

11217
71
20j



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POST GRADO
Hospital Gral. Lic. Adolfo López Mateos
I.S.S.S.T.E.**

**ALTERACIONES DEL ESTADO DE PARTO EN PRIMIGESTAS.
(DE ACUERDO A LAS CURVAS DE FRIEDMAN)**

*20-V-86
10.00.*

*Asociación
Encuentro*

TESIS DE POST GRADO

Que para obtener el Título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Presenta

DR. GUILBALDO PATIÑO CARRANZA



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS	15
ANALISIS DE RESULTADOS	42
CONCLUSIONES	57
BIBLIOGRAFIA	60

I N T R O D U C C I O N

A medida de que se conoce más acerca del mecanismo fisiológico normal del trabajo de Parto, se ha logrado identificar y solucionar precozmente los problemas que provocan alteraciones del Trabajo de Parto y con ello se ha mejorado las cifras de Morbimortalidad Perinatal.

La utilización de técnicas de detección inicial como el análisis de riesgo, estudios bioquímicos evaluación biofísica de madre y feto, antes del Parto, junto con la mejoría extraordinaria en los métodos de asistencia obstétrica en situaciones de alto riesgo, han permitido al obstetra traer al mundo a un pequeño en óptimo estado, para entregarlo al neonatólogo, y por consiguiente, con mayores posibilidades de reaccionar adecuadamente a la asistencia intensiva que se emprende en el recién nacido. (1)

Desde hace mucho se ha sabido que el Parto en sí puede tener efectos adversos en el feto. Poco a poco se ha logrado diagnosticar más tempranamente las Distocias, y quizás con ello se ha visto incrementado el número de Operaciones Cesáreas, que se realizan en los diferentes centros hospitalarios.

ocurren mas insidiosamente que las mismas contracciones uterinas y pueden preceder al Parto en días o semanas. Aunque se reconoce que el parto comienza tras la aparición de contracciones Uterinas dolorosas, éstas representan el final de un proceso que comienza mucho tiempo antes. (4)

En las pacientes primíparas hay una correlación directa entre la Pendiente de la curva de la dilatación cervical y la media de Unidades de Actividad Uterina (UAU) por 10 minutos en cada centímetro de Dilatación; esta correlación concuerda con el hecho clínico de que el Parto progresa directamente en relación a la Act. uterina, siempre que se descarte la existencia de una Desproporción Céfalopélvica o presentación anómala. La combinación gráfica de la Actividad Uterina y de la Dilatación cervical proporciona una adecuada información, para la dirección del Parto. (5)

La intensidad, frecuencia y duración de las contracciones uterinas varían considerablemente durante el Parto normal; El grado de variabilidad individual entre ellas durante el parto espontáneo, es más alto que el que se observa tras la estimulación con Oxitocina.

La frecuencia de las contracciones se incrementan cuando la paciente se sienta o se levanta durante el Trabajo de Parto. Así mismo la Amniotomía realizada durante la Fase Activa del Parto parece tener un ligero efecto favorable del

Parto, aunque estudios que valoran el Trabajo Uterino indican un verdadero incremento después de la amniotomía.(5)

Cuando la Fisiopatología de las contracciones era corregida con el uso de la Oxitocina, las contracciones se parecían más a las del parto normal, excepto en que la intensidad era más alta en las contracciones uterinas inducidas que en las espontáneas. (5)

Una vez analizados estos breves conceptos de Fisiología Uterina, hablaremos sobre la Distocia (Parto Dificil) que se caracteriza por una progresión anormalmente lenta del parto, y es la consecuencia de 3 anormalidades distintas que pueden coexistir aisladamente o en combinación:

- 1) Contracciones Uterinas Subnormales o anormales, por ejemplo: Hipertonía, Hipotonía, Polisistolia, etc.,
 - 2) Presentación o Desarrollo anormal del Feto, de tal forma que no puede ser expulsado por la vis a tergo. Por ejemplo: Macrosomía, Hidrocefalia, Gemelos entrelazados, Presentación de Nalgas, o de cara, Distocia de hombros, producto en Situación transversa.
 - 3) Anormalidades en el tamaño o características de la Pelvis o canal de Parto, que van a presentar obstáculo al descenso del Feto. Por ejemplo: pelvis estrecha o anormal, Platipeloide, Perineo angosto, Tabiques vaginales, Tumores uterinos u ováricos, etc.
- (6)

En los últimos 30 años, han surgido dos clasificaciones básicas de las alteraciones del Trabajo de Parto, que han venido a sustituir a descripciones menos exactas, como los términos de Inercia uterina primaria o secundaria. Una de estas clasificaciones se basa en el análisis cervicográfico para el diagnóstico e identificación de anomalías. Un segundo sistema depende de la presión intrauterina. Cada clasificación tiene sus ventajas y es posible combinarlas mutuamente.

Específicamente es posible observar tres elementos de la contracción uterina (Duración, Frecuencia e intensidad de las contracciones), dos de los atributos cervicales (Dilatación y borramiento) y uno del descenso fetal. En lo que toca a la relación de estos 6 parámetros obstétricos, con la progresión cronológica, se ha observado -- que sólo la dilatación cervical y el descenso del feto, -- constituyen los parámetros más fidedignos para evaluar la actividad uterina. (2)

Friedman (7) desde hace años, dividió el trabajo de Parto en dos fases: una Latente y otra Activa. La Fase Latente va desde el comienzo de las contracciones uterinas regulares hasta que el cuello empieza a dilatarse. -- Desde el punto de vista del Obstetra, éste es un intervalo silencioso, el cual al parecer, no sufre fenómeno algu

no de consecuencia, pero a nivel subclínico, está en marcha, una serie de cambios a nivel cervical (cambios en la consistencia, elasticidad y flexibilidad) y uterino - con contracciones más regulares y eficaces.

La fase latente normal no excede de 20 hrs. en mujeres nulíparas y 14 hrs. en múltiparas. La Fase Activa -- tiene a su vez dos Fases: de Aceleración y de Desaceleración. De interés capital durante la Fase Activa, es el ritmo máximo de dilatación que se alcanza. Este componente lineal de la Dilatación, ha sido útil como medio para valorar la normalidad. Por lo regular, la velocidad de dilatación excede de 1.2 cm/hora en mujeres nulíparas y de 1.5 cm/hora en Múltiparas. Cualquier detención o retraso en cualquiera de las fases, nos puede condicionar a una Distocia. (7)

Respecto al Segundo Período del Parto o Fase expulsiva, es de hacer notar, que el tiempo máximo debe de ser de una hora, considerando esta fase desde que el cervix - tiene la dilatación completa y termina con la salida del producto del canal de Parto. (8)

