



PASIÓN POR EDUCAR

LIC. EN ENFERMERIA

MATERIA:

PATOLOGÍA OBSTÉTRICA Y OPERATORIA.

NOMBRE DEL PROFESOR:

MARÍA CECILIA ZAMORANO

SÚPER NOTA:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

NOMBRE DE ALUMNO:

CIFUENTES HERNANDEZ ARELY

GRADO Y GRUPO:

5° ER CUATRIMESTRE "A"

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ CHIAPAS 12 DE MARZO DEL 2021

PUERPERIO

Periodo postparto

DEFINICIÓN

Periodo que comienza inmediatamente después de la salida de la placenta y sus anexos, hasta el año (o 2 años),

Características:

- Regresan paulatinamente todas las modificaciones gravídicas, **proceso de involución** y redistribución a su estado anterior o previo embarazo.
- **La glándula mamaria hace lo inverso** puesto que se desarrolla y aumenta para responder a la lactancia

DIVISIÓN DEL PUERPERIO

Puerperio inmediato	24 horas	Desde las primeras 24 horas de la internación.
Puerperio mediato	25 h a 7-10 días	Desde las 25 horas hasta los 7 a 10 días del parto
Puerperio tardío	11-42 días/6 semanas	Desde el día 11 hasta los 42 días.
Puerperio alejado	43-364 días	Desde la finalización del puerperio tardío hasta los 364 días cumplidos.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO

Cuatro aspectos básicos

La atención del puerperio requiere:

1. **Determinar el periodo** en que se encuentra la puérpera.
2. **Evaluar las transformaciones progresivas** de orden anatómico y funcional que **hacen regresar las modificaciones gravídicas**.
3. **Evaluar el desarrollo de la glándula mamaria**, el inicio y el mantenimiento de la **lactancia**.
4. **Evaluar la normalidad puerperal** o la existencia de patologías que complican el puerperio, siendo los síndrome infecciosos y hemorrágicos los más frecuentes.

PUERPERIO INMEDIATO

Puerperio inmediato normal

Donde no existe complicaciones sobreañagadas.

Puerperio inmediato patológico

Donde existe una evolución anormal, debido habitualmente a:

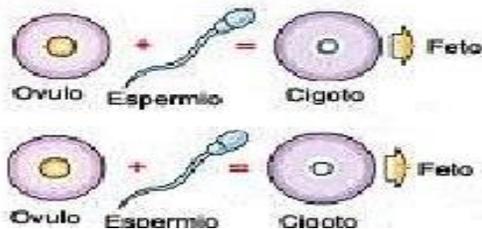
- **Hemorragia** rotura uterina, rotura de cicatriz de cesárea anterior, retención de placenta, alumbramiento incompleto, retención de restos, trastornos de

GÉNESIS DEL EMBARAZO MÚLTIPLE

TIPOS FUNDAMENTALES DE EMBARAZO MÚLTIPLE:

● BIVITELINO O BICORIAL O BICIGOTICO

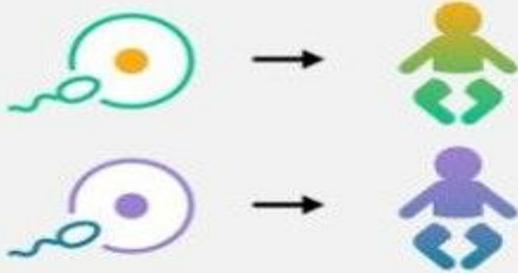
- **PROVIENE DE LA FECUNDACIÓN DE DOS ÓVULOS DISTINTOS.**
- SON GEMELOS DESIGUALES O FRATERNOS.
- **CONSTITUYE EL 75% DE LOS EMBARAZOS MÚLTIPLE.**
- SE DA POR ESTALLIDO DE DOS ÓVULOS EN UN MISMO CICLO OVÁRICO.
- SEXOS DIFERENTES.



Gemelos fraternos (dicigóticos)



Cómo se forman los gemelos



Gemelos no idénticos (mellizos)

Dos espermatozoides fertilizan dos óvulos diferentes que se desarrollan en la matriz al mismo tiempo. ADN: 50% materno, 50% paterno.



