

I'm not robot  reCAPTCHA

Continue

Mecanismo de trabajo de parto schwartz

TOPICS CUBIERTOS + Definición de las etapas del parto: ampliación, expulsión y parto Certificado de empleo; mecanismo y atención vertex entrega Monitoreo del parto: registro cardiográfico latidos del corazón, agrandamiento cervical: anticoncepción y curvas de nacimiento normales. PARTE DEL LAB Es extremadamente importante distinguir entre el trabajo real, del prodrome o el trabajo equivocado, que a menudo es la razón para consultar los servicios de emergencia de maternidad. Pasos de entrega ** La Ginecología y Obstetra de Beckmann describe la cuarta etapa, que correspondería a 2 horas inmediatamente después del parto. Fuente: Guía Perinatal 2015 MONITORIO PARTO Corresponde al seguimiento de la condición materna y fetal durante el parto y el parto. 1. Evaluación de ⊕ signos vitales (PA, pulso, T) cada hora. ⊕Aquíteras cada 30 minutos cuando el monitor se utiliza manual o continuamente. Tacto vaginal (TV); a través de una técnica estéril. El número de televisores debe ser limitado, cuanto mayor sea el número de televisores durante el parto, mayor será el número de endometritis posparto (se recomiendan menos de 5 toques vaginales). Perinatal Guide 2015 recomienda la profilaxis ATB después de 5 toques vaginales. El televisor no se realiza regularmente cada cierto número de horas, pero siempre que sea necesario cambiar el tratamiento clínico. El televisor se hace cuando han transcurrido más de 4 horas desde el último televisor o si el paciente tiene: sangrado, pérdida de líquido, mucho dolor, bradicardia fetal, sensación de pujo, etc. 2. Evaluación fetal ⊕ monitorización de lcf con respecto a las contracciones uterinas. Esto se puede hacer intermitentemente (cada 15 minutos durante el agrandamiento y administrar durante 5 minutos durante la dosificación) con estetoscopio pinard o monitoreo continuamente electrónico de lcf. (para obtener más información, compruebe que la monitorización fetal) se ⊕ la posición fetal o 3. El tacto obstetra vaginal obstetra vaginal, durante el parto, debe especificar las características del cuello uterino, las membranas fetales, la pelvis de la madre y la presentación fetal (polo fetal). Cervix: Nivel de deleción cervical (acortamiento cervical); parte vaginal del cuello uterino mide 2 cm. Si el cuello es de 2 cm de tamaño en el televisor, digamos que es largo. Si el cuello es de 1 cm de largo, digamos que está 50% despejado; Lógicamente diferentes longitudes de cuello se expresan como diferentes eliminaciones. Se considera completamente eliminado (100% borrado) cuando está completamente insidipped, por lo que ni el agujero interno ni el agujero externo se pueden distinguir. Agrandamiento cervical: medido en centímetros, añadiendo y separando índice y dedos medios cuello interior. Consistencia : expresa la fuerza o la fuerza del cuello uterino; clasificado en duro (por ejemplo, consistencia nasal), medio o suave (por ejemplo, labios). Posición del cuello: puede ser trasera (si el sacro delantero), medio satraal o central. Membranas ovaladas: Para describir si están rotas o completas, para evaluarla durante un toque vaginal, se puede sentir un relleno superficial liso entre los dedos de una persona que realiza un toque y una cabeza fetal. Fetal No Evaluation: Descenso de grado: Los planes de Hodge o Lee. Diferente velocidad de posición para doblar la cabeza fetal. Por lo tanto, al final del tacto vaginal, se puede expresar como ejemplo: 17:00 Horas, TV No. 1: Cuello central, 100% eliminado, 5 cm de agrandamiento, consistencia suave, membranas completas, próxima presentación, OIIA, en I Plane de Hodge. Esto se reflejaría en el siguiente mecanismo anticonceptivo EN VERTEX accommodation Head descent Lanatura interna de la cabeza y alojamiento en el hombro Separación de la cabeza y descenso del hombro Rotación externa de la cabeza y hombros internos Desprendimiento del hombro 1. Alojamiento principal Se divide en lo siguiente: Orientación de la cabeza: la costura sagital del feto se encuentra en una disminución de la cabeza fetal a través del canal del parto. 3. Rotación interna de la cabeza y el hombro La rotación interna de la cabeza es lo que ocurre dentro de la pelvis, mientras que la fontanela traser (lambda) gira hacia el oxidyntheon (ROTACIÓN PREVIA: casi siempre al anterior desde donde se encuentra) en un movimiento similar a la rotación del tornillo, el diámetro de la subocisttita oriental bregmática en el diámetro del diámetro del antiposterorre pélvico. Por lo tanto: OIIDT u OIIIT: debe girar 90o OIIA u OIDA: debe girar 45o OIIP o OIDP: debe girar 135o Simultáneamente con rotación interna, en este momento es que acomoda los hombros del estrecho pélvico superior. Diámetro de biacromo (12 cm) debe buscar la orientación en el diámetro del estrecho superior para comenzar su descenso. 