



Nombre de alumno: María De Jesús Pascual Pedro.

Nombre del profesor: Zamorano Rodríguez María Cecilia

Nombre del trabajo: Súper Notas (unidad III)

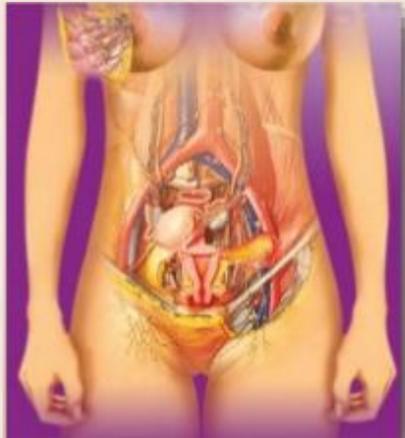
Materia: Ginecología y obstetricia

Grado: 5° cuatrimestre

Grupo: B

PUERPERIO PATOLÓGICO. CHOQUE SÉPTICO.

El puerperio es el período que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación.



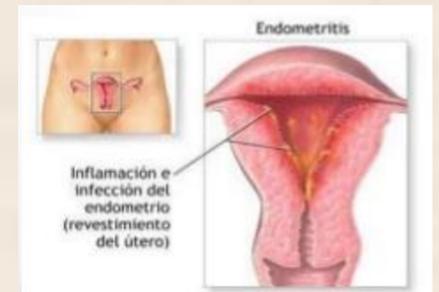
En este tiempo se desarrollan simultáneamente multitud de cambios fisiológicos en la mujer con la finalidad de retornar gradualmente al estado pregravídico y establecer la lactancia.



Infección puerperal

La fiebre puerperal se define como T° igual o superior a 38 c° al menos durante dos días y entre los días 2° y 10° tras el parto.

Es una complicación obstétrica frecuente. La importancia de este tipo de infecciones requiere un Dx seguro, rápido y eficaz, así como un tx antibiótico y ocasionalmente Qx.



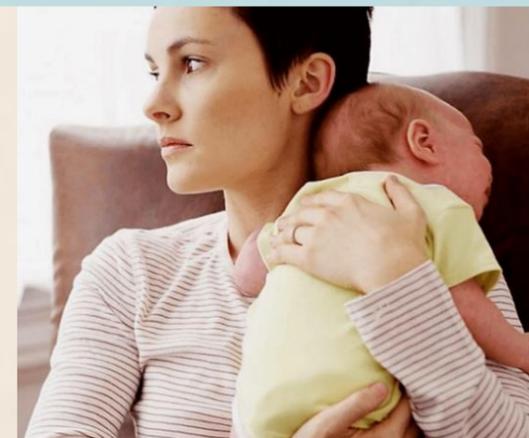
Patología vascular del puerperio

Durante el embarazo se producen una serie de cambios anatómicos y fisiológicos que van a favorecer y complicar el Dx y manejo de los fenómenos tromboembólicos. Por su gravedad van a constituir una de las principales complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, representando una de las principales causas de mortalidad materna.



Patología psiquiátrica del puerperio

En la etapa perinatal aumentan los trastornos psiquiátricos, aunque en el primer mes postparto se considera de mayor riesgo. Conviene no olvidar que los síntomas de trastornos mentales pasan inadvertidos en el embarazo y puerperio.



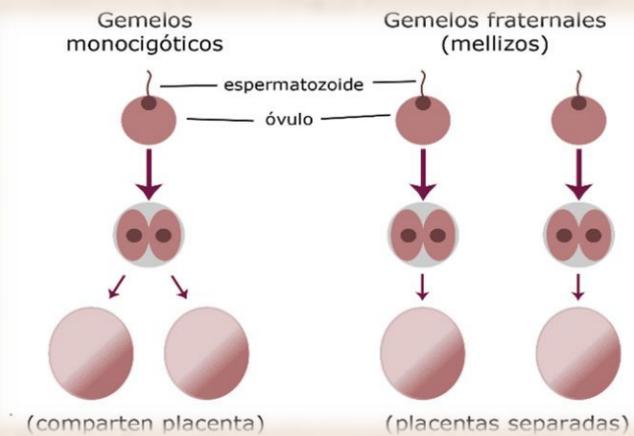
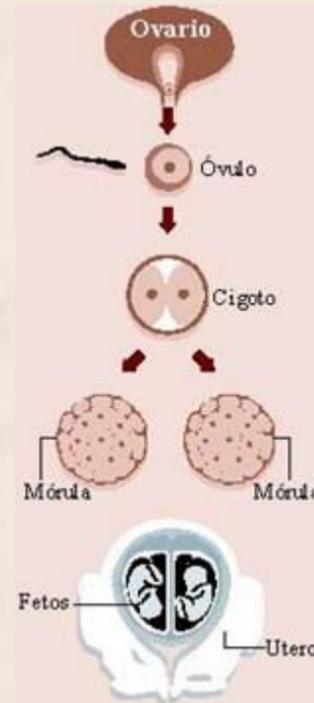
Embarazo múltiple, presentación pélvica y situación transversal

Un embarazo múltiple es aquél en el que dos o más bebés se desarrollan simultáneamente en el útero.

