



CAPACITACION A COMADRONAS

Manual para Capacitadores



Módulo III:

Contenidos Técnicos para Capacitadores de Comadronas

Proyecto de Salud Materno y Neonatal de Quetzaltenango

Barbara Schieber
Susan Colgate Goldman
Alfred Bartlett

MODULO III

***CONTENIDOS TECNICOS PARA
CAPACITADORES DE COMADRONAS***

Publicación INCAP MDE/054

El trabajo en el cual se basa este documento y su producción fue financiado por el Proyecto MotherCare bajo Contrato No. DPE-5966-Z-00-8083-00 con la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (AID) y con recursos propios del INCAP/OPS.

CONTENIDOS

	No. Pg.
Introducción	01
TEMAS:	
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO:	
I. Hemorragia antenatal " <i>Sangrado en el embarazo</i> "	03
II. Eclampsia/pre-eclampsia " <i>Hinchazón peligrosa y presión alta durante el embarazo</i> "	05
III. Ruptura prematura de membranas " <i>Cuando la fuente se rompe antes de tiempo</i> "	07
IV. Atención prenatal " <i>Control prenatal</i> "	09
COMPLICACIONES EN EL PARTO:	
V. Trabajo de parto " <i>Parto normal y parto peligroso</i> "	13
VI. Malpresentaciones " <i>Cuando el bebé viene en mala posición</i> "	16
COMPLICACIONES EN EL POST-PARTO:	
VII. Hemorragia post-parto " <i>Sangrado después del parto</i> "	19
VIII. Sepsis post-parto " <i>Infección después del parto</i> "	22
COMPLICACIONES EN EL NEONATO:	
IX. Niño asfixiado " <i>Recién nacido que nace cansado, casi ahogado</i> "	25
X. Sepsis neonatal " <i>Infección en el recién nacido</i> "	27
XI. Recién nacido prematuro y de bajo peso al nacer " <i>Recién nacidos pequeños</i> "	29
Bibliografía	31

INTRODUCCION

El propósito de este módulo es fortalecer y complementar los conocimientos técnicos de los capacitadores de comadronas sobre el manejo de las principales emergencias obstétricas y neonatales. La información que se proporciona para cada tema es más amplia y más técnica que los contenidos para las comadronas. Creemos que así los capacitadores podrán sentirse con mayor confianza para desarrollar los temas y podrán responder acertadamente las preguntas específicas que puedan presentar las comadronas.

La información presentada en cada tema se estructuró de la siguiente forma:

- Definición
- Riesgos
- Causas
- Manejo
- Prevención



***COMPLICACIONES
EN EL EMBARAZO***

TEMA I:

HEMORRAGIA ANTENATAL

DEFINICION:

Durante un embarazo normal, la placenta está firmemente unida a la pared del útero y no debe ocurrir ninguna hemorragia vaginal. Cualquier cantidad de hemorragia vaginal es conocida como hemorragia antenatal. Es señal de que algo anda mal e indica un peligro serio para la madre y/o el bebé.

RIESGOS:

La hemorragia antenatal ocurre cuando, por alguna razón, la placenta no permanece bien adherida a la pared uterina. La madre puede perder mucha sangre, por lo que corre peligro de desangrarse hasta la muerte. Cuando la placenta se desprende se rompe el vínculo que une a la madre y al bebé, y su vida también corre peligro. Por lo tanto, la hemorragia antenatal es una condición que amenaza la vida tanto de la madre como del bebé y es necesario referir a la señora inmediatamente al hospital, donde podrán tomarse medidas para detener la hemorragia.

CAUSAS:

Durante el primer trimestre del embarazo, la hemorragia antenatal puede ser causada por un aborto, ya sea espontáneo o provocado, o por un embarazo ectópico. Un aborto espontáneo ocurre cuando el feto tiene alguna malformación congénita no compatible con la vida. 30% de los embarazos terminan en abortos espontáneos, la mayoría durante las primeras semanas del embarazo. Todo el producto de la concepción debe ser expulsado para permitir que el útero se contraiga. Si quedan restos del feto o de la placenta dentro de la matriz, esta no podrá contraerse y la herida de la inserción placentaria sangrará. Seguirá sangrando hasta que el útero esté limpio, ya sea por legrado o espontáneamente.

En el caso de un aborto provocado, el peligro aumenta ya que puede presentarse una infección además de la hemorragia.

Un embarazo ectópico es cuando el embarazo se localiza en cualquier lugar fuera del útero (ejemplo: en las trompas de Falopio o en la cavidad abdominal). Estos órganos no son elásticos como el músculo uterino; por lo tanto, cuando crece el embarazo, el órgano se rompe causando la muerte fetal y una hemorragia que amenazará la vida de la señora. En cualquier caso, cuando ocurra una hemorragia durante el primer trimestre es necesario referir a la señora al hospital.



La inserción normal de la placenta es en la parte superior del útero. En el caso de la placenta previa, la inserción está en la parte baja del útero. En las fases posteriores del embarazo, el crecimiento del útero causa adelgazamiento y estiramiento de la parte inferior, lo que provoca desprendimiento de la placenta y hemorragia.

La cantidad de hemorragia corresponde al grado de desprendimiento, lo cual depende del sitio de inserción y del grado de estiramiento del útero que aumentará cuando crezca el niño. Si hay un desprendimiento importante, el niño morirá.

La hemorragia vaginal causada por una placenta previa usualmente no provoca dolor. Puede ser profusa y detenerse espontáneamente, pero sólo para presentarse más severamente en fases posteriores del embarazo o durante el trabajo de parto. Dependiendo de su localización, una placenta previa también puede obstaculizar el descenso fetal o bloquear el cérvix por completo a la hora del parto. La placenta previa es una condición que puede ser mortal. Por esta razón, las señoras con hemorragia (aunque aparentemente la hemorragia haya cesado) siempre deben ser referidas para que den a luz en el hospital.

Un desprendimiento de placenta (abruptio placentae) se refiere a una placenta implantada en el lugar correcto pero que se separa de la pared uterina antes del parto. Usualmente se desconoce la causa de esta separación, aunque frecuentemente se asocia con la hipertensión. Algunas veces la hemorragia se queda atrapada adentro del útero, detrás de la placenta, y no sale sangre o sale muy poca. En este caso, el útero se dilata, duele mucho y se siente duro al tacto. Si la hemorragia sale, entonces es posible que el útero se sienta suave al tacto y no duela. Si el desprendimiento de placenta es completo, muere el feto. Si sólo ocurre de forma parcial, es posible que sobreviva. Ya sea que la hemorragia esté escondida o salga por la vagina, la vida de la madre está en peligro.

MANEJO:

En cualquier caso de hemorragia antenatal, es necesaria una acción inmediata para prevenir la muerte. Una señora con hemorragia durante el embarazo debe ser transferida inmediatamente al hospital. De ser posible, durante su traslado debe permanecer acostada con los pies hacia arriba y darle muchos líquidos. Si una señora con hemorragia rehúsa ser referida al hospital, debe permanecer en cama, con la cabeza más abajo que los pies y beber muchos líquidos. La comadrona debe insistir en que dé a luz en el hospital. Debe instruirse a las mujeres embarazadas que reporten inmediatamente cualquier hemorragia durante el embarazo.

PREVENCION:

Las mujeres que están anémicas pueden tolerar muy poca pérdida de sangre, por lo que es importante tratar de prevenir la anemia durante el embarazo. En vista que la deficiencia de hierro es la causa más común de la anemia durante el embarazo, la comadrona debe enseñar a sus señoras buenos hábitos de nutrición; y si es posible, hacer que tomen tabletas de hierro.

TEMA II:

PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA

DEFINICION:

La pre-eclampsia - eclampsia es una enfermedad hipertensiva provocada por el embarazo.

Los síntomas de la pre-eclampsia se presentan hasta después de la segunda mitad del embarazo, usualmente en el tercer trimestre. Aunque la hinchazón de los pies es normal y la experimentan por lo menos un 80% de las mujeres embarazadas, la hinchazón de las manos y la cara es diferente y debe alertar a las comadronas ante la posibilidad de una pre-eclampsia. Otros síntomas incluyen dolores de cabeza severos, dolores epigástricos, palpitaciones y problemas visuales, aumento rápido de peso, presión arterial alta (arriba de 140/90) y proteínuria.

