



***Nombre del Alumno:*** BARTOLA BERNAL ALVAREZ

***Nombre del tema:*** MAPA CONCEPTUAL DE LA UNIDAD III

***Nombre de la Materia:*** GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

***Nombre del Profesor:*** JAIME HELERIA CERON

***Nombre de la Licenciatura:*** ENFERMERIA

***Cuatrimestre:*** 5° "A"

Pichucalco, Chiapas a 10 de Abril de 2023.

# Embarazo múltiple, presentación pélvica y situación transversal.

## EMBARAZO MULTIPLE

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.

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).

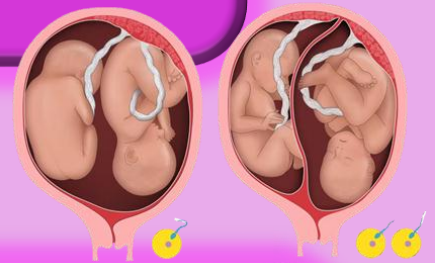
### MONOCIGÓTICOS: (GEMELOS IDÉNTICOS).



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.

### BICIGÓTICOS: (GEMELOS DESIGUALES O FRATERNOS: MELLIZOS)

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

- 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

- 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

# 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 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. La mayoría de las presentaciones de occipucio posterior requieren un parto vaginal operatorio o una cesárea.

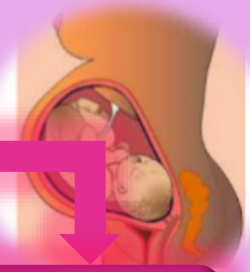
## Presentación de frente o de rostro

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

La presentación podálica 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.

# 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:

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 del 0,3 al 4.2%.

### 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

## DETECCIÓN SECUNDARIA DE LA DILATACIÓN

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

### FASE DESACELERATORIA

Fase desaceleratoria mayor a 3 horas en NP y de 1 hora en MP (cuando lo normal es 1 hora y 15 minutos respectivamente).

### 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

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

**REFERENCIA BIBLIOGRAFICA:**

- Antología Ginecología y Obstetricia. Universidad Del Sureste