# Obstetrícia - Obstetrics

Autor:
Data de publicació: 13-03-2019

Obstetrícia

Ocupació

Noms

Metge
Cirurgià

Tipus d'ocupació

Especialitat

Sectors d'activitat

Medicina, Cirurgia

Descripció

Educació requerida

Doctor en Medicina (M.D.)
Doctor en Medicina Osteopàtica (D.O.)
Llicenciat en Medicina, Llicenciat en Cirurgia (M.B.B.S.)
Llicenciat en Medicina, Llicenciat en Cirurgia (MBChB)

Àmbits
d'ocupació

Hospitals, Clíniques

L'obstetrícia és el camp d'estudi concentrat en l'embaràs, el part i el postpart. Com a especialitat mèdica,l'obstetrícia es combina amb la ginecologia sota la disciplina coneguda com obstetrícia i ginecologia (OB/GYN), que és un camp quirúrgic. [1] [1]

Contingut

Principals àrees
Atenció prenatal
L'atenció prenatal és important en el cribratge de diverses complicacions de l'embaràs. Això inclou visites rutinàries a l'oficina amb exàmens físics i proves rutinàries de laboratori:

Ecografia 3D de fetus de 3 polzades (76 mm) (unes 14 setmanes d'edat gestacional)

Fetus a les 17 setmanes

Fetus a les 20 setmanes

Primer trimestre
Les proves rutinàries en el primer trimestre de l'embaràs generalment inclouen:

Recompte complet de sang
Grup sanguini

Els pacients prenatals rh-negatius han de rebre RhoGAM a les 28 setmanes per prevenir la malaltia de Rh.

Prova indirecta coombs) per avaluar el risc de malaltia hemostítica del nounat
Prova ràpida de reagin plasmàtic a la pantalla per a la sífilis
Pantalla d'anticossos de Rubella
HBsAg prova a pantalla per a l'hepatitis B
Proves per a clamídia (i gonorrea quan s'indica)
Prova de mantoux per a la tuberculosi
Anàlisi d'orina i cultura
Pantalla del VIH

El cribratge genètic de la síndrome de Down (trisomia 21) i la síndrome d'Edwards (trisomia 18), l'estàndard nacional als Estats Units, està evolucionant ràpidament lluny de lapantalla de quatreafp- fet típicament en el segon trimestre a les 16-18 setmanes. La nova pantalla integrada (anteriorment anomenada F.A.S.T.E.R for First And Second Trimester Early Results) es pot fer a 10 setmanes més a 13 setmanes més amb una ecografia del coll fetal (correlaciona la pell nucal més gruixuda amb major risc que la síndrome de Down estigui present) i dos productes químics (anàlisis), proteïna plasmàtica associada a l'embaràs A i gonadotropina coriònica humana (nivell d'hormona de l'embaràs). Dóna un perfil de risc precís molt d'hora. Una segona pantalla de sang a 15 a 20 setmanes refina el risc amb més precisió. El cost és superior a una pantalla "AFP-quad" a causa de l'ecografia i la segona anàlisi de sang, però es cita que té una taxa de recollida del 93% en lloc del 88% per a l'estàndard AFP / QS. Aquest és un estàndard d'atenció en evolució als Estats Units. [2][3][ calcitació]

Síndrome de Down cariotip

Segon trimestre

MSAFP/quad. pantalla (quatre anàlisis de sang simultànies) (sèrum matern AFP, inhibina A, estriol, & ?HCG) – elevacions, nombres baixos o patrons estranys es correlacionen amb el risc de defecte del tub neural i augment dels riscos de trisomia 18 o trisomia 21
Ecografia ja sigui abdominal o transvaginal per avaluar el coll uterí, placenta, líquid i nadó
L'amniocentesi és l'estàndard nacional (en quin país) per a les dones majors de 35 anys o que arriben a 35 a mitjans de l'embaràs o que estan en major risc per antecedents familiars o antecedents de naixement previs.

