

Embarazo, Parto y Puerperio

Aspectos psiconeuroendocrinos Psic. Prof. Natalia Oroquieta

Â

Â

â€œSintí una leve molestia, luego los dolores eran cada vez más fuertes y comencé a pujar. Al tercer pujo sintí como su bebé salía, no lo podía creer. Con todas sus fuerzas ambos, mamá y bebé, lloraban. Uno por la emoción tan hermosa de ser mamá y el otro porque se enfrentaba por primera vez al mundo y era su forma de decir: â€œ¡estoy!â€. Se miraron y se fundieron en una sola mirada. No podía creer que ese bebé tan precioso, tan perfecto era de ella. Luego se lo dieron al papá y conjuntamente con la neonatóloga lo revisaron para ver si estaba todo bien mientras la mamá preguntaba a cada rato si estaba sano, si tenía todos los dedos. Luego se lo dieron nuevamente y salieron los tres a empezar a vivir esta nueva experiencia de ser papá y mamá. Natalia Oroquieta

A modo de introducción: La temática que tomaremos hoy es sobre Fecundación, Embarazo, Parto y Puerperio que si tomamos el programa estar dentro las etapas de la vida. Será el inicio de la vida aunque encontramos controversias sobre dicho tema, más si se lo toma desde lo legal o jurídico, desde la perspectiva médica o desde el sentido común. Es uno de los hechos más maravillosos dentro de la complejidad del ser humano: reproducirse a sí mismo. Esto que ustedes vieron de los grados de complejidad del ser humano que a partir de células, tanto femeninas como masculinas, podemos crear seres humanos. Vamos a ver que se deben dar diferentes factores para que se produzca la concepción, la fecundación. Tiene que darse en momentos específicos y en fechas medianamente exactas, en relación a lo neuroendocrino, sin dejar de lado los aspectos emocionales de la mujer y la pareja que espera a este futuro bebé. Es un tema que desde el campo psicológico se está haciendo abordajes muy interesantes; ya sea, por ejemplo, la psicoprofilaxis obstétrica, que puede ser una futura especialización para ustedes dentro del campo psi, también para problemáticas de parejas que no puedan concebir o tengan dificultades en sus embarazos, etc. Es un interjuego entre lo orgánico, lo corporal y lo psicológico-vincular. Por ejemplo sucede que parejas que están buscando hijos muchos años sin conseguirlo, que luego cuando adoptan un bebé y esta mujer posteriormente queda embarazada. También sucede que ciertas mujeres que deciden hacer tratamientos para tener hijos y están atravesando un conflicto afectivo o se obsesionan con el tratamiento, cuando se relajan o empiezan a pensar en otras cosas, quedan embarazadas. En problemáticas de este tipo no se puede dividir exactamente lo orgánico de lo psicológico. En este momento es donde podemos intervenir en las problemáticas de fertilidad, desde una interdisciplina médica tratante y psicólogo. Esta temática abarca los aspectos psiconeuroendocrinos como mencioné anteriormente y nos basaremos en el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal. A nivel hipofisario se activan dos hormonas, la folículo estimulante (FSH) y la luteinizante (LH); a nivel gonadal: el estrógeno y la progesterona. Vamos a ver que en el momento de la concepción y en el del embarazo se van a crear otras hormonas para ir sosteniendo el embarazo e ir preparando el cuerpo de la mujer para la futura lactancia. ¿Cuáles son los primeros signos que aparecen en una mujer cuando ha quedado embarazada? Primeramente, la ausencia de menstruación. Aunque parezca una obviedad, muchas mujeres en el momento de la anidación, dentro de los siete u ocho días de haberse producido la fecundación, puede producirse un pequeño sangrado, no como el menstrual sino como pequeñas gotitas de sangre que pueden confundirla, si tiene un ciclo menstrual regular, de que ha menstruado y que no está embarazada. Esto también nos marca, como signo a tener en cuenta para una prevención, el reconocimiento que su propio cuerpo y como funciona el mismo. Otro signo es la aparición de náuseas. La próxima clase vamos a ver las interpretaciones psicológicas, psicosomáticas con respecto a las náuseas de la mujer gestante. Las mismas mayoritariamente se producen por los cambios hormonales que va sufriendo la mujer durante el embarazo. Una de las autoras, Marie Langer en el libro *Maternidad y Sexo*, va a dar una interpretación a nivel emocional de lo que se alzan las náuseas. Ella da una interpretación bastante lineal en lo que respecta a lo psicológico, va a decir que el tema de las náuseas y los vómitos tiene que ver con el hecho de que la mujer, a nivel inconsciente, no acepta de alguna manera este embarazo, y que no se relaciona siempre con un deseo de este futuro bebé, lo que marca una diferencia bastante importante. Entonces, de alguna manera con las náuseas o los vómitos, inconscientemente, es una forma de expulsar a este bebé de su cuerpo. Y va a decir que los antojos van a tener una función inversa, el comer e ingresar alimentos, es una forma que tendrá la mujer de retener a ese bebé. Abarca también la sintomatología tanto de la zonal oral como de la zona anal, como las diarreas y la constipación. Estas conductas tenderán a la misma interpretación anteriormente mencionada, de retener al bebé o de expulsarlo. Por eso cuando uno lee esto suena fuerte y hay que tener en cuenta que estamos hablando de cuestiones inconscientes, no que esta mamá no quiere a su bebé, de las relaciones con su madre o su pareja, de ella como hija y futura madre. También como otro de los síntomas que podemos citar es el sabor metálico en la boca. A partir de todo este cambio hormonal que va sufriendo la mujer, empieza a notar que ciertos gustos se exaltan y otros no se sienten. Específicamente es un sabor como si tuviera un tornillo en la boca, no sé si ustedes alguna vez tomaron hierro, el hierro tiene un gusto metálico. La mujer empieza a sentir esa sensación. O, por ejemplo, gustos que antes pasaban desapercibidos ahora están exacerbados. Lo mismo sucede con el olor, con el olfato. Olores que uno no lo siente, la mujer embarazada los tiene bastante presentes, y esto es lo que puede producirle náuseas, asco y demás. Otro de los signos es el deseo frecuente de orinar. En este caso, tiene que ver con el hecho de que el feto comienza a crecer, y si observamos es el sistema reproductor femenino, el feto se apoya en la vejiga. Entonces, cuando el feto comienza a crecer con el bebé va presionando la vejiga y produce esta necesidad de orinar frecuentemente. En el primer y último

trimestre se da con mayor frecuencia. Aparece el cansancio, la mujer necesita dormir más. Ustedes en las entrevista de la observación del bebé [1] lo pueden haber escuchado, les puede haber contado la mamá el hecho de esa necesidad de dormir a cualquier hora; algo no manejable, no debido a que la mujer trabajó mucho, sino a un cansancio y un sueño no manejable. Esto también tiene que ver con los cambios hormonales. Otro síntoma que la mujer tiene, quizás antes de la ausencia de menstruación y como el primer signo es el cambio en los senos, cambia el tamaño y consistencia de los mismos. Mayoritariamente éste es el primer signo que tiene la mujer; pero como puede pasar que antes de la menstruación también haya tenido esta sintomatología, lo deja pasar como un síntoma más del ciclo menstrual que está por venir. También como otra señal aparece el aumento de flujo vaginal. Es algo muy característico en el primer trimestre. Se va a ir conformando, más adelante lo que será el tapón mucoso en el cuello uterino. Este aumento del flujo vaginal también está relacionado con estos cambios hormonales que va sufriendo la mujer. Un nuevo signo son los cambios impredecibles en las emociones. Es decir, de repente está muy contenta, se pone a llorar, por cualquier situación, contesta mal y al minuto está bien. Tiene que ver de alguna manera con una interconexión de las emociones a nivel hormonal y psicológico. El hecho de no saber qué está pasando, el impacto de la noticia, si este bebé fue buscado o no, en qué momento viene y demás; produce obviamente, junto al cambio hormonal, los cambios impredecibles de las emociones. Por eso es tan complicado para los que están a su alrededor comprender este período, porque como la mujer aún no tiene cuerpo de embarazada no se entiende por qué ocurren estos cambios tan repentinos de humor. Después aparecen los cambios en el gusto y preferencia por ciertas comidas. Es lo que les comentaba de cómo cambian los gustos, los sabores y las preferencias. Preferencia por lo dulce, preferencia por lo salado, preferencia por lo ácido. Además pueden aparecer preferencias por algunas cosas que no tiene que ver con la alimentación; por ejemplo: la necesidad de comer o masticar jabón, tizas, cáscara de cítricos, la necesidad de comer cosas que no son comestibles. No se sabe muy bien por qué la mujer tiene estos gustos: morder ciertas cosas o comer dentífrico por ejemplo. Toda la sintomatología de la mujer gestante es una conjunción entre los cambios hormonales y los aspectos psicológicos.

