



Nombre de la alumna: Laura Guadalupe Álvarez Gómez

Nombre del profesor (a): María Cecilia Zamorano

Nombre del trabajo: súper nota y dibujos

Materia: Ginecología y obstetricia

Grado: 5° cuatrimestre

Grupo: "A"

PUERPERIO PATOLÓGICO. CHOQUE SÉPTICO

El puerperio es el período que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación, en este tiempo se desarrollan simultáneamente multitud de cambios fisiológicos en la mujer con la finalidad de retornar gradualmente al estado pregravídico y establecer la lactancia.

Durante el puerperio es necesario llevar a cabo una serie de revisiones médicas por parte del obstetra, ya que pueden surgir complicaciones que pueden incluso llegar a comprometer la vida de la madre o, cuando menos, su capacidad para cuidar del bebé, que durante el puerperio se está adaptando a las nuevas condiciones que supone la vida extrauterina.

❖ Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales debido a una infección o hemorragia con la consecuente anemia o cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa, pueden provocar evolución patológica del puerperio.

Factores de riesgo causas de hemorragia:

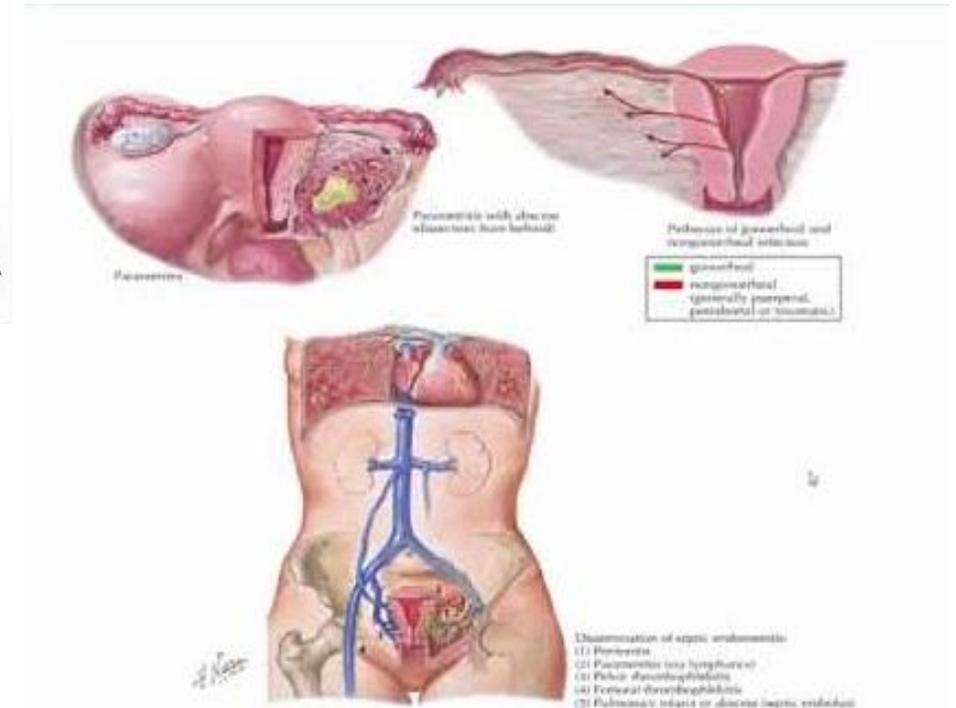
- Anemia
- Nutrición deficiente
- Inmunosupresión
- Macrosomía
- Polihidramnios
- Embarazo gemelar
- Miomatosis uterina
- RPM
- Inserción anormal de placenta
- Coagulopatías (trombocitopenia)

Antes de la expulsión de la placenta:

- Parto prolongado
- Retención de placenta
- Laceraciones (desgarro uterino, vaginal, cervical y perineal)
- Tactos vaginales en el parto (más de cuatro)

Después de la expulsión de la placenta:

- Retención de restos placentarios
- Atonía uterina
- Laceraciones del canal de parto
- Inversión uterina
- Rotura uterina



Patología de la lactancia

Es la ausencia de producción de leche o cantidad insuficiente para el crecimiento neonatal.

Importante

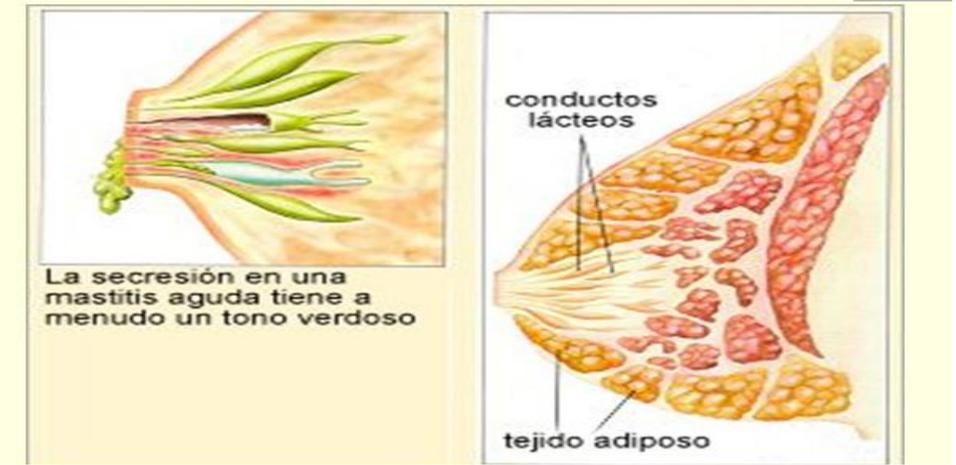
Exploración anatómica para determinar (pezones planos, cirugías mamarias).

Medidas generales

Masaje en mamas, repasar técnicas de lactancia, estimulación del pezón y areola, higiene antes y después de dar lactancia, usar pomadas.

❑ La ingurgitación mamaria se manifiesta como dolor en 24 y 48 horas tras la secreción láctea causada por ingurgitación de vasos linfáticos mamarios. Se trata con calor húmedo, analgésicos.

❑ La mastitis puerperal es la infección del parénquima glandular, tejido celular subcutáneo, se manifiesta por dolor, eritema, induración de la mama, leucocitosis, fiebre.



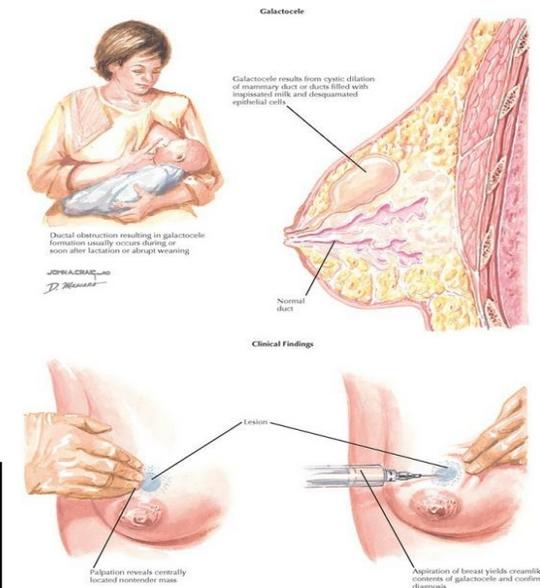
Galactocele

Quiste único en zona central de la mama por una obstrucción de un conducto galactóforo que ocasiona retención de leche. Se trata con drenaje por presión y si no funciona una punción.

Puede aparecer durante el embarazo, la lactancia o, con más probabilidad, en el destete, ya que la leche se conserva y se “estanca” dentro de los conductos mamarios. Aunque no suele ser muy conocido, en realidad el galactocele es la lesión benigna más común en periodo de lactancia.

¿El galactocele puede afectar a mi lactancia?

Dependiendo la situación del galactocele dentro de la mama puede causar afectación de la lactancia o la afectación puede ser nula.



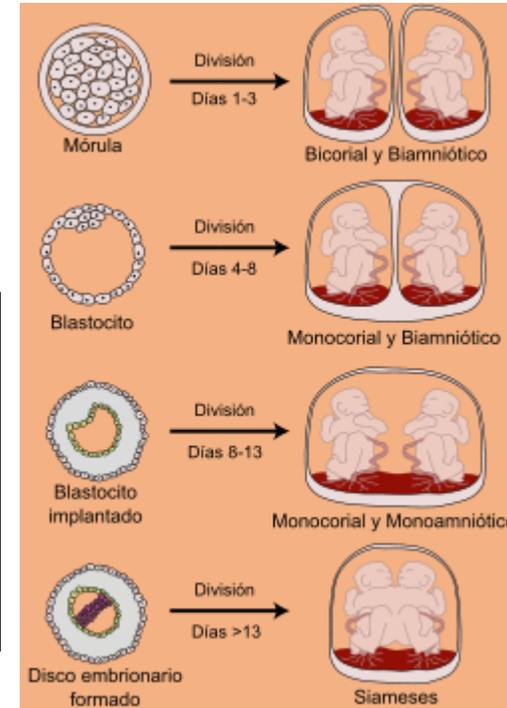
EMBARAZO MÚLTIPLE, PRESENTACIÓN PÉLVICA Y SITUACIÓN TRANSVERSAL.

