

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**“DISTOCIAS OBSTETRICAS EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE AMATITLAN”**

The seal of the Universidad de San Carlos de Guatemala is a large circular emblem in the background. It features a central figure, likely a saint or historical figure, surrounded by various symbols including a castle, a lion, and a crown. The Latin motto "LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COAGTEMALENSIS INTER PLUS ULTRA" is inscribed around the perimeter of the seal.

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

EVA ALICIA CARDENAS CASTILLO

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1979

I N D I C E

1. INTRODUCCION
2. ANTECEDENTES
3. OBJETIVOS
 - 3.1 *Generales*
 - 3.2 *Específicos*
4. JUSTIFICACIONES
5. HIPOTESIS
6. DEFINICION DE TERMINOS
7. CONSIDERACIONES GENERALES
 - 7.1 *Definición y clasificación de distocias*
 - 7.2 *Distocias dinámicas del útero*
 - 7.3 *Distocias del canal pelvigenital*
 - 7.4 *Sufrimiento fetal intraparto*
 - 7.5 *Cesárea*
8. MATERIAL Y METODOS
9. CUADROS, GRAFICAS, CON SUS RESPECTIVOS ANALISIS Y DISCUSION
10. CONCLUSIONES
11. RECOMENDACIONES
12. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

A pesar de los múltiples progresos logrados en Obstetricia, la culminación de un embarazo no siempre se lleva a cabo en forma natural, habiendo complicaciones durante el mismo y el trabajo de parto, es en este momento cuando el gineco-obstetra trata de dar una mejor atención para el binomio materno-fetal, procurando evitar en esta forma cifras altas de morbimortalidad.

Es de vital importancia investigar sobre partos distócicos con el propósito de mejorar y evitar hasta donde sea factible muchas complicaciones del embarazo y del parto, las cuales constituyen verdaderas situaciones de peligro mortal para el feto y la madre; en consideración de lo anterior el presente trabajo de tesis es un estudio sobre "Distocias Obstétricas" que se llevaron a cabo en el Hospital Nacional de Amatlán durante el período comprendido desde enero de 1977 a diciembre de 1978, ya que los datos analizados pueden constituir generalidades que se extiendan a otros hospitales de la república.

Las hipótesis que se sometieron a prueba son las siguientes:

- 1- "Las pacientes primigestas presentan más frecuentemente parto distócico que las multíparas".
- 2- "El tipo de distocia obstétrica que se presenta con más frecuencia es la estrechez pélvica".

Las dos hipótesis fueron comprobadas, respecto a la primera tenemos que durante los años 1977 y 1978 el mayor porcentaje de partos distócicos fue presentado en las pacientes primigestas, en la segunda, en ambos años hubo distocias obstétricas debido a estrechez pélvica con mayor frecuencia.

En base a lo escrito anteriormente el objetivo del presente trabajo de analizar los resultados obtenidos en pacientes que presentaron parto distócico contribuirá en alguna forma al mejoramiento y mayor conocimiento de este tipo de problemas obstétricos, que aquejan a un porcentaje de mujeres guatemaltecas.

ANTECEDENTES

En relación al presente trabajo no existe ningún estudio previo, que se haya efectuado en el Hospital Nacional de Amatitlán.

En el país se ha efectuado el siguiente estudio: Urquizú Gutiérrez, Carlos Ernesto. "Distocias Obstétricas; estudio de 100 casos de febrero a julio en el Hospital Pedro de San José de Bethancourt, Antigua Guatemala". Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1977. pp. 39.

OBJETIVOS GENERALES

1. Dejar para el futuro un protocolo diseñado para que sirva como base en el estudio de problemas obstétricos.
2. Comprender la importancia de la necesidad de profundizar un estudio con repercusión a nivel nacional, buscando sus causas determinantes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer los problemas Obstétricos asociados a las Distocias: morbilidad materna.
2. Demostrar la incidencia de causas de Distocia en Obstetricia en el departamento de Maternidad del Hospital Nacional de Amatitlán.
3. Hacer un estudio bibliográfico de las diferentes causas de Distocia Obstétrica.
4. Hacer análisis de su metodología de estudio y tratamiento.
5. Concientizarnos como miembros del personal de salud, sobre la relación y magnitud del problema de Distocias Obstétricas en las mujeres guatemaltecas.
6. Colaborar con un estudio eficaz y científico sobre "Distocias Obstétricas".

JUSTIFICACIONES

He considerado de suma necesidad llevar a cabo un estudio sobre partos distócicos, ya que de la calidad misma del diagnóstico clínico y de su tratamiento depende en esencia el pronóstico y la resolución final de la paciente en trabajo de parto y su producto.

En el presente trabajo de tesis se revisa la conducta seguida en el Departamento de Maternidad del Hospital Nacional de Amatitlán en los últimos dos años, con pacientes quienes presentaron problema de distocia obstétrica, y valorar en esta forma los resultados obtenidos en el manejo de las mismas, lo cual redundará en beneficio de las mujeres guatemaltecas.

HIPOTESIS

1. "LAS PACIENTES PRIMIGESTAS PRESENTAN MAS FRECUENTEMENTE PARTO DISTOCICO QUE LAS MULTIPARAS"
2. "EL TIPO DE DISTOCIA OBSTETRICA QUE SE PRESENTA CON MAS FRECUENCIA ES LA ESTRECHEZ PELVICA"

DEFINICION DE TERMINOS

En la redacción de la presente TESIS, se hace uso de distintos términos, en la interpretación e informe de resultados.

Principales conceptos utilizados:

PARTO

Conjunto de fenómenos fisiológicos conducentes a la salida o extracción de un feto viable al exterior.

EUTOCICO

Atributo del parto normal.

DISTOCIA O DISTOCICO

Parto difícil, doloroso o lento; parto complicado

PARIDAD

Se refiere al número de embarazos.

PRIMIGESTA O PRIMIPARA

Mujer que ha parido o pare por primera vez.

SECUNDIGESTA O SECUNDIPARA

Mujer que pare o ha parido por segunda vez.

PEQUEÑA MULTIPARA

Mujer que ha parido de 3-4 embarazos.

GRAN MULTIPARA

Mujer que ha parido 5 embarazos o más.

MENARQUIA O MENARCA

Establecimiento o comienzo de la menstruación.

CESAREA

Operación o sección por la que se libera el feto a través de las paredes abdominal y uterina.

FORCEPS

Instrumento de dos ramas destinado especialmente a la prensión y extracción de la cabeza fetal en los partos difíciles.

EMBRIOTOMIA

Término general para todas las intervenciones que tienen por objeto reducir las dimensiones del feto muerto en los partos distócicos.

CONSIDERACIONES GENERALES

A. DEFINICION Y CLASIFICACION:

El parto no es siempre un fenómeno normal; con frecuencia, los múltiples factores que participan en su evolución se perturban y destruyen la armonía necesaria, convirtiéndose en patológico.

La distocia (parto complicado) puede definirse como la falta de progreso en la dinámica del parto, a consecuencia de anomalías en los mecanismos que en él intervienen.

Las causas que obstaculizan la evolución del parto son numerosas y complejas. Si de acuerdo con una grosera pero simple concepción del mismo, lo consideramos como un fenómeno de la balística, hay que analizar en él: la fuerza impulsora (contracciones uterinas), el cañón (canal pelvigenital óseo y blando) y el proyectil (huevo o móvil). Los fenómenos partales maternos pueden estar perturbados (distocia materna): a) por disturbios de la fuerza impulsora (distocias dinámicas); b) por alteraciones del canal pelvigenital (distocia ósea y distocia de las partes blandas). Pero también el huevo o proyectil, por sí mismo, puede originar obstáculos (distocia ovular).

TIPOS DE DISTOCIA

1. DISTOCIAS DINAMICAS DEL UTERO

1.1 Alteraciones cuantitativas

1.1.1 Disminución de la función uterina (hipodinamia)

- a) Hipodinamia primitiva
- b) Hipodinamia secundaria

1.1.2 Aumento de la contractilidad (hiperdinamia)

- a) Hiperdinamia primitiva

- b) Hiperdinamia secundaria
- c) Hiperdinamia hipertónica (tétanos)

1.2 Alteraciones cualitativas

1.2.1 Espasmos

- a) Orificio externo (trismo uterino)
- b) Orificio interno (strictura uteri)
- c) Anillo de Bandl
- d) Distocia de Demelin

2. DISTOCIAS DEL CANAL PELVIGENITAL

2.1 Distocia Osea

2.1.1 Estrechez pélvica

2.1.2 Deformaciones congénitas

- a) Pelvis Plana
- b) Generalmente estrechada no raquítica
- c) Pelvis infantil (infundibuliforme)
- d) Pelvis generalmente estrechada
- e) Pelvis plana y generalmente estrechada
- f) Ausencia de la sínfisis pubiana (pelvis hendida o Litzmann)

2.1.3 Deformaciones adquiridas

- a) Por exceso de maleabilidad del tejido óseo.
 - a.1 Osteomalacia
 - a.2 Raquitismo
- b) Por defectos en la presión de la columna vertebral
 - b.1 Cifosis (pelvis infundibuliforme)
 - b.2 Escoliosis (pelvis asimétrica)
 - b.3 Lordosis (pelvis plana)
- c) Lesiones del aparato locomotor
 - c.1 Resecciones, fracturas
 - c.2 Parálisis infantil
 - c.3 Luxación congénita de la cadera

2.2 Distocias de las partes blandas maternas

2.2.1 Distocia cervical

- a) Funcionales
- b) Anatómicas
 - b.1 Aglutinación del cuello
 - b.2 Edema del cuello
 - b.3 Rigidez del cuello

2.2.2 Distocia por obstáculo vaginoperineal

- a) Vaginismo
- b) Estrechez cicatrizal
- c) Distocias tumorales
- d) Distocia por el periné

2.2.3 Distocia por tumor previo

- a) Tumores previos de origen uterino
- b) Tumores previos de origen anexial

2.2.4 Distocias de causa ovular

3. ANOMALIAS POR EXCESO DE VOLUMEN FETAL

3.1 Exceso de volumen total

- 3.1.1 Feto grande por edema generalizado
- 3.1.2 Monstruos dobles

3.2 Exceso de volumen parcial

- 3.2.1 Por anomalías de la cabeza
 - a) Hidrocefalia
 - b) Anencefalia
- 3.2.2 Por anomalías del cuello o del tronco fetal

4. DISTOCIAS POR LOS ANEXOS FETALES

4.1 Anomalías y enfermedades del cordón umbilical

4.1.1 Anomalías del cordón mismo

- a) Nudos
- b) Torsiones
- c) Anomalías de los vasos
- d) Tumores
- e) Hematomas y procesos inflamatorios