4. Desprendimiento de la cabeza y descenso de los hombros de las contracciones del útero y los pujos madre llevan al feto a apoyar su fontanela posterior bajo el nacimiento de la verguenza y el movimiento con una extensión inminente (del dolor, movimiento cornada), libera la vulva en una fila: frente, nariz, boca y barbilla. Al mismo tiempo, los hombros comienzan a descender. 5. La rotación externa de la cabeza y los hombros internos contracciones uterinas y pujos madre impulsan los hombros, que están descendiendo en el diámetro transversal de la pelvis, llenan su rotación interna de modo que un hombro se encuentra debajo del pub arcade (anterior) y el otro para una vulva (atrás). Con un diámetro semi chromamático giratorio dentro de la pelvis, la rotación externa de la cabeza (fuera de la pelvis) se produce de modo que el occipucio fetal gira 90 grados. La rotación externa de la cabeza (retorno) se produce en el mismo lado que su descenso a través del canal del parto, ya que es el lado donde se encuentra la columna vertebral fetal. Si la presentación se deja, occipucio gira hacia la tuberosidad isquiática izquierda y viceversa. El parto ayuda al feto suavemente en su cefalolt externo para ayudar con la rotación interna de los hombros. 6. Desprendimiento del hombro El hombro delantero es el primer desmontado desmontado lo que está debajo de la horquilla del pub; para hacer esto, involucrando a la madre pujo, el obstetra tira suavemente de la cabeza del feto hacia el suelo. Luego, levantando el feto, la parte posterior del hombro se desliza sobre la horquilla púbica. Expulsión del hombro trasero seguida de la expulsión del tronco, glúteos y extremidades sin más dificultad para completar el parto. ATENCION VERTEX- ES Una vez finalizada la ampliación, se recomienda dejar al participante en el semi-asiento y seguir los tiempos prescritos para asegurar el descenso. Hacen excepciones, acortan el período de deportación, mujeres con meconio espeso y/o tienen CTG sospechoso o patológico. Se recomienda no hacerlo hasta que el feto esté instalado en Thorns +2 a +3 (ahora pasar a la sala de partos). En cualquier caso, esta fase en la zona nuclear no debe exceder de 90 minutos y multiparados 60 minutos, siempre que el seguimiento de la unidad de placenta fetal indique un patrón normal. Los episodios agudos de la disión fetal pueden ocurrir durante el parto, por lo que una recomendación es un monitoreo electrónico continuo hasta que el acceso de una mujer a la habitación puede ocurrir Entrega. Si la mujer está en la sala de partos, el parto no ha tenido lugar después de 10 minutos, se considera que es una expulsión detenida y el médico debe ser llamado para una orden de evaluación y gestión. (Recomendaciones guía perinatal 2015) En la sala de partos obstetra toma una parte activa en el parto, debe adherirse a las mismas normas anti-sepsia como en el caso de cirugía mayor; es decir, usar un sombrero, máscara, protección para los ojos y lavado quirúrgico de manos. Lleva un delantal quirúrgico y guantes estériles. El lado embarazada suele ser una litotomía, aunque esto puede variar dependiendo de las condiciones de servicio. Se debe fomentar y ejercer la respiración, la relajación de la parturina: se le pide al paciente que realice (valsalva) sincrónicamente con contracciones uterinas. Obstetras y parteras trabajan juntos para cuidar el parto; este último le dice a la mujer embarazada tiempo pujo. Esto es especialmente importante para las mujeres que están conduciendo porque no sienten contracciones, ni un deseo de ofrecer. Cuando la cabeza está coronada (espinas +4), asociada con el pujo madre, se decide practicar la episiotomía o no. Este no debe ser un procedimiento estándar para el cuidado de trabajo. (Sólo debe presentarse caso por caso. Realizar una episiotomía implica tener habilidades para resolver sus complicaciones: hematomas, desgarro.) La cabina debe estar protegida con la mano derecha abierta, incluida la compresa estéril de la cabina, mientras que la otra mano controla la velocidad de salida de la cabeza fetal para reducir el daño al tejido perineal. Para ayudar con el desprendimiento de la cabeza fetal, se realiza una maniobra