

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE  
NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD**

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**CLAVE 8722**

**TESIS PARTO DISTÓCICO PARA OBTENER EL  
GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA**

**DE JESÚS CÁRDENAS VERÓNICA YARETH**

**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**

A Dios, por haberme permitido vivir, aprender tantas cosas y darme la fuerza para seguir adelante. A mi madre, quien siempre me ha apoyado y fomentado en mí el deseo de superación; por festejar conmigo mis alegrías y pequeños triunfos y llorar conmigo mis tristezas y fracasos. A ambos, les dedico esta investigación, mi carrera y mi trabajo.

## **AGRADECIMIENTOS.**

A la E.E.H.N.S.S por enseñarme a ver la enfermería no solo como una carrera, sino como una vocación y un estilo de vida. A mis maestros, que me fueron brindando los medios para defenderme en la larga lucha laboral que me espera. Al Dr. David Mendoza Armas, por ser guía en la elaboración de esta investigación y siempre compartir con nosotras sus conocimientos. A todas las personas que contribuyeron a que terminara mi carrera. De todo corazón, GRACIAS.

## INDICE GENERAL.

<b>PÁGINAS PRELIMINARES</b>	<b>Págs.</b>
Portada .....	i
Portadilla .....	ii
Dedicatoria .....	iii
Agradecimientos .....	iv
Índice General .....	v
<b>CAPÍTULO I</b>	
1.1. Introducción .....	2
1.2. Antecedentes .....	3
1.3. Objetivos .....	5
1.4. Planteamiento del problema .....	6
1.4.1. Pregunta de investigación .....	7
1.5. Hipótesis .....	8
1.5.1. Variables .....	8
1.5.2. Operacionalización de variables .....	9
1.6. Justificación .....	10
1.7. Importancia del estudio .....	11
1.8. Viabilidad .....	12
1.9. Limitaciones .....	12
<b>CAPÍTULO II</b>	
2.1. Introducción .....	17
2.2.1. Trabajo de parto .....	20
2.2. Distocias .....	21
2.3. Efectos físicos .....	33
<b>CAPÍTULO III</b>	
3.1. Enfoque de investigación .....	44
3.2. Métodos .....	47
3.3. Unidades de Análisis .....	48
3.4. Instrumentos de recolección de información .....	49
3.5. Procedimiento .....	50
<b>CAPÍTULO IV</b>	
4.1. Introducción .....	54
4.2. Gráficas .....	54
<b>CAPÍTULO V</b>	
5.1. Conclusiones .....	63
5.2. Sugerencias .....	66

## **APÉNDICE**

Apéndice I .....	69
Apéndice II .....	71
Apéndice III .....	73

<b>BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA .....</b>	<b>76</b>
--------------------------------------	-----------

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio se inició con la inquietud que surgió a través de la observación frecuente de la presencia de distocias en el trabajo de parto en la unidad tóco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, motivo por el cual se procedía al empleo de fórceps, maniobras específicas e incluso la operación cesárea. Debido a esto se comenzó a reflexionar acerca de los efectos que presentan este tipo de pacientes, y se llegó a la conclusión que los más frecuentes e importantes son los efectos de tipo físico, fue entonces que de ahí se partió para iniciar esta investigación. Así pues, la presente tesis está formada por cinco grandes capítulos; en el capítulo I se aplica toda la racionalidad del investigador para formular la pregunta de investigación y la hipótesis que dará la respuesta tentativa a dicha pregunta, así pues la idea principal es: ¿son los efectos físicos los que predominan en una mujer que sufrió un parto distócico?, de esta idea, se parte para iniciar la investigación y construir el marco teórico del capítulo II.

En este segundo capítulo, se definió el término distocia y cada una de éstas, de acuerdo a la posición, presentación y situación en que se encuentre el feto, las que ocurren en presentación cefálica, transversa o bien pélvica; así como de ciertas características de la madre que predispongan a un parto distócico (estrechez pélvica) y posteriormente se enumeraron ciertos efectos y lesiones que se presentan tras una distocia, como son la ruptura uterina, laceraciones en el canal del parto y algunas lesiones óseas, entre otras.

Posteriormente, en el capítulo III se establece el enfoque de la investigación, el cual fue cuanti-cualitativo por predominar el uso de la estadística y métodos matemáticos para realizar la elaboración y aplicación de instrumentos, pero también se empleó el enfoque cualitativo mediante la observación de las pacientes, además comprende la elaboración de los instrumentos a aplicar para las unidades de análisis principal y secundaria (escala de Likert y cuestionario).

Consecuentemente, en el capítulo IV se plasmaron gráficamente los resultados de las encuestas realizadas a las unidades de análisis cuyos resultados apoyaron favorablemente la hipótesis formulada en el capítulo I.

Finalmente, en el capítulo V se establecieron las conclusiones a las que se llegó una vez que se analizaron los resultados de las encuestas, y se agregaron, desde un punto de vista muy personal, algunas sugerencias que pudieran mejorar la atención posterior al parto distócico de una paciente.

# CAPÍTULO I



## 1.1 . INTRODUCCIÓN.

El embarazo es un proceso fisiológico pasajero que inicia con la unión del óvulo con el espermatozoide y termina con el nacimiento de un nuevo ser. Esto último se da por una serie de procesos por los que atraviesan tanto la madre como el hijo, llamado **trabajo de parto (TDP)**. Durante el TDP, el cuerpo de la mujer es sometido a ciertos cambios para expulsar al producto, valorándose ciertas fases, como son el grado y la velocidad de dilatación, la altura de la presentación fetal así como la velocidad de su descenso.

Cuando hay una anomalía de alguna de estas fases, impidiendo la expulsión normal del producto, se le denomina entonces **parto distócico** *trabajo de parto disfuncional o progresión anormal del TDP*. El propósito de la presente investigación fue determinar la importancia del conocimiento por parte de la enfermera en cuanto a las causas, tipos y alteraciones que presenta una mujer que cursó con un parto distócico en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (H.N.S.S.) en el primer trimestre del 2006.

Para esto se revisaron teorías, se realizaron encuestas y se revisó el expediente clínico de las pacientes, todo esto para conocer los aspectos más relevantes sobre el tema debido a la gran desinformación de las estudiantes acerca del mismo, por lo cual se pretendió, desde un punto de vista personal, dar a conocer lo más importante del tema para que las enfermeras egresadas de esta escuela, en especial las Licenciadas en Enfermería y Obstetricia, sepan aplicar sus conocimientos en estos casos, basados en fundamentos teóricos acerca de etiologías, características, tipos, etc. relacionados con el parto distócico.

## 1.2 . ANTECEDENTES.

Es un objetivo y propósito de la salud materno infantil el identificar los factores socioeconómicos, biodemográficos, anatómicos y culturales que desempeñan una función importante en el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad infantil, sobre todo en el área peri natal, por lo que en varios países se han realizado estudios acerca de los efectos más comunes que se producen a causa de un parto distócico y algunas de sus causas.

En Ginebra, Suiza (2000), se encontró una diferencia abismal: a la tercera parte de las defunciones de madres en edad fértil son el resultado de complicaciones del embarazo o el parto (incluido el parto distócico). Esto es debido a que todos los indicadores de resultados en salud reproductiva son mucho peores en los pobres que en el resto de la sociedad.

Otro estudio realizado en Chile, en el año 2000, se comprobó una mayor incidencia de complicaciones en el embarazo y parto de niños autistas así como incompatibilidad de Rh madre-hijo, hemorragia vaginal, infecciones virales en el primer trimestre del embarazo y toma de medicamentos, así como parto distócico. En otro estudio realizado en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, por

la Facultad de Ciencias Médicas en el año 2001, se encontró que la vía de nacimiento que predominó en los casos fue la cesárea debido a una distocia. El parto distócico se aumenta 3.43 veces más en la adolescencia precoz, siendo la desproporción cefalo-pélvica es de 10.41 veces más frecuente en las pacientes. En un estudio realizado en La Habana, Cuba en el año 1997, en un grupo de estudio constituido por 68 niños menores de 1 año, evaluados previamente con riesgo preconcepcional, se encontró que un 26.47% presentó parto distócico; de las 18 distocias, 8 correspondieron cesáreas primitivas y partos instrumentados. Además, los hallazgos encontrados fueron: los antecedentes de riesgo preconcepcional obstétrico aportaron el 55.55% de los casos y los antecedentes biológicos el 44.44%. En conclusión la causa más frecuente de distocias es la edad materna: 40 años o más y menores de 15 años, además se asocia con el número de embarazos.

En el hospital Dr. Ernesto Guevara de la Serna, en las Tunas, Cuba, en el año 2003, se estudió que la desnutrición es la forma de malnutrición más ampliamente extendida en el mundo, y que la nutrición en la madre durante el embarazo es un factor clave para el crecimiento intrauterino del feto. Se encontró que en relación al modo de nacimiento, el 18.9% de partos fue distócico en pacientes mal nutridas, predominando los partos por cesáreas. En México y específicamente en Michoacán no se han encontrado muestras de estudios que se hayan realizado acerca del parto distócico o alguno de sus efectos, por lo tanto no son mencionados en los antecedentes de esta investigación.

**1.3. OBJETIVOS.** Es necesario establecer objetivos en este estudio, lo cual fue útil para dar una orientación de lo que se investiga y para evitar cierta desviación en algún momento de la investigación.

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL.**

El Parto es el proceso mediante el cual se expulsa el feto del útero por la vagina hacia el exterior. El TDP inicia cuando las contracciones uterinas ocurren a intervalos regulares, generalmente acompañadas de dolor. Al abreviarse el intervalo entre las contracciones, éstas se intensifican. Otro de los síntomas en algunas mujeres es la localización de dolor en la espalda y su intensificación al caminar. El indicador fiable consiste en la dilatación del cuello del útero y la salida de moco sanguinolento por el conducto cervical durante el parto. Por tanto, en el presente estudio el objetivo general es: *determinar los efectos físicos que presenta una mujer posterior a un parto distócico.*

#### **1.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO.**

1.- Identificar a mujeres que cursaron con un parto distócico.

2.- Conocer a través del expediente clínico de la mujer qué distocia es la más frecuente.

3.- Revisar teorías acerca de los tipos de distocia y su causa, así como antecedentes de 5 años a la fecha.

