

# UNIDAD 2

20 / 01 / 22

## "CAMBIOS FISIOLÓGICOS MATERNO EN APARATOS Y SISTEMAS DURANTE EL EMBARAZO:"

- ▶ **Peso:** a término aumenta un 20% del peso inicial, entre 6 kg y 15,6 kg.
- ▶ **Necesidades caloricas:** 350 cal/d
- ▶ **Temperatura corporal basal:** Aumenta un 0,3 a 0,6.

### Esqueleto:

- ▶ Lordosis lumbar.
- ▶ Marcha de pato.
- ▶ Aumento la separación de la sínfisis del pubis.

### PIEL Y FANERAS:

- ▶ **Cabello:** Tiende a aumentar en el embarazo y caer en el puerperio
- ▶ **Hay hipertricosis:** Exceso de vello
- ▶ **Hiperpigmentación:** por efecto de estrógenos y hormonas.
- ▶ **Melasma gravidica**
- ▶ **Arañas vasculares**
- ▶ **Aumento de secreción en las glándulas sudoríparas**
- ▶ **Estrías**
- ▶ **Tejido conectivo**

madelen → T<sub>10</sub><sup>44</sup>

## Sistema Cardiovascular:

- ▶ Corazon
- ▶ Hay hipertrofia en el miocardio
- ▶ Gasto Cardíaco aumenta
- ▶ frecuencia Cardíaca aumenta
- ▶ Desviación del eje eléctrico

## Presión Arterial:

- ▶ Tanto la sistólica como la diastólica, tienden a disminuir
- ▶ La diastólica presenta una disminución dentro de los 2 primeros trimestres.

## Sistema Hematológico:

- ▶ Volumen sanguíneo aumenta
- ▶ Reticulosis
- ▶ Globulos rojos aumentan
- ▶ Leucocitos aumentan
- ▶ Eritrosedimentación aumenta
- ▶ Plaquetas disminuyen
- ▶ factores de coagulación aumenta

## APARATO URINARIO:

- ▶ Los riñones aumentan de tamaño
- ▶ Aumento el flujo plasmático renal.
- ▶ Nicturia
- ▶ Aumento de filtrado glomerular.

## APARATO DIGESTIVO:

- ▶ Gingivitis
- ▶ Sialorrea
- ▶ Pirosis
- ▶ Reflujo
- ▶ Hemorroides
- ▶ Hiperemesis

Scribe



## Aparato Genital:

- ▶ Aumento de tamaño
- ▶ Cambia de forma
- ▶ Hipertrófia e hiperblasia
- ▶ Peritoneo más laxo
- ▶ Capa media desaparece en el segmento.
- ▶ Cuello aumenta las glándulas
- ▶ Vagina se alarga
- ▶ Perine aumenta la pigmentación
- ▶ Vulva hiperpigmentación
- ▶ Ovarios cesa la ovulación.
- ▶ Trompas de falopio se hipertrofia
- ▶ Mamas, aumenta la sensibilidad, tamaño de pezones y coloración.

## Signos de Certeza:

- ▶ Latidos cardiacos fetales
- ▶ Distinguir partes fetales
- ▶ Movimientos fetales pasivos o activos

## Métodos Auxiliares complementarios.

- ▶ Prueba biológica
- ▶ Diagnóstico por imágenes
- ▶ Pruebas inmunológicas
- ▶ Teoría monoclonal

## Pelvis falsa:

- ▶ Limite posterior
- ▶ Limite laterales
- ▶ Limite anterior
- ▶ Vertebrae lumbares
- ▶ fosas Iliacas

## Pelvis verdadera:

- ▶ **Limite superior:** Promontorio, huesos pubianos y linea ileocecal
- ▶ **Limite inferior:** Estrecho inferior de la pelvis
- ▶ **Limite posterior:** Superficie anterior del Sacro
- ▶ **Limite lateral:** Huesos isquiun, escotadura caticas mayores
- ▶ **Limite anterior:** Huesos pubianos, ramas superiores ascendentes de los isquiun, agujeros obturadores
- Cilindro curvo
- Pared anterior: 5cm
- Pared posterior: 10cm
- Espinas Caticas: Diametro más corto de la pelvis.
- Arco de pubis: Redondeado 90-100 grados.

