



Nombre del alumno: Brenda Jaquelin Velázquez Salas

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano.

Nombre del trabajo: Supernota de Unidad III.

Materia: Ginecología y obstetricia.

Grado: 5to. Cuatrimestre.

Grupo: B

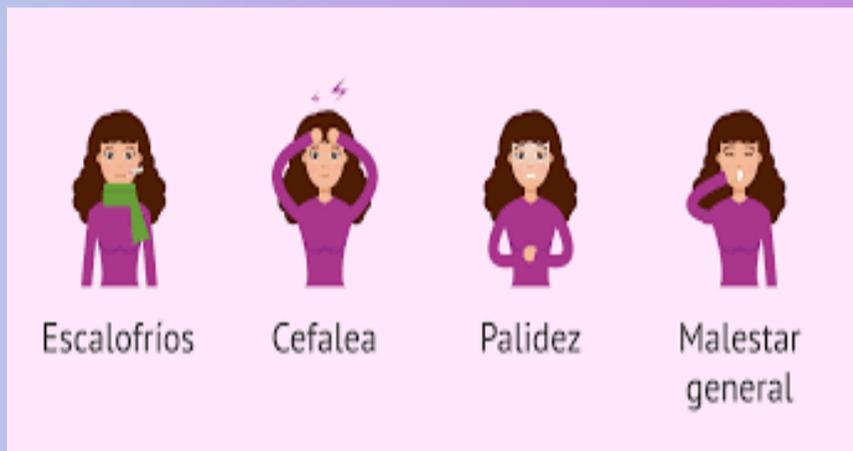
Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de Marzo de 2021.

3.1 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

PATOLOGÍA DE LA LACTANCIA

El fallo de lactancia es la ausencia de producción de leche o la producción en cantidad insuficiente para el crecimiento del bebé. Hay que realizar primero una exploración para descartar causas anatómicas, como pezones planos, mamas tubulares o cirugías mamarias previas. Además se aplican medidas generales como repaso de la técnica correcta de la lactancia, asegurar una ingesta hídrica suficiente, instaurar pauta de alimentación a demanda, masaje suave en las mamas y calor húmedo antes de la toma, estimulación suave del pezón y areola y conseguir un entorno adecuado durante la lactancia.



INFECCIÓN PUERPERAL

La infección puerperal es una complicación obstétrica frecuente. La importancia de este tipo de infecciones requiere un diagnóstico seguro, rápido y eficaz, así como un tratamiento antibiótico y ocasionalmente quirúrgico. A menudo las pacientes presentan síntomas iniciales de infección puerperal tras el alta, demandando la asistencia en el servicio de urgencias.

Alguna de las infecciones más comunes son:

- Fiebre puerperal
- Endometritis
- Infección de la epistomía
- Infección de la herida quirúrgica



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.

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 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 o se clasifican como propios de esa situación. Cualquier paciente que presente síntomas psiquiátricos de aparición reciente debe ser evaluada para descartar un consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades médicas o neurológicas subyacentes.

Para ello se realiza una:

- Anamnesis minuciosa

3.2 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. Los gemelos, trillizos, cuatrillizos, quintillizos, sextillizos o septillizos, entran en esta categoría.

¿COMO 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 ó más óvulos son fecundados por 2 ó más espermatozoides creando huevos diferentes (bicigóticos).

MONOCIGÓTICOS (gemelos idénticos):

El desarrollo de los gemelos monocigóticos ocurre cuando un óvulo fertilizado se divide en dos durante las primeras 2 semanas después de la concepción. Los gemelos monocigóticos son también llamados gemelos idénticos.



CARACTERÍSTICAS DE LOS GEMELOS MONOCIGÓTICOS:

- Son del mismo sexo
- Son semejantes entre sí física y psíquicamente Sin embargo, estos niños tienen personalidades diferentes y son individuos diferentes.
- Serología idéntica (su sangre tiene el mismo DNA y componentes).
- Deformidades idénticas

BIGÓTICOS (gemelos desiguales):

Los gemelos bicigóticos aparecen cuando dos óvulos son fertilizados por un espermatozoide cada uno. Se forman luego dos sacos amnióticos por separado, dos bolsas y dos placentas.

Las placentas en los gemelos bicigóticos pueden fusionarse si los sitios de implantación están próximos uno del otro. Las placentas fusionadas pueden ser fácilmente separadas después del nacimiento.



CARACTERÍSTICAS DE LOS MELLIZOS BICIGÓTICOS:

- No son genéticamente idénticos
- Pueden ser de sexo diferente
- Pueden presentar enfermedades genéticas diferentes.
- Cada uno tiene sus membranas propias: 2 cavidades amnióticas, tabique con 2 corion y 2 amnios (cada uno tiene su propia bolsa).
- La circulación de cada uno es diferente.

3.3 Distocias mecánicas

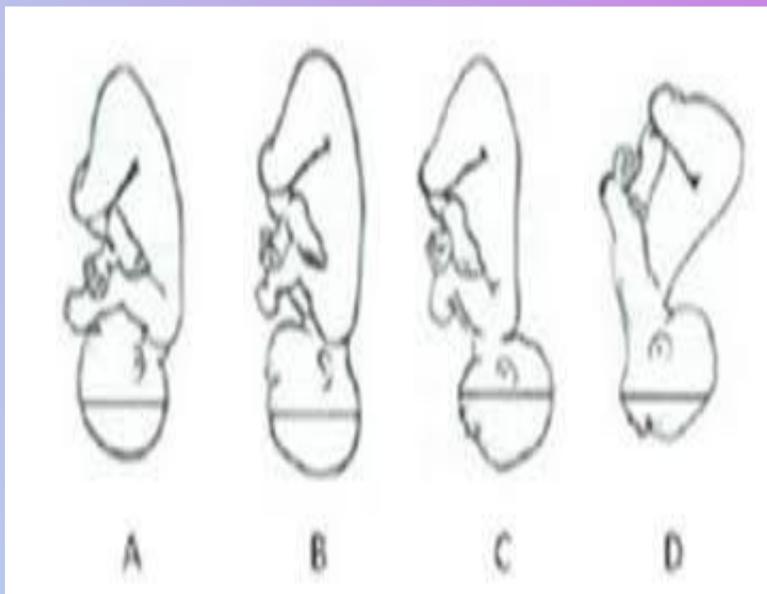
La distocia fetal puede producirse cuando el feto es demasiado grande para el estrecho de la pelvis (desproporción fetopelviana) o está mal posicionado (p. ej., presentación podálica o de nalgas). La presentación fetal normal es de vértice, con el occipucio hacia adelante.

DEAPROPORCIÓN FETOPELVIANA



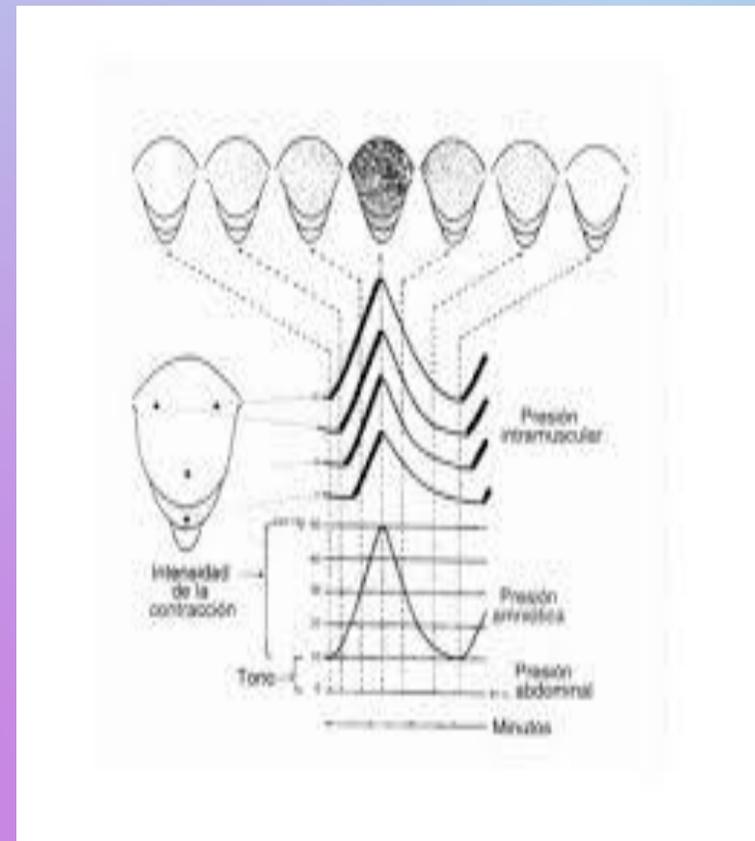
PRESENTACIÓN CON OCCIPUCIO POSTERIOR

PRESENTACIÓN DE FRENTE O DE ROSTRO



PRESENTACIÓN PODALICA O DE NALGAS

POSICIÓN TRANSVERSA



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 de hombro se reconoce cuando la cabeza del feto se encuentra en el periné pero parece ser empujada hacia atrás contra el suelo perineal (signo de la tortuga).

