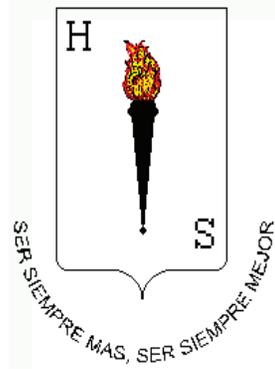


ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS
TIPOS DE DISTOCIAS

PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA
JOSEFINA ZAVALA JACOBO

ASESORA DE TESIS:
LIC.EN ENF: MARIA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN



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

Esta investigación quiero dedicársela a mis papas que son las principales personas a las que les debo al haber llegado hasta este momento de mi carrera, no tengo palabras con que agradecer todo su apoyo que ha sido en todos los aspectos, por todo su amor, por guiarme, por el esfuerzo que juntos hemos realizado, gracias por su confianza, por la fuerza que me han dado para salir adelante. También quiero dedicársela a esa personita que es un pilar importante en mi vida y a quien amo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios que me ha permitido vivir hasta este momento, que me permitiera dedicarme al estudio de esta carrera y que para poder lograrlo me brido una gran ayuda a través de mi familia principalmente de mis papas, gracias señor por darme la dicha de contar con su apoyo incondicional siempre.

Agradezco a mis papás por hacer posible que llegara aquí con su apoyo de toda forma, gracias por guiarme por un buen camino, gracias a mis hermanas que a pesar de la distancia estuvieron siempre cerca de mí.

Es precisó agradecer a mis docentes que con paciencia, dedicación compartieron todos sus conocimientos teóricos y prácticos, también a los directivos que han permanecido de pie y que han mantenido la escuela en lo alto, con su esfuerzo y paciencia ante nosotras sus alumnas, gracias en forma especial a la señorita Martita Alcaraz que ha sido un pilar incondicional para la institución, gracias a nuestro asesor de tesis Marco Antonio Rueda, gracias a todo el personal que de una forma u otra colaboraron para que yo pudiera llegar hasta este momento de mi carrera.

Gracias al Hospital de Nuestra Señora de la Salud que nos permitió realizar prácticas que incrementaran nuestros conocimientos, gracias al personal de médicos y enfermeras que laboran en él y que compartieron sus conocimientos que enriquecieran los conocimientos para una mejor atención como profesionista.

Gracias a mis amigas que estuvieron siempre cerca de mí y que con sus palabras me ayudaron en los momentos difíciles y que me dejaron compartir momentos de felicidad, gracias por su amistad.

Gracias a mi grupo que a pesar de las diferencias siempre estuvimos unidas y que me apoyaron cada una de forma especial, también porque me permitieron entrar en sus vidas y compartirla.

ÍNDICE

INTRIDICCIÓN

CAPITULO I. CONSTRUCCIÓN DEL OBJETIVO DE ESTUDIO.

Planteamiento del problema.....	I
Justificación.....	II
Hipótesis.....	II
Variables	II

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.

2. PARTO NORMAL.....	2
2.1. Primer estadio del trabajo de parto (período dilatante).	3
2.1.2. Segundo estadio del trabajo de parto (período expulsivo).	3
2.1.3. Dilatación uterina durante el trabajo de parto.....	5
2.1.4. Características de las contracciones uterinas durante el parto	6
2.2. Definición de distocia	7
2.3. ANOMALIAS FETALES	7
2.3.1. Anomalías del desarrollo	8
2.3.2. Anomalías de presentación	8
2.3.3. Presentación podálica o pélvica	10
2.3.4. Presentación de hombros.....	11
2.3.5. Compuesta	13
2.3.6. Fúnica.....	13
2.3.7. Anomalías de posición	14
2.4. ANOMALÍAS DE LAS FUERZAS EXPULSIVAS	14
2.4.1. Alteración del tono basal	15
2.4.2. Alteración de la frecuencia	15
2.4.3. Alteración de la intensidad	16

2.4.4. Alteración de la coordinación	16
2.4.5. Aspectos etiológicos.....	18

2.5. DISTOCIAS MATERNAS..... 19

2.5.1. Distocias en pelvis con morfología normal	20
2.5.2. Distocias en pelvis con morfología anormal	21

2.6. DISTOCIAS POR ANOMALÍAS DE LAS PARTES BLANDAS 22

2.6.1. Vulva	23
2.6.2. Vagina	23
2.6.3. Cérvix	23
2.6.4. Útero.....	24
2.6.5. Ovario.....	25

CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO.

3.1. Metodología.....	27
3.2. Tipo de estudio:	27
3.3. Sujetos a estudiar:	27
3.4. Determinación estadística de La muestra:	27
3.5. Confiabilidad y validez:.....	29
3.6. Instrumento usado:.....	29

CAPÍTULO IV. DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1. Graficas y resultado de encuestas	31-44
--	-------

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

5.1. CONCLUSIONES	46
--------------------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA	48
--------------------	----

ANEXOS	49
--------------	----

INTRODUCCIÓN

Las distocias o trabajo de parto difícil son caracterizadas por un progreso lento o anormal del trabajo de parto, las cuales pueden presentarse solas o en combinación ya sean de origen fetal o de origen materno. Es importante tomar en cuenta que en la actualidad las tasas de la realización de operación cesárea han incrementado ya que en su mayoría es implementada como tratamiento para estas anomalías.

En esta investigación buscamos la causa más común que ocasiona una distocia así como descubrir qué tipo de distocia se presenta con más frecuencia y si los métodos de diagnóstico son los adecuados o si se realizan de forma oportuna.

Se pretende también obtener conocimientos sobre la etiología, diagnóstico y tratamiento a estas anomalías para en un futuro poder dar una solución que beneficie al buen pronóstico tanto materno como fetal durante el trabajo de parto de las mujeres embarazadas que se encuentran en los extremos de la vida reproductiva que son las más susceptibles a una complicación.

Y así obtener datos más profundos sobre este tema para incrementar conocimientos a nuestra profesión tanto en la práctica como en la teoría brindando una atención holística y de calidad a las pacientes que presenten estas anomalías, prevenirlas oportunamente, corregirlas y continuar su trabajo de parto normal o sin complicaciones y mejorar su calidad de vida o pronóstico.

CAPÍTULO I
CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE
ESTUDIO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la literatura existen cuatro causas de distocia que son anomalías de las fuerzas expulsivas, anomalías de la pelvis ósea materna, anomalías de la presentación y desarrollo del feto y anomalías de los tejidos blandos del tracto reproductor que son obstáculos para el descenso del feto, estos pueden darse solas o en combinación, en este trabajo se estudiarán las anomalías de las fuerzas expulsivas o fuerza uterina insuficiente, su frecuencia para comprobar si es una de las más frecuentes.

Es importante que el personal de salud conozca cada una de ellas y con qué frecuencia se presentan y así poder brindar una atención con calidad, prevenir a través del control prenatal y en el inicio o durante el trabajo de parto, todo esto principalmente para disminuir las complicaciones que pueden presentarse en el hospital de nuestra señora de la salud, es por ello que surge la siguiente interrogante:

¿En mujeres embarazadas de 20 a 30 años de edad del hospital de nuestra señora de la salud las principales causas de distocia son las anomalías de las fuerzas expulsivas?

OBJETIVOS

General:

Identificar cuál o cuáles son las causas más frecuentes que originan una distocia o trabajo de parto anormal.

Específicos:

- ◆ Verificar si las anomalías fuerzas expulsivas en el trabajo de parto son las más frecuentes en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS).

- ◆ Enumerar las causas más frecuentes de distocia en pacientes de 20 a 30 años de edad del HNSS.
- ◆ Describir cada una de las causas de distocia para conocerlas detalladamente.

JUSTIFICACIÓN

En el presente trabajo se pretende investigar cada una de las causas más frecuentes de distocia ya que es de suma importancia identificarlas para poder prevenirlas o de alguna manera poder corregirlas y dar un tratamiento específico y adecuado.

Verificaremos si las anomalías de las fuerzas expulsivas en el trabajo de parto anormal son las más frecuentes en el HNSS. Se pretende también que el lector conozca cada una de estas causas para dar una mejor atención a la mujer embarazada. Todo esto con la finalidad de fomentar a la mujer embarazada la forma en que debe actuar ante las contracciones uterinas en el trabajo de parto en la etapa expulsiva principalmente, así como de obtener un diagnóstico oportuno que nos ayude a corregir la causa de estas distocias.

HIPÓTESIS

Las anomalías de las fuerzas expulsivas son la causa más frecuente de distocia en mujeres embarazadas de 20 a 30 años de edad del hospital de nuestra señora de la salud.

VARIABLES

Variable independiente:

Las anomalías de las fuerzas expulsivas

Variable dependiente:

Distocias

Objeto de estudio:

Mujeres embarazadas de 20 a 30 años de edad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo iniciaremos con una breve descripción del trabajo de parto para identificar sus periodos y poder identificar en cada una de ellas alguna anomalía o distocia que pudiera presentarse.

2. PARTO NORMAL

La distocia es muy compleja por lo tanto es prudente mencionar el trabajo de parto normal para tener una mejor comprensión.

La definición estricta de trabajo de parto es según Danforth (1987):

“Contracciones uterinas que provocan el borramiento y la dilatación demostrables del cérvix” (p.388).

Es difícil determinar el momento en que inicia el trabajo de parto, solo puede identificarse este hecho después de que ocurre. Se puede identificar el trabajo de parto instruyendo a la paciente para que cuantifique las contracciones durante un lapso específico y poder determinar así el comienzo del trabajo de parto, siempre y cuando las contracciones sean regulares y dolorosas, aunque esto es muy subjetivo ya que desde el tercer trimestre aumentan las contracciones en forma progresiva, lo que causa cierta incertidumbre en la madre. El falso trabajo de parto aparece y se detiene en forma espontánea o por el contrario puede progresar rápidamente y presentar contracciones efectivas.

Otra opción para determinar el inicio de trabajo de parto es el momento del internamiento de la paciente a una unidad de trabajo de parto la cual debe presentar contracciones uterinas dolorosas acompañadas de rotura de membranas, escasa pérdida hemática o borramiento cervical total; o cuando la mujer presenta una dilatación de cervical de 3 ó 4 centímetros o más es un umbral razonable y confiable para el diagnóstico de trabajo de parto.

2.1. Primer estadio del trabajo de parto (período dilatante).

Friedman desarrollo tres divisiones funcionales del trabajo de parto:

- ◆ Preparatoria: se produce poca dilatación cervical, se producen cambios en los componentes del tejido conectivo del cuello uterino. Puede ser sensible a la sedación y analgesia de conducción.
- ◆ De dilatación: es progresiva y con un ritmo más rápido, no es afectada por la analgesia de conducción.
- ◆ Pelviana: comienza con la desaceleración de la dilatación cervical; con los mecanismos clásicos de trabajo de parto que involucran los movimientos del feto, encaje, flexión, descenso, rotación interna, extensión y rotación externa.

La fase de dilatación cervical se divide en dos partes:

➤ La fase de latencia:

Es el momento en que la madre percibe contracciones regulares durante la cual tiene lugar el ablandamiento y borramiento del cérvix. Termina con la dilatación de 3 a 5 centímetros.

