



Universidad Del Sureste

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA MUJER

4° Cuatrimestre

Docente: Vilma Del Alva Hernández Gómez

Alumna: Paola Janeth Gómez López

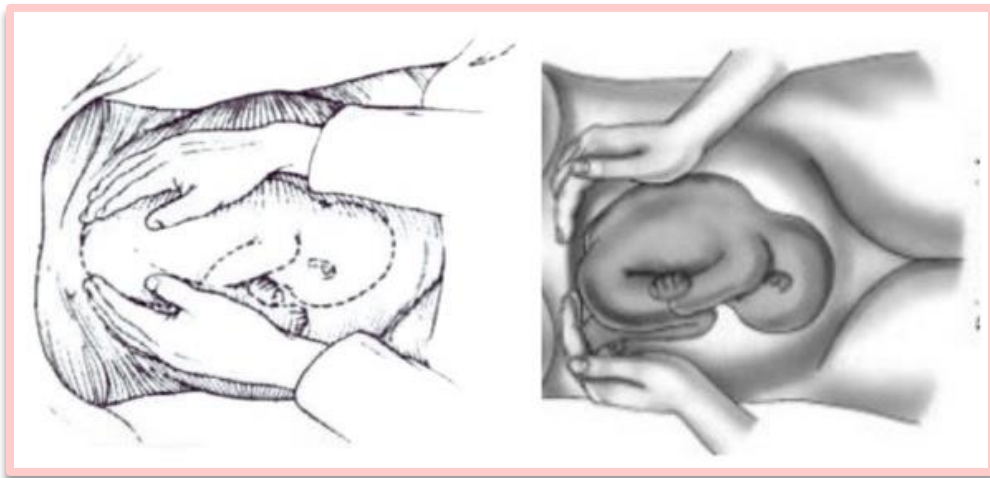
San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Resumen De Leopold

Las Maniobras De Leopold forman parte del examen físico de las mujeres embarazadas son cuatro y se utiliza para determinar la altura del fondo uterino, posición, presentación y el grado de encajamiento fetal.

Se debe de realizar a partir de las semanas 20 a 22 de gestación, pero se obtendrán mejores resultados si se hacen específicamente a las 32 semanas de gestación.

Primera Maniobra De Leopold



El agarre del fondo uterino, evalúa el fondo uterino para determinar su altura y que polo fetal, cefálico o podálico, ocupa el fondo.

Se examina delineando el contorno uterino, colocando ambas manos en cada cuadrante superior del abdomen de la paciente mirando hacia el cartílago xifoideo materno.

El borde cubital de cada mano está en contacto con la pared abdominal y los dedos opuestos se tocan entre sí. Con las yemas de los dedos, se palpa suavemente el fondo del útero para identificar qué parte fetal está presente en el polo superior del útero.

Al tacto el polo pélvico del feto da la sensación de una gran masa nodular, y su superficie es irregular y poco móvil, mientras que la cabeza se siente dura y redonda con superficie lisa de consistencia uniforme, es muy móvil.

La primera maniobra tiene como objetivo determinar la edad gestacional y la posición fetal.

La edad gestacional se puede evaluar utilizando la altura del fondo uterino o la regla de McDonald. El fondo uterino llega a:

- ✚ La sínfisis púbica en la duodécima semana
- ✚ Un punto a medio camino entre la sínfisis púbica y el plano umbilical transversal y transversal en la semana 16
- ✚ El plano umbilical transversal a la semana 20
- ✚ Habiendo cruzado esta línea, se supone que cada respiración transversal con los dedos corresponde a dos semanas.



Segunda Maniobra De Leopold



La segunda maniobra, a veces llamada agarre umbilical, implica la palpación de las superficies uterinas laterales.

Mirando hacia el cartílago xifoides materno, ambas manos se deslizan hacia abajo desde el fondo uterino hacia las paredes uterinas laterales.