## ARTICULACIONES DE LA PELVIS:

### Sinfisis del Pubis:

- ▶ **Ligamentos:**
  1. Fibrocartilago interpúbico
  2. Púbico superior
  3. Púbico inferior
  4. Arqueada de pubis.

### Articulación Sacro iliaca:

Union entre el sacro y la porcion iliaca de los huesos coxales.

## PLANOS Y DIAMETROS DE LA PELVIS:

### PLANOS IMAGINARIOS:

- ▶ Plano del estrecho superior de la pelvis
- ▶ Plano del estrecho medio de la pelvis
- ▶ Plano del estrecho inferior de la pelvis
- ▶ Plano des las Mayores Dimensiones Pelvianas.



## Estrecho superior de la pelvis:

- 1.- Límite posterior: Promontorio y alas del sacro.
- 2.- Límite lateral: Línea ileopectínea
- 3.- Límite Anterior: Ramas horizontales de los huesos pubianos y la sínfisis del pubis.

## DIAMETROS:

- Antero posterior:
  - Conjugado obstétrico
  - Conjugado Diagonal
  - Conjugado Verdadero
- Transversal
- Dos oblicuos (13cm)

## PLANO MEDIO DE LA PELVIS:

Límite anterior: Borde inferior de la sínfisis del pubis

Límite laterales: Espinas isquiáticas

Límite Posterior: Sacro nivel  $S_3-S_4$ .

## DIAMETROS:

- Inter espinoso
  - Más pequeño de la pelvis.
  - 10 cm
- Antero posterior
  - 11.5 cm
- Sagital Posterior
  - Menos 4.5 cm

## Estrecho inferior de la pelvis:

- 1.- Límite Anterior: Arco subpúbico
- 2.- Límite lateral: Tuberosidades isquiáticas
- 3.- Límite Posterior: Punta del sacro.



## Estrecho inferior de la pelvis:

- Antero posterior: 9.5 - 11.5 cm
- Transverso: 11 cms
- Sagital posterior: Mayor a 7.5 cm

## Pelvis Ginecoide:

- Pelvis femenina
- Diámetro sagital posterior menor al sagital anterior
- Paredes laterales rectas
- Espinas no prominentes
- Arco de pubis ancho
- Sacro no inclinado
- 50 de las mujeres

## Pelvis Androide:

- Diámetro sagital posterior menor al sagital anterior
- Pelvis anterior estrecha y triangular
- Paredes laterales convergentes
- Espinas caticas prominentes
- Arco de pubis estrecho
- Pronóstico malo para parto vaginal
- Sacro hacia adelante
- 1/3 mujeres blancas
- 1/6 mujeres no blancas

## Pelvis Antropoide:

- Diámetro antero posterior mayor al diámetro transverso
- Segmento anterior un poco estrecho
- Escotadura caticica mayores son grandes
- Paredes laterales convergentes
- Espinas caticas prominentes
- 50% en mujeres no blancas.



## Mecanismos de trabajo de parto:

Es el periodo que inicia con actividad uterina regular hasta la expulsión de la placenta.

### Mecanismos:

- movimientos que debe realizar el feto para pasar a través del canal vaginal.

Se debe evaluar la presentación, situación, posición y

Actitud o postura

### Situación:

- ▶ Relación entre el eje longitudinal fetal y el materno.
- Longitudinal (99%)
- Transversa → factores predisponentes
- Oblicua → no definitiva

### Presentación:

- ▶ Parte anatómica del producto que se aboca al estrecho superior de la pelvis.
- Cefálica =
- Pelvica = completa, podálica y franca

### Actitud o postura:

- ▶ Relación que guardan las distintas partes fetales entre sí.
- Flexionada
- Deflexionada

### Posición:

- ▶ Relación arbitraria entre el punto tococomo con el canal del parto.
- ▶ Con cada presentación hay 2 posiciones, derecha e izquierda.