Una fase prolongada de latencia puede darse por una sedación o analgesia de conducción excesiva, una mala condición cuello uterino o un falso trabajo de parto. La oxitocina es eficaz para corregir la fase de latencia prolongada.

➤ La fase activa:

Los criterios de dilatación cervical mínimos son de 1.2 cm. / hora en nulíparas y de 1.5 cm. / hora para multíparas o cuando presenta un máximo de 5 cm. de dilatación, en ausencia de un cambio progresivo de pensarse en una intervención. Es confiable

decir que se tiene un trabajo de parto activo cuando se tiene una dilatación de 3 a 4 cm. Las multíparas progresan rápidamente a una velocidad mínima de 1.5 cm / hora, en mujeres nulíparas es confiable esperar que al inicio de la fase activa con 3 ó 4 de dilatación cervical llegue a una dilatación de 8 a 10 cm. en 3 ó 4 horas.

En esta fase es más frecuente que se presenten las anomalías comunes del trabajo de parto ya que el descenso comienza en este estadio aunque cuando este ya es más avanzado, se inicia aproximadamente entre los 7 y 8 cm. en nulíparas y es más rápido después de los 8 cm.

Uno de los problemas de la fase activa son Los trastornos de prolongación y detención, en la que la prolongación se define como un ritmo lento de dilatación cervical o descenso que en las nulíparas es de 1.2 cm. / hora de dilatación cervical y menos de 1 cm. de descenso por hora y para las multíparas 1.5 de dilatación por hora y menos de 2 cm. de descenso en 1 hora.

Por lo tanto se puede decir que la detención de dilatación es de 2 horas sin cambios cervicales y detención del descenso en 1 hora sin descenso fetal.

Otro de los factores que influyen para los trastornos de detención y prolongación son la sedación excesiva, analgesia de conducción y mala posición fetal.

2.1.2. Segundo estadio del trabajo de parto (período expulsivo).

Este estadio comienza cuando la dilatación cervical se ha completado y termina con la expulsión fetal. Su duración media es de 50 minutos en nulíparas de 20 minutos en multíparas, aunque una mujer con mayor paridad y con una dilatación adecuada dos o tres pujos son suficientes para el parto completo.

Este estadio puede ser anormalmente prolongado por una pelvis contraída, o un feto muy grande, por analgesia de conducción o una intensa sedación.

En este estadio se incorporan muchos movimientos cardinales para que el feto pueda atravesar el canal de parto, por lo tanto es lógico que la desproporción del feto y la pelvis materna sea evidente.

Es importante mencionar que puede darse otra división de trabajo de parto que es considerada en instituciones hospitalarias:

- ◆ Primer periodo: consiste en el borramiento y dilatación del cuello uterino.
- ◆ Segundo periodo: pertenece a la expulsión del feto o periodo expulsivo.
- ◆ Tercer periodo: inicia al término de la expulsión fetal y culmina con la expulsión total de la placenta así como las membranas corioamnióticas.

Es importante también mencionar las características de los valores de la dilatación uterina y de la contractibilidad uterina.

2.1.3. Dilatación uterina durante el trabajo de parto

Al comienzo del trabajo de parto con una dilatación de más de 2 centímetros de dilatación cervical según los autores se tiene una intensidad promedio de 28 mm Hg y una frecuencia de tres contracciones en 10 minutos.

En el periodo de dilatación las contracciones uterinas aumentan junto con la intensidad, frecuencia de contracciones y el periodo de dilatación, entonces la frecuencia aumenta a 4.2 en 10 minutos, de 40 a 60 segundos; la intensidad de 41 a 50 mm Hg donde la actividad uterina es de 187 unidades, el tono uterino es de 10 mm Hg.

En el periodo expulsivo después de una dilatación completa las contracciones uterinas provocan el descenso del feto así como el esfuerzo del pujo de la mujer. En este periodo los valores promedio son:

- ◆ Frecuencia: 5 a 10 minutos
- ◆ Intensidad: 47 mm Hg
- ◆ Actividad uterina: promedio es de 235 hasta 300 UM.
- ◆ El tono en partos normales es de 12 mm Hg.

2.1.4. Características de las contracciones uterinas durante el parto

Las contracciones deben contar con las siguientes características para llevar a cabo un trabajo de parto sin causar daño al feto y a la madre son:

- ◆ Invadir el útero alcanzar el periodo mayor de intensidad de las contracciones en los órganos.
- ◆ Debe tener el triple gradiente descendente
- ◆ La intensidad debe ser de 25 a 45 mm Hg
- ◆ El intervalo de los picos en la contracción debe ser de 2 a 4 minutos ya que si es menor el feto no tiene tiempo suficiente para recuperar su circulación sanguínea que es afectada por la contracción y puede causar una hipoxia fetal, de lo contrario si el valor es mayor la disminución del diámetro cervical entre las contracciones lo hacen retornar al mismo diámetro.

- ◆ En la contracción debe haber una relajación del útero completa, en la que la presión amniótica debe descender a 8 ó 12 mm Hg.

Ahora comenzaremos con la descripción de distocia y de su clasificación así como de los diferentes tipos que caracteriza a cada una de ellas.

2.2. DEFINICIÓN DE DISTOCIA

Distocia es el antónimo de eutócica que significa parto normal; por lo tanto distocia significa parto anormal o nacimiento difícil; todas las causas que alteren el mecanismo normal del parto se engloban en este término.

Para su estudio las distocias según la literatura se clasifican en:

- Anomalías fetales
- Anomalías de las fuerzas expulsivas
- Anomalías del canal de parto:
 - a) Anormalidades de la pelvis ósea materna
 - b) Anormalidades de los tejidos blandos.

Con bastante frecuencia se presentan estas combinaciones de sucesos que hoy en día se expresan como desproporción cefalopelviana o falta de progresión que describen un trabajo de parto disfuncional para lo cual es necesaria la cesárea.

2.3. ANOMALIAS FETALES

2.3.1. Anomalías del desarrollo:

Se refiere al aumento de volumen del feto que puede provocar distocia ya que impide el paso a través del canal de parto. Entre las más frecuentes se encuentran:

- ◆ Fetos macrosómicos que pesan más de 4000g. que son más frecuentes en mujeres con diabetes, embarazo prolongado, multiparidad, obesidad materna, padres de elevada talla y nacimiento previo de un niño de más de 4000g.
- ◆ Fetos con hidrocefalia, que es la acumulación de líquido cefalorraquídeo a nivel de los ventrículos cerebrales lo que por consecuencia nos da un aumento del volumen del cráneo. El diagnóstico lo podemos obtener ya que el corazón fetal se escucha por encima del ombligo, una masa firme, dura y ancha situada por encima de la sínfisis del pubis. Por vía vaginal la cabeza fetal es muy tensa y con la palpación se encuentra la presencia de las fontanelas de gran tamaño, líneas de sutura muy amplias y cráneo adelgazado que es característico de hidrocefalia.
- ◆ Los fetos siameses que son gemelos unidos entre sí.
- ◆ Fetos con lesiones que aumentan el volumen del tórax o abdomen de gran tamaño (hidrops fetal), esto puede ser resultado de una vejiga urinaria enormemente distendida, ascitis, hidronefrosis o tumores de riñón hígado y ovario. El diagnóstico se obtiene con ultrasonido.

En la mayoría de los casos el tratamiento es la cesárea; ocasionalmente se utilizan operaciones destructivas como la craneotomía y cleidotomía.

2.3.2. Anomalías de presentación

Cefálicas deflexionadas que constituyen manifestaciones de grados diferentes de deflexión de la cabeza que son las presentaciones de cara, frente y bregma.

A) Cara

En esta presentación la cabeza está muy extendida, el occipucio se pone en contacto con la espalda y la parte que se presenta es el mentón o barbilla.

Se encuentra con más frecuencia cuando la pelvis es muy reducida o el feto es grande. Las multíparas con abdomen péndulo es un factor que predispone la presentación de cara; los fetos anencefálicos se presentan siempre de cara debido a su falta de desarrollo del cráneo.

B) Frente

En esta presentación la cabeza del feto se encuentra comprendida entre el reborde orbitario y la fontanela anterior se presenta en el estrecho superior de la pelvis. En estos casos el parto es posible siempre y cuando el feto sea pequeño o la pelvis gigante.

Las causas de esta presentación son semejantes a la de presentación de cara antes mencionada. El diagnóstico se puede realizar al identificar las suturas frontales, la fontanela anterior, los bordes orbitarios, los ojos y parte de la nariz. No se puede alcanzar la boca ni el mentón.

C) Bregma

Se presenta el diámetro occípito frontal y el punto de referencia es la fontanela anterior, en estos casos el parto vaginal no es posible a menos que el feto sea pequeño o la pelvis gigante; se debe tener en cuenta que esta presentación se puede encontrar en la etapa intermedia en la evolución hacia la deflexión completa o presentación de cara en la que si es posible el parto vaginal.

En este tipo de presentaciones lo más conveniente es realizar un parto abdominal, aunque se debe tomar en cuenta que estas pueden ser parte de una etapa transitoria en la evolución hacia la flexión y desflexión lo que hace posible un parto vaginal.

2.3.3. Presentación podálica o pélvica

También llamada presentación de nalgas donde el polo pélvico del feto es el que se aboca en la pelvis materna y es capaz de seguir un mecanismo de trabajo de parto. Los factores que predisponen esta presentación son:

- * Multiparidad
- * Hidrocefalia
- * Anencefalia
- * Parto pélvico previo
- * Anomalías uterinas y tumores
- * Placenta fúndica
- * Muerte fetal
- * Embarazo múltiple
- * Polihidramnios y oligoamnios
- * Estrechez pélvica

A la exploración abdominal con la maniobra de Leopold donde se identifica la cabeza fetal, dura, redonda y peloteable que ocupa el fondo uterino, la espalda se encuentra a uno de los lados del abdomen y las pequeñas partes en el lado opuesto; si el feto no está encajado o si el diámetro intratrocantéreo de la pelvis fetal no ha sobrepasado la entrada de la pelvis, pueden moverse las nalgas por encima de esta entrada. Los latidos fetales se escuchan ligeramente por encima del ombligo.

Tratamiento:

Según el autor Eduardo Núñez Maciel si la presentación podálica persiste después de las 36 semanas de gestación se debe considerar la práctica de las maniobras de la versión por maniobras externas de pélvica a cefálica para transformar una presentación de nalgas en cefálica de vértice.

Las indicaciones para realizar estas maniobras son las siguientes:

- ✓ Paciente con presentación pélvica no encajada
- ✓ Fetos de entre 37 y 42 semanas de gestación
- ✓ Multíparas de paredes abdominales laxas
- ✓ Embarazo con cantidad suficiente de líquido amniótico para facilitar la versión

2.3.4. Presentación de hombros

El eje longitudinal del feto es perpendicular al de la madre, en situación transversa. Cuando se forma un ángulo agudo se produce una situación oblicua.

