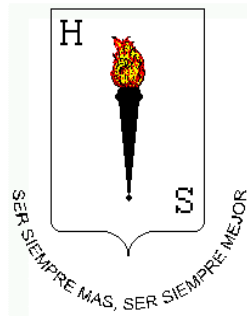


**ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE
NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD**

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO CLAVE 8722**



**TESIS
PARTO DISTOCICO**

PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

MARÍA DE JESÚS GAYTÁN RANGEL

MORELIA MICHOACAN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS

PARTO DISTOCICO

DEDICATORIA

La presente investigación se la dedico principalmente a Dios y a mi madre la señora María Mercedes Rangel Plascencia por siempre apoyarme en cada una de mis decisiones tomadas y por estar ahí siempre de que yo la necesito

La presente investigación realizada se la dedico a mi familia por haberme apoyado moral y económicamente durante el trayecto de mi carrera.

Se la dedico a todas aquellas personas que creyeron en mi y agradezco de ante mano todos sus consejos que cultivaron en mi la necesidad de buscar hasta encontrar una respuesta a mis interrogantes que me han llevado a realizarme como persona y enriquecer mi conocimientos día a día.

A todos los docentes y médicos que me proporcionaron los conocimientos que ellos consideraron aptos para el desempeño o desarrollo de esta brillante carrera (Enfermería) y poder brindar mi ayuda al prójimo, a si como poder ser competitiva dentro de los de mi gremio.

A la Escuela de enfermería del Hospital de nuestra Señora de la Salud por haberme permitido llevar la realización de mis estudios dentro de su institución, por brindarme apoyo y respaldo de la formación que se medio como persona y profesionista.

A la ciudad de Morelia por haberme dado asilo para la realización y culminación de mi carrera.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a Dios por haberme dado la vida y la salud para llegar hasta aquí y ser lo que soy, por poner en mi camino a seres maravillosos creados por su naturaleza que contribuyeron junto con él, en mi formación y dotaron de conocimientos mi inteligencia para esquivar y solucionar problemas que me inquietaron y causaron desvelo.

Agradezco eternamente a mi madre la señora María Mercedes Rangel Plascencia por haberme permitido conocer la vida, por brindarme su apoyo incondicional, por estar ahí en los momentos mas difíciles de mi vida dándome ánimos y amor de madre para motivarme y que no de cayera mi animo ante las situaciones mas difíciles de mi vida, también por hacer de mis días nublados unos días soleados por eso y mil cosas más te doy gracias.

Las compañeras que se quedaron en el camino les agradezco por que también gracias a ellas me detuve para realizar actos que me pudieron desviar de mi camino.

A todas aquellas personas que depositaron en mí su confianza y que no defraude, por darme consejos que los llevaré a la práctica dentro de mi profesión y en mi persona.

A todas mis compañeras con las cuales llego al final de este ciclo de mi vida por haberme enseñado diferentes tipos de creencias y culturas que me ayudaran a entender y comprender las necesidades de mis futuros pacientes para darles un trato digno.

Al Hospital de Nuestra Señora de la Salud por haberme permitido la realización de mis practicas intra hospitalarias con tribuyendo a la reafirmación de mis conocimientos adquiridos y ayudarme a decidir la elección de mi profesión.

INDICE

Introducción.....	VI
-------------------	----

CAPITULO I CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Marco Histórico	2
Marco conceptual	3
Planteamiento del Problema	4
Delimitación del problema	4
Situación Problemática.....	5
Pregunta de investigación	6
Objetivos	6
Objetivo General	6
Objetivo especifico	6
Justificación del Problema.....	7
Hipótesis	7
Variables	8
Variable Independiente	8
Variables dependientes.....	8

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1. Embarazo	10
2.1.2. Etapas del Embarazo	11
2.1.3. Cambios Físicos durante el embarazo	11
2.2. Control Prenatal	17
2.2.1. Historia Obstétrica.....	19
2.2.2. Historia Familiar	21
2.2.3. Actitud de la Paciente.....	21
2.2.4. Notas Previas al Parto.....	21
2.2.5. Antecedentes del embarazo Actual.....	22

2.2.6. Signos, síntomas, infecciones y lesiones durante el embarazo	22
2.2.7. Exploración General	23
2.2.8. Exploración Gineco Obstetra.....	24
2.2.9. Maniobras de Leopold	26
2.2.10. Visitas Subsecuentes a Revisión del Embarazo	27
2.3. Parto.....	27
2.3.1. Tipos de Parto	28
2.4. Distocia.....	29
2.4.1. Pelvimetría Clínica.....	30
2.4.2. Clasificación Clínica	32
2.4.3. Pelvimetría Radiológica.....	34
2.4.4. Tipos de pelvis	38
2.4.5. Implicaciones Clínicas de los Tipos pélvicos.....	39
2.4.6. Diagnostico diferencial	41
2.4.7. Tratamiento de la Distocia del Estrecho superior	42
2.4.8. Tratamiento de la Distocia del estrecho Inferior	44
2.4.9. Pronostico	45
2.4.10. Distocia de los tejidos Blandos.....	46
2.4.11. Distocia por Disfunción uterina.....	46
2.4.12. Distocia de origen Fetal.....	55
2.4.13. Distocia de Origen Placentaria.....	63
2.4.14. Cesárea.....	63

CAPITULO III MARCO METODOLOGICO

Metodología.....	70
Sujetos a Estudiar	70
Universo	70
Población.....	70
Muestra	71
Confiabilidad y Validez	74

CAPITULO IV DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Análisis De las encuestas aplicadas a las Pacientes del H.N.S.S..... 76

CAPITULO V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Conclusiones..... 90

Sugerencias 91

Bibliografía 93

Anexos 95

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se logro investigar la presencia de parto distócicos que se presentan en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (H.N.S.S), cotidianamente, para lograrlo fue necesario desglosar la información y recopilarla por capítulos en donde se describe detalladamente la interrogante a investigar, cual es la final de estudiar este acontecimiento y se pretende crear relevancia y que vaya más aya para solucionar problemas de salud

La presente investigación esta compuesta por cinco capítulos en donde el capitulo I nos habla sobre el surgimiento del problema del que se esta investigando y cual es la posible solución a nuestro planteamiento del problema.

En el capitulo II se desglosa ampliamente todo el marco teórico el cual nos fundamente nuestra hipótesis y es la información la que nos va indicando el porque de la presencia de partos distócicos en nuestras mujeres mexicanas; contribuyendo al conocimiento de su posible prevención en algunos casos.

En el capitulo siguiente se describe el tipo de investigación empleada para llegar a unos resultados favorables y cual fue la población investigada minuciosamente en las cuales se presento algunas de nuestras variables a investigar.

Una vez desarrollados los capítulos anteriores se muestra detalladamente los resultados que se obtuvieron al finalizar la investigación, tomando en cuenta varios factores que permiten la presencia de partos distócicos y que ni aun con control prenatal se pueden evitar la presencia de tan temido acontecimiento para la mujer gestante.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el presente apartado se mencionara cual es el tema a investigar, por que se determino el tema a indagar a si como lo que ha de considerar para su estudio.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación se encuentra enfocada hacia la población femenina, en edad reproductiva que es vulnerable al embarazo, y puede que el estado de salud de ella y la de su futuro hijo se encuentren en peligro por falta de atención prenatal durante el embarazo.

La población a investigar son todas aquellas mujeres que dieron a luz a productos vivos por vía vaginal y abdominal sin importar los siguientes datos: la edad cronológica, gestacional, si llevaron un control prenatal completo o incompleto, lo anterior se hace con la finalidad de identificar la presencia de partos distócicos en este tipo de población mexicana que acude al Hospital de Nuestra señora de la Salud.

Es necesario delimitar el objeto a estudiar para tener una mejor cobertura del problema a investigar y a si poder obtener datos de nuestro interés.

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La finalidad de una buena asistencia prenatal o control prenatal consiste en identificar a las mujeres embarazadas que se encuentran en situaciones de riesgo e iniciar la intervención oportuna para prevenir o resolver los problemas de salud que presente.

Se ha observado que la gran mayoría de las pacientes embarazadas que acuden al servicio de consulta externa van con la finalidad llevar un buen desarrollo de su embarazo y culminar el término de este con un parto eutócico.

Algunas de estas mujeres se ingresan al servicio de la Unidad Toco quirúrgica del Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS) para llevar a cabo lo planeado, pero se ha observado en las pacientes embarazadas que su trabajo de parto es duradero teniendo una duración aproximadamente 10-14hrs y posteriormente acaba en cesárea.

Al momento de realizar la historia clínica se descubre que algunas de ellas tuvieron un control prenatal irregular debido a que en ocasiones no asistían a su control prenatal y algunas otras veces hacían caso omiso de las indicaciones que se les daban, se ha identificado que son ellas las que cursan un trabajo de parto más duradero y difícil; encontrándose a diferencia de las mujeres embarazadas que no tuvieron un control prenatal adecuado a las que si tuvieron un control prenatal, observándose que aun llevándolo presentan una situación semejante a las mujeres gestantes anteriores presentando pues un trabajo de parto tardado y duradero tardando casi el mismo tiempo; en algunas otras pacientes que llevan control prenatal su tiempo de trabajo de parto es menor y no presentan tantas complicaciones pero eso no indica que no las presente

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Una vez descrita la situación problemática que cursan algunas pacientes que concurren al HNSS ha dejado una incertidumbre en mí, que hay que investigar para tratar de disminuir el índice de la presencia del evento descrito anteriormente por consiguiente me planteo la siguiente interrogante:

1.- ¿Es el control prenatal un medio que determina un diagnóstico oportuno de parto distócico y el uso de una cesárea oportuna?

MARCO HISTORICO

Antes del auge de la obstetricia moderna la mujer gestante solía tener en el curso del embarazo una sola entrevista con su médico la cual apenas representaba un intento de calcular la fecha del parto. Cuando era visitada de nuevo por un médico, la mujer podía estar sufriendo una convulsión eclampsia o bien presentar fuertes escalofríos y una elevada fiebre por una pielonefritis o estar esforzándose por expulsar un feto de gran tamaño, pero muerto.

La asistencia prenatal organizada en estados Unidos fue introducida ampliamente por asistentes sociales y enfermeras. En 1901 William Lowell Putnam del Boston Infant Social service Department inicio un programa de visitas de enfermeras a mujeres inscritas en un servicio de atención a domicilio del Boston Lying in Hospital. Este trabajo tuvo tanto éxito que se creó una clínica de asistencia prenatal ambulatoria en 1911, instalándose a las mujeres embarazadas a inscribirse tan pronto como fuera posible. Putnam convenció al Dr. J. Whitridge Williams para que apoyara la asistencia prenatal sistemática en el Johns Hopkins Hospital. En un estudio realizado en 1914 Williams estimó que el cuidado prenatal organizado podría haber reducido la mortalidad fetal en un 40%. El Dr. Nicholas J. Eastman atribuyó al movimiento de asistencia prenatal organizada.

En 1986 el department of Health and Human Services convino en una reunión de expertos en revisar de asistencia prenatal. Ello sucedió en respuesta al informe realizado por el Institute of Medicine y los National Institutes of Health, que destacaba la importancia de una campaña nacional de asistencia prenatal en la reducción de la incidencia de nacimientos de fetos de bajo peso. La reunión estaba formada por obstetras, pediatras y comadronas y también participaron economistas, abogados, moralistas y asistentes sociales y epidemiólogos. La reunión concluyó que muchas entidades médicas por ejemplo: diabetes mellitus) y conductas personales (alcoholismo) están asociadas a distocias que podrían ser identificadas y modificadas antes de la concepción. Debido a que la salud durante el embarazo

depende de la salud previa éste es lógico que la asistencia preconcepcional deba formar parte de la asistencia prenatal.

Además en la reunión se insistió en que la asistencia prenatal debe representar una oportunidad para centrarse en la salud general y en el bienestar de la familia, lo cual incluye variables médicas, psicológicas, sociales y ambientales que afectan la salud. La asistencia sanitaria sistemática, iniciada mucho antes del embarazo, aporta singular a dudas grandes beneficios para la salud física y emocional de la futura madre y a su vez del niño que va a nacer.

Como consecuencia de un programa de este tipo la mayoría de las enfermedades adquiridas y de las anomalías del desarrollo serían reconocidas antes del embarazo y se adoptarían medidas necesarias para erradicarlas o al menos reducir al mínimo sus efectos.

MARCO CONCEPTUAL

Cesárea.- Intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen y el útero y extraer el feto por vía trans abdominal.

Cesárea.- Incisión horizontal baja de la pared abdominal y porción inferior del útero, por la cual se extrae el feto y la placenta.

Parto distocia.- parto anormal debido a una o varias de las siguientes causas: falta de potencia expulsiva por parte del útero, obstrucción o contracción del canal de parto y anomalías en el tamaño, posición o forma de feto.

Parto distócico.- parto difícil que puede ser resultado de la posición (presentación) anormal del feto o que el canal de parto tengan tamaño inadecuado para el alumbramiento vaginal.

Parto distócico.- Ocurre cuando existe un acortamiento importante de cualquiera de las dimensiones internas de la pelvis ósea.

Embarazo.- gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno; abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos embrionario y fetal.

Embarazo.- Fenómeno que se inicia con la fecundación y continúa con la implantación y el desarrollo embrionario y fetal, hasta terminar normalmente con el nacimiento unas 38 semanas después.

Embarazo.- Estado fisiológico que inicia con la unión del ovulo y el espermatozoide que culmina con el nacimiento de un nuevo ser.

2.1 Embarazo¹

Dentro del ciclo de vida de todo ser humano esta lo siguiente: nacer, crecer, desarrollarse, reproducirse y morir, estas etapas de la vida es con las que cumple la gran mayoría de todos los seres vivos.

Para poder llevar a cabo lo antes mencionado es necesario que la mujer se embarace entendiendo pues por embarazo lo siguiente:

“Proceso fisiológico pasajero de la mujer en edad fértil que inicia con la unión del ovulo con el espermatozoide y que culminara con el nacimiento de un nuevo ser”

¹ Ralph C. Benson M.D. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Sèptima edición. Editorial El Manual Moderno. México DF 1985. pp 7-21

Para que se produzca la fecundación es necesario que el espermatozoide debe entrar dentro del ovulo y fecundarlo desde ese momento inicia el embarazo.

Esta célula inicial experimenta un conjunto de transformaciones y conforme se desarrolla dará origen al finalizar la gestación a un recién nacido.

Durante el desarrollo de esa célula fecundada adquiere diversos nombres dentro de los cuales se destacan los siguientes:

0-8 semanas de gestación embrión.

Más de 8 semanas de gestación feto.

Destacado y tan importante proceso fisiológico tiene una duración de 36-40 semanas de gestación y durante su evolución sufre diversos cambios que son percibidos por la mujer gestante y exigen una serie de cuidados por parte de ella y un obstetra que la oriente para que los ponga en practica reduciendo así los riesgos que pudieran ocasionar daños a la vida del nuevo ser y de la progenitora.

2.1.2 ETAPAS DEL EMBARAZO.²

- A. 0-28 semanas de gestación aborto
- B. 28-32semas degustación inmaduro
- C. 32-36 semanas de gestación pre termino
- D. 36-42 semanas de gestación termino
- E. Más de 42 semanas de gestación post término

Durante el desarrollo del embarazo la mujer gestante sufre diferentes modificaciones anatómicas y fisiológicas que no indican patología, las cuales desaparecerán una vez que el producto de la concepción haya nacido durante el transcurso del puerperio y lactancia.

² RALPH C. Benson M.D. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Sèptima edición. Editorial El Manual Moderno. México DF 1985. pp7-21
Williams. *Obstetricia*. 4ª edición. Editorial Masson. Barcelona España 1996. pp 210-220

Es necesario conocer los diferentes cambios anatómicos y fisiológicos que presentara la mujer embarazada para poder detectar cambios anormales que pudieran indicar patología exponiendo la vida de la madre y del bebe.

2.1.3. Dentro de los cambios físicos

SISTEMA REPRODUCTOR

- El útero aumenta su capacidad.
- De pesar unos 60grs aproximadamente al final del embarazo pesa 1000grs.
- En el cuello uterino se forma un tapón mucoso que va a sellar el conducto endocervical, formando una especie de barrera que evitara el paso de bacterias u otras sustancias hacia el interior del útero.
- La vagina aumenta su elasticidad.
- Hay aumento de secreción
- Las glándulas mamarias aumentan de tamaño para la preparación de lactancia

- Los pezones se vuelven más eréctiles.
- Aumenta la pigmentación de las areolas.
- Reblandecimiento del cérvix
- Coloración violácea de las paredes de la vagina
- La vulva sufre congestión vascular originando varices vulvares

APARATO CARDIO-RESPIRATORIO

- Aumenta el consumo de oxígeno.
- La respiración se hace dificultosa al elevarse el diafragma por el empuje del útero
- El corazón se desplaza hacia la izquierda y hacia arriba.
- Aumento del volumen sanguíneo 45% para satisfacer la demanda del útero gestante y proteger ala madre de una posible hemorragia.
- Ulceras varicosas
- Hipotensión arterial

CAMBIOS EN EL APARATO DIGESTIVO

- Náuseas
- Hemesis
- Pirosis estomacal
- Retraso en el vaciamiento gástrico
- Estreñimiento
- Flatulencias
- Hemorroides

CAMBIOS DEL APARATO URINARIO³

- Aumento de la micción sobre todo en el tercer trimestre.
- Los riñones aumentan de tamaño 1cm aproximadamente.
- La pelvis renal, los cálices se dilatan.
- Vejiga hipotónica
- La tasa del concentrado glomerular aumenta.
- El flujo plasmático aumenta del 30% - 50%.
- Absorción de agua mayor que la retención de sodio lo que explica que de el 20% -80% tendrán edema por lo tanto no deben quitarle la sal
- Aumento de la orina residual
- Polaquiuria por presión de las partes fetales sobre la vejiga materna.