- 4.1.2 Anomalías de longitud
- 4.1.3 Anomalías de inserción
- 4.1.4 Anomalías de ubicación en relación al feto
 - a) Las circulares
 - b) Las procidencias

4.2 Distocias originadas por las membranas ovulares

5. DISTOCIA CAUSADA POR ANORMALIDADES EN LA POSICION, PRESENTACION Y SITUACION

- 5.1 Anormalidades en la posición
 - 5.1.1 Posiciones posteriores de occipucio persistentes
- 5.2 Anormalidades en la presentación
 - 5.2.1 Presentación de nalgas
 - 5.2.2 Presentación de cara
 - 5.2.3 Presentación de frente
 - 5.2.4 Presentación de hombro
- 5.3 Anormalidades en la situación
 - 5.3.1 Situación transversa

6. DISTOCIA CAUSADA POR OTROS DIAGNOSTICOS

- 6.1 Preeclampsia más sufrimiento fetal
 - 6.1.1 Con antecedente de 1 cesárea segmentaria transperitoneal
 - 6.1.2 Con antecedente de 2 cesáreas segmentarias transperitoneal
 - 6.1.3 Con antecedente de 3 cesáreas segmentarias transperitoneal
- 6.2 Retraso psicomotor más preeclampsia
- 6.3 Sufrimiento fetal más inminencia de ruptura uterina
- 6.4 Papilomatosis vulvar
 - 6.4.1 Con antecedente de 1 cesárea segmentaria transperitoneal
 - 6.4.2 Con antecedente de 2 cesáreas segmentarias transperitoneal

6.4.3 Con antecedente de 1 cesárea segmentaria transperitoneal más preeclampsia

B. DISTOCIAS DINAMICAS DEL UTERO

Las distocias maternas por disturbios de la fuerza impulsora se denominan distocias dinámicas o funcionales.

Estas alteraciones pueden ser: 1o. Cuantitativas (por disminución o aumento de la contractibilidad). 2o. Cualitativas (caracterizadas por la aparición de contracciones anómalas, espasmódicas).

I. Alteraciones cuantitativas

a) Disminución de la función uterina (Hipodinamia). Se traduce por un decrecimiento de la intensidad y duración de las contracciones (hiposistolia) de menos de 25 mm de Hg., de presión amniótica, que además son espaciadas (bradisistolia), apareciendo menos de dos contracciones cada diez minutos. El tono suele estar disminuído (menos de 8 mm de Hg). Si esta alteración se presenta desde el comienzo del trabajo (hipodinamia primitiva) o aparece secundariamente en el curso del mismo (hipodinamia secundaria).

Tratamiento de la hipodinamia primitiva. El tratamiento de la hipodinamia primitiva debe ser en primer término etiológico. Se evacuarán la vejiga y el recto. Si las membranas o la bolsa estuvieran adheridas al orificio interno del cuello, se desprenderá con el dedo el polo inferior del huevo del segmento inferior. En el caso de que fuese originada por la hiperdistensión del útero, estará indicada la rotura artificial de la bolsa de las aguas, seguida de la auscultación fetal y la vigilancia de la actividad uterina.

A todas las parturientas que tuvieran las membranas rotas, como medida preventiva contra la infección se prescribirán

antibióticos. Los medicamentos estimulantes de la contractilidad (ocitócicos) tienen su mejor indicación en esta distocia. Los principales son: la quinina, la ocitocina y el sulfato de esparteína. Los derivados del cornezuelo de centeno no se aconsejan.

Tratamiento de la hipodinamia secundaria. Debe ser preferentemente etiológico, pues la conducta será muy distinta en una parturienta con hipodinamia, después de una actividad normal o ligeramente exaltada durante un largo trabajo, que en aquella que tuvo una hiperdinamia consecutiva a una lucha contra un obstáculo.

En el primer caso se debe colocar a la parturienta en reposo, administrándole un medicamento sedante, y recién después tratar de estimular con suma prudencia la dinámica, mediante dosis pequeñas y repetidas de ocitócicos o un goteo intravenoso de ocitocina, que se aumentará de acuerdo con la respuesta uterina. En la segunda circunstancia debemos reconocer la causa del obstáculo que determinó la distocia, y luego de su valoración proceder al refuerzo de las contracciones o a la terminación operatoria del parto.

b) Aumento de la contractilidad (hiperdinamia).

Se valora por la intensidad de las contracciones que es superior a 50 mm de Hg (hipersistolia), con una frecuencia de más de cinco contracciones en 10 minutos (polisistolia). Las hiperdinamias se dividen también en primitivas y secundarias.

La hiperdinamia primitiva aparece con el comienzo del trabajo (por mayor secreción de ocitocina, mayor excitabilidad de los centros nerviosos). La paciente está agitada y se queja por lo fuerte que son los dolores. Si evoluciona puede ocasionar un parto precipitado, desgarros de las partes blandas, desprendimiento de la placenta, hemorragias del alumbramiento, shock, inversión uterina y anoxia fetal.

La hiperdinamia secundaria aparece durante el trabajo, por administración exagerada de ocitócicos o por una lucha de contracción contra un obstáculo (rigidez del cuello, estrechez pelviana, tumor previo). Si evoluciona puede ceder la potencia y el útero sufrir una hipodinamia secundaria o entrar en contractura; puede ceder la resistencia (obstáculo cervical o pelviano) y producirse el encajamiento de la cabeza; puede no ceder ni la potencia ni la resistencia, originándose una sobredistensión del segmento inferior (síndrome de Pinard, Bandl, Frommel), y como final, la rotura espontánea del útero.

La hiperdinamia hipertónica se produce como consecuencia de la brevedad de los intervalos que separan las contracciones, lo cual eleva el tono, disminuyendo la intensidad. Es lo que en la clínica se llama tétanos, que puede ser parcial, cuando aún la intensidad contráctil permite su observación por la palpación, o completo, cuando la hipertonia llega a encubrir la palpación de las ondas, que dan la apariencia de estar ausentes.

Tratamiento de la hiperdinamia hipertónica (tétanos). Cuando el feto está vivo: anestesia profunda y cesárea; con feto muerto: espectante, cuidar signos de inminencia de ruptura uterina y con inminencia de ruptura uterina, anestesia general y extracción del feto.

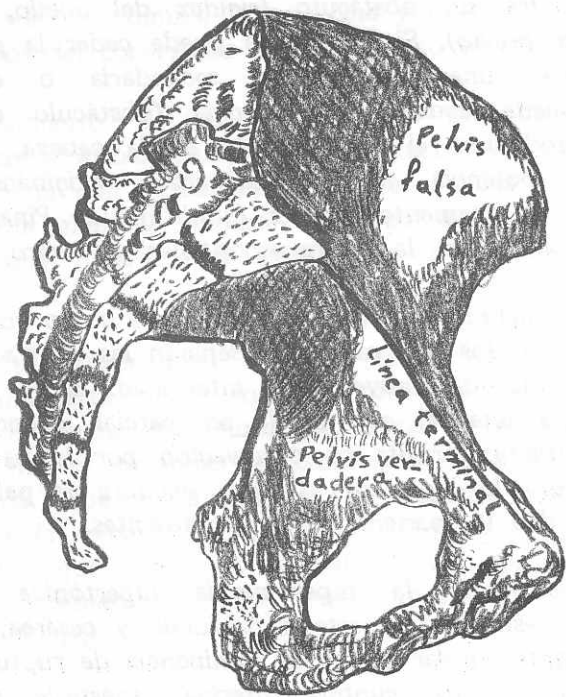


FIGURA No. 1

Corte sagital de la pelvis, mostrando la pelvis falsa y verdadera.

II. Alteraciones cualitativas

Mientras en las alteraciones cuantitativas el triple gradiente no sufre modificaciones, en las cualitativas está alterado (inversión de gradientes, incoordinación de primero y segundo grado).

A este tipo de contracciones, en clínica, se les denomina espasmódicas. Se producen a consecuencia de irritaciones anormales del útero (maniobras de dilatación, adherencias, cicatrices, masajes, ocitócicos, etc.).

Entre las distocias por anillos de contracción tenemos el espasmo del orificio externo del cuello (trismo uterino), producido por un estímulo exagerado del cérvix, con inhibición secundaria del cuerpo, llamado síndrome de Schickelé. El espasmo del orificio interno (strictura uteri), anular o semianular, se le puede encontrar por encima o por debajo de la presentación. El espasmo del anillo de Bandl, que puede aparecer aisladamente, pero que con frecuencia se asocia al espasmo de todo el cuerpo uterino con flaccidez del segmento inferior (distocia de Demelin).

Tratamiento: se administrará utero inhibidores, sulfato de Mg., vadosilán, si el cuadro no mejora anestesia general con cloroformo o éter.

C. DISTOCIAS DEL CANAL PELVIGENTAL

DISTOCIA OSEA

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

La pelvis anatómicamente está formada por 2 huesos ilíacos, sacro y cóccix.

Cada hueso ilíaco está formado por la fusión del ilion, el isquion y el pubis. Nos limitaremos a considerar las peculiaridades de la pelvis femenina de importancia en obstetricia.

Anatomía pélvica desde un punto de vista obstétrico.

La línea terminal deslinda la pelvis falsa de la pelvis verdadera. La pelvis falsa se encuentra situada por encima de la línea terminal y la pelvis verdadera por debajo de esta demarcación anatómica. La pelvis falsa está limitada por detrás por las vértebras lumbares y a los lados por las fosas ilíacas; por delante, el límite está formado por la porción inferior de la pared abdominal anterior (fig. 1). Carece de especial significado obstétrico.

La pelvis verdadera está situada por debajo de la línea terminal y constituye la porción importante en obstetricia. Está limitada por arriba por el promotorio y las alas del sacro, la línea terminal y los bordes superiores de huesos púbicos y, por debajo, por la salida de la pelvis.

En la mujer es característico el aspecto del arco púbico. Las ramas descendentes de los huesos púbicos se unen en un ángulo de 90 a 100 grados, para formar un arco redondeado debajo del cual puede pasar con facilidad la cabeza, del feto. (Fig. 3).

Planos y diámetros de la pelvis.

Debido a la forma peculiar de la pelvis, es difícil describir la exacta localización de un objeto en su interior. Por conveniencia, la pelvis ha sido descrita, desde hace largo tiempo, como dotada de 4 planos imaginarios: 1) el plano de la entrada de la pelvis (estrecho superior); 2) el plano de la salida de la pelvis (estrecho inferior); 3) el plano de las máximas dimensiones pélvicas, y 4) el plano de la pelvis media (mínimas dimensiones

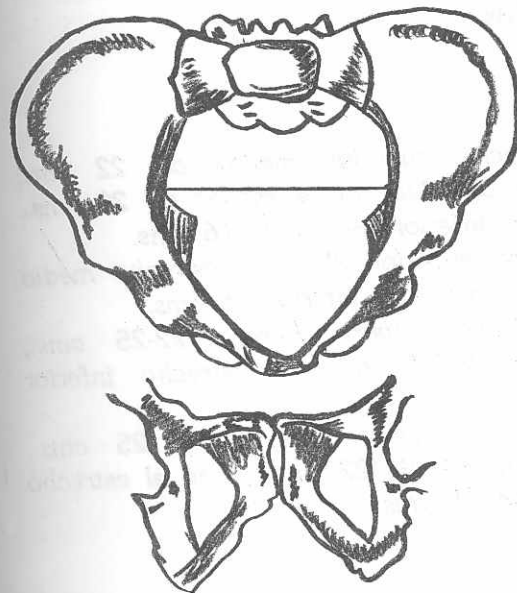


Fig. 2. Pelvis antropoide.

