



esperando un bebé

**SAMOEL
SOIHET**

libro para ser leído en nueve meses



SAMOEL SOIHET, Médico y Cirujano, graduado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, donde actualmente es profesor de Ginecología, ha realizado estudios de Post-grado en los Estados Unidos, tanto en el Michael Reese Hospital de Chicago, Illinois, como en The Mount Sinai Hospital y el Memorial Center for Cancer and Allied Diseases, en Nueva York. Actualmente es Ginecólogo y obstetra del Hospital Docente San Juan de Dios del Callao.

El Dr. Soihet ha sido siempre un científico inquieto y productivo, y sus múltiples trabajos de investigación se han publicado en revistas médicas nacionales y extranjeras. Ha sido el primero en nuestro medio que realizó transfusiones intrauterinas a fetos de madres Rh negativas sensibilizadas. Dirige en Lima un grupo de científicos en estudios pilotos sobre metodología de educación sexual a nivel escolar mixto.

En esta obra, que no pretende ser un tratado de medicina, sino de divulgación al alcance de todos, instruye, orienta y aclara, con un lenguaje simple, los aspectos de la concepción, gestación y parto que toda futura madre debe conocer.



Esperando

un

bebé

LECTURA PARA LA MUJER QUE ESPERA UN HIJO.

**Guía de Orientación
Para ser leída en nueve meses**

A todas las mujeres que esperan un bebé y a aquellas madres que mientras estuvieron bajo mi cuidado, con sus alegrías y penas, simplezas y problemas, inspiraron este libro.

A MI ESPOSA FANNY, quien me dio cuatro hermosas y dulces hijas, convirtiendo la teoría en realidad, al haber sido una de mis pacientes obstétricas que más me enseñó a ejercer con amor. Asimismo, por su continuo estímulo dándome coraje en los momentos de desaliento.

A BLIMA, CECILLE, ARLENE Y ANNETTE mis cuatro hijas: a quienes el futuro les dará el rol más bello de la mujer: el ser madres.

ESPERANDO UN BEBE

Autor: Dr. Samoel Soihet

Este es un libro escrito en el año 1970

Dirigido a todas las mujeres que esperan un bebé

Con nostalgia de su recuerdo, quiero que esta

Edición publicada en el año 1970, sea reeditada y difundida

Para su publicación en general, tal como fue escrita

En la época del año 1970, en que todavía no existía.

Los avances médicos de actualidad, con su tecnología de imágenes

Sobre todo la ecografía transvaginal, análisis para la

Detección precoz de embarazo, las limitaciones del uso de las radiografías,

Y la proscripción del parto instrumentado con fórceps.

Como esposa, compañera de toda la vida, espero compartir

En memoria de Samoel, lo que sintió en cada una de sus pacientes

Entregando su obra póstuma en esta guía que la acompañara en el

Transcurso de 9 meses.

Para mi y para miles de sus pacientes vivirá con nuestro agradecimiento

y recuerdo por siempre .

TRANSCRITO CON TODO MI AMOR .

“FANY DE SOIHET “

11 de marzo de 2016

PROLOGO

Nuestras abuelas y aún nuestras madres nos cuentan acerca del embarazo y recuerdan cuan terrible era para una mujer el dar a luz, ya que en esa época la ciencia no contaba con los medios que ahora posee, los mismos que han contribuido a que la mujer no sufra durante el parto.

Lo primero que debe tener en cuenta una mujer que está gestando es que EL EMBARAZO NO ES UNA ENFERMEDAD sino una condición fisiológica que mantiene la perpetuación de la especie. En particular, la reproducción de la especie humana es una etapa normal en la vida adulta de la mujer y no una dolencia.

Una mujer que llega a concebir es invadida por una serie de temores, especialmente aquella que por primera vez se encuentra en ese estado; temores tales como: ¿Perderé este niño?, ¿Me pasará algo?, ¿Debo estar sentada?, ¿No debo moverme mucho?, ¿Terminaré en un parto feliz?, ¿Pondrá en peligro mi vida?, ¿Moriré al dar a luz como ha sucedido con otras mujeres?, ¿Tendré un niño sano, normal, completo?, etc. Los padres también temen mucho al final. Nosotros comprobamos todo esto, pues al salir de la sala de partos para comunicar al padre el resultado, lo primero que éste pregunta es que si su hijo es normal y, en segundo lugar, el estado de su esposa. Efectivamente un gran temor embarga sus mentes. Esto se debe principalmente a que ni la una ni el otro están preparados, ya que ni siquiera están familiarizados con la anatomía de sus propios sexos de manera elemental; y, menos aún, con lo que es el parto y lo que sucede durante los nueve meses previos a la llegada del bebe.

EL objeto de este libro es proporcionar a la futura madre conocimientos básicos, en un lenguaje muy sencillo, para que se encuentre preparada para el gran acontecimiento. De ninguna manera se ambiciona pensar que sea éste un libro de texto en el sentido de orientar científicamente. En otras palabras, no es un libro para profesionales ni estudiantes de medicina. Es simplemente para la mujer que desea ser madre y anhela conocer y comprender lo que es una gestación. Asimismo, quiero dejar claramente establecido que el contenido de esta obra no

debe ser tomada como standard en todos los casos; ya que toda mujer deberá seguir exactamente lo que su obstetra le indique, puesto que él conoce a su paciente. Si bien es cierto que nosotros vemos de manera global: cada caso, cada gestante, es completamente diferente de otra y, más aún, en una misma mujer el segundo parto puede ser diferente del primero. Aquí se expondrá de manera general lo que es un embarazo durante los nueve meses, cómo es un parto, el puerperio inmediato, algunas indicaciones sobre el puerperio tardío, lo que es un fórceps, que es una operación cesárea, los problemas de Rh Negativo, las transfusiones de recambio sanguíneo en los recién nacidos; en fin, todo aquello que permita a los padres adquirir un conocimiento general, a fin de que no elaboren una única a base de experiencias relatadas por amigos.

Quisiera dejar claramente establecido que las pacientes no deberán identificarse con las situaciones acá expuestas. De presentarse algunos problemas durante el embarazo, tales como: sangrados vaginales, dolores de cabeza, hinchazón, etc., este libro no servirá como referencia para el tratamiento sino únicamente como guía; y, por lo tanto, es el obstetra encargado del caso a quien se le deberá consultar y quien será el que indique el tratamiento a seguir. ¡No sean ustedes médicos!, ¡no traten de curarse solas!.

Repito que esta obra no es un texto de medicina: es simplemente una obra de orientación para saber cuando llamar a un médico y consultar si algo anormal sucede. Me agradaría mucho que esta obra sea leída por el esposo, ya que en algunos casos el embarazo le hace “más daño” a él que a la gestante.

SAMOEL SOIHET.

INDICE

Prólogo	8
1. La relación médico paciente	14
¿Quién será mi obstetra?	
Mi primera entrevista	
2. Controles Pre-natales subsiguientes	19
Movimientos fetales	
Evaluación final	
¿Qué hacer entre consulta y consulta?	
El costo de la atención del parto	
El costo de la hospitalización	
3. Conocimientos ginecológicos y obstétricos	24
Anatomía de los genitales femeninos	
Concepción – fechas	
Desarrollo del embrión – Formación del Bebé	
Crecimiento, tamaño y peso	
4. El gran evento comienza: “ estoy gestando”	31
Cambios que experimenta una gestante desde el inicio	
Carácter	
El apetito	
En lo referente al peso	
Trastornos digestivos	
Flatulencia	
Hemorroides	
Los adormecimientos y los calambres	
Taquicardias	
Várice	
Hinchazón o edema	
Descensos	
5. Problemas de la gestación	43
Lo que ocurre en el primer trimestre	
Problemas del segundo trimestre	
Problemas del tercer trimestre- Parto prematuro	

Sangrados	
Dolores de falso parto	
Muerte fetal	
6. Enfermedades intercurrentes	51
Diabetes	
Cardíacas	
Mortalidad materna	
Las radiografías	
Las ecografías	
Tumores en general	
7. Toxemias del embarazo	59
8. Los problemas de madres con Rh negativo	62
9. Las preguntas de siempre	66
Alimentación	
Bebidas	
Hábitos	
Higiene corporal	
Los viajes	
La ropa de la gestante	
Vacunas	
Barriga baja	
Molestias urinarias	
10. Gemelos	73
Sexo del bebé	
11. ¿Cuándo daré a luz y cómo comienza el parto?	76
¿Qué hago con mi esposo?	
¿Qué hago con mi mamá, que hago con mi suegra?	
12. Algo sobre nuestras clínicas y hospitales	79
La sala de partos	
¿Qué se debe llevar al hospital?	
13. Llegó la hora: el bebé está por nacer	83

¿Cómo lo voy a saber? ¿Cuándo debo llamar a mi doctor?	
Mecanismo de inicio del trabajo de parto	
Síntomas y signos de inicio del parto	
Ruptura espontánea de las membranas	
El trabajo de parto propiamente dicha	
El primer período del parto	
El segundo período del parto	
El tercer período del parto	
Analgesia del parto	
Anestesia	
14. Parto natural	93
El parto estimulado	
Inducción del parto	
15. Distocias (partos que no son normales)	99
Los partos prematuros	
Partos de fetos sobre-maduros	
Desproporciones céfalo – pélvicas	
Fórceps	
Vacum extractor o ventoso	
Partos podálicos	
Operación Cesárea	
Otras presentaciones del bebé	
16. Puerperio – El período después del parto	106
Complicaciones post partum inmediatas	
Las infecciones	
Hemorroides	
Post Partum tardío	
Várices	
17. Lactación: la primera alimentación para mi bebé	112
El cuidado de los senos	
Complicaciones de los senos	
18. ¡Ya soy una mamá! ¡Tengo un hijo!.....	118

19. Algo sobre el recién nacido	121
Circuncisión	
Cordón umbilical	
Cómo vestir al bebé	
Certificados de nacimiento	
20. Me han dado de alta: por fin en casa	128
21. Algunas molestias en casa	132
Las infecciones de las vías urinarias	
El cloasma	
La alimentación en casa	
22. El control post Partum	135
Mi primera visita	
Recomendaciones generales	
23. Planificación familiar o espaciamiento de gestaciones	138
Contraceptivos	
Métodos mecánicos de contracepción – Diafragma	
El tapón cervical	
El preservativo	
Crema o jaleas solas	
Espuma vaginal	
Tabletas vaginales	
Supositorios	
Esponjas	
Dispositivos intrauterinos	
La píldora	
Epílogo	
Glosario	

LA RELACION MEDICO – PACIENTE

1

Una decisión importante es elegir al médico que va a conducir el embarazo, especialmente cuando por primera vez se espera un bebé. Debe sentirse segura al ir donde su doctor porque le brindará una buena atención. Esta relación no debe ser únicamente de médico-paciente, sino el establecimiento de una verdadera amistad con quien deberá desenvolverse y hablar con toda confianza, con libertad y con gran sinceridad, puesto que ha elegido al médico recomendado por sus familiares o amistades, por la experiencia que tuvieron al ser atendida por tal o cual obstetra. En otras oportunidades el médico de la familia recomendará al colega de su confianza.

Esta confianza deberá prevalecer, la sinceridad debe mantenerse y la relación que se establezca debe ser pura, como si se tratara de un padre que orienta a una hija.

En nuestro medio, y aún en otros países un gran número de gestantes son atendidas por obstetrices o a falta de ellas por una comadrona que tiene experiencia en el pueblo. En muchos casos cualquier vecino o persona curiosa lo puede hacer. Cuántas veces, en las grandes capitales del mundo se ha oído que gestantes han sido atendidas por un chofer de taxi, y que las camareras de los aviones han atendido partos en pleno vuelo. En realidad estos son partos sencillos, sin problemas. Muchas mujeres ni siquiera han recibido atención médica prenatal porque no hay médico o porque simplemente no ha querido ir. Pero es importante saber que las complicaciones que tienen las madres – la mortalidad materna - así como la mortalidad del recién nacido, es mucho mayor que aquellas que son atendidas por un especialista dentro de los hospitales. A través de esa confianza que crece con controles sucesivos, el obstetra da a la mujer tal seguridad que cuando el parto llegue ésta deberá sentirse como ir a una “función de teatro”. La paciente sonreirá al encontrarse con una cara conocida, la del médico amigo, protector y consejero. ¿Quién es pues un buen obstetra? ¿Quién puede conducir el embarazo y atender el parto?.

¡QUIEN SERÁ MI OBSTETRA?

Aparte de las referencias proporcionadas por familiares, amistades o del médico de cabecera, se puede catalogar como buen obstetra a quien se ha dedicado a la especialización en centros médicos, las referencias que se tengan de otras pacientes, la dedicación que empleó hacia ellas, etc. Es muy importante el saber dónde se ha entrenado antes de entrar en la práctica privada, ya que se califica al médico de competente si se ha especializado en hospitales de primera categoría, ya sea dentro del país o en el extranjero; y saber que fue dirigido por verdaderos maestros, autores de libros, de obras o profesores de universidades. Esto califica al obstetra como médico de primera clase. En otros países, los médicos tienen un diploma de especialidad otorgado por la Asociación Médica correspondiente. En nuestro medio los médicos que poseen tales diplomas son reconocidos, simplemente a manera de experiencia, como entrenados de post-graduado en hospitales de primera categoría en el extranjero.

Existen algunos lugares en nuestro país, en pequeñas poblaciones, donde el médico practica medicina general, por se el único médico. Este es un profesional experimentado para la zona en que vive; conduce el embarazo, atiende el parto y resuelve problemas de menor o mediana envergadura. Este hombre responsable al no tener las facilidades dentro de hospitales pequeños o áreas de salud y al anticipar un problema, remite a esta paciente a un hospital donde se cuenta con mayores facilidades.

MI PRIMERA ENTREVISTA

Una recién casada que planea tener familia y que ha venido reglando “como reloj” perfecto ciclo a ciclo, con las mismas características y en determinada fecha, y sufre un retraso por una o dos semanas tendrá la sospecha de estar embarazada. Se preguntará entonces: ¿Cuándo debo ir donde el médico?. No hay una respuesta standard al respecto. Si la paciente no tiene molestias y todo marcha bien, seguramente el médico de la familia ordenará una prueba de la gestación y si el resultado es positivo entonces esta paciente generalmente esperará la segunda falta de su regla para su consulta prenatal. Si esta misma paciente, durante

este primer período del embarazo tiene náuseas o vómitos muy acentuados o problemas de otra índole con serias molestias o ha tenido un embarazo previo que terminó en aborto espontáneo o en su defecto es diabética, cardíaca o tiene alguna enfermedad concomitante con embarazo, entonces debe consultar con el obstetra inmediatamente. Y con la valiosa ayuda de otros especialistas en diferentes campos conducirán conjuntamente el curso de la gestación.

Al concertarse una cita con el médico de su elección, es importante llegar puntualmente, ya durante la misma conocerán mutuamente y se establecerá la simpatía y la relación medico-paciente. Es lógico que durante la primera entrevista en la que se realizará un examen pélvico nunca antes experimentado, la paciente está asustada y actuará con poco control emocional. Sin embargo, el médico de experiencia que entabla contacto con esta paciente, conversará y hará que se le desvanezcan los temores dándole mayor confianza. Generalmente, al inicio se hacen una serie de preguntas. En la recepción la enfermera preguntará el nombre, dirección, fecha de nacimiento, nombre del esposo, teléfono; en fin, referencias y datos de filiación; pasará luego al consultorio para tratar directamente con el médico, quien le formulará preguntas tales como: el tipo de menstruación, cual fue la fecha de su última regla, cuáles son sus caracteres, si hay enfermedades importantes, si se le practicó alguna cirugía, si ha tenido otros partos, cómo ha sido parto anterior, el tamaño del bebé, el peso, el trabajo de parto, cuánto tiempo duró, cómo fue el parto, en fin, todos aquellos detalles que servirán de referencia para el actual.

Inmediatamente se realizará un examen físico general en el que el médico hará un examen desde la cabeza hasta los pies. Examinará los ojos, el fondo de éstos, los oídos, la nariz, la garganta, el cuello, los senos, los pezones, los ganglios, el hígado y el bazo, el abdomen en general, los miembros inferiores. Tomará la presión arterial, escuchará el corazón, los pulmones para luego pasar al examen pélvico, que es la parte más importante ya que le dará al médico el conocimiento integral de cómo está constituida la pelvis y el canal del parto, en su forma y calibre, para calcular aproximadamente que tamaño fetal puede pasar a través de éste y así conocer de antemano si será una pelvis estrecha para un feto de tamaño normal o relativamente estrecha para un feto muy grande. Después se evalúan los tejidos blandos para ver si hay algún problema del

tipo inflamatorio que pudiera acusar la paciente. Es necesario que durante este examen, la paciente esté perfectamente relajada, sin tensión. Esperamos encontrar rigidez y resistencia involuntaria ya que es la primera vez que se somete a este tipo de examen. Comprendemos el pudor ante la posición ginecológica pero, repetimos, es muy importante colaborar con el médico manteniéndose relajada, ya que así el examen es mucho más rápido y aquél obtendrá la información que trata de encontrar.

Terminado el examen médico, la paciente recibirá en la oficina de su médico una síntesis sobre el examen realizado y el tiempo de gestación, así como otros hallazgos (como, por ejemplo, si se encuentran dientes cariados). Se le solicitarán luego análisis básicos tales como: el conteo de glóbulos rojos, el dosaje de hemoglobina, el grupo sanguíneo, el tipo de RH, un examen completo de orina, urea y glucosa en la sangre y, en fin, todos aquellos análisis que sean necesarios de acuerdo a los hallazgos clínicos que se encontraren durante el examen. Los resultados orientan al médico que, por ejemplo, de acuerdo a la cantidad de sangre que tenga la paciente, le administrará la cantidad adecuada de hierro o verá también la necesidad de administrarle sangre en transfusiones; también si hay infecciones en la sangre, si hay focos infecciosos. En el segundo o tercer embarazo, los problemas de RH negativo, los controles se llevarán a cabo periódicamente. Si la paciente es cardiaca se harán consultas con el cardiólogo y si existen problemas respiratorios con el especialista de vías respiratorias, en fin, con los médicos que fueren necesarios para poder conducir en forma correcta a la futura mamá sin complicaciones.

Las prescripciones que recibirá la paciente son mínimas ya que, como he dicho, el embarazo no es una enfermedad. Lo único que se prescribe es que tenga una dieta alimenticia bien balanceada a base de carne, leche, huevos, frutas y verduras. Vitaminas en cápsulas y sobre todo hierro; calcio si fuera necesario y vitamina C recomendable en grandes cantidades, sobre todo en los primeros meses, ya sea en cápsulas o jugos de frutas cítricas. Además, si la paciente está nauseosa, se le darán píldoras antinauseosas y si está nerviosa se le administrarán algunos sedantes en pequeñas cantidades. La señora podrá formular todas las preguntas, las que deben ser absueltas. La primera entrevista y el examen son por lo general largos. Creo que después de esto la paciente habrá obtenido el mayor sedativo ya que ha resuelto una serie de preguntas y temores. Se irá tranquila y dormirá mejor.

Sucesivamente durante los controles prenatales, se darán recomendaciones necesarias. Se le mostrará en láminas el desarrollo del embarazo. Se hablará del tipo de parto que quiere tener, donde será atendida; en fin, todo lo necesario. Se le preguntará sobre el funcionamiento de su intestino y si estuviera estreñida se le proporcionará la medicación necesaria para corregir esto.

Se le proporcionará, asimismo, los números telefónicos del consultorio y del domicilio del médico o del hospital. Cuando llame por teléfono, tenga siempre a la mano un lápiz y un papel para anotar las instrucciones dadas por su médico. Otro de los puntos a tratarse son los honorarios de la atención del parto; y el otro es el de la hospitalización y además, cuales son los beneficios que se pueden obtener de los diferentes seguros que pudieren estar registrados.

CONTROLES PRE – NATALES SUBSIGUIENTES

2

¿ CUÁNDO SERÁ LA PRÓXIMA CITA CON SU MÉDICO?

Generalmente, hasta los siete meses los controles pre-natales son cada 28 ó 30 días (4 semanas). A partir de la vigésima octava semana serán dos consultas cada 3 semanas; y a partir de entonces cada dos semanas por dos veces. En el noveno mes el control es semanal. Desde luego, las citas se darán de acuerdo al Médico Obstetra tratante y de acuerdo a la necesidad de cada caso, consultando previamente por teléfono. Generalmente, son unas 7 a 10 las veces que el médico ve a la paciente, siendo éstas naturalmente las citas básicas, aunque la paciente no presente molestia alguna. En las visitas siguientes, la paciente traerá anotado lo que le ha pasado durante el mes o el tiempo desde la última consulta, todo lo que ha hecho y lo que le hubiese sucedido, generalmente, se anota en una libretita lo ocurrido con preguntas concisas y precisas. El médico a su vez le hará un examen clínico en que se medirá la presión arterial, el peso, el tamaño y la altura uterina; preguntará si los movimientos fetales han aparecido; y si el embrión es de mayor tamaño se escucharán los latidos cardíacos. Se examinará la hinchazón o edema de los miembros inferiores de acuerdo a las quejas. En realidad es un examen más rápido. Esta vez no es necesario el examen pélvico, salvo que haya algún problema especial como descensos de tipo anormal. Cada vez que asista a la consulta, se le hará a la gestante un dosaje de hemoglobina y un examen de orina.

Generalmente, la paciente viene acompañada de alguien. Es importante discutir este punto de la compañía. Esta bien llevar a la mamá o al esposo o a la hermana. Pero, muchas veces la paciente viene con amigas que distraen mucho al médico con sus preguntas e interfieren la consulta. Creo que esto no está bien, ya que se resta tiempo al médico; y, además, reduce la libertad en la consulta de la paciente, en relación

médico-paciente que he mencionado anteriormente. En realidad, en nada se beneficia la paciente llevando a una acompañante a la sala de consulta. De manera especial no se deberán llevar niños al consultorio, primero porque son pequeños y no hay con quien dejarlos en la sala de espera y no es recomendable que el niño presencie el examen. Desde luego que si no hay con quien dejarlos en casa está justificado traerlos, pero no lo haga de rutina.

MOVIMIENTOS FETALES

Los movimientos del bebé se pueden percibir a partir de la 14ta. Semana de embarazo. Al inicio se asemejan a los movimientos de gas en el intestino o se parecen al aleteo de mariposas encerradas entre las dos manos. Esa percepción se va acentuando, se va haciendo más frecuente y fuerte conforme avanza el crecimiento fetal. A partir de los seis meses y medio, es posible oír los latidos fetales claramente con el estetoscopio. Generalmente, yo permito que la paciente escuche los latidos del corazón de su bebé y los compare con los suyos; y si está el esposo o la futura abuela también los escucharán y se sentirán felices de poder oír. El movimiento fetal y los latidos fetales son signos de que hay vida en la cavidad uterina – el futuro bebé.

EVALUACION FINAL

Al final del embarazo se realizan exámenes pélvicos por varias razones: la primera, para ver el porque de ciertas molestias dolorosas o contracciones que se sienten. El examen vaginal permite sentir la longitud del cuello uterino, si se inician modificaciones, si ya está comenzando a adelgazar, si la cabeza fetal está descendiendo a la pelvis y la relación que existe de esta cabeza con el canal del parto; si habrá o no dificultad en el pasaje, es decir, el pronóstico del parto. En esta etapa se hace un cálculo del peso fetal, el mismo que se puede determinar con mucha aproximación, con un error de 1'' a 200 gramos de diferencia. Se examinan los senos y los pezones para prepararlos en caso que la madre quiera dar de lactar a su bebé.

QUE HACER ENTRE CONSULTA Y CONSULTA

La espera de un mes es mucho tiempo si se trata de una mujer muy ansiosa y la futura madre se abstendrá de llamar al médico para consultar sobre cosas triviales y sin importancia. Las situaciones en que debe consultar inmediatamente con el médico son, por ejemplo, el sangrado vaginal u otra molestia importante, especialmente en los primeros meses del embarazo, dolor en el bajo vientre, dolores severos, agudos y especialmente cólicos. Al final del embarazo tiene mucha importancia la ruptura de las membranas en las que puede haber gran cantidad de líquido que se pierde por la vagina y también hinchazones asociadas con dolores de cabeza, trastornos de la visión y, en fin, cualquier enfermedad intercurrente. Aunque muchas señoras insistan a veces en que el médico las asista en su casa debe tenerse en cuenta que un obstetra que va a la casa no tiene facilidades para hacer un examen adecuado en la cama. Por otro lado, todas las consultas de emergencia, como el sangrado vaginal, la ruptura de membrana con pérdida de líquido, etc., es pérdida de tiempo el que el médico vaya a la casa. Lo aconsejable es ir de inmediato al Hospital, de donde llamarán al médico y mientras éste llegue, el Médico Residente le proporcionará la primera atención. No debe tomarse a mal el que el médico indique ir al Hospital aunque la llamada fuera a las tres de la mañana. El médico iría a verla en su domicilio, pero, ¿Qué haría en la casa a esa hora? Se perdería tiempo ante algo que pudiera ser urgente.

He aquí algunos puntos de importancia:

- 1) En primer lugar llame cuando realmente sea necesario y no por cosas triviales.
- 2) Si el médico no está en casa deje su nombre y número de teléfono y no se vaya hasta que el médico la llame, ya que él está constantemente en contacto con su casa o el consultorio.
- 3) Al ponerse en contacto con el médico, tenga Ud. A la mano una hoja de papel con las preguntas que desee formular para no volver a llamar porque olvidó algo.

No trate de hablar mucho tiempo, sólo lo justo y necesario; y tenga a la mano un lápiz a fin de escribir con precisión todas las instrucciones que le señale el médico.

No malinterprete a su médico si es que no lo encuentra de inmediato y no se desespere, ya que él la llamará; y además, ya ha sido Ud. Instruida sobre que hacer cuando comience el trabajo de parto o cuando se rompan las membranas o cuando haya pérdidas sanguíneas. En estos casos no espere el último minuto para llamar al médico y no sea exigente de encontrarlo de inmediato. Piense que él es tan humano como Ud. y podría estar en un cine o haber salido cerca de la ciudad o estar de visita o atendiendo a otra paciente, y, por lo tanto, tomará algún tiempo para ser localizado. En una emergencia no espere que él la llame, vaya de inmediato al Hospital. Así el médico irá directamente a verla.

EL COSTO DE LA ATENCIÓN DEL PARTO

Una vez terminada la primera consulta o durante alguna de las entrevistas posteriores, se hablará de los honorarios y el costo de la hospitalización. En realidad los honorarios médicos son particulares. Cuando mejor entrenamiento en su especialidad tiene el médico, seguramente los honorarios son mayores, ya que éste ha tomado más tiempo de su vida en perfeccionarse en países extranjeros o en cursos especiales, lo cual fue una inversión; y, por lo tanto, la remuneración será relativa al buen servicio profesional que recibe la paciente. Por otro lado, también tiene tarifas para los diferentes grupos socio-económicos atendidos. En nuestro medio, los honorarios son pagados de dos formas; Una es por cada consulta pre-natal y aparte por la atención del parto. Otra forma de pago es una sola cifra que incluye el cuidado pre-natal y el parto conjuntamente. Desde luego, hoy existen los seguros de salud locales o internacionales que cubren en gran parte estos gastos. En otras palabras, la paciente paga honorarios por la dedicación, la paciencia, la confianza, la inteligencia, la habilidad, el conocimiento y el tiempo que el médico le entrega, no importa en un día domingo o feriado, día o noche o que sea requerido de una reunión o del teatro, o interrumpa su consulta para atender el parto.

EL COSTO DE LA HOSPITALIZACION

Desde luego, los costos varían de hospital a hospital, en las grandes y pequeñas ciudades. Los costos están en relación con las facilidades. Los hospitales con que contamos en nuestro medio son hospitales generales que cuentan con secciones de obstetricia, excepto el Hospital de Maternidad y algunas Clínicas Obstétricas que cuentan con un número pequeño de camas. La variación de los precios fluctúa de acuerdo con las facilidades. Son 4 ó 5 días de permanencia, el uso de la sala de partos, medicaciones, sala de bebés. La variación está en relación con el tipo de cuarto y comodidades tales como; antesala, teléfono, cuarto privado, de lujo, etc. Todas reciben la misma alimentación y atención, ya sea en acomodaciones de lujo, privadas o semi-privadas.

En nuestro medio, todos los hospitales particulares disponen de cuartos privados. Nos contamos aún con cuartos Rooming-in o sea aquellos cuartos en que el bebé está con la madre, como en otros lugares.

Las paciente indigentes se atienden en hospitales como la Maternidad Central de cada ciudad u otros hospitales generales, Centros de Salud que tienen servicios obstétricos; también Hospitales de los Seguros Obreros, Empleados. Hoy se tiende a Hospitales de Seguros Privados. El costo es muy bajo en este grupo de Hospitales que incluyen atenciones pre-natales y los gastos de atención del parto. Son atendidos por un cuerpo compuesto de médicos especialistas, residentes en entrenamiento y obstetricas, ya que son centros para educación y formación de los especialistas.

CONOCIMIENTOS GINECOLOGICOS Y OBSTETRICOS

3

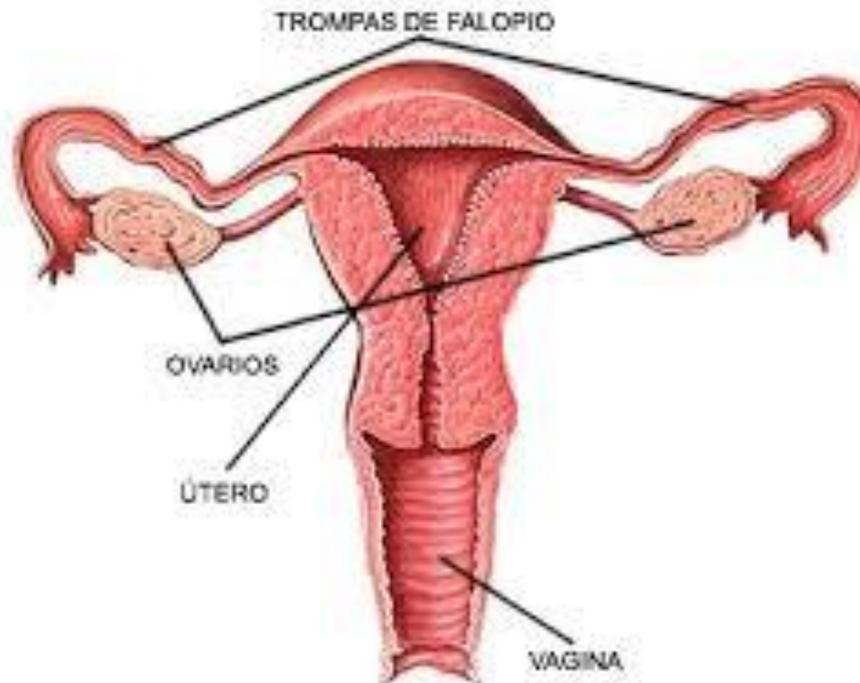
Son pocas las mujeres que conocen realmente cómo es el aparato genital femenino y, por lo tanto, no saben dónde se anida el embrión o futuro bebé. Considero muy importante este conocimiento para explicar una serie de hechos y resolver una serie de preguntas que se hace la gestante.

ANATOMIA DE LOS GENITALES FEMENINOS

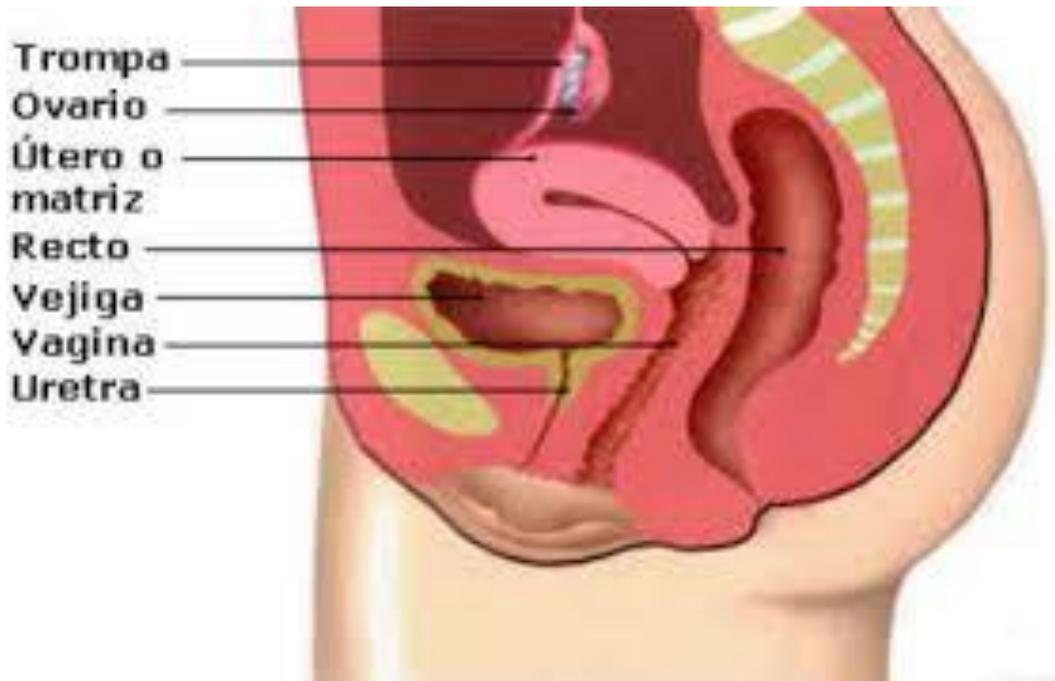
La parte externa del aparato genital que la mujer conoce está formada por los labios mayores, los labios menores, en introito, el himen que en la mujer casada está rasgado; luego, se ve la abertura por donde sale la orina que se llama meato urinario, o sea la parte terminal de la uretra que viene de la vejiga, por debajo la entrada a la vagina y debajo de ésta el ano. La vagina es un tubo circular de un tejido muy elástico y distensible que nos conduce directamente al cuello uterino o la cerviz, que es la entrada o puerta de la matriz o útero. La mujer que no ha tenido familia tiene una abertura circular de la cerviz de 3 mm de diámetro que continúa en un canal que desemboca en la cavidad uterina. Esta abertura en lugar de círculo puede ser transversal, especialmente si la mujer ya ha tenido un bebé, o puede estar muy extendida o rasgada, tanto a la derecha como a la izquierda, o en múltiples áreas en las multíparas, o en caso de partos traumáticos.

