



Mi Universidad

Mapa Conceptual

Nombre del Alumno: Leydy Beatriz León Jiménez

Nombre del tema: Patología Obstétrica Y Operatoria.

Parcial: 2°

Nombre de la Materia: Ginecología Y Obstetricia

Nombre del profesor: Jaime Heleria Cerón

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 5°

Patología Obstétrica Y Operatoria.

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.

Síntomas del embarazo múltiple

- *Estreñimiento
- *Acidez
- *Dolor de espalda
- *Dolor pélvico
- *El útero es más grande de lo esperado para las fechas del embarazo
- *Aumento de las náuseas matutinas.
- *Aumento del apetito.
- *Aumento de peso excesivo, en especial al comienzo del embarazo
- *Los movimientos fetales los sentirás en diferentes partes del abdomen al mismo tiempo
- *Dificultad para respirar
- *Problemas urinarios
- *Hemorroides

¿Cómo se produce un embarazo múltiple?

Se describen 2 mecanismos.

• 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

- *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

• 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. Si los óvulos son fecundados en un mismo coito, se denomina "Impregnación". Si los óvulos son fecundados en dos coitos diferentes, se denomina "Súper impregnación".

Características

- *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.

Presentación pélvica

Ocurre en 3 a 4% de todos los nacimientos. Este porcentaje varía de acuerdo con la población estudiada, 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%.

Factores de riesgo

- *prematurez
- *alteraciones estructurales uterinas
- *polihidramnios,
- * Placenta previa,
- *alteraciones fetales
- *gestación múltiple.

Tipos de presentación

- *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.

Se distinguen cinco variedades

*Parto pélvico espontáneo.

Es aquel que culmina en su totalidad sin necesidad de que el obstetra efectúe mayores maniobras, salvo ayudar a sostener el feto o evitar su salida brusca.

*Parto pélvico asistido.

Es cuando se requieren maniobras especiales para su atención. En esta situación, se permite que el feto nazca de manera espontánea hasta la raíz de inserción del cordón umbilical y en ese momento se inicia la asistencia.

*Pequeña extracción podálica

Se refiere al nacimiento del feto hasta la raíz de inserción del cordón umbilical. Puede ser asistida o espontánea, aunque esta última es siempre la preferida.

*Gran extracción podálica

*Extracción total asistida.

Distocias mecánicas

Puede producirse cuando el feto es demasiado grande para el estrecho de la pelvis (desproporción fetopelviana) o está mal posicionado

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

*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

*Presentación con occipucio posterior

el cuello fetal está un poco deflexionado; así, un diámetro mayor de cabeza debe pasar por el canal de la pelvis. La mayoría de las presentaciones de occipucio posterior requieren un parto vaginal operatorio o una cesárea.

Patología Obstétrica Y Operatoria.

Distocias mecánicas

*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

Hay varios tipos:

Franca: las caderas del feto están flexionadas y las rodillas extendidas (posición de carpa)

*Completa: el feto parece estar sentado con las caderas y las rodillas flexionadas.

*Con uno o ambos pies: una o ambas piernas están completamente extendidas y aparecen antes que las 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, provocando hipoxemia fetal

*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

condición infrecuente, se reconoce cuando la cabeza del feto se encuentra en el periné pero parece ser empujada hacia atrás contra el suelo perineal



Una vez reconocida la distocia de hombro, debe pedirse la ayuda de más personal en la sala de partos e intentarse varias maniobras secuencialmente para desencajar el hombro

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 (maniobra de Zavanelli)

FASE LATENTE PROLONGADA:

Es una fase latente del primer periodo del TP que dure más de 20 horas en nulíparas y 14 horas en múltipara. Tiene una frecuencia de Durante la fase activa no existe dilatación durante dos (2) o más horas. 1 0,3 al 4.2%.

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)

DETENCIÓN DEL DESCENSO.

Ausencia de descenso en una 1 hora en el segundo estadio del parto, en ausencia de hipodinámia. Se da en el 5 a 6%

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 múltipara (MP) o que la dilatación sea menor a 1,2 cm/hora en NP y de 1,5 cm/hora en MP.

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%

DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA (DCP).

*Cese secundario de la dilatación: En 2 horas no existe dilatación en la fase activa del primer periodo del parto con buena actividad uterina.

*Falla del descenso: Ausencia de descenso en 1 hora en la segunda etapa del parto en ausencia de hipodinámia

Distocias mecánicas

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

DETECCIÓN SECUNDARIA DE LA DILATACIÓN.

Durante la fase activa no existe dilatación durante dos (2) o más horas.

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%.

Se maneja cesárea

BIBLIOGRAFÍA

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/biblioteca/7d06d3c2df0ee89130ad3dc028d2a4be.pdf>