



# Mi Universidad

*Nombre del Alumno: Erwin Avelino Bastard Alvarado.*

*Nombre del tema: Ensayo de embarazo múltiple, presentación pélvica y situación transversa.*

*Parcial: III parcial.*

*Nombre de la Materia: Ginecología y obstetricia.*

*Nombre del profesor: Viktor Manuel Nery González.*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería.*

*Cuatrimestre: 5.*

*Pichucalco, Chiapas a 04 de Marzo del 2022.*




## EMBARAZO MÚLTIPLE, PRESENTACIÓN PÉLVICA Y SITUACIÓN TRANSVERSA

El **EMBARAZO MÚLTIPLE** se considera la gestación donde crece más de un feto entre dos o más óvulos o cuando un ovulo se separa, el resulta niños idénticos o llamados gemelos o mellizos los cuales son diferentes. Aunque en ocasiones se da la casualidad que ocurren embriones de tres, cuatro o incluso cinco, los bebés pueden ser genéticamente idénticos.

Todas las mujeres pueden presentar diferentes síntomas de un embarazo múltiple los más comunes se mencionan que son estreñimiento, náuseas y vómito, impedimento para respirar, somnolencia y cansancio extremo, complicaciones a la hora de orinar, dolores de espalda, aumento de peso (5 kg en el primer trimestre), acrecentamiento del útero, aflicción de la pelvis, elevación del apetito, adelanto de los mecanismos fetales, por ejemplo.

Las causas de los factores relacionados en el embarazo múltiple se encuentra la **GENÉTICA** (antecedentes de embarazos múltiples en la familia aumenta la posibilidad de progresar más de un feto), **EMBARAZO TARDÍO** (mujeres mayores de 30 años, hay una mayor posibilidad de embarazo múltiple), **EMBARAZO PREVIO** (con haber obtenido embarazos previos también incrementa la probabilidad) y **TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD** (se encuentran ciertos medicamentos y técnicas que pueden proporcionar el rendimiento de óvulos, teniendo un embarazo múltiple).


Todos los embarazos tienen riesgos, las ventajas de tener dificultades graves suman con cada bebé que una mujer tenga al mismo tiempo, las mujeres con embarazos múltiples pueden presentar dificultades de obtener consecuencias que provoca que la presión arterial se eleve demasiado (preeclampsia), desarrollar una diabetes durante el embarazo (diabetes gestacional), dar a luz a los bebés en forma muy prematura lo que en ellos sus órganos no se encuentren bien desarrollados principalmente en los pulmones, cerebro, corazón y ojos, presentar abortos espontáneos donde desgraciadamente se puede perder a uno o más de los bebés, dar a luz a un bebé con una anomalía congénita, ocurre cuando algo no anda bien con los genes o los cromosomas.



El tratamiento para el embarazo se sostiene de procedimientos más controlados, esto se debe a que es un embarazo de conlleva a más riesgos que un embarazo normal. Entre los métodos se encuentran la **MAYOR NUTRICIÓN** (una madre en este tipo de embarazo requiere de más calorías, proteínas y otros nutrientes en el especial el hierro), **CONSULTAS PRENATALES HABITUALES** (las consultas benefician en averiguar complejidades con anticipaciones como para poder administrar un tratamiento o intervención positivo, un embarazo múltiple aumenta el riesgo de complicaciones), **MAYOR DESCANSO** (suelen ver mujeres que necesitan un descanso extremo en cama ya sea en casa o en un hospital según las complicaciones del embarazo o el número de fetos, los embarazos de más de dos fetos a menudo necesitan reposo en cama a partir de la mitad del segundo trimestre), **ANÁLISIS DE LA MADRE Y EL FETO** (se recomienda para controlar la salud del feto y la madre), **MEDICAMENTOS TOCOLÍTICOS** (se administra en casos de inicio de parto prematuro con el objetivo de disminuir o parar las convulsiones del útero) y **MEDICAMENTOS CON CORTICOSTEROIDES** (ayudan a los pulmones del feto para que puedan tener una buena maduración en los pulmones).


