

TRATAMIENTO

- *Hipodinamias primarias:* Perfusión de dosis adecuadas de oxitocina, mediante bomba de perfusión empezando con 1-2 mUI/min y aumentando según respuesta; o mediante gotero, con el que haremos el cálculo de la siguiente forma: 15-20 gotas equivalen aproximadamente a 1 cc.
- Si en 500 cc añadimos: 2.5 UI de oxitocina gotearemos a razón de 5 mUI/cc.
- 3 UI de oxitocina gotearemos a razón de 6 mUI/cc.
- 5 UI de oxitocina gotearemos a razón de 10 mUI/cc.

- **Hipodinamias secundarias:** Rehidratación y administración de soluciones energéticas a la madre antes de volver a perfundir oxitocina.
- Descartar desproporción pelvi-fetal u otras distocias del canal y el objeto del parto.

Hiperdinamias:

- Colocación en decúbito lateral
- Descartar desproporción pélvico-fetal.
- Amniorrexis:
- Si la hiperdinamia es yatrogénica interrumpir la administración del fármaco responsable
- Si la situación no se controla **cesárea**

Alteraciones de la coordinación:

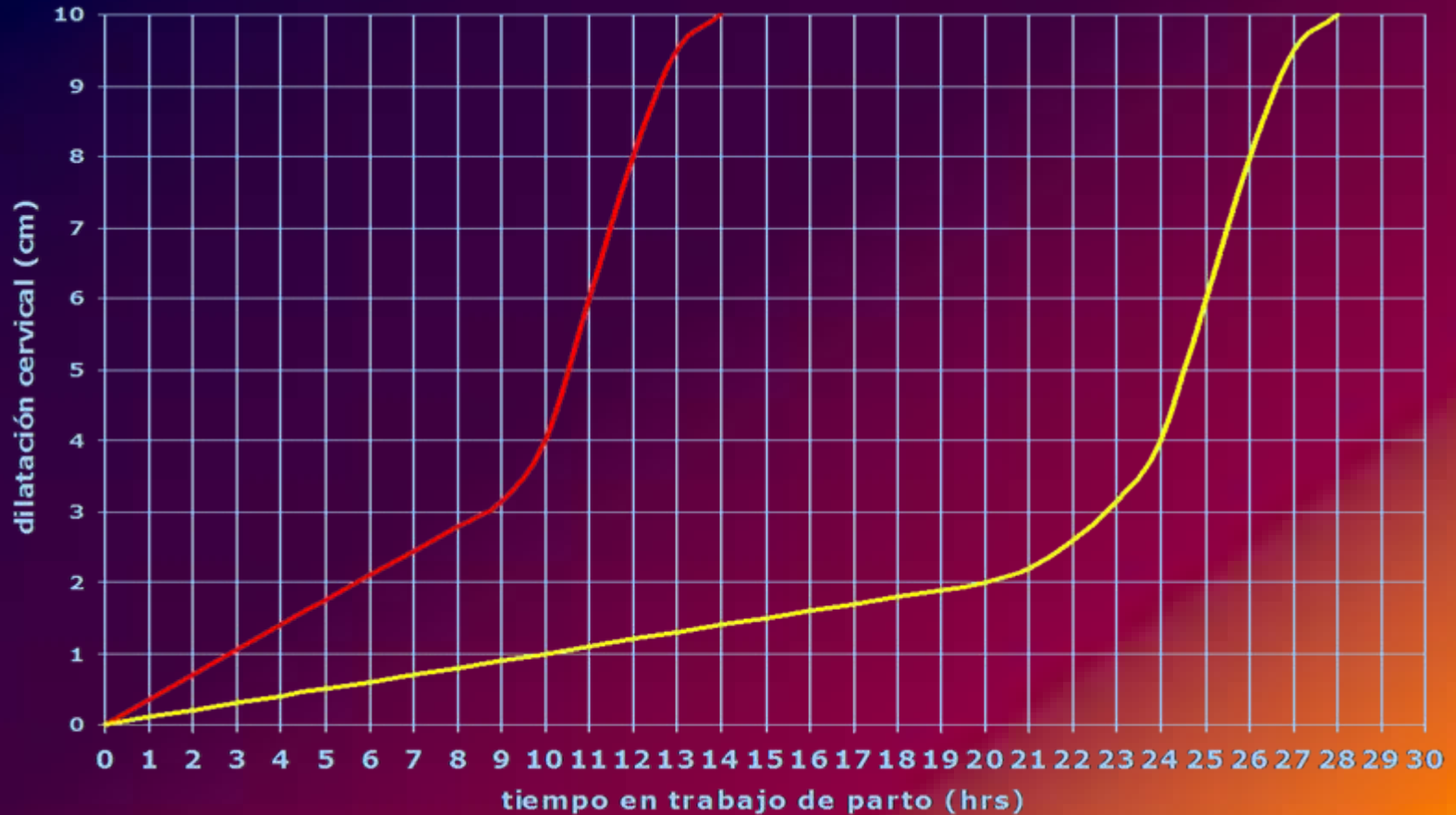
- **Incoordinación uterina:** La citada amniorrexia mejora la coordinación. La administración de perfusión de oxitocina posee también efecto coordinador sobre la dinámica, así como los analgésicos y la anestesia regional. Se usarán β -simpaticomiméticos si predominase la hipertonia.
- -La inversión de gradientes puede responder a la acción de la oxitocina al potenciar el marcapasos cornual fisiológico.
- -Los anillos de contracción así como la distocia cervical pasiva severa no suelen responder a terapia farmacológica y debe recurrirse a la cesárea.

Tipos de distocia.



Fase latente prolongada

Nulíparas, >20 horas.
Multíparas, >14 horas



Causa.

Contracciones uterinas irregulares o
Descoordinadas.

Manejo.

Tratamiento expectante.

Reposo.

Hidratación.

Analgesia con narcóticos.

Tratamiento intervencionista.

Amniotomía.

Estimulación con oxitocina.

