



Nombre del alumno: Yohana Verenisse López Cruz

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano

Nombre del trabajo: mapas conceptuales

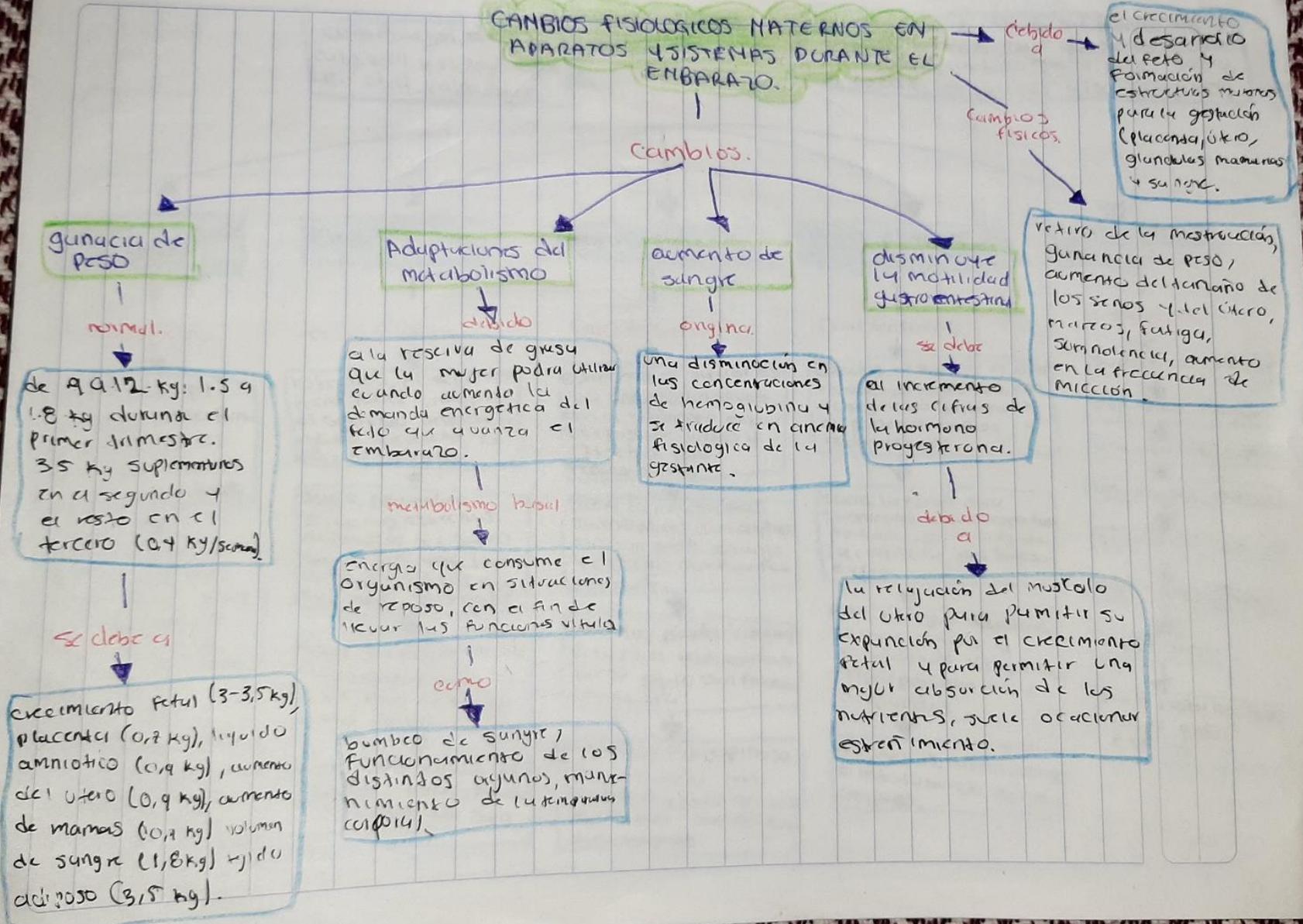
Materia: Obstetricia y ginecología

Grado: 5to cuatrimestre

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de febrero de 2021.

