



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“RELACION ENTRE DISTOCIA FUNICULAR Y APGAR DEL RECIEN NACIDO
EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL
SOCORRO – ICA 2016”**

PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: GARCIA CARRILLO ALVA MARIA

ICA – PERU

2017

DEDICATORIA

A mi hermana por ser mi soporte y la razón
por la que busco superarme.

AGRADECIMIENTO

A mis padres por ayudarme a cumplir mis metas y siempre darme soporte bajo cualquier circunstancia.

A mis abuelos por impulsarme siempre a seguir adelante, por darme consejos y enseñarme a no rendirme jamás.

A mi asesora por su paciencia y su guía durante este proceso tan complicado y largo.

RESUMEN

Se realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre la distocia funicular y el Apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2016, teniendo un muestreo no probabilístico por conveniencia siendo la muestra de 164 gestantes de un total de 2215 (7.4%), se utilizó un diseño de investigación no experimental, con un nivel correlacional, transversal y retrospectivo, el método que se utilizó fue el documental.

Los resultados obtenidos fueron que el 93.9% de pacientes presentaron distocia funicular de las cuales el 90.3% tuvo un recién nacido con Apgar 7 a 10, seguido del 2.4% con Apgar 4 a 6 y el 1.2% con Apgar de 1 a 3; el 51.2% de gestantes con distocia funicular tuvieron un parto distócico (cesárea); dentro de las características del líquido amniótico, el 75% presentó líquido de color claro y el 99.4% de olor suigéneris.

Se llegó a la conclusión que existe relación estadísticamente significativa entre la distocia funicular y el Apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2016.

PALABRAS CLAVES: DISTOCIA FUNICULAR – APGAR DEL RECIEN NACIDO

ABSTRACT

An investigation was carried out to determine the relationship between funicular dystocia and Apgar of the newborn in pregnant attended at the Hospital Santa Maria del Socorro during the year 2016, having a non-probabilistic sampling for convenience, being the sample of 164 pregnant from a total of 2215 (7.4%), we used a non-experimental research design, with a correlational, transverse and retrospective level, the method used was the documentary.

The results obtained were that 93.9% of pregnant presented funicular dystocia of which 90.3% had a newborn with Apgar 7 to 10, followed by 2.4% with 4 to 6 and 1.2% with Apgar 1 to 3;; 51.2% of pregnant women with funicular dystocia had a distal cesarean delivery; within the characteristics of the amniotic fluid, 75% presented light-colored liquid and 99.4% of suigeneric odor.

It was concluded that there is a statistically significant relationship between funicular dystocia and Apgar of the newborn in pregnant treated at Hospital Santa Maria del Socorro - 2016.

KEY WORDS: FUNICULAR DISTOCIA - APGAR OF THE NEWBORN

ÍNDICE

Caratula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Indice.....	vi
Introducción.....	viii

CAPITULO

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. Descripción de la realidad problemática	9
1.2. Delimitación de la investigación	11
1.3. Formulación del problema	
1.3.1. Problema principal	11
1.3.2. Problemas secundarios	11
1.4. Objetivos	
1.4.1. Objetivo general	12
1.4.2. Objetivos específicos	12
1.5. Hipótesis de investigación	
1.5.1. Hipótesis general	12
1.5.2. Operacionalización de variables	13
1.6. Diseño de Investigación	
1.6.1. Tipo de investigación	14
1.6.2. Nivel de investigación	14
1.7. Población y Muestra de investigación	
1.7.1. Población	14
1.7.2. Muestra	

1.8.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	
1.8.1.	Técnicas	15
1.8.2.	Instrumentos	15
1.9.	Justificación e importancia de la investigación	15

CAPÍTULO II

MARCOTEÓRICO

2.1.	Antecedentes de la investigación	17
2.2.	Bases teóricas	21
2.3.	Marco conceptual	30

CAPÍTULO III

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	32
Contrastación de hipótesis	32
Resultados	
Discusión	39
Conclusiones	40
Recomendaciones	41
Anexos	42
1.- Fuente de información	43
2.- Matriz de consistencia	45
3.- Ficha de recolección de datos	46

INTRODUCCION

La placenta y el cordón umbilical garantizan la supervivencia del feto durante el embarazo aportando oxígeno y nutrientes a la vez que elimina sustancias de desecho. La identificación en el feto de circular de cordón al cuello durante la segunda mitad del embarazo a través del ultrasonido y al momento del trabajo del parto es de gran importancia, debido a la morbilidad y mortalidad perinatal con la que se asocia: anemia neonatal, alteraciones metabólicas del equilibrio Acido-base, asfixia perinatal y muerte fetal.^{1,2}

La prevalencia de esta entidad varía desde 15% durante el embarazo, hasta 33% al momento del parto. La frecuencia elevada de circular de cordón ha sido asociada a longitud excesiva del cordón umbilical, polihidramnios, fetos pequeños.³ En los casos en que existe el diagnóstico y no hay datos clínicos de sufrimiento fetal, es indicación de vigilancia con monitoreo fetal durante el trabajo de parto, y ante la aparición de desaceleraciones variables o datos de compresión del mismo puede volverse indicación de parto quirúrgico.⁴ La búsqueda rutinaria, por medios ultrasonográficos de circular de cordón puede contribuir a disminuir la morbimortalidad perinatal.³ En Obstetricia es importante evaluar, controlar y mejorar en todo momento la salud fetal. El proceso del nacimiento ha sido descrito como peligroso y la expectativa es que los riesgos y los problemas durante este proceso deberían ser prontamente reconocidos, de manera que permitan tomar acciones correctas y oportunas.

Por ello se toma este tema para conocer cómo influye la distocia funicular en el Apgar del recién nacido y así poder tomar decisiones oportunas en el momento del trabajo de parto evitando complicaciones sobre todo para el recién nacido.

La conclusión que se obtuvo en esta investigación es que la distocia funicular tiene relación estrecha con el Apgar del recién nacido.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La mortalidad perinatal es un indicador que considera a los productos nacidos muertos de las 22 semanas en adelante y a los nacidos vivos que fallecen antes de los 7 días del parto. Según la organización mundial de la salud el total de muertes neonatales en 1990 fue de la 4.6 millones, disminuyendo para el años 2012 a 2.9 millones, siendo respectivamente 33 muertes por cada 1000 nacidos vivos en el 1990 y 21 muertes por cada nacido vivo en el año 2012. A nivel mundial, casi una cuarta parte de las muertes neonatales fueron causadas por sepsis y meningitis (12%), neumonía (10%) o diarrea (2%) en 2012. Otro 34% de las muertes neonatales fueron causados por complicaciones de parto prematuro. En América Latina la reducción de la tasa de muerte neonatal es de 55%, pasando de 33 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 10 en 2012, es decir actualmente se registran aproximadamente 106 mil defunciones neonatales anualmente. Esta situación también se observa en nuestro país, donde la tasa de muerte neonatal se redujo según ENDES 2012, en un 67% y está directamente relacionada al incremento de la cobertura y mejora de la calidad de los cuidados prenatales y la atención del parto institucional. De acuerdo a información proporcionada por el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal Neonatal de la

Dirección General de Epidemiología (SNVEPN) las principales causas de muerte neonatal son prematuridad (29%), infecciones (20%) y asfixia (16%), estas causas están relacionadas con determinantes y morbilidad que afecta a la madre durante la gestación y en el momento del parto. El peso al nacer es una variable usada para evaluar las posibilidades de supervivencia de un recién nacido en sus primeros momentos de vida. Según el Subsistema de Vigilancia Epidemiología Perinatal Neonatal de la Dirección General de Epidemiología, el 50% de las defunciones de RN con peso normal, es decir con peso igual o mayor a 2500 gramos, registra como causas de muerte la asfixia seguida de las infecciones.²¹

Durante la gestación el cordón umbilical es el encargado de comunicar al feto con la placenta para el aporte de los alimentos y el oxígeno necesarios para su desarrollo. Además se encarga de eliminar sustancias tóxicas que el feto debe separar de su organismo, por lo tanto cumple funciones prescindibles para la supervivencia y desarrollo indicándonos así que cualquier alteración en este pondría en riesgo su vida.

Los cordones muy largos tienen una mayor incidencia de enrollamiento del cordón alrededor del cuerpo o el cuello fetal.⁵ La aparición de circular del cordón alrededor del feto es un hallazgo frecuente en los partos normales. El 20% del total de partos vaginales normales presentan circular de cordón en alguna parte del feto⁶.

Su aparición no siempre está asociada con alteraciones en la oxigenación del feto. Actualmente pueden diagnosticarse circulares de cordón umbilical mediante el uso de monitoreo fetal y estudios de Doppler obstétrico.⁷

Se considera distocia funicular a toda situación anatómica y/o posicional que conlleva a riesgo de trastorno del flujo sanguíneo de los vasos umbilicales, lo cual incluye alteraciones del tamaño (corto o largo), circulares (simple, doble o triple en el cuello o cualquier parte fetal), prolapso, procúbito, laterocidencia, nudos o falsos nudos.³ Pocos son los casos que complican la salud del feto y que contraindican un parto vaginal. A veces ocurre que en el trabajo de parto, con el descenso del feto hacia el canal del parto un circular del cordón puede afectar el pasaje de sangre y en consecuencia privar al feto del oxígeno y nutrientes necesarios para la evolución normal del parto.⁸ Esta situación se detecta mediante un correcto control de todo el

trabajo de parto y en casos de complicaciones, siempre hay tiempo para que no haya secuelas en el feto por la falta de oxigenación y se interviene rápidamente con una operación cesárea.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación Espacial: la investigación se realizó en el servicio de Obstetricia del Hospital Santa María del Socorro Ica.

Delimitación Social: Se realizó el estudio en las gestantes quienes presentaron distocia funicular.

Delimitación temporal: el periodo de estudio se realizó durante el año 2016.

Delimitación conceptual: el estudio corresponde a las Ciencias de la Salud donde se trató de relacionar la distocia funicular con el Apgar del recién nacido.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema principal

¿Qué relación existe entre la distocia funicular y el Apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2016?

1.3.2. Problemas secundarios

- ¿Cuáles son los tipos de distocia funicular que se presentan en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2016?
- ¿Cuál es la vía de terminación del parto según la distocia funicular que se presentan en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2016?
- ¿Qué características presenta el líquido amniótico en la distocia funicular en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2016?
- ¿Cuál es la puntuación Apgar que se presentó en mayor porcentaje en las gestantes con distocia funicular atendidas en el Hospital Santa María del Socorro -2016?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación que existe entre la distocia funicular y el Apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2016

1.4.2. Objetivos Específicos

- Conocer los tipos de distocia funicular que se presentan en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro –2016
- Determinar la vía de terminación del parto según la distocia funicular que se presentan en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2016.
- Determinar las características que presenta el líquido amniótico en distocia funicular de gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2016
- Determinar cuál es la puntuación Apgar que se presentó en mayor porcentaje en las gestantes con distocia funicular atendidas en el Hospital Santa María del Socorro -2016

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Existe relación estadística entre la distocia funicular y el Apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2016.

1.5.2. Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Tipo de variable	Naturaleza	Escala	Unidad de medida	Prueba de significancia	Fuente
Distocia funicular	Trastorno del cordón umbilical que puede comprometer la vitalidad fetal y del recién nacido	Independiente	Cualitativa	Nominal	Circular de cordón. Prolapso de cordón Nudos de cordón.	Distribución porcentual. Chi cuadrado	Ficha de recolección de datos
Apgar del recién Nacido	Prueba de evaluación del cuadro de vitalidad de un recién nacido que se realiza al minuto y 5 min. de nacido.	Dependiente	Cuantitativa	Dicotómica	1-3 Depresión severa 4-6 Depresión moderada 7-10 normal		

1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

1.6.2. Tipo de investigación

- Correlacional, retrospectivo y transversal.
- Correlacional ya que se trató de explicar la relación que existe entre la distocia funicular y Apgar del recién nacido.
- Retrospectivo por que los datos se obtuvieron de tiempo pasado, es decir del año 2016.
- Transversal, porque las variables se midieron en un solo momento.

1.6.3. Nivel de investigación

Analítica

1.6.4. Método

Documental porque se utilizaron los datos consignados en las historias clínicas.

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

1.7.2. Población

La población estuvo conformada por 2215 gestantes que acudieron al Hospital Santa María del Socorro para su atención de parto durante el año 2016.

1.7.3. Muestra

La muestra estuvo conformada por todas las pacientes de parto que presentaron distocia funicular, haciendo un total de 164 siendo un muestreo no probabilístico por conveniencia tipo censal.

Criterios de Inclusión:

- Historias clínicas con datos completos.

- Gestantes que presenten distocia funicular en el momento del parto
- Gestantes sin patología obstétrica.

Criterios de Exclusión:

- Historias clínicas con datos incompletos.
- Gestantes que no presenten distocia funicular.
- Gestantes con distocia funicular y patología obstétrica.

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.2. Técnicas

- Se solicitó permiso a la dirección del hospital Santa María del Socorro a fin de que se me autorice para obtener datos de las historias clínicas y del sistema informático perinatal.
- Se revisó el libro de sala de partos para obtener los nombres e historias clínicas de las pacientes motivo de estudio.
- Los datos obtenidos de las historias clínicas se consignaron en la ficha de recolección de datos debidamente validada.

1.8.3. Instrumentos

- Historias clínicas.
- Ficha de recolección de datos.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El feto se encuentra conectado por el cordón umbilical a la placenta, órgano que se desarrolla e implanta en el útero de la madre durante el embarazo. A través de los vasos sanguíneos del cordón umbilical, el feto recibe de la madre la nutrición, el oxígeno y los indispensables para su desarrollo. Los productos de desecho y el dióxido de carbono del feto se envían al sistema

circulatorio de la madre a través del cordón umbilical y la placenta para su eliminación. La vena umbilical es la encargada de llevar sangre ricamente oxigenada de la placenta hacia el feto a través del cordón umbilical.²⁶

El circular de cordón umbilical ha adquirido una gran importancia debido a su frecuencia en la práctica obstétrica y es un importante tema de estudio considerando que puede ser causa de complicaciones en el embarazo y parto.

Se eligió este tema de investigación a fin de conocer si la distocia funicular tiene relación con el Apgar del RN en todos los casos que ocurrieron en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2016, se quiere conocer también los tipos de distocia funicular más comunes como los circulares de cordón umbilical, nudos o prolapsos que se presentan considerándose que no todas las distocias funiculares son indicación absoluta de cesárea.

La importancia de este estudio radica en que con los resultados obtenidos conocemos la relación que existe entre la distocia funicular y la puntuación asignada al recién nacido.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Internacionales:

Arelis, N.; Cardona, O: Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer – Hospital Materno provincial Docente Mariana Grajales Coello – Santiago de Cuba - 2009

La edad materna y la edad gestacional al 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. Se comprobó que al actuar en el diagnóstico temprano y de certeza de un CIUR se lograría un mejor y mayor impacto en la población expuesta¹¹.

Soto, M.; Aguirre, M.: Resultado Perinatal asociado con Cordón Umbilical al cuello fetal y su relación con la vía del Resolución del Embarazo, Hospital San Juan de Dios del 01 de agosto del 2006 al 31 de mayo del 2011 – Guatemala.

La edad promedio fue de 27 años. El 70.5% de (n=67) tuvieron control prenatal en el hospital. La vía de resolución del parto fue vaginal en 63.1% (n=60) y 36.9% (n=35) por cesárea. La indicación principal para la realización de la cesárea fue desaceleraciones variables con el 34.3% (n=12). De los recién nacidos, 11 presentaron puntuación de Apgar mayor de 7 al minuto, ninguno estuvo por debajo de dicha puntuación a los 5 minutos. Un recién nacido fue ingresado a Unidad de cuidados neonatales con diagnóstico de síndrome de aspiración meconial, este embarazo fue resuelto por cesárea, el cual presentó evolución favorable y fue dado de alta en condiciones estables. No hubo mortalidad perinatal.¹²

Vagoslayer, H.: Relación entre circular de cordón y Apgar del Recién Nacido, Hospital Obrero N° 02 de la Caja nacional – Cochabamba – Bolivia

Del total de 177 recién nacidos con presencia de circular de cordón en cuello se realizó un promedio del puntaje de Apgar obteniendo el minuto y a los 5 minutos evidenciándose una diferencia notoria en los valores resultantes de la evaluación el primer minuto y no así de los valores a los 5 minutos.

Se evidenció también que la presencia de circulares de cordón umbilical es más frecuente en RN de sexo masculino con un 65.5% frente a un 34.5% del sexo femenino; se demostró que es más frecuente en mujeres multíparas 69.8% frente a un 30.2% de mujeres primíparas. El peso de los RN con circular de cordón oscilaba en la mayoría de los casos entre 3000 a 3500 grs. en un 72%.¹³

Ballester, A.: Circular de Cordón y se repercusión Perinatal – Universidad Abierta Interamericana, Rosario Argentina – 2010

Se llegó a las siguientes conclusiones: el 79.9% de los circulares de cordón eran deslizables y el 20.1% no deslizables; de los que presentaron una vuelta, el 18.2% no eran deslizables; de las que presentaron dos vueltas, el 27.3% no eran deslizables y de las que presentaron tres vueltas el 100% no eran deslizables. En

cuanto a la edad materna más frecuente comprendía al intervalo de 25 a 34 años; la cantidad de gestas tuvo un promedio de 1.9; los grupos no presentan diferencias en la frecuencia de partos vaginales y cesáreos. El parto instrumental se presentó en el 63.6% del grupo con circular de cordón y en el 36.4% del grupo sin circular de cordón; los grupos no presentan diferencias significativas en el peso de los recién nacidos.

El puntaje Apgar al minuto de 3 a menos el 33.3% presentaban circular de cordón y de los que tuvieron un puntaje superior a 6 el 49.8% presentaron circular de cordón. El puntaje Apgar a los 5 minutos de 6 o menos el 66.7% presentaban circular de cordón y de los que tuvieron un puntaje superior a 6 el 49.8% presentaron circular de cordón.

Se encontró una relación significativa entre la presencia de meconio en el líquido amniótico y el circular de cordón.¹⁴

Nacionales:

Merino, S.: Distocia Funicular y Depresión Neonatal en Recién Nacidos a término de Parto Eutócico atendidos en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Collique - Lima 2012

El presente estudio determinó que el riesgo de presentar algún grado de depresión neonatal es 5 veces mayor cuando existe distocia funicular. La frecuencia de distocia funicular prevalente fue del 7%. Casi la mitad de los casos con distocia funicular presentó algún grado de depresión neonatal.¹⁵

Arana, L.: Factores de riesgo asociados a puntaje apgar bajo al nacer en neonatos del Hospital Belén de Trujillo– Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo –Perú 2014

Se llegó a las siguientes conclusiones: La prematuridad es factor de riesgo asociado a puntaje Apgar bajo al nacer. El bajo peso al nacer es factor de riesgo asociado a puntaje Apgar bajo al nacer. La preeclampsia es factor de riesgo asociado a puntaje Apgar bajo al nacer. El expulsivo prolongado es factor de riesgo

asociado a puntaje Apgar bajo al nacer. El líquido amniótico meconial es factor de riesgo asociado a puntaje Apgar bajo al nacer. La cesárea es factor de riesgo asociado a puntaje Apgar bajo al nacer.

Locales

Curotto, J.: Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el Diagnóstico de Distocia Funicular en el Hospital Rene Toche Groppo – Chincha – 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 del monitoreo electrónico fetal en el Diagnóstico de distocia funicular es 33.5%, es decir la probabilidad que tenga distocia funicular en 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 del 23.7%.El término del embarazo fue de cesárea con un 35.9% y parto vaginal 64%. Al valorar el test de Apgar en los recién nacidos en un 83.5% no tuvo compromiso neurológico.

2.2. BASES TEÓRICAS

DISTOCIA FUNICULAR

Se considera distocia funicular a toda situación anatómica y/o posicional que conlleva riesgo de trastorno del flujo sanguíneo de los vasos umbilicales, lo cual incluye alteraciones del tamaño (corto o largo), circulares (simple, doble, triple) en el cuello o en cualquier parte fetal, prolapso, procubito, laterocidencia, nudos, o falsos nudos.

La distocia funicular puede interrumpir total o parcialmente la circulación umbilical, esta se puede identificar en un trazado cardiotopográfico, estudiando el comportamiento de la frecuencia cardíaca fetal observándose desaceleraciones variables¹⁶.

El cordón umbilical puede enrollarse alrededor del cuello del feto más frecuentemente según advierte Parer y King¹⁶ en un 30% aproximadamente en recién nacidos y del 1% aproximado de nudos, el cual juega un rol importante en el resultado neonatal, además podemos observar que en embarazos únicos una incidencia del 20.4% y del 10% entre mellizos.¹⁶

El diagnóstico clínico es difícil ya que está relacionado a anomalías de presentación, situación y posición fetal; la presencia de circular de cordón se relaciona a la movilización excesiva del feto, longitud exagerada del cordón umbilical al exceso de líquido amniótico.¹⁸

CIRCULARES DE CORDÓN UMBILICAL AL CUERPO DEL FETO:

El cordón puede enrollarse sobre las partes fetales (cuello, tronco, miembros), formando vueltas de espiral o circulares, se presenta en un 25 a 30% de los nacimientos. Las más frecuentes se asientan en torno del cuello, donde el funículo forma un circular o a veces más. Las causas 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 se produce una disminución de longitud de la parte libre del cordón que puede apreciarse teniendo en cuenta lo que mide un circular

según el segmento fetal que circunda; 32 cm para el cuello, 15 cm. para el muslo y 10 cm para el brazo. Durante el embarazo aunque raramente, estos circulares pueden producir accidentes. El diagnóstico antes del parto sólo puede sospecharse y reposa sobre signos muy vagos como soplo con signo ritmo, alteraciones del ritmo de la frecuencia cardiaca fetal, falta de encajamiento fetal al término. Durante el parto, algunos puntos diagnósticos son semejantes a los de la brevedad del cordón. En muy pocos casos pueden ser causa de sufrimiento fetal agudo intraparto (Dips variables mayores de 30 segundos).¹⁷

PROLAPSO DE CORDÓN UMBILICAL

Protrusión del cordón umbilical en el canal del parto por delante de la presentación fetal. 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. El prolapso franco de cordón umbilical se da aproximadamente en el 0.4 % (entre el 0,3-0,7%) de los partos.

Factores Predisponentes:

Todas aquellas situaciones que impidan una buena adaptación del feto al estrecho superior de la pelvis, quedando espacio para que al producirse la amniorraxis el cordón pueda deslizarse hacia la vagina a través del cérvix, favorecerán la instauración del prolapso de cordón umbilical.

Alteraciones de la situación y Presentación fetal: Situaciones transversas y oblicuas. Presentación podálica (más frecuente en las nalgas incompletas).

Alteraciones de la pelvis materna: Estenosis pélvica. Desproporción céfalo pélvica. Prematuridad o bajo peso.

Embarazos gemelares: Frecuentes mal posiciones, bajos pesos y más de un cordón.

Multiparidad: Por mayor frecuencia de anomalías de situación y presentación.

Polihidramnios: La rotura de la bolsa de las aguas produce una salida brusca de líquido amniótico, que puede arrastrar consigo al cordón umbilical.

Iatrogenia: Desempeña un papel importante hasta en la tercera parte de los casos. Lo más frecuente es la amniorraxis artificial y fundamentalmente cuando se practica con presentaciones demasiado altas o en presentaciones anómalas no diagnosticadas. En la literatura se ha citado ampliamente, si bien en los estudios clínicos no se ha corroborado, una clara relación con los siguientes casos: Cordón excesivamente largo. Placenta de inserción baja.

Fisiopatología:

Las alteraciones fetales dependerán del grado de compresión y si existen o no contracciones uterinas: Así como en el procúbito generalmente no se adapta de forma firme la presentación al canal del parto y el compromiso de la circulación umbilical no es muy acusado, al producirse la amniorraxis la presentación se ve impulsada al canal del parto, atrapándose el cordón entre éste y el feto, de tal suerte que dificulta o anula la circulación umbilical con las graves repercusiones hipóxicas que esto supone. Las presentaciones cefálicas son las de mayor riesgo, puesto que la compresión tiende a ser más intensa. Aparecen alteraciones en los latidos cardiacos fetales, que traducen una insuficiente oxigenación. Habitualmente se produce un sufrimiento fetal agudo que puede llevar a la muerte intrauterina.

Diagnóstico:

Visión directa en los casos en que aparece en vulva. Visión con espéculo del cordón en vagina. Tacto vaginal, tocando el cordón, latiendo o no, por delante de la presentación. Más fácil de palpar en la procidencia que en el procúbito. La laterocidencia es muy difícil de diagnosticar por tacto vaginal si la bolsa de las aguas está íntegra. Suele sospecharse por la presencia de deceleraciones variables en el control cardiotocográfico. En el caso de que dicho trazado se repita en cada contracción uterina, es obligatorio comprobar que no existe un prolapso de cordón. En ecografías rutinarias practicadas al final del embarazo pueden diagnosticarse ocasionalmente procúbito o latero incidencias.²⁰

Pronóstico:

El pronóstico fetal es malo. Las series más modernas todavía informan de una mortalidad entre el 10–20 %.

Tratamiento:

Es necesario establecer si el feto está vivo o muerto. Hay que recordar que el cordón prolapsado puede no pulsar y, sin embargo, el feto puede estar vivo. Se utilizarán para la comprobación estetoscopio, doppler o ecografía de tiempo real:

Si el feto está muerto, salvo circunstancias excepcionales de desproporción, situación transversa, etc., se adopta una postura expectante y se optará por la vía vaginal.

Si el feto está vivo se practicará cesárea urgente. Previamente a la extracción del feto, se tomarán las siguientes medidas encaminadas a impulsar a la presentación hacia la parte superior del canal del parto y disminuir la presión de la presentación sobre el cordón umbilical:

- Inhibir la dinámica uterina.
- Rellenando la vejiga urinaria materna con 500-700 ml de solución salina.
- Colocar a la paciente en Trendelenburg, o en posición genupectoral.
- Rechazar manualmente la presentación fetal hacia el abdomen en un intento de aliviar la compresión funicular.²⁰

NUDOS DE CORDÓN**Nudos verdaderos de cordón**

No deben ser confundidos con los abultamientos o espesamientos del cordón ni con las varicosidades que a veces presentan los vasos funiculares (falsos nudos). Los nudos verdaderos pueden ser simples o complicados, únicos o múltiples, antiguo o recientes. Se presentan con una frecuencia del 1% y se constituyen a menudo en la época en que el feto es muy móvil; los desplazamientos activos o pasivos del feto determinan su pasaje por un bucle del cordón, circunstancia que se halla favorecida por la longitud anormal del funículo, por la mayor cantidad de

líquido y por la flacidez del útero, lo que explica que sean más frecuentes en las multíparas.

Los nudos viejos están bien cerrados; la compresión a ese nivel produce atrofia de los tejidos, por lo que la gelatina se halla aplastada y es poco abundante; la compresión vascular puede llegar a determinar alteraciones en el desarrollo del feto. Como los vasos están comprimidos o estirados, al deshacer el nudo se reconoce su localización por este adelgazamiento.

Los nudos recientes se constituyen durante el parto, al pasar el feto por una asa amplia del cordón que se ciñe alrededor del tronco o del cuello. Estos nudos suelen permanecer flojos: desatados después del parto, el cordón no denota compresión alguna, ya que no ha habido tiempo para que en él se produzcan modificaciones anatómicas.

Los nudos de cordón se asocian con una elevada mortalidad perinatal.

Es una condición relativamente frecuente, reportada en hasta el 1,25% de los embarazos. Resulta especialmente difícil su diagnóstico antenatal. Se han informado casos de hasta 4 nudos verdaderos en un mismo cordón. Aunque parezca extraño, es muy raro que el nudo verdadero logre finalmente contraer los vasos, debido a la naturaleza resbaladiza del cordón umbilical. Si este fenómeno llegara a ocurrir, la muerte fetal es un evento prácticamente seguro. De hecho, los fetos cuyos cordones tienen un nudo verdadero tienen un riesgo de muerte 4 veces mayor que el basal para la edad gestacional, en especial a partir de las 30 semanas.

Nudos falsos de cordón

El cordón está normalmente arrollado en espiral sobre su eje debido a la distinta longitud de sus vasos: se producen 5 a 10 espirales, que se forman por enroscamiento o rotación de izquierda a derecha de las arterias sobre la vena. Si esta exageración en la torsión está localizada en un punto, el cordón se adelgaza y el calibre de los vasos se reduce, lo que puede, por detención de la circulación fetal, causar la muerte del feto. Su incidencia es muy baja.

CORDONES CON NÚMERO ANORMAL DE VASOS

Cordón con 2 vasos Arteria umbilical única (AUU)

Es la anomalía congénita más frecuentemente encontrada durante el examen del cordón umbilical. Su frecuencia reportada en las distintas series varía entre el 0,2 al 1,1% de las gestaciones únicas y entre el 6 y el 11% para las gestaciones múltiples. El proceso de selección para la arteria que falta es con toda probabilidad al azar, describiéndose una ligera preferencia por la ausencia de arteria umbilical izquierda. Se asocia, entre otros riesgos perinatales con: Muerte fetal in útero, restricción del crecimiento fetal, anomalías estructurales fetales y aneuploidias. Las malformaciones congénitas asociadas a esta condición han sido reportadas en hasta un 46% de los casos. En un metanálisis que incluyó 37 estudios relacionados a AUU, la asociación con malformaciones estructurales fetales fue de 27% entre los recién nacidos vivos y de un 66,3% de los fetos abortados espontáneamente y mortinatos. A continuación se enumeran todas las anomalías estructurales fetales reportadas en asociación con AUU.

- Musculoesqueléticas: Labio leporino y fisura palatina, polidactilia, reducción de extremidades anomalías vertebrales, anomalías costales y esternales.
- Urogenitales: Agenesia renal, displasia e hipoplasia renal, riñón en herradura, hidroureteronefrosis, anomalías wolffianas, malformaciones genitales externas.
- Cardiovasculares: ductus arterioso persistente, anomalías conotruncales, anomalías valvulares.
- Gastrointestinales: Atresia o estenosis esofágica, fístula tráqueo esofágica, ano imperforado, malrotación intestinal, onfalocele y gastrosquisis.
- Sistema Nervioso Central: Defectos de cierre del tubo neural, anencefalia, mielomeningocele

Se encuentra AUU en el 6,1 - 11,3% de los fetos aneuploides, principalmente trisomías 18 y 13. Raramente se encuentra en asociación con otras trisomías autosómicas o de los cromosomas sexuales. No hay consenso actualmente en realizar cariotipo fetal ante el hallazgo de AUU a menos que ésta se asocie a Restricción del Crecimiento Fetal Intrauterino o a otras anomalías estructurales. En el 31% de los fetos aneuploides se encuentran otras anomalías estructurales. El

diagnóstico ultrasonográfico clásico se realiza mediante la visualización de un corte transversal del cordón en cualquiera de sus segmentos. En él se observarán sólo dos vasos. El uso del Doppler color puede ayudar al diagnóstico. Una manera más sencilla de hacer el diagnóstico es mediante la identificación de las arterias umbilicales a cada lado de la vejiga fetal con la ayuda del Doppler color. Este método es especialmente útil cuando nos enfrentamos a casos de oligohidramnios severo.