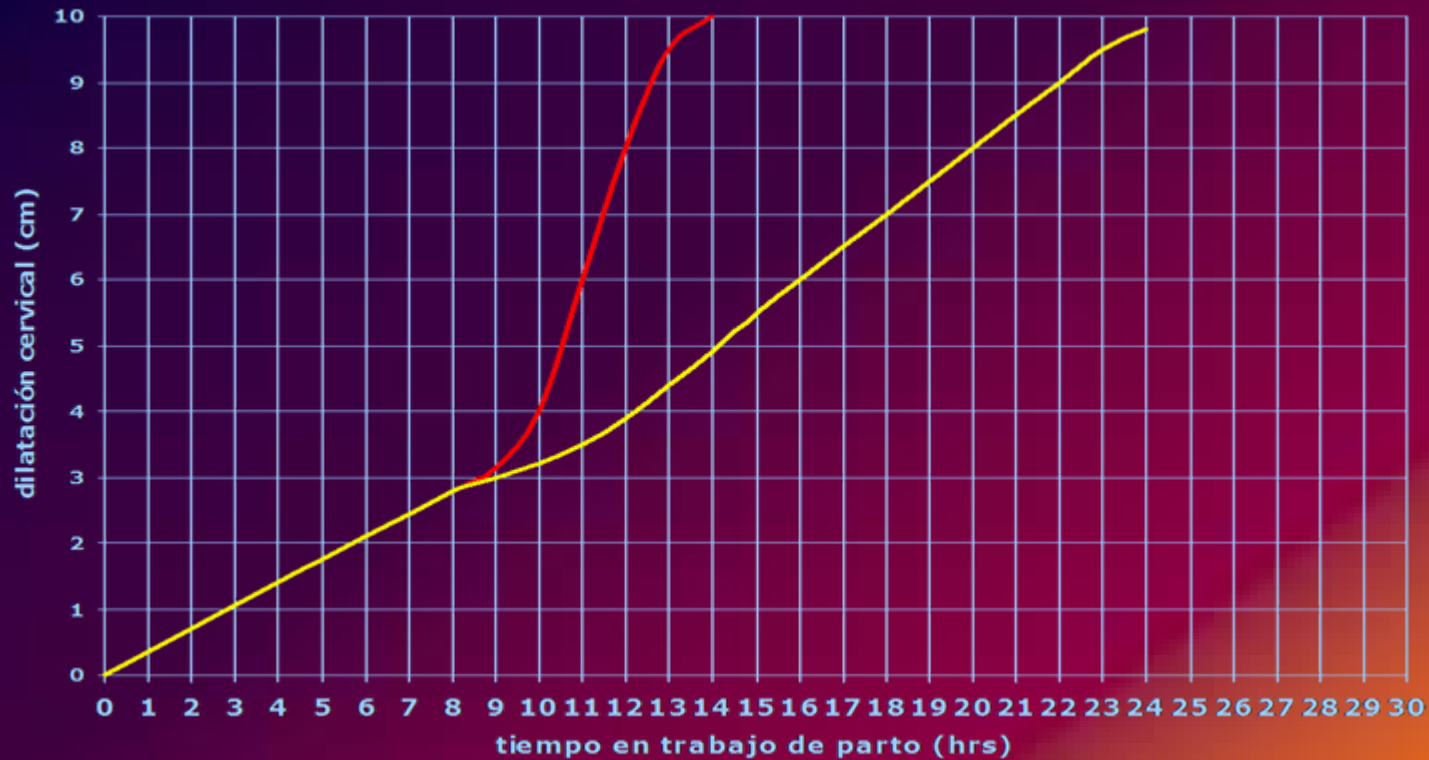
Fase activa retrasada.

Curvas.

Velocidad de dilatación

Nulíparas <1.2 cm/hr.

Múltiparas <1.5 cm/hr.



Causas.

- Desproporción cefalopélvica.
- Problemas de la deflexión.

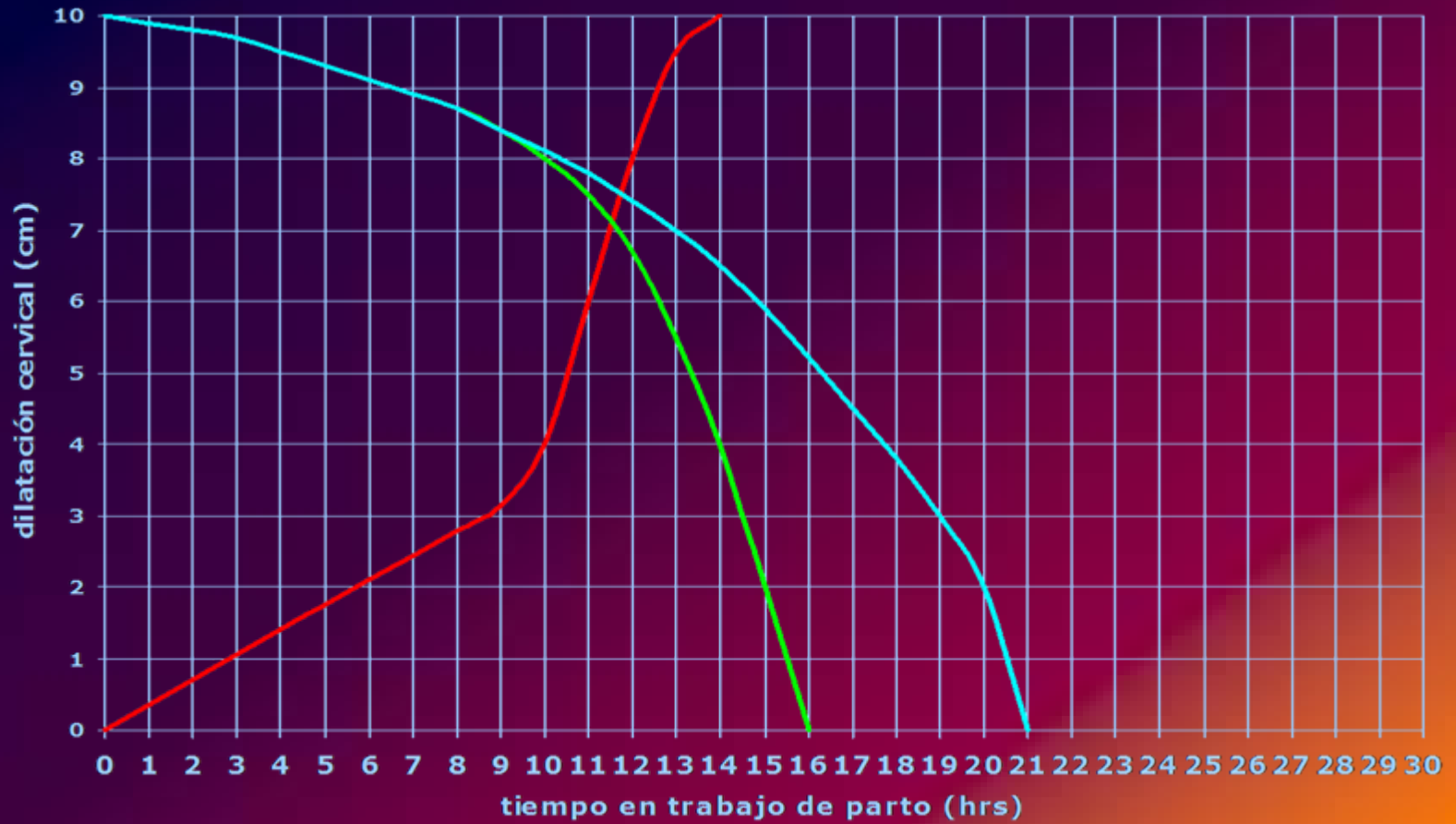
MANEJO

- Estimulación con oxitocina.
- Parto por cesárea.