Sin tratamiento, la pre-eclampsia puede convertirse en una eclampsia, también conocida como toxemia del embarazo. Esta se caracteriza por convulsiones, coma, daño o muerte del feto, y posiblemente daño cerebral o muerte de la madre.

RIESGOS:

La eclampsia puede causar daños cerebrales a la madre o al niño. Además, es una causa principal de mortalidad materna y fetal. Obviamente, las convulsiones o coma son una emergencia que requieren de una transferencia inmediata al hospital, ya que con tratamiento temprano puede prevenirse la mortalidad. Las comadronas deben estar conscientes que la eclampsia (con convulsiones, etc.) todavía se puede presentar hasta 48 horas después del parto. Posteriormente la mujer está fuera de peligro.

CAUSAS:

Aunque todavía no sabemos por qué algunas mujeres desarrollan esta condición, con la detección temprana y la referencia al hospital para su tratamiento, puede prevenirse la mortalidad. La pre-eclampsia/eclampsia es más común entre las primigrávidas, mujeres menores de 20 años, mujeres con embarazos múltiples, mujeres mayores, mujeres multíparas con más de cinco embarazos, y embarazos con cantidades excesivas de líquido amniótico (polihidramnios).



MANEJO:

Aunque la comadrona no pueda detectar presión arterial alta, proteinuria o aumento rápido de peso, debe estar alerta para ver si existe hinchazón anormal, dolores de cabeza, palpitaciones y problemas visuales. En caso afirmativo, debe referir rápidamente a la señora con síntomas de pre-eclampsia al centro o puesto de salud para que allí la evalúen, le den tratamiento (reposo en cama, hidratación, anti-hipertensivos, y/o anti-convulsionantes), y posiblemente la transfieran al hospital. El objetivo es evitar que esta condición se convierta en una eclampsia.

PREVENCION:

Idealmente, la eclampsia severa debería prevenirse mediante una detección temprana y la referencia de casos de pre-eclampsia. Durante el tercer trimestre del embarazo, debe tomarse la presión arterial a todas las mujeres embarazadas en el centro o puesto de salud. Cualquier señora con síntomas de pre-eclampsia debe dar a luz en el hospital. Usualmente la pre-eclampsia empeora conforme avanza el embarazo; y, sin tratamiento, puede provocarse una crisis al momento del parto.

TEMA III: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

DEFINICION:

La ruptura prematura de membranas es cuando la bolsa de las aguas se rompe más de 24 horas antes de que nazca el niño.

Cuando la bolsa de las aguas está intacta constituye la mayor protección contra las infecciones, tanto para la madre como para el bebé. Esta protección debe permanecer intacta hasta que la mujer entra en trabajo de parto activo, idealmente hasta que ya está pujando para sacar al bebé. Sin embargo, algunas veces la bolsa de las aguas se rompe antes del inicio del trabajo de parto.

RIESGOS:

Si la bolsa de las aguas se rompe antes de iniciar el trabajo de parto, generalmente la señora y el bebé estarán bien si el parto ocurre dentro de un período de 24 horas. Sin embargo, si no sucede así, el riesgo de sepsis tanto para la madre como para el bebé aumentan dramáticamente. En el caso del bebé, la infección conlleva el peligro de muerte fetal o neonatal; para la madre involucra la posibilidad de muerte o de una infertilidad posterior. Por esta razón, el trabajo de parto debe iniciarse dentro de un período de 12 horas después que se han roto las membranas. Otro de los riesgos es el prolapso de cordón o miembros, que ocurre más frecuentemente si la presentación está móvil o no cefálica.

CAUSAS:

Generalmente desconocidas.

DETECCION:

La comadrona debe enseñar a las señoras a reportar inmediatamente la ruptura de sus membranas. Es posible que la señora experimente esto como un torrente de agua tibia que le sale de la vagina, o como un pequeño goteo continuo, probablemente en mayor cantidad cuando tose o estornuda. El líquido amniótico continúa produciéndose, así que este goteo continuará.

Algunas veces es difícil saber qué clase de líquido está saliendo de la vagina o si hay prolapso de cordón, por lo que debe ver la vagina de la señora sólo por fuera. Recuerde que podría ser sangre, líquido amniótico, una descarga profusa causada por infección vaginal, u orina debido a una incontinencia por presión. De estas posibilidades, la incontinencia por presión es la única causa benigna. Por lo tanto, en caso de duda, es mejor referir a la señora.



MANEJO:

Para prevenir la sepsis en la madre y el bebé, la comadrona debe referir al hospital a cualquier señora que haya sufrido una ruptura de membranas y que después de 12 horas todavía no presente síntomas de trabajo de parto, para que pueda recibir antibióticos y posiblemente se le induzca el parto. La comadrona también debe referir a cualquier señora con ruptura de membranas que presente fiebre, o si el líquido que le está saliendo de la vagina huele mal. Después de una ruptura prematura de membranas, ni la comadrona ni el personal del centro o puesto de salud deben practicar exámenes vaginales; esto sólo aumentaría el riesgo de infección. La señora tampoco debe bañarse. En el centro o puesto de salud, debe iniciarse una terapia de antibióticos antes de su transferencia al hospital. Si hay prolapso de cordón debe insertarse dos dedos en la vagina de la señora y empujar la presentación hacia arriba para evitar la compresión del cordón. La señora debe ser transportada así y acostada con las caderas en alto.

PREVENCION:

Aunque no sabemos cómo prevenir la ruptura prematura de membranas, sí podemos prevenir las complicaciones (sepsis materna y fetal) mediante la detección, referencia y tratamiento tempranos.

TEMA IV:

ATENCIÓN PRENATAL

DEFINICION:

Las señoras embarazadas vienen al puesto o centro de salud o son visitadas por la comadrona para recibir atención prenatal. El propósito de los controles prenatales es la detección y referenciade los principales problemas que pueden ocurrir durante el embarazo. La educación sobre la salud es parte de este



proceso, ya que la comadrona debe enseñar a las madres a reportarle ciertas señales de peligro: cualquier hemorragia, hinchazón de manos y/o cara, inicio prematuro del trabajo de parto, o ruptura prematura de membranas. Nuestro objetivo es que durante el tercer trimestre (o por lo menos en el noveno mes), toda mujer embarazada debe ser examinada por lo menos una vez por la comadrona y una vez en el centro o puesto de salud.

Lo ideal sería hacer controles prenatales mensualmente durante todo su embarazo. Sin embargo, éstos no sirven de nada si no se usan para evaluar la condición de la señora y de su feto, para detectar complicaciones y para iniciar tempranamente tratamientos apropiados.

ATENCIÓN QUE DEBE DAR LA COMADRONA:

Durante el control prenatal, la comadrona debe examinar a la señora y platicar con ella para detectar si existen síntomas de alto riesgo que requieran su referencia al puesto o centro de salud para tratamiento; o su transferencia al hospital para la hora del parto. Estos síntomas incluyen:

- * operación cesárea previa (historial y examen abdominal)
- * gemelos (examen abdominal)
- * malpresentación (posición transversa o podálica - examen abdominal)
- * hinchazón anormal (inspección y preguntas)
- * hemorragia (preguntas a la señora)
- * ruptura prematura de membranas (preguntas a la señora;) y

-
- * trabajo de parto prematuro (calculando y comparando su fecha aproximada de parto con la fecha actual y con el tamaño del útero).

Si la comadrona descubre cualquiera de estos síntomas, debe referir a la señora, explicándole los riesgos involucrados para que acepte su referencia. También debe enseñarle a reportar inmediatamente toda señal de peligro, y a llamarle rápidamente cuando empiecen sus dolores de trabajo de parto.

