


DISTOCIA

- Distocia— parto difícil— progreso lento
- Parto anormal común siempre que exista anomalías de las fuerzas, del pasajero o de la vía
- Desproporción céfalo- pélvica
- Fallo del progreso

- 
- El diagnóstico de distocia no debe de ser hecho hasta que se halla alcanzado un adecuada prueba de trabajo de parto

Asistencia al trabajo de parto

- Conocer la morfología y dimensiones de la pelvis
- Ya que su arquitectura determina la secuencia de movimientos que debe de realizar el feto en el interior del canal del parto

ESTRECHO SUPERIOR

■ PLANO DE ENTRADA DE LA PELVIS O LIMITE SUPERIOR DE LA PELVIS MENOR

- Conjugado anatómico. Desde el punto de vista teórico el diámetro AP real del estrecho superior

Conjugado obstétrico constituye el diámetro mas corto representando el espacio real de que dispone el feto para su paso a través de la pelvis. Al diámetro promonto subpúbico se le resta 1,5 cm

Estrecho medio

- Plano de las mínimas dimensiones pélvicas
- Plano de mayor importancia clínica ya que la mayoría de los partos se detienen a este nivel
- El estrecho medio fija el límite de la extracción fetal por vía vaginal en el parto en presentación cefálica flexionada.

SINCLITISMO

- Terminó empleado para indicar que la sutura sagital cuando se introduce la presentación en el canal del parto se encuentra equidistante del pubis y del promontorio.
- La cabeza fetal penetra en la pelvis con el diámetro biparietal (9,5cm)

ASINCLITISMO

- Desviación de la sutura sagital hacia el pubis asinclitismo posterior o hacia el promontorio asinclitismo anterior.
- Con este tipo de asinclitismo la cabeza fetal disminuye su diámetro a 8,75 cm.

ASINCLITISMO Y DESPROPORCIÓN

ASINCLITISMO ACENTUADO Y PERSISTENTE

CON



- EVOLUCIÓN LENTA DEL PARTO
- DEFLEXIÓN
- CABALGAMIENTO IMPORTANTE DE LOS PARIETALES
- TUMOR DEL PARTO ACENTUADO

SUGIEREN DCP

ENCAJAMIENTO

- Punto guía a nivel del 3 plano de Hodge
- Significa que al menos LA PELVIS a nivel del estrecho SUPERIOR es suficiente
- Evitar los errores diagnósticos de encajamiento.

PARTO LENTO, DISTOCICO O DE PROGRESION ANORMALMENTE LENTA

- ES LA EXPRESION CLINICA DE UNA PATOLOGIA EN LOS ELEMENTOS DEL PARTO, EXISTIENDO POR LO TANTO UNA DISFUNCION O NO COORDINACION ENTRE ELLOS.
- Mas que un diagnostico , es una observacion.

PROGRESO LENTO DEL PARTO

- Un progreso lento del parto puede traducir la existencia de una distocia :
 - Del objeto
 - Del canal del parto
 - Del motor del parto
 - Aislada o combinada.

ASPECTOS BÁSICOS PARA EVALUAR EL PROGRESO DEL PARTO

- Evolución de la dilatación cervical
- Descenso de la presentación

Factores de los que dependen la dilatación cervical y el descenso fetal

- 1.-DINÁMICA UTERINA REGULAR, COORDINADA Y EFICAZ.
- 2.-CAPACIDAD PÉLVICA ADECUADA Y CANAL BLANDO NORMAL.
- TAMAÑO FETAL ADECUADO.
- 4.-ESTÁTICA FETAL ADECUADA.

DISTOCIA

SIGNIFICA:

TRABAJO DE PARTO DIFÍCIL

PARTO DE PROGRESIÓN

ANORMALMENTE LENTA

CONSTITUYE LA EXPRESIÓN CLÍNICA

DE UNA PATOLOGÍA EN LOS

ELEMENTOS DEL PARTO

EXISTIENDO UNA DISFUNCIÓN O NO

COORDINACIÓN ENTRE ELLOS

El parto prolongado mas que un diagnóstico es una observación pudiendo existir

- Distocia fetal
- Distocia pélvica
- Distocia de partes blandas
- Distocia dinámica
- ESTO PUEDE CONDICIONAR
- PROGRESION ANOMALA
- AUSENCIA DE PROGRESION
- AUSENCIA DE DESCENSO DE LA
`PRESENTACION

EVOLUCIÓN DEL PARTO

- ANTES:
PASO DEL TIEMPO

ACTUAL:

CONCEPTO FUNCIONAL,
DINÁMICO, EVOLUTIVO,
ADAPTADO A CADA MOMENTO Y
PERIODO DEL PARTO

CRITERIO ACTUAL PERMITE:

- DIAGNOSTICO RÁPIDO DE LA SITUACIÓN.
- APLICAR LAS MEDIDAS DIAGNOSTICAS QUE CONDUZCAN A DESCUBRIR LA CAUSA.
- APLICACIÓN DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS.