Los factores de riesgo incluyen:

- Un feto grande
- Obesidad materna
- Diabetes mellitus.
- Distocia de un hombro previo
- Parto vaginal operatorio
- Trabajo de parto precipitado.

3.4 Distocias dinámicas

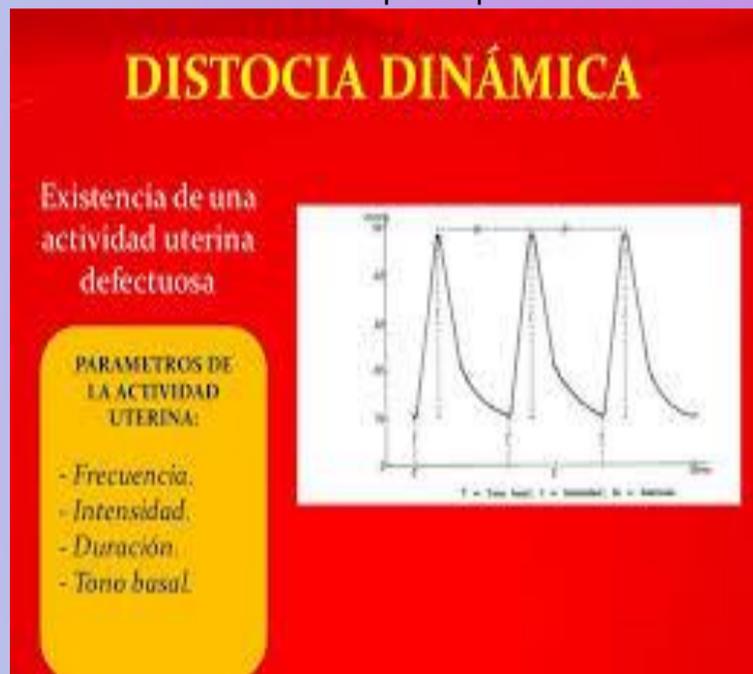
El diagnóstico de la distocia de dinámicas del trabajo de parto solo se puede realizar en el periodo de dilatación y borramiento.

FASE LATENTE PROLONGADA

Es una fase latente del primer periodo del TP que dure más de 20 horas en nulíparas y 14 horas en multípara. Tiene una frecuencia del 0,3 al 4.2%.

Causas:

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



FASE ACTIVA PROLONGADA

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 1,5cm/hora en MP. Tiene una frecuencia del 2 al 4%.

Causas:

- Contracciones uterinas inadecuadas sean en intensidad o en frecuencia.
- Distocias de posición (OP y OT).
- Anestesia peridural.

FASE DESACELERATORIA PROLONGADA

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:

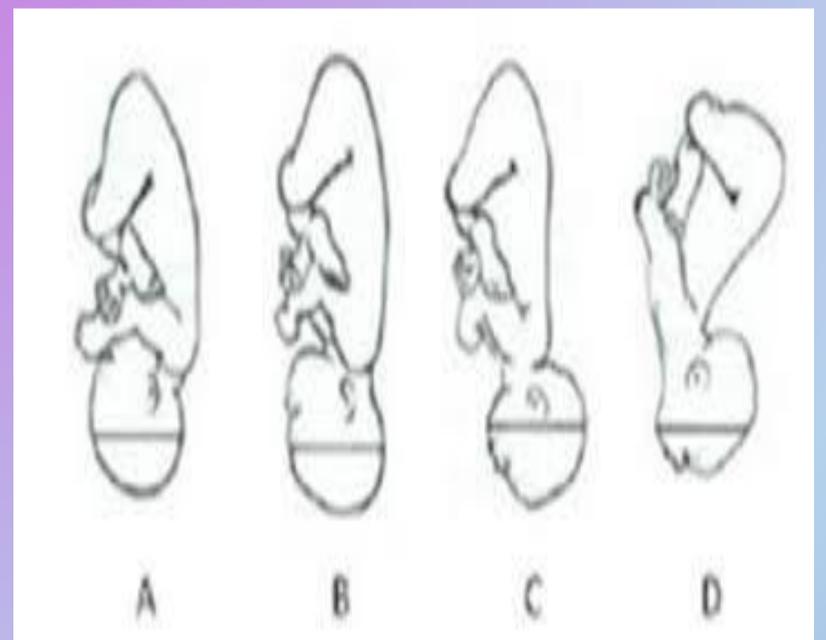
- Distocias de posición (OP y OT).
- DPC
- Anestesia eperidural

PROLONGACIÓN DE 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%.

Causas:

- DCP
- Macrosomía
- Mal-posición de la cabeza fetal
- Dinámica uterina insuficiente.
- Anestesia epidural.



3.5 Forceps: concepto. Generalidades. Indicaciones.

En un parto vaginal asistido, el médico utilizará herramientas especiales llamadas fórceps para ayudar a mover al bebé a través de la vía del parto. Los fórceps son similares a 2 grandes cucharas para ensalada. El médico las utiliza para guiar la cabeza del bebé fuera de la vía del parto. La madre empujará al bebé hacia afuera el resto del trayecto.

¿CUANDO ES NECESARIO UN PARTO CON FÓRCEPS?

- Después de pujar por varias horas, el bebé puede estar cerca de salir, pero necesitar
- ayuda para atravesar la última parte de la vía del parto.
- Usted puede estar demasiado cansada para seguir pujando.
- Un problema de salud puede hacer que pujar sea peligroso para usted.
- El bebé puede estar mostrando señales de estrés y necesitar salir más rápido de lo que usted puede empujarlo por su cuenta.



¿QUE ME SUCEDERA DURANTE UN PARTO CON FORCEPS



Se le dará un medicamento para bloquear el dolor. Puede ser anestesia epidural o un anestésico que se coloca en la vagina. Los fórceps se colocarán cuidadosamente sobre la cabeza del bebé. Luego, durante una contracción, se le pedirá que vuelva a pujar. Al mismo tiempo, el médico jalará suavemente para ayudar a dar a luz al bebé.

¿CUALES SON LOS RIESGOS?

- Desgarros más graves en la vagina que podrían requerir una recuperación prolongada (pocos casos) cirugía para corregirlos
- Problemas para orinar o defecar después del parto
- Para el bebé, los riesgos son:**
- Protuberancias, moretones o marcas en la cabeza o la cara del bebé. Estas sanarán en unos días o semanas.
- La cabeza puede hincharse o estar en forma de cono. Esto debe retornar a la normalidad generalmente al cabo de uno o dos días.
- Los nervios del bebé pueden resultar lesionados por la presión de los fórceps.
- El bebé se puede cortar a causa de los fórceps y sangrar. Esto es poco común.
- Puede haber sangrado dentro de la cabeza del bebé. Esto es más grave, pero muy poco frecuente.

