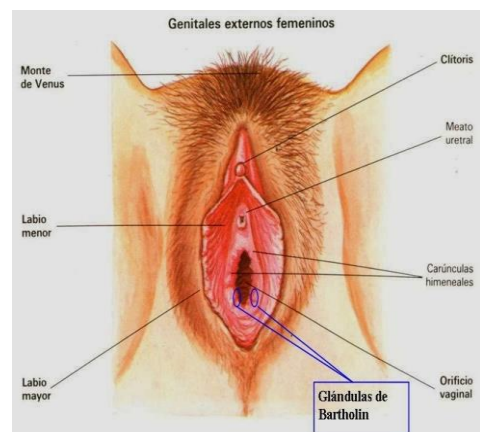
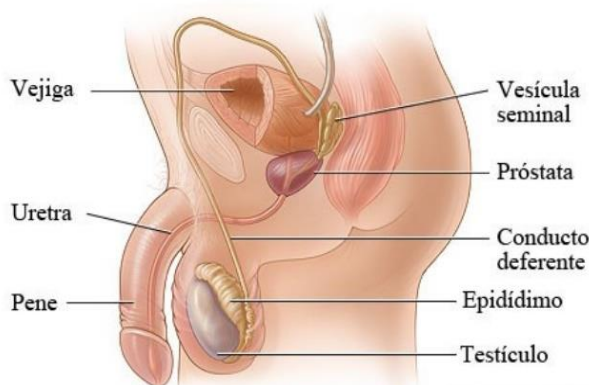


CONOCIMIENTO DEL CUERPO. ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS Y MASCULINOS. CICLO MENSTRUAL. OVULACIÓN. FECUNDACIÓN. EMBARAZO Y SU DURACIÓN.

En el hombre y la mujer, los órganos de la respiración, la nutrición, la circulación de la sangre son iguales, pero los de la reproducción son diferentes. Los órganos genitales del hombre son mayoritariamente externos: el pene, y detrás suyo, una bolsa (escroto) que contiene dos glándulas llamadas testículos. Estos producen un líquido, el semen, que sale afuera por un conducto llamada uretra que pasa por dentro del pene. Por la uretra sale también la orina.

En la mujer, la parte externa de los órganos sexuales son la vulva, cubierta de vellos y formada por los labios externos, los labios internos y el piso de la vulva. En la parte anterior de este piso se encuentran el clítoris y la uretra, y en la posterior el orificio vaginal, parcialmente cerrado por una membrana (el himen) en las mujeres vírgenes. Hacia el interior de este orificio se prolonga la vagina, que es seguida por el útero o matriz. Estos constituyen, junto con las trompas y los ovarios, los órganos genitales internos de la mujer.

Órganos genitales masculinos



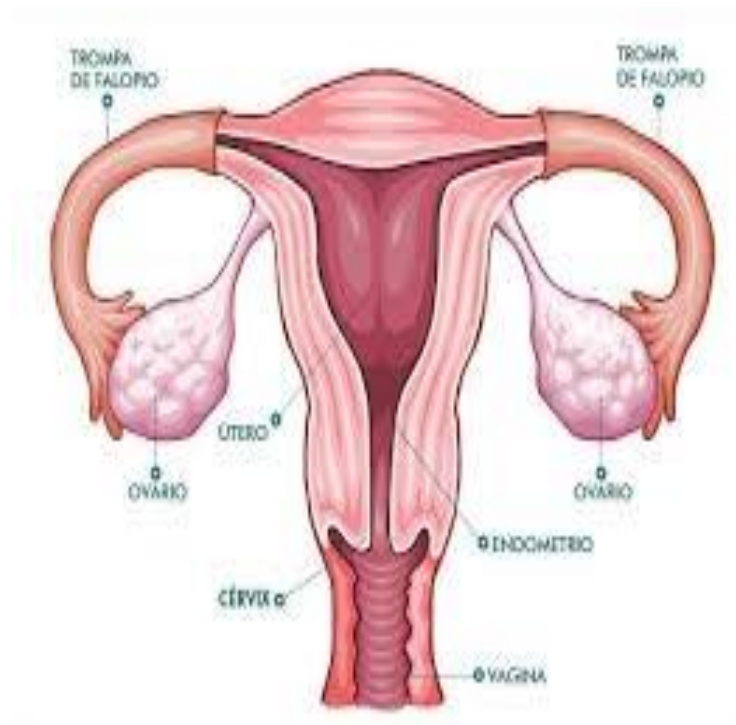
EL ÚTERO

El útero está situado en el centro inferior de la pelvis, conectado con la vagina por el cuello uterino, Y a las paredes laterales de la pelvis por dos tipos de ligamentos: los anchos y los cardinales. La parte posterior de la vejiga está unida a la parte anterior e inferior del útero, el segmento uterino inferior.

Las trompas de Falopio salen de cada lado de la parte superior del útero, llamada "fondo".

Los ovarios están situados bajo los extremos de las trompas o fimbrias, que parecen delicadas Hojas de helecho.

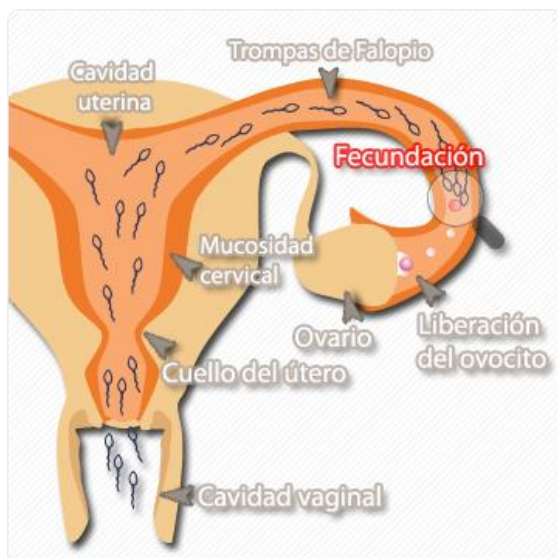
Los ovarios, las trompas y el útero son todas partes del sistema hormonal femenino.