Embarazo múltiple

Un embarazo múltiple es aquél en el que dos o más bebés se desarrollan simultáneamente en el útero. Los gemelos, trillizos, cuatrillizos, quintillizos, sextillizos o septillizos, entran en esta categoría.

Los EM se clasifican según su cigosidad, corionicidad y amnionidad en:

- Dicigotos: 70-75% de todos los embarazos gemelares. Se originan de una ovulación doble. Todos son bicoriales-biamnióticos.
- Monocigotos: 25-30% de todos los embarazos gemelares. Se originan de la división de un huevo fecundado. Se dividen:
 - Bicoriales-biamnióticos
 - Monocoriales-biamnióticos
 - Monocoriales-monoamnióticos
 - Siameses



Complicaciones maternas en el embarazo múltiple

Síndrome Hipertensivo del embarazo

Edema pulmonar agudo

Anemia

Hemorragia post parto

DPPNI vasa previa

Hiperémesis gravídica (BHCG)

Hígado graso agudo

Es importante realizar un diagnóstico temprano para mejorar el pronóstico del embarazo múltiple. Generalmente, las mujeres ya perciben que están embarazadas de más de un bebé con los síntomas, porque son mayores que los habituales.

Presentación pélvica

La presentación pélvica o de nalgas ocurre en 3 a 4% de todos los nacimientos. Este porcentaje varía de acuerdo con la población estudiada (en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes es de 7%, según el anuario estadístico), así como con la edad gestacional, ya que antes de las 28 semanas de gestación 25% de los nacimientos es pélvico; de las 29 a 32 semanas, el porcentaje desciende a 7%, y después de las 33 semanas de gestación, es de 1 a 3%. Los factores de riesgo que predisponen a la presentación pélvica son prematuridad, alteraciones estructurales uterinas (miomatosis, malformaciones müllerianas), polihidramnios, placenta previa, alteraciones fetales (defectos del tubo neural, higroma quístico, cromosomopatías) y gestación múltiple.

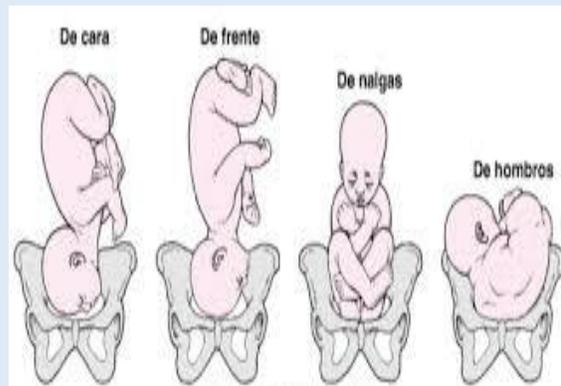
Tipos de presentación pélvica:

- Pélvica o de nalgas franca (50 a 70%). Caderas flexionadas, rodillas extendidas.
- Pélvica completa (5 a 10%). Caderas flexionadas, rodillas flexionadas.
- Pélvica incompleta (10 a 30%). Una o ambas caderas extendidas, con un pie en el hueco pélvico. En Estados Unidos la denominan presentación de pies (unilateral o bilateral).

Tipos de parto pélvico

Se distinguen cinco variedades:

- Parto pélvico espontáneo.
- Parto pélvico asistido.
- Pequeña extracción podálica.
- Gran extracción podálica.
- Extracción total asistida.



La mortalidad perinatal en los fetos y neonatos pélvicos, con prescindencia de la vía de nacimiento (parto o cesárea) y de la prematuridad, aumenta de dos a cuatro veces comparados con los recién nacidos cefálicos.



Nalgas completas



Nalgas incompletas



Nalgas francas

DISTOCIAS MECÁNICAS

- Desproporción fetopelviana

El diagnóstico se sugiere por las estimaciones clínicas prenatales de las dimensiones pelvianas (ver Examen físico), la ecografía y la presencia de un trabajo de parto prolongado. Si el trabajo de parto restablece el progreso normal y el peso fetal es de < 5.000 g en una mujer sin diabetes o < 4.500 g en una con diabetes, el parto puede continuar con seguridad.

- Presentación con occipucio posterior

La presentación más común anormal es la de occipucio posterior. En general, el cuello fetal está un poco reflexionado; así, un diámetro mayor de cabeza debe pasar por el canal de la pelvis.

- Presentación de frente o de rostro

En la presentación de rostro, la cabeza está hiperextendida, y la posición es designada por el mentón. Cuando el mentón está en posición posterior, es menos probable que la cabeza rote y el parto se haga por vía vaginal, por lo que se requiere una cesárea.

- Presentación podálica o de nalgas

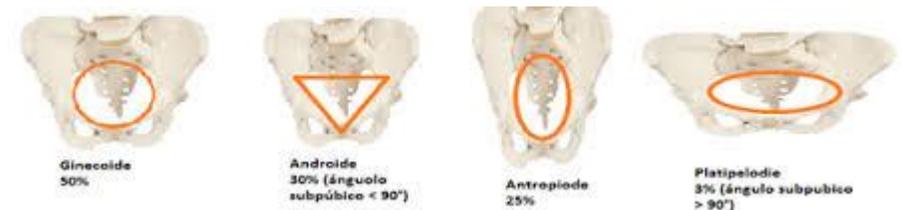
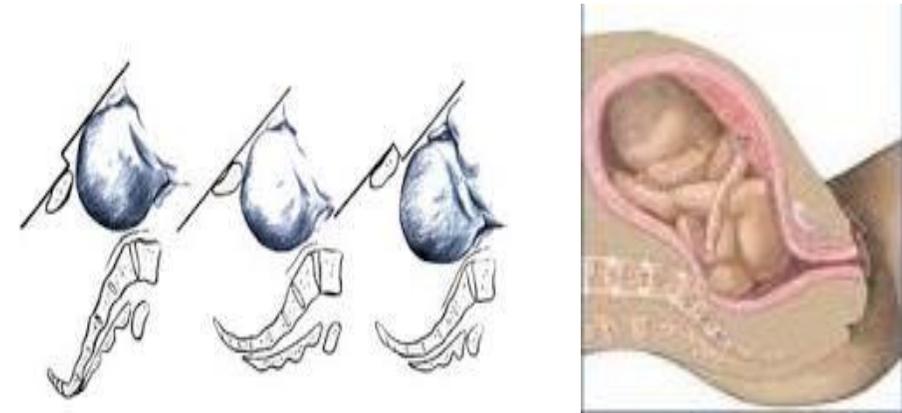
Es un problema principalmente porque la parte de presentación es una mala cuña de dilatación y puede hacer que la cabeza, la cual le sigue, quede atrapada durante el parto y comprima el cordón umbilical.

- Posición transversa

La posición fetal es transversal, con el eje largo del feto oblicuo o perpendicular en lugar de paralelo al eje largo de la madre. La posición de hombros requiere una cesárea a menos que el feto sea un segundo gemelo.

- Distocia de hombro

En una condición infrecuente, la presentación es de vértice pero el hombro fetal anterior queda atascado detrás de la sínfisis pubiana después de la salida de la cabeza, impidiendo el parto vaginal.



La distocia fetal puede producirse cuando:

- El feto es demasiado grande para el estrecho de la pelvis (desproporción fetopelviana).
- El feto está mal posicionado.

DISTOCIAS DINÁMICAS

Los conocimientos sobre la dinámica uterina han sufrido un importante incremento a partir de la introducción de nuevos procedimientos para el estudio de la contractilidad del útero, particularmente por la introducción de las técnicas para el registro continuo de las presiones miometrial y amniótica. Estos conocimientos han permitido entender más íntimamente algunas alteraciones de la contractilidad, así como también las consecuencias de las mismas sobre la progresión del parto.

El diagnóstico de la distocia de dinámicas del trabajo de parto solo se puede realizar en el periodo de dilatación y borramiento.

Tipos de distocia

Prolongaciones

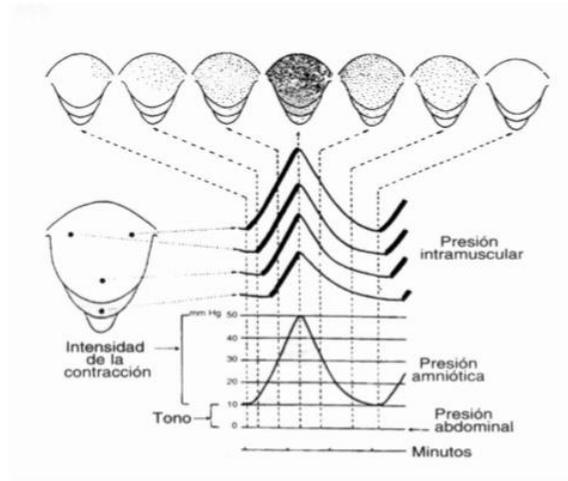
Fase latente prolongada

Retrasos

Retraso de la fase activa.
Descenso retrasado.

