

El diagnóstico de certeza lo
proporciona el tacto vaginal.

EVOLUCION.

Las variedades posteriores pueden evolucionar hacia:

- ▣ La rotación espontánea a occípito-anterior (OA) con expulsión espontánea.
- ▣ Descender hasta el suelo perineal y producirse la expulsión en OS.
- ▣ O se hace necesaria:
 - Rotación digital.
 - Rotación con una rama del fórceps.

▣ Extracción con aplicación de fórceps en OS o con maniobra de Scanzoni (rotar a OA, extracción del fórceps y colocación del mismo en OA ó directa anterior).

▣ **MANEJO DE LAS VARIEDADES OCCIPITO POSTERIORES.**

REVISION BIBLIOGRAFIC Dr Oliva, Bajo Arenas,etc.

Transversa baja: occipito tranversa

- ▣ Una vez realizado el encajamiento de la cabeza fetal , no se produce la rotación interna.
- ▣ Es preciso tener en cuenta que en estos casos existe una flexión incompleta de la cabeza fetal.

Diagnóstico

- ▣ Cuando el periodo expulsivo del parto se prolonga, el tacto vaginal constituye el mejor método diagnóstico al comprobar que la sutura sagital coincide con el diámetro transversal de la pelvis (OIIT/ IODT).
- ▣ Es necesario para el diagnóstico que la cabeza fetal esté encajada con el punto guía en IV plano.

Conducta obstétrica

- ▣ Tras un periodo de observación prudente (20-30 minutos), se deben tomar estas medidas.
 - I. Detectar hipodinamia y realizar entonces estimulación oxcitócica.
 - II. Extracción instrumental, preferentemente mediante fórceps.

Posición anteroposterior elevada o alta

- ▣ En realidad se trata de una anomalía mecánica del parto bastante infrecuente (inferior al 1%). Puede admitir dos variedades:
- ▣ En occipito-púbica (más frecuente) o bien **occipito-sacra (infrecuente)**.
- ▣ Se ha relacionado con anomalías pélvicas, feto pequeño o circulares de cordón muy tensas.

Diagnóstico

- ▣ El diagnóstico definitivo se establece mediante tacto vaginal.
- ▣ Siempre hay que descartar DPC, que habitualmente se acompaña de un retraso en la dilatación y detención del descenso de la presentación fetal.

Conducta terapéutica

- ▣ El parto en ocasiones puede ser imposible, pero a veces con pelvis amplia, el feto puede pasar a la excavación y realizando solo dos movimientos (flexión y deflexión), puede conseguirse el parto.

Presentación de roederer

- ▣ Se trata de una hiperflexión de la cabeza fetal mucho antes del encajamiento. Es un mecanismo de parto típico de la pelvis estenótica.

DISTOCIA DEL OBJETO DEL PARTO

- ▣ Hoy día, el diagnóstico de las malformaciones fetales se basa en la ecografía, lo que hace que el diagnóstico sea precoz en la mayoría de los casos y ya es difícil encontrarnos con anomalías fetales que causen distocia del parto al final del embarazo.

Etiología de las dist partes blandas

- ▣ **Congénitas:**

- ▣ *Cervicales*

- ▣ -atresia -

- ▣ - distopia -

- ▣ *vulvares*

- ▣ - hipoplasia

- ▣ - himen patológico

- ▣ **Infecciones:**

- ▣ *agudas*

- ▣ - vulvitis

- ▣ - Bartholinitis

- ▣ - linfogranuloma venéreo

- vaginales*

- atresia

- tabiques vaginales

- crónicas*

- SIDA

- condilomas gigantes

- Bilharziasis

▣ **Traumatismos y lesiones cicatriciales:**

▣ *postquirúrgicos*

▣ – cérvix

▣ • conización

▣ • amputación

▣ • electro/coagulación

▣ • cerclaje

– vulvovaginales

prolapsos

• fístulas

• aplasias

▣ **Tumores del canal blando:**

▣ *benignos*

▣ – quistes vaginales

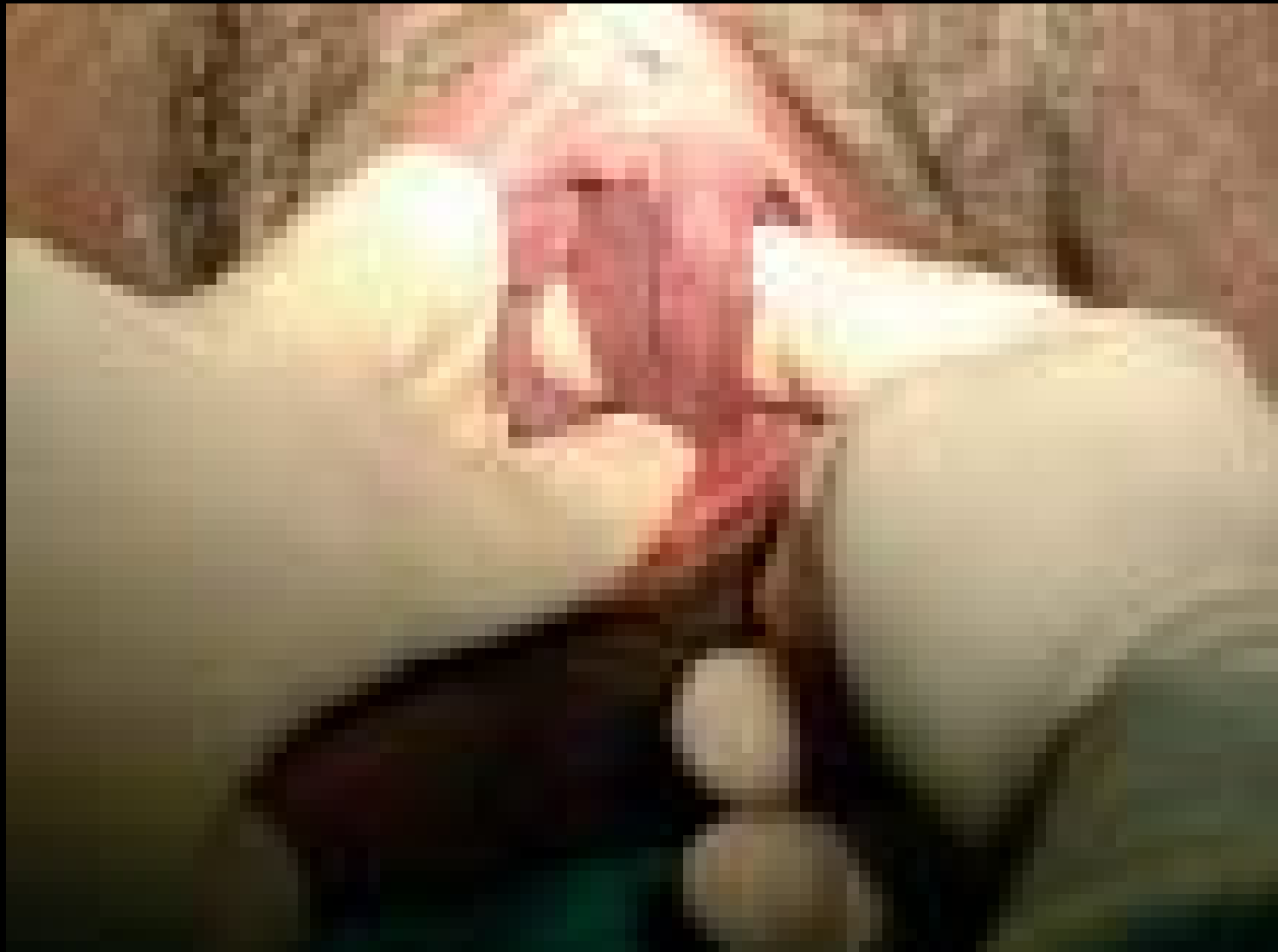
▣ – otros: varices, pólipos...

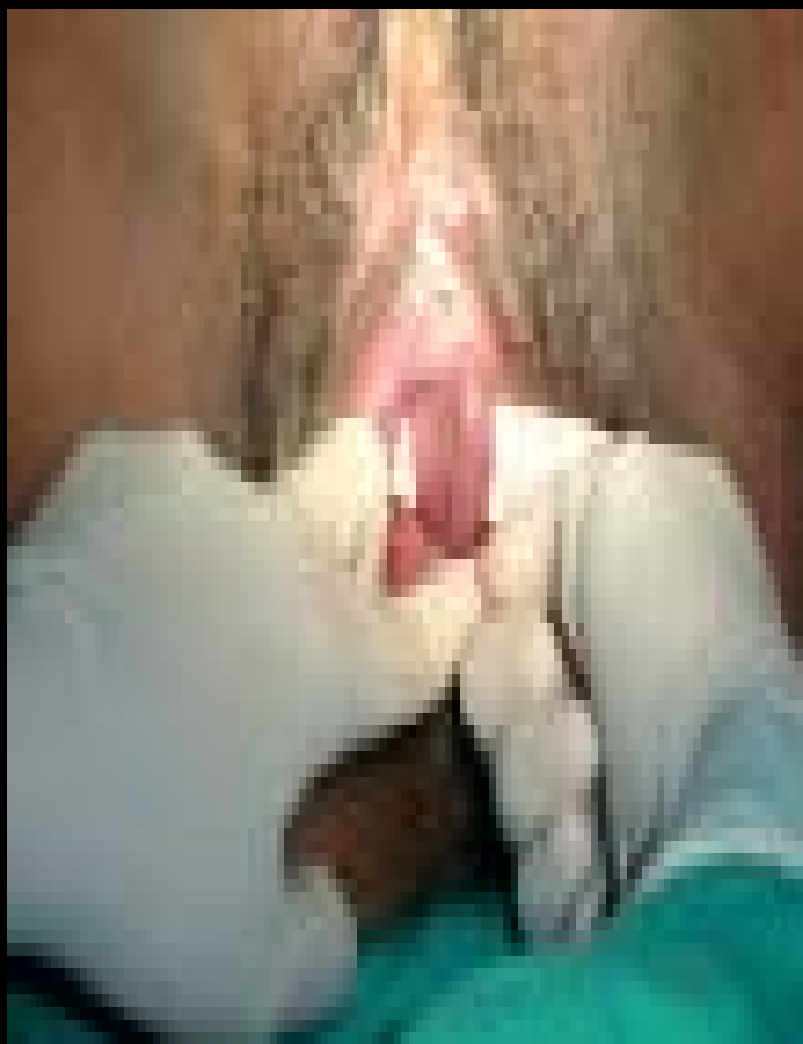
▣ – vulva

cáncer invasor

– cérvix

– vagina





▣ **Tumores previos extrínsecos:**

▣ *Uterinos* *genitales extrauterinos*

▣ – miomas

– tumores ováricos

▣ – hemiútero previo

– quistes hidatídicos

▣ – retroversión marcada

▣ *extragenitales*

▣ – vejiga

– riñón ectópico

▣ – recto

– bazo ectópico

▣ – fibromas y tumores óseos – vólvulo intestinal

▣ – callos fractura

– fecalomas

Anomalías fetales que causen distocia del parto al final del embarazo.

- ▣ Gastrosquisis.

Anomalías de partes blandas.

- ▣ Higroma quístico.
- ▣ Teratoma sacrococcígeo.
- ▣ Mielomeningocele lumbar o sacro.
- ▣ Gemelos unidos.

Anomalías del polo cefálico

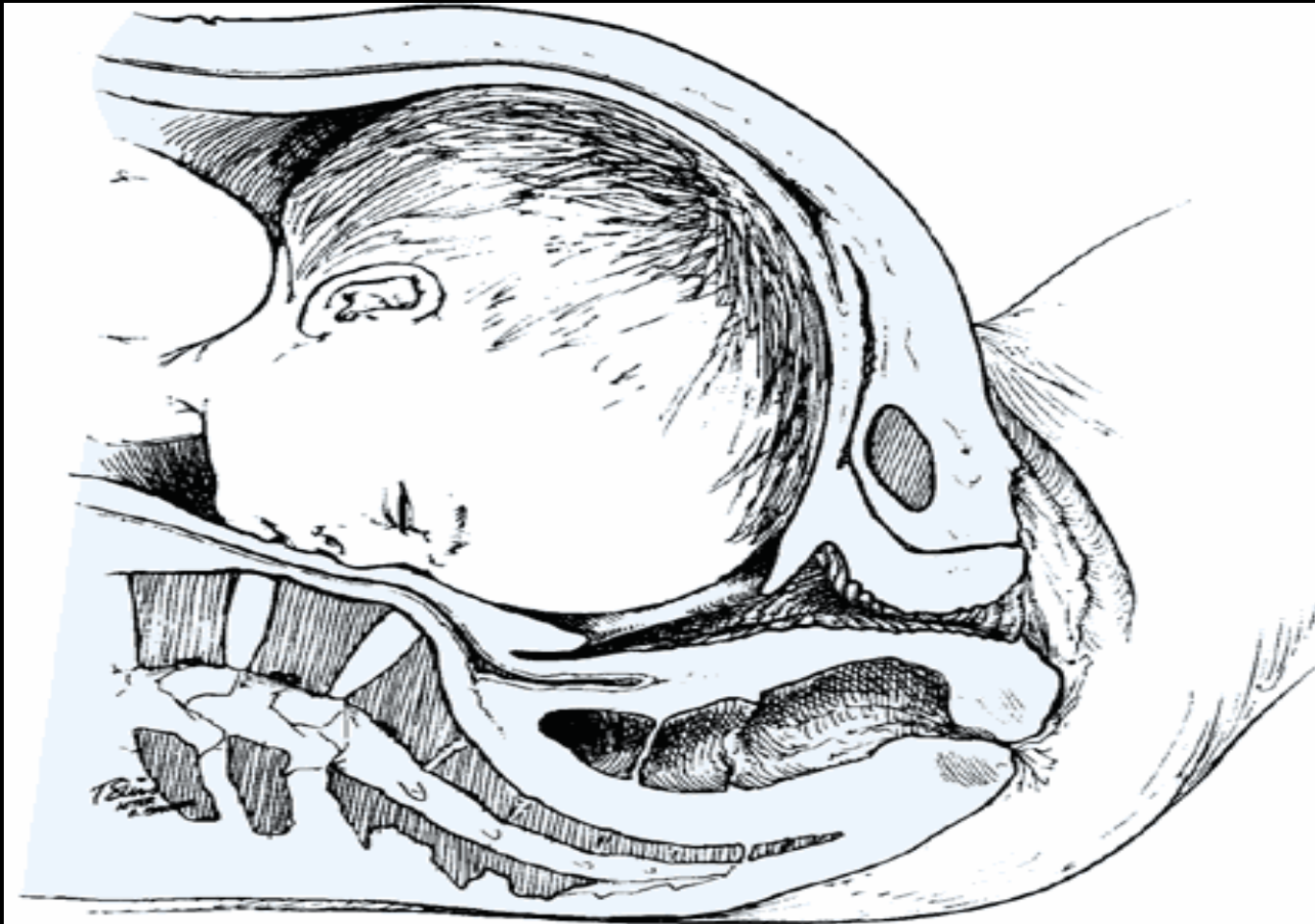
La más frecuente es **la hidrocefalia.**

Anomalías del tronco fetal

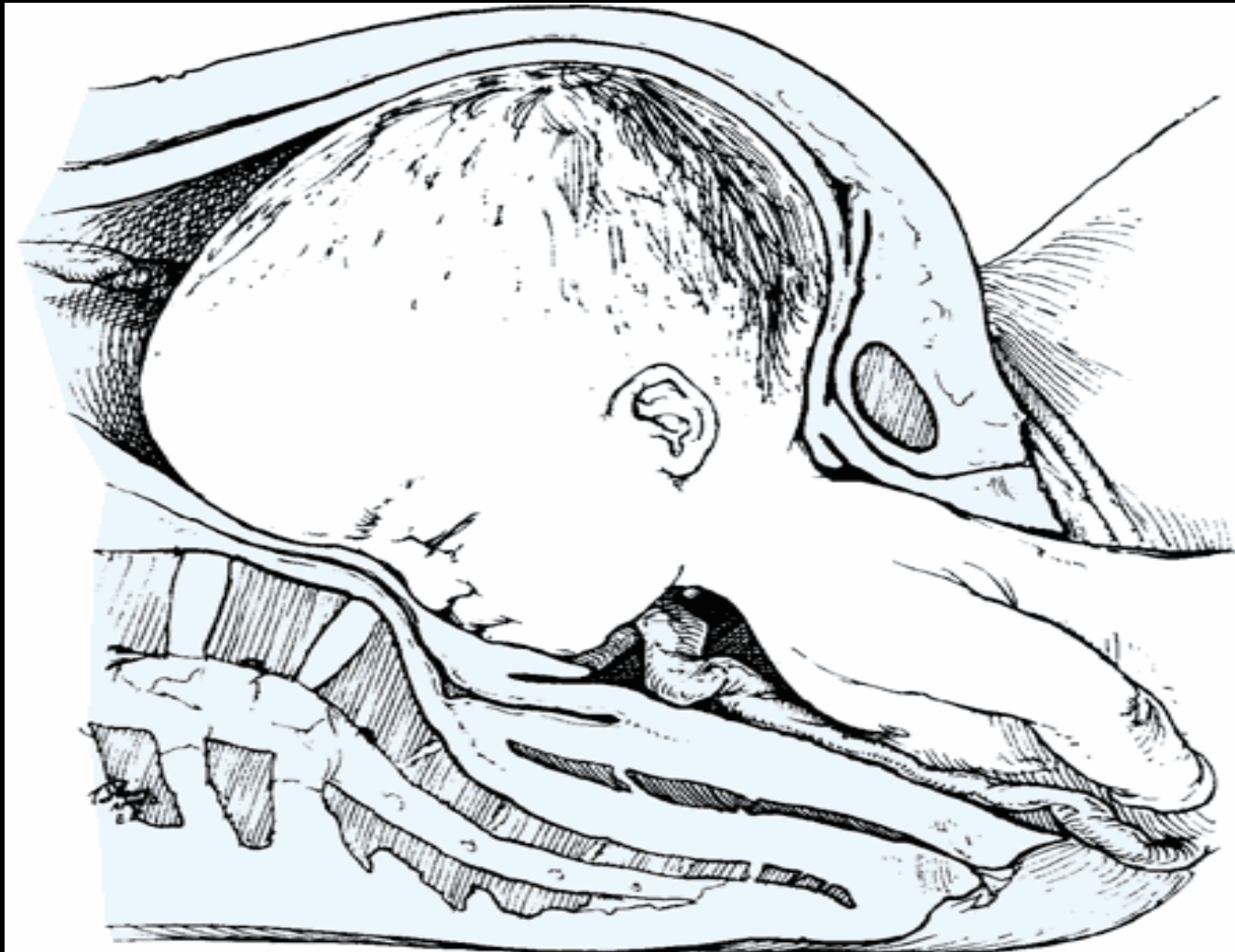
- ▣ Ascitis fetal.
- ▣ Hidrops fetal
- ▣ Mega vejiga.
- ▣ Hepatomegalia.

Defectos del cierre de la pared abdominal

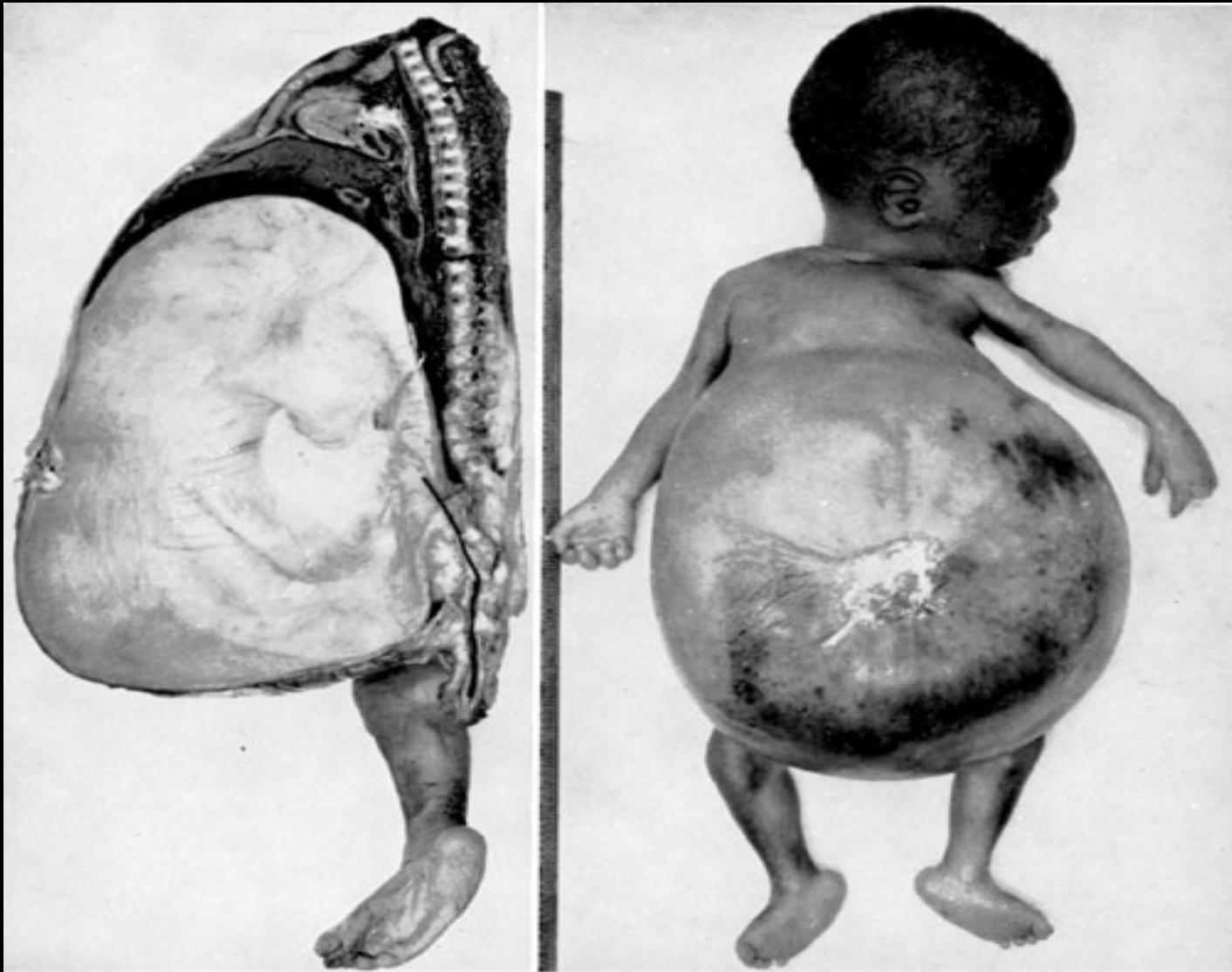
- ▣ Onfalocele.
- ▣ Gastrosquisis.



Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
All rights reserved.



Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
All rights reserved.



Copyright ©2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
All rights reserved.

*AL LLEGAR A LA TIERRA TODO
HOMBRE TIENE COMO DERECHO
EL QUE SE LE EDUQUE Y EN
PAGO CONTRIBUIR CON ELLO A LA
EDUCACION DE LOS DEMAS*