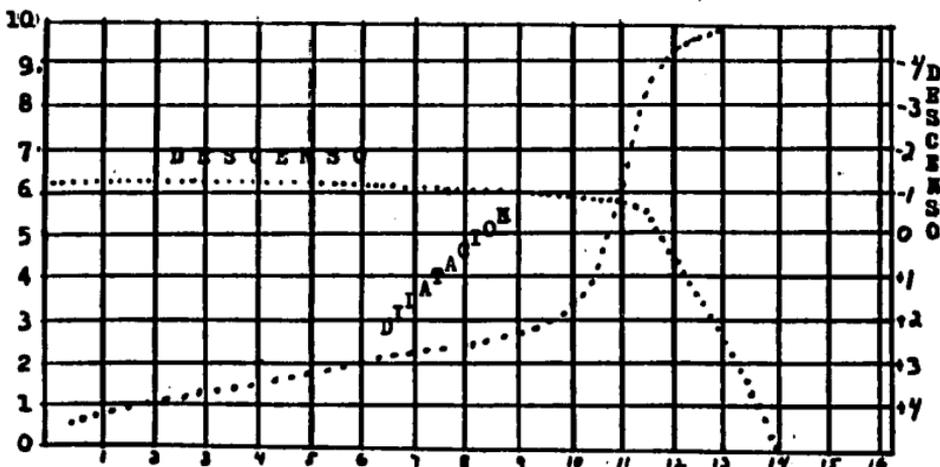
Desde 1971, Philpott en Africa Central, demostró la gran utilidad que tiene el empleo de una hoja de registro del Trabajo de Parto. Y desde entonces se han ideado va-

rias formas de Partogramas, encaminadas a descubrir de manera sencilla y oportuna, a las pacientes de riesgo, que deberían ser evaluadas por alguna patología durante el Trabajo de Parto. (3)

Villalobos en un estudio realizado en 1978, ideó la utilización de un "Nomograma", el cual evaluaba la dilatación cervical por medio de una curva, que era semejante a las ideadas por Friedman. (9)

Y ya refería ahí las conveniencias respecto a la mejor detección de patología.

Como referencia presentamos las tablas de Curvas de Dilatación y descenso normales en primigestas creadas por Friedman.



Otros autores como Earn y cols. proponen la utilización de Pizarrones en las unidades de Labor, para ahí llevar los partogramas de las distintas pacientes. Todos estos autores concuerdan con la idea acerca de los beneficios del Registro de Partograma.(10)

El objetivo principal de este Estudio, es de tratar de demostrar la utilidad de la Hoja de Registro de Partograma, basándonos en las Curvas de Dilatación y Descenso-fetal, ideadas por Friedman, que permite identificar tempranamente las alteraciones del Trabajo de Parto, y saber diagnosticar a tiempo, cuando hay retraso y/o detención en la curva normal de Trabajo de Parto. Y correlacionar todo esto, con las alteraciones en el Apgar y pronóstico del Producto.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se realizó un estudio prospectivo en dos períodos de tiempo, el primero entre Mayo y Octubre de 1984, y el segundo período entre Abril y Julio de 1985, con pacientes que ingresaron al Hospital General "Licenciado Adolfo López Mateos", del I.S.S.S.T.E. Dicho estudio tomó una muestra al azar, con pacientes del sexo femenino, embarazadas, nulíparas, con embarazo a término, que tenían un producto único vivo, en situación longitudinal, presentación cefálica y las cuales tuvieron trabajo de parto espontáneo.

Se analizaron los trabajos de Parto de 100 pacientes, las cuales al momento de su ingreso, tenían actividad uterina regular y por lo menos tenían una dilatación cervical de 2 cms.

A las pacientes a las cuales se les diagnosticó desde su ingreso Desproporción Cefalopélvica o alguna alteración que ameritaba Cesárea de Urgencia fueron eliminadas.

La vigilancia del Trabajo de Parto estuvo a cargo -- por el autor y personal Médico residente del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital General "Lic. A.L.M."; y todas las anotaciones se realizaron en la Hoja de Regis--

tro de Partograma, previamente diseñada. El modelo de Partograma aparece en la Fig. 1; y ahí aparecen marcadas previamente, las curvas de Dilatación cervical y Descenso Fetal normales diseñadas por Friedman. (7)

La toma de la Frecuencia Cardiaca Fetal (FCF) se realizaba después de una contracción uterina, y se realizaba aproximadamente cada 30 minutos, y se denominaba taquicardia fetal cuando la FCF era de ± 160 latidos por minuto, - Bradicardia fetal -120 lat. por min.

La exploración vaginal se realizaba aproximadamente cada hora, de acuerdo a las necesidades de cada paciente; se evaluaba la dilatación cervical, el descenso fetal, éste era medido de acuerdo a los planos de Hodge. La Dilatación se marcaba en centímetros hasta llegar a 10 cms. o dilatación completa. También por tacto se evaluaba la -- pelvis materna, la presencia de Caput Succedaneum, las características del líquido amniótico, si era verde se catalogaba como meconial.

De acuerdo a la valoración del Descenso fetal y dilatación cervical, si encontramos un retardo por más de dos horas de acuerdo a la Curva normal, se revaloraba el caso, para determinar la causa de la detención. Si era por causa uterina se administraba Oxitocina a goteo continuo-

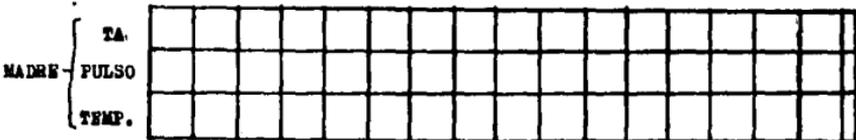
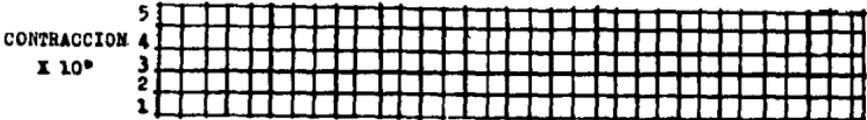
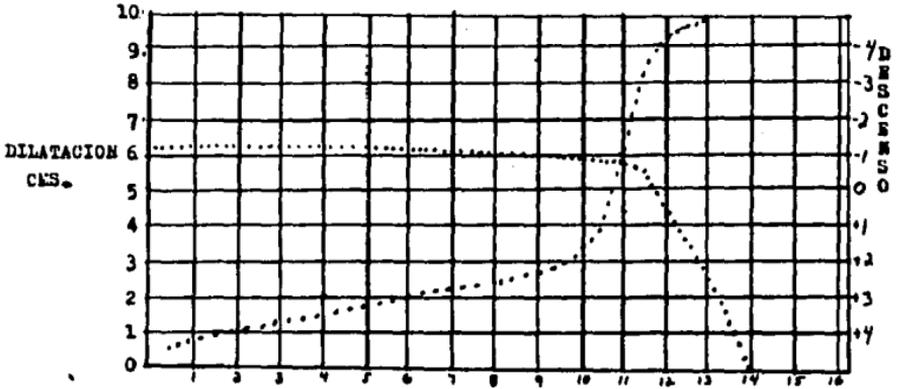
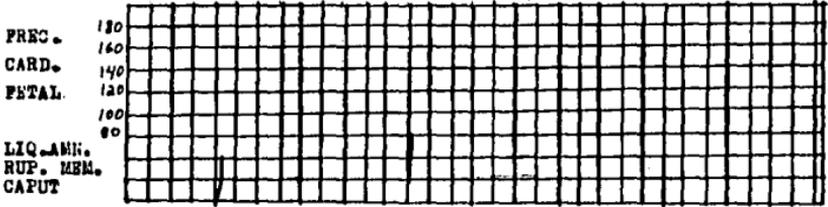
NOMBRE:

EXP.

