

# **El viaje a la vida: Del Utero al pecho materno**

El embarazo es la máxima expresión de salud y capacidad creativa del cuerpo femenino. Un estado de buena esperanza y alegría. El milagro de la vida.

Las mujeres embarazadas suelen tener hipersensibilidad emocional, eso significa que comentarios o acciones pueden herirlas y afectarles más de lo normal. Todos los sentimientos de la madre llegan al bebé a través del cordón umbilical transmitidos por sustancias químicas que expresan tanto las alegrías como los disgustos.

Entonces la hipersensibilidad emocional de las embarazadas es un recurso de protección hacia el bebé, porque tanto la embarazada como su entorno van a tender a proteger emocionalmente a esa madre y por tanto a su bebé intrauterino. Por eso todas las culturas del planeta cuidan a las embarazadas evitándoles disgustos. Este estado de gran sensibilidad tras el parto es ideal para que la madre pueda dar respuesta a las demandas del recién nacido.

## **El estrés materno afecta al bebé intrauterino:**

Los efectos más conocidos del estrés materno continuado e intenso son el parto prematuro y el retraso de crecimiento intrauterino o bajo peso. (Hedegaard et al., 1993; Hedegaard, Henriksen, Sabroe, & Secher, 1993; Lou et al., 1994).

Los acontecimientos vitales estresantes durante el primer trimestre del embarazo aumentan el riesgo de tener un aborto espontáneo (Nepomnaschy et al., 2006) o de tener alteraciones congénitas por una alteración del desarrollo de la cresta neural, como por ejemplo el labio leporino (Hansen, Lou, & Olsen, 2000).

El estrés materno durante el período fetal puede afectar al desarrollo emocional y conductual en la niñez y también en la edad adulta. Aquellas personas expuestas durante su gestación a dosis más altas de cortisol proveniente del estrés de su madre tendrán como consecuencia unos niveles superiores de glucocorticoides en la edad adulta y una mayor predisposición a padecer patologías afectivas, metabólicas y cardiovasculares (Brunton & Russell, 2010).

Más de catorce estudios prospectivos independientes han hallado una relación entre la ansiedad materna prenatal y alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales en los hijos (Van den Bergh, Mulder, Mennes, & Glover, 2005).

Cuando una embarazada sufre ansiedad en la segunda mitad del embarazo su bebé intrauterino puede tener cambios permanentes en su sistema de adaptación al estrés. Cambios que lo harán más vulnerable y aumentarán el riesgo de que padezca trastornos de conducta, emocionales o de hiperactividad.

Al empezar a hablar he dicho que el embarazo es la expresión máxima de salud de una mujer. Pero a menudo muchas embarazadas sufren angustia y estrés en su

embarazo cuando van a una visita médica. Entran sanas y felices a la consulta y salen enfermas y angustiadas.

Durante la visita de seguimiento, la actitud no verbal, el tono de voz empleado y el contacto visual o falta del mismo por parte del profesional pueden tener potentes efectos en el estado emocional de una embarazada.

Ejemplo de lo que una embarazada puede ganar de peso en el embarazo: 1kg de pechos, 1 kg de matriz, 1 kg de placenta, 1 kg de líquido amniótico, 2 litros de sangre más, 3.500 g de bebé, 4.000 g de líquido intercelular, 4.000g de grasa almacenada: 17 kg y medio.

El encarnizamiento diagnóstico con las mujeres embarazadas está basado en la idea de que las embarazadas y parturientas son problemas en potencia, y todo embarazo sano es aquel al que aún no hicieron suficientes pruebas para detectar un problema.

Las ecografías no son exactas, tienen mucho margen de error y no se ha demostrado que sean inocuas. Los ultrasonidos son una forma de energía, que causan efectos físicos en los tejidos como vibraciones y aumento de la temperatura. Estos aumentos de temperatura pueden causar daño en el sistema nervioso de un bebé intrauterino y esto se ha comprobado en animales, concretamente en embriones de ratones (Miller 2002).

Las vibraciones provocadas traducidas en sonido pueden molestar al bebé intrauterino. En una investigación hecha en 2001 se colocó un hidrófono en miniatura dentro del útero de una mujer para grabar el sonido que producía un ecógrafo dirigido hacia él. El ruido resultó ser de 100 decibelios, o sea "tan alto como un tren entrando en la estación de metro" (Samuel, 2001).

Por ello es importante limitar su número al estricto necesario. En España son tres: a las 12, a las 20 y a las 33 semanas. En Holanda solo una a las 18 semanas y en Reino Unido dos: a las 12 y las 20 semanas. La evidencia científica no recomienda realizar la ecografía de tercer trimestre por rutina (Cochrane 2009).