Tercer trimestre

Hematocrit (si és baixa, la mare rep suplements de ferro)
Pantalla streptococcus del grup B. Si és positiva, la dona rep penicil·lina IV o ampiciil·lina mentre està en el part —o, si és al·lèrgica a la penicil·lina, una teràpia alternativa, com la clindamicina IV o la vancomicina IV.
Prova de càrrega de glucosa (GLT) – pantalles per a la diabetis gestacional; si > 140 mg / dl, s'administra una prova de tolerància a la glucosa (GTT) ; una glucosa en dejú > 105 mg / dl suggereix diabetis gestacional.

La majoria dels metges fan una càrrega de sucre en una forma de beguda de 50 grams de glucosa en cola, llima o taronja i treure sang una hora més tard (més o menys 5 minuts). Els criteris modificats estàndard s'han rebaixat a 135 des de finals de la dècada de 1980.

El resultat d'una ultrasonografia: una imatge en blanc i negre que mostra una visió clara de l'abdomen interior.

Avaluacions fetals

Una exploració de cites a les 12 setmanes.

La ultrasonografia obstètrica s'utilitza rutinàriament per datar l'edat gestacional d'un embaràs a partir de la mida del fetus, determinar el nombre de fetus i placenta,avaluar per a un embaràs ectòpic i sagnat del primer trimestre, la datació més precisa en el primer trimestre abans que el creixement del fetus ha estat significativament influenciat per altres factors. L'ecografia també s'utilitza per detectar anomalies congènites (o altres anomalies fetals) i determinar els perfils biofísics (BPP), que generalment són més fàcils de detectar en el segon trimestre quan les estructures fetals són més grans i més desenvolupades. Equips especialitzats en ultrasons també poden avaluar la velocitat del flux sanguini en el cordó umbilical,buscant detectar una disminució / absència / inversió o flux sanguini diastòlic en l'artèria umbilical.

Els raigs X i la tomografia informatitzada (TAC) no s'utilitzen, especialment en el primer trimestre, a causa de la radiació ionitzant,que té efectes teratogènics sobre el fetus. No s'han demostrat efectes de ressonància magnètica ( RESSONÀNCIA) sobre el fetus,però aquesta tècnica és massa cara per a l'observació rutinària. En canvi, la ultrasonografia obstètrica és el mètode d'elecció d'imatges en el primer trimestre i durant tot l'embaràs, ja que no emet radiació,és portàtil, i permet imatges en temps real.

No s'ha confirmat la seguretat de l'ecografia freqüent. Tot i això, cada vegada hi ha més dones que opten per tenir exploracions addicionals sense finalitat mèdica, com ara exploracions de gènere, escaneigs 3D i 4D. Una gestació normal revelaria un sac gestacional, sac de rovell, i pol fetal. L'edat gestacional es pot avaluar mitjançant l'avaluació del diàmetre mitjà del sac gestacional (MGD) abans de la setmana 6, i la longitud de la corona-gropa després de la setmana 6. La gestació múltiple s'avalua pel nombre de sacs placentats i amniòtics presents.

Altres eines utilitzades per a l'avaluació són:

El cribratge fetal s'utilitza per ajudar a avaluar la viabilitat del fetus, així com anomalies congènites.
El cariotip fetal es pot utilitzar per al cribratge de malalties genètiques. Això es pot obtenir a través de l'amniocentesi o mostreig de villus coriònic (CVS)
Hemattòcrit fetal per a l'avaluació de l'anèmiafetal, isoimmunització rh, o hidrops poden ser determinats per mostreig de

sang umbilical percutània (PUBS), que es fa mitjançant la col·locació d'una agulla a través de l'abdomen a l'úter i prendre una part del cordó umbilical.
La maduresa pulmonar fetal s'associa amb la quantitat de tensioacció que està produint el fetus. La reducció de la producció de tensioacció indica una disminució de la maduresa pulmonar i és un factor d'alt risc per a la síndrome d'angoixa respiratòria infantil. Típicament una lecithina: relacióde esfiningomicina superior a 1.5 s'associa amb l'augment de la maduresa pulmonar.
Prova de no estrès (NST) per a la freqüència cardíaca fetal
Prova de desafiament d'oxitocina

