

"MATERIA". SUBMODULO 1

NOMBRE DEL DOCENTE. MAHONRRY DE JEUS

PRESENTA: ENSAYO

ALUMNO: López Jiménez Citlalli

CUATRIMESTRE

LICENCIATURA

SEMIESCOLARIZADO

FECHA DE ENTREGA 16/11/2020

COMPLICACIONES EN EL PARTO:

Cada embarazo y parto es diferente, y pueden surgir problemas. Si ocurren complicaciones, los proveedores de atención médica pueden ayudar al supervisar la situación de cerca e intervenir, según sea necesario.

Algunas de las complicaciones más comunes son las siguientes.

- El trabajo de parto no progresa. A veces, las contracciones se debilitan, el cuello uterino no se dilata lo suficiente o de manera oportuna, o el descenso del bebé al canal de parto no se realiza sin problemas. Si el trabajo de parto no progresa, un proveedor de atención médica le puede dar medicamentos a la mujer para aumentar las contracciones y acelerar el trabajo de parto, o la mujer puede necesitar un parto por cesárea
- Desgarros perineales. Es probable que la vagina de una mujer y los tejidos circundantes se rasguen durante el proceso de parto. A veces estos desgarros sanan por sí solos. Si un desgarro es más grave o si la mujer ya ha tenido una episiotomía (un corte quirúrgico entre la vagina y el ano), su proveedor de atención médica ayudará a reparar el desgarro con puntos de sutura
- Problemas con el cordón umbilical. El cordón umbilical puede quedar atrapado en un brazo o pierna a medida que el bebé se mueve a través del canal de parto. Por lo general, un proveedor de atención médica interviene si el cordón se enrolla alrededor del cuello del bebé, se comprime o sale antes que el bebé.
- Frecuencia cardíaca anormal del bebé. Muchas veces, una frecuencia cardíaca anormal durante el trabajo de parto no significa que haya un problema. Es probable que un proveedor de atención médica le pida a la mujer que cambie de posición para ayudar al bebé a obtener un mayor flujo de sangre. En ciertos casos, como cuando los resultados de las pruebas muestran un problema mayor, el parto deberá ocurrir de inmediato. En esta situación, es más probable que la mujer necesite un parto por cesárea de emergencia o que el proveedor de atención médica deba realizar una episiotomía para ampliar la abertura vaginal para el parto
- La fuente se rompe de manera prematura. Por lo general, el trabajo de parto comienza por sí solo en las 24 horas posteriores a la rotura de la fuente. De no ser así, y si el embarazo está cerca o a término, el proveedor de atención médica probablemente induzca el trabajo de parto. Si se rompe la fuente antes de las 34 semanas de embarazo, se supervisará a la mujer en el hospital. La infección puede convertirse en una preocupación importante si se rompe la fuente de manera prematura y el trabajo de parto no comienza por sí solo.
- Asfixia perinatal. Esta condición ocurre cuando el feto no recibe suficiente oxígeno en el útero o el bebé no recibe suficiente oxígeno durante el trabajo de parto o parto o justo después del nacer.
- Distocia de hombros. En esta situación, la cabeza del bebé ha salido de la vagina, pero uno de sus hombros se ha atascado.

- Sangrado excesivo. Si el parto causa un desgarro en el útero, o si el útero no se contrae para liberar la placenta, se puede producir un sangrado abundante. En todo el mundo, este tipo de sangrado es una de las principales causas de muerte materna

El parto también puede requerir la atención especial de un proveedor de atención médica cuando el embarazo dure más de 42 semanas, cuando la mujer tuvo una cesárea en un embarazo anterior o cuando es mayor de cierta edad.