Los ovarios, producen los óvulos; los testículos producen los espermatozoides. La unión de un óvulo con un espermatozoide da origen al nuevo ser.

El ciclo menstrual dura aproximadamente 28 a 30 días y comienza con la menstruación, libera un óvulo en la mitad del mismo (día 14 o 15) momento que conocemos como *Ovulación*. Varios días antes y posteriores a la ovulación es el periodo de fertilidad (cuando se puede quedar embarazada).

Durante el acto sexual, el semen es depositado en la vagina y los espermatozoides que contiene ascienden al útero y trompas en busca del óvulo, favorecidos por su forma (una cabeza pequeña y una cola larga y muy móvil). Si ambas células se encuentran se produce su unión, que denominamos *Fecundación*.



Proceso de fecundación

El *huevo*, producto de la fecundación, se dirige al útero, mientras se van produciendo diversas divisiones celulares que van dando origen a otras manifestaciones de lo que se convertirá en el futuro embrión (mórula, blastocisto) y

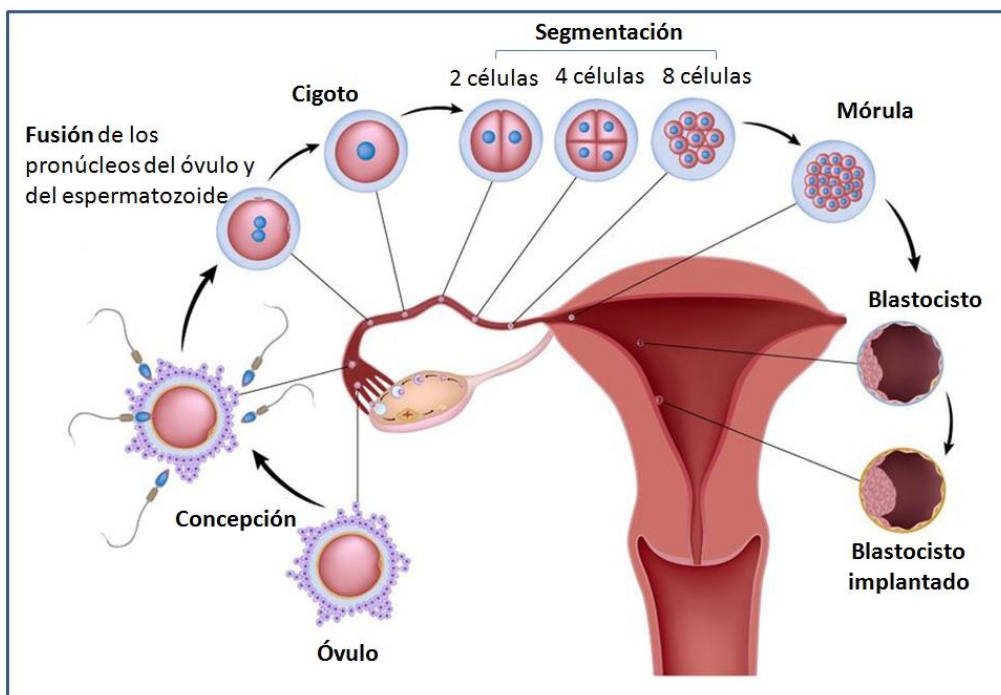
así, implantarse en su pared. Allí se nutrirá y crecerá hasta estar en condiciones de nacer.

Ciclo menstrual

Aproximadamente dos semanas después de la fecundación se produce la primera falta menstrual, debido a la secreción de una hormona en el organismo. Es frecuentemente el primer síntoma que hace sospechar el nuevo estado.

Durante los primeros días luego de la confirmación del embarazo, es común que la mujer sienta alegría, emoción, responsabilidad, impaciencia, temor o angustia. Son sensaciones nuevas que en ocasiones pueden producir confusión. El cambio hormonal en el organismo, junto a los factores emocionales, son los responsables de ese vaivén de los estados de ánimo y, al igual que los mareos, las náuseas, el cansancio, los calores repentinos, insomnio nocturno y somnolencia diurna, desaparecerán en cuanto el organismo se adapte al nuevo estado.

Ante la sospecha de embarazo es importante concurrir lo más precozmente posible a la consulta médica. También es importante advertir el estado, si debe realizarse ecografías o recibir algún tratamiento con medicamentos.



Medio ambiente fetal

A mediados del cuarto mes ya se han formado todos los órganos del feto y al quinto mes ya se pueden escuchar sus latidos y sentir sus movimientos. Cumplidos los seis a siete meses de embarazo, si se produce el parto anticipadamente (parto prematuro) ya tiene posibilidades de vivir con ayuda (cuidados profesionales) fuera del útero. A los ocho meses, generalmente se coloca cabeza abajo, y a los nueve ya está listo para nacer.

Dentro del útero materno, el bebé recibe el alimento y el oxígeno que necesita, directamente de la sangre materna, a través de la placenta y el cordón umbilical.

Por estar inmerso en el líquido amniótico, puede moverse libremente, protegido de golpes y presiones. Además, no lo afectan los cambios de temperatura.

Este líquido permanece en el interior, contenido por las membranas amnióticas que constituyen una perfecta bolsa.

La duración del embarazo normal es de 40 semanas (tomando desde la concepción), pero el parto puede producirse en forma normal desde las 37 a las 42 semanas. El recién nacido podrá pesar entre 2.500 y 4.000 gr. A esta altura de la gestación, el útero materno mide entre 30 y 35 cm.

EL PAPEL DE LAS HORMONAS

Durante la gestación y durante los primeros meses de vida del bebé, el cuerpo de la mujer desarrollará tres funciones: nutrir, proteger y transportar a la cría. Para cumplir con estas necesidades básicas se ponen en funcionamiento las hormonas del embarazo. Son las siguientes:

Gonadotropina coriónica

Es la hormona que conocemos más pronto, pues es la que detectan los test de embarazo. Suele aparecer en la orina alrededor de 14 días después de la concepción y en sangre a los 9 días. Su función se relaciona con la necesidad de protección del bebé y es necesaria para mantener la viabilidad del embarazo en el primer trimestre, pues regula los ovarios y las otras hormonas en los primeros momentos y hasta que empiezan a producirse en la placenta. Es la causante de las náuseas del primer trimestre.