Es importante conocer la función de este cervix o el cuello y la abertura mencionada, ya que es justamente este cuello el que se reduce en longitud al inicio del parto. Tiene aproximadamente unos 4 centímetros. Y

va a reducirse apenas a unos 3, 4 ó 5 milímetros cuando el



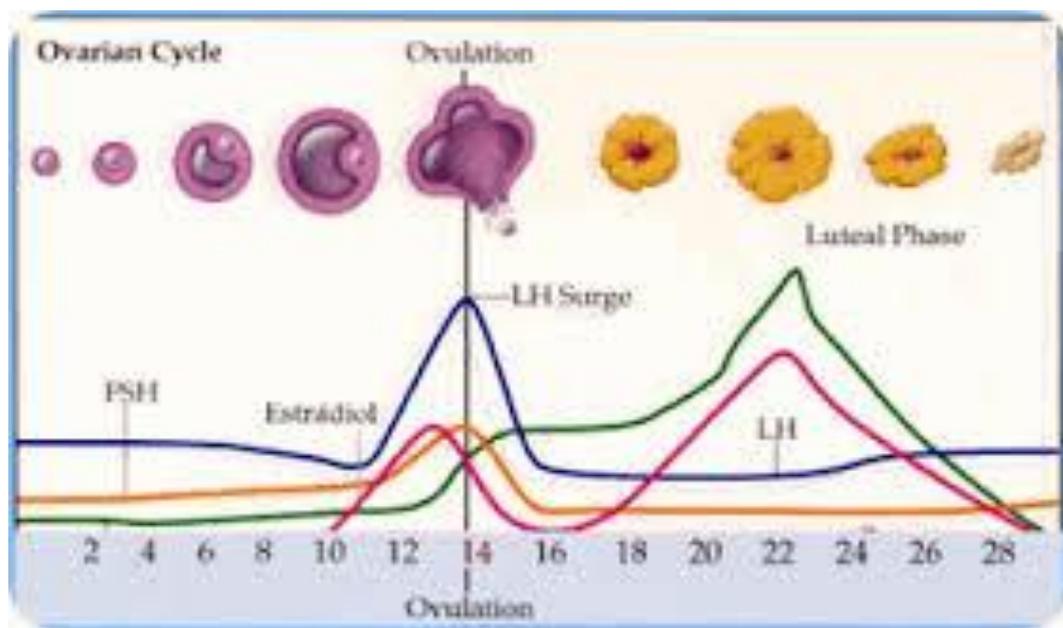
trabajo de parto se inicie y esa abertura de 3 milímetros de diámetro se dilatará hasta alcanzar los 10 centímetros y dejará salir al bebé. La cavidad uterina es el espacio que continúa al canal cervical. Esta cavidad uterina es el espacio que continúa al canal cervical. Esta cavidad tiene la forma de un triángulo, cuya base está hacia arriba y el vértice hacia abajo descansando en el cuello, la base tiene aproximadamente unos 4 a 5 centímetros de ancho y una longitud de unos 4 a 5 centímetros y un espesor menor de $\frac{1}{2}$ centímetros, (la cavidad exclusivamente). Sus paredes están formadas por la musculatura del útero que en general tiene el grosor de uno y medio centímetros y en conjunto tiene la forma de una pequeña pera mediana. Esta pera aumentará de tamaño para albergar a un bebe de 3,000 a 3,500 gramos. La cavidad uterina continúa por dos pequeñas aberturas, una al lado derecho y otra al lado izquierdo que conduce a unos canales que corresponden a las Trompas de Falopio. Estas trompas tienen una longitud de 10 a 14 centímetros y terminan en una ampulla con abertura con varios tentáculos y esto sirve para que al acercarse al ovario reciba al óvulo o huevo que éste ha producido. Por el conducto de la Trompa, el óvulo migrará hacia la cavidad uterina y en su camino será fecundado por el espermatozoide. Los ovarios están suspendidos entre el útero y una pared al abdomen. Estos, que son dos, están colocados uno a la derecha y otro a la izquierda y van a funcionar de



manera independientemente y alternada, en ciclos de 28 a 30 días. De todas sus células germinativas madura una hasta formar una pequeña ampollita, la cual se rompe más o menos en el 14° día del ciclo menstrual y pasa por el conducto de la trompa. Ambos ovarios tienen aproximadamente 400,000 células primordiales o germinales y solamente una por mes durante la edad reproductiva ha de madurar. Si se hace el cálculo de aproximadamente 30 años de esta etapa por 12 veces al año, son 360 las células que maduran y en condiciones de ser fecundadas. Cada una de estas células mide 2 décimas de milímetros y se llaman óvulos, éste óvulo llega más o menos al tercio externo de cada trompa donde es esperado por los espermatozoides y alcanzado y fecundado. Al ser fecundado, toma el nombre de huevo o cigote. Este huevo luego será migrado hacia la cavidad uterina donde es fijado en una de sus paredes y comenzará el desarrollo del bebe. Si no hay fecundación, el óvulo llegará al 14° día de ciclo a la cavidad uterina. No vive más de 12 a 24 horas. En la parte interna del útero existe un tejido que cada 28 o 30 días se modifica creciendo y descamándose; ese tejido al descamarse forma la sangre menstrual. El mecanismo del crecimiento de este tejido depende de un jugo de producción de hormonas que se elabora en el ovario. Antes de liberarse el óvulo, se ha producido en aquella ampollita que mencioné un líquido que se llama foliculina o estrógeno, el mismo que hace crecer el tejido de la cavidad uterina, en el endometrio. Luego cuando se ha liberado el óvulo se forma una pequeña hemorragia en el ovario y éste se transforma en una segunda hormona que se llama la luteína, cuerpo

amarillo o progesterona que es la hormona que favorece la anidación y el embarazo en las primeras semanas. Este cuerpo amarillo en ausencia de gestación produce en el endometrio una modificación especial, tejido que acaba más o menos a las 26 ó 27 días de ciclo menstrual, descamándose del útero hacia la vagina y de allí al exterior: la menstruación. Así, sucesivamente, cada ciclo menstrual se va a repetir aproximadamente 360 durante la vida productiva de la mujer.

Hablando de los espermatozoides, se debe conocer que en cada eyaculación existe de 70 a 100 millones por centímetro cúbico. Estos son los que migraran de la vagina a través del orificio del cuello donde existe un moco que en cierta época se hace penetrable por los espermatozoides, condición que dura aproximadamente de dos a tres días. Una vez que llegue a la cavidad uterina, tiene que viajar a través del endometrio y luego a la trompa. Una eyaculación de unos 2 a 5 centímetros cúbicos en volumen tendrá más o menos de 200 a 400 millones de espermatozoides por cada eyaculación y solamente uno de ellos llegará a fertilizar el óvulo.



CONCEPCION – FECHAS

Tenemos como ejemplo el ciclo femenino de 28 días. El primer día que comienza a sangrar es el primer día del ciclo; el último día del ciclo es el día anterior al que comienza la nueva menstruación o sea el día 28. Esta mujer ovulará aproximadamente entre los días 12 a 14. Vamos a fijar el día 12 como el día de la ovulación o sea la liberación del huevo. Todo es favorable para la concepción. El moco del cuello uterino se hace

permeable al ingreso de los espermatozoides. Sabemos que el espermatozoide se mantiene activo hasta 72 horas, es decir que puede esperar hasta dos días antes de la ovulación y puede fecundar a partir del décimo día del ciclo, en este ejemplo. Este huevo vive de 12 a 24 horas, o sea que la época fértil en este caso entre los días 10° y 13°, nunca antes, nunca después, en el caso de esta mujer que es perfectamente regular y que solamente ovula en el 12° día del ciclo.

Para determinar el día de la ovulación, hay muchos métodos. Existe un método muy preciso y sencillo y que lo realiza la mujer en su hogar tomándose la temperatura oral, en las mañanas, al momento de abrir los ojos y antes de bajar de la cama. El termómetro previamente sacudido se pone en la boca por tres minutos y se anota la temperatura desde el primer día de la menstruación. Esto describirá una curva de 36.2 a 36.6° C, y a partir del 12° día habrá una caída a 36° C y luego se elevará a 36.8, 36.9 o 37° C, manteniéndose así alto hasta el día 28 que nuevamente cae a 36°C y ocurre la menstruación. Justamente el desnivel de temperaturas corresponde al día fértil. Otros métodos, que son muchos para determinar la ovulación, se hacen con la ayuda del laboratorio y del médico.

DESARROLLO DEL EMBRION – FORMACION DEL BEBE

Una vez que el huevo ha sido fecundado en el tercio externo de la trompa, éste migra con la ayuda de movimientos de tipo reptación que realiza la trompa, haciendo rodar a este huevito, anidándose en el endometrio preparado por acción hormonal, una de las cuales, la progesterona, (que significa: en favor del embarazo), con pequeñas cilias que se forman en la superficie del huevo y que se llama corium, va a “corroer” la pared uterina donde se formarán una serie de lagunas sanguíneas a través de las cuales se van a producir los intercambios alimenticios entre la madre y el embrión. A continuación, en este huevito comienzan a diferenciarse una serie de células que formarán los diferentes órganos en el embrión. En el centro de este huevo o cigote se produce un líquido; el líquido amniótico. En la parte superior se forma un tejido como si fuera un pequeño alambrito del cual cuelga un grupo de células que irán a formar el embrión. Este alambrito que conecta al embrión será el futuro cordón umbilical. Este cordón umbilical está pegado a otro tejido con una serie

de tentáculos que será la futura placenta. El resto de la envoltura serán las membranas. El embrión tendrá la forma de un pequeño pescadito o renacuajo, con un extremo muy grande que será la cabeza y otro la colita; luego aparecerán dos brotes superiores y dos inferiores que formarán los brazos y las piernas. De la cabeza se irán diferenciando ciertas partes que formarán los ojos, la nariz, la boca, la mandíbula. La cola desaparecerá en el futuro y en la parte inferior, entre las extremidades inferiores habrá una salida o cloaca formada por el aparato urogenital e intestinal.

CRECIMIENTO, TAMAÑO Y PESO

En el primer mes el embrión tendrá sólo dos milímetros de longitud, 4 centímetros en el segundo, 9 centímetros en el tercero, 16 centímetros en el cuarto, 25 en el quinto, 30 en el sexto, 35 en el séptimo, 40 en el octavo y 45-50 en el noveno.

En lo referente al peso, el embrión en el segundo mes pesará solamente dos gramos, al tercer mes va a pesar 25 gramos, al cuarto mes 190 gramos, al quinto 500 gramos, al sexto 700 gramos, al séptimo mes 1,500 gramos, al octavo mes 2,000 a 2,500 gramos, al noveno mes de 3,000 a 3,500 gramos.

Los anexos de un feto son: La Placenta, que es el tejido que se pega al útero y que está formado por un tejido muy rico, carnoso de gran irrigación y de unas células especiales que tienen el poder de licuar y corroer la pared en la cual se fija, para romper las arterias en el útero de la madre, para poder tomar de la sangre los alimentos necesarios para el crecimiento del bebé. Estos son llevados por una serie de venitas al Cordón Umbilical que contiene venas y arterias que son las que llevan y traen la sangre del bebé. El cordón tiene una longitud de aproximadamente 45 a 70 centímetros. Este cordón está pegado al ombligo del bebé por donde se establece la circulación. El bebé está dentro de un líquido amniótico. Es un líquido más o menos claro que contiene células descamadas, grasa, vellos que se han desprendido del bebé. Envuelven a este líquido dos membranas como si fueran de celofán, una se llama amnios y alrededor está el corium. El volumen de este líquido amniótico fluctúa entre los 1,000 a 1,500 centímetros. Este es el líquido que sale cuando se rompen las membranas.

El feto alcanza el desarrollo total de los sistemas en la 12ª semana de gestación y, a partir de ésta época, comienza a crecer y perfeccionarse hasta aumentar el tamaño del feto a término.

El embarazo dura 280 días, o sean diez meses lunares (10 x 28), pero, desde luego, hay variaciones en tiempo y puede durar entre los 250 a 300 días; antes de estos 250 días el bebé será probablemente un prematuro y por encima de los 300 días el bebé será un post-maduro.

EL GRAN EVENTO COMIENZA “ESTOY GESTANDO”

4

El diagnóstico: una mujer que tiene sus menstruaciones normales y periódicas, es casada, tiene vida sexual activa y no usa contraceptivos, es lógico que en ausencia de la regla presuma que está gestando. En un examen ginecológico realizado antes de la sexta semana se pueden identificar signos de sospecha, de posibilidad y de certeza.

Los signos de sospecha, en primer lugar, son la ausencia de la regla, luego los senos un poco dolorosos o más sensibles. Así mismo, hay aumento de salivación, aumento de la frecuencia urinaria, se siente cierta pesadez bajo el vientre; los pezones están un poco más oscuros de lo que fueron, y puede haber náuseas y vómitos. En el examen pélvico el útero se nota que está aparentemente más redondo o uno poco más grande,



pero solamente son signos de sospecha de estación. Los signos de posibilidad inmediata se dan cuando el útero está más grande que lo normal, ya sea que se ha duplicado o triplicado en tamaño, el cuello del útero está más blando, tiene un color algo violáceo, aparece una secreción por los pezones que se denomina calostro (esto no es signo definitivo, ya que hay mujeres que pueden tener una secreción sin estar gestando). Por último, los signos de certeza son la presencia de movimientos fetales o latidos fetales. Todo esto el médico lo detecta con su examen clínico. En el laboratorio, entre los exámenes auxiliares que permiten el diagnóstico del embarazo tenemos: la prueba del sapo, tan conocida como Galli Mainini, o del ratón, conejo o de Aschein Zondek. Luego últimamente, ha aparecido el Pregntest que es una reacción de precipitación similar a las que se realizan para diagnosticar enfermedades venéreas en la sangre. Esta prueba se realiza en la orina y el resultado se puede obtener en 2 a 3 minutos y puede llevarse a cabo al siguiente día que faltó la regla. Las pruebas biológicas

en los animales (como el sapo, ratón o conejo) son positivas después de los diez días del retraso. El resultados “Positivo” del embarazo recibido por la paciente producirá una gran sonrisa de felicidad y esa tensión de duda habrá desaparecido. Las pruebas de embarazo son Sub Unidad Beta con informe inmediato, lo mismo con los test de embarazo.

CAMBIOS QUE EXPERIMENTA UNA GESTANTE DESDE EL INICIO

Existen muchos cambios que el cuerpo experimenta:

Comenzando de arriba abajo: la salivación aumenta, puede ser un poco más de lo de costumbre hasta ser más abundante, los senos algo mayores, turgentes y sensibles; hay mayor pigmentación al nivel de las aureolas de los pezones y éstos, conforme va avanzando el embarazo aumentan el volumen, aparecen estrías en los senos, que es la ruptura del tejido elástico de la piel; esto mismo va a ocurrir en la piel del abdomen al final del embarazo, y cuando el peso de la paciente aumente muy rápidamente. También en la línea media del abdomen del ombligo al pubis aparece una línea pigmentada. En muchas mujeres las áreas que normalmente están pigmentadas va a oscurecer aún más. Se experimenta cierta molestia bajo el vientre, más que dolor una sensación de peso por la gran congestión debido por la gran influencia sanguínea para formar el nuevo ser. Generalmente al cuarto mes aparece un dolor en la cintura, área que corresponde a la articulación del sacro con el hueso de la cadera; la pelvis. Esta es una articulación fija y no tiene movimiento como las articulaciones de la muñeca o del codo, por ejemplo. En el embarazo se produce una sustancia entre los huesos que se ablandan y adquieren cierto desplazamiento y si la señora se levanta de la cama o de confortables blandos o está más inclinada a un lado del cuerpo se produce un discreto movimiento que puede ser muy doloroso y permanecer

durante el embarazo. El pubis igualmente puede ablandarse y producir



dolor.

Una frecuente queja a partir del tercer mes es lo que llaman “dolores a los ovarios”. En realidad, al crecer el útero hacía arriba los ovarios suben con él. En la “zona” del ovario se encuentran los ligamentos del útero llamados el ancho y el redondo. Se podría comparar, para comprender el mecanismo del dolor, con la carpa de un circo cuya lona sería el músculo uterino con cierta flexibilidad y los pilares o sogas que soportan está carpa los ligamentos que son más tensos y menos elásticos. Estos ligamentos al distenderse van a producir dolores muy molestos en relación con los ejercicios, especialmente cuando la paciente se levanta de una silla o está durmiendo y bruscamente cambia de posición a derecha o izquierda. A pesar del dolor, no debe preocuparse la paciente; generalmente se recomienda el uso de una faja tubular elástica, las fajas de maternidad o calzones-faja. Aunque no evitan el dolor por completo, por lo menos van a evitar que el útero se movilice con facilidad. Muchas veces, este dolor en el lado derecho debajo vientre es tan severo que puede ser confundido con una apendicitis y de seguro que muchas mujeres han sido sometidas a intervenciones por apendicitis durante el embarazo. Desde luego, si existen asociados al dolor otros síntomas tales como: cambios en la sangre y la temperatura, el médico puede pensar en una apendicitis.

Otros de los síntomas son los mareos y desmayos; los mareos generalmente se producen al inicio de embarazo y en muchas pacientes durante todo el embarazo; se sienten bastante débiles, con la sensación de que todo diera vueltas alrededor de ellas. Esto debe ser comunicado al médico; este síntoma puede ser debido a la caída de la presión arterial, al inicio o al estar muy elevado al final. Puede ser también causado por anemia por deficiencia de hierro. Otras veces simplemente al levantarse en forma brusca de la cama se produce un mareo por caída de la presión arterial, por lo que se recomienda a la gestante que lo haga lentamente y

cuando esto ocurre permanecer en reposo. A veces es tan severo que puede llegar al desmayo. Algunas gotas estimulantes que el médico prescriba harán desaparecer esta molestia; o al incrementar la hemoglobina y el volumen de sangre mejorarán esta dificultad.

Algunas señoras tienen mucho sueño y otras insomnio durante los tres primeros meses. En realidad, no se ha podido hallar una explicación clara sobre esto hasta el momento. Generalmente, el insomnio es debido a preocupaciones de origen psicológico, problemas domésticos por el embarazo y problemas familiares o económicos. Etc. El sueño acentuado se debe prácticamente a que la paciente está en reposo y descansa mucho su actividad física es menor que la acostumbrada antes de gestar.

CARÁCTER

Hay cambios de carácter. No es que el embarazo directamente ejerza influencia en los sentimientos de la mujer. El carácter cambia debido a los problemas que ocurren alrededor del embarazo, la vida conyugal inadaptada, al hogar, la familia, los problemas personales, etc. El embarazo puede llegar a ser un competidor con el esposo; en fin, suele existir una serie de problemas que hacen que la mujer cambie su conducta haciéndola más irritable. La paciente emocionalmente estable no tendrá ningún cambio; al contrario, será muy suave, se sentirá feliz y contenta.



EL APETITO

Realmente existe un poco de náuseas al inicio del embarazo pudiendo llegar al vómito, el apetito puede disminuir marcadamente o haber un rechazo a ciertos alimentos, sobre todo carnes muy condimentadas que tengan olor muy fuerte como de cebolla, o ajo. Al no soportar este olor se producen las náuseas y le quitan el deseo de comer y hasta hacen vomitar. Sin embargo, después que han desaparecido estos síntomas, la paciente adquiere un apetito voraz. Eso de comer doble porque son dos seres no tiene fundamento y pasa a ser historia antigua; la paciente debe seguir comiendo tal como siempre. Sólo debe incrementar la calidad, las proteínas, es decir, carne, leche, huevos, además frutas, verduras, legumbres. Se tomará vitaminas y su adición de hierro como suplemento alimenticio. Se tomará por lo menos tres vasos de leche al día. Se puede comer grasa en cantidades normales. No deberá seleccionarse exclusivamente hidratos de carbono, es decir, harinas, dulces, pastas, pasteles, tortas o menestras al mismo tiempo. Estos, a pesar de ser agradables al paladar, son elementos de poco valor para la formación del bebé y no son indispensables. Los elementos indispensables son las proteínas de las carnes, vitaminas y minerales de las legumbres, el calcio de la leche. Referente a la cantidad, se comerá lo que normalmente la mujer ha estado acostumbrada a comer antes de gestar y cuando estuvo soltera para mantener la línea. El exceso en la comida hará que use vestidos de maternidad, no para demostrar que está gestando, sino para esconder la gordura que ha adquirido fuera de tiempo.



EN LO REFERENTE AL PESO

Una gestante no debe subir un solo gramo en los dos primeros meses. Al final del tercer mes como máximo debe haber subido dos libras o un kilogramo y de ahí en adelante sólo dos libras o un kilogramo, como

límite por cada mes hasta noveno. En otras palabras, son 7 kilos o 15 libras como ganancia total ideal. El resto es sobrepeso que se traduce en gordura y no en peso del bebé, salvo que sea un bebé descomunadamente grande o que la gestante tenga embarazo múltiple. Por ejemplo, vamos a explicar para entender en que consiste el aumento de peso; supongamos que la señora tendrá un bebé a término de 3,500 gramos; el músculo merino que ha crecido aproximadamente 1,000 gramos, grasa en depósito extra en las nalgas y en los senos de 500 a 1,000 gramos; suman 7 a 8 kilos en total. Desde luego, hay un poquito de retención de líquido, lo que sería unos 200 a 300 gramos a lo sumo. En general, como tope se admite la ganancia de 10 kilos o 22 libras, no más. El exceso grande es simplemente el cuerpo de la futura mamá y nada más. Si la paciente ha ganado 7 a 10 kilos, les puedo asegurar que al salir de la clínica después de haber dado a luz, usará el mismo vestido con el que vino por primera vez al consultorio para el diagnóstico del embarazo.

Todo aumento brusco de peso a pesar de la alimentación balanceada debe ser comunicado al médico de inmediato para hablar al respecto, muy especialmente cuando el embarazo está llegando a término.

Hay algunos cambios anormales en el apetito que vale la pena mencionar. Quiero referirme a los “antojos”, deseo de comer cosas raras como, por ejemplo, pepinillos y encurtidos con helados de pistacho o comer cualquier cosa que no hay en la casa a las tres de la mañana, y que el pobre esposo tiene que ir a buscar. Bueno, esto no es cierto, y no hará daño si no se consigue, ni será causa de que se pierda el bebé. Esto es muestra de una personalidad inmadura que tiene la gestante, y se vale de esta amenaza para conseguir mayor atención.

Sin embargo, existen apetitos normales, por ejemplo, alguna señora durante el embarazo tiene deseos de comer tierra, tiza o yeso, lo que se conoce con el nombre de “pica”. Esto se le comunicará de inmediato al médico, ya que podría significar que la señora no está recibiendo adecuadamente ciertos minerales esenciales, en especial el calcio. Esto es muy frecuente ver en ciertos animales, en el ganado vacuno, por ejemplo, que come las paredes de tierra por la carencia en su dieta de ciertos minerales.

TRANSTORNOS DIGESTIVOS

Hemos hablado algo sobre las náuseas y el vómito. La causa probable de estos síntomas es el aumento del nivel circulante de las hormonas, que son necesarias desde el inicio del embarazo; esto generalmente sucede durante los primeros meses, cuyos niveles son más altos; al final, por disminución de éstos desaparece. A veces son muy severas las náuseas y los vómitos son incoercibles (lo que se llama médicamente la hiperémesis gravídica). En estos casos, la paciente debe ser hospitalizada; se le quita la alimentación oral reemplazándola por suero endovenoso por la gran deshidratación que ocurre. Vitaminas y sedantes son medicamentos adicionales. Este cuadro está mayormente acentuado en pacientes que tienen cierta inestabilidad emocional con problemas en el medio en que viven. Cuando la paciente está aislada y sedada en la clínica y sin visitas, inmediatamente desaparecen estos síntomas. Luego, haciendo psicoterapia y conversando con la familia esto desaparece rápidamente. Muchas veces estas náuseas persisten en toda la gestación. Realmente no son náuseas o vómitos verdaderos, son simplemente regurgitaciones alimenticias que ocurren inmediatamente después de los alimentos. Pero existe una forma clínica en que estos síntomas son el resultado de una complicación del embarazo, al acentuarse marcadamente éste a partir del tercer mes, llegando a ser incontrolables. Esto ocurre cuando se produce una transformación de la placenta en múltiples vesículas, lo que se conoce como Embarazo Molar. Ello produce un gran aumento de hormonas a nivel sanguíneo, condición que debe ser atendida inmediatamente. El médico tiene la habilidad de diagnosticar rápidamente esta situación.

Otros síntomas digestivos de que la paciente se queja son la acidez y las vinagreras. Ello es explicable especialmente en los últimos meses de la gestación. El útero gestante de gran tamaño moviliza hacia arriba los intestinos, inclusive el estómago. Este en lugar de estar en forma vertical se pone horizontal y la evacuación del contenido es un poco lenta, más tardía y la retención de ácidos del jugo digestivo produce acidez y vinagreras, sobre todo cuando se ingieren alimentos que estimulan el aumento de este ácido. El médico, en este caso, aparte de dar un nuevo régimen alimenticio dará sustancias antiácidas o reductoras. La misma explicación tendría la distensión abdominal, inmediatamente después de

comer, justamente por la lentitud del movimiento intestinal para evacuar el contenido y sobre todo si se ingiere gran cantidad de hidratos de carbono. La fermentación es mayor y lógicamente que la producción de gas va en aumento.

La evacuación intestinal. Es raro que ocurran diarreas que no sean de origen infeccioso, pero pueden ocurrir cuando se administran tabletas de hierro; porque algunas señoras con este suplemento reaccionan produciéndoseles diarreas. Otras de las causas de la diarrea es una infección intestinal, pero es transitoria a no ser que sufra de colitis crónica.

Lo que predomina sobre todo en la segunda mitad de la gestación es el estreñimiento, que también tiene una explicación similar, porque hay una "obstrucción mecánica" de evacuación al nivel del intestino grueso final y la ampolla rectal. El peristaltismo intestinal está retardado por la misma causa. Es importante prever la constipación que se aliviará con ciertas medicaciones, lubricantes y laxativos suaves para que el contenido intestinal sea eliminado, puesto que la dureza en las heces en el último segmento (lo está también, por la administración de hierro que produce a veces estreñimiento severo) del intestino grueso será responsable del aumento de la presión venosa a ese nivel, ya crecido, que se traduce en la formación de hemorroides; tan temidas en el embarazo no por peligro de vida sino por lo molesto que son.

FLATULENCIA

Es la acumulación de gases. Como ya hemos mencionado, se produce por la lentitud de la digestión y el aumento de los gérmenes de putrefacción, lo que produce el incremento de dichos gases, que son eliminados por vía rectal en abundancia.

HEMORROIDES

La paciente que es estreñida crónica y que durante el embarazo se le ha acentuado el estreñimiento seguramente que desarrollará hemorroides, que vienen a ser dilatación venosa a nivel de recto. Estas

son realmente muy molestas y cuando se inflaman son muy dolorosas y a veces sangrantes. Cuando estas venas forman un coágulo en su interior el dolor es muy agudo. Para esto, el médico aparte de dar un régimen para mejorar la evacuación intestinal, dará algunas cremas o supositorios para el tratamiento local. Durante el embarazo no es recomendable hacer en general ninguna cirugía, ni tampoco llevar a cabo la hemorroidectomía. Así que el éxito del tratamiento está en la profilaxis para evitar que estas aparezcan; y si ya existen evitar que se acentúen.

LOS ADORMECIMIENTOS Y LOS CALAMBRES

Los adormecimientos en los miembros superiores generalmente tienen su explicación cuando el camisón de dormir que se usa es pequeño y comprimen la circulación sanguínea. En los miembros inferiores se debe al crecimiento del útero gestante que comprime la circulación sanguínea, tanto de ida como de retorno. Con acomodarse holgadamente para dormir o el estar cómodamente sentada sin comprimir los miembros se puede evitar esta molestia. Aunque estos adormecimientos son molestos, no revisten gravedad. Otro de los síntomas que sí son muy temidos son los calambres. Son muy dolorosos, sobre todo en el músculo de la pantorrilla y en el muslo. Estos ocurren generalmente durante el sueño o por un esfuerzo físico. La explicación de este fenómeno es bioquímica y difícil de controlar; la paciente que ingiere regular cantidad de calcio en su dieta va a neutralizar la presencia del fósforo que es el responsable de que las contracciones musculares sean más frecuentes y dolorosas. Existen algunas medicaciones que se pueden administrar y que pueden aliviar esta molestia o, por lo menos, hacer que ocurran más especialmente.

La falta de aire debe ser interpretada en dos formas: una es el suspiro profundo con frecuencia, lo cual traduce la tensión en que vive la paciente porque está consciente de los movimientos respiratorios, sin llegar a producir fatiga o verdadera falta de aire. Por otro lado, al final de la gestación, el abdomen que está ocupado por el útero que contiene al bebé ha desplazado los intestinos y por ello limita los movimientos de aquel músculo que separa el tórax del abdomen, llamado el diafragma, y que actúa como un fuelle del aparato respiratorio y no llega a cumplir adecuadamente esta función, sobre todo cuando la paciente se acuesta inmediatamente después de comer. Con el estómago lleno tendrá dificultades de respirar. Es aconsejable caminar un poco antes de dormir

para acostarse con el estómago algo vacío; sin embargo, esto ocurre con frecuencia. La paciente usará una o dos almohadas más de las que tenía por costumbre.

La falta de aire muy acentuada en una paciente que no ha tenido aún ningún control y tiene antecedentes de algún proceso cardíaco o reumático debe consultarse de inmediato con el médico.

TAQUICARDIAS

Son los latidos exagerados que ocurren durante la gestación y que a la gestante al estar consciente de ellos le produce angustia. A veces aparecen ante una emoción que pueda experimentar; otras veces ocurre después de los alimentos o al acostarse. El corazón tiene una posición algo vertical normalmente. En el embarazo se pone más horizontal y al acentuarse bruscamente después de los alimentos, distorsiona la curva de la arteria aorta, donde se encuentran los centros reflejos que aumentan o retardan los latidos al corazón. Mayormente esto no tiene importancia si no existe ninguna enfermedad cardíaca de fondo.

VARICE

Este es un problema que hasta ahora no es posible curar durante el embarazo. Así como hay predisposiciones familiares a ciertas enfermedades, las hay para la várice. Generalmente alguien de la familia, la mamá, el papá o los tíos han tendido várice o hernias. Lo que pasa es que el tejido elástico es pobre en resistencia de nacimiento y como ya se mencionó anteriormente la dificultad del retorno venoso de los miembros inferiores hacia arriba por la presencia del útero gestante hace que estas venas se dilaten y si el tejido elástico es pobre, estas venas ceden fácilmente y van a llegar a una dilatación de diferentes magnitudes de acuerdo a la resistencia de sus paredes. Por lo tanto, la gestante con predisposición a la varice debe permanecer frecuentemente en actividad. Si está en reposo deberá mantener la pierna en alto sobre una silla. No deberá usar ligas para sujetar las medias, sino portaligas, ya que aquellas aumentan la dificultad del retorno sanguíneo al actuar de torniquete. Si

existen algunas marcas varicosas, es recomendable usar medias elásticas que serán puestas en la mañana antes de levantarse de la cama. El cuidado de esta várice inicial moderada dará como resultado que no se dilaten más. Desde luego, se irán acentuando más de embarazo a embarazo si no se les suministra el cuidado correspondiente. Hay medicaciones que no son realmente curativas de la várice, pero su administración fortalece las paredes de las venas. Existen también una dilataciones muy pequeñas que son las venitas superficiales en la piel pero que no molestan a la paciente ni dan esa sensación de cansancio y pesadez o como si le estuvieran “arrancando los miembros inferiores”, que son los síntomas de la várice en venas grandes. Estas venitas son la várice que puede quedar a veces marcada de por vida como telaraña, localizándose generalmente en la cara externa del muslo o a nivel de los tobillos; no tiene gravedad como en las venas grandes, pero puede desaparecer después del parto; inclusive las venas varicosas a veces regresionan prácticamente al calibre normal, es decir, no se notan dilatadas, pero sus paredes ya han sufrido daño.

HINCHAZON O EDEMA

La hinchazón o el edema es la retención del líquido en los tejidos blandos generalmente gruesos de los miembros inferiores; pies, tobillos, pantorrillas. Si ocurren en una sola pierna no tienen importancia porque son de origen mecánico y desaparecen provisionalmente cuando se ponen las piernas en alto y definitivamente después del parto. Si la hinchazón ocurre en el atardecer, después de haber estado trabajando o de pie, tiene a misma explicación; pero si la paciente tiene las piernas muy hinchadas al levantarse en las mañanas y la hinchazón se acentúa marcadamente en las tardes y deja marcas al presionar el dedo en el tejido profundo, esto ya es retención del líquido anormal y debe ser controlada por el obstetra lo más pronto posible; quien administrará probablemente ciertos tipos de diuréticos o hará otras recomendaciones referente a dieta, y suspensión de ciertas sales que ya no se debe ingerir. A veces se hinchan las manos de tal manera que los anillos no pueden salir, cuando se caminó varias cuerdas, por sí solo no tiene significado patológico; se debe únicamente a una causa mecánica. Si la hinchazón, aparte de los pies y las manos, se presenta también en la cara, los labios, la nariz y los párpados, esto es ya patológico que, asociado a una presión arterial elevada y la presencia de albúmina en la orina; entonces la

paciente consultará de inmediato y será puesta a un régimen higiénico-dietético además de medicamentos.

DESCENSOS

Los descensos o leucorrea son una molestia muy frecuente durante el embarazo. Sabemos que la vagina es una cavidad húmeda, pues tiene una serie de secreciones que normalmente existen y debe ser mantenida húmeda. Es como, por ejemplo, si la boca no tuviera saliva ocasionaría una molestia, así como también cuando la salivación es mayor también es molesta. Es de entender que existen ciertas glándulas que con el aumento del flujo sanguíneo aumentan la producción de las secreciones. Si esta secreción es transparente, como la clara de huevo, y mucosa, no tiene mayor importancia y, sobre todo, si no tiene mal olor ni otro color. Si tiene un mal olor y color amarillento, verdoso, en forma de grumos, como si fueran trocitos de queso o simplemente líquido blanquecino y que produzca mucho escozor, entonces sí es de suponer que la gestante tiene un proceso inflamatorio o infeccioso, por lo que su médico diagnosticará la causa y dará el tratamiento correspondiente a fin de erradicar esta secreción. Lógicamente, si una mujer ha tenido el cuello inflamado anteriormente o rasgado, la superficie con glándulas productoras de secreciones sin gérmenes patógenos, producirá un aumento de secreciones. La señora deberá tener paciencia durante la gestación ya que no se podrán realizar cauterizaciones. Tampoco es recomendable llevar a cabo un tratamiento de esta índole para disminuir la secreción del cuello uterino de esta manera absoluta. Lo que se puede hacer es disminuir la secreción en cierta forma para evitar infección. Su médico le dirá que después del parto se hará la terapéutica adecuada.

PROBLEMAS DE LA GESTACION

5

Ratifico nuevamente que *EL EMBARAZO NO Es una enfermedad*. Sin embargo, en el embarazo pueden ocurrir ciertos problemas que pueden ser muy serios. En una mujer joven que quiere tener familia y no padece de ninguna enfermedad, es lógico pensar que no hará nada en contra que amenace su salud durante el embarazo. Sin embargo, algunas mujeres jóvenes pueden tener enfermedades simultáneas al embarazo y no producido por éste. No obstante, en las que por primera vez gestan con una edad de alrededor de los 40 años, es de gran importancia que las mismas tengan un cuidado especial, a pesar que son sanas, en vista de que ellas presentan complicaciones con mayor frecuencia. Es importante evitar que estas complicaciones ocurran, a fin de que logren un bebé a término, puesto que la pérdida de éste, significa que la paciente tiene menos posibilidad de gestar, ya que se está acercando a la etapa final de la vida reproductiva.

LO QUE OCURRE EN EL PRIMER TRIMESTRE

Hay patología propia del embarazo, en el primero, segundo y tercer trimestres. En el primer trimestre puede ocurrir sangrado vaginal, pero un sangrado, digamos, que ocurre sin dolor, sin ninguna molestia y en pequeña cantidad y sobre todo después del coito; la paciente se asusta mucho. Generalmente, dicha secreción no tiene mayor significado, ya que la superficie de un cuello inflamado puede sangrar fácilmente. Esto con tratamiento no se vuelve a repetir. Pero, si el sangrado viene de la cavidad uterina, entonces se habla de una Amenaza de Aborto. Si recordamos la anatomía, veremos que la placenta se fija en la pared del útero y que tiene el poder de corroer su músculo y al romper la arteriosa va a producir algunas lagunas sanguíneas, estas lagunas sanguíneas van a servir para el intercambio y la alimentación de la madre al embrión. A veces estas lagunas se forman en la periferia de la placentita y se produce un sangrado en pequeña cantidad, y puede ocurrir en los primeros días del embarazo que inclusive la paciente no sabe si está menstruando con unos días de retraso a la fecha de la menstruación. Este sangrado puede ser espontáneo y nos dará problemas en el cálculo de la fecha probable

del parto. Si este sangrado es de mayor magnitud producirá una laguna sanguínea mayor que puede desprender fácilmente la placenta, y así la muerte del embrión.

No podemos saber exactamente lo que pasará cuando se presenta sangrado a pesar del tratamiento, el mismo que está supeditado a la cantidad, al dolor y a los cambios que se producen en el cuello uterino. Es así como en la dilatación se ha de expulsar el embrión muerto, que ya no tiene valor. Si esto ocurre y está probado por laboratorio, entonces la paciente será sometida a un tratamiento. El tratamiento de un aborto inminente o en curso debe realizarse lo más pronto posible para evitar gran pérdida sanguínea. Este tratamiento consiste en hacer una limpieza, el curetaje, para extraer el contenido y en poco tiempo, de 30 a 60 días, la paciente se recuperará y estará en condiciones de gestar nuevamente. Este proceso puede repetirse con frecuencia. Entonces el obstetra hará un estudio exhaustivo, especialmente para ver la presencia de ciertos cuerpos intra-uterinos, tales como fibromas, pólipos, que interfieren la anidación del embrión.

El aborto puede ocurrir silenciosamente perdiendo pequeñas manchas de sangre marrón oscura, como la borra del café, entonces el útero no crece de acuerdo al tiempo desde que no ha menstruado. Las pruebas de embarazo que previamente fueron positivas se vuelven negativas y se piensa en un aborto frustrado, el mismo que deberá ser evacuado lo más pronto posible, ya que las complicaciones que puede producir son muy serias y además se puede perder el tiempo inútilmente. Recuerden bien que una vez muerto el embrión no hay nada, absolutamente nada, que se pueda hacer con este embarazo sino limpiar y esperar una nueva gestación.

Otra de las complicaciones son los embarazos fuera de lugar: las Gestaciones Ectópicas. Pueden localizarse en la trompa, en el ovario, en la cavidad abdominal, así como también en el cuello uterino, el cual se ha de perder en corto plazo. Si es un poco más alto del cuello en la parte baja del útero, esta paciente va a estar sangrando constantemente durante todo el embarazo puesto que la placenta es insertada muy bajo y estando en contacto con el orificio del cuello estará manchado todo el tiempo.

El embarazo ectópico tubario es muy importante porque se debe y se puede hacer el diagnóstico precoz, sobre todo por la presencia del

dolor, con o sin sangrado vaginal urgente ecografía transvaginal. El dolor es tan severo y agudo que hace perder el conocimiento a la paciente. Ante ello, el médico hace el diagnóstico de inmediato y se debe operar de urgencia; desgraciadamente, este embarazo se pierde, pues no hay lugar en una trompa tan pequeña para anidar el embrión que se transformará en un feto. Si el embarazo se localiza en la cavidad abdominal, que es muy raro, puede llegar a término y los bebés nacen por operación quirúrgica en el abdomen.