CAMBIOS EN LAS GLANDULAS MAMARIAS

- Se vuelven más sensible debido a que se hipertrofian los lóbulos mamarios por acción de la progesterona.
- En la piel de las glándulas mamarias aparecen trayectos venosos y pueden aparecer estrías gravídicas.

³ Ralph C. Benson M.D. Manual de Ginecología y Obstetricia. Séptima edición. Editorial El Manual Moderno. México DF 1985. pp7-21
Williams. Obstetricia. 4ª edición. Editorial Masson. Barcelona España 1996. pp 210-220

- La areola crece y se hiper pigmenta y puede crecer los tubérculos de Montgomery.
- Puede haber secreción de calostro en el embarazo pero esto no indica patología.

CAMBIOS EN LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS

- Todos los sentidos se agudizan como mecanismo de defensa para proteger a su bebe.

CAMBIOS EN EL APARATO VASCULAR O HEMATOLOGICO

- Insuficiencia venosa lo que ocasiona varices o acentuar las ya existentes.
- La mujer embarazada puede tener hasta 15000 leucocitos y en el puerperio las cifras normales son hasta 25000 como mecanismo de defensa.
- Los factores de la coagulación se encuentran alterados IV, VII, VIII, XI, y XII.
- El tiempo de protrombina y el tiempo de tromboplastina se encuentran ligeramente a cortadas por lo que la embarazada tendrá epistaxis y gingivorreas, además de que es entonces incorrecto solicitar pruebas de la coagulación.

CAMBIOS EN EL APARATO ENDÓCRINO

- La glándula hipófisis crece con hipertrofia de todas las células.
- Las glándulas salivales crecen produciendo sialorrea
- Aumento de la glándula de la tiroides
- Las glándulas suprarrenales también tiene hipersecreción de aldosterona y renina de la angiotensina aldosterona en cargo de regular la presión arterial.
- Las glándulas sudoríparas y sebáceas también aumenta su producción debido a un mayor actividad energética como mecanismo de producción.

CAMBIOS EN EL APARATO OSEO

- La mujer embarazada sufre lordosis por el peso del embarazo lo que le ocasiona dolor sobretodo cuando permanece mucho tiempo de pie.
- Las articulaciones pélvicas aunque son móviles llegan a producir dolor por reblandecimiento del cartílago.
- Perdidas de piezas dentarias sobre todo si la ingesta de calcio es deficiente.

CAMBIOS EN LA PARED ABDOMINAL

- La piel se estira y se llaman las estrias denominadas ESTRIAS GRAVIDICAS, apareciendo en senos, cara externa de mamas y muslos a si como en glúteos.
- En la línea media del abdomen aparece una hiper pigmentación debido al aumento de melanina denominándole la línea morena del embarazo la cual ira desapareciendo poco a poco después del embarazo.
- En ocasiones los músculos rectos anteriores del abdomen están muy débiles y no soportan el crecimiento abdominal entonces se separan dando como resultado una diastasis de rectos.

CAMBIOS EN LOS OVARIOS

Se suspende la ovulación debido a que la hormona Folículo estimulante (FSH) esta casi en valores de cero por los altos valores de progesterona.

CAMBIOS EN LAS TROMPAS DE FALOPIO

Sufren congestión y un aumento en la vascularidad.

CAMBIOS EN VAGINA

Aumenta la coloración y se vuelve de paredes violáceas o signo de chadwick.
Es propensa a infecciones vaginales por su cambio en pH y su inmuno supresión.

Una vez descrito los cambios fisiológicos que sufre la mujer embarazada cabe destacar las etapas en las que se divide el final de este proceso fisiológico, para poder determinar cuales son las alteraciones que existen y poderlas detectar y actuar de una manera correcta e inmediata.

El control prenatal es un ejemplo claro y verdadero de medicina preventiva recordemos que la prevención primaria disminuye notablemente la incidencia de patologías y complicaciones peri natales.

Este tipo de prevención primaria o de primer orden esta dirigida a todas aquellas mujeres embarazadas a las cuales se les proveerá servicios de la salud accesible, completos a la mayor cantidad de pacientes posibles para tratar de cubrir la mayoría de las necesidades de la salud tanto de la mujer gestante como la del bebe.

Esta actividad corresponde al médico obstetra, médico general, familiar y a la enfermera obstetra.

Este proceso ha logrado la disminución en los índices de morbilidad-mortalidad materna fetal así como la incidencia de parto distócico y las patologías que se presentan durante la gestación como son: hemorragias transvaginales, eclampsia, trombo embolia, trabajo de parto estacionado y aborto que ponen en peligro la vida de la madre y su hijo, gracias a esta medida preventiva se identifica o se detecta a tiempo las patologías antes mencionadas u otras que pudieran dar origen a las primeras y así evitar su presencia.

Pero también en el control prenatal se trata de evitar otras posibles causas de muerte materna como son el uso de drogas, alcohol, coito apasionante, violencia, depresión y accidentes.

Una vez descrito la importancia del control prenatal es necesario identificar los cambios fisiológicos y anatómicos del organismo femenino gestante, es necesario

que se lleve un control sobre dichos cambios y el desarrollo del embarazo, para así poder identificar la presencia de cambios anatómicos fisiológicos anormales, que pongan en riesgo la vida de la madre e hijo, por lo antes mencionado se le ha puesto mayor atención al desarrollo de tan preciado acontecimiento debido también a que se ha observado que al término del embarazo se presentan una serie de fenómenos que alteran el proceso de parto creando partos distócicos y alterando el estado de salud de ambos.

Para tratar de identificar las etiologías de un parto distócico y optar mejor por la interrupción del embarazo o bien la realización de una cesarea oportuna para tratar de dar una atención digna, oportuna y de calidad a sí como un bienestar materno fetal se ha desarrollado una ATENCIÓN PRENATAL O CONTROL PRENATAL.

2.2 Control Prenatal⁴

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal

Es de suma importancia acudir a consulta de control prenatal las primeras semanas de gestación o desarrollo del embrión para tener una mayor vigilancia de la evolución del mismo y la madre; la primera visita al médico obstetra o con la enfermera obstetra deberá realizarse lo más temprano posible, preferente mente si se tiene sospecha de embarazo o bien antes de la semana 20 de gestación; posteriormente debe asistir cada 4 semanas hasta la semana 30 de gestación, posteriormente cada 15 días hasta la semana 36 de gestación, de la semana 36-38 de gestación las consultas son más frecuentes cada semana hasta el inicio del trabajo de parto.

⁴ RALPH C. Benson M.D. Manual de Ginecología y Obstetricia. Séptima edición. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. México DF 1985. pp 105-127
Colegio Americano de Obstetras y Ginecología. The Obstetrician-Gynecologist and Primary-Preventive. Health Care. ACOG, 1993.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo.

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima y que el equipo de salud comprenda la importancia de su labor.

La población obstetra no tiene altos factores de riesgo, su control es simple y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento básico consiste en un lugar físico con buena iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigomanómetro, balanza con cartabón, estetoscopio de pinard, guantes de examen ginecológico, espejos vaginales y un carnet prenatal y equipo humano de salud.

Con la infraestructura ya mencionada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son:

- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre

La primera consulta obstetra se enfocará principalmente a la realización de la historia clínica que debe ser realizada con máximo cuidado y minuciosidad, pero haciendo énfasis en los aspectos ginecoobstétricos de la mujer.

La historia clínica y la exploración física cuidadosas realizadas al principio de la gestación, proporcionan la base para el diagnóstico y el tratamiento de las alteraciones que pueden comprometer al embarazo.

En la historia clínica de la paciente obstétrica se debe investigar las características generales como:

- Nombre completo de la paciente y de su esposo, domicilio y número telefónico.
- Fecha de la primera visita
- Edad
- Estado civil
- Situación social y económica,
- Ocupación de la paciente: Esta información es útil para interpretar síntomas debido a fatiga, riesgos industriales o tensión del hogar que esta expuesta.
- Lugar de residencia.
- También se debe preguntar sobre las toxicomanías, medicamentos habituales o recientes, alergias y tipo y Rh sanguíneo.

También debe conocerse los antecedentes quirúrgicos sobre todo las cirugías ginecoobstétricas, enfermedades importantes de la mujer especialmente diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías, rubéola, otras de las cosas sobre las que se debe hacer énfasis es en la exposición posible a la infección por VIH, consumo de drogas, alcohol y cantidad de cigarrillos fumados por día.

2.2.1 Historia obstétrica

La información debe ser recogida de cada embarazo previo, háyase terminado con éxito o no.⁵

Complicaciones.- Describa las complicaciones si son ante parto, intraparto o posparto. Deberá describirse con amplitud la aparición de la pre eclampsia-eclampsia, infección hemorragia.

⁵ Ralph C. Benson M.D. Manual de Ginecología y Obstetricia. Sèptima edición. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. México DF 1985. pp 106-113
Colegio Americano de Obstetras y Ginecología. The Obstetrican-Gynecologist and Primary-Preventive. Health Care. ACOG, 1993. pp 37-41

Trabajo de parto.- registrar si el parto fue espontáneo y las razones de la inducción. Anotar la duración de cada embarazo en comparación de su FPP. Se podrá tener una percepción de partos adelantados o retrasados.

Duración del trabajo de parto: La duración de los partos anteriores presta ayuda a prevenir problemas por distocia o partos precipitados. Se debe procurar determinar la duración del trabajo intenso de parto, en lugar del intervalo entre el inicio de las contracciones y el parto propiamente dicho. El trabajo de parto prolongado puede indicar distocia (por desproporción céfalo pélvica, contracciones incoordinadas).

La distocia puede repetirse si se vuelven a presentar problemas similares.

Método empleado para tratar el parto: (parto vaginal o abdominal, tipo de presentación Vertical, pélvica) y si fue asistido por fórceps.

Anestesia.-Tipo empleado, cualquier dificultad y complicación que causo.

Las complicaciones de partos previos: pueden ser inferidas de la reacción que haga la paciente acerca del perineo. Unos cuantos puntos indica usualmente una episiotomía sistemática o laceraciones pequeñas.

Muchos puntos indican laceraciones que requirieron una reparación externa.

Nacimientos previos

Peso al nacer.- los pesos al nacimiento de cada uno de los niños de la paciente son importantes para reconocer el patrón de peso, madurez y enfermedad de la madre.

Condición de salud del bebe.-Un niño lesionado implica habitualmente un parto distócico. Se deben sospechar anomalías de desarrollo (especialmente cardio pulmonar), si el color del niño fue azul.

Sexo.- Debe existir enfermedades ligadas al sexo en niños previos existe la posibilidad de que vuelva a ocurrir con un bebe del mismo sexo.

2.2.3 Historia Familiar⁶

Deben ser registradas todas aquellas alteraciones médicas hereditarias y psiquiátricas que pueden afectar ala paciente o a su descendencia, por ejemplo diabetes mellitus, cáncer o enfermedad mental.

2.2.4 Actitud De La Paciente

Se procura descubrir cualquier aversión a la anestesia.

También se conocerá su umbral de dolor, es decir que tan pronto se requerirá analgésicos durante el trabajo de parto.

Investigar la estabilidad emocional de la paciente ¿Es temerosa o segura? ¿Parece desear al hijo? Deben observarse las alteraciones del carácter en las visitas siguientes.

2.2.5 Notas Previas Al Parto

Desde la primera consulta hasta el parto deberá ser mantenido un registro continuo del progreso del embarazo. Deberá comprender síntomas, signos, hábitos o exposiciones a enfermedades, medicamentos, signos vitales, peso, talla, cambios del fondo y cérvix progreso fetal y análisis de laboratorio

⁶ RALPH C. Benson M.D.Manual de Ginecología y Obstetricia. Sèptima edición.Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. México DF 1985. pp 106-113
Colegio Americano de Obstetras y Ginecología.The Obstetrican-Ginecologist and Primary-Preventive. Health Care. ACOG,1993. pp 37-41

De los antecedentes obstétricos de la paciente deben interrogarse las características de los ciclos menstruales, embarazos anteriores, en caso de que se a multigesta, partos anteriores en caso que los haya tenido, si ha presentado abortos, partos prematuros, presencia de muertes fetales intra- uterinas que hacen suponer la posibilidad de hipertensión, o de incompatibilidad al factor Rh.

Los antecedentes de trabajo de parto anteriores pueden orientar al obstetra tanto médico como enfermera acerca de lo que se espera sobre en el actual, por ejemplo, si la mujer tuvo un trabajo de parto prolongado que termino en cesárea, con el posible nacimiento de un hijo muerto, lesionado, es posible sospechar de una posible estrechez pélvica o circular de cordón umbilical.

Igualmente un antecedente de una hemorragia posparto debe advertir acerca de la presentación del mismo; es también de suma importancia conocer el peso de sus productos anteriores al nacer e iniciar una nueva investigación sobre las o la posible causa del por que, si hubo la presencia de óbitos investigar la etiología.

2.2.6 Antecedentes Del Embarazo Actual.

Las pacientes tienen más interés en el embarazo actual que en el anterior. Si la enfermera obstetra y el médico le proporciona mayor confianza una mayor confianza.

- ✓ Se debe anotar la fecha de última menstruación
- ✓ Fecha de realización de prueba de embarazo positiva
- ✓ Percepción de los primeros movimientos fetales
- ✓ Fecha de la primera consulta
- ✓ Presencia de náuseas o vómitos
- ✓ Presencias de edemas
- ✓ Molestias urinarias
- ✓ Contracciones uterinas

- ✓ Se deberán investigar el uso de anovulatorios, grado de aceptación de la presente gestación.

2.2.7 Signos y síntomas infecciones y lesiones⁷

La paciente puede incluir entre sus molestias mastodinia, náusea, cefalea, constipación y otros problemas menores. Se le debe preguntar específicamente acerca de la ingestión de medicamentos y por infecciones y lesiones que hayan ocurrido al inicio del embarazo

Historia menstrual: deberá comprender la edad de la menarquía, ciclo menstrual, duración y cantidad de la menstruación, presencia o ausencia de sangrado intermenstrual. Fecha del principio y los caracteres de la fecha de la última menstruación (FUM), fecha del periodo menstrual previo (FPMP).

Fecha de los de percepción de los primeros movimientos activos del feto en relación con la FUM; fecha probable del parto (FPP). Ocasionalmente las pacientes gestantes presentan sangrado, casi periódico y no acompañado de dolor.

En estas circunstancias es necesario la ultrasonografía o el conocimiento de la FUM pueden ser necesarios para determinar la FPP.

2.2.8 Exploración General⁸

La exploración física debe realizarse de forma ordenada organizada, por aparato, con especial atención en, los trastornos que puedan interferir en el curso normal del

⁷ Alfaro Rodríguez Hector J y otros. Complicaciones Medicas en el embarazo.

2ª edición. Editorial editorial Mc Graw-Hill. Mexico 2004. pag 264-269.

Colegio Americano de Obstetras y Ginecología. The Obstetrician-Gynecologist and Primary-Preventive. Health Care. ACOG, 1993. pp 37-41

⁸ Colegio Americano de Obstetras y Ginecología. The Obstetrician-Gynecologist and Primary-Preventive. Health Care. ACOG, 1993. pp 37-41

embarazo o en el parto, debe anotarse el peso inicial a su embarazo, estatura, presión arterial, incluso cualquier aceleración de la marcha, alguna malformación apreciable.

Debe revisarse las glándulas mamarias para excluir tumores debe revisarse la forma y estructura de los pezones, pensando en la alimentación del producto al seno materno.

Es importante inspeccionar los dientes buscando infecciones en las encías y recomendar el cuidado dental y en los miembros inferiores la búsqueda de venas varicosas, edemas u otras anomalías

2.2.9 Exploración Gineco Obstetra Cuidadosa

En el examen del abdomen

1. Auscultarse la frecuencia cardiaca fetal con el estetoscopio de pinard o con el detector electrónico de latidos fetales efecto Doppler lo normal es de 120 – 160 latidos por minuto.
2. Medir la altura del fondo uterino.
3. Medir circunferencia abdominal. A si mismo las medidas de Leopold y después del quinto mes es posible determinar la situación, presentación y posición del feto.

A la exploración física ginecológica, cuidadosa y gentil se debe poner atención en los siguientes sitios:

A. Vulva y vagina.- deben descartarse lesiones infecciosas, características de las secreciones presentes que pudieran indicar la presencia de infección, alteraciones anatómicas visibles como tumores, tabiques, bridas. etc.

B. El tacto abdomino vaginal es combinado cuando se práctica en las primeras semanas de gestación, permite valorar la existencia de un embarazo intrauterino, el tamaño y la conformación del útero, verificar la edad gestacional y la existencia de o no de deformaciones o tumoraciones, características del cuello uterino, con a eventual presencia de alguna dilatación por incompetencia ístmico-cervical o la presencia de lesiones secundarias a cirugías o partos anteriores.

También deben investigarse las características de los anexos: el tacto de un anexo engrosado especialmente en el fondo de Douglas se encuentra ocupado y es doloroso debe hacer la sospecha de la existencia de un embarazo ectópico.

En las últimas semanas de la gestación la exploración abdominal permite valorar lo siguiente:

- Características del cérvix: en cuanto a posición, longitud y grado de dilatación.
- Características de la pelvis materna y la proporción entre el canal óseo y el tamaño del feto.
- Diagnostico de la presentación fetal y el grado de prenegación de la misma pelvis.

⁹Los exámenes de laboratorio básicos deben incluir por lo menos:

⁹ BENSON M.D. Ralph C. *Manual de Ginecología y Obstetricia.* Séptima edición. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. México DF 1985. PP 112-115.

Williams. *Obstetricia.* 4ª edición. Editorial Masson. Barcelona España 1996. PP 215-232.

1. Biometría hemática
2. Grupo sanguíneo
3. Factor Rh
4. Examen de VDRL
5. Glucosa
6. Urea
7. Creatinina
8. Examen general de orina
9. Practicar pruebas en la detección de VIH.
10. Detección de anticuerpos antitoxoplasma y de rubéola.
11. Examen del suero sanguíneo de la madre en la semana 16-18 de gestación para determinar la presencia de alfa feto proteína y una concentración elevada indica un posible defecto del tubo neural u otra anomalía congénita y una concentración baja indica alto riesgo para el síndrome de Down.