Descenso retrasado.

Nulíparas <1.0 cm/hr.

Múltiparas <2 cm/hr.



Causas.

- ❑ Analgesia epidural.
- ❑ Bloqueo motor.
- ❑ Agotamiento físico de la madre.

MANEJO

Si la frecuencia cardiaca fetal es adecuada y la madre no presenta agotamiento.

- Continuar el trabajo de parto.

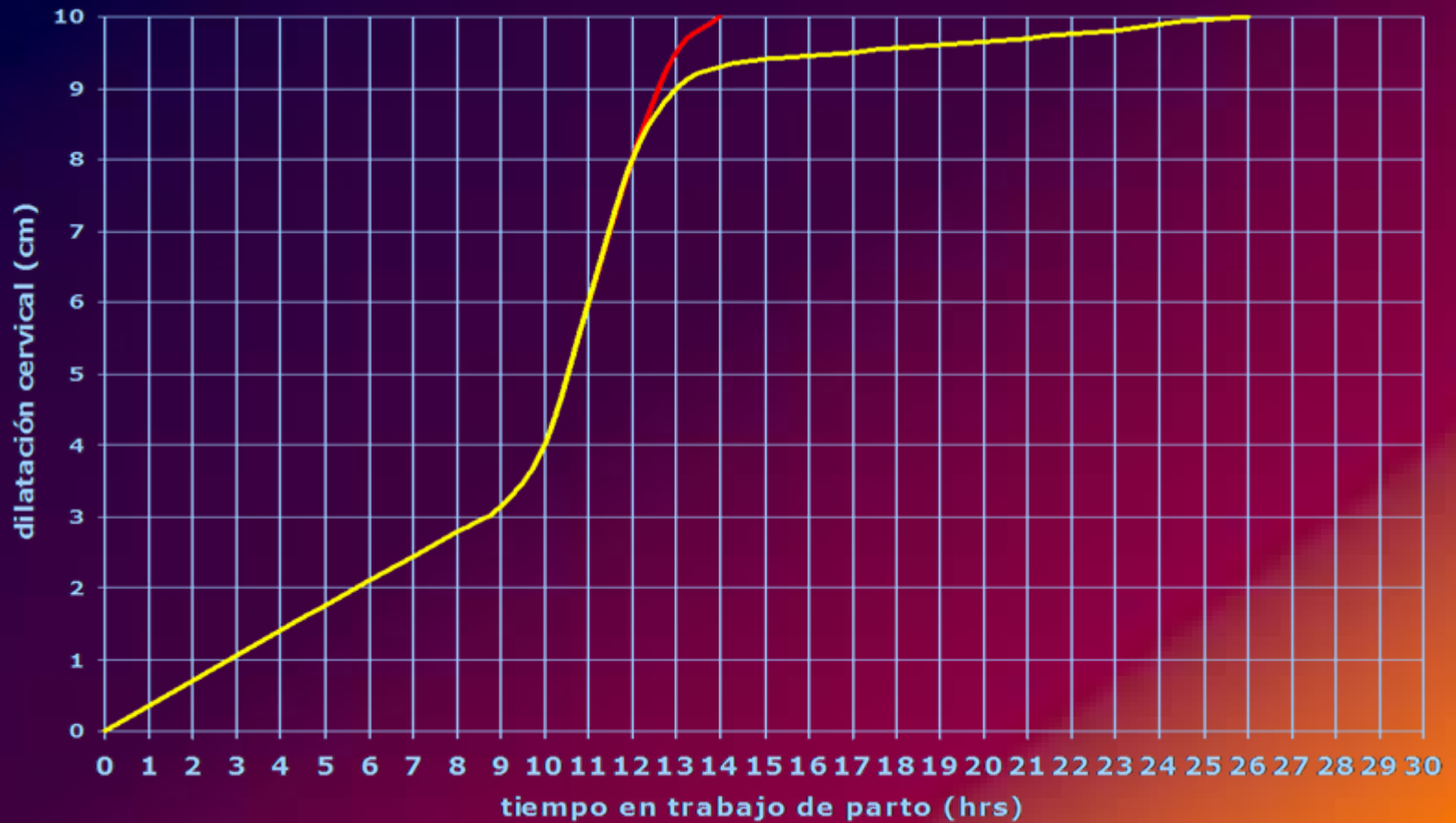
De otro modo.

- Parto vaginal operatorio.
- Parto por cesárea.

Desaceleración prolongada

Nulíparas, >3 hrs.

Multíparas, >1 hrs.



Causas.