¿Cómo se produce un embarazo múltiple?

Se describen 2 mecanismos:

- 1) Monocigóticos
- 2) Bicigóticos



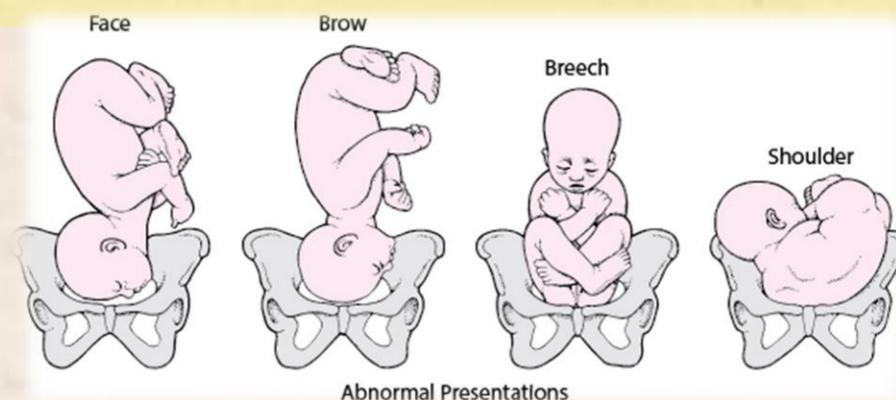
Dx del embarazo múltiple:

se realizan ecografías desde las primeras semanas del embarazo, motivo por el cual el diagnóstico es muy precoz.



Tipos de parto pélvico:

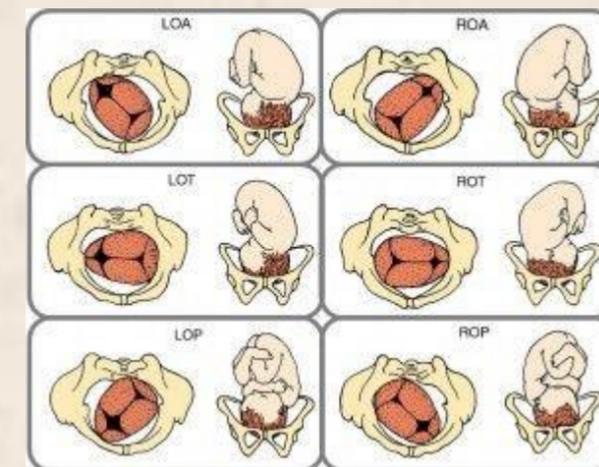
Parto pélvico espontáneo, Parto pélvico asistido, Pequeña extracción podálica, Gran extracción podálica. Extracción total asistida.



La presentación pélvica

Tipos de presentación:

- Pélvica o de nalgas franca
- Pélvica completa
- Pélvica incompleta

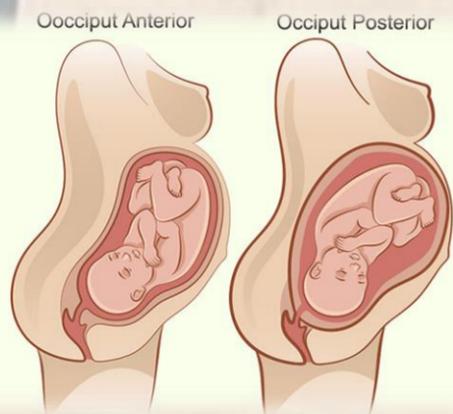


Distocias mecánicas

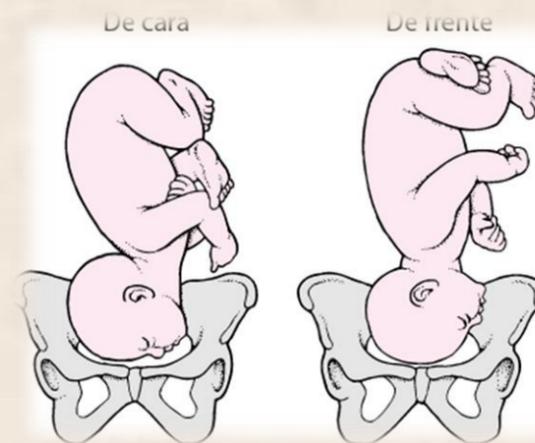
La distocia fetal puede producirse cuando el feto es demasiado grande para el estrecho de la pelvis.

La presentación fetal normal es de vértice, con el occipucio hacia adelante.

