



Mi Universidad

Mapa Conceptual

Nombre del Alumno: JAIRO MIGUEL TORRES RAMON

Nombre del tema: PATOLOGÍA OBSTÉTRICA Y OPERATORIA.

Nombre de la Materia: GINECOLOGIA Y OBSTETRICA

Nombre del profesor: JAIME HELERIA CERON

Nombre de la Licenciatura: LIC. EN ENFERMERIA

Cuatrimestre: 5°

Patología Obstétrica Y Operatoria.

Unidad III

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.

Frecuencia

Uno de cada 80 embarazos es un gemelar doble (mellizos), uno de cada 8.000 es gemelar triple (trillizos), uno de cada 1.000.000 es gemelar cuádruple (cuatrillizos). Estos números han ido variando debido a tratamientos de estimulación de la ovulación y embarazos mediante técnicas de fertilización asistida, por lo cual actualmente la aparición de embarazos múltiples es cada vez mayor.

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

Factores relacionados con embarazos múltiples

- **Herencia:** Los antecedentes de embarazos múltiples en la familia aumentan las probabilidades de tener mellizos.
- **Edad madura:** Las mujeres mayores de 30 años tienen más probabilidades de una concepción múltiple.
- **Una alta paridad:** El hecho de haber tenido uno o más embarazos previos, en especial un embarazo múltiple, aumenta la probabilidad de tener un embarazo múltiple.
- **La raza:** Las mujeres afroamericanas son más propensas a tener mellizos que cualquier otra raza.

Presentación pélvica

La presentación pélvica o de nalgas ocurre en 3 a 4% de todos los nacimientos. Este porcentaje varía de acuerdo con la población estudiada (en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes es de 7%, según el anuario estadístico), 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%.

Tipos de presentación pélvica

- **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. En Estados Unidos la denominan presentación de pies (unilateral o bilateral).

Bicigóticos: (Gemelos Desiguales O Fraternos: Mellizos)

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.

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.

Síntomas más comunes en embarazos múltiples

- Estreñimiento
- Dificultad para respirar
- Acidez
- Problemas urinarios
- Dolor de espalda
- Hemorroides
- 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.

Diagnóstico de embarazos múltiples

El diagnóstico temprano es el factor más importante para mejorar el pronóstico en embarazo múltiple. Muchas mujeres sospechan que están embarazadas de más de un bebé, sobre todo si ya han estado embarazadas.

Tipos de partos pélvicos

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

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.

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 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.

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.

maniobras secuencialmente para desenganchar el hombro anterior:

- Los muslos de la mujer se hiperflexionan para abrir el estrecho inferior (maniobra de McRobert), y se aplica compresión suprapúbica para rotar y desenganchar el hombro anterior.
- El obstetra introduce una mano en la cara posterior de la vagina y comprime el hombro posterior para rotar al feto en la dirección que resulte más fácil (maniobra de Wood o en tirabuzón).
- El obstetra introduce una mano, flexiona el hombro posterior y engancha el brazo sobre el pecho del feto para extraer todo el brazo posterior del bebé.

Estas maniobras aumentan los riesgos de fractura del húmero o la clavícula. A veces, la clavícula se fractura intencionalmente en una dirección lejos de los pulmones para desenganchar el hombro. Puede realizarse una episiotomía en cualquier momento para facilitar las maniobras.

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)

Presentación con occipucio posterior

La presentación más común anormal es la de occipucio posterior. En general, el cuello fetal está un poco deflexionado; así, un diámetro mayor de cabeza debe pasar por el canal de la pelvis.

Presentación podálica o de nalgas

La segunda presentación anormal más común es la 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.

Distocia de hombro

En una condición infrecuente, la presentación es de vértice pero el hombro fetal anterior queda atascado detrás de la sínfisis púbica después de la salida de la cabeza, impidiendo el parto vaginal.

3.4. Distocias dinámicas

DISTOCIAS DEL TRABAJO DE PARTO*.

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:

Definición: Es una fase latente del primer periodo del TP que dure más de 20 horas en nulíparas y 14 horas en multipara. Tiene una frecuencia del 0,3 al 4,2%.

Causas:

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

Manejo:

- Reposo
- Sedación
- Aceleración oxitócica.

FASE ACTIVA PROLONGADA:

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

Causas:

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

Manejo:

- Descartar DCP
- Aceleración oxitócica
- Anestesia peridural.

DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA (DCP).

Criterios diagnósticos:

- 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.

Manejo:

- Evaluar proporción cefalopélvica.
- Descartar distocia de posición.
- Evaluar la calidad de la actividad uterina.
- Evaluar la curva de alerta del partograma de CLAP.

PROLONGACIÓN DEL DESCENSO.

Definición: 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.

Manejo:

- Descartar DCP
- Aceleración oxitócica.

FALLA DEL DESCENSO.

Definición: Ausencia de descenso en el segundo periodo del parto en una 1 hora en ausencia de hipodinámia. Se da en el 3,6%.

Causas:

- DCP

Manejo:

- CESAREA

DETENCIÓN DEL DESCENSO.

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

Causas:

- DCP
- Contracciones uterinas inadecuadas.
- Mal-posición de la cabeza fetal.
- Anestesia de conducción.

Manejo:

- Descartar DCP
- Aceleración oxitócica monitorizada
- Cesárea.