



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TÍTULO

**EVALUACIÓN DE LAS DISTOCIAS FUNICULARES Y SU RELACIÓN CON EL
TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA
VALDIVIA, HUANCAVELICA 2015**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA.**

BACHILLER: PALOMINO MARQUINA DELY FIORELA

**ICA – PERU
2017**

A. DIOS, Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. A mis padres quienes me dieron vida, educación, apoyo y consejos. A mis compañeros de estudio, a mis maestros y amigos, quienes sin su ayuda nunca hubiera podido lograr este éxito. A todos ellos se los agradezco desde el fondo de mi alma y de mi corazón.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios a mi familia, porque me demuestra la hermosa que es la vida y lo justa que puede llegar a ser, son mis mayores promotores durante este proceso.

Gracias a mi universidad por haberme permitido formarme, a todas las personas que fueron participe de este proceso, hoy se verá reflejado en la culminación de mi paso por la universidad.

Este es un momento muy especial que espero, que perdure en el tiempo y en la mente de las personas a quienes agradezco.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es evaluar la presencia de distocia funicular y la relación que tiene con el trabajo de parto en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015.

El método de estudio es de tipo no experimental, retrospectivo para lo cual se estudiaron 148 historias clínicas en el HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA HUANCAVELICA seleccionadas de acuerdo al tema.

Los resultados a los que llegó fueron que los circulares de cordón afecta la puntuación del apgar en los recién nacidos al minuto, menos de 7 de puntaje es un 5% y más de 7 de puntaje un 95%, a los 5 minutos menor de 7 puntaje un 0% y de 7 de puntaje a más en un 100%.

La frecuencia de números de circulares de cordón simple es de un 80%, circular doble un 16%, circular triple es de un 4%.

Se ha presentado con mayor frecuencia según el tamaño del cordón, longitud normal en un 61%, cordón largo en un 35%, cordón corto en un 4%.

La vía de culminación de parto es mucho mayor en parto vaginal en un 97%, por vía alta un 3% por lo que hay mayor probabilidad que los que tengan distocia funicular terminen en parto vaginal.

Se llegó a la conclusión que existe asociación entre las distocias funiculares y el trabajo de parto

Palabras claves: distocia funicular, trabajo de parto

RESUMEN ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate the presence of funicular dystocia and the relationship it has with labor in Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015.

The method of study is non-experimental, retrospective, for which 148 clinical histories were studied in the ZACARIAS REGIONAL HOSPITAL CORREA VALDIVIA HUANCAVELICA selected according to the theme.

The results I came to were that the cord circulars affect the apgar score in the newborns by the minute, less than 7 points is 5% and more than 7 points by 95%, at 5 minutes less than 7 points A 0% and a score of 7 to more in 100%.

The frequency of single cord circular numbers is 80%; double circular 16%, triple circular is 4%.

It was presented most frequently according to cord size, normal length 61%, long cord 35%, short cord 4%.

The path of completion of labor is much greater vaginal delivery in 97%, by high 3% that means that there is much probability that those with funicular dystocia end in vaginal delivery.

It was concluded that there is an association between funicular dystocia and labor

Keywords: funicular dystocia, trabajo de parto.

ÍNDICE

CARATULA.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I	
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	10
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL.....	11
1.3.2. PROBLEMA SECUNDARIO.....	11
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	12
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL	13
1.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	14
1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	15
1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	15
1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	15
1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN	15
1.7.1. POBLACIÓN.....	15
1.7.2. MUESTRA	15
1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	15
1.8.1. TÉCNICAS	15
1.8.2. INSTRUMENTOS.....	15
1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	16

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.2. BASES TEÓRICAS	24
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	31

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	33
DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
ANEXOS	
FUENTE DE INFORMACIÓN	46
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	49
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50

INTRODUCCIÓN

El cordón umbilical es un órgano indispensable para el buen desarrollo fetal, ya que cumple la función de nutrir y a la vez de desechar los productos de excreción del metabolismo fetal. Sin embargo también es susceptible de padecer ciertas patologías como enrollamiento, oclusión y compresión, las que son conocidas como distocias funiculares, que pueden generar serios problemas al feto durante la gestación o al momento del parto.

La importancia de las distocias funiculares radica en la obstrucción del flujo sanguíneo que éstas generan con el consecuente daño a nivel del sistema vascular, cardíaco y neurológico, principalmente. Uno de los primeros reportes de la patología de posicionamiento del cordón umbilical fue realizada por Hipócrates “Octimestri Partu” quien describió la presencia de cordón umbilical alrededor de la nuca de un recién nacido.

Las distocias funiculares están asociadas tanto a morbilidad como a mortalidad fetal y del neonato. Dentro de ellas, la atención de circulares de cordón es una práctica obstétrica frecuente. Cuando el feto no recibe la cantidad de oxígeno necesaria para su desarrollo, los órganos pueden verse afectados y con ello también la tolerancia al proceso de parto. En Obstetricia es importante evaluar, controlar y mejorar en todo momento la salud fetal. El proceso del nacimiento ha sido descrito como un viaje peligroso y la expectativa es que los riesgos y los problemas durante ese viaje deberían ser prontamente reconocidos, de manera que permitan tomar acciones correctas y oportunas.

Algunos de estos efectos dañinos pueden ser detectados por las pruebas que evalúan el bienestar fetal y han permitido disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal en los últimos tiempos. Pruebas de vigilancia fetal, al cual pertenece el ultrasonido, nos permiten detectar circular del cordón al cuello, el que puede ser causa de complicaciones en el embarazo como por ejemplo que puede interrumpir total o parcialmente la circulación umbilical causando hipoxia fetal (hasta el 20-30% de los casos), meconio en líquido amniótico en el 10-20%.

Por lo mencionado, nuestra investigación plantea como objetivo principal evaluar las distocias funiculares y la repercusión que tiene en el trabajo de parto del Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica. A su vez, se busca establecer asociaciones con la edad de la gestante, el apgar del recién nacido, vía de resolución de parto. Teniendo como objetivo a largo plazo que los datos obtenidos en este estudio permitirán establecer pautas que pudieran predecir algún tipo de complicaciones en el trabajo de parto o recién nacido. (1)

CAPÍTULO I

2.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La presencia de circulares de cordón en el producto de las parturientas es un suceso relativamente frecuente, no existen criterios unificados en cuanto a su manejo durante el expulsivo.

En relación con los efectos perinatales adversos que se derivan de la presencia de circulares de cordón, se muestran resultados dispares, pero la mayoría de ellos coinciden en que éstos no pueden ser demostrables o que, en tal caso, están asociados a circulares apretadas o múltiples (2 o más vueltas de cordón). Además, parece que los efectos adversos son temporales.

En los estudios revisados no se tuvo en cuenta la forma de manejar las circulares en el nacimiento. Este hecho podría interferir en los resultados obtenidos, ya que algunos efectos perinatales adversos que los autores asocian a la presencia de circulares coinciden con los efectos de pinzar y cortar el cordón de manera precoz.

Se han observado efectos perinatales graves derivados del pinzamiento y corte precoz, sobre todo cuando se produce una distocia de hombros. Por

otra parte, se cree que el mantenimiento íntegro del cordón umbilical, permitiendo un pinzamiento de cordón tardío, ayudaría a perfundir los tejidos de un recién nacido que ha podido tener una restricción temporal del aporte de oxígeno como consecuencia del circular de cordón. (2)

2.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación Espacial: El estudio se realizó en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica.

Delimitación Temporal: El estudio se desarrolló en el mes de enero-diciembre del 2015.

Delimitación Social: El estudio se llevó a cabo de las historias clínicas de parturientas atendidas en este nosocomio entre el 2015

Delimitación Conceptual: La investigación revela que las distocias funiculares tienen relación con el trabajo de parto.

2.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la relación que hay entre las distocias funiculares con el trabajo de parto en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015?

2.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

¿Por qué la presencia de distocias funiculares afecta el apgar del recién nacido en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015?

¿De qué manera las distocias funiculares están asociadas con la vía de resolución del parto en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015?

¿En quienes son más frecuentes las distocias funiculares según número de gestaciones en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015?

¿De qué manera las distocias funiculares están asociados a la edad de la gestante en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015?

2.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar las Distocias Funiculares y su relación con el trabajo de parto en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015.

2.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar si la presencia de distocias funiculares afecta el apgar del recién nacido en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015.

-Determinar si la presencia de distocias funiculares están asociadas con la vía de resolución del parto en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015.

-Evaluar si la presencia de distocias funiculares son frecuentes según número de gestaciones en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015.

-Conocer si el diagnóstico de distocias funiculares están asociados a la edad de la gestante en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015.

2.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.5.1. Hipótesis General

Existe relación significativa entre las distocias funiculares con el trabajo de parto en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015.

2.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Tipo de Variable	Categorías de la Variable	Criterio de medición de la categoría	Naturaleza	Escala de medición de variable	Fuente
Puntaje Apgar	Evaluación del recién nacido al minuto y a los cinco minutos de vida.	Interviniente	No aplica	Sumatoria del puntaje APGAR obtenido para cada criterio del test	Cuantitativa	Numérica	Test de evaluación
Presencia de distocia funicular	Diagnóstico de distocia funicular	Independiente	Sí No	Diagnóstico	Cualitativa	Nominal	Diagnóstico en Historia clínica
Edad Materna	Edad cronológica de la parturienta	Interviniente	No aplica	Edad desde el nacimiento hasta el momento del parto.	Cuantitativa	Numérica	Historia clínica
Gestación	Número de gestaciones	Independiente	Primigestas Multigestas Gran multigestas	Según número de gestaciones	Cualitativa	Nominal	Historia clínica

2.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

2.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo no experimental, porque no se modifican las variables, pues los datos fueron obtenidos en el pasado.

2.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Retrospectivo, Transversal, Observacional.

2.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

2.7.1. POBLACIÓN

El estudio comprende parturientas atendidas durante todo el año del 2015 en el Servicio De Gineco Obstetricia del Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica y fueron 1188.

2.7.2. MUESTRA

El tamaño de la muestra de las parturientas son aquellas que tuvieron el diagnostico de distocia funicular, las cuales fueron 148.

2.8. TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.8.1. TÉCNICA

Los datos serán obtenidos del Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica con el previo permiso de la jefatura del nosocomio, con la finalidad de permitir el ingreso a los libros e historias clínicas de las pacientes que fueron atendidas en el periodo de estudio.

2.8.2. INSTRUMENTOS

Historias clínicas

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN:

Por haber sacado los datos de las H.C. y no estar en contacto con la paciente no es necesaria la firma del consentimiento informado.

Los datos serán de uso exclusivo de la investigadora guardando la reserva respectiva.

2.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El cordón umbilical es un órgano de suma importancia, es considerado la línea de vida del feto debido a que le proporciona nutrientes y oxígeno, convirtiéndose en un protagonista importante de la salud materno - fetal. A pesar de su relevancia, aún se desconoce el porqué de las anomalías y patologías que se desarrollan, y más aún no se conoce qué factores son los que determinan la longitud de este órgano. Sin embargo a pesar que aún falta más estudios sobre el origen de éstas anomalías se tiene conocimiento que distocias funiculares ocasionan serios problemas durante el desarrollo del feto como en el neonato a nivel del sistema cardiovascular y del sistema nervioso central principalmente. Por este motivo, nuestra investigación tiene como objetivo principal determinar la relación existente entre la presencia de las distocias funiculares con el trabajo de parto en el Hospital Zacarias Correa Valdivia con lo cual tendremos mayor conocimiento de las patologías de cordón umbilical más frecuentes en nuestra región y con ello posteriormente buscar una mejor atención de los mismos.

CAPÍTULO II

5.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

INTERNACIONALES:

- **Ramirez P. Cardiotocografía en el diagnóstico de distocia funicular: Hospital Materno Infantil "German Urquidi Bolivia. Rev Cient Cienc Méd. 2010 enero - diciembre; XII(12).**

Evidenciando que el estudio cardiotocográfico tiene un valor predictivo negativo y la sensibilidad de 95, 74 y 91,3% respectivamente, demostrando con el estudio que la cardiotocografía intraparto posee una mayor capacidad de identificar fetos comprometidos y en menor proporción a los sanos; así mismo es confiable para descartar la presencia de distocia funicular en los casos donde no existieron signos sugestivos de compresión funicular en el trazado cardiotocográfico.

Se encontró en los recién nacidos con distocia funicular, con mayor frecuencia los DIP III (variables) en el 66,67%, seguidos de las espículas (33,33%); La característica del DIP III más frecuente fue normal en un 42,86%, seguido en frecuencia del bifásico en un 28,57%, La distocia funicular más frecuente, fue circular de cordón. Circular doble en el 56,52%;

siendo el lugar más frecuente alrededor del cuello (78,26%) La terminación del embarazo fue por cesárea en el 78,26 % en los que presentaron distocia funicular; siendo la indicación de la cesárea brevedad aparente del cordón umbilical en el 100% de los casos.

En el 39 % de los recién nacidos con distocia funicular se observó líquido amniótico meconial. El 100 % de los casos que presentaron distocia funicular tuvieron un APGAR mayor o igual a 7. (3)

- **Galiano J, Toro A. Resultados perinatales tras un prolapso de cordón mantenido. España Rev. peru ginecol obstet. 2014 Octubre; LX(1)**

Resumen: El prolapso de cordón es un fenómeno poco frecuente que compromete el bienestar fetal en caso de no intervenir con celeridad y competencia. El entrenamiento profesional y el asesoramiento prenatal afectan los resultados. Se presenta el caso clínico de un prolapso de cordón poco frecuente, ocurrido en el domicilio de la paciente, con salida de 15 cm por la vagina, ausencia de compresión, registro cardiotocográfico normal y recién nacido vivo con buenos parámetros de salud. (4)

- **Bustamante-Zuluaga c, Parra-Anaya G, Díaz-Yunez I, Vergara-Quintero F, Nubbila-Lizcano E. Pronóstico perinatal de los fetos con circular de cordón en relación con la vía del parto. Ecuador Rev Colomb Obstet Ginecol. 2011 OCTUBRE-DICIEMBRE; LXII(4).**

Resumen: e revisaron 520 títulos, de los cuales cumplían con nuestros criterios de selección 40 revisiones, correspondientes a diseños de tipo transversal, de cohorte, casos y controles, y revisiones sistemáticas. Los estudios muestran que no se presentan diferencias significativas entre pacientes con y sin circular única de cordón respecto al retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), disminución en el valor de Apgar al nacer o mortalidad perinatal como parámetros de evidencia de resultados adversos

perinatales. Además, las tasas de cesáreas en pacientes con circular de cordón única están alrededor de un 9% frente a un 13% en pacientes sin circular

Resultado: La evidencia disponible en la actualidad no soporta de manera consistente la asociación entre la presencia de circular de cordón fetal y resultados perinatales adversos mayores, al compararlos con fetos sin circular de cordón. Existe algún riesgo en situaciones especiales como las múltiples vueltas de cordón y la circular ajustada al cuello. No hay evidencia que soporte la realización de cesárea ante la presencia de circular única en la nuca fetal. (1)

- **ASPAS A. Diagnostico y control evolutivo de las circulares de cordon en el primer trimestre de gestacion ecografica 3D/4D y doppler. 2012th ed. València Ud, editor. valencia - españa: Copyright: Servei de Publicacions; 2011.**

Obteniendo los siguientes resultados: 1. Mediante ecografía Doppler y tridimensional establecemos incidencia de circulares de cordón en primer trimestre siendo del 25.3%; 1 circular en 18,7%, 2 en 6% y 3 en 0.7%. 2 2- En posteriores controles ecográficos, existen circulares en el 16.8% en semana 20 y 18,2% en semana 32. 3. Al nacimiento existen circulares en el 29.3% de los partos. 4. Finalización del embarazo; partos vaginales 82,6%y cesáreas 16%; pero sólo 1,3% por sospecha de pérdida del bienestar fetal. 5. 1.3% de éxitus (dos casos) en semana 13 y 25, ambos con 2 circulares de cordón apretadas. 6. A mayor edad materna mayor probabilidad de circulares en semana 20, 32 y nacimiento. 7. Correlación significativa entre circulares de cordón en 1º trimestre y en semanas 20, 32 y al parto, pero las circulares de 1º trimestre no se correlacionan con peores resultados perinatales, salvo que persistan a lo largo del embarazo. 8. Circulares de cordón en semanas 20 y 32 se correlaciona con peores valores del pH. 9. Si circular al nacimiento; correlación estadísticamente significativa en función del número de circulares con el pH, APGAR, y tipo parto. 10. Al relacionar circulares de cordón a lo largo del

embarazo con variaciones del registro cardiotocográfico, no encontramos diferencias estadísticas. (5)

- **Ramos-Rincón A, Cruz-Utrilla A. Manejo de las circulares de cordón en el expulsivo. Gran Bretaña Matronas profesión. 2015 Mayo; XVI(3): p. 103-107.**

Resultado: La presencia de circulares de cordón se encuentra en alrededor de 21-35% de los partos. Los resultados de las investigaciones sobre los efectos perinatales de las circulares son heterogéneos, no existiendo un criterio unificado en cuanto a su manejo en el parto.

Encuestas anónimas realizadas a matronas muestran un alto porcentaje de manejo activo de la circular, coincidiendo con la práctica mayoritaria enseñada durante su formación. Sin embargo, el manejo activo de la circular no está exento de riesgos, por lo que se desarrollan alternativas a su gestión.

En los estudios revisados no se tuvo en cuenta la forma de manejar las circulares en el nacimiento. Este hecho podría interferir en los resultados obtenidos, ya que algunos efectos perinatales adversos que los autores asocian a la presencia de circulares coinciden con los efectos de pinzar y cortar el cordón de manera precoz. Tampoco se tuvieron en cuenta otros factores durante el parto que pudieran asociarse a tales efectos (uso de oxitocina sintética, rotura artificial de membranas, analgesia epidural, etc.). (6)

NACIONALES

- **Zapata E, Zurita N. Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular en el I.M.P.marzo-mayo del 2011. Programa Cybertesis PERÚ ed. Marcos UNMdS, editor. LIMA; 2011.**

Resumen: El presente trabajo estudiará el Valor Predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en el Diagnóstico de Distocia Funicular. Para ello se analizaron 1332 registros cardiotocográficos ante parto de los cuales 311 presentaron Signos Sugestivos de Distocia Funicular y estos fueron evaluados para determinar las características cardiotocográficos (línea de base, variabilidad y Dip III) y la validación de pruebas diagnósticas, en el Instituto Materno Perinatal en el periodo marzo - mayo del 2002.

La naturaleza del estudio es Prospectiva, longitudinal, correlacional, no experimental con un nivel de confianza del 95%.

Para la validación de la prueba diagnóstica estimamos la Sensibilidad (62.20%), Especificidad (92.29%), Valor Predictivo Positivo (76.84%) y Valor Predictivo Negativo (84.52%); según nuestras estadísticas la distocia funicular representa un 29.80% del total de pacientes que asisten a la Unidad de Medicina Fetal del Instituto Materno Perinatal y además encontramos un resultado perinatal del 0.64% de depresión neonatal teniendo en cuenta el puntaje Apgar. (7)

- **Oscoco D. Factores epidemiológicos del circular de cordón y su asociación con la asfixia- Hospital de Coracora- Parinacochas Ayacucho 2009-2013. primera ed. Ayacucho: Universidad Alas Peruanas ; 2014.**

Los resultados a lo que llegó fue que la frecuencia de presentación de circular de Cordón es de 27.6%, la localización más frecuente del circular de Cordón es a nivel del cuello 40%, extremidad superior 17%, extremidad inferior 27%, tórax 12% y abdomen 4%, el circular de Cordón se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino sin diferencias significativas 57.1% en el femenino y 42.9% en el masculino, la longitud promedio del cordón umbilical es de 50.7cm.

Se llegó a la conclusión que existe asociación entre circular de Cordón localizado en el cuello y asfixia fetal siendo más frecuente la asfixia cuando el recién nacido presenta circular de Cordón en el cuello. (8)

- **Peralta F, Ortiz I. Prevalencia de factores de riesgo materno perinatal que influyen en asfixia perinatal intraparto en parturientas atendidas en centro obstetrico en el instituto nacional materno perinatal periodo 2011. Rev Peru Investig Matern Perinat. Lima 2012 enero- diciembre ; I(1).**

Conclusión: analizaron 15176 recién nacidos vivos y entre sus principales hallazgos se encuentran que 53% y 2,5% obtuvieron un puntaje Apgar menor de tres al primer y a los cinco minutos respectivamente y de ellos el 37,7% presentaron circular de cordón. Este estudio concluyó que la circular de cordón, madre añosa y presencia del meconio eran factores de riesgo para la asfixia perinatal. (9)

- **Rodriguez J. Valor predictivo del monitoreo electronico fetal en el diagnostico de distocia funicular en el Hospital Rene Toche Groppo-Chincha. primera ed. Jackelyne , editor. ica; 2015.**

El test no estresante como prueba de bienestar fetal tiene una alta especificidad de 93% y una sensibilidad del 70%.

El valor predictivo positivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular es 33.5% es decir la probabilidad que tenga distocia funicular es gestantes atendidas y el valor predictivo negativo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular fue: 79.3%, es decir la probabilidad que no tenga distocia funicular.

La prevalencia de distocia funicular fue 23.7%. El término del embarazo fue cesárea 35.9% y parto vaginal 64% al valorar el test de apgar en los recién nacidos en un 83.5% no tuvo compromiso neurológico es decir que fueron niños que nacieron con apgar 8-9 a su nacimiento y con liquido claro y

solamente un 16.4% fueron una depresión moderada con test de apgar menor de 6 y se relacionan con el color del líquido amniótico ya que en nuestro estudio obtuvimos (líquidos verde fluido y meconial).

El monitoreo electrónico es una prueba de ayuda diagnóstica y confiable para detectar precozmente a través del test no estresante signos de compresión funicular con una buena especificidad. (10)

- **Hernandez K. • DISTOCIA FUNICULAR Y DEPRESIÓN NEONATAL EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA. primera ed. Karem , editor. Ica; 2010.**

Resultado: se obtuvo los siguientes resultados, un 31.8% de recién nacidos deprimidos del total de la muestra, donde hubieron menos número de deprimidos en casos que presentaron distocia de Cordon corto representados por un 11.4% del total de deprimidos, con distocia por presencia de nudos en un 12.9% del total de deprimidos, con distocias de Cordon largo en un 25.7% del total de deprimidos. (11)

LOCALES:

No se encontraron datos.

BASES TEÓRICAS

❖ CORDÓN UMBILICAL

El cordón umbilical es el principal componente de la línea de alimentación del feto y responsable de la oxigenación. Es el órgano que se conecta a la placenta y puede tener varios diseños por lo que la evaluación de su crecimiento, desarrollo y estructura es importante para determinar cualquier problema congénito (durante el primer trimestre de gestación) y/o determinar las probabilidades de compromiso fetal.

El cordón umbilical es visualizado recién a las ocho semanas de vida, su desarrollo se completa a las veintiocho semanas sin embargo su crecimiento puede continuar hasta las treinta y seis semanas de gestación. La anatomía del cordón umbilical se caracteriza por la presencia de dos arterias y una vena.

Por otro lado, la inserción a la placenta puede ser central o excéntrica, existen casos de inserciones en el extremo marginal de la placenta sin embargo ésta no representa mayor importancia clínica. (12)

❖ DISTOCIA FUNICULAR

El concepto de distocia funicular está referido a todas aquellas patologías anatómicas o de posicionamiento que interrumpen la circulación parcial o

total de los vasos sanguíneos del cordón umbilical, es decir la obstrucción placentario - fetal.

❖ CLASIFICACIÓN DE DISTOCIA FUNICULAR

Diversas alteraciones se encuentran incluidas en este tipo de distocia, tales como nudo, torsión, hematoma, quiste y edema del cordón umbilical. Sin embargo, las patologías más frecuentes están referidas a la longitud del cordón umbilical y a las circulares del cordón:

a) Patologías referidas a la longitud del cordón umbilical:

Cordón corto menor de 26 cm, usualmente asociado con problemas del sistema nervioso central y bajo coeficiente intelectual.

Los cordones muy cortos pueden dar lugar a malformaciones fetales como defectos de la pared abdominal, deformidades en las extremidades y en la columna vertebral. Por otro lado, los cordones cortos pueden generar complicaciones obstétricas como ruptura y separación del cordón de la placenta produciendo sangrado considerable y dificultar el descenso fetal durante el parto. Al nacimiento, los niños con esta anomalía de cordón suelen presentar bajo índice de Apgar y estado fetal insatisfactorio.

Cordón largo mayor de 60 cm, los cordones largos se han relacionado a problemas de circulares, torsión, enrollamiento excesivo, nudos verdaderos, prolapso, constricciones y trombosis.

Un cordón umbilical demasiado largo puede dar lugar a la condición conocida como:

Vasculopatía trombotica fetal, en la cual el flujo sanguíneo hacia el feto no es el adecuado produciendo morbilidad fetal y problemas neurológicos.

Otras de las anomalías presentadas en fetos con cordón largo son hipertrofia cardíaca y cardiomegalia, hipoxia intrauterina, restricción del crecimiento intrauterino y estado fetal insatisfactorio.

b) Patologías referidas a las circulares del cordón:

Los circulares de cordón umbilical son una posible causa de daño, si es que llegan a comprimirse a tal punto que obstruye el normal intercambio de gases materno-fetal, produciendo hipercapnia, acidosis e hipoxia en el feto

- Simples, su incidencia va de 15 a 34%
- Dobles, se presentan con una incidencia de 1,7 a 3,8%
- Ajustadas al cuerpo o al cuello, cuya incidencia suele ser menor, entre 0,2 a 0,3%.

c) Tipos de protrusión

Prolapso de cordón:

Protrusión del cordón umbilical en el canal del parto por delante de la presentación fetal con membranas rotas.

Se trata de una complicación fetal severa, que se ve facilitada por todas aquellas circunstancias que dificulten la adaptación perfecta de la presentación al estrecho superior de la pelvis y, a menos que pueda llevarse a cabo un parto rápido, puede ocasionar la muerte fetal.

Factores de riesgo

Entre los factores que incrementan la probabilidad de padecer prolapso de cordón umbilical se incluyen los siguientes:

- Tener un bebé que esté en la posición de nalgas
- Ruptura prematura de membranas
- Tener partos múltiples en un embarazo
- Tener un cordón umbilical inusualmente largo
- Tener demasiado líquido amniótico alrededor del feto
- Ruptura artificial de membranas (13)

Procidencia o pro cubito de cordón:

La bolsa de las aguas está íntegra, el cordón se encuentra por delante de la presentación pero no asoma por vagina.

Prolapso oculto de cordón o lateroincidencia:

Ocurre cuando el cordón se sitúa al lado de la presentación sin sobrepasarla pudiendo estar la bolsa rota o íntegra (14)

d) NUDOS VERDADEROS DE CORDÓN UMBILICAL

Los nudos verdaderos de cordón ocurren con poca frecuencia y se consideran un hallazgo benigno, éstos pueden tener consecuencias graves y el riesgo con muerte fetal está bien documentado a pesar de que la gran mayoría nace sin alteraciones.

Existen factores de riesgo conocidos para presentar nudos de cordón verdaderos; sin embargo, ninguna de estas pacientes los presentaban a pesar de haber pasado por ultrasonidos midiendo la cantidad de líquido. Los cordones al nacimiento fueron medidos y todos estaban en el rango de 45 a 60 cm de longitud.

En algunas revisiones está descrito que hasta 5% de todos los nacidos muertos son atribuidos a la presencia de nudos verdaderos de cordón umbilical, mientras que otros estudios no han encontrado ninguna asociación significativa. Los nudos verdaderos se deben distinguir de los nudos falsos, ya que los primeros son causados por la torsión de la vena alrededor de la arteria umbilical, lo que lleva a un engrosamiento localizado de gelatina de Wharton. Un nudo ya sea falso o verdadero no apretado no afecta la perfusión venosa,

pero a medida que el nudo se tensa o aprieta, el diámetro del cordón se reduce y la presión requerida para perfundir más allá del nudo aumenta.

El mecanismo exacto por el cual se produce la muerte fetal intrauterina no está dilucidado. Nudo de cordón en el caso clínico donde podemos ver cianosis distal en el recién nacido.

Nudo de cordón en el caso clínico ligeramente elongado, lo que pudo ser parte de la causa de esta patología se sospecha que la detención del flujo sanguíneo materno puede ser una posibilidad (15)

❖ DIAGNÓSTICO DE DISTOCIA FUNICULAR:

La distocia funicular es considerada una situación obstétrica cautelosa, por lo que, actualmente, está en controversia los métodos de diagnóstico de estas patologías. El patrón de oro en el diagnóstico de circulares de cordón es la visualización al momento del parto. Algunos estudios sugieren que la mejor forma de diagnóstico es a través de la ultrasonografía en 3D especialmente en el tercer trimestre de la gestación, mientras otros investigadores creen que es imposible detectar una patología como un nudo verdadero de cordón por una examinación ultrasonografía de rutina.

Por otro lado, algunos autores consideran la ultrasonografía de escala de gris como una técnica para determinar la muesca del circular del cordón al cuello, y en casos de diagnóstico incierto el Doppler color o la velocimetría de flujo Doppler ayuda en la confirmación del diagnóstico. Otros autores consideran la ultrasonografía intraparto como una prueba de tamizaje intraparto.

Por otro lado, el diagnóstico clínico también incluye:

- Visualización del cordón umbilical en el canal del parto.

- Percepción del cordón umbilical en canal del parto al tacto vaginal.
- Alteración de la frecuencia cardíaca fetal (monitoreo electrónico fetal).
- Disminución de los movimientos fetales.
- Alteración del color del líquido amniótico.

❖ TRATAMIENTO DE DISTOCIA FUNICULAR

Si el feto está vivo, la opción más recomendable es la cesárea con la manipulación cautelosa del cordón umbilical evitando su compresión. Si el feto está muerto y no hay otra causa además de la distocia, se puede evolucionar a parto natural o por inducción.

❖ APGAR

a) Definición:

El puntaje de Apgar fue introducido en 1952 por la anesthesióloga Virginia Apgar como una rápida medida para evaluar el estado clínico del recién nacido al minuto y a los cinco minutos de vida fuera del ambiente intrauterino. La puntuación de Apgar viene siendo utilizada como un índice de predicción de la mortalidad y morbilidad neonatal y una guía para un posterior desarrollo neurológico o discapacidad. Los resultados obtenidos al primer y quinto minuto pueden considerarse predictores de mortalidad en recién nacidos con peso normal al nacer, sin embargo, en aquellos neonatos con bajo peso al nacimiento o de alto riesgo, su puntuación es limitada.

b) Componentes del Puntaje Apgar:

Los parámetros evaluados son cinco, dándole a cada parámetro un puntaje diferente según la evaluación.

Tabla 1. Componentes de la Evaluación del Puntaje Apgar

	0	1	2
Frecuencia cardiaca	ausente	Menor de 100/min	Mayor de 100/min
Esfuerzo respiratorio	ausente	Irregular	llora fuerte
Irritabilidad refleja	ausente	Muecas	llora o retira
Tono muscular	flácido	alguna flexion	movimientos activos
Color de la piel	cianótico	acrocianosis	rosado completamente

c) Interpretación del puntaje Apgar

La puntuación Apgar está en el rango del uno al diez, la evaluación se realizaba al minuto de nacimiento; sin embargo, posteriormente se empezó a valorar a los 5 minutos con fines pronósticos de mortalidad a corto y mediano plazo; así, un puntaje de 7 o más determina buenas condiciones del neonato: a menor puntaje mayor deterioro una puntuación de 4 a 6 al primer minuto indicaba asfixia moderada y de 0 a 3 asfixia severa. (16)

❖ EDAD MATERNA:

Se refiere a la edad cronológica que tiene la gestante desde su nacimiento hasta el momento del parto de su hijo, y se clasifica de la siguiente forma:

- a) Gestante Adolescente: Mujer que gesta con una edad igual o menor de 19 años cumplidos.
- b) Gestante Adulta: Mujer que gesta con una edad mayor de 19 años y menor de 35 años.
- c) Gestante añosa: Mujer que gesta siendo su edad igual o mayor a 35 años.

❖ Paridad

Estado de una mujer con respecto a los descendiente viables que le han nacido.

- a) Nulípara: Mujer que nunca ha tenido un parto pero puede o no haber gestado.
- b) Multípara: Mujer que ha tenido por lo menos un parto independientemente del número de gestaciones.
- c) Gran multípara: Mujer que ha tenido 5 o más partos, esto independientemente del número de gestaciones.

5.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- Circular de cordón: cuando el cordón umbilical se enrolla en alguna parte del cuerpo del feto, usualmente el cuello. (17)
- distocia: término referido cuando el parto ocurre de manera anormal o difícil se emplea cuando el parto o expulsión procede de manera anormal o difícil. (18)
- Edad Gestacional: término usado para describir el avance de la gestación. Se mide en semanas y comprende desde el primer día del último ciclo menstrual hasta la fecha actual. (19)
- Edad Materna: Edad cronológica de la gestante, desde su nacimiento hasta el momento del parto de su hijo. (20)

- Gestante adolescente: gestante con una edad igual o menor a 19 años. (21)
- Gestante adulta: gestante con una edad comprendida entre 19 y menos de 35 años.
- Gestante añosa: gestante con una edad igual o mayor de 35 años. (22)
- Gestante a término: La gestación en embarazos con feto único tiene una duración media de 40 semanas (280 días) a partir del primer día del último período menstrual lo que permite estimar la fecha probable del parto. (23)
- Nudos falsos de cordón: alteraciones en la estructura de cordón umbilical, sin importancia clínica, se producen por el arrugamiento de los vasos para adaptarse a la longitud del cordón. (24)
- Nudos verdaderos de cordón: son aquellos nudos que durante el desarrollo del bebé pueden ir ajustándose dificultando la nutrición y oxigenación del feto. (25)
- Paridad: Estado de una mujer respecto los descendientes viables que le han nacido. (26)
- Post término: Mayor o igual a 42 semanas.(26)
- Pre-término: Menor de 37 semanas.(26)
- Restricción del crecimiento intrauterino: término que describe el retraso en el crecimiento del feto, ubicándose menos de percentil diez de su respectiva edad gestacional. (27)
- Test de Apgar: Es un test que permite una rápida valoración del estado cardiorrespiratorio y neurológico al nacer aplicado en el periodo neonatal inmediato (primer y quinto minuto de recién nacido) que toma en cuenta cinco signos: la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, irritabilidad refleja y el color de la piel. Cada signo tiene un mínimo de 0 y un máximo de 2 puntos. (28)

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

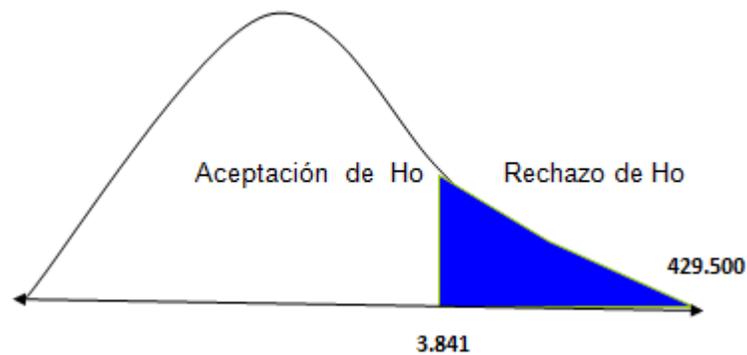
CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Tabla de contingencia Relación de Distocia funicular y Trabajo de Parto en el Hospital Zacarías Correa Valdivia – Huancavelica 2015.

	ALTERACIONES							
	TIPO DE PARTO				APGAR			
	PARTO EUTOCICO		PARTO POR CESAREA		PRIMER MINUTO			
					MENOS DE 7		7 A MAS	
DISTOCIA FUNICULAR	N	%	N	%	N	%	N	%
CIRCULAR SIMPLE	85	59%	3	75%	6	75%	83	59%
CIRCULAR DOBLE	22	15%	1	25%	2	25%	0	0%
CIRCULAR TRIPLE	6	4%	0	0%	0	0%	6	4%
CORDON BREVE	6	5%	0	0%	0	0%	6	5%
CORDON LARGO	25	17%	0	0%	0	0%	45	32%
TOTAL	144	100%	4	100%	8	100%	140	100%

Fuente: ficha de recolección de datos

El valor χ^2 calculado resultante es 429.50 el cual debemos compararlo con la distribución χ^2 a 1 grado de libertad. El χ^2 de la tabla al 95% de confianza es igual a 3.841



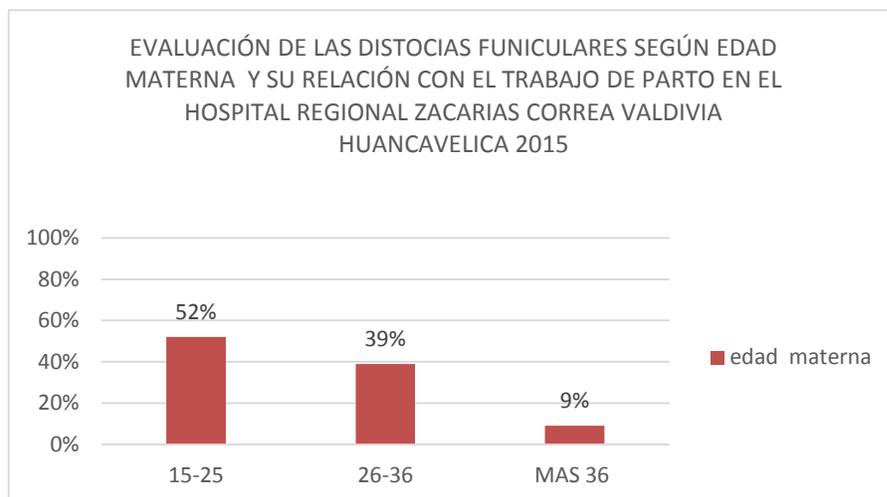
Por lo tanto, como el valor calculado 429.50 es superior al valor crítico (3.841 según tabla de Chi cuadrado), se concluye que debemos rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_1) que menciona:

Existe relación significativa entre las distocias funiculares y las alteraciones del trabajo de parto en el Hospital Zacarías Correa Valdivia – Huancavelica 2015

EVALUACIÓN DE LAS DISTOCIAS FUNICULARES SEGÚN EDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA HUANCAVELICA 2015

EDAD MATERNA	N°	%
15-25	77	52%
26-36	57	39%
MAS 36	14	9%
TOTAL	148	100%

Fuente: ficha de recolección de datos

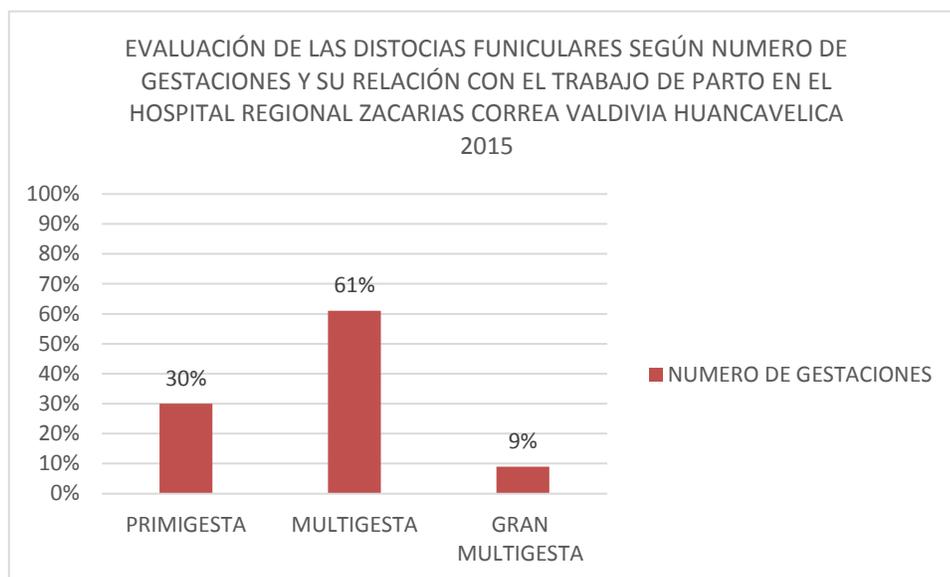


En la tabla muestra que la edad materna donde se localiza con mayor frecuencia es entre las edades 15 años a 25 años en un 52% , seguido de la edad de 26 años a 36 años en un 39% y más de 36 años en un porcentaje de 9%.

EVALUACIÓN DE LAS DISTOCIAS FUNICULARES SEGÚN NUMERO DE GESTACIONES Y SU RELACIÓN CON EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA HUANCAVELICA 2015

NUMERO DE GESTACIONES	N°	%
PRIMIGESTA	44	30%
MULTIGESTA	91	61%
GRAN MULTIGESTA	13	9%
TOTAL	148	100%

Fuente: ficha de recolección de datos

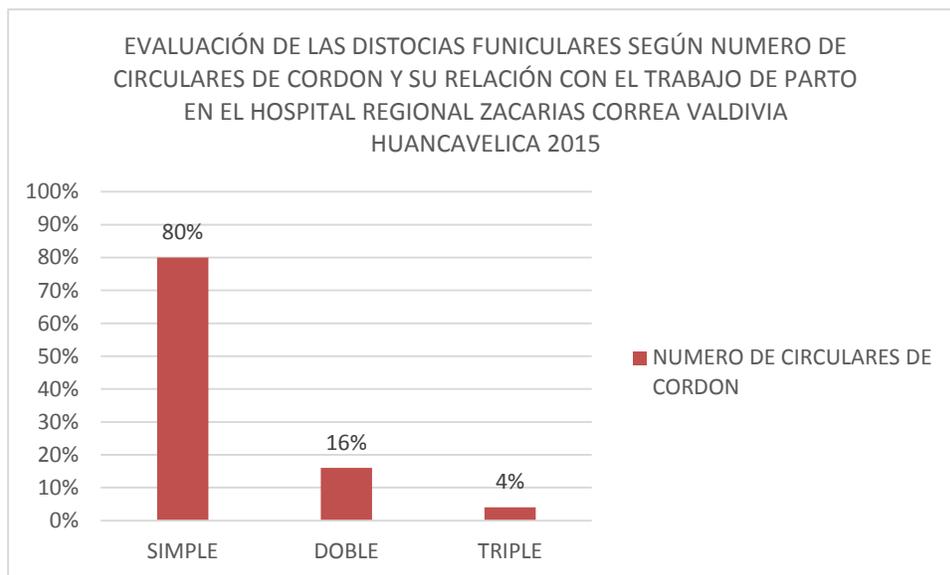


En la tabla muestra que las distocias funiculares se presentan con mayor frecuencia en multigestas en un 61%, en primigestas en 30% y en gran multíparas en un 9%.

EVALUACIÓN DE LAS DISTOCIAS FUNICULARES SEGÚN NUMERO DE CIRCULARES DE CORDON Y SU RELACIÓN CON EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA HUANCAVELICA 2015

NUMERO DE CIRCULARES DE CORDON	N°	%
SIMPLE	119	80%
DOBLE	23	16%
TRIPLE	6	4%
TOTAL	148	100%

Fuente: ficha de recolección de datos

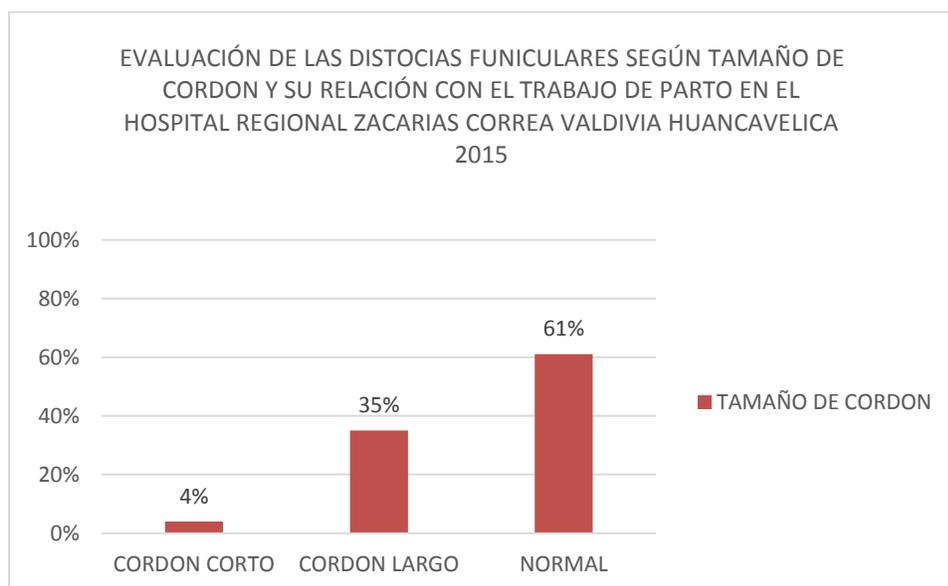


En la tabla se muestra que las distocias funiculares según el número de circulares se da con mayor frecuencia el circular simple en un 80% , circular doble en un 16% y circular triple en un 4%.

EVALUACIÓN DE LAS DISTOCIAS FUNICULARES SEGÚN TAMAÑO DE CORDON Y SU RELACIÓN CON EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA HUANCAVELICA 2015

TAMAÑO DE CORDON	Nº	%
CORDON CORTO	6	4%
CORDON LARGO	51	35%
NORMAL	91	61%
TOTAL	148	100%

Fuente: ficha de recolección de datos

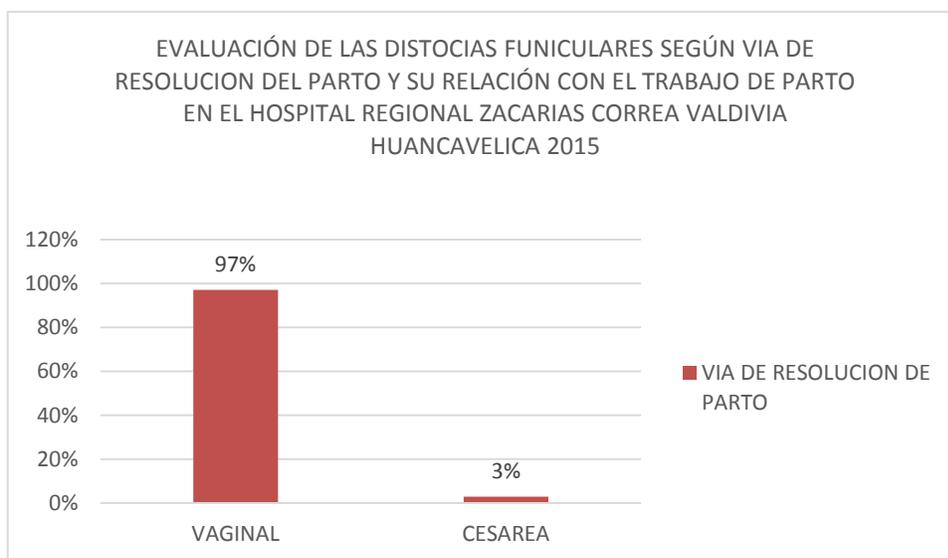


En la tabla se muestra que el tamaño del cordón que se da con mayor frecuencia es el normal en un 61% , el cordón largo en un 35% y cordón corto en un 4%.

EVALUACIÓN DE LAS DISTOCIAS FUNICULARES SEGÚN VIA DE RESOLUCION DEL PARTO Y SU RELACIÓN CON EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA HUANCVELICA 2015

VIA DE RESOLUCION DE PARTO	N°	%
VAGINAL	144	97%
CESAREA	4	3%
TOTAL	148	100%

Fuente: ficha de recolección de datos

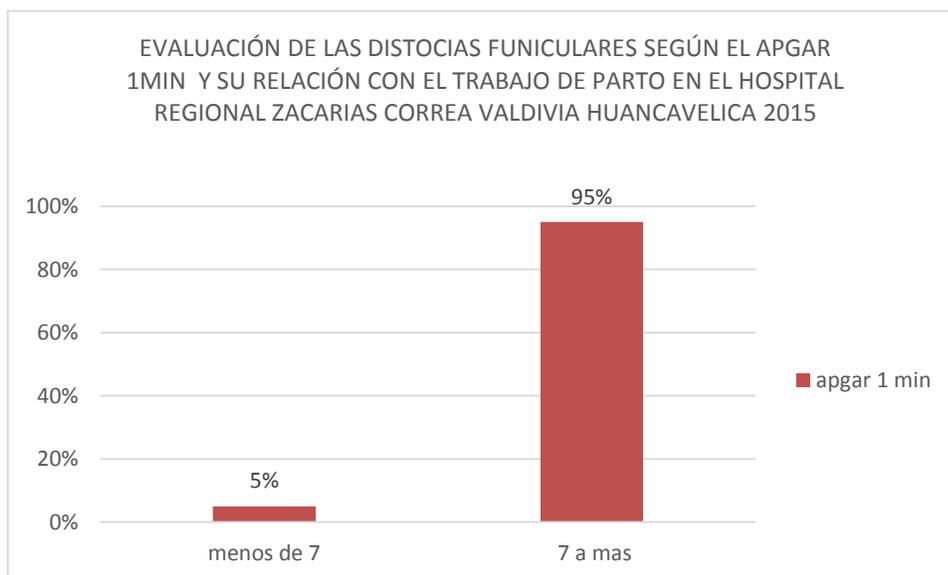


En la tabla se muestra que según la vía de culminación de parto se da con mayor frecuencia el parto vaginal en un 97% y por cesárea 3%.

EVALUACIÓN DE LAS DISTOCIAS FUNICULARES SEGÚN EL APGAR 1MIN Y SU RELACIÓN CON EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA HUANCAVELICA 2015

APGAR 1 MIN	N°	%
MENOS DE 7	8	5%
7 A MAS	140	95%
TOTAL	148	100%

Fuente: ficha de recolección de datos

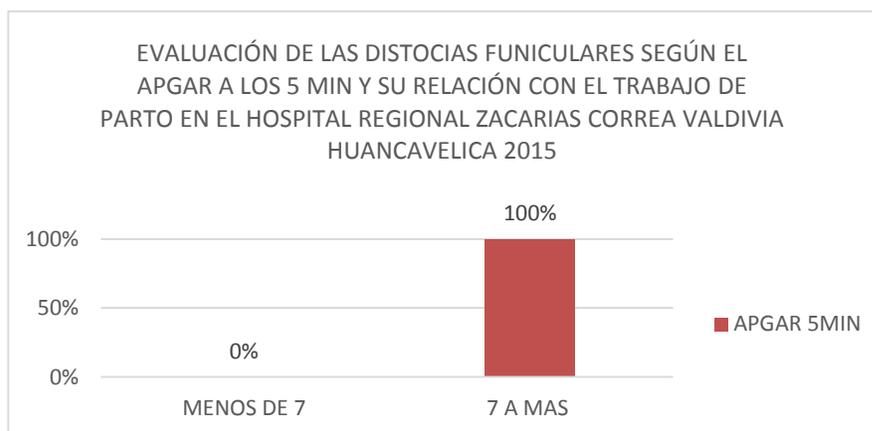


En la tabla se muestra que el apgar al 1 minuto se observa con mayor frecuencia de 7 a más en un 95% y menos de 7 es de 5%.

EVALUACIÓN DE LAS DISTOCIAS FUNICULARES SEGÚN EL APGAR A LOS 5 MIN Y SU RELACIÓN CON EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA HUANCAVELICA 2015

APGAR 5MIN	N°	%
MENOS DE 7	0	0%
7 A MAS	148	100%
TOTAL	148	100%

Fuente: ficha de recolección de datos



En la tabla se muestra que el apgar al 5 minutos con mayor frecuencia se da de 7 a más en un 100% y menos de 7 en un 0%.

DISCUSIÓN

Se realizó una investigación de tipo no experimental a fin de determinar si hay una relación de las distocias funiculares con el trabajo de parto en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015 donde se encontraron 1188 gestantes.

Donde encontramos 148 pacientes de las cuales se investigaron teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para la investigación donde se encontraron circulares de cordón doble, triple, largo, corto.

- Así se encontró que las distocias funiculares simples son de mayor frecuencia en un 80% comparando con los tipos múltiples, siguiendo en orden de frecuencia el circular doble y luego el triple un porcentaje acorde con la literatura mundial
- En circular de cordón simple se obtuvo 80% de los casos, circular doble un 16%, circular triple un 4%, coincidiendo con los resultados de Martínez Aspas Ana, circular de cordón simple 16.8%, circular doble 6% y circular triple un 0.7%.
- El 100% de los recién nacidos con distocia funicular tuvieron un apgar mayor o igual a 7 a los 5 minutos, coincidiendo con el estudio de Pardo Ramírez Pamela Ivette con el resultado del apgar siendo 100%, haci mismo el estudio de Curoto Rodríguez Jackelyne al valorar el apgar obtuvieron un 83.5% de recién nacidos sin compromiso neurológico es decir que fueron niños que nacieron con apgar 8-9.
- Con respecto a la vía de resolución de parto obtuvimos un 97% por vía vaginal y un 3% por cesárea eso quiere decir que la vía de culminación más frecuentes es por vía vaginal coincidiendo con los estudios de Bustamante Zuluaga, donde obtuvo un 91% de parto vaginal, 9% por cesárea, de igual manera con los estudios de Martínez Aspa Ana, partos vaginales 82.6% cesárea 16% y los estudios de Curoto Rodríguez Jackelyne, partos vaginales 64% por cesárea 35.9%.

CONCLUSIÓN

- Existe relación significativa entre las distocias funiculares y las alteraciones del trabajo de parto en el Hospital Zacarías Correa Valdivia – Huancavelica 2015.
- La edad materna donde se presentan con mayor frecuencia las distocias funiculares es de 15-25 años, seguido de 26-36 años y por último en las edades mayores de 36 años.
- El apgar al primer minuto de todos los recién nacidos con presencia de circular de cordón se ubicaron en menor porcentaje (menos de 7 puntos) y con mayor porcentaje se ubicaron (de 7 puntos a mas).
- El apgar al quinto minuto de todos los recién nacidos que presentaron distocia funicular están dentro de los valores normales (7-10 puntos).
- Presencia de distocia funicular en gestantes se da con mayor frecuencia en multigestas seguido de primigestas y por último en gran multigestas.
- Vía de resolución de parto con presencia de distocia funicular se da con mayor frecuencia el parto vaginal y en menor frecuencia por vía alta.

RECOMENDACIONES

- 1.- Se sugiere tener en cuenta la presencia de distocia funicular en las ecografías realizadas durante los controles en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica.
- 2.- Es necesario realizar estudios posteriores con el fin de obtener resultados estadísticamente significativos, en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica.
- 3.- La presencia de distocia funicular por ecografía durante el embarazo debería de complementarse con otros exámenes de bienestar fetal, para obtener mejores resultados perinatales, en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica.
- 3.- Durante el trabajo de parto se debe de monitorear adecuadamente el desarrollo del mismo con el fin de evitar riesgo de morbimortalidad materno perinatal teniendo en cuenta las exámenes de ayuda diagnóstica, en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica.
- 4.- Realizar o solicitar casos clínicos que presentan y analizar el tema en conjunto con el único fin de mejorar el trabajo en equipo para el bienestar de las gestantes y del recién nacido, en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica.

Anexo

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Bustamante-Zuluaga C, Parra-Anaya G, Díaz-Yunez I, Vergara-Quintero F, Nubbila-Lizcano E. Pronóstico perinatal de los fetos con circular de cordón en relación con la vía del parto. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2011 Octubre-Diciembre; LXII(4).
2. Salinas G, Alcaraz a M, Cárdenas M, Cosme M, Lugo R, Yoguez J, et al. La frecuencia cardiaca en fetos con circular de cordón. Clin Invest Gin Obst.. 2013 julio - diciembre; II(1).
3. Ramirez P. Cardiotocografía en el diagnostico de distocia funicular: Hospital Materno Infantil "German Urquidi. Rev Cient Cienc Méd. 2010 enero - diciembre; XII(12).
4. Galiano J, Toro A. Resultados perinatales tras un prolapso de cordon mantenido. Rev. peru ginecol obstet. 2014 Octubre; LX(1).
5. ASPAS A. Diagnostico y control evolutivo de las circulares de cordon en el primer trimestre de gestacion ecografica 3D/4D y doppler. 2012th ed. València Ud, editor. valencia - españa: Copyright: Servei de Publicacions; 2011.
6. Ramos-Rincón A, Cruz-Utrilla A. Manejo de las circulares de cordón en el expulsivo. Matronas profesión. 2015 Mayo; XVI(3): p. 103-107.
7. Zapata E, Zurita N. Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular en el I.M.P., marzo-mayo del 2011. Programa Cybertesis PERÚ ed. Marcos UNMdS, editor. LIMA; 2011.
8. Oscoco D. Factores epidemiologicos del circular de cordon y su asociacion con la asfixia- Hospital de Coracora- Parinacochas Ayacucho 2009-2013. primera

- ed. Ayacucho: Universidad Alas Peruanas ; 2014.
9. Peralta F, Ortiz I. Prevalencia de factores de riesgo materno perinatal que influyen en asfixia perinatal intraparto en parturientas atendidas en centro obstetrico en el instituto nacional materno perinatal periodo 2011. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2012 enero- diciembre ; I(1).
 10. Rodriguez J. Valor predictivo del monitoreo electronico fetal en el diagnostico de distocia funicular en el Hospital Rene Toche Groppo- Chincha. primera ed. Jackelyne , editor. Ica; 2015.
 11. Hernandez K. Distocia funicular y depresion neonatal en pacientes del servicio de obstetricia del Hospital Regional. primera ed. Karen , editor. Ica; 2010.
 12. Betancourt R. Materno fetal. [Online].; 2016 [cited 2016 agosto 16. Available from: <http://www.maternofetal.net/2cordonumbilical.html>.
 13. Kohnle D. Prolapso de cordon umbilical. Copyrigh. 2012 febrero ; LXXX(2).
 14. Ramires J. Accidentes obstetrico. 2015 Marzo; XXXV(1).
 15. Harari D, Ávila D, Meadows T. Nudos verdaderos de cordón umbilical. An Med. 2015 Junio; LX(2).
 16. MUÑOS A, ECHEANDIA J. Factores de riesgo a apgar bajo en el hospital regional docente las mercedes. primera ed. MUÑOS A, ECHEANDIA J, editors. Chiclayo; 2014.
 17. Rovati I. circular de cordon. 2014 febrero.
 18. diccionario medico. doctissimo. 2017.
 19. Kaneshiro N. edad gestacional. Un diagnóstico a tiempo puede salvar tu vida. 2017 enero .

20. Progresos de obstetricia y ginecologia. Elsevier. 2011 noviembre; 54(11).
21. Fernandez L. Caracterización de la gestante adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010 marzo; xxx(2).
22. Cortejoso D. Riesgos y consejos para la embarazada añosa. 2010 diciembre.
23. Embarazo a término. Intra med. 2015 febrero.
24. Avila M D. Nudos verdaderos de cordón umbilical. An Med (Mex). 2015 junio; LX(2).
25. El nudo verdadero. Madre reciente. 2009 octubre.
26. Lovo G. conceptos generales de obstetricia. 2014 febrero.
27. adam. Retraso del crecimiento intrauterino. Medline plus. 2017 marzo.
28. La prueba de Apgar. Medline plus. 2017 marzo.

MATRIZ DE CONSISTENCIA: EVALUACIÓN DE LAS DISTOCIAS FUNICULARES Y SU RELACIÓN CON EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA, HUANCVELICA 2015

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INSTRUMENTO	FUENTE	metodología
<p>PROBLEMA PRINCIPAL: ¿Cuál es la relación que hay entre las distocias funiculares con el trabajo de parto en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015?</p> <p>PROBLEMA SECUNDARIO: ¿Por qué la presencia de distocias funiculares afecta el apgar del recién nacido en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015? ¿De qué manera las distocias funiculares están asociadas con la vía de resolución del parto en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015? ¿En quienes son más frecuentes las distocias funiculares según número de gestaciones en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015? ¿De qué manera las distocias funiculares están asociados a la edad de la gestante en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: - Evaluar z las Distocias Funiculares y su relación con el trabajo de parto en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: - Investigar si la presencia de distocias funiculares afecta el apgar del recién nacido en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015. -Determinar si la presencia de distocias funiculares está asociada con la vía de resolución del parto en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015. -Evaluar si la presencia de distocias funiculares son más frecuentes según número de gestaciones en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015. -conocer si el diagnóstico de distocias funiculares está asociado a la edad de la gestante en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL: Existe relación significativa entre la distocias funiculares y las alteraciones del trabajo de parto en el Hospital Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2015</p>	<p>- Variables Dependiente: "trabajo de parto"</p> <p>- Variables Independientes: "distocia funicular" "edad materna" "paridad"</p> <p>- Variables Intervinientes: "Edad de la gestante" "puntuación del apgar"</p>	Ficha de recolección de datos	Historia Clínicas	Descriptivo Transversal Observacional

MODELO DE FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: HISTORIAS CLÍNICAS

- 1) NOMBRE Y APELLIDOS:
- 2) N° HC: _____
- 3) EDAD MATERNA _____
- 4) EDAD GESTACIONAL
 - A) PRE TERMINO
 - B) ATERMINO
 - C) POST TERMINO
- 5) G _____ P _____
- 6) CLASIFICACION DE DISTOCIA FUNICULAR
 - A) HALLAZGO DE CORDON: SIMPLE _____ DOBLE _____ TRIPLE _____
 - B) CORDON CORTO
 - C) CORDON LARGO
 - D) PROLAPSO DE CORDON: PROCUBITO PROCIDENCIA
 - E) NUDOS DE CORDON
 - F) TIPO DE PARTO: VAGINAL _____ CESAREA _____
- 7) LIQUIDO AMNIOTICO:
 - A) VOLUMEN: _____ cc COLOR: _____
- 8) RECIEN NACIDO
 - A) SEXO MASCULINO FEMENINO
 - B) APGAR 1MIN _____ 5 MIN _____
 - C) PESO: _____gr
 - D) TALLA _____
 - E) EDAD POR EX FISICO: _____
 - F) PC: _____
 - G) PT: _____
 - H) REANIMACIÓN: SI NO



INFORME Nº 491 – 2016/GOB.REG-HVCA/HRZCV-HVCA/OADI.

A : **Obst. DORIS MARISOL QUISPE VALLE**
Jefe del Servicio de Obstetras

ASUNTO : Brindar facilidades para ejecutar proyecto de tesis

FECHA : Huancavelica 23 de Noviembre del 2016.

Por medio del presente me dirijo a Usted para saludarlo cordialmente, y a la vez comunicarle que el Comité de Institucional de Ética en Investigación para Seres Humanos del HRH a través de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación tienen conocimiento de los **PROVEIDO Nº 10416 GOB.REG.-HVCA/GRDS-HD-HVCA/DG**, **PROVEIDO Nº 11128 GOB.REG.-HVCA/GRDS-HD-HVCA/DG**, **PROVEIDO Nº 8652 GOB.REG.-HVCA/GRDS-HD-HVCA/DG** y en este sentido solicito Brindar Facilidades a las investigadoras de acuerdo al siguiente detalle:

COMUNICACIÓN FAMILIAR Y ABORTO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAVELICA ENERO A OCTUBRE 2016

- Almanza Ayala, Rosario
- Ccencho Cencia, Ethel Tatiana

EVALUACION DE LAS DISTOCIAS FUNICULARES Y SU RELACION CON EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAVELICA 2015

- Palomino Marquina, Dely Fiorela

ESTRÉS Y PARTO PROLONGADO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAVELICA 2015

- Pimentel Cocalon, Yesila
- Ramirez Quispe, Doris Marleni

Para lo cual toda información recauda de las historias clínicas durante la investigación será de carácter confidencial, así mismo el investigador será el único con acceso a ellas.

Es todo cuanto informo a Ud. Para los fines pertinentes.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO REGIONAL
HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA
Obsta. Maritza/Jorge Chahuayo
JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

C.c.
Archivo.