En las situaciones transversas, el hombro normalmente se encuentra por encima del estrecho superior de la pelvis, con la cabeza situada en una fosa iliaca y la pelvis en la otra. El lado de la madre al cual se dirige el acromion se determina se determina la

designación como acromial derecha o izquierda. Teniendo en cuenta que una u otra posición la espalda puede estar dirigida anterior, posterior, superior o inferiormente, se designan variedades como dorsoanterior y dorsoposterior.

Las causas más frecuentes son:

- Parto pretermino
- Multiparidad
- Placenta previa
- Estrechez pélvica
- Embarazo múltiple
- Polihidramnios
- Malformaciones fetales
- Abdomen péndulo

El diagnóstico se establece mediante la inspección, el abdomen suele ser amplio, el fondo uterino se extiende por encima del ombligo, la maniobra de Leopold no revela la presencia de polo fetal en el fondo uterino, en una de las fosas iliacas se encuentra la cabeza que pelotea y en la otra las nalgas, la tercera y cuarta maniobra son negativas a menos que el parto se encuentra muy avanzado y el hombro se haya impactada en la pelvis.

En examen vaginal durante la primera parte del trabajo de parto la cara lateral del tórax se reconoce por la sensación de “parrilla” por las costillas por encima del

estrecho superior de la pelvis. Cuando la dilatación esta avanzada la escápula y la clavícula se distinguen en lados opuestos del tórax, durante el parto, el hombro se encaja en el canal pélvico y con frecuencia la mano y el brazo se prolapsan por la vagina a través de la vulva.

El tratamiento de elección para esta presentación es la cesárea y solo se practica un parto vaginal en caso de fetos muertos y pretermino.

2.3.5. Compuesta

En esta presentación una extremidad se prolapsa junto con la parte fetal para entrar en el canal pélvico, las más comunes son:

- Cefálica-mano
- Nalgas-mano
- Cabeza-brazo-pie

Se le conoce también cómo procidencia de hombro si las membranas están rotas y procúbito de miembro cuando están intactas. Estas presentaciones pueden obedecer a cualquiera de los procesos que dificultan la oclusión de la pelvis por la cabeza fetal, sin embargo no existe una causa demostrable a la que pueda atribuirse estas presentaciones.

2.3.6. Fúnica

Se le conoce también como prolapso de cordón, es cuando el cordón se presenta en el estrecho superior, cuando las membranas están intactas se le llama procúbito de cordón; cuando las membranas están rotas se denomina procidencia de cordón y se considera una emergencia obstétrica ya que se acompaña de una mortalidad fetal,

por lo tanto es necesario realizar una cesárea de emergencia mientras se mantiene a la paciente en trendelemburg y mediante un tacto vaginal se rechaza la presentación y se pasa de inmediato al quirófano.

2.3.7. Anomalías de posición

A) Occípito-posteriores

En su mayoría ocurre una rotación espontánea a una variedad anterior y cursan con un parto normal en occípito-púbica. No se conocen las fallas exactas de la rotación, pero el estrechamiento transversal de la pelvis media desempeña cierta función. Las complicaciones frecuentes de esta expulsión en esta posición son el descenso prolongado y la detención del descenso.

Cuando la rotación no se lleva a cabo se realiza una rotación digital, lo que deja un porcentaje bajo de distocias, en caso de que se ocasione distocia se realiza la extracción instrumentada mediante fórceps de tipo Leff o una sola rama de cualquier fórceps y en caso de que estas fracasen se realiza la extracción con fórceps de tipo de Wees, Hawks-Dennen entre otros.

B) Occípito-transversas

Esta posición tiene más posibilidades de ser transitoria mientras el occipucio rota hasta una posición anterior, el origen de la posición occípito transversa no es simple ni su tratamiento ya que está indicada la interrupción del embarazo por vía abdominal. El fracaso de la rotación adecuada se debe a una pelvis platipeloide o androide o en su defecto a una cabeza profundamente encajada y moldeada. Al igual que en la presentación anterior se puede intentar la expulsión mediante la rotación digital o instrumental con fórceps como Kielland que son los más recomendables.

2.4. ANOMALÍAS DE LAS FUERZAS EXPULSIVAS

Cuando un parto normal ocurre en tiempo esperado y gracias al tono, la intensidad, la frecuencia, coordinación y otros factores como la paridad, tipo de pelvis, tamaño del feto etc. En cambio las distocias de funcionales o por anomalías de contracción uterina se producen por alteraciones en la actividad contráctil y el trabajo de parto no ocurre en el tiempo esperado ni de la forma adecuada. Otro factor necesario para que ocurra el parto espontaneo es la fuerza que se genera por los esfuerzos de la madre al pujar en la etapa expulsiva del trabajo de parto.

Para la cuantificación de la actividad contráctil se pueden utilizar métodos manuales como la palpación que es muy subjetiva y de gran variedad y por métodos instrumentales como:

- ✓ Tocodinamometría externa: mide los cambios de presión abdominal por medios de transductores que se colocan en la pared abdominal.
- ✓ Tocodinamometría interna: se colocan sensores de presión colocados dentro del útero que permitan una medición más exacta de la contracción uterina.

La actividad uterina ha permitido establecer valores normales y clasificar las anomalías de la actividad contráctil de acuerdo a la alteración de cada una de sus características y su influencia en el trabajo de parto.

2.4.1. Alteración del tono basal

“Según el autor Aller Juan (1990) cuando la presión uterina sin contracción es menor a 8 mm Hg, se denomina hipotonía y cuando es mayor a 12 mm Hg se denomina hipertonia y se presenta en compañía de otras posibles causas” (p.481).

2.4.2. Alteración de la frecuencia

Bradisistolia: ocurre cuando hay menos de 2 contracciones uterinas en 10 minutos y puede producir un trabajo de parto prolongado y alteraciones del equilibrio ácido base materno y sufrimiento fetal.

Taquisistolia: se producen más de 5 contracciones uterinas en 10 minutos y los periodos de relajación uterina disminuyen produciendo así disminución del flujo útero-placentario e hipoxia fetal.

2.4.3. Alteración de la intensidad

Durante el trabajo de parto la intensidad de las contracciones uterinas varía entre 15 y 60 mm Hg.

- Hiposistolia: consiste en la disminución de la intensidad de las contracciones uterinas para el periodo del parto. Uno de los factores que la causan es la anestesia conductiva realizada con dilatación menor de 3 ó 4 cm, que ocasiona alargamiento del trabajo de parto. Para corregir esta anomalía se hace uso de un masaje uterino digital para estimular los receptores de oxitocina así como la estimulación del pezón y la aplicación de oxitocina en infusión o la aplicación de prostaglandinas locales o vaginales.
- Hipersistolia: es una elevación de la intensidad para un determinado período y generalmente se debe a la iatrogenia en la administración excesiva de oxitócicos o por el uso de prostaglandinas. Puede ocasionar rotura uterina, sufrimiento fetal, desprendimiento prematuro de placenta, entre otras. Para el tratamiento de esta alteración se realiza una sedación con fenobarbital y colocando a la paciente en decúbito lateral izquierdo.

2.4.4. Alteración de la coordinación

Para que haya una actividad uterina bien coordinada es necesario que la intensidad de las contracciones uterinas sea constante, con periodos de actividad y relajación muy similares en duración.

En la incoordinación uterina aparecen zonas de hipertonía que alteran polaridad de la contracción y hacen que una parte del miometrio permanezca en contracción y otra en relajación incompleta lo que ocasiona inefectivas contracciones para hacer progresar el trabajo de parto.

Clínicamente es caracterizado por la prolongación del parto, dilatación lenta y presentación de contracciones uterinas aparentemente normales. Dentro de los cuadros de incoordinación se encuentran los siguientes:

- ❖ Inversión de gradiente: las contracciones uterinas se originan en el segmento uterino inferior, las contracciones son normales, pero el feto no desciende, la dilatación es lenta, el parto no progresa y permanece una sensación de dolor en las caderas que aumenta con las contracciones uterinas.
- ❖ Fibrilación uterina: se le llama también de cólico uterino. Es caracterizado por las contracciones uterinas que se producen de forma ordenada en diferentes zonas del músculo uterino, por un estado de hipertonía que persiste y puede llevar a un sufrimiento fetal.
- ❖ Anillo de constricción: es producido cuando en el miometrio existen zonas de constricción aunque no transmiten la polaridad y le confieren al útero la forma de reloj de arena. El sitio más frecuente de esta aparición es la unión del segmento y el cuerpo uterino, aunque también aparece en entre el cuerpo y el orificio cervical interno. Nunca se produce rotura uterina.
- ❖ Tétano uterino: aparece en las grandes hipertonías por Taquisistolia y se caracteriza por un tono basal muy elevado con múltiples contracciones uterinas.

Es poco frecuente y representa una emergencia obstétrica por que puede producir la muerte fetal en pocos minutos.

- ❖ **Disfunción hipotónica:** se desarrolla cuando ocurren contracciones uterinas de intensidad menor de 15 mm Hg, una frecuencia inferior de 15 mm Hg, una frecuencia inferior a 4 contracciones en 10 minutos y un tono menor de 10 mm Hg, pueden ser coordinadas y sincronizadas. Es más frecuente en la fase activa del trabajo de parto y se presenta en nulíparas como en multíparas. El diagnóstico no es sencillo ya que ocasiona molestias leves a la paciente. **Disfunción hipertónica:** es caracterizado por presentar 6 contracciones en 10 minutos, intensidad variable mayor de 50 mm Hg, tono mayor de 20 mm Hg, y son a sincronizadas por inversión del gradiente desde el segmento medio hasta el fondo.
- ❖ **Contracción uterina tónica y retroacción:** se produce en respuesta a una obstrucción mecánica del parto. la presencia de un obstáculo hace que el útero se vuelva irritable, las contracciones aumentan en frecuencia e intensidad y el segmento uterino se retraiga, todo esto trae como consecuencia el anillo fisiológico de retracción normalmente un poco por encima del pubis, asciende casi a nivel del ombligo lo que se ha llamado anillo patológico de retracción o signo de Bandl, el signo de frommell.
- ❖ Entre las causas se encuentran las situaciones transversas, estrechez pélvica, desproporción cefalopelvica, entre otras.

2.4.5. Aspectos etiológicos

Existen factores hormonales, neurológicos, etc., pero no se ha encontrado la causa exacta que las producen, sin embargo existe una serie de factores predisponentes como:

- * Edad y paridad: frecuente en primigestas, en mujeres añosas y precoces. Las gran múltiparas con embarazos muy seguidos que generalmente presentan anomalías de la contracción de tipo hipotónico.
- * Factores emocionales: el mecanismo por el cual influyen la función del útero que se explica por el aumento de los niveles de adrenalina que da un efecto inhibitor y de la noradrenalina que tiene un efecto estimulante.
- * Cansancio muscular: la acumulación de ácido láctico y los cambios de electrolíticos producidos por el trabajo de parto prolongado pueden inducir alteraciones de la contractilidad del miometrio, la más frecuente es una hipotonía postparto hemorrágica que se ve por el uso prolongado de estimulantes de la contracción y el trabajo de parto prolongado.
- * Ruptura de membranas: puede ocurrir antes o después de la ruptura aunque en la mayoría de los casos el parto se acelera con la amniotomía.