Detenciones

Desaceleración prolongada.
Detención de la dilatación.
Detención del descenso.



La contractibilidad uterina inadecuada se denomina distocia disfuncional o dinámica. La distocia dinámica puede ser de tipo cuantitativo o cualitativo. A su turno, las distocias de tipo cuantitativo pueden ser por aumento de la actividad uterina (hiperdinamias) o por disminución de la actividad uterina (hipodinamias). Las hiperdinamias pueden ocurrir desde el inicio del trabajo de parto; en tal caso se atribuyen a mayor excitabilidad uterina, al aumento de la secreción de oxitocina y a la contextura vigorosa del miometrio. También pueden ocurrir hiperdinamias cuando ya se ha iniciado del trabajo de parto, y su origen puede ser iatrogénico (administración exagerada de oxitócicos) o provocadas por obstrucción del parto.

FÓRCEPS

¿ Qué es un fórceps obstétrico? Es un instrumento específicamente destinado a la extracción o rotación de un feto vivo, ya sea por vía vaginal o por vía abdominal, en el curso de una cesárea

Tipos de fórceps más utilizados:

Naegele

Fórceps alemán. Articulación fija. Sin tractor. Ramas cruzadas. Variedad larga y corta para aplicaciones bajas.

Simpson

Fórceps clásico inglés. Cucharas fenestradas. Buenas curvaturas cefálica y pélvica. Rotación

Salinas

Introducción del traccionómetro

Tarnier

Incorpora un tractor a nivel del ángulo de las cucharas para conseguir una tracción lo más axial posible. Aplicaciones medias

Demelin

El único fórceps con ramas paralelas. Ideal para presas altas y/o rotadoras. Hoy en día, poco empleado

Kjelland

Destinado a aplicaciones altas con falta de rotación. Ramas rectas que permiten la tracción en la dirección del eje de las cucharas.

Barton

Curvatura cefálica pronunciada. Rotador. Indicado en posiciones transversas con asinclitismo posterío

¿Por qué se realiza? Podría considerarse el parto con fórceps si el trabajo de parto reúne determinados criterios: el cuello del útero está completamente dilatado, las membranas se rompieron y el bebé descendió al canal del parto ubicado de cabeza, pero no puedes pujar para expulsarlo. Solo es adecuado llevar a cabo un parto con fórceps en un centro de natalidad o en un hospital en el que se pueda practicar una cesárea, en caso de que sea necesario.

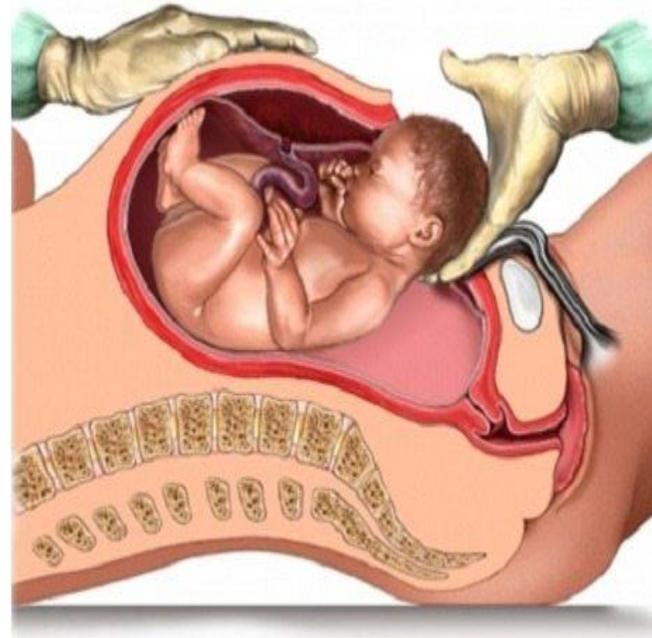


OPERACIÓN CESÁREA

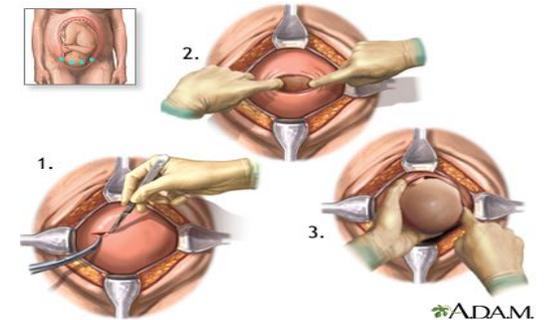
La cesárea es una operación quirúrgica que sirve para extraer al feto y la placenta abriendo el abdomen y el útero. Al principio la cesárea era una intervención que solo se practicaba cuando la madre moría y el feto seguía vivo en su interior.

Las principales razones por las que ha aumentado el número de cesáreas son:

- Los avances en la cirugía hacen que los riesgos de la cesárea hayan disminuido considerablemente.
- Una cesárea predispone a que los siguientes partos se tengan que realizar también por cesárea.
- El control de la madre y el feto durante todo el parto es más escrupuloso gracias a las nuevas tecnologías, por lo que se detecta mejor cualquier empeoramiento de la salud materna y fetal. Del mismo modo ha aumentado el control de la embarazada durante toda la gestación, y es más fácil reconocer cuándo va a ser necesario un parto por cesárea.
- Se ha incrementado el número de partos múltiples, debido a que es más común la práctica de técnicas de reproducción asistida en las parejas que no pueden tener hijos de forma natural.
- Supuestamente el parto vaginal podría aumentar el riesgo de pérdidas de orina y de prolapsos vaginales en la madre; por este motivo, hay embarazadas que presionan al médico para que lleve a cabo una cesárea en su parto.
- Las demandas judiciales ante partos por vía vaginal son más frecuentes que en los partos por cesárea. Los médicos, entonces, optan por una vía más segura judicialmente cuando se presenta algún problema en el transcurso del embarazo o del parto, que indiquen la posible conveniencia de cesárea.



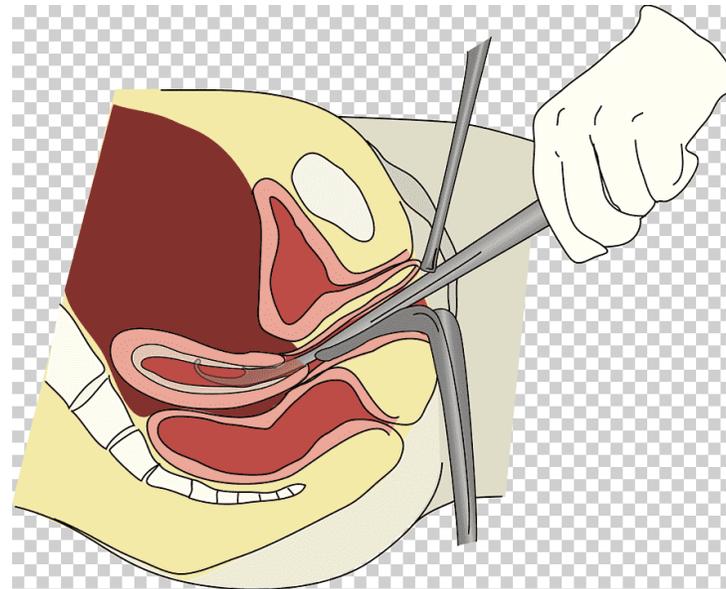
A lo largo de las últimas décadas ha aumentado el número de cesáreas de forma evidente; mientras en los años 60 solo el 5% de los partos se llevaban a cabo mediante cesárea, en los 90 esta cifra aumentó hasta el 25%. Hay muchas diferencias según el lugar del mundo analizado; así, en Irlanda mantienen el 5%, y en Brasil uno de cada tres bebés nacen por cesárea.



Hay situaciones en las que una cesárea es un beneficio claro para la madre, frente a la opción del parto vaginal. Por ejemplo, las mujeres enfermas del corazón se exponen a grandes riesgos en un parto vaginal. También puede indicarse una cesárea si hay un tumor en el cuello uterino u otro lugar que dificultara el paso del feto hacia el exterior, o cuando existe una desproporción evidente entre el tamaño de la cabeza del feto y la pelvis de la madre.

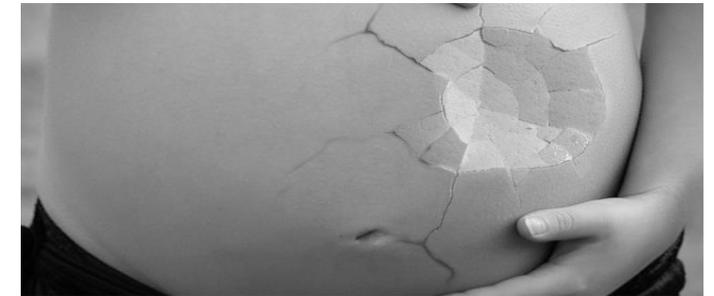
ABORTO

Un aborto es la terminación de un embarazo. Es la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo. Después de esta fecha, y hasta las 28 semanas de embarazo se llama parto inmaduro y parto prematuro si tiene más de 28 semanas. Se dice que hay aborto completo cuando se expulsa con el feto la placenta y las membranas. Hay retención placentaria cuando se expulsa solamente el feto y se dice que hay restos uterinos cuando sólo se expulsa una parte del producto de la concepción..



