

BLANCA HERRERA

Matrona del Hospital de Baza, Granada. Es coordinadora del grupo Parto de Baja Intervención de la Asociación Andaluza de Matronas.

ESTRECHA DE CADERAS, ¿UNA DIFICULTAD *real o aparente?*

La pelvis no es una estructura rígida, sino flexible, y durante el embarazo lo es aún más por el efecto de las hormonas. En el parto se abre para permitir el paso del bebé; sólo hace falta que las circunstancias acompañen.

Muchas embarazadas van a la consulta de embarazo con cierta ambivalencia. Por un lado está la alegría de ver a su bebé en la ecografía o escuchar su latido, comprobar que todo está en orden. Por otro lado, a menudo viven la experiencia de ir a la revisión ginecológica con verdadera angustia, sienten que tienen que aprobar un examen, que no van a pasar la ITV del embarazo: que si tienes anemia, o la glucosa alta, si has cogido mucho peso o tienes la tensión al límite, si el bebé tiene poco líquido, o tiene mucho, si es demasiado pequeño, o demasiado grande... Esto último puede generar ansiedad y temor, porque si te dicen que tu bebé es “demasiado grande” o “cabezón”, ¿cómo vas a poder parirlo?

En muchas ocasiones me he preguntado si estas afirmaciones de alguna manera no se convierten en “la profecía que se cumple a sí misma”, si el hecho de que te digan que tu hijo está creciendo mucho y que no vas a poder parir a un bebé tan grande, condiciona de alguna manera que pierdas la fe en tu propio cuerpo y en tu propia capacidad para parirlo, porque muchas mujeres normales han parido bebés bastante grandes sin ser especialmente altas o tener una pelvis especialmente amplia.

Ejemplos muy elocuentes

Hace algunos años tuve la oportunidad de acompañar en su parto a una mujer a la que en su primer embarazo le habían dicho que tenía un bebé muy grande que no iba a poder parir... y le practicaron una cesárea. En su segundo embarazo se puso de parto espontáneamente, y puesto que tenía una cesárea anterior y “la pelvis estrecha”, el médico decidió usar los fórceps... Curiosamente, este segundo bebé era más grande que el primero.

Con el objetivo de tener un parto distinto de los anteriores, en su tercer embarazo trabajó mucho su autoestima y la confianza en sí misma. Se puso de parto espontáneamente y parió a su tercer hijo en posición de SIMS (decúbito lateral, es decir, tumbada de costado), de forma bastante rápida y sin apenas desgarro. Curiosamente, el tercer hijo fue el más grande de todos, un bebé que pesaba casi cuatro kilos. Fue el parto más fácil de los tres y el único que no le dejó secuelas (ni físicas, ni emocionales, ni mentales). Si realmente hubiera sido estrecha de pelvis, no habría parido al primero... pero tampoco al último.

La realidad es que muchas de las desproporciones cefalo-pélvicas diagnosticadas antes de que una mujer se ponga de parto no son reales; se basan en estimaciones del peso del bebé –calculadas a partir de las ecografías– que no sirven más que para complicar el tramo fi-

nal de la gestación y acabar adelantando el acontecimiento. Creo que verter estas “opiniones” en un momento en que las mujeres se sienten especialmente vulnerables –como es durante el embarazo de sus criaturas– mina la confianza en sí mismas y en sus capacidades. A las embarazadas hay que cuidarlas, conseguir que se sientan aún más felices y seguras, intentar que disfruten de su gestación y confíen plenamente en sus cuerpos.

No siempre es el tamaño

A menudo nos encontramos con desproporciones relativas. Son casos en los que el bebé no cabe, no puede pasar por la pelvis de su madre, pero no por su envergadura, sino por la posición en la que se encuentra en el útero materno.

Normalmente, los bebés nacen con el cuello bien flexionado, la barbilla pegada al pecho y su cara (ojos, nariz y boca) pasando directa- ▶

Sabia naturaleza

RECURSOS PROPIOS PARA PARIR

Ser la especie más inteligente complica el parto de los humanos. Por ejemplo, la cabeza del bebé es grande en proporción al resto del cuerpo, y la posición erguida obliga a que los músculos que cierran el útero sean muy potentes. Pero la naturaleza nos ayuda.