ATENCIÓN A DAR EN EL PUESTO O CENTRO SALUD:

En el tercer trimestre (séptimo-noveno mes) del embarazo, la comadrona debe referir al centro o puesto de salud a todas las señoras para que les hagan un control prenatal. Los propósitos primordiales de este examen son: tomar la presión arterial y examinar la orina para detección de pre-eclampsia, dar suplementos de hierro y ácido fólico (si es posible), colocar nuevamente vacuna anti-tetánica, y ver si el embarazo es gemelar o existe alguna malpresentación. Los signos de pre-eclampsia sólo se presentan al final del embarazo (en el séptimo, octavo y noveno mes). Asimismo, para estar seguro de la presentación fetal, debe evaluarse a la señora en el noveno mes. Entre más cerca esté la fecha del parto, más seguridad puede haber de la presentación fetal. Hay versiones espontáneas hasta dos semanas antes del parto. Por lo tanto, debe evaluarse a la paciente al final del noveno mes para verificar la posición del feto.

Si se detectan todos los casos de malpresentación fetal y pre-eclampsia y son referidos apropiadamente, se puede disminuir la mortalidad fetal y materna en un gran porcentaje.

Las condiciones de alto riesgo son discutidas con más detalle en otras lecciones. El propósito de esa lección es enseñar lo que se debe incluir en un control prenatal.

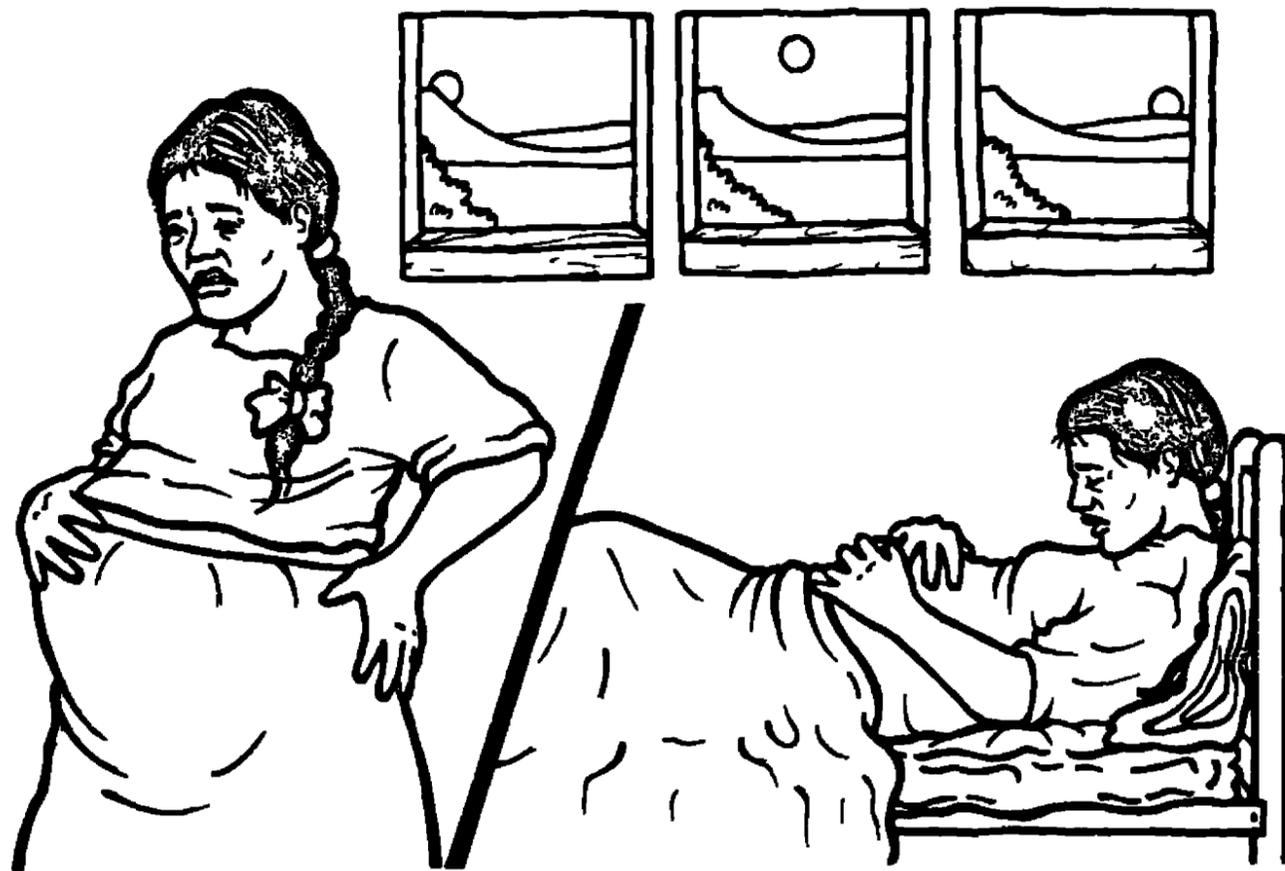
***COMPLICACIONES
EN EL PARTO***

TEMA V:

TRABAJO DE PARTO

DEFINICION:

El trabajo de parto normal es un proceso mediante el cual el útero se contrae en forma rítmica alternando con periodos de relajamiento y descanso, para gradualmente preparar y dilatar el cérvix y finalmente expulsar los productos de la concepción (feto, placenta y membranas).



DESCRIPCION:

Conforme avanza el trabajo de parto normal, las contracciones aumentan en frecuencia, duración e intensidad (se presentan más seguido, duran más tiempo y son más fuertes). En la primera fase (fase latente) del trabajo de parto, la madre todavía puede caminar y hablar o reír cuando tiene las contracciones. Estas contracciones sirven para preparar el cuello del útero para dilatarse durante la fase activa que sigue.

Cuando el trabajo de parto se vuelve activo, la intensidad de las contracciones provoca que el cérvix se dilate; entonces el comportamiento de la madre cambia. Es posible que vomite, principie a quejarse, a sudar o sienta frío, y pronto se vea absorbida por cada contracción--probablemente no pueda caminar o hablar hasta que ésta termine. Entre cada contracción el útero debe relajarse por completo, entonces la señora podría descansar; algunas veces hasta "cabecear". Esta relajación uterina permite que el feto se recupere del agotamiento de cada contracción y previene que se asfixie. El trabajo de parto normal dura aproximadamente 12 horas.

Estudios recientes realizados por la Organización Mundial de la Salud muestran que la mortalidad y morbilidad materna y perinatal incrementan significativamente después de 12 horas de trabajo de parto.

Cuando el cérvix está completamente dilatado (10 cm.) empieza la fase de expulsión. Ahora los esfuerzos de la madre pueden ayudar a hacer descender al niño, hasta que nazca. La señora puja durante cada contracción expulsiva y el niño avanza a través de la vagina hasta que sale. Cuando el cérvix está completamente dilatado, ella sentirá ganas involuntarias de pujar. Normalmente, la fase expulsiva dura algunos minutos (para multíparas) y hasta una hora (para primerizas). No debe durar más de una hora.

La tercera fase del trabajo de parto es el período entre el nacimiento del niño y el alumbramiento, el cual no debe durar más de media hora. El alumbramiento se discute con más detalle en el módulo "Hemorragia post-parto."

MANEJO Y PELIGROS:

El trabajo de parto es un proceso natural que se desarrolla en mejor forma sin ninguna intervención. Cuando una señora se encuentra en un ambiente en el que recibe apoyo emocional y familiar, le será más fácil relajarse y el trabajo de parto evolucionará con menores complicaciones. La comadrona y la familia deben trabajar conjuntamente en el hogar para brindar apoyo a la parturienta. La comadrona desempeña un papel adicional que es velar por la salud de la madre y del bebé. Ella hace eso detectando y refiriendo aquellos casos en que la madre o el bebé pueden salir lastimados.

La comadrona debe examinar a la señora, determinar cuando se inicie el trabajo de parto activo y llevar la cuenta de cuanto tiempo pasa, ya que el trabajo de parto prolongado es muy peligroso para la madre y para el bebé. Ella puede ayudar a la madre a relajarse, permitiéndole que coma si lo desea, dándole muchas bebidas dulces para prevenir la deshidratación y el agotamiento, y estimulándola para que orine frecuentemente. La madre necesita apoyo durante este período tan doloroso del parto. Debe permitirse que la madre camine y se ponga en la posición en que se sienta más cómoda.