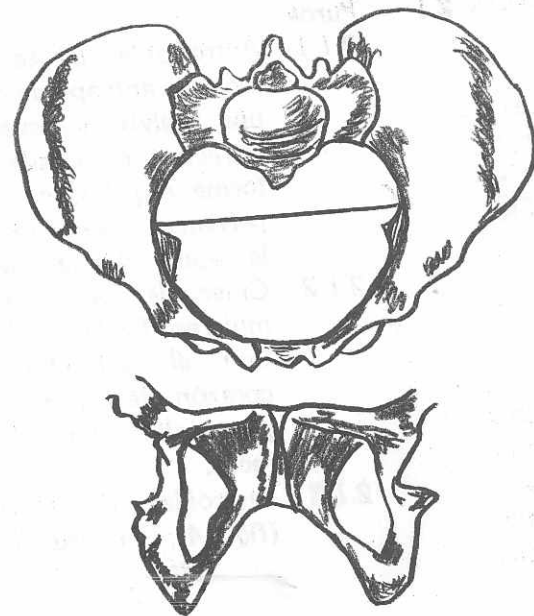


Fig. 3 Pelvis Ginecoide Arco púbico en ángulo recto.

pélvicas).

Clasificación de la pelvis.

1- Por el tamaño

- 1.1 Estrechas: estrecho superior menos de 22 cms; estrecho medio o pelvis media menos de 20 cms., y en el estrecho inferior menos de 16 cms.
- 1.2 Límites: estrecho superior 22 cms., estrecho medio 20 cms., y en el estrecho inferior 16 cms.
- 1.3 Promedio: estrecho superior entre 22-25 cms., estrecho medio 20-22 cms., y estrecho inferior 16-18 cms.
- 1.4 Amplias: estrecho superior mayor de 25 cms., estrecho medio mayor de 22 cms., y en el estrecho inferior mayor de 18 cms.

2. Por el tipo

2.1 Puros

- 2.1.1 Antropoide. Es semejante a la pelvis de los monos antropoides (fig. 2); corresponde a una pelvis transversalmente estrechada, de estrechez moderada, con estrecho superior de forma elíptica, con promontorio alto, paredes pelvianas divergentes, sacro corto y base de la espina ciática muy gruesa.
- 2.1.2 Ginecoide. Se encuentra en el 45o/o de las mujeres. Es la pelvis femenina típica (fig. 3). Con el estrecho superior en forma de corazón de naipes. Con excavación amplia y poco alta; con el arco púbico en ángulo recto.
- 2.1.3 Androide. Corresponde al tipo masculino (fig. 4); su estrecho superior es triangular,

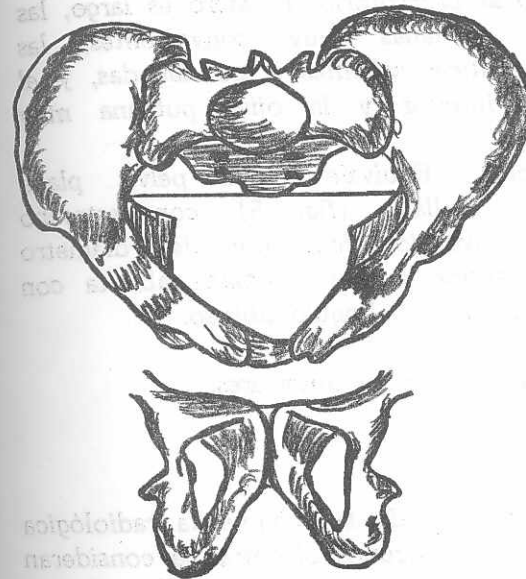


Fig. 4 Pelvis androide.

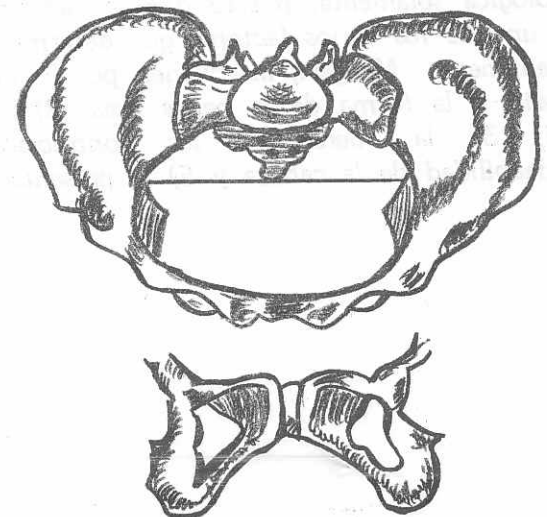


Fig. 5 Pelvis platipeloide
Arco púbico en ángulo obtuso

estando el diámetro transverso máximo muy próximo al promotorio. El sacro es largo, las paredes pelvianas muy convergentes, las espinas ciáticas salientes y puntiagudas, y el estrecho inferior y la ojiva pubiana muy reducidos.

2.1.4 Platipeloide. Equivale a la pelvis plana raquítica anillada (fig. 5), con estrecho superior ovalado, reducción del diámetro anteroposterior y ojiva pubiana abierta con el arco púbico en ángulo obtuso.

2.2 Mixtos: combinación de los anteriores.

Pelvimetría radiológica.

Las opiniones sobre el valor de la pelvimetría radiológica siguen siendo muy contradictorias. Algunos obstetras la consideran superflua e incluso engañosa. Otros descubren en ella la solución de todos los problemas. El punto de vista lógico es una posición intermedia. El pronóstico de un parto feliz, en un caso dado cualquiera, no se puede establecer sobre la base de la pelvimetría radiológica solamente, puesto que la capacidad pélvica no es más que uno de los varios factores que determinan el desenlace. Según los enumera Mengert, intervienen por lo menos 5 factores: 1) el tamaño y la forma de la pelvis ósea; 2) el tamaño de la cabeza fetal; 3) la fuerza de las contracciones uterinas; 4) la moldeabilidad de la cabeza y 5) la presentación y posición.

PELVIMETRÍA RADIOLOGICA(*) (Técnica de Colcher-Sussman).

DIAMETROS	TOTAL VALORES NORMALES	VALORES TOTALES PROMEDIO	LIMITE NORMAL
ESTRECHO SUPERIOR			
ANTERO POSTERIOR I a G	12.5		
TRANSVERSO A a Al	13.0	25.5	22.0
PELVIS MEDIA			
ANTERO POSTERIOR M a P	11.5		
TRANSVERSO B a Bl (Biespinoso).	10.5	22.0	20.0
ESTRECHO INFERIOR			
ANTERO POSTERIOR S a T (Post-sagital)	7.5		
TRANSVERSO C a Cl	10.5	18.0	16.0

(*) Ver figuras 6 y 7.

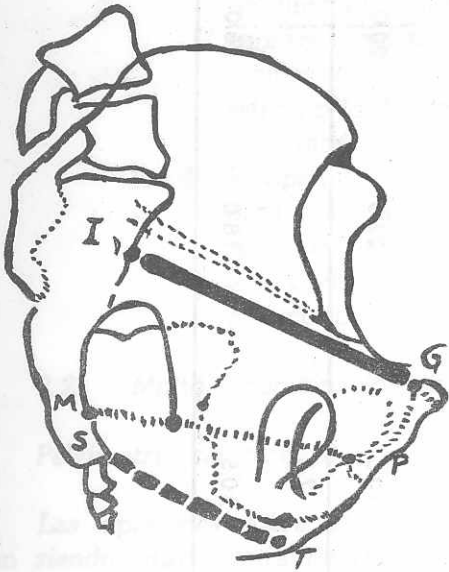
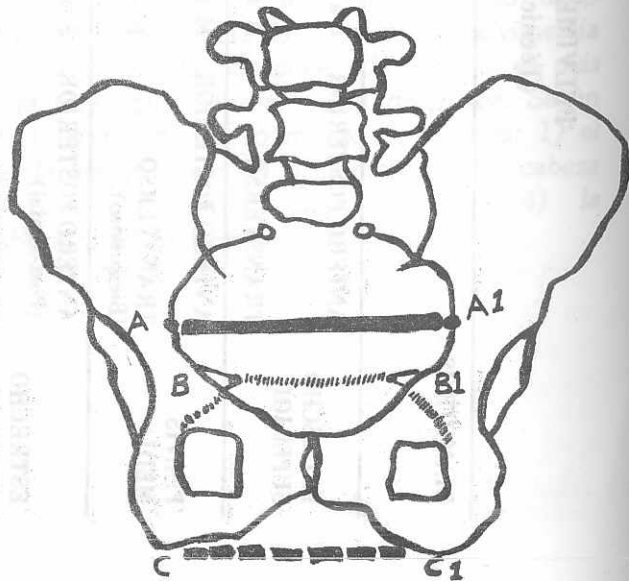


Fig. 6 Placa lateral
diámetros
anteroposteriores

Fig. 7
Diámetros
transversos



D. SUFRIMIENTO FETAL INTRAPARTO

En los últimos quince años el feto ha llegado a ocupar un lugar cada vez más importante en muchos campos pero principalmente en la obstetricia. Los avances de la fisiología y fisiopatología gestacionales, y en particular los modernos conocimientos de la perinatología y de la fetología, han hecho que la atención del obstetra se preocupe más racionalmente por proteger los intereses fetales y por ello, en la actualidad, las metas del proceso de reproducción consisten en garantizar el nacimiento de seres sanos sin alteraciones ni deformaciones que puedan significar desigualdades congénitas irremediables.

El concepto de sufrimiento fetal ha tratado de resumir el conjunto de problemas biológicos intrauterinos que padece el feto como resultado colateral de todas estas complicaciones del proceso de reproducción y como todo concepto de reciente formación, está experimentando cambios que suscita opiniones a veces divergentes.

Un tipo de sufrimiento fetal que no siempre es descubierto con oportunidad y que una vez detectado no es fácil de estimar en su verdadera magnitud es el sufrimiento fetal intraparto. Sin embargo, esta clase de compromiso de la homeostasis fetal se asocia la mayoría de las veces a condiciones gestacionales anormales previas y a alteraciones del mecanismo del parto, que por su propia naturaleza deben hacer sospechar la posibilidad de interferencia con los mecanismos de nutrición y homeostasis fetales.

