



Nombre del Alumno: Gloria Díaz Álvarez

Nombre del tema:

3.2. Embarazo múltiple, presentación pélvica y situación transversal.

3.3 Distocias mecánicas

3.4. Distocias dinámicas

Parcial: 2

***Nombre de la Materia: Ginecología y
Obstetricia***

Nombre del profesor: Jaime Helarúa Cerón

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 5to

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.

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.

Estos gemelos tienen una placenta con las comunicaciones vasculares entre las dos circulaciones. Estos dos gemelos pueden desarrollar el síndrome de transfusión gemelo a gemelo.

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

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.

Las placentas en los gemelos bicigóticos pueden fusionarse si los sitios de implantación están próximos uno del otro. Las placentas fusionadas pueden ser fácilmente separadas después del nacimiento.

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

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.

Tipos de parto pélvico

Se distinguen cinco variedades:

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

Los factores de riesgo que predisponen a la presentación pélvica son prematuridad, alteraciones estructurales uterinas (miomatosis, malformaciones), polihidramnios, placenta previa, alteraciones fetales (defectos del tubo neural, higroma quístico, cromosopatías) y gestación múltiple.

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.

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 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 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.

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.

La compresión del cordón umbilical puede causar hipoxemia fetal. La cabeza fetal puede comprimir el cordón umbilical si el ombligo es visible en el introito, especialmente en primíparas cuyos tejidos pelvianos no han sido dilatados por partos previos.

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).

Los muslos de la mujer se hiperflexionan para abrir el estrecho inferior (maniobra de McRobert), y se aplica compresión suprapúbica para rotar y desencajar 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 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).

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 multípara.

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

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).

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%.

BIBLIOGRAFIA

Libro ginecología y Obstetricia de bolsillo k. Joseph hurt welters klower 2010

6. Libro Obstetricia y Ginecología 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 CREAM- 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.

Antología de la materia