Presentación con occipucio posterior: es la más común anormal es la de occipucio posterior. La mayoría requieren un parto vaginal o una cesárea.



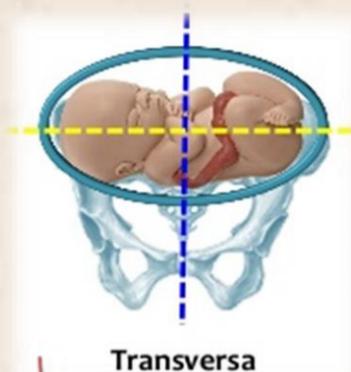
Presentación de frente o de rostro: En la presentación de rostro, la cabeza está hiperextendida, y la posición es designada por el mentón.



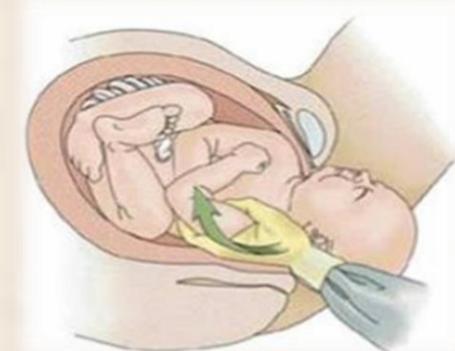
Presentación podálica o de nalgas: La segunda presentación anormal más común es la podálica o de nalgas. Hay varios tipos:



Posición transversa: es transversal, con el eje largo del feto oblicuo o perpendicular en lugar de paralelo al eje largo de la madre.



Distocia de hombro: 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.



Distocias dinámicas

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

FASE LATENTE PROLONGADA: es una fase latente del primer periodo del TP que dure más de 20 hrs en nulíparas y 14 hrs en multípara. Tiene una frecuencia del 0,3 al 4.2%.

FASE ACTIVA PROLONGADA: es una fase activa del primer periodo del TP que dure más de 5 - 8 hrs en nulíparas y 3 - 5 hrs en multípara o que la dilatación sea menor a 1,2 cm/hr en NP y de 1,5 cm/hr en MP. Tiene una frecuencia del 2 al 4%.

DETECCIÓN SECUNDARIA DE LA DILATACIÓN: durante la fase activa no existe dilatación durante dos o más hrs.

FASE DESACELERATORIA PROLONGADA: Fase desaceleratoria mayor a 3 hrs en NP y de 1 hr en MP Causas: Distocias de posición (OP y OT). DPC, Anestesia peridural.

DISTOCIAS DE LA DINÁMICA UTERINA

WASHINGTON ALEXANDER MORAN MORAN



PROLONGACIÓN DEL DESCENSO: En la fase máxima del descenso este es menor a 1 cm/hora en NP y de 2 cm/hora en MP. Se da en el 4,7%

FALLA DEL DESCENSO: Ausencia de descenso en el segundo periodo del parto en una 1 hora en ausencia de hipodinámia. Se da en el 3.6%.

DETENCIÓN DEL DESCENSO: Ausencia de descenso en 1 hr en el segundo estadio del parto, en ausencia de hipodinámia. Se da en el 5 a 6%

DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA: Criterios diagnósticos: Cese secundario de la dilatación. Falla del descenso.

Operación Cesárea: indicaciones, Técnica. Complicación trans y post quirúrgica.

La cesárea es una operación quirúrgica que sirve para extraer al feto y la placenta abriendo el abdomen y el útero.

Motivos que afectan a la madre:

Hay situaciones en las que una cesárea es un beneficio claro para la madre, frente a la opción del parto vaginal.

Complicaciones postoperatorias:

hemorragias, infecciones en la herida, trombosis, embolias o formaciones de adherencias en la zona de la cicatriz.



Motivos que afectan al bebé: Más de la mitad de las cesáreas se deben a algún motivo relacionado con el bebé. Hay muchas circunstancias en las que el parto vaginal supone un peligro para el feto.

Operación por cesárea no está planificada y se debe realizar durante el parto.

Aborto: etiología y clasificación.

Un aborto es la terminación de un embarazo. Es la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo.

Clasificación:

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

- Aborto espontáneo o natural
- Aborto provocado
- Aborto terapéutico

Tipos de aborto:

Aborto espontáneo. Aborto por infección o séptico. Aborto fallido o retenido. Aborto inducido. Aborto terapéutico. Aborto legal. Aborto ilegal. Aborto precoz. Aborto tardío:

Clasificación



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.



Aborto Espontáneo



Aborto Inducido



Aborto Legal



Aborto Ilegal

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.

Embarazo ectópico: generalidades. Técnica quirúrgica.