Cualquier enfermedad intercurrente que pueda ocurrir en una gestante, tanto del tracto digestivo, respiratorio, o de otro sistema, será tratada con la ayuda de los especialistas correspondientes. Por ejemplo, podrían existir lesiones infecciosas tuberculosas que hoy en día no son problema serio si se tratan rápidamente con la ayuda del Tisiólogo. Los exámenes de laboratorio que pueden revelar infecciones en la sangre son también ahora tratados y deben hacerse lo más pronto para evitar lesiones al feto. Existen ciertas infecciones sobre todo del grupo viral y hay algunas que se les mira con cierta cautela cuando ocurren; una de ellas es la rubéola o sarampión alemán que es muy importante que sea diagnosticada con certeza. Si esto ocurre en la quinta o sexta semana de gestación las posibilidades del daño embrional son de 7 a 13 %. Si esta infección ocurre después de la duodécima semana no habrá daño absoluto al embrión. Esto está ya demostrado por estudios de diferentes centros médicos. El tratamiento de estas condiciones estará de acuerdo a las creencias que tenga tanto el médico como la paciente, incluyendo el punto de vista religioso, especialmente. Las lesiones que ocurren al embrión por lo general dañan el corazón, los ojos y los miembros superiores e inferiores. Si la madre está expuesta a esta enfermedad después de cumplir 3 meses no pasará nada con el feto. Si en el área donde vive hay rubéola y la gestante de pequeña no padeció de esta enfermedad, sería conveniente protegerla con gama-globulina que en alguna forma ayudará a que la infección del virus contraída sea leve.

PROBLEMAS DEL SEGUNDO TRIMESTRE

Los problemas que ocurren durante el segundo trimestre de gestación, en orden de importancia son también el sangrado vaginal que puede ser la causa de una inserción baja de la placenta o placenta previa. Estará manchado durante todo el embarazo. También algunas veces por

causas que no son muy claras muere el feto en una gestante en quien no se encontró ninguna razón. Las causas que pueden ser responsables son: sensibilización muy seria de Rh negativo, desprendimiento de placenta, etc. Pueden ocurrir los partos inmaduros en el caso de mujeres que han estado gestando y que debido a que la parte interna del cuello está débil, no pueden resistir un peso fetal al quinto mes y medio. A esto se le llama incompetencia del orificio interno del cervix. Si se conoce esta causa y la mujer está gestando nuevamente, se puede poner una sutura especial al cuello que ayudará a soportar el peso hasta el final y luego esta sutura se retira al iniciarse el parto. En cambio, si la mujer no está gestando se hace una reparación plástica del orificio. Ambas formas tienen un gran porcentaje de buen resultado.

Durante esta época, otro problema a considerar es la anemia, que se ha ido acentuando progresivamente desde el primer trimestre y en este segundo se acentúa por la deficiencia en la ingestión de hierro o deficiencia de la reabsorción intestinal de este elemento.

Esta anemia debe ser superada y controlada, administrando más hierro, y si no es absorbido por vía digestiva se puede poner en forma inyectable. Si esta dolencia es muy marcada la paciente deberá recibir transfusión sanguínea para mantenerla en buen estado y obtener así un nivel de hemoglobina adecuado.

La presión arterial en este trimestre tiende a ser un poco más baja que en el resto del embarazo. La presión arterial también puede elevarse casi al final del quinto o sexto mes con tendencia a ser alta el resto del tiempo, sobre todo cuando hay cierto fondo que predispone a la mujer gestante a que la presión se eleve. Otro problema que puede ocurrir en esta época es la ruptura prematura de las membranas, o sea las envolturas que tiene el feto que está dentro del líquido amniótico. El signo principal cuando esto ocurre es la salida del líquido ya sea a chorros o en constante goteo. Cuando se presenta el constante goteo, probablemente la ruptura es muy pequeña y localizada en la parte alta del útero. A la paciente se le pondrá en reposo y en corto plazo se puede soldar la ruptura. Si a ruptura ha sido en el área correspondiente al cuello uterino el líquido saldrá a chorro. Generalmente, esta condición puede preceder a un parto prematuro. Cuando esto ocurre, la paciente debe ir de inmediato a la clínica y allí localizarán a su médico. El peligro de la ruptura de las membranas es que es la puerta de entrada de probable

contaminación. Es por esto que la paciente recibirá antibióticos de manera profiláctica hasta que se supere el problema.

PROBLEMAS DEL TERCER TRIMESTRE

PARTO PREMATURO

El parto prematuro es el primer problema del tercer trimestre. Si el feto está por debajo de un kilo es inmaduro. En cambio, a partir del 7° mes ya son partos que aunque prematuros son viables. Gracias a que contamos con medios adecuados para cuidar al bebé prematuro y que podemos tenerlo en buenas condiciones, con buena alimentación y bajo el cuidado de expertos pediatras, es que podemos lograr que estos niños aunque pequeños puedan vivir. La posibilidad de que un bebé que nace con peso por encima de los 1,500 gramos sobreviva es del 97%; generalmente esto sucede en el séptimo mes. Sin embargo, un niño prematuro que nace con un peso por debajo de los 1,000 gramos es menos probable que sobreviva no obstante los cuidados que se le proporcionen.



El inicio de un parto prematuro comienza con contracciones irregulares; hay ruptura de membranas o discreto sangrado. Es en este momento preciso que la paciente debe consultar de inmediato al médico a la hora que sea e irá al Hospital donde será vista por el Médico Residente o de Servicio quien, a su vez, se lo comunicará a su médico a fin de determinar si realmente está en trabajo o no. En un caso así, se tendrán todos los cuidados necesarios: tanto la presencia del Pediatra, así como las incubadoras y enfermeras especializadas estarán presentes para poder atender a este bebé prematuro.

SANGRADOS

El sangrado que pueda ocurrir durante el tercer trimestre tiene un significado muy importante. El sangrado que ocurre casi al final del embarazo normal con caracteres de moco, viene a ser el tapón mucoso que es una sustancia gelatinosa que contiene sangre sin constituir hemorragia. La paciente no deberá asustarse de esto, ya que probablemente sea el primer signo del inicio del parto. Pero si sangrará en mayor cantidad como si fuera una regla, sobre todo sangre rutilante, roja y que coagula, sin pérdida de tiempo deberá acudir al Hospital. Su médico vendrá inmediatamente mientras se le prestan las primeras atenciones. Una de las probabilidades es que la placenta se encuentra insertada en la parte baja cerca del orificio del cuello uterino, y se le llama la Placenta Marginal por encontrarse al margen del cuello.

Otra probabilidad es que la placenta puede estar cubriendo todo el orificio lo que se le llama Placenta Previa, que produce un sangrado que puede llegar a ser muy severo. La paciente será intervenida por operación cesárea, ya que es la única manera de poder salvar al bebé y a la madre, puesto que la hemorragia es muy profusa y pone en peligro ambas vidas. Otra causa del sangrado se presenta cuando la placenta se desprende parcialmente de la pared uterina. El médico diagnosticará esta situación con mucha precisión. Si la separación de la placenta es parcial con abundante sangrado compromete la vida del bebé, que se traduce por latidos fetales irregulares. Probablemente la madre sea sometida a una operación cesárea según el caso. Generalmente, el desprendimiento parcial prematuro de la placenta va precedido por un dolor localizado muy severo e inmediatamente se vuelve irritable el útero y se inicia el trabajo de parto con contracciones de buena intensidad y regulares. Si el desprendimiento de la placenta es total, lo que no se puede anticipar, no se podrá hacer nada por lograr salvar al bebé. Desaparecen los latidos cardíacos fetales y esto significa la muerte del feto. El tratamiento es expectante y salvo que el sangrado sea de tal magnitud que comprometa a la madre, a ésta se le someterá a una operación de emergencia. Lo que debe saber la futura madre es que si presenta sangre rutilante por la vagina en el tercer trimestre con o sin dolor debe de ir inmediato al hospital donde ha sido controlada en su etapa prenatal.

DOLORES DE FALSO PARTO

Cuando el final del embarazo se acerca, las contracciones uterinas que normalmente existen durante toda la gestación conocidas con el nombre de Braxton Hicks son contracciones de la musculatura uterina. Así como las del músculo del corazón pero no son rítmicas, no duelen y no dilatan el cuello del útero. En vista de que el útero ha llegado a una distensión muy grande, estas contracciones pueden en algún momento hacerse más o menos regulares y algo perceptibles al dolor. Entonces la paciente, sobre todo la primeriza, creerá que debe ir de inmediato al Hospital pensando que llegó el inicio del parto. En el examen interno no hay cambio alguno en las características del cuello ni existe dilatación. Sin embargo, se pondrá a la paciente en observación por algunas horas y al no presentarse modificaciones en el “trabajo de parto”. Por lo general, la paciente es dada de alta y probablemente alrededor de una semana retornará al Hospital con el verdadero trabajo de parto.

MUERTE FETAL

Esta es una complicación que desgraciadamente tengo que mencionar ya que ello ocurre. La muerte fetal intraútero ocurre aproximadamente de uno a dos por ciento de los embarazos en cualquier momento de la gestación, pero es más sensible cuando ocurre entre el sexto y el noveno mes.

¿Cómo se hace el diagnóstico?. En primero lugar, la madre refiere que no ha sentido movimientos fetales en las últimas 24 o 48 horas y que se llama la atención ya que el bebé era muy activo. El médico al auscultarla comprobará que esta vez no le es posible escuchar los latidos fetales que en el control prenatal anterior pudo percibir. Entonces para hacer un diagnóstico de certeza de muerte fetal, en la época en que se transcribió este libro (1970) se indicaba una radiografía del abdomen a la paciente, ya que a través de este método auxiliar de diagnóstico se pueden ver ciertos signos que ocurren en los huesos de la cabeza del feto cuando éste ha muerto. Al comprobarse esto, el médico avisará de inmediato a los padres, ya que no vale la pena ilusionarlos de que el feto puede estar vivo, porque cuando su doctor se los comunica es porque está

ciento por ciento seguro de la muerte fetal. Ante este hecho, se espera a que el parto se inicie espontáneamente, lo cual, generalmente, ocurre a corto plazo, a los pocos días. Desde luego los obstetras no desean que permanezca mucho tiempo el feto en estas condiciones en el útero, ya que pueden producirse ciertas alteraciones en la coagulación de la sangre. Es por esto que se debe controlar muy frecuentemente la coagulación sanguínea de la portadora del feto muerto. El parto en estas condiciones es idéntico a un parto normal.

Actualmente con la ecografía el diagnóstico de muerte fetal es inmediata.

¿Cuáles han sido las causas de esta muerte? En un 20 ó 30% de los casos, la paciente ha tenido manifestaciones de toxemia, es decir, hinchazón en las piernas, aumento de la presión arterial, albúmina en la orina, dolores de cabeza. Generalmente, estas pacientes nunca fueron controladas prenatalmente. En segundo lugar, otra causa de muerte fetal en las tres últimas semanas es la diabetes cuando ésta no fue médicamente controlada. Algo que es, asimismo, bastante conocido es el problema Rh Negativo Sensibilizado en mujeres que han tenido una gestación previa. Otro de los problemas es la malformación congénita severa incompatible para sobrevivir. Toda obstrucción circulatoria del cordón umbilical por acodadura producida por los movimientos fetales, por nudos que también bloquean el pasaje sanguíneo de la placenta al feto, produce la muerte fetal por asfixia. El diagnóstico es de posibilidad porquen por medio de la autopsia se puede establecer a ciencia cierta la causa, pero al no haber otro método justificable se piensa en problemas de la circulación a través del cordón umbilical. La toxemia es controlable en la mayoría de las veces. Los problemas del Rh negativo sensibilizados son evaluados , especialmente cuando se induce al parto, unas tres semanas antes del término, y se hace el recambio sanguíneo al bebé. Si los títulos de anticuerpos anti Rh positivos son demasiado elevados, entonces se hacen transfusiones intraútero al bebé desde los cinco meses hasta que éste llegue a la madurez y nazca. En madres diabéticas, el bebé debe nacer unas tres semanas y media antes del término y se atenderá al recién nacido de acuerdo a su estado que, por lo general, es bueno. Entonces es posible comprender que si este grupo de pacientes no ha recibido cuidado prenatal, es un embarazo de alto riesgo.

ENFERMEDADES INTERCURRENTES

6

Por lo general, durante la gestación ninguna infección a gérmenes compromete el embarazo directamente. Por virus, el daño es dudoso en el primer trimestre excepto la rubéola. El resto no causará daños fetales. Lo que sí es grave es la sífilis, que si no ha sido diagnosticada anteriormente producirá ciertas lesiones en el bebé al nacer, ya que más o menos a partir del quinto al sexto mes es que penetran las Espiroquetas, (gérmenes responsables de la enfermedad), a la circulación fetal, lo que producirá ciertos daños característicos en la sífilis congénita. No es que se herede la enfermedad sino que se adquiere durante el embarazo y esto significa que si la paciente es tratada durante el embarazo el feto no será afectado en absoluto.

Las enfermedades intercurrentes principales, como la diabetes, puede ser muy bien controladas y con la valiosa colaboración del Endocrinólogo, se llega al éxito. Como dije anteriormente, estos bebés deben nacer tres y media semanas antes del término.

En las enfermas con *lesiones pulmonares tuberculosas*, con la presencia de gérmenes en el esputo, se aísla al bebé de la madre al nacimiento. El bebé nace sano ya que no se contagia a través de la placenta, pero sí puede contagiarse durante la lactancia. Por esto es que se debe aislar al bebé de la madre mientras ella recibe tratamiento específico.

Se presentan casos clínicos que requieren para su tratamiento de la cirugía, tal como la apendicitis aguda, por ejemplo.

También los cálculos renales que producen cólicos severos (los cálculos pequeños, por lo general, son eliminados sin necesidad de cirugía). La cirugía durante el embarazo en algunos casos puede iniciar un trabajo de parto prematuro o aborto, pero afortunadamente su incidencia es muy baja.

Un proceso infeccioso que se presenta con frecuencia durante el embarazo, es el de las vías urinarias, pero es controlable con antibióticos. De producirse traumatismos, se tratan éstos de manera usual. Si es uno de los miembros se colocarán aparatos de yeso a fin de producir la soldadura de una fractura, por ejemplo, pero es obvio mencionar que será dificultoso para la gestante el uso de corsé. Debido a estos accidentes, como fracturas, etc., es posible que se produzca el parto, pero es muy raro que por ello muera el feto en el útero. Si la madre sufre un accidente automovilístico y no pierde la vida, es también seguro que el feto no la perderá, ya que es muy raro que se produzca la ruptura uterina ante un traumatismo.

La gonorrea que se adquiere durante el embarazo es muy fácil de ser tratada; pero, la misma deberá ser curada antes del nacimiento del bebé, ya que sólo se necesitan pocos días de tratamiento para evitar que se produzca infección en los ojos del bebé en el momento del parto.

Otra de las enfermedades intercurrentes menores es la infección vaginal a hongos, la Monilia o Candida Albicans. Esta enfermedad que es molesta pero no grave debe ser curada, si es posible, antes del nacimiento; ya que el bebé puede desarrollar una lesión en la boca durante su permanencia en el Hospital o al llegar a casa. La lesión es blanquecina y conocida como el nombre de "Nugent". Afortunadamente no es nada grave, pero si molesta ya que produce ardor en la mucosa oral donde se localiza.

Dentro de las enfermedades intercurrentes durante el tercer trimestre, tenemos la:

DIABETES: Esta es una enfermedad endocrina con una influencia hereditaria; es decir que el papá, la mamá, el tío o alguien de la familia en línea directa ha sido diabético. En el mayor número de los casos, esta enfermedad no actúa directamente sobre el bebé. Lo cierto es que una gestante diabética tiene bebés extremadamente grandes, generalmente pasan los 3,800 gramos y pueden llegar hasta a más de los cinco kilos.

A pesar que éstos son bebé muy grandes y que vienen acompañados de una placenta muy grande, deben ser tratados como prematuros y deben tener los cuidados correspondientes. Ahora bien, si

la diabetes es muy marcada, entonces se produce la muerte fetal in útero en gran número de casos, a partir de la 37ma. Semana, es decir, a tres semanas del término. Es por esto que, entre los análisis básicos, su médico solicita el dopaje de azúcar en la sangre para ver si la paciente es diabética. Si tiene antecedentes diabéticos en la familia solicitará investigaciones especiales si la cifra es límite o dudosa (se harán las pruebas llamadas Tolerancia de Glucosa). Los resultados dirán si hay tendencia o si francamente la persona es diabética. En casos positivos, las pacientes son tratadas por el Endocrinólogo, quien las orientará en cuanto a su dieta para bajar el nivel de azúcar a lo normal. Además, probablemente se inducirá el parto, o sea que el bebé tendrá que nacer de dos y media a tres semanas antes de término, para tener la seguridad de un bebé en buenas condiciones.

Desde luego, si estas pacientes no están adecuadamente cuidadas y no tienen un control constante durante el embarazo la mortalidad fetal será muy alta.

CARDIACAS: Las enfermedades cardíacas más frecuentes en las mujeres jóvenes son generalmente de dos tipos:

1. Las Cardiopatías Congénitas, o sea, defectos en la formación del corazón.
2. La Fiebre Reumática, inflamación que lesiona las válvulas del corazón así como otros órganos. Estas condiciones pueden producir diferentes grados de insuficiencia del corazón para bombear mayor cantidad de sangre en el organismo. Si una mujer aumenta de peso y, más aún, está gestando habrá una sobrecarga en la función cardíaca y desde luego esta insuficiencia se irá acentuando conforme avanza la gestación. Estos casos son conducidos conjuntamente por un Cardiólogo, quien orientará el tratamiento y dará las medicinas correspondientes para fortalecer el corazón. Ante esta situación, la Obstetricia moderna, con la cual se está trabajando hoy, y con los conocimientos de las medicaciones no es necesario que la mujer realice el esfuerzo del período expulsivo o fase final del nacimiento del bebé, o sea, “el pujo”. El esfuerzo que se necesita es mínimo porque hay medicaciones que lo realizan por ella; inclusive se aplicaba el fórceps de manera profiláctica para acortar el período expulsivo para la extracción del bebé. En

estos casos siempre estará presente el cardiólogo, quien chequeará a la paciente con las electrografías, para ver cómo está funcionando el corazón durante el trabajo de parto.

MORTALIDAD MATERNA

Gracias al adelanto moderno de la Obstetricia y al buen entrenamiento de los médicos en buenos centros hospitalarios se ha conseguido que el índice de mortalidad de la madre sea ínfimo. La muerte materna, en el mejor de los centros de los Estados Unidos, como por ejemplo, el Mount Sinaí Hospital de Nueva York, es de una por cada cuatro mil partos vaginales y una por cada dos mil casos en partos por Cesárea. En otros países, sobre todo en el Oriente, la muerte materna es muchos más elevada; sobre todo en los pueblos donde no hay facilidades hospitalarias o especialistas en la atención obstétrica. Quiero recalcar este punto en forma clara a fin de que la lectora no se identifique con ninguna situación ni se sitúe entre los casos fortuitos. Si tiene un buen médico, si va a un buen hospital, no tiene por que preocuparse de problemas. He mencionado anteriormente que cualquier persona puede atender un parto en un momento dado, sin experiencia previa; un chofer de taxi o un vecino de la casa, una azafata de avión, etc. Pueden actuar, pero el problema es después de que el bebé nace. Por ejemplo; ¿Qué pasa si se produce una hemorragia tan severa y no llega a tiempo la sangre para hacer una transfusión?. Hemorragias u otras complicaciones ocurren en un buen hospital, pero en el hospital hay sangre, equipo, personal, etc. Esto es lo que diferencia una atención domiciliaria de una atención hospitalaria. Las estadísticas bajas de muerte materna están en relación directa con las facilidades con que se cuenta para la atención del parto.

Por otro lado, el obstetra que conoce a su paciente a través de los controles pre-natales, se ha adelantado a todas las posibilidades fortuitas y ha investigado todas las complicaciones que puedan ocurrir, para estar preparado en el caso necesario. Si a pesar de la profilaxis de la medicina preventiva, de todos los cuidados, controles, análisis de laboratorio, etc.. Lo que interesa además de salvar la vida de la paciente, es dejarla en buenas condiciones, evitando que se produzcan complicaciones en el post parto, como, por ejemplo, infecciones que se conocen con el nombre de

fiebre puerperal, que era una de las primerísimas causas de la muerte materna, antes del advenimiento de los antibióticos. En nuestros hospitales la muerte materna realmente es tan baja que se compara con la de los mejores centros del mundo, en los casos que han sido conducidos adecuadamente desde la etapa pre-natal y atendidos en buenos centros que cuentan con especialista, buenos cuidados, bancos de sangre, medicinas y personal entrenado.

La muerte materna incide en la mitad de los casos en mujeres que son portadoras de otras enfermedades de fondo, que son muy serias como, por ejemplo, una insuficiencia cardiaca muy severa que puede repercutir muy seriamente durante el parto. Otra complicación muy seria es la del cáncer, en especial del seno que durante la gestación puede avanzar muy rápido y fulminar la vida de la paciente en corto plazo sino recibe tratamiento precoz.

Como factores causantes de la muerte durante el embarazo y parto, está también la *Afibrinogenemia*, nombre que se da a la dificultad que tiene la sangre para coagular, acompañada de hemorragias múltiples la que es producida de la penetración del líquido amniótico a la circulación dando por resultado cambios que alteran el mecanismo de coagulación y que acaba con la paciente rápidamente. Desgraciadamente, esta es una complicación que hasta el presente es difícil de controlar. Afortunadamente, este incidente es muy raro; sin embargo, en las formas menos severas es yugulado porque contamos con sustancias coagulantes como; Fibrinógeno que ha sido aislado para su aplicación. Las causas de estas alteraciones son debidas en primer lugar a la muerte fetal retenida por mucho tiempo; luego al desprendimiento prematuro parcial de la placenta como causa mucho más rara; pero para las cuales el médico está preparado para intervenir rápidamente y evitar desgracias.

Gracias al conocimiento que se tiene con los avances modernos de la Obstetricia, con todas las facilidades que existen en los hospitales bien equipados, la muerte materna es una situación extremadamente rara en la última década.

Muchas veces me han dicho antes del parto: *“Doctor, si se trata de mi vida o la del bebé, trate de salvar mi vida”*; o el esposo que dice; *“salve Ud. a mi mujer, no importa lo que le pase al bebé”*. Estas expresiones se escuchan con frecuencia. Pase lo que pase, en cualquier complicación,

por sería que sea, el médico tratará de salvar la vida de ambas. Actualmente, la Cesárea es una operación que se realiza con mucha seguridad y se salva la vida de la madre, del bebe o ambas en la manera que estén amenazadas. De todos modos, el médico quien en cualquier situación decide lo favorable para ambas vidas.

LAS RADIOGRAFÍAS

A manera de información en la transcripción de este libro, (1970)
El conocimiento que se tenía durante esa década ha habido una serie de controversias sobre la radiografías durante el embarazo, pensando si comprometen o no al bebé. En realidad, según estadísticas realizadas especialmente en la escuela inglesa, no se ha llegado prácticamente a ninguna conclusión en cuanto a que si este método auxiliar de diagnóstico daña al bebé de manera definitiva. No hay nada concreto al respecto. Las radiografías se tomaban únicamente cuando está indicado, es decir, cuando se sospecha que el bebé es muy grande, por ejemplo; que existe una desproporción materno fetal, para no someter a la madre a un trabajo de parto prolongado, o saber de antemano que habrá dificultad en el parto, si será algo más prolongado que lo usual, etc. Otra de las indicaciones necesarias es cuando una primeriza tiene un bebé que nace de nalgas y de regular tamaño; en estos casos es importante saber las medidas del canal porque siendo la cabeza la parte más grande del bebé, debe existir buena relación porque es de imaginarse lo que pasaría si el canal de parto permitiera salir el cuerpo del bebé y la cabeza fuera demasiado grande para pasar a través de ese canal. Otro caso en que se indica una radiografía es en embarazo gemelar. Cuando un bebé está de cabeza y el otro de nalgas, este último es el primero que nace. Se determina la posición correcta al anticipar el enganche de cabezas fetales.

En ciertas señoras que han sufrido traumatismos de la pelvis en la infancia o que tienen secuelas de poliomielitis con cierto grado de distorsión en el canal de parto, en lo que concierne a los huesos, se hace necesario conocer la forma actual de este canal para determinar las dificultades que puedan presentar para el nacimiento del bebé.

Se tomaba radiografías durante el trabajo de parto cuando se ha hecho el diagnóstico de que probablemente el bebé nacerá con cierta dificultad; pero la cabeza ha descendido hasta cierto punto y no progresa más después de un buen número de horas de trabajo activo. Esta radiografía mostrará el problema por el cual la cabeza no puede pasar por el resto del canal.

En realidad, las radiografías no son de temerse tanto porque ahora existen aparatos que son muy rápidos y películas radiográficas muy sensibles, y esto ha reducido la exposición a la radiación en un 25% comparado con lo que hace una década.

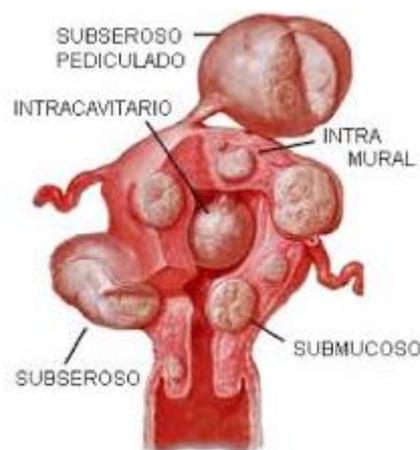
Las radiografías obstétricas tomadas antes de las dos últimas semanas de la fecha esperada de parto no son de mayor interés, porque el feto es visible del cuarto al quinto mes, ya que la calcificación de sus huesos en esta época no es lo suficiente para que sea radio-opaco. Sin embargo, durante este período es posible que por alguna enfermedad intercurrente, como cálculos renales u obstrucción de las vías urinarias, por ejemplo, sea necesario tomar ciertas radiografías. También se toman radiografías del tórax, de rutina en ciertos centros hospitalarios para descartar la tuberculosis. Los radiólogos protegen el abdomen de la gestante con un mandil de plomo. En los traumatismos por ejemplo, en fractura de una extremidad o de la cabeza; o en los odontológicos factibles de ser tomadas, se toman precauciones con dicho mandil.

En suma, pues, la exposición a los Rayos X en una mujer que está esperando bebé, el riesgo a que ello le traiga consecuencias es tan pequeño, que no es necesario preocuparse por ello. Esto significa, que si el médico estima conveniente el que se tome una radiografía no se debe temer puesto que su médico conoce todos estos riesgos y si él indica es porque se hace extremadamente necesario tomarla.

ESTOY SEGURO QUE ESTOS CONCEPTOS SOBRE RADIOGRAFIAS VAN A CAMBIAR CON EL ADVENIMIENTO DE LAS ECOGRAFIAS, Y NO EXPONDREREMOS A LAS GESTATES A LA RADIACION.

TUMORES EN GENERAL

Los tumores que están localizados en la parte baja del abdomen ya sean dependientes del útero o del ovario, que pueden alcanzar tal magnitud que inclusive pueden ser del tamaño de la cabeza de un bebé interfieren bloqueando el canal del parto. En realidad, no van a producir ningún efecto sobre la madre durante el embarazo, ya que no ocurrió antes de la gestación, pero sí van a interferir en el nacimiento del bebé como una obstrucción mecánica. Estos fibromas o quistes pueden sufrir cambios por la alteración de la circulación sanguínea y degenerar su contenido; lo que produce dolores muy severos, hasta cólicos, que a veces llevan a la paciente al hospital para ser intervenida de urgencia. Es necesario intervenir quirúrgicamente en especial si este tumor está en forma de racimo, o sea que tiene un pedículo. Si existe un quiste de ovario éste puede torcer sobre su pedículo y dificultar la circulación al tumor; entonces, por falta de oxigenación en el tejido tumoral se producen alteraciones que originan un dolor agudo. En cuanto a los fibromas, en realidad, durante el embarazo, no tienen importancia si se llega a término, pero cuando llega el momento del trabajo de parto probablemente la tenga en vista de que el útero no tendrá el poder de contractilidad o éste estará disminuido. Además, puede acarrear otro problema de seriedad en el post-parto; el útero no puede mantenerse contraído adecuadamente por la presencia de estas tumoraciones y la pérdida de sangre puede alcanzar un volumen de gran magnitud. El médico quien conoce el útero de su paciente, en todo momento se anticipará ante esta situación en cualquiera de las etapas en que pueden presentarse los problemas.



TOXEMIAS DEL EMBARAZO

7

La toxemia del embarazo es probablemente la complicación más seria en obstetricia y, en particular, de las primigestas. Es una situación obstétrica que sólo se manifiesta durante la gestación en particular en el primer embarazo y probablemente en el segundo. En los embarazos posteriores, estas complicaciones no se presentan como toxemias propiamente dichas, ya que en las multíparas las manifestaciones toxémicas son secundarias a lesiones renales hipertensivas. Esta condición reúne en el organismo ciertas sustancias tóxicas en la sangre circulante que altera una serie de mecanismos en la vida de la gestante. La característica de la toxemia es que predomina en el último trimestre.

Entre los síntomas principales de este proceso, que lo distinguen a simple vista, está la gran hinchazón o edema que ocurre en los miembros inferiores, las manos, la cara, los párpados, los labios (lo que da a la gestante una cara de luna) y los ojos prácticamente cubiertos por estos párpados edematosos. Esto no ocurre de manera brusca, es lenta y conforme progresa se producen otros síntomas como: mareos, trastornos de la visión, visión de mosquitos volantes y dolor de cabeza, que no son otra cosa que la consecuencia de la presión arterial elevada. Paralelamente, el análisis de laboratorio informa la presencia del albúmina en la orina que se eleva paulatinamente; o sea que la hinchazón, la presión arterial elevada y la albúmina en la orina dan el diagnóstico de toxemia. Existe una serie de variedades de toxemias, desde las más leves hasta las más severas. Quisiera aclarar que hay pacientes que pueden tener dolor de cabeza por otra razón que no es toxemia. Igualmente, pueden hincharse los miembros inferiores por causa mecánica, esto no quiere decir tampoco que sea toxemia. La presencia de albúmina elevada debe poner en guardia, ya que indica probablemente el camino a la toxemia. En la práctica privada o en centros hospitalarios donde la paciente es controlada durante el embarazo y a los cuales asiste regularmente, la incidencia de esta complicación es prácticamente nula o muy rara, porque apenas se produce cualquiera de los signos tales como aumento brusco de peso o hinchazón, presión subida o aparece albúmina en orina los médicos que controlan a esta paciente le darán las medicaciones correspondientes y, asimismo, todas las recomendaciones higiénico-dietéticas para evitar que siga en camino esta seria

complicación. Es por eso que las consultas pre-natales tienen gran importancia, ya que estas complicaciones ocurren en mujeres que nunca han tenido un control pre-natal. Además, esta paciente ha sido instruida de consultar cualquier aumento brusco de peso, hinchazón de los miembros de maneja brusca o progresiva, sensación de dolor de cabeza o cualquiera de los síntomas que se han descrito, para ser evaluados antes de que sigan adelante. Si esta complicación no es controlada y sus síntomas se van acentuando cada vez más dejará lesiones renales en la madre y la posibilidad de la pérdida de la vida del feto. Si además de los síntomas arriba mencionados (aumento de peso, hinchazón, aumento de la presión arterial elevada, albúmina en la orina, dolor de cabeza, mareo, visión de mosquitos volantes, situación denominada de pre-eclampsia), se presentan convulsiones, con pérdida del conocimiento, (convulsiones de tipo epiléptico que hemos tenido la oportunidad de ver, en las reuniones), el cuadro se conoce como Eclampsia. Estas convulsiones se pueden repetir frecuentemente comprometiendo la vida fetal en un porcentaje muy elevado y producen lesiones maternas que pueden ser irreversibles en muchos casos. Esta situación es extremadamente rara hoy en día en las gestantes que reciban controles pre-natales. Estas convulsiones llevan a la pérdida total del conocimiento de la paciente, y algunas veces a su muerte.

¿Cuáles son las razones para que ocurran estas complicaciones?. Realmente no sabemos el mecanismo exacto. Como ya se mencionó, sin embargo, sabemos cuándo pueden ocurrir y que hay ciertas mujeres que tienen tendencia a estas complicaciones: generalmente, aquellas que han tenido alguna alteración renal, con hipertensión. También ocurre con mucha frecuencia en los embarazos gemelares. Los exámenes de laboratorio van a revelar que esta paciente está perdiendo mucha albúmina en la orina y ciertos elementos que aparecen también en la orina. Hay aumento en ciertas sustancias tóxicas del metabolismo, tales como la creatinina o la Urea. Se retienen muchas sales, en particular, el sodio; por eso es que se restringe la sal a estas pacientes que tienen tendencia a los edemas. Muchas toman tabletas antiácidas del tipo bicarbonato de soda, Alka – Seltzer, o aquellas que contienen mucha sal (mucho sodio) lo que hace que se retenga el agua.

Cuando esta situación ocurre, la paciente es hospitalizada aunque sólo presente toxemias moderadas. Una vez hospitalizada es sometida a una dieta muy baja de sal, se le da medicamentos para bajar la tensión

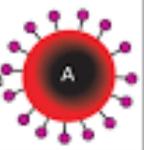
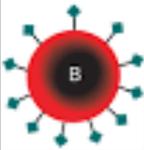
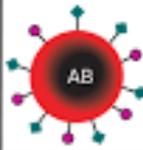
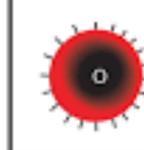
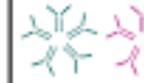
arterial elevada, asimismo, diuréticos para eliminar el líquido retenido. Debe estar en reposo, se le pesa y se le hacen exámenes de orina diariamente así como algunas pruebas de sangre para determinar si estas sustancias tóxicas están regresando a lo normal. Cuando la toxemia es muy severa o cuando hay eclampsia, la cura se realiza con la inducción del parto porque una vez salida la placenta los síntomas desaparecen en corto plazo. En algunos casos en que es difícil inducir el parto y las complicaciones son muy acentuadas, el parto puede ser terminado por operación cesárea. Pero el éxito de cura de la toxemia es que no ocurra, y para evitar esto se debe recurrir a la profilaxis con los controles. Como ustedes habrán podido entender, lo más importante son los controles prenatales en que se hace la profilaxis de las toxemias. En estos controles el médico reconocerá de inmediato cualquier síntoma en su inicio. Y naturalmente lo más importante es seguir las instrucciones del médico y cumplir las mismas para que no ocurra esta complicación.

LOS PROBLEMAS DE MADRES CON Rh NEGATIVO

8

Los grupos sanguíneos humanos pueden ser A, B, AB, y O; cada uno de estos tipos sanguíneos tiene un factor que se denomina con el nombre de Rh.

FACTOR Rh.

	Grupo A	Grupo B	Grupo AB	Grupo O
Sangre roja célula				
Anticuerpos	 Anti-B	 Anti-A	Ningunos	 Anti-A y Anti-B
Antígenos	A antígeno	B antígeno	A y B antígeno	No antígenos

El Rh son las dos primeras letras del Rhesus (Macaco Rhesus – Especie simia: mono) o sea el Factor Rhesus es el nombre de una especie de simios en la cual se descubrió estos factores sanguíneos. Una mujer que es Rh negativa indica que ella está carente de esta sustancia y por eso es Negativa. El Rh positivo indica que el factor está presente en su sangre. Supongamos que una mujer Rh Negativa gesta por primera vez y el esposo es Rh positivo, el bebé hereda el tipo de sangre del padre; Rh positivo. Durante la gestación en los lagos sanguíneos que habíamos mencionado, cuando se establece la placenta, puede haber pasaje de pequeñísimas cantidades de los glóbulos o de sangre del bebé Rh positivo a la circulación

sanguínea de la madre Rh negativa. Como éste es un elemento nuevo para la sangre materna, actuará como una sustancia extraña, estimulará ciertos sistemas para producir sustancias anti Rh positivo como si fuera una vacuna. Estas sustancias producidas pueden ser medidas en el laboratorio y conforme incrementan pueden ser medidas cuantitativamente; cuando mayor es el pasaje de sangre se producirán más estas sustancias “destructoras”, anti – Rh positivo las cuales ingresan a la circulación fetal y producirán la destrucción de la sangre del embrión, por consiguiente una anemia. Aclaremos para comprender esta situación: no es que la madre quiera destruir la sangre fetal, sino que es la respuesta del sistema de defensa que posee el organismo. Así si a una persona que nunca ha tenido tifoidea se le aplica una sustancia para protegerla de esta enfermedad; es decir, se le inmuniza con una sustancia que viene a ser la vacuna contra la tifoidea, o sea que es un elemento nuevo en el organismo del individuo; este individuo producirá sustancias anti-vacuna que son anticuerpos que irán a neutralizar esta vacuna o destruirá la misma. Entonces estimulará al organismo de tal manera que este cuerpo aprende a defenderse en el momento que se contamine con tifoidea y con las sustancias anti-tíficas y el organismo no se enfermará o si esto ocurre la enfermedad será muy leve. Esto mismo ocurre en los Rh negativos quienes han producido sustancias anti- Rh positivo. A partir de los primeros meses del embarazo en las mujeres Rh negativo que han tenido embarazo previo, ya que en la primera gestación no ocurre ningún problema, pero lo habrá en la segunda, tercera y así sucesivamente. Por lo general sucede esto si hubo un aborto previo o si se recibió transfusión de sangre Rh positivo. En estos casos contamos con una prueba de laboratorio específico para determinar la existencia de estos anti-cuerpos, llamadas prueba Coombs, la que nos dirá si existen estas sustancias anti-Rh positivo. Estas determinaciones se realizarán cada cuatro a seis semanas para conocer el aumento de estas sustancias. La ausencia de estos anticuerpos significará que hay dos posibilidades:

- a) que el bebé tiene el mismo factor sanguíneo de la madre; es decir, Rh negativo y no habrá ningún problema.
- b) Que el padre es Homologote, es decir, que no va a dominar sobre el Rh Negativo.

