



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LIC. EN ENFERMERIA

ACTIVIDAD:

ENSAYO UNIDAD 1 Y 2

ALUMNO:

JIMENEZ SALVADOR JOSE JULIAN

DOCENTE:

CORREA BAUTISTA LUIS MANUEL

GRUPO:

D

CUATRIMESTRE:

5

VILLAHERMOSA, TABASCO, MARZO, 2021

INTRODUCCION

En el presente trabajo hablaremos de la obstetricia y de la historia clínica, esta es fundamental para saber cómo se encuentra la persona, si está en un buen estado de salud y esta se realiza de manera estructurada con conocimientos adecuados para dirigir el interrogatorio de manera correcta. Debe ser completa, se debe incluir una identificación completa de la paciente, una anamnesis amplia de los antecedentes médicos, quirúrgicos, ginecológicos y obstétricos, familiares y sicosociales, una organizada revisión por sistema, se debe hacer un enfoque especial en el cálculo de la edad gestacional, considerando la fecha de la última menstruación, su confiabilidad para ser correlacionada con la altura uterina y los hallazgos ecográfico.

También hablaremos de Cambios fisiológicos maternos durante el embarazo. Aquí hay cambios ya sean fisiológicos y psicológicos. Los cambios fisiológicos incluyen el retiro de la menstruación, ganancia de peso, aumento del tamaño de los senos y del útero (que debe alojar al feto, la placenta y el líquido amniótico), mareos, fatiga, somnolencia, aumento en la frecuencia de las micciones.

Mientras que en los cambios psicológicos son consecuencia de la acción de las hormonas aumentadas durante el embarazo. Se segregan cantidades importantes de estrógeno, progesterona, lactógeno placentario humano o gonadotropina coriónica, entre otras. los cambios psicológicos son muy frecuentes sobre todo en el primer embarazo estados depresivos (llanto fácil) e irascibilidad.

Veremos los cuidados del recién nacido después de nacer, el medico hará un estudio para checar si el neonato está en buena salud. Y por último la exploración básica ginecológica consiste en la inspección, especuloscopia y el tacto bimanual.

OBSTETRICIA

Las exploraciones básicas en obstetricia deben realizarse a toda paciente gestante ya que se le hace una exploración básica. En cada visita debe determinarse el peso materno y la presión arterial. En la primera visita debe tomarse la talla de la paciente para el cálculo de índice de masa corporal. En la gestante, la presión arterial debe tomarse en el brazo derecho, con la paciente sentada en posición de semi- Fowler.

A partir del segundo trimestre debe medirse la altura uterina. Para ello puede usarse un pelvómetro o simplemente una cinta métrica. La altura uterina se corresponde con la edad gestacional y con el tamaño fetal, por lo que es un buen método de despistaje de anomalías del crecimiento fetal en gestaciones simples. En la primera maniobra de Leopold el examinador coloca las manos en el fondo uterino, así detecta lo que está a este nivel. En la segunda maniobra, las manos se colocan a ambos lados del abdomen materno. Así se puede localizar la espalda y determinar la situación fetal (longitudinal, oblicua o transversa) y la variedad (derecha o izquierda). La tercera maniobra sirve para confirmar la presentación y la cuarta evalúa el grado de encajamiento de la presentación.

La exploración ginecológica básica debe incluir: exploración mamaria, exploración abdominal y la exploración propiamente ginecológica. Exploración mamaria La exploración mamaria debe comenzarse con la inspección de las mamas, con los brazos de la paciente a los lados y luego con las manos apoyadas en la cadera y/o con los brazos en alto. Deben localizarse cicatrices, cambios de coloración o úlceras, tanto en la piel de la mama como el complejo aréola-pezón. Es importante observar la presencia o no de un edema que confiere un aspecto arrugado y áspero de la piel (lo que se denomina piel de naranja), ya que es un hallazgo anormal. Seguidamente debe realizarse palpación de la mama para detectar la presencia de nódulos. Esto puede hacerse con la paciente en bipedestación, sedestación o decúbito supino. La palpación debe realizarse con maniobras lentas y cuidadosas usando la parte plana de los dedos.

