

Nombre de alumnos:

Vanessa Monserrat Gómez Ruiz.

Nombre del profesor:

María Cecilia Zamorano

Nombre del trabajo:

Super nota tema 3.1 a 3.9

Materia:

Ginecología y Obstetricia

Grado: "5"

Grupo: "B"



3.1 PUERPERIO PATOLÓGICO. CHOQUE SÉPTICO.

¿Qué es el puerperio patológico?

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 pregrávidico y establecer la lactancia.

¿Tipos de puerperio patológico?

- **Puerperio inmediato:** el que se produce entre el primer y el décimo día después del parto.
- **Puerperio tardío:** Se extiende entre el día 11 y el 42 tras el parto.
- **Puerperio remoto:** El que va más allá del día 43 después del parto y hasta que vuelve la menstruación.
- **Puerperio alejado:** se extiende hasta el día 40 posterior al parto

¿Cuáles son los signos y síntomas del puerperio?

- **Fiebre:** durante los 2-3 primeros días después del parto es muy frecuente que se eleve la temperatura corporal y que luego desaparezca de forma espontánea.
- **Hemorragia:** después del tercer o cuarto día después del parto es frecuente y normal tener algún tipo de sangrado vaginal, ya que el útero debe eliminar los restos de materiales que han quedado ahí tras el parto (loquios).
- **Senos:** si los pechos presentan un enrojecimiento al que acompaña dolor, fiebre e hinchazón hay que consultar con el especialista, ya que puede tratarse de una mastitis o de una obstrucción de los conductos por los que la leche llega hasta el pezón.
- **Depresión postparto o baby blues:** durante las dos primeras semanas del puerperio puede considerarse como normal y se agrava con otros síntomas, como alteraciones del sueño, pérdida del apetito o cambios repentinos de humor habrá que valorar la existencia de una depresión post parto. etc.

¿tipos de patologías durante el puerperio?

Patología vascular del puerperio

Durante el embarazo se producen una serie de cambios anatómicos y fisiológicos que van a favorecer y complicar el diagnóstico y manejo de los fenómenos tromboembólicos

Patología psiquiátrica del puerperio

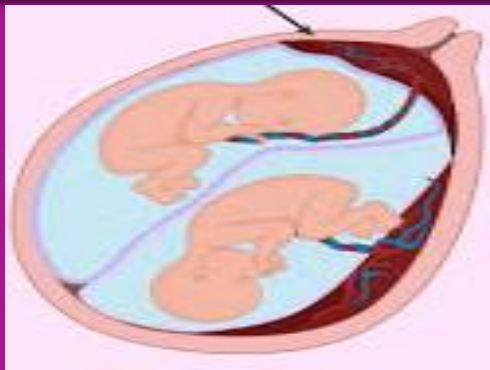
No se sabe con certeza que la etapa perinatal aumente los trastornos psiquiátricos, aunque en el primer mes postparto se considera de mayor riesgo.



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

3.2.- EMBARAZO MÚLTIPLE, PRESENTACIÓN PÉLVICA Y SITUACIÓN TRANSVERSAL.

¿Qué es embarazo múltiple?



¿Qué es?

Un embarazo múltiple es aquél en el que dos o más bebés se desarrollan simultáneamente en el útero. Los gemelos, trillizos, cuatrillizos etc.

¿Cómo se produce un embarazo múltiple?

Se describen 2 mecanismos. El primero resulta de la división de un huevo en 2 o más huevos idénticos (**monocigóticos**) y el segundo cuando 2 o más óvulos son fecundados por 2 o más espermatozoides creando huevos diferentes (**bicigóticos**).

La formación de la **placenta** dependerá del momento en que ocurre la división después de la fertilización.

¿Qué es presentación pélvica?



¿Qué es?

