



Mi Universidad

Nombre del Alumno

Margarita del Carmen Gómez morales

Nombre del tema

Embarazo múltiple, presentación pélvica
y situación transversal.

Distocias mecánicas

Distocias dinámicas

Parcial

/

Nombre de la Materia

"GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA"

Nombre del profesor

Jaime herelia Cerón

Nombre de la Licenciatura

Lic. En enfermería

Cuatrimestre

5

Embarazo múltiple, presentación pélvica y situación transversal

Los gemelos siempre son motivo de atención para todo mundo

Un embarazo múltiple es aquél en el que dos o más bebés se desarrollan simultáneamente en el útero

Esto no significa que tenga que complicarse siempre, pero tienen mayor frecuencia de asociarse a algunas enfermedades o complicaciones del embarazo

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

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

En casos se puede decir que son simplemente dos embarazos diferentes que se dan al mismo tiempo dentro de un útero.

- Etiología
- Herencia
- Edad madura
- Una alta paridad
- La 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)

La presentación pélvica o de nalgas ocurre en 3 a 4% de todos los nacimientos.

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, cromosomopatías) y gestación múltiple.

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. En Estados Unidos la denominan presentación de pies (unilateral o bilateral)

Tipos de parto pélvico Se distinguen cinco variedades

- a. Parto pélvico espontáneo.
- b. Parto pélvico asistido.
- c. Pequeña extracción podálica.
- d. Gran extracción podálica.
- e. Extracción total asistida.

-Situación transversal: si los ejes se cruzan en ángulo recto (90°).

Distocias mecánicas

La distocia fetal puede producirse cuando el feto es demasiado grande para el estrecho de la pelvis o está mal posicionado (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.

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

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

Distocia de hombro 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.

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

Estas maniobras aumentan los riesgos de fractura del húmero o la clavícula. A veces, la clavícula se fractura intencionalmente en una dirección lejos de los pulmones fetales para desencajar el hombro.

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)

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: Definición: 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%

FASE ACTIVA PROLONGADA: Definición: 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 M

DETECCIÓN SECUNDARIA DE LA DILATACIÓN. Definición: 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

FASE DESACELERATORIA PROLONGADA.

Definición:

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 peridura

PROLONGACIÓN DEL DESCENSO.

Definición:

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.

DESproporción CEFALOPELVICA (DCP). Criterios diagnósticos:

- 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.

BIBLIOGRAFIA

No.	Nombre	Tipo documento	Descripción	Descargar
1	ANTOLOGIA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	Documento	ANTOLOGIA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	