El examen abdominal debe hacerse al inicio del trabajo de parto para determinar si el bebé viene en presentación cefálica y si es un solo feto. Un bebé en posición transversa nunca podría nacer por vía vaginal; necesita una operación cesárea. Si no se extrae al niño en posición transversa mediante esta operación, el trabajo de parto finalmente causará la ruptura del útero y la muerte materna y fetal. Por esta razón, la madre debe ser enviada inmediatamente al hospital. Un bebé en posición podálica también conlleva un riesgo muy alto de muerte o asfixia fetal y peligro para la madre, por lo que estos casos también deben ser referidos al hospital. Lo mismo sucede cuando se trata de una gestación múltiple. Lo más importante es localizar la cabeza del feto. Si no logra palpar la cabeza en la pelvis, refiera a la madre.

El examen abdominal también permite que la comadrona estime el tamaño del bebé. Si el tamaño del útero no parece como si fuera de término completo, el bebé será prematureo o de bajo peso al nacer. Por lo tanto, debe referir a la madre para que dé a luz en el hospital donde cuentan con atención especial para los recién nacidos. El examen abdominal también revela la cicatriz de una operación cesárea previa, otra indicación de que debe referirse a la madre al hospital. Aunque no necesariamente deba practicarse otra cesárea, hay un riesgo elevado de ruptura uterina en la cicatriz de la operación previa.

La comadrona debe determinar si las membranas se han roto y cuándo; además, debe evaluar si la señora presenta fiebre. Si las membranas se rompieron hace más de 24 horas y el bebé no ha nacido, o si la señora presenta fiebre o descarga vaginal con mal olor, también debe referirla al hospital.

PROHIBICIONES PARA LAS COMADRONAS:

- NO** deben administrar oxitócicos a una señora en trabajo de parto. Estos aumentan la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones y pueden provocar un gran daño o asfixia del bebé, o la ruptura del útero de la madre.
- NO** deben indicar a la señora que puje hasta que la cabeza del bebé esté en el canal de nacimiento y ella sienta la necesidad involuntaria de hacerlo.
- NO** deben hacer exámenes vaginales.
- NO** deben dar alcohol a la madre durante el trabajo de parto, ya que esto podría disminuir las contracciones y deprimir la respiración del bebé al momento de nacer.

TRABAJO DE PARTO PROLONGADO:

Debe diferenciarse entre el trabajo de parto prolongado y el normal (ver arriba). Es necesario que la comadrona permanezca con la señora para poder observar cuando el trabajo de parto se vuelva activo (aumento en la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones y cambios en el comportamiento de la madre). Posteriormente, se debe tomar el tiempo para poder reconocer un trabajo de parto prolongado: más de 12 horas de trabajo activo. El sol no debe salir y meterse más de una vez antes que nazca el bebé. Si no se puede decir

cuándo comenzó el trabajo de parto activo, la comadrona debe referir a la señora 12 horas después de que el esposo la haya ido a buscar para venir a atender a la señora. Si el trabajo de parto se prolonga, quiere decir que algo anda mal: debe haber alguna razón para que el bebé no haya descendido y nacido. El trabajo de parto prolongado es muy agobiante tanto para la madre como para el bebé y se asocia con altas tasas de trauma, asfixia y muerte fetal; y agotamiento, infección, ruptura del útero, hemorragia post parto y muerte en la madre. Esta es una emergencia y debe referirse rápidamente al hospital.

Cuando el cérvix se ha dilatado y la señora puja, no debe esperar más de una hora para que salga el niño. Si el bebé no ha salido después de una hora de estar pujando, algo está mal; por lo tanto, la madre debe ser referida al hospital inmediatamente.

TRABAJO DE PARTO VERDADERO O FALSO:

Algunas veces una señora sufre de contracciones duras y muy dolorosas; sin embargo, éstas no representan el trabajo de parto verdadero. ¿Cómo distinguir entre el trabajo de parto verdadero y el falso? La única forma confiable sería hacer una serie de exámenes vaginales durante un período de varias horas para detectar el adelgazamiento y dilatación progresiva de el cérvix. Debido a que las comadronas no deben hacer exámenes vaginales, deben confiar en su propia evaluación de las contracciones de la señora.

Los dolores del trabajo de parto verdadero se presentan de forma regular y rítmica, y van aumentando gradualmente en frecuencia, intensidad y duración (se vuelven más fuertes, tardan más y son más frecuentes). Se sienten en la espalda y el abdomen y se intensifican al caminar.

Una vez que se han iniciado los dolores del trabajo de parto verdadero, nada los detendrá.

Los dolores del trabajo de parto falso se presentan a intervalos irregulares y su frecuencia, intensidad y duración no aumentan. Se sienten principalmente en la parte baja del abdomen y no se intensifican al caminar.

Aunque los dolores del trabajo de parto falso no provocan la dilatación de el cérvix, pueden ser muy molestos. Algunas medidas pueden ayudar a la señora a relajarse y hacer que desaparezcan los dolores: ponerla a descansar, darle masajes en la espalda y un baño con agua tibia.



TEMA VI:

MALPRESENTACIONES

DEFINICION:

La única presentación normal es la presentación cefálica (cuando la cabeza del feto aparece primero en la pelvis). Cualquier otra presentación (pies, rodillas, nalgas, brazo, hombro, espalda) es una malpresentación. Se llama así porque conlleva mucho riesgo para la vida de la madre y del bebé durante el trabajo de parto.

En un parto en podálica, primero aparecen en el cérvix las nalgas, las rodillas o los pies del bebé, en vez de que sea la cabeza como sucede en una presentación cefálica. En una presentación de hombros o posición transversa, aparecen en el cérvix un brazo, un hombro o la espalda, con la cabeza a un lado y las piernas al otro lado del abdomen de la señora.



RIESGOS:

El niño en posición transversa nunca puede nacer por la vagina. Si no se hace una operación cesárea rápidamente, se romperá el útero de la señora y morirá no sólo la madre sino también el bebé.

En una presentación podálica, las partes del feto que aparecen no son duras ni redondas como la cabeza; por lo tanto, no estimulan la dilatación. Además, las piernas y nalgas del feto tienen un diámetro más pequeño que la cabeza, por lo que pueden resbalar a través de el cérvix, permitiendo que el descenso del bebé principie antes que se complete la dilatación cervical. Esta es una situación delicada ya que es probable que la parte más ancha del cuerpo (la cabeza) que viene a continuación, no pase a través de el cérvix parcialmente dilatado y se quede trabada allí. Cuando sucede esto, frecuentemente el cordón umbilical se comprime entre la cabeza del bebé

y los huesos pélvicos de la madre impidiendo que fluya la sangre al feto, lo que le provoca la muerte. (En una presentación cefálica normal, el cordón no se comprime ya que viene a continuación de la cabeza). Como no se sabe si el cérvix está completamente dilatado, es posible que la cabeza no pueda pasar y se quede trabada cuando el cuerpo ya haya salido. Para entonces, ya el cordón estará comprimido y habrá sufrimiento fetal. La única solución será una operación cesárea por lo que el hospital es el mejor lugar para estos partos.

MANEJO:

Es necesario que la comadrona comprenda los peligros asociados con las malpresentaciones. Durante el noveno mes debe hacerse un examen abdominal para detectar cualquier malpresentación y repetirlo cuando principie el trabajo de parto. De esta forma, la comadrona podrá detectar y convencer a cualquier señora con una malpresentación para que dé a luz en el hospital. Si la posición podálica se detecta antes del inicio del trabajo de parto, debe explicarse claramente a la madre y a su familia la situación, así como los peligros que conlleva. De esta manera podrán prepararse con anticipación para que dé a luz en el hospital.

MANEJO: ATENCION AL PARTO PODALICO:

Estas indicaciones sólo son para el personal de salud, **NO** para las comadronas. Si desafortunadamente se encuentra con que el feto ya viene saliendo y no hay tiempo de ir al hospital, debe saber cómo actuar. No debe tocar al bebé ya que con el estímulo el bebé puede estirar los brazos y la cabeza y entonces se quedará trabado. **(RECUERDE, NO TOCAR AL BEBE.)** Esto dará más tiempo para que ocurra una posible dilatación gradual. En el momento que ya ha salido espontáneamente el cuerpecito hasta el nivel del ombligo, debe poner a la señora de cuclillas o parada y pedirle que puje con cada contracción. La gravedad ayuda a que el bebé salga. Normalmente, el bebé es expulsado en 3 ó 4 contracciones. Debe esperarse sin tocar el bebé. Si después de 3 ó 4 contracciones los brazos y hombros del bebé no salen espontáneamente, la enfermera debe introducir dos dedos en la vagina, buscar un bracito y halarlo suavemente por el frente del pecho del bebé. Haga lo mismo con el otro brazo y después saque los hombros, uno por uno. Asegure suavemente la rotación del cuerpecito hasta que su espalda termine en dirección del pubis y la cara del feto mire hacia el sacro. En la mayoría de casos, esta rotación se hará espontáneamente, sólo con los esfuerzos de la madre. Sea paciente, pero no permita que la cara gire hacia el pubis. (Si la cara del bebé está en dirección del pubis, habrá muchísima dificultad para que pueda nacer.)

