



FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÈMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

“DISTOCIAS EN EL TRABAJO DE PARTO Y SU RELACIÓN
CON EL APGAR DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS- PISCO 2013”

TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR: PEÑA ORMEÑO, REYNA ROSEMARY

ICA – PERU

2016

Este trabajo se dedica a Dios por iluminarme
y ayudarme a conseguir mis metas.

AGRADEZCO A :

La Universidad Alas Peruanas, por ser mi alma mater

Mi asesora Liliana Soto Muñante, por sus aportes a mi trabajo de investigación

Mis docentes, por sus enseñanzas y su formación

Mis Padres, por darme lo mejor y preocuparse por mi desarrollo profesional

RESUMEN

A pesar de realizarse grandes esfuerzos, diariamente nacen todavía un grupo de niños con Apgar bajo en nuestras maternidades, los cuales, sin poder alcanzar una vida estable, presentan ciertas discapacidades que en ocasiones le imposibilitan integrarse a la sociedad de forma plena como individuos sanos. Se diseñó esta investigación a fin de precisar la relación entre las distocias del trabajo de parto y el Apgar del recién nacido en las parturientas del hospital San Juan De Dios - Pisco para lo cual se estudiaron 284 historias clínicas de gestantes atendidas en este nosocomio durante el 2013. Encontrándose las siguientes conclusiones. Existe una prevalencia de distocias en el trabajo de parto de 16.2%. Las distocias del trabajo de parto son de origen materno en el 56.5% de casos, de origen anexial el 28.3% y de origen fetal el 15.2%. El puntaje APGAR menor de 7 se asocia, aunque sin diferencias significativas a cualquier origen de la distocia, sea materna, anexial o fetal. El puntaje del APGAR menor de 7 se asocia significativamente con el diagnóstico de distocia en el trabajo del parto. Por lo que se recomienda un diagnóstico precoz de las distocias e intervenir oportunamente para evitar los efectos sobre la salud del feto.

PALABRAS CLAVES: DISTOCIAS EN EL TRABAJO DE PARTO, APGAR DEL RECIEN NACIDO.

ABSTRACT

Despite great efforts made, still day a group of children born with low Apgar in our maternity hospitals, which, unable to reach a stable life, have certain disabilities that sometimes make it impossible to integrate into society as full form healthy individuals. This research was designed to clarify the relationship between labor dystocia and neonatal Apgar women in labor of child-bearing in the hospital San Juan de Dios Pisco for which medical records of 284 pregnant women at this hospital during 2013 were studied meeting the following conclusions. There is a prevalence of dystocia in labor 16.2%. Dystocia of labor of child-bearing are of maternal origin in 58% of cases of and an exal origin 28% and 15% fetal origin. APGAR scores below 7 is associated, although without significant differences to any source of dystocia, either maternal or fetal an exal. The Apgar score below 7 is significantly associated with the diagnosis of dystocia in child birth work. So early diagnosis of dystocia is recommended and intervenes to prevent the effects on health of the fetus.

KEYWORDS: DYSTOCIA IN LABOR OF CHILD-BEARING, APGAR OF THE NEWBORN.

CARÁTULA	
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
ÍNDICE	vii
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	11
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL.....	12
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	12
1.4. OBJETIVOS	
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	12
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
1.5. HIPÓTESIS.....	12
1.5.1. VARIABLES.....	13
1.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	14
1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	
1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.6.3. MÉTODO.....	15
1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	
1.7.1. POBLACIÓN.....	15
1.7.2. MUESTRA.....	16
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	16
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	16
1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
1.8.1. TÉCNICAS.....	16

1.8.2. INSTRUMENTOS.....	16
ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	16

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
---	----

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
2.2. BASES TEÓRICAS.....	21
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	46

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

5.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	48
5.2. DISCUSIÓN.....	55
5.3. CONCLUSIONES.....	57
5.4. RECOMENDACIONES.....	58

FUENTES DE INFORMACIÓN.....	59
-----------------------------	----

ANEXOS

- MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	64
- MODELO DE FICHA DE ENCUESTA.....	65

INTRODUCCIÓN

El parto debe ser considerado como un fenómeno que ocurre al final del embarazo, que tiene por objeto la expulsión del feto y sus anexos por las vías naturales, interviniendo los tres elementos o factores del parto, el móvil, feto o proyectil, y la pelvis materna, la misma que habrá de ser franqueada por el primero; la contracción uterina, progresivamente a intervalos cada vez más cercanos y con duración mayor, va empujando al feto a través de la hilera pelvigenital, el feto como objeto del parto, adoptará, en condiciones normales y en presentación de vértice, una determinada actitud fetal, la pelvis materna habrá de reunir las condiciones favorables para permitir el libre paso del producto de la concepción, pues toda alteración de su estructura anatómica se reflejará en una dificultad mayor o menor, en otras palabras, la pelvis ginecoide será la más favorable, en tanto que las platipeloides y las obstruidas son las más difíciles. (30)

Toda dificultad a la libre realización del parto por las vías naturales, se denomina distocia. No existe distocia durante el embarazo, si bien, algunas condiciones patológicas del último trimestre de la gravidez originan la imposibilidad para el paso del producto de la concepción, como sucede en la placenta previa y el desprendimiento prematuro de la placenta normoincorta.

Durante el embarazo no puede haber distocia, esta es una resultante, de la incompatibilidad de diámetros cefálicos del producto y pélvicos de la madre, por lo mismo es una eventualidad que se presente y se plantea en el momento mismo del trabajo de parto o de la liberación. El embarazo podrá ser armónico o disarmónico, fisiológico o patológico, complicado o no complicado, pero nunca distócico. Las viejas expresiones de ginecólogos antiguos y alguno que otro moderno, considerando la gravidez como una enfermedad, porque se acompaña de vómitos, trastornos digestivos, circulatorios, respiratorios, compresión abdominal alteraciones metabólicas, etc., es una falacia, porque la expresión más justa de una cabal salud es la gravidez y está muy lejos de hacer pensar en la enfermedad, la mujer sana con vida sexual activa, a menos que controle la concepción, debe embarazarse. (30)

Podemos definir distocia como la perturbación o anomalía en el mecanismo del parto, de causa fetal o pelvigenital, que interfiere con su evolución fisiológica, de

acuerdo con este concepto, las causas de distocia se pueden clasificar en tres grupos principales:

a.- Trastornos de la contracción uterina.

b.- Alteraciones fetales.

c - Anormalidades del canal genital que impiden el paso del producto de la concepción.

La obstetricia moderna, merced del avance y seguridad logrados con la operación cesárea y con el fin de reducir al mínimo lamorbimortalidad materno perinatal, ha ido eliminando gradualmente los partosvaginales que encierran potencialmente un riesgo materno-fetal.

Sin embargo, aún suceden partos distócicos, debido frecuentemente a falla en el periodo prenatal de anticipar dificultades o a un diagnóstico tardío o lo que es aún más frecuente, pacientes, sobre todo multíparas, que no acuden a una buena atención prenatal.

La distocia de origen fetal, es ocasionada debidoo factores mecánicos (relación fetopélvica) y no ha disturbios de la fisiología uterina. Esto es importante ya que los factores mecánicos pueden ser previstos, noasí por lo general, los desórdenes de la acción uterina. Las anormalidades en el mecanismo del parto son ocasionadas por las actitudes, posiciones y presentaciones defectuosas del producto, también por excesivo crecimiento de éste o una parte del mismo.(21)

Las distocias constituyen un problema que frecuentemente debe afrontar el personal que atiende el parto, y de éstas, las de origen fetal ocupan con frecuencia, lugar preponderante, es por esto que el profesional calificado debe conocer a fondo, detectarlas en suiniciación y resolverlos oportuna, rápida y juiciosamente.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El período más crucial de la vida humana corresponde a las primeras 24 horas que siguen al nacimiento. Durante este tiempo el recién nacido o neonato tiene que establecer las adaptaciones cardiopulmonares necesarias para asegurar un intercambio gaseoso adecuado, además de realizar los cambios renales, hepáticos y metabólicos indispensables para responder a las exigencias de la vida extrauterina, son elevadas en este período la morbilidad y la mortalidad, por lo que es necesario prevenir y conocer los factores de riesgo que puedan interferir en su normal desarrollo. Se evalúa al nacer la puntuación de Apgar y se señala en el mundo que el 10 % de los recién nacidos requieren en algún momento maniobras de resucitación al nacer, por presentar diversos grados de depresión; y aunque es variable lo reportado por diferentes autores, en cuanto a la incidencia de Apgar bajo al nacer, la mayoría coincide en plantear una elevada incidencia, se comporta de 1-1,5 % en recién nacidos a término y un 7 % en pretérmino. Se plantea además que de 3 a 5 de cada 100 niños experimentan fallo cardiorrespiratorio al momento del nacimiento, teniendo de una forma u otra un estado asfíctico temprano. Conviene destacar que se trata de una emergencia en la sala de partos, con responsabilidad médica insoslayable, es un problema frecuente, que afecta a un 2-5 % de todos los recién nacidos vivos. A pesar de realizarse grandes esfuerzos, diariamente nacen todavía un grupo de niños con Apgar bajo en nuestras maternidades, los cuales sin poder alcanzar una vida estable, presentan ciertas discapacidades que en ocasiones le imposibilitan integrarse a la sociedad de forma plena como individuos sanos.(21)

Con este estudio se pretende establecer una asociación de causalidad que es de gran importancia ya que contribuirá mediante el conocimiento de los principales factores epidemiológicos a la prevención del Apgar bajo al nacer.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación espacial: La investigación se realizó en el Hospital San Juan De Dios - Pisco

Delimitación temporal: La investigación se realizó en el mes de enero del año 2015 sobre historias del 2013

Delimitación social: La investigación se realizó en las historias clínicas de las gestantes que se atendieron en el Hospital San Juan de Dios-Pisco.

Delimitación conceptual: La investigación tuvo como objetivos determinar la relación entre distocias en el parto y el Apgar del recién nacido.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la relación que existe entre las distocias del trabajo de parto y el Apgar del recién nacido en las parturientas del hospital San Juan de Dios - Pisco 2013?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

¿Cuál es la prevalencia de las distocias del trabajo de parto en el Hospital San Juan de Dios Pisco - 2013?

¿Cuál es la prevalencia de las distocias según origen materno, fetal o placentario en el Hospital San Juan de Dios Pisco 2013?

¿Cuál es la relación de las distocias según su origen con el Apgar del recién nacido en el Hospital San Juan de Dios Pisco 2013?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre las distocias del trabajo de parto y el Apgar del recién nacido en las parturientas del hospital San Juan de Dios - Pisco 2013

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la prevalencia de las distocias del trabajo de parto.

Indicar la prevalencia de las distocias según origen materno, fetal o placentario.

Demostrar la relación de las distocias según su origen con el Apgar del recién nacido.

1.5 HIPÓTESIS

La variación del APGAR del RN varía de acuerdo a las distocias que se presentan en el trabajo de parto

1.5.1. VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Apgar del recién nacido

VARIABLES INDEPENDIENTES

Distocias en el trabajo de parto

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es descriptivo porque solo se analizan variables como se presentan.

Es un trabajo de investigación de tipo observacional pues no se modificaron las variables, transversal por que se midió una sola vez las variables.

1.6.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es descriptivo - correlacional, ya que producto de la investigación se recoge la muestra, de la cual se obtiene la información, y esta nos permitirá indicar la posible relación entre las variables estudiadas.

Fórmula:

$$\frac{O_x}{M} \quad r \quad \frac{O_y}{M}$$

M,.....muestra

x,y informaciones obtenidas de cada una de las dos variables estudiadas.

r Indica la posible relación entre las variables estudiadas.

1.6.3 METODO DE LA INVESTIGACION

Inductivo, pues se analizaran las variables en forma independiente y luego se emitirá un juicio general.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 POBLACIÓN

Son las historias clínicas pertenecientes a las gestantes que atendieron su parto en el Hospital San Juan de Dios - Pisco durante el año 2013 que es de 1100.

1.7.2 MUESTRA

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{E^2 (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

n	=	Tamaño de muestra
N	=	Población
Z	=	Nivel de confianza (95% = 1.96)
E	=	Especificidad (5%)
p	=	Incidencia estimada de cesáreas 0.50
q	=	1-0.5= 0.50

n = 284 historias clínicas

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Gestantes que presentaron distocias en su trabajo de parto

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Gestantes que no presentaron distocias en su trabajo de parto

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 TÉCNICAS

Documental, pues se recurrió al departamento de estadística del Hospital San Juan De Dios de Pisco previa autorización de la dirección ejecutiva de este nosocomio, donde se obtuvieron los datos en una ficha epidemiológica.

1.8.2 INSTRUMENTOS

Ficha epidemiológica que contiene los indicadores de las variables en estudio.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El sistema de puntuación de Apgar permite valorar la gravedad de la depresión respiratoria y neurológica en el momento del nacimiento mediante la puntuación de ciertos signos físicos. Todo recién nacido debería valorarse exactamente al minuto y a los 5 min después del nacimiento para anotar ambas puntuaciones. La puntuación máxima de 10 es poco frecuente; cuanto más baja sea la puntuación, más gravemente deprimido se hallará el recién nacido (menor o igual a 3 indica una depresión grave). Las puntuaciones bajas, sobre todo a los 5 min predicen con mayor probabilidad una lesión neurológica residual o la muerte neonatal,

aunque la mayoría de los recién nacidos con una puntuación baja de Apgar a los 5 minutos sobreviven y son normales.

Una puntuación baja de Apgar puede estar causada tanto por asfixia perinatal o respiratoria como por depresión neurológica debida al paso transplacentario de anestésicos administrados a la madre. Un recién nacido con una puntuación baja de Apgar debido a asfixia perinatal aparecerá cianótico o pálido y presentará una FC disminuida y una PA baja, mientras que un recién nacido deprimido por los anestésicos es probable que presente un color y una PA normales en el momento del nacimiento.(21)

Por lo tanto, una puntuación baja de Apgar no es, por sí misma, indicativa de asfixia perinatal. Un pH en sangre del cordón umbilical menor que 7,20 es una medida más directa de la asfixia perinatal. Los prematuros tienen a menudo puntuaciones bajas debido a que se hallan hipotónicos, presentan unos reflejos deprimidos y es posible que no puedan establecer una respiración adecuada debido a la rigidez de sus pulmones. Por consiguiente, una puntuación baja de Apgar en un prematuro puede considerarse "normal" (aunque estos recién nacidos a menudo requieren una ventilación inmediata con presión positiva en el momento del nacimiento).

Por lo tanto el presente estudio se justifica debido a que revelará la frecuencia de las distocias que se presentan durante el trabajo de parto así como en cada momento del trabajo de parto, y su relación con el Apgar del recién nacido lo que servirá como dato epidemiológico a considerar en las evaluaciones de las gestantes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

INTERNACIONALES

Bandera Fisher A. Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer EE.UU año 2010. El período más crucial de la vida humana corresponde a las primeras 24 h que siguen al nacimiento. En este período, la morbilidad y la mortalidad son elevadas, por lo que es necesario prevenir y conocer los factores de riesgo que puedan interferir en su normal desarrollo, evaluándose al nacer la puntuación de Apgar. Resultados: La edad materna y la edad gestacional del parto, el meconio en el líquido amniótico, las anomalías del cordón umbilical, el parto distócico y la restricción del crecimiento intrauterino están relacionados con el índice de Apgar bajo al nacer en esta institución. Conclusiones: La depresión al nacer se asoció causalmente con las anomalías del cordón umbilical y el líquido amniótico meconial, teniendo asociación significativa la desnutrición fetal intrauterina, la edad gestacional al parto < 37 sem y 42 sem y la presentación fetal distócica.(1)

Xiquitá Argueta T. Factores de riesgo perinatales y neonatales para el desarrollo de asfixia perinatal Guatemala 2009. La Asfixia Perinatal, es un cuadro patológico prevenible mediante la modificación de los factores de riesgo que influyen en su aparición. Resultados: Las variables que resultaron asociadas fueron: sufrimiento fetal agudo OR 22 (IC 95% 10.45 - 46.6); líquido amniótico meconial y el trabajo de parto prolongado, cada uno con OR 10 [(IC 95% 5.5 -19.26) y (IC 95% 4.92 - 20.98), respectivamente]; las distocias fetales OR 3 (IC 95% 1.48 -9.01); el síndrome de aspiración de meconio OR 90 (IC 95% 12.84 – 1823.45). La anemia fetal OR 9 (IC 95% 2.87- 27.42), la presencia de malformaciones fetales OR 6 (IC 95% 1.13 -46.22); el oligohidramnios OR 5 (IC 95% 1.94 - 14.72). La tasa de letalidad específica para asfixia perinatal fue del 19%. Conclusiones: existe suficiente evidencia que confirma que los principales factores de riesgo perinatales para el desarrollo de asfixia perinatal, según su importancia fueron: sufrimiento fetal agudo, líquido amniótico meconial, trabajo de parto prolongado y distocias fetales. Así mismo se evidenció que los principales factores de riesgo neonatales, según su importancia, relacionados con el desarrollo de asfixia perinatal fueron:

síndrome de aspiración de meconio, anemia fetal, malformaciones congénitas y oligohidramnios. La tasa de letalidad específica para asfixia perinatal fue de 19%. (33)

Laffita Batista, Alfredo; Ariosa, Juan Manuel; Cutié Sánchez, José Ramón.

Título: Apgar bajo al nacer y eventos del periparto. Cuba. En el hospital docente ginecoobstétrico "América Arias" en el año 2014, se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de las 87 madres que tuvieron hijos con puntaje bajo de Apgar bajo al nacer. El estudio tuvo como objetivo identificar los factores relacionados con este evento en el periparto. Se revisaron los registros continuos de parto y las historias clínicas de las madres y los neonatos. Se encontró que el mayor número de embarazadas ingresó en el hospital y en el servicio de prepartos con el diagnóstico de trabajo de parto espontáneo y el mayor porcentaje de nacimientos fue debido a un parto distócico producido por una alteración en la contractibilidad uterina. De los neonatos con Apgar bajo al min se recuperó un bajo porcentaje a los 5 min. Se concluyó que el factor fundamental relacionado con el Apgar bajo al nacer fue el diagnóstico y manejo de las distocias del parto. (13)

NACIONALES

León N. Líquido meconial y síndrome de aspiración meconial. Letalidad, mortalidad y factores asociados. De los 3872 nacimientos atendidos en el HNCH durante el año 2009, 470 (12.1%) presentaron líquido amniótico meconial, fueron estudiados retrospectivamente 456 neonatos, de los cuales 39 (8.5%) desarrollaron el Síndrome de Aspiración Meconial (SAM), asociándose a su presentación los siguientes factores de riesgo: líquido meconial espeso, cesárea, apgar bajo, taquicardia fetal, distocia de cordón, partodisfuncional y toxemia, sirviendo su presentación como señal de alerta para el médico tratante. La aspiración traqueal se realizó con mayor frecuencia en neonatos deprimidos y con probable lesión pulmonar por asfixia lo que explicaría la mayor frecuencia de SAM asociada con este procedimiento. La letalidad por SAM fue de 10.2%, con un riesgo de morir 15.3 veces mayor que los neonatos sin SAM. Lo que demuestra que el SAM aún sigue siendo una patología frecuente asociado a una alta

morbimortalidad, siendo importante para su prevención la detección temprana de factores perinatales y una atención perinatal combinada.(15)

Castillo Llica, Fabiola Milagros. Correlación clínica entre velocidad de dilatación cervical y Apgar del recién nacido en mujeres nulíparas y multíparas en Hospital Yanahuara - Arequipa 2014. Arequipa; UNSA. El presente estudio tuvo como finalidad encontrar la relación entre la velocidad de Dilatación Cervical y el APGAR del recién nacido. Para lo cual se tomaron datos de las historias clínicas de las pacientes que ingresaron al Servicio de Gineco-Obstetricia en forma aleatoria obteniéndose un total de 410 casos. Se utilizó el Partograma de la CLAP para la evaluación de los trabajos de parto, es decir se usó la línea de alerta y se construyó una línea similar a la primera pero desplazada 2 horas hacia su derecha a la cual se denominó línea de acción con la finalidad de establecer límites de normalidad y patología. En base a estas líneas se dividió a la población estudiada en tres grupos de riesgo para el neonato: El grupo de mediano riesgo (G2) por los partos que en su evolución cruzaron la línea de alerta pero no la de acción. El grupo de alto riesgo (G3) por los partos que cruzaron ambas líneas. Para encontrar la velocidad de dilatación cervical se tomó como medida inicial la dilatación de 4 cm y se le dividió entre el tiempo transcurrido entre estas dos medidas, se usó este procedimiento con la finalidad de obtener la velocidad promedio de la fase activa del trabajo de parto. El 22.44 por ciento de los trabajos de parto evaluados se ubicaron en el grupo de bajo riesgo (izquierda de la línea de alerta del CLAP) y el 77.56 por ciento en los grupos de mediano y alto riesgo (derecha de la línea del CLAP).

Los trabajos de parto cuyos productos presentaron puntuaciones de APGAR adecuadas (7 a 10) tuvieron mayores velocidades de dilatación que aquellos que presentaron APGAR inadecuado (0 a 6) con diferencias altamente significativas entre éstas. Los trabajos de parto que se ubicaron en el grupo de bajo riesgo (izquierda de la línea de alerta del CLAP) presentaron mayor ventaja de presentar puntuaciones adecuadas de APGAR (7 a 10) en comparación a los recién nacidos que se ubicaron en los grupos de mediano y alto riesgo (derecha de la línea de alerta del CLAP). Por lo tanto los trabajos de parto que se desarrollaron a la derecha de la línea del CLAP representaron un factor de riesgo para el bienestar del recién nacido. Los neonatos que presentaron puntuaciones de APGAR

inadecuadas (0 a 6), el 77.63 por ciento se encontraron en los grupos de mediano y alto riesgo; mientras que el grupo de bajo riesgo presentó solamente 22.37 por ciento de puntuaciones inadecuadas de APGAR. Se encontró asociación entre la velocidad de dilatación cervical y el APGAR del recién nacido.(3)

LOCALES

No se encontraron.

BASES TEÓRICAS

DISTOCIAS EN EL TRABAJO DE PARTO

Distocia es un término derivado del griego (dystokos; de dys, mal, y tokos, parto) que significa parto laborioso, difícil y doloroso. Estas distocias son alteraciones o disturbios que pueden ser de origen Materno, Fetal o Anexos (contracciones uterinas incoordinadas, de una posición anormal del feto, de una desproporción cefalopélvica relativa o absoluta, por anomalías que afectan el canal blando del parto, etc.). Sin embargo; un embarazo complicado por distocia puede, con frecuencia, llegar a término con el empleo de maniobras obstétricas, o, más comúnmente, por unacésarea. Los riesgos reconocidos de una distocia incluyen la muerte fetal, estrés respiratorio, daño del plexo braquial, etc.

GENERALIDADES:

DISTOCIAS DE ORIGEN FETAL

El feto puede perturbar el parto por:

- Presentaciones y situaciones anómalas
- Exceso del volumen fetal

PRESENTACIONES Y SITUACIONES ANOMALAS

Presentaciones cefálicas deflexionadas

Durante el embarazo, cuando la cabeza se halla por encima del estrecho superior, está en una actitud neutra, indiferente, o sea, intermedia entre flexión y la extensión. Al comenzar el parto, el mentón se acerca al tórax (actitud de flexión) en el 95% de los casos. En una pequeña proporción de los partos, este

movimiento de flexión no se produce y la cabeza permanece indiferente durante el parto o también, más frecuentemente adopta una actitud de deflexión, en la cual el mentón se aleja más o menos del tórax.

Según estas variadas actitudes, reconoceremos: la presentación de cara, en la que la anomalía de actitud es la de deflexión máxima; la presentación de frente, con una deflexión acentuada, y la presentación de bregma, con una deflexión mínima.

Modalidad de cara

Se llama más simplemente presentación de cara aquella que se ofrece al estrecho superior en actitud de deflexión máxima. Esta deflexión de la cabeza es acompañada siempre por una lordosis pronunciada de la columna cervicodorsal.

La presentación de cara puede ser primitiva o secundaria, según se la observe durante el embarazo o solo en el parto. Las presentaciones de cara primitivas, es decir, las que se encuentran en el embarazo, antes que la presentación tome contacto con el estrecho superior son raras. En un tercio de los casos obedece a estrechez pélvica ligera.

Actitud: de deflexión máxima

Punto guía: pirámide nasal (con sus orificios)

Punto diagnóstico: mentón

Nomenclatura: MI (mentoiliaca)

Modalidad de frente

Es de pronóstico grave mucho peor que el de la presentación de cara. Es una presentación rara que se observa en el 0.01% de los partos de término.

La presentación de frente sería diez veces más frecuente en las pelvis estrechas que en las normales.

Actitud: de deflexión moderada

Punto guía: al igual que en la presentación de cara, es la nariz

Punto diagnóstico: frente

Nomenclatura: frontoiliaca (FI)

En este tipo de presentaciones el término del embarazo se dará por cesárea.

Modalidad de bregma

La presentación de bregma, si bien pertenece al grupo de las modalidades de cefálicas en deflexión, es aquella en la que esta actitud adquiere menor grado, ofreciéndose al estrecho superior en forma intermedia (ni flexionada ni deflexionada).

Su frecuencia es rara; representaría el 1% del total de los nacimientos.

Actitud: indiferente

Punto guía: ángulo anterior de la fontanela bregmática

Punto diagnóstico: bregma

Nomenclatura: bregmoiliaca

El diagnóstico se realiza durante el parto. El tacto percibe muy bien la gran fontanela y difícilmente la pequeña fontanela.

Este tipo de presentaciones provocan partos largos, desgarros perineales; por lo que la conducta que se sugiere es la de terminación por cesárea.

Presentaciones Asinclíticas

Las distocias de estepo, son poco frecuentes, pueden ser anteriores y posteriores, la primera se conoce con el nombre de oblicuidad de Neagele, en la cual la sutura sagital se encuentra más próxima al promontorio, llegando en ocasiones rara vez tan pronunciada que se percibe francamente el pabellón auricular. La segunda también se conoce con el nombre de oblicuidad de Litzman, es cuando la sutura sagital se encuentra cerca del pubis. (28).

Presentación pelviana

Cuando el polo caudal del feto está en relación directa con el estrecho superior, se denomina presentación pelviana.

El polo pelviano según su actitud, puede presentarse con dos modalidades diferentes: pelvianas completas y pelvianas incompletas, modalidad de nalgas. Son pelvianas completas aquellas en las que el feto conserva su apotonamiento, con los muslos flexionados sobre la pelvis y las piernas muy flexionadas sobre los muslos. Son pelvianas incompletas, modalidad de nalgas,

las que se presentan con los miembros inferiores extendidos por delante del tronco.

Frecuencia de la presentación pelviana. Es la presentación más frecuente después de la de vértice. En las primeras etapas del embarazo el feto adopta una situación muy variable dentro del útero, a causa de la movilidad que este tiene, la forma interior del útero casi redonda al principio, y la interposición de una cierta cantidad de líquido proporcionalmente mucho mayor a menor edad gestacional. En los embarazos con feto único a medida que el embarazo progresa se va reduciendo el porcentaje de la presentación de nalgas.

Etiología. Al estudiar las causas de presentación pelviana, es necesario distinguir: presentaciones francas y presentaciones accidentales. Son presentaciones francas aquellas en que se cumple la ley de la acomodación. Así ocurre, por ejemplo, del lado fetal, con una cabeza grande o un hidrocefalo, y del lado materno, con las anomalías de forma del útero, en las que a veces tiene más capacidad el segmento inferior que el fondo.

Dentro de las causas maternas por las que se podría producir este tipo de presentación son: la paridad, pelvis estrechas, tumores uterinos, asimetrías del desarrollo del útero.

En las causas fetales, se presentan con mayor frecuencia cuanto más prematuro es el parto. En los embarazos gemelares es habitual que un feto nazca en cefálica y otro en podálica.

Y en causas ovulares. Polihidramnios y oligohidramnios, inserción baja de la placenta, brevedad del cordón.

Pronóstico. El parto vaginal en la pelviana a término con feto único tiene un riesgo muy aumentado de morbimortalidad fetoneonatal en relación con el parto programado por cesárea. Además esta morbimortalidad crece proporcionalmente con el número de maniobras obstétricas.

Situación transversa

La situación transversa del feto, mal llamada presentación de hombro (o de tronco o de espalda), es una situación distócica por excelencia. En este caso el feto ubica

su diámetro mayor perpendicularmente (o sea en forma transversal) frente al diámetro mayor (longitudinal) del útero. Exactamente, con suma frecuencia la situación es más bien oblicua que transversa, con uno de los polos (habitualmente el cefálico) más descendido que el otro (pelviano). De este modo se establece una acentuada desproporción entre el feto colocado de tal manera y la pelvis, pues aquel adquiere un volumen excesivo frente a esta, constituyéndose así el franco carácter distócico señalado.

Etiología. En general, toda causa que directa o indirectamente modifique la forma de ovoide trasversal, o que impida el descenso y fijación del o de los polos en la pelvis, conduce a esta anomalía. En tal sentido pueden señalarse causas de orden materno, fetal u ovular.

Entre las causas maternas se sabe que esta anomalía se presenta con más frecuencia en las multíparas (60%) que en las primíparas (40%): la hipotonía del musculo uterino en las primeras y la mayor movilidad fetal consecutiva actúan como causas predisponentes. La ya mencionada multiparidad, los vicios pelvianos, el útero bicorne, los tumores del fondo uterino, del segmento o previos, la oblicuidad de útero, el desarrollo insuficiente del segmento inferior, etc.

Las causas fetales comprenden, por una parte, los fetos pequeños o prematuros, los gemelares, los muertos, y por la otra, el exceso de volumen total del feto (gigantismo) o parcial (hidrocefalia, tumores sacrococcigeos).

Entre las causas ovulares se señalan la placenta previa y la brevedad del cordón (que impiden la acomodación) y el hidramnios (en el que el feto posee exceso de movilidad).

Diagnóstico.

Anamnesis: presentación de hombros en partos anteriores; tiene un valor relativo y únicamente brinda una orientación la producción del proceso a repetición en partos anteriores.

Inspección: el abdomen se muestra ovoide con su diámetro mayor extendido en el sentido trasversal.

Palpación: demuestra la existencia de los dos polos fetales, ubicados uno en cada flanco. La palpación del feto a través del útero muestra una superficie lisa en las

dorsoanteriores e irregular (por la presencia de los miembros) en las dorsoposteriores.

DISTOCIAS POR EXCESO DE VOLUMEN FETAL

El feto puede tener dimensiones anormales no solo por haber adquirido gran tamaño (exceso de volumen real total o parcial), sino también cuando, teniendo un crecimiento normal, se acomoda mal en el momento del parto y ofrece a la pelvis diámetros mayores que los habituales (exceso de volumen accidental).

Particularizando los inconvenientes, pueden ocurrir por distintos motivos:

El feto presenta gran crecimiento. Es el feto grande o, aún más, el feto gigante, o aquel con edema o infiltración generalizados (exceso de volumen total).

El feto tiene un tamaño normal pero presenta una parte de su cuerpo aumentada de tamaño (exceso de volumen parcial), como ocurre en la hidrocefalia, tumores del cuello, ascitis congénita, riñones poliquísticos, tumores sacros, etc.

El feto es normal, pero tiene inconvenientes para sortear el canal pelvigénital porque se acomoda mal. Tal situación ocurre en las presentaciones viciosas de frente, hombro (desproporción accidental) o en las procidencias de miembros.

EXCESO DE VOLUMEN TOTAL

Un feto se considera de peso excesivo para su edad gestacional cuando sobrepasa el percentilo 90.

Al término de la gestación se considera que el feto tiene un alto peso al nacer (macrosómico) cuando supera los 4000 gramos.

El feto de volumen excesivo en la pelvis normal puede ocasionar una distocia similar a la del feto normal en una pelvis estrecha. En los fetos con alto peso no siempre es la cabeza la que ocasiona dificultades, sino que el mayor escollo está en el parto de hombros.

Etiología. Su origen en la mayoría de los casos es desconocido. La diabetes se asocia, a menudo, con productos de tamaño excesivo para la edad gestacional, al igual que la obesidad de la gestante. Normalmente hacia el término de la gestación el feto comienza a restringir su crecimiento, pero aun en los embarazos

cronológicamente prolongados hay un mayor número de neonatos de alto peso que las gestaciones de término.

Sintomatología y diagnóstico. Durante el embarazo, el exceso de volumen aumenta la altura uterina (mayor que la esperada para la amenorrea) y origina trastornos por obstáculo mecánico; existe a veces edema suprapúbico, como en el embarazo gemelar, y el encajamiento está retardado. La palpación permite descartar otras causas de aumento del volumen uterino (hidramnios, hidrocefalia, gemelaridad, etc.). Suelen, por suerte, acomodarse en presentación cefálica de vértice. La medición del diámetro biparietal y de los perímetros craneano y abdominal mediante la ecografía permitirá evaluar el crecimiento y la relación entre los diferentes segmentos.

Evolución y pronóstico. Los inconvenientes surgen en el parto. La presentación termina por encajar si la pelvis es normal, pero el trabajo es largo y penoso por motivo de la sobredistensión. La distocia radica en el parto de los hombros. La cabeza ocupa la excavación, pero el biacromial, anormalmente grande, queda bloqueado en el estrecho superior, lo que impide la rotación interna del polo cefálico; a pesar de ello, este termina por realizarla y desprenderse, sea espontáneamente o por intermedio del fórceps. Para que la cabeza llegue a la vulva ha sido necesario que el cuello se estire y alargue, ya que los hombros, más voluminosos y menos comprensibles que lo habitual, no han podido sortear el estrecho superior. Desprendido el polo cefálico con dificultad, queda como pegado a la vulva y, sin cumplir la rotación externa, comienza, allí detenido, a congestionarse.

El feto puede morir por asfixia progresiva ante la prolongación del trabajo de parto. La hemorragia meníngea es la causa frecuente del óbito. Son muy comunes las lesiones traumáticas ocasionadas por las maniobras de extracción, fracturas del humero y clavícula, parálisis del plexo braquial, etc.

El pronóstico materno se ve afectado por la rotura uterina, los desgarros, las hemorragias del alumbramiento y la infección. La mortalidad materna y perinatal aumenta por la sola causa de tratarse de fetos con alto peso nacidos por vía vaginal.

FETO GRANDE POR EDEMA GENERALIZADO

En estos casos, la infiltración serosa no solo toma al feto, sino también a la placenta, cordón y líquido amniótico (hidropesía universal o edema general del huevo). En su etiología, la causa más frecuente es la incompatibilidad feto - materna por factores sanguíneos, pero no la única (sífilis, malformaciones fetales, etc.). Por el edema o anasarca aumenta extraordinariamente el peso y el volumen fetal. El parto suele ser prematuro. En muchos casos, pese al aumento de los diámetros fetales, la blandura del producto permite el parto espontáneo. Cuando es necesario intervenir, al gran tamaño se agrega la friabilidad de los tejidos, que se laceran a la menor tracción. En fetos vivos hay que valorar cuidadosamente el momento y la vía para su extracción. En fetos muertos, las distocias del parto que antes se solucionaban con maniobras reductoras de su volumen, ahora se resuelven con una cesárea segura programada.

DISTOCIAS POR EXCESO DE VOLUMEN PARCIAL DEL PRODUCTO.

- EXCESO DE VOLUMEN DE LA CABEZA.

1.- Hidrocefalia: Es una anomalía muy rara, en la cual los ventrículos laterales del cerebro se encuentran distendidos por una excesiva cantidad de líquido cefalorraquídeo, y este puede oscilar entre 500 y 1200 ml, lo que puede aumentar el perímetro cefálico hasta 80 cms., esto es debido a anomalías en el cierre del tubo neural durante la embriogénesis y suele acompañarse de otros defectos como espina bífida, ascitis, hidramnios.

La hidrocefalia aparece en 1 de cada 2000 fetos y constituye aproximadamente el 12% de las malformaciones congénitas.

En la mayoría de los casos la distocia que ocasiona es grave y si no se soluciona rápidamente, ocasiona ruptura del útero y la muerte de la paciente por hemorragia intraabdominal. El pronóstico para el producto es siempre malo, si no fallece durante el parto, muere posteriormente por la misma enfermedad o sus complicaciones.

Para la madre el pronóstico está en relación con el manejo adecuado y oportuno.(8)

2.- Anencefalia: Puede parecer extraña la inclusión de esta malformación; pero si bien no trae aparejada por sí misma un exceso de volumen dado que, por lo contrario, el feto presenta una cabeza pequeña, puede originar distocias a causa de que el tronco tiene tendencia a penetrar junto con la cabeza, por la casi ausencia del cuello.

La incidencia de esta malformación congénita oscila entre 0,2 y 3,0 por 1000 nacidos vivos según la región del mundo que se considere.

Puede adoptar distintas formas: a) excencéfalos, con cerebro incompleto y ectópico; b) acranios, con ausencia de bóveda craneana y, en lugar de cerebro, una masa angiomatosa con restos de tejido nervioso; c) anencéfalos propiamente dichos, en que ningún tejido reemplaza la masa cerebral ausente.

Su diagnóstico durante el embarazo es importante para la preparación psicológica de la grávida y la inducción del parto.

3.- Meningoencefalocèle: Es una hernia de las meninges y el encéfalo a través de una solución de continuidad en su continente. Puede ser causa de presentaciones anómalas. El diagnóstico durante el embarazo se puede realizar por medio de la ecografía, que muestra una microcefalia con una imagen quística solidaria con la cabeza fetal.

- EXCESO DE VOLUMEN DEL CUELLO O DEL TRONCO FETAL

1.- El Cuello fetal esta aumentado de volumen. Los tumores del cuello fetal (bocio congénito o higroma quístico) son causa de deflexión de la cabeza y engendran por ese motivo una presentación distócica.

2.- El abdomen fetal tiene gran volumen. El obstáculo que produce el aumento de tamaño del abdomen puede ser líquido o sólido. Entre los primeros están la ascitis congénita y la retención de orina. El tumor sólido abdominal más frecuente es el riñón poliquístico.

En la mayoría de los casos ésta situación escapa al diagnóstico hasta que se dé el parto, los inútiles intentos para expulsar el producto, demuestran la existencia de alguna obstrucción y obligan al médico a introducir toda la mano en el útero.

En otras circunstancias, si la distocia es exagerada, al parto solamente puede realizarse después de la punción del producto.

El líquido de ascitis es la causa más frecuente, su etiología es aún desconocida. En los casos de presentación cefálica, cuando el abdomen fetal no puede ser extraído, se deberá efectuar la punción abdominal. Frente a una presentación pélvica, debe evacuarse el contenido de líquido incidiendo el abdomen, si el feto está muerto, o puncionándolo con un trocar fino si está vivo.(4)

La distensión anormal y repleción de la vejiga urinaria del producto, originada frecuentemente con atresia o considerable estenosis de la uretra, puede ocasionar distocia, la cual se corrige al puncionar la vejiga fetal. Aunque con menor frecuencia, los tumores hepáticos, esplénicos, intestinales y testiculares, así como la inclusión de un feto en otro, puede ser causa de distocia en el momento del parto.

La peritonitis meconial asociada en ocasiones con ascitis, es una peritonitis química, ocasionada por la entrada de meconio en la cavidad abdominal a través de una perforación en el tracto intestinal durante el periodo neonatal tardío o temprano. Su diagnóstico antes del segundo periodo de trabajo de parto, aun radiológicamente es difícil. Estos productos pueden morir durante el segundo período del trabajo de parto, después de ser expulsada la cabeza, si el diagnóstico se pudiera hacer antes del segundo período del trabajo de parto, la cesárea sería el método de elección y así posiblemente se obtendría un producto viable; sin embargo, este producto estaría expuesto a la suerte de una laparatomía con el fin de eliminar adherencias y cerrar la perforación si aún existe.(12)

3.- Exceso de volumen del torax. El aumento de volumen del tórax se debe principalmente a hidrotórax y neumotorax, ambas entidades son muy raras.

4.-El exceso de volumen parcial asienta en la nalga. Su causa más notable deriva de la existencia de un tumor sacrococcigeo o de un meningocele. El tratamiento consiste en la cesárea abdominal.

Este tipo de distocia es poco frecuente, podemos mencionar el teratoma congénito del sacro, que es una malformación bastante rara, que puede llegar a alcanzar gran tamaño (15 a 20 cm.) y causar considerable dificultad durante el

parto, el parto por lo general es prematuro y espontáneo. Cuando la presentación es de vértice, con una tracción firme es suficiente para que se realice el parto, cuando la presentación es pélvica, da mayores dificultades. En ocasiones no podrá ser extraído el producto a menos que el tumor sea previamente removido.

5.-Por falta de acomodación. Tal eventualidad ocurre en las procidencias de miembros, en la situación transversa y en las presentaciones deflexionadas, en las que, a pesar del peso normal del feto, los diámetros pueden ser tan enormes que sean incompatibles con la pelvis.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD FERINATALES:

Mortalidad: Incluso en instituciones donde cuentan con mucha experiencia en parto de nalgas u otras distocias, y se recurre a la operación cesárea siempre que se sospecha una desproporción, o presentación de nalgas constituye un factor adicional, el índice de mortalidad es más elevado entre los fetos en presentación de nalgas 24.5 por ciento que en otros fetos 12.6 por ciento. No solo es más alta la mortalidad debido a la mayor proporción de prematuros entre los nacidos en partos de nalgas, sino que lo es en todas las edades gestacionales en la última mitad del embarazo. Por otra parte, la frecuencia de productos muertos antes del parto y durante el mismo, así como la mortalidad neonatal, es más alta después de 24 semanas de gestación en partos de nalgas. Morbilidad: Debido a la frecuencia de prematuros, trauma y asfixia en el parto de nalgas, el lactante encara un triple riesgo de lesión permanente al nacimiento.

Las puntuaciones de Apgar son inferiores en niños después del parto de nalgas en una situación ya comprometida que en los que no nacen en esta presentación, en efecto, las puntuaciones medias fueron más bajas y más alto el porcentaje de lactantes con puntuaciones de menos de 8, en cada etapa de la gestación. En los lactantes, sobre todo prematuros, con calificación de Apgar menor de 8, son más frecuentes los problemas motores de la conducta y de adaptación que en los lactantes con puntuaciones más altas. El traumatismo no es nada raro en lactantes nacidos en presentación de nalgas y parto vaginal y entre los casos mortales los órganos afectados fueron en orden de frecuencia: cerebro, médula espinal, hígado, glándulas suprarrenales, mientras que fueron raras las lesiones vesicales y en tubo gastrointestinal. (29)

Por otra parte se observan también a veces lesiones del plexo braquial y sacro, así como cadera, faringe y diversos músculos, incluyendo el esternocleidomastoideo (torticosis). La lesión de los músculos del dorso quizá no sea muy manifiesta, pero si lo bastante grave para producir la muerte.

Como complicaciones raras, las lesiones por aplastamiento con coagulación intravascular diseminada. El parto de nalgas es probablemente la causa principal de lesión al nacimiento en el hígado, ano, genitales externos, médula espinal, huesos largos y nervio ciático

Se observa también con mayor frecuencia, hemorragia subdural y epidural y paraventricular debida a traumatismos, asfixia o ambas, en lactante con presentación de nalgas, sobre todo prematura y nacida en parto vaginal. Durante el parto de nalgas se observan a menudo signos de asfixia transitoria. Cuando el feto ha sido expulsado hasta nivel del ombligo, el cordón es sometido a menudo a presión, a medida que los hombros y la cabeza descienden a través de la pelvis, incluso cuando ha sido posible reanimar bien al lactante después del nacimiento es causa a menudo de morbilidad importante. Varios investigadores han informado de mayor frecuencia de epilepsia entre los niños nacidos en partos de nalgas, mientras otros observadores no hacen referencia a tal hallazgo.

En estudios de observación prolongada en Newcastle se comprobaron, a la edad de cinco años, cociente de inteligencia más bajo en los niños nacidos en presentación de nalgas por parto vaginal que en aquellos con presentación cefálica nacidos por vía vaginal u otra operación cesárea, ahora bien, a los 10 años ya no apreció tal diferencia. (20)

DISTOCIAS DE ORIGEN MATERNA

TIPOS DE PELVIS

En las últimas décadas las incidencias de distocias a causa del canal óseo del parto han disminuido por el descenso en las alteraciones patológicas de la pelvis, debido a mejor profilaxis, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la pelvis, de la columna vertebral y de las extremidades inferiores. Se han propuesto diferentes clasificaciones de la pelvis por criterios anatómicos, etiológicos y biopatológicos, siendo la más usada la anatómica según Caldwell, Molloy y D'Esopo, quienes han descrito clásicamente cuatro tipos de pelvis en la mujer.

Pelvis ginecoide. Se caracteriza por tener un estrecho superior redondeado, el diámetro transversal máximo está aproximadamente a la mitad del conjugado verdadero y tanto el segmento anterior como el posterior son amplios. El arco subpúbico es mayor de 85° ; las paredes de esta pelvis no convergen y las espinas ciáticas no son prominentes. Este tipo se encuentra con una frecuencia del 51%; por su nombre expresa el tipo de pelvis más adecuado para el parto vaginal.

Pelvis androide. En el estrecho superior la parte anterior es angosta y puntiaguda. El diámetro transversal máximo intercepta al conjugado verdadero más cerca del sacro, de modo que la superficie del segmento posterior es mayor que la del segmento anterior. El arco subpúbico es menor de 85° ; las paredes laterales tienden a ser convergentes y las espinas ciáticas son prominentes. Este tipo de pelvis se observa en un 26% de las mujeres. Una pelvis androide presenta dificultades en el encajamiento y en la rotación en las variedades posteriores.

Pelvis antropoide. El estrecho superior tiene una forma ovoide cuyo diámetro anteroposterior es mayor que el transversal. El ángulo subpúbico tiene una amplitud media, las paredes pelvianas a menudo convergen y las espinas ciáticas no son prominentes. La frecuencia es de un 18% y prevalece en la raza negra. Una pelvis antropoide presenta dificultades en el encajamiento y descenso en el estrecho inferior y en la rotación de las variedades transversa y posterior. Pelvis transversalmente estrecha.

Pelvis platipeloide o plana. El estrecho superior es ovalado pero, al contrario de la pelvis antropoide, en la pelvis plana el diámetro transversal es mayor que el anteroposterior. El ángulo subpúbico es mayor de 90° ; las paredes laterales son amplias y las espinas ciáticas no son prominentes. Este tipo de pelvis se observa en un 5% de las mujeres. Una pelvis platipeloide dificulta la rotación interna y presenta dificultades en el período expulsivo. Esta pelvis es denominada, según González Merlo, como simétrica plana pura.

A menudo hay combinación de varios tipos de pelvis, pero lo más importante es que cualquier disminución de los diámetros, independientemente del tipo de pelvis, puede causar distocia pélvica. Por lo tanto, con respecto al trabajo de

parto, tienen mucha mayor importancia los diámetros pélvicos en los tres planos (superior, medio e inferior), que la forma de la pelvis, por lo cual es indispensable evaluar correctamente las dimensiones de la pelvis teniendo en cuenta la semiología obstétrica:

- Diámetro conjugado diagonal.
- Amplitud del ángulo subpúbico.
- Tamaño de la escotadura sacrociática.
- Características de las espinas ciáticas y diámetro interespinoso.
- Curvatura del sacro.
- Inclinación del cóccix.
- Diámetro intertuberoso.

DISTOCIAS DEL CANAL PELVIGENITAL

Son aquellas que sobrevienen cuando la perturbación del mecanismo del parto debe a una modificación de tamaño, forma o inclinación de la pelvis ósea.

También pueden ser ocasionadas por las partes blandas del canal.

DISTOCIA OSEA

La pelvis, durante su crecimiento, puede sufrir deformaciones o llegar a la adultez con un desarrollo incompleto. Las anomalías de la pelvis ósea pueden dificultar o impedir la progresión fetal.

La pelvis puede estar agrandada o estrechada. Si bien una pelvis agrandada globalmente puede ser origen de distocias por rotación anormal de la presentación o actitudes anómalas, es la estrechez del canal del parto la que se ha transformado casi en un sinónimo de distocia ósea.

También la pelvis puede estar viciada en sus dimensiones, forma e inclinación. La estrechez puede involucrar toda la altura de la pequeña pelvis (pelvis canaliculada) o solo el estrecho superior (pelvis anillada), o aisladamente el estrecho inferior, adquiriendo la forma de un embudo (pelvis infundibuliforme).

LA ESTRECHEZ PÉLVICA

Puede presentarse en el plano de la entrada a la pelvis, en el plano medio, o en el plano de salida o estrecho inferior.

Estrechez del plano de entrada o superior. Los diámetros importantes en el estrecho superior son el anteroposterior y el transverso. Se denomina diámetro conjugado verdadero la distancia que hay entre el promontorio sacro y el borde superior de la sínfisis púbica. El diámetro conjugado obstétrico es la distancia entre el promontorio sacro y el sitio más cercano de la cara posterior de la sínfisis púbica. Diámetro conjugado diagonal es la distancia entre el promontorio sacro y el borde inferior de la sínfisis (el único que se puede medir clínicamente). El diámetro obstétrico se calcula restando 1,5 a 2 cm al diámetro conjugado diagonal y es el menor del estrecho superior. Se considera estrechez pélvica en el plano superior un conjugado diagonal menor de 11,5 cm o un obstétrico menor de 10 cm. Grados leves de estrechez pueden permitir encajamiento mediante el mecanismo del asinclitismo. El asinclitismo anterior, en el cual la sutura sagital se encuentra más cerca del sacro, es más favorable que el posterior, donde la sutura sagital está más cerca del pubis.

Estrechez del plano medio. El plano medio está limitado por el borde inferior de la sínfisis del pubis, las espinas ciáticas y el sacro, en la unión de la 4ª y la 5ª vértebra. Son causas de distocia a este nivel las espinas ciáticas prominentes (diámetro interespinoso menor de 10 cm), la convergencia de las paredes laterales y la escotadura sacrociática estrecha. Por lo general producen detención persistente del descenso y de la rotación en una variedad posterior o transversa profunda. Las estenosis del estrecho medio originan las distocias pélvicas más importantes.

Estrechez del plano de salida o inferior. Casi siempre se asocia a estenosis del estrecho medio y debe sospecharse cuando hay espinas ciáticas prominentes (disminución del diámetro transverso), sacro inclinado hacia adelante, diámetro anteroposterior del estrecho inferior corto (este diámetro va desde el borde inferior de la sínfisis hasta la punta del sacro), o disminución de la distancia entre las tuberosidades isquiáticas (diámetro intertuberoso menor de 8 cm). Este tipo de pelvis se conoce como infundibuliforme.

DISTOCIAS DE LA CONTRACTILIDAD UTERINA

Son los disturbios de la contractilidad uterina o de la fuerza impulsora del útero para producir el pasaje de feto por el canal pelvigénital del parto.

HIPODINAMIA

Se debe a una hipofunción del útero, que se traduce por disminución de la intensidad y de la duración de las contracciones (hiposistolia), las que además se hacen espaciadas (bradisistolia).

Si la hipodinamia se manifiesta desde el comienzo del trabajo de parto, se denomina primitiva; si es consecutiva a un periodo de contracción normal o exagerada, se considera secundaria.

Hipodinamia Primitiva

Funcionales: por inhibición psicógena (temor, angustia) a través de un aumento de la secreción de adrenalina, que alteraría la contractilidad uterina; por inhibición refleja proveniente de los órganos vecinos (repleción de la vejiga o recto).

Mecánicas: por falta de formación de la bolsa de las aguas; por falta de apoyo de la presentación fetal sobre el cuello uterino; por desarrollo insuficiente del musculo uterino; por procesos regresivos o degenerativos del miometrio; por sobredistensión uterina.

En la hipodinamia la intensidad de las contracciones se halla por debajo de los 20 mm Hg, con una frecuencia normal, o la intensidad puede ser normal y encontrarse disminuida la frecuencia con menos de dos contracciones en 10 minutos.

La palpación permite comprobar que el útero es flácido y que al contraerse apenas se endurece. La duración clínica de la contracción es de alrededor de 15 a 20 segundos, y los intervalos son prolongados: de 5 a 10 minutos.

Hipodinamia Secundaria

El cansancio muscular de esta distocia puede ser consecuencia de un largo trabajo de parto, no siempre de causa obstructiva. En este caso aparece hacia el final del periodo de dilatación o en el curso del periodo expulsivo.

Sus signos y síntomas son sensiblemente iguales a los de la hipodinamia primitiva.

Si el agotamiento de la contractilidad coincide con la pérdida de las fuerzas maternas, la expulsión del feto corre riesgo de no realizarse espontáneamente. Las infecciones, la necrosis de los tejidos maternos por la compresión prolongada y la asfixia fetal son frecuentes en esta distocia.

HIPERDINAMIA

La exageración de la contractilidad se manifiesta principalmente por la intensidad de las contracciones, que es superior a 50 mm Hg (hipersistolia). La frecuencia es normal o mayor: más de 5 contracciones en 10 minutos (polisistolia). Como consecuencia de esta polisistolia, puede elevarse el tono (hipertonía).

Hiperdinamia primitiva

Se caracteriza por aparecer con la inicialización del parto. Su origen desconocido ha sido atribuido a una mayor excitabilidad de los centros nerviosos del útero, al aumento de las neurosecreciones (oxitocina) y a una contextura vigorosa de la musculatura uterina.

El síntoma principal es el aumento de la intensidad contráctil. La parturienta se halla muy agitada y se queja de fuertes dolores casi continuos. Por la palpación se aprecia la dureza exagerada, del útero durante la contracción, estado que puede durar más de 70 segundos.

Con la progresión de la distocia, aumenta la frecuencia y se eleva el tono. Las contracciones pueden sucederse casi sin reposo, pero el útero aún se relaja.

Los peligros de esta distocia son que puede ocasionar un desprendimiento prematuro de la placenta. A causa de la dilatación forzada del canal blando, los desgarros del cuello, vagina y periné son frecuentes.

En muchos casos, después del vaciamiento de su contenido, el útero se retrae mal y presenta un estado de atonía con abundante hemorragia durante el alumbramiento.

Por otra parte, la hiperdinamia motiva la anoxia fetal por disminución del flujo uteroplacentario y de los intercambios gaseosos entre la madre y el feto.

Hiperdinamia secundaria

Puede ser de origen iatrogénico (administración exagerada de oxitócicos) o provocada por un obstáculo que se opone a la progresión del feto, con incremento de la contractilidad.

DISTOCIAS DINÁMICAS CUALITATIVAS

Son aquellas en las que se altera el triple gradiente descendente o el sitio de origen de la contracción uterina. Pueden ser: inversión parcial o total del triple gradiente e incoordinación uterina.

Inversión parcial o total del triple gradiente. Los componentes del triple gradiente descendente de la contracción uterina son: la duración, la intensidad y el sentido. Cuando la inversión afecta un solo componente del triple gradiente se denomina inversión parcial; si la inversión del gradiente afecta los tres componentes, inversión total. Se le llama inversión del gradiente de intensidad (segmento inferior hipertónico), cuando las contracciones del segmento inferior son más intensas que las del cuerpo. Si las contracciones uterinas se inician en el segmento inferior del útero y se propagan hacia arriba (ondas ascendentes) con duración de la onda contráctil mayor en el segmento inferior que en el cuerpo, se denomina inversión del gradiente de propagación y duración. Y se define inversión total de gradientes cuando las ondas al comenzar son más intensas, tienen mayor duración en el segmento inferior del útero y se propagan en forma ascendente. Los cuadros de inversiones de gradiente pueden ocasionar falta de dilatación y borramiento del cuello.

DISTOCIAS DE ANEXOS

Placenta previa. Cuando la placenta está implantada total o parcialmente en el segmento uterino inferior, en la zona de borramiento y dilatación del cérvix, constituye una obstrucción para el descenso de la presentación. Durante el embarazo el principal signo clínico es el sangrado indoloro; actualmente el diagnóstico se comprueba mediante ultrasonografía. La conducta es la intervención cesárea electiva.

Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta. Se conoce con este nombre un proceso caracterizado por el desprendimiento parcial o total, antes del parto, de una placenta que, a diferencia de la placenta previa, esta insertada en su sitio normal y este ocurre después de las 22 semanas de gestación. Si bien este hecho puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, los desprendimientos producidos antes de las 20 semanas, por su evolución, deberán ser tratados como abortos.

En un alto porcentaje de los casos, la preeclampsia se asocia con este accidente, hasta tal punto que debe pensarse automáticamente en ella cuando se sospeche un desprendimiento. Otra de las causas son los traumatismos externos directos sobre el abdomen, o indirectos, como el contragolpe de la caída de nalgas.

En el curso de un embarazo normal o frecuentemente con preeclampsia, el proceso comienza de manera brusca. Esta iniciación puede acompañarse o no de hemorragia externa. El sangrado es poco abundante de color negruzco, acompañado de dolor agudo de intensidad creciente.

Circulares del cordón. El cordón puede enrollarse sobre las partes fetales (cuello, tronco, miembros), formando vueltas de espira o circulares (esta disposición se presenta en el 25 a 30% de los nacimientos, según diferentes estadísticas). Las más frecuentes asientan en torno del cuello, donde el funículo forma una circular, a veces dos (mas raramente se observan en mayor número).

Las causas de este enrollamiento derivan de la movilidad excesiva del feto, la que se ve favorecida por el exceso de líquido amniótico y la longitud anormal del cordón. Como consecuencia de este enrollamiento se produce una disminución de longitud de la parte libre del cordón (brevedad accidental).

Durante el embarazo, aunque raramente, estas circulares pueden producir accidentes (perturbaciones circulatorias, amputaciones, muertes por estrangulamiento, desprendimiento placentario).

Debe sospecharse cuando hay desaceleraciones variables en el monitoreo fetal, durante el trabajo de parto asociadas a signos de sufrimiento fetal sin causa aparente, o falta del descenso de la presentación, y se diagnóstica con la ecografía obstétrica, al observarse el cordón alrededor de la nuca fetal. Cuando no hay encajamiento o existe sufrimiento fetal el tratamiento es la intervención cesárea. Los casos en los cuales se produce encajamiento pueden ocasionar

sufrimiento fetal agudo en el período expulsivo que obliga a terminar el parto rápidamente con aplicación de fórceps o espátulas.

Brevedad del cordón. Se considera así cuando mide menos de 18 cm y en algunas malformaciones puede aún llegar a existir ausencia del mismo; es decir el feto está unido directamente a la placenta. La brevedad es dividida clásicamente en brevedad real cuando el funículo resulta natural o constitucionalmente corto, y accidental (que es la más frecuente), cuando solo es aparente o relativa, pues resulta del arrollamiento de un cordón de longitud normal, o aun exagerada, alrededor de los miembros, del cuello o del tronco fetal. El acortamiento del cordón, sea cual fuere su causa, puede originar perturbaciones circulatorias fetales en el parto, o constituir un impedimento mecánico para el mismo, ya que el feto suspendido de la placenta no progresa.

Un cordón demasiado corto impide el descenso de la presentación o provoca el desprendimiento de la placenta normalmente insertada, puede prolongar el trabajo de parto u ocasionar un abruptioplacentae. Es necesario sospecharlo cuando se comprueban signos de anoxia fetal sin causa aparente, falta de encajamiento o dolor uterino localizado, o se produce el desprendimiento prematuro de placenta. El tratamiento es la operación cesárea.

Procúbito y prociencia del cordón. No es una verdadera distocia, pero ponen en peligro la vida fetal. Conocida también como prolapso de cordón, es cuando éste se convierte en la parte que se presenta en el estrecho superior, y el cordón desciende por debajo de la presentación.

Se denomina laterociencia cuando el cordón, en su caída, alcanza un lado de la presentación, sin llegar a su punto declive.

Cuando las membranas están intactas se denomina procúbito de cordón; en estos casos, se puede tratar de rechazar cuidadosamente el cordón y permitir que el polo cefálico o podálico ocupen el estrecho superior. Si se logra, se pueden romper las membranas, en el caso de presentación cefálica, para permitir la entrada de la cabeza en el estrecho superior; si no se logra reducir el cordón, está indicada la cesárea.

Cuando las membranas están rotas se denomina prociencia de cordón y constituye una emergencia obstétrica porque se acompaña de alta mortalidad fetal, sobre todo en casos de prociencia de cordón y presentación cefálica.

APGAR DEL RECIEN NACIDO

La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5 le indica al médico qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno.

En casos raros, el examen se terminará 10 minutos después del nacimiento.

Virginia Apgar, MD (1909-1974), comenzó a utilizar el puntaje Apgar en 1952.

La prueba de Apgar la realiza un médico, una enfermera obstétrica (comadrona) o una enfermera. El proveedor de atención médica examina en el bebé:

- Esfuerzo respiratorio
- Frecuencia cardíaca
- Tono muscular
- Reflejos
- Color de la piel

A cada una de estas categorías se le da un puntaje de 0, 1 o 2 según el estado observado.

Esfuerzo respiratorio:

- Si el bebé no está respirando, el puntaje es 0.
- Si las respiraciones son lentas o irregulares, el puntaje del bebé es 1 en esfuerzo respiratorio.
- Si el bebé llora bien, el puntaje respiratorio es 2.

La frecuencia cardíaca se evalúa con el estetoscopio. Esta es la evaluación más importante.

- Si no hay latidos cardíacos, el puntaje del bebé es 0 en frecuencia cardíaca.
- Si la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 1 en frecuencia cardíaca.
- Si la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 2 en frecuencia cardíaca.

Tono muscular:

- Si los músculos están flojos y flácidos, el puntaje del bebé es 0 en tono muscular.
- Si hay algo de tono muscular, el puntaje del bebé es 1.
- Si hay movimiento activo, el puntaje del bebé es 2 en tono muscular.

Respuesta a las gesticulaciones (muecas) o reflejo de irritabilidad es un término que describe la respuesta a la estimulación, como un leve pinchazo:

- Si no hay reacción, el puntaje del bebé es 0 en reflejo de irritabilidad.
- Si hay gesticulaciones o muecas, el puntaje del bebé es 1 en reflejo de irritabilidad.
- Si hay gesticulaciones y una tos, estornudo o llanto vigoroso, el puntaje del bebé es 2 en reflejo de irritabilidad.

Color de la piel:

- Si el color de la piel es azul pálido, el puntaje del bebé es 0.

- Si el cuerpo del bebé es rosado y las extremidades son azules, el puntaje es 1.
- Si todo el cuerpo del bebé es rosado, el puntaje es 2.

1.- RESULTADOS NORMALES

El examen de Apgar se basa en un puntaje total de 1 a 10. Cuanto más alto sea el puntaje, mejor será la evolución del recién nacido después de nacer.

Un puntaje de 7, 8 o 9 es normal y es una señal de que el recién nacido está bien de salud. Un puntaje de 10 es muy inusual, ya que casi todos los recién nacidos pierden un punto por pies y manos azulados, lo cual es normal después del nacimiento.

2.-RESULTADOS ANORMALES

Cualquier puntaje inferior a 7 es una señal de que el bebé necesita atención médica. Cuanto más bajo es el puntaje, mayor ayuda necesita el bebé para adaptarse fuera del vientre materno.

ASFIXIA PERINATAL

Se define como el daño que se produce en el recién nacido por una anomalía del intercambio gaseoso fetal, que da lugar a una serie de cambios irreversibles como: hipoxia (situación patológica caracterizada por una reducción en la concentración de oxígeno en los tejidos y la sangre, PO_2 menor de 65 mmHg), hipercapnia (situación patológica caracterizada por una elevada concentración de dióxido de carbono en los tejidos y la sangre, PCO_2 mayor de 65 mmHg), acidosis metabólica (situación patológica caracterizada por un aumento en la concentración de hidrogeniones en los tejidos y la sangre, pH_A menor de 7.20), fracaso de la función de por lo menos dos órganos y en algunos casos la muerte.

Los criterios actuales para el diagnóstico certero de la Asfixia Perinatal, según el comité de medicina materno-fetal, Comité sobre el feto y el recién nacido del Colegio americano de obstetricia y ginecología (AAGO), y la academia americana de pediatría (AAP), en su revisión 2002 son:

- a. pH de arteria de cordón umbilical < 7.0.
- b. APGAR persistentemente bajo (< 4 puntos) a los cinco minutos.
- c. Manifestaciones neurológicas anormales (convulsiones, coma, hipotonía, etc.).
- d. Disfunción multi-orgánica (alteraciones cardiovasculares, gastrointestinales, hematológicas, pulmonares, renales, etc.) confirmada por laboratorios.
- e. Ventilación asistida por más de 1 minuto, con ventilación a presión positiva C.

La AAP es bastante estricta y exige para el diagnóstico el cumplimiento de estos 4 criterios. Esa situación, representa algunos problemas en la práctica (disponibilidad de examen de gases de cordón, dificultad diagnóstica de encefalopatía con signos sutiles y/o de compromiso multiorgánico).

En todo caso, la recomendación práctica actual es utilizar la definición de la AAP, recordando siempre que algunos recién nacidos no cumplen todos los criterios, pero que pueden tener manifestaciones de hipoxia e isquemia, como síntomas y signos neurológicos propios de una encefalopatía hipóxica, sin haber tenido nunca un APGAR < de 4 puntos, ni un pH < de 7,0.

Además debemos hacer las siguientes aclaraciones acerca del uso y fiabilidad individual de los criterios diagnósticos:

1. APGAR

- a. El APGAR al 1 y 5 minutos, no tiene valor predictivo por sí solo.
- b. Tiene sensibilidad y especificidad >10%.
- c. La mayoría de los niños con parálisis cerebral tienen APGAR normal.
- d. El APGAR < 3 a los 20 minutos, se asocia con 59% de mortalidad y 57% de riesgo de parálisis cerebral.

2. pH de cordón

- a. Como predictor no es muy sensible ni específico.
- b. pH <7,0 se ha asociado con riesgo de secuelas neurológicas. (32)

Factores de Riesgo

Se define como un factor de riesgo aquella característica o circunstancia identificable en una persona (embarazo, parto, feto y/o neonato) o grupo de personas, que se asocia con un riesgo anormal de poseer o desarrollar una enfermedad o ser especialmente afectado de forma desfavorable por ella.

Desde el punto de vista epidemiológico existen condiciones sociales, médicas u obstétricas que se relacionan con un resultado reproductivo favorable o desfavorable. En última instancia, los factores de riesgo son características definidas respecto a ciertos embarazos, feto y/o recién nacidos que se diferencian en algo objetivo del resto de los miembros de la población.

Los factores de riesgo se pueden clasificar desde un punto de vista estadístico, etiológico, patogénico o cronológico.

Entre los factores de riesgo perinatal y neonatal más importantes se resumen los siguientes:

Tipo de parto

El nacimiento mediante operación cesárea implica un riesgo para el feto y el neonato que pueden ser minimizados por técnicas adecuadas y personal entrenado. El procedimiento puede exponer al feto a traumatismo obstétrico como en las extracciones dificultosas del polo cefálico, la versión interna en la presentación de tronco y la extracción en presentación podálica. El riesgo de asfixia fetal en un feto estable puede ocurrir debido a la hipotensión materna supina o anestésica, lo mismo en los casos de extracción dificultosa y aspiración de líquido amniótico.

A pesar de lo expuesto anteriormente, la mortalidad debido a la operación cesárea es de difícil determinación ya que generalmente no puede diferenciarse de la causa que determinó la indicación de cirugía. Annibale y colaboradores en un estudio para determinar el riesgo de la operación cesárea en embarazos no complicados comparado con partos vaginales, observaron que los neonatos nacidos por cirugía tenían puntajes de Apgar más bajos, requirieron cuidados intermedios o intensivos y oxigenoterapia con más frecuencia que los niños nacidos de parto vaginal, sugiriendo que la cesárea en embarazos no complicados es un factor de riesgo a pesar de las actuales prácticas obstétricas. (26)

2.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

APGAR

El test de Apgar es un examen clínico que se realiza al recién nacido después del parto, en donde el profesional de la salud certificado realiza una prueba en la que se valoran 5 parámetros para obtener una

primera valoración simple (macroscópica), y clínica sobre el estado general del neonato después del parto. El test lleva el nombre por Virginia Apgar, (enfermera-anestésista), especializada en obstetricia.

Edad gestacional

Los índices de mortalidad neonatal tienen una relación inversamente proporcional a la edad gestacional; los estudios muestran que la edad gestacional ideal para el parto se encuentra entre las 37 y 41 semanas. La morbilidad del pre-término está fundamentalmente determinada por la dificultad de adaptación a la vida extrauterina debido a la inmadurez de órganos y sistemas que conducen a complicaciones respiratorias, neurológicas, cardiovasculares, hematológicas, renales, nutricionales, metabólicas, inmunológicas y de regulación de la temperatura.

Perfil biofísico fetal

Incluye la determinación de una serie de parámetros que se alteran con la hipoxia: movimientos respiratorios y corporales, tono, volumen del líquido amniótico y la FCF. Aunque la frecuencia de los falsos positivos es del 30%, los resultados son mejores que con la valoración aislada de la FCF. Hay estudios que comprueban como las actividades que primero aparecen en el feto son las últimas en afectarse por la hipoxia. Así, la reactividad de la FCF cesa cuando el pH es inferior a 7.20, mientras que los movimientos corporales y el tono disminuyen entre 7.20-7.10 y quedan anulados con pH <7.10.

Período neonatal

Se refiere a los primeros 28 días de vida extrauterina, y puede a su vez dividirse en tres: primer período, durante las primeras 24 horas de vida; segundo período, desde el primer día al séptimo; y tercer período, del séptimo al día 28.

Período perinatal

El período perinatal suele definirse como el período comprendido entre la semana 28 de gestación y el séptimo día de vida extrauterina (otras

definiciones aceptadas abarcan desde la semana 20 de gestación al séptimo día, o desde la semana 20 de gestación al día 28). (18)

Presentación distócica

La distocia es un trabajo de parto anormal o dificultoso, ocurre en menos del 10% de las nulíparas y es menos frecuente en multíparas. La etiología de la distocia se atribuye a uno o a la combinación de 4 factores: La pelvis materna (estrechez pélvica, presencia de tumores), el feto (tamaño fetal > a 4 Kg, presentaciones anómalas), contracción uterina (hipertonía o hipotonía) y la placenta (placenta previa).

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1
PREVALENCIA DE DISTOCIAS

GESTACIONES	Frecuencia	Porcentaje
DISTOCIA	46	16.2%
NO DISTOCIA	238	83.8%
TOTAL	284	100.0%

Fuente: Hospital SJD de Pisco

GRÁFICO N°1



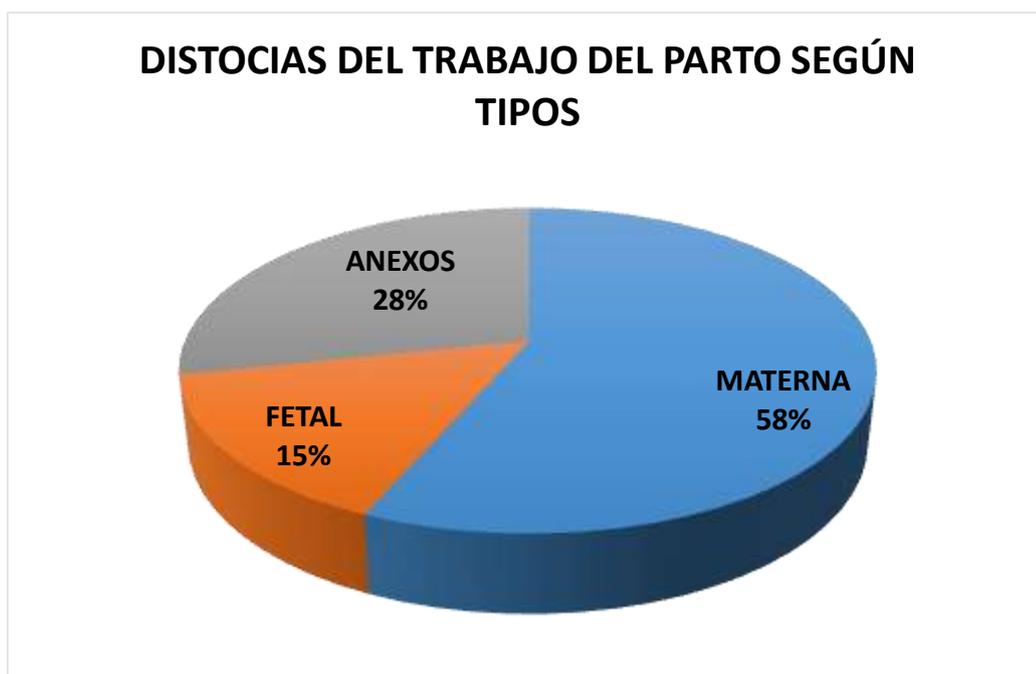
De la muestra estudiada se observa que existió un 16.2% de partos con diagnóstico de distocia en el trabajo del parto

TABLA N°2
TIPOS DE DISTOCIAS

DISTOCIA	Frecuencia	Porcentaje
MATERNA	26	56.5%
FETAL	7	15.2%
ANEXOS	13	28.3%
TOTAL	46	100.0%

Fuente: Hospital SJD de Pisco

GRÁFICO N° 2



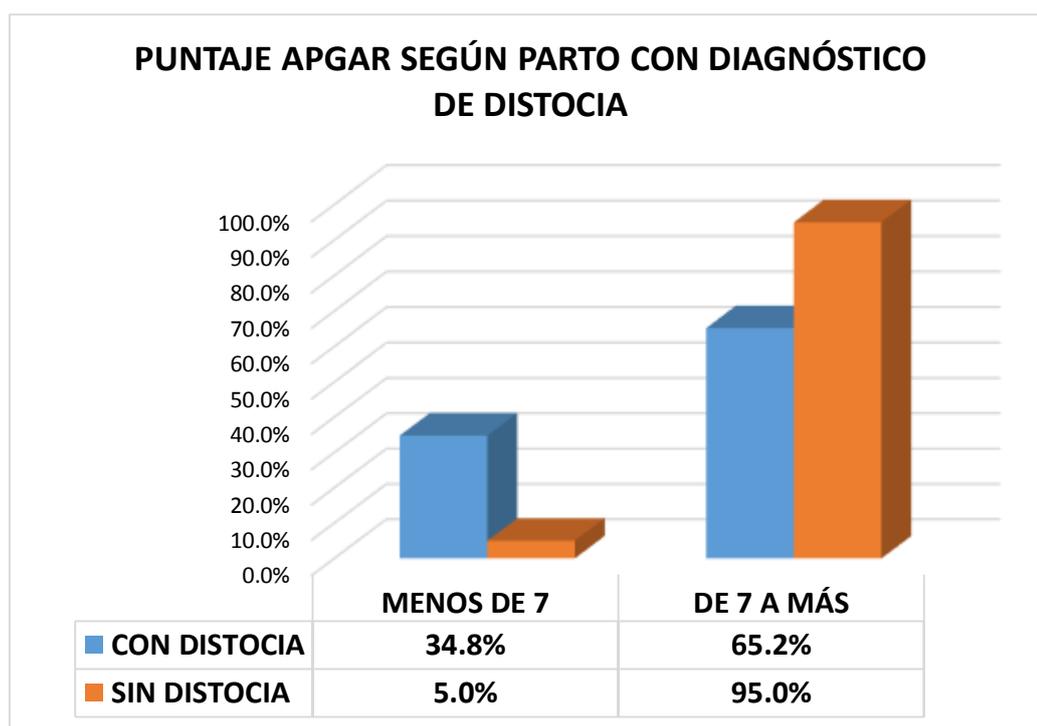
El mayor porcentaje corresponde al de origen materno con 58%, mientras que el de origen anexial es el que le sigue con 28% y finalmente el de origen fetal con 15%

TABLA N° 3
PUNTAJE APGAR SEGÚN PRESENCIA DE DISTOCIA DURANTE EL
TRABAJO DEL PARTO

DISTOCIA	APGAR				TOTAL	
	< DE 7	%	≥ 7	%	N°	%
SI	16	34.8%	30	65.2%	46	100.0%
NO	12	5.0%	226	95.0%	238	100.0%
TOTAL	28	39.8%	256	65.2%	284	100.0%

Fuente: Hospital SJD de Pisco

GRÁFICO N° 3



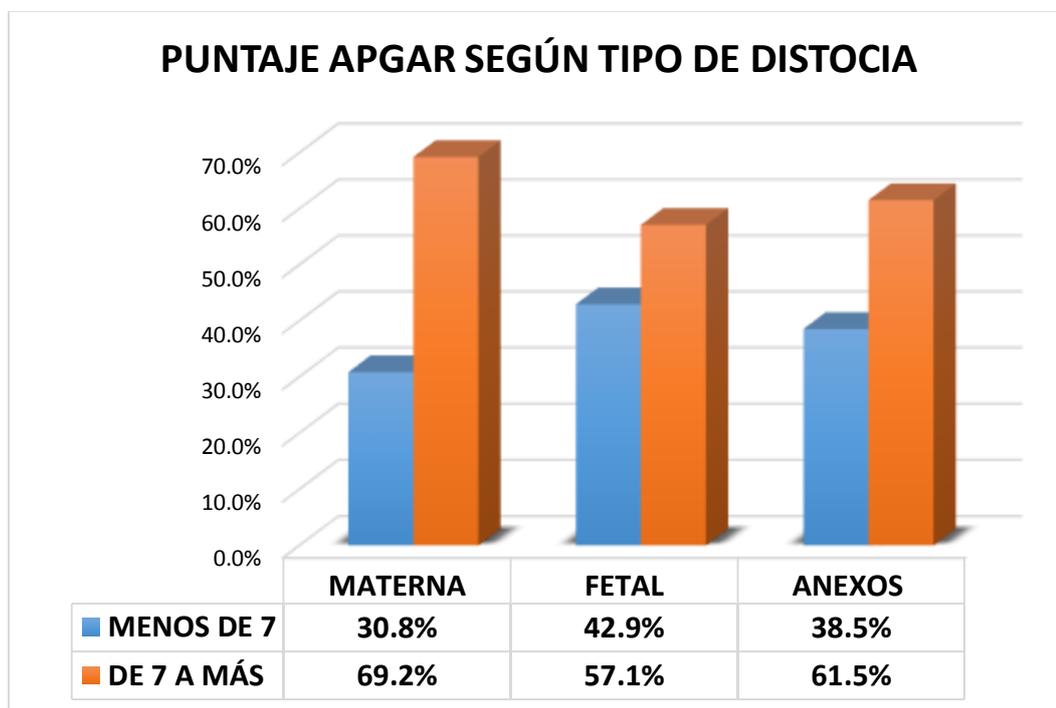
Como se observa el puntaje del APGAR menor de 7 es predominantemente mayor (34.8%) en los casos con diagnóstico de distocias mientras que existe un 5% de nacimientos con puntaje APGAR menos de 7 en partos que no tuvieron diagnóstico de distocia

TABLA N°4
RELACIÓN DEL PUNTAJE APGAR CON EL TIPO DE DISTOCIA

DISTOCIA	APGAR				TOTAL	
	< DE 7	%	≥ 7	%	N°	%
MATERNA	8	30.8%	18	69.2%	26	56.5%
FETAL	3	42.9%	4	57.1%	7	15.2%
ANEXOS	5	38.5%	8	61.5%	13	28.3%
TOTAL	16	34.8%	30	65.2%	46	100.0%

Fuente: Hospital SJD de Pisco

GRÁFICO N° 4



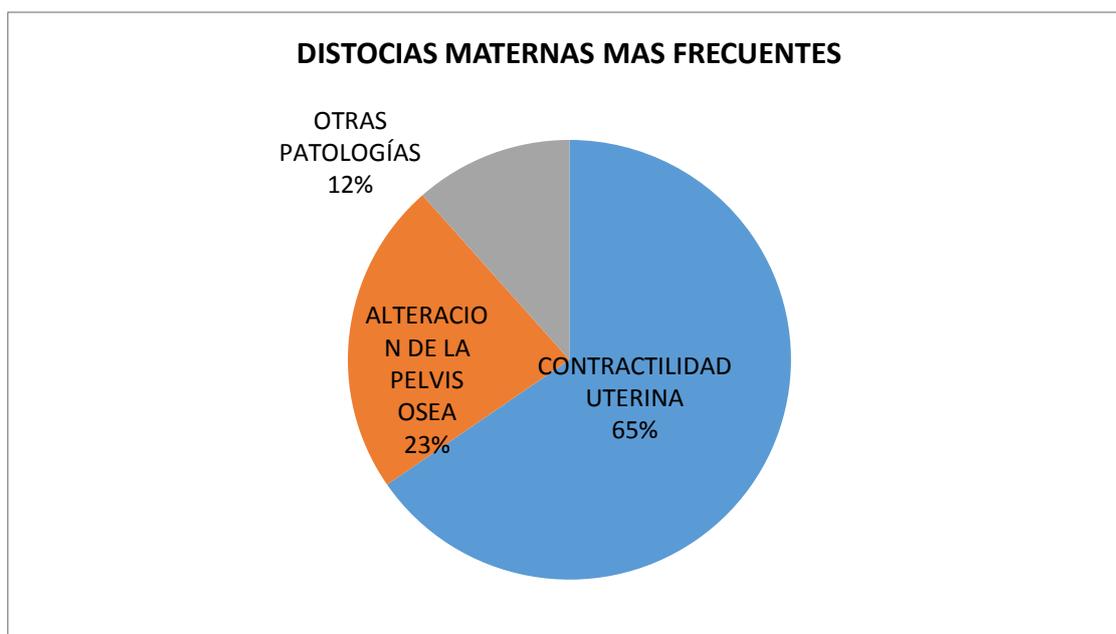
El puntaje APGAR menor de 7 se observa con mayor frecuencia en las distocias de origen fetal (42.9%), seguido de distocias de origen en los anexos (38.5%) y finalmente en los de origen materno (30.8%).

TABLA N°5
DISTOCIAS MATERNAS MAS FRECUENTES

DISTOCIA MATERNA	FRECUENCIA	%
CONTRACTIBILIDAD UTERINA	17	65.38%
ALTERACION DE LA PELVIS OSEA	6	23.08%
OTRAS PATOLOGIAS	3	11.54%
TOTAL	26	100%

Fuente: Hospital SJD de Pisco

GRAFICO N°5



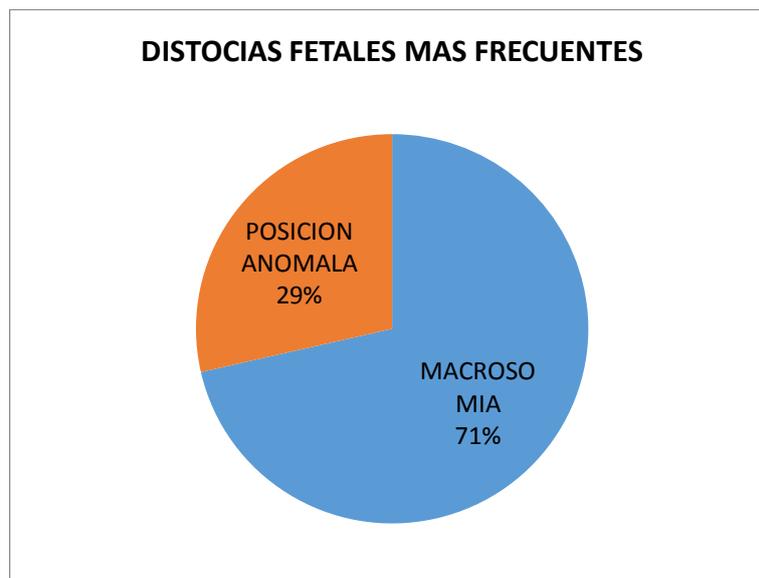
De la muestra estudiada se observa que las distocias maternas más frecuentes son aquellas que tienen que ver con la contractilidad uterina teniendo un 65% de casos, siguiendo la alteración de la pelvis ósea con un 23% y por último otro tipo de patologías con un 12%.

TABLA N° 6
DISTOCIAS FETALES MAS FRECUENTES

DISTOCIAS FETALES	FRECUENCIA	%
MACROSOMIA	5	71.43%
POSICION ANOMALA	2	28.57%
TOTAL	7	100.00%

Fuente: Hospital SJD de Pisco

GRAFICO N°6



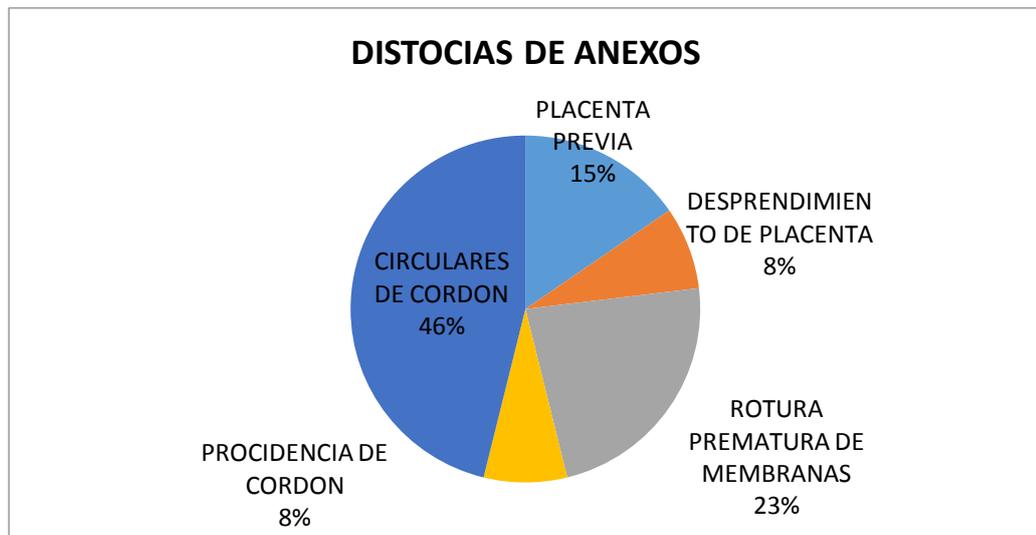
Se observa que en los casos de distocias por causa fetal tenemos predominantemente la macrosomía fetal con un 71% de casos y las posiciones anómalas con un 29% de casos.

TABLA N°7
DISTOCIAS DE ANEXOS MAS FRECUENTES

DISTOCIAS DE ANEXOS	FRECUENCIA	%
PLACENTA PREVIA	2	15.38%
DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA	1	7.69%
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	3	23.08%
PROCIDENCIA DE CORDON	1	7.69%
CIRCULARES DE CORDON	6	46.15%
TOTAL	13	100%

Fuente: Hospital SJD de Pisco

GRAFICO N° 7



Como se observa las distocias de anexo más frecuentes son los circulares de cordón con un 46% de casos del total presentados de este tipo de distocia, siguiendo la rotura prematura de membranas con un 23% de casos, la placenta previa con un 15% de casos y por último el desprendimiento de placenta y la procidencia decordón con igual porcentaje de 8%.

DISCUSIÓN

La investigación se desarrolló con el fin de determinar la prevalencia de distocias en los partos atendidos en el hospital San Juan de Dios de Pisco que terminaron el trabajo de parto en forma vaginal o por cesárea, que, en muchos casos el diagnóstico de distocia no fue real a la vista del nacimiento con APGAR normal, y, en algunos casos la distocia se diagnosticó en el momento de la cesárea o el diagnóstico fue realizado oportunamente que permitió efectos sobre el feto por lo que nació con APGAR normal.

Así, se encontró una prevalencia de distocias en el trabajo de parto de 16% un porcentaje acorde con la literatura mundial que es muy variable. Lo preocupante es que el porcentaje de cesáreas en este nosocomio es mayor a este porcentaje lo que hace pensar que existe un alto porcentaje de partos por cesáreas innecesarias.

Las distocias se presentaron en mayor frecuencia por causas maternas, seguidas de las anexiales y luego le sigue el de origen fetal, ello se debería a que las distocias maternas son más variadas lo que aumenta la probabilidad de distocias así, existieron las de contractibilidad uterina, alteración de la pelvis ósea, y otras patologías como la hipertensión, entre las más frecuentes, mientras que en las de origen anexial destacaban el circular de cordón, la rotura prematura de membranas, entre otras, y en las de origen fetal destacaba la macrosomía fetal y alteraciones en la posición y presentación. Tal como lo demuestra el estudio de investigación de los autores Laffita Batista; Ariosa, Juan Manuel; Cutié Sánchez, José Ramón quienes obtuvieron como resultado que el mayor número de embarazadas ingresó con diagnóstico de trabajo de parto espontáneo y el mayor porcentaje de nacimientos fue debido a un parto distócico producido por una alteración en la contractibilidad uterina.

Al relacionar el puntaje de APGAR < de 7 en el recién nacido según la presencia de distocias en el trabajo de parto, se encuentra una fuerte asociación entre la presencia de algún tipo de distocia en el trabajo de parto con el APGAR del recién nacido < de 7 con 34.8%; en comparación de solo un 5% de recién nacidos con APGAR menor de 7 en aquellos partos que no tuvieron diagnóstico de distocia, y de ellos se debían en algunos casos a alteraciones fetales o a incompatibilidades sanguíneas que no tenían relación

directa con un tipo de distocia y muchas de ellas sin un diagnóstico definitivo. Esta relación también fueron encontrados por Bandera Fisher A. Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer. El período más crucial de la vida humana corresponde a las primeras 24 h que siguen al nacimiento que encontraron que las anomalías del cordón umbilical, el parto distócico y la restricción del crecimiento intrauterino están relacionados con el índice de Apgar bajo al nacer (3). Xiquitá Argueta T. Factores de riesgo perinatales y neonatales para el desarrollo de asfixia perinatal Guatemala 2009 que encontró asociación del sufrimiento fetal agudo con las distocias fetales OR 3 (IC 95% 1.48 - 9.01) (4). Laffita Batista, Alfredo; Ariosa, Juan Manuel; Cutié Sánchez, José Ramón, Apgar bajo al nacer y eventos del parto se concluyó que el factor fundamental relacionado con el Apgar bajo al nacer fue el diagnóstico y manejo de las distocias del parto.(5). Castillo Llica, Fabiola Milagros. Correlación clínica entre velocidad de dilatación cervical y Apgar del recién nacido en mujeres nulíparas y multíparas, encontró que los neonatos que presentaron puntuaciones de APGAR inadecuadas (0 a 6), el 77.63 por ciento se encontraron en los grupos de mediano y alto riesgo; mientras que el grupo de bajo riesgo presentó solamente 22.37 por ciento de puntuaciones inadecuadas de APGAR. (3)

Luego terminamos relacionando los diferentes tipos de distocias según su origen con el puntaje APGAR, en la que se determinó que el puntaje APGAR menor de 7 se observa sobre todo en las distocias de origen fetal con 42% algo mayor a las de origen anexial con 38.5% y al de la materna con 30.8%, estas diferencias no fueron significativas, por lo que se podría decir que el APGAR menor de 7 se presenta en similares proporciones cualquiera sea el origen de la distocia. Así también en su investigación lo demuestra el autor León N. quien obtiene como resultado que el 12.1% de su muestra en estudio desarrolla un Síndrome de Aspiración Meconial, asociándose a su presentación los siguientes factores de riesgo de tipo fetal: distocia de cordón, parto disfuncional, entre otras, siendo estas consideradas dentro del tipo de distocias fetales.

5.3. CONCLUSIONES

Existe una prevalencia de distocias en el trabajo de parto de 16.2%

Las distocias del trabajo de parto son de origen materno en el 58% de casos, de origen anexial en el 28% y de origen fetal el 15%.

El puntaje del APGAR menor de 7 se asocia significativamente con el diagnóstico de distocia en el trabajo del parto.

El puntaje APGAR menor de 7 se asocia, con las distocias presentadas de origen fetal.

La distocia de origen materna más frecuente es la de contractibilidad uterina con un 65% del total de casos presentados por este tipo de distocia.

La macrosomía fetal con un 71% de casos resulto predominantemente más frecuente dentro de las distocias fetales.

La distocia de anexos más frecuente, resultó siendo los circulares de cordón con una prevalencia del 46.15% de casos del total que se presentaron por este tipo de distocias.

5.4. RECOMENDACIONES

Incrementar la captación de gestantes a fin de prevenir y diagnosticar oportunamente el riesgo que ellas puedan presentar.

Diagnosticar oportunamente algún tipo de distocia para tomar las medidas correctivas, a fin de que no afecte el APGAR del recién nacido.

Que la atención pre-natal reenfocada se debe realizar en todos los establecimientos de salud para poder monitorizar con mayor frecuencia la evolución del embarazo y evitar efectos adversos en la salud del feto.

Durante el trabajo de parto se debe monitorear adecuadamente el desarrollo del mismo a fin de evitar riesgo de morbilidad materno perinatal, tomando en cuenta las pruebas de bienestar fetal y lograr un parto exitoso.

Socializar casos clínicos presentados sobre este tema trazando metas y objetivos en conjunto a fin de mejorar el trabajo en equipo para el bienestar de las gestantes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1.- Bandera F. Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer. Rev Cubana ObstetGinecol vol.37 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2011

2. Cabrera C, Cortizo M, Pérez de V, Díaz D, Molina L. Algunas consideraciones acerca del líquido amniótico meconial en el recién nacido. MediSur. [citado: 6 May 2009];5(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en:

<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/231/4966>

3.- Castillo L., Fabiola M.. Correlación clínica entre velocidad de dilatación cervical y Apgar del recién nacido en mujeres nulíparas y multíparas: 2014 Arequipa; UNSA; sept. 2014. 110 p. ilustr.

4. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. EUA; Washington D.C.: 2009 Disponible en: <http://www.OMSOPS.com/CLAP>.

5. Corrales G, Carrillo G, Benavides, Borges E. Resultados perinatales de la conducta expectante en el manejo del embarazo prolongado. Rev Cubana ObstetGinecol. [citado 6 May 2009];34(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol34_1_08/gin01108.htm

Dra. Norma A. Bandera F. Hospital Materno Provincial Docente "Mariana Grajales Coello", Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: norma@codesa.co.cu; omara.mercedes@medired.scu.sld.cu.

Dr. Hernandez S.P, Fernandez C.C, Baptista L.M. Metodología De La Investigación. 5° Edición. Mexico D.F: editorial MC Graw Hill; Año 2010.

8. González GN. Prevención de las secuelas de la hipoxia perinatal. Hospital Universitario de Canarias. Simposio Prevención Perinatólogica: Islas Canarias; España; 2009. Disponible en:

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/RNAsfixia.htm>

9. González B. Parto y embarazo gemelar, parto pretérmino. En: González J. Obstetricia y Ginecología. 5 ed Barcelona, España: Elsevier; 2009: p.577-624

10. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Coordinaciones de estadísticas vitales, centro de información y procesamiento de datos. Memoria anual de vigilancia epidemiológica 2010. Guatemala.
11. Hernández C, Alonso H, Rodríguez P, Homma C, Díaz O, Suárez O. Embarazo en adolescentes y su influencia en los indicadores perinatales en 2 hospitales gineco obstétricos. Rev Cubana ObstetGinecol. 2009 Oct [citado 6 May 2009];29(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_3_03/gin04303.htm
12. Hernández C, Mendoza D, Sánchez M, Ramos C, Díaz O. Una decisión difícil: parto en presentación pelviana. Resultados perinatales. Revista Médica Electrónica. [citado 8 abr 2009];30(6): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol6%202008/tema03.htm>
13. Herrera R. Hospital Juan José Arévalo Bermejo, Área de neonatología: estadísticas del departamento de neonatología. Guatemala: IGSS; 2009.
- 14.- Laffita B., Alfredo A., Juan Manuel C., José R..Apgar bajo al nacer y eventos del periparto. Cuba . Rev. cuba. obstet. ginecol;30(1), ene.-abr. 2014. tab.
15. Laffita B. Factores que influyen en el Apgar bajo al nacer, en el hospital América Arias de La Habana, Cuba, 2010. RevChilObstetGinecol. [serie en Internet]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262005000600002&script=sci_arttext
- 16.- León N. Líquido meconial y síndrome de aspiración meconial. Letalidad, mortalidad y factores asociados Hospital Nacional Cayetano Heredia.RevMedHered 2014; 5.
17. León P, Ysidrón I. Factores relacionados con el Apgar bajo al nacer. Rev Cubana ObstetGinecol. 2014;25(3).
18. León N, Zegarra J, Caravedo L. Líquido meconial y síndrome de aspiración meconial. Letalidad, mortalidad y factores asociados. RevMedHered. 2014;5(4).

19. LaffitaB , Manuel A, Cutié S. Apgar bajo al nacer y eventos del periparto. Rev Cubana ObstetGinecol. [citado 6 May 2009];30(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin02104.htm

20. Laffita B. Comportamiento del CIUR en el hospital docente Gineco obstétrico "América Arias". Revista Ciencias. [citado 8 abr 2009]. Disponible en:

<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EkEEuAyyVVvRhodvWk.php>

21. Lucero F. Pronóstico perinatal en recién nacidos hijos de madres con Oligohidramnios y NST reactivo: Estudio descriptivo transversal realizado en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Juan José Arévalo Bermejo IGSS Zona 6 durante el período de Julio a Septiembre de 2011. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala: Facultad de Ciencias Médicas; 2011.

22. Luna GA, Regueiferos PLA. Reanimación Cardiopulmonar en el niño: La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2012.

23. Machado CJ, Hill K. Maternal, neonatal and community factors influencing neonatal mortality in Brazil. J BiosocSci. 2009;37(2).

24. Morales S, Berros, Tercero F. Factores epidemiológicos y gineco-obstétricos maternos relacionados con el sufrimiento fetal. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=345863&indexSearch=ID>

25. Pérez G. Anoxia del recién nacido. En: Cruz M, Jiménez R, Ardura J, Argemi J, Ballabriga J, Borrajo E, et al. Tratado de Pediatría. t 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.

26. Pineda E, Rodríguez M. Valor predictivo del test estresante en el diagnóstico de circular del cordón en recién nacidos de madres atendidas en el Instituto Materno Perinatal. [citado 17 Jun 2009]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Pineda_E_M/cap_5.pdf

27. Rosenberg AA, Jones M, Traystman RJ. Response of cerebral bloodflow to changes in PCO₂ in fetal, newborn, and adult sheep. *Am J Physiol*. 2010; 242.
28. Rodríguez N, Balestena S, Pagarizabal M. Factores maternos que influyen en la depresión neonatal. *Rev Cubana ObstetGinecol*. 2012 Jun Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_1_03/gin02103.htm
29. Salvo FH, Flores AJ, Alarcón JR, Nachar HR, Paredes VA. Factores de riesgo de test de Apgar Bajo en recién nacidos. *Rev Chil Pediatr*. [citado: 2009 Jun 2];78(3): [aprox. 11 p.]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062007000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. Soto G, Gaitán P. Hospital Nacional Hermano Pedro de Betancourt, Área de neonatología: Estadísticas recopiladas. Guatemala: MSPAS; 2010.
31. Sola A. Fisiología de la transición. M. Cuidados Especiales del Feto y el Recién Nacido. t 1. Argentina: Editorial Científica Interamericana; 2011.
32. Thompson Biasoli Franceschinia D, Chollopetz da Cunhab ML. Associação da vitalidade do recém-nascido com o tipo de parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. [serie en Internet]. 2009 [citado 8 abr 2009];28(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en:
<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4678>
33. Torres A. síndrome hipoxico isquémico En: Ramirez F manual de neonatología. Mexico: UASLP; 2009.
34. Xiquitá A. Factores de riesgo perinatales y neonatales para el desarrollo de asfixia perinatal Guatemala 2009. Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas
35. Zapata M, Zurita S. Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular en el I.M.P., marzo-mayo del 2012 [monografía en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Disponible en:
http://www//sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Zapata_Z_M/t_completo.pdf

ANEXOS

- MATRIZ DE CONSISTENCIA
- MODELO DE FICHA DE ENCUESTA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: DISTOCIAS EN EL TRABAJO DE PARTO Y SU RELACION CON EL APGAR DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PISCO - 2013

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Cuál es la relación que existe entre las distocias del trabajo de parto y el APGAR del recién nacido en las parturientas del hospital San Juan De Dios 2013?.	Determinar la relación que existe entre las distocias del trabajo de parto y el APGAR del recién nacido en las parturientas del hospital San Juan De Dios 2013	<p>Determinar la prevalencia de las distocias del trabajo de parto.</p> <p>Indicar la prevalencia de las distocias según origen materno, fetal o placentario.</p> <p>Demostrar la relación de las distocias según su origen con el APGAR del recién nacido.</p>	El APGAR del R.N varía de acuerdo a las distocias que se presentan en el Trabajo de Parto.	<p>Variable dependiente.</p> <p>APGAR del recién nacido</p> <p>Variables independientes</p> <p>Distocias en el trabajo de parto</p>	<p>Puntaje APGAR</p> <p>Presente Ausente</p>	Ficha de datos	Historia clínica



**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO.**

N° de Ficha

N° de HC

DISTOCIA

(SI) (NO)

ESTADÍO DEL TRABAJO DE PARTO

DILATACIÓN

EXPULSIVO

ALUMBRAMIENTO

TIPO DE DISTOCIA SEGÚN ORIGEN

MATERNA.....

FETAL.....

ANEXOS.....

TIPO DE DISTOCIA

MATERNA

Por alteración de la contractibilidad uterina.

Por alteración de la pelvis ósea.

Otras patologías

FETALES

Macrosomía

Posición anómala

ANEXOS

Placenta previa

Desprendimiento de placenta

Rotura prematura de membranas

Procidencia de cordón

Circulares de cordón

APGAR A LOS 5MINUTOS