FECHA

SEM.GEST

EDAD: G: P: C: A: # LUI
HORAS



TIPO PARTO:

OBSERVACIONES:

PESO PRODUCTO:
SEXO " :

APGAR:

SILVERMAN:

OBSERVACIONES:

intravenoso en solución glucosada al 5%, de acuerdo a dosis respuesta, y con dosificación en miliunidades de Oxitocina por minuto, iniciando con 2 miliunidades/min. la conducción y aumentando cada 20 min. la dosis logarítmicamente de acuerdo a la actividad uterina y Frecuencia cardíaca fetal.

Si en el segundo período del parto o Fase expulsiva, se retrasaba más de una hora, se consideraba Fase expulsiva prolongada.

Se realizó Amniorexis cuando la paciente tenía una dilatación de + de 4 cms. y así mismo se aplicó el Bloqueo Peridural cuando tenía la misma dilatación, y se le colocaba cateter epidural y se administraba 80 mg. de Xilocafina cada 50-60 min. hasta alcanzar la Fase expulsiva en donde se administraba 120 mg. Cuando la Paciente no se le aplicó Bloqueo Peridural, se anestesió localmente o regional.

El tipo de parto utilizado dependió del tipo de Trabajo de Parto que desarrollara la paciente, inicialmente a su Ingreso a Urgencias Maternidad, se le evaluaba la pelvis materna y el tamaño de el producto mediante métodos clínicos, nunca se utilizó la Céfalopelvimetría radiológica. Si la paciente mostraba alguna Desproporción-Cefalopélvica se eliminaba del estudio, por lo tanto to--

das las pacientes tenían clínicamente pelvis útil. Y si durante el Trabajo de Parto mostraban alguna Distocia se reevaluaba el caso y se escogía el mejor método para la Obtención del Producto, ya fuera Forceps, Cesárea o Vaginal espontáneo.

Respecto a la Velocidad de Dilatación Cervical, se analizó primariamente la Velocidad promedio de Dilatación cervical de cada paciente a lo largo de su Trabajo de Parto. Y de acuerdo a este Promedio, se dividió a las pacientes en tres grupos:

- Grupo 1. - Velocidad de Dilatación cervical Promedio de + de 1.5 cm/hr.
- Grupo 2. - Velocidad de Dilatación cervical Promedio de .9 a 1.4 cm/hr.
- Grupo 3. - Velocidad de Dilatación cervical Promedio de - de .8 cm/hr.

El peso de los productos se realizó en la misma sala de Expulsión, y se dividió en 3 grupos respectivamente:

Productos con peso entre	1.500	a	2.499	Kg.
"	"	"	"	2.500 a 3.499 Kg.
"	"	"	"	más de 3.500 Kg.

La calificación de Apgar la realizó el Pediatra y se tomó únicamente para el estudio, la calificación al minuto de nacimiento, y de acuerdo a ello, se dividió también en 3 grupos: Apgar de 1-3; de 4-6; y de 7 a 9.

Las variables que se estudiaron en las 100 pacientes fueron:

- 1.- EDAD MATERNA
- 2.- EDAD GESTACIONAL
- 3.- ANTECEDENTES DE LEGRADOS PREVIOS
- 4.- FONDO UTERINO
- 5.- FRECUENCIA CARDIACA FETAL PROMEDIO
- 6.- CARACTERISTICAS LIQUIDO AMNIOTICO
- 7.- PRESENCIA DE CAPUT SUCCEDANEUM
- 8.- VELOCIDAD DE DILATACION CERVICAL PROMEDIO
- 9.- DOSIS DE OXITOCINA UTILIZADA
- 10.- TIPO DE ANESTESIA
- 11.- TIPO DE PARTO
- 12.- CAUSAS DE LA DISTOCIA
- 13.- PESO DEL PRODUCTO
- 14.- APGAR DEL PRODUCTO AL MINUTO
- 15.- MORBIMORTALIDAD FETAL

RESULTADOS

EDAD GESTACIONAL

El promedio de edad gestacional de todas las pacientes estudiadas, fué de 38.7 semanas; analizando por grupos: el Grupo # 1 tuvo un promedio de 38.8 sem.; el Grupo # 2 de 38.7 sem., y el Grupo # 3 de 38.7 semanas. La paciente con menor edad gestacional fué de 36.2 semanas y la de mayor fué de 41.5 semanas.

TABLA 1

EDAD MATERNA

La edad materna promedio en forma general fué de 25.3 años. La paciente con mayor edad tenía 35 años, y la de menor edad fué una paciente de 16 años. Por grupos: el # 1 tuvo un promedio de edad de 24.8 años, el # 2 con promedio de 24.4 años y el grupo # 3 con edad promedio de 26.9 años.

TABLA 2

PARIDAD DE LA PACIENTE

Todas las pacientes estudiadas en este trabajo eran nulíparas; pero se analizó si tenían Legrados Uterinos previos. En el Grupo # 1 hubo una paciente con LUI previo (12.5%) de las 8 estudiadas. En el Grupo # 2 hubo -

TABLA 1

P R O M E D I O D E E D A D G E S T A C I O N A L

GRUPO # 1	38.8 SEMANAS
" # 2	38.7 "
" # 3	38.7 "

P R O M E D I O G E N E R A L

38.7 SEMANAS

Ref. DR. G. PATIÑO CARRANZA
HOSPITAL A.L.M.

TABLA 2

P R O M E D I O D E E D A D M A T E R N A

GRUPO # 1	24.8 AÑOS
" # 2	24.4 AÑOS
" # 3	26.9 AÑOS

PROMEDIO GENERAL	25.3 AÑOS
------------------	-----------

ReF. DR. G. PATIÑO CARRANZA
HOSPITAL A. L. M.

5 pacientes (11.3%) con LUI de las 44 pacientes de este grupo. Y en el Grupo # 3 sólo 3 pacientes tenían antecedente de LUI previo (6.25%) de un total de 48 casos. Analizando los tres grupos en general hubo 9 pacientes con LUI previo (9%) del total de 100 pacientes.

FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Se tomó el promedio de Frecuencia Cardiaca Fetal FCF de cada paciente y a su vez se sacó el promedio de cada grupo.

En el grupo # 1 el promedio de FCF fué de 141.5 latidos por minuto; en el grupo # 2 de 139.3 latidos por minuto y en el grupo # 3 de 138.5 latidos por minuto.

Asimismo en el grupo # 1 no hubo pacientes con alteración de la FCF. En el grupo # 2 hubo 3 pacientes con Bradicardia Fetal (6.81%) y el resto de las pacientes con Patrón normal de FCF. En el grupo # 3 hubo 15 pacientes (31.09%) con Bradicardia Fetal y 8 pacientes (16.18%) con Taquicardia Fetal sostenida.

Si analizamos los 3 grupos en general, encontramos 74 pacientes con patrón normal de FCF (74%) y 26 pacientes con alteración (26%).

TABLA 4

T A B L A 3

ANTECEDENTES DE LEGRADOS PREVIOS		
GRUPO	NEGATIVO	POSITIVO
# 1	7 CASOS (87.5%)	1 CASO (12.5%)
# 2	39 " (88.6%)	5 " (11.3%)
# 3	45 " (93.7%)	3 " (6.25%)
TOTAL	91 CASOS (91%)	9 CASOS (9%)

Ref. D. R. G. PATIÑO CARRANZA
HOSPITAL A.L.M.

