



**Mi Universidad**

**Nombre del alumno: ITATI**

**CAROLINA ESCOBAR ROBLERO**

**NOMBRE DEL PROFESOR :**

**MATERIA :**

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**CUATRIMESTRE :**

**GRUPO : A**

## Distocias dinámicas.

### Hipertonía Uterina

**Definición:** Contracciones uterinas excesivamente fuertes, prolongadas o frecuentes.  
**Impacto:** Puede dificultar la expulsión del feto entre las contracciones y aumentar la carga uterina.

**Hipertonía uterina:**  
**Definición:** Contracciones uterinas débiles o poco frecuentes.  
**Impacto:** Puede retrasar el progreso del trabajo de parto y dificultar la dilatación cervical.

**Irregularidad Uterina:**  
**Definición:** Contracciones uterinas desorganizadas o incoordinadas.

**Impacto:** Puede dificultar el avance del trabajo de parto y la dilatación cervical de manera eficiente.

**Contracciones Uterinas Tónicas:**  
**Definición:** Contracciones uterinas continuas sin períodos de relajación.

**Impacto:** Puede disminuir el flujo sanguíneo al útero y al feto, lo que lleva a una disminución de la oxigenación.

**Contracciones Uterinas Inefectivas:**  
**Definición:** Contracciones que no logran producir cambios significativos en la dilatación cervical.

**Impacto:** Puede prolongar el trabajo de parto y requerir intervenciones para acelerar el proceso.

1

### Causas de Distocias Dinámicas:

**Fatiga Uterina:** Puede ocurrir después de un trabajo de parto prolongado, especialmente en mujeres que han estado en trabajo de parto durante muchas horas.

**Interrupción del Trabajo de Parto:** Algunas mujeres pueden experimentar distocias dinámicas después de la inducción del trabajo de parto.

manejo de las distocias dinámicas depende de la causa subyacente y puede incluir medidas como la estimulación del trabajo de parto, la administración de oxitocina

(hormona que estimula las contracciones), cambios de posición, la administración de líquidos intravenosos y, en algunos casos, la realización de una C

## Distocias mecánicas.

### Desproporción feto-pelviana

El diagnóstico se sugiere por las estimaciones clínicas previas de las dimensiones pélvicas, la ecografía y la presencia de un trabajo de parto prolongado.

Si el trabajo de parto restablece el progreso normal y el peso fetal es de < 3.000 g en una mujer sin diabetes o < 4.500 g en una con diabetes, el parto puede continuar con seguridad.

Si el progreso es más lento que el esperado en la segunda etapa del trabajo de parto, la mujer debe ser evaluada para determinar si se requiere un parto operario. Con fórceps o extractor por vacío es seguro y apropiado.

Presentación cara o occipito posterior.

La presentación más común anormal es la de occipito posterior. En general, el peso fetal está un poco disminuido, así

### Posición I

La posición fetal es transversal, con el eje largo del feto oblicuo y perpendicular al eje de parto al eje largo de la madre. La posición de hombros requiere una cesárea a menos que el feto sea un segundo gemelo.

**Distocia de hombros**

En una cesárea intencional, la presentación es de vómito para el hombro fetal posterior queda bloqueado detrás de la cadera materna después de la salida de la cabeza, impidiendo el parto vaginal.

Los factores de riesgo incluyen un feto grande, obesidad materna, diabetes mellitus, distocia de hombro previa, parto vaginal operario, trabajo de parto prolongado y también prolongado, los riesgos de morbilidad (p. ej., lesión del plexo braquial, fracturas de hueso) y la mortalidad neonatal aumentan.