Oogénesis:

En los ovarios del feto femenino, las células germinales primordiales producen oogonias por divisiones mitóticas hasta las semanas 20 a 24 de la gestación. En ese momento hay aproximadamente 7 millones de oogonias. Al comienzo de las semanas octava a novena gestacionales, algunas de estas oogonias entran a la profase de la meiosis y se convierten en oocitos primarios. Los procesos meióticos continúan hasta casi seis meses después del nacimiento y en ese punto todas las oogonias se han convertido en oocitos. Estos últimos permanecen en un estado de profase suspendida; la primera división meiótica no concluye en tanto no ocurra la ovulación muchos años después.

Simultáneamente, hay desgaste de oocitos. Al nacimiento, sólo permanecen 2 millones de oocitos; en la pubertad sólo persisten 400 000 oocitos. En la menopausia (que marca el fin del periodo reproductivo) pocos oocitos sobreviven, si acaso alguno. El desarrollo de los folículos ováricos ocurre en las siguientes etapas:

1.- Primera etapa.

La primera etapa del desarrollo folicular es paralela a la profase del oocito. Por lo tanto, la primera etapa del folículo ovárico dura muchos años. A medida que crecen los oocitos primarios, las células de la granulosa proliferan y proporcionan al oocito nutrientes y hormonas esteroides. Durante esta etapa, el folículo primordial se desarrolla en un folículo primario, las células de la teca interna se desarrollan y las células de la granulosa comienzan a secretar líquido. Ningún folículo progresa más allá de esta primera etapa en ovarios prepúberes.

2. Segunda etapa

La segunda etapa del desarrollo folicular se desarrolla con mucha mayor rapidez. Esta etapa tiene lugar en un periodo de 70 a 85 días. Durante cada ciclo menstrual, unos pocos folículos entran a esta secuencia. En la región central del folículo denominada antro se acumula un líquido que contiene hormonas esteroides, mucopolisacáridos, proteínas y FSH. Las hormonas esteroides alcanzan el antro por secreción directa de las células granulosas. Las células de la granulosa y de la teca continúan creciendo dando lugar a un folículo maduro que al final de la segunda etapa se llama folículo de Graaf y posee un diámetro promedio de 2-5 mm.

3. Tercera etapa

La tercera etapa y final del desarrollo folicular es la más rápida; ocurre cinco a siete días después de la menstruación. Un solo folículo de Graaf alcanza dominancia sobre sus acompañantes y estos últimos involucionan. Antes de 48 horas el folículo dominante crece hasta alcanzar 20 mm de diámetro. En el día 15 del ciclo menstrual de 28 días ocurre la ovulación y el folículo dominante se rompe y libera su oocito en la cavidad peritoneal. En este momento concluye la primera división meiótica y el oocito secundario resultante entra a la trompa de Falopio cercana, donde comienza la segunda división meiótica. Si hay fecundación por un espermatozoide la segunda división meiótica concluye en la trompa de Falopio produciendo el óvulo haploide con 23 cromosomas. Las hormonas esteroides ováricos, progesterona y estradiol, se sintetizan en el folículo ovárico mediante las funciones combinadas de las células granulosas y tecales. En los ovarios están presentes todos los pasos de la vía de biosíntesis. La progesterona y el

estradiol se sintetizan de la manera siguiente. Las células tecales sintetizan y secretan progesterona. Las células tecales también sintetizan testosterona; esta última se difunde desde las células tecales hasta las células granulosas cercanas, que contienen aromatasas.

Acciones de estrógeno y progesterona

Las dos hormonas esteroides ováricas funcionan de manera coordinada para apoyar la actividad reproductiva de la mujer: desarrollo del óvulo, desarrollo y mantenimiento del cuerpo lúteo para sostener un óvulo fecundado, mantenimiento del embarazo y preparación de las mamas para la lactancia. Los estrógenos contribuyen al brote de crecimiento puberal, cierre de las epífisis al final de este brote de crecimiento y depósito de grasa subcutánea (es decir, distribución femenina de la grasa). La progesterona tiene una ligera acción termogénica que eleva la temperatura corporal basal durante la fase lútea del ciclo menstrual. Este incremento de la temperatura corporal basal durante la fase lútea es el fundamento del método anticonceptivo del "ritmo" en el cual se puede usar retrospectivamente la elevación de la temperatura para determinar el momento de la ovulación.