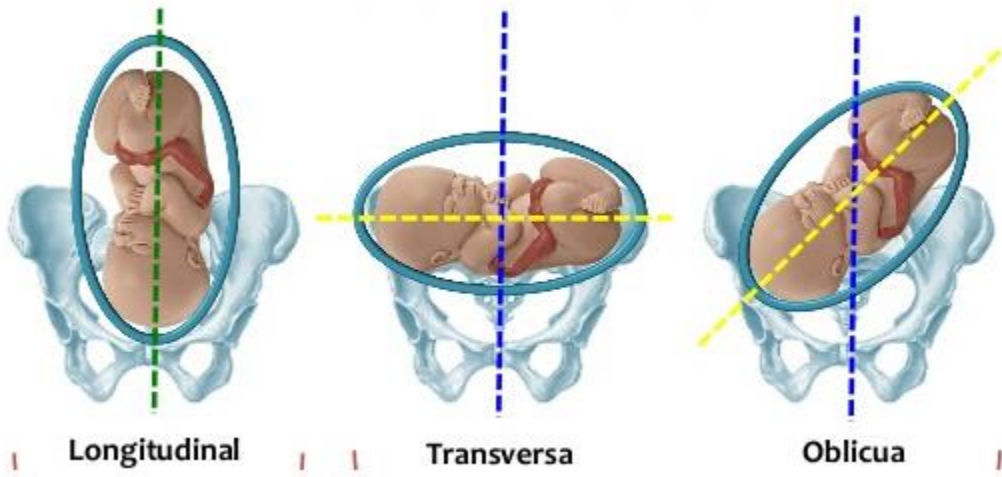
Las manos del personal de salud se colocan planas y paralelas entre sí a lo largo de la pared abdominal al nivel del ombligo. Permite establecer si el feto se encuentra en posición longitudinal, transversal u oblicua, y determinar la posición de la espalda y las partes pequeñas.

Se coloca las dos manos planas de lado al útero e intenta acercarlas a la línea media. En las maniobras de abordaje, las manos del operador son una en el dorso del feto y otra en las partes pequeñas, lo que da distintas sensaciones táctiles.

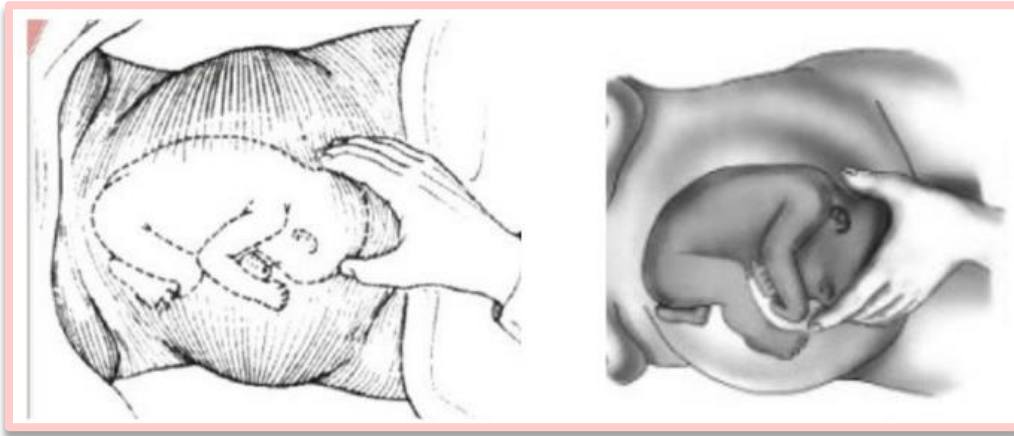
El abordaje es posible cuando el feto está en posición longitudinal independientemente del tipo de presentación, mientras que no es posible cuando la situación es transversal u oblicua. Además, es posible comprender de que lado se encuentra la espalda fetal.

El corazón fetal se puede auscultar en este momento, lo que también puede proporcionar información sobre la orientación fetal. El corazón se percibe bien cuándo se coloca el estetoscopio Pinard o el transductor Doppler en la espalda del feto.

Posición del feto en el útero.



Tercera Maniobra De Leopold.

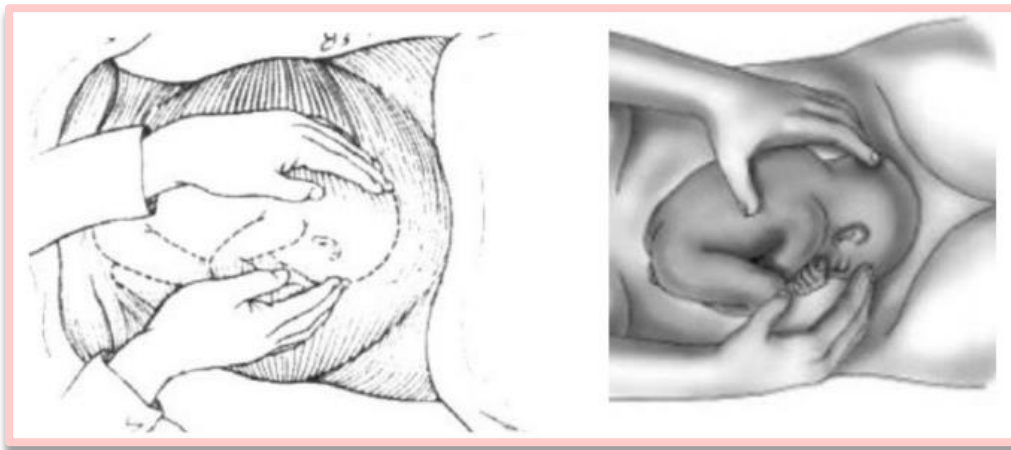


Esta maniobra ayuda a confirmar la presentación fetal.

