

# La atención obstétrica rural en el siglo pasado en Galicia: estudio de un municipio gallego

Fernández Álvarez R, Suárez Pérez N, Delgado Paredes C, Cid André M

Servicio de Atención Primaria de Allariz (Orense)

A comienzos del siglo XX la mortalidad materna comenzó a descender de forma notable en los países desarrollados. Las conquistas sociales y los avances científicos se sucedían de forma imparable.

Las fórmulas de protección social evolucionaron desde una situación inicial de grandes desequilibrios en el acceso a los recursos asistenciales. A comienzos del siglo XX sólo unos pocos países europeos habían instaurado el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) y el Seguro de maternidad. Éste<sup>1</sup> se implantó en España en 1931. Sus beneficiarias eran obreras de entre 16 y 50 años y tenían derecho a ser reconocidas médicamente al menos una vez durante la gestación y atendidas en el parto por matronas, si era normal, o por médicos si era distócico. El SOE se implantó en 1942, cuando apareció la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad, que protegía a los asalariados y a sus familiares directos.

Pero estas medidas tuvieron escasa repercusión en el medio rural gallego, pues su implantación llegó ya en un momento en el que gran parte de la población activa había tomado el camino de la emigración, con lo que el grueso de la demanda sanitaria estaba constituido por niños, ancianos y mujeres que trabajaban por cuenta propia. Por otro lado, los escasos brazos que quedaban en el campo, a falta de un tejido empresarial adecuado, se dedicaban a la explotación de minifundios en un régimen agrario de subsistencia.

En 1963 la Ley de bases de la Seguridad Social sentó los principios de funcionamiento de la misma y supuso un intento de unificación de los distintos instrumentos de protección social desarrollados hasta entonces. Pero en nuestro ámbito, la situación apenas cambió hasta la

entrada en vigor del Régimen Agrario, en 1972, que supuso la extensión de la cobertura social al campesino.

En cuanto a los avances científicos<sup>2</sup> que apuntalan la evolución de la atención obstétrica en el mundo, su enumeración sería prolija, pero sintetizaremos algunos de los más relevantes.

En 1902 J.W. Ballantyne preconizó en Gran Bretaña la necesidad de prestar cuidados prenatales a las embarazadas. En esa época se usaba ya el estetoscopio de Pinard, y Leopold había divulgado sus famosas maniobras de exploración. En Gran Bretaña se empezaban a organizar consultas de cuidados prenatales, inicialmente privativos de algunas mujeres de clase social alta.

El diagnóstico de embarazo no podía hacerse hasta que se oían los latidos fetales con estetoscopio rígido. A principios del siglo empezaron a utilizarse los rayos X para este fin, aunque ya en 1907 Fränkel informó sobre el peligro de provocar abortos, y Hirsch, en 1914, del riesgo que entraña su uso para el embrión.

En 1930 Hogben, y en los años cuarenta Galli, utilizan una rana a la que se inyecta orina de la mujer gestante para hacer el diagnóstico de embarazo.

El parto instrumental se inició con el fórceps, ya presente en sus distintas versiones en el siglo XIX. La ventosa no se inventó hasta 1954, y desplazó definitivamente al fórceps en muchas maternidades.

La cesárea era un método poco utilizado, siempre como último recurso por su amplia mortalidad<sup>3</sup>. En los años cuarenta y cincuenta, con el advenimiento de los antibióticos, el desarrollo de la anestesia y de las técnicas de transfusión sanguínea, su empleo aumentó significativamente.

La farmacología del parto se había iniciado con Stoll, que en 1919 aisló la ergotamina, un año después de que Hoffbauer obtuviese la pituitrina del lóbulo posterior de la hipófisis. Este autor fue el primero en utilizar extractos hipofisarios para tratar la inercia uterina ya en 1911. En 1935 Voron y Pigeaud iniciaron la administración de pituitrina intramuscular en el parto. En los años 50 la pituitrina se utilizaba con profusión, y su obtención sintética, con el nombre de oxitocina, se consiguió en 1955.

En los años 60 se introdujeron los betasimpáticos como tocolíticos. La farmacología disponible ya permitía, por tanto, acelerar o detener el parto según conviniera.

También a comienzos del siglo XX se empezó a utilizar el cloroformo para la anestesia en el parto. Fue el cubano M. M. Cubello el que introdujo la técnica peri o epidural, luego perfeccionada para poder aplicarse tanto en la dilatación como en el periodo expulsivo.