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y EL PARTO

- Complicaciones con el líquido amniótico. Demasiado o muy poco líquido amniótico en el saco que contiene al feto puede significar un problema para el embarazo. Si sobra líquido puede causar demasiada presión en el útero de la madre, lo que provocaría un parto prematuro. También puede presionar el diafragma de la madre, lo que le puede causar dificultades respiratorias. Los líquidos tienden a acumularse en casos de diabetes no controlada, embarazo múltiple, grupos sanguíneos incompatibles o defectos de nacimiento. La presencia escasa de líquido puede ser un signo de defectos de nacimiento, retardo en el crecimiento o mortinato.
- Sangrado. El sangrado durante la última etapa del embarazo puede acarrear complicaciones en la placenta, una infección vaginal o de cuello del útero, o un parto prematuro. Las mujeres que sangran durante la última etapa del embarazo pueden tener un mayor riesgo de perder el feto y experimentar un sangrado excesivo. Deberá informar inmediatamente a su proveedor de atención médica sobre cualquier tipo de sangrado que ocurra durante el embarazo.
- Embarazo ectópico. Un embarazo ectópico es el desarrollo del feto fuera del útero. Esto puede ocurrir en las trompas de Falopio, el canal del cuello del útero o la cavidad pélvica (vientre). La causa de un embarazo ectópico generalmente es el tejido cicatricial de la trompa de Falopio a raíz de una infección o una enfermedad. El riesgo de embarazo ectópico aumenta en mujeres que se sometieron a procedimientos para ligar las trompas, especialmente en aquellas que tenían menos de 30 años al momento de la ligadura.
- Aborto espontáneo o pérdida del feto. Un aborto espontáneo es la pérdida del embarazo que se presenta hasta las 20 semanas de gestación. La mayoría ocurre antes de las 12 semanas. Los abortos espontáneos suceden en alrededor del 15% de los embarazos, y generalmente se deben a anomalías genéticas o cromosómicas.
- Complicaciones placentarias. En circunstancias normales, la placenta se adhiere a la pared uterina. Sin embargo, pueden producirse dos tipos de complicaciones placentarias,

- Desprendimiento prematuro de la placenta. Algunas veces, la placenta se separa de la pared uterina demasiado pronto. A esto se lo llama desprendimiento prematuro de la placenta y puede ocasionar sangrado y menor cantidad de oxígeno y nutrientes enviados al feto. La separación puede ser total o parcial.
- Placenta previa. Normalmente, la placenta se encuentra en la parte superior del útero. La placenta previa es una afección en la que la placenta se encuentra adherida cerca del cuello del útero (la apertura hacia el útero) o lo cubre.
- Preeclampsia o eclampsia. La Preeclampsia, antes conocida como toxemia, se caracteriza por la hipertensión inducida durante el embarazo. Se presenta junto con proteína en la orina. A veces también hay hinchazón debido a la retención de líquidos. La eclampsia es la forma más grave de este problema. Puede ocasionar convulsiones, coma e incluso la muerte.

SANGRADO VAGINAL EN LA ETAPA INICIAL DEL EMBARAZO

Si ha padecido sangrado en la etapa inicial de su embarazo, no está sola. Muchas otras mujeres embarazadas también han padecido sangrados en la etapa inicial de su embarazo. Y, en la mayoría de los casos, no se trata de nada malo. Sin embargo, su proveedor de atención médica debe estar informado de ello. Es posible que deban hacerle algunas pruebas para descubrir por qué sangra. Llame a su proveedor de atención médica si nota que tiene sangrado durante el embarazo

¿Cuáles son las causas del sangrado en la etapa inicial del embarazo?

A menudo, la causa del sangrado en la etapa inicial del embarazo es desconocida. Pero muchos factores en esta etapa, como por ejemplo las relaciones sexuales o una prueba de Papanicolaou reciente, pueden causar sangrado. Este sangrado puede tener poco impacto en la salud de su embarazo.

Control del embarazo

En muchos casos, el sangrado se detendrá casi inmediatamente. Su embarazo probablemente continuará su curso normal, pero es posible que necesite hacer algunas visitas prenatales adicionales durante el embarazo.

SANGRADO VAGINAL EN LA ETAPA AVANZADA DEL EMBARAZO Y DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Cuando comienza el trabajo de parto, el cuello del útero comienza a abrirse más o dilatarse. Usted puede notar una pequeña cantidad de sangre mezclada con flujo vaginal normal, o moco.

El sangrado a mediados o a finales del embarazo también puede ser causado por

- Tener relaciones sexuales (casi siempre solo manchado)

- Un examen interno por parte de su proveedor (casi siempre solo manchado)
- Enfermedades o infecciones de la vagina o el cuello uterino
- Miomas uterinos o crecimientos o pólipos cervicales

Las causas más graves de sangrado tardío pueden incluir:

- La placenta previa es un problema del embarazo en el cual la placenta crece en la parte más baja de la matriz (útero) y cubre toda o parte de la abertura del cuello uterino.
- El desprendimiento prematuro de placenta ocurre cuando la placenta se separa de la pared interna del útero antes del nacimiento del bebé.