El primer agarre de Pawlík, a veces llamado el primer agarre pélvico, ayuda a definir qué parte del feto que se presenta se encuentra en el hipogastrio. Usando el pulgar y los dedos de la mano derecha cerca de la sínfisis púbica, la parte de presentación se agarra por la parte inferior del abdomen y acerca el pulgar y el dedo para sujetar el segmento uterino inferior, incluido su contenido.

En el segundo agarre de Pawlík, el personal de salud continúa deslizado la mano hacia arriba para determinar el surco cervical: si la masa se mueve, la parte de presentación no se engancha. Luego se realizan movimientos laterales y rotaciones. La diferenciación entre cabeza y nalgas se realiza como en la primera maniobra. Esta maniobra también permite evaluar el peso fetal y el volumen de líquido amniótico.

Cuarta Maniobra De Leopold.



Esta cuarta maniobra se parece a la primera maniobra; sin embargo, se mira hacia la pelvis materna. Esta maniobra implica que se coloque las palmas de ambas manos a cada lado de la parte inferior del abdomen, con las puntas de los dedos hacia abajo, hacia la entrada de la pelvis. Las yemas de los dedos de cada mano se utilizan para aplicar una presión profunda desde el exterior hacia el interior y en una dirección craneocaudal a lo largo del contorno inferior del útero hacia el canal del parto.

Es posible identificar las características de la pieza presentada y confirmar los hallazgos detectados con la tercera maniobra de Leopold. Los dedos de ambas manos se mueven suavemente a lo largo de los lados del útero hacia el pubis.

El lado donde hay resistencia al descenso de los dedos hacia el pubis es más grande es donde se ubica la frente. Si la cabeza del feto está bien flexionada, debe estar en el lado opuesto de la parte posterior del feto. Sin embargo, si la cabeza del feto está extendida, el occipucio se percibe y está en el mismo lado de la columna. Es posible evaluar el grado de descenso de la parte presentada y darse cuenta si existen grandes desproporciones entre esta y la entrada pélvica.

Esta maniobra identifica que parte de presentación se encuentra en el polo uterino inferior. Percibir cuánto de la extremidad cefálica, que reconocimos en el polo inferior, desciende al canal del parto: si es completamente externa, entonces no se ha enfrentado a sí misma, si se está enfrentando a sí misma o si finalmente ha descendido. Los dedos recorren el contorno superior del extremo cefálico, alrededor del cuello del feto.

Historia Natural De La Enfermedad De La Preeclampsia

Periodo prepatogénico		Periodo patogénico		
<p>Concepto: Síndrome de aparición exclusiva durante la gestación humana (20 semanas), caracterizado por hipertensión, proteinuria y edema.</p>				
<p>Agente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Físicos: alteraciones placentarias, metabólicos, vasculares, renales, hematológicas, hepáticas, inmunológicas. • Biológicos: bacterias causantes de infecciones de vías urinarias. • Químicos: químico endógeno causado por placenta isquemia, consumo de sodio. • Psicológico: estrés, depresión. <p>Huésped:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres menores de 18 y mayores de 35 años de edad. • Embarazo múltiple. <p>Medio ambiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel socioeconómico bajo. • Clima tropical. <p>Antecedentes genéticos.</p>		<pre> graph TD Muerte[Muerte] --- EC[Estado Crónico O Rehabilitación] EC --- Comp[Complicaciones] Comp --- SSE[S y S Específicos] SSE --- SSI[S y S Inespecíficos] EC --- EC_desc[Restricción del crecimiento fetal, desprendimiento de la placenta, daño a otros órganos, enfermedad cardiovascular.] Comp --- Comp_desc[Convulsiones, nacimiento prematuro, síndrome de HELP, eclampsia,] SSE --- SSE_desc[Hipertensión arterial, proteinuria y edema.] SSI --- SSI_desc[Cefalea, vista borrosa, náuseas, menor producción de orina.] </pre>		
Prevención primaria		Prevención secundaria		
Promoción a la salud	Prevención específica	Dx precoz y dx oportuno	Limitación del daño	Prevención terciaria
<ul style="list-style-type: none"> • Platicas de una dieta correcta. • Información de la realización de actividad física. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta baja en sodio. • Control prenatal. • Mantener niveles adecuados de vitamina D. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre. • Análisis de orina. • Ecografía fetal. • Prueba en reposo o perfil biofísico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parto • Inducción del parto • Control por medicación vía oral o intravenosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reposos • Cesaría.