#### **1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La inquietud sobre el presente tema surgió ante la observación en el H.N.S.S., pues tanto en el expediente clínico de la mujer post parto como en el del recién nacido, se ve la frecuencia en que se presentan los partos con alguna anomalía (parto distócico), lo cual amerita maniobras específicas y de emergencia así como la utilización de material y equipo necesarios para extraer al producto, ocasionando constantemente lesiones en el cuerpo de la mujer y en el del recién nacido, cuyos efectos en ocasiones son visibles (lesiones externas) y en otros casos sólo son referidos por la paciente (incapacidad para realizar alguna de las funciones del organismo) enfocándose principalmente a los efectos maternos. Por tanto es importante la *intervención de enfermería en la mujer que cursó con un parto distócico en el H.N.S.S. en el segundo trimestre del 2006.*

##### **1.4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

Debido a esto, el presente estudio requirió de una dirección, lo cual hizo imprescindible una pregunta de investigación: *¿Cuáles son los efectos que ocasiona el parto distócico con mayor frecuencia en la mujer en edad fértil en el H.N.S.S?*

Cabe señalar que no se delimitó específicamente una determinada edad en la mujer, sino que se toma a toda aquella que se encuentre en edad fértil y que potencialmente pudiese presentar una distocia, debido a que esta anomalía aparece en cualquier edad en la que se encuentre la embarazada debido a diversos factores y también porque no hay una concentración importante de determinada edad de la cual se pueda obtener el universo de estudio.

#### **1.5. HIPÓTESIS.**

Según Raúl Rojas Soriano (1995), las hipótesis buscan reproducir en el pensamiento los aspectos más relevantes de la realidad que se estudia, pero deben recuperar tanto los aspectos más importantes de la teoría como los elementos empíricos propios del fenómeno que se está investigando. Por tanto, la hipótesis que dirigió el estudio es de tipo causal bivariada, la cual es: *El parto distócico ocasiona con mayor frecuencia los efectos de tipo físico en mujeres en edad fértil.*

##### **1.5.1. VARIABLES.**

El término *variable* puede definirse como una característica, atributo, propiedad o cualidad que puede darse o estar ausente en los individuos, grupos o sociedades; puede presentarse en modalidades diferentes o en grados, magnitudes o medidas distintas a lo largo de un *continuum*.

Las variables son útiles para clasificar los datos que se van obteniendo en la investigación: sexo, ocupación, edad del individuo, etc., para agrupar individuos en categorías separadas o unas con respecto a otras o incluso para ordenar sujetos según la intensidad o modalidad con que poseen determinada característica (Rojas S. 1995). Dentro de este estudio, la *variable independiente* es *PARTO DISTÓCICO*, que es la desviación de alguna de las fases que se presenta en el TDP, siendo importante conocer entonces los *tipos de distocia*, la *etiología (causas)* y las *complicaciones* que conlleva cada uno de estos tipos, las *características físicas* que presenta la mujer ante estos casos, esto es, los cambios que se producen en músculos, huesos y articulaciones; los *factores predisponentes* que favorecen el parto distócico, como son la *multiparidad*, *edad*, *frecuencia* con que se presentan en el TDP, *diagnóstico*, *pronóstico* y *medidas a seguir*.

Con la variable dependiente se encuentran los *efectos físicos* por los que atraviesa la mujer, como son los producidos por los *accidentes del parto (embolia del líquido amniótico)*, o bien por *traumatismos del parto (rotura uterina, desgarros del canal blando del parto, coxigodinia, lesiones de la vejiga, uretra y recto, parálisis obstétricas)*.

### **1.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.**

**Variable X.** Fue importante determinar los tipos de distocia, las características, los factores predisponentes y la frecuencia con que se presentan, para identificar la distocia que hayan presentado las pacientes y los procesos por los que atravesaron para expulsar al producto, y de este modo enfocar los cuidados a la necesidad que estén presentando en ese momento.

**Variable Y.** Además, también fue necesario conocer los efectos a nivel físico que originan las distocias, como hemorragias, rupturas y lesiones de tejidos duros y blandos y la existencia de complicaciones a largo plazo o definitivas, por lo que la Licenciada en Enfermería y Obstetricia debe saber identificar cuando alguna manifestación en el cuerpo de la mujer post parto (distócico) es parte del puerperio o por el contrario, es indicador de la probable aparición de alguna complicación. Por esto se revisaron teorías para conocer ambas variables, se revisaron el expediente clínico para determinarlas y las encuestas se realizaron a enfermeras y médicos que tienen contacto directo con la Unidad Toco Quirúrgica, de Obstetricia y de Neonatos con el fin de obtener información acertada y concreta acerca del tema, pues esto permitió tener un amplio conocimiento acerca de las distocias que se presentan en el campo donde se realizó la investigación.

### **1.6. JUSTIFICACIÓN.**

El Parto Distócico o Trabajo de Parto Disfuncional es una causa frecuente de utilización de instrumental, equipo y maniobras específicas que pueden provocar efectos físicos o lesiones en el cuerpo de la mujer. Esto se presenta no solo en el H.N.S.S. sino también en muchos otros hospitales que brindan atención de

segundo nivel. En la presente investigación se conocieron los tipos más frecuentes de distocia que se presentan en el H.N.S.S., la causa que origina la distocia: por el tipo de pelvis materna, por anomalías del producto y de su presentación, por anomalías de las fuerzas expulsivas o por causas externas (anestesia). Resulta interesante conocer todos estos aspectos para un mejor desarrollo dentro de la carrera de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, para determinar los factores de riesgo que puede presentar una mujer embarazada de presentar una distocia en el TDP y tener los conocimientos y habilidades necesarias para poder participar activamente en el proceso de atención que requiera la paciente evitando errores por parte de la enfermera en su cuidado.

### **1.7. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.**

Es importante saber que una distocia, independientemente de su origen, provoca efectos físicos en el cuerpo de la mujer, por tanto el presente estudio beneficiará en primer lugar, a las estudiantes y enfermeras del H.N.S.S. porque dará a conocer dichos efectos, su causa y si pueden presentarse secuelas, ya sean temporales o permanentes; lo cual permitirá realizar acciones de enfermería de acuerdo a cada situación que se presente pues se tendrán los conocimientos necesarios acerca del origen de la distocia. También se beneficiará la mujer que presentó una progresión anormal del trabajo de parto acerca de lo que puede hacer para disminuir estas lesiones mediante ciertos cuidados de enfermería o si es necesario consultar a un médico especialista (traumatólogo, angiólogo, etc.) y llevar un tratamiento adecuado.

### **1.8. VIABILIDAD.**

**Y**

El presente estudio fue viable debido a que en el H.N.S.S. son muy frecuentes las distocias durante el trabajo de parto, facilitando la investigación de los tipos y sus causas, se contó con el apoyo de expertos en el tema, lo cual amplió los conocimientos en el estudio desde el punto de vista empírico y existen teorías para consultar en las cuales fue posible apoyarse para la realización del marco teórico del mismo.

### **1.9. LIMITACIONES.**

Las limitaciones del presente estudio fueron diversas, se basaron en la falta de tiempo para investigar ampliamente acerca del tema debido a que se tuvo que cubrir todas las mañanas la práctica clínica en el hospital y por las tardes asistir a clases, así como escasa tecnología (sólo dos computadoras en la biblioteca están conectadas a Internet) y de acervo bibliográfico en la institución para hacer consultas que enriquecieran y facilitaran la investigación. También se consideraron limitaciones de tipo metodológicas, puesto que se desconocían las técnicas y procedimientos de manejo y recolección de investigación por falta de elementos que debieron haberse aprendido desde el primer semestre de estudio, además secundario a esto, se dificultó racionalizar lo que se pretendía estudiar.



# CAPÍTULO II

## MARCO TEÓRICO.

### 2.1. INTRODUCCIÓN.

En el capítulo I se establecieron los objetivos, la pregunta de investigación y la hipótesis de este estudio, por tanto, en este capítulo se sustentará de manera teórica lo anterior para elaborar el *marco teórico*, mediante una recolección de datos de determinados autores que permita analizar las variables independiente y dependiente. El *marco teórico* es una herramienta dentro del proceso de investigación que permite prevenir errores que se puedan cometer en la explicación e interpretación en el estudio, orienta al investigador sobre cómo puede abordar los temas relacionados, amplía el horizonte de estudio y guía al investigador para evitar que se desvíe de lo que fue planteado originalmente (Hernandez, Collado y Baptista, 2003). Para realizar el marco teórico, es necesario que el investigador atraviese por 2 etapas: revisar la literatura relacionada con el tema que se está investigando o con sus variables y posteriormente seleccionar y adoptar una teoría que permita explicar de manera amplia y acertada los términos que se emplean.

Con el término *teoría* se indica una serie de ideas que una persona tiene respecto de algo, esto se puede aplicar desde el punto de vista personal y cotidiano, pero resulta más acertado mencionar que una teoría es un conjunto de conceptos relacionados que representan la naturaleza de una realidad (Sampieri, et.al. 2003). Un *concepto* representa de manera breve varios hechos que permiten simplificar el pensamiento. Se deben definir los conceptos que se encuentran establecidos en el planteamiento del problema, en las hipótesis, etc. debido a que un mismo concepto puede emplearse de distinta forma o bien de manera indistinta, lo que permitirá evaluar correctamente los resultados de una investigación (Rojas, 1995).

### 2.2.

En este estudio, se identifica como *variable independiente* (x) es el **Parto Distócico**, siendo sus indicadores los tipos de distocias, su etiología, métodos de diagnóstico, pronóstico y mecanismos de parto; pero para poder abordar este tema, es necesario conocer en primer lugar, la progresión normal del TDP para poder diferenciarlo de uno anormal.

**2.2.1.** La teoría de *Anatomía y Fisiología* que se empleará es la realizada por Gerard J. Tortora y Sandra Reynolds Grabowski, la cual surge en la Universidad de Oxford, en el Reino Unido, en el año de 1975 y cuya 9ª edición apareció en el 2002, siendo esta en la cual se basa el estudio. Gerard J. Tortora es profesor de Biología en Bergen Community Collage en Paramus, nueva Jersey, donde da cátedras de Anatomía y Fisiología humanas, él ha escrito varios libros de texto científicos y manuales de laboratorio. Fue nombrado miembro distinguido del



cuerpo docente de Bergen Community Collage y en 1996 recibió el premio a la excelencia del Instituto Nacional de Recursos Humanos y Desarrollo Organizacional de la Universidad de Texas. Sandra Reynolds Grabowski es instructora del Departamento de Ciencias Biológicas de la Universidad de Purdue, en West Lafayette, Indiana. En 1992, los estudiantes la seleccionaron como una de las 10 mejores maestras de la escuela de ciencias de Purdue. De acuerdo entonces a esta teoría, se puede decir que el **parto** es el proceso mediante el cual se expulsa al feto del útero por la vagina hacia el exterior (esto en condiciones normales). El TDP depende de interacciones complejas de diversas hormonas placentarias y fetales. La *progesterona* inhibe las contracciones uterinas, de modo que este proceso no puede ocurrir sino hasta que disminuyen sus efectos. Hacia el final del embarazo, aumenta considerablemente el nivel de estrógenos en la sangre materna, con lo que se generan cambios que anulan los efectos inhibitorios de la progesterona. Al mismo tiempo, las fibras miométricas despliegan receptores de oxitocina, la cual estimula las contracciones uterinas, a su vez la relaxina auxilia al incrementar la flexibilidad de la sínfisis del pubis.