Pero es muy frecuente que en la privada se hacen ecografías cada mes porque sale más a cuenta pasar a la mutua ticket de visita + eco que solo de visita y también para que los padres disfruten viendo a su bebé.

Desde el modelo médico se cree que la tecnología es superior a la naturaleza y las máquinas son más fiables que las personas, pero una buena comadrona con sus manos puede sacar más información del interior de una barriga embarazada que una ecografía: puede calcular el peso del bebé con un margen de error mucho menor que un ecógrafo, la tensión muscular del útero, la cantidad de líquido que queda, el porcentaje de útero que ocupa el bebé, como está colocado, su grado de encajamiento y flexión, su reactividad a los estímulos y percibir si el parto está o no cercano.

## **El parto:**

El parto más allá del hecho físico que comporta tiene una dimensión mística y espiritual muy importantes que muy pocos tienen la suerte de poder vivir, de poder ver. Es un viaje interior en el que te entregas a la fuerza de la vida, permites que tu cuerpo haga lo que tiene que hacer y asumes el dolor en un acto de amor. Vivir un parto consciente y empoderador es un crecimiento personal muy grande que cambia totalmente la percepción de la vida.

Para sentir lo que una mujer siente al acabar de parir hay personas que suben el Everest o corren maratones de 40 kilómetros. En esas situaciones ellos también sufren dolor, pasan miedo y gritan “¡¡no puedo!!”, pero al llegar a la cumbre o a la meta se sienten renacer y en la euforia se saben capaces de todo y muy fuertes. ¿Qué sentirían de ser llevados a la cumbre en teleférico? ¿O a la meta en un coche? ¿Qué siente una mujer a la que le sacan su bebé y nota lo mínimo posible?

No hay nada más poderoso en esta tierra que una mujer pariendo.

Y debido al miedo al dolor las mujeres están regalando este poder a los profesionales. El parto no es un acto quirúrgico, sino un hecho trascendental y sagrado en la vida de las familias que debería tratarse con todo el respeto y dignidad. Se trata de nada menos que de la llegada al mundo de una nueva vida.

Actualmente la sociedad tiene el concepto erróneo de que el nacimiento es un proceso muy doloroso y peligroso que necesita atención médica exhaustiva para llegar a un buen final.

Como profesional, mirar los partos desde el miedo y desde la falta de confianza en la capacidad del cuerpo de las mujeres para parir y la capacidad de los bebés para nacer lleva a aplicar toda la tecnología en los partos de bajo riesgo y ello conlleva a patologizar y yatrogenizar el proceso. Cuanto más manipulas un parto más números de que este se tuerza y necesites realizar más acciones para poder solucionar los problemas que se generan. Ello causa que todavía tengas menos confianza en la fisiología del parto y en la siguiente ocasión todavía estés más alerta y predispuesto a intervenir en el parto. Es un ciclo perverso.

El parto medicalizado dirigido disminuye la autoestima y la auto-confianza de las mujeres en su propio cuerpo. Los partos no los hacen los médicos ni las comadronas, los hacen las mujeres.

También ocasiona más secuelas físicas dolorosas en el post-parto que pueden entorpecer la lactancia materna. Es difícil dar de mamar en una posición correcta cuando no te puedes ni sentar debido al dolor de los puntos de la episiotomía, es difícil amamantar recién cesareada, cuando es un suplicio girarte en la cama y llevas suero en vena y una sonda vesical.

El parto medicalizado dirigido también puede hacer que los bebés tengan más problemas para mamar bien los primeros días.

Por ejemplo, muchos niños nacidos de partos forzados con oxitocina, nacen estresados, agotados, irritables y con poca predisposición para mamar.

También es frecuente que los partos inducidos den lugar a niños inmaduros con patrón de succión inmaduro e ineficaz.

A menudo hay fallos en el cálculo del tiempo gestacional o bien son niños que cronológicamente necesitaban más tiempo. No todas las manzanas caen del árbol el mismo día.

En cambio cuando el parto es fisiológico la madre inicia el camino de la maternidad con el sentimiento de llevar el control, empoderada y capaz de todo. Sin secuelas físicas, libre de cables, sondas, sueros y con total movilidad, recuperada en poco tiempo, con fuerzas para cuidar del bebé. El bebé nace sin estrés, con todos sus reflejos activos, vinculándose sin problemas.