Malalties en l'embaràs
Article principal: Malaltia preexistent en l'embaràs

Una dona embarassada pot tenir una malaltia preexistent, que pot empitjorar o convertir-seen un risc per a l'embaràs, o per al desenvolupament postnatal de la descendència

Diabetis mellitus i embaràs s'ocupa de les interaccions de diabetis mellitus (no restringit a la diabetis gestacional) i l'embaràs. Els riscos per al nen inclouen avortament involuntari, restricció de creixement, acceleració del creixement, obesitat fetal (macrosomia), polihidramnios i defectes de naixement.
El lupus i l'embaràs confereixen una major taxa de mortalitat fetal a l'úter i avortament espontani (avortament involuntari), així com de lupus neonatal.
La malaltia tiroïdal en l'embaràs pot, si no corregeix, causar efectes adversos sobre el benestar fetal i matern. Els efectes eliminatius de la disfunció tiroïdal també es poden estendre més enllà de l'embaràs i el part per afectar el desenvolupament neurointel·lectual en la vida primerenca del nen. La demanda d'hormones tiroïdals s'incrementa durant l'embaràs, i pot causar un trastorn tiroïdal prèviament desapercebut per empitjorar.
La hipercoagulabilitat en l'embaràs és la propensió de les dones embarassades a desenvolupar trombosi (coàguls de sang). L'embaràs en si és un factor d'hipercoagulabilitat (hipercoagulabilitat induïda per l'embaràs), com a mecanisme adaptatiu fisiològicament per prevenir el sagnat postpart. [5] No obstant això, quan es combina amb un estat hipercoagulable subjacent addicional, el risc de trombosi o embòlia pot arribar a ser substancial. [5] [5]

Inducció i treball
Articles principals: Inducció (naixement) i part

Article principal: Gestió del dolor durant el part

La inducció és un mètode de treball estimulant artificialment o prematurament en una dona. Les raons per induir poden incloure preeclàmpsia,angoixa fetal, mal funcionament placentària, retard del creixement intrauterí i no avançar a través del treball augmentant el risc d'infecció i angoixa fetal.

La inducció es pot aconseguir a través de diversos mètodes:

Pertorbació dels membranes cervicals
Pessibre de crema prostina, prostaglandina E2
Administració intravaginal o oral de misoprostol
Inserció cervical d'un catèter Foley de 30 mL
Ruptura de les membranes amniòtiques
Infusió intravenosa d'oxitocina sintètica (Pitocina o Syntocinon)

Durant el part, l'obstetre realitza les següents tasques:

Supervisar el progrés del treball, mitjançant la revisió de la taula d'infermeria, la realització d'examen vaginal, i l'avaluació de la traça produïda per un dispositiu de monitorització fetal (el cardiotògraf)
Proporcionar alleujament del dolor, ja sigui per òxid nitrós, opiacis, o per anestèsia epidural realitzada per anestesistes, un anestesiòleg, o una infermera anestesista.
Cesària,si hi ha un risc associat amb el part vaginal, com a tal compromís fetal o matern.

Complicacions i urgències
Article principal: Complicacions de l'embaràs

Les principals emergències inclouen:

L'embaràs ectòpic és quan un embrió s'implanta a la trompa uterina (Fal·lopi) o (rarament) a l'ovari o dins de la cavitat peritoneal. Això pot causar sagnat intern massiu.
La preeclàmpsia és una malaltia definida per una combinació de signes i símptomes relacionats amb la hipertensió materna. La causa és desconeguda, i s'estan buscant marcadors per predir el seu desenvolupament des de les primeres etapes de l'embaràs. Alguns factors desconeguts causen danys vasculars en l'endoteli, causant hipertensió. Si és greu, progressa a l'eclàmpsia,on es produeixen convulsions, que poden ser fatals. Els pacients preeclàptics amb síndrome de HELLP mostren insuficiència hepàtica i coagulació intravascular difosa (DIC). L'únic tractament és lliurar el fetus. Les dones encara poden desenvolupar preeclàmpsia després del part.
L'abrupta placenta és on la placenta es despreni de l'úter i la dona i el fetus poden sagnar fins a la mort si no es gestionen adequadament.
Angoixa fetal on el fetus s'està comprometent en l'entorn uterí.
Distòcia de l'espatlla on una de les espatlles del fetus es queda atrapada durant el part vaginal. Hi ha molts factors de risc, incloent el fetus macrosmàtic (gran), però molts també són inexplicables.
La ruptura uterina pot ocórrer durant el treball obstruït i posar en perill la vida fetal i materna.
El cordó prolapsat només pot succeir després que les membranes s'han trencat. El cordó umbilical es lliura abans de la part de presentació del fetus. Si el fetus no es lliura en qüestió de minuts, o la pressió treta del cordó, el fetus mor.
Hemorràgia obstètrica pot ser degut a una sèrie de factors com placenta previa,ruptura uterina o llàgrimes, atonia uterina, placenta retinguda o fragments placentaris, o trastorns de sagnat.
La sèpsia puerperal és una infecció ascendent del tracte genital. Pot passar durant o després del treball. Els signes a tenir en veure inclouen signes d'infecció (pirèxia o hipotèrmia, augment de la freqüència cardíaca i la freqüència respiratòria, reducció de la pressió arterial), i dolor abdominal, lochia ofensiva (pèrdua de sang) augment de lochia, coàguls, diarrea i vòmits.

Període postpart
Article principal: Postpart

L'Organització Mundial de la Salut distingeix entre l'ús de l'atenció postpart quan es refereix a la cura de la mare després de donar a llum, i l'atenció postnatal quan es tracta de la cura del nounat. [6] L'atenció postpart es proporciona a la mare després del part.

Una dona en el món occidental que dóna a llum en un hospital pot sortir de l'hospital tan aviat com estigui mèdicament estable, i decideix marxar, que pot ser tan aviat com unes hores més tard, però en general una mitjana d'una estada d'un o dos dies; l'estada postnatal mitjana després del lliurament per cesària és de tres a quatre dies.

Durant aquest temps la mare és monitoritzada per sagnat, funció intestinal i bufeta, i cura del nadó. També esfa un seguiment de la salut del nadó.

Obstetrícia veterinària
Article principal: Obstetrícia veterinària

Història

Dues llevadores que assisteixen a una dona en el treball en una cadira de naixement al segle XVI, d'una obra d'Eucharius Rößlin.

Abans del segle XVIII, la cura de les dones embarassades a Europa es limitava exclusivament a les dones,i els homes rigorosament exclosos. La mare expectant convidaria a les amigues i familiars propers a casa seva per mantenir la seva companyia durant el part. [7] Les llevadores qualificades van gestionar tots els aspectes del treball i el part. La presència de metges i cirurgians era molt rara i només es va produir si s'havia produït una complicació greu i la

llevadora havia esgotat totes les mesures a la seva disposició. Trucar a un cirurgià era molt un últim recurs i tenir homes lliurar dones en aquesta època era vist com una modèstia femenina ofensiva. [8][9]

Abans del segle XVIII
Vegeu també: Medicina de la dona en l'antiguitat

Abans dels segles XVIII i XIX, la llevadora estava ben establerta, però l'obstetrícia no va ser reconeguda com una especialitat mèdica específica. No obstant això, el tema i l'interès pel sistema reproductiu femení i la pràctica sexual es remunten a l'AnticEgipte [10] i l'antiga Grècia. [11] Soranus d'Efes de vegades s'anomena la figura més important en ginecologia antiga. Vivint a finals del segle I dC i principis del segle II, va estudiar anatomia i va tenir opinions i tècniques sobre l'avortament, l'anticoncepció –sobretot el coit interruptus–i les complicacions de naixement. Després de la seva mort, les tècniques i treballs de ginecologia van declinar; molt poques de les seves obres van ser registrades i van sobreviure fins a finals del segle XVIII, quan la ginecologia i l'obstetrícia van reemerar com una especialitat mèdica. [12] El 1997, el govern va començar a

Segle XVIII
El segle XVIII va marcar l'inici de molts avenços en lleves europees,basades en un millor coneixement de la fisiologia de l'embaràs i el treball. A finals de segle, els professionals mèdics van començar a comprendre l'anatomia de l'úter i els canvis fisiològics que es produeixen durant el part. La introducció de faòrps en el part també va tenir lloc en aquest moment. Tots aquests avenços mèdics en obstetrícia van ser una palanca per a la introducció dels homes en un àmbit prèviament gestionat i dirigit per dones- llevadores. [13] [13]

L'addició de la llevadora masculina (o llevadora) és històricament un canvi significatiu en la professió d'obstetrícia. Al segle XVIII els homes mèdics van començar a entrenar-se en zona de part i creien amb els seus coneixements avançats en l'anatomia que el part es podia millorar. A França, aquestes llevadores masculines van ser referides com a accoucheurs, un títol que més tard es va utilitzar a tot Europa. La fundació d'hospitals mentiders també va contribuir a la medicalització i el domini masculí de l'obstetrícia. Aquests primers hospitals de maternitat eren establiments on les dones vindrien a tenir els seus fills lliurats, a diferència de la pràctica des de temps immemorials de la llevadora que assistia a la casa de la dona en el treball. Aquesta institució va proporcionar a les llevadores masculines una infinitat de pacients per practicar les seves tècniques i era una manera perquè aquests homes demostrin els seus coneixements. [14] El 2007, el govern va començar a

Moltes llevadores de l'època es van oposar amargament a la implicació dels homes en el part. Alguns metges també es van oposar a la implicació d'homes mèdics com ells mateixos en la llevadora i fins i tot van arribar a dir que les llevadores masculines només van emprendre llevadores només per a la satisfacció eròtica perversa. Els accoucheurs van argumentar que la seva implicació en la llevadora era millorar el procés de part. Aquests homes també creien que l'obstetrícia es forjaria per davant i continuaria enfortint-se. [8] [8]

19th century
Els metges del segle XVIII esperaven que l'obstetrícia continuaria creixent, però va passar el contrari. L'obstetrícia va entrar en una etapa d'estancament al segle XIX, que va durar fins al voltant de la dècada de 1880. El segle XIX va marcar una era de reforma mèdica a Europa i una major regulació sobre la professió. Les principals institucions europees com el Col·legi de Metges i Cirurgians[on?] van considerar el lliurament de nadons sense feina i es van negar a tenir res a veure amb el part en el seu conjunt. Fins i tot quan es va introduir la Llei mèdica de 1858, que va declarar que els estudiants de medicina podrien qualificar-se com a metges, la llevadora va ser completament ignorada. Això va fer gairebé impossible seguir una educació en llevadora i també tenir el reconeixement de ser metge o cirurgià. L'obstetrícia va ser empesa cap al costat. [15] [15]

A finals del segle XIX, la fundació de l'obstetrícia moderna i la llevadora van començar a desenvolupar-se. El lliurament de nadons per part dels metges es va fer popular i fàcilment acceptat, però les llevadores van continuar jugant un paper en el part. La llevadora també va canviar durant aquesta època a causa de l'augment de la regulació i la necessitat eventual que les llevadores es certifiquessin. Molts països europeus a finals del segle XIX estaven monitoritzant la formació de llevadores i van emetre una certificació basada en la competència. Les llevadores ja no estaven eduques en el sentit formal. [16] [16]

A mesura que la llevadora va començar a desenvolupar-se, també ho va fer la professió d'obstetrícia a finals de segle. El part ja no va ser menyspreat injustificadament per la comunitat mèdica, ja que una vegada havia estat a principis de segle. Però l'obstetrícia va ser subdesenvolupada en comparació amb altres especialitats mèdiques. Molts metges homes lliurarien nens, però molt pocs s'haurien referit a si mateixos com obstetres. A finals del segle XIX es va marcar un assoliment significatiu en la professió amb els avenços en l'asèpsia i l'anestèsia, que va aplanar el camí per a la

introducció principal i l'èxit posterior de la cesària. [16][16] [17]

Abans de la dècada de 1880 les taxes de mortalitat als hospitals mentiders arribarien a nivells inacceptablement alts i es convertirien en una àrea de preocupació pública. Gran part d'aquestes morts maternes es van deure a la febre puerperal, llavors coneguda com febre del llit infantil. En la dècada de 1800 el Dr. Ignaz Semmelweis es va adonar que les dones que donaven a llum a casa tenien una incidència molt menor de febre infantil que les que donaven a llum els metges en hospitals mentiders. La seva investigació va descobrir que rentar-se les mans amb una solució antisèptica abans d'un part va reduir les víctimes mortals de febre infantil en un 90%. [18] Així que es va arribar a la conclusió que eren els metges els que havien estat propagant la malaltia d'una mare que treballava a la següent. Malgrat la publicació d'aquesta informació, els metges encara no es rentarien. No va ser fins al segle XX quan els avenços en la tècnica asèptica i la comprensió de la malaltia tindrien un paper important en la disminució de les taxes de mortalitat materna entre moltes poblacions.

Història de l'obstetrícia als Estats Units
El desenvolupament de l'obstetrícia com a pràctica per als metges acreditats es va produir a principis del segle XVIII i, per tant, es va desenvolupar de manera molt diferent a Europa i a Amèrica a causa de la independència de molts països d'Amèrica de les potències europees. "A diferència d'Europa i les Illes Britàniques, on les lleis de lleves eren nacionals, als Estats Units, les lleis de lleves eren locals i variaven àmpliament". [19] [19]

Ginecologia i Obstetrícia van cridar l'atenció en l'àmbit mèdic nord-americà a finals del segle XIX a través del desenvolupament de procediments com l'ovariotomia. Aquests procediments van ser compartits amb cirurgians europeus que van replicar les cirurgies. Aquest va ser un període en què les mesures antisèptiques, asèptiques o anestèsiques s'estaven introduint en procediments quirúrgics i observacionals i sense aquests procediments les cirurgies eren perilloses i sovint fatals. A continuació es destaquen dos cirurgians per les seves contribucions a aquests camps inclouen Ephraim McDowell i James Marion Sims.

Ephraim McDowell va desenvolupar una pràctica quirúrgica el 1795 i va realitzar la primera ovariotomia el 1809 en una vídua de 47 anys que després va viure durant trenta-un anys més. Havia intentat compartir això amb John Bell a qui havia practicat sota qui s'havia retirat a Itàlia. Es deia que Bell havia mort sense veure el document, però va ser publicat per un associat a Extraccions d'Ovaris Malalties el 1825. A mitjans de segle la cirurgia s'estava realitzant amb èxit i sense èxit. Cirurgians pennsilvània els germans Attlee van fer aquest procediment molt rutinari per a un total de 465 cirurgies-John Attlee va realitzar 64 amb èxit de 78, mentre que el seu germà William va informar 387, entre els anys 1843 i 1883. A mitjans del segle XIX aquest procediment va ser realitzat amb èxit a Europa pels cirurgians anglesos Sir Spencer Wells i Charles Clay, així com els cirurgians francesos Eugène Koeberlé, Auguste Nélaton i Jules Péan. [20] [20]

J. Marion Sims va ser el cirurgià responsable de ser el primer que va tractar una fístula vesicovaginal [20]–una condició vinculada a molts causada principalment per la pressió prolongada del feotus contra la pelvis o altres causes com la violació, la histerectomia o altres operacions– i també haver estat metge de molts reials europeus i el 20è President dels Estats Units James A. Garfield després d'haver estat afusellat. Sims té un passat mèdic controvertit. Sota les creences en aquell moment sobre el dolor i el prejudici cap al poble africà, havia practicat les seves habilitats quirúrgiques i desenvolupava habilitats sobre esclaus. [21] Aquestes dones van ser les primeres pacients de ginecologia moderna. Una de les dones que va operar va ser anomenada Anarcha Westcott, la dona que va tractar per primera vegada per una fístula. [22] [22]

Paper històric del gènere
Les dones i els homes van habitar rols molt diferents en la cura natal fins al segle XVIII. El paper d'un metge va ser exclusivament ocupat per homes que van anar a la universitat, una institució massa masculina, que teoritzaria l'anatomia i el procés de reproducció basat en l'ensenyament teològic i la filosofia. Moltes creences sobre el cos femení i la menstruació en els segles XVII i XVIII eren inexactes; clarament com a resultat de la manca de literatura sobre la pràctica. [23] Moltes de les teories del que va causar la menstruació van prevaler de la filosofia hipocràtica. [24] Les llevadores d'aquesta època van ser les assistides en el naixement i la cura dels nens nascuts i no nascuts, i com el seu nom indica, aquesta posició va ser mantinguda principalment per dones.

Durant el naixement d'un nen, els homes poques vegades estaven presents. Les dones del barri o de la família s'unirien en el procés de naixement i ajudarien de moltes maneres diferents. L'única posició on els homes ajudarien amb el naixement d'un nen estaria en la posició d'estar assegut, normalment quan es realitza al costat d'un llit per donar suport a la mare. [25] [25]

Els homes van ser introduïts en el camp de l'obstetrícia al segle XIX i va donar lloc a un canvi d'enfocament d'aquesta

professió. La ginecologia va resultar directament com un nou i separat camp d'estudi de l'obstetrícia i es va centrar en la curació de la malaltia i les indisposicions dels òrgans sexuals femenins. Això va tenir certa rellevància en algunes condicions com la menopausa, problemes uterins i cervicals, i el part podria deixar la mare en necessitat d'una cirurgia extensa per reparar el teixit. No obstant això, també hi va haver una gran culpa de l'úter per condicions completament no relacionades. Això va portar a moltes conseqüències socials del segle XIX. [23] [23]

Vegeu també

A Wikimedia Commons hi ha contingut multimèdia relatiu a: Obstetrics

A Wikimedia Commons hi ha contingut multimèdia relatiu a: Obstetrics

Henry Jacques Garrigues, que va introduir obstetrícia antisèptica a Amèrica del Nord
Medicina maternofetal
Infermeria obstètrica