Historia Natural De La Enfermedad De La Eclampsia

Periodo prepatogénico		Periodo patogénico		
<p>Concepto: Es la presencia de convulsiones generalizadas inexplicables en pacientes con preeclampsia.</p>				
<p>Agente: No hay un agente específico y se puede diagnosticar por medio de la hipertensión arterial.</p> <p>Huésped: Mujeres menores de 18 y mayores de 35 años de edad. Mujeres embarazadas con presencia de preeclampsia. Mujeres con antecedentes de diabetes e hipertensión. Primer embarazo.</p> <p>Medio ambiente: Antecedentes genéticos. Dieta. Morfología de los vasos sanguíneos.</p>		<pre> graph TD A[S y S Inespecíficos] --> B[S y S Específicos] B --> C[Complicaciones] C --> D[Estado Crónico O Rehabilitación] D --> E[Muerte] </pre> <p> S y S Inespecíficos: Cefalea muy intensa, alteraciones visuales (pérdida de visión) epigastralgia, alteración del estado mental o dificultad respiratoria. </p> <p> S y S Específicos: Hipertensión arterial, edema, pérdida del conocimiento, convulsiones, proteinuria. </p> <p> Complicaciones: Separación de la placenta, parto prematuro, problemas de coagulación de la sangre. </p> <p> Estado Crónico O Rehabilitación: Muerte fetal, Accidentes cerebrovasculares. </p> <p> Muerte: Muerte </p>		
Prevención primaria		Prevención secundaria		
Promoción a la salud	Prevención específica	Dx precoz y dx oportuno	Limitación del daño	Prevención terciaria
<ul style="list-style-type: none"> Pláticas de sobre el peligro, signos y síntomas de la eclampsia. Información de la importancia del control prenatal. Información de una dieta correcta y balanceada. 	<ul style="list-style-type: none"> Control de la presión arterial Tener una dieta bajo en sodio. Adecuado reposo. 	<ul style="list-style-type: none"> Medición de la presión arterial. Análisis de sangre. Análisis de orina. Ecografía fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> Administración de medicamentos anticonvulsivos. Inducción del parto. 	<ul style="list-style-type: none"> Reposo. Cesaría.

Historia Natural De La Enfermedad Del Síndrome De HELLP

Periodo prepatogénico		Periodo patogénico		
<p>Concepto: Es una complicación multisistémica del embarazo que se distingue por el trastorno hipertensivo más la triada: Hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y disminución del conteo de plaquetas.</p>				
<p>Agente: Es una variante de la preeclampsia. Ambas condiciones ocurren generalmente durante las últimas etapas del embarazo o, a veces, después del parto.</p> <p>Huésped: Mujeres menores de 18 y mayores de 35 años de edad. Mujeres embarazadas con presencia de preeclampsia o eclampsia.</p> <p>Medio ambiente: Antecedentes familiares con preeclampsia o eclampsia. Antecedentes de enfermedades autoinmunes.</p>		<pre> graph TD A[Muerte] --- B[Falla renal aguda, hemorragia o ruptura del hígado.] B --- C[Estado Crónico O Rehabilitación] C --- D[Complicaciones] D --- E[Presión arterial alta, proteinuria, Anormalidades en los análisis (aumento de las enzimas hepáticas, disminución de plaquetas y presencia de hemólisis).] E --- F[Cefalea, visión borrosa, visión doble, luces o auras destellantes, Hinchazón (especialmente de la cara o las manos).] F --- G[S y S Inespecíficos] G --- H[S y S Específicos] H --- I[Complicaciones] I --- J[Estado Crónico O Rehabilitación] J --- K[Falla renal aguda, hemorragia o ruptura del hígado.] K --- L[Muerte] </pre>		
Prevención primaria		Prevención secundaria		
Promoción a la salud	Prevención específica	Dx precoz y dx oportuno	Limitación del daño	Prevención terciaria
<ul style="list-style-type: none"> Platicas sobre una buena condición física. Platicas sobre los signos y síntomas del síndrome de HELLP 	<ul style="list-style-type: none"> Control prenatal Adecuada dieta, hiposódica. 	<ul style="list-style-type: none"> Análisis de sangre. Conteo de glóbulos rojos. Análisis de orina. Ecografía fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> Inducción del parto. Trasfusión sanguínea. Administración de corticosteroides. 	<ul style="list-style-type: none"> Cesaría. Reposo.