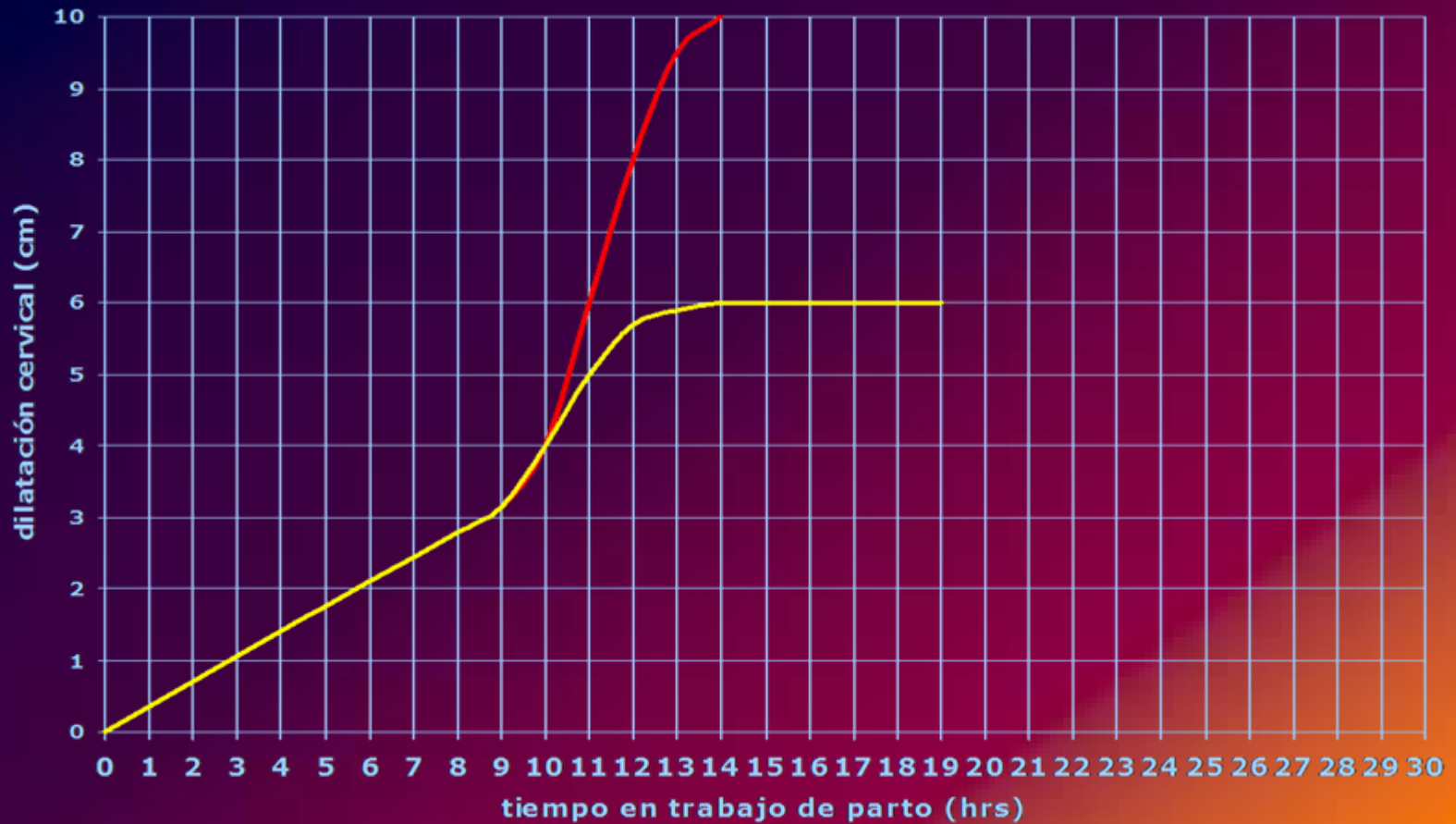
- ❑ Posición fetal anormal.
- ❑ Desproporción cefalopélvica.

MANEJO

1. Estimulación con oxitocina.
2. Parto por cesárea.

Detención de la dilatación.

Nulíparas y multíparas, >2 hrs.



CAUSAS

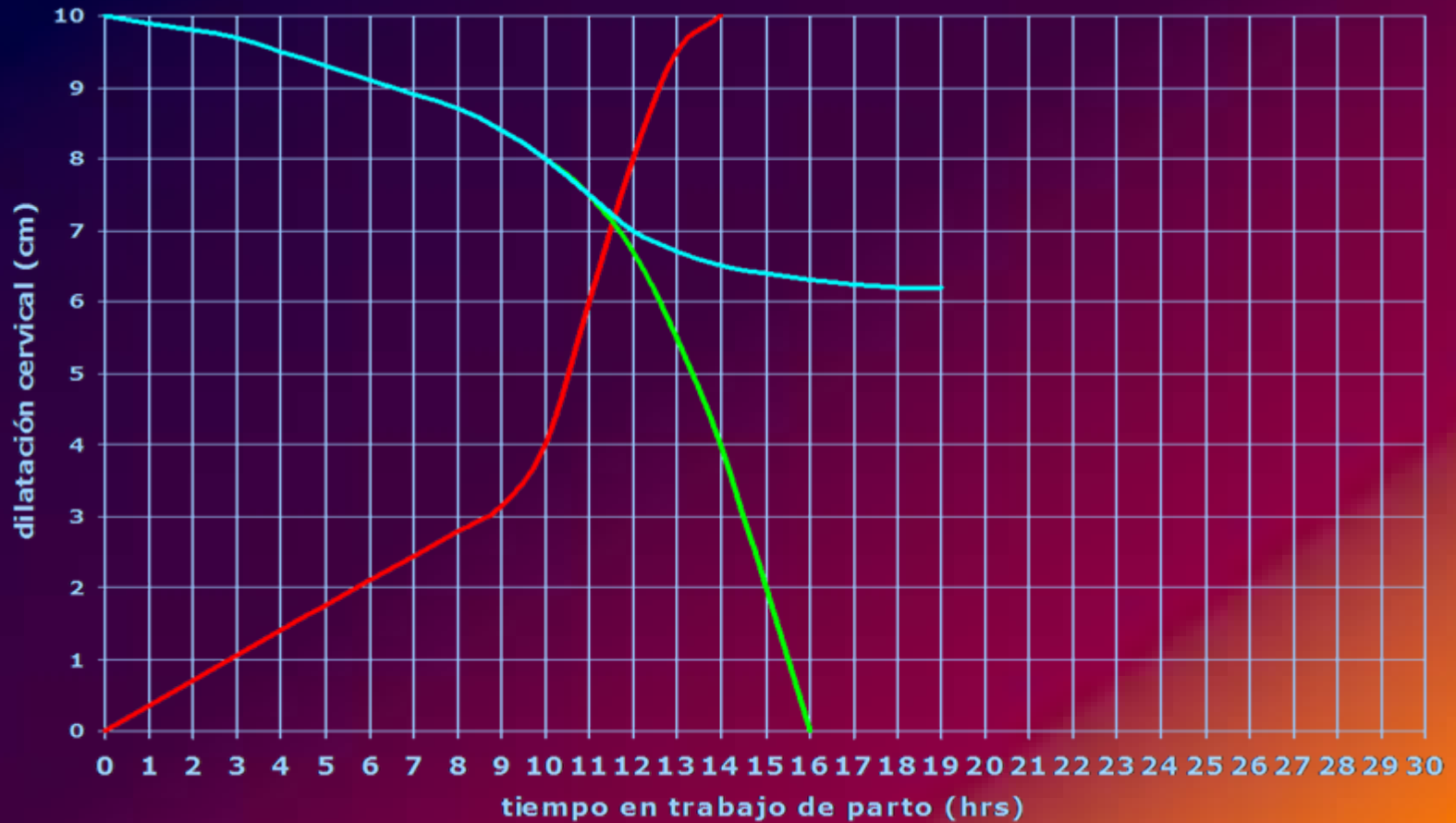
- **Contracciones uterinas ineficaces.**

MANEJO

- **Estimulación con oxitocina.**
- **Parto por cesárea.**

Interrupción del descenso.