2.5. DISTOCIAS MATERNAS

La pelvis ósea constituye la parte más importante del canal de parto; está constituida por 4 huesos: sacro, coxis, y dos iliacos. Para su estudio se divide en tres estrechos: superior, medio e inferior. Los valores normales de estos diámetros se valoran mediante la radiopelvimetría por técnica de Snow- Lewis.

Cualquier disminución de los valores normales es capaz de ocasionar una distocia. También es posible que los diámetros de la pelvis sean normales, pero el diámetro fetal sea mayor de lo normal. En estos casos no se puede decir que existe estrechez pélvica más bien existe una desproporción feto pélvica.

Cualquier alteración morfológica de la pelvis puede producir una alteración de su capacidad y provocar distocia.

Las distocias por anomalías óseas se dividen en: distocias en pelvis con morfología normal y distocias en pelvis con morfología anormal.

2.5.1. Distocias en pelvis con morfología normal

Se caracterizan por que tienen disminución de los diámetros y estos son capaces de originar una distocia. El diagnóstico se realiza mediante la evaluación de la pelvis materna. Según el nivel donde se encuentre la reducción de los diámetros los cuales pueden ser:

- Reducción de los diámetros del estrecho superior: es el más frecuente y se considera reducido cuando su diámetro antero-posterior es menor a 10.5 centímetros y el transversal menor de 11.5 centímetros. Cuando hay reducción del diámetro estrecho superior se observa la presentación de de cara y de hombro frecuentemente, así como el prolapso de cordón umbilical. Cuando se presenta un diámetro antero posterior menor de 9 centímetros que es diagnosticado antes del trabajo de parto se debe practicar una cesárea ya que el pronóstico del parto vaginal es malo.
- En cambio si la embarazada con una pelvis que tiene como diámetro el límite que es alrededor de 10 centímetros el pronóstico de penderá de:

a) Tipo de presentación

b) Tamaño y peso fetal

c) Tipo de pelvis

- d) Frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas
- e) Modificación cervical durante el trabajo de parto
- f) Asinclitismo y moldeamiento de la cabeza fetal.
- g) Características del trabajo de parto anterior.
- h) Alteración de la perfusión útero- placentaria
- i) Peso de los fetos anteriores si los hubo.
 - Reducción de los diámetros del estrechos medio: es considerado reducido cuando la suma del diámetro sagital posterior y el diámetro biespinoso es igual o menor de 13 centímetros. Se detecta durante el parto por la detención del feto a nivel del segundo plano de Hodge y al tacto se palpa una cabeza forrada por las paredes vaginales.
 - Reducción de los diámetros del estrecho inferior: es reducido cuando el diámetro antero posterior es menor de 11 centímetros y el transverso menor de 8 centímetros. No hay signos que nos ayuden al diagnóstico o sospechar de él, solo el tacto vaginal que es realizado a término y que nos muestra un ángulo subpubico cerrado que altera el mecanismo de extensión de la cabeza que es empujada hacia la zona perineal. Cuando la estrechez es importante está indicada la cesárea de lo contrario se permite el parto vaginal.
 - Puede manifestarse una combinación de estas distocias que es lo más frecuente y que agravan el trabajo de parto en la mayoría de los casos por lo que es necesario practicar una cesárea.

2.5.2. Distocias en pelvis con morfología anormal

Se considera anormal por las siguientes características:

- ★ Anomalías de la columna: son deformidades secundarias de la pelvis como lordosis, cifóticas, escolióticas y la combinación de todas que pueden ser cifoescolioticas, cifolordóticas, entre otras, siendo estas últimas las más frecuentes ya que la mayoría de las deformidades a este nivel tienden a acompañarse de deformidades compensatorias en la región lumbar, solo cuando son muy pronunciadas es que se presenta distocia.
- ★ Anomalías de las extremidades inferiores: gracias a la prevención de enfermedades como la polio y el desarrollo de medidas ortopédicas estas anomalías son cada vez más raras, cuando existen son de tipo unilateral o bilateral de cadera, coxis, fracturas mal conciliadas y poliomielitis que dejan secuelas importantes en la marcha, pueden producir anomalías de la pelvis que ocasionan distocias al momento del parto.
- ★ Anomalías propias de la pelvis: alguna de ellas son pelvis de Robert, que es producida por la osteoartritis de las articulaciones sacro ilíacas, la pelvis de Litzmann en la que hay ausencia de sacro, la pelvis de Naegele se produce por procesos inflamatorios de una de las articulaciones sacro ilíacas, la deformidad sebera y el parto vaginal es imposible.

Las fracturas bilaterales de la pelvis a nivel de las ramas púbicas son las más frecuentes, y las causas más comunes son los accidentes automovilísticos, después de la fractura se puede formar un callo óseo que puede comprometer el canal de parto y ocasionar distocias.

2.6. DISTOCIAS POR ANOMALÍAS DE LAS PARTES BLANDAS

Puede tener su origen en cualquiera de las estructuras de las partes óseas o blandas que conforman el canal de parto.

2.6.1. Vulva

En mujeres muy jóvenes y primigestas añosas el vestíbulo puede ser pequeño, rígido y poco elástico, pueden presentar distocia y desgarros extensos a no ser que prevengan con una episiotomía muy amplia. Las lesiones inflamatorias, tumoraciones y hematomas cercanos a la vulva dan un efecto similar. Los condilomas acuminados son tan extensos que debe contraindicarse el parto por vía vaginal.

2.6.2. Vagina

La vagina se encuentra obstruida por estrechamientos anulares o bandas de origen congénito, en su mayoría ceden a la presión de la cabeza fetal y requieren incisión solo en casos extremos.

Cuando existe un tabique vaginal transverso perforado puede ocurrir el embarazo, pero durante el parto puede ocasionar distocia si es resistente a la dilatación. La atresia de vagina congénita o adquirida por sustancias químicas irritantes o cirugía suele producir distocia por la resistencia mencionada. En estos casos es mejor realizar cesárea.

En la cirugía vaginal previa se debe practicar cesárea en forma electiva por la pérdida de elasticidad de la vagina y porque si se le permite el parto vaginal se pierde el objeto primario de la cirugía y el prolapso puede reaparecer.

En tumores y quistes como los de Garner muy rara vez ocasionan distocias. Los tumores sólidos como sarcomas, fibromas, carcinomas, etc., cuando tienen gran volumen pueden ocasionar problemas.

2.6.3. Cérvix

Se conoce también con el nombre de distocia cervical, se clasifica en distocia

cervical primaria que es cuando no existe antecedente de lesiones, más bien se debe a la hipoplasia congénita del orificio interno del cuello en su mayoría no se encuentran alteraciones ni macro ni microscópicas que apliquen el problema.

La distocia cervical secundaria es aquella en la que el cuello falla para dilatarse y es debida a lesiones de enfermedades del mismo es más frecuente en multíparas, con antecedentes de desgarro cervical extenso en partos anteriores, cervicitis crónica, neoplasias y de intervenciones tales como conización, electrocoagulación, etc. La mayoría debe resolverse con cesárea.

2.6.4. Útero

- Malformaciones congénitas: cuando el embarazo ocurre en el cuerno uterino rudimentario puede ocurrir rotura uterina en etapas tempranas de la gestación debida al poco desarrollo de la pared uterina
- Mal posiciones uterinas: cuando el abdomen esta desplazado hacia adelante se produce el abdomen péndulo, es una complicación de la multípara que puede ocasionar distocias.
- Prolapso: es una patología asociada a la multiparidad; los casos de prolapso I y II pueden presentar distocia cervical cuando se acompañan de hipertrofia del cuello, no es frecuente observar prolapso grado III y embarazo.
- Tumores: si está muy deformado por miomas se puede producir distocia por anomalías de la contracción y presentación viciosas. Los intramurales pueden ocasionar distocia cuando son voluminosos y están situados en el segmento uterino inferior o cuello y se interponen entre la parte que se presenta y el canal de parto.

2.6.5. Ovario

Los tumores ováricos son una de las causas de complicaciones graves del embarazo y de las distocias, ya que experimentan torsión y se alojan en la pelvis en el fondo de saco de Douglas, aunque todas las variedades de tumores ováricos pueden complicar los embarazos y el parto los más frecuentes son los quistes.

El tratamiento puede realizarse a través de una excéresis del tumor de ovario durante la semana 16 a 20 de gestación y si el diagnóstico no es obtenido en esta etapa del embarazo el tratamiento se pospone para la edad gestacional más viable para el feto mediante una laparotomía.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. METODOLOGÍA.

Esta investigación se realizó con un enfoque cualitativo ya que se realizó una recolección y análisis de datos precisos que nos ayudaran con la comprobación de la hipótesis y a relacionar las variables.

3.2. Tipo de estudio:

Se hizo uso del estudio descriptivo y analítico que nos ayudo con la explicación de cada tipo de distocia y el análisis de su frecuencia.

3.3. Sujetos a estudiar:

Pacientes embarazadas del hospital de nuestra señora de la salud, con una edad de 20 a 30 años de edad que presentaron una distocia.

- Universo: comprende a todas las mujeres embarazadas del hospital de nuestra señora de la salud que reúnen las características para nuestro estudio.
- Tamaño de la muestra: mujeres embarazadas de 20 a 30 años de edad del hospital de nuestra señora de la salud que presentaron un tipo de distocia.

3.4. Determinación estadística de La muestra:

Formula:
$$n = \frac{z^2 pqN}{e^2 N + Z^2 pq}$$

SIGNIFICADO DE VALORES:

n= tamaño de muestra

Z²=consecuencias del tamaño de la muestras

e= margen de error aceptado

p= probabilidad de éxito

q=probabilidad de fracaso

N= tamaño de la población

SUSTITUCIÓN:

Z= 1.96

e= 0.05

p= 17/20= 0.85

q= 3/20= 0.15

N= 40

DESARROLLO DE LA FÓRMULA:

$$n = \frac{z^2 pq N}{e^2 N + Z^2 pq} \quad n = \frac{(1.96)^2 (0.85)(0.15)(40)}{(0.05)^2 (40) + (1.96)^2 (0.85)(0.15)}$$

$$n = \frac{(3.84)(5.1)}{(0.0025)(40)+(0.48)}$$

$$n = \frac{19.58}{0.58} = 34$$

3.5. Confiabilidad y validez:

Para obtener un grado alto de confiabilidad se realizo la técnica aleatoria simple. El instrumento utilizado para su valides fue a través de un pilotaje previo el cual nos dio una confiabilidad basada en el marco teórico.