Esta es una buena situación porque probablemente en ningún embarazo habrá problemas. Pero si existe sensibilización las pruebas de laboratorio indicarán la presencia de anticuerpos y en ciertos casos el

aumento se produce de manera vertiginosa; entonces hay que prepararse para resolver el problema. En casos muy serios se está experimentando el recambio sanguíneo del feto dentro del útero materno. Lo que se hace hoy con mucho éxito es transfusiones periódicas intrauterinas al abdomen del feto y luego inducir al parto más o menos tres semanas antes del término. El dosaje de anticuerpos directamente de la sangre del bebé nos indicará si hay destrucción de su sangre; entonces se harán uno, dos o tres recambios sanguíneos de acuerdo a los informes del laboratorio y al estado del bebé.

Afortunadamente, los grupos Rh negativo en nuestro medio son muy bajos, no llegan ni al 9%; y dentro de este porcentaje son muy pocas las que requieren recambio sanguíneo. En el grupo racial sajónico o nórdico, el grupo Rh negativo está alrededor del 15%. En ellas, la sensibilización es más frecuente. Hay mayores posibilidades de recambio sanguíneo y la mortalidad y la morbilidad fetal es más alta. Si el esposo es Rh negativo no habrá ningún problema en ningún embarazo.



Transfusión intrauterina

No hay manera realmente de prevenir esta incompatibilidad sanguínea entre ambos cónyuges, simplemente es una situación que se debe esperar. Una mujer no le va a preguntar al novio antes del matrimonio qué grupo de sangre tiene, ya que esto está fuera del alcance sentimental. ¿Qué es lo que pasa entonces al bebé si no se le controla de manera adecuada?. Si no se hace el recambio inmediato de sangre en un caso de sensibilización ocurre lo que se llama la eritoblastosis fetal, como

consecuencia de una anemia aguda. El niño se pone amarillo en pocas horas por la destrucción de los glóbulos rojos de la sangre y el aumento de una sustancia amarilla como resultado del metabolismo de la hemoglobina que es la bilirrubina. Los anticuerpos producidos continúan destruyendo los glóbulos rojos y si no se hace el recambio sanguíneo el niño muere por anemia. Si es lenta la destrucción producirá una lesión cerebral por falta de oxigenación al tejido nervioso, por la gran anemia; y se produce lo que se conoce con el nombre de Kernicteros que desgraciadamente es una lesión irreversible en el bebé y es por eso que debe prevenirse con una atención adecuada y rápida. Hay mujeres Rh Negativas, como dije, casadas con Rh positivo y que han tenido una docena de niños y no sucedió ningún problema de sensibilización porque su esposo es un homocigote y no es dominante su tipo sanguíneo. En las últimas décadas se ha descubierto otro nuevo proceso de sensibilización que ya no tiene que ver en absoluto con el factor Rh sino con incompatibilidades entre los grupos sanguíneos propiamente dichos, es decir, por ejemplo, la madre es del grupo A ó B y el padre es O ó viceversa, un mecanismo inmunológico llamado incompatibilidad ABO. El proceso de destrucción de la sangre fetal es el mismo que el del Rh negativo y nada tiene que ver con este factor. El efecto sobre el niño es tan serio como el anterior y muchas veces se debe hacer el recambio sanguíneo. Afortunadamente esta situación no es tan frecuente. El tratamiento y cuidado es idéntico al problema anterior, con los mismos riesgos y complicaciones de no darse la atención inmediata.

Los problemas de sensibilización están siendo superados por los investigadores en este campo. Así, hoy contamos con una sustancia llamada Rhogam, que inyectada dentro de los 3 primeros días de nacido un niño primogénito Rh positivo de una madre Rh negativa, previene que en el segundo embarazo se sensibilice con el nuevo bebé. Si el segundo hijo es también Rh positivo esta misma madre recibirá nuevamente otra inyección en las mismas condiciones, evitará problemas en el tercer embarazo, y así sucesivamente.

Es posible que en un futuro muy cercano, los problemas de este tipo sean perfectamente controlados.

LAS PREGUNTAS DE SIEMPRE

9



Personalmente acostumbro recomendar a mis pacientes que cuando vengan al control pre-natal me informen todo lo sucedido en el lapso de la consulta anterior hasta la presente y formulen todas las preguntas. Es una buena idea ir anotando en una libretita lo que ocurre para que al llegar al consultorio le digan todo al médico. He aquí algunas respuestas y explicaciones a tales preguntas:

ALIMENTACION



En el embarazo no se debe comer por dos, pero si se debe alimentar con elementos necesarios e indispensables. Sabemos también que no es cierta la historia de los “antojos”. Lo mejor es seguir con la dieta balanceada a la que la paciente ha estado acostumbrada toda la vida; es decir, proteínas en cualquier forma de carnes, aves, puerco, pescado, mariscos, huevos, leche, toda clase de frutas pero en cantidad moderada, los hidratos de carbono, es decir, pasteles, papas, tortas, pastas, menestras, etc. No son componentes importantes en la dieta de la gestante, más bien son elementos que aumentan el peso en grasa, que no es deseada. Pueden tomar los alimentos preparados en todas las formas y

gustos; pues recuerden que no hay ningún alimento, absolutamente ningún alimento, al que la paciente haya estado acostumbrada a comer durante su vida que le haga daño al bebé en espera.

BEBIDAS

Tenemos las bebidas alcohólicas y las no alcohólicas. Las bebidas alcohólicas se pueden tomar si la gestante está acostumbrada a ello; como, por ejemplo, un vaso de vino con el almuerzo o la comida. Si se acostumbra tomar cocktail también está bien el hacerlo y si ocasionalmente se tiene reuniones se puede tomar también una, dos o tres copas, lo que no afectará en absoluto a nadie. Esto no quiere decir que se deba tomar mucho, ya que el alcohol produce calorías que no son utilizables. Si se está comiendo lo que generalmente se come más el alcohol, éste suma calorías que aumentan el peso. Además, con el alcohol por lo general se comen canapés y maní lo que tienen mucha sal y da más calorías extras. La cerveza y el vino, también pueden ser tomados normalmente. Se supone que la paciente no se convertirá en una alcohólica en este momento, pero debe saberse que todo lo que se come o bebe de manera moderada no hace daño. En cuanto a las bebidas no alcohólicas, como las gaseosas y otras, se recomienda tomarlas lo mismo que cualquier refresco con sacarina. Esto va dirigido especialmente a aquellas pacientes que gustan de tomar mucha bebida gaseosas y que tienen tendencia a subir de peso. Hoy en el mercado existen bebidas de varios sabores y que no dan calorías porque no contienen azúcar. En otras palabras, cuanto más se ahorre en calorías mejor será la salud de la gestante, refiriéndome a las calorías inútiles proporcionadas por los hidratos de carbono ingeridos en exceso.

HABITOS

El té, el café y los cigarrillos. Pueden tomarse té o café si la paciente está acostumbrada a ello.

Hasta ahora no hay nada adverso el embarazo por la ingestión excesiva del té o del café, como bebidas estimulantes; lo que sí es

importante mencionar es que si se toman varias tazas de té o café durante el día la paciente debe acostumbrarse a tomar las mismas con poca azúcar o endulzar con sacarina. En cuanto al tabaco, investigadores ingleses reportan que gestantes que fuman en exceso los hijos son más pequeños comparados con aquellos de mujeres que no fuman. Además, tienen tendencia a partos prematuros. En realidad, no hay pruebas definitivas al respecto, pero es una buena advertencia. Desde luego incluye a las gestantes las reservas y advertencias que se dan a todos los fumadores, referentes a la toxicidad y al probable poder cancerígeno del tabaco.

HIGIENE CORPORAL



Durante el embarazo se pregunta, ¿me puedo bañar en la tina?, no es recomendable hacerlo no por el agua que pueda entrar por la vagina, ya que esto no ocurre, por eso se permiten los baños de mar o piscina. Los baños en aquellas pacientes que están acostumbradas a hacerlo en agua muy caliente, estimulan la irritabilidad uterina y producen contracciones y si la mujer tiene tendencia a partos prematuros o abortos, es fácil comprender por qué se tiene reserva. Lo que es recomendable son los baños de regadera o ducha, cuantas veces se desee. Puede lavarse la cabeza cuantas veces sea necesario; se puede ir a la peluquería, así como estar en el secador, sin ningún problema.

Las duchas vaginales: algunas pacientes las han realizado y no ha pasado nada, pero esto no es una generalidad ya que también pueden ser un estímulo de calor capaces de producir ciertos estímulos en el cervix susceptible de dilatarse o sangrar. De existir algún problema vaginal, se utilizan otros métodos de tratamiento. Si un embarazo es normal nada ha de suceder, pero no debe irse a los excesos. En realidad se puede hacer de todo de manera habitual, pero no descontrolada, ya que esto puede traer problemas a la gestante que presenta una amenaza de aborto, o tiene antecedentes de aborto a repetición, estando contraindicado el

exceso de ejercicios. Las pacientes que han tenido partos prematuros deben ser cautelosos en las tareas diarias, no excederse y tratar de estar en reposo mayor tiempo. Para una primeriza, que no sabemos como se comportará, lo único que se recomienda es que sea moderada en los ejercicios cotidianos.

El trabajo doméstico; desde luego que se puede realizar la limpieza, cocinar, preparar tortas, hacer ciertas labores, pero no deberá pensarse en mover los muebles o los roperos de un sitio a otro, ni cargar grandes pesos, pero sí, por ejemplo, la gestante puede utilizar una lustradora eléctrica fácilmente, puede barrer, hacer pequeños ejercicios que no sean prolongados y sentarse cuando tenga que hacer un trabajo manual. Si la gestante trabaja en una oficina no hay ningún problema. Si tiene algún trabajo que demanda cierta fuerza física van las mismas recomendaciones; no debe levantar ni movilizar objetos pesados o hacer mucho esfuerzo. Sin embargo, hay muchas mujeres que se las dan de muy valientes y trabajan hasta el día que se inicia el trabajo de parto; pero esto no es regla general porque tarde o temprano alguna de ellas tendrá problemas.

Ejercicios; se ha escogido y son permitidos ciertos ejercicios prenatales que pueden ser dirigidos por personas especializadas o el médico. Estos ejercicios pueden hacerse simultáneamente con los quehaceres del hogar. Estos ejercicios pueden ser, por ejemplo, al agacharse para recoger algo o en la cama antes de levantarse. En un aparte se tratará de los ejercicios pre-natales. Los deportes severos como jugar tenis no están recomendados. La natación sí es posible, pero no hay que tirarse de un trampolín ni corre olas. La equitación no está permitida como tampoco los ejercicios que demandan gran esfuerzo. Esta recomendación va con mayor énfasis a las gestantes que son atletas o practican algún deporte. No deberá correr ningún riesgo, es preferible ser cautelosa para no estar lamentando problemas después.

LOS VIAJES

Las gestantes pueden viajar en cualquier momento. Las compañías de aviación no permiten el viaje por avión salvo que se tenga un certificado médico en el cual se les autorice viajar.

Desde luego las pacientes pueden viajar en cualquier momento, inclusive en el octavo mes. Desde luego que pueden ocurrir partos durante el viaje, como lo hemos leído tantas veces en los diarios, y fueron partos sin problemas, además, los viajes son de corta duración. Naturalmente que no se planeará un viaje en los días cercanos al parto. Se hará mucho antes, pero es conveniente por ello recomendar hacerlo durante los primeros meses o en el segundo trimestre. Después de esta época es un poco riesgoso hacerlo. Los viajes por carretera pueden hacerse sin ningún problema (en carreteras de buena calidad) pero con mucho cuidado. Cuando las carreteras no son asfaltadas es preferible en este caso no viajar. Los viajes por mar se pueden realizar siempre con las mismas recomendaciones. En realidad no habrá un problema serio si algo sucede, ya que los barcos tienen su médico quien puede atender cualquier situación de emergencia.

LA ROPA DE LA GESTANTE

El abdomen no aumenta de tamaño hasta los cinco meses y medio; por lo tanto, puede usarse ropa de siempre, inclusive con faldas amplias y no se notará el abdomen distendido por el embarazo cuando sólo se haya subido los kilos necesarios que se han recomendado. Desde luego, la ropa de maternidad que se use antes del tercer mes no se usa como ropa de embarazada sino para encubrir el exceso de gordura que la paciente ha ganado. A partir del quinto mes se puede usar ropa de acuerdo a la estación en que se vive: de verano, de invierno, siempre un poco holgada y modelos que sean a gusto de la futura madre, de acuerdo al estilo que tiene de vestir. La ropa interior, por ejemplo los sostenes, deben ser número más grande, en vista de que los senos aumentan de tamaño, pero no deben estar comprimidos porque esto produce incomodidad y además dificultad respiratoria, ya que esta dificultad se ha incrementado por el mismo embarazo. Recomiendo el uso de calzón-faja o una fajita tubular del tipo más corriente, para que el jebe de la faja con el tiempo se haga más suelto o más blando y vaya paralelamente estirándose conforme avanza el volumen del abdomen. Existen también unas fajas especiales de maternidad que son de soporte cuando el útero está proyectado hacia delante y abajo. Esta faja mantendrá la matriz suspendida hacia arriba y ello evitará que los ligamentos que soportan el útero se templen con mucha libertad con los ejercicios cotidianos, y evitará de esta manera los dolores y molestias en los lados del bajo vientre. En cuanto al fuste, se puede usar el tipo de enagua también amplio. Existen enaguas como las

faldas que se llaman de tipo “canguro” o sea que tienen una abertura especial para dejar libre el vientre y no esté comprimido o rozando, lo que muchas veces molesta. Se pueden usar también pantalones con abertura hacia delante, de igual característica. No es recomendable usar zapatos de taco alto durante todo el día; está bien sólo si hay algún compromiso para el que se requieren un traje elegante y tacos altos. Esto en vista de que el eje de gravedad del cuerpo se ha movilizado; el eje comienza en el centro de la cabeza y termina entre los arcos de los pies. En el embarazo este eje termina detrás de los talones y la altura por la posición de los zapatos de taco alto hace que las articulaciones que normalmente no se mueven, se movilicen (al nivel de la cadera) y la paciente manifieste disconfort o dolor. Se recomienda usar zapato de taco llamado tipo cubano de base ancha para mayor seguridad en el paso. Zapatos de taco chato no son de preferencia, pueden usarse dentro de la casa pero no sirven para caminatas largas.

VACUNAS

Generalmente los viajes al extranjero requieren vacunación especial. Si se va a realizar un viaje de un país a otro, la paciente puede recibir la vacuna contra la viruela sin ningún problema, si es extremadamente necesario igualmente durante épocas de epidemia. La vacunación contra el polio está indicada en las mujeres que no han sido previamente vacunadas y ésta debe realizarse durante el embarazo. La vacunación contra la polio generalmente se hace con una o dos puestas en un lapso de siete meses. De ser necesarias otras vacunas, tales como las del tipo tifoidea u otras cuando la gestante se va dirigir a regiones endémicas o en épocas de epidemias no hay ninguna contra – indicación al respecto. Si la paciente no recuerda haber tenido una enfermedad y se encuentra expuesta a un ambiente donde existen infecciones causadas por virus, se recomienda la administración de gamma globulina para que la enfermedad, si es que es transmitida a la gestante, sea moderada o pueda ser rechazada. En general, las vacunas pueden aplicarse sin temor, de preferencia después del tercer mes de embarazo; en tiempo de epidemia o en cualquier otro momento.

BARRIGA BAJA

Hay términos que las pacientes generalmente dicen: “estoy cargando muy bajo del bebe”, “el útero lo tengo muy bajo”. Tal como manifestara antes, no es que el útero esté bajo, sino que está proyectado hacia delante o está pendiendo hacia delante, lo cual hace que el fondo uterino no llegue a la altura correspondiente y se encuentre proyectado hacia delante y abajo. Muchas señoras abuelitas o comadres dicen que éste es un signo de que el sexo en este caso será masculino. Esto no es cierto, realmente es debido a una distorsión anatómica que está sufriendo el útero generalmente en las mujeres que han tenido varios bebés. Es posible que ocurra en las primerizas, pero no es muy frecuente. Para ello es conveniente usar un soporte, tipo faja tubular, o faja de maternidad para elevar tal abdomen caído y para mayor confort de la gestante.

MOLESTIAS URNIARIAS

Cuando la paciente llega al término de embarazo y la cabeza del bebé ha descendido por el estrecho superior del canal de parto, ésta comprime la vejiga y entonces la paciente tiene la sensación de vejiga llena y constantemente debe ir a orinar. Esta también es una molestia transitoria debida a la compresión mecánica sobre el depósito de orina. No tiene mayor significado patológico y ha de pasar después del parto. Pero, si esta molestia de orinar es frecuente y va acompañada de dolor y ardor, entonces tiene otro significado que traduce una infección a las vías urinarias por lo que se deberá consultar de inmediato a fin de que se reciba el tratamiento adecuado; porque las infecciones de las vías urinarias durante la gestación se presentan con relativa frecuencia y deben ser tratadas para evitar que se vuelvan crónicas.

GEMELOS

10

La futura madre pregunta: “¿es posible que tenga gemelos en vista de que tengo una barriga tan grande?”. La posibilidad de gemelos es de dos por cada 300 embarazos. Pueden ocurrir embarazos triples que son mucho más raros, cuya incidencia es el cubo de embarazos gemelares y éstos al cubo, cuádruples; y éstos al cubo, quíntuples. En cifras, aproximadamente de cada sesenta millones de partos habrá uno de quíntuples. El diagnóstico de embarazo múltiple se hace de la siguiente manera. Se comienza a sospechar en el cuarto o quinto mes, cuando el útero tiene un tamaño algo mayor de lo que corresponde para la fecha de embarazo. La duda se establece por el gran volumen del abdomen; conforme éste va creciendo es posible examinar a través del mismo la presencia de dos cabezas fetales y los latidos del corazón fetal son oíbles de dos focos, diferentes en cuanto a lugar y a frecuencia cardiaca.

Con los adelantos e imágenes con la ecografía se puede diagnosticar la posición de estos fetos. Cuando ocurren los embarazos múltiples sobre todo gemelares, que es lo más frecuente, se le comunica a la futura mamá para que esté preparada. Muchas veces llega a ser una sorpresa a pesar de todos los cuidados y diagnósticos clínicos pre-natales que se hacen. Una vez hecho el diagnóstico de embarazo múltiple la gestante se encuentra en la posibilidad de tener complicaciones toxémicas con mayor frecuencia.



Desde la primera consulta se investigará los antecedentes familiares: si es que ha habido gemelos, tanto por el lado de la madre como del padre. Las posibilidades de gemelos son mucho mayores en el grupo cuyos familiares tuvieron partos gemelares. Los gemelos pueden ser de dos tipos: idénticos; es decir, del mismo sexo y serán idénticos en el

color de ojos, en la forma de la cara, la talla, etc. Esto es debido a que ambos parten de un solo huevo fertilizado. En cambio, los gemelos fraternos, así llamados porque son hermanos que han sido de diferente huevo, no son idénticos y generalmente son de sexo diferente, o si son del mismo sexo tendrán una serie de diferencias en cuanto a la cara, los cabellos, color de los ojos, etc.

¿Se puede conocer si van a ser fraternos o idénticos en el momento del parto?. Sí, es posible, examinando las membranas que envolvían a los bebés. Si han estado separadas simplemente por una membrana vitelina de dos hojas son éstos del mismo huevo y serán idénticos, pero si hay cuatro membranas son de diferentes huevos o sea que son fraternos.

SEXO DEL BEBE

Una de las preguntas más frecuentes al final del embarazo es: “¿Doctor, podría usted decirme de que sexo es el bebé?. Esta es una pregunta que tiene una respuesta difícil de contestar en vista de que el 52% de los partos son hombres y el 48% mujeres, así que la posibilidad de acertar es 52 contra 48. Hay muchos métodos populares por los cuales se determina el sexo de antemano; por una serie de historias respecto a las fases de la luna, a la forma de la barriga, etc. En fin, una serie de razonamientos populares sin base científica y que cuando se acierta es por pura coincidencia. Médicamente esto tampoco es muy sencillo. Se dice que los fetos que tienen latidos cardíacos con frecuencia menor de 120 por minuto, generalmente son hombres y en los fetos que la tienen por encima de 140 son mujeres. Entonces yo pregunto: ¿en qué posición están aquellos que tienen de 120 a 140 latidos?. Yo, basándome en este método he fracasado cuatro veces con mis propias hijas, ya que ellas llegaban a tener una frecuencia cardíaca de 120 al minuto y tengo cuatro bellas niñas.



Existe un método que tiene un 98% de certeza y se determina haciendo una punción en la cavidad uterina, extrayendo un poco de líquido amniótico para estudiar las células que se descaman del feto, para determinar el cromosoma sexual cuya presencia indica el sexo masculino. Es por este método que se puede acertar el sexo antes del nacimiento. Este método no se realiza de rutina y no tiene mayor importancia y más bien puede acarrear cierto riesgo innecesario hacer la punción en la cavidad amniótica. El interés de este método es puramente científico pero no práctico. Yo me pregunto: ¿qué haríamos si el sexo determinado por este método no satisface a los futuros padres y no se puede hacer ningún cambio? Lo que sí es importante es que nazca un bebé; no importa sea este hombre o mujer, sino que sea normal y sano.

¿CUANDO DARE A LUZ Y COMO COMIENZA EL PARTO?

11

¿Cuándo termina el embarazo?. Generalmente, el bebé nace después de 280 días de gestación, y se considera un bebé maduro y a término. La paciente debe iniciar su trabajo de parto en la siguiente forma: en primer lugar, los dos o tres días previos al nacimiento comienza a sentir ciertas molestias en el bajo vientre y en la parte baja de la cadera, con dolores que son muy discretos y de poca duración y simultáneamente el abdomen se le pone muy duro y tenso. Es posible que durante estos días, la paciente tenga una pérdida por vía vaginal de moco sanguinolento, lo que es un aviso de que el cuello se está incorporando o sea que se está reduciendo de longitud. Esta incorporación cervical demora aproximadamente de 24 a 48 horas. Las contracciones son irregulares en su aparición; es decir, que puede haber una que se repita a la hora y luego a los diez minutos, después a la media hora, luego a los dos minutos. Estas contracciones se vuelven regulares y se hacen cada 30 minutos y luego cada 20 minutos, después cada 15 minutos y regularmente aumenta la frecuencia a 7 ó 10 minutos y luego se vuelven cada 5 minutos. Cuando esto sucede en una primeriza por dos horas consecutivas a una frecuencia de cada cinco minutos la paciente debe dirigirse al hospital donde va a ser atendida. A la que espera el segundo o tercer bebé, se le recomienda ir cuando las contracciones se hacen a una frecuencia de 10 minutos. El dolor de estas contracciones no es muy severo; es soportable y no debe perderse la cabeza ni temer en absoluto.

Si la gestante va al Hospital cuando tiene las primeras contracciones irregulares, el médico le dirá que aún no está seguro de que se está iniciando el parto y se le pondrá en observación. Si se hospitaliza en estas condiciones, la espera hará pensar que el parto es muy prolongado. Cuando comienza las tensiones en la futura madre, el esposo y la familia se impacientan por lo que debe estar “sufriendo” la pobre mujer por el “trabajo de parto tan largo”; lo cual no es así, porque no hay dilatación. El trabajo de parto es franco cuando hay contracciones regulares con dilatación progresiva después de que el cuello se ha adelgazado (incorporación). Otra forma de iniciar el parto es el trabajo silencioso que

generalmente ocurre cuando la gestante está durmiendo con un sueño muy profundo y tiene contracciones que no son muy intensas. La paciente puede llegar a tener así una dilatación de dos o tres centímetros y si las membranas están protuídas, estas pueden romperse y cuando esto sucede sale el líquido amniótico; ruptura de las fuentes o bolsas de agua. Cuando esto ocurre, la paciente con dolor o sin él debe ir al hospital inmediatamente, pues es una situación que debe estar bajo observación inmediata. Otra de las formas en que se inicia el parto de manera silenciosa es la pérdida de sangre, no en forma de moco sanguinolento sino sangre como si ocurriera la menstruación, aun sangre viva y en regular cantidad y que coagula, condición en que de inmediato la paciente debe ir al hospital para ser atendida. Afortunadamente, esta condición no es tan frecuente, pero si ocurre es realmente una emergencia y traduce un probable inicio de trabajo de parto con una placenta baja. También hay otras situaciones con este sangrado como en el desprendimiento prematuro de la placenta, de que ya hemos hablado anteriormente, pero esta situación va acompañada de contracciones dolorosas y frecuentes en el abdomen, que corresponden a una zona del útero donde la placenta probablemente se ha desprendido.

¿ QUE HAGO CON MI ESPOSO?

Generalmente, el esposo viene con la señora salvo que se encuentre de viaje. El también ha sido instruido en igual forma en una de las visitas que hiciera al consultorio del médico, donde se le recomendó que debería tener calma para la llegada del primer bebé; no entrar en pánico ante los primeros dolores ya que no significan que el bebé ha de salir en un instante. Esto no ocurre y si así fuese sería realmente afortunado para una mujer dar a luz tan rápidamente. El esposo acompañará al Hospital, conducirá el auto con toda tranquilidad y paciencia. Al llegar llevará a la esposa a la estación de enfermeras quienes la controlarán y comunicarán al médico su llegada, mientras tanto él ira a la Administración hacer el registro. Una vez que han examinado a su esposa, el médico le informará el tiempo probable que tomará el parto, ya sea corto o largo. El esposo no debe desesperarse como se ven en las tiras cómicas de los periódicos, ya que la desesperación solo le conduce a tejer una malla de nervios. Si el parto está en su etapa inicial y atiene aún para un tiempo largo, el esposo puede ir a trabajar si es hora de trabajo o descansar, si es en la noche. Si la paciente quiere un parto natural sin medicación sedante para el dolor,

el esposo podría acompañarla en la sala de trabajo de parto, conversar con ella, jugar naipes, hacer palabras cruzadas, por ejemplo. Si la paciente solicita medicación para el dolor, el médico hará que esta se duerma, entonces no es conveniente que el esposo permanezca con la señora, ya que no a de ayudar en nada, tampoco deberá estar alrededor del médico llamándolo a cada momento, porque este sabe lo que está haciendo, y porque ello simplemente traduce la inestabilidad emocional del esposo y conduce a producir incomodidad al médico.

A veces los esposos solicitan estar presentes durante el parto. Yo siempre estoy de acuerdo y los invito a presenciar el parto después de conocer sus reacciones emotivas, con el fin de no tener problemas con ellos en sala de parto. Para el caso se les instruye exactamente de lo que sucederá, a fin de que los padres estén preparado a ver el nacimiento de su bebe. Esto lo permito en el caso que la esposa colabore con el médico durante el parto.

¿ QUE HAGO CON MI MAMA, QUE HAGO CON MI SUEGRA?

Desde luego que si el esposo no está presente en la ciudad, una de ellas puede acompañarla. No es conveniente que ambas asistan porque siempre existe mucha tensión emocional que produce molestias al obstetra. A veces ambas acosan al médico con una serie de preguntas al médico que no son fáciles de contestar. En caso de que la paciente esté sedada, la misma recomendación, deben esperar en la sala de espera. Ambas damas deben comprender la situación, ya que ellas también han sido madres y saben lo que es un parto; deben colaborar con el médico. Desgraciadamente, hay ciertas personas que en lugar de facilitar la labor del médico la dificultan.

ALGO SOBRE NUESTRAS CLINICAS Y HOSPITALES

12

En páginas anteriores he mencionado que en nuestro medio existen Clínicas y Hospitales generales, donde se reciben pacientes para atención médica o quirúrgica, además de la obstétrica. En la capital sólo contamos con un Hospital Central de Maternidad, donde solamente se reciben pacientes obstétricas. Existen otros que atienden a pacientes obstétricas, ginecológicas y pediátricas. Las clínicas privadas tienen las mismas características. Desafortunadamente, estas clínicas privadas cuentan con un número limitado de camas, en cambio la Maternidad cuenta con alrededor de 500 camas para la atención de aproximadamente de 100 partos diarios, tanto para las paciente gratuitas como de paga. Los hospitales exclusivamente centrados para obstetricias tienen su pro y sus contras. Si bien es cierto que son altamente especializados en la atención exclusiva del parto, también lo es en el caso de ciertas emergencias o problemas de otra índole, se encuentran muy limitados. Es por eso que hoy el Ministerio de Salud Pública está reorganizando la distribución para la atención general. Han trazado un programa para descentralizar esta atención, es decir que los hospitales generales cuenten con todos los servicios de medicina, cirugía, obstetricia y pediatría.

De manera general, daremos una versión, como ejemplo, para que cuando una gestante esté en trabajo de parto sepa lo que debe hacer. Una vez que inicie el trabajo de parto irá directamente al Hospital donde será atendida y se llamará al médico o a la obstetriz que la atenderá. Siendo ésta una experiencia nueva muy emotiva, sobre todo en la primera vez, la paciente debe mantener la serenidad en todo momento. Al llegar la paciente es recibida por el personal especializado, quienes la llevan a la sala de examen para que le hagan un tacto vaginal o rectal para determinar en qué estado está el trabajo de parto en cuanto a la dilatación, la condición del bebé, si las membranas están rotas o no; además, para evaluar con qué intensidad y frecuencia están ocurriendo las contracciones. Determinado esto, el médico recibe el informe por teléfono generalmente. De acuerdo con el estado de la paciente será la rapidez con que éste venga al hospital. Supongamos que la paciente esté con tres centímetros de dilatación y tenga contracciones cada cinco minutos de moderada intensidad, entonces da tiempo para que la

enfermera prepare a la paciente poniéndole un enema evacuante. Seguidamente rasurará el área correspondiente y cambiará a la paciente en camisón de tocuyo fuerte, blanco para no ensuciar la ropa que la paciente trajo consigo. Inmediatamente después de haber evacuado el enema es llevada a la sala de trabajo de parto.

Hablando de cuartos, existen varios tipos de acomodaciones que, generalmente, son privados. Muy contados son aquellos que tienen dos o más camas en cada cuarto y son muy escasos en los hospitales que poseen este tipo de cuarto semi privado. Por lo general, es un cuarto de un área de 3 x 4 metros. Tiene un baño y algunos también bidet. Todos cuentan con ducha y algunos tienen tina. Hay cuartos que cuentan con una salita especial para recibir a los visitantes. El problema telefónico abarca también los hospitales. Sin embargo, hay algunos que cuentan con teléfonos en cada cuarto; y si no lo tienen la paciente sale de su cuarto para ir a la Central o al teléfono público.

También son muy contados los hospitales privados que cuentan con sala de trabajo de parto propiamente dicha; pero generalmente la gestante se encuentra en trabajo en su cuarto, donde podrá ser acompañada por el esposo, siempre que no esté bajo la acción de sedantes. Una vez que la paciente ha completado la dilatación y está en el período expulsivo, es trasladada en camilla a la sala de partos.

LA SALA DE PARTOS

Es un ambiente del tipo de una sala de operaciones que contiene una cama especialmente acondicionada para la atención de un parto. Hay aparatos de succión y resucitación con oxígeno. También cuenta con instrumentos estériles; pinzas, tijeras, sutura y los fórceps para utilizarse cuando sea necesario. También se tiene una balanza y un área especial para la atención del bebé, donde se toman las huellas plantares. Generalmente, hay dos o más salas de partos en las clínicas privadas, por si ocurren simultáneamente dos o más partos. Estas salas no están acondicionadas para hacer una intervención cesárea de emergencia. Sin embargo, cerca de las salas de partos. Estas salas no están acondicionadas para hacer una intervención cesárea de emergencia. Sin embargo, cerca de las salas de parto están las salas de operaciones y los bancos de sangre para realizar lo más pronto posible una intervención. Se

cuenta con personal especializado para la atención en tales emergencias. Después del parto, el bebé es examinado por el pediatra y es llevado a la cursería, que es una sala especial con personal bien entrenado, donde hay cámaras de oxígeno, incubadoras y diversos tipos especiales para la atención del recién nacido.

La paciente después de haber dado a luz permanecerá por una hora aproximadamente en la sala de partos, o en algunos sitios que se llaman sala de recuperación donde permanecerá en observación; y, finalmente, pasará a su cuarto del hospital. El personal de la sala de recuperación controlará a la paciente observando el sangrado, la presión arterial, etc. Para avisar al médico de inmediato en caso de que algo anormal ocurriera.

Generalmente, la paciente permanece hospitalizada de tres a cinco días. Lo recomendable son cuatro días. Si la paciente evoluciona satisfactoriamente su médico firmará el alta para el día acordado y en la mañana el esposo hará los arreglos necesarios con la Administración y la Caja del hospital.

Generalmente, la paciente antes de salir recibe una lección en la cursería donde se le enseña el cuidado del bebé, cómo es tratado el cordón umbilical, en fin, cómo es bañado y cómo ponerle la ropa; y, además recibirá instrucciones que le proporciona el Pediatra en lo referente a la alimentación.

Como ya mencioné, sólo hay una pequeña cantidad de clínicas privadas, cada una de ellas con un número limitado de camas. Generalmente se hacen las reservaciones de antemano, pero puede ocurrir que en la fecha del parto no exista un cuarto disponible. Entonces se recomienda tomar cualquiera de las facilidades hasta el día en que se le dará la primera vacante. Sin embargo, puede ocurrir que todos los cuartos estén tomados, inclusive los semi-privados. Entonces será necesario que la paciente sea atendida en otra Clínica. La paciente no deberá decepcionarse ni sufrir ninguna frustración en vista de que no ha encontrado un lugar en la clínica que ella eligió. Siendo el primer bebé, más la angustia sumada a la tensión nerviosa por la que está pasando, se producirá el caos. No debe ser así, puesto que no conduce a ningún beneficio para la paciente y deberá pensar que si no hay lugar en un lado lo habrá en el otro.

QUE SE DEBE LLEVAR AL HOSPITAL

Lo que se llevará a la clínica será una maletita con lo necesario (de antemano le habrá informado el médico lo que debe llevar), ya que en la mayoría de los hospitales proporcionan ropa para el bebé, pañales, frazaditas, el camisón para el trabajo de parto de la madre. No se debe llevar nada especial para el bebé, sólo un conjunto necesario para el momento de la salida de la clínica. La ropa proporcionada por la clínica es lavada y esterilizada. Algunas clínicas no tienen esta facilidad; entonces se deben llevar por lo menos dos docenas de pañales, 6 camisitas, 6 frazaditas, unos 6 ropones. En lo que se refiere a ombligueras éstas no están en uso actualmente; salvo que sea necesario en el caso que el bebé haya nacido con una hernia umbilical se recomienda su uso. Además, la paciente llevará en su maleta zapatillas, camisón de dormir, una bata, unos calzones, faja tubular, sostenes; si dará de lactar llevará sostenes de lactación especialmente diseñados para ello. Llevará también pañuelos de papel y si es que tiene preferencia por algún tipo de toallas higiénicas pues las llevará, en vista de que estas son proporcionadas por la clínica.

LLEGO LA HORA: EL BEBE ESTA POR NACER

13

¿COMO LO VOY A SABER' ¿CUANDO DEBO LLAMAR A MI DOCTOR?

Ya hemos referido en páginas anteriores cómo se inicia el trabajo de parto. Antes de que ello ocurra de manera franca existen algunos signos que se manifiestan en las últimas semanas, esto es que “la barriguita ha descendido”; lo cual significa que la cabeza del bebé ha encajado o ha ingresado por el estrecho superior del canal del parto y por este motivo el abdomen disminuye de altura; inclusive así la mujer se siente mucho más cómoda, tiene mayor facilidad de movimiento, mayor facilidad para respirar. Con ello aparece un síntoma que no tiene significado patológico, una presión en la vejiga por la cabeza fetal, como si estuviera llena y debiera ir a miccionar con mucha frecuencia, porque esta presión produce el reflejo de la micción con poca cantidad de orina vesical. Pero es transitorio y no debe preocupar mayormente.