2.2.10 Maniobras De Leopold Utilizadas En La Exploración Física ¹⁰

Que ayudan a determinar o detectar la posición del bebé durante las primeras semanas de gestación hasta las últimas ayudando al obstetra a ir dictaminando un posible diagnóstico de la presencia de su parto

Primera maniobra de Leopold.- palpación del fondo uterino: colocado el explorador frente a la gestante con las palmas de ambas manos se abarca el fondo uterino, si se halla ocupado por el polo cefálico, se palpará una masa redonda, regular y resistente las tres R; pero si se trata del polo pélvico, se palpará también una masa voluminosa pero de consistencia blanda y de superficie irregular.

¹⁰

Segunda maniobra de Leopold

Palpación de las caras laterales del útero.

Con las palmas de las manos colocadas en ambos lados del útero, se percibe en un lado una superficie lisa, uniforme y más dura que corresponde al dorso fetal y en el lado contrario pequeñas masas más irregulares y móviles que son las pequeñas partes fetales.

Tercera maniobra de Leopold

Palpación de la presentación fetal. Con los dedos pulgar e índice de una mano se intenta abarcar la presentación fetal sobre el estrecho superior de la pelvis materna.

Cuarta maniobra de Leopold

Palpación de la presentación fetal. Mirando el explorador a los pies de la paciente y colocando ambas manos sobre la pelvis menor por encima del pubis, palpará la parte fetal que se presente en el estrecho superior de la pelvis. También se puede apreciar el grado de encajamiento.

2.2.11 Visitas Subsecuentes A Revisión De La Evolución Del Embarazo

En cada visita posterior se debe interrogar a la paciente sobre cualquier incidencia que pudiera interferir en el buen desarrollo de la gestación, especialmente Vómitos, dolor abdominal, pérdidas transvaginales, molestias urinarias y existencia de edemas.

Debe investigarse también la percepción de movimientos fetales y su frecuencia ya que son signos de bienestar fetal, ya que de lo contrario indicarían la existencia de sufrimiento fetal

2.3 Parto¹¹

¹¹ ALLER Juan. Obstetricia Moderna. 3ª edición. Editorial Mc Graw-Hill
Venezuela 1999 PP 78-120.

El parto humano también llamado nacimiento a alumbramiento es la culminación del embarazo, es también definido como la salida del infante del útero materno.

Diversas fuentes bibliográficas consultadas lo definen como el inicio de la vida pero en realidad no es así ya que el inicio de la vida da inicio desde la unión del ovulo con el espermatozoide siendo pues desde ese momento el comienzo de un nuevo ser.

Se considera que la mujer inicia con este proceso a partir de las apariciones de contracciones uterinas regulares que aumentan de intensidad, frecuencia acompañados de cambios fisiológicos en el cuello del útero.

Para que el parto sea un poco mas fácil y menos doloroso para las pacientes se emplean diversas técnicas y fármacos que ayudan a asistir el parto como los siguientes:

- Oxitócina
- Anestésicos
- Episiotomía

Algunos de ellos como la oxitocina y anestésicos no deben emplearse de manera rutinaria ya que no hay mejor parto que el que evoluciona solo de manera espontanea y en el que no se interviene innecesariamente pero resulta que se presentan una serie de complicaciones durante el proceso del parto que requieren de la intervención del obstetra.

2.3.1 Tipos De Parto

La forma más segura tanto para madres como el bebe es el parto vaginal. Sin embargo en algunas ocasiones es imposible y requiere de asistencia o de ayuda con diferentes instrumentos y técnica como pueden ser:

- Ventosas obstétricas
- Fórceps
- Cesáreas

Cada una de ellas se empleara según la circunstancia o la evolución del parto tomando en cuenta que el empleo de dicho instrumental y la cesárea trae consigo mayor probabilidad de complicación por ello es importante que se empleen únicamente en los casos en los que esta contraindicado el parto vaginal dando origen a diversos tipos de partos como los que a continuación se describirá

Parto Vaginal

También es conocido como parto normal por la gran mayoría de la población. Este parto consiste en el nacimiento del bebe por vagina materna impulsada por contracciones uterinas y esfuerzos maternos (pujidos).

Parto Abdominal o Cesárea

También es conocido como parto abdominal por que consiste en la extracción del bebe a través de una incisión en el abdomen y en el útero de la madre para extraer uno o varios bebes.

2.4 Distocia¹²

Distocia Pélvica

¹² BENSON M.D. Ralph C. Manual de Ginecología y Obstetricia. Séptima edición. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. México DF 1985. PP347-367.
Williams. Obstetricia. 4ª edición. Editorial Masson. Barcelona España 1996. PP 238-265.

La distocia pélvica ocurre cuando existe un acortamiento importante de cualquiera de las dimensiones internas de la pelvis ósea. Las alteraciones desfavorables en la estructura y en las dimensiones de la pelvis, pueden ser congénitas o el resultado de carencias nutricionales, tumores, traumatismos, o de alteraciones de la columna vertebral o de las extremidades inferiores. Entre 15 y 20% de la mujeres, en E.U.A., tienen pelvis que pueden dar lugar a partos complicados.

El crecimiento de los huesos pélvicos se completa en la adolescencia, cuando se funcionan las epífisis pélvicas. Las causas de una configuración pélvica humana anormal, generalmente se relacionan a padecimientos prepuberales, pero también pueden obedecer a fracturas o a tumores. Las causas pueden clasificarse como sigue:

1. Padecimientos congénitos o hereditarios: Luxación congénita de la cadera, condrodistrofia.
2. Enfermedades óseas pélvicas: Raquitismo, osteomalacia, fractura con desplazamiento, tumor.
3. Padecimientos de la columna vertebral: Cifoscoliosis lumbar con transmisión anormal de la fuerza sobre la pelvis.
4. Anormalidad de una extremidad inferior: Equinovaro unilateral o parálisis de una pierna, provocando desigualdad en la transmisión de la fuerza a los lados de la pelvis.

El conducto del parto es un espacio formado por superficies rígidas, correspondientes a planos y prominencias óseas que actúan como obstáculos.

Estos limitan o guían la presentación, particularmente forzando a la deflexión.

El descenso y la rotación interna son influidos en forma notable por las características de la pelvis ósea que virtualmente no cede.

2.4.1 Pelvimetria clínica

En las páginas 108-112 se describen las principales medidas para la valoración clínica de la pelvis. Las cifras tanto normales como anormales se mencionan en el cuadro 14-1. Otras medidas pélvicas útiles son las siguientes:

A. Externas: La dimensión sagital anterior obstétrica (normalmente 7-9 cm) provee información importante en relación a la pelvis anterior y el estrecho inferior, ya que constituye una estimación del ángulo subpubiano y de la longitud de la sínfisis. Es la distancia entre el punto medio de una barra de 8 cm (distancia biisquiátrica mínima) colocada como cuerda del arco pubiano, a la cima de la sínfisis del pubis, con el pelvómetro de McDermott. El descenso de la cabeza requiere que ésta se curve sobre el promotorio sacro. El avance siguiente en el descenso, y la rotación interna, demandan que se deslice la cabeza por la pared posterior del pubis y luego por su borde inferior. Mientras mayor sea la altura de la sínfisis y más estrecho el arco subpubiano, mayor debe ser la profundidad de la pelvis y más ancha la curva retropúbica para el parto vaginal. La prominencia de las espinas ciáticas y estrechez de la pelvis media, pueden también dar origen a distocia. Si la dimensión sagital anterior obstétrica tiene una longitud de 7-9 cm, son pocas las probabilidades de que surjan dificultades en la excavación pélvica. Con longitud de 9-10 cm pueden esperarse dificultades leves. En cambio, debe anticiparse una distocia grave, que puede requerir operación cesárea, cuando la medida sobrepasa de 11.5 cm.

B. Internas:

El conjugado obstétrico (normalmente de 10 cm o más) se mide desde el promontorio sacro hasta el punto más cercano en la sínfisis, y sus dimensiones corresponden por lo general a un tercio de la distancia que existe por abajo del

margen superior. En realidad, el conjugado obstétrico es el más corto de los del estrecho superior.

El diámetro transversal del estrecho superior normalmente mide 12 cm más o menos. Hay estenosis pélvica si esta medida es menor de 11.5 cm.

Ocurre distocia cuando alguna dimensión pélvica importante es demasiado pequeña, a menos que otras dimensiones pélvicas compensen el defecto por ser más amplias de lo normal. Una desproporción relativa obstaculizará el parto de un producto normal y la desproporción absoluta lo impedirá.

La obstrucción puede encontrarse en el estrecho superior, en la excavación, en el estrecho inferior o en los tres.

En realidad, no siendo el estrecho un plano verdadero sino un espacio superficial, una extensión del plano medio de la pelvis, el plano medio pélvico y el estrecho inferior deben ser considerados como una unidad para el manejo de pacientes con estrechez pélvica.

Cualquier medición pélvica adquiere valor solamente cuando se le relaciona con el tamaño fetal. La desproporción puede acontecer con pelvis "normal" o aun con pelvis "amplia", si el producto es relativamente grande o tiene una presentación anormal (ver distocia fetal, más adelante).

2.4.2. Clasificación clínica¹³

¹³BENSON M.D. Ralph C. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Séptima edición, Editorial El Manual Moderno. México DF 1985. PP 349
WILLIAMS, Obstetricia, 4ª edición. Editorial Masson. Barcelona España 1996. PP 238-265

La clasificación clínica de la estrechez pélvica se basa principalmente en mediciones pélvicas. Se utiliza para establecer una estimación de la proporcionalidad de la pelvis relación al embarazo actual.

Nota: Una pelvis es considerada estrecha cuando el conjugado diagonal (CD) es de 11.5 cm o menos, o cuando el diámetro bisquiático (DBI) mide 8 cm o menos. La estrechez pélvica significa casi invariablemente una angulación reducida del arco subpubiano. Así como falta de curvatura del arco retropúbico.

Un diámetro bisquiático (DBI) inferior a 8 cm aunado a un diámetro sagital posterior del estrecho inferior (DSP) de menos de 7 cm _ es decir, cuando la suma del DBI < DSP es menor de 15 cm _ puede causar dificultades en el trabajo de parto y el parto (Regla de Thoms).

Cuando se reconocen dimensiones reducidas o distorsiones importantes al principio del embarazo, se repetirán las mediciones pélvicas durante el tercer trimestre. En este periodo existe una mayor relajación, y la cooperación de la paciente suele ser más satisfactoria, por lo cual los resultados tienden a ser más favorables.

El diagnóstico clínico de estrechez pélvica requiere la confirmación de la pelvimetría radiológica. El radiólogo puede orientar acerca de la conducta durante el trabajo de parto y el modo de atención del parto.

Se reconocen tres niveles de distocia pélvica: distocia del estrecho superior, del medio y del inferior.

Distocia del estrecho superior: La distocia del estrecho superior se presenta en 5% de las embarazadas a término. La falta de encajamiento cefálico, antes o durante el principio del trabajo de parto, puede indicar desproporción cefalopélvica.

El encajamiento depende además del adecuado estrecho superior (CD > 10.5 cm, etc.), de las dimensiones y de la moldeabilidad cefálica. Así mismo, puede fallar por

un pseudocabalgamiento cefálico sobre el cinturón pélvico debido a anterversión uterina; o también por inserción baja de la placenta, presentación viciosa, o por anomalías fetales.

El diagnóstico de distocia del estrecho superior es sugerido cuando fallan los intentos de acomodación de la cabeza en el estrecho, mediante aplicación de presión en el fondo uterino (maniobra de DeLee-Hillis).

Distocia del estrecho medio

La estrechez en la excavación pélvica aislada es de 4-5 veces tan frecuente como la reducción del estrecho superior por sí sola.

La falta de espacio suficiente en la excavación pélvica, debe sospecharse antes del encajamiento de la presentación, en presencia de un estrecho inferior reducido, de espinas ciáticas prominentes o muy próximas, constitución androide, sacro aplanado o irregular, ruptura prematura de las membranas, con una presentación de vértice alta o mala posición del feto.

La distocia del estrecho medio puede obedecer a una estructura pélvica en embudo (convergencia de las paredes laterales, aplanamiento de la curvatura sacra), o a la presencia de proyecciones anormales hacia el conducto pélvico por prominencias óseas (espinas ciáticas prominentes o por tumores genitales).

La distorsión del conducto del parto a la altura de la excavación, puede impedir la rotación cefálica y aun desviar el vértice hacia el sacro, en lugar de hacia adelante, en dirección al estrecho inferior. En otras circunstancias sólo es posible la rotación transversal. En esta variedad de estrechez pélvica, la cabeza sufre habitualmente deflexión.

- A. Distocia del estrecho inferior: La distocia aislada del estrecho inferior es rara, casi siempre se encuentra asociada con distocia del estrecho medio.

2.4.3 Pelvimetría Radiológica¹⁴

La arquitectura pélvica interna no puede evaluarse con precisión por la exploración clínica aisladamente; es difícil conseguir manualmente mediciones confiables de la excavación pélvica.

Sin embargo, la pelvimetría clínica proporciona información adecuada en la mayor parte de los casos. Casi todos los diámetros pélvicos importantes pueden medirse mediante ultrasonido, pero se requieren pericia y experiencia considerable para que las determinaciones sean precisas. La observación mediante radiografías es necesaria para un estudio completo de la pelvis. Sólo se deberá usar en los casos en que resulte imposible hacer un diagnóstico adecuado por otros medios o en que la decisión respecto al tipo de parto o el manejo del trabajo de parto dependan de la información obtenida por este método; no obstante, las mediciones radiológicas únicamente son puntos de referencia y no deben usarse para realizar el pronóstico de la evolución del trabajo de parto y su terminación. La rotación y el descenso pueden retrasarse hasta que el cuello uterino esté totalmente dilatado y las membranas se hayan roto.

La decisión final de recurrir a una cesárea sólo puede depender exclusivamente de la pelvimetría radiológica en casos extremos de estenosis pélvica.

Las dimensiones mayores del estrecho superior influyen en el diámetro y la facilidad del encajamiento de la presentación.

El mecanismo del parto depende del tamaño relativo y de la formación de la excavación y del estrecho inferior.

Indicaciones

¹⁴ BENSON M.D. Ralph C. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Séptima edición. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. México DF 1985. PP350-354.

La Pelvimetría radiológica puede tener indicación en 5-8% de las pacientes obstétricas, por las razones siguientes:

1. Un valor social especial del producto: El primer embarazo de un apaciente añosa o el antecedente de parto difícil, por ejemplo: productos mortinatos, lesiones al nacimiento, distocia o de fórceps medio.
 2. Signos físicos anormales: Corta estatura, especialmente cuando coexisten estigmas de raquitismo o de constitución distrófica distócica; corta con tendencia a la posición en cuclillas, lordosis o cifosis marcadas; marcha anormal, antecedente de lesión o enfermedad que puede causar distorsión de la pelvis.
 3. Anormalidades obstétricas antes del trabajo de parto: Reducción de los estrechos pélvicos superior o inferior, o una disminución del diámetro biciático; presentación cefálica libre a termino, en primigrávida; feto grande (mayor de 4,000 g), particularmente en una adre diabética o un amala presentación fetal, incluyendo la pélvica en los casos en que se contempla un parto vaginal.
 4. Indicaciones médicas: Por ejemplo, diabetes mellitus grave.
 5. Complicaciones durante el trabajo de parto: Falla en el progreso del parto pese a contracciones uterinas normales; inercia uterina primaria o secundaria.
- A. Métodos: Los métodos más aceptados se mencionan en seguida:
1. Método isométrico o de posición (Thoms, Torpin): Requiere dos radiografías.

- a. Se toma una radiografía lateral de pelvis después de colocar una barra metálica graduada con muescas, en el pliegue glúteo de la paciente. Las dimensiones pélvicas pueden medirse directamente de la placa con una regla métrica.
 - b. La placa anteroposterior del estrecho pélvico superior, se toma colocando el plano del estrecho superior en paralelo a la pelucilla radiológica, con una separación conocida. Posteriormente se realiza una segunda exposición de la placa con una rejilla metálica dispuesta a la altura correspondiente al plano del estrecho superior, después de que la paciente ha abandonado la mesa radiológica. Entonces es posible obtener los valores proporcionales o isométricos de los diámetros, directamente de la placa.
2. Método de paralaje o de precisión estereoscópica (Caldwell-Moloy): Se toma una placa anteroposterior inicial, seguida de otra, después de desviar un poco lateralmente el tubo y haber medido su trayecto. Empleando una pantalla estereoscópica, pueden conseguirse mediciones exactas de la imagen virtual con una regla colocada a la misma separación que la distancia a la que se encuentra el tubo (infinito). Así mismo, se consigue tener una apreciación tridimensional de la configuración y de la capacidad de la pelvis.
 3. Método ortométrico (Hodges): La reproducción de los planos pélvicos, tanto en proyecciones laterales o anteroposteriores, se logra mediante instrumentos calibrados, similares a la cámara lucida. Con este método es posible obtener mediciones precisas de la pelvis en todos los planos y niveles.

4. Método de triangulación (Ball): La medición exacta de los diámetros pélvicos puede ser calculada empleando radiografías dobles anteroposteriores pélvicas, tomadas con una diferencia de 90° entre sí.

Determinación de las dimensiones cefálicas fetales

El tamaño de la cabeza fetal puede precisarse mediante ultrasonografía o radiografías. El primer método proporciona resultados un poco más exactos y no expone al feto ni a la madre a radiaciones.

La radiocefalometría fetal requiere una radiografía lateral y también, por lo general, de una anteroposterior con vista de los estrechos superior e inferior, tomadas según alguna de los métodos anteriormente mencionados. La comparación del tamaño de la cabeza fetal con los diámetros y el contorno del conducto óseo del parto, es el fin perseguido por este estudio. La paciente debe estar erecta para que la parte que se presenta descienda lo mas posible en la pelvis verdadera.