SANGRADO VAGINAL DESPUES DELPARTO

En la mayoría de casos, el sangrado disminuye en gran parte durante la primera semana. Puede no detenerse por completo durante varias semanas. No es raro tener un aumento del sangrado rojo alrededor de los 7 a 14 días, cuando se forma la costra sobre el lugar donde la placenta se desprendió.

Es probable que su período menstrual regrese en:

- 4 a 9 semanas después del parto si no está amamantando.
- 3 a 12 meses si usted está amamantando, y tal vez no regrese por varias semanas después de que usted deje de amamantar por completo.
- Si decide utilizar un método anticonceptivo, pregúntele al proveedor sobre el efecto de este sobre el regreso de su menstruación.

PRESION ARTERIAL ELEVADA, CEFALEA, VISION BORROSA, CONBULCIONES Y PERDIDA DE LA CONCIENCIA

La lipotimia es una pérdida breve del conocimiento debido a una disminución del flujo sanguíneo del cerebro, lo que provoca que podamos perder el conocimiento de manera completa o parcial.

En algunos casos, la presión arterial elevada no presenta síntomas. Si no se trata, con el tiempo, puede provocar trastornos de la salud, como enfermedades cardíacas y derrames cerebrales.

Seguir una dieta saludable con menos sal, ejercitarse regularmente y tomar medicamentos puede ayudar a bajar la presión arterial.

PROGRESO INSATISFACTORIO DEL TRABAJO DE PARTO

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal. En este sentido, es necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de responder a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos

ANOMALIAS DE POSICION Y PRESENTACION

Las anomalías de posición y presentación, pélvica o cefálica, durante el trabajo de parto han sido objeto de análisis y discusión desde el inicio de la obstetricia como especialidad. En los albores de la obstetricia, en ausencia de métodos diagnósticos paraclínicos confiables y de bajo riesgo para la madre y el feto, la clínica misma era la única posibilidad que el médico tenía a su disposición para detectar este tipo de alteraciones. Obviamente, como clásicamente se menciona, la clínica sigue prevaleciendo y ante la sospecha de alguna alteración de posición, presentación, o ambas (incluso de situación) del feto durante el trabajo de parto, las maniobras de exploración siguen siendo el punto clave para establecer el diagnóstico. Conocidas como maniobras de Leopold, se utilizan para detectar el tipo de presentación, situación y posición, pero no orientan hacia alteraciones de la variedad de posición. Lo anterior, que puede practicarse con el tacto vaginal, identificando la orientación de las fontanelas y la dirección de la sutura sagital de la cabeza fetal, en ocasiones requiere la ayuda del ultrasonido, como se menciona en uno de los artículos del presente número de la revista, para establecer el diagnóstico certero de la complicación.

en particular requieren con frecuencia la objetivación de un diagnóstico o como se menciona en los dos casos del artículo en cuestión Detección de anomalías de posición mediante ultrasonido transabdominal Reporte de un caso, puede este último método explicar las alteraciones en la evolución del trabajo de parto mismo, incluso la falta de descenso de una presentación. Existen razones adicionales para realizar un ultrasonido durante el trabajo de parto como duda acerca de la presentación cefálica o pélvica o situación; por ejemplo, para determinar si el dorso del feto es inferior o superior, lo que auxiliará al médico en la toma de decisiones del tipo de cesárea a realizar

DISTOCIA DE HOMBRO

La distocia de hombros se define como la dificultad en la salida espontánea de los hombros que requiere de maniobras obstétricas adicionales para producir la expulsión fetal tras la salida de la cabeza. considerando que debe pasar más de 1 minuto entre el parto de la cabeza y el de los hombros, pero en la práctica clínica es difícil la recogida del dato temporal y dada la necesidad de un método diagnóstico sensible, se prefiere definir como distocia de hombros cualquier caso en que la tracción mantenida no sea suficiente para el parto de los hombros y se requieran maniobras adicionales. Esta complicación se produce por la impactación de uno o los dos hombros fetales en estructuras pélvicas maternas. La impactación del hombro anterior en la sínfisis púbica es más frecuente que la del hombro posterior en el promontorio sacro.