Los ultrasonidos empezaron a utilizarse con fines bélicos en la primera guerra mundial, pero su aplicación a la medicina es tardía. No fue hasta 1964 cuando Suden adaptó la técnica a la exploración ginecológica y obstétrica. La ecografía revolucionó a partir de entonces el manejo de la consulta prenatal.

## METODOLOGÍA

Este trabajo es parte de un estudio de investigación cualitativa diseñado para analizar las experiencias de enfermedad a lo largo de la vida de las personas mayores de un municipio gallego. Uno de los aspectos que estudiamos es la atención obstétrica, que aquí exponemos.

El objetivo principal es conocer cómo tenían lugar el proceso del parto en el medio rural a lo largo del siglo XX.

La muestra fue de 99 pacientes. El ámbito de estudio fue el ayuntamiento de Allariz, en la provincia de Orense. Los criterios de inclusión fueron: edad mayor o igual a 70 años y ausencia de deterioro cognitivo.

Se propuso a los pacientes la realización de una entrevista semiestructurada, semidirigida, individual, que combinaba contenidos de opinión y contenidos

documentales. La técnica de recogida de datos fue mixta, y se utilizó la grabación en audio y la toma de notas por escrito. Participaron tres entrevistadores: un médico de familia, investigador principal y con experiencia docente en técnicas de entrevista clínica y tres enfermeras entrenadas. En todos los casos se procedió a la transcripción y codificación de la información en categorías.

En todas las entrevistas se incluyeron al menos los siguientes datos relacionados con el objeto de estudio: nombre, fecha de nacimiento y lugar de nacimiento del entrevistado; número de hermanos y recuerdo de los partos maternos; número de hijos; evolución y resolución de los embarazos y partos propios, en caso de ser mujer, o de su pareja, en caso de varones.

Las características de nuestro ámbito de estudio, Allariz<sup>4</sup>, son las propias de un municipio de la Galicia interior. Está situado en el centro geográfico de la provincia de Orense, a 25 kilómetros de la capital. Su extensión es de 85,3 kilómetros cuadrados. La altitud del terreno oscila entre los 420 y los 928 metros. El ayuntamiento cuenta con una población de 5.813 habitantes (2008)<sup>5</sup>.

## RESULTADOS

En el ámbito de nuestro estudio el parto domiciliario fue la norma hasta la década de los años setenta, cuando el seguro agrario se generalizó y las comunicaciones por carretera permitieron una cierta facilidad en el transporte de las parturientas al medio hospitalario.

La consulta prenatal en la época que estudiamos era casi inexistente. La mujer embarazada no consultaba al médico para vigilar su embarazo, salvo que concurriera alguna enfermedad o complicación. Los médicos rurales pugnaban por lograr que la mujer consultara antes del parto. Por un lado pretendían conocer con cierta antelación el estado de salud de la paciente y las características del embarazo, para que las dificultades no aparecieran luego de modo imprevisto. Por otro lado, el médico trataba de evitar ser llamado siempre para situaciones cuya solución era difícil o imposible: asistir partos normales con asiduidad también le permitía mantener una casuística suficiente para asegurar su entrenamiento.

El Dr. José Oro Frade (José OF), médico titular de Allariz desde 1957, dejó escrito<sup>6</sup> que en algún momento se planteó no atender a ninguna mujer de parto que previamente no hubiera acudido a consulta. Ramón Travieso González (Ramón TG), médico de Esgos desde los años cincuenta hasta su jubilación, se congratulaba de que “hubo un momento en que se corrió el rumor de que si la mujer no venía a consultar durante el embarazo, el médico no extendería el correspondiente certificado de nacimiento. No era verdad, pero no interesaba desmentirlo, pues así la embarazada acudía a controlarse”. Lo cierto es que los medios con que contaba el médico para el control prenatal eran escasos. A lo sumo disponía de un pelvímeter para tomar las medidas de la pelvis materna y obtener una aproximación pronóstica del parto, y un estetoscopio rígido, construido en madera. Con este sistema podían auscultar los latidos fetales a partir de las 25 semanas de embarazo.