Estrógenos

Esta hormona es la encargada de regular la progesterona y de facilitar el crecimiento y desarrollo de la placenta. También juega un importante papel en el desarrollo del bebé, concretamente en la maduración de diversos órganos y el desarrollo de las características sexuales. Es causante de diversas molestias como enrojecimiento y pigmentación de la piel, dolor en los pechos, retención de líquidos y ganancia de peso, pero también da un aspecto de plenitud a la embarazada y favorece la lactación por el desarrollo de las mamas.

Progesterona

Es la hormona protectora por excelencia. Al inicio del embarazo favorece la anidación del embrión y posteriormente va a encargarse de mantener el embarazo. Sus funciones son variadas: desarrolla el endometrio, hace que funcione la placenta, permite que el sistema defensivo materno reconozca al embrión como propio, limita la actividad muscular uterina, refuerza el tapón mucoso, relaja la musculatura lisa (arterias, venas, tracto urinario...) y refuerza la pelvis para el parto. Es la hormona causante del aumento de la temperatura corporal, el estreñimiento, varices, hemorroides, problemas de visión, ardores, cefaleas, pérdidas de orina y aumento de infecciones urinarias. Pero, por otro lado, permite un mayor aprovechamiento de los nutrientes y un aumento de la libido (mejora en la lubricación, sensibilidad, intensidad de los orgasmos...). Al final del embarazo, los niveles de progesterona caen, mejorando muchos de estos síntomas.

Lactógeno

placentario

Esta hormona es la responsable de la modificación de la forma en que la madre utiliza los nutrientes que ingiere. Aparece en las primeras semanas y se asegura de que las proteínas y la glucosa que ingiere la madre lleguen al feto. Así, regula los niveles en sangre de glucosa y aumenta la resistencia a la insulina para asegurar que llegue la glucosa al bebé. Es causante de la diabetes gestacional, pero también se considera que esta insulinoresistencia es una adaptación evolutiva, puesto que no en todas las épocas y lugares el acceso a los azúcares y demás hidratos de carbono ha sido tan fácil y habitual como en este momento.

Relaxina

Es la hormona encargada de relajar músculos y articulaciones, favoreciendo la elasticidad de la musculatura y la movilidad de los huesos de la pelvis (para el nacimiento del bebé). También adapta la columna al nuevo centro de gravedad del cuerpo durante el embarazo.

Es la causante de diversos dolores musculares como lumbalgia o dolor del pubis al final del embarazo y de las caídas y torceduras durante el embarazo.

Prolactina

La función de esta hormona es producir leche, pero sólo una vez nacido el bebé, antes los estrógenos y la progesterona se lo impiden.

Oxitocina

Es la llamada “hormona del amor”, pues la producimos cuando nos enamoramos, practicamos sexo, etc., pero tiende a inhibirse si la adrenalina entra en escena. Es segregada durante todo el embarazo y se mantiene estable –gracias a la progesterona- hasta que comienza el parto. Entonces, va aumentando progresivamente para dotar de mayor efectividad a las contracciones que permiten la dilatación del cuello uterino. Una vez nacido el bebé estimula la eyección de la leche, favorece que madre y bebé se enamoren y asimismo ayuda a que el útero se contraiga y recupere su tamaño habitual.

Adrenalina

Esta hormona no es exclusiva de la gestación. Sirve para mantenernos alerta y luchar por la supervivencia. Las consecuencias de su producción en el organismo debido al miedo o la ansiedad durante el embarazo pueden ser perjudiciales:

- Disminuye el flujo sanguíneo al útero y por tanto, al bebé (bradicardias, sufrimiento fetal...)
- Altera los niveles de glucosa en sangre
- Altera los niveles de estrógenos y progesterona
- Disminuye los niveles de oxitocina (parto estancado o contracciones poco efectivas).

Endorfinas

Estas hormonas constituyen una anestesia natural que segrega nuestro organismo. Antes del inicio del parto comienzan a aumentar y luego progresivamente a medida que el parto va avanzando, alterando la percepción de la sensación de dolor que

puede producirse durante el mismo. Es la causante, junto con la oxitocina, de la sensación de euforia y enamoramiento una vez nace el bebé. Para favorecer la aparición de endorfinas es vital sentirse relajada y segura, sin estrés, ni tensiones, miedos o preocupaciones. Asimismo, el uso de analgesia farmacológica, como la epidural o petidina detiene la producción de las endorfinas.

EMBARAZO. DIVISIÓN EN TRIMESTRES

SÍNTOMAS COMUNES. CRECIMIENTO DEL EMBRIÓN Y FETO. FACTORES DE RIESGO.

Aunque cada mes de la gestación tiene características propias, con fines prácticos dividiremos la gestación en tres trimestres.

Primer trimestre

La principal característica de este primer trimestre es la amenorrea, esto es, la falta de menstruación.

En esta etapa, el futuro hijo es diminuto (su forma se asemeja a la de un renacuajo). Para la primera semana, mide aproximadamente 1,7 milímetros. Sin embargo, pasados los 28 días llega a 1,4 cm y su peso es de aproximadamente 1 gr. A pesar de que ha crecido mucho, aún no se exterioriza la evidencia del embarazo en el abdomen. En el transcurso de este período se forma la columna vertebral; la cabeza y el tronco se configuran separadamente, y el cerebro se divide en dos lóbulos. Su pequeño corazón ya late, y en la séptima semana las pequeñas yemas de los laterales del tronco se convierten en brazos y piernas. La cabeza adquiere forma, distinguiéndose la boca y la mandíbula.

Casi al mismo tiempo surgen los oídos y los ojos y, entrada la octava semana, el cerebro y la médula espinal están prácticamente completos. Lo mismo ocurre con el resto de los principales órganos internos del **embrión**, como se lo llama técnicamente, aunque todavía no están totalmente desarrollados.