Además del problema de sufrimiento fetal agudo hay otros diagnósticos considerados como secundarios y que guardan íntima relación con éste, como rotura prematura de las membranas y la infección amniótica, toxemia del embarazo, complicaciones del cordón umbilical y otros. Desafortunadamente las circulares del cordón, su brevedad, el procúbito y su inserción velamentosa son

difícilmente diagnosticables. No obstante ciertos hechos clínicos de exploración que de ningún modo son específicos pueden justificar se sospeche: presentación cefálica inexplicablemente alta o deflexionada o ambas, que no desciende satisfactoriamente en ausencia de desproporción; cabeza fetal que asciende a su nivel previo al terminar la contracción del útero; variedad de posición cefálica transversa y posterior persistentes con pelvis amplia y normal, ruptura prematura o precoz de membranas con cabeza libre o lateralizada; alteraciones claras de la frecuencia cardíaca fetal con las maniobras de lateralización abdominal de la presentación cefálica; antecedentes en las últimas cifras prenatales o en los principios del trabajo de parto o en ambas de oblicuidad en la situación del feto e incluso de situación transversa o presentación podálica cambiantes y líquido amniótico inexplicablemente sanguinolento.

Finalmente, debe subrayarse el hecho de que el sufrimiento fetal intraparto, como otros muchos problemas médicos, con frecuencia resulta de la interacción de varios factores desfavorables que requieren ser bien identificados y neutralizados en la medida de sus respectivas posibilidades, por lo que no es prudente confiar en un solo parámetro para elaborar un diagnóstico e iniciar una conducta terapéutica determinada.

E- CESAREA

Una operación en la cual se extrae el feto a través de una incisión de la pared abdominal del útero.

Indicaciones pueden ser absolutas, relativas y electivas o de urgencia.

1. Indicaciones Maternas.

Algunos casos eclampsia
Enfermedades crónicas

Insuficiencia cardíaca
Trastornos mentales
Tumores previos
Pelvis estrecha
Pelvis asimétrica
Pelvis planas
Tumores óseos
Problemas partes blandas
Anomalías congénitas
Cirugía vaginal previa (fístulas)
Ca. cérvix

2. Indicaciones fetales.

Sufrimiento fetal

Presentaciones anómalas

- de hombro
- de cara
- de frente
- en posterior

Primigesta en podálica

Gigantismo fetal

Hidrocefalia

Problema de Rh negativo

Embarazo prolongado

Muerte habitual del feto causa desconocida

3. Indicaciones ovulares.

Embarazo gemelar

Primer feto en transversa

Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta

Placenta previa

- total
- algunos casos de parcial

Anomalías uterinas

- útero doble

Fibromatosis uterina

Falta de dilatación del cuello

Inminencia de ruptura uterina

Anomalías de contractura

Cesárea anterior

Prolapso o procidencia cordón

4. Otras indicaciones.

Enfermedades agudas que complican el embarazo o el parto

Apendicitis aguda Glomerulonefritis Ictericias graves

Reparación de fístulas recto, vesico-vaginales.

Respecto a la cesárea desde que Cragin en 1916 pronunció su famoso axioma "una vez cesárea, siempre cesárea", la conducta obstetra ante el problema de la cesárea previa ha variado considerablemente. En términos generales existen dos tendencias: una, la de repetir rutinariamente la cesárea, y otra, la de permitir previa valoración y selección del caso un parto.

En el Hospital de Gineco-Obstetricia Núm. 2 del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, se llevó a cabo un estudio sobre el manejo de la paciente obstétrica con antecedente de una cesárea, atendidas en un lapso de un año, comprendido del 1o. de julio de 1976 al 30 de junio de 1977, en el cual ellos creen que el parto espontáneo puede permitir a pacientes que reúnan los siguientes requisitos.

1. Que sean atendidas por un obstetra calificado.
2. Que sean atendidas en un medio que cuente con todos los servicios necesarios.
3. Que no repita la indicación de la cesárea anterior
4. La cesárea previa deberá ser segmentaria transversal.
5. Que tengan un trabajo de parto espontáneo, fisiológico y breve.
6. La presentación deberá ser cefálica, con una posición y variedad de posición favorables.

7. Que desarrollen un período expulsivo de corta duración.
8. De preferencia, que exista un lapso mayor de dos años entre la primera cesárea y el embarazo subsiguiente.
9. Que no existan indicios de complicaciones o trastornos placentarios, o cualquier otra alteración que comprometa un excelente resultado final materno fetal.

Actualmente la operación cesárea está siendo utilizada para disminuir la morbilidad perinatal; es mejor la convicción de "menos pero mejores niños" y esto conduce a evitar cualquier riesgo innecesario.

Una paciente embarazada con cesárea previa indicada por DCP y bajo condiciones similares deberá ser considerada como portadora de la misma indicación hasta no demostrarse lo contrario y una segunda cesárea brinda una magnífica oportunidad para realizar, si es el caso, un método definitivo de control de la fertilidad; un parto postcesárea no contraindica la realización del método en el puerperio inmediato.

MATERIAL Y METODOS

En el presente trabajo de tesis se efectuó un estudio retrospectivo, mediante la revisión completa de los expedientes clínicos de las pacientes ingresadas al Departamento de Maternidad del Hospital Nacional de Amatlán, quienes presentaron parto distócico (ej.: fórceps, cesárea, embriotomía), en el período comprendido del 1o. de Enero de 1977 al 31 de diciembre de 1978.

Se revisaron las listas generales, del departamento de Estadística de dicho hospital, con lo cual se obtuvieron los registros médicos, mismos que permitieron identificar las fichas clínicas en el archivo hospitalario, revisándose 265 casos de pacientes quienes tuvieron distocia obstétrica.

En un instrumento de investigación previamente elaborado, se recopilaron los siguientes parámetros: edad, procedencia, número de gestaciones, paridad, control prenatal, antecedente de distocia obstétrica y su respectivo tipo, antecedente de cirugía gineco-obstétrica previa, menarquia, duración del trabajo de parto, tipo y forma como se resolvió la distocia obstétrica, complicaciones al resolverse ésta y después de la misma; continuando con la tabulación de datos, análisis de los mismos, aceptar o rechazar las hipótesis planteadas, llegar a conclusiones y recomendaciones.

MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE
AMATITLAN AÑO 1977

CUADRO I
PARTOS DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD

MES	P A R T O					
	Eutócico		Distócico		Total	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Enero	82	6.52	9	0.72	91	7.24
Febrero	73	5.81	5	0.40	78	6.21
Marzo	82	6.52	13	1.04	95	7.56
Abril	82	6.52	8	0.64	90	7.16
Mayo	78	6.20	6	0.48	84	6.68
Junio	89	7.09	11	0.87	100	7.96
Julio	95	7.56	9	0.72	104	8.28
Agosto	114	9.07	13	1.03	127	10.10
Septiembre	95	7.56	13	1.03	108	8.59
Octubre	98	7.80	11	0.87	109	8.67
Noviembre	116	9.23	11	0.87	127	10.10
Diciembre	133	10.58	11	0.87	144	11.45
Total	1137	90.46	120	9.54	1,257	100.00

CUADRO I
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El número de partos atendidos en el departamento de Maternidad del Hospital Nacional de Amatlán en el año 1977, fué de 1,257.

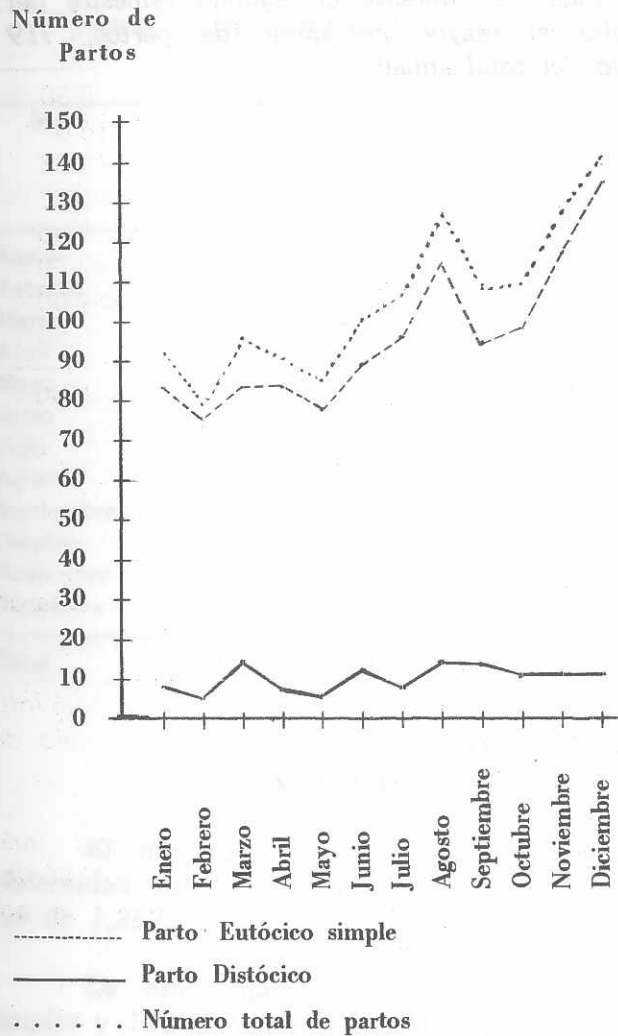
De este total 1,137 (90.46o/o) fueron partos eutócicos simples y 120 (9.54o/o) partos distócicos.

Se observa que el mayor porcentaje de partos distócicos corresponde al mes de marzo con un 1.04o/o, 13 partos de 95. El menor porcentaje de partos distócicos ocurren en el mes de febrero 0.40o/o, 5 de un total de 78.

Es de hacer notar que durante el segundo semestre del año se lleva a cabo el mayor porcentaje de partos, 719 equivalente al 57.20o/o del total anual.