El momento del parto no generaba especial ansiedad ni se acompaña de extraordinarias precauciones. A menudo la mujer proseguía sus labores cotidianas, incluyendo los trabajos de labranza, hasta el mismo instante de parir. Un caso representativo de otros muchos es el de DGG, nacida en Outeiro de Orraca, Allariz, en 1934. Narra cómo sucedió su segundo parto: “Iba yo con el carro de las vacas y me puse de parto. Mi madre continuó con el carro y yo me fui corriendo para casa, procurando tener cuenta del vientre para no dar a luz en el camino. Al llegar puse una manta vieja en el suelo y me eché sobre ella. Así nació el niño, sin que hiciera falta la ayuda de nadie...”.

El parto era atendido en el propio domicilio en primera instancia por alguna mujer de la familia que se considera con experiencia. Solía dirigirlo la madre, la abuela o la suegra. En ocasiones se recurría a una vecina considerada experta, que ejercía de partera de forma altruista. Los entrevistados hacían referencia a ella con la denominación de “partureira” o de “comadrona”. Estas adquirían experiencia y prestigio por atender a muchas vecinas del mismo lugar o parroquia, y fue habitual que las entrevistadas recordaran su nombre.

Cuando la paciente es una gran múltipara o tiene una especial facilidad para dar a luz, puede llegar a

prescindir de los servicios de terceros y tener el parto con la única ayuda de su esposo o sin ayuda alguna. JFV, nacida en Torre de Seoane, Allariz, en 1935, nos dice que su suegra fue madre de 13 hijos, todos nacidos en los años veinte y treinta. “Los tenía ella sola sin ayuda de nadie (...). Se agachaba y se sostenía con una mano agarrada a una mesa...”. DGG, nacida en Outeiro de Orraca en 1934, tuvo dos hijos que nacieron en casa. En el primer parto, cuando se estaba lavando, el expulsivo evolucionó rápidamente y, en sus palabras, “el niño me cayó a los pies (...). Le dije a mi hermana: trae el carrete (de la costura) y corta cuatro hilos; trae también un poco de aguardiente en un vaso (...). Até el ombligo al niño y lo lavé en la palangana...”.

La dilatación tenía lugar con la parturienta en la cama. Los métodos de las parteras para acelerar este proceso eran variados. En Piñor de Cea, AAF, nacida en 1923, refería que le hicieron ponerse de pie y le colocaron un brasero entre las piernas, práctica extendida con diversas variantes por otras zonas de Galicia<sup>7</sup>. En Allariz no se recogen métodos de aplicación de calor. Era frecuente que se llevase a la mujer a dar varios paseos por la casa.

Para el expulsivo la paciente se incorporaba y el parto, con frecuencia, tenía lugar en cuclillas o de rodillas en el suelo sobre un paño o sábana, mientras la mujer se agarraba o “colgaba” por los brazos de dos personas que la sostenían, una de las cuales podía ser el esposo. El motivo de adoptar esta postura no parece responder a criterios de mayor eficacia del expulsivo, sino a la voluntad de evitar manchar el colchón o jergón de la cama, por carecer de repuesto o por ser su lavado dificultoso, tal como nos confirmaron algunas entrevistadas. Una de ellas aducía el pudor como justificación de la postura del parto, al ser menos recatada la postura ginecológica en decúbito.

Aun siendo esta la norma general, surgieron variantes. Algunas mujeres tenían el parto en cuclillas y otras arrodilladas en el suelo. Las menos daban a luz tendidas en la cama en decúbito supino, dispuestas transversalmente para que quedasen las piernas colgando. A veces se disponía una cuerda para que la mujer pudiera asirse a ella y hacer fuerza en el expulsivo. Otras veces hacía

esta función una estaca o el palo de una escoba. Muy pocas veces se adoptaba la postura ginecológica al uso en medio hospitalario. A día de hoy no están establecidas las ventajas de una postura sobre las demás.

La partera actuaba dando masajes sobre el vientre a la parturienta, utilizando con frecuencia una mezcla de ruda con aceite. Cuando comenzaba el descenso del feto se limitaba a hacer tracción suave y a facilitar su expulsión. No parece que se lubricase con este preparado el canal del parto. La ruda, planta medicinal que crece con profusión en nuestras tierras, figura en el arsenal terapéutico de la medicina oficial. Las guías de medicamentos para médicos y farmacéuticos de la época<sup>8</sup> describen sus propiedades, administrada en forma de píldoras, como estimulantes del intestino y órganos genitales. Se prescribía como tónico del útero y se avisaba de que en embarazadas puede provocar abortos. No recogemos en nuestro estudio ningún caso en el que la partera administrase preparados por vía oral, aunque sí lo refieren algunos trabajos<sup>9</sup>.