Alumna: ¿Puede ser que haya casos que presentan la menstruación durante el embarazo? Es lo que les comentaba al principio, no es que haya una hemorragia menstrual, lo que pasa es que en el primer trimestre o en el primer mes, cuando se va produciendo la anidación del huevo fecundado, cuando se empieza a romper pequeños vasos del útero, puede haber un pequeño sangrado. Alumna: ¿Pero así durante los nueve meses? El sangrado durante los nueve meses no es normal, cuando hay sangrado especialmente el en primer trimestre es un signo de atención y de consulta al obstetra. Puede pasar que después de las relaciones sexuales, como las paredes vaginales están bastante sensibles por las hormonas puede haber un pequeño sangrado. Siempre, como dicen los obstetras, ante la duda hay que consultar, aunque sean sólo unas gotitas. Alumna: Porque hay un caso de una chica que no estaba embarazada, que no sabía que estaba embarazada porque ni siquiera panza tenía y empezó con contracciones. Pero nunca se enteró que estaba embarazada. ¿Pero cuántos meses de embarazo tenía? Alumna: nueve. Bueno, así me parece que están en juego otros factores. Uno de los mecanismos de defensa es la negación; o sea, negar la realidad hace hasta que una mujer pueda no tener panza. Hay varios casos de adolescentes embarazadas que ocultan su embarazo y hasta tienen una regresión física del embarazo por el hecho de ocultárselo a los padres o a la sociedad o lo que sea. Yo puedo entender por ahí que una mujer los dos primeros meses o hasta el tercero, si no es una mujer regular, que sus menstruaciones son irregulares, pueda a llegar a tener dudas de que está embarazada. Además, ahora si tiene dudas, a una semana de haber tenido relaciones sexuales puede hacerse un test casero. El tema es si esa mujer se quiere sacarse la duda o no. Ya a los nueve meses no darle cuenta que está embarazada... Hay algo más complicado y peligroso que es el tema de la negación. Si hay una negación del embarazo corremos el riesgo que obviamente también haya una negación del bebé. Si en esos nueve meses no hubo contacto con el futuro bebé... Imaginate que a los cuatro o cinco meses ya comienza a sentir los movimientos del feto. A los seis o siete ya sentís las pataditas, se mueve. O sea, allá ya no lo podremos negar. Además hay que tener en cuenta también que pasés allá con el entorno, porque por más que se tape, se ponga la campera o lo que sea, nueve meses sostener un embarazo y no darse cuenta es mucho tiempo.

Alumna: Y el recién nacido también. Lo grave es la negación. Porque algunas mujeres por, esto por ejemplo no se alimentan, lo cual traerá dificultades en la nutrición del feto. Porque quizás el flujo menstrual ella lo tenía a todos los meses esas pequeñas manchas, porque produce una pequeña hemorragia. Pero ya llegado los nueve meses de un embarazo; ya sea el primero, el cuarto o el quinto hijo. Negar, aportado o sostenido también por el entorno, porque si vos me decís que tenía pareja... Alumna: Además yo lo sé porque es una alumna de mi mamá y le contaba a mi mamá que iba a tener un hermanito. Cuando mi mamá habla con la madre decía: ¡no! Cosas de mamá. Y a la semana entera que tuvieron que ir al médico por contracciones. Ahí puede ser que ella lo negaba por algún factor familiar quizás, pero no que no sepa. Que no se diga por una cuestión social, porque no se pueda o por una problemática familiar es un punto y otra cosa es que una mujer no lo registre. Por eso cuando sucede esto, a nivel preventivo en la clínica, cuando una mujer tiene cinco o seis meses de embarazo y no lo registra, dice en la entrevista que se enteró que está embarazada, en el sexto mes por ejemplo, es un signo que uno debe tener en cuenta por lo que puede pasar posteriormente ¿cuándo va a pasar cuando nazca ese bebé? Y desde allá pueden comenzar a surgir las dificultades vinculares entre la mamá y el bebé. Aspectos endocrinos: las hormonas del embarazo Cuando se produce la nidación, alrededor del séptimo u octavo día, va a aparecer una hormona que es la hormona Gonadotropina Coriónica (HCG) que es producida por la vellosidad coriónica. Después vamos a ver el corion y el amnios, que son las dos membranas que van a empezar a producirse en el embarazo. Que aparezca dicha hormona no quiere decir que haya un embarazo; puede ser un embarazo, pero después de hacer una ecografía alrededor de la octava semana vemos que la cavidad está vacía es lo que se llama huevo huero. Lo que marca la producción de la gonadotropina coriónica es que se ha producido una anidación o un embarazo. Esta hormona es la que se detecta en el test casero cuando aparecen las dos rayitas. En este momento, cuando se produce la anidación y aparece esta hormona, el ovario produce más