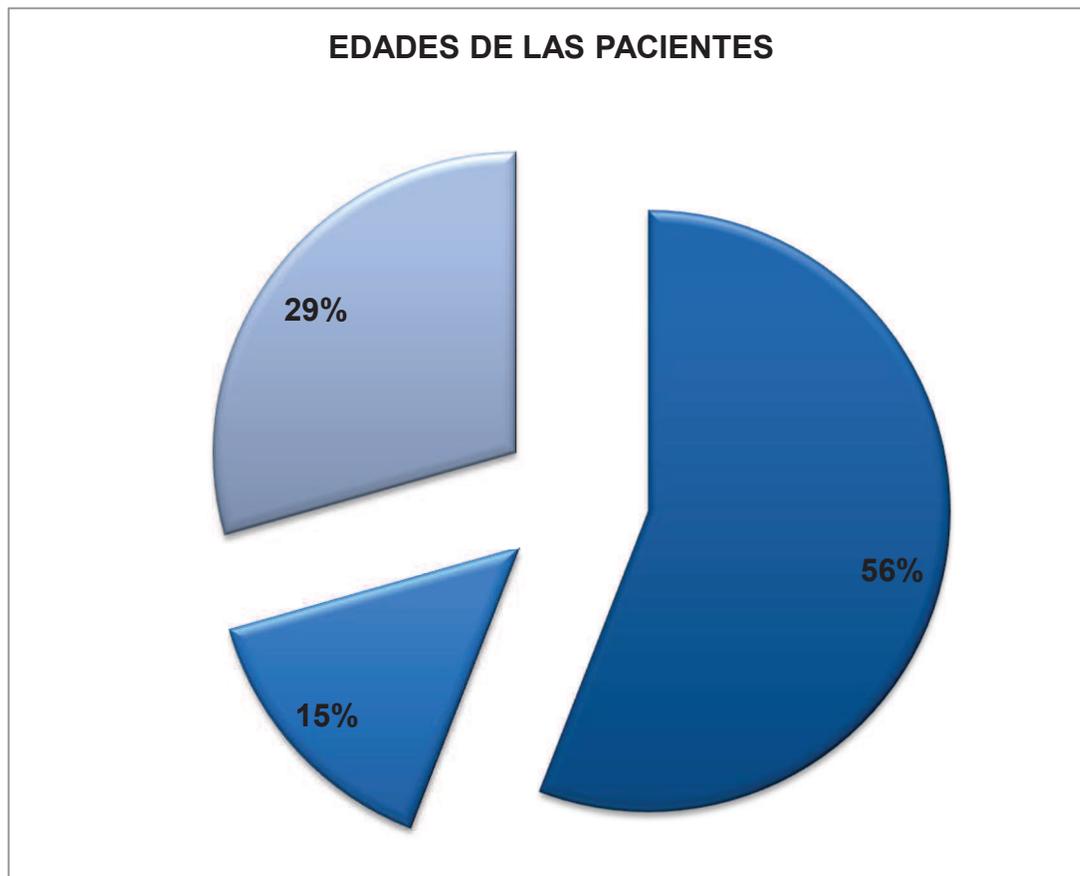
3.6. Instrumento usado:

Para la realización de comprobación de datos se realizo el cuestionario técnica seleccionada para la investigación ya que es un instrumento completo que nos brinda buena información, se aplico a médicos que laboran en el hospital de nuestra señora de la salud.

Más adelante se darán a conocer las graficas con los datos obtenidos de esta encuesta para la medición de variables.

CAPÍTULO IV
DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE
INVESTIGACIÓN

GRÁFICA 1



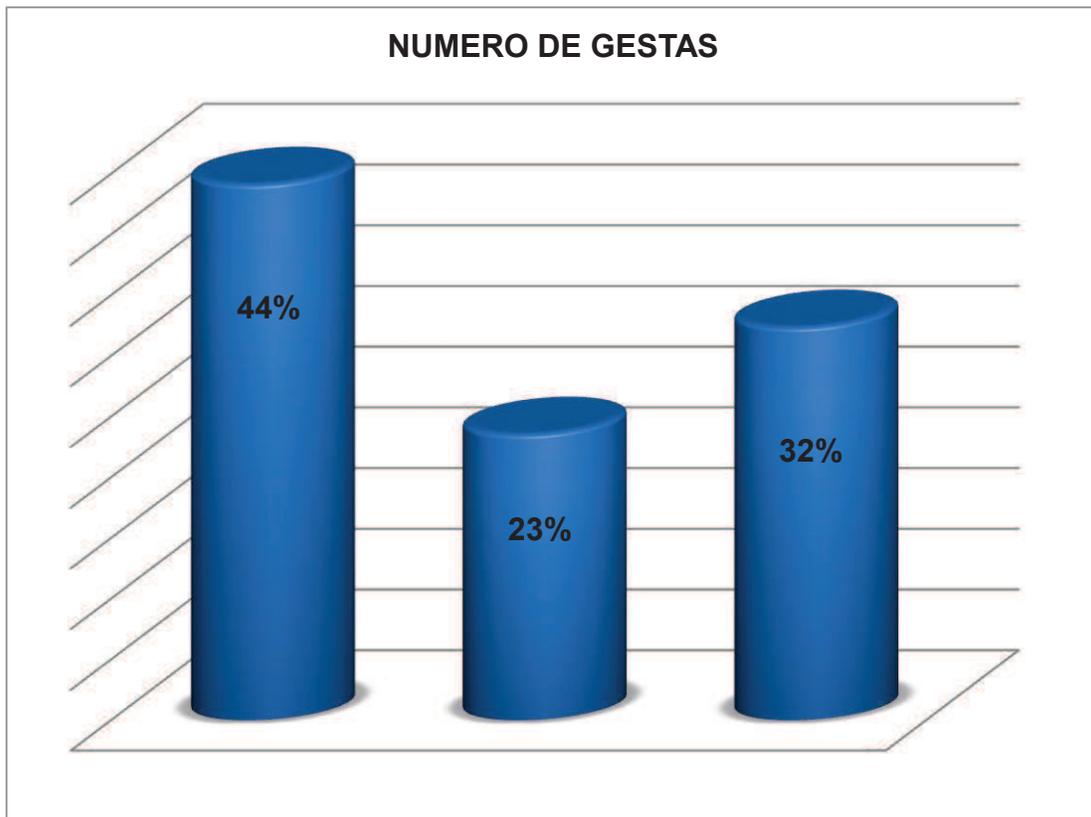
Descripción:

En esta grafica observamos que el 15% de las pacientes tiene 20 años de edad, el 29% tiene 25 años y el 56% de 30 años de edad.

Interpretación:

El mayor número de casos de distocia se presenta en mujeres de más de 30 años de edad o mujeres añosas.

GRÁFICA 2



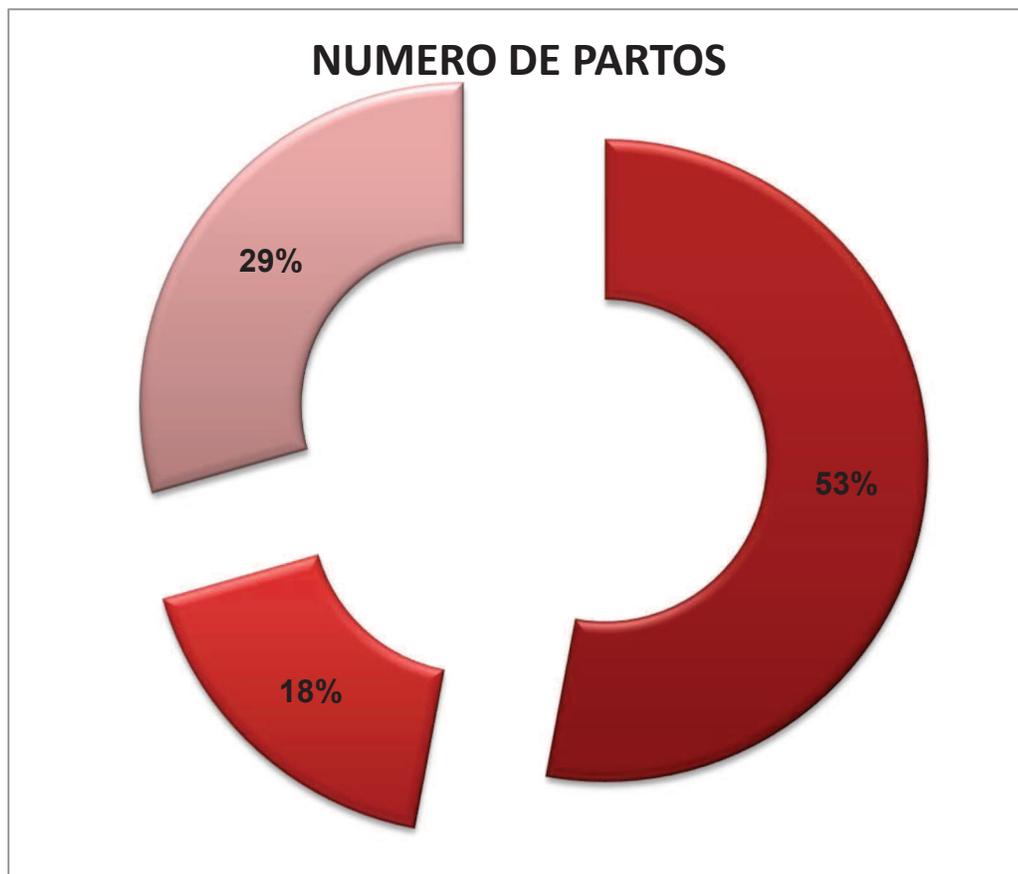
Descripción:

El 44% de las pacientes son primigestas, el 23% son secundigestas y el 32% son multigestas.

Interpretación:

La mayoría de las pacientes que presentan una distocia son primigestas.

GRÁFICA 3



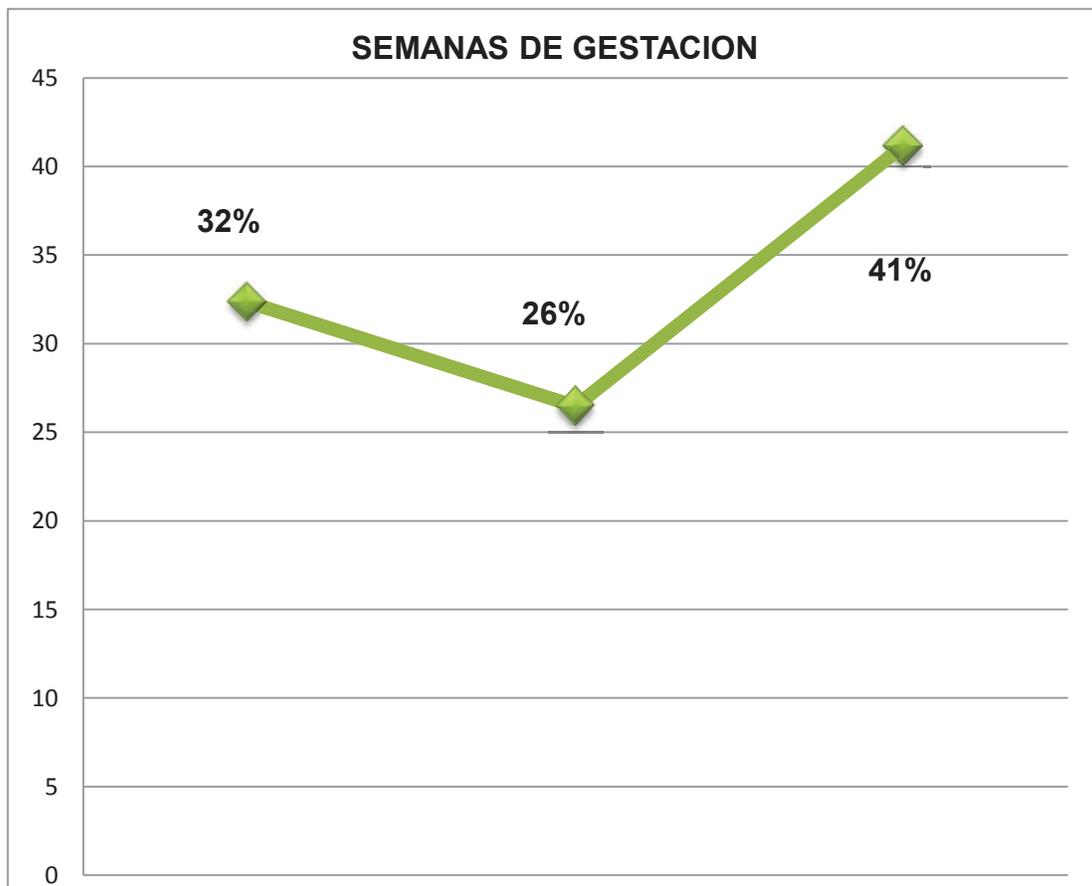
Descripción:

El 53% de las pacientes ha tenido solo 1 parto, el 29% tres o más y el 18% solo 2 partos.