Gemelos idénticos

Un único espermatozoide fertiliza un único óvulo que se divide y forma dos bebés. ADN: 100% materno, 100% paterno.



Gemelos semiidénticos

Dos espermatozoides fertilizan un mismo óvulo que se divide y forma dos bebés. ADN: 100% materno, * 78% paterno.



GEMELOS vs. MELLIZOS

- 1 mismo óvulo y 1 espermatozoide, que se divide
- Siempre tienen el mismo sexo
- Físicamente parecidos o idénticos
- No influye la herencia genética, ni ningún otro factor conocido
- Pueden tener 1 o 2 placentas y 1 o 2 bolsas (sacos amnióticos)
- Huellas dactilares diferentes
- Comparten el 100% de los genes
- Tienen el mismo tipo sanguíneo

- 2 óvulos y 2 espermatozoides
- Pueden tener sexo diferente
- Se pueden parecer tanto o tan poco como 2 hermanos
- Sí influye la herencia genética
- Siempre tienen 2 placentas y 2 bolsas (sacos amnióticos)
- Huellas dactilares diferentes
- Comparten el 50% de los genes
- Pueden tener el mismo tipo sanguíneo o no

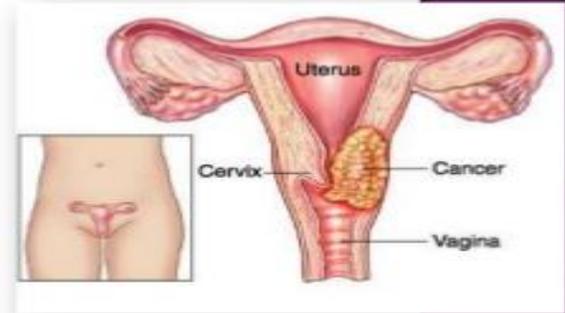
DISTOCIAS MECÁNICAS

- ◉ De origen materno {
 - del canal óseo
 - del canal blando

- ◉ De origen fetal {
 - gestación múltiple
 - macrosomía fetal
 - malformaciones congénitas
 - estática fetal anómala
 - distocia de hombros

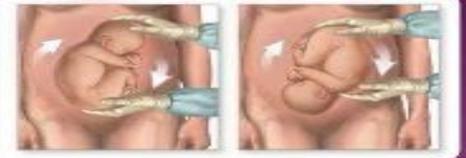
DISTOCIAS CERVICALES

- ◉ Malformaciones congénitas.
- ◉ Hipoplasias.
- ◉ Edema de cuello
- ◉ Lesiones o cicatrices previas: desgarros, conización, suturas, cervicitis crónica...
- ◉ Tumores benignos → obstrucción mecánica.
- ◉ Cáncer de cérvix → obstrucción mecánica.
- ◉ En la mayoría de casos se puede intentar la prueba de parto, si no se logra dilatación → cesárea.



◉ Distocias de la presentación fetal:

-Presentación de bregma, frente y cara: parto prueba.



-Presentación de nalgas: riesgo de retención de la cabeza, asfixia perinatal, hemorragia intracraneal, traumatismo medular, fx de clavícula, lesión del plexo braquial...



Se valora **versión cefálica externa** vs **cesárea**.



DISTOCIA DE HOMBROS: CONDUCTA OBSTÉTRICA

- ◉ Riesgo de lesión del plexo braquial, hipoxia.
- ◉ Matrona en colaboración con tocólogo.
- ◉ Sondaje vesical.
- ◉ Episiotomía amplia.
- ◉ Realizar maniobras: **McRoberts, Rubin, Woods, Jacquemier**.
- ◉ Fractura intencional de clavícula.
- ◉ Si no se resuelve, maniobra de **Zavanelli** y cesárea.



McRoberts



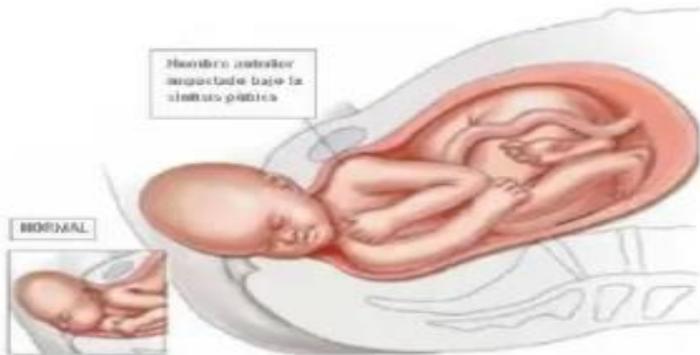
Jacquemier

Zavanelli



EUTOCIA O PARTO EUTÓCICO :

El parto que transcurre de acuerdo a los principios dinámicos, mecánicos y clínicos.



DISTOCIA O PARTO DISTÓCICO:

Parto que se aparta de las reglas fisiológicas.

La distocia es la indicación más común para cesárea.

Su incidencia es difícil de determinar. En nulíparas la incidencia de desordenes durante el parto es <10%

TIPOS DE DISTOCIAS

- Distocias del motor del parto
- Distocias del canal del parto
 - Del canal blando del parto
 - Del canal óseo del parto
- Distocias del objeto del parto
 - Por anomalías en el tamaño o en la forma fetal
 - Por anomalías en el número, embarazo gemelar.
 - Por anomalías en la presentación
 - Parto de nalgas
 - Parto en transversa
 - Parto de deflexión (sincipuccio, frente, cara)
 - Distocias de los anexos ovulares
 - Placenta
 - Cordón
 - Amnios y membranas

CESÁREAS

¿QUÉ SON?

- PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA MAYOR
- UNA INDICACIÓN SIN JUSTIFICACIÓN MÉDICA PUEDE ↑ INNECESARIAMENTE LOS RIESGOS MATERNO - FETAL

RIESGOS POTENCIALES

- ANESTÉSICO
- INFECCIÓN
- HEMORRAGIA
- TROMBOEMBOLISMO VENOSO
- LESIÓN VESICAL, URÉTERES, FETO

EN OTROS EMBARAZOS

- MORTINARO
- PLACENTA PREVIA
- ACRETISMO PLACENTARIO
- ROTURA UTERINA

¿SON RIESGOSAS?

SI, LA MORBIMORTALIDAD ES 3 VECES MAYOR A LA DE UN PARTO VAGINAL

¿CÓMO DISMINUIRNAS?

EVITANDO QUE EL PRIMER PARTO SEA CESÁREA PARA ESTO ES FUNDAMENTAL CONOCER LAS...

INDICACIONES DE CESÁREA

SU INDICACIÓN ESTA DADA POR 3 CAUSAS:

1 MATERNA

- CESÁREA ANTERIOR Y CONDICIONES OBSTÉTRICAS DESFAVORABLES Y/O PATOLOGÍAS MATEINAS DE SIGNIFICACIÓN ASOCIADAS.
- 2 O MÁS CESÁREAS PREVIAS
- CIRUGÍA VAGINAL PREVIA
- TRANSMISIÓN VERTICAL DE INFECCIONES MATEINAS (VIH, VHC, VHS)

2 FETAL

- PRESENTACIÓN DE TRONCO (PARTO VAGINAL NO ES POSIBLE)
- PRESENTACIÓN PODÁLICA (NO ES INDICACIÓN ABSOLUTA)
- SUFRIMIENTO FETAL AGUDO CON CONDICIONES OBSTÉTRICAS DESFAVORABLES PARA PARTO VAGINAL
- MACROSMÍA FETAL (CON PESO ESTIMADO > 4500g)

3 OVULAR

- PLACENTA PREVIA
- DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMAL INSERTA
- PROCIDENCIA DE CORDÓN
- EMBARAZO GEMELAR EN LOS QUE EL PRIMER FETO NO ESTÁ EN CEFÁLICA

CESÁREAS DE URGENCIA

- GRUPO 1: RIESGO DE PÉRDIDA DE BIENESTAR FETAL (RITMO SINUSOIDAL, BRADICARDIA MANTENIDA)
- GRUPO 2: FRACASO INDUCCIÓN
- GRUPO 3: DETENCIÓN DEL PROGRESO DEL TRABAJO DE PARTO
- GRUPO 4: DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA e IMPOSIBILIDAD DE EXTRAER EL FETO VÍA VAGINAL
- GRUPO 5: MISCELÁNEO (PRESENTACIÓN DE FRENTE, CARA, PROLAPSO CORDÓN, HEMORRAGIA VAGINAL ACTIVA, eclampsia, OTROS)

YO QUERÍA PROGRAMAR EL NACIMIENTO DE MI HIJA



YO TENGO 2 CESÁREAS Y QUERÍA UN PARTO VAGINAL

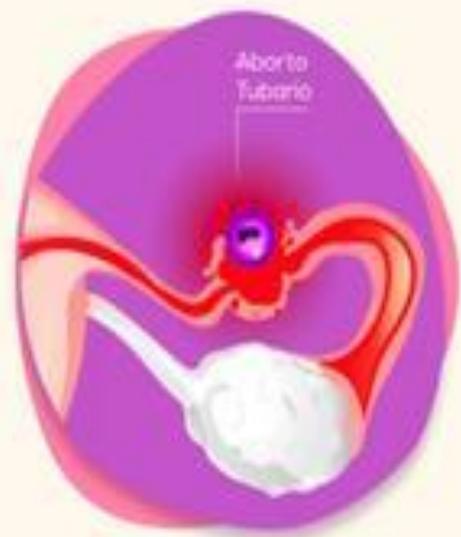


EMBARAZO ECTÓPICO

Implantación del óvulo fecundado fuera del útero. El 95% ocurren en la trompa de Falopio.

FACTORES DE RIESGO

- ❖ Cirugías de abdomen previas
- ❖ Embarazo ectópico anterior
- ❖ Tratamientos de fertilidad
- ❖ Tabaquismo
- ❖ Infecciones de transmisión sexual



SIGNOS Y SÍNTOMAS

- ❑ Pérdida intermenstrual seguida por sangrado vaginal anormal
- ❑ Dolor abdominal o pélvico
- ❑ Masa anexial dolorosa



TRATAMIENTO

Médico (para causar la muerte del embrión):

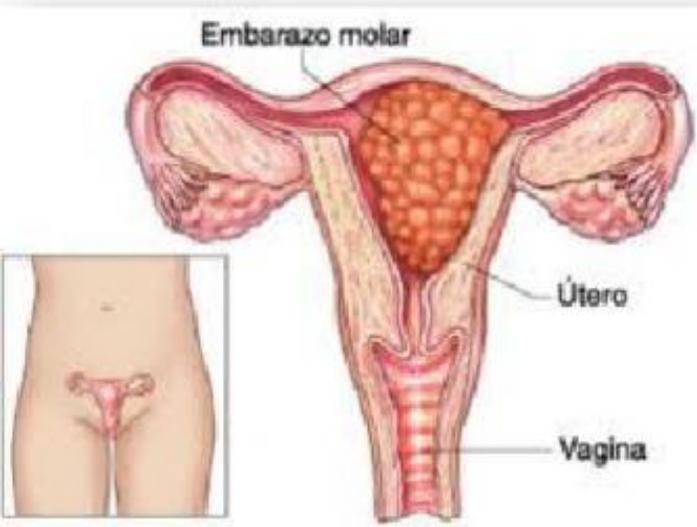
- Metotrexate (vía intramuscular)
- Prostaglandinas, glucosa hiperosmolar, cloruro de potasio, entre otros.

Quirúrgico:

- Cirugía por laparoscopia
- Cirugía por laparotomía
- Salpingostomía (técnica conservadora)

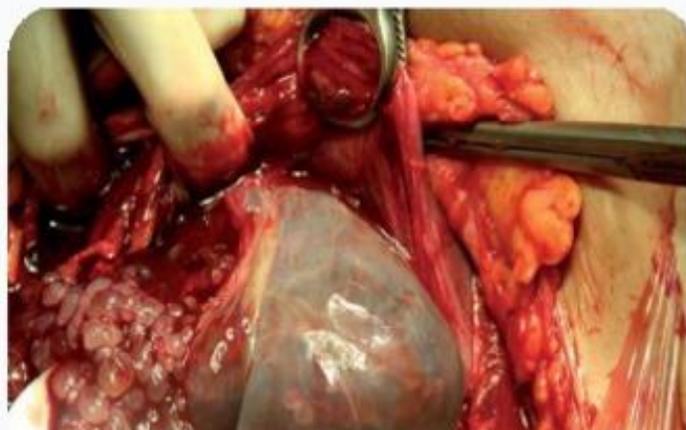


Enfermedad Trofoblástica Gestacional



Se refiere a un espectro de tumores placentarios relacionados con el embarazo .

Se divide en tumores molares y no molares (se agrupan como neoplasia trofoblástica gestacional).



INFECCIÓN URINARIA Y EMBARAZO.

Es una de las infecciones mas frecuentes durante el embarazo, de ahí la necesidad de conocerla y atenderla oportuna y correctamente por la importancia que tiene en el desarrollo y culminación del embarazo así como en el pulperio.



INFECCIÓN URINARIA Y EMBARAZO.

CONCEPTOS BASICOS:

- **Infección urinaria** : Es la presencia de microorganismos patológicos en el tracto urinario.
- **Bacterinuria asintomática**: Es la presencia de 105 UFC en dos urocultivos en intervalos de 24h sin síntomas.

El embarazo de riesgo:

Es la situación clínica en la que la mujer presenta algún problema médico que representa un riesgo para la madre y/o para el feto, pero que no está relacionado con el trabajo que pudiera estar desempeñando.



Tienes derecho a una prestación de IT por contingencia común

Se cobra el 60% de la base reguladora desde el día 4 al 21 y a partir del 21° día de baja el 75% (salvo que por convenio colectivo se reconozca otro porcentaje)

Deberás acudir a tu médico de cabecera y si éste considera que es conveniente que dejes de trabajar, te emitirá un parte médico de baja.

Riesgo durante el embarazo:

Se produce cuando las condiciones o procedimientos del puesto de trabajo pueden influir negativamente en la salud de la madre gestante y/o la del feto.



La empresa debe adoptar medidas preventivas complementarias con el objeto de garantizar que puedas seguir desempeñando tu trabajo sin riesgo para ti o para el hijo/a que esperas.

Si no es posible, la alternativa es cambiar temporalmente de puesto de trabajo a otro exento de tales riesgos. Si la empresa no puede, técnica u objetivamente, cumplir estas condiciones, se procederá a la suspensión del contrato de trabajo y la trabajadora percibirá una prestación económica equivalente al 100% de su base reguladora.

Se inicia a instancia de la trabajadora por medio de informe del facultativo del SAS que acredita la situación de gestación y la fecha probable del parto. Solicita un certificado de la empresa sobre la actividad desarrollada y las condiciones del puesto de trabajo. Con ambos documentos, solicitas la emisión de la certificación médica sobre la existencia de riesgo ante la Entidad Gestora o Mutua que corresponda.







TIJERA METZENBAUM CURVA 18cm



TIJERA MAYO RECTA 17cm



CURETA FENESTRADA DE SIMS



RIÑONERA DISECCIÓN



PORTAGUJA MAYO HEGAR 20 cm

PINZA FOERSTER



TIGERA CURVA 20cm

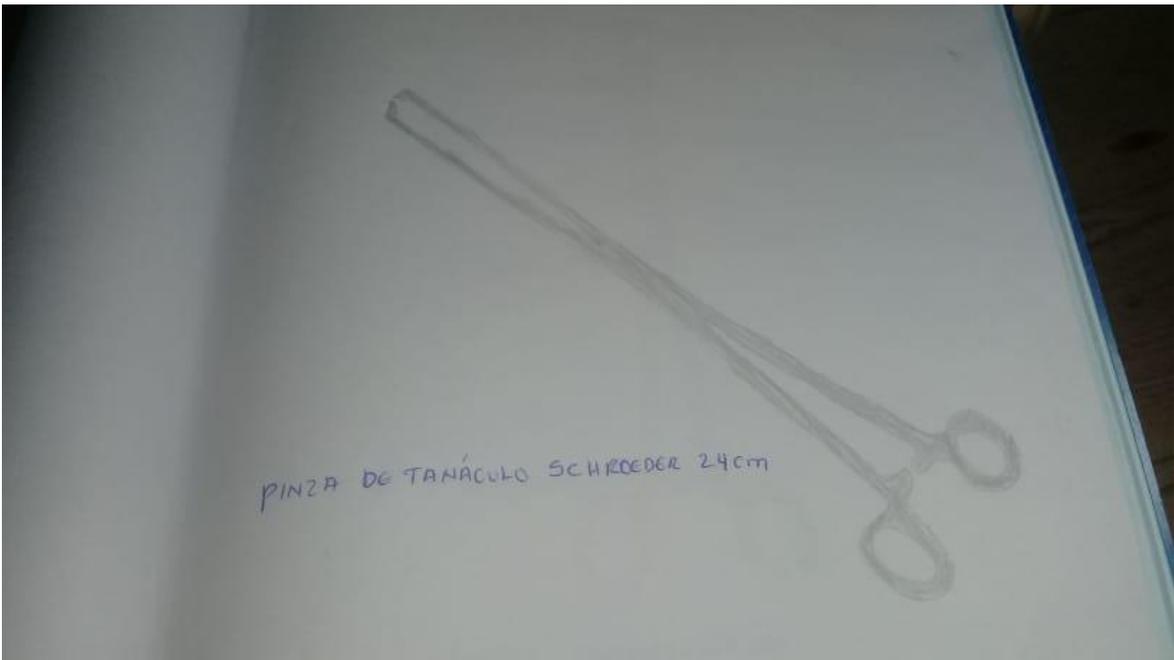


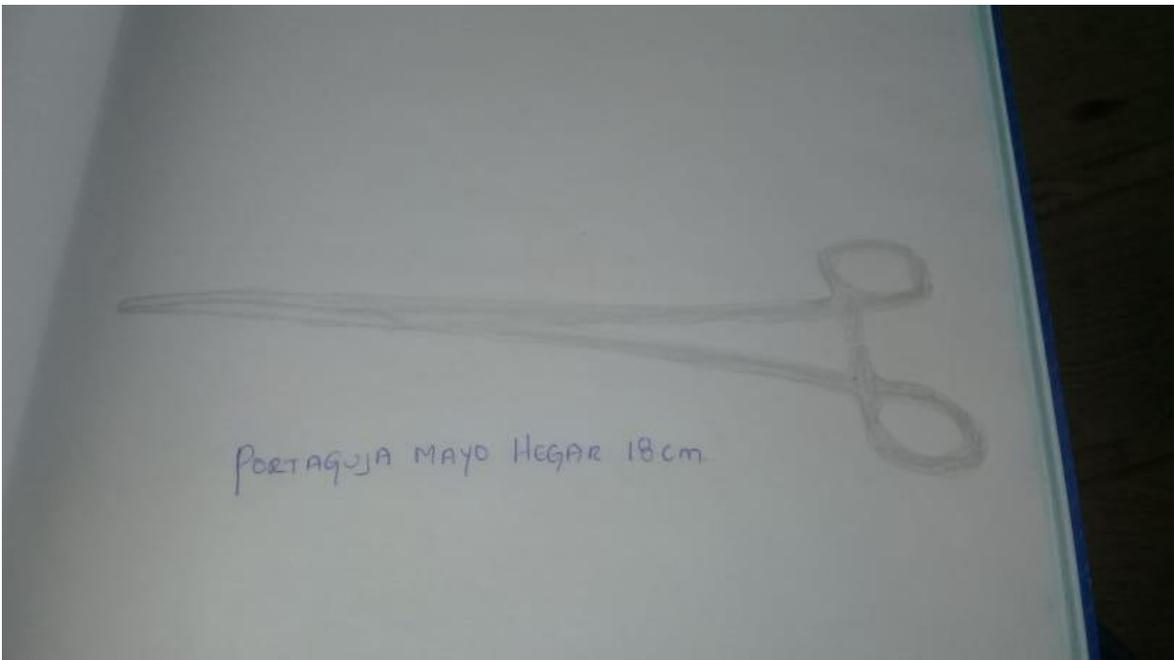


SEPARADOR FARABEU 15cm



MANGO DE BASTURI No 4







Bibliografía:

<file:///C:/Users/hp/Desktop/arely/MATERIAS%20DEL%205%20CUATRI/GINECOLOGIA%20Y%20OBSTETRICIA.pdf>