progesterona inhibiendo la menstruación. Acuérdense en el ciclo menstrual, para que se produzca la menstruación tiene que haber un descenso de las hormonas ováricas, estrógenos y progesterona, y si yo mantengo el nivel de progesterona durante todo el embarazo, es lo que va a hacer que no aparezca la menstruación, dando también los nutrientes a este huevo fecundado. Por eso, en muchos casos la mujer queda embarazada, hay fecundación, anatómicamente está preparada para enfrentar este embarazo, pero por falta de los niveles de progesterona en el cuerpo este embrión no sigue su curso normal. Es lo que produce en muchos casos los abortos espontáneos en el primer trimestre. Cuando esto ya se sabe por la historia clínica de la mujer, en estos primeros días, en este primer mes, el médico tratante va a inyectar progesterona en la mujer o le va a dar ávulos vaginales de progesterona. Obviamente que con el reposo más el suplemento hormonal ese embarazo puede seguir adelante. Vamos a ver que el primer trimestre de embarazo es el momento más crucial, más complicado, no sólo por el hecho de mantener el embarazo, sino porque se van a producir todas las divisiones celulares necesarias con las características generales que va a tener ese bebé en el momento de su nacimiento. Ya en esta primera semana, en estos primeros días, se define el color de pelo, la cara, el color de piel, si va a tener pelo lacio, si va a tener rulos, lo que sea; todo lo que tiene un bebé se va a definir en estos primeros días, cuando se empieza a producir la división celular. Otra de las hormonas que ya mencioné son los estrógenos. La función de este tipo de hormonas es mantener los órganos genitales, los senos y los órganos reproductivos de la mujer. Recuerden que en el primer período, del primer día a al catorce, el estrógeno engrosará el endometrio para después darle un sustento al huevo fecundado. Es necesario que el estrógeno siga produciéndose durante todo el embarazo para poder sostener las paredes uterinas. La progesterona, como dije antes, sostiene el embarazo, también prepara los senos para la lactancia, eleva la temperatura corporal y, una de las funciones que también tiene y que es muy importante, es la relajación de los ligamentos y las articulaciones, lo que va a ir dando es mayor elasticidad para ir preparando el cuerpo de la mujer, específicamente la zona de la cadera y la pelvis, para lo que va a ser luego el parto normal. Por eso muchas mujeres, no es que no puedan usar tacos altos, ya que lo peligroso no es tanto la caída, sino el hecho de que estos ligamentos y articulaciones están más laxos, y es lo que puede llegar a producir torceduras de tobillos por ejemplo, no quebraduras; y es lo que va a causar, en el segundo o tercer trimestre, los dolores de columna, los dolores de cintura, porque al empezar a relajarse todo lo que tiene que ver con la zona del sacro y la pelvis, la apoyatura del feto que ya va a tener un peso importante es lo que va a dar los dolores de espalda específicamente en esa zona. Agregado al sobrepeso de la mujer que lo esperable es que aumente entre doce y catorce kilos. Otra de las hormonas que aparece es el Lactógeno Placentario Humano (HPL). Cuando hablamos de esta hormona ya estamos hablando de que existe la placenta. Después vamos a ver que la placenta se va a ir formando de una placenta primaria a la placenta propiamente dicha alrededor de los cuatro o los cuatro meses y medio. Al inicio el cuerpo lúteo o el cuerpo amarillo seguirá sosteniendo la producción de progesterona luego lo hará la placenta. En este momento a medida que la placenta va madurando, aparece esta hormona que es el Lactógeno Placentario Humano (HPL). Si se hace un análisis en la última etapa del embarazo es un indicador de la eficiencia de la placenta durante las etapas finales. Otra de las funciones que tiene esta hormona, conjuntamente con las otras dos hormonas, es el agrandamiento de los senos y la producción de calostro que aparece en la mujer embarazada a los cinco o seis meses hasta los primeros días del nacimiento del bebé. Aquí ya comenzamos hablar de otro proceso primordial que es la Lactancia. El calostro es la primera secreción nutricional que va a tomar el bebé de su mamá en estos tres primeros días. Mayoritariamente, si uno lo ve, tiene una consistencia acuosa, de color amarillento no del color de la leche. Pero este calostro es lo que le va a dar los anticuerpos necesarios y la primera protección al bebé, ya que contiene también proteínas, minerales y agua. Por eso la importancia que en esos primeros días el bebé sea amamantado agregado a la connotación afectiva y vincular que tiene el proceso en sí entre esta mamá y el bebé, como se miran, se tocan, se huelen. Si el bebé tuvo una dificultad o quedó internado en neonatología, igualmente se extrae el calostro de la mamá y se lo da al bebé. Porque si el bebé no puede succionar por causa, por alguna patología que pueda tener, le administran la leche materna por sondas; o sea, que la mamá no debe dejar de sacarse leche a pesar de que el bebé no pueda succionar, porque si en esos días no hay succión esa mamá puede perder la leche y la posibilidad de dar de mamar al bebé. La succión del bebé es el elemento clave para este proceso, lo que llamamos reflejo de la bajada de la leche [2], ya que producirá una retroalimentación positiva para que la hipófisis siga estimulando la producción de prolactina y la oxitocina. Si no hay succión o no hay extracción esa leche esa posibilidad de lactancia materna se puede perder. También puede estar dado por cuestiones a nivel psicológico: hay mamás que tienen dificultades en este primer vínculo por el hecho de ser ellas las que van a alimentar al bebé, la dependencia que se crea, que hace que de alguna u otra forma, por su situación personal, no puedan amamantar al bebé y se termina retirando la leche. Pueden ser problemas hormonales, orgánicos o psicológicos. La Oxitocina va a aparecer ya en el último momento del embarazo. Tenemos un equilibrio entre el estrógeno y la progesterona durante el embarazo. Alrededor de las treinta y ocho a las cuarenta semanas de gestación, no se sabe fehacientemente por qué factor, si es porque la placenta ha envejecido, si es por el bebé o por la mujer, la mamá activa a nivel hipofisiario la producción de oxitocina. Al activar la oxitocina lo que va a hacer es que se empiecen a producir las contracciones uterinas desencadenando el parto. Todavía no se sabe bien, obviamente se sabe que es una estimulación hipofisiaria, por qué la mamá en algún momento comienza a estimular la oxitocina. La progesterona anula la contracción, la oxitocina la va a activar. Entonces de este interjuego de activación e inhibición surgen las contracciones que van a dar la posibilidad de expulsión del bebé. Alumno: ¿La oxitocina activa la progesterona? No, es un equilibrio entre el estrógeno y la progesterona que mantiene el embarazo. En un momento la hipófisis comienza a liberar la oxitocina. Lo que la oxitocina va a hacer es activar las contracciones uterinas. Lo que sucede es que la mujer no tiene contracciones continuas. Después lo vamos a ver más detenidamente en el parto. Alumno: Conjuntamente con la progesterona. Lo que pasa es que la mujer no tiene contracciones continuas; continuas en el sentido que empiezan y tiene contracciones una hora, por ejemplo. Se tienen que ir dando por la necesidad de cómo el bebé tiene que ir pasando por el canal de parto,