CUADRO I:

NUMERO DE PARTOS DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1977



CUADRO II

PROCEDENCIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO DE 1977

Procedencia	No.	o/o
Guatemala	9	7.50
Amatitlán	44	36.67
Villa Nueva	19	15.83
Villa Canales	2	1.67
San Miguel Petapa	1	0.83
Escuintla	33	27.50
Santa Rosa	9	7.50
Jutiapa	3	2.50
Total	120	100.00

CUADRO II
ANALISIS Y DISCUSION

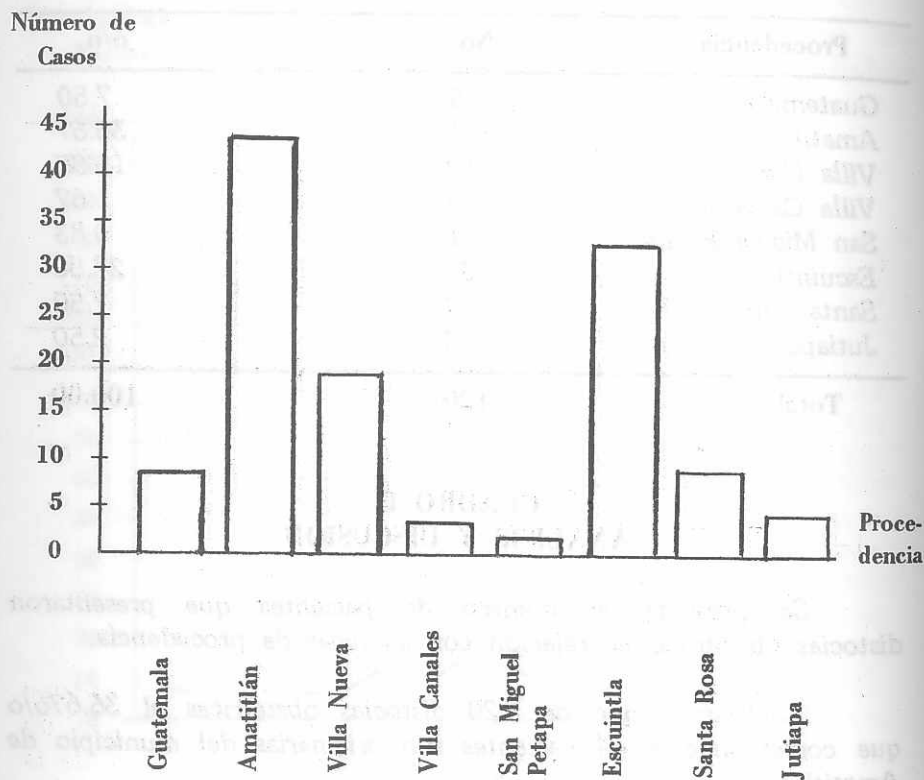
Se presente el número de pacientes que presentaron distocias obstétricas en relación con su lugar de procedencia.

Analizamos que de 120 distocias obstétricas el 36.67o/o que corresponde a 44 pacientes son originarias del municipio de Amatitlán.

En orden decreciente relativo los porcentajes más significativos corresponde a: Escuintla con 33 pacientes (27.50o/o) y Villa Nueva 19 pacientes (15.83o/o). El porcentaje menor corresponde a San Miguel Petapa con 1 paciente (0.83o/o).

CUADRO II

PROCEDENCIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO DE 1977



CUADRO No. III

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN EN EL AÑO 1977 Y SU CONTROL PRENATAL

	No. Ptes.	o/o
1- Con control prenatal	22	18.33
Centro de Salud	19	--
Médico particular	3	--
2- Sin control prenatal	98	81.67
Total	120	100.00

CUADRO III

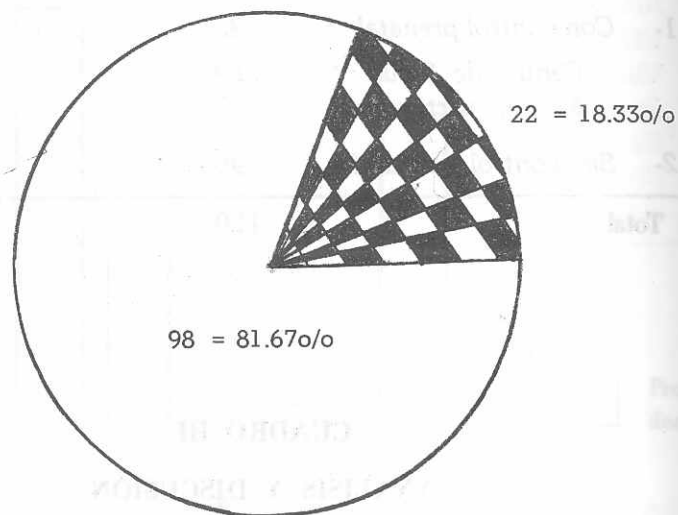
ANALISIS Y DISCUSION

En cuanto al control prenatal; de 120 pacientes que presentaron distocia obstétrica, 98 que equivale al 81.67o/o no tuvieron control prenatal. Este dato podría ser un indicador de la falta de orientación de la futura madre.

Un 18.33o/o tuvo control prenatal que corresponde a 22 pacientes. De éstas 19 (15.33o/o) fueron atendidas por el Centro de Salud de Amatitlán y 3 (2.5o/o) por médico particular.

CUADRO III:

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN EN EL AÑO 1977 Y SU CONTROL PRENATAL



Sin control prenatal



Con control prenatal

CUADRO IV

DISTRIBUCION ETAREA DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1977

Edad	No.	o/o
16 - 20 años	24	20.00
21 - 25 "	32	26.67
26 - 30 "	30	25.00
31 - 35 "	23	19.17
36 - 40 "	7	5.83
41 - 45 "	4	3.33
Total	120	100.00

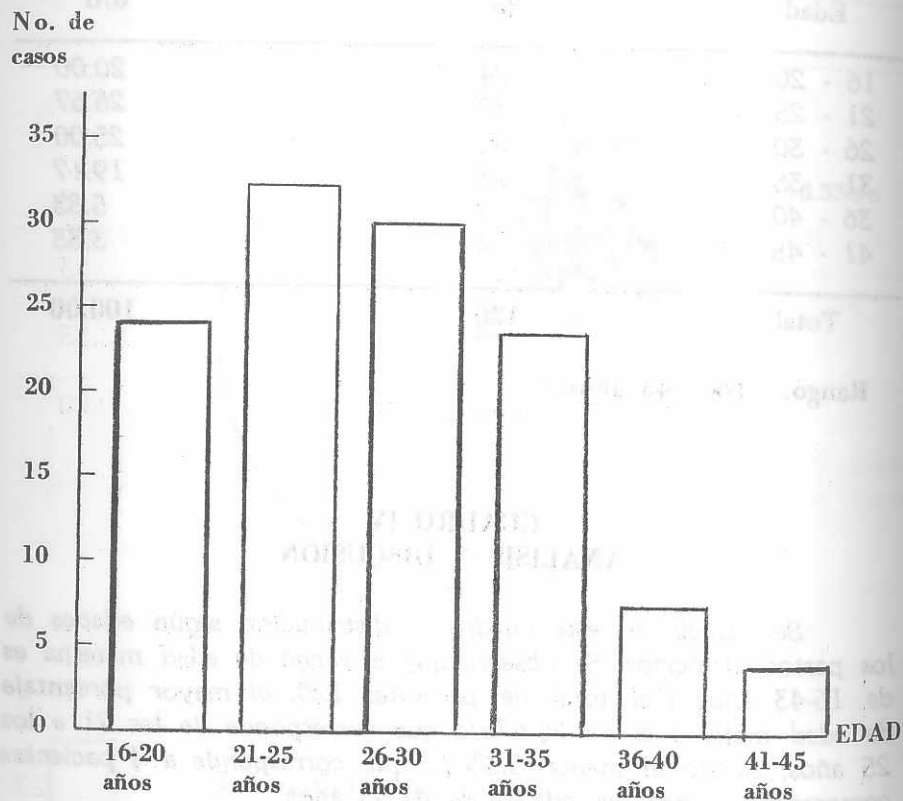
Rango: 16 a 43 años.

**CUADRO IV
ANALISIS Y DISCUSION**

Se aprecia en este cuadro la distribución según edades de los partos distócicos. Se observa que el rango de edad materna es de 16-43 años. Del total de pacientes 120, el mayor porcentaje de edad materna es de 26.67o/o que corresponde de los 21 a los 25 años; siendo el menor 3.33o/o que corresponde a 4 pacientes comprendidos entre las edades de 41-45 años.

CUADRO IV

DISTRIBUCION ETAREA DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1977



CUADRO V

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

PARIDAD DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1977

Paridad	No. Ptes.	o/o
1- Primigesta	38	31.67
2- Secundigesta	23	19.17
3- Pequeña múltipara(*)	18	15.00
4- Gran múltipara(**)	13	10.83
5- Ptes. quienes no se investigó	28	23.33
T o t a l	120	100.00

(*) Pequeña múltipara de 3-4 embarazos.

(**) Gran múltipara mayor de 5 embarazos.

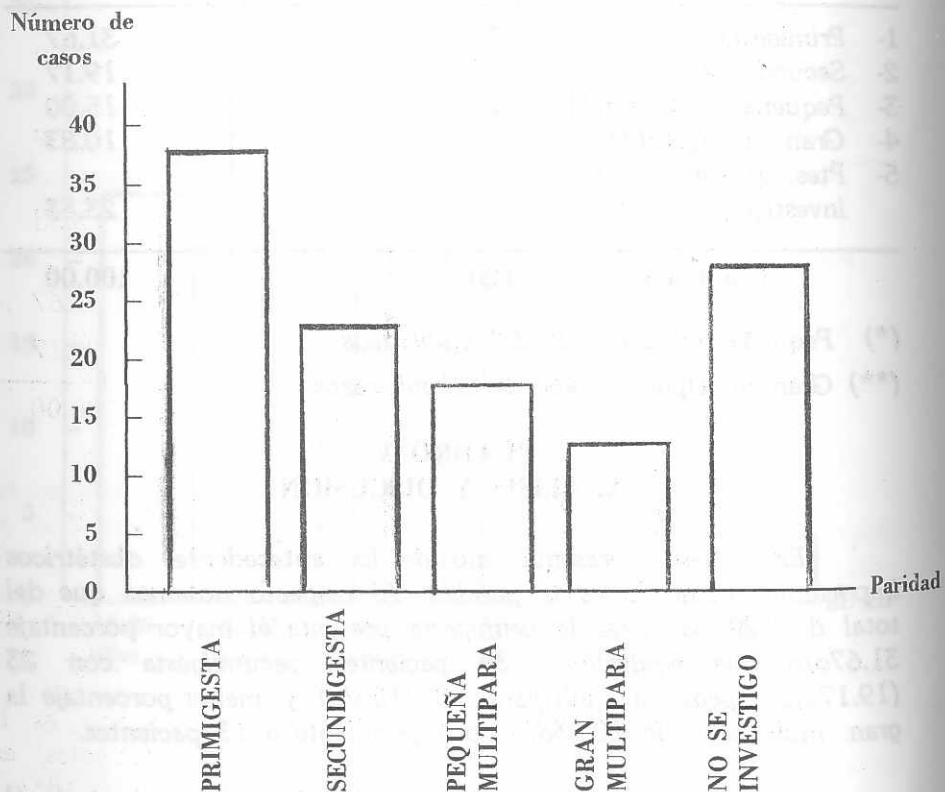
CUADRO V ANALISIS Y DISCUSION

Este cuadro presenta uno de los antecedentes obstétricos importantes como lo es la paridad. Al respecto notamos que del total de 120 pacientes la primigesta presenta el mayor porcentaje 31.67o/o que equivale a 38 pacientes, secundigesta con 23 (19.17o/o), pequeña múltipara 18 (15o/o) y menor porcentaje la gran múltipara con 10.83o/o correspondiente a 13 pacientes.