# CAMBIOS FISIOLÓGICOS MATERNO EN APARATOS Y SISTEMAS DURANTE EL EMBARAZO.



# PELVIS.

La región más inferior del tronco. es un embudo osteomuscular que se estrecha hacia abajo, limitado por el hueso sacro, el cóccix, los iliacos y los coxales.

clasificación de Caldwell y Moloy según Lic. obst. Valladares

clasificación

pelvis ginecoide (50%)

Característica

1. Estrechos. El superior tiene forma ovaloidea con el segmento anterior amplio y redondo.

Sacro. La curva e inclinación del hueso sacro son de características medianas y las escotaduras sacrocoxales son amplias.

Pubis. El ángulo subpubiano es amplio y redondeado con paredes laterales paralelas y ramas isquiopúbicas arqueadas.

pelvis androide

Características

Estrechos. el superior tiene forma triangular el segmento anterior es agudo y estrecho, el posterior amplio.

Sacro. Escotadura sacrocoxales estrechas, inclinación del sacro hacia adelante, las espinas caticas son salientes y puntiagudas.

Pubis. paredes pélvicas convergentes hacia el pubis, más amplia la pared posterior.

Diametros. Tanto el diametro interespinoso e intertuberoso son cortos.

pelvis antropoide

Características

Estrechos. el superior es oval anteroposteriormente, con el segmento anterior y el posterior largos y estrechos pero redondeados.

Sacro. la escotaduras sacrocoxales son amplias el hueso sacro es largo y estrecho con curvatura marcada.

Pubis. Las paredes laterales de la pelvis en dirección al hueso púbico son paralelas una de otra.

Diametros. interespinoso e intertuberoso son cortos, mientras que los diametros interoposteros son amplios.

pelvis pleiopeloide (3%)

Características

Estrechos. el superior es oval en sentido transversal, con el segmento anterior y el posterior amplios y redondeados.

Sacro. la escotadura sacrocoxales son estrechas mediante inclinación de la curvatura del hueso sacro.

Pubis. El ángulo subpubiano es muy amplio y redondeado y las ramas isquiopúbicas muy arqueadas.

Diametros. interespinoso e intertuberoso son muy simples.

pelvis ósea.

Descripción

- Superficie exterior
- Superficie interior
- Una abertura superior
- Una abertura inferior
- Superficie exterior
- Parte anterolateral
- Parte lateral
- Parte posterior: hueso sacro y del cóccix.

# ATENCIÓN DEL PARTO EUTÓRICO Y EPISIOTOMIA.

Primer grado: Laceración superficial de la mucosa de la vagina, la cual se puede extender hacia la piel en el introito.

Segundo grado: Laceración que comprende mucosa vaginal y el cuerpo perineal, puede extenderse hacia los músculos transversos del perineo. Necesita reparación.

Tercer grado: Laceración que se extiende dentro del músculo de perineo y puede involucrar tanto a músculos perineales transversos y el esfínter anal.

Cuarto grado: Esta involucra la mucosa rectal.

Tipos de desgarro perineal.

Objetivo e indicaciones.

Clasificación episiotomía

Acortar periodo expulsivo y disminuir morbilidad fetal

Evitar posible desgarro perineal.

Prevenir prolapso genital e incontinencia urinaria.

La sección perineo vaginal realizada comúnmente en sentido medio lateral o en línea media.

1. Mediana comisura posterior y sigue una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal.

2. Mediana modificada. Se modifica al anterior adicionando dos incisiones transversales opuestas, una hacia la derecha y otra hacia la izquierda.

3. Episiotomía en forma de J. comienza con una incisión mediana y se va lateralizando hacia la tubercula isquiática para evitar proximidad con el esfínter anal.

4. Medio lateral es el tipo de episiotomía más usado en Europa y consiste en hacer una incisión recta desde la comisura.

5. Lateral radical. Esta es considerada como una incisión no obstétrica, pero a veces se ha usado en partos difíciles.

Lateral radical. Esta es considerada como una incisión no obstétrica, pero a veces se ha usado en partos muy difíciles.

anterior. Esta episiotomía se ha relacionado con mujeres que sufrirán mutilación genital.

# PUERPERIO FISIOLÓGICO.

es el periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta 35-40 días y el tiempo que necesita el organismo de la madre para su recuperación.

etapas

Puerperio inmediato. abarca las primeras 24 horas después de parto.

Puerperio mediano. se extiende desde el segundo al décimo día.

Puerperio agudo. concluye en torno a los 40-45 de postparto.