Algunos textos<sup>10</sup> recogen una práctica común de algunas parteras consistente en masajear las mamas durante el trabajo de parto, cuyo sustrato fisiológico estaría en la estimulación del reflejo de secreción de oxitocina. Esta práctica no ha sido comunicada por ninguna de nuestras entrevistadas.

La presión sobre el abdomen se ejercía en dirección al canal del parto, algo equivalente a lo que fue la maniobra de Kristeller empleada de forma habitual en las salas de parto de los hospitales durante décadas. SMB, nacida en Valverde en 1923, confirmó que en su pueblo los partos eran atendidos por su madre, Alberta, la cual hacía una mezcla de aceite con ruda y lo calentaba al fuego. Cuando estaba templado lo aplicaba al vientre de la embarazada masajeadando para “empujar al niño hacia el canal...”. Alberta también atendía partos de animales, y en este caso utilizaba el mismo brebaje para lubricar la vagina del animal.

La técnica de extracción del feto de la partera debía de incluir una protección del periné relativamente eficaz, a juzgar por el hecho de que pocas mujeres entrevistadas comunican haber padecido desgarros perineales. No practicaba, obviamente, la episiotomía; los médicos sí la

realizaban en casos seleccionados, pero nunca de forma sistemática. Sin embargo, también se recogieron experiencias adversas en este sentido. AAG, nacida en Allariz en 1935, tuvo su primer hijo con 18 años, asistida por una partera. La entrevistada recuerda que le masajearon el vientre con una mezcla de ruda frita en aceite, pero es crítica con las deficiencias técnicas de estas auxiliares del parto: “No sabían nada; lo único que hacían era rasgarte (...). Yo me rasgué en el parto y luego estuve un mes que no me podía ni sentar”. El tratamiento del desgarró perineal fue también casero a base de “lavados con manzanilla o con ruda que me hacía mi madre (...) con lo que se podía”.

Una vez extraído el neonato, la partera cortaba el cordón con unas tijeras previamente “desinfectadas” con aguardiente y lo ataba con hilo de costura. En una palangana preparada con agua templada se lavaba al niño y se secaba con toallas limpias. Acto seguido se entregaba a la madre. En casos de alto riesgo de muerte para el neonato la propia partera administraba el sacramento del bautismo.

El dolor del parto no era una prioridad asistencial para las parteras ni para los médicos. No se ha comunicado ningún remedio para paliarlo. Se consideraba un mérito de la mujer el contener sus lamentos a la hora de parir.

El alumbramiento se favorecía masajeadando el abdomen de la mujer. También se la invitaba a soplar por una botella, contra resistencia, generando así una maniobra de Valsalva que aumentara la presión intrabdominal y favoreciera la expulsión de la placenta. Luego se hacía compresión sobre el vientre con intención de promover la hemostasia. ACM, nacida en Requeixo de Valverde en 1934, fue madre de 7 hijos. Los cuatro primeros nacieron en casa y, a partir de 1971 nacieron los tres últimos en el Hospital. Dice que paría a sus hijos en posición de rodillas en el suelo. La partera Ramona le masajeara el vientre con aceite y ruda y nada más hacía sino ayudar a extraer al niño y esperar a que expulsara la placenta. “Cuando libraba me metían en la cama y me colocaban un almohadón apretado alrededor del vientre. Estaba dos días en cama y luego... a trabajar”. Estas prácticas no estaban totalmente alejadas de la medicina oficial del

momento. Algunos manuales de obstetricia de la época<sup>11</sup> recomendaban para las hemorragias de alumbramiento, la compresión manual de la aorta abdominal contra la columna vertebral, así como el uso del “tubo de Ribera-Momburg”, que consistía en un artilugio que se colocaba alrededor del abdomen para hacer compresión. Si se carecía de él, la recomendación era, en efecto, colocar vendas o tiras de lienzo a modo de torniquete en la cintura.

Tras el parto la mujer disfrutaba de una corta convalecencia, durante la cual se le obsequiaba con una alimentación especial, hipercalórica, que incluía, entre otras viandas, el chocolate, la manteca de leche y el caldo de gallina.