interacciones de contracciones y períodos de descanso o relajación. Entonces tiene que haber un equilibrio entre la progesterona y la oxitocina para que se dé el parto. Muchas veces cumplen las cuarenta a sesenta semanas, la mayoría de las obstetras esperan hasta las cuarenta o cuarenta y una semanas. Si hay sufrimiento fetal y si se dan todas las pautas anatómicas y funcionales de la mujer para tener un parto normal, le van a proveer oxitocina; esto se llama goteo, para que se produzca la dilatación. Este proceso produce mucho más dolor porque son contracciones provocadas. En algunos casos, igualmente no llegan a tener dilatación y es como estirar un poco más el tema de la cesárea. Por eso la mujer produce esta hormona a nivel orgánico, si no lo hace se la incorporan externamente. Alumna: ¿Hay mujeres que tienen contracciones antes de la fecha, durante el embarazo? Sí, si no son contracciones dolorosas sino hay riesgo de un parto prematuro. Esas contracciones no dolorosas se llaman de Braxton Hicks. Son contracciones que aparecen durante todo el embarazo pero se perciben más en el último trimestre; tienen que ver con la buena circulación sanguínea en el útero, por el crecimiento del mismo, se pueden causar por el movimiento del bebé y son contracciones sin dolor que también pueden ser producidas por estrés materno o por si la mamá hizo mucho esfuerzo en algún momento. Son contracciones que a veces asustan; pero son contracciones naturales que tienen que ver con la preparación del futuro parto o con lo que se refiere al agrandamiento uterino. Aparece también en este momento, ya en el último período del embarazo, la Prolactina. La prolactina estimula la secreción láctea, o sea, tiene un papel importante en la lactancia; y en altos niveles, inhibe la ovulación. Por eso se dice que cuando la mamá está dando de mamar no ovula y se utiliza como método anticonceptivo y que verdaderamente esto es bastante riesgoso, porque para que la prolactina inhiba a la ovulación tiene que haber grandes niveles de ella en la sangre. Es por ello que muchas mujeres pueden quedar embarazadas en esta cuarentena o en estos meses cuando se piensa que, como está dando de mamar, no va a tener ovulación. Lo que sí no va a producir es la menstruación, pero sí puede haber algún otro período ovulatorio; es decir, puede haber o producirse la ovulación. En este caso, tendrá que haber un control muy estricto, todos los días, para ver los niveles de prolactina que tiene esa mamá; así podrá usarse como método anticonceptivo. Por eso, todos los obstetras después que dan el alta, porque típicamente en esa cuarentena, que ya no son ni siquiera cuarenta días, hay médicos que a los veinte días ya dan el alta, hablan con la pareja de que métodos anticonceptivos serían adecuados para ellos. La mujer podrá quedar nuevamente embarazada y es muy riesgoso si hay una cesárea previa por ejemplo. Por esto, muchas veces los médicos dan anticonceptivos para la lactancia. Pero lo que yo decía anteriormente, es el hecho de que en el período entre que la mujer se está preparando para iniciar el ciclo menstrual y que menstrúa, estos anticonceptivos no sirven, o sea, que ya en este momento hay un riesgo de embarazo. Por ello, muchos médicos directamente ni siquiera dan los anticonceptivos para la lactancia, recomiendan el uso de profiláctico o algún método de barrera. Alumna: ¿En qué difieren los anticonceptivos para la lactancia y los orales normales? En las hormonas. Porque no tiene que ser algo que el bebé pueda tomar o sea perjudicial para él porque va directo a la leche materna. En sí estas píldoras contienen solamente progesterona para no inhibir la producción de leche que sí lo haría si tuvieran también estrógenos. En este caso, en el tema de la menstruación, mayoritariamente aparecen los períodos menstruales en la mujer cuando el bebé comienza a ingerir otros alimentos. Baja el nivel de amamantamiento del bebé y empieza a menstruar la mujer, comienza a producirse nuevamente el ciclo menstrual. Puede durar de seis meses a un año, depende de cada mujer. Breve reseña de los períodos del embarazo. Primeramente debemos ubicarnos. Aquí tenemos el aparato reproductor femenino [3]. Los ovarios, las trompas de Falopio, el útero que lo podemos dividir en cuerpo y cuello y la vagina. Lo que yo les decía anteriormente, el hecho de que el útero se apoya sobre la vejiga. El útero comienza a crecer, obviamente va a empezar a hacer presión en la vejiga y producir la necesidad de orinar continuamente en la mujer embarazada. Por delante la sínfisis púbica, en lo que sería la zona del monte de Venus. Dicha zona será de suma importancia en lo que va a ser el momento del parto por la extensión que tomará para que el bebé pueda ser expulsado. Sistema excretor, clítoris, meato urinario, vagina, recto. Ustedes deben tener una idea general de la ubicación por el hecho de que cuando este útero comienza a crecer y específicamente cuando el bebé tiene que pasar por el canal de parto, el recto va a tener una preponderancia bastante importante. Cuando en el parto el obstetra da la orden de realizarle un enema a la mujer antes de la expulsión del bebé, no sólo es por una cuestión de higiene que el médico no quiera pasar por la situación de que la mujer defeque en el momento del parto, sino que ellos plantean que si acá tenemos excremento va a quitarle lugar al bebé para el traspaso por el canal de parto. Aunque cada vez se está haciendo menos. También al haber tanta presión en el recto por la salida del bebé se pueden producir las hemorroides postparto que son tan incómodas para la mamá. Ven acá: entre el ano y la vagina está esta zona que es el famoso periné, esto que yo les decía que es esta zona muscular que nunca se trabaja o se fortifica, que es lo que sostiene los órganos internos. También tiene una importancia bastante grande por el hecho de que ahí se va a realizar la episiotomía [4] para que no se produzcan los desgarramientos en la mujer o para evitar la posibilidad de que el bebé quede trabado en el canal de parto. Si ustedes ven, esta zona es muy cercana al ano, por eso el médico, cuando hace la episiotomía, mayoritariamente no tiene que hacer una episiotomía vertical, sino lateral, por el hecho de no comprometer las zonas anales. En algunos casos, según el médico, la episiotomía se hace siempre; en otros casos se hace con más seriedad y compromiso, o sea, solamente cuando es necesario. Muchas veces, cuando no se hace la episiotomía, hay problemas en el bebé: puede producirse la fractura de la clavícula, o desgarramientos en la mujer. Tiene que ser un médico que tiene que tener muy claro cuando usarlo y cuando no usarlo. La primera semana en el día catorce del ciclo menstrual aproximadamente se va a dar la ovulación, se produce un pico estrogénico que estimula la liberación de la hormona luteinizante, se rompe el folículo maduro y libera el óvulo. En algunos casos pueden suceder ovulaciones tempranas dentro de lo que serían esos siete primeros días del ciclo. En otros casos la mujer puede llegar a tener todavía un pequeño sangrado y estar ovulando, de este modo no será un buen método anticonceptivo tener relaciones sexuales durante la menstruación, ya que podrá darse la posibilidad de un embarazo. O pueden ser ovulaciones tardías, más allá de los catorce o quince días. Si por esta fecha hay relaciones sexuales, por el canal

vaginal van a ingresar los espermatozoides. Si ustedes recuerdan la estructura de los espermatozoides tienen una cabeza que es donde van a poseer la información genética; tienen un cuerpo donde se producirá energía necesaria (mitocondrias) para poder seguir adelante y tiene una cola en forma de látigo que le va a dar la movilidad hasta llegar a las trompas de Falopio. En el transcurso, por selección natural van a llegar sólo los más aptos. Primeramente, en lo que será la zona de la vagina, la acidez del moco vaginal va a hacer que algunos queden en el camino. A otros, ese moco vaginal les va a servir de alimentación para seguir más adelante. Las trompas de Falopio absorben el óvulo a través de sus cilias y en la zona de la ampolla de la trompa de Falopio se va a dar la fecundación. Pueden llegar varios espermatozoides pero sólo va a ingresar uno, el más apto. Si el óvulo es fecundado y se divide en dos tenemos gemelos idénticos y si dos óvulos son fecundados por dos espermatozoides son mellizos o gemelos fraternales donde no comparten la placenta ni los sacos amnióticos como son los gemelos idénticos. El óvulo va a estar rodeado por una capa que se llama zona preclivada y es la que va a tener que romper el espermatozoide para poder ingresar al mismo. Cuando el espermatozoide ingresa al óvulo pierde la cola, sólo queda la cabeza que es la información genética. En ese momento se unirá la información genética del espermatozoide y el centro del óvulo que es donde se encuentra la información genética de la madre. Este proceso es lo que llamaremos Fecundación, la fusión o la unión entre un óvulo y un espermatozoide en la zona de la ampolla de la trompa de Falopio en la zona tercio superior de la trompa de Falopio. Dentro de las veinticuatro horas de esta unión, de esta fusión, la célula se divide en dos. Durante los primeros tres días flota por la cavidad uterina hasta llegar a implantarse totalmente en la pared de la misma. La anidación se produce dentro de los siete días de la concepción. Si por alguna causa el óvulo fecundado no puede llegar al útero y la anidación que se produce en esa zona la vamos a llamar embarazo ectópico. Son embarazos donde el huevo es viable pero por la zona donde se anida nunca alcanzará más de seis semanas porque estallará a la trompa. Si o hay que provocar un aborto quirúrgico. Porque si el huevo fecundado se implanta en esta zona, las trompas de Falopio no están preparadas para el desarrollo de un bebé; entonces aparece un sangrado, dolores abdominales en uno de los lados y que cuando se hace la ecografía se ve que el huevo está fecundado en una zona que no es viable. En este caso para que la mujer no tenga consecuencias graves, porque puede haber una explosión de estas trompas de Falopio, se necesita o hacer un aborto quirúrgico. Alumna: ¿Esto es más difícil de descubrir? El año pasado, la tía de mi hermana casi se muere. Tiene que ser un médico con un buen ojo clínico y con un buen seguimiento de esa mujer, porque si eso no se descubre en el primer trimestre, es muy riesgoso. Pero tanto eso como la endometriosis, que es una patología bastante difícil de corroborar por la sintomatología, tiene que ser un muy buen ginecólogo o un muy buen clínico para ver lo que está pasando. En este caso, hay signos para que el médico se dé cuenta de qué está pasando. Específicamente, el tema de la ecografía. Con una ecografía al inicio de la sintomatología se puede ver si este huevo está bien ubicado y que haya embrión y demás. Pero muchas veces no sucede y hay riesgos bastante grandes. Alumna: ¿Embarazo común...? Embarazo ectópico. Que no es lo mismo que huevo huero. El huevo huero, como les decía anteriormente, se produce la implantación, empieza a formarse la bolsita, pero adentro de ella no hay nada, está vacía. Hay un embarazo pero sin embrión. Alumna: No entiendo...pero en este caso ¿el espermatozoide fecundó al óvulo? En este caso hubo una unión, se produce la fecundación y no se sabe por qué, si es por falta de progesterona por ejemplo, este embrión no siguió su curso normal. Mayoritariamente, las pérdidas de este tipo en el primer trimestre tienen que ver una mala formación genética. Por selección natural, no siempre pasa, pero cuando hay una mala formación genética se producen los abortos espontáneos; y en otros casos hay que provocarlos. A medida que se va produciendo la división celular, este huevo fecundado va a ir tomando la forma de un racimo de uvas o de moras. Por eso lo vamos a llamar mórula, aquí encontramos células que las más pequeñas forman los tejidos que luego serán desechados en el alumbramiento y las mayores forman el embrión. El tejido se dividirá en tres capas: el exodermo, el endodermo y el mesodermo. El exodermo es lo que más tarde va a diferenciar los distintos tejidos nerviosos, sensorial, los extremos intestinales y la epidermis. El endodermo es la capa más interna, es lo que va a dar origen a las glándulas digestivas, el epitelio, los pulmones y la tiroides. El mesodermo, que está situado entre el exodermo y el endodermo, va a dar origen al sistema muscular y esquelético. Las células menores son las que después van a dar lugar a todos los tejidos y membranas necesarios para el embarazo, que son todos esos tejidos que van a ser desechados en el momento del parto: la placenta, el amnios, el corion. Siguiendo con la división celular, a medida que ésta se va produciendo, esta mórula se va ahuecando. Cuando esta mórula está hueca es lo que vamos a llamar blastocito o blástula. Al momento ya se produce la anidación en el endometrio. El huevo se implanta, se hace raíces. Para esa implantación es necesario que se produzcan pequeñas roturas de esas venitas de esa pared del endometrio para fijarse a la pared uterina. Estas pequeñas gotitas de sangre es lo que va a ser la alimentación de este embrión en esas primeras horas llegando a producir un leve sangrado en la mujer, no en grandes cantidades, que puede parecer una menstruación pero hay una diferencia. Se forma una pequeña burbuja que se cubre por los tejidos maternos que actúan sobre esa formación. En este momento es muy importante que el cuerpo de la mujer reconozca a este huevo fecundado, porque si no lo reconoce, es rechazado porque es un cuerpo extraño que se desplaza a una zona de la mujer que, técnicamente, el sistema inmunitario no lo reconoce como propio. Alumna: ¿Eso pasa cuando, por ejemplo, la mamá tiene RH negativo y el bebé positivo? No, esta es una problemática diferente. Es un embarazo de riesgo, ya que en el momento del parto se puede producir la incompatibilidad sanguínea. En el embarazo las células sanguíneas del hijo (RH positivo) podrán filtrarse y pasar a su circulación por la placenta tratando de destruirlas con los anticuerpos para ese RH. En el primer parto, mayoritariamente no hay problema. Para el primer parto la mamá está preparada y da los anticuerpos al bebé. Ya para el segundo no y se puede dar una muerte fetal. Entonces si el médico no sabe, ni bien la mujer tiene el primer parto le coloca una inyección de globulina anti-RH que hace que revierta esta situación o en el caso que la mujer haya tenido un aborto también. Durante el embarazo no hay contacto entre la sangre materna y la fetal, todo va a ser a través del cordón umbilical. Pero no quiere decir que no va a haber transmisión de enfermedades; porque eso se da a través de la placenta y, más tarde, se transmiten a través de la