TABLA 4

FRECUENCIA CARDIACA FETAL (LATIDOS/MIN)				
GRUPO	PROMEDIO	NUMERO DE CASOS		
		TAQUICARDIA	NORMAL	BRADICARDIA
# 1	141.5		8 (100%)	
# 2	139.3		41 (93.18%)	3 (6.81%)
# 3	138.5	8 (16.18%)	25 (52.08%)	15 (31.09%)
TOTAL		8 (8%)	74 (74%)	18 (18%)

Ref. DR. G. PATIÑO CARRANZA
HOSPITAL A. L. M.

FONDO UTERINO

A todas las pacientes se les midió el Fondo Uterino en centímetros, y en el grupo # 1, 5 pacientes (62.5%) tuvieron entre 30-32 cms. y 3 pacientes (37.5%) entre 33-35 cms. En el grupo #2, 21 pacientes (47.7%) con 30-32 cms., 22 pacientes (50%) con 33-35 cms. y sólo 1 paciente con 36-38 cms. En el grupo # 3 hubo 12 pacientes (25%) con 30-32 cms. 24 pacientes (50%) con 33-35 cms. y 12 pacientes (25%) con 36-38 cms. de Fondo Uterino.

TABLA 5

CARACTERISTICAS LIQUIDO AMNIOTICO

Se analizó el líquido amniótico y se encontró que en el grupo # 1 las 8 pacientes (100%) tuvieron líquido amniótico claro con grumos. En el grupo # 2 cuarenta y tres pacientes (97%) tuvieron líquido claro y sólo 1 paciente líquido meconial. Mientras que en el grupo # 3, 39 pacientes (81.2%) tuvieron líquido normal y 9 casos (18.75%) con Méc_onio.

TABLA 6

CAPUT SUCCEDANEUM

Se evaluó si existía Caput Succedaneum en el producto y se encontró que en el grupo # 1 ningún producto lo presentó. En el grupo # 2 hubo 7 productos (15.9%) con Caput Succedaneum. Y en el grupo # 3 hubo 10 productos (20.83%) que si lo presentaron.

TABLA 7

TABLA 5 .

T A M A Ñ O D E L F O N D O U T E R I N O			
GRUPO	30-32 CM.	33-35 CM.	36-38 CM.
# 1	5 CASOS (62%)	3 CASOS (37%)	
# 2	21 " (47.7%)	22 " (50%)	1 CASO (2.3%)
# 3	12 " (25 %)	24 " (50%)	12 " (25%)
TOTAL	38 CASOS (38%)	49 CASOS (49%)	13 CASOS (13%)

Ref. DR. G . PATIÑO CARRANZA
HOSPITAL A.L.M.

TABLA.6

CARACTERISTICAS DE LIQ. AMNIOTICO		
GRUPO	# DE CASOS LIQ. CLARO	# CASOS LIQ. MECONIAL
# 1	8 (100 %)	
# 2	43 (97.7%)	1 (2.3 %)
# 3	39 (81.2%)	9 (18.7%)
TOTAL	90 (90%)	10 (10%)

Ref. DR. G . PATIÑO C.
HOSPITAL A.L.M.

TABLA 7

P R E S E N C I A D E C A P U T S U C C E D A N E U M		
GRUPO	# DE CASOS CON CAPUT S.	# DE CASOS SIN CAPUT S.
# 1		8 (100%)
# 2	7 (15.9%)	37 (84.1%)
# 3	10 (20.8%)	38 (79.1%)
TOTAL	17 (17%)	83 (83 %)

Ref. DR.G.PATIÑO CARRANZA
HOSPITAL A.L.M.

VELOCIDAD DE DILATACION CERVICAL

Como ya se mencionó, se obtuvo un promedio de la Velocidad de Dilatación Cervical de cada paciente y de cada grupo. En el grupo #1 la velocidad de dilatación cervical promedio fué de 1.76 cm/hr.; en el grupo # 2 el promedio fué de 1.18 cm/hr.; mientras que en el grupo # 3 fué de 0.68 -- cm/hr. Y así se calificó el trabajo de Parto como: Rápido, Normal o Lento respectivamente. El promedio general de Velocidad de Dilatación cervical en las 100 pacientes fué de 1.20 cm./hr.

TABLA 8

USO DE OXITOCINA

Se evaluó el uso y dosis necesaria de Oxitocina y se vió que en el grupo # 1, 5 pacientes (62.5%) no requirieron Oxitocina; y 3 pacientes (37.5%) necesitaron entre 1-5 miliunidades de Oxitocina por minuto. En el grupo # 2, hubo 24 casos (54.5%) que no necesitaron, y 18 casos (40.9%) que utilizaron de 1-5 mU/min. y 2 casos (4.54%) que utilizaron de 6-10 mU/min.

En el grupo # 3 hubo 22 casos (45.83%) que no utilizaron de Oxitocina, 22 casos (45.83%) que usaron de 1-5 mU/min. y 4 casos (8.33%) usaron 6-10 mU/min.

TABLA 9

TABLA 8

VELOCIDAD PROMEDIO DE DILATACION CERVICAL CM./HR.	
GRUPO # 1	1.76 CM. POR HORA
" # 2	1.18 CM. POR "
" # 3	0.68 CM. POR "
PROMEDIO GENERAL	1.20 CM. POR HORA

Ref. DR. G. PATIÑO CARRANZA
HOSPITAL A. L. M.

TABLA 9

DOSIFICACION DE OXITOCINA			
# DE CASOS			
GRUPO	SIN OXITOCINA	1-5 mU/Min.	6-10 mU/Min
# 1	5 (62.5%)	3 (37.5%)	
# 2	24 (54.5%)	18 (40.9%)	2 (4.54%)
# 3	22 (45.8%)	22 (45.8%)	4 (8.33%)
TOTAL	51 (51%)	43 (43%)	6 (6%)

Ref. DR. G PATIÑO CARRANZA
HOSPITAL A.L.M.

TIPO DE ANESTESIA

Todas las pacientes fueron anestesiadas, ya sea por Bloqueo Peridural o por Anestesia Local. Sólo 4 pacientes se les anestesió localmente y el resto (96) fueron por BPD. En el grupo # 1, en 7 pacientes (87.5%) se les aplicó BPD del total de 8 casos. En el grupo # 2, 41 pacientes (93.18%) se aplicó BPD y 3 con anestesia local. En el grupo #3 todas las pacientes se les aplicó BPD.

TABLA 10

TIPO DE PARTO

De las 100 pacientes estudiadas hubo 53 mujeres que obtuvieron su producto por vía vaginal espontánea, 21 (21%) se les aplicó Forceps, de los cuales fueron 12 Forceps Simpson y 9 Forceps Kjielland; y en 26 casos (26%) se realizó Operación Cesárea.

Analizando por grupos: en el grupo #1, 7 pacientes fueron por vía vaginal y sólo 1 por Forceps (12.5%). En el grupo # 2, 29 productos (65.9%) por vía vaginal espontánea 14 (31.8%) por Forceps y 1 caso por Cesárea (2.28%). En el grupo #3, 17 casos por vía vaginal (35.41%), 6 casos por Forceps (12.5%) y 25 casos (52.08%) por Operación Cesárea.

TABLA 11

TABLA 10

TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA		
GRUPO	# DE CASOS BPD	# CASOS REGIONAL
# 1	7 (87.5%)	1 (12.5%)
# 2	41 (93.1%)	3 (6.81%)
# 3	48 (100%)	
TOTAL	96 (96 %)	4 (4 %)

BPD=BLOQUEO PERIDURAL

Ref. DR. G. PATINO CARRANZA

HOSPITAL A.L.M.