Si la cabeza no sale espontáneamente, debe contar con un asistente que le ayude haciendo presión suprapúbica con el puño para mantener la cabeza del bebé flexionada. Al mismo tiempo, debe introducir nuevamente dos dedos en la vagina y localizar la boca del bebé, colocarlos cuidadosamente en la boca y aplicar una tracción suave para guiar la cabeza hacia abajo a través del canal del nacimiento.

Debe estar preparado para ejecutar estas maniobras rápidamente y después resucitar al bebé ya que es muy probable que durante el nacimiento sufra asfixia.

A la comadrona no se le enseñarán las maniobras para sacar al bebé ya que puede crear la tendencia de interferir demasiado con el parto. La mayoría de partos podálicos pueden nacer solos. Lo importante es **NO TOCAR AL BEBE** hasta que haya nacido.

***COMPLICACIONES EN
EL POST-PARTO***

TEMA VII:

HEMORRAGIA POST-PARTO

DEFINICION:

La pérdida de más de 500 cc de sangre después del parto se llama hemorragia post-parto. Es muy común en los primeros minutos y horas después del parto, pero puede ocurrir hasta 40 días después del mismo. La pérdida normal de sangre es de 50 hasta 250 cc.

RIESGOS:

La comadrona debe estar consciente que la pérdida de 500 cc de sangre es muy peligrosa. No toma mucho tiempo para que una señora que acaba de dar a luz pierda esta cantidad. Si no se actúa rápidamente, ella puede morir.

La hemorragia post parto es la causa más común de mortalidad materna. Puede deberse a atonía uterina, retención de placenta o fragmentos de placenta o laceraciones incurridas durante el parto. La gravedad de esta condición aumenta si existe anemia o falta de tratamiento para detener rápidamente la hemorragia. Lo más importante es detectar pronto la hemorragia; para ello debe destapar a la señora y observar si sale sangre por la vagina. Si hay hemorragia, antes de hacer cualquier otra cosa, hay que mandar a buscar urgentemente transporte para poder sacar a la señora. Acuérdese que la señora puede morir en una o dos horas.

PREVENCION:

Aunque no será posible prevenir todos los casos de hemorragia post parto, la comadrona sí puede prevenir la atonía uterina causada por agotamiento por trabajo de parto prolongado. Ella debe detectar y referir temprano todo caso de malpresentación, evitando así que el trabajo de parto se prolongue. Ella no debe usar inyecciones de oxitócico durante el trabajo de parto, ya que pueden causar agotamiento uterino. Además, puede prevenir la anemia si aconseja a sus señoras que tomen hierro durante el embarazo y que coman alimentos nutritivos.

Durante el trabajo de parto, la comadrona podrá prevenir muchos casos de hemorragia si insiste en que la señora orine frecuentemente para vaciar la vejiga: por lo menos cada 2 horas. También debe hacerlo después del parto, ya que una vejiga llena estorba la contracción del útero.

Finalmente, el manejo correcto del alumbramiento evitará mucha pérdida innecesaria de sangre.



MANEJO CORRECTO DEL ALUMBRAMIENTO:

La placenta usualmente se desprende y es expulsada pocos minutos después del nacimiento. La salida repentina de una cantidad pequeña de sangre por la vagina y un pequeño descenso del cordón, indican que la placenta se ha separado de la pared uterina y ha bajado al canal de nacimiento. En este momento, la señora debe pujar y la comadrona debe halar suavemente el cordón para guiarla hacia afuera.

Si la placenta tarda más de 15 minutos en desprenderse o salir, o si la señora está sangrando antes que salga la placenta, la comadrona debe: hacer masaje vigoroso al útero, hacer que la señora orine, que se ponga al bebé al pecho o estimule manualmente el pezón para favorecer las contracciones uterinas, y que se ponga de cuclillas y trate de pujar. Si la placenta no sale con estas maniobras, entonces la comadrona debe acostar a la señora y hacer tracción controlada del cordón así:

Sólo cuando el útero está contraído, y como medida de emergencia, se debe empujar el útero hacia arriba con la mano izquierda colocada en el abdomen bajo, previniendo así que el útero sea halado para abajo con la placenta; se debe ejercer una tracción suave pero constante con el cordón en la mano derecha, primero hacia atrás (en dirección a los glúteos) y después hacia el frente (en dirección al pubis) para guiar la placenta hacia afuera. Al salir la placenta se debe seguir masajeando el útero para que se contraiga firmemente. Si la placenta no sale con tracción controlada del cordón, debe continuar masajeando el útero para que se contraiga.

Es posible que el útero se contraiga y ya no se pueda sacar la placenta. Sin embargo, lo importante es parar la hemorragia para salvar la vida de la señora. Posteriormente, la paciente debe ser referida urgentemente al hospital para realizar una extracción manual de la placenta.

Inmediatamente después de la expulsión de la placenta, la comadrona debe dar un masaje vigoroso al útero para expulsar cualquier coágulo de sangre que haya quedado, y hacer que el útero se contraiga firmemente. También debe observar si existen laceraciones en el perineo. Si éstas están sangrando, haga presión constante durante varios minutos hasta que pare el sangrado antes de transferirla al hospital. Debe permanecer con la madre por dos o tres horas después del nacimiento, palpándole el útero cada cinco o diez minutos para asegurarse que permanece contraído y dándole masaje si fuera necesario. No debe abandonar a la señora hasta que la hemorragia se haya detenido por completo. Debe destapar a la señora periódicamente para poder observar si sigue saliendo sangre por la vagina. Usualmente la ropa de cama y la vestimenta es de colores oscuros, por lo que la hemorragia puede pasar desapercibida.

MANEJO: PLACENTA RETENIDA MAS DE 30 MINUTOS, SIN HEMORRAGIA:

Si la placenta no ha sido expulsada dentro de un período de 30 minutos después del parto, esto constituye una grave emergencia y debe transferirse inmediatamente a la señora al hospital. Si hay retención de la placenta o de las membranas, esto puede provocar una hemorragia que continuará hasta que hayan sido removidas. Por lo tanto, si la placenta no está completa debe transferírsele inmediatamente al hospital para que se le practique un legrado. (Para saber si está completa, debe examinar la placenta.)

MANEJO: HEMORRAGIA DESPUES DEL ALUMBRAMIENTO:

Si la placenta ya salió pero la señora todavía tiene hemorragia ya sea profusa o en un goteo continuo, aplique un masaje vigoroso al útero para expulsar cualquier coágulo o sangre que haya quedado y hacer que el útero se contraiga firmemente. Debe palpar el útero cada cinco minutos para asegurarse que está firme y darle masaje cuando lo sienta suave. Haga que la señora orine y se ponga al bebé al pecho. Si a pesar de estas intervenciones continúa la hemorragia, transfíerla al hospital lo más rápido posible, dándole a beber muchos líquidos. Si siente

que el útero se relaja cuando deja de masajearlo, puede atarle un peso (por ejemplo una bolsa de cinco libras llena de arena) sobre el abdomen para mantener presión sobre el útero durante el viaje.