Clasificación: Teniendo en cuenta las causas que originan el aborto, se clasifican en :

- Aborto espontáneo o natural
- Aborto provocado
- Aborto terapéutico

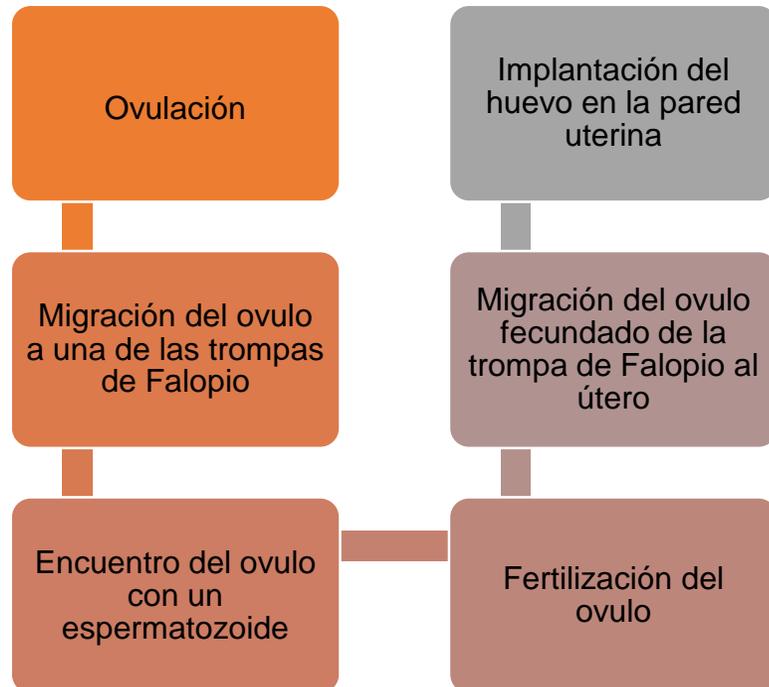


Existen unas grandes cantidades de causas de aborto, tanto naturales como provocadas por la acción humana. Así, podemos encontrar casos de embarazos deseados que se malogran por algún motivo o bien situaciones en que se produce un embarazo no intencionado y que la persona en cuestión no quiere continuar. Cuando es natural generalmente se produce en las doce catorce semanas, es decir antes de que se cumpla el tercer mes de gestación. En casos interrupción voluntaria los plazos pueden variar según la ley vigente en cada país y los supuestos y circunstancias que rodean al embarazo y la decisión de interrumpirlo.

EMBARAZO ECTÓPICO

El embarazo ectópico es un problema que se presenta cuando el óvulo fecundado se implanta de forma equivocada en otras estructuras que no sean el útero. La forma más común de embarazo ectópico es el embarazo tubárico, que ocurre en las trompas de Falopio.

El proceso normal de formación de un embarazo consta de los siguientes pasos:



El embarazo ectópico se presenta cuando algo malo ocurre en los 2 últimos pasos. En el 98% de los casos, el óvulo no recorre todo el camino y termina alojado precozmente en la pared de una de las trompas. En los 2% restantes, la implantación del huevo ocurre en otras estructuras, tales como ovario, cuello uterino o cavidad abdominal.



El embarazo ectópico es un embarazo sin futuro. El huevo, además de no poder desarrollarse normalmente fuera del útero, también puede causar graves lesiones de las estructuras que lo rodean. Si no se trata, el embarazo ectópico presenta alto riesgo de muerte.

Varios factores de riesgo han sido identificados, siendo algunos de ellos más importantes que otros. En la mayoría de los casos, el problema reside en las trompas, que por estar inflamadas, infectadas o estructuralmente dañadas, hacen con que el huevo tenga dificultad para completar su migración hacia el útero.

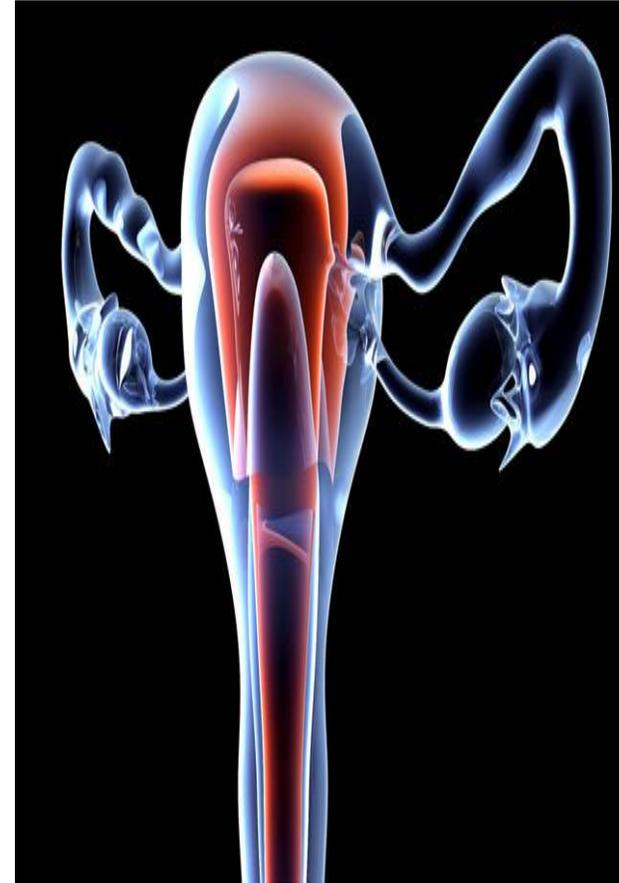
ENFERMEDAD TROMFOBLASTICA GESTACIONAL

La enfermedad trofoblástica gestacional es un tumor originado desde el trofoblasto, que rodea al blastocisto y se desarrolla en el corion y el amnios (ver Saco amniótico y placenta). Esta enfermedad puede aparecer durante o después de un embarazo intrauterino o ectópico. Si en general la enfermedad ocurre durante un embarazo, se producen un aborto espontáneo, eclampsia o muerte fetal; el feto rara vez sobrevive.

La clasificación es morfológica:

- Mola hidatiforme: en este embarazo anormal, las vellosidades se edematizan (se vuelven hidrópicas) y el tejido trofoblástico prolifera.
- Corioadenoma destruens (mola invasora): el miometrio es invadido localmente por una mola hidatiforme.
- Coriocarcinoma: este tumor invasor, en general metastatizante, está compuesto por células trofoblásticas malignas y no tiene vellosidades hidrópicas; la mayoría de estos tumores se desarrollan después de una mola hidatiforme.
- Tumor trofoblástico del sitio placentario: este raro tumor está formado por células trofoblásticas intermedias que persisten después de un embarazo a término; puede invadir los tejidos adyacentes o metastatizar.

El embarazo ectópico es un problema que se presenta cuando el óvulo fecundado se implanta de forma equivocada en otras estructuras que no sean el útero. La forma más común de embarazo ectópico es el embarazo tubárico, que ocurre en las trompas de Falopio.



Las manifestaciones iniciales de una mola hidatiforme sugieren un embarazo temprano, pero a menudo el útero se agranda más de lo esperable dentro de las 10 a 16 semanas de gestación. En general, las pruebas para embarazo de las mujeres son positivas, presentan un sangrado vaginal y vómitos intensos, y hay ausencia de movimientos fetales y latidos cardíacos fetales. La eliminación de un tejido similar a uvas sugiere el diagnóstico. Las complicaciones pueden incluir una infección uterina, sepsis, shock hemorrágico y preeclampsia, que pueden aparecer tempranamente en el embarazo.