TABLA 11

T I P O D E P A R T O			
GRUPO	# DE CASOS		
	VAGINAL	FORCEPS	CESAREA
# 1	7 (87.5%)	1 (12.5%)	
# 2	29 (65.9%)	14 (31.8%)	1 (2.28%)
# 3	17 (35.4%)	6 (12.5%)	25 (52.08%)
TOTAL	53 (53%)	21 (21%)	26 (26 %)

Ref.DR.G.PATINO CARRANZA
HOSPITAL A.L.M.

Las principales causas de la Aplicación de Forceps fueron por: Período expulsivo prolongado 11 casos (52.3%); Variedad Transversa Persistente 8 casos (38.09%); Variedad Occipito Posterior 1 caso (4.76%); y por Sufrimiento Fetal Agudo 1 caso (4.76%). La distribución por grupos se analiza en la TABLA 12.

Las principales causas de Cesárea fueron: Distocia uterina en 19 casos (73.0%), Desproporción céfalo pelvica relativa en 18 casos (69.23%) y Sufrimiento Fetal Agudo en 11 casos (41%). Se puede observar que en algunos casos la causa de la Cesárea fué mixta. La Distribución por grupos se puede observar en la TABLA 13.

PESO DE LOS PRODUCTOS

El producto con mayor peso fué de 4.650 kg y el de menor peso fué de 1.850 kg. en los 100 casos estudiados. El peso promedio fué de 2.925 kg.

En la distribución por grupos, en el grupo #1 hubo 6 productos (75%) con peso entre 2.5 y 3.4 kg. y sólo 1 caso (12.5%) rebasó los 3.5 kg.; en el grupo #2, 35 productos (79.5%) pesaron entre 2.5 y 3.4 kg., y 6 casos (13.6%) pesaron más de 3.5 kg; en el grupo # 3, 29 productos (60.41%) pesaron entre 2.5 y 3.4 kg. y 17 productos (35.41%) pesaron más de 3.500 kg. Es decir en el grupo # 3 más de 95% rebasaron los 2.5 kg.

TABLA 14

TABLA 12

GRUPO	CAUSA DE APLICACION DEL FORCEPS			
	PEP	TP	OP	SFA
# 1	1 (100 %)			
# 2	7 (50%)	6 (42.8%)	1 (7.14%)	
# 3	3 (50%)	2 (33.3%)		1 (16.7%)
TOTAL	11 (52.3%)	8 (38.0%)	1 (4.76%)	1 (4.76%)

PEP= PERIODO EXPULSIVO PROLONGADO

OP= VARIEDAD OCCIPITO POSTERIOR

TP= VARIEDAD TRANSVERSA PERSISTENTE

SFA=SUFRIMIENTO FETAL AGUDO

TABLA 13

CAUSAS DE CESAREA (*)			
GRUPO	# DE CASOS		
	SFA	DISTOCIA UTERINA	DCP.
# 1			
# 2	1 (3.84 %)		
# 3	10 (38.4 %)	19 (73%)	18 (69.23%)

(*) En algunos casos la causa de la Cesarea fue mixta.

SFA= Sufrimiento fetal agudo

DCP= DESPROPORCION CEFALOPELVICA

Ref.DR. G. PATIÑO C.

HOSPITAL A.L.M.

TABLA 14

PESO DE LOS PRODUCTOS			
GRUPO	# DE CASOS		
	PESO DE 1.5-2.4 KG.	2.5-3.4 Kg.	+ 3.5 KG.
# 1	1 (12.5 %)	6 (75%)	1 (12.5%)
# 2	3 (6.8 %)	35 (79.5%)	6 (13.63%)
# 3	2 (4.16%)	29 (60.4%)	17 (35.41%)
TOTAL	6 (6 %)	70 (70 %)	24 (24%)

Ref. DR. G. PATIÑO CARRANZA
HOSPITAL A.L.M.

CALIFICACION DE APGAR AL MINUTO

En las 100 pacientes estudiadas el 90% de sus productos tuvieron Apgar al minuto de nacimiento entre 7-9 y sólo un 10% Apgar entre 4-6 al minuto. No hubo ningún producto que se le calificara por abajo del 3.

En el grupo #1 los 8 productos (100%) tuvieron un Apgar entre 7 y 9. Mientras que en el grupo # 2 hubo 2 casos (4.5%) con Apgar entre 4 y 6 al minuto, y 42 casos -- (95.4%) entre 7 y 9.

En el grupo # 3, 40 productos (83.33%) tuvieron Apgar al minuto entre 7 y 9; y 8 casos (16.66%) con Apgar entre 4 y 6.

TABLA 15

TIPO DE ALTERACION DE LA CURVA DE FRIEDMAN

En el grupo # 3 fueron abarcadas todas las alteraciones de las curvas de Dilatación Cervical y Descenso Fetal normales, y fueron 48 casos, de los cuales en 27 casos (56.25%) hubo una Fase Activa prolongada, es decir, ambas curvas alteradas (Dilatación y Descenso); y hubo en 15 casos sólo falla o retardo en la Dilatación Cervical (31.25%); y 6 casos (12.5%) retardo únicamente en el Descenso Fetal.

TABLA 16

TABLA 15

CALIFICACION DE APGAR AL MINUTO DE VIDA			
GRUPO	# D E C A S O S		
	APGAR 1-3	4-6	7-9
# 1	-	-	8 (100 %)
# 2	-	2 (4.54%)	42 (95.4%)
# 3	-	8 (16.6%)	40 (83.3%)
TOTAL	-	10 (10%)	90 (90%)

Ref. DR.G.PATINO CARRANZA
HOSPITAL A.L.M.

TABLA 16

TIPO DE DISTOCIA ENCONTRADA EN EL GRUPO # 3

FASE ACTIVA PROLONGADA	27 CASOS	(56.25%)
DILATACION CERVICAL RETARDADA	15 "	(31.25%)
DESCENSO FETAL RETARDADO	6 "	(12.5 %)
<hr/>		
TOTAL	48 CASOS	(100%)

ReF.DR. G. PATIÑO CARRANZA
HOSPITAL A.L.M.

MORBIMORTALIDAD FETAL

No hubo ningún fallecimiento de algún producto en ninguno de los tres grupos estudiados. En los grupos # 1 y 2 no se encontró ninguna alteración. Mientras que en el grupo # 3 hubo 4 casos (4%) con alguna patología. Existió Distocia de hombros en dos casos (2%) que se resolvieron sin secuelas para el producto. Sólo 1 producto resultó con daño al nervio Braquial secundario a Distocia de hombros y rotación externa de hombros. Este producto tuvo un Apgar de 6 al minuto. Hubo otro producto con daño al Nervio Facial secundario a la aplicación de Forceps Kjielland por variedad de posición Transversa persistente, y tuvo un Apgar al minuto de 7.

TABLA 17

MORBIMORTALIDAD MATERNA

No hubo muertes en ninguna paciente de las 100 estudiadas. Hubo 8 pacientes con desgarro de primer o segundo grado secundarios a aplicación de Forceps Bajo, en todas ellas fueron reparadas inmediatamente. Un dato importante de hacer notar es que de las 100 pacientes estudiadas se les hizo la pregunta al segundo día de puerperio ¿ usted se volvería a embarazar proximately, de acuerdo a los problemas que tuvo en su Trabajo de Parto? Y las pacientes de los grupos 1 y 2 respondieron que probablemente si en algunos años.