Interpretación:

La frecuencia de distocias es pacientes que solo han cursado por un parto.

GRÁFICA 4



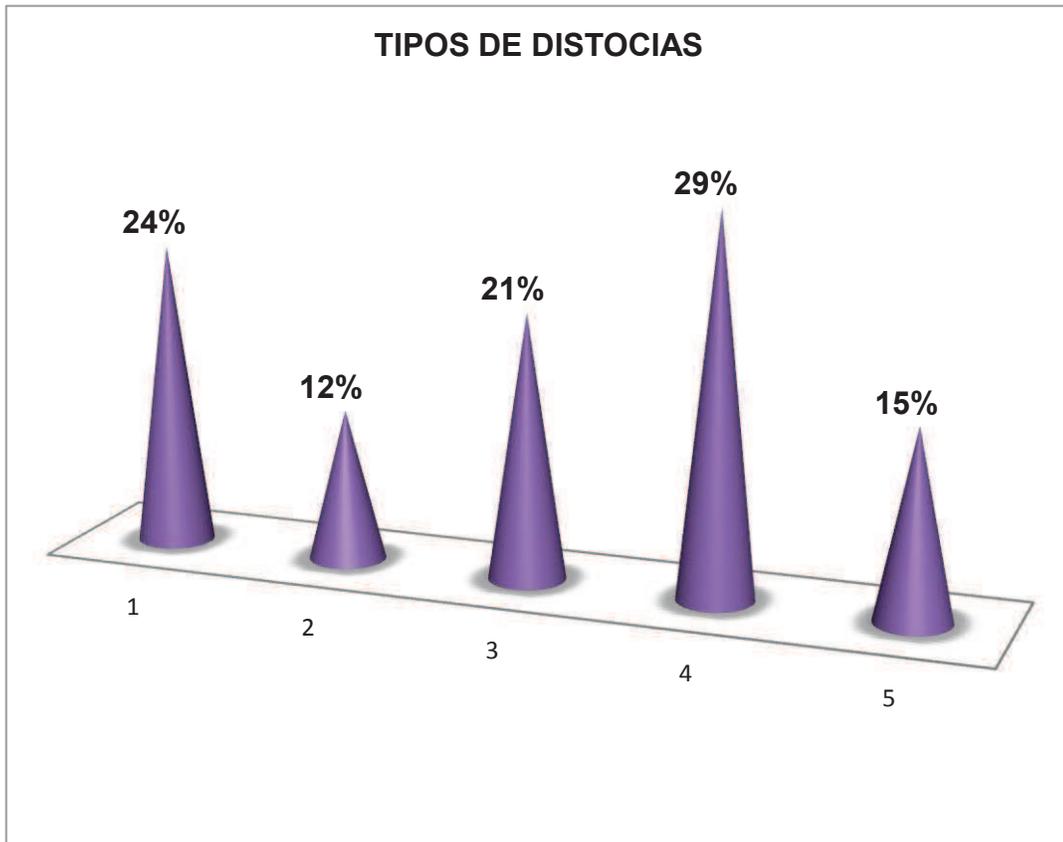
Descripción:

El 32% de las pacientes presento una distocia a las 34 semanas de gestación, el 26% con 37 semanas de gestación y el 41% con 42 semanas de gestación.

Interpretación:

Por lo tanto la mayoría de las distocias ocurre en la semana 42 de gestación.

GRÁFICA 5



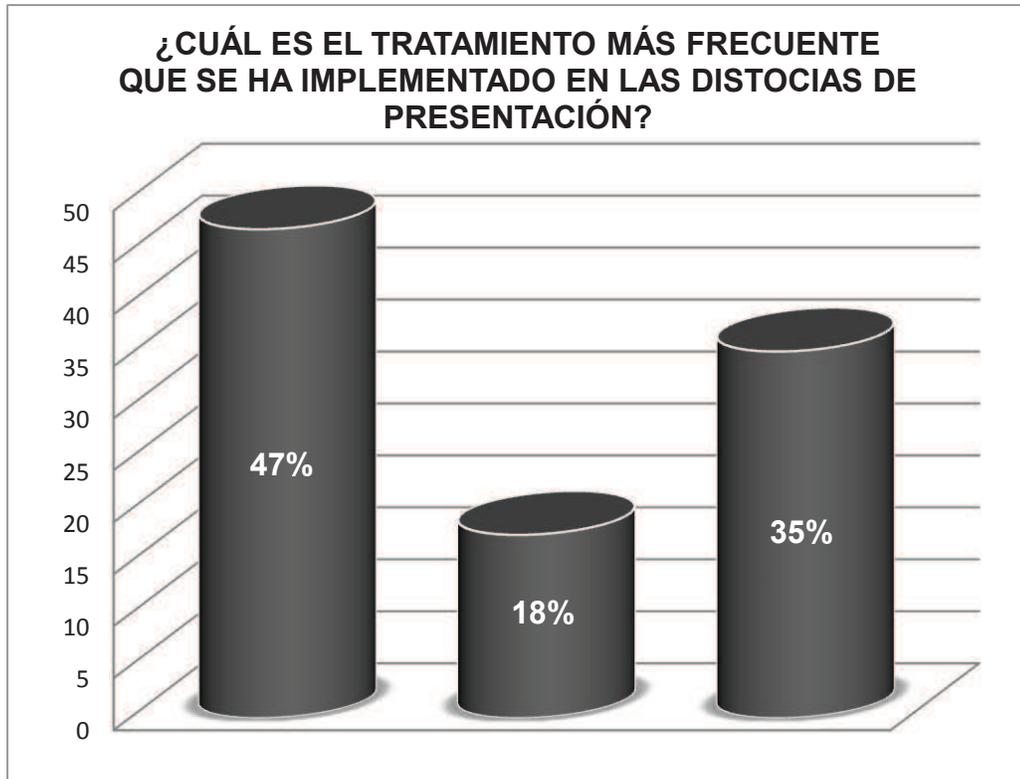
Descripción:

En esta grafica el 24% de las distocias son de origen fetal, el 12% de las partes blandas maternas, el 21% de origen dinámico o de contracción, el 29% de las partes óseas maternas y el 15% de diversas causas como retención placentaria y prolapso de cordón umbilical.

Interpretación:

Se observa que la mayoría de las distocias que se presentan son de origen óseo materno o pelvis ósea materna con un 29%.

GRÁFICA 6



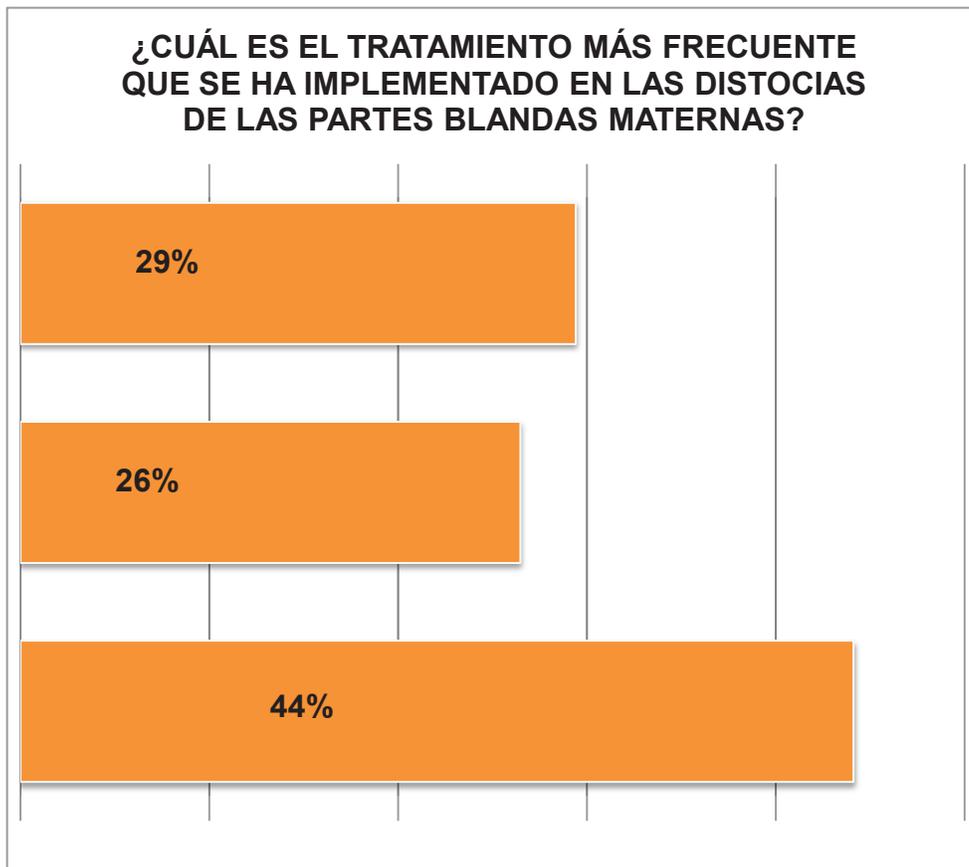
Descripción:

El 47% nos dice que se realiza cesárea como tratamiento a esta presentación, el 18% realiza maniobras para corregirla y el 35% realiza un parto vaginal.

Interpretación:

En la mayoría de esta distocia se realiza cesárea como tratamiento.