3.6 Operación cesárea: indicaciones, técnica.

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

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.
- 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.
- Las demandas judiciales ante partos por vía vaginal son más frecuentes que en los partos por cesárea.



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. 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.



MOTIVOS QUE AFECTAN AL BEBE

- Pérdida de bienestar fetal: en ocasiones, el interior del útero ya no es un lugar seguro y cómodo para el bebé, principalmente porque no le llega suficiente oxígeno y nutrientes.
- Presentación de nalgas: aunque se puede realizar un parto vaginal si el bebé viene de nalgas, muchos médicos prefieren realizar una cesárea y evitar así los riesgos añadidos que supone un parto de nalgas.
- Bajo peso: es posible que un parto vaginal resulte demasiado traumático para los fetos de menos de 1'5 kilogramos.
- Malformaciones fetales: en ocasiones el cuerpo del bebé está deformado y su paso a través de la vagina podría ser demasiado complicado o imposible.
- Muertes fetales previas.

3.6.1. 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. 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.



CLASIFICACIÓN

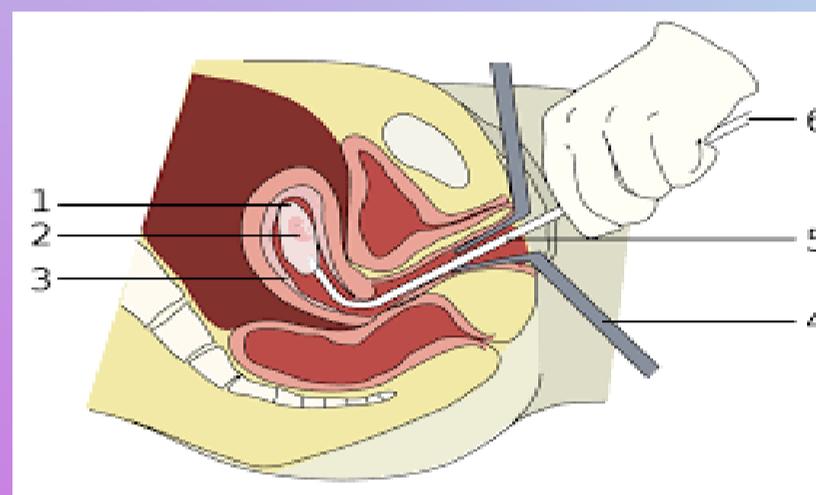
ABORTO ESPONTANEO O NATURAL

El aborto espontáneo se debe tanto a defectos paternos como maternos. Respecto a los primeros, es digno de señalar que del 40% al 50% de los abortos espontáneos de origen materno son atribuidos a la sífilis, muchas veces desconocida, ignorada, o negada a sabiendas. El restante 50% se debe a alcoholismo habitual y crónico, agotamiento físico o intelectual, vejez entre otras.



ABORTO PROVOCADO O CRIMINAL

En Europa Occidental el aborto es más o menos duramente reprimido, según la política de natalidad llevada por los países en cuestión. Sin embargo, y pese a la persecución penal de que es objeto, sus prácticas se desarrollan clandestinamente, y muy a menudo, sin las necesarias garantías de higiene y asepsia, lo cual provoca graves lesiones o la muerte a la embarazada.



ABORTO TERAPÉUTICO

Es el que tiene por objeto evacuar científicamente, por medio de maniobras regladas, la cavidad uterina, vaciándola de todo su contenido. Este aborto lo verifica un médico especializado y se toman las medidas precisas para salvaguardar la vida de la paciente, seriamente amenazada. Se realiza cuando la vida del feto se considera pérdida (producto muerto) o representa un gravísimo peligro para la madre.

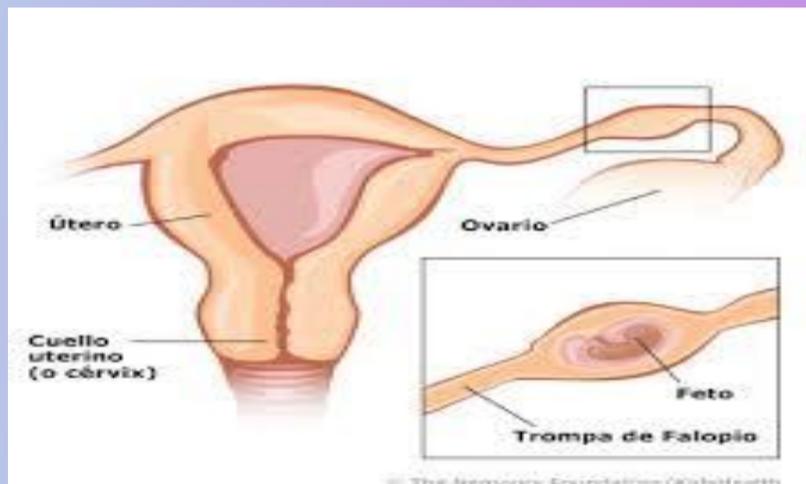


3.7. Embarazo ectópico: generalidades. Técnica

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:

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.



FACTORES DE RIESGO

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.

Algunos de ellos son:

- Inflamación o infección de la trompa de Falopio (salpingitis).
- Lesión estructural de la trompa de Falopio por inflamaciones previas.
- Cirugía previa de las trompas.
- Quedarse embarazada con el tratamiento para la infertilidad.
- Infección ginecológica previa por clamidia o gonorrea.

SÍNTOMAS

En algunas mujeres, los primeros síntomas del embarazo ectópico no son diferentes de los que ocurren en el embarazo tópico, como ausencia de menstruación, náuseas, aumento de mamas, ganas de hacer pis todo el tiempo, etc. Así como ocurre en los embarazos normales, la prueba de embarazo también es positiva en el embarazo fuera del útero.

Es muy común la paciente buscar atención médica con la siguiente tríada de síntomas:

- Dolor abdominal.
- Retraso menstrual.
- Sangrado vaginal



DIAGNÓSTICO

Es muy difícil establecer el diagnóstico de embarazo ectópico solamente por síntomas. Generalmente, el diagnóstico se obtiene después de un examen ginecológico y una ecografía transvaginal. Un Beta hCG positivo, que presenta elevación de los valores más lentamente de lo habitual, y la ausencia de embrión en el útero son pistas importantes en la investigación del cuadro.

TRATAMIENTO:

- Tratamiento medicamentoso
- Tratamiento quirúrgico.

3.8. Enfermedad trofoblástica 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.

CLASIFICACIÓN ES MORFOLOGÍA

- 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.



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.



Webconsultas | Revista de salud y bienestar

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

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

TRATAMIENTO:

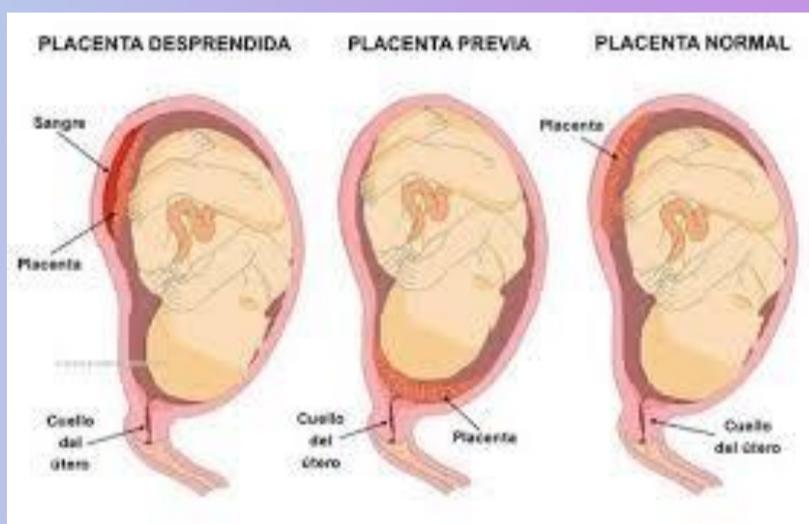
- Extirpación tumoral mediante legrado aspirativo
- Revaluación en busca de enfermedad persistente o diseminación tumoral
- Quimioterapia para la enfermedad persistente
- Anticoncepción postratamiento para la enfermedad persistente.

