



NOMBRE DEL ALUMNO: Eduardo Morales Gonzalez

TEMA: Ginecología y Obstetricia

PARCIAL: 2

MATERIA: Ginecologia y Obstetricia

NOMBRE DEL PROFESOR: Elizabeth Espinoza Lopez

LICENCIATURA: Enfermeria

CUATRIMESTRE: Quinto

Distocias mecánicas.

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

Desproporción fetopelviana

El diagnóstico se sugiere por las estimaciones clínicas prenatales de las dimensiones pelvianas, la ecografía y la presencia de un trabajo de parto prolongado. Si el progreso es más lento que el esperado en la segunda etapa del trabajo de parto, la mujer debe ser revaluada para determinar si se requiere un parto operatorio.

Presentación con occipucio posterior

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 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.

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

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. Los factores de riesgo incluyen un feto grande, obesidad materna, diabetes mellitus, distocia de hombro previa, parto vaginal operatorio, trabajo de parto precipitado y también prolongado.

Distocias dinámicas.

Se refieren a problemas relacionados con las contracciones uterinas durante el trabajo de parto que dificultan el avance del mismo. Estos problemas pueden interferir con la capacidad del útero para dilatar el cuello uterino y expulsar al feto de manera eficiente. .

Hipertonía Uterina

Definición: Contracciones uterinas excesivamente fuertes, prolongadas o frecuentes.
Impacto: Puede dificultar la oxigenación del feto entre las contracciones y aumentar la fatiga uterina.

Hipotonía Uterina

Definición: Contracciones uterinas débiles o poco frecuentes.
Impacto: Puede retrasar el progreso del trabajo de parto y dificultar la dilatación cervical.

Incoordinación Uterina

Definición: Contracciones uterinas desorganizadas o incoordinadas.
Impacto: Puede dificultar el avance del trabajo de parto y la dilatación cervical de manera eficiente.

Contracciones Uterinas Tetánicas

Definición: Contracciones uterinas continuas sin períodos de relajación.
Impacto: Puede disminuir el flujo sanguíneo al útero y al feto, lo que lleva a una disminución de la oxigenación.

Distrofia Uterina

Definición: Alteración en la capacidad del útero para contraerse de manera efectiva.
Impacto: Puede causar contracciones débiles o irregulares, afectando el progreso del trabajo de parto.

Contracciones Uterinas Ineficaces

Definición: Contracciones que no logran producir cambios significativos en la dilatación cervical.
Impacto: Puede prolongar el trabajo de parto y requerir intervenciones para acelerar el proceso.

Embarazo ectópico:
generalidades. Técnica
quirúrgica.

Embarazo Ectópico:
Generalidades

Cuando el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero, generalmente en una de las trompas de Falopio. Este tipo de embarazo no puede llevarse a término y representa una emergencia médica

Factores de Riesgo

Antecedentes de cirugía tubárica.
Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) para prevenir el embarazo.
Tratamientos de fertilidad, como la fertilización in vitro (FIV).

Sintomas

Dolor abdominal o pélvico.
Sangrado vaginal anormal.
Mareos o desmayos.

Diagnostico

Ecografía transvaginal para visualizar la ubicación del saco gestacional.
Análisis de sangre para medir los niveles de la hormona hCG

Tratamiento

Médico: En algunos casos, se puede administrar metotrexato, un medicamento que detiene el crecimiento del tejido gestacional.
Quirúrgico: Se puede requerir cirugía si hay signos de ruptura, sangrado o si el tratamiento médico no es adecuado.

Embarazo Ectópico:
técnica quirurgica

La cirugía para un embarazo ectópico se realiza para remover el tejido gestacional y prevenir complicaciones graves como la ruptura tubárica.

Salpingectomia

Procedimiento: Se realiza la extracción completa de la trompa de Falopio afectada. Indicaciones: Cuando la trompa está dañada, rota o no se puede preservar.

Salpingostomia

Procedimiento: Se realiza una incisión en la trompa para extraer el tejido gestacional y preservar la trompa.
Indicaciones: Cuando la trompa no está gravemente dañada y se puede conservar.

Laparoscopia

Método: Muchas cirugías de embarazo ectópico se realizan a través de laparoscopia, una técnica mínimamente invasiva.
Ventajas: Menor tiempo de recuperación y menos complicaciones en comparación con cirugías más invasivas.

Monitoreo
Postoperatorio

Observación: Después de la cirugía, se monitorea a la paciente para asegurarse de que no haya complicaciones como sangrado excesivo o infección.
Seguimiento: Se realizan exámenes de seguimiento para evaluar la salud reproductiva y la función tubárica.

