



UNIVERSIDAD DEL SURESTE



LIC. EN ENFERMERIA

MATERIA:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TAREA:

ENSAYO UNIDAD I Y II

ALUMNO:

CARLOS FRANCISCO JIMENEZ OSORIO

DOCENTE:

CORREA BAUTISTA LUIS MANUEL

GRUPO: D CUATRIMESTRE: 5

INTRODUCCION

Este ensayo abarcará el tema principal de obstetricia así como su historia clínica, Es tan importante este tema para saber cómo se encuentra la persona acerca del estado de salud, se hace un interrogatorio de manera correcta esta se realiza de manera estructurada con conocimientos adecuados para dirigir. Esto debe de ser completo, se debe incluir una identificación completa de la paciente, una anamnesis amplia de los antecedentes médicos, quirúrgicos, ginecológicos y obstétricos, familiares y psicosociales, una organizada revisión por sistema, se debe hacer un enfoque especial en el cálculo de la edad gestacional, hablaremos de Cambios fisiológicos maternos durante el embarazo. Aquí hay cambios ya sean fisiológicos y psicológicos. Este punto es muy importante porque dice que en el 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.

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.

DESARROLLO

OBSTETRICIA

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 pelvímetro 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).

¿QUE EXPLORACIONES BASICAS DEBE DE INCLUIRSE?

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 complejoaréola-pezones. 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.

Oogénesis:

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.

¿COMO SUCEDE?

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.

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

En esta etapa 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.

3. Tercera etapa

Esta etapa es la final del desarrollo folicular es la más rápida y 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 tecaes 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.

TERMINOLOGÍA OBSTÉTRICA MÁS COMÚN: PRESENTACIÓN, SITUACIÓN, VARIEDAD DE POSICIÓN.

(Cambios fisiológicos maternos en aparatos y sistemas durante el embarazo)

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.

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 primera 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 todo esto para saber identificar al neonato.

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 desgarró 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 :

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.

CONCLUSION

En estos temas abordados pudimos captar gran contenido de mucha importancia donde nos ayuda a entender mejor que es la obstetricia, los cambios o etapas que puede presentar como los cambios psicológicos, fisiológicos y esto ocurre en la etapa del embarazo, también supervisar que el neonato este sano después de nacer todo esto del tema del análisis expuesto este es lo que nos indica.

Este punto también es muy importante y me parecio muy interesante ya que a muchas personas en la etapa del embarazo se descuidan por eso y es 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. Entonces nos damos cuenta que gracias a estos pasos o a estas valoraciones son para beneficiar a la mamá y al bebe y hace poder tener un buen parto sin presentar alguna complicación. Que es lo que se debe de evaluar en los recién nacidos? Y los pasos siguientes: la respiración, el llanto, irritabilidad, pulso, ritmo cardiaco, 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). Es de mucha importancia llevar acabo cada uno de estos pasos.

BIBLIOGRAFIA

<https://ginecologiayobstetricia.org.mx/>

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA PDF