3.9 Placenta previa y desprendimiento prematuro

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.

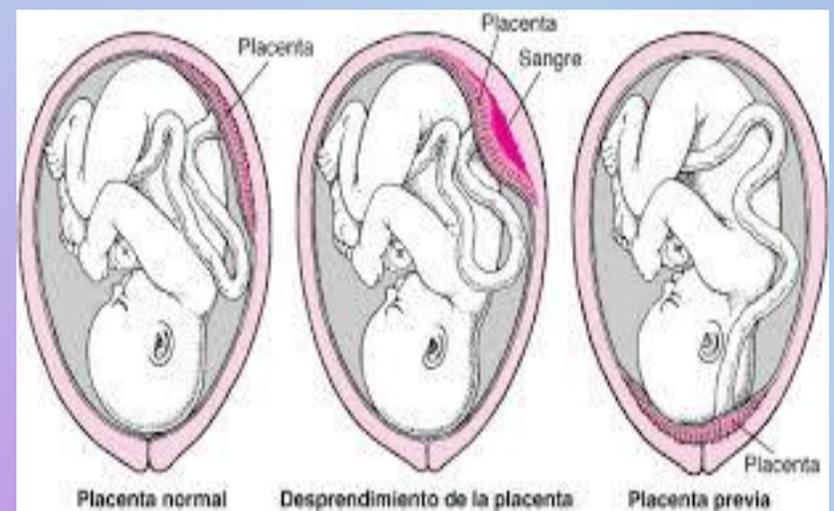
La principal manifestación es la hemorragia externa, sin embargo también se puede presentar una hemorragia oculta dado que la sangre queda retenida entre la placenta desprendida y el útero.

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.



FACTORES DE RIESGO

- apoplejía
- uteroplacentaria
- deplacentaria precoz
- traumatismos
- hematoma retroplacentario
- edad materna
- multiparidad
- hipertensión
- preeclampsia
- rotura prematura de membranas pretérmino
- corioamnionitis
- tabaquismo.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Dentro de las manifestaciones clínicas la hemorragia vaginal es el signo de presentación más frecuente, Generalmente no es tan abundante como en el caso de placenta previa. Es probable que haya hemorragia oculta cuando en caso de derrame sanguíneo por detrás de la placenta, en tal caso puede existir desprendimiento de placenta sin embargo las membranas se mantienen fijadas, así la cabeza fetal está tan adaptada al segmento uterino inferior que imposibilita el paso de sangre.

DIAGNOSTICO

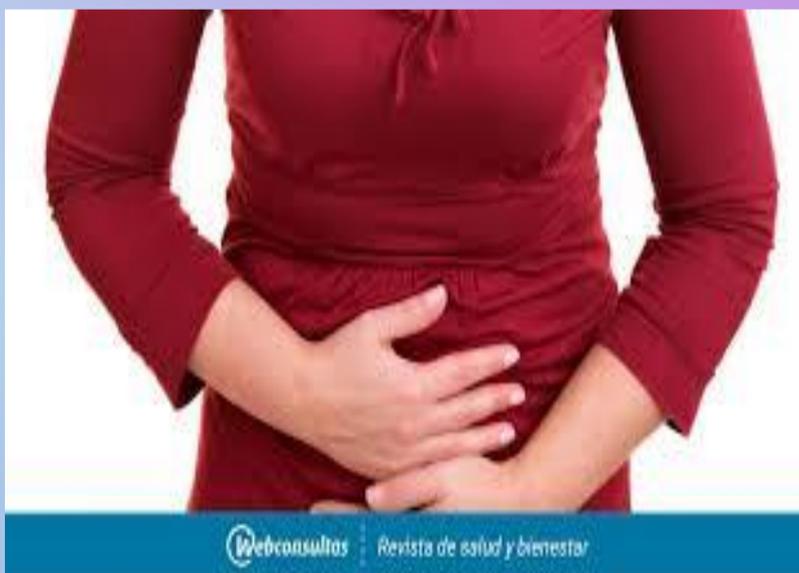
El diagnóstico es principalmente clínico basado en una correcta anamnesis en busca de factores de riesgo dado que el diagnóstico Ecográfico en varios estudios demuestra que la ecografía confirma con poca frecuencia el diagnóstico de esta patología. Ante lo cual la ausencia de hallazgos en la ecografía no excluye el DPPNI.

3.10. Infección de vías urinarias y embarazo

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.

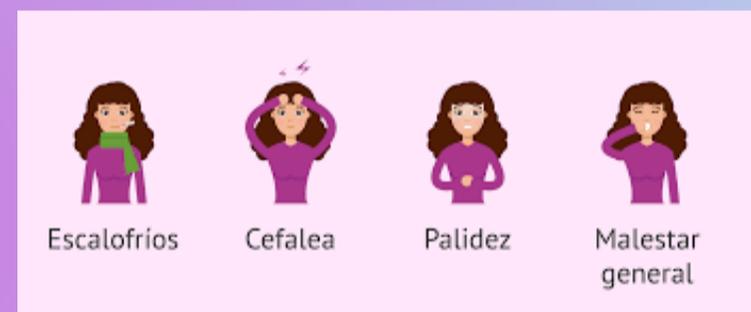


Existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. Son clasificadas de diversas formas: alta o baja, aguda o crónica, no complicada o complicada, sintomática o asintomática, nueva o recurrente y comunitaria o nosocomial. Infecciones del tracto urinario bajo: Colonización bacteriana a nivel de uretra y vejiga que normalmente se asocia a la presencia de síntomas y signos urinarios



LAS INFECCIONES URINARIAS INCLUYEN:

- Bacteriuria asintomática: Colonización de la orina por un mismo germen generalmente mayor que 100 000 UFC//mL de orina en dos o más muestras y en ausencia total de síntomas urinarios (Schneeberger C, 2015).
- Cistitis aguda: Infección bacteriana de la vejiga. Es causada por gérmenes, por lo regular bacterias que ingresan a la uretra y luego a la vejiga.
- Cistouretritis aguda: Es una infección del tracto urinario que se caracteriza por disuria, polaquiuria y en ocasiones tenesmo vesical. Se acompaña de bacteriuria entre 10² y 10⁵ colonias/mL de orina.



3.11. 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. Este hecho se debe asociar al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical $>$ a 2 cm y borramiento $>$ 80%. El 80% de las consultas por APP no terminarán en un parto prematuro. Dos tercios de las APP no parirán en las siguientes 48 horas, y más de un tercio llegarán a término.

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

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, etc.



EVALUACIÓN CLÍNICA

- Historia clínica: contracciones, presión pélvica, dolor lumbar, hemorragia genital, aumento de flujo vaginal...
- - Antecedentes personales y antecedentes obstétricos.
- - Exploración general: pulso, tensión arterial y temperatura.
- - Estimación de la edad gestacional, a partir de la fecha de la última regla o la fecha probable de parto calculada en la ecografía de primer trimestre.
- - Exploración genital.
- Ecografía abdominal para visualizar número de fetos, estática fetal, estimar peso fetal y
- volumen de líquido amniótico y ver localización placentaria.
- - Analítica básica: hemograma, coagulación, bioquímica y sedimento de orina.

DIAGNOSTICO

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.

Mediante la cardiotocografía externa también se valora el bienestar fetal. Las contracciones de Braxton-Hicks existen en un gran número de embarazos que finalizan a término la gestación. Es difícil diferenciarlas de las contracciones que van a producir modificaciones cervicales.

- Cambios cervicales comprobados mediante diferentes parámetros.

3.12. Embarazo de alto riesgo

Un embarazo de alto riesgo es aquel que tiene más posibilidades de desarrollar complicaciones durante la gestación y el puerperio (después del parto). En estos casos, tanto la mujer como el bebé deben someterse a un control más completo, para evitar posibles riesgos.