A continuación he hecho una selección de solo algunas de las prácticas más relevantes que los estudios científicos han declarado que son claramente perjudiciales o ineficaces y que debieran dejar de realizarse:

### **OXITOCINA DE RUTINA:**

Una insuficiente respuesta del útero a la oxitocina circulante puede suceder si los receptores de la matriz están saturados porque la madre tuvo muchas horas de oxitocina sintética en vena. Con lo cual podría suceder una hemorragia postparto grave. Un estudio francés publicado en 2011 en el que participaron 3.200 mujeres lo demuestra:

*Belghiti J, Kayem G, Dupont C, et al . La oxitocina durante el parto y el riesgo de hemorragia postparto severa: una cohorte poblacional-anidado de casos y controles estudio. BMJ abierto 2011; 1 : e000514. doi:[10.1136/bmjopen-2011-000514](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000514)*

Conclusiones: La oxitocina administrada durante el parto es un factor de riesgo independiente para la hemorragia postparto grave y el efecto es dosis-dependiente.

### **LA CARDIOTOCOGRAFIA CONTINUA:**

A finales de los años sesenta, el obstetra uruguayo Caldeiro Barcia diseñó, fabricó y aplicó en los partos la monitorización electrónica continua para estudiar la fisiología del parto.

Al cabo de varios años, tras ver y comprobar cómo los aparatos y técnicas que desarrolló se aplicaban de manera rutinaria en la mayoría de los partos de bajo riesgo, dijo: “*Yo inventé la monitorización cardiotocográfica continua para poder ayudar en aquellos partos con problemas, no para poner en problemas a todas las mujeres de parto*”.

La ciencia dice: El uso del monitor no mejoró la salud maternoinfantil pero disparó el índice de cesáreas y de partos instrumentales (Haverkamp et al 1976, Neldam et al 1986 entre otros).

La evidencia científica dice que el método de elección en un parto normal ha de ser la auscultación intermitente, y esta manera de trabajar la han adoptado ya muchos sistemas nacionales de salud de países que abogan por basar sus cuidados maternos en la medicina basada en la evidencia. España es uno de los pocos países europeos donde todavía la monitorización continua cardiotocográfica es lo habitual. Desde luego, queda claro que no se hace por el bien de las madres ni de los niños. Se hace como prueba médico legal.

Es difícil que el latido fetal y las contracciones se capten y se dibujen bien en la gráfica si la parturienta se mueve y se coloca en posiciones que no sean tumbada en la cama, y a menudo se prioriza la necesidad de obtener esa gráfica por encima de la necesidad de movimiento y la comodidad de la madre.

La posición supina provoca contracciones más dolorosas y dificulta el avance del parto. Además, se compromete el intercambio de oxígeno madre-hijo debido al efecto Caldeiro, que consiste en una hipotensión arterial en la madre debido al peso que ejerce la matriz con el bebé sobre la vena cava inferior cuando la mujer se encuentra acostada boca arriba. La mujer embarazada a término siente mareo, náuseas y sensación de falta de aire cuando está tumbada en esta posición.

En cambio, controlar el latido fetal de modo intermitente favorece el desarrollo de un parto fisiológico acompañado no manipulado.

## **LA POSICIÓN DE LITOTOMIA:**

La posición de litotomía dificulta el nacimiento del bebé, pero se sigue usando porque se considera el parto como un acto quirúrgico. Por ejemplo en una operación de la zona genital nos colocarían así para facilitar el acceso a la zona.

En el lenguaje no verbal esta postura indica sumisión, vulnerabilidad absoluta, estar tan expuesta que te puedan hacer cualquier cosa, pasividad, la madre solo ve el techo, ella no participa, le sacan al niño.

Cuando la cabeza del bebé está a punto de salir, en un tercer plano, el coxis o rabadilla tiene la propiedad de poder desplazarse hacia atrás aumentando en uno o dos centímetros más el diámetro del canal óseo del parto, lo que ayuda mucho. Pero si la madre está tumbada en posición supina sobre una camilla de partos esto no es posible, con lo que el canal del parto es más estrecho y el parto más difícil.

La posición de litotomía puede causar sufrimiento fetal si se le suman los pujos dirigidos en los cuales se indica a la parturienta que puje de forma sostenida hasta quedarse sin aire. La mujer respira solo un par de veces en un minuto (los profesionales no recuerdan que el bebé respira lo que respira su madre), tumbada boca arriba (con el efecto Caldeiro descrito antes que reduce el aporte de oxígeno al bebé) pueden llevar al bebé a una situación de estrés y asfixia que hará notar con

descensos del latido fetal cada vez más intensos: Bradicardias sostenidas de expulsivo, termino prácticamente desconocido cuando se asisten partos en otra posición más fisiológica.

Durante el proceso de parto existe una sincronización de la madre con su bebé, la madre busca posiciones y movimientos que le ayudan a llevar mejor las contracciones y estos movimientos y posiciones son los que necesita el bebé para rotar y descender. Por ejemplo si el bebé viene en posición posterior la madre va escoger posiciones en cuadrupedia o de rodillas echada hacia adelante o apoyando el peso de su cuerpo en una pierna durante las contracciones del lado en que su bebé tiene que rotar.