- Durante el embarazo se segregan diversas hormonas que preparan el cuerpo de la mujer. Entre otros efectos, se produce una mayor hidratación de sus tejidos, lo que les confiere una mayor elasticidad. La hormona relaxina, por su parte, flexibiliza las articulaciones de la madre, lo que favorece que los diámetros pélvicos puedan ampliarse.
- Los huesos del cráneo del bebé son muy suaves y flexibles, y ni los espacios entre ellos ni las fontanelas están soldados. De este modo, la cabeza del bebé es moldeable por la presión del canal del parto.
- Una de las percepciones que tengo en mi trabajo es que las mujeres suelen gestar bebés que son capaces de parir por sus medios. Así, si el bebé va camino de ser “demasiado grande”, es probable que el parto se adelante o que sea prematuro (semana 35-36), cuando el bebé ya está bastante maduro y antes de que crezca demasiado. Esto puede ocurrir en mujeres de talla baja con parejas más altas que ellas.

CUANDO UNA MUJER CREE EN ELLA MISMA Y NO SE SIENTE BLOQUEADA TIENE MÁS FACILIDAD PARA PARIR

mente pegada al sacro, el coxis y, finalmente, la horquilla del periné (espacio entre la vagina y el ano). Ésta es la posición ideal para que el bebé nazca, porque los diámetros con los que atraviesa la pelvis de su madre son los más pequeños. Habitualmente, de estos bebés se dice que están en “directa” o en occipito anterior (izquierda o derecha). Otros bebés se colocan flexionados, pero al revés (con la cabeza echada hacia atrás), exponiendo a la pelvis de su madre diámetros de mayor tamaño, lo que puede dificultar el parto, e incluso en algunas ocasiones, llegar a impedirlo.

En otras ocasiones lo que ocurre es que no flexionan la cabeza lo suficiente para que el diámetro que exponen a la pelvis sea el adecuado, o se colocan en posturas diferentes que pueden dificultar el parto.

Puntos que juegan en contra

¿Qué factores pueden influir para que la cabeza de los bebés no se coloque correctamente?

1 SEDENTARISMO

Algunos estudios sobre presentaciones en occipito-posterior han relacionado el sedentarismo de la madre con el hecho de que el dorso del bebé, y por lo tanto su cabeza, estén mal colocados. Tiene mucho sentido, ya que si las mujeres están mucho tiempo sentadas (y, sobre todo, reclinadas hacia atrás), la espalda del bebé caerá hacia la espalda de la madre y su cabeza se colocará en una mala posición para el parto.

El sedentarismo es algo habitual en nuestra sociedad. En general, hacemos poco ejercicio y caminamos poco, pasando mucho más tiempo sentadas y semitumbadas.

Practicar algún tipo de actividad física durante el embarazo puede ayudar a que nuestro bebé esté mejor colocado. Tienes varias opciones: caminar, hacer yoga –una disciplina que aumenta la flexibilidad–, realizar ejercicios en la piscina...

2 ANALGESIA EPIDURAL

La epidural puede afectar a la colocación del bebé en la pelvis. Y es que la cabeza del bebé se encaja en ella como cuando nos ponemos un jersey de cuello vuelto. La presión que el punto del jersey ejerce sobre nuestra cabeza hace que la flexionemos, pegando la barbilla al pecho. Normalmente, nos ponemos el jersey por el occipucio (parte posterior de la cabeza) porque sabemos que así entrará más fácilmente, y al tirar del jersey hacia abajo, nuestra cabeza se flexiona. Algo similar ▶

Los casos reales, poco frecuentes

● Desproporción cefalo-pélvica significa que el bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis de la mujer. Aunque es un diagnóstico habitual, no siempre se trata de una desproporción auténtica. La real suele darse en mujeres de talla muy baja (menos de 1,50 m y no en todas) o que tienen alguna deformidad en la cadera y que, además, están gestando bebés bastante grandes.

● No hay que fiarse tanto del peso estimado por la ecografía como de la forma de la barriga de la mujer. En los casos de desproporción cefalo-pélvica real se aprecia una barriga grande, que cae hacia delante, en la que se observa claramente que el bebé está fuera de la pelvis y que no está entrando en ella hacia el final del embarazo. De todos modos, estas situaciones son bastante infrecuentes.