En el encajamiento el diámetro biparietal y el subccipitobregmático, ligeramente mayor, son las mediciones de las dimensiones cefálicas fetales de importancia. El diámetro biparietal tiene una significación preponderante para la “acomodación” en todos los niveles de la pelvis. El diámetro occipitofrontal constituye un buen índice de maduración.

Las presentaciones anormales del producto son siempre causa de serias dificultades técnicas para la cefalómetro (cabeza en el fondo uterino con presentación pélvica, cabeza libre en presentación cefálica, oblicuidad cefálica en cualquier presentación y presentación transversa).

2.4.4. Tipos pélvicos¹⁵

¹⁵ WILLIAMS. Obstetricia. 4ª edición. Editorial Masson. Barcelona España 1996. PP 232-240

La siguiente clasificación de tipos pélvicos desde el punto de vista obstétrico, fue desarrollada por Caldwell y Moly(1) Tipo ginecoide o femenino humano, con el estrecho superior circular o levemente cordiforme (40-45%). (2) Tipo androide, semeja la pelvis masculina, con un estrecho superior redondeado o triangular (15-20%). (3) Tipo antropoide, de forma ovoide anteroposterior (20-30%). (4) Tipo platipeloide o pelvis aplanada, con un estrecho superior oval transverso (2-5%).

La mayoría de las pelvis no corresponden a un tipo puro, sino incorporan características de dos variedades. Por ejemplo, el estrecho superior posee su mitad posterior redondeada (ginecoide) y su mitad anterior ovoide alargada (antropoide), entonces se clasifica como estrecho ginecoide-antropoide. Son posibles otras variaciones o combinaciones entre los 4 tipos de configuración del estrecho pélvico superior. Los estrechos pélvicos medio e inferior no se designan como ginecoide, androide, etc. De cualquier manera una distorsión importante o una estrechez a estos niveles, puede impedir un parto espontaneo y aun obstaculizar una extracción vaginal operatoria.

Entre estadounidenses de raza negra, el tipo pélvico androide ocurre en una proporción 50% mayor que en las blancas, y el tipo platipeloide es excepcional; en cambio, el tipo antropoide se presenta en casi la mitad de las veces.

Dadas las grandes variaciones condicionadas por la herencia y el medio ambiente en otros grupos de población, es inútil hacer otro tipo de generalizaciones en relación a la configuración pélvica.

2.4.5 Implicaciones Clínicas De Los Tipos Pélvicos¹⁶

- A. Pelvis ginecoide: El estrecho superior es redondeado, es decir su segmento posterior y anterior son amplios es probable un parto normal. A no ser que la

¹⁶ WILLIAMS, Obstetricia. 4ª edición. Editorial Masson. Barcelona España 1996. PP 236-240

pelvis sea mas pequeña de lo normal, es decir generalmente reducida, o que el feto sea demasiado grande.

- B. Pelvis androide: El encajamiento se retrasa por la intromisión del promontorio sacro en el segmento posterior del estrecho superior y por la estrechez del segmento anterior del estrecho superior. En casi tres cuartas partes de los casos se presenta una posición occipitotransversa.

La convergencia de las paredes laterales pélvicas y el diámetro interior, la contracción de las contracciones sacrociáticas y ángulo subpúbico angosto, predisponen a una posición posterior, con lo cual desciende el vértice casi hasta el piso pélvico. La forma de embudo de la excavación constriñe la presentación y restringe su progreso; el obstáculo ofrecen las espinas ciáticas prominentes y la reducción desde el estrecho pélvico inferior, agravan la distocia.

El moldeamiento del occipucio conduce frecuente mente a la detención en el descenso, pues impide una fácil rotación,

Puede ser necesario un fórceps con extracción en occipucio por dificultad de rotación, además de posible riesgo de lesión a los tejidos blandos maternos.

C. Pelvis antropoide: esta configuración pélvica se caracteriza por un estrecho superior elíptico con un diámetro antero posterior largo y uno transversal corto. El promontorio del sacro no es acentuado y no impide el encajamiento. Los orificios sacrociáticos son amplios. El vértice comúnmente se encaja en posición anterior o en posterior. La primera situación es algo mas frecuente que la segunda.

Dado que las espinas isquiáticas son con frecuencia prominentes o estan poco apartadas entre si la cabeza desciende al estrecho inferior en la cabeza en la posición de encajamiento. La rotación por lo general debe ocurrir a una altura

inferior o por encima de las espinas. Cuando este movimiento no es posible la cabeza se desprende en occipito posterior.

D. Pelvis platipeloide: El raquitismo durante la infancia es a menudo la causa de pelvis paltipeloide y del aplanamiento del sacro con relieves protuberanciales. Esta conjunción de anomalías representa un problema en extremo grave para la madre y el producto, durante el trabajo de parto. La pelvis no raquíctica manifiesta sólo un acortamiento en su dimensión anteroposterior, y algunas veces presenta una reducción general.

Un estrecho superior reducido causa presentación viciosa o un retraso en el encajamiento del vértice a término. La paciente raquíctica con frecuencia es de talla corta y puede tener abdomen péndulo. A término la presentación libre y alta exagera en esta circunstancia la ante flexión uterina. La ruptura prematura de membranas es frecuente y el prolapso del cordón umbilical son frecuentes en los casos de pelvis aplanadas. Si el vértice penetra en la pelvis lo hace encajándose en posición transversa.

El parto será difícil si el conjugado verdadero es de 8cm o menos, a un en el diámetro transversal del estrecho superior sea normal.

El encajamiento en las pelvis de este tipo pueden tener lugar con una extensión de la cabeza debido a que el diámetro bitemporal es de 1cm menor al parietal. El asinclitismo (Flexión lateral cefálica) puede favorecer el encajamiento por permitir el deslizamiento del vértice por la sínfisis o por el promontorio del sacro, para lograr la penetración cefálica. El descenso se realiza lentamente y puede presentarse el parietal con la sutura sagital en una situación muy anterior o posterior, respectivamente.

La distocia pélvica aunada a la falla de presión de la presentación sobre el segmento inferior uterino puede dar lugar a una inercia secundaria o bien o bien puede observarse un trabajo de parto deficiente desde un principio.

2.4.6. Diagnóstico Diferencial¹⁷

La falta de encajamiento puede obedecer a una presentación o posición fetal anormal, a anomalías del producto, a trabajo de parto deficiente, placenta previa, presencia de un tumor pélvico, falla de descenso de una presentación vértice.

COMPLICACIONES

- 1. Maternas** la distocia pélvica puede producir un trabajo de parto prolongado (progreso lento con desproporción feto pélvica), inercia uterina (por fatiga miometrial), por formación de anillos de contracción, ruptura uterina, infección, hemorragias, separación de la sínfisis púbica, formación de fístulas y lesiones de los músculos elevadores y esfínter del ano pueden requerir de un parto operatorio.

- 2. Fetales** las lesiones fetales más comunes a causa de la distocia pélvica son las siguientes:
 - ✓ Hemorragia intracraneana
 - ✓ Hipoxia
 - ✓ Infección
 - ✓ Fracturas de los huesos del cráneo
 - ✓ Lesión de los plexos cervical y braquial

Profilaxis

La prevención de distocias pélvicas requiere la cuidadosa pelvimetría clínica, que puede realizarse antes de que se este embarazada o casi al término del mismo.

¹⁷ BENSON M.D. Ralph C. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Séptima edición. Editorial El Manual Moderno. México, 1985. P360-362.

2.4.7. Tratamiento De La Distocia Del Estrecho Superior

- a) Medidas de urgencia: Si ocurre sufrimiento fetal.
 - ✓ Administrar oxígeno a la madre
 - ✓ colocar a la madre en decúbito lateral izquierdo.
 - ✓ Hacer un registro electrónico del feto registrarlo y vigilarlo
 - ✓ Operación cesárea inmediata (por prolapso del cordón umbilical, sufrimiento fetal acentuado y por complicaciones maternas)

b) Medidas específicas

Medición del conjugado diagonal (CD)

El CD sirve solamente para descubrir estenosis marcadas del estrecho superior. Cuando el diámetro del CD es de 11 cm. o menos en una paciente caucásica o a término se necesita la operación cesárea.

Intento de trabajo de parto

En caso de que se dude si hay o no estenosis pélvica, un intento de trabajo de parto permite observar la evolución de este durante un periodo razonable a fin de precisar si se puede lograrse un parto vaginal seguro tanto para la madre como para el feto; si no hay evolución en el trabajo de parto se optará por la realización de una cesárea y más aun si el diámetro CV es menor o igual a 8.5cm, pero si el ultrasonido nos indica un feto pequeño que pesa menos de 3000grs se puede intentar un trabajo de parto.

Pero si los estudios radiológicos arrojan resultados altos esta indicada una cesárea sin intentar un trabajo de parto ya que se le realizara un parto abdominal.

c) Medidas Quirúrgicas

Sin duda se realizara una cesárea segmentaría cuando sea necesaria la intervención quirúrgica.

2.4.8.Tratamiento Distocia Del Estrecho Superior

a) Medidas de urgencia

- Se ministrara oxigeno cuando exista sufrimiento fetal.
- Registro electrónico del feto y se vigilara
- Realización de cesárea cuando exista debilitamiento materno y sufrimiento fetal grave.

b) Medidas especificas

Es necesaria la pelvicefalometría radiológica cuando una presentación anormal inclusive pélvica, complica una estenosis del estrecho medio. La conducta a seguir se definirá antes de que llegue el trabajo de parto. La cesárea electiva se justifica en los raros casos de estenosis acentuada del estrecho medio o del inferior.

c) Medidas generales

Se le dará a la paciente apoyo emocional y se evitara tensiones. La posibilidad de desproporción céfalo pélvica contra indica la estimulación con oxitocina.

d) Tratamiento de las complicaciones

Las laceraciones se suturarán, la perdida de sangre habrá de reponerse o remplazarse y en caso de infección se prescribirán los antibióticos necesarios.

La laparotomía esta indicada en la ruptura uterina.

2.4.9. Tratamiento De La Distocia Del Estrecho Inferior

a) medidas de urgencia

- Ministración de oxígeno esta indicada para el sufrimiento fetal.
- La cesárea es la solución para sufrimientos fetales grave y desproporción cefalopélvica relacionada al estrecho inferior y que no fue reconocida con anticipación.

b) Medidas específicas

La cesárea debe realizarse cuando:

- La suma de las medidas del diámetro biespinoso y del sagital posterior es menor de 15cm
- El intento de trabajo de parto no tiene lugar cuando la desproporción cefalopélvica esta relacionada al estrecho inferior , pues representa un riesgo muy alto para el feto
- Si la obstrucción del estrecho inferior es causada por el cóccix anquilosado, el problema se resuelve fracturando la articulación sacro coccígea después de la bajo anestesia y realizando la extracción del feto con fórceps.

c) Tratamiento de las complicaciones

- ❖ Puede consistir en la reparación de laceraciones del canal de parto, transfusiones sanguíneas en caso de que se requiera y la ministración de antibióticos adecuados en las infecciones.

Pronostico

En general el tamaño de la pelvis tiene mayor significado que la forma, para la realización del parto.

El diagnóstico de la proporcionalidad pélvica es fácil y puede lograrse con exactitud; en cambio el diagnóstico de la falta de la proporcionalidad es difícil y poco preciso.

Las consecuencias de error en uno u otro sentido incrementa la morbilidad y la mortalidad materno fetales.

2.4.10. Distocia De Tejidos Blandos

Los tumores de tejidos blandos a la musculatura pélvica tensa o rígida pueden ser la causa de distocia. Los exámenes vaginales y rectales por la ultrasonografía pueden ayudar a identificar una neoplasia cervical, ovárica o de otro tipo que esté impidiendo el parto.

2.4.11. Distocia Por Disfunción Uterina

La distocia puede sobrevenir cuando las contracciones uterinas son demasiado débiles o demasiado fuertes, muy frecuentes o muy raras, cortas o en extremo prolongadas, o manifiestan irregularidad. El tono del miometrio es quizá más importante que las características de las contracciones para el progreso del parto.

Cuando el útero relaja deficientemente entre una y otra contracción y adquiere una firmeza exagerada durante las contracciones, se encuentra hipertónico. Si el útero muestra flaccidez entre las contracciones y su consistencia no alcanza firmeza ni aun en el momento de culminación de las contracciones se encuentra hipotónico.

Ninguna de estas condiciones anormales en el tono del miometrio, redundan en eficacia para el trabajo de parto.

El borramiento y la dilatación cervicales dependen de la regularidad, intensidad y duración de las contracciones uterinas, así como de la satisfactoria relajación entre las contracciones. Normalmente el inicio de las contracciones uterinas surge en la proximidad de un cuerno uterino y de ahí se difunde por todo el útero hacia el segmento inferior.

Cuando las contracciones son ineficaces, particularmente en los estados de hipertonía uterina, la onda de contracciones parte del segmento inferior y se difunde hacia arriba (polaridad invertida). El llamado útero espasmódico se caracteriza por irritabilidad generalizada y por las abundantes contracciones ectópicas de las que resultan un borramiento y una dilatación de la cérvix insuficientes. La deficiencia del cuello uterino para borrarse y dilatarse, aunada a un trabajo de parto deficiente, da lugar a trabajo de parto prolongado.

La distocia uterina complica 2-3% de los trabajos de parto al término de la gestación. Al menos 90% de estos casos ocurren en primigrávidas.

Cualquiera de las situaciones siguientes puede dar origen a distocia uterina: las anomalías y los tumores del útero (por ejemplo, útero bicorne, miomas), la distensión uterina (por ejemplo, polihidramnios), el trabajo de parto diferido (por ejemplo, muerte fetal), las anomalías cervicales (por ejemplo, cicatrices, fibrosis o tumores) y las enfermedades maternas (por ejemplo, hernia abdominal o padecimientos crónicos). Algunos casos que se califican de idiopáticos, quizá obedecen a factores psíquicos.

En muchas pacientes con distocia uterina, parece ser que pequeños grados de desproporción feto pélvica o de resistencia de partes blandas en la pelvis disminuyen el efecto de las contracciones. Cuando no ha ocurrido el encajamiento de la presentación, el trabajo de parto se ve más afectado.

La disfunción uterina puede complicar todas las etapas del parto. Son esenciales el diagnóstico y el tratamiento inmediatos, para evitar consecuencias deplorables en la madre o en el producto. La infección y el traumatismo constituyen los principales

peligros tanto para la paciente como para el feto. El trabajo violento de parto puede causar sufrimiento fetal, un parto precipitado y lesiones a ambos. La frecuencia de infección durante el parto está directamente relacionada con la duración de éste particularmente cuando las membranas están rotas.

La necesidad de recurrir a maniobras operatorias es más frecuente en los partos prolongados. Si se logra completar el parto, debe considerarse la posibilidad de un atonía uterina puerperio, que puede causa desangramiento.

La calidad del trabajo de parto debe estimarse de acuerdo con la presentación, la posición y el tamaño fetales, así como con la configuración y las dimensiones de la pelvis. Las fuerzas expulsivas trabajan en contra de la resistencia opuesta por los tejidos blandos y firmes de la pelvis. La resistencia es vencida lentamente o de ninguna manera, en casos de distocia debido a contractilidad uterina defectuosa.

A. Contracciones hipotónicas. En la mayor parte de las situaciones de disfunción debida a la anormalidad de las fuerzas uterinas, las contracciones hipotónicas prolongan la fase de aceleración del trabajo de parto. Pero las contracciones hipotónicas puede presentarse también ocasionalmente durante la fase latente del trabajo de parto. El término inercia uterina es sinónimo de distocia uterina hipotónica e implica trabajo ineficaz de parto. Existen dos tipos, primaria y secundaria:

1. Inercia uterina primaria: Las contracciones ineficaces desde el principio del trabajo de parto pueden ser causadas por la inducción del parto o por la ruptura espontanea de las membranas, antes que el útero se encuentre “preparado” para contraerse normalmente; por anomalías congénitas del útero; por falta de encajamiento de la presentación o por la ocurrencia de presentaciones o posiciones viciosas.

2. Inercia uterina secundaria: Las buenas contracciones pueden ceder y dar lugar a la aparición de contracciones ineficaces por las siguientes razones: sobredistensión del útero (debido a polihidramnios, embarazo múltiple o feto grande) que estira y adelgaza al miometrio; por una anestesia o analgesia excesiva que inhiben la contractilidad; por la tensión emocional y la liberación de catecolaminas, que pueden reducir la acción estimulante de la oxitocina sobre el musculo uterino, y por la desproporción fetopélvica que provoca fatiga uterina.

B. Contracciones hipertónicas: Por lo general se presentan durante la fase activa del trabajo de parto y se hacen más intensas conforme éste avanza. Son más graves que las contracciones hipotónicas.

Datos Clínicos

Útero hipotónico: En úteros flácidos, la dilatación y el borramiento son habitualmente normales, el dolor es mínimo y las molestias son leves; las contracciones son débiles pero se mantiene el dominio del fondo uterino.

Útero hipertónico: Existen dos tipos básicos. En ambos, puede desarrollarse sufrimiento fetal, de ahí que deban vigilarse los latidos cardiacos fetales.

El fondo y el segmento uterino inferior aparecen tensos; la cérvix puede estar normal o espástica. El dolor es intenso y puede parecerle exagerado al observador, en relación con la fuerza de las contracciones. El dolor lumbosacro es constante. Con frecuencia ocurren íleo y retención urinaria. La polaridad uterina se invierte y el segmento inferior controla las contracciones. Al presentarse fatiga uterina, se forma con frecuencia un anillo de contracción.

En casos de “útero cólico” (que ocasionalmente ocurre con un fondo tabicado o bicome), con una cérvix normal o espásmica, el miometrio es muy excitable y

tiende a la actividad asincrónica. La paciente se queja de dolor casi constante que se intensifica con las contracciones. Es común que ocurra inquietud y aerofagia. La polaridad variable y las contracciones incoordinadas son aparentes. Eventualmente puede desarrollarse un anillo de contracción.