### Variedad de posición:



## Maniobras de Leopold:

- ▶ Primera maniobra:
  - Identificación del polo fetal que ocupa el fu.
  - Presentación.
- ▶ Segunda maniobra:
  - Determinar la posición del dorso
- ▶ Tercera maniobra:
  - Confirmar presentación.
  - Determinar si el producto se encuentra libre o encajado.
- ▶ Cuarta maniobra:
  - Cambio de posición de examinador
  - Confirmar encajamiento.

## Tacto vaginal:

- ▶ Durante el trabajo de parto, determina progresión del mismo o a través de la dilatación y borramiento cervical.
- ▶ Pueden determinar las posiciones de las diferentes presentaciones por las estructuras fetales palpadas.
  - 1.- Insertar dos dedos a través de vagina y palpar la presentación.
  - 2.- Delinear la trayectoria de la sutura sagital de la cabeza fetal.
  - 3.- Palpar ambas fontanelas y determinar su posición.
  - 4.- Localización del descenso en planos de Hodge.

## Descenso:

- Presión del LA
- Contracciones uterinas
- Pujo
- Extensión del cuerpo fetal

## Primíparas:

Encajamiento  
Descenso

## Multiparas:

Descenso y  
encajamiento.



## Características:

Contracciones uterinas que producen borramiento y dilatación cervical.

## Pelvico franco de nalgas:

Presentación pelvica ocurre cuando la pelvis fetal o las extremidades inferiores se encajan en la pelvis materna verdadera.

## Causas maternas:

- Multiparidad
- Tumores uterinos
- Malformaciones uterinas
- Desproporción céfalo pélvica

## Causas ovulares:

- Oligohidramnios
- Polihidramnios
- Placentación anormal
- Cordon corto

## Diagnóstico:

- Palpación y peloteo
- Examen pelvico
- Ultra sonido
- Rayos x

# Cambios fisiológicos maternos en aparatos y sistemas durante el embarazo.

se debe al



Crecimiento y desarrollo del feto, y por otro lado a la formación de nuevas estructuras maternas necesarias para la gestación.

en ellas encontramos

- ▶ Ganancia de peso
- ▶ Adaptaciones del metabolismo
- ▶ Aumenta el volumen de la sangre
- ▶ Disminuye la movilidad gastrointestinal

Pelvis ósea desde femenina desde el punto de vista Obstétrico.

La pelvis es



Un embudo osteomuscular que se estrecha hacia abajo, limitado por el hueso sacro, el cóccix, los iliacos y los coxales, los cuales forman la cintura pélvica y los músculos de la pared abdominal inferior y del perineo.



se clasifica en

Pelvis Ginecoide

Pelvis Androide

Pelvis antriarete

Pelvis rotireloide

Pelvis Ósea

La pelvis más favorable para el parto de forma natural.

La forma característica de la pelvis masculina y cuando se encuentra en mujeres es más común verlo en la raza blanca.

La que tiene forma de la pelvis ginecoide rotada a 90° Grados. Es decir un ovalo o elipse anteroposterior, común en mujeres de raza negra.

Es caracterizada por su forma ovalada con predominio transversal.

La que está formada por los huesos de la cadera, coxal o ilíaco y el sacro. En la pelvis ósea existe: una superficie exterior una abertura exterior una abertura interior.

Vigilancia de la evolución del 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.

Los pechos son



## Criterios para parto vaginal:

- Feto previsible (< 25 semanas a 700grs).
- Anomalías congénitas letales
- Labor de parto avanzada en ausencia de sufrimiento fetal o materno aun con parto por cesárea originalmente planeado.