El puerperio tenía algunas peculiaridades desde el punto de vista social y religioso. ACM, nacida en Requeixo de Valverde en 1934 dice que “después de parir, hasta que pasaban 7 semanas no se podía entrar en la iglesia”.

La participación del médico en los partos no era frecuente, sobre todo en las zonas más distantes y deprimidas. Las razones eran varias. La de mayor peso era, evidentemente, la dificultad para hacer frente al pago de los honorarios, pero las entrevistadas apuntaron también otras. La norma de dar a luz utilizando los recursos más cercanos e inmediatos, y a los que se atribuía una cierta solvencia, se imponía en los pueblos; por otro lado se invocaba el pudor que todavía produce la presencia del médico en maniobras que atañen tanto a la intimidad de la mujer. Algunas parturientas abrigaban también otros temores, que reproducimos por su interés, a pesar de su carácter excepcional. CCC, nacida en Gundiás en 1932, tuvo su primer hijo en los años 50. El trabajo de parto duró tres días, y entre vecinos y familiares había quien quería avisar al facultativo, a lo que ella se negó. La razón era que temía que llegara el médico y empleara “el gancho”, refiriéndose al fórceps, pues se había corrido la voz de que con ese “aparejo” se producían lesiones mortales en los fetos.

La asepsia en el parto domiciliario era escasa, y peor en las zonas más deprimidas del territorio gallego. Heriberto Cairo García, que fue médico titular de Pedrafita do Cebreiro, cuenta las condiciones de asistencia

a un parto en una de las conocidas *pallozas* de la zona. La escena se sitúa en los años cincuenta: “El primer parto al que asistí lo hice rodeado de animales, oyéndolos moverse, gruñir, a la luz de candiles... Y cuando estaba más enfrascado en mi labor sentí que una gallina defecaba sobre mi cabeza. Entonces pensé en que de qué servían mis preocupaciones de higiene y asepsia”<sup>12</sup>.

Cuando el parto se complicaba, la partera tenía pocos recursos. MNA, nacida en 1928 en Outeiro de Orraca, dice que cuando la presentación del feto era anómala (“venía al revés”) la partera ordenaba colocar a la mujer cabeza abajo, sostenida por dos personas, al objeto de que el feto cambiase su posición (“diera la vuelta”). Y es en estos casos complicados cuando se decidía avisar al médico. Como escribe Vital Aza<sup>13</sup> “el médico rural es siempre *tocólogo* de distocias”. Cuando surgía la complicación se enviaba a algún familiar o vecino que tuviera suficiente agilidad para ir corriendo hasta la villa de Allariz. Se llamaba a la casa del médico y éste acudía a caballo. Su técnica se limitaba inicialmente a facilitar la expulsión del feto. CCV, nacida en Amiadozo en 1928, refería que del segundo de sus partos nació una niña. Avanzaba muy lentamente. “Me debilitaba (...), me quedaba sin fuerzas para echarla”, con lo que se avisó al Dr. José Rivera Lorenzo (José RL), que fue médico titular de Allariz desde 1928, que acudió y “tiró de ella para sacarla”, lo cual probablemente supone que se limitó a hacer la rotación externa.

También se avisaba al médico si se retrasaba el alumbramiento. HCC, nacida en Santa Mariña de Augas Santas, en 1935, tuvo su primer hijo en 1962. Decía que el parto fue bien, atendido por dos parteras, con las que era muy crítica: “no sabían nada”. Para forzar el alumbramiento le hicieron soplar por una botella, pero la maniobra no fue eficaz y se avisó al Dr. José RL, que “apretando la barriga” de la paciente logró extraer la placenta, en clara alusión a la maniobra de Credé. “Me puso en libertad”, decía la entrevistada, usando esta expresión popular tan frecuente como reveladora.

El médico no tenía en muy alta estima a la partera, no sólo por el ejercicio del intrusismo o por lo que puede suponer de mengua en su clientela, sino porque le privaba de la atención de los partos normales, que son

lógicamente los más deseables y, como hemos señalado, lo relega a la atención de situaciones técnicamente complicadas. Ramón TG decía: “yo siempre luché contra las parteras (...). Atendían los partos sin tener ningún conocimiento”. El jubilado médico de Esgos admite que “que yo sepa nunca actuaban de forma peligrosa ni nociva en los partos”. Pese a todo, médico y partera trabajaban a veces como equipo. Varios entrevistados coincidieron en que cuando en las proximidades de la villa de Allariz se avisaba al médico para atender un parto, si éste estaba ocupado recomendaba a quien lo requería que fuese avisando a la partera, que luego ya iría él. La partera actuaba, pues, oficiosamente, como comadrona.