Diagnóstico:

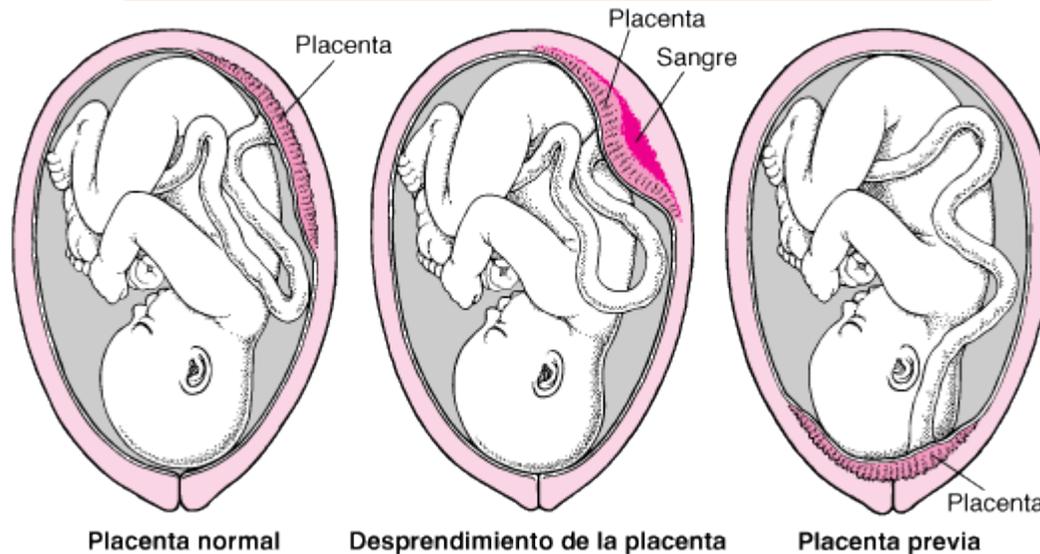
- Subunidad β de la gonadotropina coriónica humana (β -hCG)
- Ecografía pelviana

PLACENTA PREVIA Y DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINCERTA

Se define como el desprendimiento Prematuro de la placenta normoinserta (DPPNI) al desprendimiento de la placenta del útero antes de las 20 semanas de gestación y antes del tercer periodo durante el parto. A diferencia de la placenta previa en esta patología la placenta que implantada a alguna distancia del orificio cervical interno.

El diagnóstico es principalmente clínico basado en una correcta anamnesis en busca de factores de riesgo dado que el diagnóstico Ecográfico en varios estudios demuestra que la ecografía confirma con poca frecuencia el diagnóstico de esta patología. Ante lo cual la ausencia de hallazgos en la ecografía no excluye el DPPNI. Siendo por lo tanto el diagnóstico principalmente Anatomo-patológico ante el hallazgo principal del coágulo retroplacentario firmemente adherido

La principal manifestación es la hemorragia externa, sin embargo también se puede presentar una hemorragia oculta dado que la sangre queda retenida entre la placenta desprendida y el útero. Ésta patología conlleva a un mayor peligro para la madre y el feto, ya que presenta la posibilidad de coagulopatía y el diagnóstico típicamente es tardío.



La principal manifestación es la hemorragia externa, sin embargo también se puede presentar una hemorragia oculta dado que la sangre queda retenida entre la placenta desprendida y el útero. Ésta patología conlleva a un mayor peligro para la madre y el feto, ya que presenta la posibilidad de coagulopatía y el diagnóstico típicamente es tardío.



Su incidencia es baja sin embargo esta aumenta en presencia de embarazo gemelar. Los principales factores de riesgo son: apoplejía uteroplacentaria, degeneración deciduoplacentaria precoz, traumatismos, hematoma retroplacentario, edad materna, multiparidad, hipertensión, preeclampsia, rotura prematura de membranas pretérmino, corioamnionitis, tabaquismo, trastornos tromboembólicos, leiomiomas, cesárea anterior, diátesis hemorrágica.

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

La amenaza de parto pretérmino (APP) se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre la 22 y 37 semanas de gestación.

Diagnóstico:

- Valoración de la dinámica uterina mediante cardiotocografía externa o por palpación abdominal. No existe consenso sobre el número de contracciones necesarias para definir una APP pero generalmente se consideran:

- 4 en 20/30 minutos o bien 8 en 60 minutos.
- Duración de más de 30 segundos de cada contracción
- Palpables y dolorosas.

La principal manifestación es la hemorragia externa, sin embargo también se puede presentar una hemorragia oculta dado que la sangre queda retenida entre la placenta desprendida y el útero. Ésta patología conlleva a un mayor peligro para la madre y el feto, ya que presenta la posibilidad de coagulopatía y el diagnóstico típicamente es tardío.

Causas y factores de riesgo:

No es una entidad clínica única. Confluyen una serie de etiologías y factores de riesgo diferentes que ponen en marcha el mecanismo de inicio del parto.

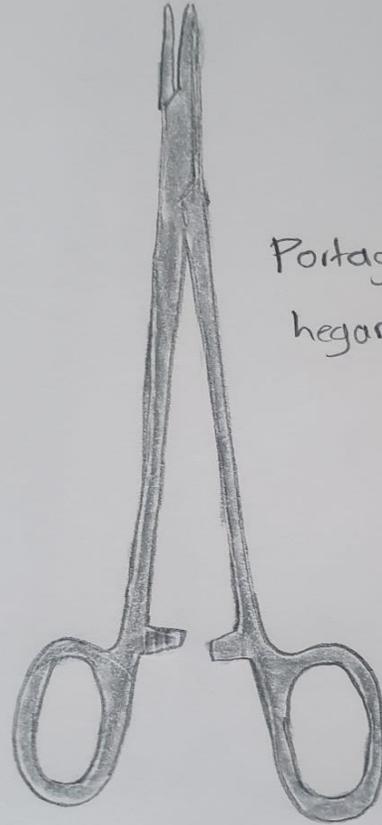
Existen causas maternas como una enfermedad:

sistémica grave, preeclampsia; causas uterinas; causas placentarias como placenta previa; causas del líquido amniótico como corioamnionitis, causas fetales como sufrimiento fetal agudo

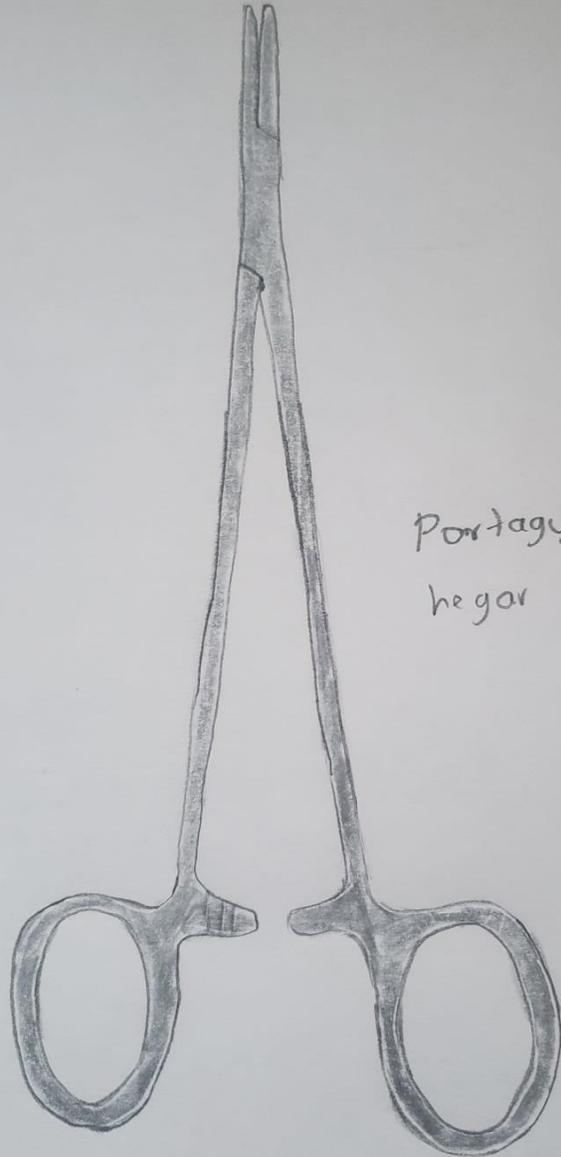


Bibliografía:

UDS. Antología de ginecología y obstetricia. Utilizada el 12 de marzo. PDF



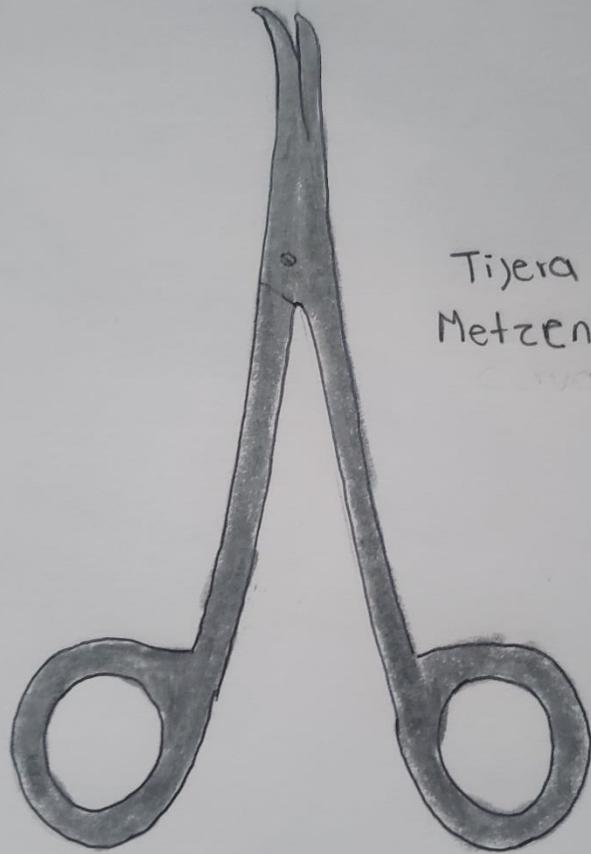
Portaguja mayo
hegar 20cm



Portaguja mayo
hegar 18 cm



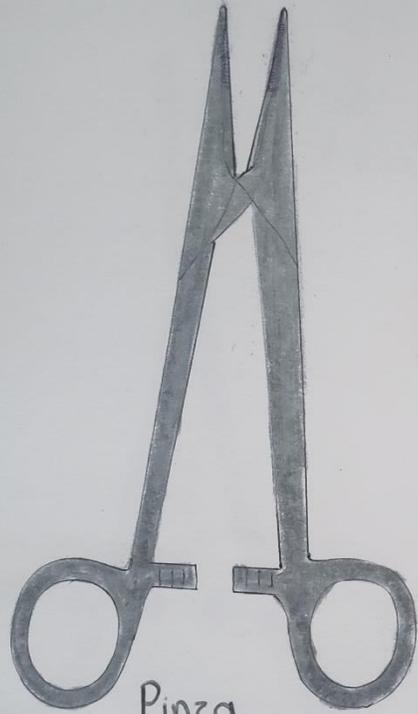
Porta
agujas



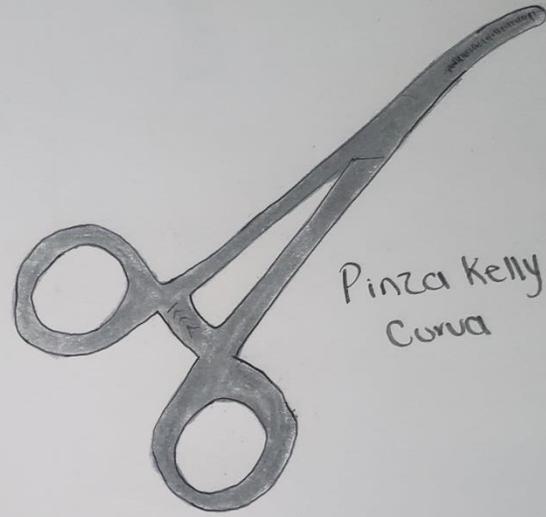
Tijera
Metzenbaum
C. 1971



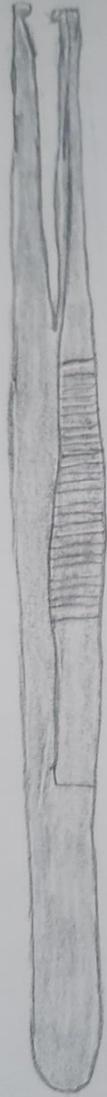
Pinza con
diente



Pinza
Kelly rectal



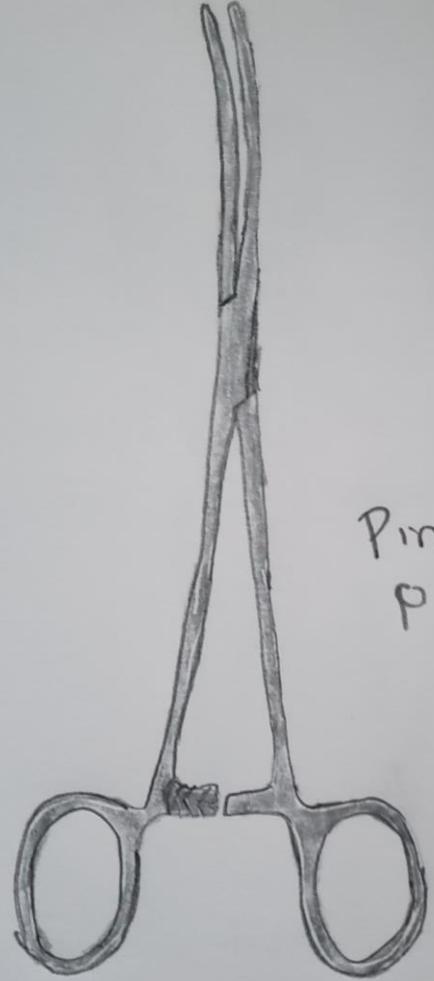
Pinza Kelly
Curva



Pinza disección
con diente
18cm



Pinta disección
yuse 20cm



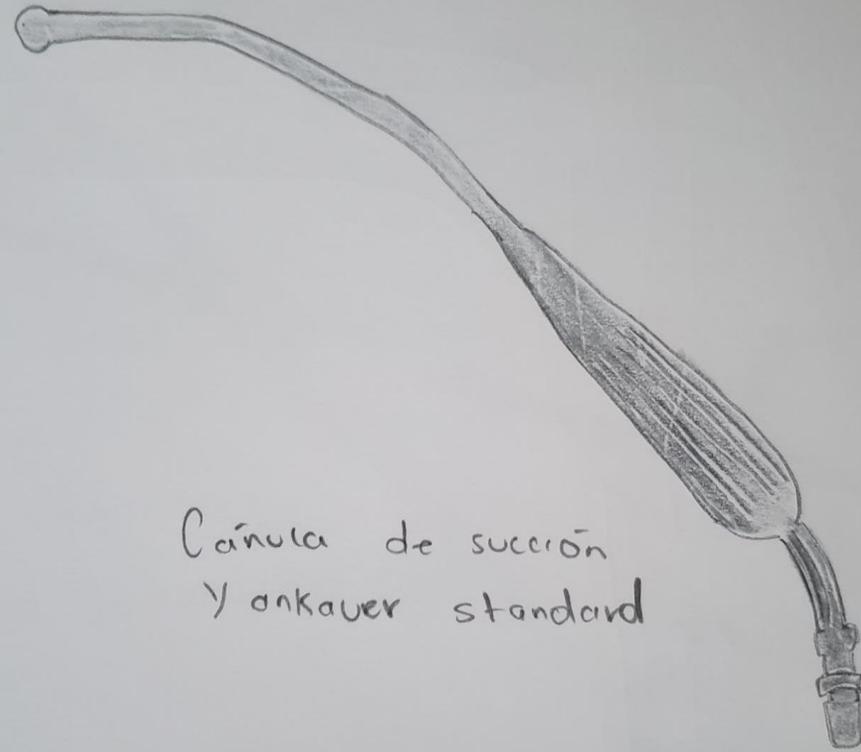
Pinza rochester
Pean curva 20cm



Cureta fenestrada
de Sims.

