



CUADRO SINOPTICO.

Nombre del Alumno: JOSE GUSTAVO BASTAR
LOPEZ

Nombre del tema: embarazo multiple,
distocia mecanica, distocia dinamica
Parcial:1RO

Nombre de la Materia: ginecologia y
obstetricia

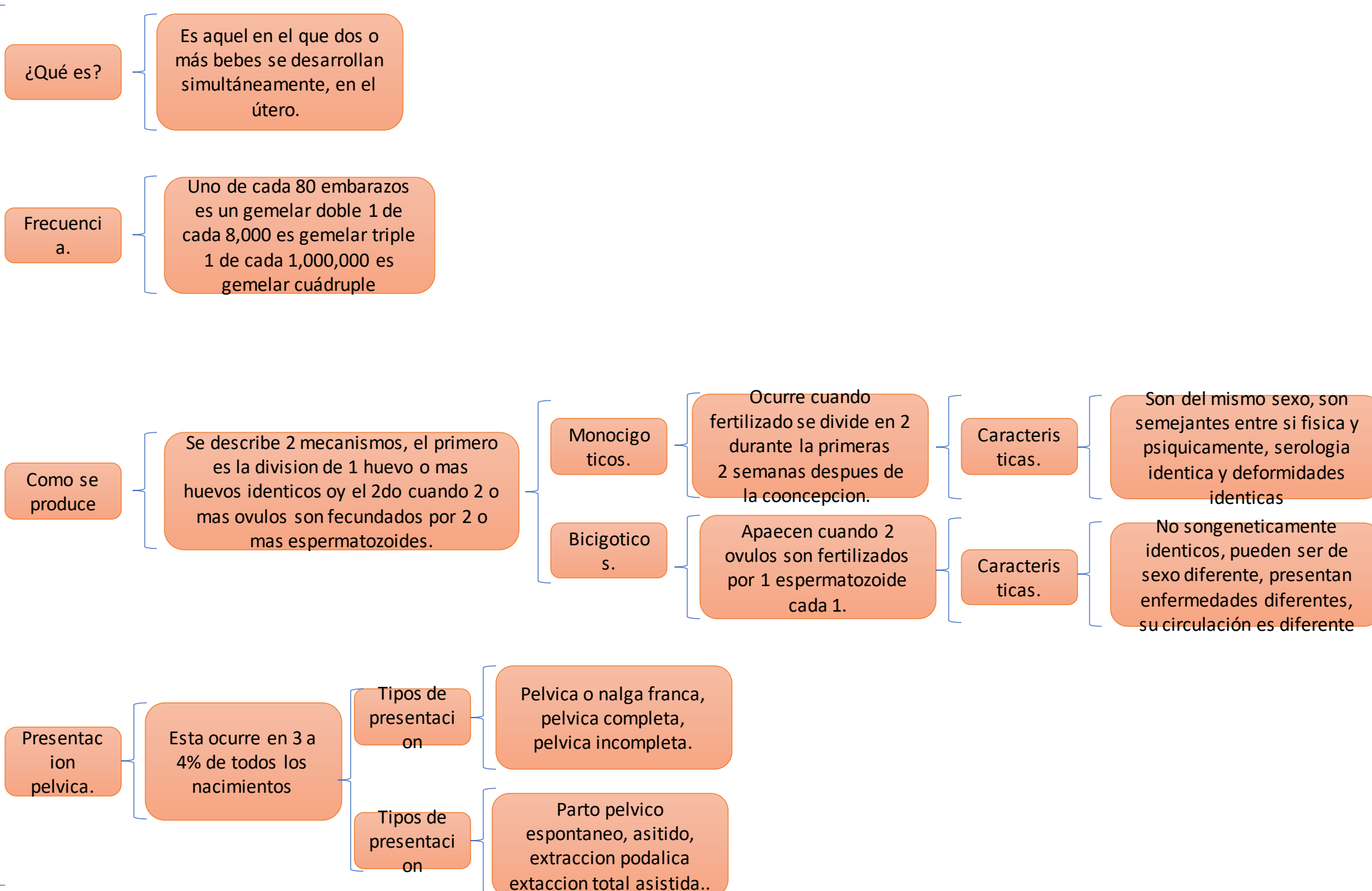
Nombre del profesor: Jaime Heleria Ceron

Nombre de la Licenciatura: ENFERMERIA

Cuatrimestre: 5to

Fecha: 14 de febrero del 2023

Embarazo múltiple, presentación pélvica y situación transversal.