lactancia. Por eso, hay mamás con HIV, no saben que la lactancia si le transmite el virus. Sigamos con lo anterior. En este momento, el cuerpo lo que va a ir haciendo es ir encapsulando a ese huevo fecundado. En este momento estamos hablando de la formación de un embrión. A partir de los dos meses lo vamos a llamar feto. Por eso es que vamos a tener un período pre-embriónico, que va a tener que ver con la fecundación; un período embriónico y un período fetal. En este primer trimestre este embrión ya va tomando forma humana porque ya todo lo que tiene que ver con el sistema esquelético está organizado, obviamente en forma de cartílago y no de hueso. Pero cuando nosotros ya estamos hablando de feto, estamos hablando de un bebé que ya tiene forma humana: cabeza, extremidades superiores e inferiores, órganos internos funcionando y demás. A los dos meses o a las ocho semanas, ya se puede hacer la primera ecografía. Lo que va a mostrar primeramente esa ecografía son los latidos cardíacos que ya aparecen alrededor de los veinticinco días pero que, obviamente, son muy difíciles de observar. A las ocho semanas el ecógrafo percibe los latidos cardíacos, los cuales ya son un signo de vitalidad; y otra de las cosas que mide y que es muy importante, es la columna vertebral que lo que se observa es una pequeña línea, ya que se encuentra en formación. Por eso la importancia del ácido fólico antes del embarazo y hasta los cuatro meses, como medida preventiva, porque se descubrió que fortalece el crecimiento del conducto raquídeo y previene malformaciones en el mismo. Alumna: ¿Y antes cuándo no existía el ácido fólico? Más bien cuando no se administraba. Y cuando no se lo administraban a las futuras mamás había una mayor incidencia de mielomeningocele, espina bífida con las consecuencias en cada caso. El tema es la importancia de lo preventivo, no quiere decir que se solucione todo. Pero tomar ácido fólico, además de fortalecer la columna vertebral, madura las vías respiratorias y cardíacas del bebé. Los médicos recomiendan que cualquier mujer en edad fértil, ya sea que a futuro o presente quiera tener un bebé, debería tomar ácido fólico porque no sabe cuándo va a quedar embarazada. El cuerpo ya tiene que estar preparado y como no tiene

secundarias, aparte previene anemia materna. El tapón mucoso en el cuello uterino. El tapón mucoso es, como lo dice la palabra, un moco de color verdoso que va a obturar el ingreso a la cavidad uterina para que no pasen virus, bacterias, hongos de la vagina de la mamá al bebé. O sea, que este tapón mucoso sirve de protección. Uno de los signos que la mujer presenta para darse cuenta de que el parto está cercano es la expulsión del mismo porque el cuello uterino se va a ir borrando para el momento del parto. Aunque pueden ser los quince días posteriores, más ya será riesgoso por las posibles infecciones. A las seis semanas el cuerpo materno ha desarrollado toda una protección sobre ese huevo. Así tenemos lo que es el embrión que mide unos 6 milímetros y lo que van a ser las membranas del corión y el amnios. Se pueden ver los brotes de los futuros brazos y piernas. El corazón ya palpita. Todavía no se ha formado la placenta, eso no quiere decir que no haya células ya preparadas para que se produzca. Alrededor de los cuatro meses ya hay una placenta madura como para producir progesterona. La placenta es el órgano que permite el vínculo esencial y vital entre la madre y el bebé, ya que permite el paso de oxígeno, los nutrientes y es una unidad que procesa los desechos y limpia el espacio del bebé a través de su estructura que mezcla la sangre fetal con la materna. Posee una cara materna que se apoya en el útero y una fetal que se une a través del cordón umbilical. También producirá hormonas esenciales para sostener el embarazo. Así tenemos un embrión de diez semanas. Pesa alrededor de 5 gramos y mide 4,5 centímetros. Ya se van a ver los primeros esbozos de los dedos de las extremidades superiores e inferiores, y en este momento la cabeza va a ser mucho más grande en proporción al cuerpo. Ya comienza a notarse levemente la boca, los ojos, la nariz. Y así, les dije, placenta en desarrollo; todavía en este momento la placenta no está madura, pero las estructuras ya se han conformado para lo que va a ser la placenta posteriormente. Ya así, en la ecografía, los médicos pueden definir si hay placenta anterior, posterior, si es baja, orientándolo en el caso que haya que hacer una cesárea. También se puede ver la cantidad de líquido amniótico, la vitalidad del bebé y los esbozos del cordón umbilical. Ahí se empieza a conformar el cordón umbilical. El cordón umbilical une al feto con su mamá a través de la placenta. La longitud media del cordón puede variar desde los 60 centímetros a los 122 centímetros. Está conformado por tres vasos sanguíneos, dos llevan la sangre del bebé a la placenta para su purificación y el tercero transporta los nutrientes y la sangre oxigenada. Está recubierto por una sustancia gelatinosa, que cuando el bebé nace y se corta actúa como un torniquete para que no sangre, y luego por una membrana. Muchas mujeres poseen la fantasía de que hay un ombligo a ombligo; en realidad, la unión va a ser entre la placenta materna, la cara uterina de la placenta y el cordón umbilical. Ya a las doce semanas podremos hablar de un feto, es más sólido, el sistema esquelético se consolida. El bebé traga líquido amniótico y es activo produciendo conexiones