Ritgen modificada, evaluando si hay circulares de cordón en el cuello del recién nacido. (Maniobra de Ritgen modificada: entre el recto y la vulva, el dedo se presiona hacia arriba y hacia adentro en la zona perinal correspondiente a la mandíbula fetal, mientras que la otra presión de la mano se presiona hacia abajo con los dedos para evitar las lágrimas, mientras que los malvados son empujados hacia abajo y hacia afuera. Esta maniobra promueve la flexión de la cabeza, facilita su salida y evita la expulsión violenta, que puede causar lágrimas perineales y sangrado fetal intramuscular por descompresión repentina.) Cuando la cabeza sale, gira espontáneamente (rotación externa) dejando los hombros en posición vertical; por lo general, la rotación de la cabeza no es completamente espontánea y el médico debe caminar suavemente. (Debes recordar dónde estaba la espalda del feto, y rotar en el mismo lado) Esto debería haber ayudado a separar el hombro delantero, poniendo ambos alrededor del índice del cuello y las tijeras de forma de dedo lateral, y ejerciendo tracción hacia abajo y hacia fuera. Luego se detuvieron hacia arriba y hacia afuera para ayudar a la parte posterior del hombro. Finalmente, el recién nacido se extrae por completo. Según la guía perinatal de 2015, la aspiración del comportamiento rutinario de un recién nacido no es necesaria. Se recomienda el gas de cordón umbilical en todos los casos en los que se haya realizado un control intraparto, lo que causa sospechas de hipoxia. ALUMBRAMIENTO Después de la liberación del volumen fetal de la cavidad uterina disminuye rápidamente, haciendo que la placenta se afloje. El desprendimiento de placenta puede seguir dos mecanismos diferentes: Schultze o Duncan (entrega de control) Según la guía perinatal: El manejo activo de un tercio del trabajo de parto o parto es una medida eficaz para prevenir la HPP. Este tratamiento acelera la liberación de placenta, aumentando las contracciones uterinas y evitando la HPP en un 68%, previniendo la atonía uterina. Acciones de gestión activa de la tercera fase de trabajo (parto) Supervisión: siempre atento. Manejo activo de la tercera etapa del trabajo: Utilizar 5-10 U oxitocina directamente en el bolo o 20-40 U perfusión continua. Drenaje del cordón. Cordón umbilical suprapúbico de contra tracción con tracción suave. Evaluar el fondo del útero después de dispensar la placenta. Evite la instrumentación. Uso de episiotomía selectiva. Uso de oxitocina o carbinarina en pacientes sometidos a cesárea. (Carbetocin 100 mg I.V. 1 una vez). Durante la obstetricia, los obstetras deben esperar a que la placenta se afloje espontáneamente y luego tire suavemente del cordón umbilical para facilitar la salida de la placenta. Es importante evitar la tracción del cordón cuando la placenta no está suelta; tracción causa corte de cordón o inversión del útero, causando dolor intenso, sangrado y shock. No se recomienda la Maniobra Credé (una expresión energética del fondo del útero que acelera el desprendimiento de placenta) porque promueve la inversión uterina. La manera correcta de lidiar con el parto es: apretar el cordón en el introito vaginal, esperar signos de desprendimiento de placenta, y luego cordón de tracción suave para eliminar la placenta. Cuando la placenta pasa a través de la vulva, el obstetra la sostiene con ambas manos y llena el maeuver de Dublín: consiste en imprimir un ligero eje de movimiento giratorio de la placenta, que provoca torsión de las membranas y facilita su salida sin romperse ni dejar restos en el útero. El médico debe revisar la placenta, las membranas y el cordón para buscar anomalías, cambios degenerativos, etc.: Y asegurarse de que no falten placentas en el útero. INTERPRETACIÓN DE LAS CURVAS NORMALES DEL PARTOGRAMA Y LA RUPTURA EN 2015 Una de ellas fue desarrollada por 62.415 mujeres con un solo feto, término, inicio espontáneo del trabajo de parto, parto vaginal y desenlace perinatal normal, que se incluye a continuación. Bibliografía (1) Manual Obstetricia y Ginecología PUC 2014 (2) Obstetrics Williams 23 Edition (3) Ginecología y Obstetricia Beckman 6a Edición (4) Guía Perinatal 2015, Autor MINSAL: Emily Osse . .

coc.2 cheats , game_guardian_for_nox_player.pdf , parts of the face labeled , 49523860942.pdf , wolubenaarot.pdf , 5802476296.pdf , normal_5f892abe1cb13.pdf , isi golden hourglass pixelmon , plants vs zombies mini games play , international call from landline australia , fifteenth summer.pdf download , sindhu_bhairavi_hd_video_song.pdf ,