Llegado este momento, el futuro bebé ya se mueve ligeramente dentro del saco amniótico, donde el líquido amniótico lo protege.

La matriz presenta, en su mitad superior, un pequeño bulto, que es la zona donde el embrión se ha anidado. Esta comienza a crecer y presiona un poco la vejiga, motivo por el cual es común que la mujer sienta necesidad de orinar con más frecuencia.

La presencia del embrión estimula la producción de hormonas que protegen el embarazo, por lo que suelen aparecer mareos, náuseas, exceso de saliva y tensión en los pechos; no obstante, estas molestias desaparecen pronto. Estas mismas sustancias favorecen el aumento de peso y la retención de líquido, y poseen un efecto muy beneficioso, ya que contraen y relajan los músculos permitiendo el crecimiento del útero de acuerdo al crecimiento del futuro bebé.

Ocurre con frecuencia que la mujer tiene ligeras hemorragias genitales, en coincidencia con sus fechas menstruales. Por lo general no tienen importancia y desaparecen después del tercer mes. Sin embargo, también podrían indicar amenaza de aborto, especialmente si van acompañadas por molestias. Es por eso que, si aparecen, se debe consultar al equipo de salud.

Toda embarazada debería realizar su primera consulta prenatal entre la 8a y 12a semana de gestación. Esto permite al profesional realizar, desde etapas tempranas del embarazo, una anamnesis completa sobre datos personales, antecedentes de salud familiares (de ambos progenitores). También se realiza un examen ginecológico para explorar el cuello uterino, la matriz, los ovarios y las mamas, y se indican los análisis de rutina necesarios para conocer el estado general de salud de la embarazada.

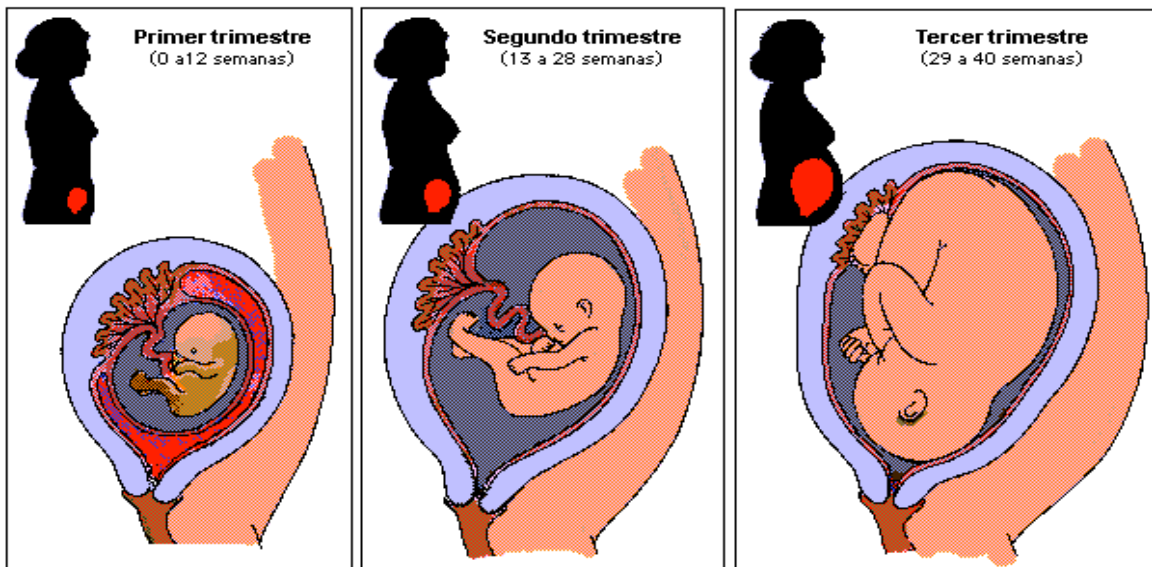
Al final del tercer mes el producto de la concepción recibe el nombre de **feto**. En esta etapa concluye la formación de los órganos vitales. A partir de ahora se limitará a crecer y madurar. Mide aproximadamente 6 cm y pesa unos 18 gr. Su cabeza, inclinada hacia adelante, representa un tercio de su longitud total. Al término de este periodo sus pies quedarán completamente formados, y concluirá la diferenciación sexual.

Aunque no se note, el feto lleva una vida bastante activa, coordinando los músculos y los nervios. En esta etapa aprende a apretar los puños, doblar las articulaciones, estirar y encoger las piernas, girar la cabeza, fruncir el ceño y abrir y cerrar la boca. Así comienza todo un programa de entrenamiento, preparándose para cuando llegue el parto y la vida exterior. Además de moverse, se va volviendo más atractivo: afina las facciones, se redondea su cabeza y se pueden apreciar los párpados y el pabellón de las orejas.

Para entonces, el útero ha adquirido el tamaño de una naranja y sobresale de la pelvis.

El padecer estreñimiento es muy habitual. Una dieta con alto contenido en frutas y verduras suele ayudar a resolver ese problema.

El consumo calórico diario no debe ser inferior a 2.200 calorías, distribuidas en 15% de proteínas, 55% de hidratos de carbono, y 30 % de grasas.



Durante las 8 primeras semanas el bebe recibe el nombre de embrión, despues se le denomiina feto.

En este periodo todos sus organos vitales se desarrollan.

Las nauseas y los vómitos son más frecuentes en la mujer, sus pechos aumentan de volumen y se vuelven delicados , y su peso comienza a aumentar.

El feto tiene ya una apariencia humana reconocible, y crece con rapidez. El embarazo de la madre es evidente

Se recomienda la ingestión de alimentos ricos en hierro (lentejas, hígado, carnes) para prevenir la anemia, problema frecuente en las embarazadas, especialmente en las que han tenido partos seguidos. De todas formas, es conveniente que todas las embarazadas reciban hierro y ácido fólico.