EL CONCEPTO ACTUAL DE PARTO LENTO ES:

- Funcional. Se realiza y aplica en cada momento del parto.
- Precoz y profiláctico, ya que no se precisa de una valoración retrospectiva después de horas de evolución, para diagnosticar una anomalía del progreso

PARTOGRAMA

- Su correcta interpretación analizando la velocidad de la dilatación y el descenso fundamenta el diagnóstico de parto lento.
- Es descriptivo pero no especifica la causa que determina la anomalía del progreso del parto.
- Proporciona datos para valorar el pronóstico y tomar decisiones obstétricas adecuadas.

DESPROPORCION CEFALO-PELVICA

- DISCORDANCIA ENTRE EL TAMAÑO DE LA PELVIS MATERNA Y EL TAMAÑO FETAL, EXISTIENDO UNA DINAMICA UTERINA ADECUADA LO QUE IMPIDE EL ENCAJAMIENTO Y DESCENSO DEL FETO.

DESproporción céfalo- pélvica

- Absoluta .
 - GRANDES DEFORMIDADES PÉLVICAS
 - ESTENOSIS DEL ESTRECHO SUPERIOR
 - MACROSOMÍA FETAL

• RELATIVA

- 
- LA PELVIS UNIFORMEMENTE ESTRECHA ES LA ANOMALIA PELVICA MAS COMUN

HALLAZGOS QUE HACEN SOSPECHAR UNA DCP

- **EXPLORACION
ABDOMINAL:**

Macrosomía fetal.

- Cabeza fetal sobre la sínfisis del pubis.
- Abdomen en obús en nulíparas.
- Vientre en péndulo en multíparas.

EXPLORACIÓN PÉLVICA:

Acortamiento del diámetro conjugado diagonal.

Arco púbico estrecho.

Diámetro bi-isquiático inferior a 8 cm.

Espinas ciáticas prominentes.

Sacro plano.

Edema cervical.

Cabeza fetal que no apoya en la pelvis.

Caput succedaneum.

Cabalgamiento de los huesos del cráneo

Deflexión y asinclitismo de la cabeza fetal

Maniobra de Muller negativa.

OTROS DATOS

- Pujos antes de la dilatación completa.
- Desaceleraciones precoces frecuentes.
- Detención de la fase activa (falta de progreso cervical durante 2 horas).
- Ausencia de encajamiento fetal durante 1 hora (periodo expulsivo).

ANOMALÍAS DE LA PELVIS

- SE ASOCIAN A UN AUMENTO EN LA FRECUENCIA DE ALTERACIONES EN LA PRESENTACIÓN, POSICIÓN, ACTITUD Y ROTACIÓN FETAL, TODO LO CUAL DA LUGAR A ANOMALÍAS EN EL PROCESO DE DILATACIÓN CERVICAL Y DESCENSO DE LA PRESENTACIÓN CONTRIBUYENDO EN OCASIONES A ESTAS ANOMALÍAS, DISTOCIAS DINÁMICAS ASOCIADAS.

PATOLOGIAS DE LA FASE ACTIVA

- FASE ACTIVA PROLONGADA

- MALPOSICIÓN FETAL (OT Y OP)
- HIPODINAMIA UTERINA
- ANESTESIA
- DCP (28%)

- FASE ACTIVA DETENIDA

ETIOLOGIA SEMEJANTE AUNQUE LA DCP TIENE UNA FRECUENCIA DE 50%.

UNA PROLONGACION DE LA FASE
DE DESACELERACION CON
DURACION DE MAS DE 3 HORAS
EN NULIPARAS Y 1 HORA EN
MULTIPARAS DEBE HACER
PENSAR EN:

- DISTOCIA DE HOMBROS

ANOMALIAS DEL DESCENSO

- EL DESCENSO SE INICIA EN LA FASE DE DESACELERACION Y TERMINA EN EL PERIODO EXPULSIVO
- AUSENCIA DE DESCENSO: NO DESCENSO EN 1 HORA , DCP
- PROLONGACION DEL DESCENSO(DCP ,MALPOSICION FETAL, ANESTESIA, HIPODINAMIA, MACROSOMIA FETAL)
- DETENCION DEL DESCENSO

- EN QUE DEBEMOS PENSAR ANTE UN TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL?
- ES LA DINAMICA ADECUADA PARA EL MOMENTO DEL TRABAJO DE PARTO.
- ES EL FETO GRANDE , CUAL ES SU ESTATICA.
- EXISTE ESTENOSIS PELVICA Y/O DISTOCIA DE PARTES BLANDAS
- LO QUE ESTAMOS HACIENDO ES CORRECTO. SE HA INTRODUCIDO ALGUN FACTOR IATROGENICO.



