



# Mi Universidad

## Mapa conceptual

*Nombre del Alumno: LEONARDO DANIEL CALZADA CARDENAS*

*Nombre del tema: Patología obstétrica y operativa*

*Parcial: 5°*

*Nombre de la Materia: Ginecología y Obstetricia*

*Nombre del profesor: DR. JAIME HELERIA CERON*

*Nombre de la Licenciatura: Lic. En Enfermería*

*Cuatrimestre: 5°*

# EMBARAZO MÚLTIPLE, PRESENTACIÓN PÉLVICA Y SITUACIÓN TRANSVERSAL.

## DEFINICION Y FRECUENCIA

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. En el género humano, lo normal es concebir los hijos de a uno, un embarazo de más de un embrión se lo considera fuera de lo habitual y está encuadrado dentro de los embarazos de alto riesgo, porque se apartan de lo normal.

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.

## MONOCIGOTOS Y BICIGOTOS

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. La formación de la placenta en los monocigóticos dependerá del momento en que ocurre la división después de la fertilización.

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.

## PRESENTACION PELVICA

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).

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.

# DISTOCIAS MECÁNICAS

## DISTOCIA FETAL Y DESPROPORCIÓN FETOPELVICA

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.

Las dimensiones pelvianas (ver Examen físico), la ecografía y la presencia de un trabajo de parto prolongado. Si el trabajo de parto restablece el 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.

## PRESENTACION CON OCCIPUCIO Y DE FRENTE O DE ROSTRO

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.

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. Por lo general, la presentación de frente se convierte espontáneamente en una de vértice o una de rostro.

## PRESENTACION PODALICA Y FACTORES PRODISPONENTE

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.

El trabajo de parto prematuro, las anomalías uterinas y las anomalías fetales. En el parto por vía vaginal, la presentación podálica puede aumentar el riesgo de traumatismos del nacimiento, las distocias y la muerte perinatal. Prevenir las complicaciones es más efectivo y simple que tratarlas, por lo que las presentaciones anormales deben identificarse antes del parto.

## POCISION TRANSVERSA Y DISTONCIA DEL HOMBRO

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.

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

## 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 oxitócica.

## 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.

## 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 oxitócica.

## 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 oxitócica  
 Anestesia peridural.

# DISTOCIAS DINÁMICAS

## 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 oxitócica.

## 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%.

Causas:

DCP

Manejo:

CESAREA

## 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%.

Causas:

DCP  Contracciones uterinas inadecuadas.

Mal-posición de la cabeza fetal.

Anestesia de conducción.

Manejo:

Descartar DCP

Aceleración oxitócica monitorizada

Cesárea.

## DESProporción CEFALOPELVIC A (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 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.

# 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
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](https://www.youtube.com/watch?v=b_19Mo5UXVw) CREAM-FAM-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