Es aquella en la que el polo pélvico o caudal del feto está en relación directa con el estrecho superior de la pelvis materna, lo ocupa en su totalidad y sigue un mecanismo de parto.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

son prematurez, 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 son las caderas flexionadas, rodillas extendidas.
- ❖ Pélvica completa es caderas flexionadas, rodillas flexionadas.
- ❖ Pélvica incompleta

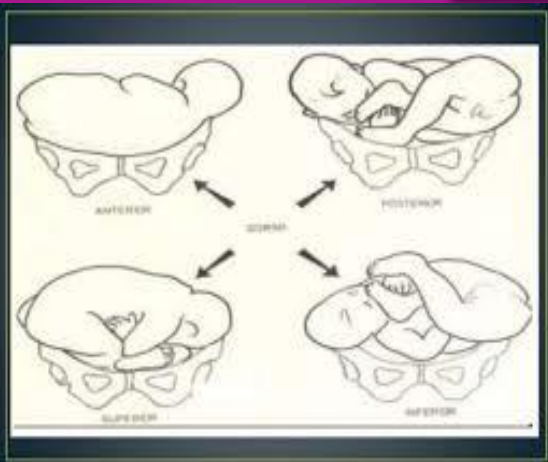
¿Qué es situación transversal?

¿Qué es?

En esta posición, el bebé tiene su cabeza en uno de los lados del vientre de su madre y el trasero en el lado contrario, esta posición es muy habitual hacia la mitad del embarazo, pero los bebés suelen girarse según va avanzando la gestación.

¿Si todas las maniobras resultan ineficaces?

El obstetra flexiona la cabeza del bebé y revierte los movimientos cardinales del trabajo de parto, recolocando la cabeza en la vagina o el útero; luego, el bebé se extrae por cesárea.



3.3.- Distocias dinámicas.



Tipos de fase latente prolongada:



¿Qué es?

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

¿cómo se diagnóstica?

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.

¿Cuáles son los tipos de distocia dinámica?

Las **distocias** de tipo cuantitativo pueden ser por aumento de la actividad uterina (hiperdinamias) o por disminución de la actividad uterina (hipodinamias)

FASE LATENTE PROLONGADA:

¿Qué es?

Es una fase latente del primer periodo del TP que dure más de 20 horas en nulíparas y 14 horas en multípara.

Causas:

- En NP es debido al inicio del TP con cuello inmaduro.
- En MP es el falso trabajo de parto.

Manejo:

- Reposo
- Sedación
- Aceleración oxitócica.

FASE ACTIVA PROLONGADA:

¿Qué es?

Es una fase activa del primer periodo del TP que dure más de 5 - 8 horas en nulíparas (NP) y 3 - 5 horas en multípara (MP) o que la dilatación sea menor a 1,2 cm/hora en NP y de 1,5 cm/hora en MP.

Causas:

Contracciones uterinas inadecuadas sean en intensidad o en frecuencia.

- Distocias de posición (OP y OT).
- Anestesia peridural.

Manejo:

- Descartar DCP
- Evaluación dinámica uterina.

FASE DESACELERATORIA PROLONGADA.

¿Qué es?

Fase desaceleratoria mayor a 3 horas en NP y de 1 hora en MP (cuando lo normal es 1 hora y 15 minutos respectivamente).

Causas:

- Distocias de posición (OP y OT).
- DPC
- Anestesia peridural

Manejo:

- Descartar DCP
- Aceleración oxitócica
- Anestesia peridural.

¿cuál es su tratamiento?

Se realiza mediante maniobras físicas de reposicionamiento del feto, parto vaginal operatorio (instrumental) o cesárea.



3.4.- DISTOCIAS MECANICAS

¿Qué es?

La distocia fetal puede producirse cuando el feto es demasiado grande para el estrecho de la pelvis (desproporción feto pelviana) o está mal posicionado.

¿Presentación con occipucio posterior?

la cabeza del bebé está hacia abajo, pero el cuerpo del bebé está apuntando hacia la parte frontal de la madre en lugar de a su espalda.

No es muy seguro dar a luz a un bebé en esta posición, pero es más difícil para él atravesar la pelvis

¿Qué es desproporción feto-pelviana?

Es una complicación del embarazo en la que hay un desajuste de tamaño entre la pelvis de la madre y la cabeza del feto.