Las comadronas oficiales apenas entraron en juego hasta fechas muy avanzadas. Las instituciones sanitarias dotaron también al médico de estas ayudantes con formación específica. En el intervalo de tiempo que abarcamos figuraron al menos tres profesionales en Allariz con el nombramiento simultáneo de enfermero y matrona: D. César Conde Ves, D. Carlos Vilanova Conde y Dña. Delia Suárez Morán. El propio Carlos Vilanova, en entrevista personal, reconocía que jamás atendió un parto en Allariz, pues o bien se paría con ayuda de parteras, o bien se avisaba al médico. La entrevista con Delia Suárez confirma este hecho, pues tampoco ella, que comenzó su actividad en los años 60, y como matrona oficial a principios de los 70, atendió nunca a una parturienta.

El médico no siempre tenía éxito. Escaso en medios diagnósticos y terapéuticos, trabajando en un ambiente calamitoso y avisado sólo en casos de dificultad extrema, se había de enfrentar por fuerza a resultados adversos. IFD, nacido en Queiroás Grande en 1920, tuvo 4 hijos. La primera fue una niña nacida en 1955. “Venía al revés y tardaba mucho en nacer...”, por lo que corrieron a avisar al médico, quien, en la versión de IFD “no lo supo gobernar y murió...”. Para el segundo parto fue avisado otro médico al prever una situación de riesgo. El entrevistado se lamentaba con resignación: “Vino el médico y dijo que todo estaba bien pero el niño nació muerto...”.

Los partos distócicos suponían un reto para el facultativo, que a veces afrontaba la toma de dramáticas decisiones. CLB, nacida en Outeiro de Orraca en 1937,

contaba que su primer parto tuvo lugar en 1959, con 22 años. Avisaron a Ramona, una vecina que “tenía muy buena mano”. La partera le masajeara el vientre y la invitaba a aferrarse con fuerza a una escoba que dos personas sujetaban, para así poder “empujar”. Cuando Ramona vio que lo primero que se veía era un pie del feto ordenó a su marido que corriese a avisar al médico. El viaje de ida del esposo se hizo a pie, y la visita del doctor a caballo. Cuando el facultativo percibió la situación de extrema urgencia sentenció “aquí hay que salvar a la mujer porque por el niño poco se puede hacer”, con lo cual se extrajo al feto con premura, ya cadáver. Este tipo de disyuntivas eran referidas con frecuencia por nuestros entrevistados, y siempre el médico opta, de acuerdo con la formación deontológica recibida, por salvar la vida de la madre.

Otras veces el médico era alertado, pero no disponía de capacidad técnica para el abordaje de estas situaciones. DRC, nacida en Outeiro de Orraca en 1935, decía que notó las contracciones del parto a los 7 meses de embarazo. Alarmada, acudió a la consulta del médico, que la exploró. “Dijo que el niño aún no estaba para nacer y que me podía ir tranquila para casa”. DRC retornó al domicilio. “Nada más entrar en casa rompí aguas...”.

La intervención facultativa en las distocias era, como hemos visto, laboriosa y poco agradecida. Pero en su maletín contaba con algunos recursos que le serían de utilidad. Los formularios médicos de los años 50<sup>14</sup> contenían fórmulas magistrales para el tratamiento de las distocias dinámicas. Como oxitócicos se utilizaban la quinina y el cornezuelo de centeno; la administración oral del cornezuelo hace su efecto más lento. Ya se disponía de pituitrina en preparados comerciales, y se recomendaba como oxitócico para el período de expulsión. Se critica la variable respuesta de los preparados comerciales por su irregular y deficiente estandarización. En las primeras ediciones del Vademécum Internacional<sup>15</sup> se puede leer, en la sección de laboratorios del Dr. Pagés Maruny, las características de la pituitrina, indicada como estimulante de las contracciones uterinas, “cohibe la hemorragia postpartum”. Contraindicada en distocia fetal, nefritis y arteriosclerosis.