TABLA 17

MORBILIDAD FETAL			
# DE CASOS POR GRUPO			
LESION	GRUPO # 1	GRUPO # 2	GRUPO # 3
DISTOCIA DE HOMBROS	0	0	2 (9) (8)
LESION PLEXO BRAQUIAL	0	0	1 (6)
LESION NERVIO FACIAL	0	0	1 (7)
TOTAL	0	0	4

* Entre parentesis el Apgar que tuvieron al minuto de vida

Ref. DR.G. PATIÑO CARRANZA
HOSPITAL A.L.M.

Mientras que en 16 de las 48 pacientes del grupo # 5 (33.3%) refirieron que tuvieron un Trabajo de Parto difícil y que quizás no se volverían a embarazar; esto se puede considerar como secuela de tipo psicológico por la Distocia.

TABLA 18

MORBILIDAD MATERNA			
# DE CASOS POR GRUPO			
LESION	GRUPO # 1	GRUPO # 2	GRUPO # 3
DESGARRO 1er GRADO	0	0	4/48 (8.8%)
" 2o "	0	0	4/48 (8.8%)
SECUELAS PSICOLOGICAS	0	0	16/48 (33.3%)
TOTAL	0	0	24/48 (50 %)

Ref. DR. G. PATIÑO CARRANZA
HOSPITAL A. I. M.

Es posible apreciar que el porcentaje de LUI previos es mayor en el grupo # 1, con 12.5% contra 6.25% del grupo # 3, y quizás se deba a que el cuello sea más débil y por ello dilata más rápido.

Si estudiamos la frecuencia cardíaca fetal (FCF), vemos que el porcentaje de alteración cardíaca fué de un 26% en forma general. Y si analizamos cada grupo por separado, vemos que en el Grupo #1 no hubo alteraciones de la FCF, mientras que en el grupo # 3 hubo un 47% de los casos con Bradicardia o Taquicardia fetal, sugestivas de sufrimiento fetal potencial y que concuerda con lo referido por Freeman (13) quien menciona que las causas de Bradicardia prolongada son principalmente por Distocias de contracción, Bloqueo Peridural, Hipotensión Supina, etc.

Además Friedman (7) encontró un significativo aumento de las desaceleraciones en la FCF en partos inducidos con Oxitocina, comparados con otros autores, quienes no refieren dicha anomalía (14). Por su parte, Langer (15) menciona una incidencia de Bradicardias fetales prolongadas intraparto de 0.15%, la cual es bastante baja si la comparamos con la encontrada por nosotros de 18%.

Estas variaciones de la FCF suelen acompañarse al hallazgo clínico del Líquido amniótico meconial, y se observó que en el grupo #3 se encontró un 18% de presencia de meconio, mientras que en el grupo # 1 y 2 no alcanzó el 3%. Esto concuerda con los datos de Sufrimiento Fetal Agudo y Philpott afirma que rara vez se observa Desproporción Cefalopélvica importante en el parto, sin encontrar la presencia de Meconio. (16)

Al analizar el tamaño del fondo Uterino, volvemos a ver que en el grupo # 3 un 75% de los casos tenían más de 33 cms. de fondo Uterino y concuerda que a mayor tamaño del producto las probabilidades aumentan de tener alguna Distocia.

En lo referente al hallazgo clínico de moldeamiento o presencia de Caput Succedaneum, podemos ver que a mayor dificultad del Trabajo de Parto, la incidencia del Caput S. también aumenta; y este hecho clínico puede ser un dato importante si se le diagnostica tempranamente, en la prevención de la Distocia.

Actualmente ningún Obstetra, se atreve a discutir que la Oxitocina es el fármaco de elección para la Inducción-Conducción del parto, en los casos en que el Cuello Uterino sea favorable en embarazos a Término. La respuesta clínica

no sospechada, preeclampsia y Multiparidad. Y afirma Orhue que el progreso del Parto Inducido, apreciado por la dilatación cervical en 8 hrs. de conducción, fué también encontrado ser útil como factor intraparto para predecir un parto vaginal normal (11).

Como todo la Oxitocina también tiene sus pros y contras en su uso. Seitchick (19) en su estudio menciona que uno de los principales problemas con el uso de Oxitocina, es la ignorancia acerca del régimen óptimo de Oxitocina en el parto disfuncional; él recomienda dosis de 2 mU/min. a 6 mU/min. y la finalidad es obtener tres contracciones durante 10 min. y de una intensidad de 150- 250 U. Montevideo.

En nuestro estudio se utilizó Oxitocina principalmente en las pacientes con Distocia (grupo # 3) y se encontró que el 45% utilizaron dosis de 1-5 mU/min. y el 8% usó entre 6-10 mU/min. y con estas dosis se consiguió el objetivo que era tener una adecuada actividad uterina y progreso del Trabajo de Parto.

La tasa de infusión de Oxitocina en el estudio de Orhue fué de 7 mU/min. y se incrementó por 7 mU/min. cada 30 minutos hasta un máximo de 42 mU/min. o aparición de contracciones uterinas regulares, y se asemeja a la dosis utilizada por O'Driscoll (8) y es importante que la utilizaron por un máximo de 8 hrs.

La inducción de labor no parece ser causa de complicaciones significativas en el recién nacido, confirmado és to por la puntuación favorable de Apgar y baja morbilidad perinatal (11). Ha sido reportado Ictericia Neonatal que ocurrió en 1.74% de los infantes a término del estudio de Orhue y fué asociado con altas dosis de Oxitocina.

Se analizó el tipo de anestesia utilizada, vemos que todavía sigue siendo el Bloqueo Peridural (BPD), el más efectivo, tanto en parto vaginal como abdominal; en nuestro estudio no hubo interferencia del BPD con la velocidad de dilatación cervical, quizás debido a que la aplicación del anestésico era cuando la paciente tenía cuatro cms. de dilatación. En el estudio de Hunter (12) se utilizó BPD en 75% de sus pacientes y afirma que no alteró la velocidad de dilatación cervical, pero sí afectó sobre la incidencia de aplicación de forceps. Hopwood (20) opina que si la anestesia epidural se aplicaba cuando el producto se encontraba arriba de las espinas Ciáticas y con dilatación menor de 4 cms., se comprometía el descenso y rotación del producto.

La vía del parto también es importante de recalcar; en nuestro estudio hubo una alta incidencia de operación cesárea (26%) en las 100 pacientes estudiadas, con un por-

Si analizamos en nuestro estudio, las causas por las que se aplicaron forceps vemos que la paciente nulípara frecuentemente tiene período expulsivo prolongado y se observó en 11 % de los 100 casos, siendo principalmente en el grupo #2 donde se observó dicha patología. La tasa de aplicación de forceps afortunadamente no repercutió demasiado sobre la morbimortalidad neonatal. Hay que recordar que el forceps es un instrumento valioso si se utiliza cubriendo todos sus requisitos y en manos hábiles.

El incremento significativo en la incidencia de cesárea sobre la última década, ha sido relacionada a Distocia, presentación pelvica, antecedente de cesárea previa y stress fetal (23). Por su parte O'Driscoll (24), Sokol (22), Phillips (21) y Hunter (12), afirman que éste incremento pudie ra ser atribuido a Distocia en 33.4%.