GRÁFICA 7



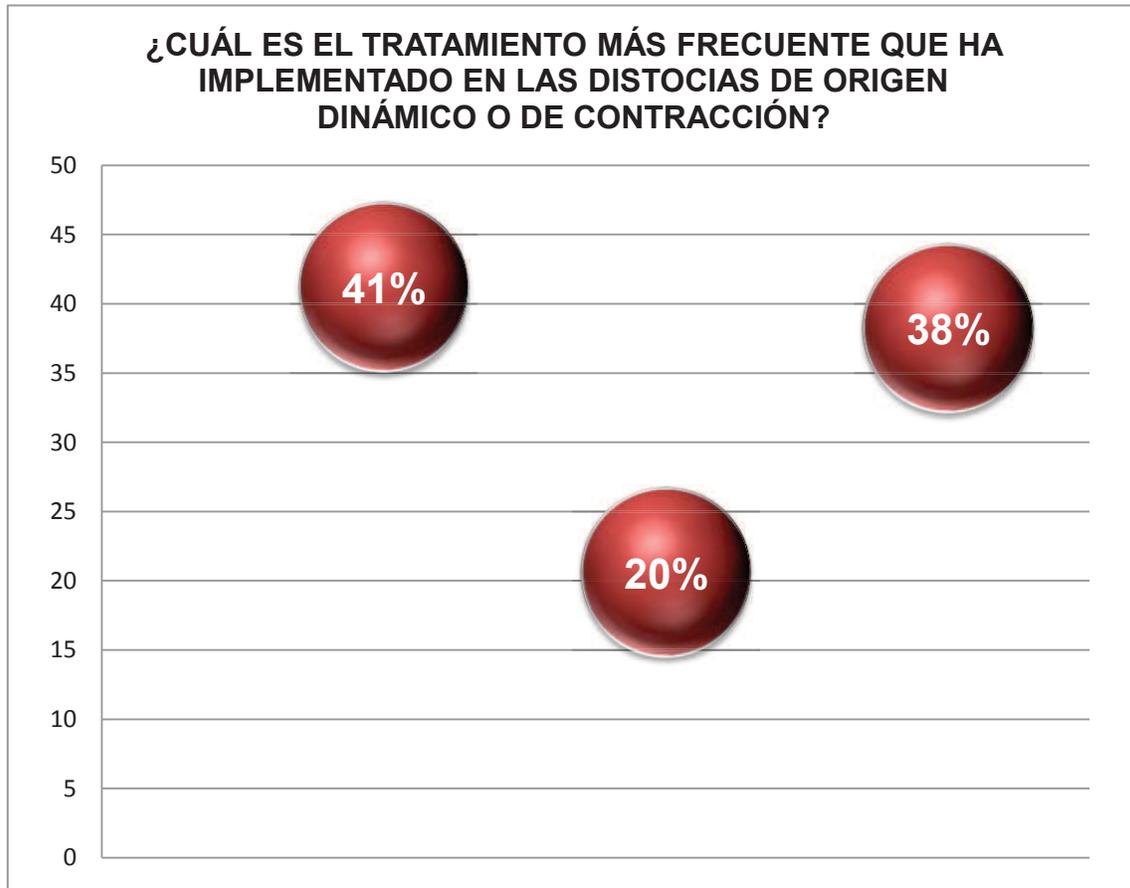
Descripción:

El 29% realiza un parto vaginal con una episiotomía amplia, el 26% una cesárea y el 44% realiza un parto vaginal.

Interpretación:

Se emplea más frecuentemente un parto vaginal ante una distocia de partes blandas maternas.

GRÁFICA 8



Descripción:

El 41% de los casos fue resuelto con la operación cesárea, el 20% fue tratado con un tratamiento farmacológico para corregir la causa de distocia y finalmente se realizó un parto vaginal y el 38% realizó directamente un parto vaginal.

Interpretación:

El mayor número de tratamientos que se realizó fue el parto abdominal con un 41%.

GRÁFICA 9



Descripción:

El 76% ante esta distocia realiza una cesárea, el 18% un parto vaginal y solo el 6 % realiza un parto solo con utilización de fórceps.

Interpretación:

El tratamiento más empleado es la cesárea en este tipo de distocias.

GRÁFICA 10



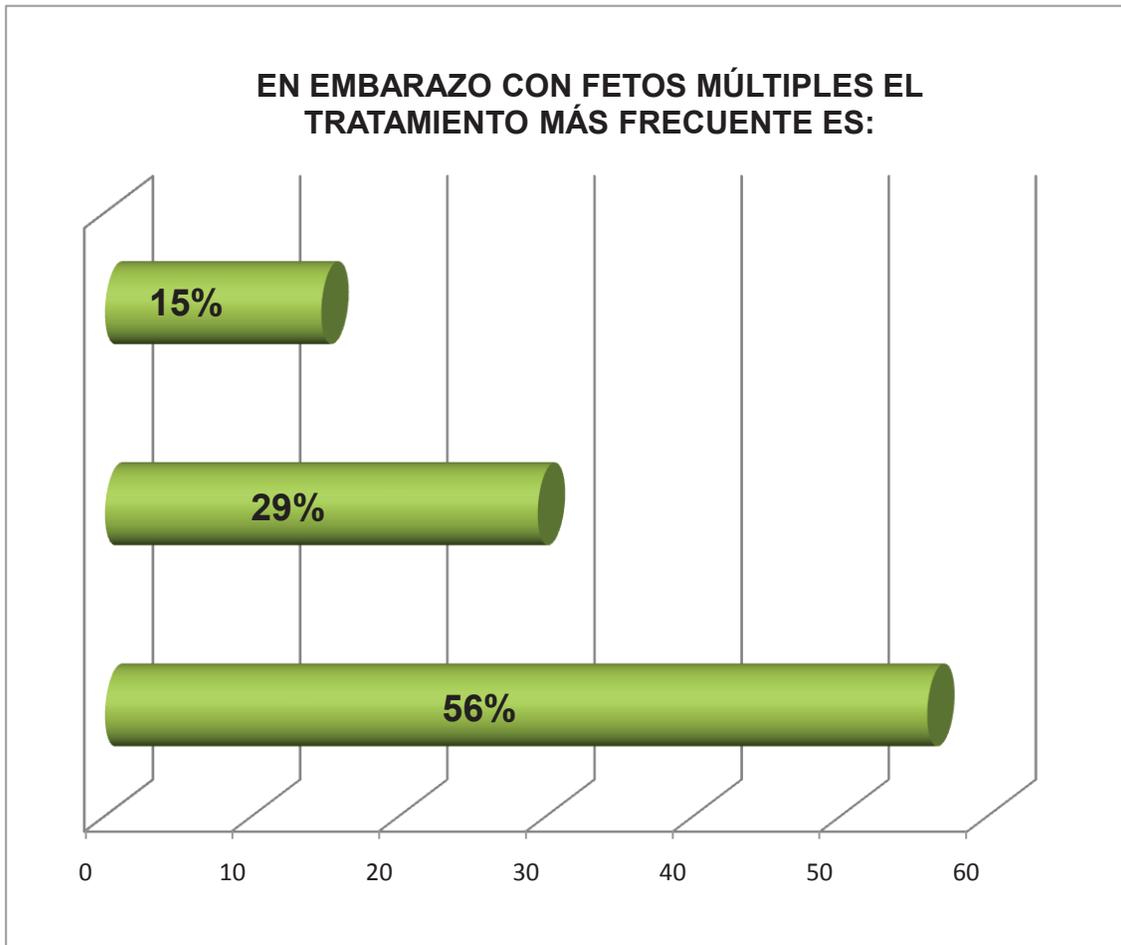
Descripción:

En esta grafica se observa que en un 17% se realiza como tratamiento la utilización de presión suprapuvica, el 9% realiza la maniobra de Wood, el 6% la maniobra de abducción forzada, el 3% la fractura de humero así como la de clavícula y otro 3% realiza todas estas maniobras anteriores y un 59% realiza cesárea.

Interpretación:

En la mayoría de los casos en que se presenta una distocia de hombro se realiza operación cesárea.

GRÁFICA 11



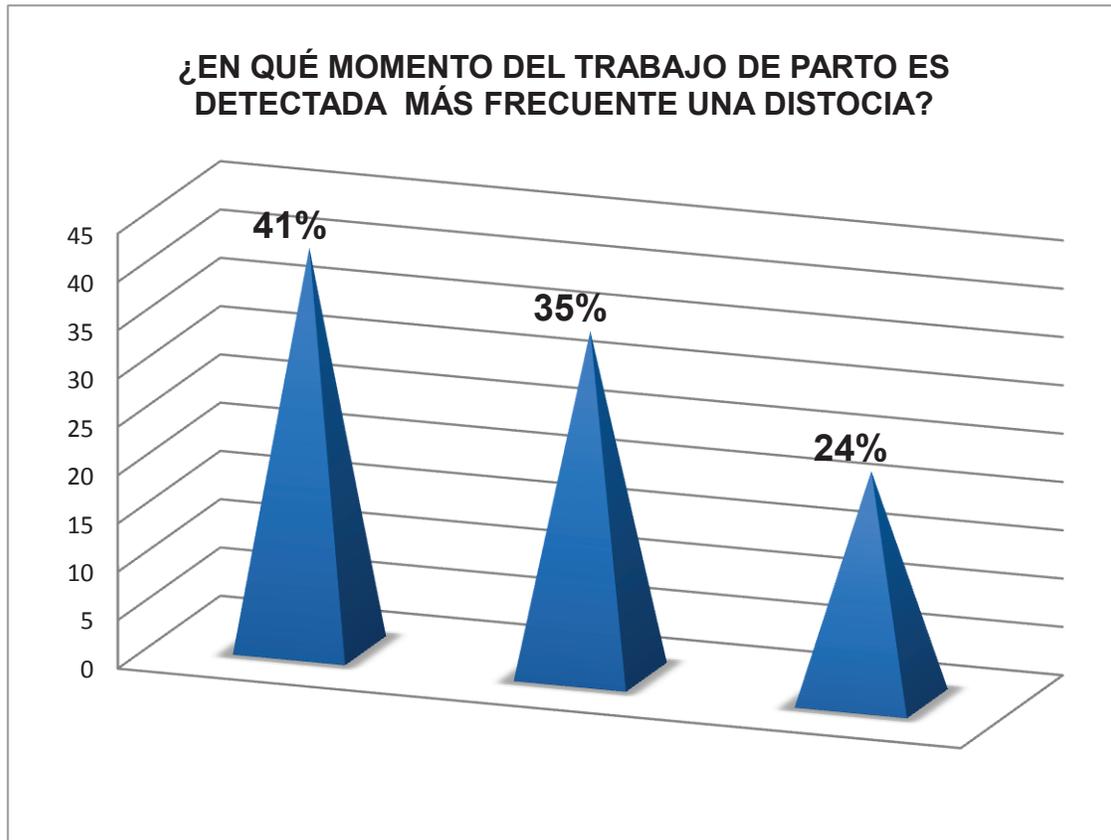
Descripción:

En un 15% se realiza un parto con la utilización de fórceps, en un 29% un parto vaginal con buena presentación y en un 56% se realiza un parto abdominal.

Interpretación:

La mayoría de los embarazos con fetos múltiples se realiza una operación cesárea.