Las contracciones uterinas tienen lugar a manera de ondas (similares al peristaltismo), que comienzan en el fondo uterino y se desplazan en sentido descendente hasta que ocurre la expulsión del feto. El *parto verdadero* se inicia cuando las contracciones uterinas ocurren a intervalos regulares, generalmente acompañadas de dolor. Al abreviarse el intervalo entre las contracciones, éstas se intensifican. El indicador fiable consiste en la dilatación del cuello del útero y la salida de moco sanguinolento por el conducto cervical durante el parto. En el caso del *parto falso*, el dolor se siente en el abdomen en intervalos irregulares y no se intensifica. El parto verdadero se divide en 3 etapas, que son:

1. ETAPA DE DILATACIÓN.- Compreendida entre el inicio del parto hasta la dilatación completa del cerviz. Esta puede durar de 6 a 12 hrs. e incluye contracciones uterinas en intervalos irregulares, por lo común con rotura del saco amniótico y dilatación completa (10 cm) del cérvix. En caso de que el saco amniótico no se rompa espontáneamente, se realiza su rotura intencionada.

2. ETAPA DE EXPULSIÓN.- El intervalo que media entre la dilatación cervical completa y el nacimiento es la etapa de expulsión, la cual puede durar de 10 min. a varias horas.

3. ETAPA PLACENTARIA.- Es el lapso (5 a 30 min. o más) que sigue al nacimiento y continúa hasta que se expulsa la placenta gracias a contracciones uterinas potentes. Dichas contracciones, también causan la constricción de vasos sanguíneos lesionados durante el alumbramiento, lo cual disminuye las probabilidades de hemorragia.

El feto se desplaza por el canal de parto (cérvix y vagina) hasta por espacio de varias horas, de modo que puede sufrir durante el nacimiento: se comprime la cabeza y además el feto sufre *hipoxia* intermitente de cierto grado, debido a la

compresión del cordón umbilical y placenta con las contracciones uterinas. Después del nacimiento y la expulsión de la placenta, hay un periodo de 6 semanas en el cual los órganos reproductores y la fisiología maternas regresan al estado que tenían antes del embarazo (puerperio). También ocurre la reducción considerable del tamaño uterino llamado involución. El cérvix pierde su elasticidad y recupera la firmeza que tenía al inicio del embarazo. Por espacio de 2 a 4 semanas posteriores al parto, las mujeres expulsan un exudado uterino, llamados loquios, formados de sangre y después de un líquido seroso que proviene del sitio que ocupaba la placenta. Una vez que se presenta el TDP, puede ocurrir que el curso se vea afectado o interrumpido, lo cual va a originar un **PARTO DISTÓCICO**.

**2.2.2.** Según la teoría de Obstetricia y Ginecología de J. Antonio Usandizaga Beguiristain y Pedro de la Fuente Pérez, la cual surge en la Universidad Autónoma de Madrid en el año ----, en su 2ª edición, la **Distocia** se define como *parto difícil*; este termino se utiliza también para los *partos disfuncionales*, y se aplica al parto que no progresa con normalidad. Ellos clasifican las distocias en 3 grandes grupos (**TIPOS**):

- A. Distocias por anomalías de la estática fetal.
- B. Distocias del motor del parto.
- C. Distocias del conducto del parto.

## **A. DISTOCIAS POR ANOMALÍAS DE LA ESTÁTICA FETAL.**

1.- **Distocias en presentación cefálica**, las cuales se pueden presentar como:

a) **PARTO DE VÉRTICE EN OCCIPITO-POSTERIOR.** En el mecanismo del parto normal, el encajamiento de la presentación puede realizarse en posiciones posteriores. En condiciones normales, la cabeza, para desprenderse, debe en estos casos girar 135° hasta colocarse en posición occisito-pubiana. En ocasiones no es así, sino que la cabeza gira 45° dirigiendo el occipucio hacia atrás. Esta variedad viene a representar un 4% de todos los partos de vértice. Etiología. Puede deberse a factores fetales, como por ejemplo, que se trate de un feto pequeño o que existan alteraciones en la conformación de la cabeza. Otros factores pueden ser maternos: alteraciones pélvicas, estrecho inferior amplio, sínfisis muy alta y arco pubiano muy estrecho.

Evolución clínica. El parto es más largo, porque la expulsión es más difícil y son mayores las posibilidades de desgarros, por lo que casi siempre hay que recurrir a una amplia episiotomía.

b) **POSICIÓN TRANSVERSA BAJA.** Una vez efectuado el encajamiento de la cabeza, se produce una falta de rotación interna de la misma. El parto queda detenido durante cierto tiempo con la cabeza en el suelo de la pelvis en posición transversa.

Etiología. La causa puede residir en una debilidad de las contracciones uterinas, pero puede deberse también a pequeñas anomalías de la pelvis o a factores fetales (fetos pequeños o fetos muertos).

Evolución clínica. El parto se detiene, de modo que tras la observación de esta posición durante un tiempo prudencial de 20 minutos, es necesario, en primer lugar, vigilar las contracciones y corregir una eventual hipo dinámica.

En segundo lugar, se puede recurrir a un tratamiento postural (colocar a la paciente acostada hacia el lado en que se encuentra la frente del feto). Por último, muchas veces será necesario recurrir a la extracción del feto mediante fórceps.

b) ASINCLITISMOS. Se refiere a flexiones laterales de la columna cervical que hacen que un parietal descienda más que el otro en el canal de parto. Habitualmente, la cabeza mantiene la sutura sagital en el centro de la pelvis. Cuando la sutura sagital se desvía hacia atrás o hacia adelante, se habla de asinclitismo. A su vez se distinguen 2 variedades:

➤ Asinclitismo anterior: La sutura sagital está hacia atrás, por lo tanto es el parietal anterior el que desciende más o “se presenta”. Es la llamada “oblicuidad de Naegele”.

➤ Asinclitismo posterior: La sutura sagital se encuentra hacia delante y por ello se presenta el parietal posterior. Es la “oblicuidad de Litzman”.

c) PARTO EN PRESENTACIÓN DE CARA. Es aquel en el que, al final, la cabeza está completamente deflexionada, de forma que la cara se sitúa en el estrecho inferior en el centro de la pelvis. Su frecuencia es aproximadamente de un 0.15%. Se distinguen 2 variedades:

Primitiva: Cuando la cabeza está completamente deflexionada antes del parto.

Secundaria: Cuando iniciado el parto en deflexión parcial, ésta se hace completa en el transcurso del mismo.

Etiología. En el caso de la variedad primitiva (la más rara), es idiopática muchas veces, pero puede deberse a malformaciones fetales. En el caso de la variedad secundaria, las causas pueden ser maternas (anomalías pélvicas), fetales (malformaciones), por placenta baja, hidramnios, oligoamnios, rotura prematura de membranas o simplemente puede tratarse de un hecho ocasional.

Diagnóstico. En el caso de la variedad primitiva, al hacer las maniobras de Leopold en la exploración física, se aprecia que el dorso fetal termina en una depresión brusca que se continúa con un saliente correspondiente al occipucio fetal (signo del hachazo). La ecografía ayudará en el diagnóstico y precisará la posible existencia de malformaciones fetales.

Durante el parto, se añadirán los datos que se obtienen por tacto vaginal. Al inicio la presentación estará alta (y en casos de la variedad secundaria), la rente ocupará el centro de la pelvis. Conforme avance el parto y sobre todo cuando la bolsa esté rota y el cuello suficientemente dilatado se irán distinguiendo las partes de la cara: órbitas, nariz, boca, etc.

**PRONÓSTICO.** El parto es lento y difícil, y sólo podrá producirse con grandes desgarros del periné. En el feto se presenta estiramiento de los músculos del cuello, por lo cual hay una paresia de los mismos, la cara aparece edematosa y abotargada, con escoriaciones en la piel. Se debe recurrir habitualmente a la cesárea para evitar lo traumático que resulta para la madre y no comprometer el pronóstico fetal.

d) **PARTO EN PRESENTACIÓN DE FRENTE.** En ocasiones es posible que un parto de cara no evolucione hasta la deflexión máxima, sino que se encaje con la frente en el centro de la pelvis. El parto es posible sólo en fetos pequeños a través de un encajamiento que exige un gran moldeamiento de la cabeza. El diámetro mayor de esta rotará a posición naso pubiana y efectuará 2 movimientos en el momento del desprendimiento: uno de flexión hasta la salida del occipucio y otro de extensión hasta desprenderse totalmente de la cabeza.

Cuando una presentación de frente no evoluciona rápidamente a una de cara, se debe efectuar una cesárea.

e) **PRESENTACIÓN BREGMÁTICA.** Se trata de partos con fetos muy pequeños, en los que la cabeza se mantiene con ligera deflexión y la zona bregmática ocupa el centro de la pelvis. Respecto a la evolución y conducto a seguir, es lo mismo que ocurre en el parto con presentación de frente.

## **2.- DISTOCIAS EN PRESENTACIÓN CAUDAL:**

a.- **DISTOCIA EN PRESENTACIÓN DE NALGAS.** Habitualmente, el feto mantiene los muslos flexionados en la cadera y las rodillas también están flexionadas. En las presentaciones de nalgas, las rodillas pueden no estar flexionadas y las piernas quedar extendidas por delante del tronco. Excepcionalmente podría suceder que una pierna estuviese flexionada y otra extendida. Las variedades más importantes son 3:

- *Presentación pura de nalgas:* El feto tiene los muslos flexionados sobre el abdomen, las rodillas extendidas con las piernas situadas a lo largo del tronco y los pies a nivel de la cabeza. Las nalgas ocupan todo el estrecho superior de la pelvis materna y son determinantes en la dilatación cervical. Es la variedad más frecuente en las gestaciones a término (se observa en el 60-65% en el total de los casos).

- *Presentación de nalgas y pies completa:* El feto tiene los muslos flexionados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos, generalmente

entrecruzadas. Las nalgas son la parte más caudal y ésta distocia se presenta en el 5% de los casos.