El médico rural de Allariz contaba en su arsenal terapéutico con los oxitócicos inyectables, sobre todo a finales de los años 50. ELC, nacida en Requeixo de Queiroás en 1919, comunicó que el último parto, ocurrido en los años 50, se retrasaba al punto de que llegó a estar al borde de la extenuación. Se decidió acudir en busca del médico y se avisó al Dr. José RL, que acudió al domicilio y le administró una inyección intramuscular y el parto llegó a su fin en escaso tiempo. CFV, nacida en Guimarás en 1934, tuvo seis hijos, todos en casa, incluido el más joven nacido en 1972. En dos casos hubo de ser avisado el Dr. José OF. El segundo de los casos fue a principios de los años 60. Decía que la dificultad se debía a que el niño era de gran tamaño. El Dr. José OF le administró una inyección intramuscular y el parto terminó con normalidad.

La derivación a centros especializados era infrecuente. En ocasiones el propio médico, ante la gravedad de la situación, aconsejaba a la familia el traslado de la paciente a una clínica de maternidad. Esta decisión era difícil, pues había de contar con la aquiescencia de la propia familia, que a menudo carecía de ahorros suficientes para hacer frente a los gastos, y no disponía tampoco de medios de transporte para el traslado. El médico ponía a prueba aquí no sólo su capacidad de persuasión, sino su altruismo. JLQ, nacido en Requeixo de Valverde en 1935, contaba que su único hijo nació en 1963. El parto estaba dispuesto para tener lugar en el domicilio, pero la dilatación se prolongaba tanto que avisaron al Dr. José OF, quien, al percibir la dificultad, decidió derivar a un sanatorio de la capital. Al carecer la familia de medios de transporte, el galeno decidió llevar a la mujer a Orense en su propio coche.

Las patologías del embarazo podían ensombrecer el pronóstico. Algo que puede ayudarnos a entender cómo el médico les hace frente en el penoso ambiente domiciliario es el siguiente hecho, narrado por el Dr. Ramón TG, y referido al año 1959. Recibió aviso para atender a una parturienta de una aldea de Amoeiro. Las contracciones de parto se iban sucediendo correctamente, pero llegó un momento en que empezaron a intensificarse y se convirtieron en violentas convulsiones. El médico percibió de inmediato que no estaba ante movimientos del trabajo

de parto, sino ante una gravísima complicación del mismo: la eclampsia. Tomó una ampolla de glicerolfosfato sódico que llevaba en su maletín. “No había luz eléctrica. La madre de la embarazada, entre aspavientos, tira con la lámpara de carburo, y yo me corto en los dedos con la ampolla al intentar abrirla”. Le inyectó la medicación y ordenó su inmediato traslado al hospital, pues una vez administrado el fármaco se recomendaba evacuar lo antes posible al feto. “Tienen que tomar a la mujer en un colchón, y éste colocarlo sobre una parihuela para trasladarla a la carretera. Mientras hacen esto yo corro a avisar a un vecino que tiene una camioneta, para que acuda a recogerla. Voy en mi moto al punto de la carretera donde salen los portadores con la enferma para aplicarle una segunda dosis de medicación. Como mi moto es más veloz que la camioneta, salgo a toda velocidad camino del hospital de Orense para ir avisando al ginecólogo de la situación de la paciente y de la medicación que yo le había administrado...”. La aventura concluye con una madre y un niño que han sobrevivido a una gravísima urgencia vital.

Escenas comparables se describen en otras zonas de Galicia, incluso en épocas más tardías. Heriberto Cairo González, titular de Pedrafita do Cebreiro decía en 1970. “Esto de los partos es una prueba muy dura para cualquier médico. Suelen avisarnos después de haber intervenido muchas manos sucias y torpes. Una vez me encontré con una parturienta que se moría de una hemorragia por no haberse desprendido la placenta, con el cordón umbilical atado a un tobillo. En casi todos los poblados tienen la costumbre de mantener en pie a la mujer hasta que da a luz. Para ello se van alternando dos hombres cada vez, sobre cuyos hombros se apoya ella, y se dan casos de mujeres difíciles que acaban rindiendo a todos los varones del vecindario...”.