Distocias mecánicas

La distocia puede producirse cuando el feto es demasiado grande para el estrecho de la pelvis

Desproporción fetopelviana

Se sugiere por las estimulaciones clínicas prenatales de las dimensiones pelvianas, la ecografía y la presencia de un trabajo de parto prolongado

Presentación con occipucio posterior

En general el cuello fetal está un poco deflexionado así, un diámetro mayor de cabeza debe pasar por el canal de la pelvis.

Presentación de frente.

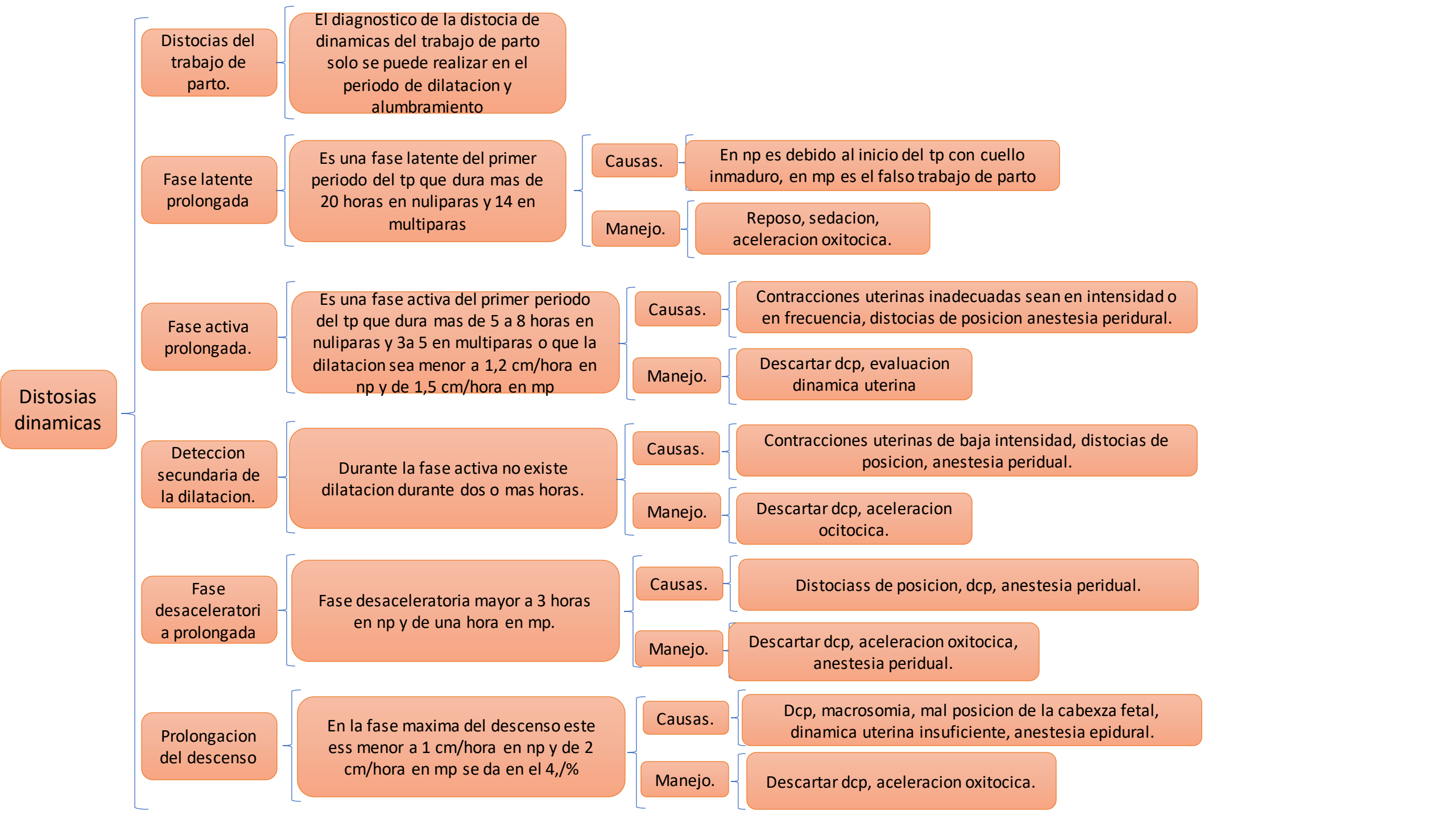
La cabeza está hiperextendida y la posición es designada por el mentón