Diagnostico diferencial

El falso trabajo de parto consiste generalmente en una sucesión ordenada de contracciones uterinas irregulares, acompañadas de cólicos leves, que no aumentan en frecuencia o en intensidad. El útero se encuentra generalmente hipotónico; la cérvix no se dilata ni se borra y la parte presentada no desciende. En realidad el falso trabajo de parto representa contracciones de Braxton Hicks de intensidad aumentada.

La distocia cervical obedece, ya sea a estenosis cicatrizal del cuello, como resultado de intervenciones quirúrgicas o de infecciones, o bien, a un espasmo funcional, y en tal caso la inercia por hipertonia uterina es frecuentemente un factor asociado. El anillo de retracción (anillo de Bandl) es una zona estrecha como tomillo de carpintero, inflexible, de contracción miométrica entre los segmentos superior e inferior del útero, un anillo de retracción exagerado y patológico. Este proceso patológico sólo se presenta después de un trabajo de parto prolongado provocado por una obstrucción mecánica, es decir, es una complicación de una mala presentación y de la desproporción fetopélvica.

El dolor constante agonizante y la hiperestesia preceden a la ruptura del segmento uterino inferior. Es inevitable la ruptura uterina a menos que se practique una cesárea o se elimine la obstrucción. La pared uterina marcadamente engrosada arriba del anillo hace difícil la palpación del feto.

El anillo de constricción es una contracción persistente de todo o parte de un segmento del útero alrededor de una porción estrecha del feto. El anillo puede

resultar de una disritmia uterina, y puede ocurrir en cualquier etapa del trabajo de parto. El anillo de constricción está asociado frecuentemente con un trabajo de parto prolongado (nunca obstruido), especialmente después de la ruptura de las membranas desde hace tiempo. Se caracteriza por dolores tipo cólico que persisten después de que la contracción ha cesado. A la exploración se encuentra una cérvix flácida que cuelga libremente aun durante la contracción, de tal manera que la parte que se presenta permanece anormalmente móvil.

A la exploración vaginal se observa que el anillo está considerablemente por arriba del cuello, comprimiendo al feto. La medicación puede relajar el anillo. No obstante, ningún medicamento es confiable. A menudo se requiere intervención quirúrgica. El feto está en peligro por hipoxia, asfixia y parto traumático.

El trabajo de parto fallido ocurre muy raras veces. El trabajo de parto principia a término o cerca de término, pero cesa pronto. El feto, muerto antes o poco después de la falla del trabajo de parto, es retenido; el líquido amniótico se resorbe y a continuación principia la desintegración de los productos de la concepción, a menudo conforme se desarrolla la infección.

El trabajo de parto prolongado (o sea cuando la duración es de 24 horas o más), puede deberse a una falla o debilitamiento de las fuerzas expulsivas, a desproporción fetopélvica o a presentaciones o posiciones fetales anormales.

El parto precipitado (con un trabajo de parto de 3 o menos horas de duración), puede ser causado por contracciones uterinas extraordinariamente fuertes y frecuentes, o bien, por la reducida resistencia de los tejidos blandos de la pelvis.

Complicaciones

El trabajo de parto prolongado, el parto instrumental (con la posibilidad de lesiones) y las infecciones intraparto y puerperio aumentan en frecuencia por la distocia uterina.

Prevención

El acondicionamiento de la paciente durante el parto, ayuda considerablemente a disminuir su temor y su ansiedad, y al parecer mejora la calidad del trabajo de parto si no se presentan otras condiciones desfavorables. La eliminación de la inducción y la limitación de la analgesia profunda inicial asegurarán la calidad del trabajo de parto. El reconocimiento precoz y el tratamiento apropiado de las distocias por contractilidad uterina anormal, previenen habitualmente la aparición de complicaciones graves.

Tratamiento

A. Medidas específicas:

1. **Hipotonía uterina:** Si no existe desproporción fetopélvica, se estimula el trabajo de parto mediante amniotomía e infusión intravenosa de oxitocina, 1-2 mU/min por vía intravenosa, con un aumento de esta dosificación cada 15-20 minutos si es necesario, suponiendo que la madre y el feto pueden tolerar dicha medicación.
2. **Hipertonía uterina:** En ausencia de desproporción fetopélvica, se aplican 15 mg de sulfato de morfina IM para aliviar el dolor, y 6^o mg de fenobarbital IM para obtener sedación. En caso necesario, se caracteriza la vejiga urinaria para evitar distensión. El desequilibrio hidroelectrolítico debe corregirse de acuerdo con las indicaciones. Cuando se reanude el trabajo de parto (de 2-4 horas), se aplicará una faja abdominal si el útero está penduloso y el eje de fuerza de las contracciones no concuerda con la dirección del eje del conducto del parto. Esta falta de concordancia de los ejes puede ser la causa básica de la falla de encajamiento y de descenso.

3. **“Útero cólico”**: El tratamiento es similar al de la hipertonía uterina (ver párrafo anterior). La anestesia paracervical puede relajar la cérvix en forma suficiente para permitir el borramiento y la dilatación.

B. Medidas generales: Se procurará infundir confianza y mantener el equilibrio hidroelectrolítico. Toda paciente que exhiba signos o síntomas de infección intraparto o que presente un trabajo de parto prolongado, debe recibir antibióticos de amplio espectro.

C. Medidas quirúrgicas:

1. Si se presentan sufrimiento fetal y trabajo de parto infructuoso a pesar de la estimulación del útero hipotónico, procédase a efectuar una cesárea.
2. Está indicada una cesárea cuando ocurre un trabajo de parto prolongado, especialmente si se cree que existe desproporción cefalopélvica o que se acompaña de anillo de construcción o de anillo de retracción.

Tratamiento de los problemas asociados:

1. **Falso trabajo de parto:** Se esperará a que sobrevenga el verdadero trabajo de parto y se calmará la ansiedad de la paciente.

2. Distocia cervical:

- a. Por cicatrices y estenosis del cuello: Al completarse el borramiento se realizarán incisiones cervicales (imaginando un reloj, a la altura aproximada de las 2 o las 4 del cuadrante). Si esto no fuese suficiente para lograr el parto, solamente está indicada la cesárea si no es posible la incisión y el parto vaginal.
- b. Durante el trabajo de parto se aplicará una sedación apropiada si existen espasticidad cervical e hipertonia uterina. Así como, se utilizará anestesia regional al final del primer periodo del parto y durante el segundo periodo. Las incisiones de Dührssen tienen lugar solamente en caso de absoluta necesidad. Puede ser necesario realizar una cesárea.

3. Anillo de constricción:

- a. El primer periodo del parto: Está indicado administrar 0.5 g de gluconato de calcio y 2.5 g de sulfato de magnesio (5 ml de solución a 50%) por litro, en solución de glucosa a 10% por vía intravenosa.
 - b. En el segundo periodo del parto: Son útiles el nitrito de amilo (inhalación del contenido de una ampolla), la administración intramuscular de 0.5 ml de una solución a 1:1,000 de epinefrina y la anestesia con éter.
4. Trabajo de parto fallido: Es esencial prevenir la contaminación cervicouterina (evítase la ruptura artificial de las membranas) y estimúlese al útero refractario iterativamente (pero no en forma continua) con oxitocina por vía IV, 1-2 ml (10-20 U) por litro de solución de glucosa a 5%, después de la aplicación tópica de prostaglandina (PGF, en gel) en el cuello uterino. Si sobreviene infección intrauterina y los intentos para la valoración del contenido uterino tienen éxito, se podrá considerar la histerectomía abdominal total con avenamiento.

La laparotomía está justificada sólo para tratamiento de perforación uterina y de las complicaciones intraperitoneales.

5. Parto presipitado: Se pueden dar analgésicos a dosis pequeñas y anestesia regional. En casos con antecedentes de partos precipitados, deben considerarse la conveniencia de una cuidadosa inducción electiva del parto.

D. Tratamiento de las complicaciones:

1. Trabajo de parto prolongado: El tratamiento depende de la causa básica. Las medidas complementarias incluyen la administración de antibióticos de amplio espectro y el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico. Considérese la probabilidad de que resulte conveniente efectuar un parto por cesárea.
2. Hemorragia en el puerperio.
3. Infección en el puerperio: Se administrarán antibióticos de amplio espectro y preparados de cornezuelo de centeno.

Pronóstico

El pronóstico es bueno para la paciente y el producto cuando se hace el diagnóstico a tiempo y se instituye un tratamiento apropiado. El trabajo de parto prolongado, la infección intraparto y los traumatismos representan un grave peligro para el feto.

2.4.12. Distocia De Origen Fetal

Las anomalías de desarrollo, el tamaño exagerado y las presentaciones o posiciones viciosas del producto, retardan u obstaculizan el proceso del parto. Esto ocurre aproximadamente en 0.5% de los trabajos de parto a término. Tratándose de fetos grandes, la distocia de hombros puede llegar a ser hasta de 20%.

La distocia debida a anomalías fetales se manifiesta por no encajamiento o por enclavamiento de la presentación. En las presentaciones cefálicas con desproporción, originadas por un feto grande o hidrocefálico, puede suceder que la cabeza nunca llegue a encajarse en el estrecho superior. La falta de encajamiento es también muy común en caso de presentaciones anormales. Las deformidades o el gran tamaño del feto pueden permitir que sólo la cabeza atraviese el estrecho superior, pero el descenso se detiene por resultar imposible el paso del cuerpo a través del mismo.

La distocia de hombros consiste en la impacción de los hombros fetales después del nacimiento de la cabeza de fetos con presentación cefálica. En las presentaciones pélvicas, en enclavamiento ocasionado por la presentación puede retardar o impedir el parto vaginal.

El sitio de la detección dependerá de la presentación y también del grado y localización de la deformidad fetal, así como de la arquitectura y de las dimensiones de la pelvis materna.

El antecedente de embarazos sin complicaciones no garantiza necesariamente un parto normal en los embarazos subsiguientes. Una mujer que ha parido uno o más productos de tamaño normal sin dificultad, puede tener uno más que, aunque no mayor en tamaño, falle para encajarse o bien se enclave en la excavación pélvica por una posición viciosa de la presentación. Estas mujeres pueden también desarrollar un feto grande y desproporcionado.

Causas De Distocia Fetal

El tamaño de feto en relación a la pelvis materna, la forma y consistencia de la parte fetal que se presenta, determinan la adaptabilidad o compatibilidad del producto en el conducto del parto. Son causas fetales de distocia las siguientes:

A. **Gran tamaño:** (>4,000g). por herencia, por diabetes mellitus materna o por multiparidad (el tamaño del feto aumenta con la paridad).

B. **Anomalías de desarrollo:** Hidrocefalia, monstruos (siameses).

C. **Circunferencia anormal:**

1. **Anormalidades internas:** Hidropesía fetal, ascitis, tumores abdominales (riñón poliquístico, teratoma).

2. **Anormalidades externas:** Mielomeningoceles; neoplasma del sacro.

D. **Situación o presentación viciosa:** Transversa, oblicua, de hombro, de nalgas o compuesta. Las pacientes más propensas a tener parto con distocia de hombros son las que tienen obesidad, las que padecen diabetes mellitus, las que tienen antecedentes de hijos macrosómicos de gran tamaño (>4,000g) o de postérmino, las que requieren una aplicación de fórceps medio después de que el segundo periodo de su trabajo de parto resultó prolongado y las que hayan recibido anestesia epidural en fases incipientes del trabajo de parto, con la consecuencia de que la cabeza fetal no desciende ni rota normalmente.

Datos Clínicos

Síntomas y signos: Suponiendo un trabajo de parto satisfactorio, es decir, con un tono uterino normal y contracciones fuertes, regulares y sostenidas, la lentitud del avance puede obedecer a los factores fetales siguientes: Cuando la cabeza es anormalmente grande, pueden ocurrir las siguientes situaciones: presentación

viciosa, falta de encajamiento o una posición poco común. Cuando el cuerpo está aumentando de volumen o deforme, el encajamiento del vértice puede tener lugar, pero detiene su avance al atravesar el tórax por el estrecho superior.

La hidrocefalia puede ocasionalmente impedir el encajamiento en presentaciones cefálicas o pueden ocasionar el enclavamiento en la excavación pélvica en caso de presentaciones pélvicas. A veces es posible percibir por palpación un contorno uterino extraño, en casos de anomalía fetal extrema, cerca del término.

Puede ser imposible efectuar un parto vaginal, a menos que los hombros del feto puedan atravesar el estrecho superior de la pelvis. En el desarrollo normal del parto, los hombros (diámetro biacrominal) entran a la pelvis por el diámetro oblicuo y después, durante el descenso y la rotación interna, giran hacia el diámetro anteroposterior (que es más corto que el oblicuo en pelvis de tipo ginecoide, androide y platipeloide). Esto permite a los hombros atravesar el plano de entrada. Después, el hombro anterior se coloca debajo de la sínfisis del pubis para que nazca a continuación el primer hombro, después del segundo y finalmente el tórax. Por lo regular, en casos de distocia de hombros, el diámetro biacrominal del feto obstruye el diámetro anteroposterior de la pelvis (excepto cuando la pelvis es de tipo antropoide, en cuyo caso el diámetro que se obstruye es el transversal u oblicuo); uno o ambos hombros chocan contra el borde superior de la sínfisis del pubis y no se encajan. Es raro que ocurra el impacto de ambos hombros. La detección del hombro anterior es de mayor consideración que la del posterior.

Sólo puede hacerse el diagnóstico de distocia de hombros después del nacimiento de la cabeza. Cuando esto ha ocurrido, las siguientes características constituyen diagnóstico de distocia de hombros: (1) La cabeza rebota contra el perineo y permanece inmóvil porque es imposible la restitución espontánea. (2) No puede nacer el feto, aun cuando se ejerza una tracción moderada con compresión fúndica. (3) Cuando se realiza la exploración vaginal, no se encuentra ninguna anomalía

fetal (por ejemplo, un tumor) ni materna (por ejemplo, un anillo de contracción uterina) que pueda provocar la detención del parto.

- A. Datos ultrasonográficos: La ultrasonografía puede permitir detectar una anomalía y se prefiere en lugar de la radiología.
- B. Datos radiológicos: Los exámenes radiológicos pueden demostrar las anomalías fetales esqueléticas.
- C. Otros exámenes: la exploración vaginal puede descubrir una configuración craneal anormal (como consecuencia de anencefalia, meningocele, etc.).

Diagnóstico Diferencial

Las presentaciones viciadas o la falta de encajamiento pueden obedecer a alteraciones maternas y no a una anomalía fetal. Por exploración vaginal o abdominal, se pueden encontrar tumores pélvicos o exostosis que detienen a la parte que se presenta después de su encajamiento y de un corto descenso.

La ultrasonografía o las radiografías pueden revelar una placenta de baja situación.

Las posiciones anormales y aun una rotación incompleta de la presentación, pueden tener lugar durante el proceso del nacimiento sin mediar causa aparente.

Complicaciones

El parto instrumental puede hacerse necesario y pueden ocurrir lesiones en la madre. La muerte fetal sobreviene habitualmente por la descompresión cerebral o abdominal al momento del desprendimiento del producto. En el parto complicado por distocia de hombros o de pelvis, la lesión del plexo braquial provocada por tracción puede dar lugar a parálisis del plexo braquial, o a fractura del húmero o la clavícula, a lesión

cerebral hipóxica o a muerte durante el parto, a menos que se elimine la obstrucción con rapidez.

Profilaxis

Es importante el diagnóstico precoz de las anomalías fetales (de preferencia antes de que se inicie el trabajo de parto). Aunque no puede predecirse una distocia de hombros, en ocasiones es sugerida esa posibilidad por los antecedentes, la exploración física o la evolución del trabajo de parto. La medición de los diámetros del tórax fetal y la pelvis materna por medio de ultrasonografía, puede revelar problemas que podrían originar detención de los hombros.

El hecho de que en la actualidad se tome una actitud más liberal respecto a las indicaciones de efectuar una cesárea en mujeres con riesgo de distocia de hombros, disminuye la frecuencia de que ocurra detención. La terminación electiva del embarazo, usualmente por inducción y parto por vía vaginal, se recomienda cuando obviamente la supervivencia del feto es imposible (por ejemplo, anencefalia).

Tratamiento

A. Medidas de urgencia: La exploración vaginal, bajo condiciones estériles y anestesia profunda por inhalación, puede requerirse si el parto es difícil o parece imposible después de la exteriorización de alguna parte del cuerpo fetal. La rotación del feto para colocar los hombros en la dirección del diámetro anteroposterior de la pelvis, puede facilitar la palpación de una anomalía o favorecer el parto en caso de una distocia de hombros.

B. Medidas específicas en casos de distocia de hombros: Si se sospecha que va a ocurrir distocia de hombros, se debe realizar en primer lugar una episiotomía amplia. Si el primer intento de extraer el hombro anterior resulta infructuoso, sería muy peligroso repetir la maniobra. Cuando la cabeza del lactante es sometida a

una inclinación lateral pronunciada o forzada a descender en forma brusca, se ejerce una gran tensión sobre el plexo braquial, lo que puede provocar una parálisis de Erb. Deben probarse una gran variedad de maniobras que sirvan para liberar uno o ambos hombros, de preferencia después de haber inducido anestesia con rapidez. Ninguna de ellas es fácil, pero el autor prefiere la siguiente secuencia:

1. Tirar de la cabeza hacia abajo y hacia atrás con cuidado, hasta que el hombro anterior toque la sínfisis del pubis. Acto seguido, elevar la cabeza, lo que permitirá el nacimiento del hombro posterior.
2. Deslizar una mano detrás del feto y enganchar con un dedo la axila posterior. Tirar hacia abajo lo más fuerte que sea posible, a fin de desplazar el hombro posterior a la concavidad sacra. Es difícil que la tracción resulte tan intensa que provoque lesiones. El objetivo de hacer descender el hombro posterior más profundamente en la concavidad sacra, consiste en obtener mayor espacio y como consecuencia, el encajamiento del hombro anterior, haciendo factible el nacimiento expedito.
3. Iniciando de la misma manera que en el número 2, tomar el brazo fetal posterior y deslizarlo hacia el abdomen. Flexionar el brazo fetal y, a continuación, enganchar el antebrazo con un dedo y conducir hacia abajo la mano y el resto de la extremidad hasta que salgan al exterior. Esto es seguido del encajamiento del hombro anterior.