Nosotros encontramos que la causa principal de cesárea sobre todo en el grupo #3 es la Distocia de tipo uterino y el sufrimiento fetal agudo, ambas causas pueden en contrarse individualmente o combinadas con desproporción cefalo-pélvica relativa, es decir que en realidad no existía una DCP en forma absoluta. O'Driscoll (8) refiere que la rápida expansión de la cesárea, correlaciona directamente al uso extendido de la cesárea como tratamiento de la Distocia. La Distocia es la causante de la mitad de

las cesáreas y representa cerca del 10% de todos los nacimientos ocurridos en Estados Unidos de Norteamérica (8).

Orhue (11) en su estudio encontró que las principales indicaciones de cesárea fueron: inducción fallida (35.7%), DCP (21%), Distocia cervical (17%). A su vez Sokol (22) señala que el parto prolongado (más de 20 horas en labor) fué asociado a incremento de 1.7 veces más cesáreas que el grupo control, y la detención secundaria de la dilatación cervical con 2.6 veces más.

Acerca de la pregunta ¿por qué la mujer nulípara tiene un trabajo de parto más difícil que la multípara, y tiene un índice de cesáreas 7 veces mayor?

La contestación seguramente está en la acción uterina la cual es frecuentemente insuficiente para vencer las resistencias de los tejidos blandos en la mujer nulípara (8). En la práctica clínica, la acción uterina deficiente es reflejada en la dilatación lenta del cervix, lo cual resulta en un primer período del parto prolongado.

Hunter menciona que dicha tasa de cesáreas, pudiera ser disminuida, si se utiliza juiciosamente la Oxitocina, ya que la cesárea acarrea al menos un incremento 4 veces mayor de la tasa de mortalidad materna, sobre el parto va-

Se observa que a mayor dificultad del trabajo de parto, disminuía la calificación de Apgar. Phillipott (3) señala que el retraso en el patrón normal para la progresión de la dilatación en las primigestas se acompaña de menor calificación de Apgar al nacer, debido quizás a una mayor utilización de Oxitocina, forceps y cesáreas.

Bergsjö (14) refiere en su estudio que el Apgar al minuto y a los 5 min. fué significativamente menor en niños con parto inducido que en partos espontáneos, probablemente debido al aumento del stress intrauterino. Por su parte - Hunter (12) aseguró que él no encontró alteraciones del Apgar a los 5 min. en partos espontáneos y partos con alteraciones disfuncionales, debido a la pronta intervención médica. Es aquí donde si utilizamos correctamente nuestra hoja de partograma veremos incrementados nuestros beneficios.

Las principales alteraciones del trabajo de parto encontradas fué una fase activa prolongada en 56% de los partos del grupo # 3 y 27% de la población total estudiada, y sólo dilatación alterada en 31%; esto va directamente relacionada a diversos factores uterinos y fetales y es ahí donde la curva de dilatación de Friedman sirve perfectamente para diagnosticar rápidamente estas alteraciones.

Si se analiza el trabajo de parto, Villalobos (9) señala que el trabajo de parto se acelera al llegar el cervix a una dilatación arriba de 4 cms. y después de que se alcanza esta dilatación no debe haber retardo. Hendrick (26) y Sutdd definen al trabajo de parto normal después de 4 cms. de dilatación y tener una velocidad de dilatación de 2.0 a 2.2 cms. por hora. Hunter encontró que el promedio de dilatación en los partos espontáneos era de 2.0 cms. por hora, mientras que en los que se aplicó Forceps fué de 1.25 cms. por hr.

En el presente estudio encontramos que el promedio de velocidad de dilatación es un buen parámetro para diagnosticar Distocia uterina tempranamente, por ejemplo en el grupo # 3 la velocidad de dilatación cervical fué de .68 cms. por hr. y vemos que esto se asoció a incremento en el número de cesáreas, de alteraciones de la frecuencia fetal, de calificación de Apgar bajo, y de mayor morbilidad fetal, comparándolo a los grupos 1 y 2 los cuales tuvieron velocidad promedio de 1.76 y 1.18 cms. por hr. respectivamente.

Si analizamos la morbilidad fetal, vemos que en el grupo # 3 fué donde se encontraron todos los casos con patología fetal, y los porcentajes, a pesar de ser bajos, no dejan de alarmarnos, la Distocia de hombros se presentó en 2% lesión de nervio facial 1%, del plexo braqueal 1%; éste úl-

timo fué quien tuvo Apgar más bajo al minuto de vida mientras que en las otras patologías el Apgar no se alteró .

El trauma obstétrico adquirido a través de las manipulaciones del feto durante el parto, continua siendo la causa principal de preocupación para el Obstetra y Pediatra. El uso liberal de la Cesárea como sustituto del Forceps medio puede contribuir a una más baja morbilidad neonatal. (27)

Los infantes con lesión del nervio Braquial fueron más frecuentes cuando pesaban más de 4 kg. de acuerdo al estudio de Levine, se ve que esta patología se asocia a aplicación de Forceps en 77%, distocia de hombros en 22% y eran madres nulíparas en 52%, además tuvieron más bajo Apgar en 55% de los casos (27).

Asi mismo la lesión del nervio facial, Levine encontró que se asociaba a madre nulípara en 60%, aplicación de Forceps en 77%, Segundo período del parto prolongado en 49% y a peso mayor de 3.5 kg. en 37%. Hopwood (20) cita que la Distocia de hombros se ve más frecuentemente en pacientes con más de 41 semanas y con fase desacelerativa prolongada; y reporta frecuencia de 1.1% de todos los partos. Mondalou (25) opina que en productos por arriba de 4 kg. de peso, la incidencia de Distocia de hombros va desde 1.7 a 8.4%.

Si se analiza la morbilidad materna vemos que las secuelas psicológicas se observaron en 33% de los casos con Distocia y 16% de todos los casos estudiados, por lo que podemos decir que si una madre tiene un trabajo de Parto sin alteraciones, ni retrasos, pensará en embarazarse en un futuro próximo, mientras que por el contrario, si la madre primípara tiene un trabajo de parto prolongado, doloroso, que le causó mucha fatiga física y mental, y aún a esto se agrega que se le aplicó Forceps o se operó por Cesárea y tiene molestias por la Cirugía, probablemente no se vuelva a embarazar y repercutirá en su estabilidad marital.

C O N C L U S I O N E S

Todos los autores concuerdan en que, el Partograma es el mejor registro gráfico del Parto, que capacita al Médico o enfermera para conocer las desviaciones del Trabajo de Parto normal. Si utilizamos como referencia las Curvas trazadas por Friedman y utilizamos éstas como línea de referencia y alarma podremos adelantarnos a que esta Distocia se acentúe y perjudique al producto y a la Madre.

Si analizamos la hoja de registro de trabajo de Parto que se utiliza actualmente en nuestra sala de Labor del Hospital, veremos que esta hoja es poco objetiva, si se compara con el modelo de Hoja de registro o partograma utilizada en este estudio; cualquier persona ya sea interno, enfermera o residente puede fácilmente darse cuenta cuando hay desviaciones de la curva normal de dilatación cervical o de descenso fetal.