La cabeza del bebé es proporcionalmente demasiado grande o la pelvis de la madre es demasiado pequeña para permitir que el bebé entre por la abertura pélvica.



¿cuál es la presentación de frente o 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.



¿cuál es la presentación podálica o de nalgas?

Se produce cuando los glúteos o los pies del bebé (o ambos) están ubicados para salir primeros en el parto, esta presentación se suele determinar mediante una ecografía fetal al final del embarazo.

Variaciones de la presentación de nalgas



3.5.- FÓRCEPS



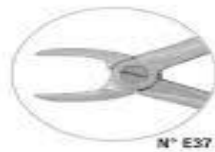
N° E22



N° E29



N° E33



N° E37



N° E39



N° E51

¿Qué es?

El fórceps es un instrumento obstétrico en forma de tenazas, que sirve para ayudar a la extracción fetal desde la parte exterior simulando los mecanismos del parto normal.



¿Cuáles son las generalidades de fórceps?

Es una pinza desarticulable diseñada para realizar presión en el polo cefálico fetal, facilitando su extracción mediante los adecuados movimientos de rotación y tracción

¿Cuáles son las indicaciones para utilizar fórceps?

Antes **de** que se puedan **utilizar** los **fórceps**, es necesario **que** el bebé haya avanzado lo suficiente por la vía del parto, la cabeza y la cara del bebé también deben estar **en** la posición correcta.

El médico revisará cuidadosamente **para** verificar **que** sea seguro **utilizar** los **fórceps**

¿Cuáles son los requisitos para utilizar fórceps?

- La presentación debe ser cefálica
- La cabeza debe estar encajada
- El diámetro biparietal debe rebasar el plano bies pinoso
- El cuello debe estar totalmente dilatado
- La bolsa amniótica debe estar rota
- Debe conocerse exactamente la variedad de posición
- Debe conocerse el tipo de pelvis
- El operador debe conocer bien el uso del instrumento
- Estar familiarizado con los fórceps especiales
- Debe existir algún tipo de analgesia o anestesia

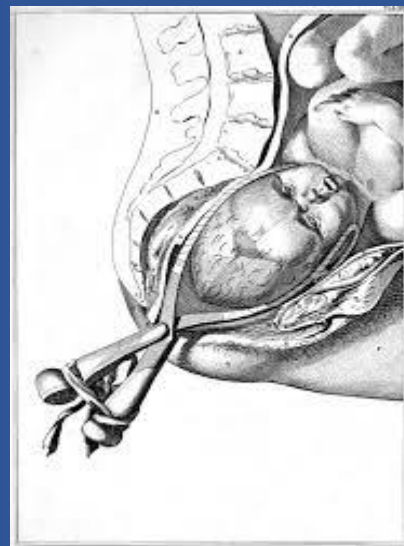
¿cuáles son los riesgos en el uso de fórceps?

Desgarros más graves en la vagina que podrían requerir una recuperación prolongada y (pocos casos) cirugía para corregirlos

Problemas para orinar o defecar después del parto

Para el bebé son: Protuberancias, moretones o marcas en la cabeza o la cara del bebé.

La cabeza puede hincharse o estar en forma de cono. Esto debe retornar a la normalidad generalmente al cabo de uno o dos días.



3.6.- OPERACIÓN CESÁREA

¿Qué es?

Una cesárea es un tipo de intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero de la madre para extraer uno o más bebés

¿Cuáles son las indicaciones de una cesárea?

- Placenta previa total a término.
- Posición fetal transversa con dilatación completa.
- Prolapso de cordón.
- Placenta abrupta. ...
- Eclampsia o síndrome HELLP cuando falla una inducción.
- Tumor de gran tamaño en el útero que bloquea la cerviz al alcanzar dilatación completa. Casi todos los fibromas se mueven hacia arriba a medida que el cuello del útero se abre, quitándose del paso del bebé.
- Verdadero sufrimiento fetal confirmado por una muestra de gases sanguíneos del cuero cabelludo fetal o un perfil biofísico



¿Qué es complicaciones de pots quirúrgico?

complicación postoperatoria aquella eventualidad que ocurre en el curso previsto de un procedimiento quirúrgico con una respuesta local o sistémica que puede retrasar la recuperación, poner en riesgo una función o la vida

¿Cuáles son las complicaciones de una cesárea?