En la fase de pujos algunas mujeres estarán cómodas en la silla de partos, otras no la soportarán y preferirán parir de pie o en cuadrupedia o de rodillas o tumbadas de lado. Es el profesional el que debería adaptarse a la necesidad de la mujer.

### **LA EPISIOTOMIA:**

La evidencia científica no apoya la episiotomía. José Bolívar De Lee (28 de octubre 1869 - abril 1942) fue el obstetra que la generalizó sin basarse en ninguna evidencia científica. Una frase famosa de este médico es: “El embarazo es una enfermedad que dura 9 meses”. ¿Qué se puede esperar de un médico que opina eso?

La vagina por dentro está llena de repliegues que se abren poco a poco como un abanico para dar paso a la cabeza del bebé. La episiotomía no es necesaria en la inmensa mayoría de los casos y solo se debería hacer en la siguiente situación: tenemos un periné muy rígido que está frenando la cabeza del bebé y escuchamos el latido del bebé dando signos de que se está asfixiando y si cortamos vamos a ganar tres minutos en que salga.

En la foto podemos ver las manos de una comadrona simplemente esperando la salida de la cabecita y protegiendo suavemente el periné.

### **EL PARTO NO ES UN SUCESO ESTERIL:**

El parto no es un suceso aséptico, la vagina no es un lugar estéril y un parto no precisa asepsia, solo limpieza.

No es casualidad que los bebés lleguen al mundo asomando la boca y la nariz justo encima del ano de la madre. Y tampoco es casualidad que durante la fase de pujos la mayoría de las madres defequen. Con lo cual el ano esté sucio de restos fecales.

Muy probablemente la naturaleza lo ha diseñado así para que el bebé se contamine rápidamente de la misma flora intestinal que tiene la madre para que quede protegido. Aunque se sabe que cerca de una tercera parte de la flora intestinal del bebé ya se ha invadido de bacterias maternas durante el tercer trimestre de embarazo

y que las primeras gotas de calostro ayudarán a acabar de poblar de bacterias adecuadas el intestino del bebé.

Los bebés que nacen de perinés desinfectados o nacen por cesárea tienen mayor dificultad para poblar rápidamente sus intestinos con bacterias de la madre. Probablemente esto es la causa de que diversos estudios hayan encontrado una relación directa entre nacer por cesárea y padecer mayor número de enfermedades autoinmunes y alérgicas.

Si esto sucede existe una segunda oportunidad y es el contacto piel con piel inmediato, la madre huele a su hijo como buena mamífera, le habla, le respira cerca, lo besa. El bebé lame la piel de la madre y al succionar el pecho las primeras gotas de calostro proporcionan junto a las bacterias maternas la mejor protección.

Se ha descubierto que los humanos somos superorganismos, que por cada célula de nuestro cuerpo tenemos 10 bacterias que conviven con nosotros y del equilibrio de nuestro microbioma depende nuestra salud. El microbioma se hereda de madres a hijos por generaciones mientras nazcan por vía vaginal. En el momento en que un bebé nace por cesárea se rompe la transmisión de este microbioma tan necesario y estos bebés crecen con un microbioma alterado y deficitario.

La Dra. María Gloria Domínguez Bello está llevando a cabo un estudio internacional tanto en Australia, como Nueva York y Puerto Rico: Vaginal swab. Se trata de introducir a las madres que se les va a realizar una cesárea, por lo menos una hora antes una gasa grande enrollada en forma de tampón en el interior de la vagina. Cuando nace el bebé se extrae la gasa pocos minutos antes y se desenrolla la gasa y se le pasa por todo el cuerpo, prioritariamente por la cara y por la boca. Están viendo que los bebés que se les pasa esta gasa tienen un microbioma mucho mejor que los nacidos por cesárea que no se les pasa la gasa. Aunque el mejor microbioma lo tienen los nacidos por vía vaginal.

En un estudio holandés reciente estudiaron 1.032 muestras fecales de bebés de 1 mes de vida y comprobaron que los recién nacidos a término que nacieron por vía vaginal en casa y fueron amamantados exclusivamente, parecían tener la más "beneficiosa" microbiota intestinal.