a nivel cerebral. Un feto de catorce semanas ya posee una longitud de 10,5 centímetros y pesa alrededor de 65 gramos. En el embarazo se habla de semanas no tanto de meses porque, en realidad, uno calcula cuatro semanas es un mes. La mujer va a tener cuarenta semanas lunares de gestación; que en algunos casos esas semanas son de veintiocho días o veintinueve o treinta días. Los cuatro meses equivalen a diecisiete semanas, los cinco meses equivalen a veintidós semanas. Y entre treinta y ocho y cuarenta semanas estaríamos en los nueve meses. En este momento, si ustedes ven, ya se empieza a ver una porción de la cabeza el cuerpo. Así está la placenta que todavía es bastante primitiva. A partir de una de las membranas, que es el amnios, se va a ir produciendo la cavidad amniótica, el saco amniótico. Dentro de esa cavidad amniótica va a producirse el líquido amniótico. ¿Qué es el líquido amniótico? Es un líquido de sostén y protección que en el transcurso del embarazo se va a ir conformando por agua y la orina fetal, protege de los golpes y mantiene al bebé en una temperatura constante. Es muy importante tener en cuenta la cantidad de líquido amniótico porque, si en alguna de las ecografías

se detecta una deficiencia de este líquido, puede ser el origen de una problemática renal en el bebé. Todo lo que es alimentación y desechos van a pasar por el cordón umbilical. El bebé en esos nueve meses traga el líquido amniótico y permite que se vaya madurando todo lo que va a ser el sistema respiratorio y digestivo. A medida que lo va absorbiendo, el bebé lo va orinando y ahí es donde se va a conformar la cantidad de líquido amniótico. Ven nuevamente el cordón umbilical. Ahora se ha comprobado que en el momento del parto, cuando se cortaba inmediatamente el cordón umbilical no dejaba pasar la cantidad necesaria de anticuerpos a través de la sangre placentaria y ahora dejan que pasen de uno a dos minutos reales o hasta que deje de latir y si se corta antes de tiempo, esos anticuerpos no se pasan al bebé. Salvo que el bebé tenga el cordón alrededor de su cuello y sería peligroso no cortarlo inmediatamente. Alumna: ¿Las células madre están en el cordón? Sí, ya hay laboratorios aquí en Rosario que empiezan a guardar ese cordón umbilical durante diez años, con un pago anual por esto. Esas células madre, durante diez años, pueden llegar a prevenir, en el caso que haya en padres, en hermanos o en el bebé, casos de leucemia, cáncer o alguna problemática que, a partir de esas células, se puede trasplantar. En el caso que esa madre no las guarde, se están haciendo en este momento donaciones de células madre. El primer trasplante medular de donación de células madre se hizo con un cordón que vino de Perú o Paraguay. Antes era carísimo. Ahora es bastante accesible. Es una buena opción para aquellos familiares que tienen problemas particulares en estas enfermedades. Igual hay algunos obstetras que todavía no lo tienen muy internalizado al tema o no están de acuerdo, pero para ampliar el tema tendrías que estudiar un poco más los beneficios que traerá. Volviendo al tema anterior. Cuando dicen que hay vuelta de cordón, como el cordón umbilical es externo al bebé y éste se va moviendo dentro de la panza de la mamá, es lo que puede producir vueltas de cordón en el cuello del bebé. Lo importante de saber si hay vuelta de cordón o no, es el hecho de que en el momento del parto el médico sepa para actuar, porque si la vuelta de cordón está presionando al bebé y hay sufrimiento fetal, hay que intervenir rápidamente porque se está asfixiando. Por eso la importancia de cuando se le dice a la mamá que rompe bolsa tiene que ver si el líquido que sale es transparente o más oscuro. Si es más oscuro la mamá tiene que ir urgente al hospital porque este bebé ha defecado. El hecho de haber defecado internamente significa que ha habido sufrimiento fetal, y lo peligroso de que el bebé defeque es que va a aspirar su propia defecación y es lo que genera problemas graves en las vías respiratorias. Alumna: Mi mamá tuvo cesárea de mi hermana. El médico la prolongó un día más y mi hermana nació morada. Sí, porque en este caso quizás tu hermana tenía ya un sufrimiento fetal por no tener una buena circulación de oxígeno. También lo vemos cuando los médicos hacen las maniobras para acomodar al bebé, ahí se puede correr el riesgo de que haya asfixia, y si hay asfixia neonatal es muy peligroso, porque si no hay oxígeno afecta al sistema nervioso. Estos son casos bastante peligrosos. Por ahí, quizás, esperar de no hacer cesárea, el bebé queda atascado en el canal de parto y tiene asfixia. No llega a la muerte, pero sí tiene problemas neurológicos de algún tipo o consideración. Por esto la importancia de los monitoreos fetales. Alrededor de las veinte semanas ya mide 25 centímetros y pesa 340 gramos. La mujer empieza a percibir como pequeños aleteos de mariposa, comienza a percibir el movimiento del bebé. Es uno de los primeros signos que va a tener la mujer de que ese bebé es real con toda la connotación psíquica que produce en ella. Lo importantes también es el hecho que comienza a hacer las primeras conexiones cerebrales a nivel motriz y sensorial. El feto puede oír los ruidos externos, reacciona ante las luces y se perciben algunos reflejos como el de Moro. a un feto de veinticuatro semanas. Pesa 570 gramos y mide alrededor de 33 centímetros. Todavía no es viable para su nacimiento en el caso que ocurriera. Aquí estaríamos hablando de casi seis meses. Si ustedes ven, ya el espacio uterino le va quedando cada vez más chico. Aquí estamos hablando de un bebé totalmente formado. El bebé ya tiene pelo, ya está en los esbozos de las cejas. El bebé se chupa el pulgar que se ve muy bien en las ecografías 4D. Tose y tiene hipo. A las veintiocho semanas se comienza a cubrir con una capa grasosa, porque si uno estuviera nueve meses en el agua, saldríamos todos arrugados; entonces, para estar en ese medio acuoso comienza a generarse una capa de grasa que es lo que vamos a llamar vernix. Sirve como un medio de protección ante el ambiente acuoso. Aquí también comienza a producirse el lanugo. Es una pequeña capa de pelo que también, cuando el bebé nace, tiene por todos lados y a medida que pasan los días lo va perdiendo. También sirve para protección. Un bebé de treinta y dos semanas ya tiene las proporciones que tendrá al nacer, y es espaldas hacia abajo para nacer. Si estuviera sentado sería una posición podálica y tendría un futuro parto de nalgas o cesárea. Ya pesa 1,6 kilogramos y mide alrededor de 40 centímetros. Si naciera tendría problemas respiratorios y dificultades para mantener la temperatura de su cuerpo. Se empieza también a producir el envejecimiento de la placenta en este tercer trimestre. Nos acercamos así al momento del encuentro entre esta madre y su bebé. Anteriormente vimos todo el proceso que va sufriendo un ser para ir transformándose en tal: la unión de dos células, pasando luego a ser un embrión, alrededor de los dos meses un feto para, lo que veremos en esta clase, llegar a las 40 semanas y verlo nacer. En este tercer trimestre el bebé tiene las proporciones que tendrá al nacer. Ocupa todo el espacio uterino, ya se ubica en la mayoría de los casos cabeza hacia abajo y se va produciendo el envejecimiento de la placenta. Alrededor de las treinta y seis semanas, alrededor de los ocho meses y medio de gestación, el bebé ya mide 46 centímetros y un peso de 2,5 kilogramos. Sus movimientos ya son muy marcados y la mamá los percibe a medida que se acomoda, las cepatas dice la mamá. Ya tiene cabello y las uñas están bien formadas. En el varoncito descendiendo los testículos es su primer bebé la cabeza bajará hacia la pelvis. A medida que pasan los días, cuando está despierto, abre los ojos y percibe la luz. La mujer gestante deberá controlarse semanalmente con su médico, aparece nuevamente los deseos de orinar, aumenta la ansiedad por la llegada de su