- Sangrado.
- Desprendimiento anormal de la placenta, especialmente en mujeres con un parto por **cesárea** anterior.
- Lesiones en la vejiga o en los intestinos.
- Infección en el útero.
- Infección de la herida.



3.6.1.- ABORTO: ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN.



¿Cuál es su clasificación?

- Aborto espontáneo o natural
- Aborto provocado.
- Aborto terapéutico.
- Temprano o tarde

- Terminación del embarazo espontánea o inducida electivas
- Amenazado o inevitable

- Incompleto o completo

- Recurrente
- Retenido

- Séptico

¿Qué es?

El método quirúrgico más empleado antes de las 7 semanas de embarazo es el **aborto** por aspiración. Consiste en la remoción del feto o del embrión a través de succión, usando una jeringa manual o una bomba eléctrica de aspiración.

¿Cuál es la etiología?

Los abortos espontáneos aislados pueden producirse por ciertas virosis (citomegalovirus, herpesvirus, parvovirus y rubéola) o por trastornos que pueden causar abortos esporádicos o pérdidas recurrentes (p. ej., anomalías cromosómicas o mendelianas, defectos de la fase lútea).

3.6.2. ABORTO: ETAPAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO

¿Cuáles son las etapas de aborto?

Tipo	Definición
Inevitable	Sangrado vaginal o rotura de las membranas acompañado dilatación del cuello
Incompleto	Expulsión de parte de los productos de la concepción
Completo	Expulsión de todos los productos de la concepción
Recurrente o habitual	≥ 2 a 3 abortos espontáneos consecutivos

¿Cuál es el tratamiento de aborto?

El tratamiento consiste en cuidados de apoyo y terapia hormonal, desafortunadamente, una vez que se inició un aborto espontáneo, no hay tratamientos para detenerlo. Sin embargo, se pueden usar medicamentos o procedimientos (como la dilatación y el legrado) para evitar complicaciones. También se recomienda asistir a terapia y a grupos de apoyo.

3.7.- EMBARAZO ECTÓPICO: GENERALIDADES, TÉCNICA QUIRÚRGICA



¿Qué es?

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.

¿Cuáles son los factores que aumentan mucho el riesgo?

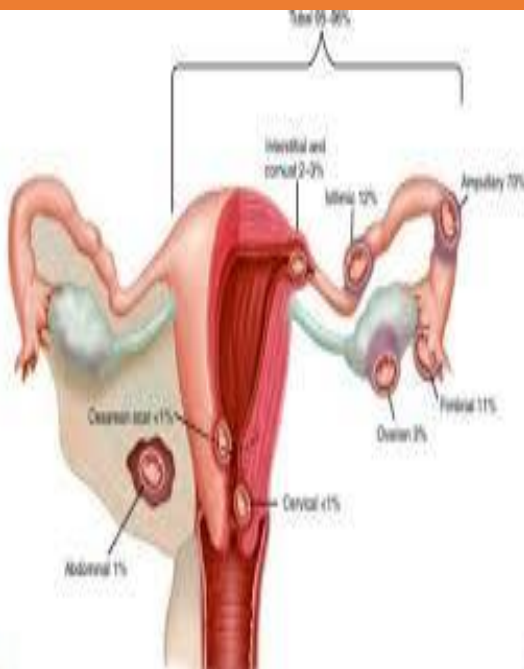
- Inflamación o infección de la trompa de Falopio (salpingitis).
- Lesión estructural de la trompa de Falopio por inflamaciones previas.
- Cirugía previa de las trompas.
- Fallas de la ligadura de trompa.
- Episodio de embarazo ectópico previo.

¿Cuáles son los síntomas?

