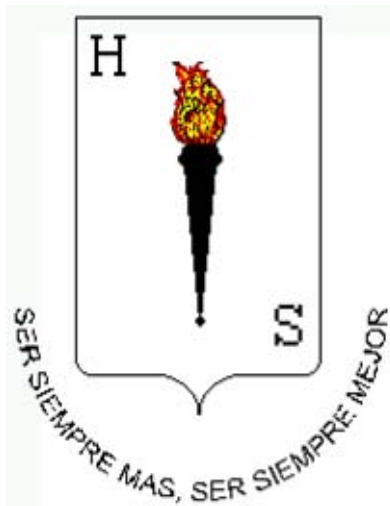


**ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD.**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
CLAVE 8722



Tesis

PARTO DISTÓCICO

**Para obtener el grado de:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.**

MEDRANO MORENO MALINALLI

Morelia, Michoacán. Junio 2007



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 esta 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.

DEDICATORIA

A mis padres que me han apoyado, y han estado conmigo desde el inicio de esta carrera y me han dado el ejemplo de seguir adelante y luchar día con día para alcanzar mis metas.

Gracias a Dios por que una etapa mas de mi vida a terminado, y se iniciaran otras.

AGRADECIMIENTOS

A la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud por permitirme haber pertenecido a ella, y haberme desarrollado en ella y por el apoyo que me brindaron.

Al Hospital de Nuestra Señora de la Salud por permitirme realizar mi practica y al personal de enfermería por haber participado en la investigación realizada.

INTRODUCCIÓN

Para la realización de esta investigación, fue necesario llevar a cabo la información proporcionada por los autores, como principio llevando el titular la práctica en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Se realizó con temas de la salud en mujeres embarazadas de 15 a 25 años de edad en el tercer trimestre del embarazo, apoyándose en material de metodología de la investigación. La parte más sobresaliente de esta investigación es el nivel de conocimiento que se obtuvo tanto de enfermería respecto del parto distócico que se muestra de manera gráfica en el cuarto capítulo.

Ya que al embarazo se le toma como una etapa en que todo está bien y en muchas ocasiones al principio todo evoluciona bien pero al final se complica y se presentan las muertes maternas y fetales, por esta razón también se interesó el titular en este tipo de investigación.

Se usan términos médicos que son entendibles para los lectores que se interesen en la presente investigación.

Se calculó el tiempo para la realización de la investigación en las horas de clase para presentar los temas alternándolas con teoría y práctica.

Distocia es un parto normal o difícil, es el resultado de la presentación anormal del feto o que el canal de parto tenga tamaño inadecuado para el alumbramiento vaginal.

La distocia o parto distócico que es la situación anormal, se puede presentar en cualquiera de las tres fases del trabajo de parto y es consecuencia de cuatro diferentes anormalidades

INDIICE	PAG.
 CAPITULO I	
1.1 Antecedentes	2
1.2 Planteamiento Del Problema	3
1.3 Objetivos	4
1.4 Pregunta De Investigación	5
1.5 Hipótesis.....	6
1.5.1 Variables	7
1.5.2 La Viabilidad De La Investigación	9
1.5.3 Justificación De La Investigación	9
 CAPITULO II	
2.0 Marco Teórico	11
2.1 Teorías	14
2.1.1 Presentación Pélvica.....	17
2.1.2 Anormalidades De La Pelvis Ósea	19
2.1.3 Paridad	20
2.1.4 Malformaciones Uterinas, Tumores Uterinos, Estenosis Pélvica	20
2.1.5 Parto Pre termino	21
2.1.6 Anomalías Fetales	21

2.1.7 Embarazo Múltiple	21
2.1.8 Hipo motilidad Fetal	22
2.1.9 Anomalías en el volumen de líquido amniótico.....	22
2.1.10 Cordón Umbilical Corto	22
2.2 Maniobra de Bracht.....	23
 CAPITULO III	
3.0 Investigación	26
3.1 Universo O Población	27
3.1.1 Muestra	27
3.1.2 Pilotaje.....	30
3.2 Instrumentos.....	30
3.3 Confiabilidad.....	31
3.4 Objetividad	31
3.5 Validez.....	32
 CAPITULO IV	
4.1 Descripción e Interpretación de los Resultados.....	38
 CAPITULO V5.1 Conclusiones y Sugerencias	 51

Bibliografía	55
Apéndice A: Instrumentos	59

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES

1.1 ANTECEDENTES.

Se han revisado los partos atendidos en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Virgen del Camino en los cinco años completos entre 1997 y 2001.

Hemos asistido 17.824 partos de feto único; de ellos 55 en situación transversa (0,31%); 305 gemelares, de los cuales uno o ambos fetos estaban en situación transversa en 45 (14,75%); 19 triples, con uno de ellos por lo menos en transversa en seis (31,58), y dos gestaciones cuádruples, una de ellas en feto transversa.

De las 44 cesáreas practicadas, se extrajeron por cesárea ambos fetos en 40, y en cuatro casos de cefálica-transversa se extrajo el primero por vía vaginal y el segundo, al tratarse de un anencefalo, se practico versión interna y gran extracción.

De los 90 fetos hubo tres muertos ante parto, dos procedentes de la misma gestante que ingreso con un DPPNI (el primero en cefálica y el segundo en transversa), y otro, un segundo gemelo, en transversa. Hubo dos muertos post-partos inmediatos: uno, anencéfalo, y otro, un segundo gemelo con Apgar de 1 y que falleció a los cinco minutos.

En cuanto a malformaciones, en el grupo de los gemelos, además de anencefalo, hubo un labio leporino y una ageneia de peroné.

De los seis embarazos triples, todos tuvieron solamente un feto en transversa, excepto uno, que tuvo dos.

En el embarazo cuádruple únicamente un feto estaba en situación transversa

Durante el parto gemelar es norma del Servicio no efectuar versión interna y gran extracción para el segundo gemelo.

La investigación se llevara acabo en Morelia, Michoacán en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, en el servicio de la Unidad Toco Quirúrgica.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“El planteamiento del problema y sus elementos son muy importantes por que proveen directrices y los componentes fundamentales de la investigación: además resultan claves para entender los resultados. La primera conclusión de un estudio es evaluar que ocurrió con el planteamiento.”¹

¹ Hernández Sampieri, Roberto, et. Al., Metodología de la investigación. 4º ed. México, Ed. MC Graww Hill, 2006, 46 pp.

¿Qué causas son las más comunes en la presentación pélvica en mujeres embarazadas de 15-25 años en el último trimestre del embarazo?

La posición de presentación pélvica puede generar partos distócicos

El desarrollo del tema se entenderá como un análisis del por que ocurren los partos distócicos, si sabiendo que antes de llevar a cabo un parto se debe revisar la posición fetal por las complicaciones que pudiera presentar. El tema se hace necesario para analizar los orígenes de las complicaciones y que tanto se presenta en la población de mujeres embarazadas de 15-25 años en el tercer trimestre del embarazo.

1.3 OJETIVOS

“Tienen la finalidad de señalar a lo que se aspira en la investigación y deben expresarse con claridad, pues son las guías del estudio”²

Se analizará la información obtenida sobre parto distócico, en mujeres embarazadas de 15-25 años en el último trimestre en Marzo del 2007 y analizar que tan frecuente ocurre.

“Los objetivos específicos indican que logro se desean alcanzar en cada etapa de la investigación”

² Ídem; 47 pp.

Se analizara los factores que inciden en el parto distócico, que lo origina e identificar la posición o presentación pélvica así como jerarquizar las causas mas comunes que influyen en este parto distócico.

1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACION

“Las preguntas representan el ¿Qué? De la investigación. No siempre en la pregunta o las preguntas se comunican el problema en su totalidad, con toda su riqueza y contenido. A veces se formula solamente el propósito del estudio, aunque las preguntas deben resumir lo que habrá de ser la investigación. Orientan hacia la respuesta que se buscan con la investigación. Las preguntas no deben utilizar términos ambiguos ni abstractos”

¿Qué causas son las más comunes en la distocia en mujeres embarazadas de 15-25 años en el último trimestre en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud?

Se plantea la siguiente pregunta para saber las causas y también analizar que es la que lo origina por que al atender un parto no se sabe con exactitud si va a ser un parto normal o se presenta con complicaciones, para saber identificar la posición del producto.

1.5 HIPOTESIS

“Son las guías para la investigación o estudio, indican lo que tratamos de probar y se define como explicaciones tentativas del fenómeno investigado; deben ser formuladas en manera de proposiciones”³. Las hipótesis son el centro, la medula o el eje del método deductivo cuantitativo.

Hay diversas formas de clasificar las hipótesis:

- 1) Hipótesis de investigación.
- 2) Hipótesis nulas.
- 3) Hipótesis alternativas.
- 4) Hipótesis estadísticas.

HIPOTESIS DE INVESTIGACION proposiciones tentativas acerca de las posibles relaciones entre dos o mas variables.

HIPOTESIS NULAS constituyen proposiciones acerca de la relación entre variables, solo que sirven para refutar o negar lo que afirma la hipótesis de investigación.

³ Ídem; 122 pp.

HIPOTESIS ALTERNATIVAS posibilidades diferentes o alternas ante las hipótesis de investigación o nula.

HIPOTESIS ESTADISTICA representa la transformación de la hipótesis de investigación nula y alternativa en símbolos estadísticos.

La posición de presentación pélvica puede generar partos distócicos.

En esta investigación se utiliza la hipótesis de investigación que son proposiciones tentativas sobre la o las posibles relaciones entre dos o mas variables.

Se usa por que debe haber una relación y se debe dar una coherencia a la investigación.

1.5.1 LAS VARIABLES

“Es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse”⁴.

Es una cualidad o aspecto en el cual difieren los individuos, se asignan valores a los sujetos.

⁴ Ídem; 123 pp.

La variable presentación pélvica que consiste en una alineación bipolar del feto, que presenta los glúteos en el estrecho superior de la pelvis materna y la cabeza en el fondo uterino hay que notar que la frecuencia de esta presentación aumenta, conforme disminuye la edad del embarazo.

La variable parto distócico es un progreso anormalmente lento del trabajo de parto o parto difícil.

Las variables adquieren valor para la investigación cuando forman parte de una hipótesis o una teoría

PRESENTACION PELVICA	PARTOS DISTOCICOS
Multiparidad	Fuerzas Expulsivas
Polihidramnios	Desarrollo del feto
hidrocefalia	Anormalidades en la pelvis ósea

1.5.2 LA VIABILIDAD DE LA INVESTIGACION

La viabilidad o factibilidad del mismo estudio; para ello, debemos tomar en cuenta la disponibilidad de recursos financieros humanos y materiales que determinaran, en última instancia, los alcances de la investigación.

En la presente investigación se tomara en cuenta los recursos con los que cuenta el investigador y en que lugares o en que lugar puede llevar acabo su investigación tomando en cuenta la población con la cual va a trabajar.

1.5.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Indica el por que de la investigación exponiendo sus razones. Por medio de la justificación se debe demostrar que el estudio es necesario e importante. La investigación ayuda a conocer las causas del parto distócico, se agregara un conocimiento hacia el personal de enfermería y obtendrán un conocimiento para llevar acabo la obstetricia

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.0 MARCO TEÓRICO

“Es un compendio escrito de artículos, libros y otros documentos que describen el estado pasado actual del conocimiento sobre el problema de estudio”⁵. Ayuda a documentar como nuestra investigación agrega valor a la literatura existente.

Proporciona una visión de donde se sitúa el planteamiento propuesto dentro del campo de conocimiento en el cual nos moveremos.

Sustenta teóricamente el estudio, una vez que ya se ha planteado el problema se ha evaluado su relevancia y factibilidad.

Ayudara a ampliar el horizonte de estudio para que se centre en su problema, para evitar desviaciones del planteamiento original.

El marco teórico comprende:

- La revisión de la literatura correspondiente.
- La adopción de una teoría o desarrollo de una perspectiva teórica o de referencia.

⁵ Ídem; 64 pp.

La valoración inicial de la mujer que se piensa inicio con trabajo de parto antes de las 37 semanas de gestación incluye información básica acerca de su salud e historial obstétrico, además de evaluación de su estado actual.

La enfermera puede ayudar a determinar la presencia del parto verdadero al supervisar la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones, observar si hay borramiento cervical y dilatación, además de otros indicios de parto como rotura de membranas y salida del opérculo.

También es importante la valoración del feto para determinar tamaño y madurez aproximados así como indicios de sufrimiento fetal. El historial prenatal, monitoreo fetal, ultrasonido y la determinación de la proporción de lecitina/esfingomielina son métodos que pueden realizarse en la valoración

El parto, proceso mediante el cual el niño es expulsado del útero por la vagina, comienza con contracciones irregulares del útero cada 20 o 30 minutos. A medida que avanza el proceso, aumenta la frecuencia e intensidad de las contracciones.

El trabajo de parto son las contracciones uterinas que producen borramiento y dilatación demostrables en cérvix.

El trabajo de parto se caracteriza por su brevedad, una variación biológica considerable y una menor complejidad que la prevista sobre la base de interpretación de los gráficos estadísticos contemporáneos.

El trabajo de parto activo puede ser diagnosticado de modo confiable cuando la dilatación cervical es de 3 cm. O más en presencia de contracciones uterinas.

Una vez alcanzado este umbral de dilatación cervical cabe esperar el progreso normal hasta el parto, según la cantidad previa de hijos.

El progreso anticipado durante un segundo periodo de 1-2 horas es gobernado por reglas que intentan garantizar la seguridad del feto. Por último, la mayoría de las mujeres en trabajo de parto espontáneo y se les deja sin ayuda, darán a luz dentro de un lapso de próximamente 10 horas después de la admisión para el trabajo de parto espontáneo.

Cuando las contracciones temporales que se encuentran dentro de los límites del trabajo de parto normal son las únicas contracciones del embarazo, deben considerarse intervenciones distintas del parto por cesárea antes de recurrir a este método de parto por falta de progresión.

La actividad uterina insuficiente es una causa común y corregible de progreso anormal del trabajo de parto.

La distocia o trabajo de parto difícil puede deberse a distintos factores etiológicos

Y se encuentran sobre todo en aquellos en los que las fuerzas expulsivas son subnormales y carecen de intensidad suficiente para superar la resistencia natural al nacimiento del niño que ofrece el canal óseo y las partes blandas maternas aquellos en los que pese a que las fuerzas expulsivas pueden tener una intensidad normal las anomalías de la estructura o el carácter del canal de parto representan un obstáculo mecánico insalvable para el descenso del polo de presentación y aquellos en los que el feto, a causa de una presentación defectuosa de un desarrollo excesivo.

2.1 TEORIAS.

Distocia significa literalmente trabajo de parto difícil y se caracteriza por un proceso anormalmente lento del parto.

En términos generales puede decirse que el trabajo de parto anormal es común cuando existe una desproporción entre el polo de presentación fetal y el canal de parto.

Parto del latín *partus* es el proceso, mediante el cual, el producto de la concepción y sus anexos, son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales; cuando el embarazo es mayor de 20 semanas de evolución y el feto pesa más de 500 gramos.

Eutócía del griego *eu*, bueno y *tokos* parto: parto normal.

Distocia parto anormal o difícil.

Parto Eutócico es aquel que garantiza el nacimiento de niños vivos viables y sin traumatismo capaces de provocar minusvalías.

Kilpatric y Laros informaron que la duración media de la primera y segunda etapas del trabajo de parto era de alrededor de 9 horas en las nulíparas sin analgesia regional y que el límite superior del percentilo 95 era de 18,5 horas. Las duraciones correspondientes a las mujeres multíparas dieron una media de 6 horas con un percentilo de 13,5 horas.

Estos autores definieron el comienzo del trabajo de parto como el momento en que la mujer refiere contracciones dolorosas regulares cada 3 A 5 minutos que llevan a cambios en el cerviz. La dilatación cervical en el momento de la admisión no fue enunciada

La distocia es muy compleja y, aunque su definición progreso anormal en el trabajo de parto parece simple, no hay consenso en cuanto a que significa "progreso anormal". Por consiguiente parece prudente intentar una mejor comprensión del trabajo de parto anormal a fin de determinar apartamientos de lo normal.

El mayor procedimiento para comprender el trabajo de parto normal consiste en reconocer su comienzo. La definición estricta de trabajo de parto contracciones uterinas que producen borramiento y dilatación demostrables del cérvix no ayuda mucho al clínico a determinar cuando a comenzado realmente, por que este diagnostico solo se confirma después del acontecimiento

Parto Distócico es un progreso anormalmente lento del trabajo de parto.

Cesárea del latín *Caedere*, corte. Es la intervención quirúrgica que tiene por función extraer al producto de la concepción vivo o muerto a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas de gestación.

1.- Anormalidades de las fuerzas expulsivas-fuerza uterina insuficiente, coordinación adecuada para borrar y dilatar el cuello del útero o esfuerzo inadecuado de los músculos voluntarios durante el segundo periodo del trabajo de parto.

2.- Anormalidades de la pelvis ósea materna, es decir, contracción pelviana.

3.- Anormalidades en la presentación, la posición o el desarrollo del feto.

4.- Anormalidades de los tejidos blandos del tracto reproductor que constituyen obstáculos para el descenso del feto.

Distocia pélvica en la madre. Es una situación en la que por las razones que sea hay una disminución de la dimensión de la pelvis de la madre. Entre el 15-20 % de las mujeres tienen distocia pélvica.

Por ejemplo esto se da por el cáncer por tumores en la zona pélvica, por luxación, congénita de cadera, raquitismo, alteraciones graves de la columna vertebral...

Disfunción uterina: no se producen contracciones o las que se producen son irregulares. No conllevan el parto espontáneo

2.1.1 PRESENTACION PELVICA

La primera causa se puede mencionar la prematurez, multiparidad, embarazos múltiples, polihidramnios.

La presentación pélvica puede ser completa o incompleta; se llama completa cuando ambas rodillas están flexionadas sobre el abdomen fetal, e incompleta, que puede ser variedad nalgas o compuesta, se llama a la presentación incompleta variedad nalgas cuando el feto presenta las dos nalgas y las extremidades pélvicas están flexionadas a nivel de la cadera y extendidas a nivel de las rodillas, permaneciendo ambos pies a nivel de la cabeza.

Incompleta compuesta o mixta cuando una o ambas caderas no están flexionadas, y uno o ambos pies o una rodilla se ubica por debajo de las nalgas, es decir en la parte mas baja del canal del parto.

La mortalidad fetal en la presentación pélvica comprende tres tipos de accidentes: la muerte *in utero* sin causas evidentes, 10 veces mas frecuente que en la presentación de vértice; las anomalías y malformaciones congénitas, dos veces mas frecuentes, y la consecuencia del manejo del parto, de una y media a dos veces mas frecuente, dependiendo de la institución de atención.

El mecanismo del parto pélvico incluye al igual que en el parto normal, los movimientos de encajamiento, descenso y desprendimiento.

El movimiento de encajamiento procede la orientación que ajusta el diámetro bitrocantereos de la pelvis fetal a uno de los diámetros oblicuos el estrecho superior materno para luego encajarse y descender.

Al llegar a los planos inferiores de la pelvis materna, la presentación realiza un movimiento de rotación interna de 45 grados quedando el diámetro bitrocantéreo en relación con el diámetro antero posterior de la pelvis de la madre.

Cuando el trabajo de parto pélvico, se desarrolla totalmente de forma natural, el medico que asiste el parto, solo tiene que sostener al producto,

seccionar el cordón umbilical, atender el alumbramiento, así como revisar y reparar el canal de parto de las lesiones en caso de que se presenten.

2.1.2 ANORMALIDADES DE LA PELVIS OSEA

Estas anomalías pueden ser congénitas o adquiridas.

Las anomalías vulvares es edema que puede ser causado por varices con trombosis y hematomas; lesiones inflamatorias con formación de cicatrices por hidrosadenitis supurada, linfogranuloma venéreo o enfermedad de Crohn; los abscesos y quistes de Bartholin; los divertículos, quistes y abscesos uretrales; la presencia de condilomas acuminados.

Las anomalías vaginales se mencionan atresia parcial, quistes del conducto de Gartner.

Las anomalías del cuello uterino son estenosis, carcinoma del cuello uterino

Las ubicaciones uterinas anormales, anteroflexión y reflexión; saculación del útero; prolapso del útero grávido; cistocele; retócele y enterócele; torsión del útero grávido.

2.1.3 PARIDAD

Se ha descrito como factores de riesgo tanto la primiparidad como la multiparidad. Para esta última, se apuntaba a la relajación uterina secundaria a los partos como factor que motivaba el fracaso de la versión espontánea del feto o del mantenimiento de la misma una vez establecida.

Sin embargo, este factor ha ido perdiendo peso y parece ser la primiparidad la que se considera como factor relacionado con la presentación de nalgas, probablemente por que la hipertonicidad uterina dificulta la versión espontánea del feto.

2.1.4 MALFORMACIONES UTERINAS, TUMORACIONES UTERINAS, ESTENOSIS PELVICA.

Los procesos que alteran la morfología normal uterina, la presencia de miomas uterinos, sobre todo los localizados a nivel del segmento uterino inferior, o la estenosis pélvica son situaciones que favorecen la presentación podálica al dificultar la acomodación del polo cefálico fetal al estrecho superior de la pelvis.

2.1.5 PARTO PRETERMINO

El parto pretermino es probablemente el factor que mas contribuye a generar un a presentación podálica en el momento del parto, los motivos anteriormente mencionado.

2.1.6 ANOMALIAS FETALES

Las malformaciones congénitas son mas frecuentes en las presentaciones de nalgas que en las de vértice. De ellas, las más relacionadas con la presentación podálica son las que afectan al sistema nervioso. También son relativamente frecuentes las anomalías del tracto gastrointestinal, genitourinario y las trisomías autosomicas 13, 18 y 21.

2.1.7 EMBARAZO MULTIPLE

El embarazo múltiple genera una mayor tasa de presentaciones podálicas debido, fundamentalmente, a la necesidad de acomodación de los fetos y a la disminución de espacio, que dificultaría la versión espontánea.

2.1.8 HIPOMOTILIDAD FETAL

Se ha sugerido que la falta o escasez de movimientos activos por parte del feto podría relacionarse con una mayor incidencia de presentaciones podálicas. Existe estudio sobre cinética fetal que muestra una frecuencia superior a la habitual de presentaciones podálicas en fetos con patrones de hipoactividad severos.

2.1.9 ANOMALIAS EN EL VOLUMEN DE LÍQUIDO AMNIOTICO

Tanto el oligohidramnios como el hidramnios son factores que pueden alterar la normal motilidad del feto, dificultando, por limitación del movimiento, la versión en caso de oligohidramnios o impidiendo, debido a una mayor libertad de movimientos, su fijación en el caso de hidramnios, favoreciendo así la presentación podálica.

2.1.10 CORDON UMBILICAL CORTO

La presencia de un cordón umbilical corto o de circulares de cordón también se ha citado como un factor implicado en la presentación de nalgas, al restar movilidad al feto.

2.2 MANIOBRA DE BRACHT

Considerada como una de las menos traumáticas, tiene como objetivo la extracción conjunta de hombros y cabeza. La manera de llevarla a cabo es la siguiente

- Aguardar hasta la salida de los omoplatos. Para evitar la compresión del cordón umbilical deberemos realizar una leve tracción sobre el mismo para obtener un asa de unos 10-15 cm.
- Una vez visualizada la escapula fetal el obstetra cogerá al feto con ambas manos por las nalgas con las extremidades inferiores flexionadas sobre el tronco, de modo que los pulgares abracen los muslos y los restantes dedos se coloquen sobre el sacro fetal.

Después de que ocurre la distocia:

Hay infección durante el parto y es un serio peligro al que están expuestos la madre y el feto en partos complicados por un trabajo de parto prolongado, especialmente cuando ya hay ruptura de membranas.

Las bacterias del líquido amniótico atraviesan el amnios e invaden la decidua y los vasos corionicos de modo que dan origen a una bacteriemia y a sepsis materna y fetal. Otra consecuencia sería la neumonía fetal causada por la aspiración de líquido amniótico infectado.

Ruptura del útero se trata del adelgazamiento anormal del segmento inferior del útero crea un serio peligro durante el trabajo de parto prolongado, sobre todo en multíparas y en pacientes con partos previos por cesárea.

Cuando la desproporción entre la cabeza del feto y la pelvis materna es tan pronunciada que no hay encajamiento ni descenso el segmento inferior del útero se estira cada vez mas y puede sobrevenir la ruptura.

La formación de fístula cuando la parte de presentación esta bien encajada en la apertura superior de la pelvis pero no avanza por un tiempo considerable, las porciones del canal de parto situadas entre esa apertura y la pared pelviana pueden estar sometidas a una presión excesiva.

Puede haber necrosis a causa del deterioro de la circulación, que se advierte varios días después del parto par la aparición de fístulas vesicovaginal, vesicocervical o rectovaginal. Más a menudo la necrosis por presión sigue a un segundo periodo del trabajo de parto muy prolongado. Antes, cuando el parto quirúrgico se postergaba todo lo posible, esta complicación era frecuente, pero ahora es raro verla solo en países subdesarrollados.

CAPÍTULO III INVESTIGACIÓN

3.0 INVESTIGACIÓN

La investigación es un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno.

El proceso cuantitativo es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos evadir pasos, el orden es riguroso, aunque desde luego podemos redefinir alguna fase.

Hay diferentes tipos de investigación:

Exploratorio no se establecen, lo que se puede formular son dos conjeturas iniciales.

Descriptivo esta va a ser descriptiva

Correlacional diferencia de grupos sin atribuir causalidad.

Explicativa diferencia de grupos atribuyendo causalidad, es experimental, cuasiexperimental, hay bases para inferir causalidad, un mínimo de control y análisis estadístico apropiados para analizar cuestiones causales.

Los diseños transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población.

El procedimiento consiste en ubicar una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades; y así proporcionar su descripción. Son, por lo tanto, estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis estas son también descriptivas.

3.1 Universo/Población

Conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones. Va dirigido a mujeres embarazadas de 15-25 años de edad en el tercer trimestre del embarazo, de estrato social medio.

Se estudiara en Morelia, Michoacán en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en la calle Ignacio Zaragoza. Se le realizara a una población de 30 personas de las cuales solo se tomaran trece.

3.1.1 Muestra

“Subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de dicha población”⁶.

La muestra probabilística son esenciales en los diseños de investigación transeccionales tanto descriptivos como correlacionales-descriptivos, donde se pretenden hacer estimaciones de variables en la población.

Estas variables se miden y se analizan con pruebas estadísticas en un a muestra, donde se presupone que esta es probabilística y todos los elementos de la población tienen una misma probabilidad de ser elegidos.

Las unidades o elementos muestrales tendrán valores muy parecidos a los de la población, de manera que las mediciones en el subconjunto nos darán estimados

Para seleccionar una muestra lo primero que hay que hacer es definir la unidad de análisis. El sobre qué o quiénes se van a recolectar datos depende del planteamiento del problema a investigar y a los alcances del estudio. Estas acciones nos llevaran al siguiente paso que consiste e delimitar una población.

El resultado de la muestra fue obtenida tomando una población de 30 personas, de las cuales se obtienen como muestra trece obtenida de la formula.

⁶ Ídem; 236 pp.

$$n = \frac{Z^2 p q N}{N e^2 + Z^2 p q}$$

En donde:

n = tamaño de la muestra

p = es la probabilidad positiva

q = es la probabilidad negativa

z = es el nivel de confianza

e = es el margen de error

N = es el tamaño del universo

$$n = \frac{1.28 \quad (.5) \quad (.5) \quad (30)}{30 (.10) + (1.28)^2 (.5)(.5)}$$

$$n = \frac{1.28 \quad (7.5)}{30(0.01)+1.6384 (.5)(.5)}$$

$$n = \frac{9.6}{0.3+0.4096}$$

$$n = \frac{9.6}{0.7096}$$

$$n = 13.5$$

Se redondean numeros y se toman trece personas

La formula de intervalo

$$k = \frac{N}{n}$$

3.1.2 PILOTAJE

Una vez que se a obtenido la muestra y se ha seleccionado el instrumento de recolección de información. Se aplicara a un grupo determinado para así obtener el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el tema de distocia.

3.2 INSTRUMENTOS

Son los recursos que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente.

En términos cuantitativos se observa verdaderamente la realidad que deseo capturar, se aplica un instrumento para medir variables contenidas en la hipótesis, la medición es efectiva cuando el instrumento de recolección de datos en realidad representa a las variables que tenemos en mente.

En la presente investigación se aplicara un cuestionario como un método mejor de recolección de datos sobre el conocimiento del personal de enfermería.

Los instrumentos se aplican al personal de enfermería, enfermeras tituladas y pasantes del hospital de nuestra señora de la salud

3.3 CONFIABILIDAD

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales.

La confiabilidad de un instrumento de medición se determina mediante diversas técnicas que son los conceptos de validez y objetividad.

3.4 OBJETIVIDAD

Se refiere al grado en que este es permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador o investigadores que le administran, califican e interpretan.

La objetividad se refuerza mediante la estandarización en la aplicación de instrumentos y en la evaluación de los resultados así como, al emplear personal capacitado y experimentado en el instrumento. Por ejemplo, si se utilizan observadores, su proceder en todos los casos debe ser lo más similar que sea posible y su entrenamiento tendrá que ser profundo y adecuado.

Los estudios cuantitativos buscan que la influencia de las características y las tendencias del investigador se reduzca al mínimo posible, lo que insistimos es un ideal, pues la investigación siempre es realizada por seres humanos.

3.5 VALIDEZ

La validez en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.

La validez es una cuestión más compleja que debe alcanzarse en todo instrumento de medición que se aplica. Kerlinger plantea la siguiente pregunta respecto de la validez ¿Esta midiendo lo que cree que esta midiendo? Si es así, su medida es válida; si no; evidentemente carece de validez.

La validez es un concepto del cual pueden tenerse diferentes tipos de evidencia:

1).- Evidencia relacionada con el contenido.

2).- Evidencia relacionada con el criterio.

3).- Evidencia relacionada con el constructo

1).- EVIDENCIA RELACIONADA CON EL CONTENIDO

La validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el grado en el que la medición representa al concepto o variable medida.

2).- EVIDENCIA RELACIONADA CON EL CRITERIO

La validez de criterio establece la validez de un instrumento de medición al compararla con algún criterio externo que pretende medir lo mismo.

3).- EVIDENCIA RELACIONADA CON EL CONSTRUCTO

La validez de constructo es probablemente la más importante, sobre todo desde una perspectiva científica, y se refiere a que tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico. A esta validez le concierne en particular el significado del instrumento, esto es, que está midiendo y cómo opera para medirlo. Integra la evidencia que soporta la interpretación del sentido que poseen las puntuaciones del instrumento.

-Se establece y especifica la relación teórica entre los conceptos.

-Se correlacionan los conceptos y se analiza cuidadosamente la correlación.

-Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en el que clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

El embarazo es un estado fisiológico pasajero que consiste en la unión del óvulo con el espermatozoide y termina con el nacimiento de un nuevo ser.

Distocia es un parto normal o difícil, es el resultado de la presentación anormal del feto o que el canal de parto tenga tamaño inadecuado para el alumbramiento vaginal.

La distocia o parto distócico que es la situación anormal, se puede presentar en cualquiera de las tres fases del trabajo de parto y es consecuencia

de cuatro diferentes anomalías o de la combinación de ellas y así existen los siguientes tipos de distocias:

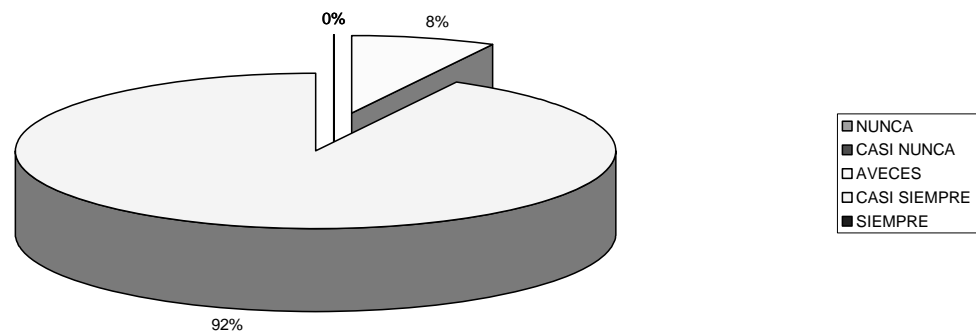
- a).- Distocias dinámicas o de contracción.
- b).- Distocias de origen fetal.
- c).- Distocias por anomalías de la pelvis ósea materna.
- d).- Distocias de partes blandas.

DISTOCIAS DINAMICAS O DE CONTRACCION

Se denomina distocia dinámica a cualquier alteración de la cavidad normal del músculo uterino durante el parto y puede ser por una alteración en la frecuencia, intensidad, tono o coordinación de las contracciones uterinas.

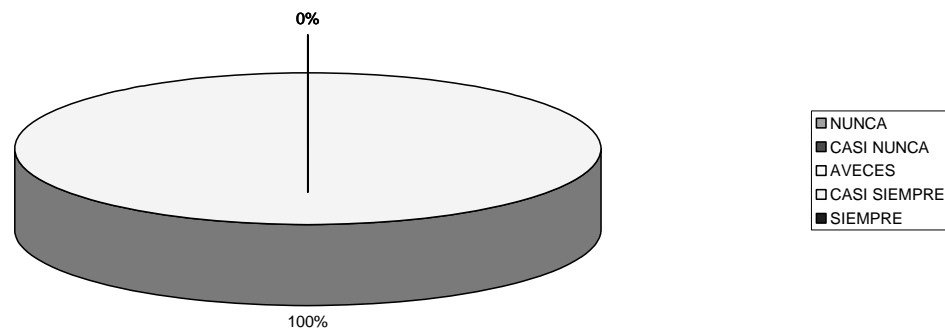
CAPÍTULO IV. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

1.- ¿EL PARTO DISTOCICO ES POR ANORMALIDADES DE LAS FUERZAS EXPULSIVAS?



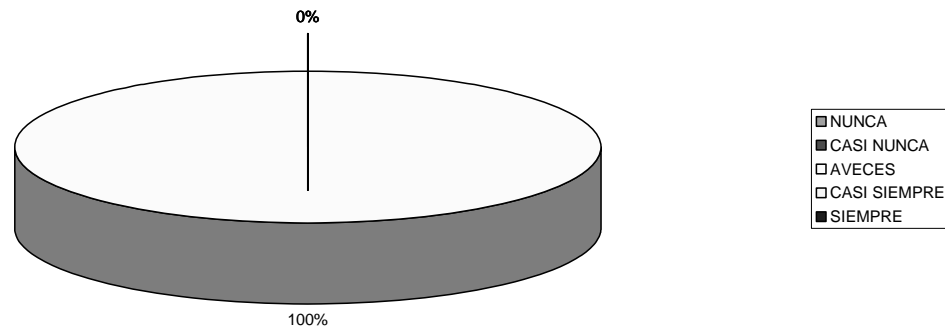
Se entiende que la mayoría de los partos distócicos es por que no se tiene un parto, en el cual se haya capacitado a la paciente y se le de la técnica para llevar acabo un parto. Se tiene que el personal de enfermería de no tiene la capacidad suficiente. El 8% opina que a veces y el 92% opina que casi siempre ocurre

2.- ¿EI PARTO DISTOCICO ES POR ANORMALIDADES EN LA PRESENTACION, LA POSICION O EL DESARROLLO?



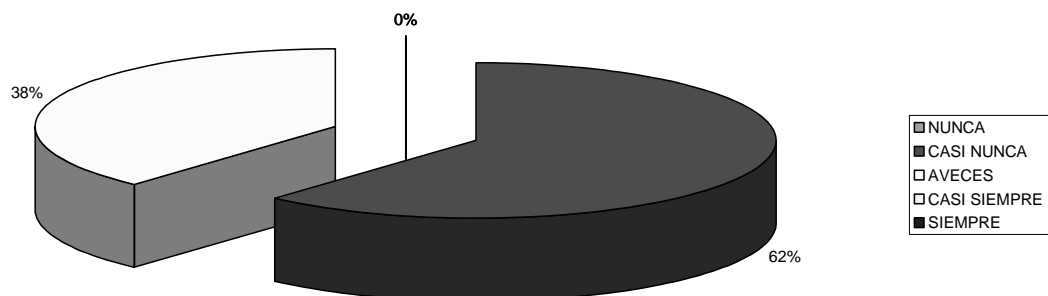
Se muestra que la distocia es por las anomalías de presentación en el feto. La distocia también se presenta por la posición del feto, el desarrollo del feto ya que en el tercer trimestre del embarazo los fetos cambian de posiciones y a sí es como se complica el trabajo de parto. Si se lleva a cabo el control prenatal adecuado el trabajo de parto no se complicaría. El 100% opina que siempre ocurre esto la mayoría de las veces.

3.- ¿EL PARTO DISTOCICO ES POR ANORMALIDADES EN LA PELVIS MATERNA?



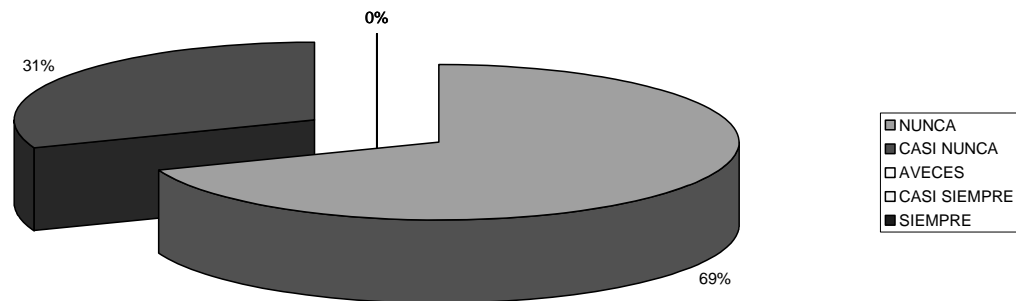
Se coincide que se ha ocurrido por anomalías de la pelvis materna, por que no es capaz de llevar a cabo la dilatación y si lo hay una estrechez pélvica, trae como consecuencia un parto difícil por que el bebe no cabe por el canal de parto o este no se logra acomodar. La mayoría de las veces de las veces es decir el 100% siempre tiene que ver con las anomalías de la pelvis.

4.- ¿EL PARTO DISTOCICO ES POR ANORMALIDADES DEL CANAL DE PARTO?



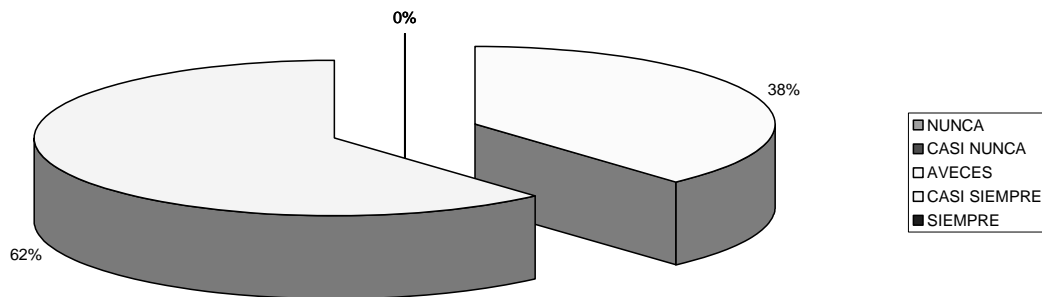
El parto distócico no siempre es por anomalías del canal de parto, la experiencia de las enfermeras muestra que si ocurre esto va unido con las posiciones del bebé y las anomalías de la pelvis. El canal de parto no se logra llevar el borramiento por la incapacidad de la pelvis de la madre. El 38% opina que a veces ocurre mientras que el 62% casi nunca ocurre esto.

5.- ¿EN EL PARTO DISTOCICO SON DE BAJO O ALTO PESO Y POR ESO SE PRESENTA ESTA COMPLICACION?



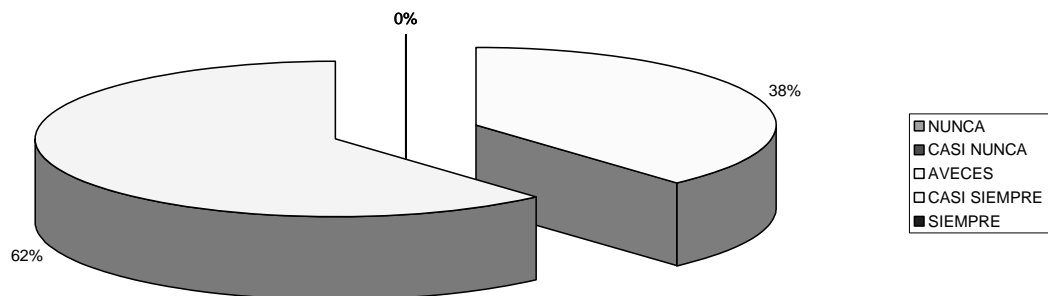
Nos muestra que el peso del bebe no influye en el trabajo de parto y no se puede complicar por este factor. Al pasar el bebe por el canal de parto ya sea de acuerdo a su tamaño se va abriendo el canal de parto y se logra el parto. El 31 % opina que siempre ocurre el parto distócico por el peso del producto y el 69 % opina que casi nunca ocurre por el peso del bebe.

6.- ¿ANTES DE QUE SE LOGRE EL PARTO SE CONOCE QUE TIPO DE PÉLVIS PRESENTA LA MADRE?



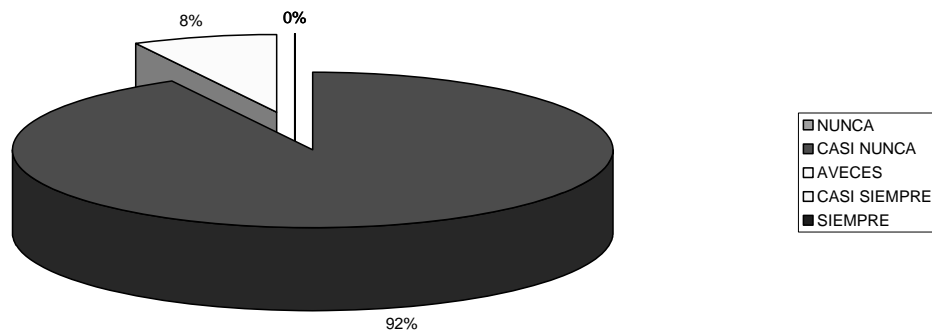
En la grafica se muestra que no se conoce el tipo de pelvis de la madre por que no se llevo un adecuado control prenatal y al momento de trabajo de parto no se le realiza una exploración adecuada. El parto difícil se complica por que en muchas ocasiones no se conoce el tipo de la pelvis materna y no hay interés por saberla. El 38 %conoce el tipo de pelvis de la madre mientras que el 62% no conoce el tipo de pelvis.

7.- ¿CREE QUE LAS CONTRACCIONES IRREGULARES INDIQUEN UN PARTO DIFICIL?



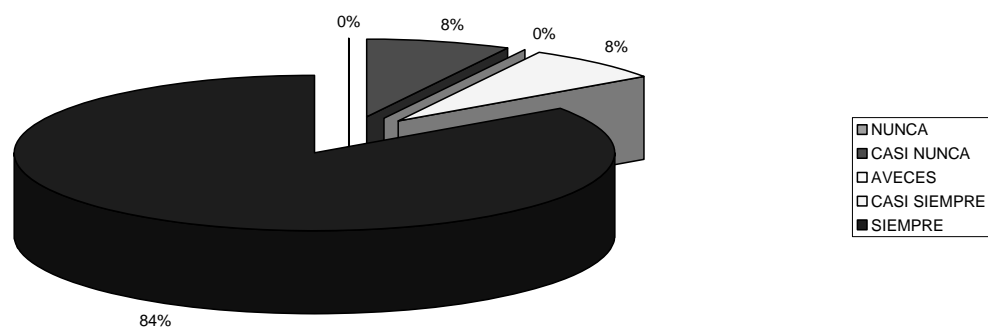
El grafico nos muestra que las contracciones irregulares que presenta la mujer embarazada son indicaciones que el bebe esta sufriendo por que no pude llevar acabo el proceso de nacimiento. Las contracciones irregulares en muchas ocasiones nos indican que puede ser un parto difícil y ocurre que se complica. El 38% indica que no es por las contracciones irregulares mientras que el 62% opina que este es principal síntoma de un parto difícil.

8.- ¿EL PRODUCTO NACE CON MALFORMACIONES POR NO CONOCER EL TIPO DE PELVIS?



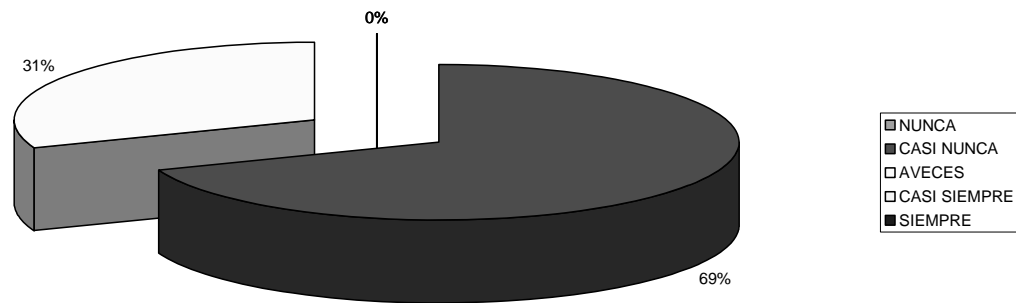
Se muestra en la grafica que las malformaciones no son por no conocer el tipo de pelvis, las malformaciones están presentes ya de antes que ocurra el parto. No hay malformaciones lo que ocurre al momento de parto es que pudiera existir luxaciones. Que se pueden corregir. El 8% dice que si se nace con malformaciones por no conocer el tipo de pelvis y el 92% dice que no tiene nada de relación con las malformaciones

9.- ¿ES IMPORTANTE EL DIAGNÓSTICO POR ESTUDIOS DE GABINETE?



En el embarazo siempre va a ser importante el estudio de gabinete como lo son el ultrasonido que nos ayuda a saber el estado de salud del bebe y las posiciones así poder evitar un parto distócico o complicado y es un variante importante en el embarazo. El 8% opina que casi nunca es importante, el otro 8% dice que a veces y el 84% opina que es muy importante

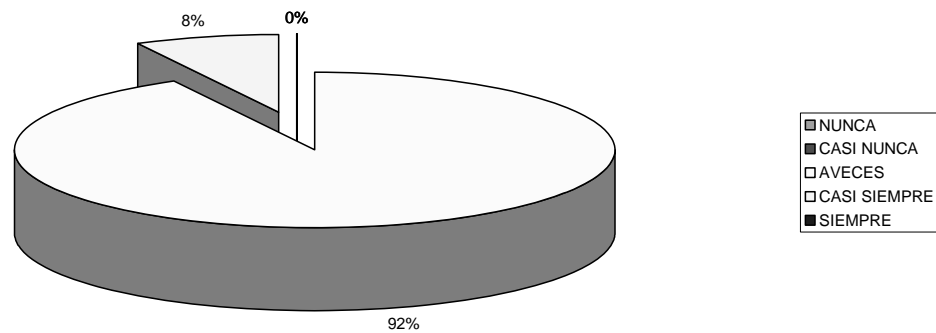
10.- ¿EL PARTO DISTÓCICO ES EL PROGRESO O EVOLUCIÓN LENTA DEL TRABAJO DE PARTO?



En la grafica se muestra que es importante el chequeo continuo del trabajo de parto por que debido a la evolución tardía de este, complica el trabajo de parto, el nacimiento del bebe y pude complicar el estado de salud de la madre y el bebé.

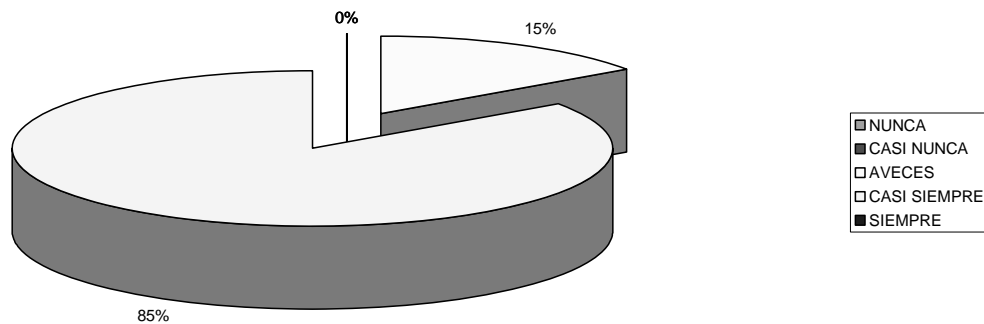
El 31% opina que a veces y el 69% opina que siempre es el trabajo de parto lento

11.- ¿CREE QUE SE PRODUCE POR UNA DESPROPORCIÓN ENTRE EL POLO DE PRESENTACIÓN FETAL Y EL CANAL DE PARTO?



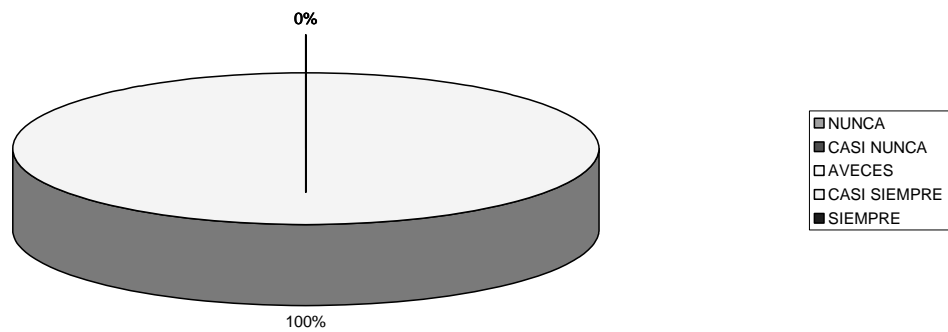
Hay un porcentaje que muestra que si hay relación con la desproporción de los polos y en ocasiones se presenta el parto difícil. El 8% dice que a veces mientras el 92% dice que casi siempre ocurre por esto.

12.- ¿EL PARTO DISTÓCICO ORIGINA UNA CESAREA POR DESPROPORCION CEFALOPELVICA?



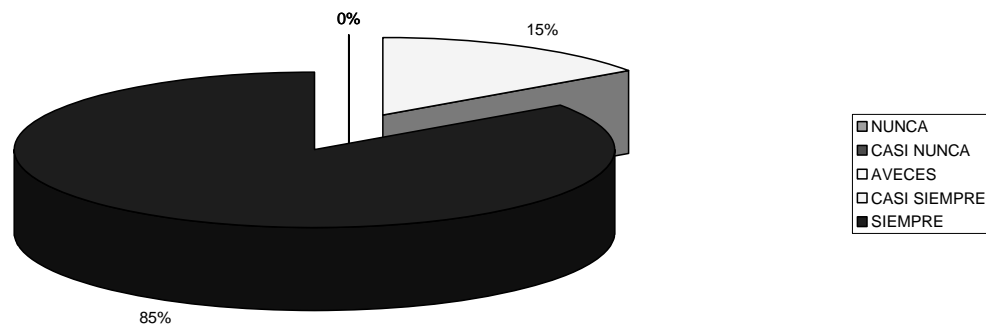
En la grafica se muestra que la cesárea también es un parto difícil y por que el bebe se presenta en desproporción céfalo pélvica y esta es una anomalía de presentación del bebe por no estar acomodado en el lugar adecuado donde va a iniciar el trabajo de parto. El 15% dice que no tiene nada que ver y el 85 % dice que casi siempre ocurre esto en la mayoría de los casos.

13.- ¿CREE QUE LA DESPROPORCION CEFALOPELVICA ES LA OBSTRUCCION DEL TRABAJO DE PARTO?



La desproporción céfalo pélvica es un factor por el cual ocurre un parto difícil por que el cuello uterino no tiene la capacidad de llevar acabo el trabajo de parto adecuado. El 100% opina que siempre ocurre por esta complicación.

14.- ¿CREE QUE LA DISTOCIA ES EL TRABAJO DE PARTO DIFICIL?



En la grafica se muestra que la distocia es el trabajo de parto difícil por diferentes factores que presenta tanto la madre como el bebe durante el periodo gestacional, el trabajo de parto. El 15% dice que a veces mientras que el 85% dice que siempre es el trabajo de parto difícil.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CAPITULO I

En la presente investigación el trabajo de parto es un estado fisiológico en donde el útero realiza la expulsión de los productos de la concepción.

La distocia es resultado de diversas anormalidades que afectan el cuello uterino, el útero, al feto o la pelvis ósea materna o que causan obstrucciones del canal de parto.

Desde el punto de vista mecánico, estas anormalidades han sido simplificadas en tres categorías.

A esta también se le añade la desproporción céfalo pelviana y es la falta de progresión en el trabajo de parto espontáneo o estimulado se ha convertido en una descripción cada vez mas popular de trabajo de parto ineficaz ya que existe la falta de dilatación cervical progresiva y la falta de descenso del feto.

En la presente investigación la distocia ocurre en mujeres embarazadas de 15 a 25 años de edad en el tercer trimestre del embarazo, ya que unos años atrás esto era muy común y en la actualidad ocurre pero no tan frecuentemente.

Se utilizan variables e hipótesis sobre los diversos tipos de pelvis, las variedades de posición del feto, las complicaciones que presenta tanto la madre como el feto, así como las anomalías del canal parto.

CAPITULO II

Del capítulo dos podemos concluir que tanto el personal de enfermería puede colaborar en el diagnóstico de un embarazo y que se puede diagnosticar un parto complicado, y así prevenir las malformaciones.

Saber identificar un parto verdadero de un parto falso, el inicio de las contracciones uterinas. El uso de las teorías que literalmente fueron encontradas, y que ayudaron a la investigación.

CAPITULO III

Se realizó un instrumento para saber que conocimiento tiene el personal de enfermería en el parto distócico o el parto difícil por el cual se analizan los resultados obtenidos.

CAPITULO IV

Se realiza una graficación de los resultados obtenidos para tener un mayor entendimiento de la encuesta realizada y poder analizar que nivel de conocimiento tiene el personal de enfermería

SUGERENCIAS

El tema esta desarrollado con ideas fundamentales y es conveniente que el personal de enfermería este capacitado para realizar el diagnostico oportuno se sugiere mantener con mas información al personal de enfermería para que disminuyan los índices de el trabajo de parto difícil.

Se puede disminuir el trabajo de parto difícil teniendo la información necesaria, y haciéndolo empíricamente se puede detectar mas fácilmente y darse cuenta cuando se inicia con una complicación del trabajo de parto.

APÉNDICE

BIBLIOGRAFIA

- Ahued Ahued Roberto. Ginecología y Obstetricia, Edit. Manual Moderno 2003, 2ª edición, pp. 591-603.
- Beischer Norma a, Trabajo de Parto Normal, Obstetricia y Neonatología 1994, capítulo 12, pp. 364-369.
- Cabero Roura Luis, Tratado de Ginecología Obstetricia y Medicina, Edit. Panamericana, pp. 243,245-259.
- Castelazo Ayala Luis. Pelvis ósea obstétrica. Obstetricia: tomo I 1960. Pp. 151-196.
- Cunningham, F. Gary, Obstetricia, Edit. Médica Panamericana, edición 21, México D.F.
- Garcia Roing Félix, Gineco Obstetricia, the American Collage of Obstetricians and Gynecologist. Edit. Manual Moderno S.A de C.V, Méx. D.F
- Gherman R, Morphy T: Distocia de hombros. Mundo medico 1999; XXVI, pp. 99
- Gurpegui M. Ezcurdia, et al, Distocias del trabajo de parto, pp.763-780.
- Hernández Sampieri Roberto, Metodología de la investigación, Edit. Mac Graw Hill, Méx D.F, 2003, pp. 639.
- Kösen Franfort del M, Embarazo y parto, Tomo II, Hamburgo, Edit. Salvat, pp 243-255.
- Méndez Cervantes Francisco, Ginecología y Obstetricia, Tercera Edición, Edit. Méndez S.A de C.V, pp. 132-142.
- Mendoza Colorado, Obstetricia II, Edit. ENEO, 1ª Edición, Mex. D.F, pp. 102.
- Núñez Maciel Eduardo, Ginecología y Obstetricia 1, Edit. Cuellar, pp. 34-46.

- Orozco Sandra, revista aprendiendo a ser padres, Edit. Publimomentum, Méx. D.F, registro núm. 8396, Pág. 45.
- Olds-London-Ladewing. Embarazo de alto riesgo, Enfermería Materno Infantil, 1995; capítulo 19, pp. 478-531.
- Pichardo Cedeño Barbará, Métodos y Técnicas de Investigación I, 2ª edición, México 1999, Edit. Sara Griselda Sánchez Mercado, pp.45-54.
- Pritchard Jack A. Lesiones del canal de parto, Williams obstetricia, 1980; pp. 711-726.
- Queenan John t. Identificación del sufrimiento fetal, Atención del Embarazo de Alto Riesgo, capítulo 14, pp. 164-172.
- Quilligan Edwar J. Biblioteca internacional de Ginecología y Obstetricia Operatoria, volumen 4, Edit. Grupo Noriega, Méx D.F 1992
- Rabago José, Manual de Obstetricia, Edit. Porrúa 1995 Méx, D.F pp386.
- Raffensperger. Baily Ellen, Manual de Enfermería, Edit. Grupo Océano, España 1995-1997, Pág. 1254.
- Ramírez Alonso Félix, Obstetricia para la enfermera profesional, Edit. El manual moderno 2002, México D.F, pp. 353-388.
- Recasens Girol S. Distocias por presentaciones y posiciones viciosas. Tratado de Obstetricia, Barcelona: Salvat.
- Ripoll Espiau, Enrique, Guía practica de mi bebe y yo, Edit. Sfera, Méx D.F, Registro Núm. 100, Pág. 52.
- Romero Salinas Gerardo, Distocias de Contracción, Ginecología y Obstetricia AMHGO3, 2000, capítulo 4, pp. 450-462.

- Septien Gonzales Jose Manuel, Programas de Actualización Continua en Ginecología y Obstetricia, Edit. Sistema Internacional, Méx, 1996-1997, pp 221.
- Schwarcz Ricardo, Origen y Desarrollo del embarazo, Obstetricia, 1966, capitulo 12, pp.5-12.
- Tenorio González Francisco, Ginecología y Obstetricia aplicadas, 2000, capitulo 7, pp. 245-255.
- Zamora Garza Miguel, Ginecobstetricia, Edit. Instituto Politécnico Nacional, Méx 1995, pp. 200.