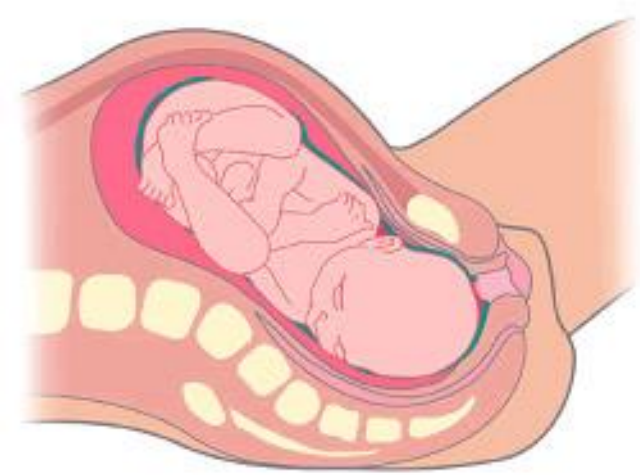


Distocias mecánicas

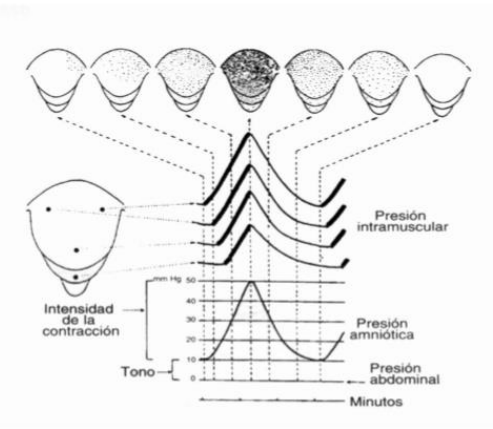
Ginecología y Obstetricia

Catedrático: Dr. Jiménez Ruiz Sergio

Ponente: Eduardo Ernesto Zavala Barco



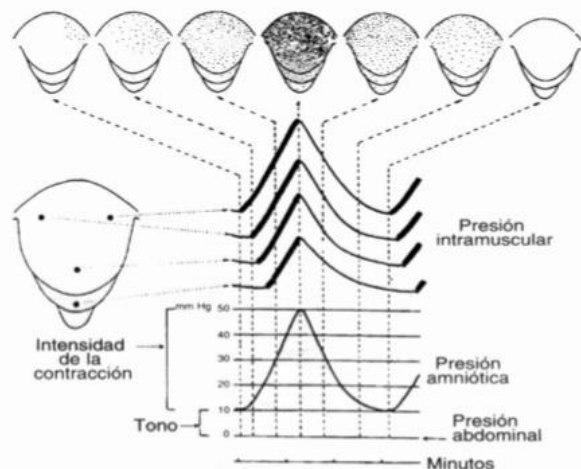
Definición



- Las distocias dinámicas son aquellas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y/o descenso de la presentación
- La distocia dinámica puede ser de tipo cuantitativo o cualitativo

Distocias dinámicas cuantitativas

- Son las distocias dinámicas en las cuales se altera el tono uterino, la frecuencia o la intensidad de las contracciones uterinas



PARÁMETRO CUANTITATIVO	VALOR NORMAL	DISTOCIAS CUANTITATIVAS	
		AUMENTO	DISMINUCIÓN
1. Frecuencia (en 10 minutos)	2 a 5	Taquisistolia	Bradisistolia
2. Intensidad (en mm Hg)	30 a 50	Hipersistolia	Hiposistolia
3. Duración (en segundos)	20 a 90	Hipercronosia	Hipocronosia
4. Tono (mm Hg)	8 a 12	Hipertonía	Hipotonía
5. Actividad Uterina (U. Montevideo)	60 - 250	Hiperactividad	Hipoactividad

Alteraciones

- *Tono uterino.* El tono uterino normal durante el trabajo de parto oscila entre 8 y 12 mmHg
- Hipertonía uterina se presenta cuando hay:
 - a) hiperdinamia uterina por aumento de la intensidad o de la frecuencia de las contracciones
 - b) incoordinación de segundo grado
 - c) sobredistensión uterina
 - d) en casos de desprendimiento prematuro de placenta

- Alteraciones de la frecuencia de las contracciones uterinas. Las alteraciones de la frecuencia de las contracciones uterinas pueden ser por defecto o por exceso
-

- Asistolia o inercia (primaria/secundaria)
- Oligosistolia o bradisistolia
- Polisistolia o taquisistolia
- Alteraciones de la intensidad de la contracción uterina. Hiposistolia si la intensidad de las contracciones uterinas es menor de 25 mmHg
- Hipersistolia cuando la intensidad es mayor de 50 mmHg.