No habiéndose investigado en 28 pacientes que equivale al 23.33o/o.

CUADRO V
ANTECEDENTES OBSTETRICOS

PARIDAD DE PACIENTES QUE PRESENTARON
DISTOCIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE AMATITLAN
DURANTE EL AÑO 1977



CUADRO VI

PACIENTES CON ANTECEDENTES DE DISTOCIA OBSTETRICA
PRESENTADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE
AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1977

Tipo de Distocia	No.	o/o
1- Dinámica del Utero Hipodinamia	1	0.83
2- Del Canal Pelvigenital Estrechez Pélvica	12	10.00
3- Anomalías de Presentación Situación transversa	6	5.00
4- Primigesta con Presentación Pelviana	4	3.33
5- Anomalías de Placenta Placenta Previa	2	1.67
Sin antecedentes de Distocia	95	79.17
Total	120	100.00

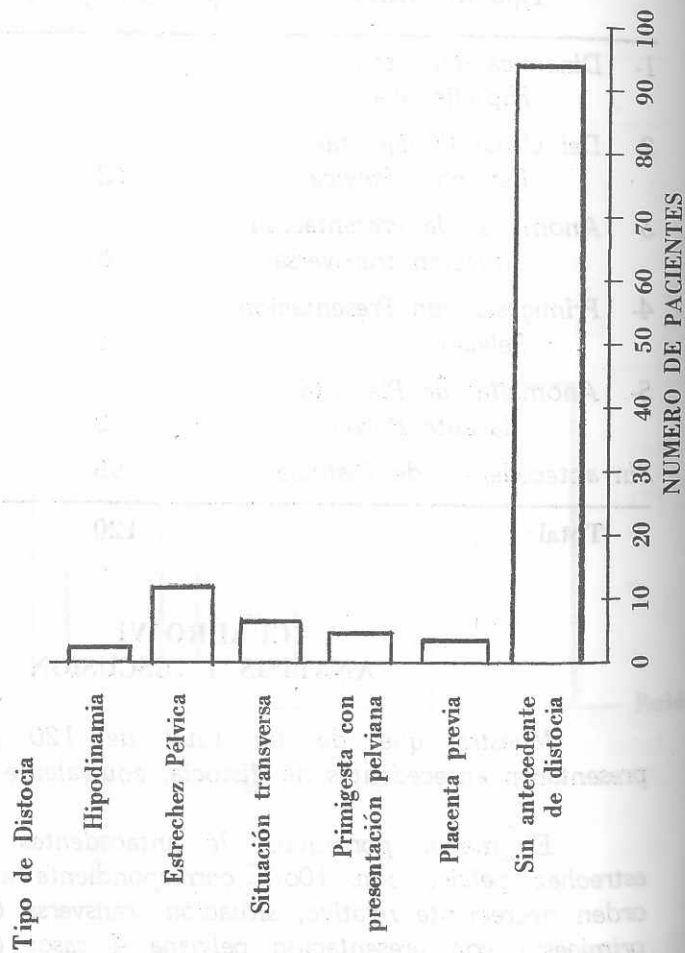
CUADRO VI
ANALISIS Y DISCUSION

Muestra que de un total de 120 pacientes, 95 no presentaron antecedentes de distocia, equivalente al 79.17o/o.

El mayor porcentaje de antecedentes de distocia es la estrechez pélvica con 10o/o correspondiente a 12 pacientes, en orden decreciente relativo, situación transversa 6 pacientes (5o/o), primigesta con presentación pelviana 4 casos (3.33o/o), placenta previa 2 casos (1.67o/o) y con 0.83o/o 1 caso de hipodinamia.

CUADRO VI:

PACIENTES CON ANTECEDENTE DE DISTOCIA OBSTETRICA PRESENTADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1977



CUADRO VII

PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CIRUGIA GINECO-OBSTETRICA PREVIA QUE PRESENTARON PARTOS DISTOCICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1977.

Tipo de Cirugía	No.	o/o
Legrado	—	—
Cesárea segmentaria transperitoneal	37	30.83
Ooforectomía izquierda	1	0.83
Sin antecedentes de cirugía Gineco-obstétrica previa	82	68.34
Total	120	100.00

CUADRO VII
ANALISIS Y DISCUSION

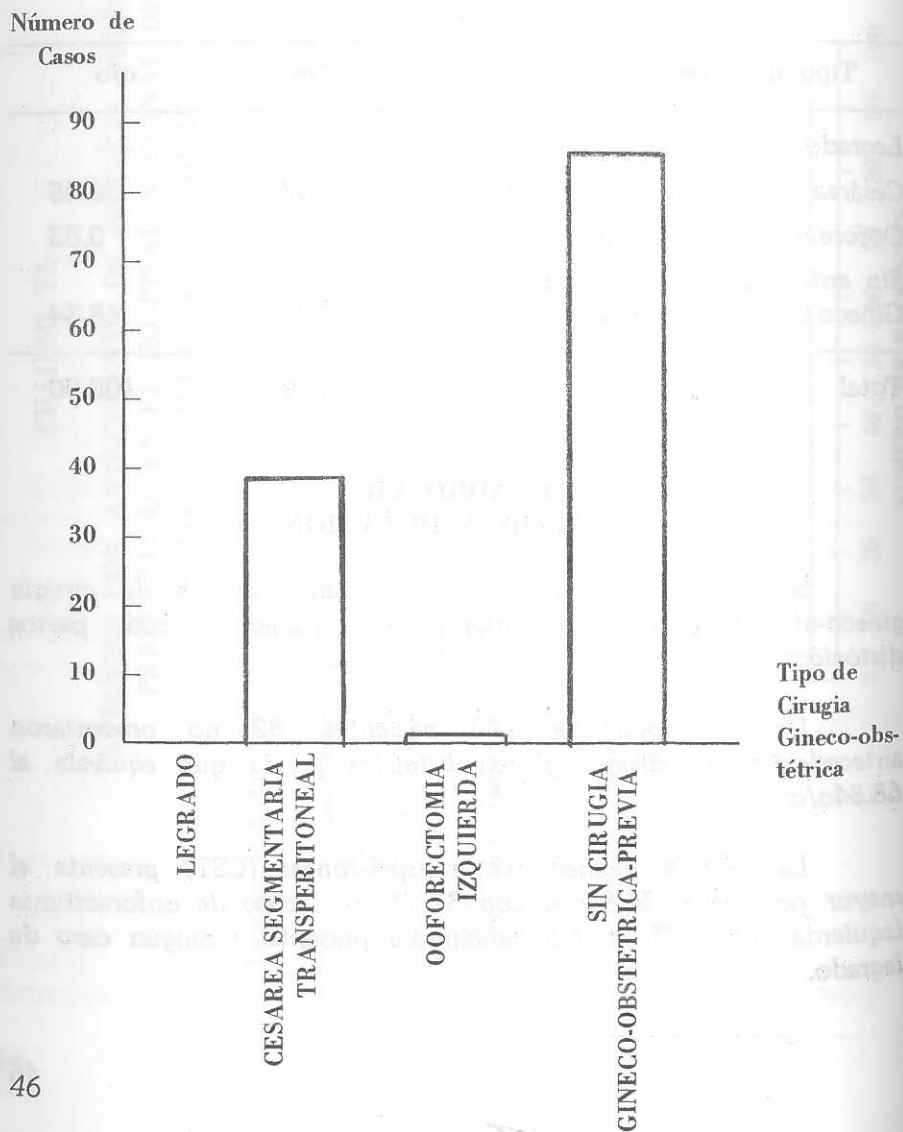
Se analiza en este cuadro los antecedentes de cirugía gineco-obstétrica que presentaron las pacientes con partos distócicos.

De un total de 120 pacientes, 82 no presentaron antecedentes de cirugía gineco-obstétrica previa que equivale al 68.34o/o.

La cesárea segmentaria transperitoneal (CST) presenta el mayor porcentaje 30.83o/o con 37 casos, 1 caso de ooforectomía izquierda con 0.83o/o. No habiéndose presentado ningún caso de legrado.

CUADRO VII

PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CIRUGIA GINECO-OBSTETRICA PREVIA QUE PRESENTARON PARTOS DISTOCICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1977



CUADRO VIII

MENARQUIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO DE 1977

Menarquia	No.	o/o
12 años	1	0.83
13 "	4	3.33
14 "	11	9.17
15 "	2	1.67
16 "	-	--
17 "	-	--
18 "	2	1.67
No fue investigada	100	83.33
Total	120	100.00

Rango de: 12 a 18 años.

CUADRO VIII
ANALISIS Y DISCUSION

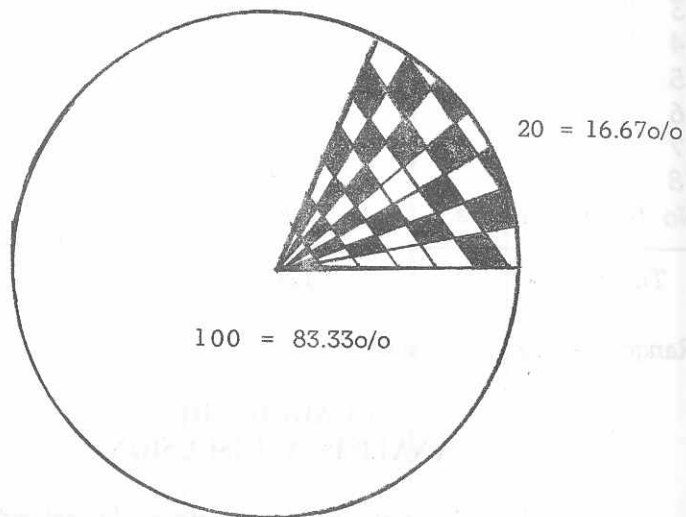
Los datos de este cuadro marcan la relación entre las edades a que corresponde la menarquia en las pacientes con partos distócicos.

Obsérvese que de 120 pacientes, fueron investigadas únicamente 20, que corresponde al 16.67o/o.

El rango de edad osciló entre 12 y 18 años. A la edad de 14 años se presentó la cantidad mayor de pacientes 11, con (9-17o/o) y el mejor porcentaje corresponde a los 12 años con una paciente que equivale al 0.83o/o.