bebé y él desea de conocerlo. El momento de conocerse es entre las 38 y 40 semanas en la vida extrauterina. En la mujer aparecen algunos signos que van a dar cuenta que el momento del parto está cercano. Como hablamos anteriormente puede producirse la caída del tapón mucoso por el comienzo del borramiento del cuello uterino, romperse las membranas o fisurarse permitiendo la salida de líquido amniótico, se acrecienta el dolor lumbar y las contracciones son más marcadas. Podemos definir al Parto como el proceso de separación de la madre y el hijo que abandona el útero materno para adquirir vida propia a través de la hendidura vulvar, en el caso de un parto normal. Tenemos tres períodos o fases: el primero que es el período dilatante, el segundo el expulsivo y el tercero el alumbramiento. El trabajo de parto se desencadena cuando la hipofisis materna comienza a estimular la producción de oxitocina y la madre empieza a sentir las primeras contracciones, primeramente irregulares, para luego tener un ritmo marcado y preciso, en este caso serán contracciones dolorosas no como las del Braxton Hicks que vemos en los primeros momentos. En la primer fase se empieza a abrir el canal de parto. Aparecen las contracciones cortas, irregulares y no muy dolorosas. Puede haber rompimiento de las membranas y despedir líquido amniótico, que es de suma importancia que sea de color claro; sino es así y es de color verdoso es que el bebé ha defecado meconio y es necesario que la mamá vaya rápidamente al sanatorio u hospital. En las mujeres nulíparas primeramente se produce el borramiento del cuello y luego empieza la dilatación, en cambio en las multíparas que ya han tenido un bebé es mucho más corto y un proceso paralelo. Las contracciones son dolorosas y regulares. Este proceso dilatante puede durar de ocho a doce horas. En esta fase si fuera necesario se colocará, como anestesia al dolor o por probable cesárea, la peridural o algún analgésico. En la segunda fase se completa la dilatación del cuello y culmina con la expulsión del bebé. En la coronación, cuando se ve la cabecita, es el momento donde se practicará una episiotomía en el periné si fuera necesario. Aparecen los pujos por presión del bebé y aquí es de suma importancia todo lo que aprendió esta mamá en el curso de parto en lo que respecta a la respiración, la relajación y como ir acompañando al bebé en este proceso. La psicoprofilaxis obstétrica es una disciplina en la cual el psicólogo juega un papel fundamental acompañando a esta mujer en su embarazo, trabajando más bien grupalmente con otras embarazadas, en lo que respecta a las ansiedades, los miedos, el momento del parto, la futura lactancia y es un espacio de encuentro que también sirve como prevención para aquellas futuras madres que no han podido apropiarse de ese embarazo pensando también en ese vínculo que se dará con su bebé. También es un espacio interdisciplinario. Volviendo al tema, cuanto más relajada esté la mujer mejor será este momento del parto, mayoritariamente si también está acompañada por su pareja y le sirve de sostén mejor todavía. En algunos casos estas dos fases no se pueden ver tan marcadamente. Se corta el cordón umbilical y se espera, como hablamos anteriormente, un minuto para que la sangre que pasa proteja de la anemia. En la fase de alumbramiento, como vemos en esta imagen, el bebé nació y seguramente la neonatóloga lo estará evaluando a través de la prueba de Apgar [6]. En este momento se expulsan las membranas y la placenta a través de las contracciones uterinas, pero que ya aquí no causan dolor. El obstetra estudiará bien la misma para que no haya quedado ningún rastro, ya que será peligroso porque producirá una infección en la mamá. Alumna: ¿cuándo será cuando dicen placenta previa? Es cuando la placenta se inserta en la entrada del cuello, en vez de estar adherida a la parte superior de la pared uterina está en la zona inferior, se puede ver en las ecografías previas y se toman precauciones porque hay desgarros, hemorragias y esta mujer tendrá, seguramente un parto por cesárea alrededor de las 37 semanas de gestación, pero alrededor de las 32 semanas tendrá que tener un control exhaustivo Alumna: ¿Y la preeclampsia? Tiene que ver con la hipertensión, una presión sanguínea elevada, más si se da al final del embarazo. También es riesgoso porque al elevarse el nivel de proteínas en la orina (proteinuria) puede causar daños irreversibles en los riñones de la mujer gestante. Se puede notar también porque se produce una inflamación en el rostro, los pies, la cara por la retención de líquidos. En estos casos también se hace una cesárea antes de llegar a las 40 semanas. Entonces ¿cuándo se realiza una cesárea? A parte de las patologías que nombramos, por una presentación de nalgas (posición podálica), por sufrimiento fetal, la ausencia de dilatación, por infecciones vaginales, por cesáreas previas o porque por la estructura anatómica de la mamá ese bebé no pasará por el canal de parto. En estos casos cuando se da un parto difícil, complicado y que no sigue un curso normal lo llamaremos Distócico y Autócico cuando es normal. Alumna: ¿y el fórceps se sigue usando? Porque conozco un caso que no los utilizaron bien. Si, si es necesario en el momento de la coronación. Actualmente la mayoría de los obstetras están especializados en esta maniobra y a veces no les queda otra posibilidad que usarlos porque el bebé está ubicado a una altura que ya no podrían hacer una cesárea. Los riesgos son cada vez menores. Obviamente que tiene también que ver con la experiencia de ese obstetra en la utilización de la maniobra. Las hormonas del parto, como ven, son: el estrógeno, encargado del crecimiento y la irritabilidad del músculo uterino, la progesterona que paraliza e inhibe las contracciones uterinas y la oxitocina que contrae el músculo uterino. El período posterior al parto es el Puerperio. Se jugarán aquí factores físicos y psíquicos en este primer momento donde la mujer pasa a ser mamá. Se produce una situación de readaptación psicológica ante esta nueva etapa por los cambios que se dan con la llegada de un nuevo ser que se va a reflejar en la relación madre-bebé, y madre-bebé-entorno, por ejemplo en el caso de la llegada de un hermanito. Son las contracciones uterinas que tendrán como función ir recuperando el tamaño normal del mismo y evitar las hemorragias postparto y son más fuertes en el amamantamiento y más marcadas en las mujeres que han tenido otros partos y los loquios que tiene que ver con el flujo de sangre y mucosidad que provienen del útero que duran aproximadamente seis semanas. Podemos dividirlo en distintas fases. Tenemos el Inmediato que son las horas siguientes al parto y está relacionado con la pérdida sanguínea y la involución uterina. El propiamente dicho a las doce horas, el Alejado dentro de los diez días y el Tardío los veinticinco días posteriores. A medida que transcurre el tiempo las pérdidas van disminuyendo y el obstetra dará el alta alrededor de los cuarenta días, aunque actualmente se está prescribiendo mucho antes. Si nos remitimos a los aspectos psicológicos y vinculares del puerperio tenemos que