Terminología obstétrica más común: presentación, situación, variedad de posición.

Cambios fisiológicos maternos en aparatos y sistemas durante el embarazo.

- Cambios psicológicos

Todos estos cambios son consecuencia de la acción de las hormonas aumentadas durante el embarazo. Se segregan cantidades importantes de estrógeno, progesterona, lactógeno placentario humano o gonadotropina coriónica, entre otras. Los cambios psicológicos son muy frecuentes sobre todo en el primer embarazo estados depresivos (llanto fácil) e irascibilidad.

- Cambios fisiológicos

Esta nueva etapa de la vida de muchas mujeres implica unos cambios fisiológicos en su organismo, que explican en parte los cambios en el estado físico y anímico. Entre los cambios físicos, encontramos retiro de la menstruación, ganancia de peso, aumento del tamaño de los senos y del útero (que debe alojar al feto, la placenta y el líquido amniótico), mareos, fatiga, somnolencia, aumento en la frecuencia de las micciones

La gestación es un periodo en el que se incrementan notablemente las necesidades nutritivas. Este incremento se debe por un lado a las demandas requeridas para el

crecimiento y desarrollo del feto, y por otro para la formación de nuevas estructuras maternas necesarias para la gestación (placenta, útero, glándulas mamarias, sangre), así como para la constitución de depósitos de energía, que aseguren las demandas calóricas que van a presentarse durante la lactación.

La inducción del trabajo de parto es un procedimiento común en la práctica general de la obstetricia, cuya indicación enfrenta presiones nuevas, derivadas del cambio en el perfil epidemiológico y social que experimenta la población de mujeres embarazadas en la mayor parte del mundo. Esta transición se distingue por tasas menores de muerte materna, incremento de las causas indirectas de morbilidad y mortalidad materna, aumento de la edad para embarazarse y mayor frecuencia de atención del embarazo en las instituciones médicas, además de mayor cantidad de procedimientos obstétricos, incluso su sobre indicación. Se han desarrollado protocolos clínicos de mayor eficacia y seguridad que han hecho más accesible este procedimiento; por ello se impulsó a un grupo de ginecoobstetras a contribuir con opiniones académicas, con la finalidad de actualizar algunos temas relacionados con el protocolo de atención clínica de inducción del trabajo de parto. Si bien el consenso de expertos es el de menor peso como evidencia científica, consideramos que es un mecanismo para estimular la revisión continua del tema y generar insumos académicos para

- Cuidados generales del recién nacido

En una evaluación rápida, el pediatra debe preguntarse si el neonato es de término, está respirando y si tiene buen tono muscular; en caso de responder afirmativamente a las tres interrogantes se requiere sólo la atención de rutina. El neonato puede colocarse boca abajo en el abdomen o en el pecho de la madre, allí aspirarse si fuera necesario, secarse, retirar el campo húmedo y cubrirse la parte posterior que no queda en contacto directo con la madre. El contacto de la madre con la piel del neonato en forma temprana se ha relacionado con una serie de beneficios como una mayor duración de lactancia materna, disminución en el llanto del niño, mejor estabilidad cardio-respiratoria e incremento en la temperatura corporal. Allí se pueden realizar las evaluaciones necesarias, identificación y posteriormente quedar en alojamiento conjunto con la madre.

Al minuto y a los cinco minutos de vida se realiza la valoración de Apgar y se considera normal un puntaje de 7 o más. A los 10 minutos se realiza la valoración de SilvermanAnderse modificada; se espera obtener hasta dos puntos durante el periodo de transición. Posteriormente debe realizarse una exploración física minuciosa con el objetivo de identificar malformaciones; en particular deben revisarse permeabilidad de

coanas, esófago y ano. Además, se realiza la somatometría (peso, talla y perímetro cefálico como mínimo). Siempre se identificará al bebé antes de salir de la sala de nacimiento, preferentemente con dos pulseras, anotando los datos de la madre, del bebé y los del nacimiento.

- Analgesia obstétrica.