4. Puede pararse la mano detrás del hombro anterior, con objeto de hacer rotar los hombros hacia el diámetro pélvico oblicuo, después de lo cual se deberá tirar de manera moderada de la cabeza, a la vez que se efectúa una comprensión suprapúbica, lo que llevará los hombros hacia la pelvis, para atravesar el estrecho superior.

5. La inducción de fractura o desarticulación de la clavícula, aunque es un procedimiento difícil y traumático, reduce el diámetro biacromial y simplifica la extracción.

6. Rotar los hombros fetales en un arco de 180°, de OIT a CDT (o al revés) (principio de rotación de Woods). Dado que el hombro posterior ya está encajado y a nivel relativamente bajo en la pelvis, la rotación de éste en sentido anterior hace que choque con la sínfisis del pubis en la parte anterior, de manera semejante a lo que sucede cuando se extrae un tornillo. El hombro inicialmente impactado (anterior) que rota en dirección opuesta mientras se aplica presión fúndica, entra a la concavidad del sacro y nace fácilmente.

7. En los casos en que el feto haya muerto, se puede realizar una cleidotomía.

C. Medidas Generales: Se procurará lograr el parto por vía vaginal, pero no se dará anestesia profunda por inhalación antes de reconocer la causa de la distocia. Si el riesgo materno es de consideración, se realizará una cesárea después de haber

informado al esposo o a un pariente próximo adulto acerca de la deformidad fetal y de la posibilidad de supervivencia del mismo.

D. Medidas quirúrgicas: Casi siempre es necesaria la intervención operatoria. El desagüe del líquido cefalorraquídeo del producto hidrocefálico o la paracentesis para descompresión abdominal, pueden ser necesarios para el parto. En caso de producto muerto, se requiere a veces recurrir a la embriotomía. La cesárea puede estar justificada en la rara situación de siameses vivos o en anomalías importantes, en las que el parto vaginal signifique un gran peligro para la salud o para la vida de la madre.

E. Tratamiento de las complicaciones: Las lesiones del conducto del parto la hemorragia en el puerperio y las infecciones puerperales son consecuencias comunes del parto de productos malformados o con presentación anormal. Para el tratamiento de la fractura de clavícula y de lesión del plexo braquial,.

Cuando es Pronóstico

Posible evitar un parto complicado y traumático, obviamente el pronóstico materno resulta bueno. El pronóstico para el feto con anomalías de desarrollo, varía de dudoso a pésimo, según la gravedad del defecto.

Un producto grande que nace sin dificultad observa una evolución semejante a un producto de talla normal, aunque los recién nacidos de madres diabéticas requieren un cuidado especial.

Cuando se fractura la clavícula o el húmero del feto durante el parto, el pronóstico es bueno si se inmoviliza brazo y hombro durante varias semanas.

Cuando ocurre parálisis braquial por lesión del plexo del mismo nombre, el pronóstico depende del tipo, sitio y grado de lesión neurológica. El pronóstico de la hipoxia fetal es variable

2.4.13. Distocia De Origen Placentario

La placenta previa puede impedir el parto a causa de su situación cerca del agujero interno, o a causa de sangrado excesivo, generalmente secundario al examen o a la instrumentación durante el trabajo de parto. Igualmente una placenta implantada posteriormente, en el segmento uterino inferior, en situación opuesta al promontorio del sacro, puede impedir el descenso de la parte que se presenta, haciendo pensar e una distocia ósea.

2.4.14. Cesárea

Una **cesárea** es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más fetos. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas.¹⁸

No se debe confundir con la episiotomía, que es una incisión en el periné para facilitar el parto. La cesárea se hace por encima de la pelvis.

Etimología

Hay muchos elementos que contribuyen a una explicación lingüística de la palabra «cesárea»:

- El término podría derivarse del verbo latino *caedere*, «cortar» efectuar una *cisura*.

¹⁸ WILLIAMS Obstetrics. 14ª edición. Appleton Century-Crofts, New york, 1971, paginas 1163-1190.

- Posiblemente haya tomado su nombre del gobernante romano Julio César, de quien se dice vino al mundo de esta manera.¹
- La ley romana prescribía que el procedimiento debía llevarse a cabo al final del embarazo en una mujer moribunda con el fin de salvar al bebé. La ley se llamó *lex caesarea*, y este término puede ser el origen del nombre.

Muy probablemente es una combinación de lo anterior. El inicio de la historia es casi con certeza el verbo *caedo*: la frase «*a matre caesus*» («cortado de su madre») se usaba en Roma para describir la operación. La etimología real del nombre César (un apellido mucho más antiguo) no está relacionada, pero una etimología popular muy temprana inventó la historia del nacimiento de Julio César por este procedimiento para poder sugerir que su nombre se derivaba del verbo.

El título de la *lex caesarea* debe de estar influido por esta leyenda, porque la forma *caesarus* no puede ser derivada directamente de *caesus* sin alguna interferencia de *Caesar*. En alemán se dice *Kaiserschnitt* (literalmente, «el corte del emperador»), sin duda proveniente de forma directa de la leyenda del nacimiento de Julio César.

Tipos

Hay muchos tipos de cesáreas:

- La incisión clásica es longitudinal en la línea media, lo que permite mayor espacio para el parto. Se usa rara vez, porque es más susceptible de complicaciones.
- La más común hoy en día es la del segmento inferior, en la cual se hace un corte transversal justo por encima del borde de la vejiga. La pérdida de sangre es menor y la reparación más fácil.
- Una histerectomía cesárea es el parto mediante cesárea y posterior extracción del útero, que se puede realizar en casos de sangrado intratable o cuando la placenta no se puede separar del útero.
- Algunas veces se han practicado otros tipos, como la extraperitoneal o la de Porro.

Actualmente se insta al padre para que presencie la operación con el fin de apoyar y compartir la experiencia con su pareja.

Indicaciones

Los ginecólogos recomiendan la cesárea cuando el parto vaginal puede ser arriesgado para el niño o la madre. Algunas posibles razones son:

- trabajo de parto prolongado o distocia
- sufrimiento fetal aparente
- sufrimiento maternal aparente
- complicaciones como pre-eclampsia o eclampsia
- nacimientos múltiples
- mala colocación del bebe, (cabeza hacia arriba en lugar de hacia la pelvis)
- presentación anormal
- inducción del trabajo de parto fallida
- parto instrumental fallido
- bebé muy grande (macrosomía)
- placenta muy baja o placenta previa
- pelvis contraída
- evidencia de infección intrauterina
- algunas veces, cesárea previa
- problemas de curación del periné, derivados del parto o de la Enfermedad de Crohn, por ejemplo.

Sin embargo, diferentes especialistas pueden diferir en cuanto a sus opiniones sobre la recomendación de una cesárea. Un obstetra puede sentir que una mujer es muy pequeña para parir a su bebé, pero otro puede estar en desacuerdo. De forma similar, algunos proveedores de cuidado pueden determinar que el parto no progresa más rápidamente que otros. Estos desacuerdos ayudan a explicar por que las tasas de cesáreas son diferentes entre hospitales y médicos.

Riesgos

Las estadísticas de los noventa sugieren que menos de una mujer por cada 2.500 que tengan cesárea morirá, comparado con una en 10.000 para el parto vaginal[1]. La mortalidad sigue en descenso, y el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido declaró que el riesgo de muerte es tres veces el de un parto vaginal [2]. Sin embargo, no es posible comparar directamente las tasas de mortalidad de los partos vaginales y por cesárea porque las mujeres que tuvieron la cirugía tenían mayor riesgo.

Los bebés nacidos por cesárea suelen tener problemas iniciales para respirar. Además puede ser difícil la alimentación porque tanto la madre como el bebé están afectados por la medicación para el dolor.

Una cesárea es una cirugía mayor, con todos los riesgos y eventos que conlleva. El dolor en la incisión puede ser intenso, y la recuperación completa de la movilidad puede tomar semanas.

Prevalencia

La Organización Mundial de la Salud estima que la tasa de cesáreas entre todos los nacimientos en los países desarrollados está entre el 10% y el 15%, comparado con cerca de 20% en el Reino Unido y 23% en Estados Unidos. En 2003, la tasa de cesáreas en Canadá fue de 21%, con variaciones regionales.

En años recientes se han generado preocupación porque la operación se realice frecuentemente por otras razones diferentes a la necesidad médica. Por ejemplo, a los críticos les preocupa que las cesáreas se realicen porque económicamente dan más utilidad para el hospital, o porque una cesárea rápida es más conveniente para un obstetra que un largo parto vaginal. Se han formado organizaciones para aumentar la conciencia pública sobre las cesáreas y su incidencia que crece considerablemente. Los partos atendidos por parteras y fuera del hospital se asocian a una tasa mucho menor de cesáreas, controlada por todos los indicadores maternos y fetales relevantes.

Partos vaginales después de cesárea

Los partos vaginales después de cesárea (VBAC, por sus siglas en inglés) no son infrecuentes hoy en día. En el pasado se usaba una incisión vertical para la cesárea que cortaba las fibras musculares del útero. Las cesáreas modernas generalmente se practican con una incisión horizontal siguiendo el recorrido de las fibras musculares. El útero mantiene entonces mejor su integridad y puede tolerar las fuertes contracciones del alumbramiento futuro. Por razones estéticas, la cicatriz de las cesáreas modernas está por debajo de la «línea del bikini». Cabe señalar que este tipo de incisión no es recomendable para la salud, ya que, tarda mucho más tiempo en sanar por que naturalmente, nuestra piel sigue una especie de secuencia que es vertical, por lo que inclusive, nunca sana completamente.

Actualmente no se admite el viejo aforismo de «*después de cesárea, siempre cesárea*». A menos que la causa que originó la primera cesárea se mantenga, por ejemplo placenta previa o pelvis estrecha, la conducta aceptada es la de dejar evolucionar el parto y actuar según la evolución.

Otro punto en que se ha desatado una intensa controversia es sobre el derecho de la gestante a elegir la vía del parto, es decir, embarazada que desea, sin causas objetivables que le sea practicada cesárea.

Historia

Las cesáreas eran ya conocidas y practicadas en la antigua Roma, y se dice que el dictador y político romano Julio César nació por este método (véase Etimología).

El primer dato que se tiene de una mujer que sobrevivió a una cesárea fue en Alemania en 1500: Se cree que Jacob Nufer, un castrador de cerdos, le hizo esta operación a su esposa tras una prolongada labor. La mayoría de las veces, el procedimiento tenía una alta mortalidad. En Gran Bretaña e Irlanda la mortalidad en 1865 era del 85%.

Las medidas claves en la reducción de la mortalidad fueron:

- Acogida de los principios de la asepsia.
- La introducción de la suturación uterina por Max Sänger en 1882.
- Cesárea extraperitoneal y después mudanza a la incisión transversal baja (Krönig, 1912).
- Avances en la anestesia.
- Transfusión de sangre.
- Antibióticos.

Viajeros europeos en la región de los grandes lagos de África observaron durante el siglo XIX secciones cesáreas que eran efectuadas de forma regular.

La madre expectante era normalmente anestesiada con alcohol y se usaba una mezcla de hierbas para mejorar la recuperación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERALES

Determinar si es el control prenatal un medio que ayuda a determinar el diagnóstico temprano de un parto distócico así como el uso oportuno de una cesárea

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

A. Analizar si las pacientes embarazadas que se les realizó cesárea tuvieron un control prenatal previo que les ayudó a diagnosticar a tiempo tal acontecimiento.

B. Identificar cuántas pacientes gestantes presentaron parto distócico a un llevando control prenatal.

C. Verificar si las pacientes embarazadas que presentaron parto distócico llevaron a término su control prenatal

JUSTIFICACIÓN

Por medio de la presente investigación se pretende prevenir, orientar, disminuir y si es posible eliminar los factores de riesgo que aumenten la incidencia de partos distócicos así como descubrir problemas y tratarlos para prevenir que se realicen cesáreas innecesarias, procurando que únicamente que se lleven a cabo las necesarias, para evitar que el binomio madre e hijo sufran las consecuencias que trae consigo tan temido acontecimiento por parte de la paciente y familiares.

Aunque el embarazo es un proceso natural está lejos de ser perfecto y desafortunadamente se presentan complicaciones en algunos de ellos. Entonces, la finalidad del control prenatal es detectar esos embarazos anómalos que podrían hacer peligrar la vida de la madre y/o su bebé.

Si no existiese este control previo al parto nos veríamos en una gran profusión de complicaciones que de otra manera hubiesen podido ser evitadas.

Realmente hace diferencia cumplir con el control prenatal por que ciertamente se disminuye el riesgo de morbi-mortalidad, materno fetal.

HIPÓTESIS

Es el control prenatal a tiempo es el que contribuye a la detección oportuna de partos distócicos así como la realización temprana de cesáreas en las pacientes embarazadas.

Es el control prenatal una medida preventiva que ayuda a los obstetras a dar diagnósticos oportunos que ayuden a evitar el sufrimiento de la madre y del producto.

Por todo lo antes mencionado se puede decir la siguiente hipótesis ante nuestra pregunta de investigación.

Es el control prenatal un recurso auxiliar del obstetra que le permite detectar anomalías durante el embarazo y anticiparse ante situaciones que pudieran alterar el trabajo de parto de la mujer y poder actuar de inmediato por medio del proceso quirúrgico denominado cesárea.

VARIABLES

Una vez planteada la pregunta de investigación se han identificado diversos puntos a tratar para poder llegar a la resolución o mejor dicho dar una respuesta lógica y comprensible a la interrogante.

Dentro de los sujetos a investigar se encuentran, los siguientes:

- Control prenatal
- Parto distócico
- Cesárea oportuna

Delas variables planteadas se ha identificado dos tipos de variables de las cuales una de ellas es variable independiente es el control prenatal debido a que si no hay puede haber presencia de parto distócico o la realización de una cesárea.

Por consiguiente existen dos variables que dependen de la aparición de la primera siendo estas parto distócico y cesárea oportuna.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Se ha identificado dentro dela pregunta de investigación una variable que no depende de ninguna otra si no al contrario otras dos de penden de ella.

Vi= control prenatal.

VARIABLES DE PENDIENTES

De la variable de control prenatal de penden la presencia de dos acontecimientos que son cesárea y parto distócico.

Metodología

En el presente capítulo se describirá cual fue el proceso que se siguió para llegar a resultados objetivos.

La presente investigación es una investigación cualitativa, descriptiva, analítica y deductiva por que fue necesario revisar diversas fuentes de investigación que contribuyeron a la realización de la misma y contribuyo aportando conocimientos necesarios para deducir información que no se encontraba concreta en las fuentes consultadas.

3.3sujetos A Estudiar

La presente investigación se llevara a cabo en la ciudad de Morelia Michoacán enfocada a la población obstétrica vulnerable.

Dentro de toda investigación es necesario identificar a quien se va estudiar y sobre que para que le sea más fácil al investigador enfocarse en el objeto de estudio y obtener resultados más confiables y verídicos.

Unidad De Análisis

3.3.1. Universo

La población que se pretende analizar en esta investigación son las mujeres embarazadas de la ciudad de Morelia Mich.

3.3.2población

Una vez mencionado el universo de estudio es importante delimitar mi campo de estudio para poder englobar y obtener datos precisos que contribuyan al aporte de

información de la cual requiere esta investigación para llegar al logro de los objetivos establecidos a si como a la comprobación de la hipótesis.

Dentro de la población que se estudiará serán las mujeres embarazadas que acuden al H.N.S.S. a control prenatal con la finalidad de llevar a término su embarazo exitosamente y sin ninguna complicación, se pretende investigar aquellas mujeres que acuden únicamente a atender su parto sin llevar un control prenatal previo, para identificar la presencia de distocias presentadas en unas y otras y llegar a la comprobación de esta investigación.

3.3.3 Muestra

Una vez localizada la población a indagar es necesario delimitar la unidad de análisis que se a de investigar, por consiguiente se escogió el 90% de las mujeres embarazadas que asistieron a control prenatal durante el periodo de enero-marzo del 2009, considerando también aquellas mujeres gestantes que atendieron su parto sin llevar un control previo y a si identificar que tanta influencia tiene el control prenatal para detectar posibles patologías que pudieran ocasionar alguna distocia y si se puede actuar a tiempo por medio de la realización de una cesárea.

Se empleo la siguiente formula para determinar la cantidad de elementos a observar y analizar para obtener una información más exacta y confiable que nos ayude a la comprobación de la hipótesis planteada.

Dentro de la población que acudió a control prenatal en el periodo enero-marzo del 2009 que estaban al final de su embarazo (36-38 de gestación) y que se hospitalizaron por presentar actividad uterina que indica un trabajo de parto.

En la siguiente tabla se muestra la cantidad de población que se hospitalizo en el H.N.S.S. para llevar a término su embarazo mediante la realización de un parto.

MES	CANTIDAD DE PACIENTES 36-38 SEMANAS DE GESTACIÓN Que fueron hospitalizadas
ENERO	20
FEBRERO	12
MARZO	8

MES	CANTIDAD DE PACIENTES 36-38 SEMANAS DE GESTACIÓN Que fueron hospitalizadas Y no acudieron a control prenatal.
ENERO	8
FEBRERO	10
MARZO	13

Formula Para Determinar La Cantidad De Pacientes A Analizar

$$n = \frac{Z^2 p q N}{e^2 N + Z^2 p q}$$

Significado De Valores

n = Tamaño de muestra

Z^2 = Consecuencias del tamaño de muestra

e = Margen de error aceptado

p = Probabilidad de éxito

q = Probabilidad de fracaso

N = Tamaño de la población

Desarrollo de la formula:

Sustitución

$$n = ? \qquad P = 17/20 = 0.85$$

$$z = 1.96 \qquad q = 3/20 = 0.15$$

$$e = 0.05 \qquad N = 81$$

Desarrollo De La Formula

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.85)(0.15)(81)}{(0.05)^2 (11624) + (1.96)^2 (0.85)(0.15)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.85)(0.15)(81)}{(0.0025)(11624) + (3.8416)(0.85)(0.15)}$$

$$n = \frac{(39.674124)}{(29.5498)}$$

$$n = 1.34261904$$

3.4 Confiabilidad Y Validez

La presente investigación tiene cierto grado de validez y confiabilidad por que para extraer la información necesaria fue necesario acudir a diversas fuentes bibliográficas, entre ellas fueron libros de medicina, archivos electrónicos, artículos científicos, revistas etc.