CUADRO VIII

MENARQUIA EN LA PACIENTE NUMERO Y PORCENTAJE QUE PRESENTARON DISTOCIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN EN 1977



Investigadas



No investigadas

CUADRO IX

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIAS OBSTETRICAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1977

	No.	o/o
0 - 3 horas	2	1.67
4 - 6	8	6.67
7 - 9	5	4.17
10 - 12	1	0.83
13 - 15	6	5.00
16 - 18	4	3.33
19 - 21	1	0.83
22 - 24	—	—
25 - 29	7	5.83
30 - 34	5	4.17
35 - 39	1	0.83
40 - 44	3	2.50
45 - 49	1	0.83
50 - 54	3	2.50
55 - 59	—	—
60 - 64	1	0.83
65 - 69	1	0.83
70 - 74	1	0.83
75 - 79	1	0.83
80 - 84	—	—
85 - 89	1	0.83
No fue investigada	68	56.67
Total	120	100.00

Rango de: 2 a 88 horas

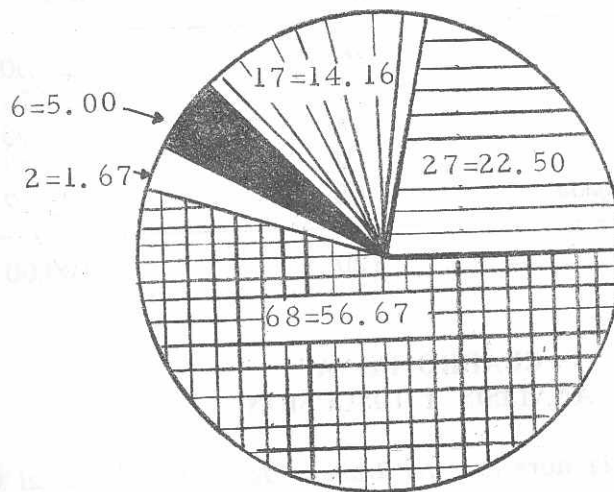
**CUADRO IX
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**






En cuanto al trabajo de parto el rango de duración es de 2 a 88 horas. Del total de 120 pacientes que presentaron distocia obstétrica la duración del trabajo de parto fue investigada en 52 casos correspondiendo el 43.33o/o.

Nótese que el mayor porcentaje es de 6.67 con 8 pacientes y un trabajo de parto de 4-6 horas de duración.

CUADRO IX y IX "A"

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON DURACION DEL TRABAJO DE PARTO EN LA DISTOCIA OBSTETRICA EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN EN 1977



-  No fue investigada
-  0 - 24 horas
-  25 - 48
-  49 - 72
-  73 - 96

CUADRO IX "A"

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIAS OBSTETRICAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1977

	No.	o/o
0 - 24 horas	27	22.50
25 - 48	17	14.16
49 - 72	6	5.00
73 - 96	2	1.67
No fue investigada	68	56.67
Total	120	100.00

CUADRO IX "A"
ANALISIS Y DISCUSION

Respecto a la duración del trabajo de parto, del total de pacientes que presentaron parto distócico (120), de 52 casos en los cuales fue investigada, el mayor porcentaje es en las primeras 24 horas con un 22.5o/o (27), en orden relativo decreciente tenemos un 14.16o/o(17) de 25 a 48 horas, 6 casos con el 5o/o comprendidas de las 49-72 horas y el 1.67o/o(2) entre 73-96 horas.

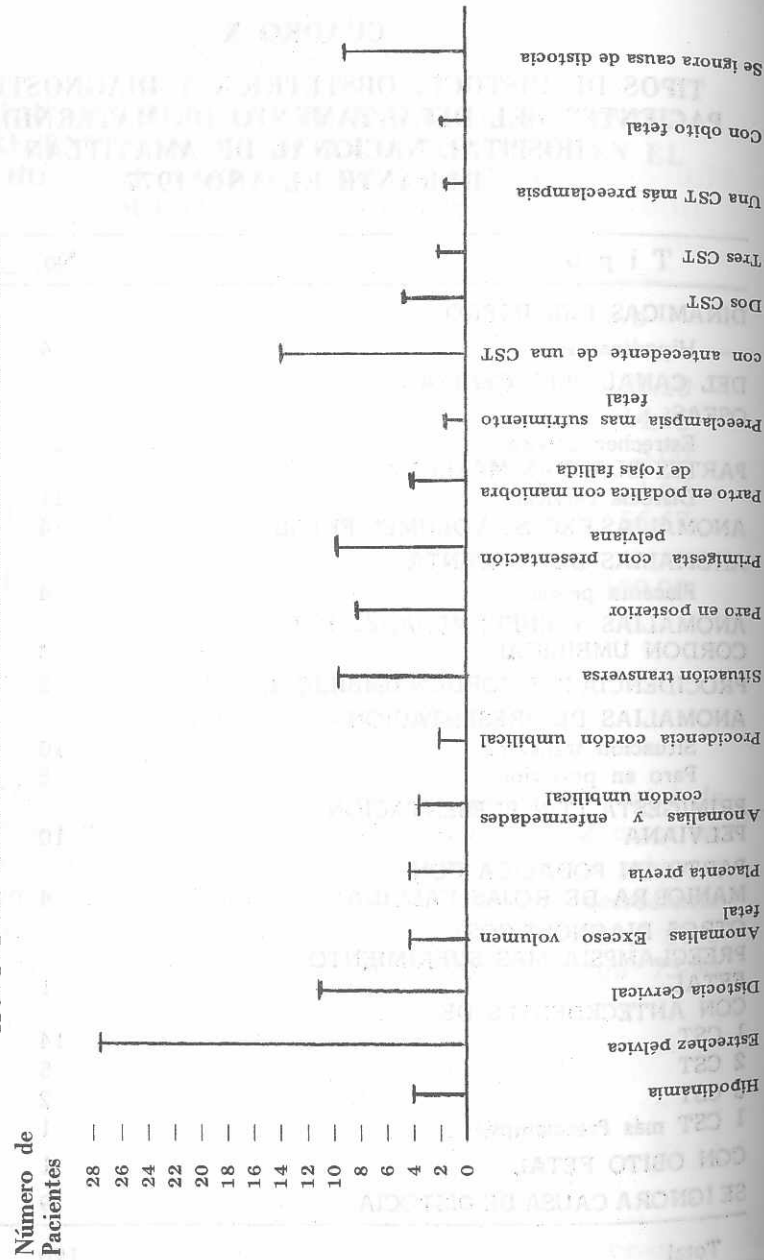
CUADRO X

TIPOS DE DISTOCIA OBSTETRICA Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1977

T i p o	No.	o/o
DINAMICAS DEL UTERO		
Hipodinamia	4	3.33
DEL CANAL PELVIGENITAL		
OSEAS	27	22.50
Estrechez pélvica		
PARTES BLANDAS MATERNAS		
Distocia cervical	11	9.17
ANOMALIAS EXCESO VOLUMEN FETAL	4	3.33
ANOMALIAS DE PLACENTA		
Placenta previa	4	3.33
ANOMALIAS Y ENFERMEDADES DEL CORDON UMBILICAL	3	2.50
PROCIDENCIA DEL CORDON UMBILICAL	2	1.67
ANOMALIAS DE PRESENTACION		
Situación transversa	10	8.33
Paro en posterior	8	6.67
PRIMIGESTA CON PRESENTACION PELVIANA	10	8.33
PARTO EN PODALICA CON MANIOBRA DE ROJAS FALLIDA	4	3.33
OTROS DIAGNOSTICOS		
PREECLAMPSIA MAS SUFRIMIENTO FETAL	1	0.83
CON ANTECEDENTES DE		
1 CST	14	11.67
2 CST	5	4.17
3 CST	2	1.67
1 CST más Preeclampsia	1	0.83
CON OBITO FETAL	1	0.83
SE IGNORA CAUSA DE DISTOCIA	9	7.50
Total	120	100.00

CUADRO X:

TIPOS DE DISTOCIA OBSTETRICA Y DIAGNOSTICO Y PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE 1977



CUADRO X
ANALISIS Y DISCUSION

Obsérvese que el mayor número de Distocias pertenecen al Canal Pelvigenital, del tipo Oseas, como la estrechez pélvica en 27 pacientes (22.50o/o), tomándosele pelvimetría sólo a 1.

Hipodinamia en número 4 con 3.33o/o y pertenece a las Dinámicas del Utero.

Distocia cervical 11 casos con un 9.17o/o desconociéndose su clasificación debido a que no se encontraba en las papeletas.

Anomalías por exceso de volumen fetal 4 (3.33o/o), debido a embarazo gemelar en 3 casos y a hidrocefalia con espina bífida 1.

Entre las anomalías de placenta tenemos únicamente la Placenta Previa en 4 (3.33o/o), sin especificar el tipo de la misma.

Anomalías y enfermedades del cordón umbilical 3 (2.50o/o), las 3 por anomalía de ubicación en relación al feto (2 circulares al cuello). Procidencia del cordón umbilical 2 (1.67o/o).

Situación transversa 10 (8.33o/o) y paro en posterior 8 (6.67o/o) haciendo un total de 18 casos (15o/o) pertenecientes a Anomalías de Presentación.

Primigestas con presentación pelviana 10 (8.33o/o) y parto en podálica con Maniobra de Rojas fallida 4, desconociéndose el estado de los recién nacidos.

Se muestra también, otros diagnósticos como: preeclampsia más sufrimiento fetal, con obito fetal, cada uno con 1 caso equivalente a 0.83o/o.

Con antecedente de una CST 14 (11.67o/o), dos CST 5 (4.17o/o), tres CST 2 casos (1.67o/o) y una CST más preeclampsia 1 (0.83o/o).

Se ignora la causa de Distocia en 9 pacientes con un porcentaje de 7.50o/o.