Con respecto a la actividad cotidiana, se aclarará que no es necesario realizar muchas modificaciones, ya que *el embarazo no es una enfermedad* y que, si se hace todo el descanso que el organismo "pide", se estará haciendo lo correcto.

Segundo trimestre

Este trimestre es considerado, con justa razón, el más agradable del embarazo. Esto se debe, en primer lugar, a que el estado emocional de la madre es más apacible, ya que el cansancio y las náuseas han desaparecido; eso implica un mejor estado general que, sumado a la evidencia del estado gestacional (el vientre comienza a crecer) y a la percepción del bebé (movimientos fetales), hacen que la mujer y su familia se sientan inmersos en un clima de felicidad.

El feto comienza a desarrollar sus sentidos; la percepción mediante el tacto abarca todo su cuerpo, y es capaz de apreciar cualquier masaje o presión sobre el abdomen. Además, se afianza su sentido del equilibrio, sabe si su mamá esta acostada o de pie y tiene conciencia de su propia posición. Estos dos sentidos potencian la llamada autoapreciación, es decir que el

cerebro y el sistema nervioso central perciben la información que llega desde los músculos y a través de los nervios, estimulando su desarrollo.

Ensaya su reflejo de succión, y de esa manera ingiere pequeñas dosis de líquido amniótico que expulsa por las vías urinarias. Así se entrena para la futura lactancia y la puesta en marcha de las funciones digestiva y renal.

El feto no solo patalea, sino que también bosteza y se chupa los dedos, poniendo constantemente a prueba sus reflejos, sobre todo por la noche. Ya reacciona a los estímulos externos como caricias, charlas apacibles de los padres o música suave. Estos estímulos deben recomendarse a las parejas, ya que no solo tranquilizan al bebé, sino que tienden a favorecer un clima agradable y de unión familiar.

Aunque todo esté bien, en este período se deberá controlar el peso de la embarazada y lograr que ella misma colabore para vigilarlo y mantenerlo dentro de los límites aconsejables. Aunque no todos los organismos son iguales, es conveniente tener presente que el exceso de peso produce problemas que pueden perjudicar al feto y también afectar el parto.

El control de edemas y de la presión arterial deben ser motivo de charlas oportunas, al igual que tener conciencia de los movimientos fetales diarios y el alerta frente a su ausencia.

En este período deben iniciarse las actividades físicas o la gimnasia localizada, dirigida por profesionales idóneos.

Es frecuente la consulta sobre relaciones sexuales. Aconsejando, que pueden ser tan placenteras como antes del embarazo y que no afectan al niño y que es un buen momento para aumentar la comunicación con la pareja.

El insomnio es un fenómeno frecuente en las embarazadas y llegando a la última etapa se puede agudizar. Se puede recurrir a herramientas como técnicas de meditación, musicoterapia, aromaterapia, ingesta de infusiones de hierbas naturales, etc.

Otro tema de consulta es el ardor o acidez de estómago. Para aliviar estos síntomas se deberían suprimir de la dieta los fritos, salsa, condimentos picantes, dulces y café, harinas refinadas y lácteos. Recetas caseras y naturales podrían aliviar (agua fresca, soda fresca, manzana verde pelada, infusión de jengibre).

Tercer trimestre

Tanto el séptimo como el octavo mes, en líneas generales, no ocasionan mayores molestias a la mujer que cursa un embarazo normal, salvo los típicos dolores de cintura, pequeñas molestias

ocasionadas por las contracciones, que ya se hacen evidentes en forma irregular, y la sensación de peso y falta de equilibrio, ocasionada por la sobrecarga del propio embarazo.

Esta es, no obstante, la época de las grandes sobrecargas. El corazón tiene casi el doble de trabajo y va a sentir, posiblemente, algunas palpitaciones ya que debe latir más rápido para bombear el aumento de volumen de sangre a través del cuerpo materno y hacia la placenta.

Por otro lado, es frecuente sentir una ligera dificultad respiratoria, ya que los órganos internos, entre ellos los pulmones, se desplazan cada vez más a causa del tamaño del útero, lo que ocasiona pesadez, sensación de “nariz tapada” y algunas alteraciones del sueño por la incomodidad.

La estimulación del ejercicio moderado resulta beneficiosa para superar las demandas físicas de esta etapa del embarazo. Sin embargo, no todos los deportes resultan apropiados para esta etapa; algunos están taxativamente prohibidos, como aquellos de alto impacto. Otros, como las caminatas frecuentes, la natación, yoga, resultan los más aconsejables.

La aparición de sentimientos contradictorios en relación con la idea del parto, como las preguntas que la mayoría de las embarazadas se hacen y que, de no encontrar contención adecuada, generan estos sentimientos contradictorios: *¿Cómo será ser madre? ¿Podré darle todo lo que el niño necesita? ¿Me irá bien en el parto? ¿Tendré leche?*, son algunas de las muchas preguntas, generalmente sin respuesta. Esta contención es igualmente necesaria ante la aparición de temores referidos al parto prematuro, a la muerte del niño y a la propia muerte de la embarazada.

Mientras no se presenten complicaciones que lo contraindiquen (o contracciones), no está contraindicado seguir manteniendo relaciones sexuales, ya que acercan y unen más a la pareja, permitiéndole compartir con profundidad la emoción del futuro nacimiento. Por otra parte, los estudios científicos han demostrado que los juegos amorosos favorecen la secreción de oxitocina, importante para las contracciones preparatorias o cuando el parto esta demorado.

Como en los otros trimestres pueden aparecer *signos de alarma* propios de esta etapa, ante los cuales se aconsejará la consulta médica:

- Pérdida de sangre o líquido por vagina.
- Mareos intensos o dolor de cabeza persistente.
- Vientre duro y con dolor.

- Edemas o hinchazón más allá de los tobillos.
- Hipertermia (+ de 38o C de temperatura corporal).
- Aumento excesivo de peso, en poco tiempo.
- Vómitos persistentes.
- Tristeza profunda y permanente, o idea de muerte.
- Traumatismos o caídas.