Por lo antes mencionado es con fiable la presente investigación por que se realizo una investigación detallada y minuciosa para llegar a unos resultados verdaderos, es importante mencionar que existe .85 de probabilidad de éxito y de fracaso es de 0.15

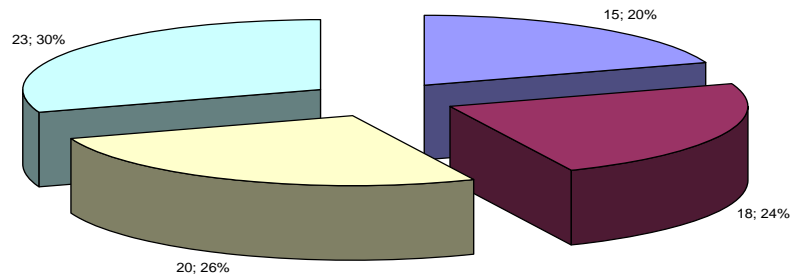
En el presente capitulo se describirán las técnicas empleadas para reunir información precisa que contribuya a la veracidad de esta investigación.

ANALISIS DE LAS INTERROGANTES QUE FUERON APLICADAS A LAS PACIENTES DEL H.N.S.S.

Se encuestaron a 20 mujeres de pos parto y post cesárea del H.N.S.S de las cuales algunas cursaron con un control prenatal y otras no con la finalidad de llegar a una comprobación de la hipótesis planteada para la presente investigación.

De las interrogantes a analizar son las siguientes:

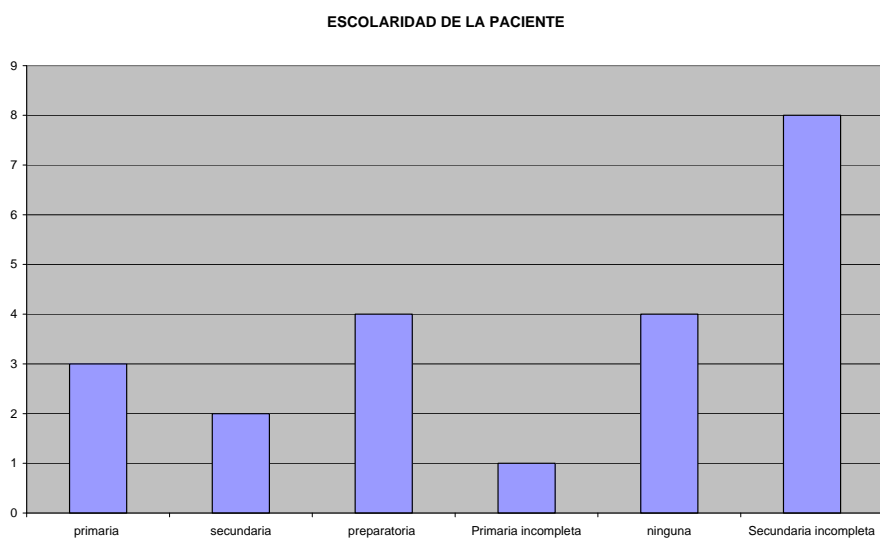
EDAD DE LAS PACIENTES ENCUESTADAS



De las 20 pacientes encuestadas se encontraron las siguientes edades

Edad de la paciente	Cantidad de pacientes
23 años	2
20 años	8
15 años	4
18 años	6

De todas las pacientes encuestadas se encontró una variedad de edades que nos permite valorar que la presentación de cesáreas en su mayoría son en pacientes que les falta el desarrollarse de sus órganos reproductores, favoreciendo la presentación de un parto abdominal. Más sin embargo también se logro identificar que una paciente de edad adecuada presenta distocia de parto.



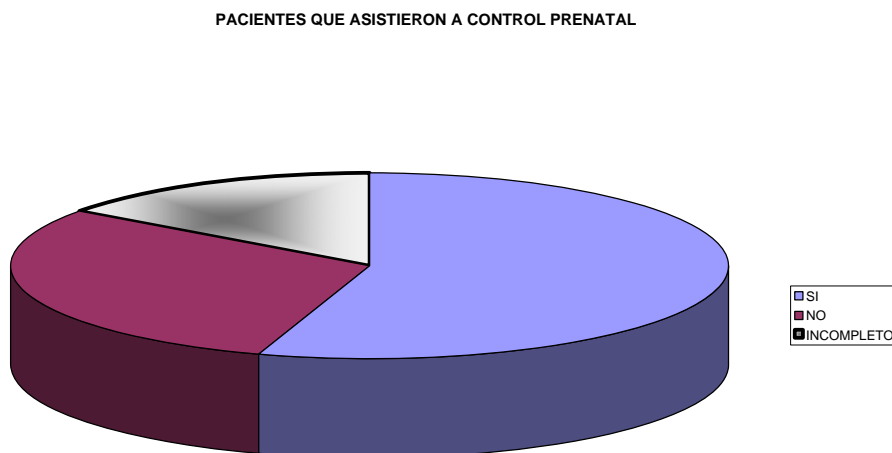
Dentro de la población encuestada se muestra el siguiente grado de escolaridad.

Escolaridad	Cantidad de pacientes
Primaria	3
Secundaria	2
Preparatoria	4
Primaria incompleta	1
Ninguna	4
Secundaria incompleta	8

De las pacientes a las cuales se les realizo cesárea una parte de ellas no recibió una suficiente educación formal que le permitieran hacer conciencia del estado de salud de ella y el de su bebe.

El grado de escolaridad es un factor importante ya que nos permite evaluar el grado de madurez que puede tener la paciente y la importancia que le puede otorgar a este proceso fisiológico.

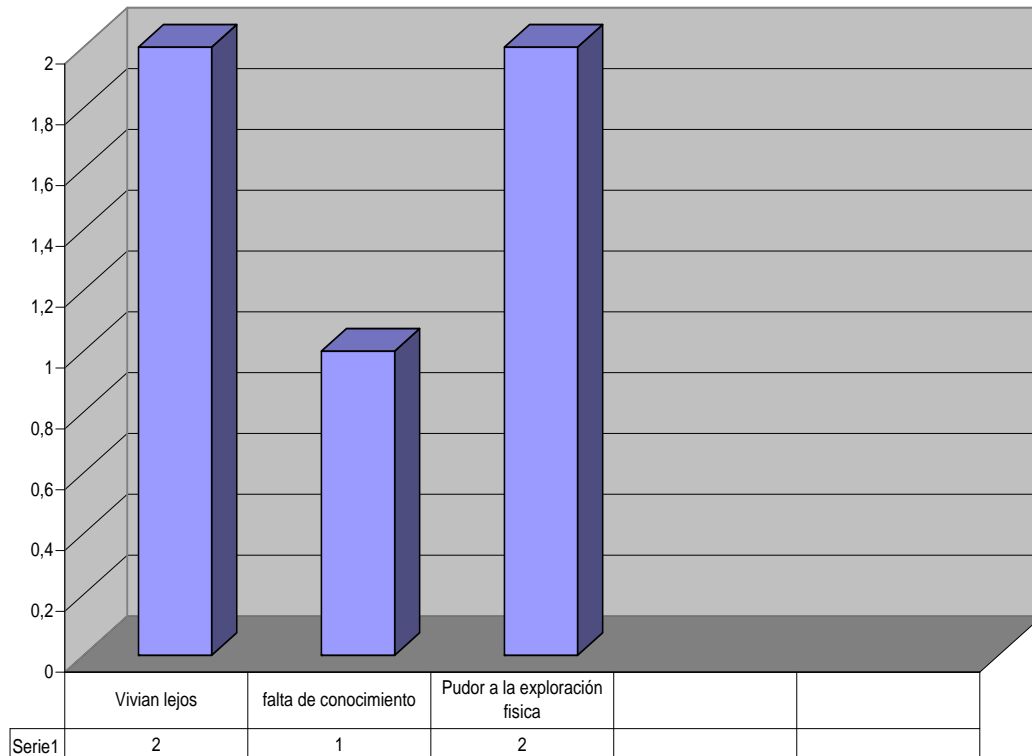
A pesar de que cuatro pacientes encuestadas no cuentan con educación formal cursaron un parto vaginal aparente mente sin complicaciones.



Se observo que a pesar de que las pacientes encuestadas cuentan con poca educación formal, en su mayoría asistieron a control prenatal para estar vigilando su salud y la de su bebe. Mientras que la otra parte de las mujeres no tomaron medidas preventivas para no exponer su salud y la de su bebe

Algunas llevaron control prenatal incompleto sin importarles la probabilidad de presentar para la salud de ambos.

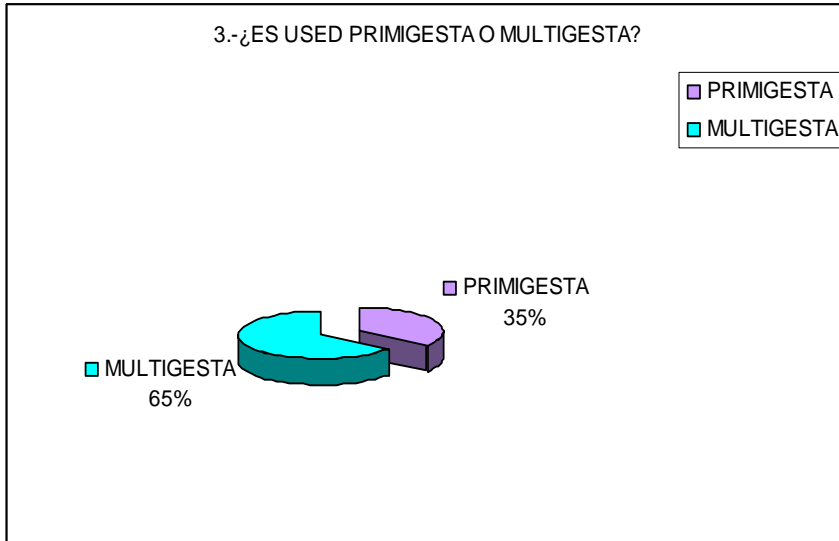
Motivos por los cuales no asistieron a control prenatal



Del porcentaje de las pacientes que llevaron un control prenatal incompleto plantean diversas excusas por las cuales lo abandonaron entre ellas siendo la principal falta de atención de salud en su comunidad y para acudir a los que estaban mas cercas tenían que transportarse y esto les ocasionaba una perdida económica significativa.

Otro de los motivos por los cuales dejaron el control prenatal fue por que algunas mujeres les da pena exponerse a la exploración física y mejor prefieren dejar de asistir ya que la mayoría de veces les toca que la exploración física se las realice el médico.

Una paciente responde que no asiste a control prenatal por que no tenia conocimiento de este programa de salud publica.

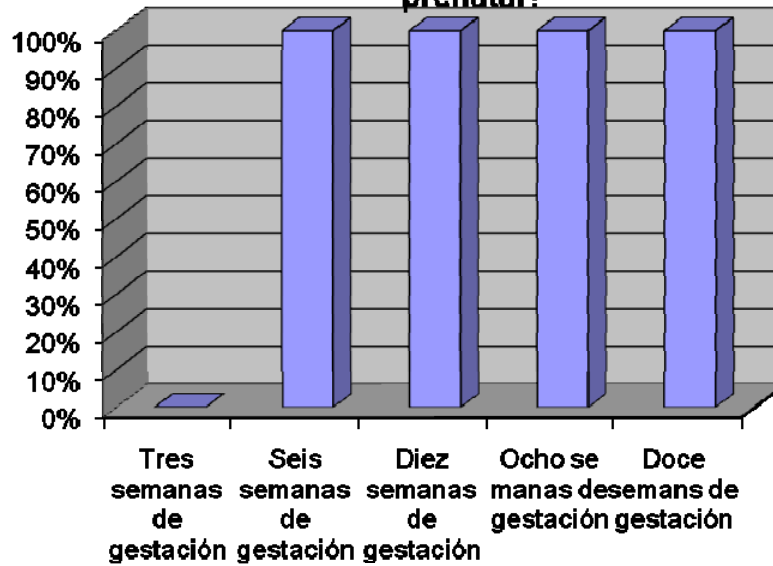


De las pacientes del H.N.S.S., se lograron encuestar a 20 de ellas en donde siendo mayoría el 65% de ellas esta conformada por pacientes multigestas que acuden a revisión de la salud de ellas y de su bebe. Una parte de estas pacientes acudieron a control prenatal de manera irregular haciéndolas mas susceptibles a la presencia de un parto distócico.

El 35% de las pacientes encuestas esta conformada por pacientes primigestas que llevaron un control prenatal completo haciéndolas menos susceptibles a la presencia de un parto distócico.

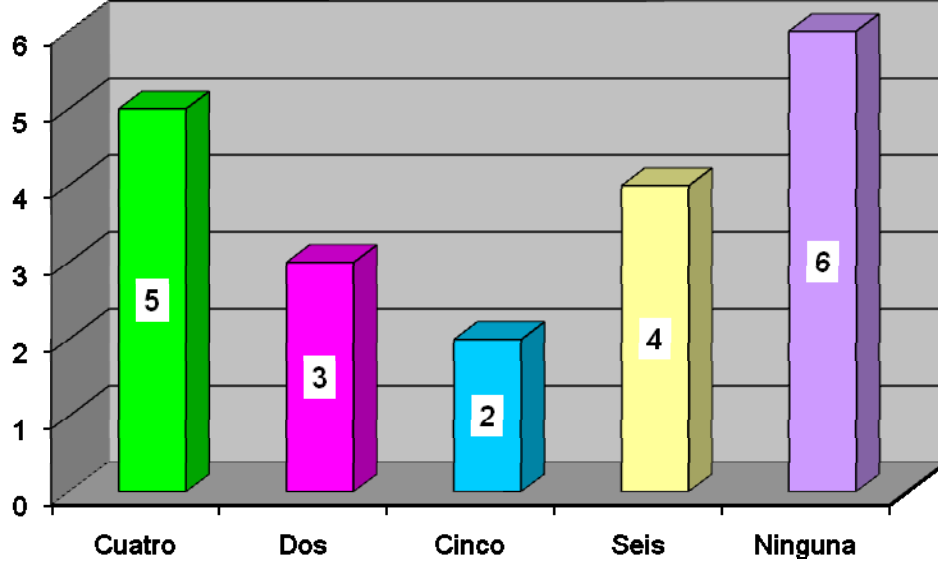
La gestación es un factor importante para la presencia de partos distócicos y por ello la importancia de saber si es primigesta o multigesta ya que los índices de prevalencia es mayor mas que en uno que en otro.

4.-¿Edad gestacional a la que acudieron a control prenatal?



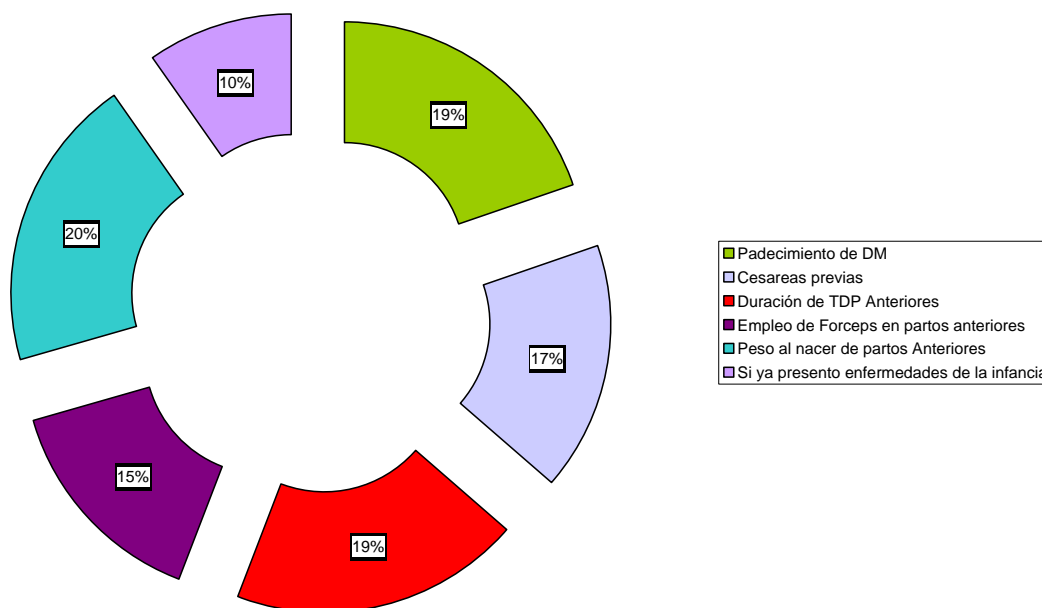
De las veinte pacientes encuestadas existe una variedad de tiempo que dejaron pasar desde su embarazo hasta la primera consulta prenatal en donde se observa notablemente que a las tres primeras semanas de gestación no acudio ninguna de ellas a control prenatal y la gran mayoría acudio durante las doce semanas de gestación exponiendo notablemente la vida de su hijo ya que no se tomaron las medidas necesarias para prevenir posibles riesgos que exponga la vida del bebe.

5.-¿CANTIDAD DE CONSULTAS A LAS QUE ASISITIERON?



De la cantidad de pacientes encuestadas se observa que la gran mayoría de las pacientes no acudió a control prenatal por los motivos expresados anteriormente, mientras que algunas otras acudieron de forma irregular en donde se puede observar que pudiera originarse alguna alteración durante el desarrollo de su bebe que pudiera alterar la presentación de su parto.