La distocia de hombros se produce cuando, tras la salida de la cabeza fetal, se detiene la progresión del parto. Algunas veces se llega a completar, en mayor o menor grado, la rotación externa pero nunca se produce el descenso con el desprendimiento de los hombros, aun si se utilizan las maniobras habituales de asistencia. Hay otras definiciones, de la distocia de hombros, en las que se utilizan límites temporales de intervalo en que se deben de desprender estos, pero el problema queda mejor encuadrado con la definición anterior. Su frecuencia es baja, aún más en la

obstetricia actual, en la que se prodigan las cesáreas, por lo que suele ocurrir en menos del 1 % de los partos, pero es una distocia grave, con morbilidad materna y/o fetal, en más del 30 % de los casos en que se produce. Las frecuencias publicadas, entre otros factores, están influidas por la definición que se aplica. Las frecuencias de morbilidad fetal son más homogéneas en un 1 a 2 ‰ de partos. Quizás su frecuencia sea algo mayor en multíparas.

TRABAJO DE PARTO CON ÚTERO SOBREDISTENDIDO

El trabajo de parto es una serie de contracciones progresivas y continuas del útero que ayudan a que se abra (dilata) y afine (vuelva más delgado) el cuello del útero para permitirle al feto pasar por el canal de parto. El trabajo de parto generalmente comienza dos semanas antes o después de la fecha estimada de parto. Sin embargo, nadie sabe exactamente qué da inicio al trabajo de parto.

¿Cuáles son las señales del trabajo de parto?

Las señales del trabajo de parto son diferentes en cada mujer, ya que cada una experimenta el trabajo de parto de una manera distinta. Entre algunas de las señales de trabajo de parto

- Pérdida del tapón mucoso. Es posible que de la vagina se expulse una pequeña cantidad de mucosidad, mezclada con sangre. Esto indica que la mujer está en trabajo de parto.
- Contracciones. Las contracciones (espasmos musculares uterinos) que se presentan en intervalos inferiores a diez minutos son una indicación de que comenzó el trabajo de parto. Las contracciones pueden volverse más frecuentes e intensas a medida que progresa el trabajo de parto.
- Ruptura del saco amniótico (bolsa de aguas). El trabajo de parto comienza generalmente cuando sale el fluido amniótico de la vagina. Las mujeres que experimentan una ruptura del saco amniótico deben ir de inmediato al hospital y comunicarse con el médico o partera. La mayoría de las mujeres comienzan el trabajo de parto dentro de varias horas después de romper el saco amniótico. Si el trabajo de parto no comienza después de 24 horas, se debe hospitalizar a la mujer para inducirle el trabajo de parto. Esto se realiza para evitar infecciones y complicaciones en el parto.

TRABAJO DE PARTO CON CICATRIZ UTERINA PREVIA

es que la cicatriz del útero se abra (ruptura) durante el parto. Las mujeres que tienen una cicatriz de cesárea transversal baja tienen un menor riesgo de ruptura que las mujeres que tienen una cicatriz de incisión vertical. Aproximadamente entre 5 y 9 de cada 1,000 mujeres (0.5% a 0.9%) que tienen una cicatriz transversal baja sufren una ruptura uterina durante el trabajo de parto

El riesgo de que una mujer tenga una ruptura uterina aumenta con:

Cada cicatriz uterina quirúrgica adicional. Cualquier cicatriz uterina que llegue por encima de la parte inferior y más delgada del útero, como una cicatriz vertical (clásica).

- El uso de medicamentos para iniciar (inducir) el trabajo de parto. Algunos médicos evitan el uso de medicamentos para inducir el trabajo de parto en casos de parto vaginal después de una cesárea. Otros médicos se sienten cómodos usando cuidadosamente ciertos medicamentos, como la oxitócina, para iniciar o acelerar el trabajo de parto.

SUFRIMIENTO FETAL SOBRE EL TRABAJO DE PARTO

El sufrimiento fetal es una complicación infrecuente del parto. Se produce, por lo general, cuando el feto no ha recibido suficiente oxígeno.

El sufrimiento fetal puede ocurrir cuando

- El embarazo dura demasiado tiempo (posmadurez).
- Ocurren otras complicaciones del embarazo o del parto (como un parto difícil o un parto rápido).

Suelen identificar el sufrimiento fetal basándose en un patrón anómalo de la frecuencia cardíaca del feto. Durante todo el trabajo de parto se controla la frecuencia cardíaca del feto mediante un monitor electrónico (cardiotocografía) o bien por medio de un dispositivo portátil de ecografía para controlar la frecuencia cardíaca cada 15 minutos durante las fases iniciales y después de cada contracción al final del trabajo de parto.