Durante esta época la mujer siente que el abdomen se le pone tenso con mucha frecuencia. Esto es lo que hemos llamado contracciones de Braxton Hicks y que se hacen más frecuentes en esta etapa y, algunas veces, producen molestia y dolor en el segmento inferior del abdomen y algo en la cintura. Si la paciente es muy sensible al dolor pensará que ha comenzado el trabajo de parto. A veces las contracciones se hacen tan regulares que la paciente es hospitalizada y puesta en observación sin alcanzar progreso en la dilatación del cuello: el falso trabajo de parto.

MECANISMO DE INICIO DEL TRABAJO DE PARTO

Hasta ahora no sabemos exactamente qué es lo que hace comenzar el trabajo de parto o cuándo va a ocurrir. Sin embargo, existen métodos de laboratorio en que se puede anticipar con mucha aproximación la fecha probable de parto. ¿Porqué los partos ocurren más en la noche que

en el día?. Generalmente los partos ocurren más en las madrugadas. La causa no la conocemos. Lo que sí es verdad es que en la noche la paciente está en reposo, más tranquila, en cama y percibe mejor las contracciones uterinas y está más pronta a sentir el dolor que durante el día (en vista de las probables múltiples ocupaciones que realiza) y, además, la noche produce cierto temor. Pero, en realidad, esto ocurre generalmente en cualquier hora del día o la noche. Sin embargo, existe una serie de teorías que atribuyen al sistema neurovegetativo como inductor del parto. Lo cierto es que el nivel hormonal producido por la placenta por la vejez se hace deficiente y ello hace que se inicie el trabajo de parto. Otra de las causas razonables que hacen que se inicie el trabajo de parto es que la pared uterina ha alcanzado tal distensión que ya no puede contener más al feto y, por eso, arrancaría el trabajo de parto. Tampoco es satisfactoria esta explicación en vista de que muchas gestantes arrancan el trabajo de parto por una distensión diferente del próximo embarazo. Por otro lado, ¿qué pasaría y como explicaríamos entonces los partos prematuros en un embarazo posterior a un parto a término?, o, ¿en los embarazos gemelares con una gran distensión uterina?.

SINTOMAS Y SIGNOS DE INICIO DEL PARTO

En primer lugar, tenemos las contracciones uterinas que se hacen ya sensibles, o sea el dolor de parto, y que adquieren una frecuencia que se va acortando uno del otro. Por ejemplo: comienza con contracciones de carácter irregular o sea que puede aparecer una contracción y a la hora repetirse, y luego a la media hora, y después a los dos minutos, y nada en dos horas, y así sucesivamente; y la paciente se pregunta si está o no en trabajo de parto. Se deberá esperar con paciencia y optimismo que estas contracciones se vuelvan más frecuentes; en primer lugar serán regulares y ocurrirán cada media hora; luego ocurrirán cada 20 minutos, y así sucesivamente cada 15, 12, 10, 7 minutos, y luego cada 5 minutos con una duración de dos horas) depende de la distancia que se está del hospital para ver si se espera o no esas dos horas). Para ir al hospital en esta etapa debe haberse alcanzado aproximadamente una dilatación de 2 a 3 centímetros. Concomitantemente con estas contracciones la paciente notará que viene un moco vaginal sanguinolento que puede aparecer aun antes de que las contracciones sean perceptibles. Este moco viene a ser el tapón que está en el canal cervical, cuya salida es el inicio de que el cuello se está acortando y aumentando de diámetro, por lo tanto se excreta

hacia fuera. Si esto ocurre indudablemente el trabajo de parto es inminente a corto plazo

RUPTURA EXPONTANEA DE LAS MEMBRANAS

Esta es otra de las maneras en que se puede iniciar el trabajo de parto. Pongamos, por ejemplo: la paciente está en una reunión o está en un teatro y está riéndose o efectuando cualquier esfuerzo brusco, entonces siente como si se rompiera un globo de agua que hasta produce el mismo ruido que puede ser de goteo continuo o una salida brusca, como si se inundara o se orinara. Este líquido es caliente al salir por la vagina y si la paciente está en una reunión se le producirá una situación embarazosa. La paciente no debe avergonzarse porque seguramente a muchas de las madres presentes les ha ocurrido lo mismo y les podría ocurrir de nuevo si ellas volvieran a gestar. Por lo tanto, de inmediato la paciente deberá dirigirse al hospital y avisar a su médico, permaneciendo en reposo. En este caso, la paciente no debe trajinar porque si hay dilatación por ser un parto silencioso se puede salir el cordón umbilical, lo que pone en peligro la vida del feto por compresión de este cordón.

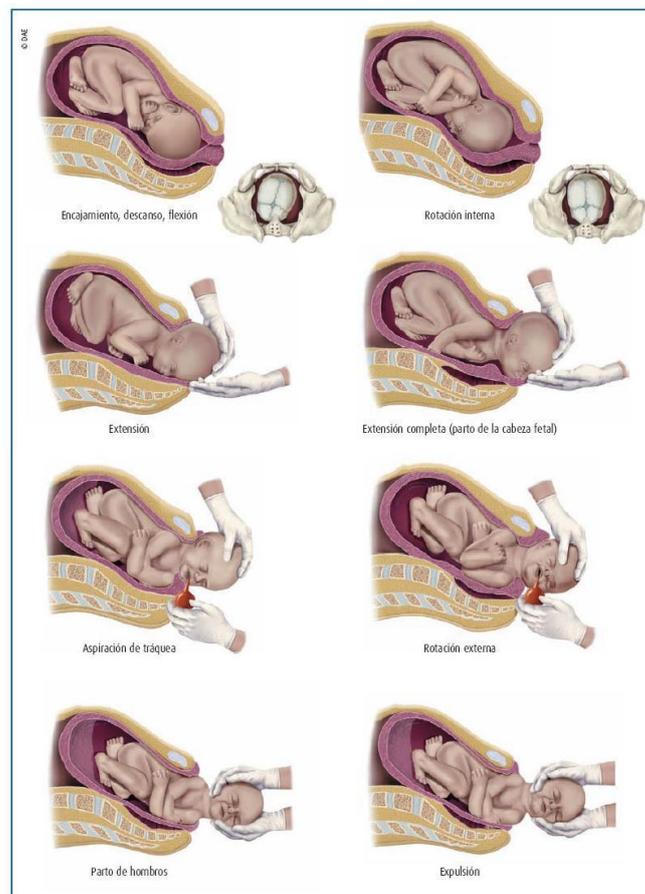
EL TRABAJO DE PARTO PROPIAMENTE DICHO

Ya la paciente está hospitalizada, las contracciones se hacen más regulares y más rítmicas; la duración de cada contracción es mayor, de buen tono, inclusive. Estando echada la paciente nota cómo se eleva el abdomen con cada contracción. Estas contracciones se repiten con una frecuencia de tres minutos y con una duración de 45 segundos. Esto funciona de manera rítmica como si hubiera un interruptor que regula su frecuencia. El trabajo de parto en una primeriza tiene una duración máxima de 20 horas desde que se hacen regulares las contracciones, es decir cada cinco minutos hasta el nacimiento del bebé. Más de 20 horas significa que algo ocurre. Debe haber una dificultad o algo está pasando, ya que, en general, el término medio de trabajo de parto es más o menos de doce horas para la primeriza. Para las que tienen dos o más bebés, este trabajo de parto tiene como máximo una duración de diez horas.

EL PRIMER PERIODO DEL PARTO

El trabajo de parto en general tiene tres etapas. La primera etapa, que se llama primer Estadio o Período, empieza desde que se inicia el trabajo de parto hasta que se completa la dilatación total del cuello. En esta etapa es que las contracciones se perciben con dolor.

Hablando de dolor de parto, en realidad, este es un dolor muy especial, del cual realmente se olvidan las mujeres. Para una primeriza que no sabe qué clase de dolor es, ni qué es lo que va a esperar, no debe realmente preocuparle, ya que por instinto la futura madre reconocerá los dolores de parto y cuándo va a iniciarse el trabajo de parto; tal es así que probablemente para la próxima generación se olvide de cómo es el dolor. En realidad los primeros dolores no son realmente desesperantes. El temor que produce este dolor es lo que lo hará desagradable y no la contracción en sí. Ningún dolor puede olvidarse del tipo como, por ejemplo, cuando se ha tenido un dolor de muela u oído; pero si es posible olvidarse de un dolor de parto.



MECANISMO DEL PARTO

- 1.- La cabeza flotando antes de encajarse
- 2.- Cabeza encajada
- 3.- Cabeza `profundamente encajada
- 4.- Inicio de la dilatación
- 5.- Dilatación completa
- 6.- Parto de la cabeza
- 7.- Parto del hombro anterior
- 8.- Parto del hombro posterior

EL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO

El segundo Estadio o Período del Parto es el Período Expulsivo, que se mide desde que ha completado la dilatación hasta el nacimiento del bebé, o sea que es el mecanismo que hace salir a éste desde el estrecho superior por todo el canal hasta el exterior. Este período no debe durar más de dos horas para una primeriza ni más de una hora para una multípara. Si esto durase más del tiempo estipulado es que hay algún problema, o que la cabeza tiene dificultad para descender por desproporción o por una mala posición fetal. Esto mismo ocurrirá en la presentación de nalgas en lugar de la cabeza: su descenso por el canal de parto se toma como referencia las nalgas.

Durante esta etapa, el dolor que se experimentó previamente cambia por completo el carácter; es decir que durante cada contracción se siente un deseo incontrolable de defecar. Ello producirá un reflejo del pujo en que la madre aumenta la presión intra-abdominal para expulsar el feto del útero. La duración es igual a la de las contracciones y si éstas son efectivas el feto saldrá con más rapidez. Esta sensación es debida a que la cabeza comprime la ampolla rectal cuyas terminaciones nerviosas producen la sensación de defecar y pujo, como si el recto estuviese ocupado. Cuando el bebé nace desaparece por completo esta sensación.

Una vez que el feto ha alcanzado la vulva y ha dilatado por completo la vagina al diámetro de la cabeza fetal, aquél es expulsado a través de la abertura vaginal. Desde luego, se encuentra cierta resistencia del tejido

blando del periné que está formado por los músculos de la vulva que son estirados de tal manera que puede romperse el tejido elástico, la piel y sus músculos y producirse una rasgadura. (Esta rasgadura que, de seguro, nuestras madres y abuelas han tenido con frecuencia y que, a veces, no fueron reconocidas ni reparadas, especialmente cuando fueron atendidas en domicilio, y permanecen con estas rasgaduras hasta la fecha, con las dificultades pertinentes de este traumatismo: prolapso o incontinencia de orina al esfuerzo). Hoy día se hace la episiotomía, o sea un corte en el tejido blando para ampliar el diámetro del estrecho exterior del canal de parto, para que no se produzca el vencimiento de este tejido elástico ni la rasgadura de la piel y sus músculos; en cambio, después de ser cortado y reparado inmediatamente y reconstruido de manera anatómica. Hoy día este corte se realiza de manera rutinaria en todas las primerizas y en todas aquellas mujeres que han tenido partos anteriores con episiotomías. Desde luego, no es necesario hacerlo a aquellas que ya han tenido un parto con rasgadura perineal no reparada. No hay necesidad de tal, en dicho caso, porque la amplitud del canal es suficiente para el nacimiento del bebé. Las laceraciones llamadas de primer grado son aquellas en que solamente ha habido ruptura de la piel. Llamamos laceraciones de segundo grado en el caso en que además de la piel se ha rasgado la musculatura adyacente del periné o sea los músculos que están entre la vagina y el recto. Las llamamos de tercer grado si además de esto se ha rasgado la musculatura del esfínter anal o sea el músculo que ajusta la defecación. La laceración es de cuarto grado en el caso en que además de lo mencionado se ha rasgado la ampolla rectal. Uds. Pueden imaginarse cómo es de difícil el afrontamiento de los tejidos que han sido rasgado con bordes irregulares. Sin embargo, cuando se hace una episiotomía los bordes son iguales y fáciles de afrontar durante la reparación. Después de la reparación queda tan perfecta la cicatrización que será necesario hacer una episiotomía en el parto siguiente. El corte de la episiotomía se hace de tres formas: una en dirección hacia la derecha, que se llama episiotomía medio-lateral derecha. Luego, la episiotomía medio-lateral izquierda, y, en tercer lugar la episiotomía mediana, que es una incisión que se hace en el medio. Las ventajas del uno y del otro están en relación con el tamaño del bebé y del periné y la costumbre del médico. Si es un bebé grande y un periné muy corto, es preferible hacer el corte hacia los lados derecho o izquierdo porque estos pueden extenderse en dirección que no comprometan. Si el feto es de tamaño normal y la paciente tiene un buen periné el corte mediano es aconsejable. La episiotomía mediana es la que menos molestias produce en lo que se refiere a dolor por

traumatismo del corte, un poco más molestas son las laterales, pero nada serias porque son controladas con analgésicos o cremas locales. Estas episiotomías se reparan generalmente con sutura absorbible y cuando es factible se hacen los puntos debajo de la piel. Con este método no hay necesidad de retirar puntos en ningún momento ya que se absorben aproximadamente entre el décimo y décimo cuarto día. La cicatrización completa ocurre en el sexto día. Algunas veces es necesario aplicar puntos de seda, para retirarlos posteriormente. Aquí es cuando la paciente pregunta: “Doctor, ¿cuántos puntos me ha puesto usted’?. No se puede realmente decir cuántos son; pero si se puede ver en la longitud del tamaño de la episiotomía si es más o menos profunda. En realidad lo que tiene importancia es que haya sido perfecta.

EL TERCER PERIODO DEL PARTO

Se llama alumbramiento o sea el tiempo que ocurre entre el nacimiento del bebé y la salida de la placenta. Una vez que ha nacido el bebé, la distensión del músculo uterino, el cual estaba ocupado por el bebé, se retrae bruscamente y de la pared uterina se despega la placenta formándose una laguna sanguínea detrás de ella. Una vez que esto ocurre, se tira del cordón umbilical que fue seccionado del bebé y con una presión manual que se hace en el abdomen, sale la placenta por su cara interna, o sea la que mira al bebé, que es lisa y compuesta por las membranas. La cara interna es carnosa y cuarteada por muchos segmentos de tejido. A continuación sale la sangre que se había acumulado entre la placenta y el músculo uterino. La pérdida sanguínea en esta etapa no debe pasar de 500 centímetros cúbicos lo cual se considera normal, más de esta cantidad es ya hemorragia. El control de la pérdida sanguínea se realiza por la contracción del músculo uterino que comprime las arterias y las venas que han estado participando en el intercambio de la placenta para alimentar al bebé. Además, en esta etapa el médico ordena la inyección de una ampolleta de Ergotrate o similar, vía endovenosa o intra-muscular, o en ambas formas para aumentar la fuerza de contracción uterina y así evitar que se produzca el sangrado excesivo. Una vez que la placenta y las membranas han salido, se examinan éstas para reconocer si están completas.

ANALGESIA DEL PARTO

La medicación que se usa durante el trabajo de parto para controlar el dolor es solicitada por la paciente, quien no quiere saber nada del parto. De antemano se ha conversado en las consultas pre-natales el tipo de parto a que la paciente quiere someterse. En la Biblia está escrito: "Parirás con dolor". (Génesis). Creo que esto puede ser modificado en cierta forma ayudando a la mujer a tener el bebé sin dolor. Si la gestante desea experimentar cómo son los dolores de parto natural no se le administrará medicación alguna. Sin embargo, luego que ha avanzado el trabajo de parto y se siente incómoda por el dolor y sólo desea que se le disminuya éste, se le administrará medicación analgésica en pequeña cantidad, controlando de esta manera la agudeza del dolor, pero sin cortarlo por completo. Por otro lado, si la gestante no quiere saber en absoluto de dolores, entonces se empleará una analgesia mucho más profunda que induce al sueño y la amnesia. La medicación analgésica empleada para este propósito se conoce con el nombre de "cocktail". Existen tantos cócteles como obstetras. Cada uno tiene una técnica personal. El medicamento empleado es un narcótico sintético que produce sueño, relajación del músculo del cuello uterino y también una analgesia muy buena. Esta es la medicación empleada en los operados o en los dolores traumáticos muy serios, o sea que es una medicina que controla el dolor de manera satisfactoria. De otro lado, se puede administrar ciertos medicamentos que producen sueño en la madre sin ninguna acción secundaria para el feto. Estos son los llamados barbitúricos o similares. Se puede agregar otro componente que produce un bloqueo temporal en el recuerdo, o sea que la paciente duerme, no tiene dolor y no recuerda lo que ha pasado. Conociendo la dosis exacta que se debe administrar, cuánto tiempo dura su acción y cuándo se puede agregar medicación no hay temor de efectos secundarios al usarse adecuadamente. Existen medicaciones que se administran minutos antes del nacimiento que neutralizan la acción narcótica de los sedantes del recién nacido.

Tampoco se debe pensar en problemas del acostumbramiento a los narcóticos en vista que son muy pequeñas las dosis que se utilizan quien o pueden producir hábito. Muchas veces no es posible utilizar la dosis total que necesita la paciente para obtener buena analgesia, sobre todo cuando los bebés son pequeños. Tampoco en partos prematuros o si existe cierto índice de sufrimiento fetal. No se deberá exigir al médico calmantes en

estas condiciones porque debe entenderse que es preferible resistir un poco unas horas de dolor que sufrir toda una vida con algún problema que pueda ocurrir al bebé, y si el médico dice que no se puede dar más deben ser aceptadas sus indicaciones. En este caso se puede administrar anestesia caudal continua si el dolor no puede ser resistido. Aproximadamente, la acción de la droga dura de tres a cuatro horas después de lo cual la paciente vuelve a la vigilia. En algunos casos esta acción demora más, la paciente puede estar algo mareada, somnolienta, no debe temerse por esta acción residual. Lo que se debe recordar es lo siguiente; cada médico está familiarizado y sabe emplear las medicinas, cuándo darla, a quien y cuánto.

ANESTESIA

La anestesia durante el parto. Cuando la paciente quiere dar a luz de manera natural, es decir no recibir ninguna medicación sedante ni analgésica durante el parto, en especial la primeriza recibirá anestesia local en el periné, donde se hará la incisión llamada episiotomía, para mantener la musculatura, la vagina, el recto, la vejiga, en buenas condiciones después del parto y evitar la formación en lo futuro de los prolapsos. Si se produce una rasgadura habrá que aplicar esta anestesia para repararla. Este tipo de anestesia se denomina bloqueo del nervio Pudendo porque el nervio del dolor de esta área se llama así. Se realiza con agujas especiales la infiltración de una anestesia local como la Novocaína o la Xilocaína, cuya acción dura de media hora a 45 minutos. El reparo es fácil e indoloro a pesar de que la paciente está despierta.

La anestesia general propiamente dicha para el trabajo de parto no puede ser aplicada como se utiliza para una intervención quirúrgica. El no poder administrar una anestesia general constante durante el trabajo de parto se debe a que adormecería al bebe que saldría anestesiado. Sin embargo, existe una anestesia llamada caudal, o sea que se pone una aguja en la parte baja de la columna con una solución anestésica que produce un bloqueo de los nervios de la pelvis y los miembros inferiores, es decir casi medio cuerpo: la paciente tiene un buen trabajo de parto, no interfiere con las contracciones uterinas, no hay dolor. Desde luego esto es recomendable sólo cuando las contracciones son regulares, de buena intensidad y no hay ninguna dificultad. Es realmente muy agradable este método ya que inclusive la paciente puede permanecer bajo esta

anestesia por varias horas sin ningún temor. La anestesia que se usa para el parto en sí, o sea el período expulsivo, cuando la cabeza ya esta por salir, y para realiza la episiotomía, es la anestesia raquídea o bloqueo en Silla de Montar. Este es un bloqueo de las zonas internas de los muslos, nalgas, periné, o se alas zonas que estarían en contacto con una silla de montar. Esta es una anestesia raquídea baja. Es una buena anestesia sobre todo en el parto en el cual se requiere la utilización de fórceps.

Luego viene el anestésico que se llama tipo General o el gas anestesia que se usa sólo en el momento del nacimiento del bebé. Los hay en varios tipos: el más común es el Trilene que, inclusive, la misma paciente puede sujetar cónsul mano la mascarilla e inhalar y que en realidad no es una anestesia profunda. Es una anestesia superficial, que produce una analgesia amnesia durante la inhalación de este gas. Es muy segura y no produce ninguna complicación a la madre o mal para el bebé. Inclusive, durante los últimos minutos antes de alcanzar la dilatación total, cuando es más intenso el dolor. Otro gas que se usa es el Cloruro de Etilo, inhalación que produce una anestesia de moderada intensidad y que es usado en algunos casos y sobre todo cuando se ha de aplicar el fórceps. Otro gas que se usa es el Protóxido Nitroso, que es conocido como el gas de la risa, porque efectivamente la produce. Es tan seguro para el feto como para la madre sin ser una anestesia profunda. Otro gas que se utiliza es el Ciclopropano que produce una anestesia un poco más profunda. Este reaplica sobre todo cuando se necesita hacer una maniobra muy rápida y es necesario tener profundamente anestesiada a la made. Es de acción muy rápida y de eliminación veloz de tal manera que al bebé no le llega la acción anestésica. Ya no se usa el Eter ni el Cloroformo porque además de producir ciertas complicaciones a la madre son de acción muy prolongada y se eliminan lentamente; lo cual afecta al bebé anestesiándolo también. En realidad, estos anestésicos ya están descartados inclusive para cualquier acto quirúrgico en general. Ahora hay otros anestésicos con la misma eficacia que son excelentes por su acción anestésica profunda, rápida y fugaz.

El Pentotal es un anestésico administrado por la vena, pero generalmente no se usa para el parto, porque entra a la circulación fetal anestesiando al bebé. A pesar, pues, de que es un anestésico muy popular, ya no se usa en absoluto en obstetricia. En general, el anestésico de elección está en manos del obstetra quien ha de indicarlo de acuerdo a cada caso, considerando lo que puede ocurrir, los imprevistos y

complicaciones que pueden presentarse durante el parto o el período expulsivo. Por eso es que el médico escogerá en el momento oportuno lo que sea más conveniente y seguro tanto para la madre como para el hijo; sin satisfacer la preferencia que la madre tiene de antemano, o cuando en las consultas pre-natales se le explicó y prometió dar tal o cual anestésico. Por ejemplo, si se anticipa que se debe aplicar un fórceps y que se espera cierta dificultad, se requerirá una anestesia que demande una buena relajación. Si se va a atender partos gemelares se necesitará una anestesia muy ligera al inicio para el primer bebé y una mucho más profunda para extraer el otro, porque es posible que sea necesario realizar ciertas maniobras para extraer el segundo bebé. Otras veces, cuando la placenta no ha sido expulsada en un tiempo prudencial, entonces es necesario sacarla manualmente y se requiere para esta maniobra de una anestesia profunda.

PARTO NATURAL

14

Como el término lo indica, es el nacimiento de un bebé de manera natural, tal como se realiza en sitios donde no hay asistencia médica en absoluto. El parto se inicia normalmente, no se administra ninguna medicina, ningún analgésico, no se hace ninguna incisión (episiotomía) y si ocurre rasgadura no se repara. Nace el bebé. La madre misma atiende el nacimiento, el alumbramiento de la placenta y el post-partum inmediato. Como ustedes ven, éste es un parto que se hace en una zona donde no hay ayuda médica ni obstetrix ni comadrona. Es idéntico a como se realizaba desde la aparición de la especie humana. Hoy día no se puede decir que una mujer tendrá un parto natural por el simple hecho de no usar medicinas, ya que esta mujer va a ser atendida en un hospital, o con asistencia en su domicilio. Ha sido preparada, ha sido controlada previamente, ha leído libros e informes acerca del parto natural, por lo tanto no tendrá lugar de manera primitiva. La paciente está, desde luego, sometida a una serie de circunstancias que pueden variar aunque se haya elegido un parto de manera natural. Esta mujer tiene muchos deseos de someterse a este tipo de parto, y ha leído acerca de cómo es, qué es dolor de parto, cómo son las contracciones; en fin, todos los detalles concernientes a este evento. En otras palabras, se encuentra muy bien preparada para llegar a su objetivo. Como está bajo control médico es probable que pueda cambiar debido a una serie de factores. Esta mujer ingresa a tener un bebé, completamente despierta, con un parto normal con un parto normal, espontáneo, de lo más simple y confía en el buen obstetra que escogió y a quien ha entregado toda su confianza y fe, sin importar cuál es el fin. Si entra en ciertas dificultades y el médico cree conveniente administrarle tales o cuales medicinas no deberá sufrir ninguna frustración. Esto no quiere decir que ella ha roto su promesa de parto natural o la experiencia que iba a tener. No debe contraer ningún compromiso con el médico ni con su esposo ni consigo misma. Deberá intentar el parto natural, no importa si es que haya de necesitar una cantidad pequeña de analgésico. Lo que sí es importante en nuestra experiencia es que nuestras pacientes que entran debidamente preparadas al trabajo de parto generalmente no requieren medicación, y si la requieren será muy poco, inclusive maniobras obstétricas menores

pueden ser realizadas sin anestesia general, y solamente bloqueando la zona local con anestesia de infiltración.



Existen muchas obras publicadas con diferentes títulos como; “Parto Natural”, “Preparación para el parto natural”, “Parto sin dolor”, “Parto sin temor”, etc.

Todas ellas tienen un común denominador consistente en enseñar a la paciente que debe tener su bebé sin temor. Puesto que el dolor causado por las contracciones uterinas induce al temor, este temor hace que el dolor sea más elevado lo que, a su vez, incrementa el temor; y, así, sucesivamente, se forma un círculo vicioso. Por lo tanto, si se rompe este círculo en la fase del temor el dolor va a disminuir, la tranquilidad vendrá y el parto será sencillo y soportable. La preparación para el parto natural consiste, en primer lugar, en conocer qué es un embarazo y lo que es un parto en todo su detalle. En segundo lugar la paciente debe aprender ciertos ejercicios básicos, sobre todo su relajación total de los músculos; aprender a respirar y a no estar en tensión. Debe estar preparada psicológicamente y, lo que es más importante, tener confianza absoluta en su médico. Muchas veces se ha visto pacientes que han llevado media docena de libros abiertos en diferentes páginas correspondientes a etapas del trabajo de parto, el esposo leía para ella capítulo por capítulo. Al final de cuentas la futura madre decía: “cierra los libros, no me molestes con tu ruido por favor”. Es por eso que las estadísticas muestran que solamente un 10% de las mujeres pueden realmente llegar a hacer un parto de manera natural. No debe considerarse como un fracaso si es que la mujer lo ha intentado y no puede concluirlo. No debe alterar esto su sentimiento o sentirse avergonzada. Cuando la futura madre que ha escogido este método de parto, generalmente solicita la compañía de su esposo. Efectivamente, se permite el ingreso del esposo. El papel que él va a desempeñar es realmente importante: dar su aporte y entretener a su esposa, inclusive ambos pueden jugar naipes, resolver palabras

cruzadas o simplemente estar tomados de la mano y conversar. A la paciente se sugiere que tome el tiempo de la contracción en contracción y la duración de cada una de ellas. Si el dolor se acentúa y sobre todo si se manifiesta en la cintura el esposo le hará masajes. En esto la personalidad del futuro padre es importante, y para ello debe tener una entrevista con el obstetra de su señora por lo menos una vez para ser evaluado si desea colaborar. También conocemos esposos que realmente no pueden soportar a una paciente en trabajo de parto. Si este hombre es fuerte y puede resistir estas emociones, está muy bien que acompañe a su señora. Si no lo es conviene decirle que no está calificado para acompañar a su esposa. Ahora, si el esposo quiere intentar como prueba se le puede permitir, pero si se le nota que hace una labor obstruccionista es conveniente pedirle que se retire, sin que esto signifique una frustración para él.

He referido anteriormente que también permito que el esposo presencie el parto. Las mismas recomendaciones van para el si no puede soportar cualquier problema que pueda ocurrir en vista de sangre en el nacimiento del bebé, el acto de episiotomía, etc., que le puede hacer perder el conocimiento y pondría al médico en una situación desagradable y además no podría atenderlo.

En general, una mujer que se somete al parto natural observará que estos dolores son menos fuertes (ya que está familiarizada con lo que es un parto. La colaboración de esta paciente es excelente, obedece las órdenes de la mejor manera; no hay ningún temor y no se requiere administrar ningún sedante.

Otra forma de alumbramiento es el parto sin dolor que se realiza sin la ayuda de medicamentos o con el uso de ellos. Sin el uso de medicamentos es aquel parto en que se recurre al hipnotismo. En nuestro medio no está popularizado el hipnotismo y no se usa con frecuencia. En otros países se contrata un hipnotista quien pone bajo este trance a la paciente, y ésta efectivamente no siente ningún dolor y colabora perfectamente durante el parto. Este método es de interés; se conoce de su existencia pero no se practica con la frecuencia que se espera.

El parto sin dolor bajo la acción de los medicamentos que han sido mencionados en las páginas anteriores hace que la paciente ignore absolutamente qué es lo que pasa con ella. Por ejemplo, cuando la

paciente ha decidido escoger el parto sin dolor, ingresa a la clínica en el inicio del trabajo de parto y es preparada de la manera usual. Luego se le inyecta la medicación y desde entonces la paciente no recuerda en absoluto; y si recuerda sólo será sobre los primeros minutos algo vago, incoherente; y luego despierta después de haber alumbrado el bebé, inclusive al detestar su primera pregunta es: “¿ya di a luz?”, y cuando le dicen que así fue, responde “No creo”. Se le dice que se toque el abdomen y se dará cuenta que efectivamente así fue. Este método es el que está más en boga y el más popularizado, en las grandes ciudades y en los centros hospitalarios donde hay control médico para este tipo de partos con las seguridades necesarias.

EL PARTO ESTIMULADO

Contamos con una serie de drogas tan buenas que sirven para estimular las contracciones del parto. Este método se usa en aquellas señoras en que el útero se contrae con poca intensidad y muy alejada frecuencia, haciéndose de este trabajo de parto en realidad muy prolongado. El uso de oxitócico llamado Pitocin en solución inyectable endovenosa gota a gota o en varias formas depende del método que el médico utilice; hará que las contracciones se hagan más frecuentes y de mayor intensidad y, por lo tanto, el parto será más rápido que si se dejara trabajar por si solo. Esta técnica es buena y no se corre ningún peligro para el feto ni la madre contando con la habilidad del Obstetra.

INDUCCION DEL PARTO

La palabra inducción significa iniciar el trabajo de parto antes que esté suceda espontáneamente. Este método se realiza con la administración endovenosa de sustancias contractoras que harán iniciar las contracciones uterinas de manera fisiológica como las de un parto espontáneamente iniciado, para que el cuello uterino comience a dilatarse alcanzando un trabajo completamente natural. Este método es empleado en dos condiciones: la primer es por indicación médica obligada y la otra es electiva. La forma obligada se da, por ejemplo, cuando la paciente es Rh negativa sensibilizada y debe sacarse al bebé n las 37 y media semanas

de gestación. Si la paciente es diabética también deberá realizarse el parto a dos semanas y media antes del término.

Se realizan inducciones electivas cuando se llega al término del embarazo o muy cerca de ello o en casos que se han pasado algunos días; o por otras razones de comodidad, viaje, etc., o simplemente porque se quiere tener el bebé en tal o cual fecha. La paciente es examinada y si el cuello uterino está en las condiciones favorables para inducir el parto con buena compatibilidad del tamaño fetal con el tamaño del canal, se puede iniciar el parto estimulando en varias formas. Previamente se administra un laxante, se puede hacer el desprendimiento de membrana a través del orificio del cuello o administrar ciertas pastillas estimulantes de las contracciones días antes, para luego proceder a la infusión endovenosa del suero. Este método se hace bajo control médico desde su inicio y se debe obtener una respuesta de caracteres normales. En realidad, la inducción del parto hoy por hoy se aplica con mucha frecuencia y tiene una serie de ventajas que son halagadoras. En primer lugar, se ha elegido el día, la hora en que se inicia el parto y se evita la sorpresa en cualquier momento del día. En cualquier complicación que pueda ocurrir durante el parto o problemas de Rh negativo, o en diabéticas, se puede contar con los médicos especialistas, hematólogos, transfusionistas, endocrinólogos y pediatras. Resulta ser mucho más cómodo para todo el personal que ya se encuentra a la mano en el hospital. De otro lado, la paciente está completamente preparada y no le sorprende el trabajo de parto en medio de una fiesta, en un cine, del sueño o después de haber tenido una comida. En estas condiciones entrará al trabajo de parto sin el estómago lleno.

Desde luego que existen algunos inconvenientes: en primer lugar, cuando se escoge el día del parto y una paciente que no tiene el cuello en condiciones óptimas para ser inducido, puede tomar muchas horas a que este cuello se deje dilatar. A veces se fracasa. Si durante las cuatro primeras horas no hay dilatación entonces se suspende la inducción. Pero si es necesario sacar el bebé debe reiniciarse la inducción nuevamente después de un descanso. No hay ninguna contraindicación en realizar la inducción, ya que el peligro de complicaciones es prácticamente nulo si se hace de manera adecuada, cuidadosa e imitando la fisiología natural de un trabajo de parto normal. No hay ningún problema como antiguamente se creía y con muchas limitaciones como solamente se realiza hasta el segundo o tercer embarazo. En una múltipara de 4 a 5 embarazos está

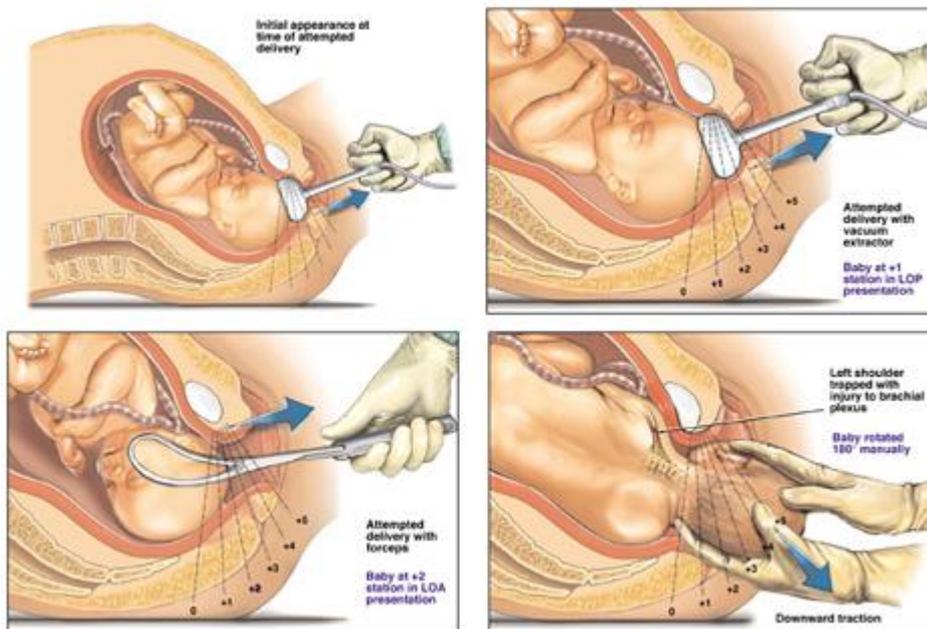
contraindicado. Esto tiene hoy una explicación científica, porque de todas maneras el útero debe contraerse para producir la dilatación en cualquier número de gestación. Si nosotros artificialmente producimos las contracciones uterinas fisiológicas, de ninguna manera puede suceder nada con el útero ni con el bebé que pueda no ocurrir con un parto espontáneo ya que manos expertas lo dirigen. Si el médico lo sugiere es que sabe que está en buenas condiciones, y si la paciente tiene fe en él no habrá dificultad.

DISTOCIAS

15

(Partos que no son normales)

Yo siempre digo a mis pacientes que si todos los partos fueran realmente normales y sin complicaciones no existirían los Obstetras. Ni siquiera se habría creado la especialidad de Obstetricia. Pero, afortunadamente el 97% de ellos son completamente normales y sólo el 3% necesitan cierta manipulación, instrumentación o intervención para que el parto sea un éxito obteniéndose un bebé vivo y en buenas condiciones igualmente que la madre. Sin embargo; es importante que mis pacientes sepan que un porcentaje pequeño, como lo he mencionado ya, va a ser sometido a ciertas manipulaciones. Por eso es que se debe conocer bien cuál es realmente la situación en que está indicada, por ejemplo, la aplicación de un fórceps, o la extracción manual de la placenta, o cuándo está indicada una cesárea. De manera que si algunas de estas situaciones ocurre hay que estar perfectamente informado y no entrar en un pánico terrible cuando la paciente se le plantea que debe ser sometida a una intervención cesárea. Afortunadamente, todas estas manipulaciones, instrumentaciones e intervenciones se hacen en hospitales especializados, bien equipados y con personal adiestrado; lo cual hace que este parto anormal o distocia se transforme en un parto feliz y con seguridad para la madre y el bebé.