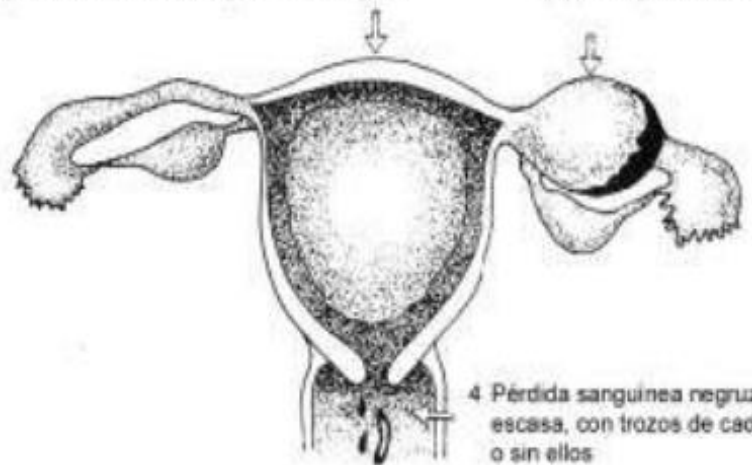
- Dolor abdominal.
- Retraso menstrual.
- Sangrado vaginal.

¿Cuáles es su tratamiento?

Ninguno embarazo ectópico tiene futuro, y el riesgo de muerte de la madre, si se deja sin tratamiento, es muy alto. Por lo tanto, todos los tipos de tratamiento tienen como objetivo la eliminación del embrión antes de otras complicaciones.



1. Dolores en el hipogastrio con propagación al saco de Douglas
2. Útero aumentado de tamaño
3. Tumor yuxtaterino unilateral palpable y doloroso



4. Pérdida sanguínea negruzca, escasa, con trozos de caduca o sin ellos

3.8.- ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL.

¿Qué es?

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es un grupo de afecciones relacionadas con el embarazo que se desarrollan dentro del útero (matriz) de una mujer.

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).



¿Cuál es su clasificación 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.

¿Cuáles son sus signos y síntomas?

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.

¿Cuál es su tratamiento?

- Extirpación tumoral mediante legrado aspirativo.
- Revaluación en busca de enfermedad persistente o diseminación tumoral.
- Quimioterapia para la enfermedad persistente.
- Anticoncepción postratamiento para la enfermedad persistente

3.9.-PLACENTA PREVIA Y DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA.



¿Qué es?

Se define como el desprendimiento Prematuro de la placenta normo inserta (DPPNI) al desprendimiento de la placenta del útero antes de las 20 semanas de gestación y antes del tercer periodo durante el parto

¿Cuáles son los principales factores de riesgo?

Los principales factores de riesgo son: apoplejía uteroplacentaria, degeneración deciduo-placentaria precoz, traumatismos, hematoma retro placentario, edad materna, multiparidad, hipertensión, preeclampsia, rotura prematura de membranas pretérmino, corioamnionitis, tabaquismo, trastornos tromboembólicos, leiomiomas, cesárea anterior, diátesis hemorrágica.



¿Qué es desprendimiento prematuro de placenta normo inserta?

El desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI) es la separación prematura, parcial o total, de una placenta normo inserta de su inserción decidua después de la semana 20 o 22 de gestación 1-4 y antes del periodo del alumbramiento

¿Cuál es su tratamiento?

Es el 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.

3.10.- INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS Y EMBARAZO

¿Qué es?

La infección urinaria es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, la cual, si no es diagnosticada y tratada de manera oportuna, conlleva a un incremento significativo en la morbilidad tanto en la madre como en el feto.



¿Infecciones del tracto urinario?

Existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. Son clasificadas de diversas formas: alta o baja, aguda o crónica, no complicada o complicada, sintomática o asintomática, nueva o recurrente y comunitaria o nosocomial.

¿Infecciones del tracto urinario bajo?