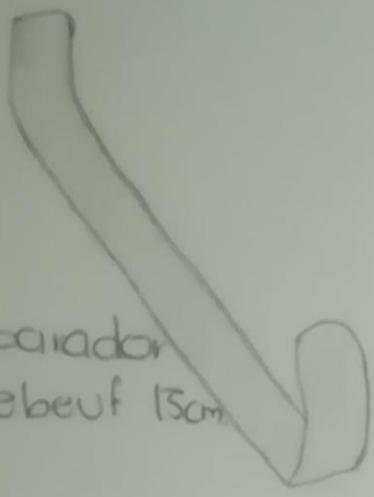
En ocasiones un embarazo de alto riesgo es el resultado de una condición médica que estaba presente antes de la concepción. En otros casos, se debe a una condición médica que se desarrolla durante la gestación. Pero además, hay que tener en cuenta otros factores como los medioambientales y el estilo de vida de la mujer.



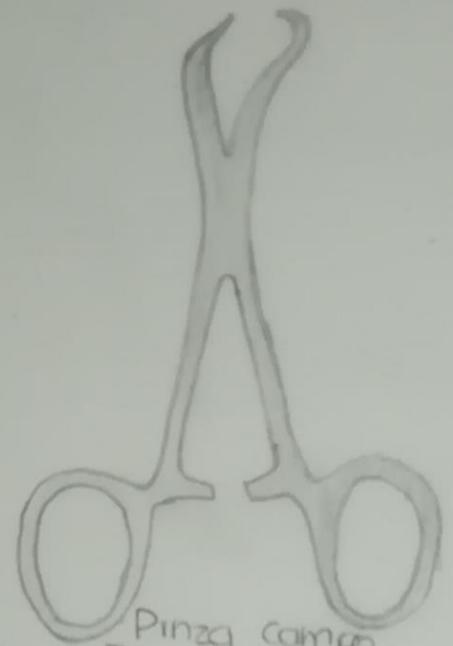
FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN



INSTRUMENTAL DE LEGRADO UTERINO



Separador Farebeuf 15cm



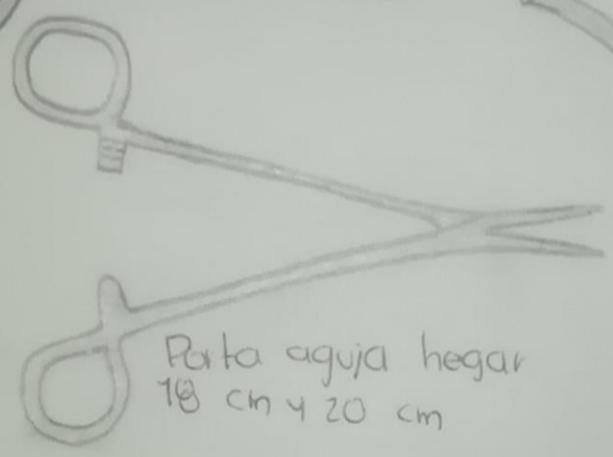
Pinza campo Backhaus 13cm



Pinza recta 17 cm



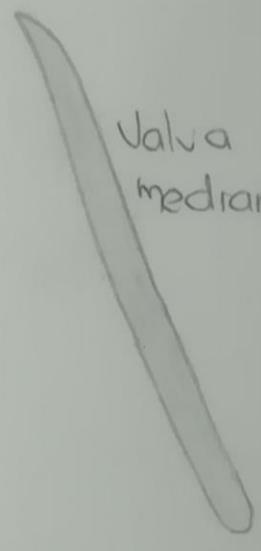
Tijera Metzenbaum curva 18 cm y 20 cm



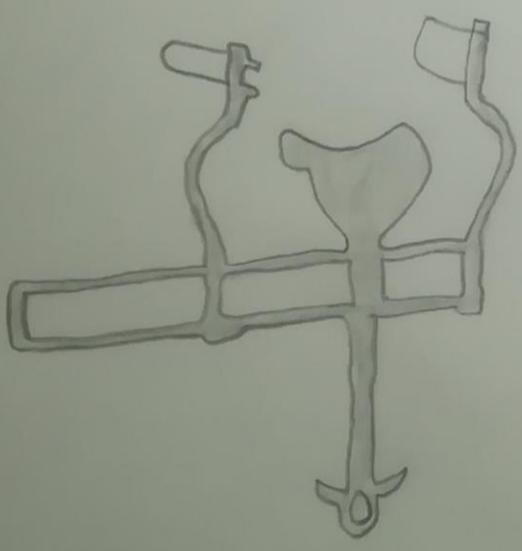
Porta aguja hegar 18 cm y 20 cm



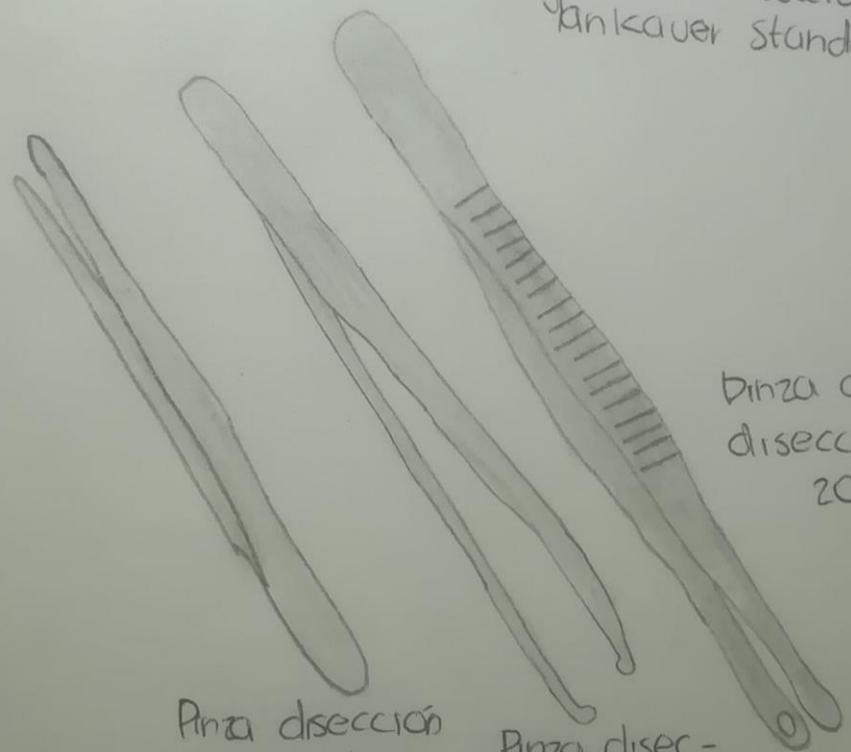
Cañula de succión Yankauer standar



Valva maleable mediana 40mm



Valva suprapubica para separador bal four 8.8cm

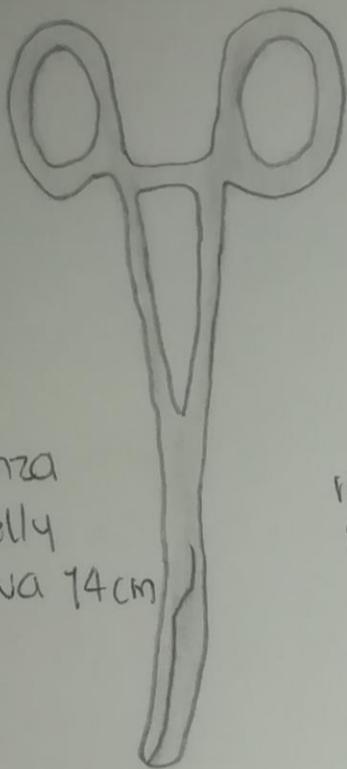


Pinza disección sin dientes 20 cm.