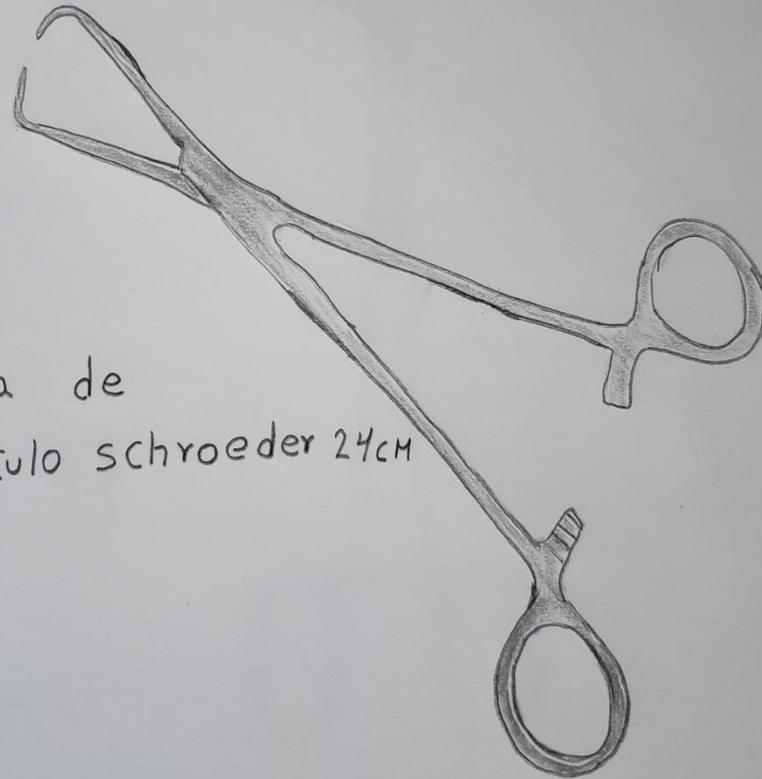


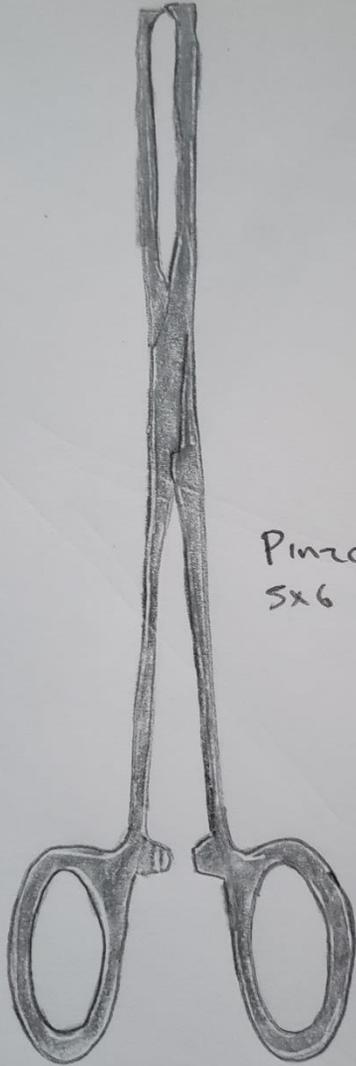
Especulo
vaginal de graves
mediano



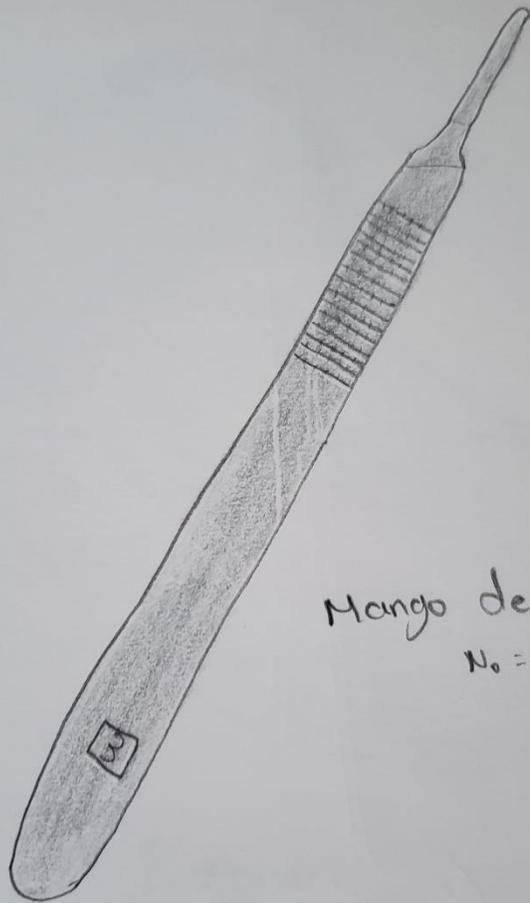
Cañula de succión
Yankauer standard

Pinza de
tenáculo schroeder 24cm

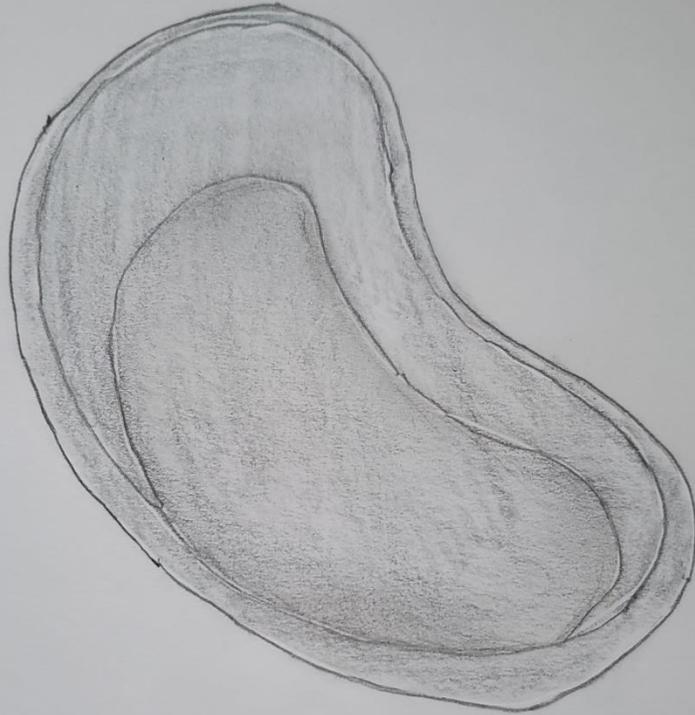




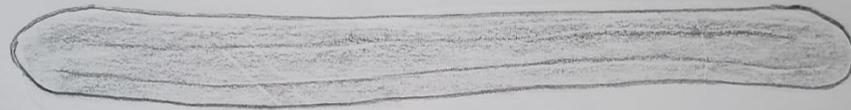
Pinza allis
5x6 dientes 19cm



Mango de bisturi
No = 4



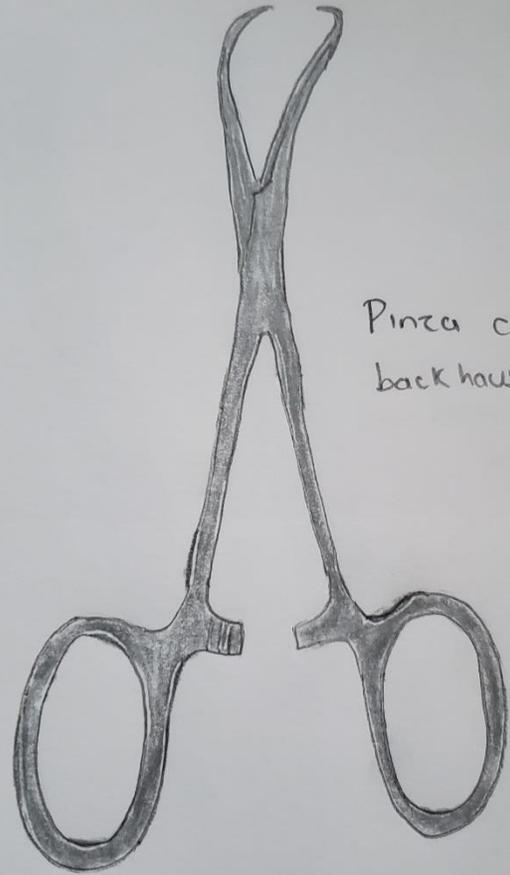
Riñonera



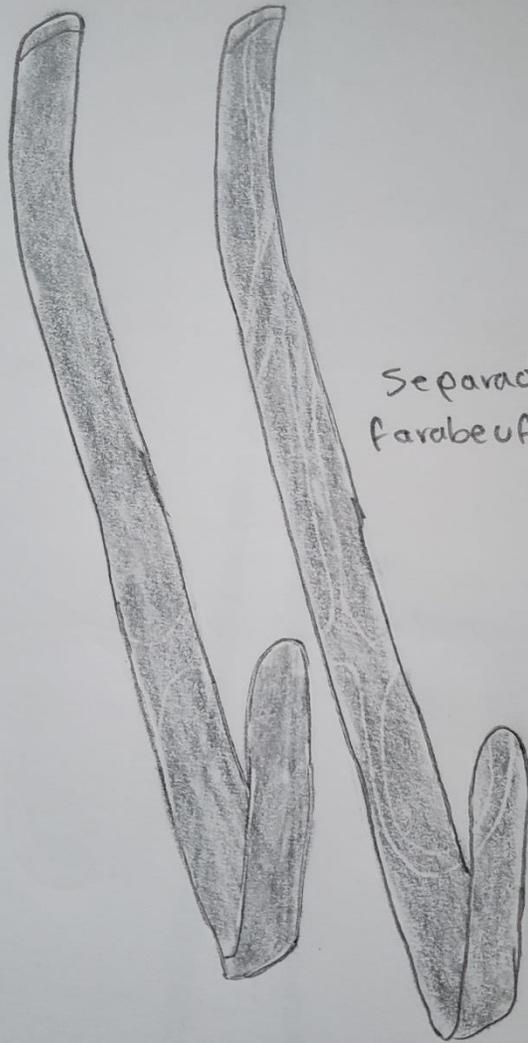
18mm

17mm

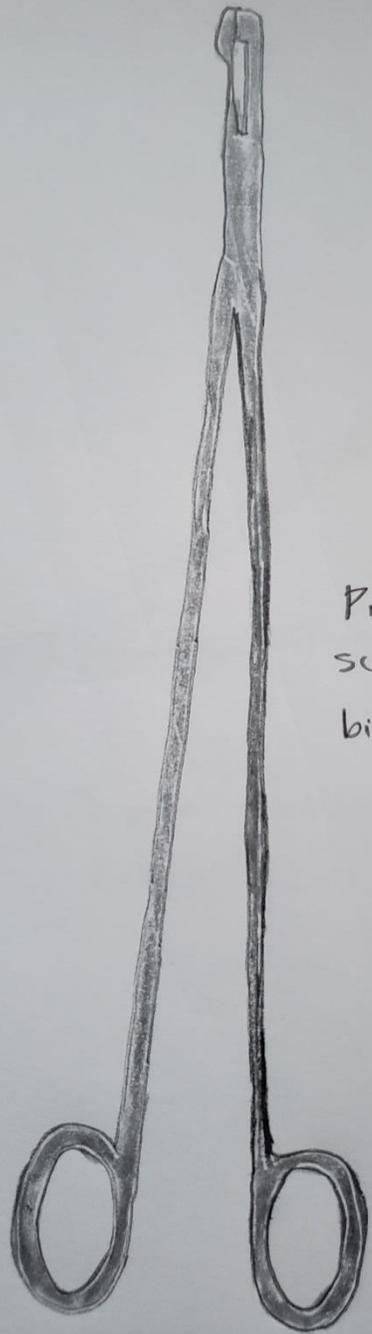
Set de ditadores
hegar



Pinza campo
backhaus 13cm



Separador
farabeuf 15cm



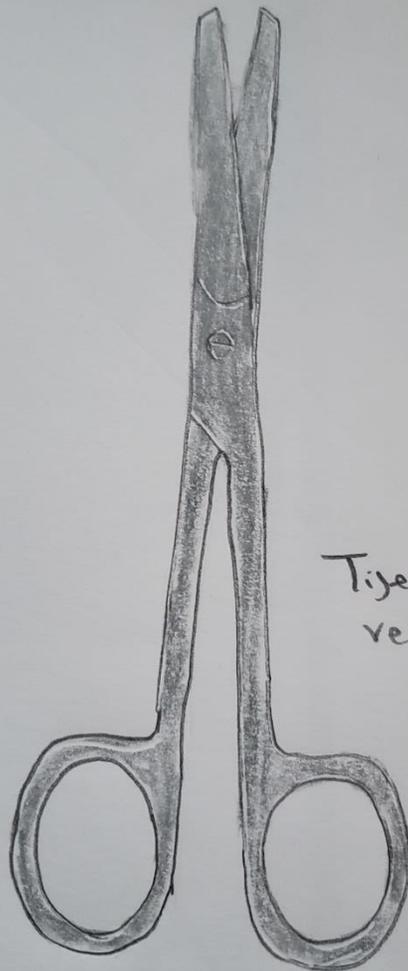
Pinza de
schrodter para
biopsia 29cm



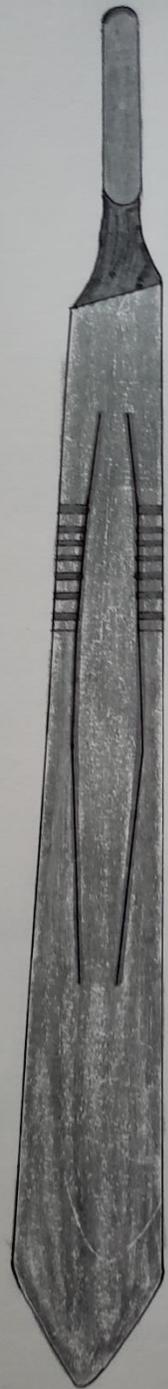
Tijera met zembraum
curva 18cm



Valva meleable
medrana 40mm x 13



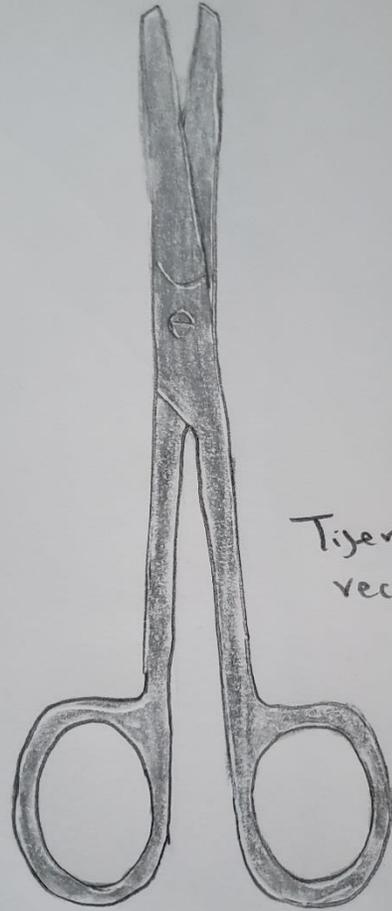
Tijera mayo
recta 17cm



Mango
de
bisturí No. 4

Tijera de
mayo Curva

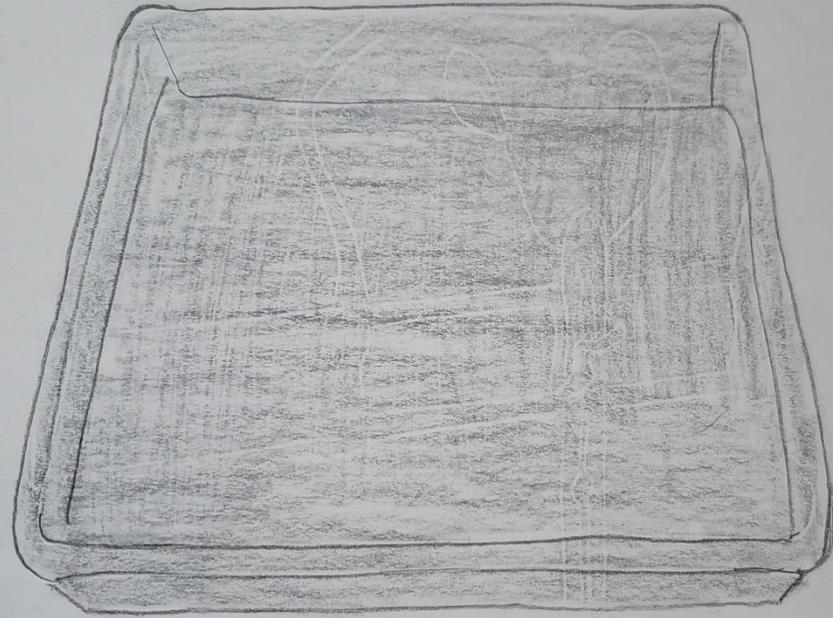




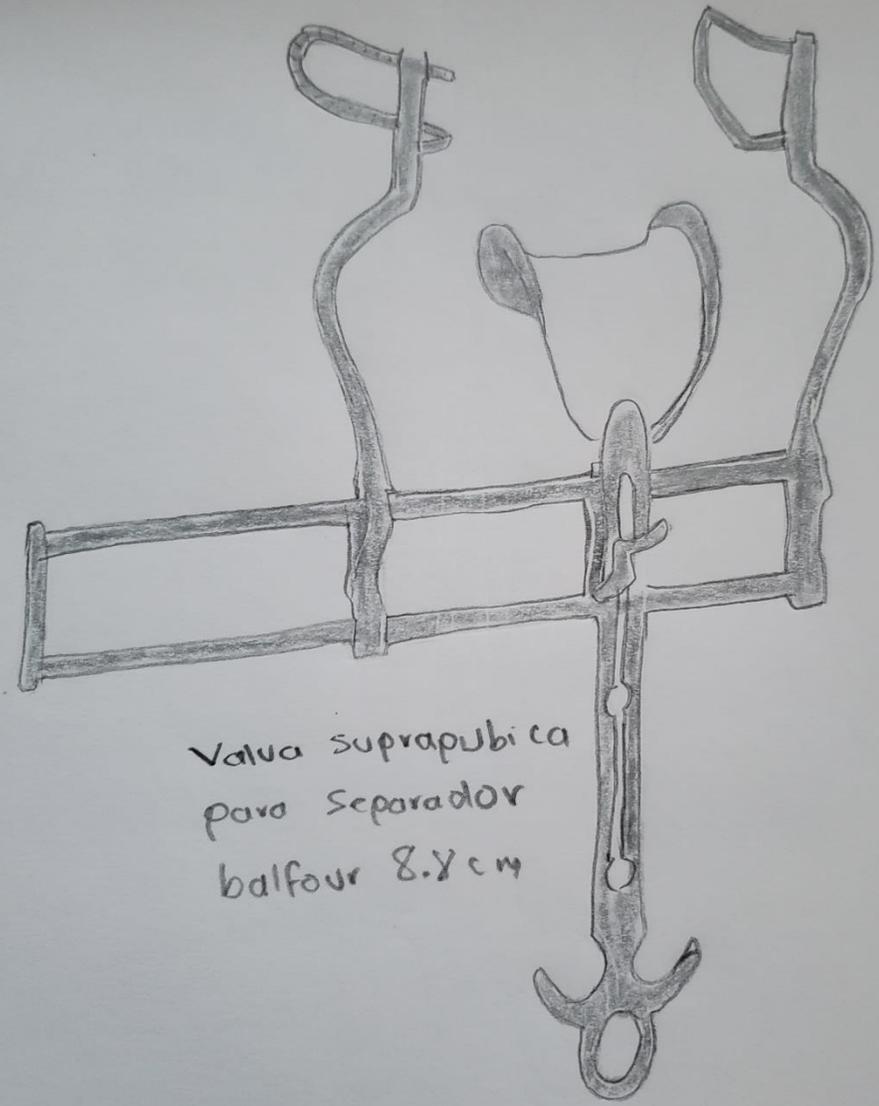
Tijera mayo
vecta 17cm



Tijera metzembaum
Curva 20cm



Bandeja en acero
inoxidable



Valva suprapubica
para Separador
balfour 8.8cm