PARÁMETRO CUANTITATIVO	VALOR NORMAL	DISTOCIAS CUANTITATIVAS	
		AUMENTO	DISMINUCIÓN
1. Frecuencia (en 10 minutos)	2 a 5	Taquisistolia	Bradisistolia
2. Intensidad (en mm Hg)	30 a 50	Hipersistolia	Hiposistolia
3. Duración (en segundos)	20 a 90	Hipercronosia	Hipocronosia
4. Tono (mm Hg)	8 a 12	Hipertonía	Hipotonía
5. Actividad Uterina (U. Montevideo)	60 - 250	Hiperactividad	Hipoactividad

Hiperdinamia

- Intensidad de las contracciones > 50 mm Hg (hipersistolia)
- Frecuencia es normal o $> 5 / 10$ min (taqui o polisistolia)
- Puede aumentar el tono (hipertonia)
- La dinámica uterina es excesiva pero inefectiva
- Si aumenta la intensidad, con tono y frecuencia normales \rightarrow “parto precipitado”
- Tenemos dos: Hiperdinamia primitiva y Hiperdinamia Secundaria

-
- Hiperdinamia Primitiva: Iniciación del parto
 - Mayor excitabilidad de los centros nerviosos del útero
 - Aumento de las neurosecreciones → (oxitocina)
 - Contextura vigorosa de la musculatura uterina

Síntomas y diagnóstico:

- Aumento de la intensidad contráctil.
- Muy agitada, fuertes dolores.
- Dureza exagerada → 70 seg
- Diferente a la hipertonía (ritmo contráctil muy acelerado y no se percibe relajación).
- Diferente a la contractura (desaparece el dolor, no hay relajación).

Evolución y pronóstico:

- Termina de forma tumultuosa → no da tiempo a los tejidos blandos a prepararse.
- Desgarros del cuello, vagina y periné.
- Puede desprendimiento de la placenta.
- Atonía en el alumbramiento.
- Anoxia fetal.

-
- Hiperdinamia secundaria
 - Origen iatrogénico (oxitocina o prostaglandinas)
 - Obstáculo mecánicos → opone a la progresión del feto → “fenómeno de lucha”

Evolución:

- Puede ceder la potencia → hipodinamia secundaria → no hay peligro materno ni fetal
- Entrar en contractura → anoxia fetal y mayor peligro materno.
- Puede ceder la resistencia
- No cede la potencia ni la resistencia → sind. De Bandl- Frommel- Pinard → contractura o rotura del utero.

Síndrome de Bandl – Frommel - Pinard

- Signo de Bandl: palpación de la contractura y ascenso del anillo de Bandl por distensión del segmento inferior.
- Signo de Frommel: palpación lateral de los ligamentos redondos por estiramiento de los mismos.
- Signo de Pinard: Hemorragia escasa y oscura de origen cervical por trastornos de la irrigación del cuello uterino.

Sintomatología

- Dolor exagerado y continuo en hipogastrico y sacra → gran sensibilidad del útero.
- LCF□ alterados (sufrimiento fetal)

Evolución

- parto acelerado
- rotura de útero
- estado de contractura
- hipodinamia secundaria

Complicaciones

- Provocar hipoxia
- Sufrimiento fetal
- Parto precipitado
- Ruptura uterina
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Desgarros del canal del parto
- Atonía posparto

Tratamiento

- Identificar la causa que provoca el trastorno: evacuación lenta de un polihidramnios, supresión de administración exagerada de oxitocina.
- Cambiar de posición a la embarazada: puede favorecer la acción de fármacos útero-inhidores
- Administrar fármacos útero-inhidores.

Hipodinamia

- Hipofunción del útero → intensidad y de la duración ↓ de las contracciones (hiposistolia) y en la frecuencia ↓ (braquisistolia)
- Primitivas → normosistolia en ningún momento.
- Secundaria → después de un periodo de contracción normal o exagerada.

Hipodinamia primitiva



- **Función:**
- Por (-) psicógena → adrenalina ↑ → contractilidad. ↓
- Por (-) refleja provenientes de org. vecinos (repleción de la vejiga o recto)
- Defectos hipotalámicos □ ↓ oxitocina
- **Mecánica:**
- Falta de formación de las bolsas de las aguas
- Falta de apoyo de la presentación fetal
- Hipoplasia del músculo uterino.
- Procesos degenerativos del miometrio
- Distensión uterina.

Sintomatología y diagnóstico.

- Intensidad: < 20 mm Hg
- Frecuencia disminuida ($< 2/10$ min)
- Intensidad: normal.
- La duración del parto suele prolongarse \rightarrow se detiene $\rightarrow < 15$ mm Hg.
- El tono puede ser normal. (8 a 12 mm Hg) • Palpación flácida, intervalo de 5 a 10 min.

Evolución y pronóstico

- Parto prolongado \rightarrow terminar espontáneamente.
- No afectan a la madre ni producen anoxia fetal. \rightarrow Fatiga y ansiedad materna.
- Membrana rota \rightarrow ojo con los tactos.
- Alumbramiento: hemorragias

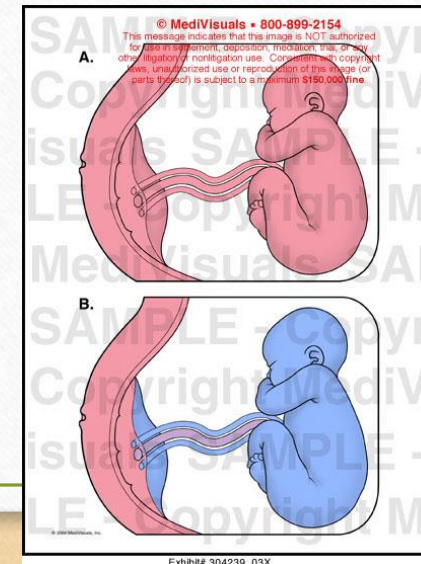
Hipodinamia secundaria



- Consecuencia del cansancio muscular, precedidas de una dinámica normal o hiperdinamia.
- Aparece al final del periodo dilatante o periodo expulsivo.
- Pueden poner de manifiesto la presencia de un obstáculo al parto, (partes blandas u óseas del canal)

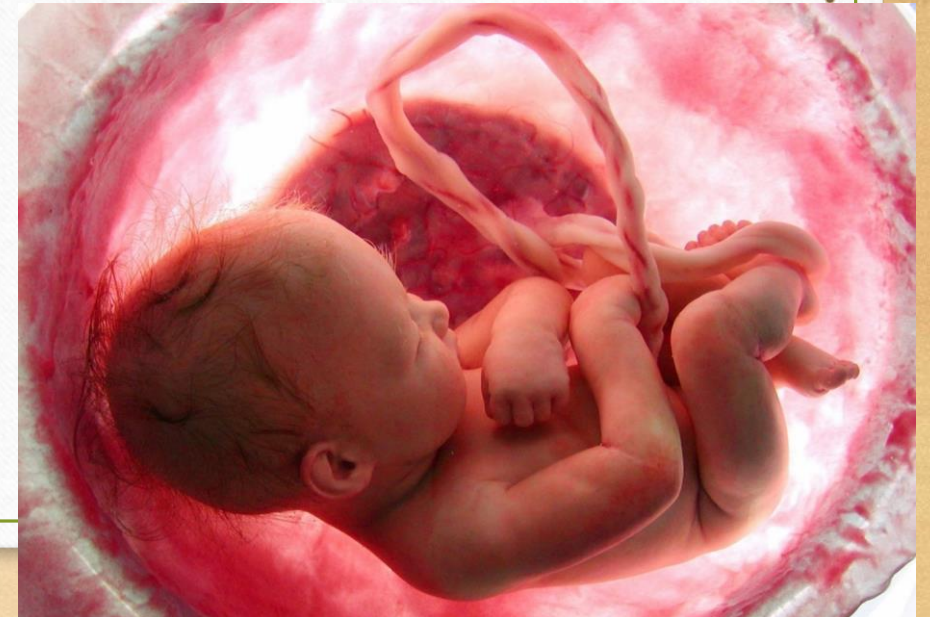
Evolución y pronóstico:

- A veces reposo se recupera la actividad
- Las infecciones, la necrosis de los tejidos maternos y la anoxia fetal son mas frecuentes en esta distocia



Consecuencias

- Prolongación o detención del trabajo de parto
- Sufrimiento fetal
- Fatiga y ansiedad materna
- Aumento del riesgo de infección
- Alteraciones del alumbramiento



Tratamiento

- Debe ser etiologico
- La paciente debe ser hidratada
- En caso necesario, sometida a sedación

- Nota: En los casos de sobredistensión uterina por polihidramnios puede ser útil la evacuación cuidadosa y parcial de líquido amniótico

Distocias dinámicas cualitativa

- Son aquellas en las que se altera el triple gradiente descendente o el sitio de origen de la contracción uterina. Pueden ser:
- Inversión parcial
- Total del triple gradiente
- Incoordinación uterina

Inversión parcial o total del triple gradiente

- Los componentes del triple gradiente descendente de la contracción uterina son
- La duración → duración de la fase sistólica de la contracción en las partes altas
- La intensidad → la intensidad es más fuerte en las partes altas.
- El sentido → propagación descendente

Incoordinación uterina

- La incoordinación uterina puede ser de primer grado cuando los dos marcapasos uterinos difieren en el ritmo y se interfieren mutuamente
- De segundo grado (fibrilación uterina cuando aparecen además de los dos marcapasos cornuales otros marcapasos en diferentes zonas del útero)

Fuentes bibliográficas

- Manuel Esteban Mercado Pedroza “Obstetricia integral” – Distocias
- Meza Redonda – Distocias