Si se detecta una anomalía importante en la frecuencia cardíaca, habitualmente puede corregirse

- Administrando oxígeno a la mujer
- Aumentando la cantidad de líquidos que se aportan a la mujer por vía intravenosa
- Haciendo que la mujer repose de costado

Las contracciones que son demasiado intensas y/o demasiado seguidas pueden causar sufrimiento fetal. Si se ha utilizado oxitocina para estimular las contracciones, se detiene su administración de inmediato. La mujer puede ser colocada en otra posición y recibir analgésicos. Si no se ha usado ningún fármaco para estimular las contracciones, la mujer puede recibir uno para retrasar el parto (como la terbutalina, administrada en inyección), interrumpiendo o distanciando las contracciones.

Si estas medidas para corregir la frecuencia cardíaca del feto o controlar las contracciones no resultan eficaces, se extrae el bebé lo más rápido posible mediante fórceps, ventosa o cesárea.

PROLAPSO DEL CORDON UMBILICAL

El cordón umbilical es una estructura en forma de tubo, flexible, que durante el embarazo conecta al feto con la madre. El cordón umbilical es la línea de vida del bebé con la madre. Este transporta nutrientes al bebé y además retira los productos de desecho del bebé. Está compuesto de tres vasos sanguíneos: dos arterias y una vena.

El prolapso del cordón umbilical es una complicación que ocurre antes o durante el parto del bebé. En un prolapso, el cordón umbilical cae (se prolapsa) a través del cérvix abierto en la vagina por delante del bebé. El cordón puede luego quedar atrapado contra el cuerpo del bebé durante el parto. El prolapso del cordón umbilical ocurre en aproximadamente uno de cada 300 nacimientos.

FIEBRE DURANTE EL EMBARAZO Y EL TRABAJO DE PARTO

Debido a que la fiebre es a menudo un síntoma de inflamación, el resultado del trabajo proporciona más evidencias de que la inflamación puede estar implicada en algunos defectos de nacimiento que afectan al cerebro hay que tener en cuenta que algunos recién nacidos con encefalopatía mueren poco después del parto, mientras que otros desarrollan problemas neurológicos permanentes. A pesar de la tentativa de relacionar la fiebre durante el parto y la encefalopatía, todavía no se sabe con seguridad si la fiebre es la causante de los daños cerebrales o si simplemente es un síntoma de otro factor que pueda ser la causa real. La fiebre intraparto tiene una prevalencia del 10-34%. Se asocia a anestesia epidural, parto prolongado, aumento de partos instrumentales y cesáreas

FIEBRE DESPUES DEL PARTO

Definimos fiebre puerperal cuando se constata una temperatura superior a 38^o C, en dos ocasiones separadas al menos seis horas, desde las 24 horas del parto hasta seis semanas posparto las principales causas de fiebre puerperal

DOLOR ABDOMINAL EN LA ETAPA INICIAL DEL EMBARAZO

Episodios de dolor abdominal o pélvico tienden a surgir en los primeros meses de embarazo y pueden durar hasta el momento del parto. El dolor abdominal "normal" del embarazo no suele ser constante, pero puede aparecer con gran frecuencia durante los 9 meses de embarazo.

Las causas y características del dolor abdominal cambian durante el curso del embarazo. Los cambios hormonales, cambios en la anatomía abdominal y pélvica, el crecimiento del útero, las contracciones uterinas, el movimiento del feto, la compresión de los órganos abdominales y cambios de los ligamentos de la pelvis son algunas de las causas comunes de dolor «normal» del embarazo.

Hay también dolores del embarazo que no se considerarán normales, es decir, son dolores causados por las complicaciones del propio embarazo. Este dolor puede indicar que un problema más serio y que necesita identificarse tempranamente para que las mujeres embarazadas puedan encontrar atención obstétrica, reduciendo al mínimo el riesgo de complicaciones.

Vamos a explicar, a continuación, las causas de dolor abdominal en el embarazo, ya sea normal o anormal, según el trimestre gestacional.

DOLOR ABDOMINAL EN LA ETAPA AVANZADA DEL PARTO Y DESPUES DEL PARTO

Algunos de los problemas más comunes asociados al embarazo y al parto son el dolor lumbar, el dolor en la región de la cintura pélvica, la diástasis del recto abdominal, un pobre control de la musculatura abdominal profunda, y problemas respiratorios, entre otros. El dolor lumbar suele incrementar en prevalencia e intensidad a lo largo del embarazo, especialmente en el tercer trimestre

El dolor en la región de la cintura pélvica tiene una prevalencia de aproximadamente el 45% durante la gestación y del 20-25% al comienzo del periodo del postparto