Puerperio tardío. alcanza hasta los 6 meses si la madre opta por alimentar al bebé mediante una lactancia activa y prolongada.

Cambios físicos y psicológicos

- eliminación del agua.
- pérdida de peso
- cambios en el aparato circulatorio.
- cambios hormonales
- Reducción del volumen abdominal.
- alteración de la piel.
- Descenso de la actividad incontinencia
- cambios en el aparato genital.
- reanudación de la menstruación.

- Cambios a principios horas
- nivel endocrino
  - nivel renal
  - nivel gastrointestinal
  - nivel termico
  - nivel hematológico
  - peso corporal

aspectos de valoración

1. Constantes vitales: tensión arterial y temperatura.
2. Altura y tono uterino.
3. pérdida de sangre.
4. cuidados del perine
5. estado de la vagina y micción
6. ansiedad

**Análisis Obstétrico**

El dolor en el parto es agudo, es influido por factores emocionales, motivacionales, sociales y culturales.

**Intervenciones.**

Apoyo durante el parto. ayudar a relajarse durante el parto.

Inyección dérmica de suero estéril. inyección 0.05 - 0.1 ml en cuatro puntos de la región sacra produce alivio de los dolores bajos de la espalda durante 60-90 min.

Inmersión en agua a 37°C una vez avanzados los 4-5 cm de dilatación durante 1-2 horas no aumenta la infección materna o fetal a pesar de la bolsa amniótica rota.

Agentes parenterales. la más frecuente es la administración de opioides.

analgésica regional. bloqueos nerviosos para proveer alivio del dolor durante el parto.

**VIGILANCIA DE LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.**

**Presentación**

posición del cuerpo fetal.

Cabeza o pelvis (situación longitudinal)

hombro (situación transversa)

Presentación cefálica.

Presentación pélvica.

Presentación franca

Presentación completa.

Presentación incompleta.

**parto**

Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal de feto, placenta y anexos.

**Periodos**

primer periodo: Dilatación  
segundo: expulsión  
tercero: alumbramiento

**final**

puerperio

**control**

La verificación y registro de la contracción uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de las contracciones uterina al menos cada 30 minutos

La verificación y registro del proceso de la dilatación cervical al tiempo de exploración vaginal

registro del pulso, presión arterial y temperatura como mínimo cada 4 horas.

Mantener la hidratación adecuada de la paciente

el registro de medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el parto.

CS

Por consiguiente al alumbramiento los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores de la gestación y dura 42 días.

Indicaciones de citas.

Debe darsela a los padres por escrito, incluida la información medica sobre el nacimiento

Como

Fecha, hora, somatometria, valoraciones de apgar y Silveiman-Andersen, edad gestacional, vacunas aplicadas, y estudios de tamizaje realizados.

Impulante

Alimentación, asco, cordón, micción, succiones, ictericia, chupón, circuncisión, hábitos de dormir

CUIDADOS GENERALES DEL RECIEN NACIDO DE TERMINO.

Indicaciones en el cordón

vitaminas K, 1 mg, inyección muscular, para prevenir enfermedad hemorragica del recién nacido.

profilaxis oftalmica. dos gotas de antibiotico tetramicina o cloranfenicol para prevenir conjuntivitis.

inmunizaciones: la cartilla Nacional de vacunación incluye BCG, y vacuna contra hepatitis B al nacimiento.

Tamiz de cardiopatia critica. permitte detectar algunas malformaciones cardiacas.

Tamiz auditivo. necesario verificar del neonato antes del egreso.

Bilirubina A transcutanea. antes del egreso y analizar el riesgo de hiperbilirrubemia

Materiales

- calor. fuente de calor radiante

- ventilación. Bolsa de ventilación de 500 cc a 50 mL, mascarilla neonatal

- aspiración. perilla de hule, sonda de alimentación, sonda de aspiración de meconio, sistema de succión.

- intubación. mango de laringoscopio hoja recta de numero 1.0 para prematuros

- elementos. Oxigeno, solución fisiologica, adrenalina.

- estetoscopio, gusos, cinta o pinza de cordón

- tubo para grupo y Rh, termigu, oximetro de pulso

# BIBLIOGRAFIA

- UDS.ANTOLOGIA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.PDF.UTILIZADO EL 7 DE FEBRERO DE 2021.PDF
- [ENSAYO GINE Y OBS.PDF](#)