***Factores que influyen en la composición de la microbiota intestinal en la infancia temprana, [John Penders](#), publicado en Pediatrics August 2013;118:2 511-521***

## **EL MOMENTO SAGRADO:**

*Cuando una mujer que ha dado a luz recuerda el nacimiento de sus hijos la imagen que con más fuerza viene a la mente es el primer momento en que tuvieron a su bebé en los brazos, la primera mirada mutua. En ese momento la madre es una Diosa y su bebé un tesoro y el nacimiento un suceso sagrado irrepetible. La llegada de la vida a este mundo. Hemos tenido el honor de presenciarlo y nuestra actitud ha de ser de reverencia y máximo respeto por el momento y sus protagonistas. Tal como explica Consuelo Ruiz Vélez Frías:*

*“Yo siempre entregaba el bebé a la recién parida con reverencia, con unción, como quien entrega un fantástico, un divino tesoro.”*

El factor más importante que nos asegura un buen alumbramiento fisiológico de la placenta es que previamente haya sucedido un parto fisiológico del bebé.

**La Gestión Activa de la Tercera Etapa del Parto reduce la duración de la LM Debido al dolor y las complicaciones físicas.**

Breastfeeding Medicina, 2014 octubre 27

[Marrón A](#) ' [Jordan S](#) .Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud, Universidad de Swansea, Reino Unido.

288 madres, la mitad recibió oxitocina parenteral para alumbrar la placenta y la otra mitad no la recibió.

No hubo diferencias en el inicio de la lactancia, pero las que recibieron oxitocina tenían una propensión aumentada a tener dificultades con la lactancia a las dos y a las 6 semanas y a no continuar con ella.

La inyección de oxitocina puede interferir con los procesos fisiológicos normales que ocurren después del parto. La lactancia materna depende de la oxitocina y la prolactina. La inyección puede reducir las respuestas naturales del cuerpo a estas hormonas, lo que haría más difícil la lactancia materna. .

**El parto no ha terminado:** Nació el bebe pero el parto no ha terminado y es importante mantener el mismo clima de respeto, privacidad, poca iluminación, pocos estímulos verbales, calor ambiental así como la no intervención ni entrada de gente extraña en el lugar del nacimiento . No cumplir esas reglas podría impedir la liberación de oxitocina por parte de la madre. También el profesional debe sentirse cómodo y tranquila y capaz de esperar. Esto es más difícil cuando atiendes el parto vestido con bata y mascarilla y con campo estéril, no puedes tocar nada que no sea el periné de la madre, el tiempo se hace largo, se te van las manos a tironear del cordón y forzar la salida de la placenta. En cambio si simplemente llevas guantes para recoger al bebé y no contaminar a la madre ni ser contaminado con sus fluidos una vez nació el bebé lo colocas sobre la madre, lo secas, lo tapas, te quitas los guantes y te retiras a hacer otras cosas como rellenar todos los papeles del nacimiento.

El bebé sobre su madre provoca sensaciones táctiles con sus movimientos. Su madre lo huele, lo toca y las sensaciones tan intensas de enamoramiento visceral que le embargan van a estimular la producción de un fuerte pico de oxitocina necesario para un alumbramiento seguro. Está bien si se inicia la lactancia materna pero no es imprescindible. Muchos bebés necesitan alrededor de una hora para empezar a mamar y mucho antes las placentas suelen estar fuera.

Las madres embarazadas padecen una hiperosmia fisiológica (mucha capacidad de oler) porque necesitan oler a sus criaturas tras el parto y hacerlo va a incrementar la producción de oxitocina en la madre. El gorrito puede impedir que la madre huela la cabecita a su bebé. Si el bebé permanece piel con piel y tapado con una toalla o talla será suficiente para mantener el calor. Asimismo, el elevado nivel de catecolaminas



en un recién nacido que ha vivido un parto normal estimula el bulbo raquídeo y facilita la orientación olfatoria para iniciar la lactancia materna.

Se ha comprobado que los bebés nacidos por cesárea programada tienen en el postparto inmediato bajos niveles de catecolaminas y ello les ocasiona mayor dificultad para localizar el pecho a través del olfato, además de mayor riesgo de presentar distress respiratorio. Nacer por cesárea también causa mayor mortalidad perinatal, menor tiempo de lactancia materna y a largo plazo mayor incidencia de rinitis alérgica, asma y atopía.

### **Estado de alerta:**

El paso de la cabeza del bebé por el canal del parto se acompaña de una liberación masiva de catecolaminas y noradrenalinas (las hormonas del estrés). A su vez la madre desencadena en la fase de pujos un pico alto de adrenalina que la hace tener sentimientos de desesperación: el “No puedo!!”, esas hormonas del estrés pasan por el cordón a la sangre del bebé lo que le hará nacer en estado de alerta, con sus ojos abiertos y todas sus capacidades en máxima funcionalidad. El bebé tiene pues un estrés del parto beneficioso que le va a durar un par de horas y que se va a resolver gracias a la estimulación vagal que causa el contacto piel con piel y la succión temprana.