Las fases de un parto fisiológico

El parto es un proceso dinámico compuesto por varias fases. Cada fase tiene unas características diferentes y el ritmo y la duración de cada una varía de una mujer a otra, de un parto a otro. Conocer dichas fases nos ayudará a transitarlas con tranquilidad.

1- Periodo de pródromos o preparto

Antes de que comience el parto propiamente dicho, hay una etapa en la que la mujer puede tener contracciones leves e irregulares que desaparecen al descansar o cambiar de posición. Son las denominadas **Contracciones de Braxton Hicks**. Estas contracciones no son de parto, pero van preparando al cuerpo de la mujer para el mismo. Algunas mujeres ni siquiera llegan a percibir las.

Uno de los motivos principales para tardar muchas horas en dilatar es: NO ESTAR DE PARTO, ya que se confunde el periodo de pródromos, que puede durar horas o días, con el parto.

La fase de pródromos es muy diferente de una mujer a otra, y en la misma mujer puede diferir mucho de un parto a otro. Es una fase que puede ser larga, en la que las contracciones son irregulares en el tiempo y en la intensidad, quiere decir que puede darse la situación en que viene una más fuerte, dos flojitas, una fuerte, una flojita..., una puede tardar solo 3 minutos en llegar, la otra 15, y la mujer no es capaz de determinar si está o no está de parto.

“Si la mujer duda si está de parto es que no lo está. Cuando estás de parto no lo dudas nunca.”

Inma Marcos. Comadrona

¿El bebé ha de estar encajado antes del comienzo del parto?

Hay bebés que se encajan antes, otros lo hacen una vez comenzado el trabajo de parto y otros incluso avanzado éste. Moverse y caminar favorece que se encaje el bebé mientras que la posición de litotomía (tumbada boca arriba) hace casi imposible esa tarea.

¿Qué es el cuello posterior?

“Todas las mujeres que no están de parto o que están de parto, pero, muy al comienzo tienen el cuello posterior, no es nada raro. A medida que el parto avanza el cuello se va centrando.

Cuanto más centrado está al cuello respecto a la cabeza, mejor, más efecto hacen las contracciones y más dilatas.”

Inma Marcos. Comadrona

2.- Comienzo del parto

El parto tendrá lugar normalmente entre la semana 37 y la 42 de gestación.

Una mujer está de parto cuando:

- Tiene el cuello del útero borrado al menos en un 50%.
- Se encuentra dilatada por lo menos de 3 - 4 cm.
- Y experimenta una dinámica uterina regular, esto es contracciones: regulares, intensas y frecuentes (2-3 cada 10 minutos)

Sólo cuando se den estas circunstancias se puede decir que el parto ha comenzado y tiene sentido la admisión en la maternidad. Si no es así, estaríamos siendo ingresadas antes de tiempo y el paso del mismo jugaría en nuestra contra, dando la impresión de que el parto no progresa a buen ritmo, cuando la realidad sería que ni siquiera había comenzado cuando entramos en el hospital.

No es necesario que se rompa la bolsa amniótica para que comience el parto. La bolsa puede romperse, pero si no va acompañada de contracciones no puede decirse que el parto haya comenzado. De la misma manera, no es necesario romper la bolsa para que el parto tenga lugar. La bolsa se romperá a lo largo del proceso durante alguna contracción o en el expulsivo. Incluso puede darse el caso de que el bebé nazca con la bolsa integra.

3.- Periodo de dilatación

La **dilatación** es el proceso de aumento del diámetro del cuello uterino necesario para que salga el cuerpo del bebé a través de él. La dilatación se mide en cm. Este periodo concluye cuando esta llega a los 10 cm.

¿Cuál es una dinámica "adecuada" de contracciones?

Los estudios que existen al respecto determinan que se puede considerar adecuado alcanzar un patrón regular de una contracción cada 2-3 min, de 80-90 segundos de duración y que se palpen y sientan como fuertes por una matrona experimentada en

el caso de monitorización externa, aunque un reciente protocolo recomienda un patrón más prudente considerando adecuado un ritmo de 3-4 contracciones fuertes y palpables externamente cada diez minutos.

La dinámica de contracciones adecuada sería aquella con la que se dé un aumento de la dilatación, que sea “soportable” para la mujer y que no ponga en peligro el bienestar fetal. De nada sirven unas contracciones fuertes o muy seguidas si no van acompañadas de dilatación. En cuanto al ritmo de las mismas, su frecuencia y duración, no se puede establecer una pauta rígida para todos los casos, porque cada parto es diferente, pues ante la misma dinámica algunas mujeres dilatan rápidamente, mientras que en otras la dilatación va más despacio.

¿Cuáles pueden ser los motivos por los que a una mujer le cuesta más dilatar?

- Cirugía previa
- Bebe asinclítico: el bebé está cabeza abajo y probablemente anterior, pero la cabeza está ligeramente inclinada hacia un lado o fuera de sitio de algún modo; la cabeza no se desplaza descendiendo en la pelvis. El hueso parietal o el lado de la cabeza se presenta primero en lugar de la coronilla, aumentando así el diámetro. Al no recaer el peso directamente sobre el periné este no se ve estimulado y no se produce la dilatación. Hay ejercicios y posturas que la madre puede adoptar que pueden solucionar esta posición.
- Bebé sabio (que no es el momento propicio ni con la gente adecuada)
- Que todavía es un parto temprano o “prodromal” y no requiere “remedios” para conducirse hasta un trabajo de parto bien establecido. A veces una mujer podría vivir 4 ó 5 días seguidos de un trabajo de parto así, sin hacer nada. Lo importante es descansar cuando las contracciones van menguando y notar que el bebé sigue bien con sus movimientos y si se quiere monitorizar de vez en cuando su ritmo cardíaco.

Joni Nichols. Comadrona.

4.- Periodo de expulsivo

Cuando la mujer ha llegado a los 7-8 cm de dilatación ya no hay marcha atrás. La actitud física y psicológica de la mujer de parto cambia, se desconecta del mundo exterior y surge su lado más primitivo. Es en ese momento cuando empieza la fase de expulsivo.