Presentación transversa

La posición fetal es transversal con el eje largo del feto oblicuo o perpendicular en lugar de paralelo al eje de la madre

Distosia de hombro

Es una condición infrecuente, la presentación es de vértice pero el hombro fetal anterior queda atascado detrás de la sínfisis púbica después de la salida de la cabeza, impidiendo el parto vaginal



Distosias dinamicas

Distocias del trabajo de parto.

El diagnostico de la distocia de dinamicas del trabajo de parto solo se puede realizar en el periodo de dilatacion y alumbramiento

Fase latente prolongada

Es una fase latente del primer periodo del tp que dura mas de 20 horas en nuliparas y 14 en multiparas

Causas.

En np es debido al inicio del tp con cuello inmaduro, en mp es el falso trabajo de parto

Manejo.

Reposo, sedacion, aceleracion oitocica.

Fase activa prolongada.

Es una fase activa del primer periodo del tp que dura mas de 5 a 8 horas en nuliparas y 3a 5 en multiparas o que la dilatacion sea menor a 1,2 cm/hora en np y de 1,5 cm/hora en mp

Causas.

Contracciones uterinas inadecuadas sean en intensidad o en frecuencia, distocias de posicion anestesia peridural.

Manejo.

Descartar dcp, evaluacion dinamica uterina

Deteccion secundaria de la dilatacion.

Durante la fase activa no existe dilatacion durante dos o mas horas.

Causas.

Contracciones uterinas de baja intensidad, distocias de posicion, anestesia peridural.

Manejo.

Descartar dcp, aceleracion oitocica.

Fase desaceleratoria prolongada

Fase desaceleratoria mayor a 3 horas en np y de una hora en mp.

Causas.

Distociass de posicion, dcp, anestesia peridural.

Manejo.

Descartar dcp, aceleracion oitocica, anestesia peridural.

Prolongacion del descenso

En la fase maxima del descenso este ess menor a 1 cm/hora en np y de 2 cm/hora en mp se da en el 4,/%

Causas.

Dcp, macrosomia, mal posicion de la cabexza fetal, dinamica uterina insuficiente, anestesia epidural.

Manejo.

Descartar dcp, aceleracion oitocica.

Distosias dinamicas

Falla del descenso

Auscesceno en el segundo periodo del parto en una hora en ausencia de hipodinamica

Causas.

Dcp.

manejo

Cesarea.

Detencion del descenso

Ausencia del descenso en 1 hora en el segundo estadio del parto en ausencia de hipodinamica

Causas.

Dcp, contracciones uterinas inadecuadas, mal posicion de la cabeza fetal anestesia de conduccion.

manejo

Descartar dcp, aceleracion oxitocica monitorizada, cesarea.

Detencion del descenso

Criterios diagnosticos

Cese secundario de dilatacion, falla del descenso.

Manejo.

Evaluar proporcion cefalopelvica, descartar distocia de posicion, evaluar la calidad de la actividad uterina, evaluar la curva de alerta del partograma de clap