



Nombre del Alumna: Martha Elena Domínguez Domínguez

Nombre de la Materia: ginecología y obstetricia.

Nombre del profesor: Jaime heleria ceron

Nombre de la Licenciatura: Lic. Enfermería

Cuatrimestre: 5

PATOLOGÍA OBSTÉTRICA Y OPERATORIA.

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.

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).

¿Cómo 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 o más óvulos son fecundados por 2 o más espermatozoides creando huevos diferentes (bicigóticos).

El diagnóstico de fetos múltiples puede realizarse a comienzos del embarazo, principalmente si se han utilizado tecnologías reproductivas.

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

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.

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

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

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 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).

Distocias dinámicas

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

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%.

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

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

Ausencia de descenso en el segundo periodo del parto en una 1 hora en ausencia de hipodinámia. Se da en el 3.6%.

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

Bibliografía

1. Libro Ginecología y obstetricia Miller, Emily s manual moderno, el (me) 2013
2. Libro Ginecología y obstetricia de hacker y Moore Neville f. hacker manual moderno, el (me) 2011
3. Libro Obstetricia y Ginecología de Danforth Ronald s. Gibbs welters Kluwer / Lippincott w. w. 2009
4. Libro Williams de obstetricia Hoffman and scourge Mc Graw Hill 2012
5. Libro ginecología y Obstetricia de bolsillo k. Joseph hurt welters klower 2010
6. Libro Obstetricia y Ginecolgia Secretos Malarz Amanda Elsevier 2017

7. Embarazo mes a mes [Fecundación y desarrollo de embrión a feto, y a bebé] https://www.youtube.com/watch?v=b_19Mo5UXVw CREA FAMILIA CLINICA DE FERTILIDAD G Y O.

8. MI PARTO VAGINAL

<https://www.youtube.com/watch?v=193K9ITPewQ> FAMILIA MAÑANA.

9. LEGRADO UTERINO INSTRUMENTADO

<https://www.youtube.com/watch?v=M0ypQrbj0Oo> SILVIA AZAÑA.