Los primeros contactos con la atención hospitalaria y neonatológica para la mujer rural fueron tardíos, salvo las que emigraron a poblaciones urbanas. JFV, nacida en Torre de Seoane en 1935, emigró a Ermua a mediados de los años 50, y allí tuvo a dos hijos, ambos prematuros, y los partos fueron asistidos en la clínica de maternidad. Recordaba que el último de ellos “lo metieron en una incubadora y allí dentro estuvo dos semanas...”.

Aunque en el Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales de 1954 ya se afirmaba que “la asistencia a los partos normales la prestarán siempre que sea posible en las Maternidades y Centros Hospitalarios”, es una realidad que los partos empezaron a ser hospitalarios en la década de los años 70. El caso de Allariz no es, en este aspecto, de los más tardíos. El Dr. José Manuel Solla Camino comunicaba que en su labor asistencial en Lourenzá (Lugo) era frecuente la asistencia a partos hasta las fechas en que se trasladó y tomó posesión de su plaza en Allariz, en 1983, y que entre los utensilios que componían su maletín de urgencias no faltaba un estuche de atención al parto, consistente en oxitocina sublingual (Pitocin bucal®), pinzas y un hilo de sutura del cordón (Cordoncete Umbilical®).

## CONCLUSIONES

La atención maternal fue precaria en el período estudiado. La mayoría de los partos fueron domiciliarios, auxiliados por familiares o vecinas, a veces con gran habilidad y experiencia (parteras), de quienes podemos decir que se limitaban a favorecer la progresión natural

del parto sin llevar a cabo, en general, maniobras lesivas para la parturienta o para el feto.

Los médicos eran requeridos para asistir los partos cuando éstos se complicaban. La ausencia de controles prenatales, los precarios medios de transporte, las condiciones poco asépticas de trabajo y los exiguos recursos del médico, hacían que la atención a las distocias fuese poco satisfactoria.

La consulta prenatal comenzó a generalizarse en nuestro medio muy tardíamente, lo mismo que la atención hospitalaria de los partos y de la patología neonatal. Las cesáreas se practicaban en escasas ocasiones, debido a las dificultades no sólo económicas sino también de acceso, transporte y derivación de las parturientas a centros quirúrgicos.

Los medios diagnósticos y terapéuticos se incorporaron con retraso a la práctica asistencial. Fue largo el tiempo transcurrido entre su descubrimiento, su aplicación en el resto de los países desarrollados y su utilización en nuestro medio.

Los instrumentos de protección social de la embarazada fueron insuficientes, tardíos y poco efectivos en el medio rural gallego.

## BIBLIOGRAFÍA

1. López Alonso, de la C et al. Historia de Acción Social en España. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1990.
2. Usandizaga Beguiristain JA et al. Historia de la Obstetricia y Ginecología Española. Madrid: Habe Editores, 2007.
3. Jiménez Gómez E. La Operación Cesárea en la mujer viva. Estudio analítico de primeras fuentes impresas. Universidad de Santiago. Santiago de Compostela, 1987.
4. Caeiro González E. Allariz, en Galicia pueblo a pueblo, La Voz de Galicia SA, 1993.
5. Concello de Allariz [página principal en Internet]. Evolución socioeconómica do Concello. [Consultado el 22 de septiembre de 2008]. Disponible en: <http://www.allariz.com/verconcello.asp?id=58sec=1>
6. Oro Frade J. Anecdótico de un médico rural. Archivo particular de la familia Oro (sin publicar).
7. Ferrer Balsebre L. Estudio médico-antropológico de una parroquia rural gallega [Tesis] Universidad Complutense. Madrid, 1980.
8. Medicamenta. Guía teórico-práctica para farmacéuticos, médicos y veterinarios. Barcelona: Ed Labor, 1927.
9. Becoña Iglesias E. Medicina popular. Ed. Ir Indo, 1989.
10. Kruse J. Fisiología del parto y tratamiento del parto prolongado. En: Clínicas de Atención Primaria, Vol 3. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1993.
11. Aza V. El médico rural ante las distocias más frecuentes. Madrid: El Siglo Médico, 1930.
12. Lera AM. Por los caminos de la medicina rural. Barcelona: Plaza y Janés, 1970.
13. Aza V. Op cit.
14. Lorenzo Velázquez B. Formulario. Madrid: Gráficas González, 1952.
15. Vademécum Internacional de Especialidades Farmacéuticas y Biológicas. 2ª ed. Barcelona: Daimon España, 1961.