LOS PARTOS PREMATUROS

Aunque realmente no es un problema serio que comprometa la seguridad de la madre, sin embargo existe cierto peligro en la seguridad del feto, porque como la palabra indica es prematuro (antes de tiempo). Sabemos que el bebé al ir creciendo va aumentando de peso, perfeccionando la función de sus órganos; y, desde luego, cuanto más joven es el feto, menos perfeccionado está su organismo y tiene menos peso; por lo tanto, es mucho más difícil para él vivir en un ambiente adverso al que tenía en condiciones ideales, en el seno materno. Estando en el exterior este bebé debe luchar por sí mismo para adaptarse al nuevo medio ambiente. Se considera que el bebé es prematuro cuando pesa por debajo de 2,450 gramos como máximo y 1,000 gramos como mínimo. Entre estos pesos están las variaciones de acuerdo a las edades del embarazo; es decir que cuanto más joven es el embarazo el bebé pesará menos y cuanto más maduro es el feto, dentro de lo prematuro, estará mejor desarrollado y mejor condicionado para adaptarse al medio ambiente. En realidad, las causas de los partos prematuros son múltiples; hay un gran grupo en el cual no se puede determinar exactamente por qué se ha producido, pero se puede enumerar, en primer lugar, las rupturas de las membranas espontáneamente; y, en segundo lugar, enfermedades del útero, en el cual haya tumores que interfieran el crecimiento o poca resistencia del cuello uterina al peso fetal; insuficiencia de la placenta, etc. Puede ocurrir que la placenta se separe prematuramente debido a una presión arterial elevada de las toxemias o la hiper distensión del útero en caso de embarazo múltiple. Desde luego que el médico advierte la situación a la madre. El tamaño del feto se calcula por el examen externo del abdomen; el peso fetal promete mejores posibilidades porque las complicaciones son mayores. El parto prematuro es igual que uno de término pero la expulsión del bebé es más rápida. Generalmente se oxigena bien, está presente el Pediatra para atender al bebé, se tiene a la mano una incubadora y ya está con la temperatura corporal, humedad u oxigenación necesaria. No se debe usar anestésicos ni analgésicos muy profundos, lo que debe saber la madre, porque el uso de narcóticos en un bebé muy pequeño puede afectar la respiración en el momento de nacer y es por esto que se debe tener mucha paciencia; estar tranquila porque se está afrontando al problema de un bebé pequeño.

PARTOS DE FETOS SOBREMADUROS

Se considera sobre-madurez gestacional cuando en una primeriza han pasado 21 días del tiempo calculado para el parto, o sea 280 más 21 son 301 días. Los problemas que ocurren en los partos post-maduros han sido estudiados y en las estadísticas se ha demostrado que el 30% de los bebés nacidos post-maduros son mucho más frágiles y sensibles y la mortalidad es más elevada. En otras palabras, este bebé se comporta como un bebé prematuro. Es lógico comprender por qué ocurre esto: porque cuanto más tiempo pasa la placenta se envejece, la irrigación es más pobre y el intercambio de oxigenación con el bebé es menor y nace con dificultades en el exterior. Sin embargo, el feto sobre maduro de la múltipara no es de preocupar. Lo probable es que se haya equivocado el cálculo de fecha, pero, si esto es cierto, generalmente los post-maduros en múltiparas no tienen ningún problema y ellas pueden ser inducidas.

DESPROPOCIONES CEFALO-PELVICAS

Céfalo, es cabeza; pélvico, viene de pelvis, cadera de la mujer que forma el canal. La desproporción que existe entre la cabeza del bebé y el canal de parto recibe ese nombre: desproporción céfalo-pélvica. Es debida, en primer lugar, a que dicho canal es estrecho para su bebé. Esta estrechez desde luego tiene el mismo significado que el de personas que son más bajas, otras que son altas; unas que tienen dedos cortos, otras, dedos largos. Pero hay ciertas condiciones en que la madre tiene un canal de parto compatible para que nazca un bebé de tres kilos y medio, sin embargo, si este bebé pesa unos 300 gramos más no podrá pasar por ser una estrechez relativa de la pelvis por el tamaño mayor del bebé. En estas condiciones cuando se sospecha esta desproporción céfalo-pélvica por el examen que realiza el Obstetra en el abdomen y el examen interno; si la cabeza durante el trabajo de parto no desciende a ciertos puntos de referencia en un tiempo determinado, se toma una radiografía, cuando no se sospechó antes del parto o se estimó que tenía un espacio límite para el encajamiento. Si se sospechó este caso se toma la medición radiográfica en las dos últimas semanas. Al comprobarse radiográficamente que este bebé no pasará, entonces la paciente será sometida a una intervención quirúrgica conocida como Operación Cesárea.

FORCEPS

Actualmenten desuso , a manera de información:

Fórceps significa gancho o cogedor. Efectivamente son dos palancas desarticulables. Los hay de muchas formas y tamaños pero básicamente sirven para el mismo propósito y se utilizan para aprehender al feto alrededor de la cabeza y traerlo hacia fuera. La fuerza de tracción es relativamente mayor que la de la contracción uterina o el pujo de la madre. Se aplica solamente cuando hay una buena proporción entre la cabeza del bebé y el canal de parto, se utiliza cuando hay cierta dificultad en descender la cabeza y se encuentra algo inclinada. Con la ayuda de este instrumento se rota y extrae al bebé. Solamente se aplica el fórceps cuando está indicado y no se anticipan dificultades. Antiguamente, el problema de hacer una intervención quirúrgica era muy serio, dificultoso y con problemas post-operatorios y se prefería hacer una aplicación de fórceps, lo que se llama Fórceps Altos; es decir, cuando la cabeza aún no ha encajado en el estrecho superior del canal y se produciría mucho daño a los bebés. Hoy está proscripto su uso en ese nivel. Solamente se aplica este instrumento cuando la cabeza fetal ha bajado hasta el plano medio o por debajo del plano medio; es decir, en una estación en que el feto no va a sufrir dificultades. Sin embargo, hoy se aplica el fórceps profiláctico cuando la cabeza está profundamente encajada acortando el período expulsivo. El fórceps no es indicado por una dificultad, es decir, no es por un problema que requiera su empleo en este estadio: es una instrumentación electiva favorable tanto para la madre como para el feto. Hay otra forma de fórceps que se aplica en los nacimientos de nalgas, es para la cabeza del feto que nace al final, ya que no ha tenido tiempo de amoldarse en el canal de parto y el fórceps da una gran ayuda.

VACUM EXTRACTOR O VENTOSA

Es un aparato cuya acción es similar a la de los fórceps pero actúa al vacío (Vacum). Este aparato tiene una ventosa que se aplica a la cabeza del bebé y al producirse un vacío sobre el cuero cabelludo, se produce una hinchazón que afirma el aparato en la cabeza y a través de esta conexión se extrae al bebé. Desde luego quedará un bulto, que es la hinchazón sobre la cabeza, que puede durar de 3 a 5 días y a veces algo más, pero que no tiene significado de importancia. Las manos hábiles de su médico

de la seguridad a este procedimiento. Sus indicaciones son idénticas a las del fórceps. En caso de que no haya espacio para el fórceps en el canal la ventosa tiene ventaja.

PARTOS PODALICOS

Realmente esto no puede llamarse distocia, pero es una situación muy especial en que aproximadamente el 10% de los bebés nacen en esta posición. Siempre se considera un problema en potencia. El diagnóstico se ha hecho previamente en los últimos dos o tres exámenes pre-natales en que el feto persiste con la cabeza hacia arriba, esto constituye la presentación Podálica. Si es una primeriza obligatoriamente se debe tomar una radiografía para hacer las mediciones correspondientes del canal de parto; si es favorable, bien amplia, y el feto no es muy grande el parto será feliz sin ningún problema. Si hay compatibilidad límite se determina el pronóstico en el trabajo de parto. Si el descenso de las nalgas es muy lento será muy probable que haya dificultad. Sin embargo, cuando el feto ha descendido y hay dificultad en la extracción de la cabeza se utiliza un fórceps especial. Un parto podálico, aunque no es realmente una distocia tiene una mortalidad fetal mayor que un parto de cabeza. Si se prueba clínica y radiográficamente que el bebé no puede nacer de nalgas, se procede entonces a la operación cesárea.

Extracción de la cabeza: maniobra de Mauriceau

3. PARTO DE LA CABEZA



- Colocar al bebé con la cara hacia abajo, sosteniendo el cuerpo longitudinalmente sobre su mano y brazo.
- Colocar el 1er y 3er dedo de la mano que sostiene, sobre los pómulos del bebé y colocar el 2do dedo en la boca para bajar la mandíbula y lograr flexionar la cabeza.
- Utilizar la otra mano para sujetar los hombros

OPERACIÓN CESAREA

La máxima expresión del parto quirúrgico es la operación cesárea. Esta intervención es llamada así porque César, el Emperador Romano, fue extraído por el abdomen de su madre y desde entonces se llamó Operación Cesárea. Antiguamente era una operación peligrosa, como cualquier acto quirúrgico por dificultades de anestesia, ausencia de antibióticos, etc. La mortalidad era muy elevada porque el Obstetra pensaba mucho antes de decidirse por la cesárea por las complicaciones posteriores. Estando ya el feto con problemas para nacer, más el retraso para decidir la operación y dificultades locales y de técnica hacía que la mortalidad fetal fuera más elevada. Hoy día, esta intervención es de lo más simple, sencilla y segura y la mortalidad tanto materna como fetal son prácticamente ínfimas. La cesárea clásica tal como se realizaba al principio ya no se practica hoy día. Ha sido completamente desterrada. Hoy se hacen cesáreas segmentadas, consistentes en una incisión detrás de la vejiga en el segmento inferior del útero. Esta técnica es la elegida porque si la operación es hecha por hemorragia o sufrimiento fetal, sin desproporción céfalo-pélvica, entonces los partos posteriores pueden realizarse por vía vaginal, es decir que la madre puede ser sometida a trabajo de parto normal en la próxima gestación. Así que el mito aquel de que “una vez cesárea siempre cesárea” ya no se considera como tal, siempre y cuando que en la cesárea repetida no exista desproporción o sea un feto muy grande; o que la mujer haya tenido una cesárea clásica anterior o que haya gestado inmediatamente después de la otra cesárea, con el peligro de que la cicatriz anterior sea muy frágil y pueda ocurrir una ruptura uterina.

Una de las preguntas que se plantea la paciente que fue cesareada es: ¿Dr. Cuántos hijos puedo tener?. Generalmente se permiten hasta tres cesáreas sin ninguna dificultad; después de lo cual se recomienda el control de la natalidad. Es sencillo entender que cuanto más cesáreas, más cicatrices uterinas, más fragilidad habrá en el área quirúrgica donde puede romperse el útero con peligro muy serio de la madre y la pérdida de la vida del bebé. Personalmente he operado a una mujer en su octava cesárea. Cursó su gestación sin problemas pero sí estuvimos muy preocupados. También es conocido un caso en la literatura que ha tenido hasta doce cesáreas sin que haya habido problemas, pero el riesgo es muy alto.

Las indicaciones para una operación cesárea son la desproporción céfalo-pélvica, placenta previa, o sea que la placenta se encuentra colocada entre la salida y el bebé y al inicio de la dilatación ésta comienza a sangrar profusamente. También el desprendimiento parcial prematuro de la placenta con gran sangrado pone en peligro la vida del feto, puesto que si es total, se produce la muerte de este. Igualmente hay que considerar el sufrimiento fetal durante el trabajo de parto por cordón comprimido o nudo de cordón o circular del cordón alrededor del cuello. Este sufrimiento se determina auscultando el corazón del bebé., que disminuye la frecuencia de latidos o se hacen irregulares, además de otros signos que indican que se haga esta intervención. La operación cesárea se hace a través de una incisión infra umbilical o sea debajo del ombligo hasta el pubis. Si no hay mucha premura se puede emplear otro tipo de abordaje que es una incisión transversal por encima de los vellos del pubis, cuya cicatriz se verá en lo futuro. Luego de penetrar por la piel, la gras, la envoltura de los músculos (que se llama fascia) los músculos, la envoltura del abdomen, el peritoneo, la envoltura del útero, se moviliza la vejiga un poquito y se corta el útero entrando a través de las membranas fetales, sale el líquido amniótico y nace el bebé. Inmediatamente se saca la placenta y se procede a suturar de manera inversa a la que penetró; es decir, del útero hasta la piel. La anestesia es de elección en esta intervención. En especial en aquellos casos en que se van a repetir las cesáreas deben usarse la raquídea en vista de que este anestésico no afecta en absoluto al bebé y se le puede extraer sin apuro, o cuando se espera dificultad por operaciones anteriores. Pero a veces la emergencia es tal que no hay tiempo para poner este tipo de anestesia, ya que también a veces es difícil la punción en el canal raquídeo, o por otras condiciones que no permiten esta técnica; entonces se utiliza la anestesia general. La paciente operada permanece hospitalizada seis días: el primer día está bajo la acción de analgésicos sedantes del dolor producido por el traumatismo quirúrgico; el segundo día el discomfort es prácticamente tan pequeño que sólo son necesarias cápsulas analgésicas simples. Al tercer día funciona el intestino. La paciente se levanta al siguiente día de la operación y recibe una alimentación completa o lo que ella desee, de manera electiva, excepto lo que pueda producir distensión abdominal por los gases. Al sexto día se sacan los puntos. Si es que se han hecho suturas debajo de la piel no es necesario remover los puntos y es dada de alta, algo antes.

OTRAS PRESENTACIONES DEL BEBE

Otras formas de partos dificultosos son aquellos en los que presenta cierta distorsión en la presentación de la cabeza; así como la presentación de cara, de frente, de hombros, presentación transversa, etc. La de cara es una presentación que ocurre una en 500 casos, en su variedad de presentación de frente. La dificultad de esta presentación es que en los diámetros que presenta la cabeza para salir son mayores que los usuales de cabeza. Esto hace que el feto se comporte como si fuera un bebé mucho más grande, siendo normal para un canal de parto normal. La presentación de hombros es una mala posición en la presentación. Desde luego es muy ancho el diámetro que presenta para que este bebé salga por el canal de parto normal. Es imposible su salida y por lo tanto si no puede ser corregida tendrá que ser un parto por cesárea. Igualmente, esta presentación de hombros puede permitir el escape de un brazo del feto. Si la gestante llega con una dilatación completa, se pueden intentar algunas maniobras de rotación, siempre y cuando haya espacio y el tamaño del feto lo permita. Las presentaciones transversas son unas presentaciones que nunca han de salir por vía vaginal si es que no se corrigen por versiones o a través de una operación cesárea que sería lo más indicado. Todas estas malas presentaciones son diagnosticadas de antemano ya sea en el pre-parto o durante el progreso del parto o también si hay alguna duda por las radiografías. La paciente no debe preocuparse, ya que el Obstetra que conduce el caso es un hombre experimentado y él sabe exactamente a su juicio lo que es conveniente tanto para la madre como para el niño.

PUERPERIO

EL PERIODO DESPUES DEL PARTO

16

El bebé ya nació, se ha cortado el cordón y recibido por la enfermera quien lo llevará a la sala de bebés para ser revisado por el pediatra. Entonces viene el momento de atender el alumbramiento. De ahora en adelante la etapa se llama puerperio o post-partum inmediato.

Esta fase muy importante en una mujer que pasó 9 meses esperando y unas horas al traer un nuevo ser. Aquí están los famosos 40 días que se deben cuidar. Si bien es cierto que es un cuidado, no debe ser exagerado como el pasarse 40 días en cuarentena o en un encierro. Aún algunos centros mantienen a la paciente por varios días en cama. Hoy en día yo la levantó a las seis horas del parto. Debe ser movilizada lo más pronto para evitar complicaciones venosas y prestar ayuda a la involución del útero a lo normal. Por otra parte, se sangra menos y la recuperación es más rápida.

Las dos primeras horas del parto, son controladas con frecuencia por sangrado o dolor. Ciertos hospitales tienen un servicio especial con enfermeras de Recuperación por el que se cuida y controla la presión arterial, el sangrado, la consistencia del útero, hematomas en la episiotomía, etc.

Durante la estada en el hospital se producen algunas molestias que son comunes y no son de carácter patológico como, por ejemplo:

Sangrado vaginal, que día a día disminuye y sale acompañado de una mucosidad que se conoce con el nombre de Loquia. Algunas veces puede venir con coágulos o sangre viva, pero pasa. Si tiene un olor fétido o hay pus se le considera infectado.

Los “Entuertos” o dolores post-partum, vienen a ser las contracciones uterinas como cuando se espera la menstruación o algo más. Su significado es mantener el útero comprimido para no sangrar, eliminar el contenido (coágulo, tejidos) y reducirse a lo normal, ya que día a día el útero disminuye de tamaño acercándose a lo normal al final de la 3ra. Semana del parto. Si la señora está lactando estos “entuerros” son más frecuentes y con cualquier analgésico, antiespasmódico, pasan. Yo recomiendo echarse boca abajo y con los pies fuera de la cama y pasa el dolor. El dolor puede ser acentuado con el uso de la sustancia contractora uterina, pero hoy hay tendencia a no usarse porque produce dolor y no es indispensable, salvo que se indique por sangrado excesivo, atonía del útero, etc.

Otra molestia es el estreñimiento que sufre la paciente porque está en reposo. Si ha tenido una episiotomía, estará temerosa porque le duele o “teme” que pueda abrirse. Más aún si tiene hemorroides, pues evitará defecar. Todo esto está mal hecho, desde el primer día prescribo a la paciente laxante, lubricante o supositorios y además de reasegurar que no hay problemas en defecar; pues lo habrá si no se corrige el estreñimiento post-partum.

Ya mencioné lo de las episiotomías, que muchas veces son muy amplias y producen molestias cuando están en vías de cicatrización, pero que poco a poco esto disminuye con la ayuda de una serie de medios, como calor seco local por lámpara de luz, calor húmedo con baños de asiento y cremas locales anti-inflamatorias y anestésicos y otras medicinas generales, como analgésicos orales.

En el puerperio dentro del hospital, permito tomar un baño de ducha y lavarse la cabeza si así lo desea la paciente a partir de la sexta hora post-partum. La paciente siempre lo solicita porque a partir de las 24 horas comienza a transpirar con un sudor abundante que la hace sentir incómoda.

Otra pequeña molestia es el insomnio de los primeros días por la excitación emocional o los “problemas” que puedan ocurrir. En estas condiciones, hable con su médico y libérese de la tensión y luego se le dará sedantes y/o somníferos si es necesario.

COMPLICACIONES POST-PARTUM INMEDIATAS

Los primeros días de hospitalización son de observación para evitar que ocurran una serie de complicaciones muy serias, tan serias como, por ejemplo, las hemorragias post-partum inmediatas a la salida de la placenta, sobre todo en aquellos úteros que son hipotónicas (que no contraen bien) y que no responden a los medicamentos contractores del músculo uterino, contracción que tiene la cualidad de comprimir las venas que quedan abiertas. Esta situación no ocurre con frecuencia en las primíparas, pero en las multíparas es frecuente. Esta hemorragia se controla con soluciones de medicinas contractoras del útero y reemplazan la sangre perdida. A veces la placenta revisada aparenta estar completa, sin embargo pueden quedarse los cotiledones, o sea segmentos aberrantes de placenta retenidos en la cavidad uterina, lo que causa un sangrado que probablemente no cede con ninguna medicación. El obstetra revisará el útero y hará una limpieza del tejido retenido. Puede ocurrir hemorragia por una rasgadura de la vagina como en el cuello del útero, pero afortunadamente en la revisión de Turina esto se separa inmediatamente. Otra complicación que ocurre es la episiotomía especialmente cuando un vaso venoso sangra en el fondo de la herida sin salir al exterior. Lentamente se va acumulando y formando un hematoma que produce dolor sobre todo cerca al recto y entonces habrá necesidad de evacuarlo y suturar nuevamente la episiotomía. Ninguna complicación es realmente seria y se descubre de inmediato y justamente en el tiempo en que la paciente está en la sala de recuperación, o de observación, las dos primeras horas del post-partum inmediato. Si después de este lapso no se ha producido hemorragia severa es probable que no ocurra después.

LAS INFECCIONES

Durante los tres primeros días del parto no hay prácticamente elevación de temperatura, pero puede ocurrir después por causa infecciosa, particularmente una infección en el útero: la fiebre puerperal. Esta infección en la matriz era muy grave antes de la era de los antibióticos y producía unas complicaciones tan serias que a veces causaban la muerte de muchas madres. Estos gérmenes especialmente los estafilococos dorados o estreptococos viridians, son los más

temimidos; inclusive hay unos gérmenes que se llaman Welchii que son muy resistentes a los antibióticos pero no imposibles de tratar. En el primer síntoma elevado de temperatura de la paciente nos valemos de métodos rápidos de cultivo para determinar el germen y el antibiótico que se debe usar para la curación evitando así los procesos crónicos.

Otra complicación es la que puede ocurrir en la episiotomía en vista de que esta zona está muy cerca al ano. Por las heces que pueden contaminar, hay ocasiones en que se produce un absceso en la región que requiere ser drenada, limpiada; y con los antibióticos termina el problema.

Otra de las infecciones muy frecuentes dentro de los primeros 4 ó 5 días son las que ocurren a las vías urinarias por contaminación de la vagina o del ano penetrando por el meato urinario a la vejiga y así, sucesivamente, asciende la infección hacia los riñones. La sintomatología de esta infección es muy aparatosa porque da fiebre muy alta y un malestar general. Así como es de aparatosa es fácilmente dominada por la terapéutica con antibióticos.

HEMORROIDES

Las hemorroides realmente son un problema molesto. Estas no han aparecido con el parto sino que vienen desde mucho antes; sobre todo en mujeres muy estreñidas que gestan, y que con este estreñimiento pertinaz, sin los cuidados necesarios, comienzan a desarrollar dilataciones venosas en el ano y en la parte baja de la ampolla recta, donde se forman las famosas hemorroides. Durante el parto estas hemorroides se distienden y pueden ser bloqueadas por una serie de coágulos e inflamarse y a veces infectarse. No encierran una gravedad seria, pero sí una molestia que desespera a la paciente. Imagínese con la episiotomía más hemorroides inflamadas, realmente es un fastidio que pone de mal humor los primeros días, ante un acto tan bonito como es tener un bebé. Por eso es que el tratamiento de las hemorroides debe ser profiláctico desde antes del embarazo, manteniendo una defecación regular y suave. Pero si ya es portadora, entonces se le dará una serie de pomadas anti-inflamatorias, analgésicas, anestésicas locales y lubricantes del intestino. Si estas no se reducen por medicación y regímenes higiénicos-dietéticos entonces la paciente deberá someterse a la cura quirúrgica de las molestas hemorroides.

POST – PARTUM TARDIO

Cuando la paciente es dada de alta y va a la casa, pueden ocurrir una serie de problemas infecciosos. Generalmente son de tracto urinario o también puede ser una uterina. Esto debe ser informado de inmediato al médico, quien dará el tratamiento correspondiente o pedirá las pruebas de laboratorio necesarias para determinar el diagnóstico con certeza. Algunas veces pueden ocurrir hemorragias pero no son severas, sangrado que ocurre del decimoquinto al vigésimo día inclusive, antes del primer mes. Este problema ocurre en ciertas condiciones especialmente por estar infectado, el útero ha sufrido un proceso de subinvolución o sea que regresa muy lentamente sin los cambios necesarios del endometrio para hacer hemorragia ante el influjo hormonal que ya están comenzando a producir los ovarios. Este es un problema molesto. La cantidad de sangre aunque no es mucha, es sí un goteo continuo durante varios días que puede llevar a la paciente a una anemia crónica. De inmediato deberá consultarse para recibir el tratamiento correspondiente. Un problema dentro del puerperio de gran seriedad es la infección de los senos; sobre todo en aquellas madres que lactan a sus bebés. Hablaremos de ello en detalle en el capítulo correspondiente.

VARICES

A las señoras que desarrollan venas varicosas durante la gestación, se les aconseja el uso de medias elásticas y pueden recibir también una medicación que fortalece aparentemente las paredes de las venas. Pero, además, es importante que no use ligas para sujetar las medias ni fajas con piñeras ajustadas porque dificultan el flujo venoso. Recibirán masajes en los miembros inferiores y el levantamiento de la cama será lo más precoz. Cuando estas venas son muy grandes es aconsejable usar medias elásticas durante el parto para evitar la formación de coágulos locales e inflamaciones de las paredes venosas. Si esto ocurriera recibirán un tratamiento inmediato que disuelva el coágulo y cure la inflamación venosa. El problema es que el coágulo formado en la vena puede salir disparado a un órgano de importancia; por lo tanto, apenas haya algún dolor en la pierna debe informarse de inmediato. Sin embargo, el médico

hará con frecuencia exámenes de rutina para anticiparse al problema. La complicación se llama flebitis, caracterizada por un dolor localizado con hinchazón y una coloración rojiza de la piel en la zona afectada.

LACTACIÓN : LA PRIMERA ALIMENTACIÓN PARA MI BEBE

17



Este es un capítulo muy importante.

Las paciente hacen la siguiente pregunta: ¿Doctor Le parece que tendré leche o no?, si no hacen la pregunta la hago yo: ¿Señora Ud. piensa dar de lactar?; entonces me contestan: a Ud. que le parece? Debo?. Si me pregunta mi opinión yo creo que no debe de lactar porque, de antemano, ella no lo desea. La respuesta de si tendrá leche es muy difícil de contestar, en vista de que aparentemente en los lugares civilizados la función de la lactación está prácticamente desapareciendo, y cada día las generaciones producen menos leche. Otra pregunta: Ud. cree, doctor, que es mejor darle mi leche o leche artificial?. Bueno, si la señora tiene leche es aconsejable la lactación porque a través de la leche materna la madre administra a su bebé una serie de productos que elabora como, por ejemplo, anticuerpos para defenderlo, al menos de los primeros seis meses, contra infecciones. Desde luego que si la mujer trabaja y necesita hacerlo de inmediato, no podrá lactar a su bebé; entonces es lógico comprender que el bebé se alimentará con leche artificial y a la mamá se le suprimirá la producción de leche. En el interior del país, en los pequeños pueblos donde no hay en venta productos lácteos para recién nacidos, definitivamente la madre se encuentra en la situación de administrar la leche materna. El tamaño de los senos no es realmente índice de que la madre tendrá leche o no. Puede haber madres que tienen senos grandes y no producen leche y puede haber algunos casos como, en ciertos grupos raciales, en que las madres tienen senos muy pequeños y, sin embargo, pueden amamantar al bebé por mucho tiempo y en cantidad suficiente. En realidad, aconsejo pensar bien la decisión que va a tomar: ¿quieren probar cómo es dar de lactar?. Bueno, pueden

hacerlo pero no como una simple curiosidad sino pensando en el beneficio que recibirá el bebé. Es cierto que ya existen vacunas contra todas las enfermedades que pueden ser transmisibles al bebé; sin embargo, la leche materna es el mejor método de elección.

Desde luego, entre las otras ventajas que se mencionan aparte de dar anticuerpos contra ciertas infecciones están aquellas en que la leche está preparada, caliente y sólo para darla de mamar. No hay problemas de las botellas ni estar esterilizando, ni preparar la fórmula, ni estar preocupada si la botella ha sido lavada, o si no está contaminada la leche. De otro lado es muy importante, según los sicólogos, que el bebé sienta placer en la succión, que es vital en la formación del carácter. Lo que si es cierto, es que los niños tienen un carácter muy dependiente cuando, por el contrario, la lactación materna es prolongada por más de un año. La alimentación artificial está recomendada médicamente cuando la madre es portadora de una enfermedad contagiosa, o es un Rh negativo sensibilizado, o tiene algún defecto en las mamas, o tiene pezones invertidos y el bebé no puede prenderse de ellos. También en problemas de inestabilidad emocional. Existe otro grupo de mujeres que con mucho deseo han planeado dar lactación natural y desgraciadamente a los 15 días desaparece la producción de leche. Estas señoras no deben frustrarse en absoluto porque es una cuestión de naturaleza que no pueda continuar la producción de leche. Hasta el momento, aunque sabemos teóricamente como funciona la producción de leche, no existe en el mercado sustancia alguna que pueda estimular su producción. El otro grupo de casos es de aquellos en que la lactación ha producido un problema serio alterando la vida social, la regularidad del hogar. La paciente se pone muy nerviosa porque cree que el bebé no come suficiente, que llora mucho o no tiene la leche suficiente, o simplemente por levantarse en la noche y estar tremendamente cansada. Se le produce un gran impacto, no sabe si debe o no debe lactar o si está haciendo mal al retirarse de este “compromiso”. Entonces, si no tiene deseos de lactar es muy sencillo: no da y se avisa al Pediatra quien dirigirá la alimentación del niño y se suspende la lactación materna. Esto es lo mejor. No hay problemas y sus tensiones emocionales volverán a ser normales. El hogar estará tranquilo y así tendrá facilidades para cumplir sus obligaciones. Alguien le dará una ayuda, como la mamá, la enfermera, la niñera o cualquier persona. Esto es muy humano y es muy natural que una mujer moderna, con los compromisos y el tipo de vida que lleva, cambie de parecer. No debe pensarse de ella que es una irresponsable.

Siempre desde luego sabrá controlar si el bebé está tomando adecuadamente, si sube de peso, si toma la leche correcta, etc., porque es responsabilidad.

EL CUIDADO DE LOS SENOS

Los senos deben cuidarse desde antes del nacimiento del bebé. Generalmente se pueden dar ciertas cremas, soluciones para endurecer el pezón. Si está algo invertido, se hacen ciertos masajes y ejercicios para corregir esta posición. Cuando llega la etapa de lactación el pezón deberá ser lavado con agua limpia y jabón. El agua no necesita ser hervida o esterilizada como en los hospitales, donde es necesario porque los depósitos pasan de una paciente a otra. La limpieza debe hacerse antes y después de dar de lactar. En el mercado existen ciertas cremas a base de lanolina protectoras de la piel que se pueden aplicar para evitar las grietas del pezón. El acumulado de la leche ablanda y macera el tejido que se puede agrietar con la succión que realiza la boca del bebé. Estas grietas serán las puertas de entrada de cualquier germen; la leche servirá de medio de cultivo y producirá la infección conocida con el nombre de Mastitis, o sea absceso del seno.

Debe usarse un sostén u poco más grande que el usual y la forma de sus copas debe ser agradable y fundamentalmente cómoda. Son los sostenes de lactación. El pezón y la aureola deben protegerse con un papel de celulosa tipo Kleenex. En el mercado hay ciertas copas de papel especial que sirven para cubrir este pezón del goteo de la leche; se aconseja no usar algodón ni gasas porque esto ayuda a la maceración de la piel.

¿Qué tiempo debe lactar la madre? Generalmente no hay tiempo Standard, pero pueden darse hasta los 6 meses en algunos lugares y en otros cuatro es lo suficiente. Desde luego la madre actuará de acuerdo a las indicaciones del Pediatra. Alimentación adicional en forma de frutas o yemas de huevo, etc., serán indicadas conforme el bebé crece.

Cuando los senos se cargan mucho, y esto ocurre generalmente en los primeros días de lactación se produce una sensación al tacto como de un saco de nueces; son las glándulas mamarias distendidas de leche. Estas glándulas llenas deben ser evacuadas para lo cual se recomienda lo

siguiente: dar de mamar al bebé a la hora que le corresponde; inmediatamente después evacuar la leche que resta hasta que los senos queden completamente blandos. Esperar hasta 3 ó 4 horas para la próxima lactación. Si se vuelven a llenar con la misma intensidad repetir la misma operación: primero alimentar al bebé y luego evacuar la leche sobrante de los senos. Con dos o tres veces este procedimiento arregla el problema y las molestias por híper producción de leche desaparecen. Esto puede ocurrir intercurrentemente durante los meses que se está dando de mamar. Se hará la misma operación.

Existen una serie de instrumentos como las pezoneras que sirven para sacar la leche por succión. También hay las tetinas que son unos chupones de jefe protegidos por una campanita de plástico que protege el pezón agrietado para que el trajín de la succión no recaiga directamente sobre el pezón. De otro lado, la madre debe recordar que la leche propiamente dicha recién vendrá en el tercer día. No teman porque el bebé no comerá durante tres días, puesto que el primer día recibirá agua con azúcar; el segundo día con la madre para que succione el calostro que es un líquido de proteínas claro, transparente, y el tercer día vendrá entonces la leche que es la verdadera alimentación para el bebé. La frecuencia de alimentar al bebé está entre las 3 y 4 horas. Muchas tratan de poner un horario completamente estricto; pero hablando con los Pediatras con quienes trabajo dicen: Cuando tienes hambre ¿tienes que almorzar a la hora que acostumbras estrictamente? ¿Prefieres comer media hora antes?. Igualmente, el bebé puede tener hambre media hora antes y puede llorar y es por eso que se dice que la alimentación debe ocurrir entre las 3 y 4 horas.

El bebé debe succionar en cada seno aproximadamente 10 minutos. Para saber si ha tomado el volumen que requiere, sencillamente se pesa al bebé antes de la lactancia y se le dará luego la leche. Inmediatamente después se le pesa de nuevo y se verá si ha tomado la cantidad necesaria.

El bebé duerme generalmente en cada seno aproximadamente 10 minutos. Para saber si ha tomado el volumen que requiere, sencillamente se pesa al bebé antes de la lactancia y se le dará luego la leche. Inmediatamente después se le pesa de nuevo y se verá si ha tomado la cantidad necesaria.

El bebé duerme generalmente en el segundo seno; no hay que preocuparse porque la mayor cantidad de alimentación la hace el primer momento de succión, cuando con gran presión pasará la leche, y después al sentirse satisfecho y lleno se quedará dormido al calor de los brazos de la madre. Si el bebé se queda dormido hay que estimularlo especialmente con los dedos en los hoyitos de las mejillas para excitar la succión. Hay una serie de actitudes que tomará la madre cada vez que entienda mejor a su bebé para darle la alimentación adecuada.

COMPLICACIONES DE LOS SENOS

Cuando se está dando de lactar pueden ocurrir una serie de complicaciones en los senos. Estas van de las más simples a las más complejas. Las más simples son: el agrietamiento de los pezones; lo que sucede cuando la madre no pone el cuidado preventivo a los pezones, la limpieza que se ha sugerido o el uso de cremas adecuadas para curar la piel del pezón. Se producen entonces una serie de rajaduras o grietas que arden y a veces sangran un poco. En vista de que no hay tiempo para que cicatricen estas grietas porque el bebé va a mamar de tres a cuatro horas, la molestia se hace muy desagradable. En estas condiciones se ha de utilizar el artefacto especial llamado tetina que es un chupón de jebe con una base de vidrio o plástico), que protege al pezón. Así el bebé succiona de la goma y no del pezón. Esto no es la solución pero, por lo menos, es un alivio. Otra molestia de los senos es la acumulación de la leche de manera excesiva, que produce gran dolor por lo menos, es un alivio. Otra molestia de los senos es la acumulación de la leche de manera excesiva, que produce gran dolor por la distensión de las glándulas mamarias y sus conductos, porque probablemente el bebé no ha succionado lo necesario o de haberlo hecho significa que la producción de leche es mayor que la demanda. La sensación que experimenta la madre es que tiene los senos tan duros como si fueran a estallar. Efectivamente, están muy llenos y a gran presión. La recomendación aquí es la evacuación del exceso por la succión de una pezonera o simplemente de modo manual.

Otra complicación que sí es seria es la infección del seno, o sea la mastitis. Los senos están formados por un tejido glandular muy rico, muy irrigado, y además, tienen divisiones de compartimientos entre tejido y tejido; los vasos linfáticos, que pueden llevar la infección del pezón al tejido donde se localizan, que es un buen medio de cultivo que produce

un crecimiento muy rápido de los gérmenes y, por lo tanto la paciente comenzará a sentir un dolor localizado y una zona muy enrojecida del área correspondiente. El paso siguiente es la aparición de la temperatura elevada, acompañada de escalofríos, dolor persistente e incomodidad. En este momento si la paciente es examinada, es posible que con el tratamiento de antibióticos y otros medicamentos generales y locales, pueda dominarse la infección y terminar con el problema, pero si el tratamiento es un poco tardío o la infección tiene un germen muy agresivo o que es un germen resistente al antibiótico que estaba recibiendo ya que es imposible determinar cuál es el invasor, en estas condiciones se ha de producir un absceso en el tejido y la paciente se siente tóxica, con gran malestar general, temperatura persistente, escalofríos, dolor. En estas condiciones es que el obstetra hará una incisión y drenaje del área correspondiente para evacuar el pus de este seno. A veces estos abscesos son múltiples y el médico hará la punción de las áreas correspondientes. También puede tomar simultáneamente ambos senos. Esta incisión y drenaje se puede hacer con anestesia general, que es lo recomendable para una buena limpieza. También se utiliza anestesia local. Se dejará unos drenajes por una semana a más para facilitar la salida de todo el tejido necrosado y la cicatrización normal. Durante la formulación del absceso, o sea la mastitis, es recomendable que la madre no lacte al bebé porque es factible que a través de la leche puedan ingresar gérmenes en el bebé. Sin embargo, el criterio del médico dirá si puede continuar o no la lactación.