Tras el parto normal, en el post nacimiento inmediato la madre tiene en su sangre la el coctel de hormonas del amor: oxitocina, prolactina, endorfinas, catecolaminas. Su bebé también puesto que estas pasan a raudales por el cordón umbilical.

Ambos experimentan una sensación de apego intenso, dependencia y enamoramiento visceral animal. Se huelen, se tocan, se buscan la mirada...

Porque todos los bebés al nacer buscan contacto visual con su madre, aunque la comadrona los coloque con la cabeza mirando hacia un lado se mueven, cabecean y no paran hasta lograr ver el rostro de su madre y mirarla.

Las madres mantienen mejor la temperatura de sus hijos que las cunas térmicas. Tienen capacidad de sincronía térmica con su bebé. Cuando un bebé permanece piel con piel encima de su madre, la temperatura del pecho de la madre es capaz de graduar la temperatura de su bebé. Si este está frío la piel de la madre subirá su temperatura y si está demasiado caliente la temperatura de la madre bajará para enfriarlo. Incluso se ha comprobado que cuando se ponen gemelos encima de la madre ella es capaz de adaptar cada mitad de la piel de su pecho al bebé que tiene encima (Ludington-Hoe, 2004).

### **EL CORDÓN:**

Tras el nacimiento, el cordón late fuertemente transfiriendo sangre oxigenada de la placenta hacia el bebé. La placenta funciona como un reanimador neonatal incorporado que asegura una segunda fuente de oxígeno para el bebé por si le cuesta empezar a respirar por primera vez. Clampar el cordón inmediatamente antes de que

el bebé empiece a respirar le causa anoxia y puede dañar su cerebro. Además, el clampaje tardío del cordón umbilical previene la anemia en la primera infancia.

El primer trasplante de células madre de la humanidad:

Hay una cantidad de sangre en la placenta equivalente a una tercera parte del volumen total de sangre que tendrá el bebé que tiene que pasarle a través del cordón en esos minutos. Si se pinza el cordón esa sangre se va quedar en la placenta y se va a tirar, o donar ahora que está tan de moda. Esa sangre pertenece al bebé e impedir que le llegue va a causarle anemia y reservas de hierro insuficientes. Y esto es todavía mucho más importante si el recién nacido es prematuro o es de bajo peso.

El cordón late normalmente entre tres y 20 minutos, a veces más, y lo ideal es pinzarlo cuando ya no late, está flácido, pálido y colapsado, con lo cual al poner la pinza no se ejerce ninguna acción sobre el mismo y por lo tanto no es posible dañar al bebé. Todos los estudios hechos hasta el momento corroboran que esperar a cortar beneficia al bebé y no tiene riesgos. Y eso considerando clampaje tardío a los tres minutos de vida que es el tiempo mínimo que late un cordón. Los bebés nacidos en casa solemos cortar el cordón después de que salió la placenta. No hay ninguna prisa.

**Última Revisión Cochrane año 2013:** *Título: Efecto del momento del pinzamiento del cordón umbilical de los recién nacidos a término sobre los resultados maternos y neonatales* **Autores:** McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS

*Conclusiones:*

- El clampaje tardío no aumentó hemorragias maternas. (Cuando el cordón no se clampa hasta que se colapsa solo la placenta se vacía y disminuye su volumen con lo cual el alumbramiento es más fácil y seguro).

-El clampaje tardío mejoró de forma importante el hematocrito y las reservas de hierro en los bebés.

-El clampaje tardío aumentó el peso 101 g de media a los bebés.

-No había más ictericia en el grupo de corte tardío pero si un muy ligero aumento de necesidad de fototerapia entre los bebés que tuvieron ictericia con clampaje tardío.

No pinzar cuando el cordón está como en la foto de la derecha nunca. Se puede pinzar tranquilamente cuando el cordón está como en la foto de la izquierda.

Grafico que explica la transferencia fisiológica de la sangre de la placenta hacia el bebé. A medida que se va vaciando la placenta se va llenando el bebé.

Los bebés cuyo cordón es respetado están rojos, pletóricos comparando con los bebés que se les clampó antes de tiempo el cordón que tienen un color rosa pálido. No aumenta la posibilidad de ictericia por poliglobulia, porque en realidad eso es la NORMOGlobulia, lo anormal es intervenir y clampar el cordón antes de que este se colapse por sí solo.

Los parámetros que manejan los neonatólogos como normalidad en tasas de hemoglobina están creados con bebés anémicos a los cuales se les clampó el cordón de forma temprana.

Cuando el cordón no se clampa hasta que se colapsa solo la placenta se vacía y disminuye su volumen con lo cual el alumbramiento es más fácil y seguro.