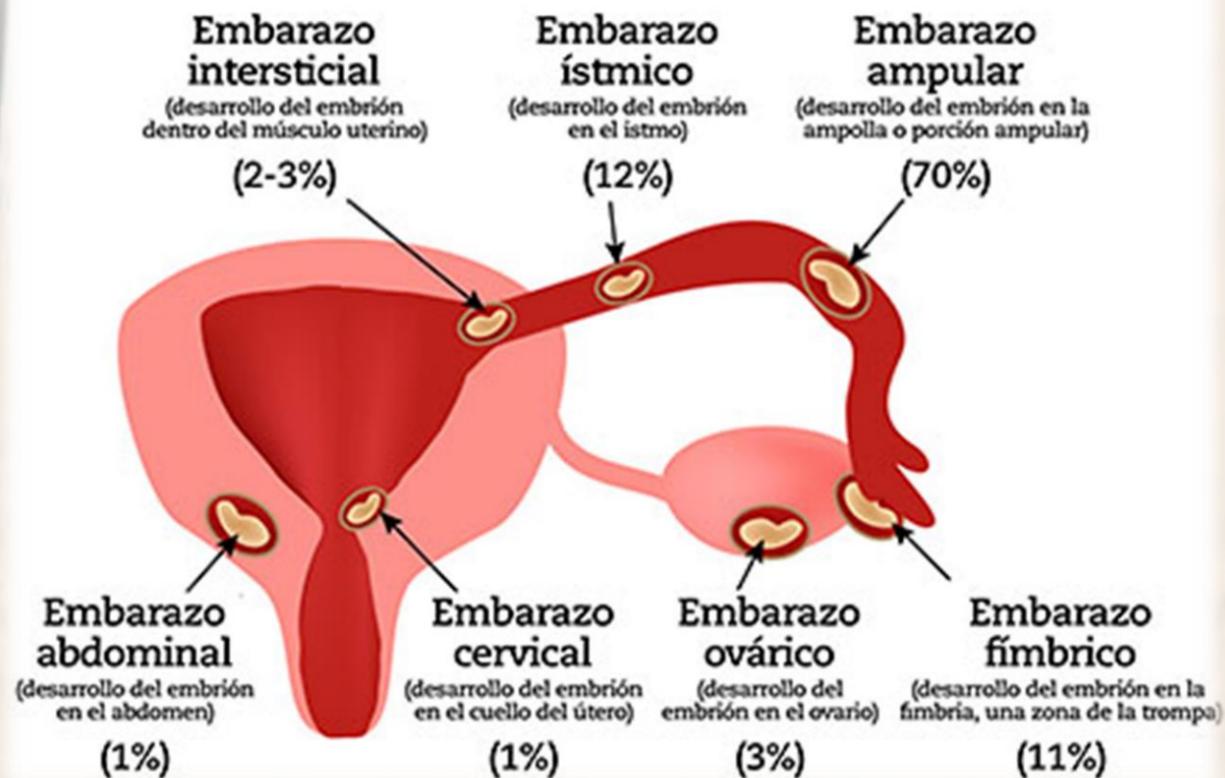
Es un problema que se presenta cuando el óvulo fecundado se implanta de forma equivocada en otras estructuras que no sean el útero.

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

Ovulación → migración del óvulo a una de las tubas uterinas (trompas de Falopio) → encuentro del óvulo con un espermatozoide → fertilización del óvulo → migración del óvulo (óvulo fecundado) de la tuba uterina al útero → implantación del huevo en la pared uterina.



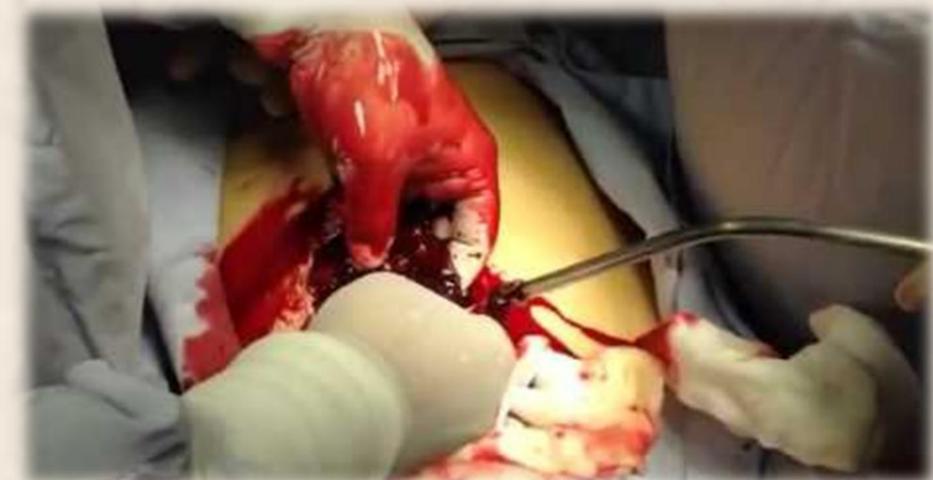
TIPOS DE EMBARAZO ECTÓPICO



Síntomas: Dolor abdominal. Retraso menstrual. Sangrado vaginal.