Los parto en los embarazos múltiples como en todos los partos vinculan de ciertos factores que introducen la posición fetal, la edad gestacional y la salud de la madre y los fetos. En general, en el caso de gemelos, si ambos fetos están en la posición vertex (cabeza hacia abajo) y no existen otras complicaciones, es posible un parto vaginal. Si el primer feto está en posición vertex pero el segundo no, el primer feto puede nacer por parto vaginal y el segundo se invierte a la posición vertex o nace de nalgas (las nalgas se presentan primero).

La **PRESENTACIÓN PÉLVICA** se considera aquella en la que el polo pélvico o caudal del feto esta en relación directa con el estrecho superior de la pelvis materna, se apodera en su conjunto y procede un dispositivo de parto nombrado. La **PELVIS O PELVIANA COMPLETA** (sucede cuando los músculos fetales se hallan arqueados sobre el abdomen y las piernas se encuentran encima de los muslos), **MODALIDAD FRANCA DE NALGAS O PELVIANA SIMPLE** (sucede cuando los músculos se hallan arqueados encima del abdomen fetal pero las piernas se encuentran extendidas) y la **PELVIS INCOMPLETA O PRESENTACIÓN PARCIAL** (sucede cuando uno o ambos pies se ubican de acuerdo a la parte más avanzada de la presentación, aquí el feto se encuentra prácticamente parado en el canal de parto y representa una exposición de pies).



Los bebés que se encuentran en presentación pélvica sintetizan mayor morbilidad cuando se confrontan con aquellos que se presentan cefálicos, incluso si el nacimiento se produce por cesárea. El diagnóstico del trabajo de parto con presentación pélvica se ejecuta por medio de la palpación del abdomen materno con las maniobras de Leopold con esta maniobra vamos a poder obtener la presentación, posición, situación, actitud fetal y así mismo obtenemos el aspecto de extensión cefálica. En el entorno del trabajo de parto creado, el profesional se encarga de reconocer el punto de repaso de la presentación por medio del tacto vaginal. Si la dilatación cervical es suficiente, se palpa una superficie irregular, blanda, acompañada de prominencias y depresiones. Para poder comparar con el tacto entre un pie y la mano, el médico reconoce que el pie se distingue por la efectividad de 3 prominencias óseas (maléolos y talón), el ángulo a nivel del calcáneo y la disposición de los dedos cortos y colocados sobre la misma línea, sin oposición del pulgar a los restantes.


El mecanismo de trabajo de parto en las presentaciones pélvicas se encuentra 3 pasos siguientes como desprendimiento pélvico, liberalidad de los hombros y la liberalidad cefálica. El **PRIMER TIEMPO** (incuba a la adaptación de las nalgas en el estrecho superior y se elabora a favor a que el feto reduce sus diámetros por apretamiento y compresión), **SEGUNDO TIEMPO** (demarca el encajamiento y disminución del polo pélvico, esto se verifica porque la nalga posterior desciende más abajo que la anterior y el surco interglúteo está más cerca del pubis que del sacro), **TERCER TIEMPO** (se trata de la acomodación del polo pélvico fetal en el estrecho inferior de la pelvis materna. El encajamiento de la presentación sucede por lo común en una diferencia de posición oblicua se hallan 4 medios como sacra izquierda anterior, sacra derecha anterior, sacra izquierda posterior, sacra derecha posterior), **CUARTO TIEMPO** (marca la liberalidad del polo pélvico, así el polo pélvico se va a separar en sacro transversa, el diámetro bitrocantéreo tiene que ver con el diámetro anteroposterior del estrecho inferior subpubiano-sacro y de esta manera, el surco interglúteo se orienta transversalmente), **QUINTO TIEMPO** (atañe a la adaptación de los hombros en el estrecho superior, las extremidades principales exponen desinencia cautiva disminuyendo el diámetro biacromial y después surge la facilidad de acomodarse al diámetro oblicuo por el cual paso el bitrocantéreo encaja con el diámetro oblicuo opuesto), **SEXTO TIEMPO** (delimita el encajamiento y disminución de los hombros), **SÉPTIMO TIEMPO** (marca la adaptación