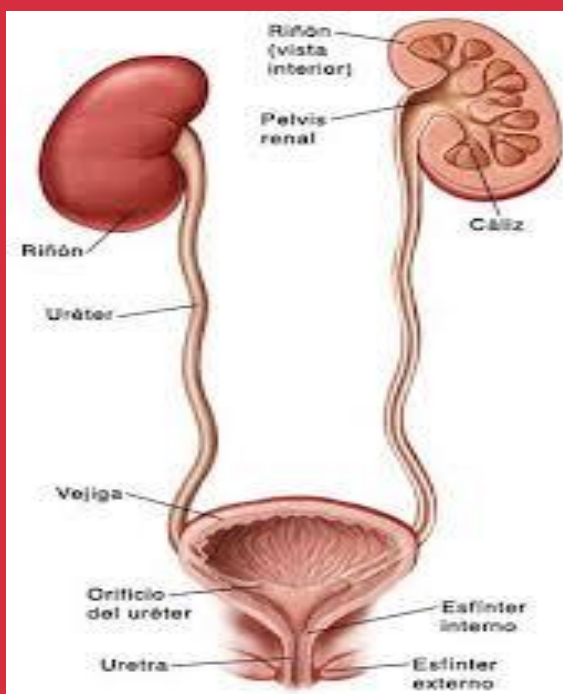
Colonización bacteriana a nivel de uretra y vejiga que normalmente se asocia a la presencia de síntomas y signos urinarios, como urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez y olor fétido de la orina

¿Cistitis aguda?

Es una Infección bacteriana de la vejiga. Es causada por gérmenes, por lo regular bacterias que ingresan a la uretra y luego a la vejiga.

¿Cistouretitis aguda?

Es una Infección bacteriana de la vejiga. Es causada por gérmenes, por lo regular bacterias que ingresan a la uretra y luego a la vejiga.



TIPOS DE FORCEPS



KILLAN



TARNIER



SIMPSON



PIPER



ELLIOT



BARTOLDI

INSTRUMENTAL DE CESAREA Y LEGRADO



SEPARADOR FARABEU 15cm



PINZA CAMPO BACKHAUS 13cm



TIJERA MAYO RECTA 17cm





TIJERA METZEMBAUM CURVA DE 18 Y 20cm




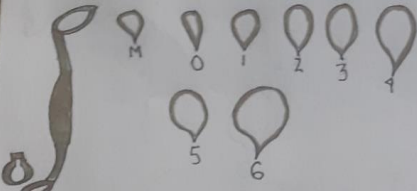







PORTA AGUJA MAYO HEGAR DE 18 Y 20cm



CANULA DE SUCCION YANKAVER STANDAR

		
<p>VALVA MALLEABLE MEDIANA 10mm x 13</p>	<p>VALVA SUPRAPUBICA PARA SEPARADOR BALFOUR 8.8 cm</p>	<p>PINZA DE DISECCION SIN DIENTES 20cm</p>
		
<p>PINZA DE DISECCION CON DIENTE 18cm</p>	<p>PINZA DE DISECCION RUSA 20cm</p>	<p>PINZA KELLY CURVA 19cm</p>
		
<p>PINZA ROCHESTER-PEAN CURVA 20cm.</p>	<p>PINZA ALLIS 5x6 DIENTES 19cm</p>	<p>MANGO DE BISTURI #4</p>

		
<p>RINDONERA</p>	<p>BANDEJA EN ACERO INOXIDABLE</p>	<p>SET DE DILATADORES DE HEGAR 3mm a 18</p>
		
<p>CUARETA FENESTRADA DE SIMS TAMAÑO NO° 1, 5, 6 DE 31 CM.</p>	<p>CUARETA DE NOVAK 23cm x 4mm DIA</p>	<p>PINZA DE TENACULO SCHOEERDER 29cm</p>
		
<p>ESPECULO VAGINAL DE GRAVES MEDIANO</p>	<p>PINZA SCHUBERT PARA BIOPSIA 29cm</p>	<p>HISTORIMETRO DE SIMS GRADUADO EN 32 CM</p>

BIBLIOGRAFIA.

UDS. ANTOLOGIA DE GINECOLOGIA Y OBTETRICIA. Unidad III. Rescatado el 12 de marzo del 2021