

Información para los padres sobre la circuncisión

¿Qué es la circuncisión?

La circuncisión es una cirugía que elimina la piel que cubre la punta del pene (prepucio) para cambiar la apariencia del pene.

¿Es este un procedimiento común?

La circuncisión de niños recién nacidos es un procedimiento común en Estados Unidos. En el resto del mundo, no se realiza circuncisión a la mayoría de los niños.

¿Cuáles son los beneficios de la circuncisión?

La circuncisión podría tener algunos beneficios, tales como disminuir los riesgos de infección y cánceres del pene.

¿Cuáles son los riesgos de la circuncisión?

Como con cualquier otro procedimiento quirúrgico, hay riesgos. La tasa general de complicaciones se calcula en 2 a 6 por cada 1,000 procedimientos. Las complicaciones más frecuentes incluyen: infección y sangrado. Las complicaciones menos comunes incluyen resultados cosméticos poco satisfactorios (muy poco o demasiado prepucio eliminado), lesión en el glande o tronco del pene. En casos aislados, se podría necesitar otra cirugía para corregir la circuncisión original, la cual realiza un urólogo pediátrico.

¿Sentirá dolor mi hijo durante la circuncisión?

Su hijo recibirá una inyección de medicamento anestésico local (lidocaína) para que se mantenga cómodo, la cual se inyecta a través de una aguja pequeña en la piel alrededor del pene. Esto podría dejar un hematoma. Los efectos secundarios extremadamente poco frecuentes del medicamento anestésico incluyen convulsiones, reacciones alérgicas o cambios en la frecuencia cardíaca. Los bebés también se tranquilizan cuando succionan agua con azúcar de un dedo cubierto por un guante o de un chupete.

¿Cuándo se realiza normalmente la circuncisión?

La circuncisión se realiza en Mount Auburn Hospital normalmente el día anterior al alta, pero no al día siguiente del nacimiento.

¿Se puede realizar el procedimiento después del alta del hospital?

Debido a que este es un procedimiento electivo (no esencial), la circuncisión no se realizará si el niño está en tratamiento por una afección. Si el procedimiento no se realiza antes del alta, el médico de su bebé puede darle el nombre de un médico que puede realizar este procedimiento después del alta.

¿Quién realiza las circuncisiones en Mount Auburn Hospital?

Por lo general, el pediatra u obstetra de su bebé realizará este procedimiento.

¿Quién toma la decisión de circuncidar a mi hijo?

Los padres determinan lo que más le conviene a su hijo. La circuncisión de un recién nacido es una decisión social o cultural. Los padres que solicitan una circuncisión deben firmar un formulario de consentimiento informado.

Si tiene más preguntas sobre la circuncisión, convérselas con el médico de su bebé.

ESTREPTOCOCOS DEL GRUPO B DURANTE EL EMBARAZO

Los estreptococos del grupo B (GBS, Group B streptococcus) son un tipo de bacteria que a menudo se encuentra en el tracto intestinal y la vagina de hasta el 40 % de las pacientes embarazadas. Aunque normalmente no causa problemas en las pacientes embarazadas, las portadoras de estas bacterias pueden transmitirlos a sus bebés durante el parto. Este no es el mismo tipo de bacteria estreptocócica que causa la "amigdalitis estreptocócica". No se transmite sexualmente.

Incluso para las portadoras de GBS, el riesgo de infección para el bebé es muy bajo (entre un 1 y 2 %). Si el GBS infecta al bebé, se puede convertir en una infección muy grave con síntomas que varían desde síntomas respiratorios leves hasta enfermedades graves e incluso la muerte del recién nacido. La sepsis de aparición temprana (EOS, early onset sepsis) se define como la enfermedad de un recién nacido desde el nacimiento hasta 7 días después del parto. Las sepsis de aparición tardía son infecciones que se desarrollan después de los 7 días de edad.

Se ofrecerá realizar pruebas para detectar la presencia de GBS vaginal durante una visita prenatal, normalmente entre las semanas de gestación 35 y 37. Esto se realiza mediante una delicada toma de muestras de la vagina y el recto con un hisopo especial para cultivos. Los resultados se entregan en aproximadamente 2 a 3 días. Si la prueba es positiva para GBS, las pacientes deben recibir antibióticos intravenosos para disminuir el riesgo de transmitir el GBS al bebé durante la actividad del parto. Si ocurriera una infección urinaria con GBS, se considera que el resultado de la persona es positivo y se le tratará con antibióticos al igual que si tuviese un resultado positivo de cultivo vaginal de GBS.

Si una paciente entra en parto antes de que se realice la prueba de GBS, la persona recibirá antibióticos en los siguientes casos:

- Si el embarazo es de menos de 37 semanas
- Si las membranas se rompieron hace más de 18 horas
- Si se diagnostica fiebre durante el parto
- Si anteriormente tuvo un hijo con sepsis por GBS

Es importante tener en cuenta que muy pocos bebés se enferman a causa del GBS. Aunque tratamos a las personas con cultivos positivos, no todas las infecciones neonatales por GBS son evitables. Sin embargo, la detección universal y el tratamiento preventivo de las madres con resultados positivos de GBS han reducido el riesgo de infección en recién nacidos en un 80 %.

Después que nace el bebé, el personal que atiende al bebé le hará pruebas al infante para detectar el riesgo de EOS y utilizará 5 factores para entender de mejor manera el riesgo de infección de su bebé:

- Edad gestacional del bebé en el nacimiento
- Por cuánto tiempo estuvieron rotas las membranas antes del parto
- Su temperatura más alta durante el parto
- Su condición de GBS (positiva o negativa)
- Si recibió o no recibió antibióticos antes del parto

Según estos cinco factores maternos, el pediatra evaluará cuál debería ser el plan de tratamiento para el bebé. Si el bebé está sano, lo más probable es que se le brinde atención rutinaria, aunque en algunos casos es posible que se le hagan análisis de sangre al bebé. La recomendación más común son los antibióticos si el bebé no está sano.

Si tiene preguntas o inquietudes que no se han abordado acá, pídanos más información.



Información de su atención durante el parto y nacimiento

Tener un bebé es un acontecimiento natural. La mayoría de las pacientes y bebés pasan por el parto y nacimiento sin problemas graves. Aun así, pueden ocurrir ciertas situaciones cerca del fin de su embarazo, o durante el parto, que pueden afectar la atención que necesita usted o su bebé.

Algunas de esas situaciones están descritas a continuación. Este formulario también incluye algunas prácticas comunes que podría experimentar durante su estadía en el hospital. Si tiene preguntas, asegúrese de hacérselas a su médico.

Parto

1. Una enfermera trabajará con su médico o matrona para atenderla. En algunos hospitales, es posible que los médicos en capacitación de obstetricia o anestesia (residentes) ayuden en su atención.
2. Otros médicos en capacitación (es decir, estudiantes de medicina, matronas estudiantes, enfermeras o asistentes médicos) podrían estar involucrados en su atención. Los estudiantes siempre son supervisados por un médico, matrona o enfermera.
3. Podríamos realizarle un análisis de sangre durante el parto para medir su recuento sanguíneo o para otros propósitos.
4. Cuando llegue al hospital en trabajo de parto, es probable que una enfermera le coloque un monitor fetal sobre el abdomen para controlar la frecuencia cardíaca del bebé. Si la frecuencia cardíaca es normal, es posible que retiren el monitor. Se controlará la frecuencia cardíaca del bebé periódicamente durante el parto.
5. Algunas veces se debe controlar más cuidadosamente la frecuencia cardíaca de un bebé y la madre llevará un monitor fetal sobre el abdomen durante parte del parto o durante todo el parto. Los patrones normales de ritmo cardíaco fetal son alentadores. Algunas veces existen variaciones en el patrón de ritmo cardíaco fetal que causan inquietud, incluso cuando el bebé está sano. Algunos estudios han demostrado que estos patrones son difíciles de interpretar y pueden causar una mayor probabilidad de parto por cesárea o con fórceps. El monitoreo fetal no previene la parálisis cerebral o anomalías congénitas.
6. En algunas situaciones, se necesita información sobre la situación del bebé que no se puede obtener a través del monitor externo. Cuando ocurre esto, su médico o matrona colocará un electrodo de monitoreo interno en la cabeza del bebé. En casos muy aislados, esto puede causar una infección en el cuero cabelludo del bebé.
7. En menos de 0,5 % (la mitad del uno por ciento) de los partos, se necesita una muestra de sangre del cuero cabelludo del bebé para saber más sobre cómo está el bebé soportando el parto. La obtención de la muestra es similar a pincharse el dedo. En casos aislados, el área de la cual se toma la muestra sangrará o se infectará.
8. Algunas veces las anomalías en el ritmo cardíaco del bebé se pueden corregir con una amniotomía. En este procedimiento, el médico coloca un pequeño tubo de plástico en el útero y se agrega fluido al líquido amniótico. Esto podría disminuir la presión del cordón umbilical en algunas situaciones.
9. Podrían colocarle una vía intravenosa (I.V.) durante el parto para suministrar fluidos adicionales y proporcionar ciertos tipos de medicamentos para controlar el dolor o antibióticos. No todas las mujeres necesitan una I.V.
10. Hay muchas formas de control del dolor para el parto, tales como caminar, usar la bañera o ducha, técnicas de respiración y relajación profunda y masajes. Si siente que necesita más control del dolor, su médico o matrona puede ofrecerle otras opciones que sean seguras para usted y su bebé. Estas incluyen:

Medicamentos: Le pueden administrar un medicamento a través de una aguja en el músculo (una "inyección") o directamente a través de una vía I.V. Es posible que se sienta un poco somnolienta. Las reacciones alérgicas son poco frecuentes, pero pueden ocurrir.

Epidural: Una epidural es la forma de alivio del dolor más común para el parto y nacimiento. Un especialista en anestesia le colocará un tubo delgado y flexible en la espalda. Este procedimiento tardará alrededor de 20 minutos. Puede recibir medicamentos de alivio del dolor a través del tubo. Esto disminuirá la mayoría del dolor del parto.

11. Si el parto se vuelve lento, es posible que su médico o matrona le administre el medicamento similar a una hormona conocido como oxitocina (Pitocin®) a través de una vía I.V. para que sus contracciones sean más intensas y frecuentes.

12. En algunas ocasiones, antes que una persona comience el trabajo de parto por sí sola, su salud o la salud del bebé causan que sea necesario inducir el parto. En Estados Unidos, cerca de un cuarto de los partos son inducidos. Algunas razones para la inducción del parto incluyen un bebé que está atrasado en una semana o más, un bebé que no ha crecido bien, infección, hipertensión arterial, diabetes o rompimiento de la fuente. Su médico o matrona puede ayudar a detener el parto en varias formas. Si el cuello uterino es suave y elástico, la oxitocina (Pitocin®) es lo que utiliza más comúnmente, la cual se administra a través de una vía I.V. Si el cuello uterino no está listo, normalmente se administran medicamentos llamados prostaglandinas.

13. En algunas ocasiones, se puede inducir el parto por razones no médicas después de las 39 semanas de gestación, pero antes de la fecha prevista. La inducción por razones no médicas no se puede programar antes de las 39 semanas de gestación sin establecer o confirmar la capacidad del feto para respirar el aire ambiental tras el parto (madurez pulmonar fetal) antes de programar la inducción del parto.

14. La inducción presenta ciertos riesgos tales como crear contracciones demasiado intensas o frecuentes, las que pueden estresar al bebé. En la mayoría de las situaciones, el riesgo es controlable y se pueden disminuir las contracciones. La inducción del parto puede no ser satisfactoria y puede aumentar el riesgo del parto por cesárea, particularmente si este es su primer bebé o si el cuello uterino no está listo (para el parto).

Parto vaginal

1. Las contracciones de parto abren el cuello uterino lentamente. Cuando el cuello uterino está completamente abierto, las contracciones, junto con su ayuda, empujan al bebé a través del canal de parto (vagina). Normalmente, la cabeza del bebé sale primero, luego los hombros, seguidos por el resto del cuerpo.

2. Cerca de 10 a 15 por ciento de las pacientes embarazadas necesitan ayuda para sacar al bebé a través del canal de parto. Un médico o matrona puede aplicar ventosas especiales o fórceps en la cabeza del bebé para ayudar a la madre a empujar al bebé. Grandes estudios han demostrado que las ventosas y fórceps son seguros.

3. Los hombros no salen fácilmente en aproximadamente uno por ciento de los nacimientos, una afección conocida como distocia de hombros. Si esto ocurre, su médico o matrona tratará de ayudar a liberar los hombros del bebé. La distocia de hombros puede causar ruptura de la clavícula o brazo del bebé o daño neurológico en el brazo del bebé. Estos problemas sanan rápidamente en la mayoría de los casos. La distocia de hombros puede causar desgarros alrededor de la abertura vaginal y sangrado después del parto.

4. Muchas pacientes tendrán desgarros pequeños alrededor de la abertura vaginal. En algunas ocasiones, un médico o matrona cortará un poco de tejido para agrandar la abertura (episiotomía).

5. La mayoría de las mujeres con desgarros o una episiotomía necesitarán puntos de sutura. Los puntos se disolverán después de algunas semanas durante el proceso de curación. Es posible que sienta hinchazón y dolor en el área durante algunos días. En casos aislados ocurre una infección. En casos poco frecuentes, un desgarro o corte puede extenderse hacia el recto. Esto se sana después de la reparación en la mayoría de los casos.

6. En condiciones normales, el útero expulsa la placenta poco después del parto. En alrededor de uno por ciento de los partos, esto no ocurre y el médico o matrona debe intervenir en el útero para retirar la placenta. Si esto ocurre, podría necesitar anestesia para que él o ella pueda retirar la placenta.

7. Todas las pacientes pierden sangre durante el parto. Es más probable que una paciente pierda mucha sangre si:

- la placenta no se elimina por su cuenta,
- es un nacimiento múltiple, por ejemplo, gemelos o trillizos, o
- el parto dura demasiado tiempo.

8. Pitocin puede ayudar a reducir el sangrado después del parto. Si hay demasiado sangrado, se pueden utilizar otros medicamentos para ayudar a contraer el útero. Muy pocas personas (menos del uno por ciento) necesitan una transfusión de sangre después del parto vaginal.

Parto por cesárea

1. Aproximadamente un tercio de las pacientes da a luz por cesárea. Algunas cesáreas son planificadas, mientras que otras son inesperadas.
2. Durante el parto por cesárea, un médico realiza el parto a través de una incisión en el abdomen.
3. Las razones más comunes para el parto por cesárea son:
 - el cuello uterino no se abre completamente,
 - el bebé no se desplaza por el canal de parto,
 - se necesita dar a luz al bebé rápidamente debido a un problema de la madre o el bebé,
 - el bebé no está en una posición que permita el parto vaginal, y
 - la madre se ha sometido a una operación de cesárea anteriormente.
4. Siempre se utiliza anestesia durante la operación de cesárea: la mayoría se realizan con anestesia regional, por ejemplo, raquídea, epidural o una técnica raquídea-epidural combinada, para que la paciente esté despierta durante el procedimiento. Los demás procedimientos se realizan con anestesia general.
5. La pérdida de sangre es mayor en el parto por cesárea que en el parto vaginal. Aun así, la necesidad de una transfusión es poco frecuente (12 de cada 1,000 personas).
6. La infección es más común después de un parto por cesárea. A menudo, los médicos administran antibióticos durante el parto para ayudar a prevenirla.
7. Un tubo delgado llamado catéter urinario (de Foley) drenará la vejiga durante la operación. Este normalmente permanece en su lugar durante 12 a 24 horas.
8. En menos del uno por ciento de las operaciones de cesárea, la operación puede causar daño en el intestino o sistema urinario. En la mayoría de las ocasiones estos problemas se reconocerán y corregirán durante la operación.
9. En menos del uno por ciento de las operaciones de cesárea, el bebé podría lesionarse durante el parto. Las lesiones son normalmente menores cuando esto ocurre.

Después del parto

1. La probabilidad de infección uterina después del parto vaginal es de entre 2 y 3 por ciento; después del parto por cesárea, la probabilidad de infección urinaria es de entre 20 y 30 por ciento. Los antibióticos pueden disminuir el riesgo, pero no garantizarán que no contraerá una infección.
2. Podría sentir calambres a medida que el útero vuelve a su tamaño normal. Estos calambres se vuelven más intensos con cada nacimiento. Es posible que lo note más mientras amamanta.
3. Si su bebé nace por parto vaginal, es probable que sienta molestias alrededor de la abertura vaginal. Si tiene un parto por cesárea, sentirá dolor a causa de la incisión en el abdomen. Pídale a su médico o matrona medicamentos para aliviar el dolor si los necesita.
4. El sangrado vaginal es normal después del parto. Este disminuirá en un plazo de 1 a 2 semanas. Cerca del uno por ciento de las mujeres presentan sangrado abundante y necesitan tratamiento. En ocasiones, este tipo de sangrado puede ocurrir semanas después del parto.
5. La mayoría de las pacientes se sienten cansadas y lloran después del parto. En alrededor del diez por ciento de las pacientes nuevas, estos sentimientos no se van o empeoran (depresión posparto). Si esto ocurre, pídale ayuda a su médico o matrona.
6. Varios factores afectan cuándo se va a casa desde el hospital. Entre ellos están su salud, la salud de su bebé y la ayuda y asistencia que tenga en casa.

Recién nacido

1. Un minuto después del parto y nuevamente cinco minutos después del parto, se le asignará una puntuación de Apgar al bebé. Las puntuaciones reflejan la frecuencia cardíaca, respiración, color, tono muscular y vigor del bebé. Estas puntuaciones le ayudan a su pediatra y al personal de enfermería a planificar la atención de su bebé.
2. Entre 3 y 4 por ciento de los bebés nace con anomalías congénitas. Muchas de ellas no dañan al bebé (por ejemplo, dedos adicionales en pies o manos). Algunas, como las anomalías cardíacas, pueden ser graves.
3. Aproximadamente 7 a 10 por ciento de los bebés nace prematuro (menos de 37 semanas de embarazo) o tiene un problema para el cual necesitará alguna forma de atención especial, es decir, tratamiento en una Unidad de Cuidados Especiales para Recién Nacidos o una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Un pequeño porcentaje de los bebés que nace después de las 37 semanas también podría necesitar alguna forma de atención especial.
4. En alrededor del 12 a 16 por ciento de los bebés el meconio (el primer movimiento intestinal) pasa al líquido amniótico antes del parto. Cuando esto ocurre, se succionará la boca y las vías respiratorias del bebé en el momento del parto para retirar la mayor parte del meconio que sea posible.
5. Después que nazca su bebé, se le administrará un ungüento en los ojos para prevenir infecciones y una inyección de vitamina K para prevenir el sangrado. Se realizarán pruebas con algunas gotas de sangre del talón del bebé para detectar 29 enfermedades diferentes. Los resultados se enviarán a su pediatra dentro de la comunidad. Controlaremos la audición de su bebé mientras esté en el hospital. También la alentaremos a que su bebé reciba las primeras vacunas contra la hepatitis B antes de irse a casa.
6. Tres a cuatro de cada 1,000 recién nacidos sufren infecciones bacterianas graves de la sangre, los pulmones y, en casos aislados, de la superficie del cerebro y la médula espinal. Si es portadora de estreptococos del grupo B, desarrolla fiebre durante el parto o si sus membranas (bolsa de aguas) permanecen rotas por un largo tiempo, es posible que le administren antibióticos durante el parto para reducir el riesgo de infección de su bebé.
7. Si su bebé está en mayor riesgo de infección o si presenta señales de infección, su pediatra podría decidir enviar sangre o cultivos al laboratorio para un análisis. También podrían administrarle antibióticos a su bebé.

Acontecimientos poco frecuentes o muy aislados

Los siguientes problemas ocurren con poca frecuencia o en casos aislados durante el embarazo:

1. Algunos bebés nacen demasiado temprano para sobrevivir o tienen problemas médicos graves. De cada 1,000 bebés nacidos, alrededor de 6 a 7 mueren en el útero después de 20 semanas de gestación (mortinato o muerte fetal); y 4 a 5 de cada 1,000 bebés nacidos mueren poco después del nacimiento o dentro de un mes después del nacimiento.
2. Alrededor de 3 de cada 1,000 madres desarrollan coágulos de sangre en las piernas después de dar a luz, para los cuales se necesita tratamiento. Es más probable que esto ocurra después de una operación de cesárea que después de un parto vaginal.
3. En alrededor de 1 a 2 de cada 1,000 nacimientos, un médico debe extirpar el útero (histerectomía) para detener sangrado profuso e incontrolable. Esto significa que una paciente no puede volver a quedar embarazada.
4. Alrededor de 6 de cada 1,000 pacientes reciben transfusiones de sangre después de dar a luz. Los riesgos relacionados con la transfusión de sangre incluyen una reacción alérgica, fiebre o infección. La probabilidad de contraer hepatitis a causa de una transfusión es de 1 en 100,000; la probabilidad de contraer VIH es de menos de 1 en 1,000,000.
5. Los casos de pacientes que no sobreviven al parto son muy aislados (menos de 1 en 10,000). Las causas podrían incluir sangrado extremadamente grave, presión arterial alta, coágulos de sangre en los pulmones y problemas causados por otras afecciones médicas.

Resumen

La mayoría de los bebés nacen sanos y la mayoría de las pacientes pasan por el parto y nacimiento sin problemas graves. No obstante, debe comprender que el embarazo y el parto tienen algunos riesgos. Muchos de los problemas posibles son atemorizantes. Recuerde que la mayoría de estos problemas son poco comunes y los casos más graves son muy poco frecuentes.

Su equipo de atención de salud se mantendrá muy atento a las señales de posibles problemas. Ellos harán su mejor esfuerzo para identificarlos a tiempo, explicarlos y ofrecerle tratamiento. Su equipo de atención médica está ansioso por atenderla durante el parto y nacimiento y por dar a luz a un bebé sano.



Autorización para atención obstétrica



- He leído la Información de su atención durante el parto y nacimiento.
- Comprendo lo que se conversó conmigo, al igual que el contenido de este formulario. Se me dio la oportunidad de hacer preguntas y recibí respuestas satisfactorias.
- Comprendo que no se dieron garantías o hicieron promesas sobre los resultados esperados de este embarazo.
- Estoy consciente de que pueden ocurrir otros riesgos o complicaciones. También comprendo que, durante el resto de mi embarazo, o durante el parto, se pueden descubrir afecciones imprevistas para las que se necesiten procedimientos adicionales.
- Sé que los anesthesiólogos, pediatras, médicos residentes y otros estudiantes o personal médico pueden asistir a mi médico o matrona.
- Me reservo el derecho de rechazar cualquier tratamiento específico.
- Respondieron todas mis preguntas.

Doy mi consentimiento para la atención obstétrica durante mi experiencia de parto. Comprendo que se podrían realizar algunos de los procedimientos ya explicados. Me reservo el derecho de rechazar cualquier tratamiento específico. Las conversaciones en curso sobre mi estado de salud actual y los pasos recomendados serán parte de mi atención.

Nombre de la paciente (en letra de imprenta): _____ F. de nac. o N.º de Id. de paciente: _____

Firma de la paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del clínico (en letra de imprenta): _____

Firma del clínico: _____ Fecha: _____ Hora: _____

- Acepto transfusiones de sangre en el caso de una emergencia médica potencialmente mortal.
- Rechazo las transfusiones de sangre bajo toda circunstancia y he firmado un formulario adicional específicamente para el rechazo de productos sanguíneos.

Firma de la paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____