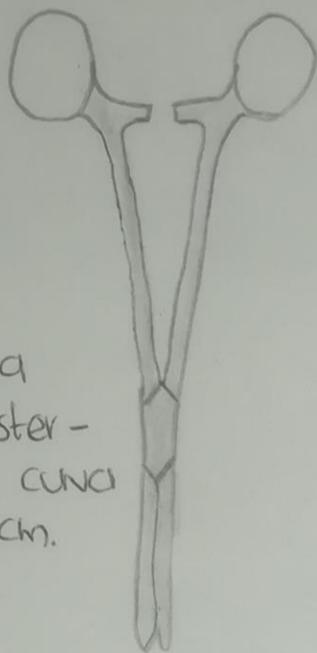
Pinza disección con dientes 20cm

Pinza de disección rusa 20 cm.

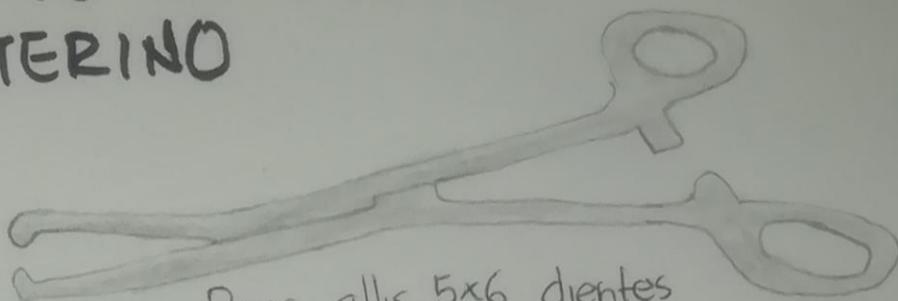
INSTRUMENTAL DE LEGRADO UTERINO



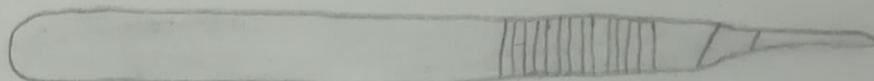
Pinza Kelly
curva 14cm



Pinza
rochester-
pean curva
20 cm.



Pinza allis 5x6 dientes
19 cm.



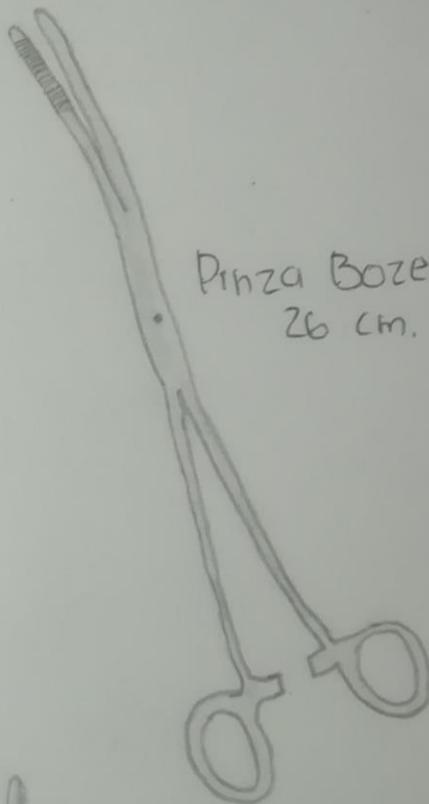
Mango de bisturí 4



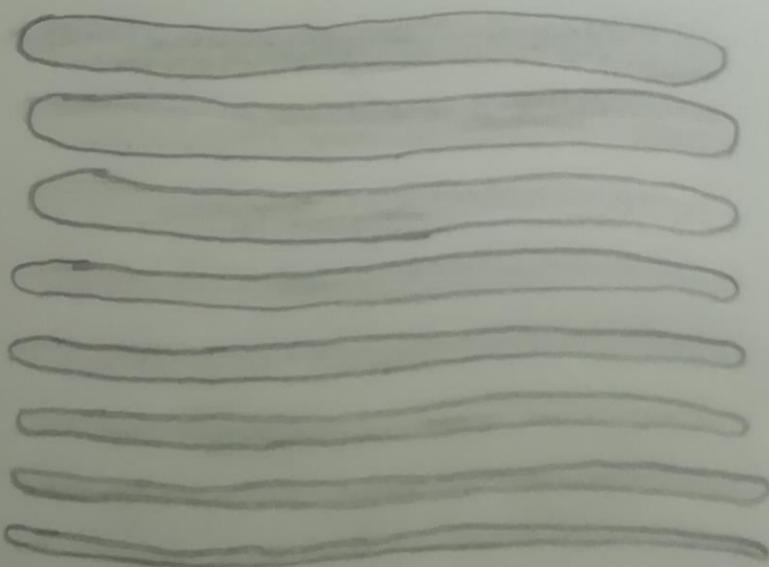
Bañera



Bandeja de
acero inoxidable



Pinza Bozeman
26 cm.



Set de dilatadores Hegar
3 mm a 18 mm



Cureta fenestra-
da de Sibb
tamaño No 4.

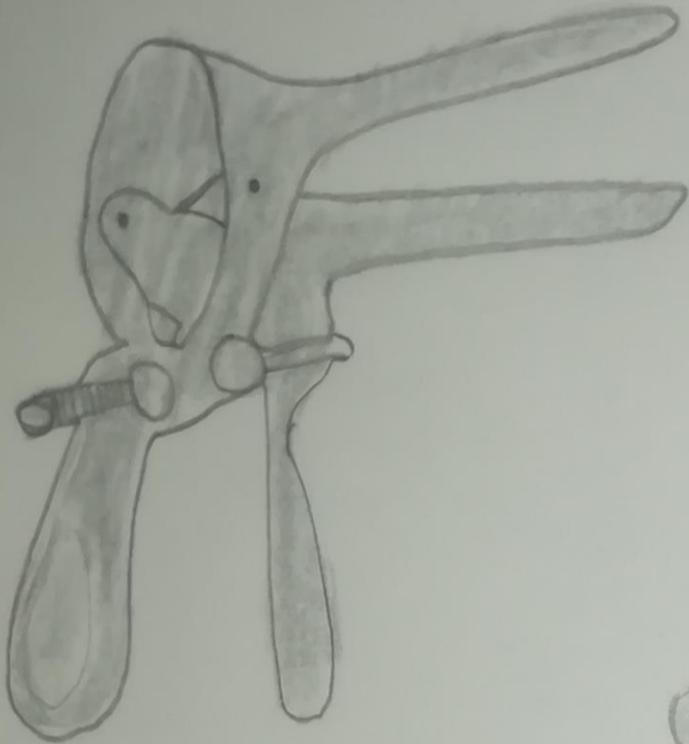


Cureta
novak
26 cm.