Las contracciones uterinas causan una retracción de las fibras musculares uterinas que a su vez constriñen los vasos sanguíneos que irrigan la placenta evitando que la sangre retorne al árbol vascular de la madre. Esto causa una congestión, la sangre se acumula hasta que se rompen los vasos sanguíneos y se desenganchan las vellosidades de la pared uterina. Se forma un coágulo detrás de la placenta y esta se va soltando. Externamente la mujer sentirá una contracción uterina dolorosa y saldrá al exterior un pequeño chorro de sangre oscura. El cordón umbilical se alargará.

La placenta desciende al segmento uterino inferior mientras las fibras musculares uterinas contraídas forman ligaduras de seguridad de los vasos sanguíneos que las atraviesan. Los factores de coagulación aumentados cubren rápidamente con una malla de fibrina toda la superficie donde estaba insertada la placenta.

La placenta se asienta en la vagina hasta que la madre siente de nuevo sensación de ocupación y ganas de incorporarse y empujar un poco o bien ella misma o la comadrona traccionan suavemente del cordón para acabar de liberarla. No hay prisa si no hay sangrado y la madre está bien. Los alumbramientos fisiológicos suelen tardar entre media hora y una hora, a veces más. La salida de la placenta puede ser más fácil si es la misma madre quien se ayuda a alumbrar. Ella no se va a hacer daño a sí misma y solo tirará lo justo y necesario.

Algunas mujeres retienen sin querer la placenta en vagina, tensas, porque acaban de tener un momento muy intenso y doloroso en esa zona y tienen miedo al dolor. Recordarles que placenta viene de placer, es blandita y no duele nada cuando sale, les dará confianza y ayudará a que se relajen y la “suelten”. También facilita las cosas la verticalidad.

## **LO NORMAL ES NO SEPARAR:**

Parece mentira que haya que demostrar con evidencia científica que el mejor sitio del mundo donde hay que colocar un bebé tras su nacimiento sea la piel del vientre de su madre. Nadie aportó evidencia científica cuando se instauró la norma de separarlos.

Los bebés que están piel con piel encima de su madre también tienen la glucemia más alta, mejor saturación de oxígeno, ritmo cardíaco y respiratorio más estable y menos llanto, tanto en intensidad como en duración. Y además seguro que son más felices, aunque no fuera más que por eso no se les debería separar.

La madre y el padre y el bebé llevan 9 meses esperando este momento tan importante en sus vidas, es un momento sagrado, nadie tiene derecho a interrumpirlo como no sea que la vida de la madre o del bebé corra peligro.

Y en los partos en casa ni siquiera en ese caso es necesario. Las comadronas no perdemos el tiempo en pinzar y cortar el cordón y el esternón de la madre se convierte en la mejor tabla de resucitación. Los padres pueden ver cómo hacemos todo por salvar su bebé y pueden llamarlo a la vida y darle calor corporal.

Lo peor que le puede pasar a un bebé tras nacer es que lo separen de su madre. Y el peor recuerdo de su parto que le queda a una madre después de dar a luz es cuando se llevaron a su bebé.

El llanto prolongado provoca estrés y el bebé estresado cae en la desesperación. La temperatura baja para ahorrar energías y poder sobrevivir más tiempo solo; la frecuencia cardíaca se hace inestable y la respiración es irregular con apneas. También disminuye la glicemia.

Todos los bebés que son colocados piel con piel sobre el vientre de la madre son capaces si se les deja tiempo de reptar, alcanzar el pecho y mamar por si solos en posición correcta sin ayuda. Tardan en hacerlo 40 minutos de media, algunos lo consiguen a los 15 minutos y otros a la hora y media de nacidos. Los recién nacidos que pasaron por este proceso tuvieron un índice mayor de éxito en la lactancia y mayor duración de la misma. Y sus madres tuvieron menos problemas de grietas y mal-posición.

Respetar la vida significa cuidar a las madres como si fueran Diosas, como si fueran tu hermana y a los bebés como si fueran tu hijo, como si fueran un divino tesoro. Si ves de ese modo los nacimientos no puedes practicar la violencia obstétrica. Respetar la vida significa también trabajar brindando a las madres y a sus bebés los mejores cuidados basados en la evidencia científica y priorizar siempre sus necesidades por encima de las nuestras.