Referències

^ "Obstetrícia i Ginecologia Descripció especialitat". Associació MèdicaAmericana. [Consulta: 24 octubre 2020].
^ Carlson, Laura M.; Vora, Neeta L. (2017). "Diagnòstic prenatal". Clíniques d'Obstetrícia i Ginecologia d'Amèrica del Nord. 44 (2): 245–256. Doi:10.1016/j.ogc.2017.02.004. Modifica la seva reservaweb Modifica la seva reservaweb
^ Zhang, Wei (2019). "Cost-efectivitat del cribratge prenatal i estratègies diagnòstiques per a la síndrome de Down: Una anàlisi de modelatge de microsimulació". PLOS UN. 14(12): e0225281. Doi:10.1371/journal.pone.0225281. Modifica la seva reservaweb Modifica la seva reserva: 31800591.
^ Ibrahim A. Alorainy; Fahad B. Albadr; Abdullah H. Abujamea (2006). "Actitud cap a la seguretat de la ressonància magnètica durant l'embaràs". Ann Saudites Med. 26( 4): 306–9. Doi:10.5144/0256-4947.2006.306. Modifica la seva reservaweb Modifica la seva reserva o no, no ho estàs d'ara.
^ Jump up to:Un B Pàgina 264 in: Gresele, Paolo (2008). Plaquetes en trastorns hematològics i cardiovasculars: un manual clínic. Cambridge, Regne Unit: Cambridge University Press. ? 9,0 9,1 9,2 9,3 9,4 9,4 9,4 9,4 9,4 9,4 9,4 9,4 9,4 9,6 9,6 9,6
^ Informació, Centre Nacional de Biotecnologia; Pike, Biblioteca Nacional de Medicina dels ESTATS Units 8600 Rockville; MD, Bethesda; Estats Units, Bethesda (2010). "Consulta Tècnica de l'OMS sobre l'atenció postpart". Organització Mundial de laSalut . [Consulta: 30 juny 2020].
^ Jump up to:Un B Gelis, Jacques. Història del Part. Boston: Northeastern University Press, 1991: 96–98
^ Jump up to:Un B Bynum, W.F., & Porter, Roy, eds. Enciclopèdia Companya de la Història de la Medicina. Londres i Nova York: Routledge, 1993: 1050–1051.
^ Carr, Ian., "Universitat de Manitoba: Salut de la Dona". Maig de 2000, s'hi va accedir el 20 de maig de 2012, http://www.neonatology.org/pdf/dyingtohaveababy.pdf
^ McGrew, Roderick E. Enciclopèdia d'Història Clínica. El 1985, mcGraw-Hill Book Company. 122.
^ [Consulta: 23 gener 2014]. Una història de la menstruació de les dones des de l'antiga Grècia fins al segle XXI: Problemes psicològics, socials, mèdics, religiosos i educatius. Lewiston: Edwin Mellen Press, 2012. 15.
^ McGrew, Roderick E. Enciclopèdia d'Història Clínica. El 1985, mcGraw-Hill Book Company. 123.
^ Bynum, W.F., & Porter, Roy, eds. Enciclopèdia Companya de la Història de la Medicina. Londres i Nova York: Routledge, 1993: 1051–1052.
^ [1444: 23 desembre 2010]. "L'hospital i l'experiència postpart: una anàlisi històrica". Revista d'Infermeria Obstètrica, Ginecològica i Neonatal: JOGNN. 29(1): 65–72. Doi:10.1111/j.1552-6909.2000.tb02757.x. Modifica la seva reservaweb [Consulta: 27octubre 2020].
^ Bynum, W.F., & Porter, Roy, eds. Enciclopèdia Companya de la Història de la Medicina. Londres i Nova York:

Routledge, 1993: 1053–1055.
^ Jump up to:Un B Drife, James, "L'inici de la vida: una història d'obstetrícia", Postgraduate Medical Journal 78 (2002): 311–315, consultat el 21 de maig de 2012. Doi:10.1136/pmj.78.919.311.
^ Low, James., "Cesària passat i present", Journal of obstetrics and gynecology Canada 31, no. 12 (2009): 1131–1136, consultat el 20 de maig de 2012. http://www.sogc.org/jogc/abstracts/full/200912_Obstetrics_2.pdfarxivat 2013-01-23 a la Wayback Machine
^ El 1995, Caralee E. va ser un dels primers a fer-ho. "El misteri de la febre infantil i el significat del periodisme mèdic". [Consulta: 19 desembre 2014]. 1(1). Arxivat de l'original el 2012-07-07.
^ Roth, Judith. L'embaràs i el naixement: la història de les opcions infantils als Estats Units. Solucions de Servei Humà. S'hi accedeix el 14 de febrer de 2014. http://www.ourbodiesourselves.org/
^ Jump up to:Un B McGrew, Roderick E. Enciclopèdia d'Història Clínica. El 1985, mcGraw-Hill Book Company. 125.
^ Fundació Internacional del Benestar." Dr. J Marion Sims: El Pare de la Ginecologia Moderna." 12 de febrer de 2014. www.mnwelldir.org/docs/history/biographies/marion_sims.htm
^ Fundació Internacional del Benestar. "Anarcha La Mare de Ginecologia." 28 de març de 2014. www.mnwelldir.org/docs/history/biographies/marion_sims.htm
^ Jump up to:Un B McGrew, Roderick E. Enciclopèdia d'Història Clínica. El 1985, mcGraw-Hill Book Company. 123–125.
^ [Consulta: 23 gener 2014]. Una història de la menstruació de les dones des de l'antiga Grècia fins al segle XXI: Problemes psicològics, socials, mèdics, religiosos i educatius. Lewiston: Edwin Mellen Press, 2012. 16.
^ Gelis, Jacques. Història del Part. El 1991, la Universitat del Nord-est de Boston va ser la més gran de la seva vida.