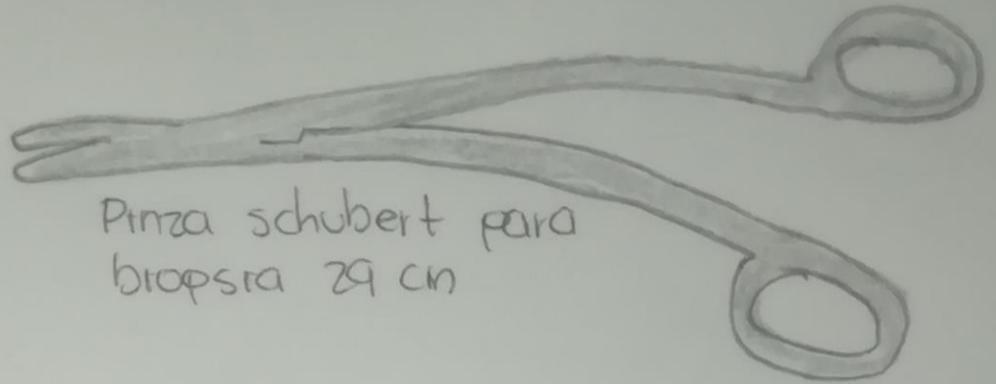


Pinza de tenáculo
shneider

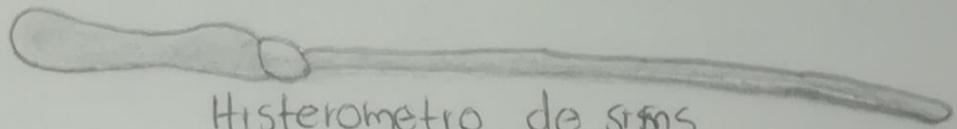
INSTRUMENTAL DE LEGRADO UTERINO



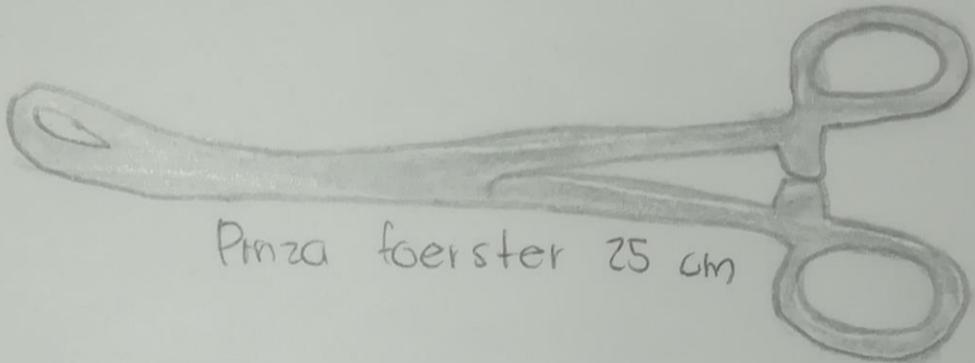
Espéculo vaginal
mediano



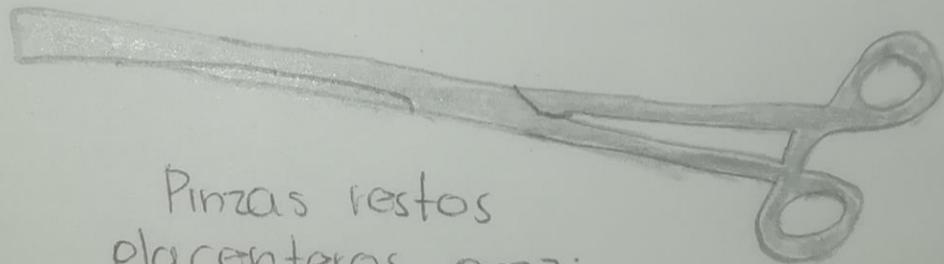
Pinza schubert para
biopsia 29 cm



Histerometro de Sims

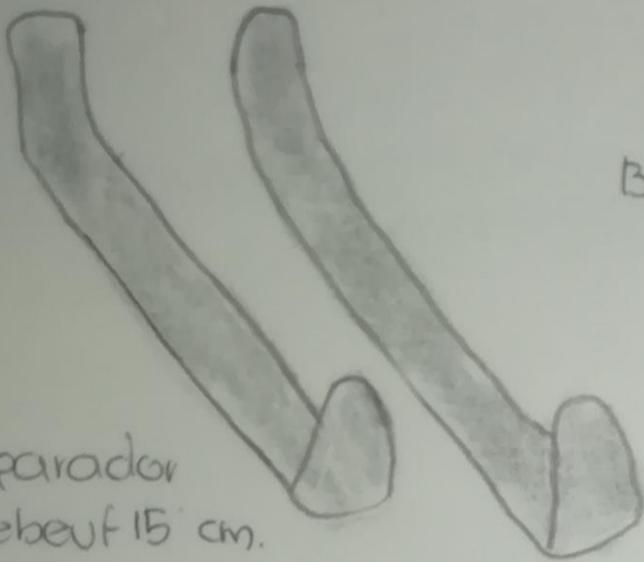


Pinza foerster 25 cm



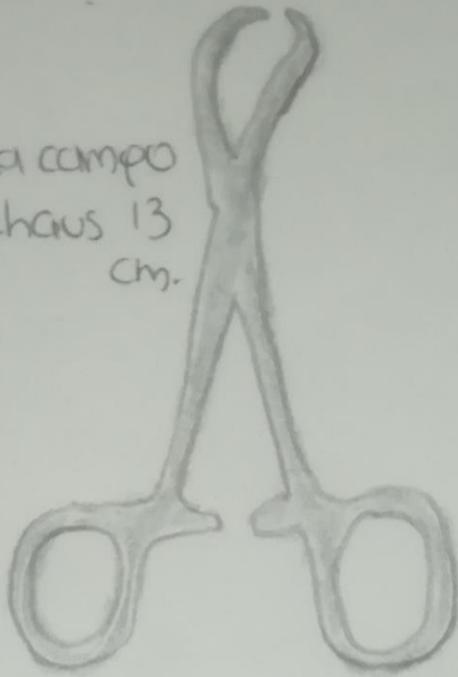
Pinzas restos
placenteros pozzi
25,5 cm.

INSTRUMENTAL DE CESAREA



Separador
Larebeuf 15 cm.

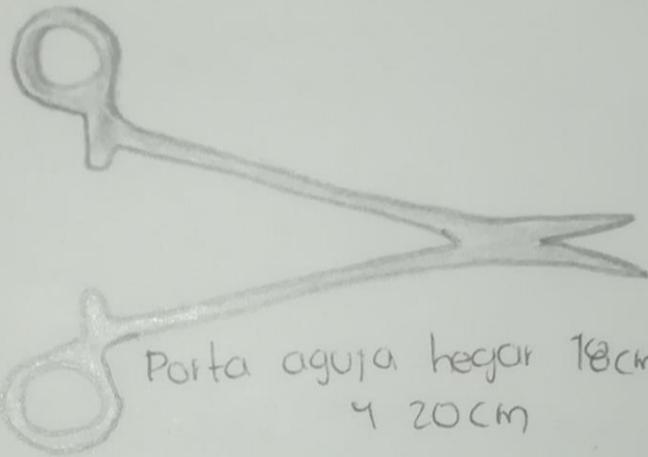
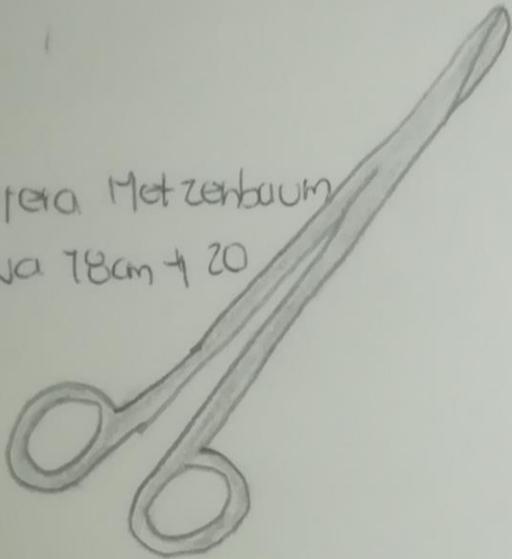
Pinza campo
Backhaus 13
cm.



Pinza mayo
recta 17 cm.