De forma paralela, a medida que se desarrolla el feto en el vientre materno la pared abdominal se expande y protruye, por lo que el recto abdominal tiene que elongarse a lo ancho y largo. Los dos vientres abdominales del recto se curvan alrededor del abdomen separándose entre sí, especialmente a la altura del ombligo, por lo que irremediablemente la línea alba se ve particularmente afectada. Esta brecha o separación que se crea suele denominarse diástasis o divergencia del recto. La distancia de los vientres del recto abdominal entre sí a nivel de la línea alba (distancia inter-rectos) puede variar sustancialmente. La distancia, medida habitualmente mediante ultrasonidos, a partir de la cual puede considerarse anómala varía de unos autores a otros, aunque puede considerarse que la normalidad no debería ser mayor de 2,7 cm.

DIFICULTAD RESPIRATORIA

La dificultad para respirar puede involucrar:

- Respiración difícil
- Respiración incómoda
- Sentirse como si no estuviera recibiendo suficiente aire

DESAPARICION DE LOS MOVIMIENTOS FETALES

La percepción materna de una disminución de los movimientos fetales (DMF) constituye un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencia (5-15% de las gestantes durante el tercer trimestre de gestación). Se asocia con un aumento en el riesgo de posibles complicaciones perinatales (retraso de crecimiento, parto prematuro, malformaciones fetales y éxitus fetal) incluso en población de bajo riesgo

ROTURA PREMATURA DE MENBRANAS

La ruptura prematura de membranas pretérmino es una complicación del embarazo. Esta afección implica que la bolsa (membrana amniótica) que rodea a su bebé se rompe (ruptura) antes de las 37 semanas de embarazo. Una vez que se rompe la bolsa, aumenta su riesgo de tener infecciones. Usted también tiene una probabilidad más alta de que su bebé nazca antes de tiempo.

Capas de tejido llamadas saco amniótico contienen el líquido que rodea al bebé en el útero. En la mayoría de los casos, estas membranas se rompen durante el parto o dentro de 24 horas antes de

empezar el trabajo de parto. Se dice que la ruptura prematura de las membranas (RPM) ocurre cuando las membranas se rompen antes de la semana 37 del embarazo.

AFECCIONES O PROBLEMAS INMEDIATOS DEL RECIÉN NACIDO

Pueden aparecer problemas en el recién nacido

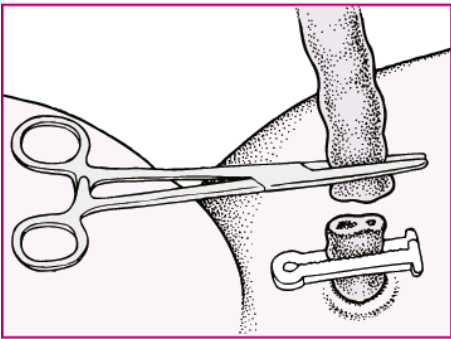
- Antes del nacimiento, mientras el feto está creciendo
- Durante las contracciones y el parto
- Después del nacimiento

Alrededor del 10% de los recién nacidos necesitan atención especial después del nacimiento debido a la prematuridad, problemas en la transición de la vida fetal a la del recién nacido, concentración baja de azúcar en la sangre, dificultad respiratoria, infecciones u otras anomalías. La atención especializada se brinda a menudo en una unidad de cuidados intensivos neonatales

Algunas afecciones físicas son muy comunes durante las primeras semanas posteriores al nacimiento. Si nota alguna de las siguientes afecciones en su bebé,

Es posible que los bebés se lesionen durante el parto, especialmente si el trabajo de parto es particularmente largo o difícil, o cuando los bebés son muy grandes. Mientras que los recién nacidos se recuperan rápidamente de algunas de estas lesiones, otras persisten durante más tiempo. A menudo, la lesión es una clavícula rota, que se cura rápidamente si el brazo de ese lado se mantiene relativamente inmóvil. De hecho, puede formarse un pequeño bulto en el sitio de la fractura después de algunas semanas, pero no se asuste; este es un signo positivo de que se está formando hueso nuevo para curar la lesión.

La debilidad muscular es otra lesión de nacimiento común, causada durante el trabajo de parto por la presión o el estiramiento de los nervios conectados a los músculos. Por lo general, estos músculos, que suelen estar debilitados a un lado de la cara o de un hombro o brazo, vuelven a la normalidad después de varias semanas. Mientras tanto, pídale a su pediatra que le muestre cómo amamantar y sostener al bebé para promover la curación.



Cordón cortado



Cordón pinzado