tener en cuenta que es el inicio de una nueva relación: esta mujer que se convierte en madre y este bebé que será su hijo; relación que se construye en un mutuo reconocimiento a través de las miradas, los olores, los sonidos, el contacto piel a piel como pueden haber visto en el momento de la lactancia. Hay un autor Berry Brazelton [7] que va a plantear que la madre debe estar preparada para crear un nuevo vínculo. Por esto la importancia del apoyo que le puedan dar otras personas en este momento particular, tanto de su pareja como de su madre u otro sujeto que considere importante, como una amiga por ejemplo. También nos dice que dicha mujer tendrá que asumir "colosales misiones": el abrupto término de fusión con el feto; adaptarse a un nuevo ser que provoca extrañeza; llorar al hijo perfecto, imaginario y adaptarse al bebé real; luchar contra el temor de dañar al bebé indefenso y aprender a tolerar y disfrutar las exigencias que le impone la total dependencia del bebé. Recuerdo una mamá que me comentaba que no podía soportar no tener la panza y que la extrañaba mucho, que se sentía completa con ella. Lo traigo como ejemplo en esto que nos dice de lo abrupto para algunas mujeres que es el hecho de pasar a tener el bebé dentro suyo y de repente verlo en sus brazos, toca aquí el narcisismo materno, agregado a la dependencia absoluta que tiene este ser con su mamá, que para algunas mujeres resulta intolerable. También aquí nos lleva a pensar en las psicosis puerperales o depresiones puerperales en donde esta mamá no puede hacerse cargo de ese bebé con los riesgos que conlleva, hasta en algunos casos como hemos visto esta semana de llegar a "retirarlo" a su bebé en el baño de un colectivo. Alumna: ¿Una mujer tiene que tener una estructura de tipo psicótica para desarrollar una psicosis puerperal? No siempre es así; este momento es tan fuerte para algunas mujeres que se torna intolerable. Por supuesto que también presentan una predisposición a la misma o tienen una estructura frágil, que obviamente no tiene solo que ver con el parto y el embarazo en sí sino con lo que produce en ella este hecho vital que es ser madre. Una mujer que presenta una depresión grave posparto, no estamos hablando aquí cuando las mamás por ejemplo dicen: "me deprimí", o estuve triste un tiempo, o no tenía ganas de hacer nada, sino en aquellos casos que la mujer no puede accionar por el decaimiento, el llorar constante, la irritabilidad con su entorno y quizás también no querer estar con su hijo. Todos estos síntomas dificultan el contacto con el bebé y allí si tiene que intervenir un profesional. En estos casos de psicosis o depresiones graves hay componentes mucho más profundos que tienen que ver con su propia infancia, la relación de ella con su madre, la relación con su pareja, etc. Veamos en relación a lo que estamos comentando los aspectos psicológicos del embarazo. Mencionamos a una autora Marie Langer, que no les había comentado que el premio que anualmente otorga la cátedra a la mejor observación de un bebé, lleva su nombre como una forma de homenaje, va a plantear que el "deseo de dar a luz un hijo proviene de su necesidad psicobiológica de desarrollar todas sus capacidades latentes" y que "durante el embarazo y el parto repite especialmente su relación primitiva con su propia madre" produciendo así una doble identificación: con el feto reviviendo su vida intrauterina y además representa para el inconsciente de la mujer su propia madre, Super Yo materno, y así su relación ambivalente con la madre es revivida por su futuro hijo. Frente a los síntomas del embarazo, que estuvimos viendo al principio, va a decir que: "la embarazada reacciona durante los primeros meses frente al feto con ambivalencia oral y trata de expulsarlo con los vómitos y reincorporarlo con los antojos. Si forma un mecanismo de defensa en el plano intestinal", en este caso es cuando se producen diarreas, "la continuación de su embarazo corre peligro y tendrá que luchar para mantenerlo, se defenderá de sus tendencias hostiles de expulsión por el estreñimiento". Alumna: Pero eso no es tan así, yo conozco embarazadas que no les pasa eso, al contrario! Tengan en cuenta que cuando estamos interpretando la sintomatología de la embarazada estamos hablando de aspectos inconscientes de la misma, no de hechos que ella hace conscientemente. No es que la mujer "expulsa" literalmente sino que frente a su historia personal, familiar, etc., se puede "interpretar" sino nos quedaríamos en un plano concreto y real y no simbólico en cuanto a sus fantasmas, sus expectativas, sus temores. Es donde como futuros profesionales podrán intervenir. Mencionamos los miedos y los temores de la mujer embarazada. Mirta Videla [8] va a decir que se pueden tomar desde dos perspectivas: unos son los comunes de la mayoría y otros los que ella construye como propios, podemos decir personales y específicos de cada una. ¿Cuáles serán? Por ejemplo perder atractivo físico que tendrán que ver con rasgos narcisistas de la mujer, por ejemplo lo vemos en las mujeres que a pesar de su embarazo siguen yendo al gimnasio o con dietas para no engordar y no perder su figura trayendo consecuencias a posteriori en el feto; otro tener un hijo anormal o monstruoso, la mayoría plantea que este miedo en algún momento aparece y que a pesar de las ecografías cada vez más precisas hasta que no lo vean no se quedan tranquilas de cómo será; otro no tener leche para amamantar al bebé; morir en el parto, en muchas mujeres aparece esta fantasía de no poder sobrevivir al parto cabrá preguntarse porque asocian la muerte con el nacimiento de un nuevo ser, quién y cómo morir a allí; aparece aquí también el miedo a la muerte del hijo; su dolor en el parto, que está íntimamente relacionado con el umbral de dolor que tenga esa mujer, a veces pide la cesárea para no pasar por este proceso de dolor de parto; también de preocupaciones con respecto a la anestesia o episiotomía; a la cesárea; el uso del fórceps; a no desempeñarse bien como madre; a no poder separarse del bebé luego del parto entre otros. Si ustedes ven cada etapa del embarazo o luego del parto y la lactancia son vividas con ciertos temores por estas mujeres embarazadas. Obviamente tendrá que ver también el lugar que se les da a los mismos, ya que si se presentan en un alto grado puede llegar a dificultar el futuro vínculo con este bebé, agregado al estrés materno que también puede influir en el desarrollo del feto. Finalizando creo que es de suma importancia que ustedes como futuros psicólogos manejen los conceptos que vimos, todos los aspectos del embarazo, parto y puerperio, tanto en lo psicológico, como lo neuroendocrino, ya sea para su futuro trabajo clínico como también para insertarse en equipos interdisciplinarios relacionados con la temática. Bibliografía: Brazelton, B. y Cramer, B. La relación más temprana. (1993) Ed. Paidós. Demarest, R. y Sciarra, J. Concepción, nacimiento y anticoncepción. Una presentación visual. (1980) Ediciones Paidós. Genolet, A. "La gran aventura: nacer". (2005). Los primeros años de vida. Ed. Homo Sapiens. Langer, M. Maternidad y sexo. (1964) Ed. Paidós. Stoppard, M. Embarazo y nacimiento. (1999). Ed. Debate. Videla, M. Maternidad. Mito y realidad. (1997) Nueva Visión. Agradezco la colaboración de los alumnos Victoria Morgante y Emiliano Torres en la desgrabación de las clases.

[1] Observación de un bebé, dentro del año de vida, que realizan los alumnos de la materia para regularizar la misma.
[2] Cuando el bebé succiona la hipófisis materna libera la oxitocina produciendo la bajada de la leche a la zona del pezón. Este estímulo también se puede producir cuando la mamá piensa en el bebé o siente el llanto del mismo. [3] Límina del mismo en la página de la cátedra : www.psicofisiologia.com.ar[4] Incisión que se realiza en el periné para facilitar la expulsión del bebé en el momento que asoma la cabecita, ya sea por sufrimiento fetal, porque es más grande la cabeza que la abertura, el no control en el momento de pujar, etc.[5] Mujeres que serán madres por primera vez[6] Ver artículo "Breves nociones sobre el primer año de vida. Psicomotricidad". Natalia Oroquieta. 1999 en Cuadernos de Psicofisiología. Desarrollo Temprano. Año 2. N°1 EBSII. UNR.[7] Brazelton, B. La relación más temprana. Pág 60. Ed. Paidós.[8] Videla, M. Maternidad. Mito y realidad. (1997) Nueva Visión