HEMORRAGIA POST PARTO TARDIA:

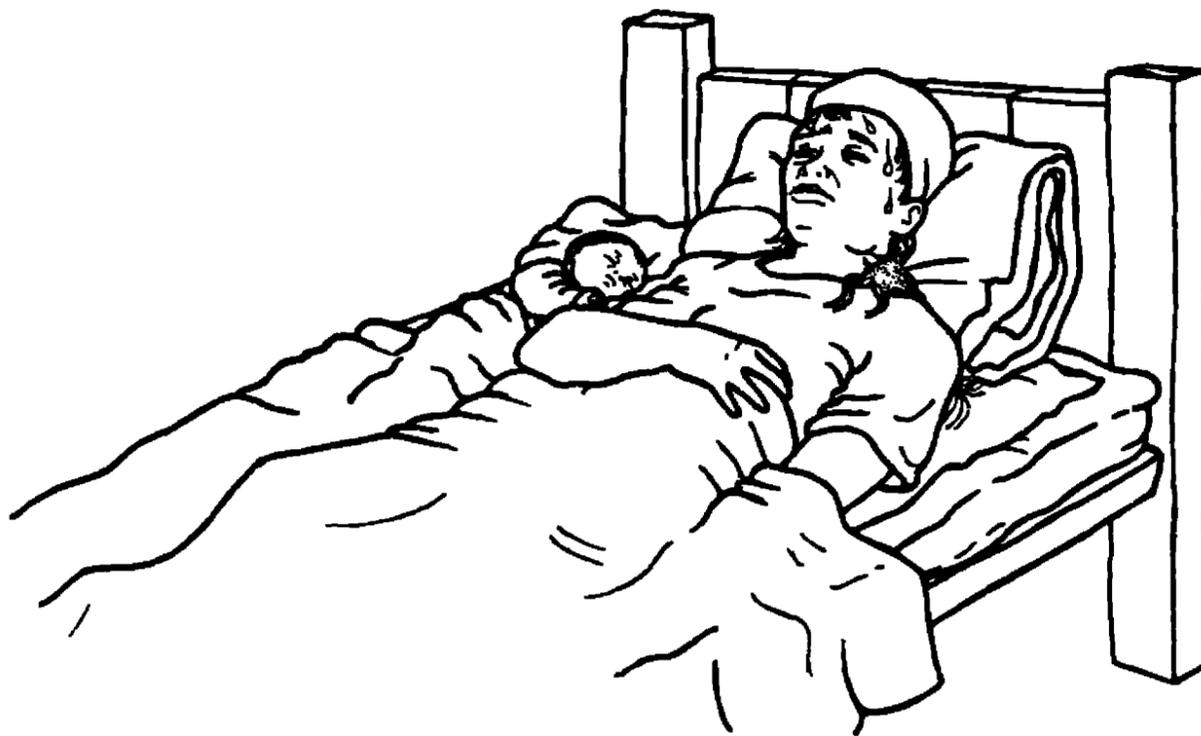
La hemorragia post parto tardía (después de las primeras 24 horas) ocurre más frecuentemente en mujeres que no hacen suficiente reposo después del parto y en aquellas que desarrollan sepsis post parto. Debe aconsejarse a las madres primerizas que descansen y eviten el trabajo pesado durante seis semanas después del parto. La comadrona debe visitarlas diariamente por varios días para asegurarse que todo está bien. Durante estas visitas, ella debe examinar el color, cantidad y calidad del loquío, ver si hay fiebre y palpar el útero. Si hay presencia de sangre roja en mucha cantidad o con mal olor, dolor uterino o fiebre, debe referir a la señora al puesto o centro de salud para tratamiento.

TEMA VIII:

SEPSIS POST-PARTO

DEFINICION:

La sepsis post parto es una infección de los órganos reproductivos adquirida durante el trabajo de parto, el parto o el período post parto. Debido a que durante la última etapa del embarazo estos órganos se vascularizan, una infección introducida en este momento progresa muy rápidamente hasta convertirse en una sepsis masiva. Usualmente se presenta en el tercer día post-parto.



RIESGOS:

La sepsis post parto es una infección sistémica extremadamente seria, que provocará la muerte de la madre si no se le da tratamiento; si el tratamiento no se da lo suficientemente rápido, puede provocar infertilidad.

MANEJO:

Los síntomas de la sepsis post parto incluyen dolor en la parte inferior del abdomen, especialmente cuando se palpa el útero (que se siente grande y blando), flujo vaginal purulento o de mal olor, hemorragia post parto tardía, fiebre por más de un día, dolores musculares, dolor de cabeza, mareos y confusión mental. Si la señora muestra síntomas de sepsis post parto, debe llevarse inmediatamente al hospital para que reciba una terapia de antibióticos. Si ella está recibiendo suficientes líquidos, debe continuar la lactancia, ya que la sepsis puerperal no amerita su interrupción.

Una comadrona con experiencia sabrá que la mayoría de señoras que acaban de dar a luz se quejan de muchos de estos síntomas. Por lo tanto, debe tener la capacidad para distinguir la sepsis de las dolencias puerperales normales. Muchas señoras, especialmente las multíparas, sufren de dolores de "entuerto", contracciones dolorosas en el útero que se producen de manera rítmica, particularmente cuando se está dando de mamar. Por el contrario, cuando hay infección uterina el dolor abdominal es casi constante.

Todas las comadronas probablemente están familiarizadas con la "fiebre de la leche". En el segundo o tercer día después del parto, cuando los pechos se llenan de leche, posiblemente la señora sufra de fiebre y sienta los pechos hinchados y muy sensibles. Conforme su cuerpo va experimentando cambios hormonales, podría

deshidratarse y sentir dolores de cabeza o mareos. En el caso de la "fiebre de la leche" estos síntomas son transitorios y desaparecen en un día o dos, al producirse el ajuste natural de la producción de leche con la succión del bebé. La "fiebre de la leche" tampoco está asociada con dolor en el útero ni con la descarga vaginal con mal olor.

Es necesario que la comadrona puede reconocer estas dolencias normales y que al mismo tiempo esté alerta a los síntomas de la sepsis puerperal, ya que es muy importante hacer una pronta referencia para que reciba tratamiento. Por esta razón, debe visitar a la madre diariamente durante varios días después del parto, palparle el útero y examinarla para ver si tiene fiebre o descarga vaginal con mal olor. Si existieran laceraciones en el perineo (ya sea que hayan sido suturadas o no), la comadrona debe examinarlas para asegurarse que no se han infectado.

MASTITIS:

La mastitis es otra posible causa de fiebre en las mujeres que están lactando. La comadrona debe examinarles los pechos y preguntarles si sienten algún dolor fuera de lo normal. Si los pezones están rajados y lastimados debe mostrarles las diferentes posiciones para dar de mamar (en posición de fútbol y recostada sobre un lado, además de la forma tradicional de sostener al niño con los brazos), para evitar una succión muy fuerte en la región más afectada del pezón. Este método, además de la succión frecuente, ayudará a mantener los pechos vacíos y frecuentemente será suficiente para evitar que las lastimaduras en los pezones se conviertan en una mastitis. El tratamiento para la mastitis debe incluir antibióticos y un vaciado frecuente de los pechos. No debe interrumpirse la lactancia.

***COMPLICACIONES
EN EL NEONATO***

TEMA IX: NIÑO ASFIXIADO

DEFINICION:

Un niño asfixiado es un recién nacido que tarda o no empieza a respirar solo porque no recibió suficiente oxígeno durante el trabajo de parto. Sin intervención, esta condición de depresión respiratoria resultará en la muerte o en un daño cerebral. Sin embargo, con reanimación rápida puede recuperarse completamente.



CAUSAS:

Dentro del útero de la madre, el feto recibe alimentos y oxígeno a través del cordón umbilical y de la placenta. Sin embargo, durante el trabajo de parto puede verse en peligro este sistema de apoyo. Por ejemplo, podría comprimirse el cordón umbilical (debido a un prolapso, circulares al cuello, dificultad para la salida de la cabeza de un bebé que viene en posición podálica) o podría principiar a desprenderse la placenta (placenta previa o Abruption Placentae), o las contracciones podrían tardar tanto y ser tan intensas que interfieran con la circulación de la placenta (debido al mal uso de oxitócicos durante el trabajo de parto). Un bebé que ha experimentado un trabajo de parto largo o difícil, o que ha tardado mucho en salir, también tiene probabilidades de nacer deprimido.

RIESGOS:

Si el feto se ve privado del suministro de oxígeno normal por más de un minuto o dos, principia a mostrar síntomas de sufrimiento fetal (cambios en el ritmo de palpitación del corazón). Si esta privación de oxígeno tarda mucho, el sufrimiento se hace más severo y es posible que sufra daños cerebrales o muera si no se corrige la situación.