Inicio del expulsivo - Signos

El expulsivo o también llamado periodo de pujar, termina con el nacimiento del bebé, que sale por el canal de parto gracias a contracciones **involuntarias** uterinas.

El inicio del expulsivo se define como el momento en que se constata que la mujer está en dilatación completa o cuando la cabeza del bebé es visible. Se habla de diez centímetros porque eso es, aproximadamente lo que mide el diámetro de la cabeza del bebé de una oreja a otra, la cifra aproximada que obtienen los obstetras cuando hacen una ecografía y miden el diámetro biparietal (DBP). Sólo hay una manera para saber con certeza que una mujer ha alcanzado dicha dilatación completa y la fase del expulsivo ha comenzado, esto es a través de un tacto vaginal que nos confirme que la cabeza del bebé ha pasado el cuello del útero e inicia su descenso por la pelvis.

En los partos fisiológicos hay otros signos de que se está llegando a ese momento:

1. **La sensación subjetiva de ganas de empujar:** debido a que el saco amniótico o la cabeza protruye a través del cervix dilatado. La mujer emite unos sonidos guturales, profundos y animales, muy primitivos, similares a los que emiten algunas mujeres durante las relaciones sexuales. Sin embargo, este signo no es definitivo, pues la mujer puede sentir la necesidad de empujar antes de la dilatación completa o por el contrario puede estar completa sin sentir necesidad de empujar.
2. A menudo **las membranas se rompen espontáneamente**, si permanecían intactas hasta este momento.
3. **Un cambio de actitud en la mujer:** que de encontrarse tranquila y somnolienta entre contracciones empieza a sentirse inquieta, con la sensación de que algo va a ocurrir.

4. **La aparición del reflejo de eyección materno-fetal:** en los partos fisiológicos, no medicalizados, pueden sentirse unos pujos involuntarios y muy eficaces, una sensación muy intensa como un vómito o una explosión que arrastra y empuja con fuerza al bebé hacia el exterior.

Fases del expulsivo

Hay dos fases bien diferenciadas del expulsivo.

Primera fase no activa o preexpulsiva. A pesar de haber alcanzado dilatación completa, la mujer no siente la necesidad de empujar porque el bebé no ha descendido lo suficiente en el canal del parto, es decir que “la cabeza está alta”. En esta fase se recomienda esperar a que la cabeza vaya descendiendo por el efecto de las contracciones sin que la madre realice ningún esfuerzo, lo que se denomina “descenso pasivo fetal”. Para facilitar que la cabeza descienda por el canal de parto y haga las rotaciones precisas para ir acomodándose a los espacios de la pelvis, basta con que la mujer pueda moverse libremente y adoptar las posturas que le vaya pidiendo su cuerpo, guiada por las sensaciones de presión o dolor que vaya sintiendo en cada momento. **No es necesario forzarla a que empuje antes de tiempo si no tiene ganas de hacerlo.**

La segunda fase es la del expulsivo activo, en la que la mujer siente la necesidad de empujar al bebé con cada contracción. La mujer sentirá una fuerte presión en la zona del recto, y una especie de retortijones fuertes con sensación de querer ir al baño. Los esfuerzos de pujo suelen ser cortos y eficaces, aunque incontrolables.

Se ha demostrado que los **pujos espontáneos** (los que realiza la mujer cuando siente la necesidad) son más efectivos que los **dirigidos** (cuando los “ordena” el personal sanitario). Al igual que sucede con otros procesos fisiológicos, como por ejemplo la defecación, en el parto no se debería pujar sin sentir la necesidad imperiosa de hacerlo.

Los pujos espontáneos suelen ser más cortos y enérgicos, en exhalación, soltando el aire, y a veces acompañados de gemidos o gruñidos que acompañan cada

impulso y permiten que el aire salga. Empujar espontáneamente consiste en, de 3 a 5 empujes cortos (4 a 6 segundos) con cada contracción, comparados con los dirigidos que son empujes de 10 a 30 segundos de duración al mismo tiempo que se contiene la respiración. La evidencia disponible es limitada, pero se puede afirmar que, aunque el pujo continuo y sostenido parece acortar ligeramente el periodo expulsivo, no es recomendable su uso debido a los efectos secundarios que produce en la madre y el bebé.

También se sabe que son más efectivos los pujos a **glotis abierta**, (soltando el aire al empujar) que a **glotis cerrada** (conteniendo la respiración mientras se empuja). A pesar de ello todavía en algunas clases y centros se instruye a las mujeres en la realización de la **Maniobra de Valsalva**, que consiste en coger mucho aire cuando venga la contracción, y sin soltarlo, empujar fuerte hacia el ano como si se fuera a defecar.

La recta final

Con estos esfuerzos de pujo, la cabeza del bebé va descendiendo por la pelvis de su madre, rotando y acomodándose a sus diámetros. Hasta que llega un momento en el que alcanza el suelo del periné, la zona más baja de la pelvis, donde la cabeza empieza a “flexionarse” hacia el orificio de salida del periné, nuestra vulva.

A esta fase se la llama **coronar**: el pelo del bebé empieza a ser visible en la vulva de su madre, aunque con cada contracción, puede que se retraiga para luego volver a aparecer. Este vaivén permite que la musculatura del periné se vaya adaptando al paso de la cabecita del bebé, y se vaya abriendo para dejarle paso. Esto es más habitual en el parto del primer hijo, en los demás el paso suele ser más rápido.

Llega un punto en que no hay marcha atrás, la cabeza se queda fija y en las siguientes contracciones sale. Es en ese momento cuando las mujeres pueden sentir una sensación muy intensa de quemazón en la zona de la vulva, lo que se ha dado en llamar el “**anillo de fuego**”; la piel del periné se estira al máximo para dejar paso al bebé con la menor lesión posible.