Una vez sacado el pus del absceso se manda al laboratorio para su cultivo. El antibiograma dará a conocer el antibiótico correspondiente para la curación de esta infección.

Como acápite especial debo mencionar que las pacientes operadas de cesárea pueden lactar a su bebé si así lo desean sin ninguna contraindicación, ya que en el tercer día post-operatorio la paciente está prácticamente en muy buenas condiciones, época en que la leche aparece. Desde luego, esto está supeditado a la recomendación del médico en relación con el estado general de la paciente, con la pérdida de sangre, etc.

¡ YA SOY UNA MAMA !

¡ TENGO UN HIJO ¡

18



Este capítulo no corresponde a la Obstetricia pero, generalmente, el Obstetra es ametrallado por una serie de preguntas que las pacientes hacen, y que deben responderse. No se quiere decir que el Obstetra es un puericultor, pero es el hombre que puede contestar inmediatamente después de que ha nacido el bebé; si está sano, si está completo y si no hay ningún problema que le haya ocurrido, y si el bebé necesita ir a la incubadora, o por qué ha estado en la incubadora, si hay alguna malformación obvia, etc., etc. Afortunadamente contamos con la valiosa ayuda de los Pediatras, quienes son las autoridades en lo que al bebé respecta. Sin embargo, hay veces que tenemos que contestar acerca de la circuncisión, sobre el cordón umbilical, hasta sobre la alimentación. El médico dará las respuestas de acuerdo a las preguntas que la paciente hace.

Al bebé nacido se ha cortado el cordón umbilical, se ha ligado este cordón; la enfermera ha hecho la limpieza del recién nacido y lo ha vestido. El primer examen que recibe, pues, este niño al nacer lo realiza el Obstetra. Es un examen realmente superficial en el sentido de ver cualquier malformación externa. Por ejemplo, verá que los dedos de los pies y las manos estén completos, que la formación de los miembros inferiores esté en buena posición. Se fijará asimismo en la cara, la nariz, el

paladar, los labios, el ombligo; en fin, cualquier alteración que pueda presentar. El Pediatra hará el examen completo y detallado e informará a los padres la condición, el peso, hará recomendaciones, etc.

La pregunta ¿es bonito el bebé? O ¿porqué ha salido tan feo? Son obvias de contestar. Para mí, todos los niños son bonitos al nacer y no se puede determinar si serán ganadores de concurso de belleza o no. “Se parece a la mamá”, “al papá” o a “los abuelos”, realmente constituyen opiniones muy personales. ¿Por qué tiene tanto pelo? O ¿Por qué es pelón? También son obvias. Algunos niños al nacer lo hacen con mucho pelo, otros nacen prácticamente con una pelusa sobre la cabeza, esto es racial y no tiene ningún significado en el momento de nacer. Algunos nacen con uñas cortas, otros, con largas. Aquellos que nacen con las uñas largas generalmente son bebés que han pasado las 40 semanas de gestación. Otra observación, por ejemplo, es que el bebé ha nacido con una tumoración en la cabeza, “una bola”. Efectivamente, es el “Caput succedáneo” que es una hinchazón con acumulación de líquido sero-sanguinolento por la presión que recibe la cabeza durante las contracciones uterinas en el canal del parto. Esto no tiene importancia porque en 24 horas prácticamente desaparece. Sin embargo, hay algunos niños que van a permanecer con esta bolita en la cabeza por mucho tiempo e inclusive en algunos niños puede calcificarse y mantener un abombamiento persistente. Ello es tan raro que no es de preocupación. A veces, el niño al nacer con la ayuda del fórceps va a tener una marca en las mejillas y cerca de los párpados, pero esto no tiene importancia porque en las 24 horas siguientes desaparecen; otras veces, la presión ha sido un poquito mayor y se pueden producir unos moretones que también han de desaparecer a corto plazo con medicaciones locales, sin que esto quiera decir que haya daño en el bebé.

En cuanto al peso: promedio es de 3,250 gramos que es lo ideal para los bebés nacidos en este país. Los bebés que pesan por debajo de los 2,500 gramos se consideran prematuros aunque sean de 9 meses de gestación, debido a un problema que ocurre en la placenta, porque es insuficiente para pasar la cantidad necesaria de alimentos y, por lo tanto, el niño será pequeño al nacer. Sin embargo, este bebé se va a recuperar y puede ser inclusive mucho más grande y pesar mucho más que cualquier otro niño que haya podido pesar por encima de los cuatro kilos. El máximo normal es de 3,800 gramos. Se considera normal entonces de

2,500 a 3,800 gramos: estar encima de este peso probablemente indica que puede existir la tendencia diabética en la madre o serlo francamente.

Los pesos gigantes o extraordinariamente altos no son frecuentes pero dan problemas en el nacimiento, sobre todo cuando están por encima de los 4,000 gramos. Se ha alcanzado niños que pesaron inclusive hasta los 6,500 gramos, pero felizmente son muy raros. Este es el grupo de bebés responsables de una desproporción relativa con el tamaño del canal de la madre.

En cuanto a la longitud el bebé es de aproximadamente 50 centímetros de tamaño promedio; algunos niños más pequeños o prematuros medirán algo menos, y los post-maduros pueden medir hasta 54 centímetros; pero las variaciones normales están entre 48 a 52 centímetros.

ALGO SOBRE EL RECIEN NACIDO

19

El bebé recién nacido entre los primeros 4 a 5 días ha de perder una gran cantidad de peso que puede alcanzar de 300 a 400 gramos. Esta es una pérdida fisiológica en vista de que en las primeras 48 horas no recibe alimentación propiamente dicha, pero inmediatamente después comienza a ganar peso a un promedio de 20 a 30 gramos diarios, con la alimentación normal. La madre no debe preocuparse de ninguna manera por ello.

Los Pediatras visitarán a la madre durante los días de hospitalización, conversarán con ella dándole una serie de orientaciones y consejos para el cuidado del hijo. En ciertas condiciones los niños pueden nacer presentando ciertas características, como consecuencia de ciertos procesos que tiene la madre como por ejemplo:

Algunos niños pueden nacer hinchados (edematosos) como ocurre en Rh negativo sensibilizado o en los casos de madres diabéticas. Con la colaboración del Pediatra o del Hematólogo se hará lo necesario para retornar al bebé a la normalidad.

Otra pregunta que hace la madre es: ¿Dr. De que color son los ojos?. En el nacimiento es difícil ver el color porque el niño al nacer mantiene los ojos cerrados y sólo se les abre para ponerle las gotas desinfectantes. A decir verdad, se ven dos tipos de colores, los colores claros o los colores oscuros, pero aún así a los pocos días es posible que el bebé abra los ojos y pueda ser visto el color que realmente presenta. No es el definitivo porque puede modificarse tanto en aclarar o hacerse más oscuro.

A veces el niño ha estado sometido a un esfuerzo durante el trabajo de parto o ha habido circular de cordón, alrededor del cuello, o ha habido algún problema en que el niño ha nacido algo asfixiado, o un traumatismo

moderado. Entonces, por estas condiciones este niño es puesto en incubadora, para que se oxigene adecuadamente y mantenga calor y humedad necesarios. En la incubadora también puede colocarse a los niños justamente post-maduros en vista de que ellos se comportan como si fueran prematuros. También van a la incubadora los hijos de diabéticos y los bebés que han sido sometidos a recambio sanguíneo. Decir que el bebé está en incubadora no indica siempre que está en malas condiciones. Sin embargo, cuando hay cierto daño fetal o alguna malformación congénita o algún compromiso respiratorio, porque los pulmones no se han distendido totalmente, es necesario, desde luego, ponerlo en la incubadora en vista de que la concentración de humedad y oxígeno es tal que es un beneficio para el recién nacido.

A veces los niños nacen con lo que llaman marcas de nacimiento que pueden ser simplemente unos lunares o zonas pigmentadas que, generalmente, los padres han poseído y el bebé ha heredado. Algunas veces presentan ciertas dilataciones de venitas que se llaman Angiomas del recién nacido, que pueden a veces cubrir un miembro o una gran área. Este caso será consultado con un médico que se dedica a los problemas vasculares quien hará las recomendaciones necesarias. Generalmente hay que esperar a que el niño crezca y pueda ser tratado ya sea por Radiación o escisión por Cirugía Plástica, lo que depende del área tomada. A veces el niño nace con ciertas formaciones alrededor de la oreja que son cúmulos de tejidos que se forman en este órgano y que no han participado en el desarrollo. Pueden ser removidas quirúrgicamente por razones de estética, ya que estas formaciones no son vitales.

El recién nacido, varón o mujercita, puede nacer con los senos muy prominentes. Esta situación no tiene mayor significado porque en dos o tres días ha de desaparecer. Esto es debido a que la reacción hormonal sobre el tejido mamario del feto ha sido estimulado de tal manera que hace desarrollar estos senos. No debe ser de ninguna manera causa de preocupación de los padres. Otra de las malformaciones que pueden ocurrir es la existencia de un pedículo en la mano o en el pie extra que correspondería aun grupo de células que han formado un dedo en la época embrionario. Esto se reseca también con cirugía plástica. Otra malformación es el labio leporino no tiene mayor importancia porque es operado de inmediato, pero si han compromiso del paladar o sea que éste está partido si viene a ser un problema de acuerdo a la extensión, porque el niño no podrá succionar adecuadamente. En estas condiciones se

hacen unas prótesis o sea unos aparatos plásticos para obturar el defecto durante la succión. Este aditamento es pegado al chupón de la mamadera y cuando crece, se separará el defecto.

Otro estudio que se debe hacer en el bebé es el reconocimiento de que los huesos de la cadera no estén separados o sea la Luxación Congénita de la Cadera. No es una complicación seria si se descubre al momento del nacimiento en vista de que el tratamiento sólo consiste en mantener las piernitas del recién nacido separadas, y en pocas semanas quedará perfectamente normal con el crecimiento del niño. Si esta luxación congénita de la cadera no se reconoce en el recién nacido, cuando el niño comience a caminar, que es algo más tardío de lo usual, va destruir el área articular y las lesiones que se producen pueden ser definitivas. Se ha de requerir entonces de la cirugía para su normalización. Si esto es descubierto al año o año y medio, con sólo la aplicación de aparatos de yeso por un tiempo determinado mientras crecen los huesitos de la cadera entrarán a formar una articulación normal. Este tratamiento lo hace el Ortopedista.

Otro de los problemas que pueden presentarse debido aun traumatismo en el nacimiento, sobre todo en aquellos que nacen de nalgas, es la parálisis temporal de un bracito, que no tiene realmente mayor importancia porque es por la distensión de los troncos nerviosos que se encargan de inervar el brazo correspondiente. El Pediatra que reconoce esta condición por su vasta experiencia simplemente fija el brazo con ciertos vendajes y el bebé queda en buenas condiciones en poco tiempo. Con el traumatismo del parto de hombros es factible que pueda fracturarse la clavícula en el recién nacido, ya sea accidentalmente o de propósito, cuando los hombros son muy grandes y es necesario a veces hacer las fracturas de ella durante el nacimiento para evitar la asfixia. Esta fractura es tratada rápidamente y en una semana o dos se produce la cicatrización sin dejar ningún problema.

A los pocos días del nacimiento (3 ó 4) o a veces a la semana es posible notar que el niño se pone amarillento. Si el problema no es de Rh o incompatibilidad ABO, no debe tenerse ningún temor: simplemente este niño ha nacido con 5 ó 6 millones de glóbulos rojos en su circulación y una hemoglobina de 16 a 17 gramos por ciento, cantidad que le fue útil en la cavidad uterina por estar sometido a un nivel bajo de oxigenación. Al nacer, este nivel de oxigenación es mayor, por lo tanto el sobrante de

glóbulos rojos se destruyen por un mecanismo de balance que la naturaleza proporciona al organismo, aumentando el nivel de la bilirrubina, que es derivada de la hemoglobina, factor que colorea la piel de amarillo y que al ser eliminada lentamente el color vuelva a lo normal. Desde luego el Pediatra debe ser comunicado de inmediato para descartar cualquier otra posibilidad. Este cuadro se conoce como Ictericia del Recién Nacido.

CIRCUNCISION

Hoy día es costumbre hacer la circuncisión al varón recién nacido prácticamente de manera rutinaria. Este procedimiento es tan antiguo como la Biblia, ya que se describe por primera vez cuando Abraham hizo la circuncisión a Jacob su hijo.

Es necesario explicar por qué se realiza la circuncisión. En primer lugar, la piel que cubre el glande del pene, llamado prepucio, está completamente estrechada en muchos de los casos de tal manera que dificultará las erecciones. Esta estrechez se conoce con el nombre de Fimosis. Este estrechamiento produce además en el niño un remanso de orina por dificultad de la salida y constituirá un medio de cultivo para gérmenes, y por ello una infección de manera retrógrada hacia la vejiga y hacia todas las vías urinarias. Entonces será necesario hacer la circuncisión.

Esta intervención que consiste en recortar el prepucio, se puede hacer en cualquier momento, durante su estada en el hospital o al momento de nacer el bebé, es decir después de habersele cortado, el cordón umbilical. En 24 horas el área operada cicatriza perfectamente sin complicaciones.

De otro lado, esta piel contiene ciertas glándulas que producen una secreción de color blanquecino que se acumula, llamado Esmegma, que puede contaminarse y producir trastornos. El objeto de la circuncisión de rutina sin fimosis es por razón exclusivamente higiénica y profiláctica, que no altera en absoluto ninguna función futura del niño, en especial desde el punto de vista sexual. Existen una serie de grupos raciales cuyas costumbres exigen la circuncisión rutinaria desde tiempos inmemorables y en ellos no existió problema alguno. Por eso es que este procedimiento

ha sido generalizado y aceptado universalmente, ya que se ha notado a través de estudios estadísticos que en los circuncidados no hay cáncer del pene, y que en sus esposas el cáncer del cuello del útero es prácticamente nulo, en relación con los grupos que no han sido circuncidados.

CORDON UMBILICAL

El apéndice que queda del cordón umbilical que es la conexión a la placenta para los intercambios alimenticios del feto en el útero ha sido seccionado y ligado en el momento del parto. Aproximadamente queda un segmento de 4 a 6 centímetros de longitud y que se ha de secar y endurecer en el curso de los días y generalmente se va desprender del ombligo entre los 6 y 15 días. Durante esta época la madre aplicará simultáneamente a la limpieza que se realiza al bebé, alcohol o menthiolate para evitar que se infecte. Este es un tejido que carece ahora de circulación y prácticamente es un tejido que muere, puede sobre agregarse gérmenes y producirse una seria infección. Pero con el cuidado, manteniéndolo limpio y protegido con soluciones antisépticas, no ha de suceder nada. Muchas veces el cordón permanece inclusive dos a tres semanas sin desprenderse. La madre no debe preocuparse en absoluto de que el cordón no haya caído, de todas maneras ha de desprenderse porque es un segmento de tejidos que no cumplen ninguna función. Debe protegerse además de la solución aséptica, con una gasita, y si usa ombliguero cubrirla con éste. No hay ninguna otra recomendación al respecto, solo paciencia.

COMO VESTIR AL BEBE

Esta es una pregunta que hacen las madres cuando dicen: que llevo para el bebé?. En realidad los Hospitales van a vestir al bebé durante la estada del post-partum que es de cuatro a cinco días, solamente tendrá unas camisitas, pañales, unas frazaditas. Pero, en el momento de salir el bebé es vestido en la Nursería, enseñándose cómo hacerlo por la enfermera de bebés a la madre, quien llevará la ropa necesaria para salir. No necesita estar muy abrigado porque el niño se siente tan incómodo en el calor como se sentiría con el frío, debe vestírsele de acuerdo a la estación en que se encuentra, en verano con ropa de hijo en general,

camisitas delgadas y una chompita de hilo. Se pondrá los pañales de acuerdo al gusto que se haya elegido, que pueden ser en forma de T o triangulares, algunos zapatitos suaves y no muy ajustados. Algunos usan las mangas especiales para cubrir las manos del bebé, no por frío sino que no se produzcan traumatismos tipo arañoses en la cara. En realidad, el chico no necesita vestírsele con lujo, todo está de acuerdo a la condición socio-económica de la madre, pero lo que sí importa es que esté cómodo, holgado, nada ajustado, porque él se siente incómodo de la misma manera que un adulto se sentirá incómodo usando la ropa no adecuada. Hoy día no se deben usar vendas especiales para fijar los pies rectos o brazos fijos para que no se muevan, como si fueran de una momia, o con la idea de evitar que las piernas sean “chuecas”, esto no es cierto porque la forma no será modificada realmente, salvo que sea indicado por el ortopedista si hay alguna deformidad. Entonces le harán el aparato ortopédico necesario, pero a los bebés normales debe dejárseles de la manera más libre posible.

CERTIFICADOS DE NACIMIENTO

En nuestro medio, el médico expide y firma un certificado de nacimiento que ha sido otorgado por el Departamento de Estadística de Nacimientos de las Municipalidades, correspondientes a los diferentes Distritos, donde se pone el nombre que el bebé ha de llevar (para ello debe de pensarse de antemano el nombre para varón o para mujercita) y los apellidos paterno y materno. En ese certificado van también los nombres del padre, la madre, profesión, número de hijos, etc. Y otra serie de datos importantes para llevar una estadística. El médico da sus datos personales y su domicilio y firma el certificado que ha atendido el nacimiento en tal madre. Figura el peso, además cómo fue el parto y clase de parto.

Recomiendo que al hacer la inscripción el padre debe llevar dos testigos con sus tarjetas de identidad para firmar el Registro Civil. Además, solicitar una serie de copias adicionales, aparte de la que otorga la Municipalidad, por un gasto extra. Sugiero que se pidan de 5 a 10 copias, especialmente en los varones en vista de que son necesarios Certificados para el Colegio, la Universidad, el Servicio Militar, para sacar

un pasaporte, etc. Teniendo 10 originales estoy seguro de que este niño va a recordar de manera muy agradecida a sus padres que se han preocupado de ello desde su nacimiento. El costo y el tiempo para solicitar una copia en adulto es realmente un procedimiento más largo y requiere, además, la legalización notarial.

La inscripción se hace dentro de los primeros 15 días de nacimiento en la Municipalidad. Si se pasan los 15 días hay una serie de problemas legales para certificar que el niño es hijo legítimo y se requiere la colaboración de abogados, jueces, etc., en procesos largos y tediosos. Por ello es que no se debe olvidar de hacer la inscripción dentro de las fechas que se han otorgado para su realización.

ME HAN DADO DE ALTA: POR FIN EN CASA

20

Pasaron afortunadamente los días de hospitalización sin ninguna molestia, la madre y el padre contentos; el bebé bien. Están vestidos y listos para salir y será la primera vez que la paciente se ha de enfrentar a la importante responsabilidad de ser madre. Recuerden que esta responsabilidad no requiere ser leída en ningún libro especial, pues existe sólo un libro publicado por la naturaleza que lo trae consigo toda mujer y es el Instinto Maternal, que con su inteligencia ha de coordinar la función de madre en el cuidado de su hijo con los quehaceres domésticos.



Estando lista la paciente para ser dada de alta, si ha sido una buena paciente y no ha subido excesivamente de peso estará lista para irse a casa con la ropa que utilizó por primera vez cuando al consultorio, es decir, con el peso normal. Si se utiliza ropa de gestante es que probablemente no hizo caso a las recomendaciones de su médico en cuanto a la dieta y la subida de peso la dejó con varios kilogramos demás.

Para arreglar el alta, el Médico aviso a la Estación de Enfermeras que se hagan los arreglos necesarios para la salida de la paciente. La Estación enviará la historia y la orden firmada por su Doctor a la Administración, la que hará los cálculos de costos que la paciente debe

pagar. Se ha dicho que está incluida la hospitalización por 4 a 5 días, el derecho de sala de bebé, el derecho de sala de partos, las medicinas: si han usado anestésicos, si ha habido parto por operación cesárea, los derechos de sala de operaciones, aparte de los honorarios del Anestesiólogo y los honorarios del Pediatra, respectivamente. La hora de salida del hospital es generalmente a partir de las 9.00 am. y antes de las 12 m. Los arreglos deben ser hechos dentro de esas horas. Después de las 12 m. los hospitales recargan un día extra por hospitalización. Al salir la paciente debe haber recibido las instrucciones del médico y recomendaciones para la casa, es decir, lo que podrá hacer y lo que no deberá hacer.

Dentro de lo que permito a mis pacientes está: atender las necesidades de su persona y las del recién nacido, esto es, que puede bañarse, vestirse, arreglar el cuarto de manera superficial, desde luego sin hacer grandes esfuerzos ni movilizar muebles pesados. Puede también cargar al bebé, hacerlo dormir en los brazos, pero se recomienda que esté sentada para dar la alimentación. Generalmente los primeros días de la semana habrá cierto temor por inseguridad de que si se está dando o no adecuadamente la atención al bebé. Habrá mucha tensión emocional, lo cual va a contribuir a que haya una fatiga corporal que aumentará la emoción. Por lo tanto, todo debe tomarse con mucha paciencia y con buen humor cualquier situación. Que si el bebé llora o no, que si hay que cambiarlo a cada rato o cuando sea necesario. Vendrán muchos parientes y amigos a hacer miles de recomendaciones de lo que se debe hacer. No necesita de ninguna manera tomar estas recomendaciones al pie de la letra; utilice solamente las que cree Ud. que son de beneficio. Cada uno conoce exactamente la necesidad de su casa sin llegar a ser una mártir o someterse a un sacrificio corporal que no va a conducir a nada positivo y, por otro lado, no va ayudar en absoluto las labores de Turina. Si en la casa tiene ayuda de la mamá o de un ama o empleada esto es, desde luego, muy ventajoso, pero si no hay posibilidades para ello no importa, simplemente se necesitan unos momentos de dedicación para el bebé y poder seguir conduciendo los quehaceres de casa. Pero si tiene una ama o enfermera especializada para cuidar al bebé y puede seguir conduciendo los quehaceres de casa. Pero si tiene una ama o enfermera especializada para cuidar al bebé no se olvide que Ud. es la mamá y Ud. dirige el cuidado y desarrollo de su bebé y no debe estar sometida a la autoridad completa de las amas desplazando a la madre. Recuerde que el bebé es suyo y no del ama. Aunque tal asistente es muy valiosa, no debe usurpar

su puesto, desplazarla, sentirse frustrada e inútil. Si esto ocurre se producirá el gran “drama” cuando se quede sola con el niño en el día de descanso de su ama. Si todo va bien no hay problemas, se acomodan los horarios de la alimentación, se recomienda a la señora que salga un poco a la calle o ir al cinema, al teatro, o comer fuera de casa por un par de horas por lo menos. Asimismo, se le sugiere entretenerse y sentirse verdaderamente libre, no esclavizada por ser mamá.

También se deberá seguir ciertos cuidados higiénicos como son: estando en casa y por lo menos hasta cumplir seis semanas no hacer lavados vaginales en casa en vista de que está eliminándose líquido mucosanguinolento por la vagina. Debe hacerse abstinencia sexual por lo menos 30 a 40 días, tiempo que demora el retorno a lo normal de los tejidos de los órganos sexuales. Tampoco es recomendable bañarse en tina, sino en ducha o regadera, inclusive lavarse la cabeza e ir a la peluquería y permanecer en el secador, teñidos, etc. No debe exagerar mucho el ejercicio físico, desde luego no debe saltar, cargar pesos, subir y bajar muchas veces las escaleras. En esta época, sobre todo en las primeras dos semanas, si es posible cuando el bebé duerme, es recomendable tomar un descanso por lo menos una hora diariamente. Esto le va a dar energía en caso de que deba levantarse en la noche. Todas estas molestias pasarán y la madre volverá a lo normal, generalmente a partir de los 30 días del parto, en que ya estará en buenas condiciones físicas y adaptada a la nueva vida que se hace parte de la rutina diaria, excepto que se agrega una “personita” más a la que se deberá cuidar; el bebé.

Hay ejercicios que se deben realizar en el post-partum y sobre todo ejercicios para fortalecer la musculatura de la pared abdominal que ha estado en reposo durante 6 meses, por lo que ha quedado debilitada y adelgazada, lo que explica que la pared abdominal se sienta muy blanda, fofa y globulada, por ello es que se recomienda hacer ejercicios de tipo abdominal. Existen folletos especiales que muestran los ejercicios que están permitidos en el post-partum para recuperar nuevamente el tono muscular de antes de la gestación. Habrá una pérdida sero-sanguinolenta durante los primeros 15 días, la que irá disminuyendo paulatinamente y gradualmente hasta el mes en que esta secreción se vuelve discretamente rosada y moco blanco, transparente. Al poco tiempo comenzarán a aparecer ciertos síntomas en los senos y vendrá la primera menstruación. La primera menstruación ocurrirá entre los 30 y 60 días en

mujeres que no están lactando. La cantidad de esta regla es difícil de predecir. La cantidad, calidad y duración generalmente es similar a la de costumbre. Pero, muchas veces, una mujer que ha tenido de 4 a 5 días de regla antes de la gestación, puede convertirla en 2 o 3 días. No tiene mayor importancia que esto ocurra porque es probable que en cada embarazo la función menstrual puede variar dentro de lo fisiológicamente normal. Muchas veces, estas reglas son abundantes. Si son profusas deben ser comunicadas a su médico quien le hará las indicaciones necesarias para controlar esta situación. Con las pérdidas vaginales de ese moco sanguinolento puede agregarse unos descensos de color amarillo o verdoso inclusive con mal olor, con o sin escozor. Esto es una complicación de tipo infeccioso en la vagina que debe ser consultada al médico para que determine cuál es la causa de este descenso y prescriba el tratamiento adecuado.

ALGUNAS MOLESTIAS EN CASA

21

En realidad, en el puerperio normalmente no se espera que suceda ninguna complicación. Lo que ya se habló es una posibilidad de los descensos amarillentos por infección vaginal, que puede ser controlada rápidamente. Otras complicaciones como los sangrados tardíos realmente no tienen importancia, si no son abundantes. La otra complicación tardía en la Mastitis, mencionada en detalle en los capítulos respectivos. Sin embargo, pueden aún presentarse una serie de molestias como las siguientes: a veces puede persistir un dolor en las regiones de la cadera, la articulación del sacro con la pelvis (lo que llaman cadera) en la que se ha producido cierta distensión y separación y desplazamiento articular en articulaciones que normalmente no deben tener movimiento. Desgraciadamente, este es un problema que demora un tiempo, pero el uso de fajas, analgésicos y anti-inflamatorios harán el control de este dolor, disminuyendo las molestias.

LAS INFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS

Generalmente son concomitantes a las infecciones vaginales, es decir que una vaginitis, por ejemplo, puede estar acompañada de cistitis. Si esto ocurre también debe ser consultado a su médico quien le dará el tratamiento de inmediato, puesto que una infección urinaria si se hace crónica realmente es molesta y necesita un tratamiento prolongado.

Al regreso a casa una complicación menor que ocurre es la hernia de la cicatriz umbilical o sea que se nota que el ombligo está un poquito más prominente y que el anillo umbilical a veces permite el pasaje de un dedo o llega a tener dimensiones mayores. Esto es debido a la gran distensión del abdomen en una persona que tiene cierta deficiencia en el tejido elástico en general. Esto abarca la cicatriz umbilical potencialmente

dilatable y hará una hernia. Depende de la magnitud y molestias que producen especialmente dolor y si es muy amplio pueden pasar tejidos intra-abdominales incluyendo asas intestinales. Cuando esto ocurre es de seguro que va a requerir una reparación quirúrgica de la hernia umbilical.

EL CLOASMA

Son las manchas que quedan en la cara como si fueran pecas grandes, sobre todo en la frente, las mejillas, la nariz y la barbilla, que son de un color marrón oscuro que contrasta con el resto de la piel. Muchas pacientes atribuyen esto a “estar mal del hígado”. No es eso sino la alteración de los pigmentos que ocurre durante la gestación. Generalmente, estas manchas deben desaparecer lentamente en el lapso de dos o tres meses, pero pueden reaparecer con un nuevo embarazo. Este cloasma se puede acentuar si la paciente toma en lo futuro las tabletas anticonceptivas. No tienen ningún resultado patológico importante excepto la estética del cutis.

Si es que la paciente ha sufrido de hemorroides éstas se pueden inflamar inmediatamente al parto. Si no regresionan a lo normal probablemente la paciente ha de sufrir con períodos de mejoría y de inflamación de los paquetes hemorroidales en relación directa al estreñimiento que sufre. Esto debe ser controlado y si las molestias son muy serias y no regresionan después de un tiempo prudencial a pesar del tratamiento recibido probablemente será recomendada una cura quirúrgica de hemorroides.

LA ALIMENTACION EN CASA:

No hay razón para alterar la dieta a que la paciente está acostumbrada. Si está dando de lactar es recomendable que en su dieta aumente mayor cantidad de proteínas y sobre todo leche o queso, en que habrá buena cantidad de calcio para la formación de la leche que alimentará al infante. A pesar de que está cicatrizada de la episiotomía u otra cicatriz quirúrgica como la de una cesárea, la paciente podrá comer cualquier tipo de carne incluyendo pescado y mariscos, aunque en nuestro

medio es tabú no comer animales de mar cuando hay una herida. Esto no demora la cicatrización, por el contrario, en regiones donde no se tiene carne de res el pescado es una buena fuente de proteínas que es lo que el organismo necesita, y no sucede ningún percance.

Puede beber alcohol si es necesario, tomar alimentos condimentados si desea, en fin, no hay en absoluto ninguna limitación en los alimentos aun dándose de lactar o no. Desde luego, la alimentación debe ser bien balanceada y adecuada para mantener la línea. Si la paciente ha subido muchos kilos y está por encima de lo que acostumbra a pesar, desde luego quiere volver a su línea. Entonces puede hacer una dieta aunque esté dando de lactar, suprimiendo los hidratos de carbono; esto es, harinas, pastas, dulces, menestras, con incremento en la proteínas, legumbres y frutas, y así quemará las reservas de grasa que el organismo no necesite sin debilitarse en absoluto, pero bajará de peso e inclusive dará una buena alimentación de leche al bebé si es que está lactando, salvo que la leche de la mujer que está lactando al bebé tenga cierta influencia, en especial al producir estreñimiento, diarrea o aumento de gases, alergia, etc. Deberá consultar al Pediatra, quien le hará la recomendación respectiva, como la restricción de algunos alimentos que probablemente producen estas molestias al recién nacido; o cambio a lactación artificial.

EL CONTROL POST – PARTUM

22

MI PRIMERA VISITA

Al salir del hospital se recomienda a la paciente venir a un control médico después de seis semanas, es decir a los 40 días tan conocidos, haya ocurrido o no la primera menstruación. Si ha ocurrido la menstruación a los 35 días como es factible, la paciente irá inmediatamente después del a regla para su control. Llevará consigo informes de lo que haya ocurrido durante este lapso. Llevará además las preguntas necesarias que desea hacer a su doctor. Inmediatamente, el médico después de interrogarla sobre su regla, de cómo están los senos, si está dando de lactar o no, la función intestinal, la función urinaria, y en general, todos los problemas que se han podido presentar, pasará a la sala de examen donde se le hará el control del peso, presión arterial. Asimismo, se le hará un examen del abdomen para el tono muscular respectivo para ver cómo ha quedado la piel. Luego pasará a realizar el examen de la pelvis. La importancia de este examen es determinar cómo ha quedado la cicatriz reparada de la episiotomía. Luego se aprecia la calidad de secreción vaginal y si es necesario se tomará una muestra de cultivo para determinar la presencia de gérmenes. Después se hará un examen con espejulo, instrumento que hace visualizar el cuello. Esta es la parte importante donde se pueden ver ciertas rasgaduras de pequeñas magnitud que pueden haber ocurrido durante el parto, si ha cicatrizado o no, o si ha perdido cierta protección de la piel que cubre el cuello, o si ha sido invadido por un tejido que contiene glándulas secretoras de moco. Estas glándulas hacen que aumenten las secreciones mucosas y que la paciente aqueje de este descenso abundante como “clara de huevo”. De ocurrir ello, se hará las recomendaciones necesarias para su tratamiento, ya sea por fulguración eléctrica o una cura quirúrgica en relación con la extensión de esta “erosión” cervical. Ambas formas son convenientes de acuerdo al criterio médico: la primera, la fulguración o electrocauterización, que al coagular los tejidos, se producirá una costra, la cual, cae y es reemplazada por el tejido normal, y por lo tanto, la producción de

secreciones vaginales serán en cantidad normal. También se hace un examen de la orina para ver sedimento y tener una idea de que no hay infección. De haber sospecha o existir tal infección se hará un urocultivo para determinar los gérmenes y el antibiograma correspondiente para prescribir la medicina necesaria.

Las lesiones del cuello uterino se conocen con el nombre de cervicitis, o sea inflamación del cuello uterino que ha erosionado, ha perdido su piel. Estas son las famosas cervicitis, nombre muy conocido entre todas las mujeres. En realidad no es malo tenerlas por lo menos en esta edad, pero toda lesión inflamatoria del cuello tarde o temprano debe ser tratada, en vista de que irritaciones constantes es un órgano lo hace propenso al desarrollo de tumores malignos. Se debe prestar los mayores cuidados y tratarse lo más pronto posible para evitar que esta lesión se haga crónica y, desde luego, las molestias traducidas en constantes descensos. La cauterización se realiza generalmente en el consultorio o en una clínica. Simplemente es un examen pélvico el cual la paciente ya conoce y que se aplica al extremo de un generador eléctrico que produce una coagulación al tejido por chispa eléctrica. Debe saber la paciente que este procedimiento es indoloro, discretamente molesto, en ciertos puntos más sensible, que puede percibir un tipo de hincada o molestia que es pasajera. No requiere anestesia general ni local. La costra que se ha formado se desprende en un término aproximado de 3 a 4 semanas, regenerando el tejido normal. Es de comprender que la cauterización no se debe llevar a cabo de manera muy profunda para no producir una quemadura igualmente profunda. Entonces el médico esperará que caiga la primera costra, y en la segunda o tal vez la tercera cauterización terminará por completo con esta área inflamada. La paciente cauterizada no requiere en absoluto guardar cama, no altera su vida cotidiana, ni limitación alguna. Durante este tiempo de 3 a 4 semanas tendrá una pérdida por vía vaginal que corresponde a secreciones de descamación del área fulgurada. Durante todo este tiempo habrá una pérdida de secreción algo amarillenta. Otra vez al caerse la costra es posible que detrás de ella haya habido una arteriola pequeña que puede sangrar. Si sangra en pequeña cantidad y coagula espontáneamente no debe preocuparse la paciente; pero si está sangrando un poco más de lo que debe sin que esto coincida con la menstruación debe ir al consultorio donde el médico hará lo necesario para el tratamiento, para evitar el sangrado vaginal.

El examen de los senos también es parte de la rutina para ver cómo están los pezones, las aureolas y también las glándulas mamarias, para reconocer congestión o inflamación.

RECOMENDACIONES GENERALES

Terminado este examen y resueltas todas las preguntas que ha traído la paciente, se le hará recomendaciones generales que son las siguientes: en primer lugar, que la paciente ha regresado a lo normal y está en perfectas condiciones para realizar cualquier esfuerzo físico inclusive planear otro bebé. Muchas veces la paciente solicita la recomendación médica para la planificación familiar, o para espaciar los embarazos por razones socio-económicas, enfermedad, molestias, viajes, trabajo de la madre para mantener al bebé o colaboración en el aporte familiar, etc.

A partir de ahora la madre ha terminado todo cuanto está conectado al proceso gestacional y puerperal. Cualquier enfermedad o problema que ocurra en lo futuro no está relacionado de ninguna manera con el parto anterior. Es decir: ha sido dada completamente de alta desde el punto de vista obstétrico.

En cuanto al cuidado del niño el Pediatra deberá ser consultado en todo momento, quien le hará las recomendaciones y planeará los controles, le enseñará cómo debe alimentar al bebé, orientará a reconocer los llantos de molestia o de dolor, orientará el programa de vacunación y prevención de enfermedades propias de la infancia, enseñará cómo debe vestir al bebé, cómo debe tener arreglada la cama, la posición para que duerma, antes de los alimentos o después de los alimentos; el baño, etc.; en fin, todo lo que sea concerniente al héroe de la familia o sea el bebé.

PLANIFICACION FAMILIAR O ESPACIAMIENTO DE GESTACIONES

23

CONTRACEPTIVOS

Estando la madre en buenas condiciones, perfectamente sana, no hay ninguna razón para que no tenga un bebé seguido de otro. Conocemos a madres que han tenido entre 10 y 20 hijos durante toda su vida. Desde luego, esta situación en nuestros días se puede tornar en un problema, en vista de la situación socio-económica que atraviesan diferentes países. Por esto es que inclusive la planificación familiar está siendo dirigida en ciertas naciones, tanto americanas como del Oriente, para evita los problemas de superpoblación en vista de falta de trabajo o falta de alimentación. Desde luego que si la economía de un matrimonio está en la posición de que puede tener el número de hijos que quiera no hay ninguna objeción ni regla que se oponga; simplemente, porque el papá o la mamá son quienes han de repartir su tiempo igualmente para educar. Educación que significa no sólo gasto económico sino dedicación personal de parte de la madre y del padre a cada uno de sus hijos de manera independiente. Sabemos que cada niño tendrá problemas en particular a los cuales hay que responder y atender individualmente.