Casi inmediatamente después que nace un bebé, principia a separarse la placenta, y el bebé debe principiar a respirar para poder sobrevivir. Un bebé normal debe respirar y dar su primer grito durante o inmediatamente después del nacimiento. Sin embargo, si ha sufrido la privación de oxígeno durante el trabajo de parto, es posible que nazca deprimido, sin el reflejo natural para iniciar la respiración. Si no se le reanima inmediatamente no podrá respirar y morirá. Por el contrario, al darle asistencia inmediata para que empiece a respirar es posible que se recupere rápidamente, principie a respirar por sí solo y sufra muy poco o ningún efecto negativo posterior.

IDENTIFICACION:

La comadrona debe estar en capacidad para reconocer un bebé deprimido para poder tomar una acción rápida. Por lo tanto, es esencial que lo examine tan pronto nazca para poder evaluar su condición. Un bebé normal se ve rosadito, inmediatamente principia a respirar y llorar, y mueve los brazos y piernas activamente. Por el contrario, un bebé deprimido, se ve pálido o azulado, no respira o respira muy leve o irregularmente, no llora y sus brazos y piernas están aguados, no los mueve o los mueve muy levemente.

MANEJO:

En caso que nazca un bebé asfixiado, es necesario darle atención inmediata; la extracción de la placenta y la atención a la madre pueden esperar, siempre y cuando la señora no presente hemorragia. No es necesario cortar el cordón umbilical; por el contrario, es mejor dejarlo intacto si es lo suficientemente largo para permitir que la comadrona atienda al bebé.

¿Qué debe hacer la comadrona cuando atiende un parto de un bebé deprimido? Primero, limpiar la boca y las ventanas de la nariz del bebé para quitar el moco y la sangre; luego secarlo rápidamente con una toalla o un trapo limpio, frotándole la cabeza y el cuerpo para estimularlo. Algunas veces el simple estímulo de secarlo y limpiarle la nariz y la boca será suficiente para hacer que lllore y principie a respirar. De lo contrario (si el bebé todavía no está activo y respirando bien) inmediatamente debe darle respiración de boca a boca de la siguiente forma: debe colocar al bebé sobre una superficie plana sosteniendo su cabecita con la mano, poner su boca firmemente sobre la boca y nariz del bebé, soplar aire suavemente para que le entre a los pulmones (treinta veces) y ver si responde. Repetir la respiración artificial dos veces más (3 x 30 veces en total) o hasta que el bebé esté activo y principie a respirar mejor; si no se obtiene respuesta, se declarará como muerto al bebé. No debe soplar demasiado aire a los pulmones del bebé ya que puede hacerlos estallar. La cantidad de aire que se tiene en la boca es suficiente.

PREVENCION:

Debe evitarse el trabajo de parto por más de 12 horas, refiriendo apropiadamente a la paciente. Igualmente, se debe referir a las pacientes con malpresentación y prolapso del cordón. También debe evitarse las inyecciones de oxitocina, ya que se ha demostrado que producen asfixia en el bebé.

TEMA X:

SEPSIS NEONATAL

DEFINICION:

Cualquier clase de infección es muy peligrosa para un recién nacido. Debido a que es tan pequeño y su sistema inmunológico no ha madurado, una infección localizada puede extenderse rápidamente e inundar su sistema. A esto se le llama sepsis neonatal.

RIESGOS:

Los niños más propensos a desarrollar una sepsis neonatal incluyen a los de bajo peso al nacer o prematuros, los bebés con síntomas de asfixia que fueron resucitados, los que tuvieron un trabajo de parto largo y difícil, los que mostraban meconio en el líquido amniótico y los que sufrieron una ruptura de membranas prematura.

Todos los recién nacidos tienen una herida abierta, el cordón umbilical, que es una posible entrada para una invasión bacteriana.

Los recién nacidos son muy propensos a infecciones respiratorias, especialmente cuando han tenido dificultades para iniciar la respiración espontánea. Los pulmones de los bebés prematuros no han alcanzado la madurez necesaria por lo que son muy susceptibles a las infecciones respiratorias. Los recién nacidos alimentados con pacha también son muy propensos a infecciones intestinales, especialmente si no han recibido ningún calostro.

Cualquiera que sea la causa, si no se da un tratamiento inmediato de antibióticos a un recién nacido con sepsis, es muy probable que muera (lo que puede suceder en uno o dos días).

MANEJO:

La comadrona debe visitar diariamente a los niños que presenten un riesgo elevado de sepsis (ver arriba) para poder detectar rápidamente cualquier síntoma anormal y, de ser necesario, referirlos para su tratamiento.

Los síntomas de sepsis neonatal pueden incluir: poca o ninguna succión, exceso de o muy poco llanto, llanto inconsolable, muy poca actividad, aspecto de "tristeza", fiebre o hipotermia, y dificultad para respirar o respiración agitada. (Un bebé hipotérmico puede parecer pálido, o sus pies se sienten mucho más fríos que el resto de su cuerpo). Todas estas síntomas nos indican que se debe hacer una referencia inmediata al hospital para administrar una terapia de antibióticos. Durante su traslado, debe mantenerse bien cubierto y continuar dándole de mamar tan frecuentemente como sea posible ya que se beneficiará al recibir los anticuerpos de la



madre. Los recién nacidos con sepsis necesitan ser tratados con dos antibióticos por vía intravenosa. Estos son sumamente delicados, por lo que es necesario atenderlos en el hospital.

PREVENCION:

La lactancia materna sin suplementos le da al recién nacido la mejor defensa contra las infecciones: a través del calostro y la leche materna recibe anticuerpos esenciales.

Las técnicas asépticas para cortar el cordón así como el manejo apropiado del ombligo, pueden evitar que se convierta en una puerta para las infecciones. Las prácticas tradicionales de cauterizar el cordón con una brasa o con un cuchillo calentado al rojo vivo son positivas ya que lo esterilizan y sellan, evitando que entren las infecciones.

Los recién nacidos, especialmente los prematuros y los de bajo peso, deben ser protegidos del contacto con personas enfermas (gripe, diarrea, etc.). Cuando la comadrona visite a un recién nacido debe lavarse la manos antes de tocarlo.



TEMA XI: RECIEN NACIDO PREMATURO Y DE BAJO PESO AL NACER

DEFINICION:

Un bebé prematuro es aquél que nace antes de completar los nueve meses de gestación, usualmente a las 37 semanas o menos. Un bebé de bajo peso al nacer es aquél que pesa menos de 2,500 gramos (5 libras y media). Un bebé de bajo peso al nacer puede ser prematuro o a término, pero debido a su tamaño es muy susceptible a muchos de los mismos problemas de los prematuros. Ya que no esperamos que la comadrona pueda diferenciar entre los dos casos, los trataremos como uno solo y ella debe hacer lo mismo.

RIESGOS:

Los recién nacidos prematuros y los "pequeñitos" corren muchos riesgos de sufrir complicaciones. Debido a su inmadurez, son mucho más susceptibles a sufrir daños durante el trabajo de parto y el nacimiento; son más afectados por la asfixia y pueden morir fácilmente durante el proceso del nacimiento. Después del parto, como sus defensas no están aún bien desarrolladas son muy susceptibles a infecciones que rápidamente pueden convertirse en sepsis y provocarles la muerte. En vista que tienen muy poco o ningún tejido graso para darles calor, tienen dificultad para mantener la temperatura del cuerpo y pueden morir de hipotermia. Debido a que sus estómagos son tan pequeños, sólo pueden comer muy poco cada vez, por lo que es necesario que se les alimente frecuentemente para llenar sus necesidades nutricionales. Como son pequeñitos y débiles, es posible que no tengan la fuerza para succionar suficiente leche, y no crecen como lo debían de hacer. Sus pulmones son inmaduros y frecuentemente tienen dificultades para respirar por lo que son muy susceptibles a infecciones respiratorias.