Tratamiento:

Tratamiento medicamentoso y Tratamiento quirúrgico

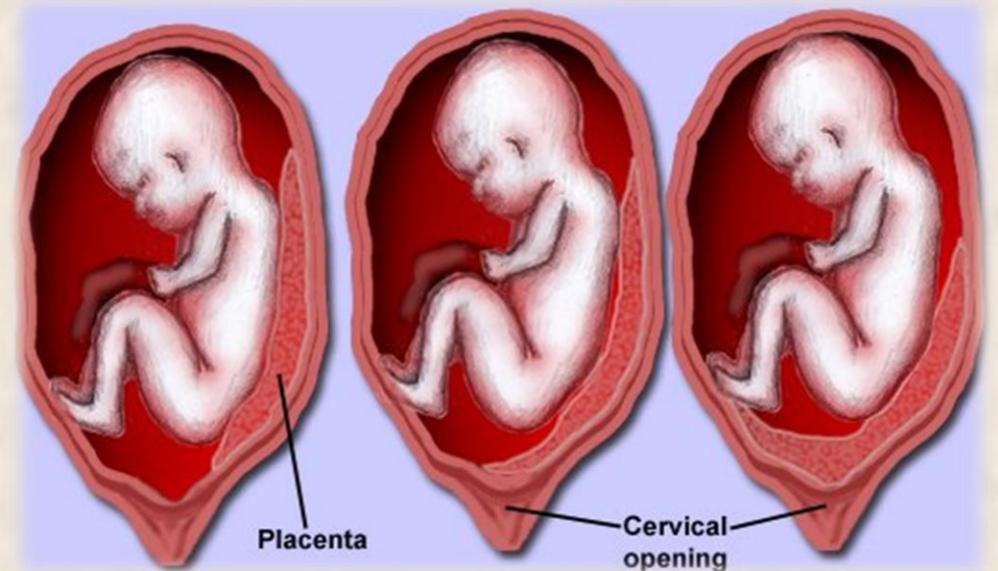


Placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta

Se define como el desprendimiento Prematuro de la placenta normoinserta al desprendimiento de la placenta del útero antes de las 20 semanas de gestación y antes del tercer periodo durante el parto.

DIAGNÓSTICO

Basado en una correcta anamnesis en busca de factores de riesgo y ecográfico en varios estudios demuestra que la ecografía confirma con poca frecuencia el diagnóstico de esta patología.

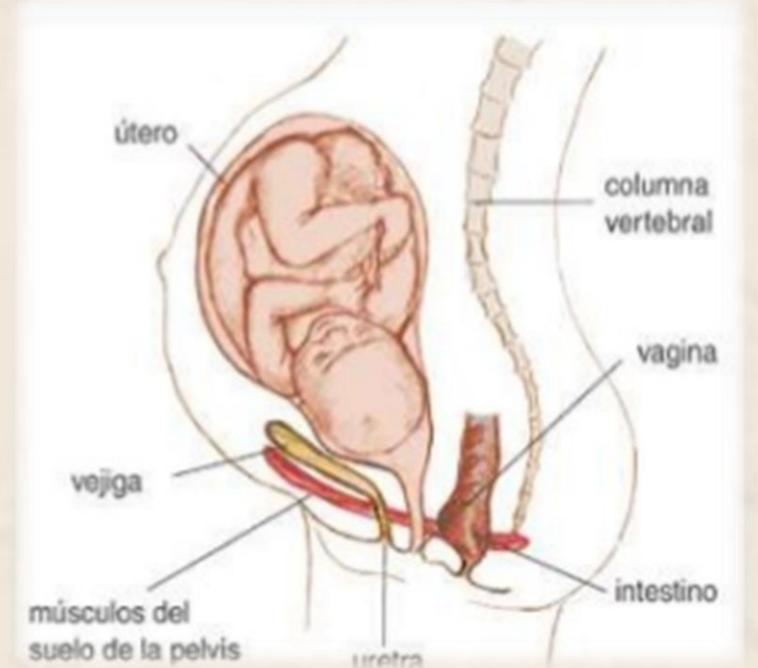


Infección de vías urinarias y embarazo.

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.