#### BIBLIOGRAFIA:

-<http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2010/02/27/%C2%BFson-inocuas-las-ecografias/>

-<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/02656730210146890>

-<http://www.newscientist.com/article/dn1639-fetuses-can-hear-ultrasound-examinations-.html#.VSRGmfmsWwA>

**-Revisión 2013 The Cochrane Library, Título:** Efecto del momento del pinzamiento del cordón umbilical de los recién nacidos a término sobre los resultados maternos y neonatales resultados **Autor:** McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS

-“Maternidad y Salud, Ciencia, Conciencia y Experiencia” Informes, Estudios e Investigación 2012, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Mathew JL. Timing of umbilical cord clamping in term and preterm deliveries and infant and maternal outcomes: a systematic review of randomized controlled trials. *Indian Pediatr* 2011 Feb; 48(2):123-9.

- Andersson O, Hellstrom-Westas L, Andersson D, Domellof M. Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. *BMJ* 2011; 343:d7157.

- Hakim NH, Kounishi T, Alam AH, Tsukahara T, Suzuki H. Alternative splicing of Mef2c promoted by Fox-1 during neural differentiation in P19 cells. *Genes Cells* 2010 Jan 29.

- Raju TN, Singhal N. Optimal timing for clamping the umbilical cord after birth. *Clin Perinatol* 2012 Dec; 39(4):889-900.

-“CÓMO DAÑA EL PINZAMIENTO DEL CORDÓN EL CEREBRO DE TU BEBE”, George M. Morley, *Revista Obstare*.

[-http://cordclamping.files.wordpress.com/2011/12/literature-overview-immediate-vs-delayed-cord-clamping-in-full-term-infants-table1.pdf](http://cordclamping.files.wordpress.com/2011/12/literature-overview-immediate-vs-delayed-cord-clamping-in-full-term-infants-table1.pdf)

-**Gestión del pinzamiento del cordón umbilical.** Webbon L. **Revista** Pract midwife. 2013 Feb; 16 (2) :23-6. **Afiliación** Universidad de West London.

-Buckley, SJ *"Dejar las cosas como estaban: Perspectivas Naturales en la Tercera Etapa del Parto"*, [Nacimiento Gentle, Gentle maternidad: Guía de un médico para el parto natural y opciones suaves primeros padres \(2009\) Nueva York: Celestial Arts](#)

-Mercer, J. Skovgaard, R. & Erickson-Owens, D. " *Fetal para la transición neonatal: en primer lugar, no hacer daño* ", Parto Normal: Evidencia y Debate segunda edición (2008) editado por Downe, S. pp149-174

- Mercer, J. Skovgaard R. fisiología neonatal transitoria: un nuevo paradigma *J PERINAT Enfermería Neonatal*. 2002 Mar; 15 (4) 56-75.

[-http://www.sfnjournal.com/article/S1744-165X%2813%2900071-1/abstract](http://www.sfnjournal.com/article/S1744-165X%2813%2900071-1/abstract)

- Tolosa, J. N., et al. "Mankind's first natural stem cell transplant," *Journal of Molecular Medicine*, Vol 14 Iss 3, 2010: 488-495.

- Bhatt, S., et al, "Delaying cord clamping until ventilation onset improves cardiovascular function at birth in preterm lambs," *Journal of Physiology*, published online before print March 19, 2013.

- Raju, T., et al. "Timing of umbilical cord clamping after birth for optimizing placental transfusion," *Current Opinion*, Vol 25 Iss 2, April 2013: 180-187.

- Brown, N., et al, "Contradictions of Value: between use and exchange in cord blood bioeconomy," *Sociology of Health and Illness*, Vol 34 Iss 1, January 2013: 97-112.

- Brown, N., et al. "Immunitary bioeconomy: The economization of life in the international cord blood market," *Social Science & Medicine*, Vol 72 Iss 7, April 2011: p1115-1122.

- Lasky, L.C., et al. "In utero or ex utero cord blood collection: which is better?" *Transfusion*, Vol 42 Iss 10, October 2002: p1261-1267.

- Kanda, J., et al. "Unrelated cord blood transplantation vs related transplantation with HLA 1-antigen mismatch in the graft-versus-host direction," *Leukemia*, Vol 27 Iss 2, July 18, 2012: p286-294.

- Rao, M., et al. "Concise Review: Cord Blood Banking, Transplantation and Induced Pluripotent Stem Cell: Success and Opportunities," *Stem Cells*, Vol 30 Iss 1, January 2012: p55-60.

<http://midwifethinking.com/2014/01/15/the-human-microbiome-considerations-for-pregnancy-birth-and-early-mothering/>

<http://www.asmonlineeducation.com/php/asm2014abstracts/data/papers/I-741.htm>  
<http://commonhealth.wbur.org/2014/06/birth-canal-bacteria-c-section>

<http://www.donallum.org/>

<http://www.elpartoesnuestro.ec/>

<http://www.episiotomia.info/>

<http://www.quenoosseparen.info/>

Inma Marcos

Comadrona colegiada nº 29.199

Barcelona, abril de 2015