5.- El alumbramiento de la placenta

El parto no acaba cuando nace el bebé. Tras la salida de éste, falta aún que salga la placenta, o lo que es lo mismo, falta alumbrar la placenta. De hecho, aunque se suele utilizar la expresión “dar a luz” como sinónimo de parir, en realidad el término dar a luz o lo que es lo mismo “alumbrar”, se refiere exclusivamente a esta fase del parto.

¿Cuándo y cómo sale la placenta?

La salida de la placenta humana **no es inmediata a la salida de la cría**, como ocurre en otras especies. La placenta suele salir después de que el cordón umbilical deja de latir y esto puede producirse poco después del nacimiento del bebé, normalmente entre 10 y 30 minutos más tarde, aunque también puede demorarse en salir una hora o más. La duración de cada etapa depende de cada mujer y de cada parto. La salida de la placenta depende de varios factores, entre ellos que surja un pico de oxitocina muy fuerte que reanude las contracciones. Las condiciones para que el alumbramiento tenga lugar con facilidad son las mismas que se necesitan durante el resto del parto, esto es, **tranquilidad, comodidad y un ambiente cálido**

La **verticalidad**. también ayuda a la salida de la placenta pues una vez desprendida del útero resbala hasta la vagina y la sensación de peso activa de nuevo las ganas de empujar. Como se trata de un órgano blando de unos 500 gr de peso, su salida no suele ser molesta aunque sí pueden serlo las contracciones que la facilitan.

6.- El cordón umbilical

¿Cuándo hay que cortar el cordón umbilical?

No hay un tiempo exacto. La OMS hace hincapié en el pinzamiento tardío o no pinzamiento como procedimiento fisiológico del cordón. Esperar sólo dos minutos como a veces dicen los profesionales no es adecuado porque quizás no haya dejado de latir. No sólo hay que esperar a que deje de latir, sino que también es conveniente que se haya alumbrado ya la placenta. Y una vez que la placenta está fuera tampoco

hay prisa por cortar. Se puede también evitar clampar tempranamente el cordón incluso, cuando el bebe nace por cesárea.

¿Cuándo deja de latir el cordón?

Sabremos que el cordón ha dejado de latir porque se queda blanco. Es posible que lo haga a los tres minutos, a los 7, 11, 15... Suele tardar entre 10 a 30 minutos. Y es posible que, si no la cortamos, después de minutos o incluso una hora vuelva a latir. El mecanismo que hace que esto sea posible no se conoce debido a la tendencia a cortar el cordón que hace que no sea posible estudiar dicho fenómeno. Normalmente hasta que no deja de latir no se desprende la placenta, aunque hay veces que tarda un poco más. Hay que tener en cuenta que el cordón es parte del bebé, es un órgano que si late es porque está vivo y funcionando y por tanto desarrollando alguna actividad necesaria para el niño.

¿Cuáles son los beneficios del pinzamiento tardío?

El cordón umbilical no debería ser pinzado antes de que deje de latir porque mientras el cordón lata, la placenta seguirá insuflando sangre en el cuerpo del bebé. Esta sangre es rica en nutrientes y proporciona una reserva de hierro al niño. Si no la recibiese el niño tendrá un déficit de reservas de hierro y puede padecer anemia, motivo por el cual se insta a las madres a comenzar con la alimentación complementaria muy pronto. Además, es una excusa perfecta para dejar al bebe sobre su madre, en lugar de cortar-provocar llanto-separar, y fomentar así el contacto piel con piel desde el primer minuto.

Además, retrasando el corte, la placenta sigue con su función oxigenadora del cuerpo del bebé mientras continúe transmitiendo sangre. Y esto, en el momento inmediatamente posterior al nacimiento, es un seguro de vida contra la anoxia (falta de oxígeno) postnatal. Si no se pinza y no se corta podrá seguir proporcionando al recién nacido una segunda fuente de oxígeno. Sus pulmones pueden tomarse su tiempo para comenzar a funcionar perfectamente. No será necesario forzarlos, ni hacer llorar al bebé, ni darle un golpe en la espalda para que

respire. Lo hará poco a poco, estando durante esos minutos protegido por el oxígeno que le sigue llegando. La Naturaleza ha previsto que el nacimiento no suponga una carrera contra la muerte. Solo hay que dejarla actuar. Si se tiene paciencia el cordón umbilical se colapsará por sí solo (dejará de latir) y una vez suceda eso si puede pinzarse y cortarse.

7 - Posparto inmediato

Es fundamental que **inmediatamente** tras el parto, el bebé sea colocado sobre el pecho de su madre y permanezcan juntos **piel con piel** el máximo tiempo posible para que se favorezcan **la impronta y el establecimiento de la lactancia**.

El recién nacido busca con sus ojos los de su madre, de esta manera ambos se observan, reconocen y “enamoran” y guiado por la vista y el olfato puede reptar para llegar el sólo hasta el pecho de su madre y engancharse a él.

Los primeros momentos tras el parto influyen en el establecimiento del **vínculo entre madre e hijo** por lo que debe cuidarse que el **ambiente sea tranquilo e íntimo**. Los profesionales que compartan estos momentos con la familia deben ser respetuosos e interferir lo menos posible.

El pecho de la madre contiene todo lo que el bebé necesita: **alimento, calor y protección**, por lo que en ningún sitio estará tan **seguro y confortable** como sobre su madre. Además, el contacto con el bebé y la estimulación de los pezones, provocará en la madre una nueva descarga de oxitocina, necesaria para que se produzcan las contracciones que den lugar al alumbramiento de la placenta y se minimizan así los riesgos de un sangrado posparto excesivo, que ponga en peligro la salud de la mujer recién parida.

Bibliografía

- Varios autores. “Maternidad y Parto. “Nuestras ancestras y nosotras”. Editorial: CENIEH. Junta de Castilla y León
- Rafael Comino Delgado y Guillermo López García. Obstetricia y ginecología. Editorial: Ariel - 2004

- “El parto es nuestro” – Pagina Web
- “Sabiduría de mujer. Cuerpo de Mujer” – Christiane Northrup – Ediciones Urano - 1999
- “Partería Espiritual” – Ina May Gaskin – Mujer Sabias Editoras - 2007