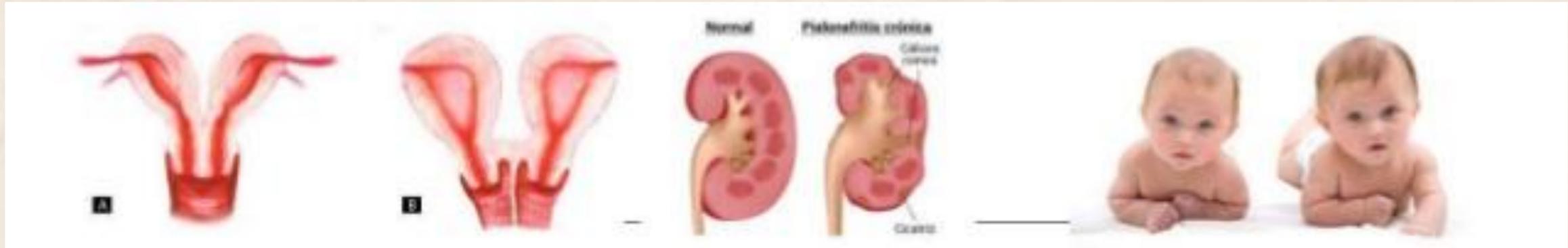


Infecciones del tracto urinario: Existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. Son clasificadas de diversas formas: alta o baja, aguda o crónica, no complicada o complicada, sintomática o asintomática, nueva o recurrente y comunitaria o nosocomial.



Amenaza de parto prematuro. Ruptura prematura de membranas

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 las 22 y 37 sem de gestación.

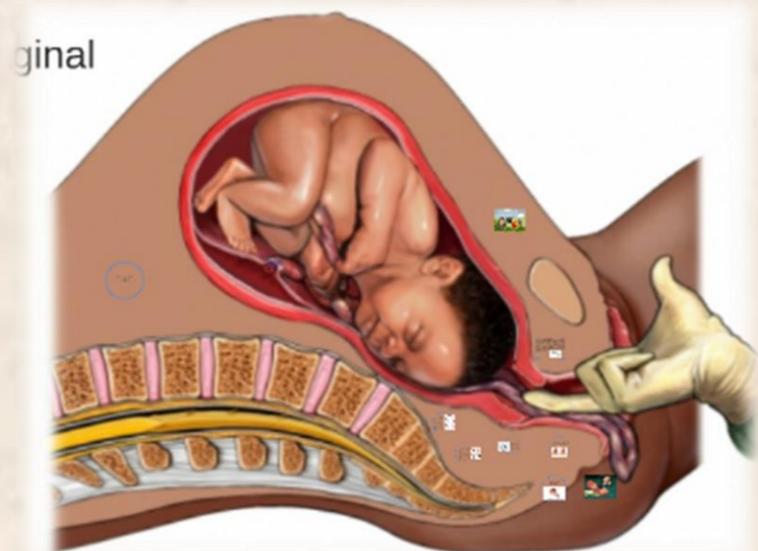


Causas y factores de riesgo:

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, etc.

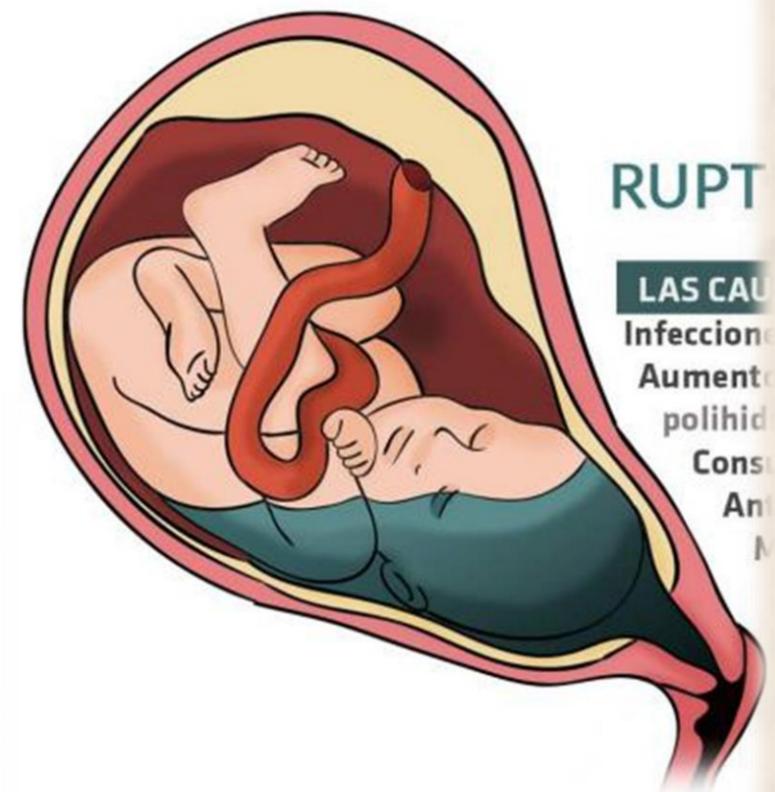
Diagnóstico:

Valoración de la dinámica uterina mediante cardiotocografía externa o por palpación abdominal.



Tacto vaginal

Se hace de forma previa para descartar anomalías de inserción placentaria y explorar vagina mediante especuloscopia por la posibilidad de encontrar la bolsa amniótica protuyendo a través de cérvix.