Nulíparas y multíparas, >1 hrs.



CAUSAS

- Contracciones uterinas inadecuadas.
- Desproporción cefalopélvica.
- Posición fetal anormal.
- Asinclitismo.

MANEJO

- Si la frecuencia cardiaca fetal es adecuada y la madre no presenta agotamiento. Estimulación con oxitocina.

De otro modo

1. Parto vaginal operatorio.
2. Parto por cesárea.

DESPROPORCION PELVICO FETAL (D.C.P)

Adaptaciones maternas:

- -Dilatación o ensanchamiento de las articulaciones pélvicas, especialmente:
- **Sínfisis del pubis.** Así se puede ensanchar la pelvis entre 0.3 mm hasta cerca de 3 cm.
- Desplazamiento posterior de la articulación sacro-ilíaca:
- Movimientos de nutación y contra nutación.
- Desplazamiento posterior del coxis.

Adaptaciones fetales:

Variación en la actitud.

- **Cabeza flexionada:** Reduce el diámetro aproximadamente 2 cm.
- **Cabeza deflexionada:** Su diámetro máximo puede alcanzar hasta 13cm.
- **Adoptando la postura de máxima flexión consigue presentar el diámetro suboccípito-bregmático que es el menor (*posición de Roederer*).**

Variaciones de posición

ASINCLITISMOS

MECANISMOS DEL PARTO EN LAS DIFERENTES PELVIS

- *Parto en pelvis uniformemente estrechada:*
- *La adaptación del feto a unos diámetros mínimos debe hacerla flexionando al máximo su cabeza para ofrecer el menor diámetro, el suboccípito-bregmatico (*posición de Roederer*).*

Parto en pelvis platipeloides

- *El estrechamiento anteroposterior del estrecho superior en este tipo de pelvis, hace que en su centro encaje el menor diámetro transversal de la cabeza fetal, esto es el bitemporal en lugar del biparietal, para ello:*
 - **-La cabeza se deflexionará.**
 - **-Se desplazará lateralmente el occipucio.**
- El descenso tendrá que ser **asinclítico** , siendo, como habíamos comentado , favorable si es el anterior y desfavorable si es el posterior.

Parto en pelvis androide y antropoide

*: Siendo su diámetro anteroposterior el máximo, con mayor capacidad pélvica posterior la cabeza tendrá que encajar en posición anteroposterior elevada, es decir ofreciendo su diámetro fronto-occipital, en **occípito posterior**.*

Parto en pelvis oblicua

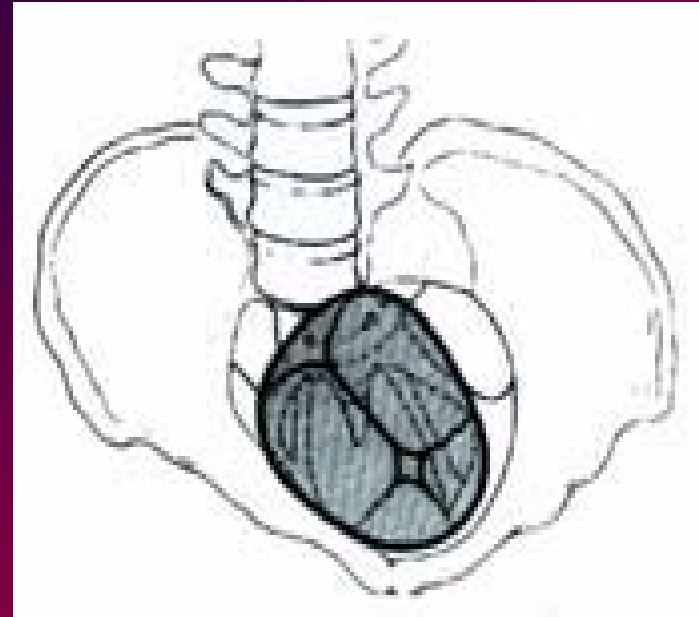
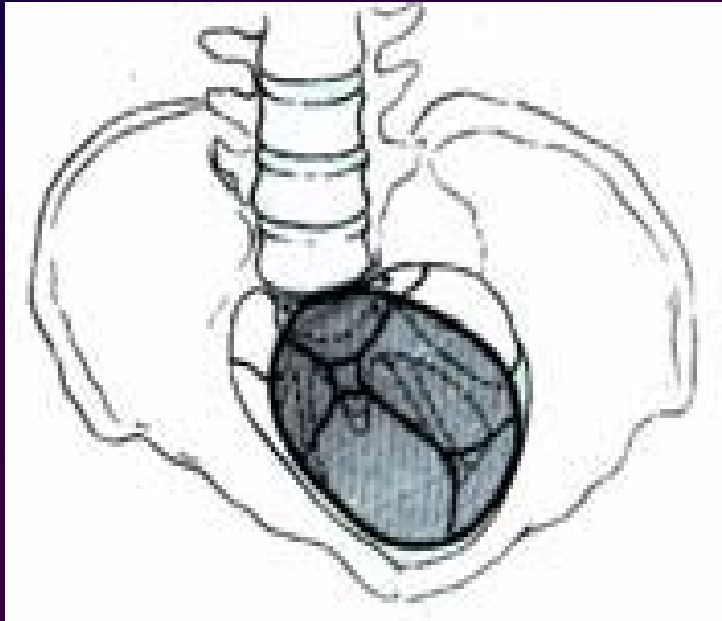
- El encajamiento será favorable o no en función del diámetro en el que se produzca:

Si se orienta en el diámetro largo:

- **Será favorable en encajamiento en occípito-anterior.**
- **Será desfavorable el encajamiento en occípito-posterior.**

FAVORABLE

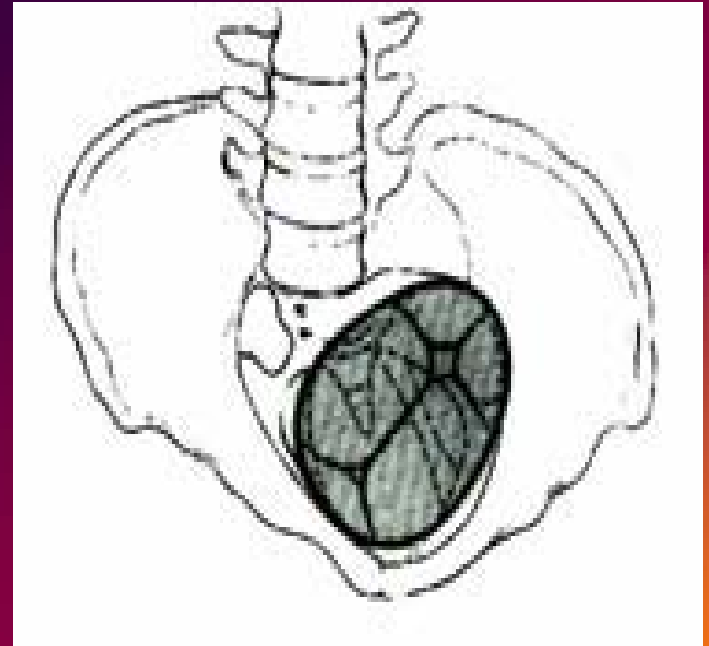
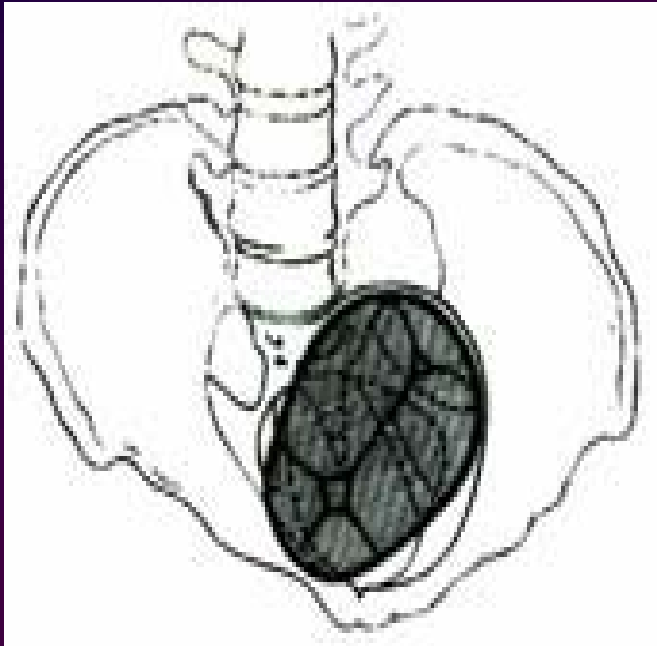
DESFAVORABLE



Si se orienta en el diámetro corto:

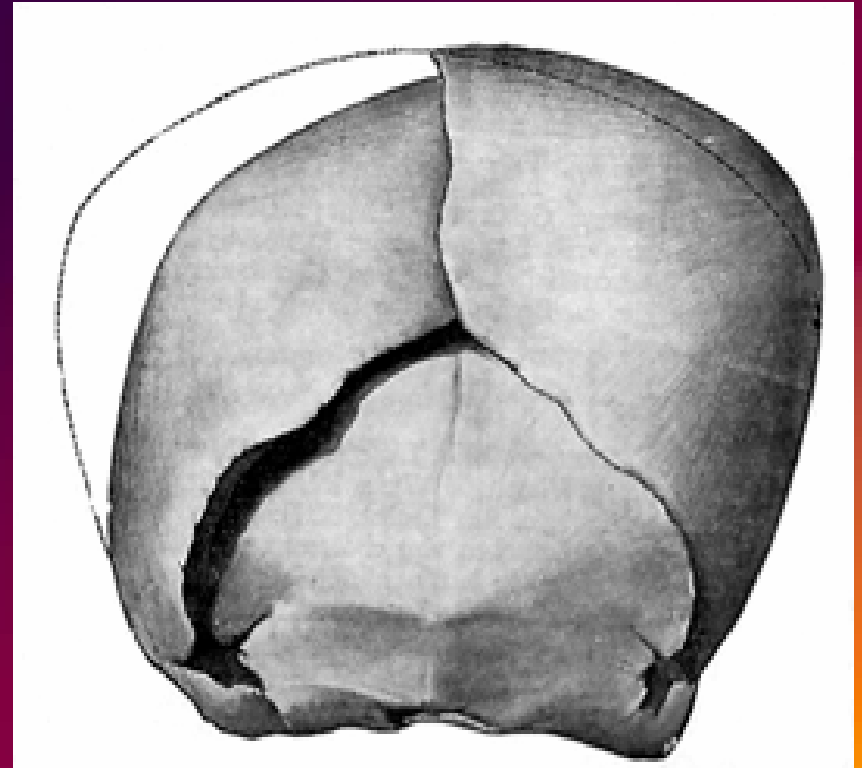
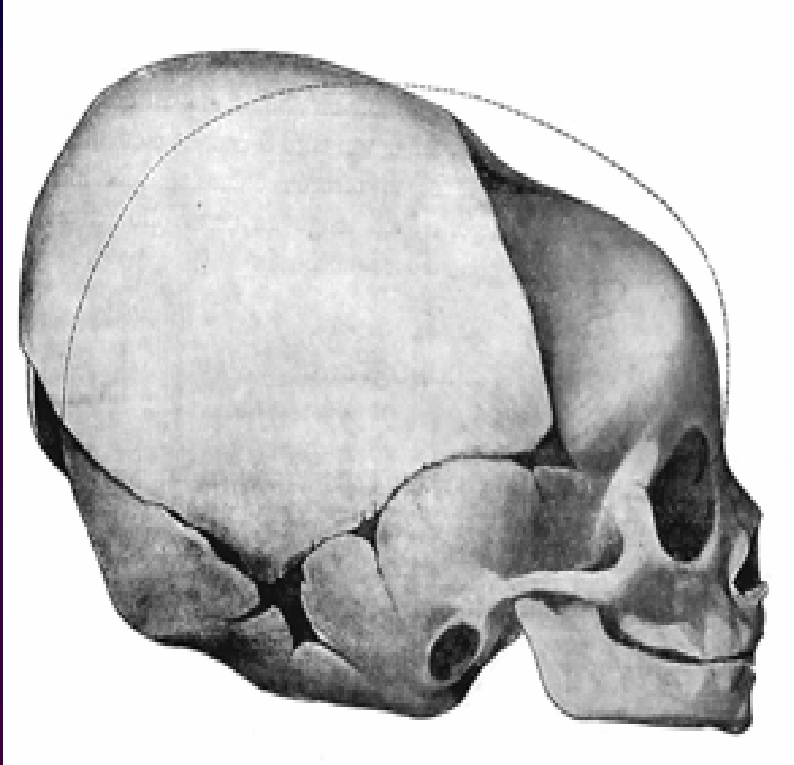
- -Será -Será favorable en encajamiento en occípito-posterior.
- Desfavorable el encajamiento en occípito-anterior.

FAVORABLE ***DESFAVORABLE***



Variaciones plásticas

Los parietales se acabalgan un poco sobre los frontales y los occipitales y así se disminuye el diámetro anteroposterior.

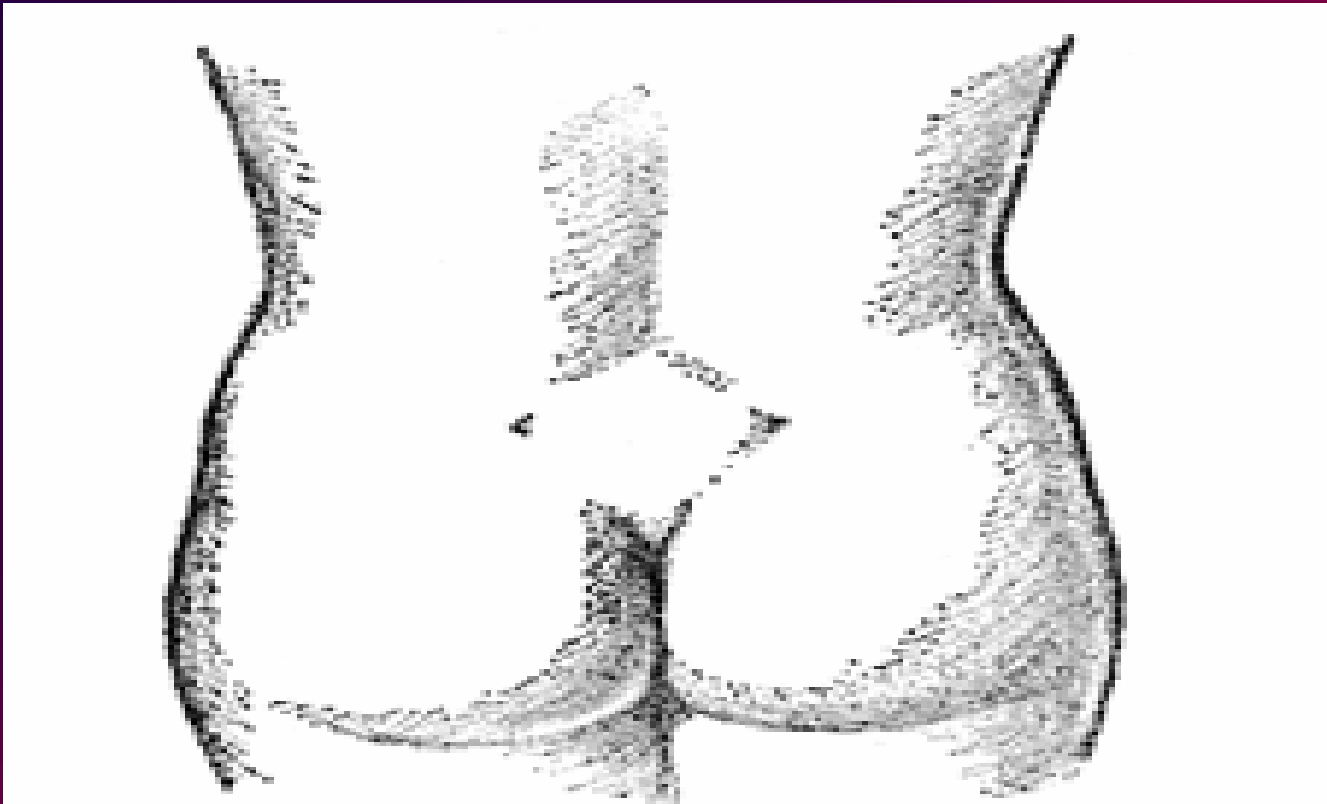


D.C.P DIAGNOSTICO

- *Inspección:*
- -Morfotipo de la paciente: Permite observar casos de enanismo (talla materna <145 cm), alteraciones del raquis y miembros inferiores, secuelas de raquitismo, etc.
- En cualquier caso, salvo circunstancias extremas, la mera valoración por observación externa del desarrollo de la pelvis posee escaso valor.

-Romboide de Michaelis

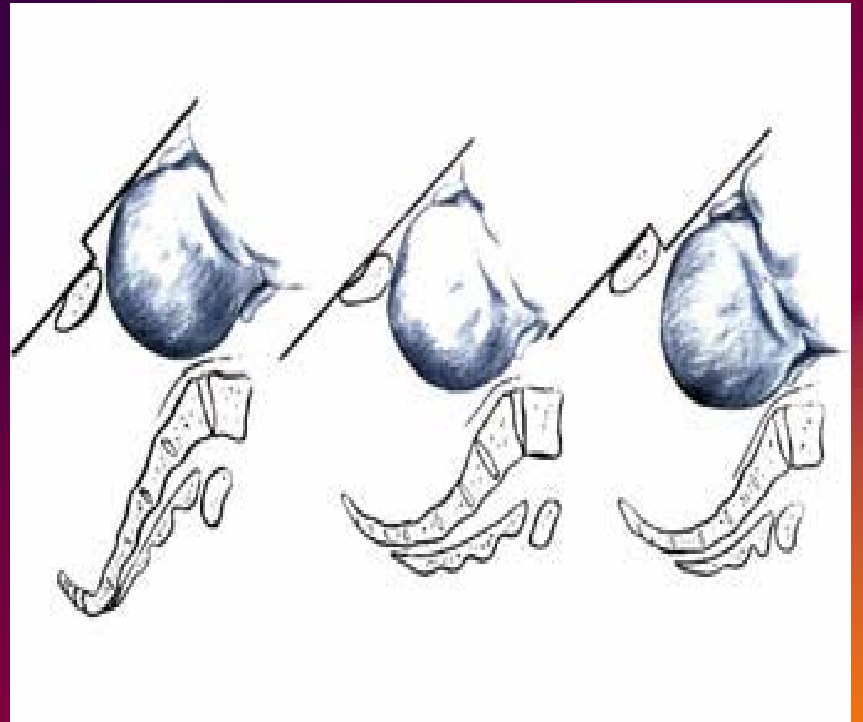
- Su forma debe ser regular, tendiendo a la morfología del cuadrado. La existencia de rombos asimétricos puede orientar a patologías pélvicas.



• **Palpación abdominal**

Puede realizarse la denominada palpación mesuradora de Pinard, consistente en colocar una mano sobre el pubis y otra sobre la cabeza fetal.

- Si la mano situada sobre la cabeza queda por delante de la del pubis es signo de desproporción.
- Ambas manos al mismo nivel indicarían una desproporción moderada. Por último, si la mano suprapúbica queda anterior respecto a la de la cabeza fetal indicaría la correcta proporción.

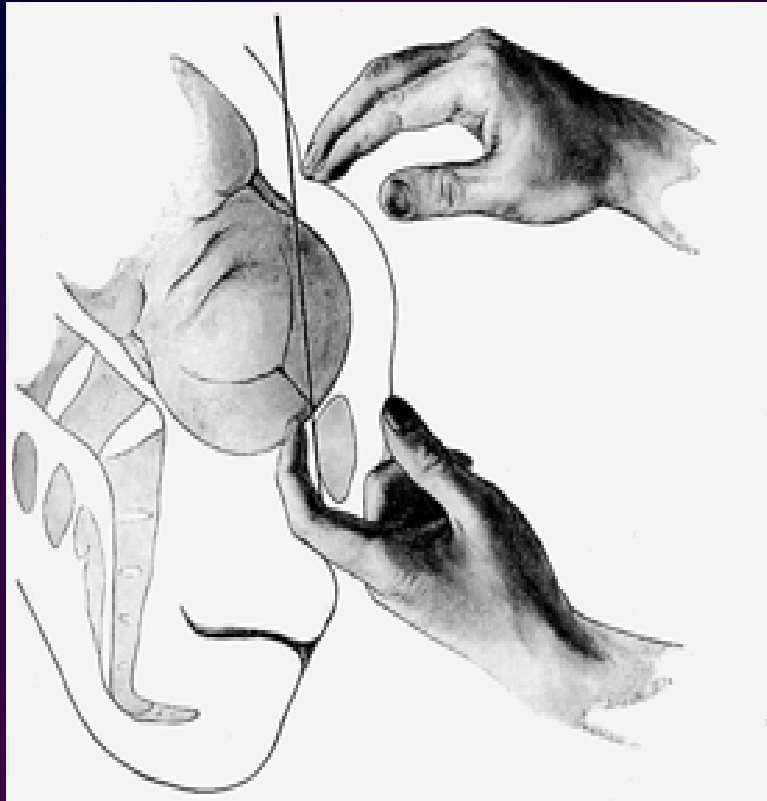


Palpación abdominovaginal

Maniobra de Müller

Consistente en comprobar primero por vía vaginal el encajamiento o no de la cabeza y si ésta pelotea. Si no estuviera encajada trata de empujarse ésta, presionando sobre la misma a nivel abdominal, para ver si se produce así el encajamiento o no cabe.

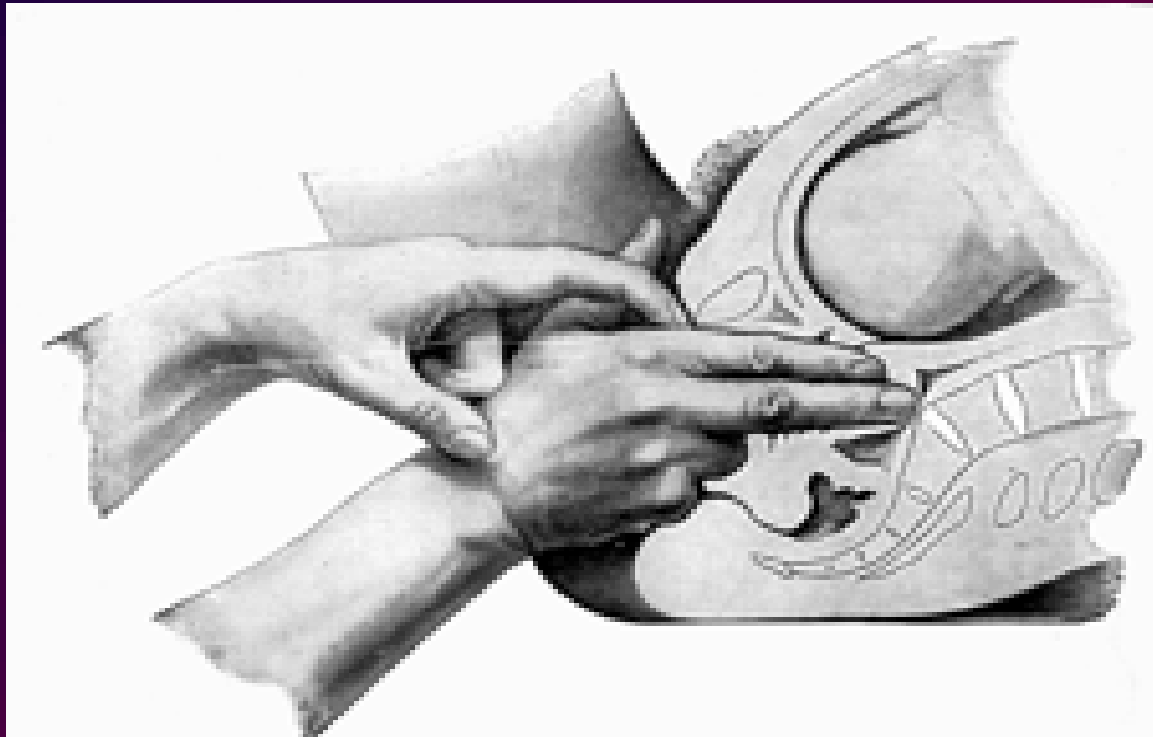
-



•Pelvimetría externa:

- La valoración pélvica externa mediante compás, según la idea de la época, como elemento estático, carece hoy de valor.
- Puede tener cierto interés la valoración del **estrecho inferior que se estima como adecuado** si las tuberosidades isquiáticas están separadas al **menos 8 cm y el ángulo subpúbico es $>90^\circ$** , en caso contrario la asociación a estenosis de otros niveles es además muy frecuente.

•Pelvimetría interna:



IMPORTANTE RECORDAR

- El límite práctico del diámetro conjugado obstétrico es de aproximadamente 9 cm . Por debajo de 9 cm. es muy difícil que el feto encaje.
- El estrecho medio se valora observando la prominencia de las espinas ciáticas, la excavación del sacro y la convergencia suave de las paredes laterales.

- **•Diagnóstico por la imagen:**
- Inicialmente la radiopelvimetría representó lo que, en su momento, se supuso un gran avance en la valoración de la pelvis. Pero en la práctica clínica se ha abandonado
- porque de nuevo proporciona una idea estática de la pelvis sin contar con sus modificaciones en el parto, no siendo útil en la práctica.
- U.S.G.
- T.A.C.

*LO CULPABLE EN LAS HORAS DECISIVAS
ES LA INDECISION.*

*EL HOMBRE IGNORANTE NO HA EMPEZADO
A SER HOMBRE.*

*Y LOS DERECHOS SE TOMAN , NO SE
PIDEN., SE ARRANCAN ., NO SE MENDIGAN.*

José Martí