## Criterios para parto por cesárea:

- Labor disfuncional
- Primigesta añosa
- Historia de infertilidad
- Historia obstétrica pobre
- fetos de entre 25-34 semanas
- Alteración de la frecuencia cardíaca fetal
- Presentación incompleta (de pies).

## Incidencia de presentación pélvica según peso y EG:

Peso (grs)	Edad gestac.	Incidencia %
1000	28	35
1000-1499	28-32	25
1500-1999	32-34	20
2000-2499	34-36	08
2500	36	2-3
Todos los pesos:		3-4

## Malformaciones fetales:

- 6% de los productos pélvicos traen alguna malformación.

- 1.- Luxación congénita de cadera
- 2.- Hidrocefalia
- 3.- Anencefalia
- 4.- Disautomias familiares

- 5.- Espina bífida  
6.- Mielomeningocele  
7.- Trisomias 21, 13 y 18

### Manejo:

- Anteparto
  - Durante la labor
- 1.- Exploración
  - 2.- Monitoreo fetal
  - 3.- Oxitocina

### Criterios para parto vaginal:

- Presentación franca de nalgas
- Mayor o igual a 34 semanas de gestación
- PEE: 2000 - 3500 grs.
- Cabeza fetal flexionada
- Pelvis materna adecuada
- No otras contraindicaciones para parto vaginal.

### Causas fetales:

- Gemelaridad
- Prematuridad (antes 28 semanas).
- Pequeñez fetal
- Malformaciones fetales

### Riesgos de un parto vaginal:

- Mortalidad (3-5 veces mayor)
- Asfixia (3,8 veces mayor)
- Prolapso de cordón (5-20 veces mayor)
- Trauma en el parto (13 veces mayor)
- Daño de la columna vertebral

Scribe



# Ginecología y Obstetricia

CONDICIONES GENEÉRICAS DEL RECIÉN NACIDO

El recién nacido saludable presenta un buen aspecto al nacer, e implica una atención prenatal que haya estudiado al binomio y descartar todo riesgo adicional.

Al pinzar y cortar el cordón umbilical el obstetra entrega al pediatra el bebe, para llevarlo a la fuente de calor, donde se realizarán las actividades como la aspiración y secado, y se valorará en dos escalas.

Escala de Silberman  
Escala de APGAR

A los 10 minutos se realiza, se espera obtener 2 puntos, durante el periodo de transición.  
Se realiza a los primeros 5 minutos de vida, y se considera normal un puntaje de 7 o más.



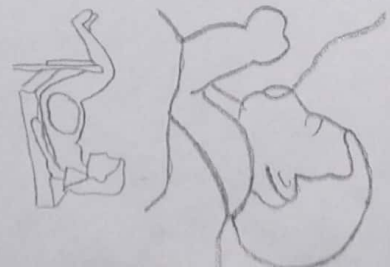
ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA GLANDULA MAMARIA

Las mamas son glándulas tubo-alveolares, de secreción externa, consideradas como glándulas sudoríparas modificadas en su estructura y función, cada glándula está formada por 15 a 20 lobulillos separados entre sí, por tejido conectivo y adiposo, los lobulillos se dividen en lobulillos y a su vez en pequeños racimos los cuales secretan la leche.

Cuatro Etapas del desarrollo de la glándula mamaria.

- Mamogénesis o desarrollo mamario.
- Lactogénesis, glactogénesis o iniciación de la secreción lactea.
- Lactogénesis o mantenimiento de la secreción.
- Ejección lactea o salida de la leche.

Inducción es la iniciación de las contracciones uterinas en una mujer que no está en trabajo de parto, con el fin de un parto vaginal.



Puerperio fisiológico

Se denomina puerperio o cuarentena al periodo que va desde el momento posterior al parto hasta los 35 - 40 días y que es el tiempo que necesita el organismo de la madre para recuperarse a como estaba antes del embarazo.

Puerperio inmediato

Abarca las primeras 24 horas después del parto.

Puerperio mediato

Abarca 1 semana

Puerperio tardío

Abarca a los 40 días.