Embarazo de alto riesgo. Toxemias, Diabetes y embarazo.

Un embarazo de alto riesgo es aquel que tiene más posibilidades de desarrollar complicaciones durante la gestación y el puerperio (después del parto).

Enfermedades:

Diabetes, hipertensión arterial, asma, enfermedad tiroidea, epilepsia, entre otras.



En estos casos, tanto la mujer como el bebé deben someterse a un control más completo, para evitar posibles riesgos. Se estima que un 10% de los embarazos son de alto riesgo, las causas pueden ser muy variables y pueden ocurrir antes, durante o después de la gestación.

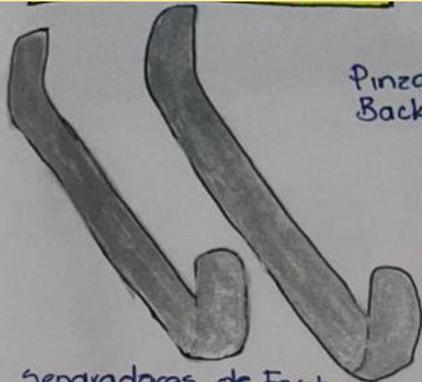


PREVENCIÓN:

Cita prenatal, dieta saludable, evitar estrés y actividad física intensa, aumento de peso, evitar el tabaco, droga y alcohol, entre otros.

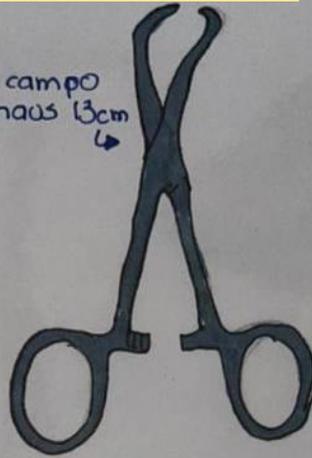


Equipo de legrado y cesaría



Separadores de Farebeuf
15 cm

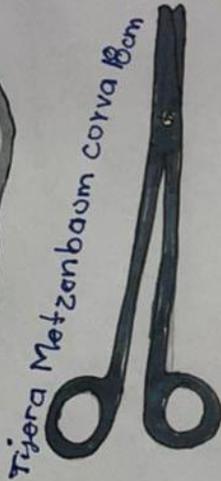
Pinza campo
Backhaus 13 cm



Pinza mayo
recta 17 cm



Cánula de succión
Yankauer
Standard



Tijera Metzenbaum corva 18 cm



Porta aguja hegar
18 cm y 20 cm.



