



Mi Universidad

MAPA CONCEPTUAL

Nombre del Alumno: Andri Guadalupe Pérez Aguilar

Nombre del tema: Embarazo múltiple, presentación pélvica y situación transversal, Distocias mecánicas Y Dinámicas

Parcial: 1°

Nombre de la Materia: Ginecología Y obstetricia

Nombre del profesor: Jaime heleria ceron

Nombre de la Licenciatura: 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. 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). **se describe 2 mecanismo:**

MONOCIGOTO

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.

CARACTERÍSTICA

- ❖ 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

BICIGOTICOS

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.

CARACTERÍSTICA

- ❖ 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 feto pelviana) 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. progreso normal y el peso fetal es de < 5.000 g en una mujer sin diabetes o < 4.500 g en una con diabetes, el parto puede continuar con seguridad.

Presentación con occipucio posterior

La presentación más común anormal es la de occipucio posterior. En general, el cuello fetal está un poco reflexionado; 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.

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%.

CAUSAS

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

MANEJO

Reposo
 Sedación
 Aceleración oxicítica.

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. Tiene una frecuencia del 2 al 4%.

CAUSAS

Contracciones uterinas inadecuadas sean en intensidad o en frecuencia.

•Distocias de posición (OP y OT).

Anestesia peridural.

MANEJO

Descartar DCP
 Evaluación dinámica uterina.

FACTORES NATURALES

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.

Otros Factores

Medicamentos que estimulan la ovulación que facilitan la producción de óvulos que, si son fecundados, pueden resultar en bebés múltiples.

Las tecnologías de reproducción asistida como la fertilización in vitro (FIV) y otras técnicas que pueden ayudar a las parejas a concebir.

Diagnóstico de embarazo múltiple

El diagnóstico temprano es el factor más importante para mejorar el pronóstico en embarazo múltiple.

Monitoreo y pruebas de laboratorio: Además del examen y la historia médica completa.

Prueba en sangre para diagnóstico de embarazo: Los niveles de gonadotropina coriónica humana pueden ser bastante elevados en los embarazos múltiples.

Alfafetoproteína: Los niveles de proteína liberada por el hígado del feto y encontrada en la sangre de la madre.

Síntomas del embarazo Múltiple

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.

Presentación Pélvica

Presentación podálica o de 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.

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.

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.

Factores predisponentes para la presentación de nalgas incluyen el trabajo de parto prematuro, las anomalías uterinas y las anomalías fetales.

Distocia de Hombro

Los muslos de la mujer se hiperflexionan para abrir el estrecho inferior (maniobra de Robert), y se aplica compresión supra púbica 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, flexiona el hombro posterior y engancha el brazo sobre el pecho del feto para extraer todo el brazo posterior del bebé.

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).

DETECCIÓN SECUNDARIA DE LA DILATACIÓN

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

CAUSAS

- Contracciones uterinas de baja intensidad.
- Distocias de posición (OP y OT).
 - Anestesia peridural.

MANEJO

- Descartar DCP
- Aceleración oxiótica

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%

CAUSAS

- DCP
- Macrosomía
 - Mal-posición de la cabeza fetal
 - Dinámica uterina insuficiente.
 - Anestesia epidural.

MANEJO

- Descartar DCP
- Aceleración oxiótica.

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).

CAUSAS

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

MANEJO

- Descartar DCP
- Aceleración oxiótica
 - Anestesia peridural.

FALLA DEL DESCENSO

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

CAUSAS

- DCP

MANEJO

- CESAREA

La mortalidad perinatal en los fetos y neonatos pélvicos, con prescindencia de la vía de nacimiento (parto o cesárea) y de la prematuridad, aumenta de dos a cuatro veces comparados con los recién nacidos cefálicos. Veces comparadas con los recién nacidos cefálicos.

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

Parto pélvico espontáneo.

b. Parto pélvico asistido.

c. Pequeña extracción podálica.

d. Gran extracción podálica.

e. Extracción total asistida.

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.

DETECCIÓN DEL DESCENSO

Ausencia de descenso en una 1 hora en el segundo estadio del parto, en ausencia de hipodinamia. 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 oxiótica monitorizada
 Cesárea.

DESproporción CEFALOPELVICA (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 hipodinamia.

MANEJO

Evaluar proporción cefalopélvica.

Descartar distocia de posición.

Evaluar la calidad de la actividad uterina.

Evaluar la curva de alerta del partograma de CLAP.

BIBLIOGRAFIA

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.