GRÁFICA 12



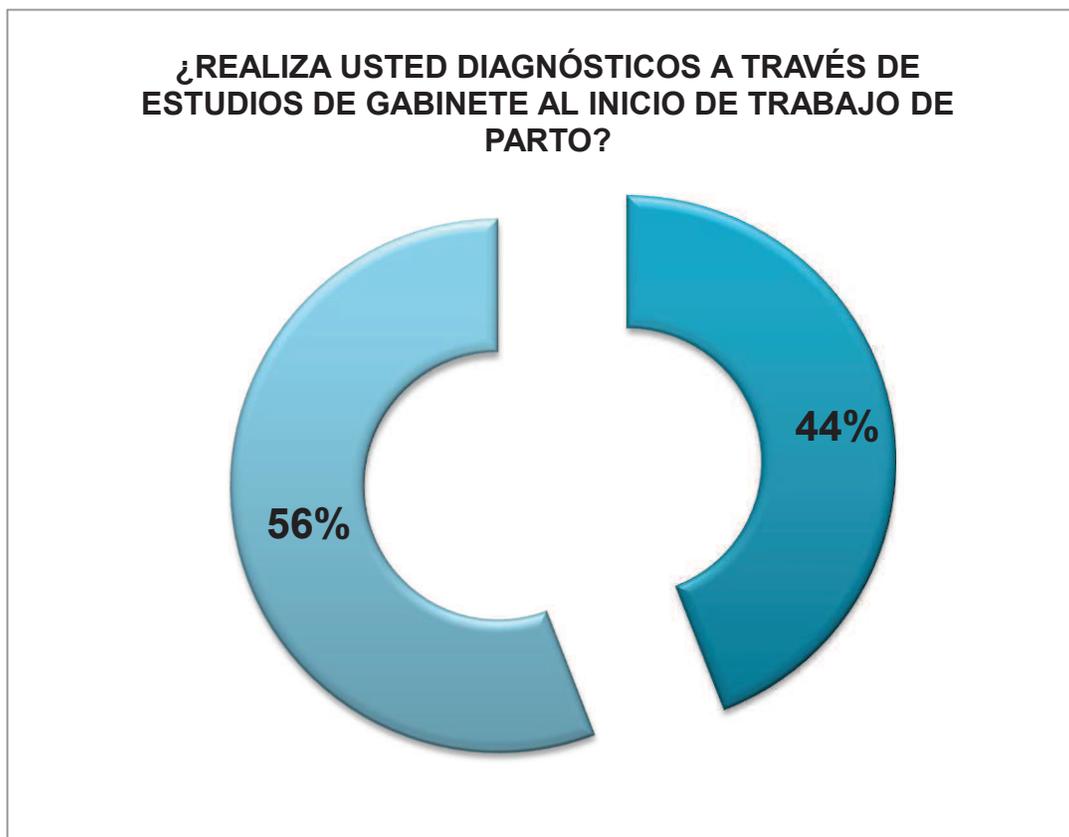
Descripción:

El 41% nos dice que se detecta cuando se encaja, el 35% en el periodo dilatante y un 24% en el periodo expulsivo.

Interpretación:

En el momento del encajamiento fetal es cuando se detectan la mayoría de las distocias.

GRÁFICA 13



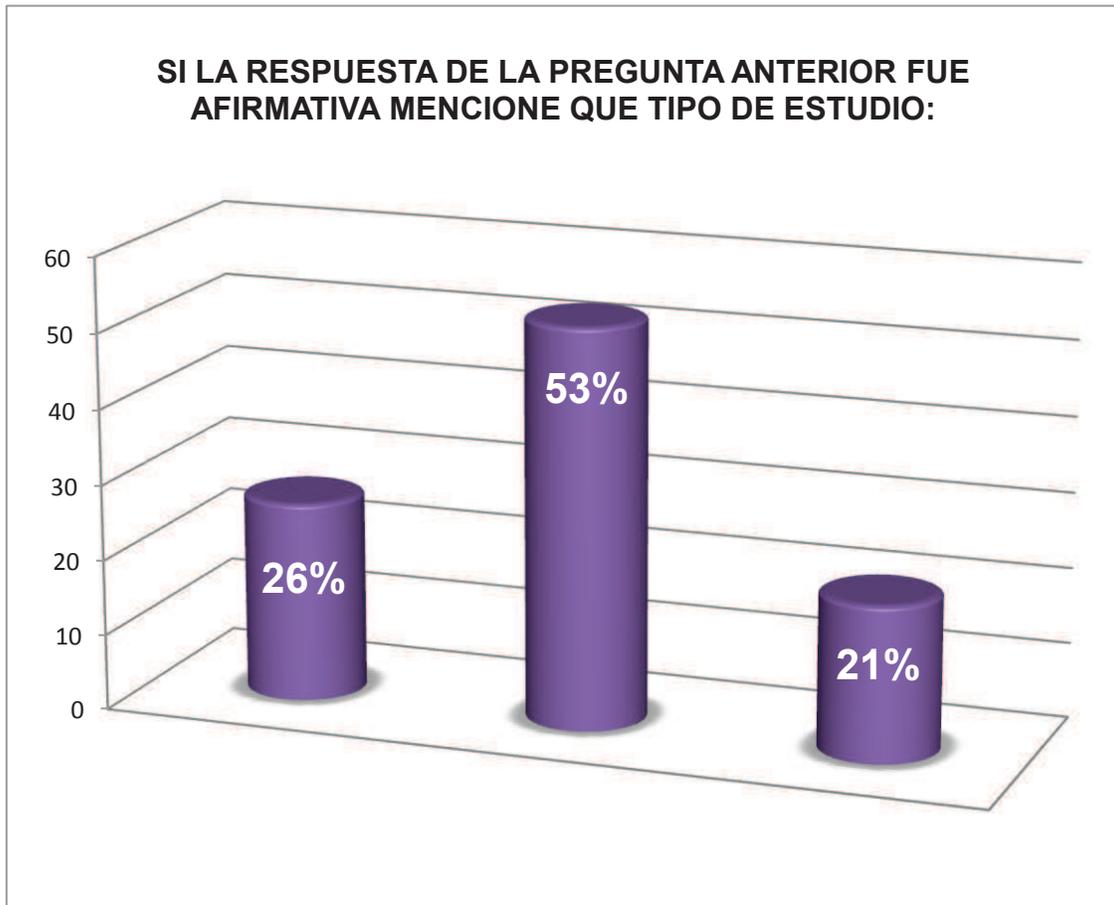
Descripción:

Un 44% contestó que sí realiza algún estudio de gabinete y un 56% que no lo hace.

Interpretación:

Por lo que la mayoría no realiza estudios de gabinete al inicio del trabajo de parto.

GRÁFICA 14



Descripción:

Un 26% realiza un ultrasonido obstétrico, un 56% rayos X o placa simple de abdomen y un 21% realiza una resonancia magnética.

Interpretación:

En su mayoría se realizan estudios de rayos X con un 53%.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

5.1. CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos en su mayoría ya que se obtuvieron conocimientos que nos dicen cuales son los factores más importantes que predisponen o causan una distocia.

Concluimos que a pesar de que la literatura nos dice que las anomalías más frecuentes son las de las fuerzas expulsivas en esta investigación obtuvimos resultados diferentes encontrando mayor frecuencia en las anomalías del canal de parto siendo las más frecuentes las de las anormalidades de la pelvis ósea materna.

Encontramos también que en su mayoría no se utilizan métodos de diagnóstico para descartar una distocia en las últimas etapas del embarazo o en el trabajo de parto.

Por otro lado confirmamos que las distocias ocurren en su mayoría en mujeres muy jóvenes o muy añosas es decir en los extremos de la edad reproductiva, así como en mujeres primigestas y nulíparas aunque en un porcentaje menor.

Concluimos así que la hipótesis es inválida ya que las causas más frecuentes en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud no son las de las anormalidades de las fuerzas expulsivas, sino que son las de las anormalidades de la pelvis ósea materna, sin embargo el rango de edad reproductiva en el que ocurren es el mismo mujeres en los extremos de la edad reproductiva y por lo tanto válida.

BIBLOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

- Aller, Juan y Pagés Gustavo (1999) *Obstetricia moderna* (3a. ed.) México: Venezuela.
- Ayala Castelazo Luis Dr. (1982) *Obstetricia, tomo II* (6a.ed.) México DF. Gedición.
- Beck C. Alfred (1981) *Práctica de Obstetricia* (8a. reimpresión) México DF. La prensa médica Panamericana.
- Danforth N. David (1987) *Tratado de Obstetricia y ginecología* (4a.ed.) México.
- F. Gary Conningham (1998) *Obstetricia* (21a. ed.) México. Ed. Panamericana.
- Gleicher y otros (2000) *Tratamiento de las complicaciones clínicas del embarazo* (3a. ed.) Ed. Panamericana.
- Mondragón Castro Héctor (2006) *Obstetricia Básica Ilustrada* (5a. ed.) México. Ed. Trillas.
- Núñez Maciel Eduardo. *Ginecología y Obstetricia* (vol.1) México. Guéllar.
- Rodríguez Llaca Victoriano (2000) *Obstetricia Clínica*. México DF. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana.
- Sánchez Pérez Alfredo (1999) *Obstetricia* (3a. ed.) Santiago, Chile. Ed. Mediterráneo.
- Taylor Stewart E. Dr. (1979) *Obstetricia de Beck* (10a. ed.) Ed. Interamericana.

ANEXOS

ANEXO 1

Se recolecionaron datos de la consulta externa de los últimos años los cuales se muestran enseguida:

DATOS GENERALES

1.- Edad de la paciente

2.- Número de gesta:

3.- Número de partos:

4.- Semanas de gestación:

5.- Número de distocias de origen fetal:

6.- Número de distocias de las partes blandas maternas:

7.- Número de distocias de origen dinámico o de contracción:

8.- Número de distocias de la pelvis ósea materna:

CUESTIONARIO:

El presente cuestionario se realizo a médicos que laboran el HNSS, para obtener los datos que nos ayuden a detectar cual es el tipo de distocias más frecuente.

Subraye la respuesta de las siguientes preguntas.

1.- ¿Cuál es el tratamiento más frecuente que se ha implementado en las distocias de presentación?

A) Cesárea

C) Utilización de maniobras

C) Parto vaginal

2.- ¿Cuál es el tratamiento más frecuente que se ha implementado en las distocias de las partes blandas maternas?

A) Parto vaginal

B) Parto abdominal

C) Parto vaginal y episiotomía

3.- ¿Cuál es el tratamiento más frecuente que ha implementado en las distocias de origen dinámico o de contracción?

A) Cesárea

B) Farmacológico y después parto vaginal

C) Parto vaginal

4.- ¿Cuál es el tratamiento más frecuente que ha implementado en las distocias de la pelvis ósea?

A) Cesárea

B) Parto vaginal

C) Utilización de fórceps durante el parto

5.- ¿Cuál es el tratamiento más frecuente que realiza en una distocia de hombro?

A) Presión suprapuvica

B) Maniobra de Wood

C) Maniobra de abducción forzada

D) Fractura de humero

E) Fractura de clavícula

F) Todas las anteriores

G) Cesárea

6.- ¿En qué momento del trabajo de parto es detectada más frecuente una distocia?

A) Cuando se encaja

B) Periodo dilatante

C) Periodo expulsivo

7.- En embarazo con fetos múltiples el tratamiento más frecuente es:

A) Parto abdominal

B) Parto vaginal si tienen buena presentación

C) Parto vaginal con utilización de fórceps

8.- ¿Realiza usted diagnósticos a través de estudios de gabinete al inicio de trabajo de parto?

A) Si

B) No

9.- Si la respuesta de la pregunta anterior fue afirmativa mencione que tipo de estudio: