



CATEDRATICO:
JOSUE VAZQUEZ SUMOZA

MATERIA:
GERIATRIA

SEMESTRE:
6to SEMESTRE

ACTIVIDAD:
MAPA CONCEPTUAL SOBRE DEPRESION

ALUMNO:
DEYLER ANTONI HERNANDEZ GUTIERREZ

CARRERA:
MEDICNA HUMANA

FECHA DE ENTREGA:
06/04/2024



TRABAJO DE PARTO/1ER PERIODO

DEFINICION DEL TRABAJO DE PARTO

Se describe como contracciones que producen borramiento cervicouterino y dilatación demostrable.



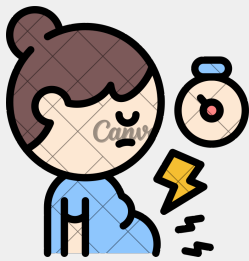
CLASIFICACION/DIVISION

- División preoperatoria (fase latente)
- División dilatadora (fase activa, la cual se divide en fase de aceleración, pendiente máxima, desaceleración)
- División Pélvica.



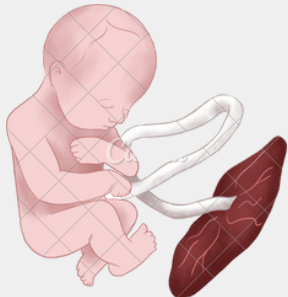
FACTORES DE RIESGO QUE LA RETRASAN

Los factores de riesgo que afectan su duración son la sedación excesiva, analgesia epidural, condición desfavorable uterina, ya sea grueso, sin borramiento, o sin dilatación.



DURACION

La media del trabajo de parto en nulíparas fue de 4.9 y la máxima es de 11.7 h, la multíparas progresan más rápido a la fase activa del trabajo de parto con un ritmo normal de 1.5 cm/h



TRATAMIENTO

- Se deberá realizar pruebas de laboratorio y revisar expedientes.
- Revisión de la frecuencia fetal (revisar después de la primera contracción cada 30 minutos y luego cada 15 en la segunda etapa)
- Monitorización de temperatura, pulso, P.A en la madre.
- La posición materna debe ser libre.
- Debe omitirse la ingesta oral.
- Se deberá aperturar vías intravenosas para medicamentos o líquidos.
- En la ruptura de membranas se debe administrar profilácticos para estreptococo del grupo B



COMO IDENTIFICAR UN TRABAJO DE PARTO VERDADERO DE UNO FALSO

La diferencia de una contracción verdadera de una falsa (Braxton Hicks), es que las contracciones se mantienen de una forma regular mientras que las falsas suelen desvanecerse.



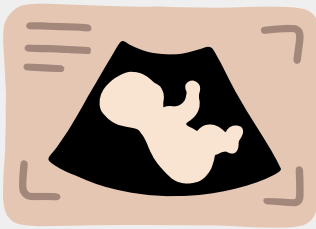
FASE LATENTE

DURACION DE 6-12 EN MULTIPARAS Y 12 A 18 EN NULIPARAS (La fase latente prolongada supera las 20 h en nulíparas y 14 h en multíparas.)
Momento en el que la madre percibe contracciones regulares.
Dilatación <5 cm.



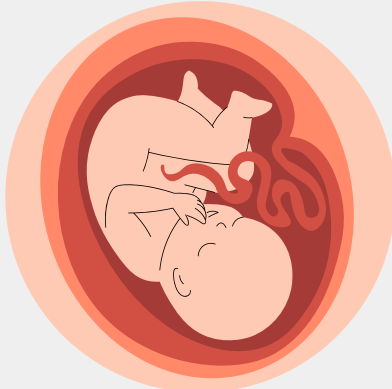
FASE ACTIVA

La dilatación cervical 3 a 6 cm o más presencia de contracciones uterinas puede considerarse como una representación confiable del límite para trabajo de parto activo.



QUE SUCEDE EN LA FASE ACTIVA

Descenso fetal (comienza a los 7 a 8 cm en multíparas y se vuelve más rápida después de los 8 cm)



RECOMENDACION GPC

- Tacto vaginal cada 4 hrs
- No se recomienda la amniotomía, oxitocina ni antiespasmódicos para abreviar el trabajo de parto.
- Parto no complicado se recomienda ingesta de líquidos claros.
- La fase latente no necesita intervención por lo que se debe explicar los signos de un parto activo u ofrecer inducción entre semana 41 y 42 de gestacion

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

SEGUNDA

ETAPA



1

INICIO

Dilatación cervical completa (10 cm) y termina con la expulsión fetal

2

DURACION

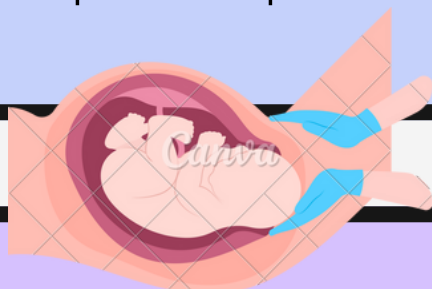
La mediana de duración aproximada es de 50 min para las nulíparas cercana a 20 min



3

IMPORTANTE

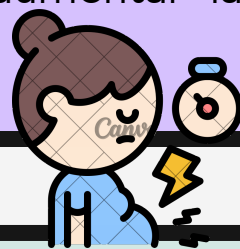
En una mujer con paridad más alta y dilatación previa de la vagina y el perineo dos o tres esfuerzos expulsivos después de la dilatación cervical pueden bastar para completar el parto.



4

TRATAMIENTO

Identificar la posición de la cabeza fetal (confirmando posición de las fontanelas)
Identificar el grado en el que la parte de presentación ha descendido por la pelvis.
Con el descenso de la parte de la presentación se experimenta sensación de defecar.
Las contracciones duran 1 min y ocurren en intervalos menores a 90 s.
Se sugiere retrasar el pujo durante 60 min una vez iniciada la segunda etapa para permitir el descenso fetal y aumentar la eficacia del pujo.



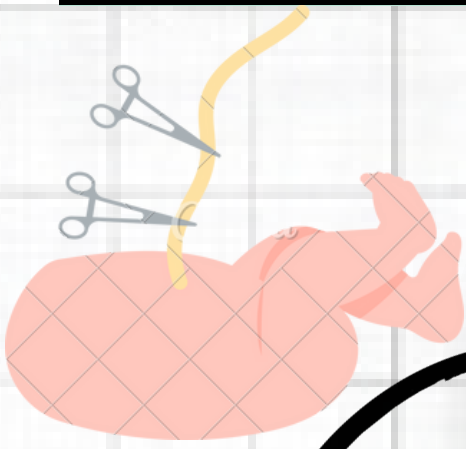
4

GPC

Se recomienda retrasar una o dos horas el momento del inicio del pujo materno en mujeres con analgesia epidural.
Se recomienda escuchar intermitentemente de la F.C fetal al término de una contracción cada 5 min.
Se recomienda emplear aplicación de compresas calientes y protección manual
No se recomienda realizar episiotomía rutinaria (solo en casos de presentación de cara, de nalgas)

TERCER PERIODO

DATOS

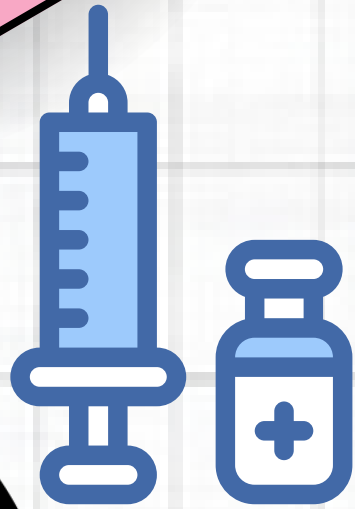


CORDON UMBILICAL

Pinzamiento del cordón umbilical por lo menos durante 60 segundos después del nacimiento en recién nacidos de término o pretérmino.

RECOMENDACION

Se recomienda administrar uterotónicos durante el manejo activo del tercer periodo para reducir riesgo de hemorragia posparto.
Administrar 10 UI de oxitocina (IV o IM)



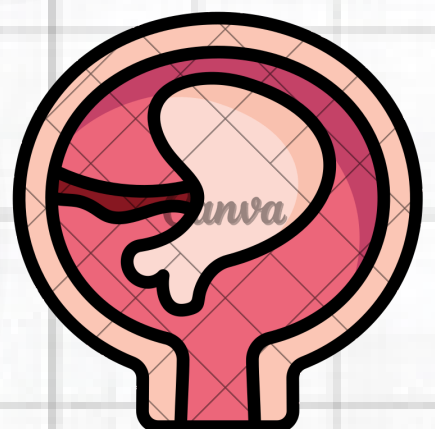
NO RECOMENDADO

La administración de un antibiótico profiláctico en mujeres después de un parto sin complicaciones



MANEJO ACTIVO

Tracción controlada
Masaje uterino
Realiza técnica de Brand-Andrews y Dublín para retiro de placenta íntegra



WILLIAMS OBSTETRICIA-26 EDICION

(S/f-b). Gob.mx. Recuperado el 6 de abril de 2025, de

<https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/052GER.pdf>