Valvula suprapubica para
separador balfour 8.8 cm

Pinza de disección rusa 20 cm

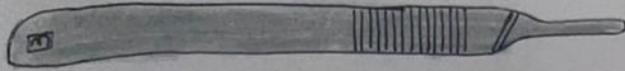


Valva maleable mediana
40 mm x 13

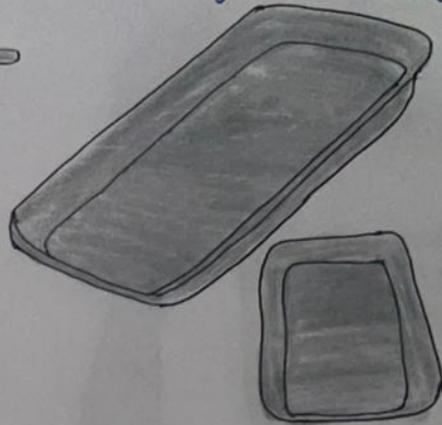


Pinza de
disección
sin dientes
y con
dientes
20 cm

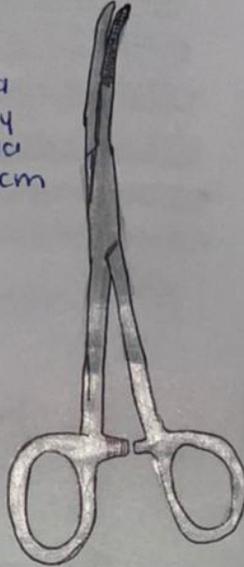
Mango de bisturí #4 y 3



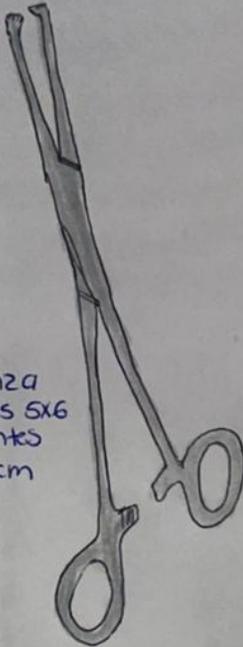
Bandeja de acero inoxidable



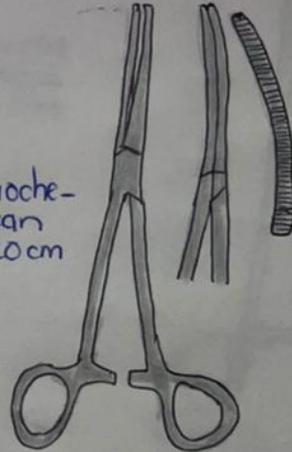
Pinza Kelly
curva
14cm



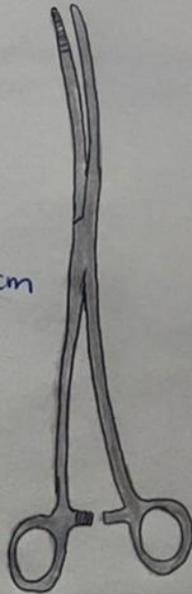
Pinza
allis SX6
dientes
19cm



Pinza roche-
ster-pear
curva 20cm

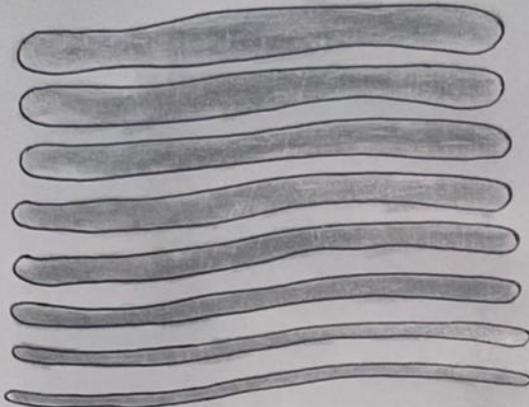


Pinza
Bozeman
26cm

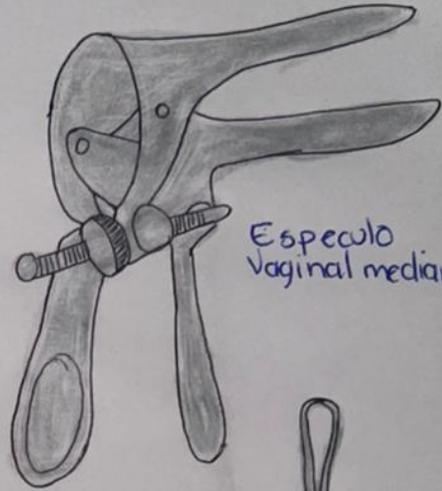


Biñonera





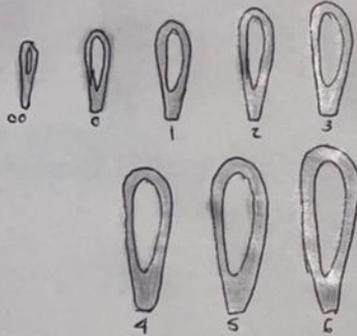
Set de dilatadores hegar 3mm a 18mm



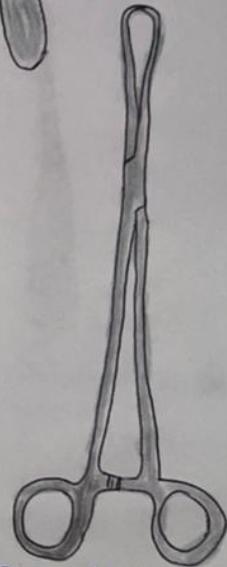
Especulo vaginal mediano



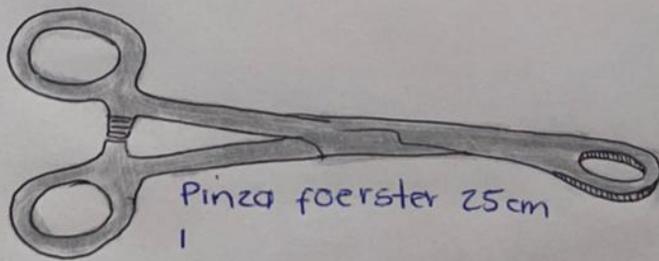
Cureta fenestrada de Sims Tamaño # 4



Cureta novak 23 cm



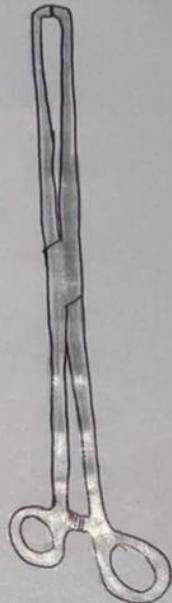
Pinza de tenaculo shoederer



Pinza foerster 25cm



Pinza schubert
Para biopsia 29cm



Pinza restos
Placenteros
POZZI 25,5cm



Histerometro de
sims.

BIBLIOGRAFIA:

Universidad Del Sureste. (UDS). (2021). Antología de Ginecología y obstetricia.
Recuperado el 12 de marzo del 2021.