6.- ¿Durante el control prenatal le realizaron una serie de preguntas como las siguientes?

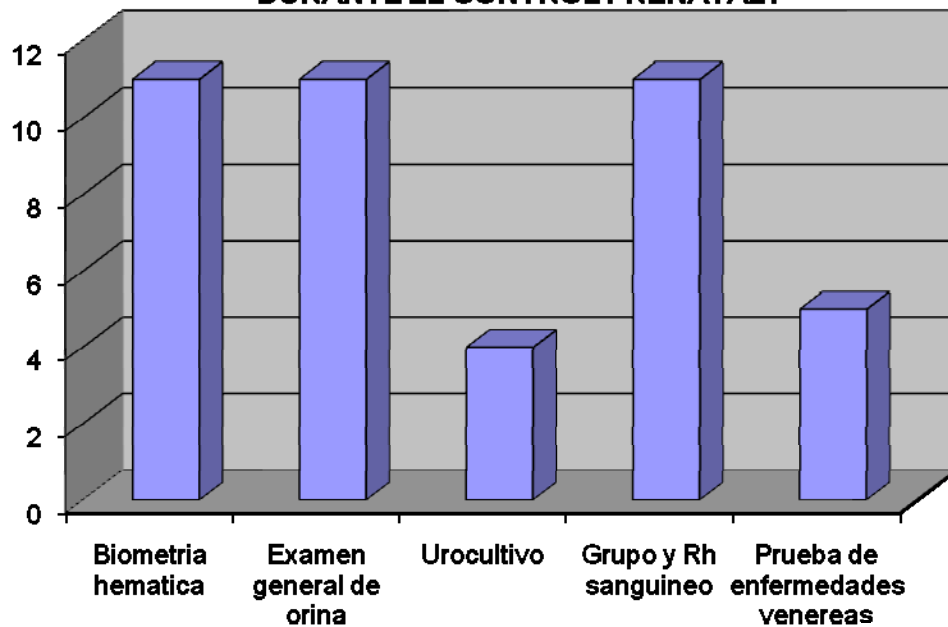


De las pacientes que llevaron un control prenatal se les pregunto si se les realizo una historia clínica y al parecer si se les realizo pero no se les realiza a todas como debería de ser, ya que se les realiza de manera in completa y pudiera explicar el porque de la presencia de partos distócicos a pesar de que ellas asisten a control prenatal.

Los médicos que realizan la historia clínica de la paciente que acude a control prenatal ponen más atención a la presencia de DM, duración de TDP, presencia de cesáreas previas y el peso al nacer de sus partos anteriores que puede ocasionar un parto distócico directamente.

Es necesario mencionar que se debe prestar atención al minino detalle de la vida de la paciente ya que a través de ello se puede detectar la presencia de obstáculos que influyan para que el parto sufra alguna alteración

7.-¿EXAMENES REALIZADOS DURANTE EL CONTROL PRENATAL?

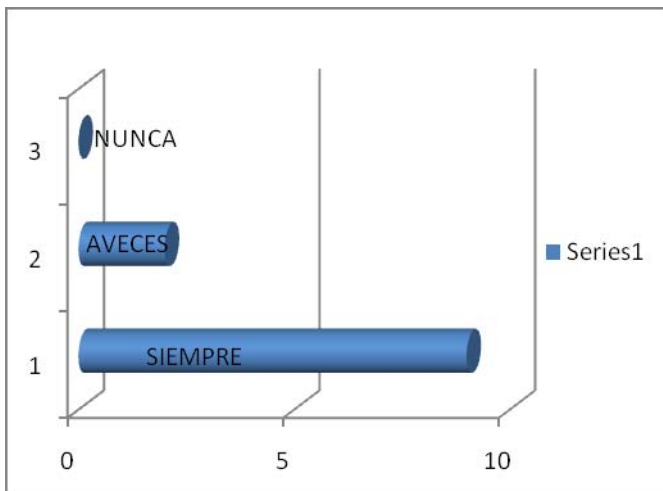


Se logra apreciar notablemente que durante el control prenatal se lleva a cabo una investigación minuciosa del estado de salud de la paciente gestante al inicio de su embarazo para valorar el estado de salud que presenta la paciente y así poder detectar posibles anomalías que pudieran ocasionar una alteración en el desarrollo del feto.

Lo que causa inquietud es que a cuatro pacientes investigadas se les mandó realizar un urocultivo durante la atención prenatal y en algunas de ellas su parto concluyó en parto abdominal.

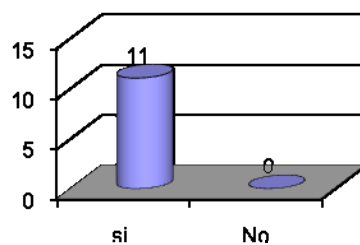
Lo que llama la atención es que a muy pocas pacientes se les mandaron realizar estudios diagnósticos para detectar posibles enfermedades de transmisión sexual.

8.- ¿CUÁNDO ACUDÍA A REVISIÓN PRENATAL LE EXPLORABAN SU VIENTRE PARA LOCALIZAR LA POSICIÓN DE SU BEBE Y LE ESCUCHABAN LA FCF?



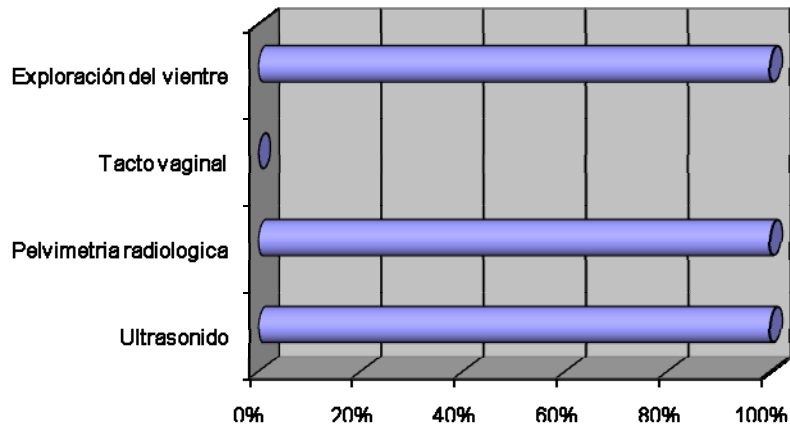
Cuando las pacientes acudían a control prenatal les realizaban una exploración física completa a la gran mayoría de ellas para tener una estrecha vigilancia del buen crecimiento uterino, fetal así como el cambio de posición del mismo y esas pacientes que llevaron una buena atención prenatal presentaron menos complicaciones a la hora de su trabajo de parto.

9.-¿Le informaron cual sería su fecha probable de parto desde la primera consulta?



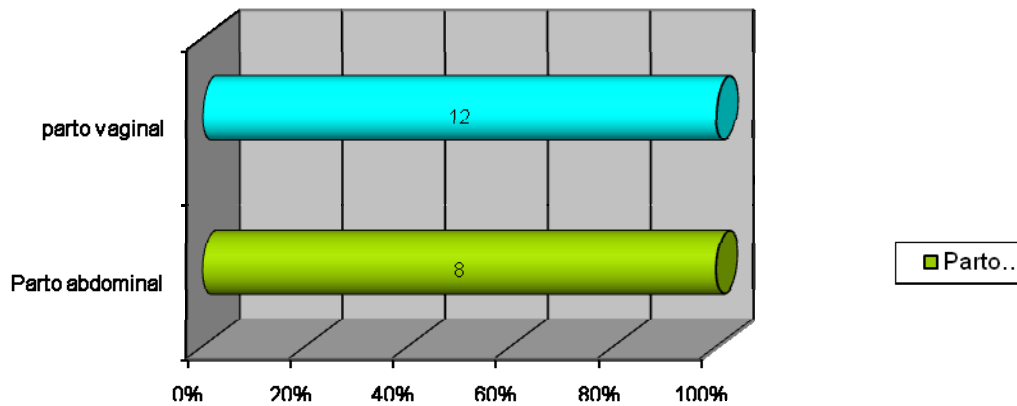
A todas las pacientes que asistieron a control prenatal desde la primera consulta se les dio una fecha probable de parto, que en sí es una de las principales cosas que desea saber la mujer embarazada y así estar ella alerta al momento de la hora de su parto.

10.- ¿En que se basarán para informarle como seria su parto?



Una vez que el embarazo llega a término se tiene que dar un informe de acuerdo a la evolución del mismo sobre si la forma de parto será la misma o por si algún motivo tendrá que modificarse o corregirse oportunamente, para eso es necesario apoyarse en varios métodos auxiliares que ayuden a dar un diagnóstico acertado dentro de los cuales se encuentran la exploración física, ultrasonido, pelvimetria radiologica y por último un tacto vaginal este método es muy inesacto que no se le debe tener mucha confianza ya que tiene mayor probabilidad de error que los otros.

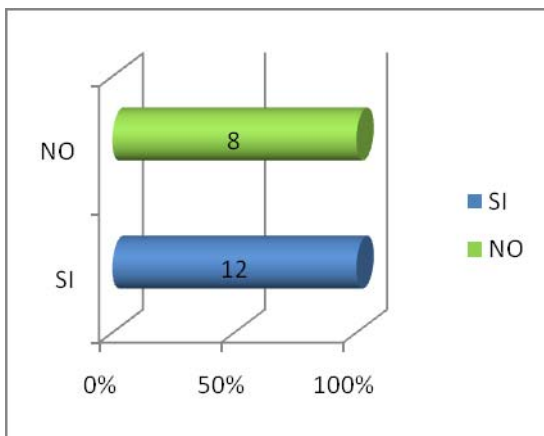
11.- ¿COMO FUÉ SU PARTO?



De las pacientes que llevaron un control prenatal en su gran mayoría cursaron con un parto vaginal, y algunas otras que no lo llevaron tambien tubieron un parto vaginal.

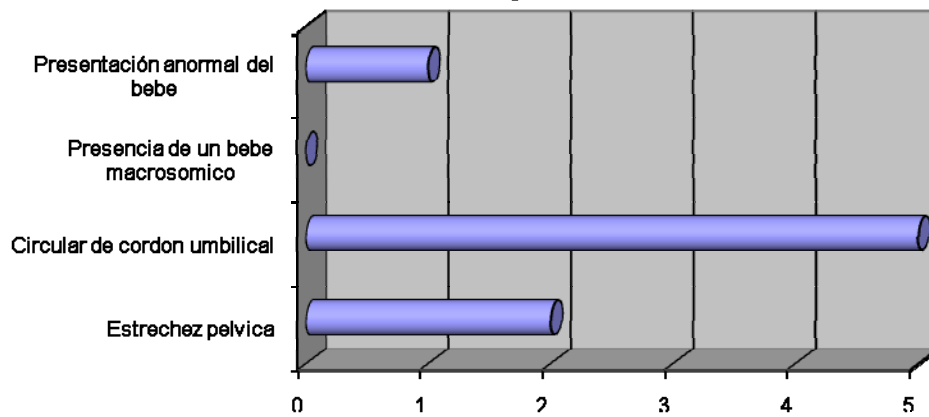
Algunas otras de las pacientes presentaron parto abdominal al gunas de ellas previamente diagnosticado y algunas otras que lo presentaron fueron las que no llevaron un control prenatal o lo llevarón incompleto.

12.- ¿FUE SU PARTO COMO LE INFORMARON EN CONTROL PRENATAL?



De todas las pacientes encuestadas doce de ellas respondieron que su parto efectivamente fue como se lo habían diagnosticado desde un principio. A ocho de las pacientes presentaron un parto distinto al que les habían diagnosticado

13.- EN CASO DE QUE HAYA SIDO CESÁREA LE INFORMARÓN ¿POR QUÉ?



De las ocho pacientes que cursaron con un parto distocico a cada una de las que asistieron a control prenatal se les informo el motivo por el cual se les realizo las cesárea en donde las predominante fue la circular de cordon umbilical y le sigue la estrechez pelvica; recordemos que de las pacientes encuestadas son pacientes que aun no alcanzan en su mayoría el desarrollo de su aparato reproductor.

CONCLUSIONES

- * A la conclusión a la cual se llegó es que la hipótesis que da comprobada ya que la mayor cantidad de pacientes que presentaron alguna anomalía durante su parto o para el mismo fueron aquellas pacientes que no cursaron con un control prenatal y algunas otras que si lo llevaron pero incompleto.
- * El control prenatal nos permite identificar la presencia de posibles obstáculos que impidan un desarrollo fisiológico del trabajo de parto.
- * Algunas distocias pueden ser detectadas durante el control prenatal que impidan un parto vaginal, y para ser detectadas es necesario que la persona que esta llevando acabo la revisión prenatal se auxilie con algunos estudios de gabinete o de laboratorio entre ellos tenemos: la pelvimetria que ayuda a diagnosticar algún estrechamiento de los diámetros de la pelvis femenina.
- * Gracias al control prenatal se les evita el sufrimiento de trabajo de parto algunas pacientes permitiéndoles solamente que cursen con un solo trauma psicológico.
- * Mediante la implementación del control prenatal en el H.N.S.S., se detectado la presencia de varias distocias, y que si no se hubieran detectado la paciente presente un trabajo de parto largo, doloroso y sufrimiento fetal.
- * Se cumplieron los objetivos establecidos planteados en la construcción del objeto a estudiar gracias a ellos se pudo comprobar la hipótesis descrita en el capítulo I.

SUGERENCIAS

- * A mi parecer considero que sea el mismo obstetra médico o enfermera obstetra el que lleve a cabo el control prenatal ya que no todos cuentan con la experiencia necesaria para llevar un seguimiento adecuado a tan preciado proceso.
- * Al realizar las encuestas se logro descubrir que todavía en algunos lugares no existen centros de salud y esto es un problema al cual se le debe dar una solución rápida.
- * Mi sugerencia es que del personal de salud que ha de concluir con sus estudios los manden a dar su servicio en este tipo de comunidades para lograr que se lleve una atención digna y decorosa desde el inicio de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

ABLANEDO Abarco Judith y otros. Ginecología y Obstetricia. 3ª edición. Editorial Mendez. Mexico 2003. 115-132

ALFARO Rodríguez Hector J y otros. Complicaciones Medicas en el embarazo. 2ª edición. Editorial editorial Mc Graw-Hill. Mexico 2004.

ALLER Juan. Obstetricia Moderna. 3ª edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. Venezuela 1999

DANFORTH. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 9ª edición. Editorial Mc Graw-Hill. Enero 2006 Mexico D.F pag 1-21.

FERNANDEZ del Castillo Bailon J. Roberto Ahued. Ginecología y Obstetricia aplicadas. 2ª edición. Editorial El manual moderno. Mexico D.F 2003.

NUÑEZ Maciel Eduardo. Ginecología y Obstetricia Volumen I. Ediciones Cuellar Mexico 2001.

WILLIAMS. Obstetricia. 4ª edición. Editorial Masson. Barcelona España 1996. 215-232

Colegio Americano de *Obstetras y Ginecología*. The Obstetrician-Gynecologist and Primary-Preventive. Health Care. ACOG, 1993.

BENSON M.D. Ralph C. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Séptima edición. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. México DF 1985

WILLIAMS Obstetrics. 14ª edición. Appleton Century-Crofts, New york, 1971, paginas 1163-1190.

El instrumento que se empleo para la capturación de datos fue la siguiente encuesta, ya que da la oportunidad de poder estar de frente al encuestado y permite aclararle sus dudas en caso de que las haya, si no esta bien explicita la interrogante o por si posiblemente exista algun termino que no pueda ser comprendido por ella; favoreciendo a la obtención de datos mas concretos y precisos que contribuyan para la realización de la investigación.

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

Con estudios incorporados a la Universidad Autónoma de México

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Estado civil:

1.- ¿Llevo usted control prenatal?

a).- Si b).- No c).- Incompleto

2.- Si respondió usted a la primera pregunta que no o incompleto diga ¿Por qué?

3.- ¿Es usted primigesta o multigesta?

a).- Primigesta b).- Multigesta

4.- ¿A las cuantas semanas de gestación acudió usted a revisión prenatal?

a).- 3 semanas de gestación b).- 6 semanas de gestación c).- Otras semanas de gestación especificar por favor.

5.- ¿A cuantas consultas asistió durante su control prenatal?

6.- ¿Durante el control prenatal le realizaron una serie de preguntas como las siguientes?

- a).-Padecimiento de enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial
- b).-Presencia de cesáreas previas
- c).-Tiempo de duración de trabajo de partos anteriores
- d).-Empleo de forceps durante la expulsión del bebe en partos anteriores
- e).-Peso al nacer de sus partos previos
- f).-Si usted ya presento enfermedades de la infancia (rubéola, varicela, sarampión).

7.- ¿Durante el control prenatal le mandaron realizarse una serie de estudios como los siguientes?

- a).- Biometría hemática
- b).- Examen general de orina
- c).- Urocultivo
- d).- Tipo y Rh sanguíneo
- e).- Prueba de enfermedades venéreas como VIH, Sífilis.

8.- ¿Cuándo acudía a revisión prenatal le exploraban su vientre para localizar la posición de su bebe y le escuchaban la FCF?

- a).- Siempre
- b).- A veces
- c).- Nunca.

9.- ¿Le informaron cual seria su fecha probable de parto desde la primera consulta?

- a).-Si
- b).-No

10.- ¿En las ultimas semanas de gestación le informaron como seria su parto y en que se basaron para dar un diagnostico?

- a).- Tacto vaginal
- b).- Exploración del vientre
- c).- Pelvimetría radiológica
- d).- Ultrasonido

11.- ¿Cómo fue su parto vaginal o abdominal?

- a).- Parto vaginal
- b).- Parto abdominal (cesárea)

12.- ¿Fue como le habían dicho en control prenatal?

- a).- Si
- b).- No

13.- ¿En caso de que haya sido cesárea le informaron por que?

- a).- Estrechez pélvica
- b).- Circular de cordón umbilical
- c).- Presencia de un bebe macrosomico
- d).- Presentación anormal del bebe.