TEST DE APGAR

En 1952, la Dra. Virginia Apgar desarrolló un sistema de evaluación sencilla y aplicación rápida para determinar las condiciones clínicas al nacimiento de los neonatos; 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. Años más tarde se hicieron estudios para determinar si esta calificación podría servir como un indicador pronóstico de asfixia, de tal manera que se realizó una clasificación de asfixia perinatal con base en el Apgar, que no fue la idea original de su autora; así, una puntuación de 4 a 6 al primer minuto indicaba asfixia moderada y de 0 a 3 asfixia severa; este criterio se incluyó en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); describiéndose la siguiente clasificación: recién nacido sin depresión cuando el Apgar es de 7 a 10 puntos a los cinco minutos, depresión moderada con 4 a 6 puntos y depresión severa con 3 puntos o menos¹. En años recientes, se empezó a utilizar el término de «Apgar bajo» cuando la calificación era igual o menor a 6, a los minutos 1 y 5, con fines de vigilar alguna mala evolución desde el punto de vista neurológico y se agregó el término de «recuperado» cuando el puntaje era igual o mayor a 7, a los 5 minutos o «no recuperado» menor a 7, a los 5 minutos, y si a estos pacientes se les toma una gasometría, se adiciona el término de «con o sin repercusión gasométrica» cuando presentan valores normales o menores a lo normal, respectivamente. A los neonatos con esta última característica se les denomina «de alto riesgo neurológico». El puntaje Apgar

consiste en evaluar 5 características fácilmente identificables y asignarle a cada una de ellas un valor de 0 a 2. Un valor de 7 o mayor indica que la condición del neonato es buena o excelente, se realiza al minuto y a los 5 minutos, de los 2 scores, el de los 5 minutos es considerado como el mejor predictor de supervivencia en la infancia. La coloración cianótica de un recién nacido al momento del nacimiento se debe a su alta capacidad para transportar oxígeno y su relativamente bajo contenido de saturación de oxígeno. El color al momento del nacimiento se valora mediante la observación, la cianosis puede presentarse en las extremidades. Es por eso que no existe Apgar 10/10, ya que el neonato pierde puntaje en el parámetro del color, ya que todos nacen con coloración cianótica por lo antes expuesto. El esfuerzo respiratorio se considera como el signo más importante del score de Apgar, es el segundo signo en desaparecer cuando el neonato sufre depresión respiratoria, marca el inicio de la respiración pulmonar y con ello el inicio del proceso de adaptación cardiocirculatoria neonatal. La forma de evaluación del esfuerzo respiratorio es mediante la observación de la ventilación del recién nacido, que puede ir desde apnea, ser muy irregular o regular. Es el parámetro que indica o ayuda a decidir si se inicia la reanimación. El tono muscular y la irritabilidad constituyen los signos neurológicos del score de Apgar, que desaparecen en tercer y cuarto lugar respectivamente. Las alteraciones del tono muscular traducen los cambios metabólicos (acidosis mixta) y circulatorios (hipotensión) que afectan la función del músculo estriado esquelético. Por otro lado, la ausencia de irritabilidad refleja el agotamiento de los mecanismos de compensación hacia el cerebro por falta de aporte de oxígeno. La frecuencia cardíaca es el último signo del score de Apgar en desaparecer en un recién nacido deprimido, ya que el recién nacido al igual que en el feto tienen una mejor capacidad adaptativa a situaciones de hipoxia, gracias a su menor utilización energética tisular y al mayor contenido de glicógeno del músculo cardíaco, lo que le permite mantener la función cardíaca por períodos más prolongados que el adulto.

En cuanto a la sensibilidad del test de Apgar se ha descrito que es aproximadamente del 47%, con una especificidad del 90%.²⁰

Los cinco criterios del Apgar son:

PARAMETROS	0 puntos	1 punto	2 puntos	Acrónimo
Color de la piel	Palidez o cianosis generalizada	Cianosis distal	rosado	A pariencia
Frecuencia cardíaca	ausente	FC menor de 100 latidos por minuto	FC mayor de 100 latidos por minuto	P ulso
Reflejos e irritabilidad	sin respuesta a estimulación	mueca	estornudos llanto vigoroso	G esto
Tono muscular	flácida	alguna flexión	movimiento activo	A ctividad
Respiración	ausente	Llanto débil respiración irregular	Llanto Fuerte Respiración normal	R espiración

Depresión severa: puntaje 1-3

Depresión moderada: puntaje 4-6

Normal: puntaje 7-10

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Apgar.-** índice que mide el grado de depresión respiratoria neonatal en base a cinco parámetros, es útil para el pronóstico del recién nacido.
- **Cordón corto.-** cordón umbilical con una longitud igual o menor de 35cm.
- **Cordón largo.-** cordón umbilical con una longitud igual o mayor a 70cm.
- **Distocia funicular.-** Se considera distocia funicular a toda situación anatómica y/o posicional que conlleva riesgo de trastorno del flujo sanguíneo de los vasos umbilicales, lo cual incluye alteraciones del tamaño (corto o largo), circulares (simple, doble o triple en el cuello o cualquier parte fetal), prolapso , procubito, laterocidencia, nudos o falsos nudos.²⁴
- **Edad materna.-** edad cronológica que tiene la gestante desde su nacimiento hasta el momento del parto de su hijo.
- **Frecuencia cardiaca.-** número de veces que el corazón late por minuto.
- **Laterocidencia.-** ocurre cuando el condón umbilical se sitúa al lado de la presentación sin sobrepasarla, pudiendo estar las membranas amnióticas rotas o íntegras.
- **Líquido amniótico.-** líquido producido por el amnios en el periodo más temprano de la gestación y después por los pulmones y los riñones fetales.
- **Nudos falsos.-** se produce por la torsión que experimentan los vasos sanguíneos fetales para adaptarse a su longitud.
- **Nudo verdadero de cordón.-** son el resultado de movimientos excesivos del feto. Es necesario diferenciarlos de los nudos falsos que se producen, generalmente, por el retorcimiento de los vasos para acomodarse. Los nudos verdaderos producen una disminución del flujo placenta – feto, dependiendo de si están o no ajustados y de su antigüedad.¹⁹
- **Paridad.-** número de partos por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos) que pesan 500 gramos o más y que

poseen más de 20 semanas de gestación

- **Piel.**-Capa de tejido resistente y flexible que cubre y protege el cuerpo del ser humano.
- **Prolapso.**- el cordón umbilical desciende dentro de la vagina prematuramente; con más frecuencia después que las membranas se han roto
- **Procubito.**-presentación de cordón umbilical cuando este se encuentra por delante de la presentación fetal con la bolsa o membranas amnióticas integra.
- **Reflejos.**-Capacidad que tiene una persona para reaccionar de forma rápida y eficaz ante un hecho imprevisto.
- **Respiración.**-proceso vital el cual consiste en la entrada de oxígeno al cuerpo de un ser vivo y la salida de dióxido de carbono del mismo.
- **Tono muscular.**-es la contracción parcial, pasiva y continua de los músculos

CAPÍTULO III
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
CONTRASTACION DE HIPOTESIS

Para comprobar las hipótesis se considera lo siguiente:

H_a = Existe relación estadísticamente significativa entre la distocia funicular y el Apgar del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2016.

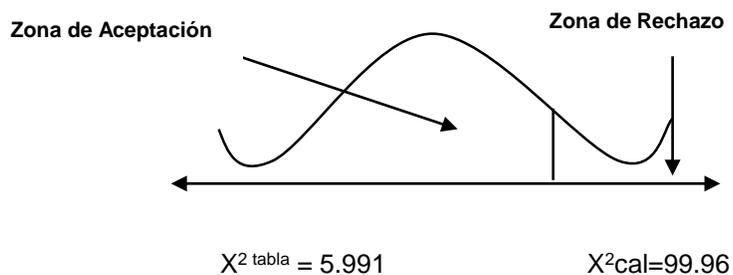
H_o = No existe relación estadísticamente significativa entre la distocia funicular y el Apgar del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2016.

Para efectuar la prueba de hipótesis de acuerdo a los resultados arribados en el procesamiento de datos, con un margen de error de 5% se graficó la prueba de Chi-cuadrado con la siguiente formula; $X^2 = \sum \left(\frac{f_o f_e}{f_e} \right)^2$ con un 95% de confianza y grado de libertad de 2.

Regla de decisión: Si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0

Apgar del RN y Distocia funicular					
			Distocia funicular		Total
			Circular de cordón	Nudos	
Apgar del RN	1-3	Recuento	2	2	4
		% del total	1.2%	1.2%	2.4%
	4-6	Recuento	4	8	12
		% del total	2.4%	4.9%	7.3%
	7-10	Recuento	148	0	148
		% del total	90.3%	0.0%	90.3%
Total		Recuento	154	10	164
		% del total	93.9%	6.1%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	99,962 ^a	2	0.000



Como la significancia es menor que 0.05 se rechaza la H_0 y se acepta la H_a concluyéndose que: Existe relación estadísticamente significativa entre la distocia funicular y el Apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro– 2016.

“Relación entre distocia funicular y Apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica 2016”

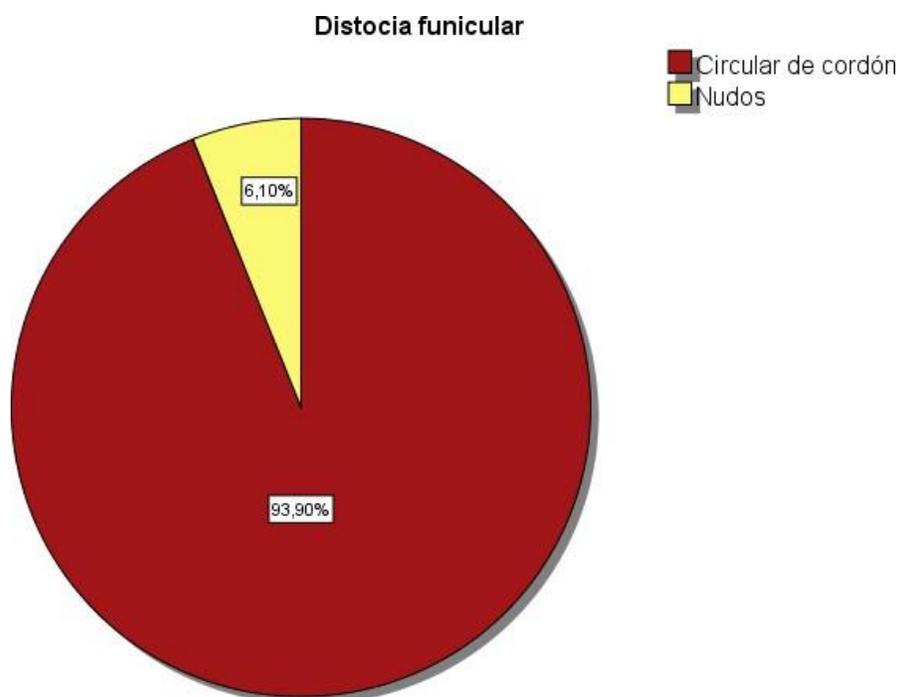
Tabla N° 01

Según tipo de Distocia Funicular

Distocia funicular				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Circular de cordón	154	93.9	93.9
	Nudos	10	6.1	6.1
	Total	164	100.0	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos- elaboración propia.

Se observa que el 93.9% presentó circular de cordón umbilical, seguido del 6.1% con nudos de cordón.



“Relación entre distocia funicular y Apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica 2016”

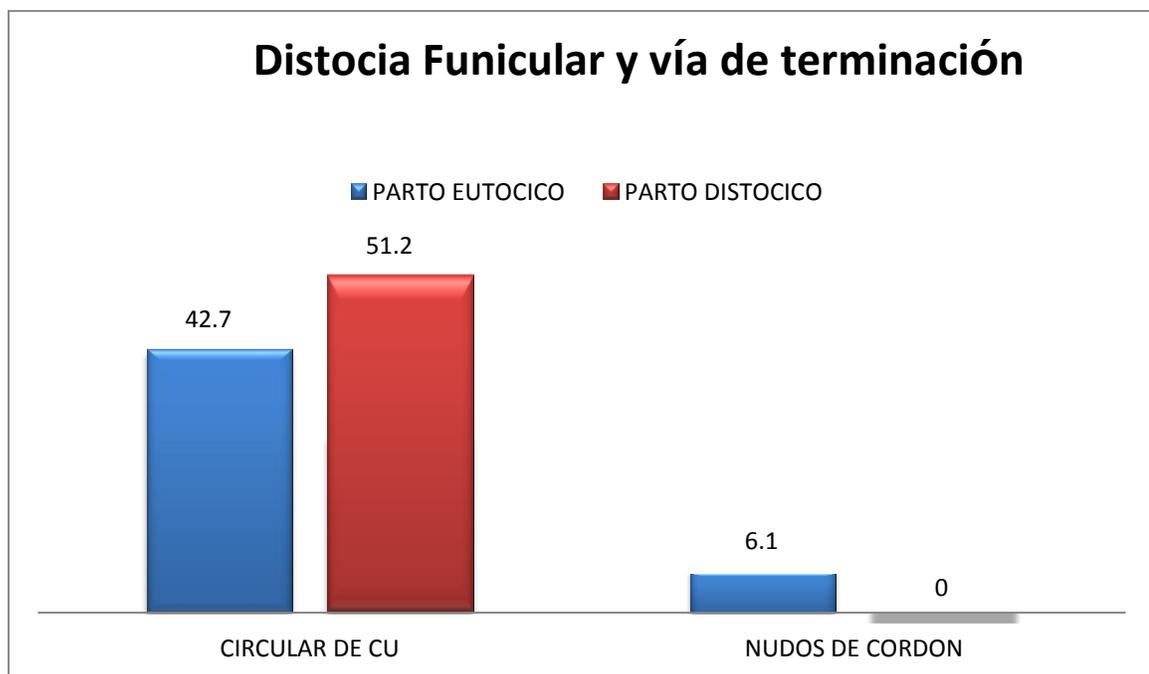
Tabla N° 02

Según Distocia Funicular y vía de terminación

Distocia funicular y vía de terminación					
			Vía de terminación		Total
			Parto eutócico	Parto distócico (cesárea)	
Distocia funicular	Circular de cordón	Recuento	70	84	154
		% del total	42.7%	51.2%	93.9%
	Nudos	Recuento	10	0	10
		% del total	6.1%	0.0%	6.1%
Total		Recuento	80	84	164
		% del total	48.8%	51.2%	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos- elaboración propia.

El 51.2% de gestantes con distocia funicular tuvieron un parto distócico, es decir cesárea de los cuales el 51.2% con circular de cordón; el 48.8% parto eutócico, dentro de ellos el 42.7% con circular de cordón y 6.1% nudos.



“Relación entre distocia funicular y Apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica 2016”

Tabla N° 03

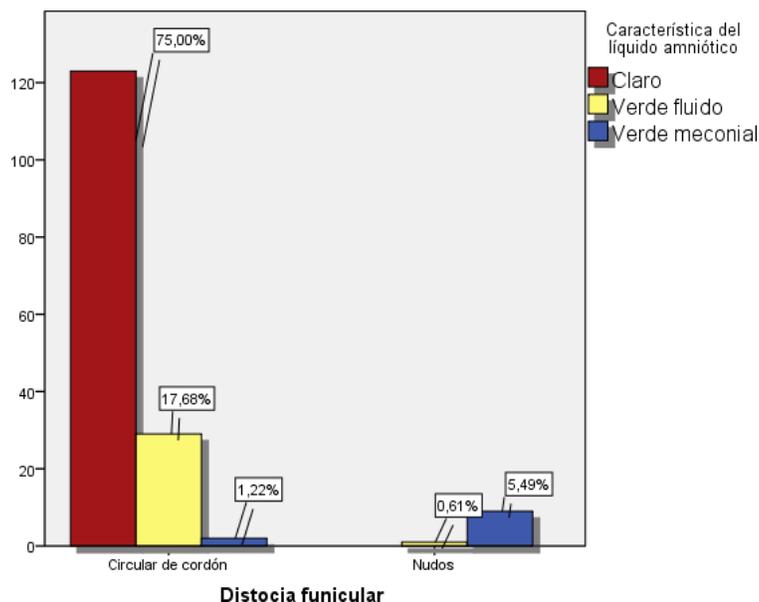
Según Distocia Funicular y Características del líquido amniótico

Distocia funicular y Característica del líquido amniótico: color						
			Característica del líquido amniótico			Total
			Claro	Verde fluido	Verde meconial	
Distocia funicular	Circular de cordón	Recuento	123	29	2	154
		% del total	75.0%	17.7%	1.2%	93.9%
	Nudos	Recuento	0	1	9	10
		% del total	0.0%	0.6%	5.5%	6.1%
Total		Recuento	123	30	11	164
		% del total	75.0%	18.3%	6.7%	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos- elaboración propia.

El 75% de pacientes con distocia funicular presentaron líquido amniótico claro de los cuales todos procedían de circular de cordón; el 18.3% tuvieron líquido amniótico verde fluido siendo el 17.7% con circular de cordón y sólo el 0.6% nudos; el 6.7% presentó líquido verde meconial de los cuales el 5.5% con nudos de cordón y 1.2% con circular.

Distocia funicular y color del líquido amniótico



“Relación entre distocia funicular y Apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica 2016”

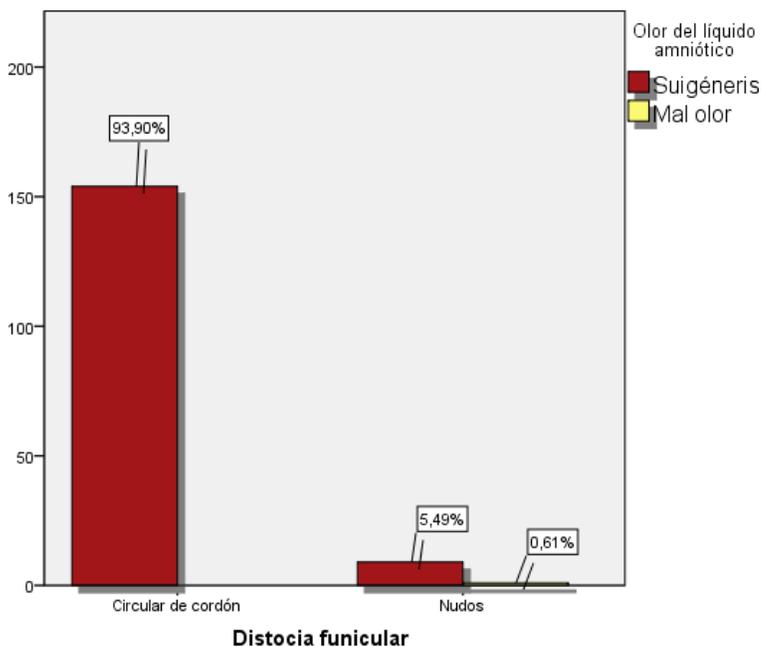
Tabla N° 04

Según Distocia Funicular y Características del líquido amniótico

Distocia funicular*Olor del líquido amniótico					
			Olor del líquido amniótico		Total
			Suigéneris	Mal olor	
Distocia funicular	Circular de cordón	Recuento	154	0	154
		% del total	93.9%	0.0%	93.9%
	Nudos	Recuento	9	1	10
		% del total	5.5%	0.6%	6.1%
Total		Recuento	163	1	164
		% del total	99.4%	0.6%	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos- elaboración propia

Distocia funicular y olor del líquido amniótico



En el 99.4% de las pacientes presentaron olor de líquido amniótico suigéneris de los cuales el 93.9% son de circular de cordón y el 5.5% nudos; el 0.6% tuvo mal olor que corresponde a una paciente con nudo de cordón.

“Relación entre distocia funicular y Apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica 2016”

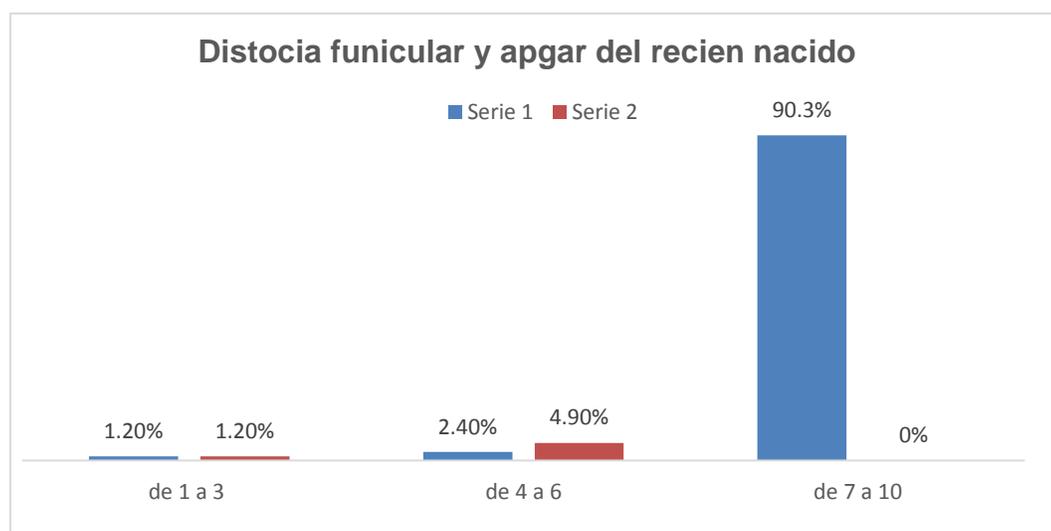
Tabla N° 05

Según Distocia Funicular y Apgar del recién nacido

Apgar del RN y Distocia funicular					
			Distocia funicular		Total
			Circular de cordón	Nudos	
Apgar del RN	1-3	Recuento	2	2	4
		% del total	1.2%	1.2%	2.4%
	4-6	Recuento	4	8	12
		% del total	2.4%	4.9%	7.3%
	7-10	Recuento	148	0	148
		% del total	90.3%	0.0%	90.3%
Total		Recuento	154	10	164
		% del total	93.9%	6.1%	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos- elaboración propia.

El 93.9% presentó circular de cordón umbilical dentro de las cuales el 90.3% tuvo un recién nacido con Apgar 7 a 10, seguido del 2.4% con 4 a 6 y el 6.1% presentó nudos de cordón dentro de ellos el 4.9% con Apgar 4 a 6, el 1.2% con Apgar de 1 a 3.



DISCUSIÓN

La distocia funicular es una entidad que se presenta en las gestantes y el diagnóstico se realiza a través de monitoreo materno clínico, electrónico, ecografía obstétrica y la flujometría Doppler y el diagnóstico definitivo en el momento del parto sea este vaginal o por cesárea.

El 93.9% presentó circular de cordón umbilical dentro de las cuales el 90.3% tuvo un recién nacido con Apgar 7 a 10, coincidiendo con el estudio de Soto, M. en Guatemala al igual que en la investigación de Ballester, A.; no coincidimos con el estudio de Merino, S. en Lima donde la frecuencia de distocia funicular fue del 7% y con el estudio de Curotto, J. en Ica donde encontró una prevalencia del 23.7%.

El 51.2% de gestantes con distocia funicular tuvieron un parto distócico, es decir cesárea, no concordando con el estudio de Soto, M. en Guatemala donde encontró que la vía del parto fue la vaginal, Ballester, A. en Argentina observó que la mayoría de los partos fue el instrumental, tampoco concordamos con el estudio de Curotto, J. en Ica encontrando que la vía del parto fue vaginal.

Las pacientes con distocia funicular presentaron en el 75% líquido amniótico claro muy contrariamente con el estudio de Ballester, A. quien encontró líquido amniótico meconia

CONCLUSIONES

1. Existe relación estadísticamente significativa entre la distocia funicular y el Apgar del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2016.
2. El tipo de distocia funicular que se presenta en mayor proporción en las gestantes del Hospital Santa María del Socorro es el de circular de cordón.
3. El tipo de parto en distocias funiculares más frecuente es el parto por cesárea con un 51.2%.
4. Las características del líquido amniótico en distocia funicular son líquido amniótico claro siendo este el 75%, verde fluido el 18.3% y meconial 1.2%.
5. El Apgar de los recién nacidos que presentaron distocia funicular fue de 7 a 10 en el primer minuto en un porcentaje de 93.9% y el 2.4% presentaron apgar de 4 a 6.

RECOMENDACIONES

1. El personal del Hospital Santa María del Socorro, involucrado en la atención materna deberá realizar el diagnóstico oportuno de la distocia funicular.
2. Realizar protocolos de atención de pacientes con distocia funicular y realizar pruebas de ayuda diagnóstica en toda gestante a fin de diagnosticar la distocia funicular que presenta.
3. El personal del Hospital Santa María del Socorro, involucrado en la atención de parto deberá realizar pruebas de bienestar fetal en gestantes que presenten distocia funicular para la toma de decisión de la vía del parto.
4. Tener en cuenta las características normales del líquido amniótico para detectar alguna complicación que se estuviera presentando y tomar las decisiones oportunas evitando así un recién nacido con mal pronóstico.
5. El personal de salud encargado de la atención del recién nacido debe gestionar con la autoridad correspondiente la implementación de equipos y capacitaciones para todo el personal de salud sobre atención inmediata y reanimación cardiopulmonar neonatal para evitar negligencias médicas y sobretodo evitar una complicación futura con mal pronóstico para el nuevo ser.

ANEXOS

1.- FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Macgregor SN, Banzhaf WC, Silver RK, Depp R. A prospective, Randomized evaluation of intrapartum, Fetal acido-base estatus an caesarean delivery-2010
2. Gabbe, Steven, Jennifer R. Niebyl, Joe Leigh Simpson, Obstetricia 4th, ed. España-2011
3. Arias, Fernando, MD., Ph. D. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo, 2da ed. España.-2013
4. Rochard F, Schifrin BS, Goupil F y cols. Nonstressed fetal heart rate monitoring in the antepartum period. Am J Obstet Gynecol 2014
5. Sheiner E, Abramowicz JS, Levy A, Silberstein T, Mazor M, Hershkovitz R. Nuchal cord is not associated with adverse perinatal outcome. Arch Gynecol Obstet. 2011
6. Fitzgerald DE, Drumm JE. Noninvasive measurement of human fetal circulation using ultrasound. A new method. Br Med J2010
7. Sadan O, Fleischfarb Z, Everon S, Lurie S. Cord around the neck: should it be severed at delivery A randomised controlled study. Am J Perinatol. 2009.
8. Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the new born infant. Anesth Analg 2009.
9. Cunningham F.,Leveno,F. y otros, William Obstetricia, Editorial medica Panamericana, España 23a edición -2010.
10. Hofmeyr GJ. Potential or suspected umbilical cord compression in labor, In: the Cochrane Library, Issue, 2, 2008. Oxford.
11. Arelis, N.; Cardona, O.: Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer – Hospital Materno provincial Docente Mariana Grajales Coello – Santiago de Cuba -2009
12. Soto, M.; Aguirre, M.: Resultado Perinatal asociado con Cordón Umbilical al cuello fetal y su relación con la vía del Resolución del Embarazo, Hospital San Juan de Dios del 01 de agosto del 2006 al 31 de mayo del 2011 – Guatemala.

13. Vagoslayer, H.: Relación entre circular de cordón y Apgar del Recién Nacido, Hospital Obrero N° 02 de la Caja nacional – Cochabamba –Bolivia.
14. Ballester, A.: Circular de Cordón y se repercusión Perinatal – Universidad Abierta Interamericana, Rosario Argentina – 2010
15. Merino, S.: Distocia Funicular y Depresión Neonatal en Recién Nacidos a término de Parto Eutócico atendidos en el Hospital Nacional SergioE. Bernales – Collique - Lima 2012
16. Instituto Materno Perinatal; Normas y procedimientos en la atención Obstétrica – Lima Perú2012
17. Schwartz, Salas, Diverges: Obstetricia – editorial EL Ateneo – 6ma edición, Buenos aires-Argentina
18. Pérez, A. : Obstetricia - Editorial Mediterráneo – España,2011
19. Instituto Materno Perinatal: Emergencias Obstétricas y Neonatales – Editora Médica Acción Científica – 2011
20. Nazer, J.; Ramírez, R.: Neonatología, Editorial Universitaria – Santiago de Chile – 2012
21. Dr. Fernando Heredia M. Anomalías del cordón umbilical
22. Cabero L., Saldivar D. Obstetricia y medicina materno fetal , Editorial Panamericana – Buenos Aires
23. MINSA; Guía nacional de atención integral dela salud sexual y reproductiva – Lima 2004

2.-MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “Relación entre distocia funicular y Apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica 2016”

Problema General	Objetivo General:	Hipótesis	Variables	Indicadores:	Instrumento	Fuentes de Información
<p>¿Qué relación existe entre la distocia funicular y el Apgar del recién nacido? en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2016?</p> <p>Problemas Secundarios</p> <p>-¿Cuáles son los tipos de distocia funicular que se presentan en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro –2016?</p> <p>-¿Cuál es la vía de terminación del parto según la distocia funicular que se presentan en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2016?</p> <p>-¿Qué características Presenta el líquido amniótico en la distocia funicular en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro –2016?</p> <p>¿Cuál es la puntuación Apgar que se presentó en mayor porcentaje en las gestantes con distocia funicular atendidas en el Hospital Santa María del Socorro -2016?</p>	<p>Determinar la relación que existe entre la distocia funicular y el Apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2016</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>-Conocer los tipos de distocia funicular que se presentan en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2016</p> <p>-Determinar la vía de terminación del parto según la distocia funicular que se presentan en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro–2016.</p> <p>-Determinar las características que presenta el líquido amniótico en la distocia funicular en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2016</p> <p>Determinar cuál es la puntuación Apgar que se presentó en mayor porcentaje en las gestantes con distocia funicular atendidas en el Hospital Santa María del Socorro - 2016</p>	<p>Hipótesis Principal:</p> <p>Existe relación estadísticamente significativa entre la distocia funicular y el Apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro –2016</p>	<p>Variable Dependiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distocia funicular • Variables Independientes: • Apgar del recién nacido. 	<p>Circular de cordón.</p> <p>Prolapso de cordón</p> <p>Nudos de cordón.</p> <p>1-3(Depresión severa)</p> <p>4-6(Depresión moderada)</p> <p>7-10(Normal)</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>Historia clínica</p>

Autor: Alva María García Carrillo

3.- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Relación entre distocia funicular y Apgar del recién nacido en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica 2016”

N° HC: Ficha N° Edad:

Paridad: G.....P.....

Estado civil:.....

Procedencia: Zona urbana..... Periurbana..... Rural.....

Edad gestacional.....

Tipo de distocia funicular:

Circular de cordón..... Prolapso de cordón..... Nudos.....

Fecha de parto:

Parto eutócico..... Parto distócico.....

Apgar del RN: 1 a 3..... 4 a 6..... 7 a 10.....

Peso del RN: grs.

Características del líquido amniótico:

Claro..... Verde fluido..... Verde meconial.....

Sanguinolento.....

Olor: suigéneris..... mal olor.....