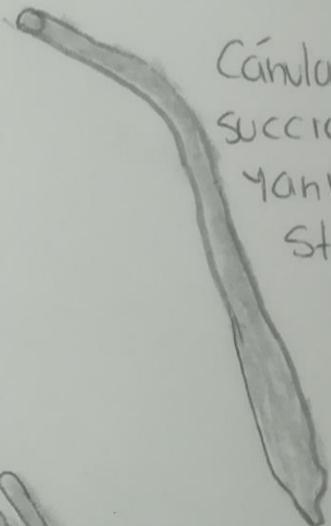


Tijera Metzenbaum
Cava 18cm + 20

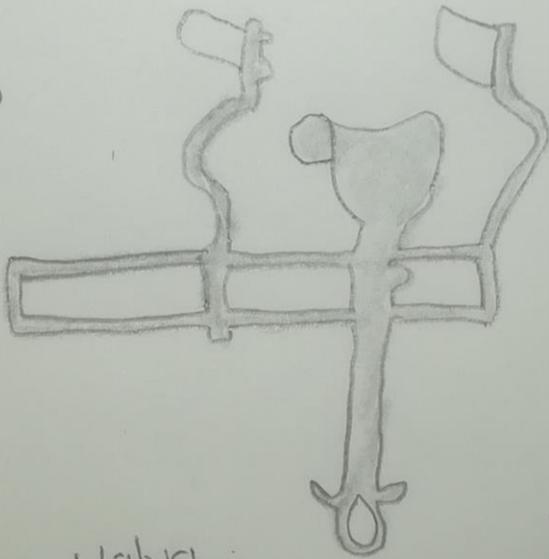
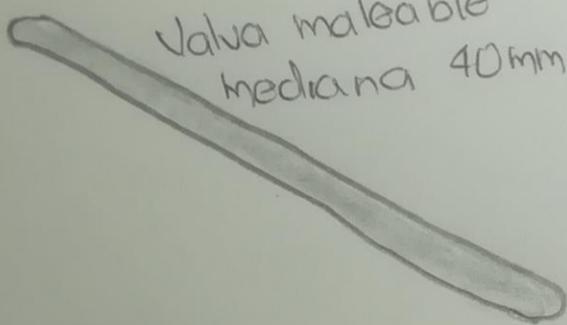


Porta aguja hegar 18cm
+ 20cm

Cánula de
succión
Yankauer
Standard

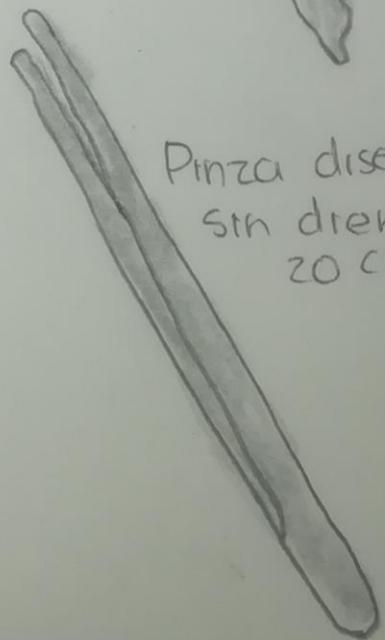


Valva maleable
mediana 40mm x 13

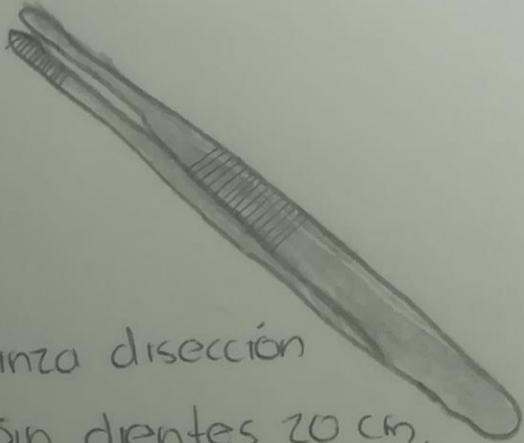


Valva
Suprapubica para separador
balfour 8.8 cm.

Pinza disección
sin dientes
20 cm.



Pinza disección
sin dientes 20 cm.

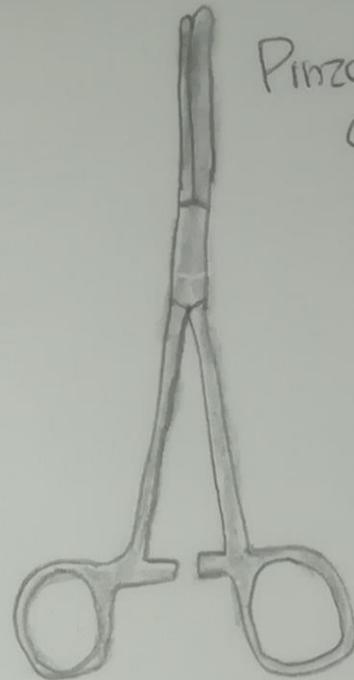


Pinza de disección rusa
20 cm.

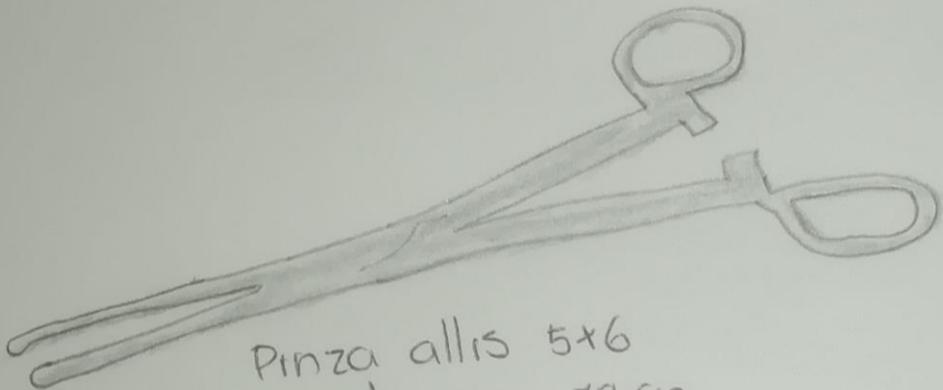
INSTRUMENTAL DE CÉSAREA



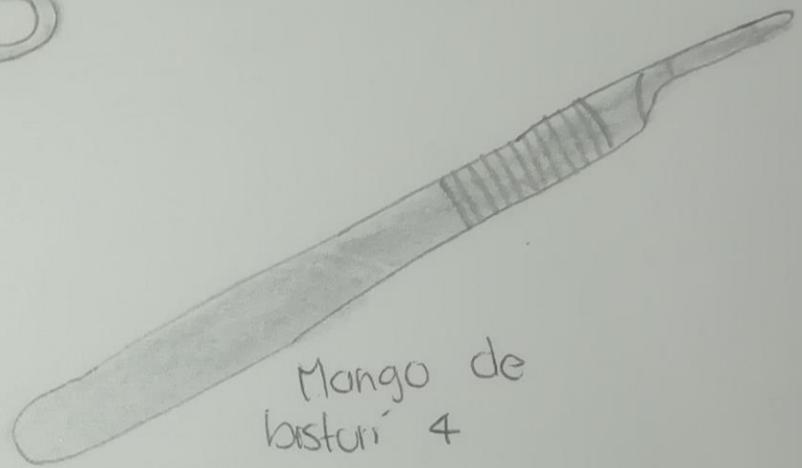
Pinza Kelly curva
14 cm



Pinza rochester-pean
curva 20 cm.



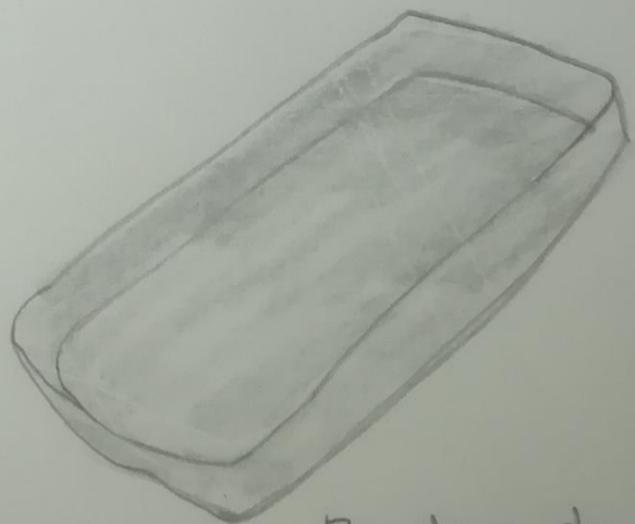
Pinza allis 5x6
dientes 19 cm



Mango de
bisturí 4



Zañonera



Bandeja de
acero inoxidable.

Universidad del Sureste. (UDS). (2021). Antología d Ginecología y Obstetricia, unidad III, PDF. Recuperado de plataforma digital UDS, el 12 de mrzoo de 2021.