De otro lado, si hay deficiencia económica desde luego la alimentación de estos niños no será adecuada. Sin embargo, si por algunas razones especiales, la señora desea limitar temporalmente otro embarazo por factores importantes, como por trabajo o cambio de localidad, en fin, cualquier excusa aceptable o no, o simplemente no quiere tener familia por el momento, entonces puede solicitar la ayuda del médico.

La planificación se realiza, en primer lugar, dándose una explicación sobre es el ciclo menstrual y cuándo es la época de ovulación que viene a ser fértil, en que el huevo es fecundado, y al ser determinado este día se tratará de evitar las relaciones sexuales. Es aceptado por la Iglesia

Católica y por todas las religiones ortodoxas que prohíben el uso de contraceptivos. Este método ha sido aprobado por el Papa Pío XI en 1930. Otros métodos contraceptivos no están aprobados por la Iglesia Católica ni otras ortodoxas.

A manera de cultura general relataremos la existencia de los diferentes métodos contraceptivos.

Existen tantos métodos contraceptivos y con tanta antigüedad como la existencia del hombre. Así, en la Biblia relata que Onán practicaba el coito interrumpido (onanismo) para no tener familia.

Es posible clasificar los métodos en cuatro grupos básicos:

Los mecánicos (masculinos): Preservativo y capuchón, (femeninos): diafragma, capuchón cervical, dispositivo intrauterino, esponja. Los químicos. Jalea, espuma, supositorios vaginales.

Hormonales femeninos: las píldoras contraceptivas (secuenciales o combinadas), inyecciones de acción de 3 a 6 meses. En estudio la de 12 meses.

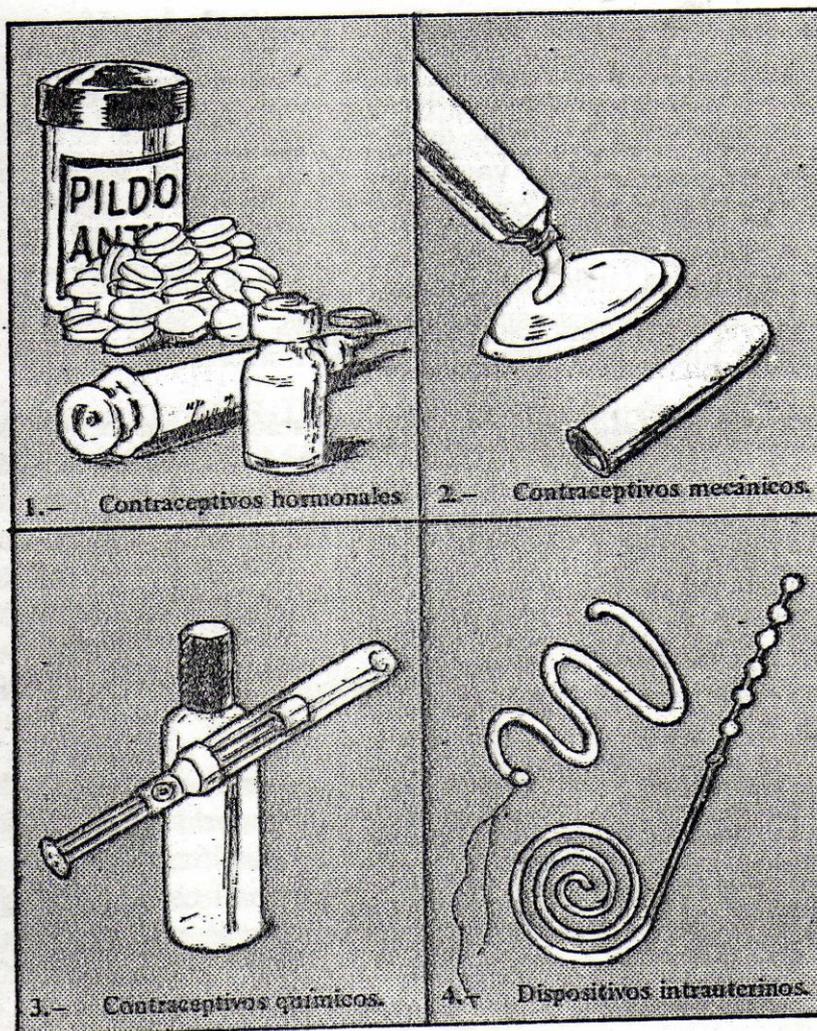
Masculinos: en estudio

Quirúrgicos: Métodos probablemente definitivos que son: en la mujer la ligadura de trompas y en el hombre la ligadura de los conductos deferentes.

Esta lista es incompleta, pues hay muchos métodos, pero ninguno de ellos ofrece un ciento por ciento de seguridad.

METODOS MECANICOS DE CONTRACEPCION:

EL PRESERVATIVO.—Entre los contraceptivos más efectivos y más fáciles de ser utilizados está el preservativo. Es de uso simple y no produce ninguna molestia y es fácil de ser adquirido. Es uno de los contraceptivos que más difundidos está en todo el mundo. La facilidad consiste en que no requiere ninguna medida o control médico, como los demás contraceptivos.



Está constituido por un tubo largo de Látex o de piel de carnero que reviste el pene. En la parte terminal tiene un reser-

DIAFRAGMA. Es el anillo plástico con una membrana de jebe látex que fue inventado hace 80 años por el Dr. W.P. J. Mesingra, médico alemán que ha diseñado este artefacto que sirve de barrera entre el cuello uterino y la vagina para evitar la penetración del espermatozoide en el útero. Se usa con una jalea o espuma que aumenta la seguridad porque contiene agentes químicos que van a inmovilizar al espermatozoide. Una vez aplicado el diafragma en la vagina debe permanecer por lo menos 6 horas sin ser extraído para que cubra su acción la jalea. Al retirarse este instrumento, no hay necesidad de hacer el lavado vaginal, si la señora está acostumbrada a hacer su ducha de rutina por higiene no tiene ningún inconveniente en realizarlo. Este método requiere que se tome la medida para el uso del tamaño adecuado.

EL TAPON CERVICAL. Este es un dispositivo diseñado para colocarlo cubriendo el cuello uterino, es una copa pequeña de plástico que se asegura sobre el cuello. También se usa con ciertas jaleas o cremas contraceptivas. Para aumentar la seguridad requiere la medición del tamaño correspondiente. Este método es ahora muy poco usado; en los países donde se ha empleado ha sido reemplazado por otras técnicas.

EL PRESERVATIVO.- Entre los contraceptivos más efectivos y más fáciles de ser utilizados está el preservativo. Es de uso simple y no produce ninguna molestia y es fácil de ser adquirido. Es uno de los contraceptivos que más difundidos está en todo el mundo. La facilidad consiste en que no requiere ninguna medida o control médico, como los demás contraceptivos.

Está constituido por un tubo largo de látex o de piel de carnero que reviste el pene. En la parte terminal tiene un reservorio donde se coloca el semen eyaculado. Hay algunos que vienen lubricado, otros sin ello y, según la finura y el grosor tiene valores diferentes. El problema de ellos está en sus fallas, debido a que algunos pueden estar defectuosamente fabricados o con agujeros, y con el tiempo pueden presentar ciertas perforaciones en el látex.

CREMA O JALEAS SOLAS.- Este método ha sido mencionado como sustancia química aplicada junto con el diafragma o en el tapón cervical. Pueden utilizarse solas aplicando con una cánula en la parte más profunda de la vagina, cubriendo el cuello a manera de desinfectantes vaginales. La crema se aplica minutos antes de realizarse el coito y actúa inhibiendo la movilidad de los espermatozoides. Estas jaleas contienen sustancias antisépticas vaginales las cuales pueden ser utilizadas como tales. Los ingredientes son poderosos espermatoestáticos, ya que un volumen puede paralizar hasta 29 volúmenes de espermatozoides.

ESPUMA VAGINAL.- Es una variación de presentación de las cremas o jaleas contraceptivas que está envasada en unos continentes de metal a presión de gas como si fueran las cremas de afeitar. Esto libera cuando se oprime el botón para dejar salir el contraceptivo espumoso. La diferencia está en que cuesta un poco menos que los otros y se necesita menor proporción que las cremas. Esta espuma tiene mayor superficie de acción ya que son bolitas de gas que se ponen en contacto con los espermatozoides.

TABLETAS VAGINALES.- Tienen el mismo principio de contracepción que las otras cremas, jaleas o espumas por acción química. Estas tabletas al desintegrarse con la humedad van a bloquear la entrada de los espermatozoides por el canal cervical. La ventaja está en la facilidad para usarse por lo pequeñas que son; pero con la desventaja de que tienen un límite de vencimiento por cierto tiempo.

Estas pueden ser compradas en la farmacia sin ninguna prescripción médica y además el costo es bastante bajo comparado con los otros contraceptivos químicos.

SUPOSITORIOS.- Están formados a base de una gelatina sólida que se derrite a la temperatura del cuerpo, de 36 a 37 grados centígrados. Se colocan en el fondo vaginal y se derriten en pocos minutos. Igualmente, paralizan la motilidad del espermatozoide. Tienen el inconveniente de que en zonas calurosas se derriten rápidamente.

ESPONJAS.- Es una esponja corriente que tiene el tamaño de un óvulo vaginal y que es insertada en el fondo de la vagina. Esta esponja contiene también una serie de productos químicos espermaticidas. Este método es muy antiguo, como que se usaba en el Egipto antiguo, o sea que hace 4,000 años. También ha sido usado y está citado por los hebreos en sus libros de costumbres y leyes. Este método tiene sus ventajas, desde luego, porque no requiere medir tallas antes del uso, es barato y no tiene ninguna contraindicación especial.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS.- Es un método por el cual se inserta en la cavidad uterina un dispositivo que puede ser de diferentes diseños, para prevenir el embarazo. Este método es también muy antiguo: fue aplicado antes que la mujer a los camellos por nómades cuando iban a cruzar el desierto. Se les introducía en la cavidad uterina manojos de seda, trozos de metal o de marfil para prevenir la gestación en las travesías. Entonces surgió la idea de insertar estos dispositivos en las mujeres. Es así que en la Edad Media y en la Edad Moderna se confeccionaban dispositivos de platino con engaste de brillantes que resultaban muy caros, hasta que en el año 1920 un médico llamado Kraenfermen hizo un dispositivo de material plástico, aunque también los hacía de oro y plata. Pero, en aquella época había complicaciones tales como infecciones y perforaciones uterinas por la dificultad en la técnica de aplicación. Hasta que en el año 1959 se diseñó un dispositivo que no era irritante a los tejidos del útero, es decir que se utilizan sustancias plásticas tales como el polietileno, el teflón, etc. Que además de ser inocuas son relativamente económicas. Desde luego, su aplicación requiere una medición y la atención por el médico. Este material al no ser reactivo con los tejidos tiene la facilidad de no producir ninguna dolencia por el uso y puede permanecer en el útero por muchos años. Existen estudios en portadoras hasta por quince años, sin patología.

Hay una serie de formas de estos artefactos, así como el número de inventores y diseñadores. Hubo los espirales, el asa doble, el corbatín, el anillo, etc. En el programa mundial en que han intervenido 69 países y más de 1,100 médicos que aplicaban estos dispositivos. Los resultados y hallazgos así como el método utilizado, la reacción y las complicaciones que ocurría, se enviaron a una oficina central donde se hizo un estudio

comparativo y se sacaron conclusiones tales como: quienes podían usar, en qué condiciones y cuál era su efectividad contraceptiva. Los resultados son muy halagadores. Las ventajas son de un costo bajo, se aplican una sola vez y permanecen mientras la pareja no desea tener familia. Una vez que planean tener un bebé el dispositivo es extraído de su lugar.

Los inconvenientes son: que algunas mujeres durante la menstruación aumentan la cantidad del sangrado. El otro inconveniente es que puede ser expulsado, ya que es un cuerpo extraño en la cavidad uterina. Su efectividad contraceptiva es buena y tiene una falla de 6.7 x. 1,000. Algunos médicos prefieren hacer el cambio de este dispositivo cada dos años. Las usuarias deben ser sometidas a controles, el primer año cada seis meses y a continuación anualmente, para el diagnóstico de infección y detección de cáncer.

LA PILDORA.- Este es un método que ha sido muy popularizado en los últimos 15 años. Se trata de un grupo de tabletas que generalmente varías de 20 a 22 que deben ser tomadas una cada noche a partir del quinto día del ciclo menstrual y que después de terminado a los tres o cuatro días ocurre la menstruación. La acción de esta píldora supone el bloqueo de la producción del óvulo en el ovario y al no haber óvulos entonces no habrá concepción. Los ciclos menstruales serán completamente normales con el sangrado menstrual correspondiente. Desde luego, hasta el presente aún no se han encontrado contraindicaciones en su uso aunque aparentemente es seguro y no daña el organismo. Todavía se necesitan varios años para que se esté completamente seguro de que es inocuo. Sin embargo, estas píldoras no se pueden administrar en pacientes que tienen venas varicosas inflamadas. Hay aumento de peso temporalmente por retención de líquidos. Desde luego, este peso regresa a lo normal al producirse la regla. Otro inconveniente es que el costo de estas píldoras es relativamente elevado puesto que debe tomarse constantemente, lo que en un año suma una cantidad de significación. En nuestro país estas píldoras se pueden comprar libremente lo cual no está bien, ya que en otros países se compran con prescripción y control médico que suma el costo del uso del contraceptivo.

Es de interés saber que esta píldora a pesar de su acción contraceptiva es usada en muchos casos en las amenazas de aborto, para preservar el embarazo, entre otras aplicaciones.

Otro de los inconvenientes es que algunas mujeres tienen ocasionalmente pérdidas sanguíneas intermenstruales. Aunque esto no tiene ningún significado de importancia es una molestia.

Hay quejas de tipo gastrointestinal en las que se producen náuseas que pueden llegar al vómito. Estos síntomas desaparecen después de haberla tomado por algunos ciclos. No está recomendado el uso de estas píldoras inmediatamente después de haber dado a luz en mujeres que están lactando, ya que aparentemente se suprime en gran cantidad la producción de leche; por lo tanto se recomienda no usar la contracepción en la época de lactación.

Existen estas hormonas diluidas en un medio especial, que se absorben lentamente en tres, seis y doce meses, una vez que han sido inyectadas en el organismo. Ello viene a ser las famosas inyecciones contraceptivas de larga duración.

Realmente son muy inconvenientes, pues sólo deberá recordarse su uso cada cierto tiempo. Sin embargo, tienen algunos inconvenientes tales como: sangrados irregulares, o ausencia de reglas menstruales por períodos prolongados. Todo ello no tiene significancia realmente seria pero sí es molesto para ciertas mujeres.

Se ha demostrado que en algunos casos de inflamaciones de las venas, la flebitis, se puede producir la trombosis o sea coágulos en las venas que pueden ser disparados a diversos órganos del cuerpo.

Existen muchos otros métodos más y tanto como técnicas ingeniadas por cada cultura, raza o pareja; pero debo mencionar el método quirúrgico: existe la esterilización quirúrgica en algunos países. Ella consiste en hacer las ligaduras de las trompas de Falopio. Es de lo más sencillo y además si la paciente cambia de parecer puede ser reoperada o recanalizadas las trompas. El método quirúrgico en el hombre, consiste en la ligadura del conducto deferente, que es método quirúrgico simple, que se realiza con anestesia local y de manera ambulatoria.

Cualquier método que los humanos utilicen deberá ser elegido de acuerdo a los dictados de su conciencia, credo religioso, situación socio-económica o de salud, y siempre bajo la orientación de su médico, sacerdote o asistente social.

EPILOGO

El mensaje que se debe recibir al leer este libro es que la mujer que espera un bebé debe darse cuenta de que las cosas no deben ser tan negras como se escucha a través de la sabiduría popular, ya que ésta se encuentra llena de tradiciones pintorescas, interesantes y, a veces, humorísticamente agradables; otras, muy deprimentes, pero nunca deberá ser la autoridad que dirija los destino de la futura mamá.

Debe quedar en la mente de cada gestante, que su mejor orientador, consejero y amigo es el Obstetra, ya sea para las que tienen atención privada o aquellas que la reciben en los centros hospitalarios. Cualquiera que sea el elegido será el mejor. Pero no deberá solamente elegir sino que debe seguir sus recomendaciones, asistir a sus consultas para que las posibilidades de caer en complicaciones sean prácticamente nulas. Lo contrario traerá un riesgo tan grande que después nos dará dolores de cabeza, arrepentimientos, desequilibrio económico; en fin dirán: ¿Porqué no fui a consultar desde el principio?.

Aquellas caras que he visto, las situaciones que he pasado, las penas, tristezas, alegrías, llantos de felicidad, angustias y todas las emociones que la especie humana puede sentir, me han inspirado las páginas de este libro, recopilando las experiencias que he pasado, las explicaciones que di, así como las alegrías que viví y las angustias que he pasado a través de tantas noches que se confundían con los días, ya que ésta es la vida de cuanto Obstetra el mundo ha formado.

No utilicen este libro para resolver sus problemas. No es un libro de consulta: es un libro de lectura para 9 meses, que sirve de guía a la mujer que cumplirá la función más bella que la naturaleza le dio: ser madre.

SAMOEL SOIHET

GLOSARIO

Aborto: Expulsión prematura del producto de la concepción. Ovulo fecundado. Embrión o feto no viable.

Acidez, Vinagrera: Sensación de ardor, quemadura o ácido en el estómago y esófago. Trastorno digestivo.

Adolescencia: Período de la vida entre la pubertad (aparición de los caracteres sexuales secundarios) y la edad adulta (cesación del crecimiento corporal).

Albúmina: Proteína que normalmente no se encuentra en la orina.

Albuminuria: Albúmina en la orina (en toxemia).

Alumbramiento: Expulsión de la Placenta y membranas fetales del útero, después del nacimiento de un niño.

Amenorrea: Falta de reglas (menstruación).

Amnios: Membrana cerrada delgada o fuente que circunda al feto dentro del útero que contiene el líquido amniótico en el cual se encuentra el feto.

Amniótico: Líquido en el que se encuentra el bebé.

Analgesico: Sustancia que corta el dolor.

Andrógeno: Hormona masculina.

Anemia: Cantidad de sangre por debajo de lo normal.

Anestésico: Sustancia líquida o gaseosa que entumece los tejidos quitando la sensibilidad al dolor, calor o frío.

Anomalía: Irregularidad o defecto.

Anticuerpo: Sustancia en la sangre que reacciona contra cuerpos extraños producidos por gérmenes o antígenos del Rh.

Antígeno: Sustancia que cuando ingresa a la sangre circulante causa la producción de anticuerpos.

Antojo: Deseo imperioso de comer algo en mujeres emocionalmente inmaduras.

Auscultar: Escuchar con estetoscopio.

Bacilos de Doderlein: Bacterias que normalmente se encuentran en la vagina.

Barbitúrico: Sustancia que produce sueño.

Blastocismo: Huevo en las primeras etapas de la división celular.

Calambres: Trastorno de la sensibilidad por dificultad circulatoria.

Calostro: Líquido secretado por las mamas justamente antes e inmediatamente después del parto.

Catéter: Tubo de plástico o metal para drenar la orina.

Catgut: Sutura.

Cauterización: Acto de cauterizar, coagular por calor en el tratamiento de las inflamaciones del cerviz a cada lado de la vagina.

Cervix: Cuello uterino, porción estrecha del útero que desemboca en la vagina.

Cesárea: Operación cesárea, nacimiento del bebé por incisión quirúrgica de la pared abdominal.

Cigoto o Zigote: Célula resultante de la unión del espermatozoide y el óvulo en la concepción.

Circuncisión: Resección quirúrgica del prepucio.

Cistitis: Infección de la Vejiga.

Cistocéle. Hernia de la vejiga de la mujer a través de la pared vaginal.

Climaterio: Menopausia. Alteraciones físicas y ginecológicas que presenta la mujer al terminar la función menstrual.

Clítoris: Pequeño órgano eréctil de la mujer situado justamente en el ángulo superior de la vulva.

Coito: Acto sexual, el pene del hombre introducido en la vagina de la mujer.

Concepción: Principio de una nueva vida. Penetración del espermatozoide en el óvulo.

Congénito: Que existe al nacer, no necesariamente por herencia.

Constipación: Estreñimiento, defecación difícil y espaciada por más de un día.

Contracción uterina: Acortamientos rítmicos de la matriz que en el parto ayudan a dilatar el cuello.

Contraceptivos: Dispositivos o drogas para prevenir la concepción durante las relaciones sexuales.

Control de la Natalidad: Limitación deliberada de la procreación.

Corión: La envoltura más externa del huevo y una sección formará la placenta.

Cromosoma: Uno de los fragmentos pequeños que se encuentran en el núcleo de la célula donde están los genes que transmiten la herencia.

Cuerpo Lúteo (cuerpo amarillo): masa amarilla en el ovario que se forma a partir del folículo roto que produce la hormona progesterona.

Demerol: Nombre comercial de sustancia sintética que quita el dolor.

Descensos (Leucorrea): Secreciones que salen de la vagina generalmente de causa inflamatoria.

Diabetes: Trastorno del metabolismo de los azúcares en el organismo por falta de insulina.

Dismenorrea: Menstruación dolorosa.

Distocia: Parto dificultoso.

Diurético: Sustancia que aumenta la salida de orina.

Ducha vaginal: Corriente de agua con alguna solución antiséptica por razones sanitarias o médicas.

Ectópico: Fuera de lugar, EMBARAZO ECTOPICO: Cuando el feto se desarrolla fuera del útero, como en ovario, cavidad abdominal o trompa de Falopio.

Edema: Hinchazón, retención anormal de agua en el organismo por falta de insulina.

Embarazo: Situación en que se tiene un embrión o feto en desarrollo hasta el nacimiento o aborto.

Embrión: Individuo nonato en sus primeras etapas del desarrollo.

Endocrino: Glándula, que vierte su producto en el torrente sanguíneo.

Endometrio: Membrana mucosa que reviste la cavidad uterina.

Entuertos: Contracciones uterinas después del parto, algo dolorosas.

Episiotomía: Incisión en el Periné de la mujer para facilitar el nacimiento del bebe.

Esfínter: Músculo anular que cierra un orificio natural.

Espermatozoide: Célula reproductora masculina madura capaz de fecundar el óvulo.

Estrechez: Estrechamiento anormal de un canal.

Estrógeno: Hormona que determina los caracteres sexuales femeninos y afecta el funcionamiento del ciclo menstrual.

Eyacuación: Expulsión del semen en el clímax del acto sexual.

Falopio, Trompa de: Oviducto o tubo que conduce al óvulo desde el ovario al útero.

Feto: En la especie humana el niño nacido a partir del tercer mes de la gestación hasta el nacimiento.

Fisiológico: Función normal de los órganos.

Flatulencia: Aumento de gases intestinales y salida por el ano.

Flebitis: Inflamación de las venas.

Folículo: Vesícula en la superficie del ovario que contiene el óvulo en desarrollo.

Fórceps: Palancas que ayudan a la extracción del bebé.

Gama Globulina: Sustancia proteica que conforma los anticuerpos para defenderse de infecciones.

Gestación: Embarazo, período desde la concepción hasta el nacimiento.

Ginecólogo: Médico especialista en el tratamiento de los problemas de los órganos sexuales y reproductores femeninos.

Gónada: Glándula sexual ovario o testículo.

Grupo Sanguíneo: Uno de los cuatro tipos de sangre humana (A,B,O,AB).

Hematomas: Colección de sangre entre tejidos sin salida al exterior. Sangre apresada.

Hemoglobina: Proteína de los glóbulos rojos de la sangre que contiene hierro.

Hemorragia: Salida anormal de sangre por vasos sanguíneos rotos.

Hemorroides. Dilatación de venas del recto y ano.

Herencia: Transmisión de los rasgos característicos comparables de los padres a los hijos.

Himen: Pliegue membranoso que cubre parcialmente el orificio externo de la vagina.

Hiperémesis: Vómitos exagerados que llevan a la deshidratación.

Hipertensión: Presión arterial elevada.

Histerectomía: Extirpación quirúrgica del útero.

Histerotomía: Incisión en el útero.

Hormona: Sustancia química producida por una glándula endocrina que ejerce un efecto específico sobre la actividad de los órganos del cuerpo.

Inducción del Parto: Iniciar el trabajo de parto artificialmente.

Insomnio: Imposibilidad de dormir.

Insulina: Sustancia que metaboliza los azúcares en la sangre producidos por el Páncreas.

Labios mayores: El par externo de los órganos genitales, vulva.

Labios menores: El par interno de los órganos genitales, vulva.

Lactar: Dar leche del seno materno.

Libido: Impulso sexual.

Loquia: Pérdidas muco-sanguinolentas por vagina en el período post-partum.

Malformaciones: Mal desarrollo, por detención del crecimiento de los tejidos.

Mastitis: Infección de los senos.

Matriz: Utero.

Meconio: Contenido intestinal del feto.

Médico residente: Médico que vive en el hospital durante algunos años para especializarse.

Menarquia: Instalación de la menstruación.

Menopausia: Período en que cesa la menstruación.

Menstruación: Descarga de sangre periódica, desde el útero a través de la vagina.

Mioma, Fibroma: Tumor benigno del tejido muscular que se desarrolla en la pared uterina.

Miotonía: Aumento del tono o dureza muscular.

Monilia: Hongo de localización vaginal u oral.

Monte de Venus: Elevación de grasa por encima del área vulvar.

Mucoide: Semejante al moco.

Multípara: Mujer que ha dado a luz dos o más hijos.

Nulípara: Mujer que nunca ha tenido un hijo.

Obstetra: Médico especialista en el cuidado de las mujeres durante el embarazo, parto y en el período inmediato a él.

Ooforectomía: Extirpación quirúrgica de los ovarios.

Órganos genitales: Órganos sexuales o reproductores.

Orgasmo: Máximo o clímax de la excitación durante la actividad sexual.

Ovario: Glándula sexual femenina de la cual se forman los óvulos.

Oviducto: Trompa de Falopio o uterina por donde pasan los óvulos desde el ovario al útero.

Ovulación: Liberación del óvulo maduro no fecundado desde el folículo de Graaf del ovario.

Ovulo: Célula reproductora femenina similar al espermatozoide en el hombre.

Parto: Acto de dar a luz.

Patológico: Anormal, enfermo.

Pelvimetría: Medida de los huesos de la pelvis y su forma por medio radiográfico.

Pelvis: Parte más baja de la cavidad abdominal.

Pene: Organo genital masculino para copular y orinar.

Periné: Área de músculos que se extiende desde la parte posterior de la vagina hasta el ano en la mujer y desde el escroto hasta el ano en el hombre.

Peritoneo: Membrana que reviste la cavidad abdominal.

Pitocín: Sustancia en la sangre, inicia contracciones uterinas.

Placenta: Órgano semejante a una torta que conecta al feto con el útero por medio del cordón umbilical, a través de la cual alimenta el feto y elimina los productos de desecho. Lo que se expulsa en el alumbramiento.

Podálico: El feto está de nalgas y éstas salen primero.

Pre Eclampsia: Forma de toxemia caracterizada por albúmina en la orina, presión arterial elevada y edema.

Prenatal: Que existe a lo que ocurre antes del nacimiento.

Progesterona: Hormona femenina producida por el cuerpo amarillo o cuerpo lúteo, cuya función es preparar el útero para recibir y desarrollar al óvulo psíquico.

Psicógeno: De origen psíquico.

Pubertad: Etapa de la vida en que el niño se convierte en joven y sus órganos genitales se vuelven operantes y aparecen los caracteres sexuales secundarios.

Pubis: articulación entre los huesos púbicos en la parte baja del abdomen.

Pudendo: Nervio que inerva los órganos genitales externos.

Puerperal, Fiebre: Infección de la matriz ocurrida en el período post partum.

Puerperio: Lo que ocurre después del nacimiento.

Rh.: (macacus Rhesus) iniciales usadas en tipología de grupos: positivo, que está presente; negativo, que está ausente.

Raspado, Curetaje: Es el raspado del revestimiento interno del útero con una cucharita.

Rectocele: Hernia en las mujeres, en la cual la parte del recto se extiende hacia la vagina.

Salpingotomía: Extirpación quirúrgica de una trompa de Falopio.

Semen: Secreción de los órganos reproductores del hombre eyaculado por el pene durante el orgasmo y que contiene los espermatozoides.

Serología: Estudio de laboratorio, antígeno, anticuerpo.

Seudociesis: Falso embarazo.

Sexual, Caracteres Secundarios: Caracteres físicos, distintos de los órganos sexuales que distinguen al hombre de la mujer.

Sífilis: Enfermedad venérea causada por el Treponema Palidum.

Tabú: Prohibición absoluta basada sobre la religión, tradiciones, costumbres sociales o superstición.

Taquicardia: Frecuencia aumentada de los latidos cardíacos.

Tapón mucoso: Secreción que está en el canal cervical que se cae cuando se está iniciando el parto.

Testículo: Glándula sexual masculina.

Testosterona: Hormona masculina producida en el testículo.

Tetina: Chupón de jefe con base de vidrio para proteger el pezón inflamado durante la gestación.

Toxemia: Estado tóxico durante el embarazo que puede producir complicaciones muy serias.

Tricomoniasis: Infestación de trideonomas, que inflaman la vagina.

Trilene: Anestésico suave por inhalación.

Trimestre: Período de tres meses. En el embarazo existe el primer, segundo y tercer trimestre.

Trombosis: Oclusión por coágulo de un vaso sanguíneo.

Umbilical, Cordón: Estructura flexible que conecta al feto con la placenta. Cordón del ombligo.

Uretra: Conducto por donde pasa la orina hacia fuera desde la vejiga.

Uretrocele: Hernia por pretensión de la uretra femenina a través de la pared vaginal.

Urólogo: Médico especialista en enfermedades de las vías urinarias.

Utero: Matriz, dentro del cual se desarrolla el feto.

Vacum Extractor: Aparato que succiona al vacío para extraer al feto durante el alumbramiento.

Vagina: Tubo que se extiende desde el cuello uterino a la vulva a través del cual pasa el bebé durante el parto. Recibe el pene durante el coito.

Vaginitis: Inflamación de la vagina.

Várice. Dilatación venosa por debilidad de sus paredes.

Venérea: enfermedad contagiosa como la sífilis, gonorrea etc., transmitida principalmente por el contacto sexual.

Vérnis Caseoso: Grasa blanquecina que cubre al feto.

Vestíbulo: Área que rodea la entrada a la vagina.

Vulva: Órganos sexuales externos de la mujer.

Biografía

DR. SAMUEL SOIHET

Graduado en el año 1954

Facultad de Medicina de Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima- Perú. Siendo distinguido por ocupar los primeros puestos de su promoción.

Casado con Fanny Milcas desde 1955

Padre de 4 hijas, todas profesionales y 9 nietos

Ha constituido una familia muy unida ejemplar y muy apreciada.

Su esposa Fanny ha sido su compañera en todos los eventos Internacionales en los cuales ha participado, ganándose el afecto y cariño de la Sociedad Médica Mundial.

Su Residentado de Obstetricia y Ginecología lo realizó en The Mount Sinai Hospital de New York, afiliado a la Universidad de Columbia Presbyterian.

Un segundo Residentado en Oncología Ginecológica en el Memorial Center for Cancer and Allied Diseases y Sloan Keating, afiliado a la Universidad de Cornell.

A su regreso a Lima, participa en concurso para Profesor Auxiliar de la Cátedra de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, obteniendo el nombramiento, desarrolla una carrera docente llegando a ser Profesor Principal y maestro de 26 promociones, alcanzando al título honorífico más alto de PROFESOR EMERITO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARCOS. Paralelamente a este ejercicio docente ingresó a la Sanidad del Ejército Peruano, trabajando en el Hospital Militar Central, durante 26 años siendo Director Médico par las Ciencias de la Salud del Ejército Peruano. Ha sido Fundador de la Clínica Ricardo Palma, una de las Clínicas más prestigiosas para la práctica privada.

Fundador de la Sociedad Internacional de la Menopausia – IMS. Fundador y Primer Presidente de la Sociedad Peruana del Climaterio – SOPECO.. Fundador Honorario de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Climaterio y Menopausia – FLASCYM. Recuerdo al Profesor Samuel Soihet desde siempre pues solía asistir a los diversos Congresos de Obstetricia y Ginecología de todos los Continentes y desde 1968 se encontraba con los diversos ginecólogos que asistían a dichos eventos con quienes compartía

las experiencias del tratamiento hormonal de reemplazo en la Menopausia y Climaterio donde cada cual aportaba sus resultados, entre ellos Peter Van Keep. Roberto Greenblat, David Serr, Christian Lauritzen, Ary Haspels y otros, cultivando gran amistad.

Al recorrer el tiempo este grupo de profesores decidieron reunirse en 1976 gracias al esfuerzo de Van Keep y Greenblat en el balneario de la Grand Motte, cerca de la Universidad de Montpether en Francia, llegando a ser 40 los creadores del proyecto de la Fundación de la Sociedad Internacional del Climaterio y Menopausia.

En esta reunión concurrió el Dr. Wulf Utian desde Sud Africa y otros nuevos reclutados siendo el Dr. Soihet el único asistente de habla hispana y formó parte del grupo para la redacción de la terminología y nomenclatura, formando otro grupo para la terapéutica y el tercero para la Organización como especialidad. Así pasaron dos años para que se organice el Primer Congreso de la Menopausia en Israel, y teniendo los Estatutos y Reglamentos en el año de 1978 se fundó la Sociedad Internacional de la Menopausia (IMS) y fue registrada legalmente en Suiza, y se acordó que los primeros 200 miembros tendrían la categoría de Fundadores. De este grupo me relata el Dr. Soihet que hasta agosto de 2002 solamente quedaban 52 Miembros Fundadores.

El Dr. Soihet ha sido Presidente de la Sociedad Peruana de Fertilidad y Esterilidad, participó en un Congreso en Israel, donde fue invitado por el Presidente a formar parte de la auditoria.

Por su amistad con el profesor Caldeyro Barcia en el Congreso de Tokio fue invitado a formar parte del Comité Ejecutivo de F.I.G.O. donde permaneció durante tres períodos de tres años cada uno, desempeñando una fructífera labor por la Latinoamérica. Fue muy estimado y considerado a él, los directivos sugirieron que podría organizar el Congreso Mundial de la F.I.G.O. en el Perú, para el año 1980 y por un solo voto de los delegados del mundo, no salió favorecido el país, pero si incrementó la popularidad para Latinoamérica.

Formo parte en la F.I.G.O. en el comité de patología mamaria, por tres años adicionales donde editaron un libro sobre Patología Mamaria de la F.I.G.O., que repartieron para 184 Sociedades 10,000 ejemplares.

En 1992 Fundo la Sociedad Peruana del Climaterio y fue elegido su primer Presidente, incansablemente recorrió los países Latinoamericanos para promover la creación de Sociedades del Climaterio y crear la Federación Latinoamericana de Sociedades del Climaterio y Menopausia hoy FLASCYM por lo cual recibió el diploma de Miembro Fundador Honorario. Además por todos estos méritos recibió la Medalla de Plata de la Unión Europea Mujer y Salud.

Presidente de la Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia.
Organizó el IV Congreso de la FLASOG, así mismo con el Dr. Jorge Ascenzo organizaron el Primer Congreso Latinoamericano de Fertilidad FLASEF.
Como Presidente de la Sociedad Peruana del Climaterio y Menopausia organizó el Primer Congreso Peruano del Climaterio y Primer encuentro Latinoamericano de Sociedades de Climaterio FLASCYM.

Es miembro honorario de múltiples Sociedades extranjeras de Ginecología y Obstetricia, Fertilidad y Climaterio, muypreciado por los amigos y colegas por el apoyo que siempre ofrecía en Latinoamérica Europa y Asia, países donde siempre recibió amistad, aprecio y honores.

Productor entrañable de técnicas en campos de la ginecología. Fue uno de los primeros en introducir la laparoscopia diagnóstica y quirúrgica paralelo a Francia y Norteamérica. Después de Nueva Zelandia fue el primero en América de realizar la transfusión intrauterina, microcirugía en infertilidad y pionero del reemplazo estrogenito en el climaterio, nunca uso progestágenos desde el inicio por lo que recibió críticas, pero el tiempo demostró que tuvo la razón por sus resultados y los estudios de W.H.I. lo confirmaron.

Su mística fue siempre el climaterio y por todos sus amigos y colegas que se dedicaron a la especialidad.

Dr. Jorge Vidal Amat y León

Past Presidente dela Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
Fundador de la Sociedad Peruana del Climaterio
Past Presidente de la Academia Peruana de Cirugía
Miembro Honorario Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
Miembro Honorario Academia Peruana de Cirugía
Miembro Fundador de la Universidad Peruana Cayetano Heredia