○ *Presentación de nalgas y pies incompleta:* Hay flexión de una o ambas rodillas, la parte más caudal es una o ambas extremidades inferiores, que bajan algo más y que actúan como una cuña de dilatación deficiente. Aparecen en el 25-35% de los casos, con mayor frecuencia en los partos prematuros.

ETIOLOGÍA. En el siguiente cuadro se mencionan los factores que predisponen a la presentación de nalgas:

## FACTORES

## CAUSAS

- MATERNOS

- ✓ Anomalías uterinas: útero tabicado, útero bicorne o unicorne.

- ✓ Tumores uterinos o pélvicos.

- ✓ Pelvis estrecha o con deformidades.

- ✓ Multiparidad con relajación de la musculatura abdominal y uterina.

- ✓ Nuliparidad con hipertoniá uterina.

## FACTORES

## CAUSAS

? Fetales

? Prematuridad.

? Gestación múltiple.

? Anomalías fetales: *sistema nervioso central*

(anencefalia, hidrocefalia, espina bífida),

*genitourinarias* (riñón poliquístico, síndrome de Potter),

*gastrointestinales* (onfalocele), *cromosomopatías*  
(trisomía 21),

*dificultad de movilidad fetal.*

?  
Ovulares

? Placenta previa o inserción baja de placenta.

? Oligoamnios o hidramnios.

? Cordón umbilical corto.

## DIAGNÓSTICO.

La mujer manifiesta una sensación de opresión en el epigastrio originada por la cabeza fetal, mientras que en el hipogastrio presentará escasas molestias compresivas, a diferencia de lo que ocurre en la presentación cefálica. En el tacto vaginal, se deben buscar ciertas referencias que ayudarán a identificar el tipo de presentación: el orificio anal en el surco ínter glúteo, en cuyo extremo opuesto se encuentran los genitales a los lados las prominencias de las tuberosidades isquiáticas, el cóccix y la cresta sacrocoxígea, y por último, los pies, que se deben diferenciar de las manos en casos de procidencia de miembros.

**MECANISMOS DEL PARTO.** Normalmente, en el parto en presentación de nalgas se consideran 3 tiempos diferentes: 1.- Parto de las nalgas. 2.- Parto de los hombros. 3.- Parto de la cabeza fetal. Hay algunas variantes en el mecanismo del parto de nalgas que pueden provocar graves dificultades. A continuación se mencionan algunas de ellas:

*Procidencia o descenso de un solo pie.* Si es el anterior, no se altera el mecanismo del parto, pero si se trata del posterior debe producirse un giro de 180°, pues la flexión lateral del tronco es mucho más fácil por el lado de la pierna descendido.

*Distocia de hombros.* Una o los 2 brazos se elevan junto a la cabeza fetal impidiendo que esta se encaje. El pronóstico es desfavorable, pues la reposición es difícil y no suele lograrse sin la fractura del húmero o clavícula del feto.

*Distocia de cabeza última.* La cabeza queda retenida al no lograr encajarse. Es una causa importante de morbilidad peri natal. Los factores que influyen en su aparición son desproporción pelvi fetal, deflexión de la cabeza fetal primitiva o secundaria a maniobras intempestivas, rotación a posterior con cabalgamiento del mentón en la sínfisis del pubis y dilatación cervical insuficiente, lo que permite el paso del cuerpo fetal pero no el de la cabeza.

## PRONÓSTICO.

El parto de nalgas representa el 3-4% del total de partos, y en la mayoría de las estadísticas se señala que esta presentación es responsable de más del 25% de las muertes peri natales, además la morbilidad a largo plazo también es mayor en los niños que nacen de nalgas que los que nacen en cefálico. **ELECCIÓN DE LA VÍA DE PARTO.** En la actualidad un gran número de embarazos con presentación de nalgas termina en cesárea; se basan en lo traumático que puede resultar el encajamiento y la salida de la cabeza fetal, y en la dificultad existente para prever la distocia de cabeza última.

### 3.- **SITUACIÓN TRANSVERSA:**

**DEFINICIÓN.** Es aquella en la que el eje mayor del feto se cruza en ángulo recto con el de la madre. Es importante considerar que la situación *oblicua* es aquella en la que los ejes materno y fetal se cruzan en un ángulo agudo. Esta situación oblicua puede persistir durante el embarazo, pero si llega así al parto, las contracciones colocarán al feto en situación longitudinal o transversa. Entonces se toma la situación oblicua como antecedente de la situación transversa.

**VARIEDADES.** Pueden darse distintas variedades de posición. Así la cabeza puede estar hacia la izquierda (posición *izquierda* o *primera*) o hacia la derecha (posición *derecha* o *segunda*). Lo más frecuente es que el dorso esté hacia delante (dorso anterior) y, en segundo lugar, hacia atrás (dorso posterior); siendo mucho más

raras las variedades dorso superiores y dorso inferiores. ETIOLOGÍA. Entre las causas maternas, la conformación uterina puede ser importante. Así la existencia de miomas uterinos, malformaciones u operaciones anteriores sobre el útero pueden modificar la forma del espacio intrauterino y explicar la anomalía de la situación. Por otra parte, la gran multiparidad, sobre todo si coincide con un vientre en péndulo, puede ser un factor de importancia al propiciar una cierta flacidez de la musculatura uterina que facilita la movilidad del feto.

Como causas fetales, se puede señalar la posibilidad de que fetos pequeños o con malformaciones diversas puedan provocar anomalías de la estática. Aunque rara vez sucede, en casos de embarazo gemelar uno de los fetos puede colocarse en situación transversa.

DIAGNÓSTICO. La inspección puede aportar datos de sospecha al observarse un abdomen dilatado en sentido transversal. La auscultación (convencional o ultrasónica), encontrará el foco máximo más elevado de lo habitual, por lo general hacia el ombligo, al final del embarazo. Por tacto se apreciará que la pelvis está vacía. Finalmente la ecografía confirmará el diagnóstico y aporta datos importantes sobre las circunstancias que acompañen al proceso.

### **B. DISTOCIAS DEL MOTOR DEL PARTO.**

EVOLUCIÓN. Existe la posibilidad de que antes del parto, o al iniciarse éste, se produzca una *versión espontánea* que transforme la situación transversa en longitudinal. Ello no será posible si se produce una rotura prematura de membranas, complicación frecuente en estos casos y que, además de propiciar un aumento de partos pretérmino, se puede acompañar, si existe alguna dilatación de cuello, de un prolapso de cordón umbilical.

En casos de fetos pequeños y muertos y pelvis amplias se ha descrito tradicionalmente la posibilidad de una *evolución espontánea*, de forma que podría producirse un parto vaginal mediante tres mecanismos: de *Douglas* (introducido un hombro en la pelvis menor, una extrema distensión del cuello permite que el hombro anterior pase por debajo del pubis, resbalando después el resto del cuerpo hasta transformarse en un parto de nalgas con los dos pies por delante); de *Denman* (no sólo la cabeza sino también los hombros quedan retenidos por encima del estrecho superior, y la flexión forzada se produce en la columna dorsal o en la lumbar hasta que las nalgas y los miembros inferiores se deslizan al interior de la pelvis menor); y de *Roederer* o *conduplicato corpore* (en el que el feto es expulsado totalmente doblado al exterior con los hombros por delante).

CONDUCTA. Ante una situación transversa se debe redoblar la atención durante el embarazo por tratarse de un caso de alto riesgo, y si se sospecha la existencia de causas que pueden hacer imposible una versión espontánea, se recurrirá a la cesárea una vez alcanzado el término del embarazo, o según las circunstancias, cuando el feto tenga madurez suficiente.



**2.3.** Continuando con la teoría de Gineco-Obstetricia de José Antonio Usandizaga Beguiristain, se definen los **Efectos Físicos** que surgen cuando la mujer sufrió un parto distócico y que pueden conocerse también como *accidentes del parto*.

**1.- EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO.** Consiste en la penetración de líquido amniótico en la circulación materna, que provoca, por las sustancias que dicho líquido contiene (lanugo, vernix caseosa, meconio), una obstrucción de los pequeños vasos pulmonares, es decir, una embolia pulmonar. La verdadera importancia en el cuadro clínico es la reacción anafiláctica por incompatibilidad materna inmunológica frente a las sustancias contenidas en el líquido amniótico. En realidad el paso de líquido amniótico a la circulación materna no es excepcional. Pero si éste pasa de manera brusca y en cantidad considerable, se rompe la barrera inmunológica de la madre por los antígenos fetales y provoca el cuadro clínico de importancia. El líquido amniótico puede penetrar en la circulación gracias a un desgarro alto de las membranas lo cual le permite alcanzar los bordes del área placentaria y llegar al torrente sanguíneo materno, aunque también puede penetrar por pequeños desgarros de las venas cervicales uterinas. Para que esto ocurra es necesario que exista una hipertensión intrauterina que supere la presión venosa. Esto puede ocurrir al aumentar la intensidad contráctil uterina (hiperdinamia) o con un aumento del tono basal (hipertonía). Esto puede producirse con un desprendimiento prematuro de placenta.

#### **Cuadro clínico.**

Aparece el cuadro agudo generalmente al final del periodo de dilatación o comienzo del expulsivo:

- Cianosis
- Disnea o taquipnea
- Intranquilidad motora
- Confusión cerebral
- Puede haber convulsiones
- Edema pulmonar y shock
- Muerte

#### **Tratamiento.**

Es inespecífico y se limita a administrar una terapia de sostén a la paciente, basándose en una adecuada oxigenación que permita la perfusión de todos los órganos vitales así como la reposición de volumen sanguíneo con soluciones isotónicas, en caso de que haya falla cardíaca se procede a realizar las medidas de reanimación (masaje cardíaco y medicamentos). Si es necesario hay que dar respiración intra traqueal controlada.

**2.- ROTURA UTERINA.** Es la interrupción de la continuidad de la pared del útero gestante. Suele suceder cuando las contracciones uterinas no logran el encajamiento y la expulsión del feto. Las más importantes roturas se dan en

previas cicatrices del útero, como las cesáreas anteriores. Se pueden clasificar de la siguiente manera:

❖ *Roturas espontáneas.* Surgen ante la presencia de algún obstáculo a la marcha del parto. Puede ser la existencia de una desproporción pélvica fetal significativa (hidrocefalia, macrosomía, pelvis estrecha, situación transversa, tumores). La hiperdinamia se acompaña de hipertensión, se retrae el cuerpo uterino, entonces el útero busca apoyo en los ligamentos redondos, que se estiran y endurecen progresivamente, entonces el útero acaba por romperse en el sitio más débil (segmento inferior).

❖ *Roturas traumáticas.* Estas se producen por un traumatismo externo. Generalmente tienen lugar en el embarazo y pueden ser muy variadas, se deben a accidentes de diferentes tipos: de tráfico, caídas, heridas por arma de fuego o arma blanca, etc.

❖ *Roturas iatrogénicas.* En estas se encuentran las causadas por el mal uso de oxitócico que pueden producir hiperdinamias que dan como resultado una rotura sobre todo en úteros con gran multiparidad, legrados repetidos, malformaciones, etc. También se añaden las roturas ocasionadas por traumatismos obstétricos en maniobras o intervenciones realizadas sin las debidas condiciones o en situaciones de urgencia: maniobra de Kristeller, fórceps, etc.

❖ *Rotura sobre cicatriz.* Una dinámica normal en el parto puede romper un útero que tenga una cicatriz (por ejemplo una miomectomía o cesárea anterior). Si la paciente presenta antecedentes de más de una cesárea el riesgo de rotura se multiplica, pero también aumenta el riesgo si el intervalo ínter genésico es breve o si existió fiebre en el puerperio de una cesárea anterior, lo que hace dudar de la calidad de la cicatriz.

**Cuadro clínico.** Se hace referencia a los dos tipos de cuadros clínicos que se pueden producir en el parto de forma espontánea: la *rotura violenta*, que es aquella que se produce como resultado de una lucha contra un obstáculo, y la *rotura silenciosa*, propia de la dehiscencia de una cicatriz uterina.

**ROTURA VIOLENTA.** Se establecen 2 periodos claramente diferenciados:

a) **Rotura inminente:** la paciente muestra alteración del estado general, sudoración y angustia. Las contracciones son fuertes, frecuentes y muy dolorosas, hay también hipertensión. La exploración es muy dolorosa, no tolera la palpación, incluso no tolera ni la ropa de cama sobre el vientre. Los ligamentos redondos, a diferencia de lo que sucede en cualquier parto normal, son palpables como dos cordones duros que parten de los cuernos uterinos. El cuello del útero se palpa edematoso y tumefacto, comprimido entre la presentación y la pelvis.

b) **Rotura consumada.** Al momento de la rotura, la paciente refiere un dolor brusco, semejante a una puñalada. Sobreviene el cese de las contracciones, con

una sensación de alivio momentáneo, seguida de una hemorragia, cuadro de shock. La palpación es fácil incluso el feto puede pasar totalmente o en parte a la cavidad abdominal y es posible tocarlo bajo la piel.

**ROTURA SILENCIOSA.** El principal problema de una rotura sobre una cicatriz anterior en el útero es la escasez de síntomas que aparecen. Por tanto es imprescindible que durante el abordamiento de un parto vaginal en una paciente que tuvo una cesárea anterior u otra operación uterina, se mantenga una monitorización biofísica interna y evitando la administración de oxitotócicos. Si se produce una rotura, puede aparecer una escasa hemorragia, pero los más importantes son los signos de afectación fetal, siendo el primer síntoma la aparición de desaceleraciones variables que se transforman en bradicardia. Si el parto continúa por vía vaginal sin que se hayan apreciado signos de rotura, ésta puede ampliarse y ocasionar entonces una hemorragia más llamativa. El diagnóstico se efectúa muchas veces después del parto, observándose un cierto grado de distensión abdominal o con el tacto vaginal, una vez expulsada la placenta, de la dehiscencia de la cicatriz, por lo cual se recomienda realizar un tacto post parto en aquellas mujeres que tienen antecedentes de una cesárea anterior.

### **Tratamiento.**

**1. Amenaza de rotura inminente.** Si una amenaza de este tipo surge durante el parto, éste debe detenerse de inmediato mediante medicamentos tóxicos y se debe preparar todo para una cesárea.

**2. Rotura consumada.** En primer lugar hay que atender el estado general de la paciente dependiendo de la gravedad del caso, seguida de una transfusión sanguínea y posteriormente realizarse una laparotomía, extrayendo inmediatamente al feto. Es recomendable la preservación de la fertilidad, con la sutura cuidadosa de los bordes, sólo si la herida no es muy irregular. Además, por motivos psicológicos, se debe intentar tratar de conservar el útero, pero si no hay seguridad sobre la resistencia de la sutura, se debe recurrir a la ligadura de las trompas para evitar otro embarazo.

**3. Dehiscencia de cicatriz.** En estos casos solo requerirán de tratamiento quirúrgico sólo cuando se presenten síntomas. En este caso, la paciente debe estar aleccionada para someterse a una vigilancia especializada en caso de surgir un nuevo embarazo.

### **3.- DESGARROS DEL CANAL BLANDO DEL PARTO.**

#### *DESGARROS DEL CUELLO UTERINO.*

Generalmente en todos los partos existen pequeños desgarros del cuello uterino, lo que explica que su orificio externo no recupere después del parto la forma circular que tienen las nulíparas. Sin embargo pueden abarcar varios centímetros y deben ser considerados patológicos. Los desgarros pueden ser únicos,

bilaterales o radiados. Los más frecuentes se observan en los ángulos laterales, hacia las 3 o las 9 de la esfera del reloj. Se consideran los siguientes factores etiológicos: macrosomía fetal, rigidez de cerviz, intervenciones obstétricas inadecuadas. La hemorragia es el signo principal, dependiendo de los vasos afectados, y suele comenzar antes de la expulsión de la placenta. El diagnóstico se efectúa con la visualización del desgarro, siendo obligatoria dicha observación después de todos los partos instrumentados. Una vez localizado el desgarro, el tratamiento consistirá en la sutura del desgarro, siempre empezando por el ángulo superior del mismo, con puntos separados de material reabsorbible.

*DESGARROS DE LA VAGINA.* Pueden ser muy variados, con dirección longitudinal o transversal, siendo los más graves los que afectan los fondos de saco de la vagina. Los factores etiológicos semejan a los del desgarro de cerviz. Sus manifestaciones clínicas son un sangrado posterior a la expulsión de la placenta, y que persiste aún cuando el útero se ha contraído. El diagnóstico definitivo se hace con la visualización de la vagina con las valvas adecuadas. El tratamiento consistirá en la sutura de los desgarros.

#### *DESGARROS DE LA VULVA.*

Forman parte de los desgarros del periné cuando asientan en la horquilla vulvar, pero pueden producirse desgarros laterales, que afectan el anillo himeneal y a los labios menores. Para prevenirlos es necesario una buena protección del periné con el uso liberal de la episiotomía. El tratamiento consiste en la sutura cuidadosa de la lesión y la hemostasia.

#### *HEMATOMA VULVOVAGINAL.*

Como efecto del traumatismo del parto, una rotura de vasos pelvianos puede producir un hematoma que se extiende por debajo de la piel de la vulva y de la vagina, progresando hasta el ligamento ancho. Si éste se descubre pronto hay que proceder a su debridamiento, con la hemostasia adecuada y dejando un drenaje.

### **3.- OTRAS LESIONES CAUSADAS POR EL PARTO.**

*DISYUNCIÓN PELVIANA.* En todos los partos la sínfisis pubiana se moviliza a causa de las modificaciones del cartílago por influencias hormonales durante la gestación. La *diastásis de pubis* puede ocurrir en un parto espontáneo. En el momento en que se produce, la mujer experimenta un dolor en la articulación pubiana, incluso se puede escuchar un chasquido, posteriormente se comprueba la presencia de un hematoma.

Clínicamente aparece una impotencia funcional parcial de los miembros inferiores y si la disyunción es pequeña, solo se manifiesta cuando la paciente inicia la deambulación. Se diagnostica con radiografías y su tratamiento es a base de analgésicos, antiinflamatorios y corticoides, reposo y compresión con faja.

*COXIGODINIA.* En el parto vaginal el cóccix resulta siempre desplazado hacia atrás, por lo que el diámetro del estrecho inferior aumenta de 2 a 2.5cm. Una

movilización excesiva produce pequeñas roturas ligamentosas y dejar dolores que persisten durante cierto tiempo. Estas molestias aparecen durante la marcha, la defecación o al sentarse. El diagnóstico se realiza con tacto rectal y radiografías. El tratamiento será de reposo y analgésicos.

# CAPÍTULO III

### 3.1. Enfoque de investigación.

Una vez elaborado el marco teórico, debe establecerse el tipo de estudio que se empleará en el mismo, mediante el cual también dependerá la forma de recolectar datos, interpretarlos, además se pueden incluir elementos de más de alguno de los tipos de investigación.

Dentro de la clasificación de los estudios de investigación, se encuentran los *ESTUDIOS EXPLORATORIOS*, éstos se emplean cuando se pretende examinar un tema poco estudiado o del cual aún existen muchas incógnitas y sirven para familiarizarse con sucesos prácticamente desconocidos (Hernández, 2004). Otro tipo de estudio es el *DESCRIPTIVO*, el cual pretende determinar las propiedades y características ya sea de personas, grupos, fenómenos, etc. que sean sometidos a análisis (Danheke, 1989), es decir, recopilan información sobre las variables a las que se refieren y ofrecen la posibilidad de predecir o relacionar situaciones aunque sean poco elaboradas.

El siguiente estudio es el de tipo *CORRELACIONAL*, cuyo propósito es evaluar la relación existente entre 2 o más conceptos, categorías o variables, es por esto que los estudios cuantitativos correlacionales miden el grado de relación entre esas variables.

También existen los *ESTUDIOS EXPLICATIVOS*, los cuales pretenden responder causas de algunos sucesos o fenómenos de tipo físico o social. En esta investigación el tipo de estudio que se utilizará será el correlacional y por consiguiente es necesario recolectar los datos adecuados para relacionar las variables previamente establecidas. Para realizar dicha recolección, es necesario aplicar 3 actividades vinculadas entre sí:

1) Seleccionar un instrumento disponible dentro del área de estudio donde se encuentre la investigación.

2) Aplicar el instrumento.

3) Preparar las observaciones y mediciones obtenidas para posteriormente analizarlas.

En los enfoques mixtos (como es el caso del presente estudio), generalmente se aplican instrumentos que contengan elementos cualitativos y cuantitativos, pero primero es necesario mencionar la recolección de datos de acuerdo a estos dos enfoques:

De acuerdo a la perspectiva **cuantitativa**, recolección de datos es equivalente a medir y esto a su vez es el “proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos” (Hernández, 2004). Todo instrumento de

recolección de datos debe tener dos requisitos: ser confiable y válido. Se dice que un instrumento es confiable cuando el grado en que su aplicación repetida a un sujeto u objeto produzca resultados iguales. La validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. En caso del enfoque **cualitativo**, lo que se busca es obtener la información en las propias palabras de los sujetos en su contexto. Generalmente consisten en descripciones profundas y completas de algunas situaciones, canalizadas a obtener el conocimiento. Sustentada teóricamente las variables independientes (*Parto Distócico*) y dependiente (*Efectos Físicos*) del capítulo II, en este capítulo se establece el enfoque que se dará a la investigación: Un 70% será de tipo cuantitativo, pues se realizarán encuestas, se empleará una medición numérica y un análisis estadístico, en base a las variables y la hipótesis formulada inicialmente. El 30% restante será de tipo cualitativo, debido a que este enfoque es flexible y permite las interpretaciones contextuales, dando la oportunidad de rescatar detalles y experiencias únicas de acuerdo a la pregunta de investigación establecida.

Como la Medicina y en lo particular la Obstetricia no son ciencias exactas (como la física o las matemáticas), se incluyen los dos enfoques para que se enriquezca la investigación, siendo cuanti-cualitativa.

### **3.2. Métodos.**

Un método es una herramienta de la investigación que permiten abordar cada una de las etapas de ésta y dirigen las actividades y el pensamiento para no perder los objetivos que fueron planteados. Durante el presente estudio, se utilizarán varios métodos, dependiendo de la etapa en que se encuentre: En primer lugar se utilizará el método inductivo, pues al establecer el tema de investigación, que es el *Parto Distócico*, se inició de lo particular a lo general, puesto que se observó que en el H.N.S.S. se presentaban con frecuencia estas anomalías en el trabajo de parto (TDP), además coincide en que se presentan en otros hospitales de la ciudad, en otras ciudades y en otros países a nivel mundial. En consecuencia se utiliza el método deductivo, al investigar los antecedentes de este problema, se inicia de lo general a lo particular: casos o estudios realizados en otros países (en primer lugar europeos), luego en países americanos, en México y en el estado de Michoacán, aunque en éste último aún no se encuentran resultados acerca de estudios sobre distocias en el parto.

Además también se considera sintético, porque al elaborar el Marco Teórico se va descartando información hasta concentrar la información más importante que implican las variables y sus indicadores, esto en forma de síntesis porque se conserva solo lo más esencial de la materia que se está estudiando. Por último es analítico porque se utiliza este método para la interpretación de los resultados de las escalas aplicadas.



### **3.3. Unidades de Análisis.**

En este estudio se considera como unidad de análisis principal a las **pacientes** en edad fértil que se encuentran en trabajo de parto y que presentan durante éste alguna distocia. Se considera un rango tan abierto en cuanto a las edades de las pacientes debido a que las distocias se sitúan en cualquier punto de la vida reproductiva de la mujer y también para recolectar las muestras de dichas pacientes de una manera más amplia. Generalmente son pacientes de clase media-baja, dedicadas al hogar, provenientes de comunidades cercanas a Morelia, no sin dejar de mencionar que también acuden mujeres profesionistas, de familias económicamente estables, aunque en menor proporción.

Como unidad de análisis secundaria, se consideran a las **enfermeras** tituladas, pasantes de enfermería o bien estudiantes, quienes participan en la atención de la mujer con TDP en la unidad toco quirúrgica y posteriormente en el servicio de obstetricia (general y privado), de las cuales la mayoría tiene suficientes conocimientos empíricos por medio de la práctica diaria, no así cuentan con bases teóricas que les den la pauta para identificar de manera premeditada algunos síntomas o signos de las distocias.

### **3.4. Instrumentos de recolección de información.**

Para recolectar debidamente la información en este capítulo, se utilizaron 2 tipos de instrumentos que permitirán cuantificar, concentrar e interpretar estadísticamente a través de medidas de tendencia central como son moda, media y mediana.

Para la unidad de análisis principal se utilizó una escala de Likert, la cual fue diseñada por Rensis Likert hace ya algún tiempo pero sigue siendo vigente debido a su utilidad; esta escala consta de un conjunto de ítems con respuestas afirmativas o emitiendo un juicio y de las cuales se espera la reacción de los sujetos a los que se les aplica. En este estudio, dicha escala consta de 10 ítems con cinco opciones de respuesta (definitivamente sí, probablemente sí, indeciso (a), probablemente no y definitivamente no), entre las cuales puede elegir alguna la persona a la que le será aplicada y cuyo objetivo es evaluar la información que poseen las pacientes sobre distocias, una vez que acuden a recibir atención al H.N.S.S., de esta manera se podrá concentrar cuántas personas saben realmente los riesgos que pueden surgir ante una distocia y los efectos físicos que pueden aparecer, los cuales son muy frecuentes. Para la unidad de análisis secundaria, se utilizó un cuestionario, para identificar si las enfermeras que están en contacto directo con las pacientes que presentan una distocia realmente tienen conocimientos teóricos acerca de éste y sobre las acciones o medidas que se pueden realizar en estos casos o sólo se basan en aprendizaje empírico que van adquiriendo con la práctica diaria desde su ingreso a la escuela de enfermería.

### 3.5. Procedimiento.

Por medio de la fórmula para calcular el tamaño de la muestra con números finitos de Lourdes Mounch, se seleccionó el tamaño de la muestra, esto es, aplicando un nivel de confianza de 85, la muestra fina a la cual se aplicó el instrumento fue de 16, y la muestra piloto se obtuvo calculando el 20% de dicha muestra. A continuación se explica cada una de las variables que conforma dicha fórmula:

Se toma como  $Z$  al cuadrado el nivel de confianza mencionado anteriormente, que traducido con la tabla de Rojas Soriano, corresponde a 1.44, la letra  $p$  representa la probabilidad a favor y  $q$  la probabilidad en contra, la letra  $N$  represente el tamaño del universo, el cual es de 50 personas y finalmente la letra  $e$  al cuadrado representa el porcentaje de error, y al final da como resultado la muestra fina, representada con la letra  $n$ .

Al momento de la aplicación de la prueba piloto, se seleccionaron pacientes que se encontraron hospitalizadas en el servicio de obstetricia general, debido a que obstetricia privada se encontraba sin pacientes; dos de ellas se encontraban en puerperio fisiológico (post parto) y una de ellas de puerperio quirúrgico (post cesárea), ésta última presentó distocia por presentación pélvica completa (presentación de nalgas con extremidades inferiores flexionadas), las pacientes de post parto desconocían si presentaron alguna distocia, pero al revisar el expediente de ambas, se encontró que una de ellas requirió la aplicación de fórceps por presentar anomalía en el motor del parto. Al validar el instrumento, se procedió a aplicar la escala a la muestra fina, incluyéndose pacientes de general y privado, de la cual se obtuvieron los siguientes resultados:

<b>REFERENCIA</b>	<b>VALOR</b>
Ítems	10
Media	8.5
Mediana	8.4
Moda	8.3 Y 8.5
Rango	9.0
Desviación Estándar	3.2
Valor Mínimo	8.3
Valor Máximo	9.2
Error Estándar	1.0

Como dato sobresaliente, se obtuvieron dos valores en la moda: 8.3 y 8.5 ya que estas medias fueron las que más veces se repitieron tras aplicar la escala (tres ocasiones cada una). A la unidad de análisis secundaria (enfermeras), se aplicó el cuestionario a 9 personas, una de cada grado escolar y grupo (primero, segundo, tercero y cuarto año y de los grupos "A" y "B") así como a una pasante de enfermería y a una pasante, con el fin de abarcar todos los niveles de enfermería que se encuentran en la institución, y en las cuales se tuvo por objeto conocer la frecuencia con que se encuentran en la unidad toco quirúrgica, si saben

diferenciar un parto distócico de un eutócico, si hay presencia de lesiones físicas y si es recomendable informar a las pacientes si cursó con una distocia y por qué sucedió la misma.

# CAPÍTULO IV

#### 4.1. Introducción.

Una vez recolectados los datos mediante los instrumentos descritos anteriormente en el capítulo III (escala de Likert para la unidad de análisis principal, la cual eran las pacientes en edad fértil que acuden al H.N.S.S en trabajo de parto, y cuestionario para la unidad de análisis secundaria, siendo ésta las enfermeras que atendían a dichas pacientes; ambos integrados por 10 ítems cada uno), en el presente capítulo se procedió a la interpretación de resultados obtenidos de cada uno de los ítems del instrumento principal, de los cuales se calculó un porcentaje de cada respuesta que se obtuvo al ser aplicados y posteriormente se graficaron. Por otra parte, en cuanto al instrumento secundario se calculó un porcentaje para obtener de manera cuanti-cualitativa determinadas conclusiones de acuerdo al tema principal y enfocando principalmente a los efectos que conocen las pacientes que pueden presentar posterior a una distocia y los conocimientos que poseen las enfermeras que están en contacto con ellas durante y después del parto. Las gráficas del instrumento principal se representan de de la manera siguiente:

#### 4.2. Gráficas.

1.- ¿Cree usted que cualquier mujer puede presentar un parto difícil a final de su embarazo?

En esta pregunta se obtuvo que un 25% contestó la opción "a" (*definitivamente sí*), un 31.25% contestó la opción "b" (*probablemente sí*), un 18.75% contestó la opción "c" (*indecisa*), un 12.5% la opción "d" (*probablemente no*) y finalmente un 12.5% la opción "e" (*definitivamente no*).

Del primer ítem aplicado, sobresale que la mayoría de las mujeres consideraron probable la posibilidad de presentar alguna distocia (parto difícil), sin embargo no tienen aún la certeza de que es indefinida la persona que puede presentarla ante la presencia de determinadas circunstancias.

2.- ¿Usted misma ha presentado alguna dificultad para expulsar a su bebé durante es parto? En esta pregunta un 18.75% eligió la opción "a", un 37.5% la opción "b", un 18.75% la opción "c", un 6.25% la opción "d" y un 18.75% la opción "e". Un 37.5% respondió que era probable que hubiera presentado alguna dificultad en el parto, pues su bebé tardó en nacer, tuvieron que intervenir de manera especial para extraerlo, etc. pero específicamente no se les aclaró si fue un parto distócico.

3.- ¿La posición que tiene el bebé dentro de la matriz influye para que se presente una dificultad en el parto? Un 12.5% de las pacientes eligió la opción "a", un 31.25% la opción "b", un 25% la opción "c", un 12.5% la opción "d", y un 18.75% la opción "e".

De la misma manera., la gran mayoría señaló como probable que la posición del bebé influye en el parto, pero aún se encuentran personas que tienen la creencia

(errónea) de que un bebé puede ser expulsado independientemente de la posición, situación y presentación que adopte.

4.- ¿cree usted que la anestesia provoque que se disminuya la fuerza para “pujar” y expulsar al bebé?

Un 31.25% eligió la opción “a”, otro 31.25% la opción “b”, un 12.5% la opción “c”, un 12.5% la opción “d” y de igual manera un 12.5% la opción “e”.

En este caso, más de la mitad de las encuestadas coincidieron en que con la aplicación de anestesia de cualquier tipo, se entorpece su labor de trabajo de parto, siendo que, en condiciones normales, la mujer debe dejar de sentir dolor, más no de perder la sensibilidad y fuerza para realizar la maniobra de Valsalva.

5.- ¿Si una mujer es “estrecha” puede tener dificultades para que nazca su bebé de manera normal? Un 25% eligió la opción “a”, un 31.25% la opción “b”, un 18.75% la opción “c”, un 6.25% la opción “d” y un 18.75% la opción “e”.

La mayoría tiene conocimiento de que la desproporción cefalo-pélvica acarrea dificultades para tener un parto normal, pero algunas no lo saben aún y prefieren que se les intervenga de la manera que sea antes de ser sometidas a una cesárea, pues piensan que es mucho menor el riesgo (erróneo también).

6.- ¿Una mujer que presentó dificultad en el parto puede presentar lesiones en su cuerpo después de éste? Un 31.25% eligió la opción “a”, un 18.75% la opción “b”, un 31.25% la opción “c”, un 12.5% la opción “d” y un 6.25% la opción “e”.

En este ítem, se encontró que las mujeres estaban convencidas de que ante una distocia en el parto la mujer puede sufrir lesiones físicas importantes y como una observación, varias (casi la mayoría) refirieron que les parecía más importante el hecho de tener secuelas físicas a las de otra estirpe.

7.- ¿Cree usted que estas lesiones puedan impedir que se recupere pronto del parto o incluso que ya no pueda tener hijos? Un 56.25% eligió la opción “a”, un 18.75% la opción “b”, un 12.5% la opción “c”, un 6.25% la opción “d” y un 6.25% la opción “e”.

Más del 50% afirmó que las secuelas a una lesión física causada por una distocia eran la imposibilidad de tener hijos nuevamente, y en reducida cantidad lo negaron.

8.- ¿Siempre se les debe informar a las pacientes si hay algún problema que impida un parto normal sea cual sea la causa?

Un 25% eligió la opción “a”, un 31.25% la opción “b”, un 25% la opción “c”, un 12.5% la opción “d” y un 6.25% la opción “e”.

La mayoría eligió que probablemente era recomendable que se les informara si hubo presencia de distocia independientemente de la causa, pero como dato sobresaliente fue que varias comentaron que en ocasiones era

benéfico no decirles para evitar algún tipo de choque emocional, remordimientos e incluso represalias contra personas inocentes.

9.- ¿Cree usted que cuando se utilizan procedimientos especiales para “sacar” al bebé (fórceps, cesárea), indica que el parto se dificulta?

Un 18.75% eligió la opción “a”, un 31.25% la opción “b”, un 31.25% la opción “c”, un 6.25% la opción “d” y un 12.5% la opción “e”. En este caso, predominó la incertidumbre e indecisión, pues la mayoría no estaba informada de qué son los fórceps o si los habían aplicado, en algunos casos anteriores no se les había dicho porqué fue la cesárea, etc., pero hubo un porcentaje igual que señaló que era probable que sí indicara la presencia de una distocia el uso de alguna de estas técnicas.

10.- ¿Si una mujer embarazada acude regularmente a consulta con su médico se puede detectar a tiempo algún problema en el parto? Un 62.5% eligió la opción “a”, un 18.75% eligió la opción “b”, un 12.5% la opción “c”, un 6.25% la opción “d” y un 0% la opción “e”.

En este último, gratamente se encontró que el mayor porcentaje de mujeres están convencidas de que la mejor forma de evitar complicaciones al momento del parto es llevar adecuadamente un control prenatal y como dato extra comentaron que deberían existir sesiones en el hospital para rehabilitación de las pacientes tras una distocia.

En cuanto a la unidad de análisis secundaria, se entrevistó en un 60% a estudiantes de enfermería, en 5% a enfermeras pasantes y el resto fue a enfermeras tituladas. Algunas de ellas contestaron que sólo habían estado en la unidad tóco quirúrgica de manera ocasional, otras más refirieron haber tenido de 2 a 3 roles en dicho servicio, y las que afirmaron estar más de 4 roles son las enfermeras tituladas que se encuentran fijas en dicho servicio. Desgraciadamente se encontró que un 70% conoce vagamente lo que es una distocia, solo tienen conocimientos empíricos, pero de manera teórica y científica son muy escasas, no se cuentan con suficientes elementos que cumplan con ambos requisitos, solo en un 30% tienen limitados conocimientos y práctica en la atención de las distocias, lo cual acarrea deficiencias y errores que se pueden cometer al no saber como actuar ante las mismas.

# CAPÍTULO V



## CONCLUSIONES

### 5.1. Conclusiones.

En el presente capítulo, se describieron capítulo por capítulo las conclusiones que se obtuvieron de estos, una vez que se realizó la racionalidad para comenzar a plantear el problema inicial de la tesis, pasando por las teorías en las cuales se basó la construcción de un marco teórico, la metodología utilizada para elaborar los instrumentos a aplicar y los resultados de éstos. A continuación se argumentaron cada uno de los capítulos elaborados:

**Capítulo I.-** El objetivo general de la investigación es *determinar los efectos físicos que presenta una mujer posteriores a un parto distócico*. Se considera que se logró el objetivo, puesto a que mediante la consulta de diferentes fuentes de información (mencionese libros, revistas, Internet), se determinaron los efectos de tipo físico que presenta el cuerpo femenino producto de un parto distócico, los cuales se señalan en el capítulo II, en el apartado de la variable “y”.

*¿Cuáles son los efectos que ocasiona el parto distócico con mayor frecuencia en la mujer en edad fértil en el H.N.S.S?* Esta fue la pregunta de investigación que se planteó en el primer capítulo, pues dentro de los efectos que se producen tras un parto distócico en la mujer, como son económico (al emplear técnicas, materiales, procedimientos para obtener al producto distócico, implica un gasto monetario mayor una vez que la paciente pretende egresar de la institución), psicológicos (la mayoría de las veces la paciente está conciente de todo lo que sucede en la sala de parto, lo cual puede dejarle inseguridades y miedos ante un próximo embarazo, más aún si el producto no sobrevivió al trauma del parto), y los físicos, claro está, por mencionar los más trascendentes; fue de suma importancia determinar cual de todos es el más frecuente y por tanto más importante de intervenir para tratar de evitarlos o en dado caso, disminuir las secuelas que pudieran presentarse.

Como respuesta a la anterior pregunta, se elaboró la hipótesis sobre la cual se trabajó en todo el estudio: *El parto distócico ocasiona con mayor frecuencia los efectos de tipo físico en mujeres en edad fértil*. Desgraciadamente aún siguen predominando este tipo de efectos, secundarios a un parto distócico y se consideran muy importantes y traumáticos, puesto que pueden llegar a ocasionar que la mujer pierda la capacidad de volver a engendrar un nuevo ser, tal como sucede en la ruptura uterina, la cual puede terminar en una histerectomía.

### Capítulo II.-

Este capítulo se estructuró fundamentalmente en 2 teorías: la de Anatomía y Fisiología de Tortora y Grabowski y la de Ginecología y Obstetricia de J. A. Usandizaga Beguiristain. En la primera se explicó, de manera muy general el trabajo de parto normal en una mujer a término de su embarazo, identificando las fases por las que atraviesa desde la dilatación del cérvix hasta la expulsión final del feto y de la placenta. Con la segunda teoría, se abordó el término *distocia*, así como cada una de éstas, desde las presentaciones cefálicas hasta las pélvicas, en las cuales se mencionó el mecanismo que prosiguen estos tipos de parto y algunas acciones que se pueden realizar para solucionarlas.

**Capítulo III.-** Como se recordará, en este capítulo se estableció que el enfoque que se dio a la investigación fue de tipo cuanti-cualitativo, debido a que predominó el uso de la estadística y otros métodos matemáticos para la elaboración y aplicación de instrumentos al universo y unidades de análisis a estudiar, pero sin dejar a un lado la observación y comentarios de personas que intervienen directamente en el estudio. En base a esto se construyeron los instrumentos que se aplicaron, se revisó en la literatura los tipos que pudieran haberse utilizado, pero se fueron descartando hasta llegar a la escala de tipo Likert, esta fue elegida por su sencillez y facilidad para elegir una respuesta, lo cual evitó que las personas divagaran en sus respuestas o éstas fueran muy confusas y sin contenido rescatable. Secundariamente se eligió el cuestionario para la unidad de análisis secundaria, debido a que fue aplicado a enfermeras que tienen participación con las pacientes de parto.

**Capítulo IV.-** En este capítulo se graficaron los resultados de las escalas que se aplicaron, obteniéndose gratamente respuestas satisfactorias que apoyan la hipótesis de la investigación, tales como que la mayoría de las mujeres encuestadas están concientes de que en cualquier parto pueden presentar una distocia de acuerdo a las circunstancias, la mayoría de ellas ha presentado una distocia aunque a muchas de ellas no se les dio a conocer como tal, saben que la posición inadecuada del feto dentro del útero así como una pelvis estrecha son sinónimos de parto distócico y lo que es más importante aún, saben que una distocia puede acarrearles serios efectos sobre todo de tipo físico, cuyas lesiones pueden impedirles rehacer su vida normal de manera rápida o incluso no volver a tener más hijos. También gratamente se obtuvo que la gran mayoría de las pacientes están de acuerdo en que llevando un adecuado control prenatal se pueden evitar estas complicaciones mediante el diagnóstico oportuno.

## **5.2. Sugerencias.**

Se entiende por *sugerir* proponer o aconsejar algo, insinuar, por lo cual se numeran a continuación las siguientes sugerencias:

- 1.- Informar siempre a las pacientes que su parto es de tipo distócico, para que ella esté conciente de su estado y tome las medidas de reposo adecuadas de acuerdo al tipo de distocia que presentó.

2.- Si es posible y las condiciones de la paciente lo permiten, realizarle un ultrasonograma obstétrico al momento de su ingreso para detectar alguna anomalía que condicione una distocia.

3.- Realizarle adecuadamente una historia clínica y un examen físico a la paciente al ingresar y capacitar al personal de enfermería para la ejecución de éste para que ellas lo realicen en casos en que el médico esté ocupado o no pueda realizarlo en ese momento.

4.- Si se presentó la distocia y la paciente tiene lesiones, diseñar un programa de rehabilitación que se lleve a cabo en la casa de cada una de ellas, que sea fácil de seguir con ejercicios suaves que permitan reincorporarlas a su vida normal en un lapso determinado pero totalmente recuperado.

Finalmente hacer hincapié en que el control prenatal es la mejor forma de disminuir el riesgo de distocias en el parto, si bien hay algunas que no se pueden evitar, se pueden disminuir las lesiones físicas en el momento con un tratamiento y procedimiento adecuados.

# APENDICES

APÉNDICE I  
ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA  
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCALA DE LIKERT**

**OBJETIVO:**

Evaluar la información acerca del parto distócico que poseen las pacientes en edad fértil que acuden al Hospital de Nuestra Señora de la Salud al servicio de Unidad Toco Quirúrgica y Maternidad.

**I.- INSTRUCCIONES:** Marque con una "X" la respuesta que considere adecuada a las siguientes preguntas:

**1.- ¿Cree usted que cualquier mujer puede presentar un parto difícil a final de su embarazo?** ( ) Definitivamente sí ( ) Probablemente sí ( ) Estoy indecisa ( ) Probablemente no ( ) Definitivamente no

**2.- ¿Usted misma ha presentado alguna dificultad para expulsar a su bebé durante el parto?** ( ) Definitivamente sí ( ) Probablemente sí ( ) Estoy indecisa ( ) Probablemente no ( ) Definitivamente no

**3.- ¿La posición que tiene el bebé dentro de la matriz influye para que se presente una dificultad en el parto?** ( ) Definitivamente sí ( ) Probablemente sí ( ) Estoy indecisa ( ) Probablemente no ( ) Definitivamente no

**4.- ¿Cree usted que la anestesia provoque que se disminuya la fuerza para "pujar" y expulsar al bebé?** ( ) Definitivamente sí ( ) Probablemente sí ( ) Estoy indecisa ( ) Probablemente no ( ) Definitivamente no

**5.- ¿Si una mujer es "estrecha" puede tener dificultades para que nazca su bebé de manera normal?** ( ) Definitivamente sí ( ) Probablemente sí ( ) Estoy indecisa ( ) Probablemente no ( ) Definitivamente no

**6.- ¿Una mujer que presentó dificultad en el parto puede presentar lesiones en su cuerpo después de éste?** ( ) Definitivamente sí ( ) Probablemente sí ( ) Estoy indecisa ( ) Probablemente no ( ) Definitivamente no

**7.- ¿Cree usted que estas lesiones puedan impedir que se recupere pronto del parto o incluso que ya no pueda tener hijos?** ( ) Definitivamente sí ( ) Probablemente sí ( ) Estoy indecisa ( ) Probablemente no ( ) Definitivamente no

**8.- ¿Siempre se les debe informar a las pacientes si hay algún problema que impida un parto normal sea cual sea la causa?** ( ) Definitivamente sí ( ) Probablemente sí ( ) Estoy indecisa ( ) Probablemente no ( ) Definitivamente no

9.- ¿Cree usted que cuando se utilizan procedimientos especiales para “sacar” al bebé (fórceps, cesárea), indica que el parto se dificulta? ( )  
Definitivamente sí ( ) Probablemente sí ( ) Estoy indecisa ( ) Probablemente no ( )  
Definitivamente no

10.- ¿Si una mujer embarazada acude regularmente a consulta con su médico se puede detectar a tiempo algún problema en el parto? ( )  
Definitivamente sí ( ) Probablemente sí ( ) Estoy indecisa ( ) Probablemente no ( )  
Definitivamente no

## APÉNDICE II

### ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

### INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

### CUESTIONARIO

#### OBJETIVO:

Evaluar el conocimiento sobre parto distócico de las enfermeras que participan en la atención de la mujer durante el trabajo de parto en la unidad toco quirúrgica del H.N.S.S.

I.- **INSTRUCCIONES:** Marque con una “X” la respuesta a cada una de las siguientes preguntas.

1.- ¿En qué nivel académico se encuentra usted actualmente? ( ) Enfermera titulada ( ) Pasante de enfermería ( ) Estudiante de enfermería

2.- ¿Cuántas veces ha estado usted de rol en la U.T.Q.? ( ) Una sola vez ( ) Dos a tres veces ( ) Cuatro veces o más

3.- ¿Sabe usted lo que es un parto eutócico y un parto distócico? ( ) Definitivamente sí ( ) No estoy segura ( ) Definitivamente no

4.- ¿Cuando se realiza una cesárea o se aplican fórceps durante el parto indica que éste fue distócico? ( ) Definitivamente sí ( ) En ocasiones ( ) No siempre

5.- ¿Cuándo ha visto usted que se detectan las distocias con mayor frecuencia? ( ) En el momento del trabajo de parto ( ) Al ingresar a la U.T.Q. ( ) Desde la consulta externa

6.- Si hay alguna distocia durante el parto, ¿la mujer puede presentar lesiones físicas? ( ) Sí las puede presentar ( ) En ocasiones las presenta ( ) Ya no se presentan actualmente

7.- ¿Con qué frecuencia se les dice a las pacientes que su parto fue distócico? ( ) La mayoría de las veces ( ) Solamente algunas veces ( ) Nunca

8.- ¿Cree usted que sería benéfico que siempre se le dijera a la paciente que cursó con un parto distócico? ( ) Yo creo que sí ( ) Solo en algunos casos ( ) No creo que sea necesario

### APÉNDICE III

#### GLOSARIO.

**Angiología.** Rama de la medicina que se encarga del estudio de las estructuras vasculares (arterias, venas, etc.)

**Autismo.** Alteración psicoconductual poco frecuente, que se produce principalmente en los varones (relación 4:1) y se suele manifestar antes de los dos años y medio de edad. Los rasgos más característicos son: aislamiento social, dificultades en la expresión (lenguaje, mímica) y pautas estereotipadas de conducta. El cociente intelectual, por lo general, es inferior al normal, si bien hay algunos casos en que es superior. No se conocen con exactitud sus causas: factores genéticos, influencia ambiental y alteración cerebral, esta última especialmente importante. Una buena parte de los autores se inclina por una lesión bilateral en el hipocampo.

**Continuum.** Nivel de intervalo.

**Desproporción cefalo-pélvica.** Situación que se puede dar en el parto cuando no existe una correlación adecuada entre los diámetros de la pelvis y los diámetros de la cabeza fetal. Si los diámetros de la pelvis no son adecuados para el paso de la cabeza puede dar lugar a una hipertonia uterina, que determinará la aparición de sufrimiento fetal por hipoxia. Si no se corrige la situación con la extracción fetal mediante cesárea puede incluso evolucionar hacia la rotura del útero, complicación de extrema gravedad, tanto para el feto como para la madre.

**Distocia.** Parto que no cursa con normalidad.

**Etiología.** Ciencia que estudia, en sentido amplio, las causas de las enfermedades como factores internos y externos.

**Morbilidad.** Conjunto de complicaciones derivadas de un procedimiento médico. Pueden ser efectos secundarios o complicaciones de procedimientos técnicos (diagnósticos o terapéuticos).

**Mortalidad.** Número de muertes producido por una enfermedad.

**Multipara.** Se dice de la mujer que ha tenido más de cinco partos.

**Presentación fetal.** Parte del feto que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna. La presentación más frecuente es la cefálica, que tiene diversas variantes. Otras veces, la presentación puede ser de nalgas, de nalgas y pies, de pies solos, de hombro, braquial.

**Traumatología.** Conjunto de conocimientos sobre los traumatismos, sus efectos y su reparación. || Parte de la medicina y, más concretamente, de la cirugía que se dedica al estudio y tratamiento de los traumatismos.



# BIBLIOGRAFÍA

## BIBLIOGRAFÍA REFERENCIAL.

### CAPÍTULO I.

1.-HERNÁNDEZ, S. Roberto. (2003)*Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw Hill; 3ª Edición, México. p.p. 705

2.-<http://www.monografias.com/trabajos17/nutricion-embarazo/nutricion-embarazo.shtml> 16-oct-05 17:06hrs

3. - [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13\\_6\\_97/mgi07697.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi07697.htm) 16-oct-05 17:47 hrs

4.- ROJAS, S. Raúl. (2003)*Guía para realizar investigaciones sociales*; 40ª Edición, México. p.p. 437

### CAPÍTULO II.

1.- QUIROZ, G. Fernando. (1997) *Anatomía Humana*. Editorial Porrúa; 35ª Edición, México. p.p. 501

2.- TORTORA, Grabowski. (2002)*Anatomía y Fisiología*. Editorial McGraw Hill; 9ª Edición, Oxford University press. p.p. 1175

CAPÍTULO III. 1.- HEINZ, D (2004) *Nueva guía para la investigación científica*. Editorial planeta mexicana; 16ª Reimpresión, México. p.p. 230

2.- HERNÁNDEZ, S. Roberto. (2003)*Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw Hill; 3ª Edición, México. p.p. 705

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

1.- CASTELAZO, A. Luis. *Obstetricia*. Facultad de Medicina de la U.N.A.M., 6ª Edición, México.

2.-GUYTON, A.C. (1987) *Fisiología Humana*. Editorial Mc Graw Hill-Interamericana; 6ª Edición, México. p.p. 704

3.-HEINZ, D (2004) *Nueva guía para la investigación científica*. Editorial planeta mexicana; 16ª Reimpresión, México. p.p. 230

4.- HERNÁNDEZ, S. Roberto. (2003)*Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw Hill; 3ª Edición, México. p.p. 705

5.- <http://www.monografias.com/trabajos17/nutricion-embarazo/nutricion-embarazo.shtml> 16-oct-05 17:06hrs

6.- [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13\\_6\\_97/mgi07697.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol13_6_97/mgi07697.htm) 16-oct-05 17:47 hrs

- 7.- RAMÍREZ, A. Félix (2005) *Obstetricia*. Editorial El Manual Moderno, México D.F. p.p. 526
- 8.- ROJAS, S. Raúl. (2003) *Guía para realizar investigaciones sociales*; 40ª Edición, México. p.p. 437
- 9.- STOPPARD, Miriam (1995) *La Mujer y su Cuerpo*. Editorial Patria; 1ª Edición, México. p.p. 224
- 10.- TORTORA, Grabowski. (2002) *Anatomía y Fisiología*. Editorial McGraw Hill; 9ª Edición, Oxford University press. p.p. 1175
- 11.- USANDIZAGA, B. José A. (1994) *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Editorial McGraw Hill; 2ª Edición, España. p.p. 243
- 12.- WILLIAMS (1996) *Obstetricia*. Editorial Masson; 4ª Edición, México. p.p. 1420