nu se resorb singure.
- Frica de a merge la toaletă și mai ales de a defeca, din cauza durerii și a impresiei că se poate desface cusătura.

- Infecțiile posibile ale răni în primele zile după naștere.
- Afectarea vieții sexuale de cuplu, uneori inclusiv după vindecarea răni
- Pierderea parțială sau totală, permanentă, a plăcerii sexuale din cauza secționării terminațiilor nervoase legate de clitoris. Nici un cadru medical nu pomeniște această posibilitate, dar perineul este plin de terminații nervoase care ajung la clitoris și care sunt responsabile pentru plăcerea sexuală la femeie. Iar epiziotomia poate să întrerupă în mod permanent aceste terminații nervoase. Unii numesc, din acest motiv, epiziotomia drept “mutilare genitală feminină”.

Cezariana

Este o operație chirurgicală prin care medicul practică o incizie în abdomenul și uterul femeii gravide, extrăgând fătul prin incizia practică în peretele uterului.

Se crede că împăratul roman Iulius Cezar a fost născut prin acest tip de operație, de unde și numele.

De obicei operația se practică sub anestezie parțială, dar în cazuri de urgență se aplică o anestezie generală – care își face efectul mai rapid.

Tăietura se practică în mod obișnuit pe orizontală, sub linia de “bikini” – adică cicatricea va putea fi ascunsă ulterior de o pereche de bikini. Uneori e necesară totuși o tăietură verticală, cu riscuri mai importante de slăbire ulterioară a uterului.

Procedura durează cam o jumătate de oră și implică:

- punerea unei perfuzii intravenoase necesare pentru introducerea diverselor medicamente necesare în timpul operației
- sterilizarea zonei inferioare a abdomenului și raderea părului pubian
- luarea unei probe de sânge pentru diverse teste
- administrarea anesteziei (spinale, epidurale sau generale)
- plasarea unui cateter în vezica urinară pentru drenarea urinei în timpul operației
- incizarea abdomenului și a uterului
- extragerea copilului și a placentei prin incizie
- coaserea inciziei pentru închiderea ei

Indicații pentru cezariana de urgență:

- urgențe pentru făt: stres fetal, hipoxie (oxigenare insuficientă), infecție uterină, procidența de cordon, hemoragie maternă
- urgențe pentru mamă: hipertensiune severă în timpul travaliului, malformații ale pelvisului, prezența a fătului incompatibilă cu nașterea vaginală (de exemplu prezentare transversală); epuizarea mamei în timpul unui travaliu prelungit

Indicații pentru cezariana planificată:

- cicatrice uterină anterioară – eventual de la altă cezariană
- probleme la nivelul cervixului
- placentă praevia
- diabet – dacă fătul e foarte mare
- malformații fetale

Aceste indicații se prezintă într-un procent destul de mic (4% din sarcini). În restul cazurilor este vorba de obicei despre cezariene la cererea mamei sau pentru comoditatea medicului obstetrician.

Efecte secundare asupra mamei :

- Risc crescut de hemoragii, infecții, ileus (blocarea intestinului), embolie pulmonară
- Risc crescut de histerectomie (extirparea chirurgicală a uterului), având ca efect sterilitatea permanentă. Riscul este de 10 ori mai mare decât după o naștere vaginală
- Risc crescut de deces al mamei, de 16 ori mai mare decât după nașterea vaginală
- Risc de afectare a vezicii urinare. În timpul operației pot fi secționati sau afectați anumiți nervi responsabili de buna funcționare a vezicii urinare.
- Riscul ca incizia să ajungă până la făt. În funcție de poziția fătului, tăietura poate fi pe șold sau chiar pe față (având ca efect desfigurarea pe viață). Medicul nici nu observă în general dacă nou-născutul a suferit vreo tăietură deoarece de obicei copilul este luat repede de restul personalului medical pentru primele îngrijiri.
- Riscuri crescute pentru viitorul reproductiv al femeii: fecunditate scăzută, sarcină extrauterină (în afara uterului), ruptura uterină la o naștere ulterioară; recurgerea probabilă tot la cezariană în cazul unei nașteri ulterioare
- Alte riscuri comune cu ale oricărei operații chirurgicale majore

Efecte secundare asupra copilului:

- Riscurile legate de prematuritate, în caz de operație cezariană planificată înainte de începutul natural al travaliului, în special înainte de 39 de săptămâni împlinite de sarcină
- Riscuri crescute de depresie respiratorie la nou-născut (dificultăți în respirație sau chiar absența respirației la nou-născut imediat după naștere). Riscurile există și la copiii “extrași” la termen, dar crește considerabil pentru cei prematuri. Un motiv este și faptul ca nou-născutul nu beneficiază de efectul trecerii prin vagin: în acel moment toracele copilului este puternic comprimat, având ca efect eliminarea pe gură a unei părți din lichidul existent în plămâni și în căile respiratorii ale nou-născutului. Un copil extras prin cezariană are mai mult lichid, respectiv mucus, în căile respiratorii. Plămâni rămân “umezi”, adică o cantitate de lichid rămâne în ei, îngreunând respirația la nou-născut în primele ore după naștere.

Injecția intramusculară de ocitocină imediat după naștere

În maternități, mamele primesc în mod sistematic o injecție intramusculară cu ocitocină sau ergometrină sau sintometrină în timpul nașterii (când se nasc umerii copilului) sau imediat după aceea. Scopul este de a stimula uterul să se contracteze, de a ajuta expulzarea placentei și de a preveni hemoragiile post-partum.

OMS spune că pericolul hemoragiei post-partum și al retenției de placentă crește în cazul unei sarcini multiple sau al unei nașteri complicate: accelerarea travaliului, distocie sau extracție instrumentală, sau în cazul ca aceste complicații au apărut în trecut la aceeași femeie.

Pericolul de hemoragie post-partum crește și dacă mamei îi este frig în timpul și după naștere (temperatura în cameră trebuie să fie între 25 și 28 de grade), dacă e separată de copil sau dacă acesta nu este pus la sân după naștere.

Organismul mamei produce în mod natural ocitocină, exact cât trebuie pentru a ajuta uterul să se contracte, iar injecția de ocitocină sau ergometrină inhibă acest proces. În plus, efectele secundare ale administrării intramusculare a acestor produse sunt creșterea riscului de retenție de placentă, grețuri, vărsături, dureri de cap și hipertensiune a mamei. În unele cazuri grave, în special când se utilizează ergometrina, mama poate suferi un stop cardiac, infarct de

miocard, hemoragie cerebrală, edeme pulmonare sau eclampsie (preeclampsia este o asociere de hipertensiune, creștere bruscă în greutate și edeme în timpul sarcinii, proteinurie; eclampsia este o criză convulsivă urmată de comă, însoțite de hipertensiune).

Injectia cu ocitocină ar putea fi făcută, dacă e nevoie, chiar în momentul în care se constată hemoragia post-partum.

Ce parere ați avea dacă personalul medical v-ar întreba în ce măsură sunteți dispuse să acceptați injectia preventivă, adică să vă supuneți la riscurile, sau chiar numai la neplăcerile enumerate mai sus? Verificați mai întâi dacă intrați în categoriile de risc crescut pentru hemoragie post-partum. Dacă nu, atunci injectia respectivă, făcută în scop preventiv, este nu numai inutilă dar și potențial periculoasă pentru mamă. La o adică există suficiente mijloace medicale de a trata această hemoragie în cazul – improbabil – că ar apărea, chiar în momentul apariției ei.

Clamparea cordonului ombilical

După naștere, cordonul ombilical continuă să pulseze un timp, ceea ce înseamnă că sângele continuă să circule prin el între nou-născut și placentă. Este vorba despre sângele copilului, nu al mamei, iar placenta poate fi considerată tot un organ al copilului.

Pulsul se verifică de obicei la mijlocul cordonului ombilical, unde se constată în general oprirea lui la câteva minute după naștere. În schimb cordonul poate continua să pulseze lângă ombilicul nou-născutului timp de o oră sau două după naștere.

Clamparea înseamnă întreruperea circulației prin cordonul ombilical prin presarea lui, de exemplu cu o clema. Clamparea se poate practica imediat după naștere (clampare precoce), după câteva minute sau ore sau deloc.

OMS spune că metoda fiziologică este lipsa clampării (sau clamparea tardivă) și că nu există nici o dovadă că această lipsă a clampării (sau o clampare tardivă) ar avea efecte defavorabile asupra mamei sau copilului, cel puțin în cazul unei nașteri normale. Probleme ar putea apărea în caz de incompatibilitate Rhesus, de exemplu.

Dar care este rolul cordonului ombilical după naștere? El face legătura între copil și placentă și asigură o anumită continuitate a oxigenării organismului nou-născutului pe perioada adaptării la respirația prin plămâni. De asemenea cordonul ombilical permite nou-născutului să-și recupereze o parte din sânge din placentă (în jur de 100 ml). Unii numesc din acest motiv clampajul precoce ca o “amputare” deoarece este practicat când cordonul ombilical încă mai pulsează, deci când placenta este încă un organ funcțional al copilului. Motivul pe care l-am auzit invocat de către un medic obstetrician în favoarea clampării precoce este “pentru ca nou-născutul să nu se golească de sânge” (în cazul când nou-născutul este ținut deasupra nivelului placentei). Eu n-am înțeles motivația, n-am auzit niciodată de vreun caz, și m-aș gândi puțin altfel: în lumea animală nimeni nu clampează “precoce” cordonul ombilical al puilor nou-născuți, și nici omul n-a făcut excepție până în secolul XX. Poate că medicina nu înțelege exact mecanismele care se pun în funcțiune după naștere și nici importanța de a lăsa în pace acest cordon ombilical, dar pentru mine dubiile unor medici ultraprecauți cântăresc mai puțin decât fiziologia nașterii, care a funcționat timp de mii de ani.

Clamparea precoce privează copilul de o parte din sângele lui propriu, ceea ce echivalează cu o hemoragie a nou-născutului. Cui poate să-i ajute acest lucru? Eventual personalului medical, care termină mai repede cu primele îngrijiri acordate nou-născutului. În schimb, păstrarea legăturii cu placenta poate să salveze viața unui nou-născut, mai ales în cazuri grave, de dificultăți respiratorii. Atâta timp cât cordonul pulsează el asigură un aport vital de oxigen nou-născutului pe perioada reanimării. Unii medici spun că orice tip de

reanimare a nou-născutului se poate face lângă mamă, fără a clampa (și cu atât mai mult fără a tăia) cordonul ombilical. Faptul că în prezent instalațiile de reanimare sunt plasate de cele mai multe ori în alta parte a sălii de nașteri și că, pentru a ajunge cu copilul acolo, trebuie neapărat tăiat cordonul, e doar o chestiune de organizare. Interesul copilului ar trebui să primeze asupra unor obișnuințe și medicii ar putea să profite pe durata reanimării de ajutorul acestui “tub de oxigen” care este cordonul ombilical.

Chiar și în cazuri normale, când nou-născutul începe să respire imediat după naștere, adaptarea lui la lumea exterioară se poate face cu blândețe, treptat, dacă organismul lui e lăsat să-și urmeze calea fiziologică de întrerupere a circulației prin cordonul ombilical atunci când e pregătit.

Alt efect al clampării tardive (sau lipsei clampării) a cordonului ombilical e că volumul placentei scade, prin recuperarea unei cantități de sânge din placenta în sistemul circulator al nou-născutului. Volumul scăzut al placentei favorizează o expulzare mai ușoară și, aparent, mai rapidă a ei.

Chiar și după expulzarea placentei cordonul ombilical mai poate fi lăsat neclampat, unele moașe verificând pulsul cordonului lângă ombilicul nou-născutului și lăsând cordonul neatins atâta timp cât mai percep acest puls.

Intervenții medicale legate de expulzarea placentei

Placenta se desprinde de uter și este eliminată în următoarele minute sau ore după nașterea copilului. Expulzarea placentei este influențată de clamparea cordonului ombilical (vezi capitolul despre cordonul ombilical).

Femeile care nasc acasă așteaptă uneori două ore înainte de a expulza placenta. În schimb la spital intervalul de așteptare este de obicei maxim o jumătate de oră, pentru ca după trecerea acestui timp fixat de maternitate să se aplice niște intervenții majore având ca scop forțarea expulzării placentei: tracțiunea cordonului ombilical (plus presarea abdomenului mamei pentru a preveni inversiunea uterină), eventual extracția manuală a placentei. De ce? Singurul motiv la care mă pot gândi este supraaglomerarea maternităților, sala de nașteri trebuind să fie eliberată cât mai repede ca să poată intra următoarea femeie, iar personalul medical să poată “rezolva” cu proaspăta mamică pentru a trece cât mai rapid la următorul “caz”. Orice asemanare cu banda rulantă din uzine nu este deloc întâmplătoare.

Impresia multor moașe este că nașterea în poziție verticală favorizează expulzia mai rapidă și mai ușoară a placentei. Probabil gravitația ajută și în acest caz, nu numai în timpul nașterii.

Un motiv al clampării precoce a cordonului ombilical este legat tocmai de expulzarea placentei. Personalul medical trage de cordon pentru a “ajuta” placenta să iasă. Pentru a putea trage de cordon e obligatoriu ca acesta să fie clamat, dacă nu chiar tăiat. OMS face o precizare de un umor discret, că “tracțiunea controlată a cordonului – așa cum e descrisă în manuale – e probabil mai dificil de practicat în cazul poziției verticale a mamei”.

Efectele secundare ale tragerii de cordon sunt că în 3% din cazuri cordonul se rupe, iar un efect foarte grav poate fi inversiunea uterului (întoarcerea pe dos, parțială sau totală, a uterului).

Riscul retenției placentei este crescut în cazul unui travaliu prelungit, în cazul accelerării artificiale a travaliului (uterul este obosit și nu se mai poate contracta eficient) și în general în cazul “cascadei de intervenții” aplicate în maternități. Riscul retenției placentei

scade în cazul că nou-născutul e pus la sân cât mai repede după naștere, prin complexul de factori : stimularea sânului – producerea de ocitocină – stimularea contracțiilor uterine.

Revizia uterină

Procedeul este o intervenție majoră, în care mama este anesteziată parțial (dacă nu există deja o anestezie activă), apoi – după practicarea unei epiziotomii dacă nu a fost deja practică – medicul introduce mâna până în uterul mamei. Scopul este de a scoate placenta, sau în caz că placenta a fost deja expulzată, pentru a verifica existența unor resturi de placenta ramase în uter.

Revizia uterină se practică :

- în caz că placenta nu este expulzată în timpul stabilit de maternitate
- dacă există dubii în privința integrității placentei, chiar dacă a fost expulzată în mod natural
- în cazul unei hemoragii importante post-partum, chiar dacă placenta a fost expulzată și pare întreagă.

Efecte secundare: inversiune uterină, infecția sau un traumatism mecanic, chiar un șoc provocat mamei.

Intervențiile medicale asupra nou-născutului imediat după naștere

După o naștere normală, nou-născutul ar trebui plasat imediat pe abdomenul sau în brațele mamei – contact direct piele pe piele –, amândoi fiind înveliți pentru a nu le fi frig. Eventual nou-născutul poate fi șters pentru a evita pierderile de căldură prin pielea udă. Temperatura ideală în sala de nașteri este între 25 și 28 de grade Celsius. Îmbăierea nou-născutului imediat după naștere e posibilă dar nu e necesară, mai ales că astfel se pierd minute prețioase în care ar trebui stabilit primul contact între mamă și copil. Nou-născutul are în mod normal un reflex de căutare a sânului și e ideal dacă începe să sugă chiar în minutele următoare nașterii.

În maternități se practică în mod curent o serie de intervenții asupra nou-născutului:

- Verificarea permeabilității esofagului
- Verificarea permeabilității anusului
- Aspirarea mucozităților
- Injectarea de vitamina K
- Picurarea unui antibiotic în ochi.

Verificarea permeabilității anusului

Se face prin introducerea unui bețișor în anusul nou-născutului.

În mod normal, personalul medical ar putea aștepta mșcar o zi și vadă dacă nou-născutul elimină meconiul (primele fecale, de culoare neagră). În caz contrar se poate proceda și la această verificare, dar din punctul meu de vedere această verificare făcută imediat după naștere este o cruzime inutilă asupra nou-născutului.

Verificarea permeabilității esofagului

Se face prin introducerea unei sonde până în stomacul nou-născutului.

În mod normal, dacă nou-născutul începe să sugă și regurgitează la fiecare încercare, acesta poate fi un semn de alarmă care să justifice verificarea respectivă. Altfel părerea mea e aceeași, că e vorba de o cruzime inutilă.

Aspirarea secrețiilor din căile respiratorii

Se aspiră lichidul existent în plămâni nou-născutului, lichidul amniotic și eventual meconiul inhalate de nou-născut în timpul nașterii.

Aici se impun niște observații: în cazul unei nașteri normale toracele copilului este puternic comprimat în momentul trecerii prin vagin și perineu. Din acest motiv, o parte din aceste mucozități sunt eliminate chiar în momentul nașterii, ceea ce pare a fi și “planul” naturii. În schimb, dacă se practică o epiziotomie comprimarea toracelui e mai slabă, iar în cazul cezarienelor nu există această comprimare, făcând necesară intervenția medicală pentru aspirarea mucozităților. Părerea mea personală este că în cazul unui copil născut normal, care începe să respire singur și nu pare să aibă dificultăți în minutele de după naștere, această aspirare e inutilă.

Picurarea de antibiotice în ochi

De obicei se face imediat după naștere, încețoșând privirea copilului exact atunci când ar trebui să aibă loc primul contact cu mama lui.

Justificarea este prevenirea infectării ochilor copilului dacă mama suferă de anumite boli venerice, poate și prevenirea infectării cu bacteriile din maternități. Dar în orice caz antibioticul poate aștepta câteva ore sau măcar pâna copilul adoarme, pentru a minimiza stresul la care e supus nou-născutul.

Vitamina K

Se injectează pentru că medicii au constatat la nou-născuți nivele scăzute ale acestei vitamine, ceea ce într-un număr foarte mic de cazuri poate duce la probleme foarte grave de coagulare la nou-născut și chiar la decesul nou-născutului (statisticile variază, dar în general procentul este de 1 la 10000). Aici am o observație: “nivel scăzut” al vitaminei K înseamnă aici scăzut față de nivelul în cazul adulților. Dar de ce presupun medicii că acest nivel scăzut este patologic? O comparație hilară (găsită pe Internet) era cu înălțimea nou-născuților, care este mult mai scăzută decât la adulți, fără ca nimeni s-o considere patologică. Părerea mea este că atitudinea medicală este similară în cazul “anemiei din timpul sarcinii” și a “nivelului scăzut al vitaminei K la nou-născut”. În ambele cazuri sunt prea puțin studiate cauzele posibile ale acestei situații fiziologice și mai ales se pornește de la niște valori standard (hemoglobina în afara sarcinii, nivelul vitaminei K la adulți) pentru a decreta că diferențele sunt patologice.

Teste asupra nou-născutului

Există o serie de teste care se fac de către personalul medical asupra nou-născuților pentru a le verifica reflexele. Unul dintre ele mi se pare cel puțin deplasat: el spune că nou-născutul e plasat pe spate, cu capul ușor ridicat sprijinit pe o palmă. Apoi palma se îndepărtează brusc, în acest fel capul copilului cazând pe pat. Efectul așteptat e ca nou-născutul să îndepărteze brusc brațele (în formă de cruce). Cum vi se pare ideea? Într-adevăr, patul e moale, copilul nu pățește nimic. Noi știm asta, copilul nu. Mie mi se pare o reminiscență a timpurilor când nou-născuții erau priviți ca niște ființe fără sensibilitate, niște “tuburi digestive”. Eu aș prefera ca fiecare copil să fie tratat cu respect și cu înțelegere, iar fiecare procedură aplicată asupra lui să fie revizuită periodic, mai ales cele invazive, cele neplăcute, cele care-l sperie și în general tot ceea ce pe noi ca adulți ne-ar deranja dacă ni s-ar aplica nouă.

Alimentația nou-născutului

Alăptarea

Laptele de mamă este nu numai alimentul ideal pentru copil, ci și singurul care-i este necesar în primele 5-6 luni după naștere. Acestea sunt concluziile unor studii făcute în vest, de unde și recomandările făcute mamelor de a alăpta.

Ce avantaje are laptele de mamă? Câteva din cele mai evidente:

- Este totdeauna la îndemână, steril și la temperatura ideală pentru copil
- Este produs la cerere, în cantitatea necesară copilului
- Conține anticorpi, care-l ajută pe copil să se apere împotriva unor boli până când începe să îi funcționeze și sistemul imunitar (după 3 luni)
- Este ieftin
- Compoziția laptelui matern se schimbă în timpul unei alăptări: la început este mai lichid, pentru a potoli setea copilului, apoi devine mai dens și mai “sățios”, așa încât copilul primește tot ce-i este necesar și în ordinea cea mai potrivită
- Alăptatul ia mai puțin timp decât pregătirea biberoanelor cu lapte praf
- Nu există riscul de a-l opări pe copil cu lapte prea fierbinte (uneori e foarte dificil să obții temperatura ideală pentru lapte în timp ce copilul țipă ca din gură de șarpe)
- Nu există lapte de mamă de proastă calitate.
- Este adaptat la vârsta copilului, chiar și pentru prematuri.

Există multe probleme care pot apărea legate de alăptat. Eu recunosc că n-am avut nici una dintre ele, și probabil că o abordare corectă a alăptatului este cea mai bună prevenție împotriva acestor probleme.

Concret: este important ca nou-născutul să fie pus la piept încă din prima oră, chiar primele minute după naștere. Prin reflexul de supt pe care îl are, nou-născutul stimulează producția de lapte a mamei. Apoi copilul e bine să fie pus la sân “la cerere”, asta însemnând chiar și la două ore o dată sau la o oră și jumătate. Am mai auzit că “nu e bine” să-l hrănești pe bebe mai des de trei ore deoarece stomacul lui ar avea nevoie de acest timp ca să digere laptele. În primul rând că laptele de mamă se digeră foarte repede (laptele praf se digeră într-adevăr mai încet, dar aici vorbim despre laptele de mamă). În al doilea rând, nou-născutul are un stomac foarte mic, iar în primele zile are într-adevăr nevoie să se alimenteze mai des (fiul meu lua cam 10-12 mese pe zi). Pe ce bază putem să-i refuzăm o masă, după ce am eliminat alte cauze posibile ale plânsului (scutec ud, frig, cald și altele).

Proaspetele mămici se pot îngrijora că n-au destul lapte. E adevărat că în primele zile e vorba de cantități foarte mici de colostru, apoi lapte, care sunt secretate de sânii, dar și nevoile nou-născutului sunt la fel de mici. În situațiile normale (adică în majoritatea cazurilor) nu aveți nimic altceva de făcut decât să-l puneți pe copil la sân. E stresant să nu vezi ce și cât iese din sân, cât reușește să bea copilul și dacă-i ajunge (unele mămici fac proba suptului – cântărirea copilului înainte și după alăptare ca să vadă câte grame a supt). Mai ales la primul copil, mamele au deseori îndoieli în privința capacității lor de a asigura copilului ce-i trebuie și în privința capacității lor în general de a fi bune mămici. Există și o mulțime de “binevoitoare” care – fără să-și dea seama cât rău fac – o descurajează pe proaspăta mămică cu afirmații de genul:

- n-ai destul lapte (dacă bebelușul plânge de foame “prea des”, adică mai des de trei ore)
- laptele tău nu e destul de hrănitor (dacă lichidul care iese din sân este translucid)

- mai lasă-l pe bebe să ia un biberon (de lapte praf) noaptea ca să poți dormi și să te odihnești

Dacă vă ajută la ceva, gândiți-vă că natura a prevăzut un “plan de acțiune” foarte bine pus la punct pentru toată sarcina dvs, pentru naștere și alăptare, în ce va privește pe dvs și pe copil. Cu toate îndoielile pe care le-ați avut în timpul sarcinii ați reușit să nașteți un copil perfect. De ce să dea greș acest “plan” tocmai acum, la capitolul alăptare? De mii de ani puii mamiferelor, inclusiv ai oamenilor, cresc doar cu laptele mamei lor până la vârsta la care sunt capabili să mănânce și altceva. De ce am face noi, mămicile secolului XXI, excepție de la regulă?

Multe probleme pot fi legate de modul în care este pus copilul la sân, de exemplu dacă nou-născutul n-a prins bine sânul atunci îl “molfăie”, putând provoca fisuri dureroase în mamelon. În mod normal, copilul trebuie să aibă gurița larg deschisă când se apropie de sân, să prindă tot mamelonul și o parte din areola în guriță, iar bărbia lui să vă maseze sânul în timp ce sugă. Ajută la alăptat și poziția copilului, de preferință cu capul ceva mai sus decât stomacul lui, stând pe o parte și eventual chiar ușor aplecat în față. Dacă doriți, puteți încerca să beți ceva stând pe spate la orizontală și veți înțelege de ce recomand cu totul alte poziții pentru această activitate. În practică, în timpul alăptării eu stăteam în pat, lăsată parțial pe spate pe o pernă comodă, cu copilul în diagonală peste abdomenul meu. N-am avut niciodată probleme legate de poziție, nici mâinile nu-mi oboseau de la susținerea bebelușului. Avantajul e ca poziția poate fi adoptată și în cazurile de epiziotomie, când mama nu are voie să stea așezată. O altă variantă este ca mama să stea culcată pe o parte.

În general, atitudinea personalului medical este de a încuraja mamele să alăpteze. Din păcate, personalul medical nu se prea ostenește să explice proaspetei mame cum să procedeze. Există și interese foarte mari din partea firmelor care produc sau comercializează laptele praf pentru bebeluși, așa că e foarte probabil ca proaspăta mămică să primească încă din maternitate eșantioane de lapte praf sau broșuri despre alăptare de la aceste firme. Doar că broșurile acestea, pe lângă a spune că laptele de mamă e cel mai potrivit pentru bebeluș, prezintă uneori alăptatul ca pe o activitate complicată și dificilă, care impune restricții împovărătoare de alimentație și igienă a mamei. Efectul este de multe ori că mămică, destul de slăbită și obosită după naștere, cedează de câteva ori, îi dă copilului un biberon, două, apoi copilul se obișnuiește cu suptul mai ușor din biberon și începe să refuze sânul. Și în scurt timp se termină cu alăptatul. Cine are de câștigat din această secvență, în afară de producătorii de lapte praf?

Alimentarea cu lapte praf « umanizat » pentru nou-născuți

Alternativa cea mai obișnuită la alăptare este laptele prelucrat de vacă (« umanizat »). Dar de ce nu e potrivit laptele de vacă “neprelucrat” pentru bebeluși?

Laptele de vacă e ideal pentru “bebelușii” de vacă. Nevoile lor sunt foarte diferite de ale unui bebeluș uman. În primul rând, vițeeii trebuie să se ridice în picioare foarte curând după naștere, în al doilea rând ei trebuie să crească foarte repede în câteva luni. Toate acestea vițelul le realizează utilizând proporțiile ridicate de calciu și proteine din laptele mamei lui. Aceste proporții sunt mult diferite de cele din laptele uman, în sensul că laptele de vacă are mult mai multe proteine și mult mai mult calciu decât laptele uman. De asemenea hormonii din laptele de vacă sunt diferiți de hormonii din laptele uman.

Știința modernă a rezolvat majoritatea problemelor: proporțiile proteinelor, lipidelor, zaharurilor, mineralelor și vitaminelor din laptele praf au variat în timp, ajungând prin perfecționare tot mai aproape de proporțiile din laptele de mamă. Un semn de întrebare rămâne în privința hormonilor din laptele de vacă. Din păcate, o problemă foarte importantă

ramâne nerezolvată: contaminarea laptelui praf cu bacterii. Tehnologia actuală nu poate garanta sterilizarea totală a laptelui praf pentru nou-născuți. În termeni mai clari, e oricând posibil ca în laptele praf pe care-l găsiți în comerț să existe bacterii, unele foarte periculoase pentru bebeluși, putând avea ca efect meningita, enterocolita, diaree gravă. Au existat mai multe cazuri de loturi de lapte praf contaminat, chiar în condițiile în care aceste loturi corespundeau condițiilor legale în vigoare. Adăugarea de apă sterilă la acest lapte praf nu rezolvă problema sterilizării. O soluție poate fi sterilizarea laptelui praf prin adăugarea de apă care fierbe sau încălzirea amestecului după adăugarea apei. Din păcate în acest fel se alterează unele componente ale laptelui.

Există acum nenumărate tipuri de lapte praf «umanizat», unele mai apropiate de gustul laptelui de mamă, altele mai apropiate de gustul de lapte de vacă. În mod normal mai ramâne doar problema alegerii. Dar laptele de vacă, cu toate prelucrările la care e supus pentru a fi folosit la alimentarea bebelușilor, are și efecte secundare, unele foarte grave.

Efecte secundare ale alimentării nou-născutului cu lapte praf "umanizat"

- **Alergii.** Proteinele din laptele de vacă sunt foarte alergizante. Un studiu ("Epidemiological and Immunological Aspects of Cow's Milk Protein ALLERGY and Intolerance in Infancy." *Pediatric-Allergy-Immunology*, August, 1994, 5(5 Suppl.)) despre nou-născuții hrăniți cu lapte praf a avut ca rezultat : « cei mai mulți nou-născuți hrăniți cu lapte praf au dezvoltat simptome de respingere ALERGICĂ la proteinele din laptele de vacă, înainte de a împlini o lună. 50-70% dintre acești copii au avut iritații sau alte simptome la nivelul pielii, 50-60% simptome gastrointestinale, iar 20-30% simptome respiratorii. Terapia recomandată este evitarea laptelui de vacă ».
- **Diaree.** Copiii hrăniți cu lapte praf prezintă un risc de 14 ori mai mare de deces din cauza complicațiilor provocate de diaree, în comparație cu copiii alăptați la sân.
- **Constipație.** Uneori, eliminarea laptelui de vacă din alimentația copilului are ca efect dispariția constipației. Reintroducerea în alimentație a proteinelor din laptele de vacă produce revenirea constipației în 48-72 de ore (*Journal of Pediatrics*, January, 1995, 126(1))
- **Astm, infecții ale sinusurilor, probleme respiratorii.** Consumul de lapte de vacă determina o creștere a secrețiilor de mucus (probabil o reacție alergică). Plămânii se umplu cu mucus, iar efectul este îngreunarea respirației. Pentru unii copii care prezintă hipersensibilitate la laptele de vacă, efectul este mortal.
- **Moartea subită a nou-născutului :** riscul e mai mare pentru copiii hrăniți cu lapte praf decât pentru cei alăptați la sân (motivul e probabil tot alergia, care poate duce la șoc anafilactic).

Pentru mai multe informații puteți accesa site-ul <http://www.notmilk.com/>.

Și în cazul copiilor alăptați exclusiv la sân, dacă mama consumă lapte de vacă sau produse lactate, copilul poate uneori să prezinte simptome de alergie la laptele de vacă.

În general populația «caucaziană» (albi, din Europa) are o toleranță mai mare la laptele de vacă, în timp ce alte tipuri de populații (asiatici, negri) au o toleranță scăzută la acest lapte, ceea ce se reflectă și în obiceiurile lor alimentare. În total, 70% din populația adultă a globului prezintă intoleranță la laptele de vacă.

Vitamina D pentru nou-născuți și copii

Organismul uman produce în mod natural vitamina D în urma expunerii la lumina solară. Ea are un rol important în fixarea calciului în oase, iar deficitul de vitamina D la copii are ca efect rahitismul. Tratamentul se face prin aport artificial de vitamina D (sau expunere la lumina naturală). Pe de altă parte, supradozele de vitamina D artificială pot avea ca efect osteoporoza.

Medicii recomandă suplimentarea artificială a rației de vitamina D pentru copii, în special pentru nou-născuți, tocmai pentru a preveni rahitismul.

Prevenirea deficitului de vitamina D este foarte simplă: expunerea la lumina naturală a copilului măcar un sfert de oră pe zi, chiar dacă nu e soare și chiar dacă doar fața și mânuțele copilului sunt expuse (la soare sau nori, în funcție de vreme). Organismul secretă în mod natural doar atâta vitamină D cât îi este necesar și apoi se oprește, chiar dacă expunerea continuă, așadar nu există risc de supradozare prin expunere la lumină. De asemenea prin alăptare vitamina D din laptele mamei completează necesarul copilului. Unele studii au ajuns la concluzia că laptele de mamă conține foarte puțină vitamină D, de unde concluzia că e necesară suplimentarea artificială a aportului de vitamina D pentru copii, mai ales cei alăptați exclusiv la sân. Rămâne de discutat concluzia cu “procentul scăzut de vitamină D” – în raport cu ce? Cu dorințele cercetătorilor? Cu nevoia zilnică a nou-născutului? În acest din urma caz, expunerea naturală la soare e suficientă pentru copil, care nu are nevoie de vitamina D din laptele mamei.

Unele populații au probleme cu producerea naturală a vitaminei D, de exemplu cei cu pielea închisă la culoare. Poate fiindcă aceste populații sunt “programate” să traiască în zone calde și să aibă aproape toată suprafața pielii expusă permanent la soare? Oricum, atunci când acești oameni cu pielea închisă la culoare trăiesc într-un climat mai aspru iar expunerea pielii lor la soare e insuficientă riscul de deficit de vitamina D este mai mare decât la populația cu piele deschisă la culoare.

Un caz extrem este cel al populațiilor musulmane, dacă femeile se îmbracă în stilul tradițional: rochii lungi, mâneci lungi, capul acoperit – ceea ce le privează de aportul normal de vitamina D prin expunerea la lumina naturală – iar copiii lor, alăptați exclusiv la sân, nu sunt nici ei expuși suficient de mult la lumina naturală. Laptele unei mame deficiente în vitamina D este și el deficient în această vitamină. Copiii acestor mame sunt în mod evident expuși la riscuri mai mari de rahitism.

În concluzie, aportul artificial de vitamina D pentru nou-născuți și copii mici este inutil, putând fi chiar dăunător în caz de supradozare. În schimb expunerea lor la soare sau lumina naturală cât mai des este soluția cea mai simplă, naturală și fără efecte secundare.

E posibil ca personalul medical cu care discutați despre acest subiect – vitamina D – să nu fie de acord cu renunțarea la aportul artificial de vitamina D. În acest caz, puteți să le expuneți motivația de mai sus, iar în caz că nu aveți succes decideți ce doriți într-adevăr pentru copilul dvs și puneți în practică această hotărâre. Puteți cumpăra un flacon din produsul recomandat cu vitamina D și apoi să hotărâți dacă îl veți utiliza.

Detalii importante – pe care nu le-am găsit în cărțile citite

- Hemoroizii infiorători pe care i-am avut după prima naștere. Habar n-aveam până atunci ce înseamnă “hemoroizi” și nici nu mi-a trecut prin cap să-i spun doctoriței despre ei. Doar la externarea din maternitate, când m-a consultat, și-a dat seama de suferințele prin care am trecut vreo 3-4 zile. Mult mai târziu am făcut legătura între hemoroizi și împingerea « dirijată » din timpul nașterii - am împins din toate puterile, în poziția clasică, pe spate și cu picioarele în sus.
- Senzația, la fiecare ridicare din pat, câteva zile după naștere: parcă aveam în abdomen o oală cu de toate, iar la ridicare oala se răsturna și simțeam cum se reazăza toate (probabil organele interne).
- Cantitatea enormă de vată și/sau tampoane necesară în primele zile după naștere.
- Dimensiunile abdomenului meu, care la ieșirea din spital era cam cât la 6 luni de sarcină, precum și timpul – enorm – care i-a trebuit până să revină la dimensiuni acceptabile. Dimensiunile dinainte de sarcină le-am regăsit cam la un an după naștere, și totuși mă simt norocoasă că am reușit performanța. În timpul alăptării se pare că organismul mamei își păstrează niște rezerve de grăsime (reflex ancestral, pentru a putea continua alăptarea și în perioade de foamete).
- Că picăturile de colostru pe care le secretam în primele zile erau tot ce-i trebuia copilului meu, și că o punere la sân la cerere (nu la clasicul interval de trei ore) e suficientă și pentru hrănirea copilului, și pentru stimularea lactației exact cât trebuie. Nu e nevoie de nici o suplimentare cu lapte praf, chiar dacă pare ridicol ca un copil să bea câteva picături de lichid transparent pe zi și să-i si ajungă.
- Că « alimentare la cerere » poate însemna și la 2 ore sau chiar la o oră și jumătate interval, și asta pentru lungi săptămâni, zi și noapte. Acesta a fost programul cu al doilea copil, și în mod clar lui i-a priit, pentru că a câștigat în greutate 3,5 kg în primele trei luni (doar creștere, fără îngrășare). Nu vreau să mă gândesc cum ar fi fost dacă, în loc de alăptat, alegeam să-i dau lapte praf – cât timp mi-ar fi luat numai pregătirea biberoanelor, sterilizarea lor, sau cât ar fi costat tot laptele praf. Sau dacă aș fi ascultat sfaturile de genul « copilul nu digeră laptele înainte de trei ore, așa că nu-i face bine să-i dai mai des ». Iar metodele clasice (biberon cu apă între « orele de masă », plimbat în brațe sau legănat) n-aveau nici un efect, doar alăptatul – din greu – îl satisfacea. Asistenta care-l urmărea spunea că am « laptele ca smântâna ».
- Că odihna mea e mult mai importantă decât toți vizitatorii pe care i-aș putea primi în primele zile după naștere. Cum nu aveam voie să vină în salon, ieșeam eu pe un hol lung până la intrarea în maternitate, unde stăteam de vorba cu ei – în picioare, că doar aveam epiziotomie și nu aveam voie să mă așez – și oboseam cumplit. Iar în salon mai erau alte patru mămici, fiecare cu copilul ei și cu ritmul lui de plâns. Așa că rezulta o combinație destul de regulată de scâncete, ziua și noaptea, care mă obosea și mai mult.
- Că după ajungerea acasă cu copilul trebuie aplicat un plan « catastrofic » de protecție pentru părinți. Adică amândoi părinții sunt oboșiți, cu nervii întinși la maxim, nimeni nu știe de ce e în stare o « bombă cu ceas » cum e perceput copilul în primele zile/săptămâni, iar când copilul plânge amândoi părinții sunt tentați să stea lângă el ca să « sufere împreună ». Soluția de a scăpa cu nervii întregi e ca părinții să stea pe rând – nu deodată – cu copilul care plânge. Fiecare părinte trebuie să petreacă zilnic ceva timp departe de orice plâns de copil, pentru a-și reface nervii zdruncinați. Inclusiv mama. Uneori pot fi de folos dopurile în urechi sau chiar căști cu o muzică liniștită care să acopere plânsul copilului (fără a abandona fizic sau emoțional copilul care

plânge). Bineînțeles că înainte de a aplica « soluția » încerci toate variantele cunoscute de calmare, dar uneori copilul pur și simplu trebuie să plângă, și nu câteva minute, ci ore întregi. Uneori singura perioadă de liniște e în timpul hrănirii și încă vreo 10 minute după aceea, după care secvența reîncepe pe același ton. După ce părinții sunt mai « antrenați », pot decreta cine să fie « de serviciu » noaptea, eventual alternativ. Iar cine e « de serviciu » se ocupă de tot ce e posibil legat de copil în timpul nopții (excepție făcând alăptatul), lasându-l pe celalalt părinte să doarmă, de preferință într-un loc de unde nu se aude plânsul copilului. Dacă situația e dificilă (copil foarte plângăcios, părinți extenuați) « serviciul » se poate aplica și în timpul zilei, când e posibil. Iar tăticii care lucrează să nu-și imagineze că atunci când ei vin de la lucru sunt mai oboseți decât mama care a stat, nu-i așa, toata ziua acasă și n-a trebuit decât să se ocupe de bebe.

- Că sugestiile, eventual observațiile ușor critice din partea vizitatorilor mă pot irita îngrozitor și că e preferabil ca în primele săptămâni după naștere să reducem la maximum numărul vizitatorilor, iar aceia care vin să fie de preferință cât mai discreți și să-și păstreze părerile pentru ei. Iar dacă am nevoie de un sfat dau eu un telefon și întreb pe cine cred eu de cuviință.
- Că oricum nu poți mulțumi pe toată lumea – cu ritmul de creștere al copilului, cu cantitatea de lapte pe care i-o dai, cu cantitatea de haine cu care-l îmbraci, cu starea de agitație sau calm a copilului și cu alte o mie și unu de aspecte ale vieții de proaspăta pereche de părinți cu copil mic. Și că oricum nu e important să mulțumești pe toată lumea ; mulțumirea părinților și (pe cât posibil) a copilului este mai importantă decât tot restul lumii exterioare, inclusiv rudele cele mai apropiate.

Mic dicționar

Nulipară

Femeie care n-a născut nici o dată.

Primipară

Femeie care a născut o dată

Multipară

Femeie care a născut de două sau mai multe ori.

Sarcină multiplă

Dezvoltare simultană a doi sau mai mulți feți în cavitatea uterină.

Distocie

Termenul vine din limba greacă : dus = dificil, tokos = naștere. Cea mai frecventă este distocia umerilor, semnificând blocarea umerilor copilului în timpul nașterii, în excavația pelviană sau mai sus. Incidența distociei umerilor este de 1 la mie, iar în 90% din cazuri e imprevizibilă. Totuși, riscul de distocie crește cu cât copilul este mai mare : 1% pentru nou-născuți peste 4000 g, ajungând la 10% pentru nou-născuții peste 4500 g. Cauzele posibile sunt multiple ; prezentarea lor depășește cadrul cărții.

Simptomul este lipsa de înaintare a capului copilului : după ce a ieșit prin vulvă, capul pare să fie « aspirat » înapoi, iar eforturile ulterioare de împingere ale mamei nu par să aibă nici un rezultat. Tracțiunea exercitată de personalul medical asupra capului copilului nu e suficientă pentru a elibera umerii copilului. Pericolul este mare pentru sănătatea și chiar viața copilului, uneori chiar din cauza manevrelor precipitate și improvizate ale personalului medical.

O soluție posibilă este plasarea mamei în poziția « în patru labe », apoi împingere voluntară cu toată forța în timpul contracțiilor. Eventual plasarea cu umerii cât mai jos și fesele cât mai sus și încercarea de a « împinge » copilul în direcție inversă (spre gâtul mamei) timp de câteva contracții, urmată de poziția « în patru labe » și împingere voluntară.

Altă soluție, în cazul că mama este în poziția dorsală și cu picioarele în etriere, este aducerea genunchilor la gură (în măsura posibilului), ceea ce, conform statisticilor medicale, rezolvă problema în 25-50% din cazuri.

Celelalte soluții sunt aplicate în mod exclusiv de personalul medical.

Primul stadiu al travaliului

Este prima etapă a nașterii, o perioadă cuprinsă între începutul contracțiilor regulate și dilatarea completă a colului uterin. De obicei colul începe să se dilate odată cu începutul

primului stadiu al travaliului, dar uneori colul poate fi parțial dilatat cu mai multe săptămâni înainte de declanșarea travaliului.

Durata acestui stadiu pentru prima naștere este în medie de 10-12 ore, dar nu există o durată « standard » : pentru unele femei poate dura două ore, pentru altele 24 de ore.

Al doilea stadiu al travaliului

Este perioada în care copilul coboară din uter și se naște. Începe în momentul dilatării complete a colului uterin.

Durata acestui stadiu este și ea variabilă : este în medie de o oră la primul copil, dar poate fi sub o jumătate de oră sau peste trei ore.

Al treilea stadiu al travaliului

Este perioada cuprinsă între nașterea copilului și expulzia placentei. Înainte de a fi expulzată, placenta se dezlipește de uter. Poate dura între câteva minute și câteva ore.

Col uterin

Este un canal cilindric aflat între uter și vagin. În afara sarcinii, este lung și închis. Are rolul de protecție mecanică și împotriva infecțiilor a uterului. La sfârșitul sarcinii se scurtează, se înmoaie iar în timpul travaliului « se șterge » treptat datorită contracțiilor, pentru a se dilata apoi într-un cerc cu diametrul de aproximativ 10 cm și a permite ieșirea copilului din uter.

OMS

Organizația Mondială a Sănătății. Este agenția specializată în probleme de sănătate a ONU (Organizația Națiunilor Unite). Data creării : 7 aprilie 1948. Site internet : <http://www.who.int/en/> .

Diabet gestațional

Este o intoleranță la glucoză care este diagnosticată pentru prima dată în timpul sarcinii. Peste un anumit prag « critic » de intoleranță la glucoză al femeii gravide medicii presupun că apar efecte adverse asupra mamei și fătului sau crește riscul de diabet « adevărat » în viitor pentru mama și copil. Problema este că medicii nu știu care este acest prag critic. Uneori, un diabet anterior sarcinii este detectat doar în timpul sarcinii și numit tot « diabet gestațional », sporind confuzia. Tratamentul este și el controversat. În general se recomandă evitarea produselor zaharoase și un program de exerciții fizice ușoare, în unele cazuri administrarea de insulină sau medicamente antidiabetice.

Toate femeile gravide dezvoltă o anumită intoleranță la glucoză temporară pe timpul sarcinii, din cauza hormonilor secretați de placenta pe timpul sarcinii. Dar pentru a dezvolta un diabet gestațional, femeia trebuie să aibă o predispoziție genetică în acest sens.

Efectele unui diagnostic greșit de diabet gestațional asupra femeii sunt stresul, tratamentul cu insulină, intervențiile inutile – o cezariană sau declanșarea nașterii poate fi propusă pe baza diagnosticului.

Doula

Cuvântul vine din limba greacă, unde desemna cea mai importantă sclavă sau servitoare într-o casă. Probabil această femeie o asista pe stăpâna casei în timpul travaliului și al nașterii. Termenul a început să fie (re)folosit din 1992. Definiția actuală este « o femeie cu experiență în domeniul nașterii, care asigură sprijinul fizic, emoțional și informațional mamei înainte, în timpul și imediat după naștere ». O doula :

- recunoaște nașterea ca o experiență esențială de viață pe care mama și-o va aminti toată viața
- înțelege fiziologia nașterii și nevoile emoționale ale femeii în travaliu
- ajută femeia și partenerul ei să se pregătească și să-și îndeplinească planurile pentru naștere
- stă lângă femeia în travaliu pe toată durata travaliului
- asigură sprijin emoțional, proceduri pentru confortul fizic, un punct de vedere obiectiv și asistență femeii în obținerea informațiilor de care aceasta are nevoie pentru a lua niște decizii bune
- facilitează comunicarea între femeia în travaliu, partenerul ei și personalul medical

În timp ce moașa sau infirmiera trebuie să execute intervenții tehnice sau medicale care îi pot deturna atenția de la femeie, « doula » se ocupă exclusiv și permanent de femeie, fără a interveni în plan strict medical.

Ocitocina

Este un hormon secretat de hipotalamus. Se mai numește oxitocină sau pitocină. Are efecte asupra :

- uterului, prin creșterea frecvenței și forței contracțiilor
- glandelor mamare, favorizând ieșirea laptelui
- mamei, intensificând sentimentele de atașament afectiv față de copil

Se pare ca ocitocina are și un efect anesteziant.

Organismul produce mai multa ocitocină atunci când are loc o stimulare a colului, vaginului sau sinului.

Exista o legatură între suptul la sân al nou-născutului și revenirea mai rapidă a uterului la dimensiunile normale după naștere: ocitocina produsă ca urmare a stimulării sânilor are și rolul de a stimula uterul să se contracteze. Mamele simt deseori contracțiile uterine în timpul alăptării.

Bibliografie

1. Les soins liés à un accouchement normal:

Rapport d'un groupe de travail technique ; 1997 ; **Ref. WHO/FRH/MSM/96.24**
http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/index.html :
raportul Organizației Mondiale a Sănătății despre îngrijirile legate de o naștere normală

2. <http://perinatalite.chez.tiscali.fr/index.html> : informații despre sarcină și naștere

3. <http://www.radmid.demon.co.uk/> : site-ul «Association of Radical Midwives », o organizație a moașelor din Marea Britanie constituită cu scopul de a « umaniza » nașterea și de a reduce medicalizarea și instituționalizarea nașterilor

4. http://www.plus-size-pregnancy.org/gd/gd_whatism.htm : informații despre diabetul gestațional

Legislație în România

1. Legea nr. 307 din 28/06/2004, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 578 din 30/06/2004, privind exercitarea profesiei de asistent medical și a profesiei de *moașă*, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor din România
2. Legea nr. 46 din 21/01/2003, publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 51 din 29/01/2003, despre *drepturile pacientului*

Alte surse de informare pe Internet

1. <http://www.gentlebirth.org> : colecție de adrese Internet cu informații despre naștere în scopul de a ajuta familiile să aibă o naștere blândă, sigură și o experiență pozitivă
2. <http://fraternet.org/naissance/> : colecție de adrese Internet cu informații despre naștere
3. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/313/7068/1276> : articol despre nașterea la domiciliu apărut în British Medical Journal
4. <http://www.homebirth.org.uk/youcant.htm> “You can't have a home birth, because....” : “Nu poți să naști acasă, deoarece...” – lista cu false motive invocate de personalul medical pentru a descuraja viitoarele mame care vor să nască acasă
5. <http://www.lllfrance.org/> : site-ul La Leche League France – informații despre alăptare
6. <http://www.sexuallymutilatedchild.org/victimiz.htm>. Does Male Circumcision Victimize Women? – informații despre mutilări sexuale, inclusiv circumcizia și epiziotomia
7. <http://www.cirp.org/> "Circumcision Information and Resource Pages" – informații despre circumcizie