MANEJO:

Cuando la señora con dolores de parto conoce la fecha exacta de su último período menstrual, entonces puede hacerse un diagnóstico de trabajo de parto prematuro. Si el trabajo de parto no está bien establecido o avanzado, debe obtenerse transporte para transferir inmediatamente a la paciente al hospital con la esperanza de que pueda prolongarse el embarazo hasta que el bebé esté más maduro, o que en el hospital puedan darle cuidado especial apropiado para un prematuro. Si la señora rehúsa a ir, debe permanecer en reposo ya que algunas veces el descanso detiene las contracciones.

Si el trabajo de parto ya está en proceso y por el tamaño del útero se ve que va a dar a luz a un bebé inmaduro o muy pequeño, también debe referirse al hospital para que dé a luz. Allí existe personal capacitado para tratar estos casos.

CUIDADO DE UN BEBE PREMATURO EN CASA:

Algunas veces la comadrona atenderá un parto prematuro en casa. Es probable que la señora haya rehusado ser transferida al hospital, que se haya precipitado el parto, o que no se haya podido predecir el tamaño del bebé (como sucede algunas veces en el caso de gemelos). Si sucediera esto, la comadrona debe sugerir a la madre que lleve a su bebé al hospital para que reciba atención especial hasta que esté más grande y fuerte.

Si rehusa, la comadrona debe tomar medidas especiales para ayudar a que este bebé sobreviva. Es necesario secar al bebé rápida y suavemente, darle calor (ya sea mediante el contacto de piel a piel con la madre o mediante otra fuente de calor), y envolverlo bien. Lo ideal es que siempre esté en contacto piel a piel con la madre. Si esto no es posible, se pueden usar botellas de agua caliente y varias (4) capas de ropa, ya que esto permite que el aire entre cada capa mantenga más caliente al bebé. Debe ponérsele gorra, calcetines y guantes. No es necesario bañar al bebé y esto debe retardarse por temor a enfriarlo. Debe ponerse al pecho tan pronto como sea posible y darle de mamar muy frecuentemente, cada 2 horas. No se le debe dar ningún otro alimento. El bebé prematuro no debe ser expuesto a infecciones: evitar su contacto con personas enfermas (catarro, diarrea u otra infección). La comadrona debe visitarlo diariamente para evaluar su condición. Si desarrolla cualquier síntoma de problema respiratorio o sepsis (succión débil o falta de succión, llanto débil o exceso de llanto, fiebre o hipotermia, dificultad para respirar), la familia lo debe llevar inmediatamente al hospital.

Importante:

- La comadrona debe asegurarse que las botellas de agua caliente siempre estén bien cubiertas, envueltas en toallas u otras telas, para no estar en contacto directo con el bebé. De lo contrario, podrían provocarle quemaduras.
- También es importante asegurarse que las botellas estén bien tapadas para que no se salga el agua.



BIBLIOGRAFIA

01. Andolsek, K. *Obstetric Care. Standards of Prenatal, Intrapartum and Post Partum Management.* Pennsylvania. Lea & Febiger. 1990.
02. Barger, M. et al. *Protocols for Gynecologic and Obstetric Health Care.* Philadelphia W.B.Saunders Company 1988.
03. Barron, S. and Thomson, A.M. *Obstetrical Epidemiology.* New York. Academic Press Inc. 1983.
04. Baylor College of Medicine, Department of Pediatrics. Newborn Section. *Guidelines in the Management of the Neonate.* USA. 1976.
05. Benrubi, G. *Obstetric Emergencies. Contemporary Issues in Emergency Medicine.* New York. Churchill Livingstone. 1990.
06. Blott, M. and Greenough, A. "Neonatal Outcome After Prolonged Rupture of the Membranes Starting in the Second Trimester". *Arch Dis Child.* 63:1146-50. 1988.
07. Brann, A.W. and Dykes, F. D. "The Effect of Intrauterine Asphyxia on the Full - Term Neonate". *Clin Perinatol.* 4 (1):145-159. 1987.
08. Cerezo, R. y Figueroa, R. *Manual de Atención al Recién Nacido.* Guatemala. Editorial Piedra Santa. 1981.
09. Chalmers, T. et. al. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth.* New York. Oxford University Press. 1989.
10. Cloherty, J. "Asfixia Perinatal". En: Cloherty, J. y Stark, A: *Manual de Cuidados Neonatales.* Barcelona. Salvat Editores S.A. 362-368. 1987.
11. Colonna, F. et. al. "The Kangaroo-Mother Method: Evaluation of an alternative model for the care of low-birth weight newborns in developing countries". *Journal of Gynecology and Obstetrics.* 31:335-339. 1990.
12. Cox, S.M. and Gilstrap, L.C. Post partum endometritis. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America:* 16(2):363-371. 1989.
13. Díaz Rosello, J. L.; Estol, P. y Martell, M. *Guías para la Organización y Normatización Básica de la Asistencia Neonatal.* Clap, OPS, Publicación Científica No. 1028. Washignton, D.C.
14. Enkin, M. et al. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth.* New York. Oxford University Press. 1990.
15. Ferris, T. F.: "Toxemia and Hypertension". In: Burrow and Ferris. *Medical Complications during Pregnancy.* Philadelphia, W.B Saunders. 1-29. 1988.
16. Herbert, W. N. and Cefalo, R. C. Management of Postpartum Hemorrhage. *Clin Obstet Gynecol. Temas Actuales.* 2:325--336. 1992.

-
17. Kramer, M.S. "Determinants of Low Birth Weight Methodological Assessment and Meta-Analysis". Bull WHO. 65(5):663-737. 1987.
 18. Lodger, W. "Obstetric Factors Associated with Infections of the Fetus and Newborn Infant". In: Remington, J. and Klein, J.: Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. Philadelphia. W.B. Saunders Co. 1014-1035. 1983.
 19. Lucas, W.E. Postpartum Hemorrhage. Clin Obstet Gynecol. 23:637-646. 1980.
 20. McGregor, J. A. and French, J. I. "Uso de Antibióticos en la Rotura Prematura de Membranas Pretérmino: Motivos y Resultados". Clin Obstet Ginecol. Temas Actuales. 2:325-336. 1992.
 21. "Report of Working Group of the British Association of Perinatal Medicine and Neonatal Nurses Association in Categories of Babies Requiring Neonatal Care". Arch Dis Child. 67(7) 868-9. 1992.
 22. Robertson, N. R. C. "Infección". En: Robertson, N. R. C.: Manual de Cuidados Intensivos Neonatales. Barcelona. Ediciones Medici, S.A. 126-149. 1984.
 23. Robertson, N. R.C. "Reanimación y Cuidados Iniciales del Recién Nacido". En: Robertson, N. R. C.: Manual de Cuidados Intensivos Neonatales. Barcelona. Ediciones Medici, S.A. 32-50. 1984.
 24. Robertson, N. R. C. "Trastornos de la Glucosa". En: Robertson, N. R. C.: Manual de Cuidados Intensivos Neonatales. Barcelona. Ediciones Medici, S.A. 150-158. 1984.
 25. Rooney, C. et al. A Review of the Evidence on the Effectiveness of Antenatal Interventions in Developing Countries, with Regard to Maternal Health Outcomes. Maternal Health and Safe Motherhood Research Programme. Geneva. WHO. 1991.
 26. Star, W. et al. Ambulatory Obstetrics: Protocols for Nurse Practitioners/Nurse Midwives. 2nd. Ed. San Francisco. The Regents. University of California. 1990.
 27. Scopes, J. W. Thermoregulation in the Newborn. In: Avery, Gordon B.: Neonatology, Pathophysiology and Management of the Newborn. 2nd. Ed. Chicago. J.B. Lippincott, Co. 171-180. 1981.
 28. Taber, B. Manual of Gynecologic and Obstetric Emergencies. 2nd. ed. Philadelphia. W.B. Saunders Company. 1984.
 29. Usher, R. H. "The Special Problems of the Premature Infant". In: Avery, Gordon B.: Neonatology, Pathophysiology and Management of the Newborn. 2nd. Ed. Chicago. J.B. Lippincott, Co. 230-259. 1981.
 30. Washington University. Department of Medicine. Manual of Medical Therapeutics. Campbell, J.W and Frisse, M. editors. 24th edition. Boston/Toronto. Little, Brown and Company. 1983.
 31. WHO. The Prevention and Management of Post-Partum Haemorrhage. Report of a Technical Working Group. Geneva. WHO. 1989.