Además de servirnos estas hojas de registro o de partograma como un arma para diagnosticar oportunamente cualquier alteración del mecanismo de Parto, nos sirven como instrumento educacional para los alumnos de Pregrado, internos y residentes, acerca del curso normal de un trabajo de parto y también como arma legal para atestiguar que en todo momento, la paciente estuvo bajo estricto control médico.

Es importante crear parámetros a seguir para mejorar nuestra Morbimortalidad Perinatal:

- 1.- Si desde su ingreso a Urgencias, se diagnostica una Desproporción cefalopélvica, o sospecha de bebé grande para su edad gestacional, la interrupción por vía abdominal será necesaria para evitar daño al producto y stress a la madre.
- 2.- Si no existe una DCP absoluta, el ensayo de trabajo de parto debe llevarse a cabo en condiciones ideales dentro de un hospital, donde se disponga de todo el material y personal calificado necesario para una adecuada atención de parto.
- 3.- Ya propiamente siguiendo las curvas de Friedman si notamos alguna de las siguientes alteraciones:
 - a) Disminución del ángulo entre la curva de dilatación máxima y el horizontal, menor de 35° (Normal en primigesta 75°)
 - b) Disminución de la velocidad de dilatación, menos de 0.9 cm/hr.
 - c) Disminución de la velocidad de descenso fetal menor de 0.8 cm/hr.
 - d) Más de dos horas de retardo en la curva de dilatación ideal. Y de acuerdo a ello revalorar a nuestra paciente.
- 4.- Utilización de los métodos auxiliares para detección de Sufrimiento fetal como son la Tococardiografía, pH de piel cabelluda, etc.

- 5.- Si alguno de estos parámetros está alterado, hay que revalorar cada caso individualmente y decidir cuál es la solución adecuada, sea Oxitocina, reposo o Cesárea.
- 6.- No hay indicación para la perlvimetría radiológica, ya que sin duda es preferible una tentativa de trabajo de parto en forma cuidadosa.
- 7.- El manejo del parto disfuncional incluye: reposo, ambulación, hidratación adecuada, sedación y uso de Oxitocina, antes de considerar el parto abdominal.
- 8.- Recordar que la habilidad del Obstetra consiste en ejecutar el menor número de cesáreas posible, siempre que se asegure la mayor protección del feto.

B I B L I O G R A F I A

- 1.-Ott W.J..Relación Entre Los Patrones Normal y Anormal De La 2a Fase Del Parto Y Mortalidad Perinatal. Clin. Obstet Gynecol. 25 (1), 109; Marzo 1982.
- 2.-Cefalo R.C.,O'Brien W.F.;Identification And Correction - Of The Abnormalities Of The Labor Active Phase. Clin. - Obstet. Gynecol. 25 (1),119;March 1982.
- 3.-Philpott R.H.; Obstructed Labour. Clin. Obstet.Gynaecol. 9 (3), 625; Dec 1982.
- 4.-Liggins G.C.; Iniciación del Parto Espontaneo. Clin. Obs tet. Gynecol. 26 (1), 53; Marzo 1983.
- 5.-Miller F.C.; La Actividad Uterina En El Parto Espontaneo Clin. Obstet. Gynecol. 26 (1), 89; Marzo 1983.
- 6.-Pritchard J.A.,Mac Donald P.C.; "Williams Obstetrics" - 15a. Edición; New York, Appleton; 1980.
- 7.-Friedman E.A.; La Curva De Evolución Del Parto. Clinics In Perinatology, 8 (1), 15; Feb 1981.

- 8.- O'Driscoll K. at Cols...- Active Management Of Labor -
As An Alternative To Cesarean Section For Dystocia. Obs-
tet. Gynecol. 63 (4), 485; April 1984.
- 9.- Villalobos R.M. y cols...-Evaluaci3n De Un Nomograma Pa-
ra La Vigilancia Del Trabajo De Parto En La Primigesta.
Ginec. Obstet. Mex. 43 (255), 15; Enero 1978.
- 10.- Earn A.D...-The Partographic Labor Board:An Alternative
For Earlier Decisions Regarding Management During Labor.
Am. J. Obstet. Gynecol. 144 (7), 859; Dec 1982.
- 11.-Orhue A.A.E.,at Cols...-Outcome Of Induced Labor In 931
Term Pregnancies. Obstet. Gynecol. 64 (1),108; July 1984.
- 12.-Hunter J.S. at Cols...-The Outcome Of Prolonged Labor As
Defined By Partography And The Use Of Oxitocin;A Descrip-
tive Study. Am. J. Obstet. Gynecol. 145 (2), 189; Jan -
1983.
- 13.-Freeman R.K.,Garite T.J...- Fetal Heart Rate Monitoring
1a Ed. Pag. 96; Williams & Wilkins;Baltimore 1981.

- 14.-Bergsjö P., at Cols.- Case Control Analysis Of Post-term Induction Of Labor. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 61 (4), 317; 1982.
- 15.-Langer O., at Cols.- Characteristics And Management Of Intrapartum Prolonged Fetal Bradycardia. British J. Obstet. Gynecol. 89 (11), 904; Nov 1982.
- 16.-Philpott R.H.- The Recognition Of Cephalopelvic Disproportion. Clin. Obstet. Gynaecol. 9 (3), 609; Dec 1982.
- 17.-Anderson K.E., at Cols.- Farmacologia del Parto. Clin.- Obstet. Gynecol. 26 (1), 65; Marzo 1983.
- 18.-Nagata I., at Cols.- Comparison Of Plasma Oxytocin Levels During Spontaneous Labor And Labor Induced By Amniotomy Prostaglandin F2a And E2. Am. J. Obstet. Gynecol. 147 (3), 259; Oct 1983.
- 19.-Seitchick J., Castillo M.-Oxytocin Augmentation Of A -- Dysfunctional Labor. Am. J. Obstet. Gynecol. 144 (8); 899; Dec 1982.

- 20.-Hopwood H.G.-Shoulder Dystocia:Fifteen Years Experience
In A Community Hospital. Am. J. Obstet. Gynecol. 144 (2)
162; Sept 1982.
- 21.-Phillips R.N.,at Cols..-Physician Bias In Cesarean Sec-
tions. JAMA 248 (9), 1082; Sept 1982.
- 22.-Sokol R.J.,at cols..- Risks Preceding Increased Primary
Cesarean Birth Rates. Obstet. Gynecol. 59 (3),340;Mar -
1982.
- 23.-Gilstrap L.C.,at Cols..-Cesarean Sections:Changing Inci-
dence And Indications. Obstet. Gynecol. 63 (2),205;Feb-
1984.
- 24.-O'Driscoll K. at Cols..-Correlations Of Decrease In Pe-
rinatal Mortality And Increase In Cesarean Sections Ra-
tes. Obstet. Gynecol. 61 (1), 1; Jan 1983.
- 25.-Mondalou D.H.,at Cols..-Large For Gestational Age Neona-
tes:Antropometrics Reasons For Shoulder Dystocia. Obstet.
Gynecol. 60 (4), 417; Oct 1983.

- 26.-Hendricks Ch. H.,at Cols..- Normal Cervical Dilatation -
Pattern In Pregnancy And Labor. Am. J. Obstet. Gynecol.
106 (2),1055; 1970.
- 27.-Levine M.G.,at Cols..- Birth Trauma:Incidence And Predis
posing Factors. Obstet. Gynecol. 63 (6), 792; Jun 1984.