de los hombros en el estrecho inferior al percibir una rotación interna de 45 grados, el diámetro biacromial corresponde con el subsacro subpubiano. Esta corresponde a la tercera rotación, donde el diámetro biacromial se torna anteroposterior a nivel del estrecho inferior y el dorso fetal queda dirigido hacia el lado derecho o izquierdo de la madre), **OCTAVO TIEMPO** (delimita el encajamiento y disminución de los hombros, el hombro anterior se calza bajo la sínfisis púbica a la altura del acromion y el posterior empuja el coxis hacia atrás. El hombro posterior se emite a favor de un movimiento de inflexión lateral en dirección antero-superior de manera similar al que se ejecutó para la separación de la pelvis fetal), **NOVENO TIEMPO** (aquí se da la adaptación de la cabeza en el estrecho inferior, es muy reflejada y examina una actividad de giro interna para que el diámetro suboccipito-fronta se presente en comunicación con el diámetro subsacro subpubiano; es la cuarta rotación y persigue colocar el occipucio bajo la sínfisis) y **DECIMO TIEMPO** (se da el desprendimiento de la cabeza el occipucio localizado en el espacio retropúbico, funciona como punto fijo en torno al cual la cabeza presenta un movimiento de flexión y progresión).

La **SITUACIÓN TRANSVERSA** del feto se considera una anomalía que a menudo se presenta en los servicios obstétricos y que se acompaña de una alta mortalidad fetal y morbilidad materna. La disconformidad en las conductas ha producido una gran confusión. El mejor conocimiento de la contractilidad uterina, de las causas de anoxia fetal, de las complicaciones, ha disminuido el riesgo materno-fetal. Hay estudios que demuestran que si el bebé se encuentra de lado (es decir, formando un ángulo de 90 grados respecto a su columna vertebral), se dice que el bebé está en situación transversal.

En esta posición la espalda de los bebés se puede localizar de las siguientes maneras hacia abajo, en dirección al canal de parto, con un hombro orientado hacia el canal de parto y hacia arriba, con las manos y los pies en dirección al canal de parto, aunque muchos bebés están de costado al principio del embarazo, pocos permanecen en esta posición cuando comienza el trabajo de parto. Si el suministrador de cuidados médico examina y observa que el bebé está en una posición transversal antes de que comience el trabajo de parto, en la semana 37 del embarazo intentará rotar al bebé. En esta situación se ubicara las manos sobre el abdomen de la paciente y adaptara presión (versión cefálica externa). La salud del bebé se evaluará antes y después de realizar la



maniobra, en casos que se presente un parto vaginal, por ejemplo, requerido a la ubicación de la placenta, el suministrador de atención médica no realizará la maniobra de versión cefálica externa. La maniobra solo se realiza en un entorno en el que se pueda realizar una cesárea de ser necesario. Si el trabajo de parto activo ya empezó, es recomendable realizar una cesárea.

## BIBLIOGRAFÍA

- <https://www.cigna.com/es-us/individuals-families/health-wellness/hw/tomas-de-salud/embarazo-mltiple-hw236272>

- <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/embarazo-multiple>

- <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/multimedia/fetal-positions/sls-20076615?s=6>

- <file:///C:/Users/flakita/Downloads/2376-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4983-1-10-20161230.pdf>

<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=cuidadosytratamientodelembrazomltiple-85-P08046#:~:text=El%20tratamiento%20de%20un%20embarazo,peso%20para%20los%20embarazos%20m%C3%BAltiples.>