UN PARTO LENTO PUEDE CONDICIONAR

DESHIDRATACION MATERNA

INFECCION

HIPOXIA FETAL

ROTURA UTERINA

MAYOR RIESGO OPERATORIO

REPERCUSION PSICOLOGICA

NOCIVA

DESproporción céfalo-PÉLVICA

- EN LA MISMA, LA PELVIS ÓSEA NO TIENE EL TAMAÑO Y/O LA LA FORMA ADECUADA PARA PERMITIR EL PASO DEL FETO, SIENDO RELATIVA LA DCP CUANDO EL TAMAÑO FETAL ES EXCESIVO O EXISTE UNA ANOMALÍA EN LA ESTÁTICA FETAL QUE IMPIDE SU PASO POR LA PELVIS, A PESAR DE TENER LA MISMA DIMENSIONES NORMALES.

ESTENOSIS DEL ESTRECHO SUPERIOR

- CONJUGADO OBSTETRICO MENOR DE 10 CM.
- DIAMETRO TRANSVERSO MENOR DE 12 CM.
- ENCAJAMIENTO DEPENDIENTE DEL TAMAÑO RELATIVO DE LA PELVIS Y EL FETO
- CONJUGADO DIAGONAL MENOR DE 11,5 CM.

MECANISMOS EMPLEADOS POR LA CABEZA FETAL PARA ENTRAR EN LA PELVIS

- EXTENSION DE LA CABEZA FETAL
- ASINCLITISMO QUE PERMITE LA REDUCCION DE LOS DIAMETROS TRANSVERSOS EN 0,5CM.

MECANISMOS EMPLEDOS POR LA CABEZA FETAL PARA ENTRAR EN LA PELVIS

- CONTRIBUYEN A LA SOSPECHA DE ESTENOSIS DEL ESTRECHO SUPERIOR:
- ANOMALIA EN LA ESTÁTICA FETAL
- ANOMALIAS DE LA DILATACION
- NO ENCAJAMIENTO

ESTENOSIS DEL ESTRECHO MEDIO

- DIAMETRO INTER-ESPINOSO MENOR DE 9,5 CM-
- LA ESTENOSIS DEL DIAMETRO TRANSVERSO SE RELACIONA CON LA PELVIS ANTROPOIDE
- LA DEL DIAMETRO ANTERO-POSTERIOR CON LA PELVIS PLATPELOIDE
- EN LA PELVIS ANDROIDE AMBOS DIMETROS PUEDEN ESTAR DISMINUIDOS.

ESTENOSIS DEL ESTRECHO MEDIO

- HALLAZGOS DE SOSPECHA :
- -CONVERGENCIA DE LAS PAREDES PÉLVICAS
- -ESPINAS CIÁTICAS PROMINENTES
- -ESCOTADURA SACROCIÁTICA ESTRECHA
- -SACRO RECTO O CONVEXO
- ARCO SUBPÚBICO ESTRECHO.

ESTENOSIS DEL ESTRECHO MEDIO

- SE ASOCIA A:

- Anomalías de rotación(OP y OT).

- Se sospecha durante el periodo expulsivo :

- Se detiene el descenso

- No se produce la rotación interna

ANOMALIAS DEL DESCENSO

• DURACION

- NULIPARAS:
3 HORAS SI ANESTESIA
PERIDURAL
2 HORAS SI NO ANESTESIA
- MULTIPARAS:
2 HORAS CON ANESTESIA
REGIONAL Y 1 HORA SIN
ANESTESIA

USO DE OCITOCINA

- La administración de oxitocina debe de ser considerada ante un parto disfuncional
- Evitar la hiperestimulación y el compromiso fetal
- No pasar de mas de 5 contracciones que duren 2 minutos o mas o menos de 3

USO DE OXITOCINA

- TAQUISISTOLIA:
- HIPERESTIMULACIÓN SIN ANOMALÍAS EN LA FCF LO QUE LA DIFERENCIA DE LA
- HIPERESTIMULACIÓN: QUE SI SE ASOCIA A ALTERACIONES DE LA FCF

USO DE OXITOCINA

- LA REGLA DE ESPERAR 2 HORAS PARA DIAGNOSTICAR UNA DETENCION DE LA FASE ACTIVA HA CAMBIADO A 4 HORAS CON CONTRACCIONES UTERINAS SOSTENIDAS DE BUENA INTENSIDAD O 6 HORAS SI NO SE LOGRA OBTENER UNA DINAMICA ADECUADA.



*TRATAR A LA
PARTURIENTA NO
AL PARTOGRAMA*