Embarazo: Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. El control del trabajo de parto normal debe incluir: La verificación y registro de la contracción uterina y el latido cardiaco fetal(antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos.), la verificación y registro del proceso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales, el registro del pulso, presión arterial y temperatura como mínimo cada 4 horas, mantener la hidratación adecuada de la paciente, el registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto. El parto es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto, placenta y anexos, por vía vaginal, se divide en tres periodos: Primer periodo(Dilatación) Segundo periodo (Expulsión) Tercer periodo (Alumbramiento)

- Posición

Tenemos la relación del contorno fetal con el entorno materno. Durante el embarazo la posición está definida por el dorso del feto, que puede estar en el lado derecho (la espalda del feto mira al lado derecho), izquierdo, anterior o posterior (éstas dos últimas menos frecuentes)

- Indicaciones al alta

Lo principal al darse de alta es que los progenitores deben conocer el peso de su hijo al egreso. Es necesario brindar a los padres información clara y suficiente acerca de los cuidados al bebé que tendrán en casa. Se enuncian a continuación los más importantes, sin que sean limitativos: alimentación, aseo, mantener limpio el cordón umbilical, checar las micciones (6 a 8 micciones al día) 6 horas o más pueden indicar deshidratación, evacuaciones (1 o 2 veces al día), hábitos de dormir (dormir boca arriba)

- Tipos de desgarro perineal

-Primer grado: Laceración superficial de la mucosa de la vagina, la cual se puede extender hacia la piel en el introito. No participan tejidos profundos y puede no ser necesaria la reparación.

-Segundo grado: Laceración que compromete mucosa vaginal y el cuerpo perineal, puede extenderse hacia los músculos transversos del periné. Necesita reparación. (Grado de desgarro que se logra con una episiotomía)

-Tercer grado: Laceración que se extiende dentro del músculo de perineo y puede involucrar tanto a músculos perineales transversos y también el esfínter anal. No compromete la mucosa rectal.

Cuarto grado: Esta involucra la mucosa rectal.

- Valoración de apgar

Es la primera prueba para evaluar a un recién nacido, se lleva a cabo en la sala de alumbramiento inmediatamente después del nacimiento del bebé. Fue creada por Virginia Apgar en el año 1952 para saber lo más rápidamente posible el estado físico de un recién nacido y para determinar cualquier necesidad inmediata de cuidados médicos adicionales o tratamientos de emergencia.

Se utilizan 5 factores para evaluar el estado del bebé: aspecto, pulso, irritabilidad, actividad y tono muscular, respiración. Los médicos, comadronas (parteras) y personal de enfermería suman las puntuaciones de estos cinco factores para calcular la puntuación de Apgar. La puntuación que puede obtener un bebé oscila entre el 0 y el 10, siendo 10 la máxima puntuación posible.

Se tiene que considerar las complicaciones que se presentan: La primera consideración de cualquier maniobra para inducción del trabajo de parto es la posibilidad, aún con el control de la mayor parte de los factores, de un procedimiento fallido y que resulte en cesárea o parto instrumentado. Por esta razón es relevante considerar los criterios de inclusión de la paciente y tener en mente esta complicación potencial. La inducción del trabajo de parto puede complicarse con factores como: índice masa corporal mayor de 40, edad materna superior a 35 años, peso fetal estimado mayor de 4 kg o comorbilidades maternas (diabetes mellitus, etc).

CONCLUSION

El análisis expuesto nos indica todo lo relacionado con la obstetricia, la historia clínica, los cambios fisiológicos y psicológicos en el embarazo, los cuidados del neonato después de nacer.

Dentro de los cuidados del bebe se debe hacer un chequeo evaluar acorde a la puntuación de APGAR, según se dice que si la puntuación es de 8 o más el niño goza de buena salud. Los parámetros a evaluar son: la respiración, el llanto, irritabilidad, pulso, ritmo cardíaco, color de la piel y las extremidades y el tono muscular. Es muy importante tener los materiales adecuados para la atención del recién nacido, se necesita del calor, ventilación (bolsa de ventilación, de 500 a 750 ml), aspiración (perilla de hule, sonda de alimentación). Finalmente, todos estos temas son muy importantes conocerlos ya que se trata tanto de la madre como del recién nacido.