● En parejas africanas compuestas por un hombre y una mujer de diferentes etnias, puede darse esta circunstancia cuando mujeres de una etnia de talla baja tienen hijos de varones de otra etnia de talla mucho mayor. También ocurre en mujeres que han sufrido raquitismo o poliomielitis en la infancia y que presentan una deformidad importante en las caderas que dificulta anatómicamente el descenso y encajamiento de la cabeza del bebé. Estos serían desproporciones reales que impiden que un bebé pueda salir por la pelvis de su madre.

● Muchas mujeres indígenas de Suramérica son de talla baja y sin embargo paren bebés bastante grandes, que pueden rondar o incluso superar los 4 kg de peso.

ocurre en el parto: las contracciones uterinas empujan al bebé hacia la pelvis, que va flexionando la cabeza por la presión que ejercen sobre él los huesos y la musculatura del periné. Cuando se usa analgesia epidural, especialmente si se administra en un estadio muy precoz del parto como ocurre en nuestra sociedad, los músculos de la pelvis se relajan y no hacen presión, por lo que es posible que el bebé entre en la pelvis en una posición anómala o poco flexionada, que dificulta la progresión del parto.

3 INMOVILIDAD EN LA DILATACIÓN
Nuestra pelvis no es una estructura rígida, sino varios huesos que se articulan entre sí que pueden variar

su pelvis. Finalmente, en el expulsivo buscará una postura que ayude al bebé a salir (en vertical, a cuatro patas o tumbada de costado).

4 DESCONFIAR DE UNA MISMA

Una mujer que “sabe” que puede parir tiene más probabilidades de poder hacerlo que una mujer que está cargada de miedos y de inseguridades. Cuando hacemos sentir a una mujer que el trabajo del parto va a ser muy difícil (porque su bebé es muy grande, porque ella es muy pequeña, porque la cabeza mide tanto...), le generamos una inseguridad y un miedo que provoca que se desconecte de su cuerpo y de su instinto, pudiendo llegar a bloquear su capacidad para parir.

SI LA MADRE PUEDE MOVERSE LIBREMENTE, LA PELVIS SE ABRE PARA QUE EL BEBÉ SE ENCAJE

ligeramente sus diámetros para ir acomodándose al paso del bebé. Hasta hace relativamente poco tiempo se creía que la pelvis era una estructura rígida, que no se movía. Hoy, gracias a los trabajos de fisioterapeutas y osteópatas como Blandine Calais-Germain¹ o Bernadette de Gasquet sabemos que las articulaciones se mueven a medida que el parto progresa, ampliándose el diámetro para facilitar que el bebé se vaya encajando. Normalmente, esto ocurre de forma natural e involuntaria si la mujer se puede mover con libertad. Si la mujer permanece tumbada, sus articulaciones están bloqueadas, la gravedad no la ayuda, y eso aumenta el dolor y la posibilidad de que el bebé no se coloque correctamente.

Una mujer que puede moverse libremente en la primera fase del parto se pasea y mueve su pelvis hacia los lados, adelante y atrás. Más adelante, buscará posturas arrodilladas que le permitan abrir

Creo que la naturaleza se equivoca relativamente poco, que el cuerpo de una mujer va a hacer bebés que pueda parir. De hecho, muchas mujeres pequeñas, o cuyas parejas son muy grandes, suelen tener partos algo más prematuros (35-36 semanas de gestación) o amenazas de parto prematuro, precisamente porque así podrán parir a sus criaturas, si son más pequeñas.

Considero que si una mujer tiene confianza en ella misma y no se siente bloqueada, tendrá una mayor facilidad para parir. Nuestra responsabilidad –de los sanitarios, de las mujeres, de la sociedad en general...– es recuperar la fe en el cuerpo de las mujeres, hacer que se sientan felices y seguras de sí mismas y de la capacidad que tiene su propio cuerpo para traer al mundo a sus hijos y sus hijas. ✨

¹ Parir en movimiento. La movilidad de la pelvis en el parto y Anatomía para el movimiento. El periné femenino y el parto, Ed. La Liebre de Marzo