CUADRO XI

FORMA COMO SE RESOLVIO LA DISTOCIA OBSTETRICA EN PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1977

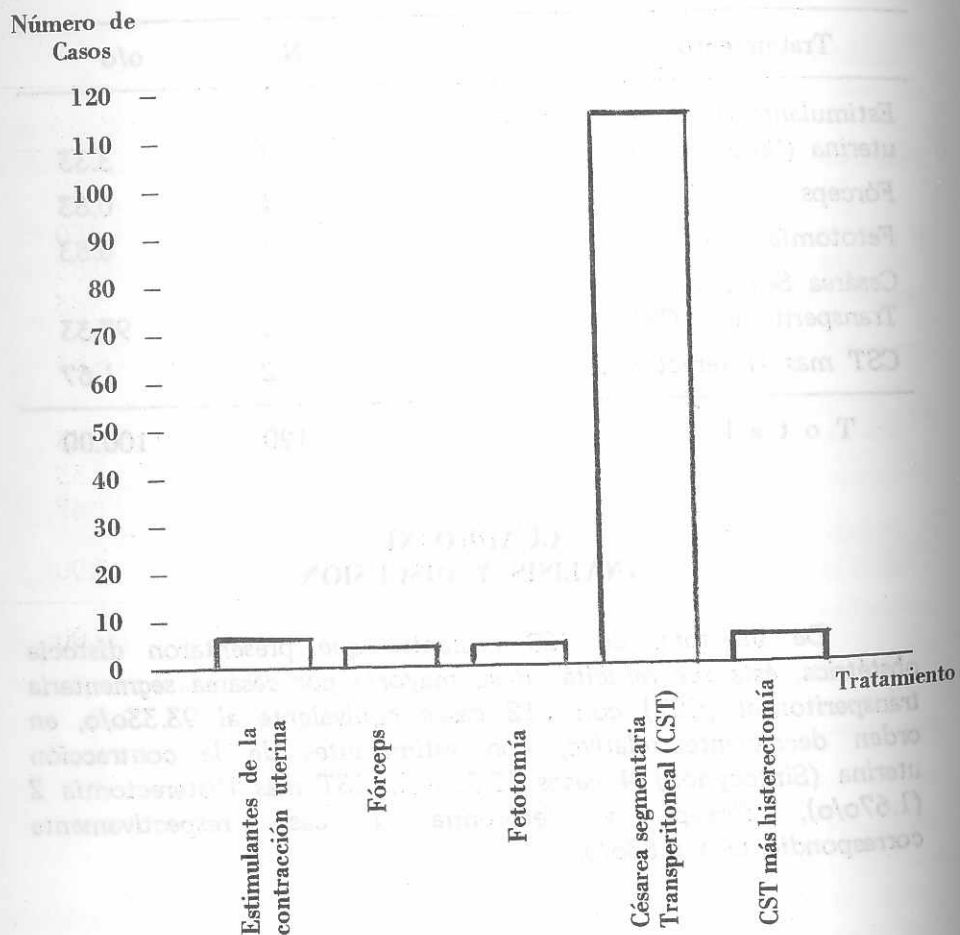
Tratamiento	No.	o/o
Estimulante de la contracción uterina (Sintocynón)	4	3.33
Fórceps	1	0.83
Fetotomía	1	0.83
Cesárea Segmentaria Transperitoneal (CST)	112	93.33
CST más Histerectomía	2	1.67
T o t a l	120	100.00

CUADRO XI ANALISIS Y DISCUSION

De un total de 120 pacientes que presentaron distocia obstétrica, ésta fue resuelta en su mayoría por cesárea segmentaria transperitoneal (CST) con 112 casos equivalente al 93.33o/o, en orden decreciente relativo, con estimulantes de la contracción uterina (Sintocynón) 4 casos (3.33o/o), CST más Histerectomía 2 (1.67o/o), fórceps y fetotomía 1 caso respectivamente correspondiente a 0.83o/o.

CUADRO XI:

FORMA COMO SE RESOLVIO LA DISTOCIA OBSTETRICA EN PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE 1977



CUADRO XII

COMPLICACIONES AL RESOLVERSE LA DISTOCIA OBSTETRICA Y DESPUES DE LA MISMA EN PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1977.

	No.	o/o
1- RESOLVERSE LA DISTOCIA	5	4.17
Ruptura Uterina	3	2.50
Rasgadura Segmento Uterino	1	0.83
Ruptura Vesical	1	0.83
2- DESPUES DE RESUELTA	13	10.83
Dehiscencia de herida operatoria e infección	7	5.83
Endometritis	4	3.33
BNM	2	1.67
3- SIN COMPLICACIONES	102	85.00
T o t a l	120	100.00

CUADRO XII
ANALISIS Y DISCUSION

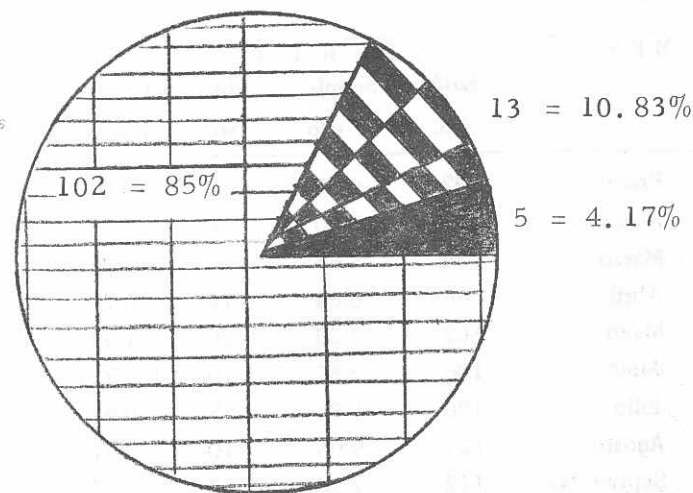
Nos muestra las complicaciones de las pacientes al resolverse la distocia y después de la misma. De 120 casos de distocia obstétrica se presentaron 102 (85o/o) sin complicaciones.

Al resolverse la distocia hubieron complicaciones, ruptura uterina en 3 pacientes (2.50o/o), rasgadura segmento uterino y ruptura vesical 1 caso respectivamente correspondiéndole al 0.83o/o, haciendo un total de 5 pacientes equivalente al 4.17o/o.

Después de resuelta se presentaron, dehiscencia de herida operatoria e infección en 7 casos (5.83o/o), endometritis en 4 casos (3.33o/o) y Bronconeumonía (BNM) en 2 pacientes (1.67o/o); de lo anterior deducimos que se presentaron problemas después de resuelta la distocia obstétrica en 13 pacientes, correspondiendo al 10.83o/o.

CUADRO XII

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES AL RESOLVERSE LA DISTOCIA OBSTETRICA Y DESPUES DE LA MISMA EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN EN 1977



Después de resuelta



Resolverse la distocia



Sin complicaciones

MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE
AMATITLAN AÑO 1978

CUADRO XIII

PARTOS DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD

MES	PARTO				Total.	
	Eutócico Simple.		Distócico.			
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Enero	92	6.56	8	0.57	100	7.13
Febrero	73	5.20	6	0.43	79	5.63
Marzo	79	5.63	14	1.00	93	6.63
Abril	96	6.84	10	0.71	106	7.55
Mayo	102	7.28	20	1.42	122	7.70
Junio	106	7.55	10	0.71	116	8.26
Julio	120	8.56	13	0.93	133	9.49
Agosto	127	9.06	10	0.71	137	9.77
Septiembre	112	7.98	18	1.28	130	9.26
Octubre	122	8.70	13	0.93	135	9.63
Noviembre	119	8.48	11	0.78	130	9.26
Diciembre	110	7.84	12	0.85	122	8.69
Total	1,258	89.68	145	10.32	1,403	100.00

CUADRO XIII
ANALISIS Y DISCUSION

El número de partos estudiados en el departamento de Maternidad del Hospital Nacional de Amatitlán en el año 1978 fue de 1,403.

De este total 1.258 (89.68o/o) fueron partos eutócicos simples y 145 (10.32o/o) partos distócicos.

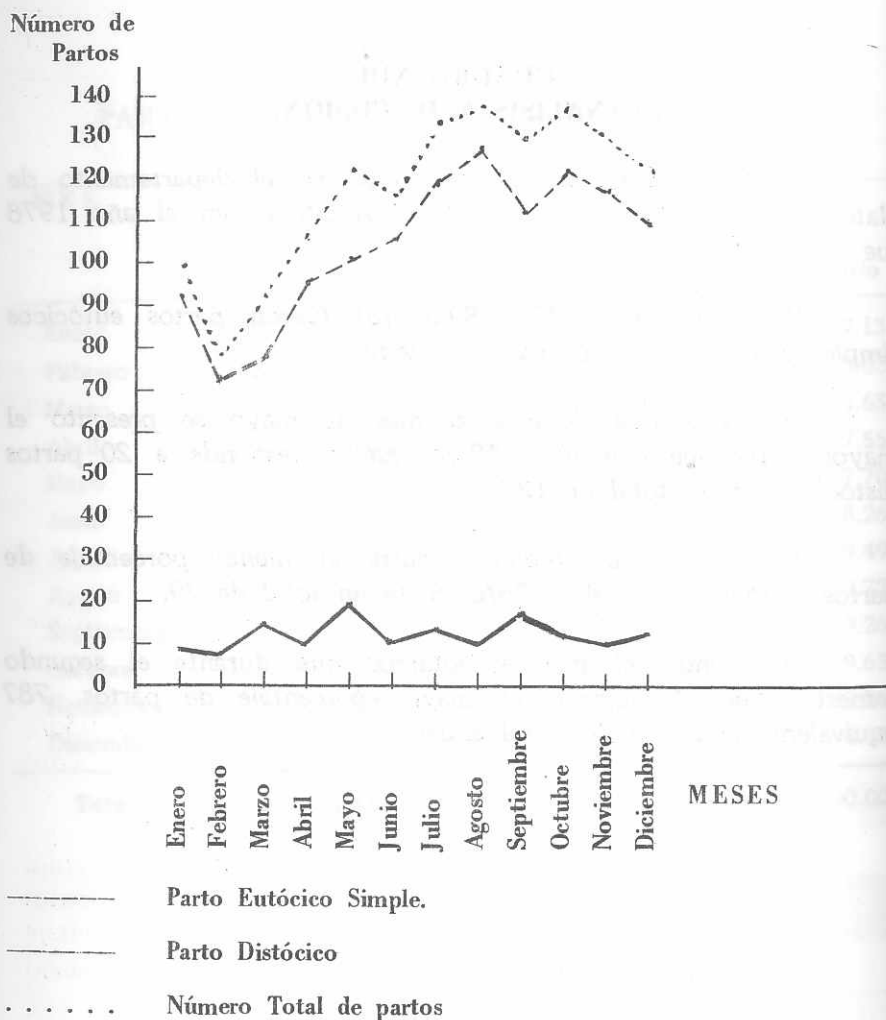
Obsérvese que durante el mes de mayo se presentó el mayor porcentaje con un 1.42o/o que corresponde a 20 partos distócicos de un total de 122.

En el mes de febrero ocurre el menor porcentaje de partos distócicos con el 0.43o/o, 6 de un total de 79.

Analizando el cuadro notamos que durante el segundo semestre del año ocurre el mayor porcentaje de partos, 787 equivalente al 57o/o del total anual.

CUADRO XIII:

NUMERO DE PARTOS DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1978



CUADRO XIV

PROCEDENCIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO DE 1978

Procedencia	No.	o/o
Guatemala	4	2.76
Amatitlán	40	27.59
Villa Nueva	28	19.31
Villa Canales	11	7.58
San Miguel Petapa	5	3.45
Escuintla	45	31.03
Santa Rosa	10	6.90
Retalhuleu	1	0.69
Mazatenango	1	0.69
Total	145	100.00

CUADRO XIV
ANALISIS Y DISCUSION

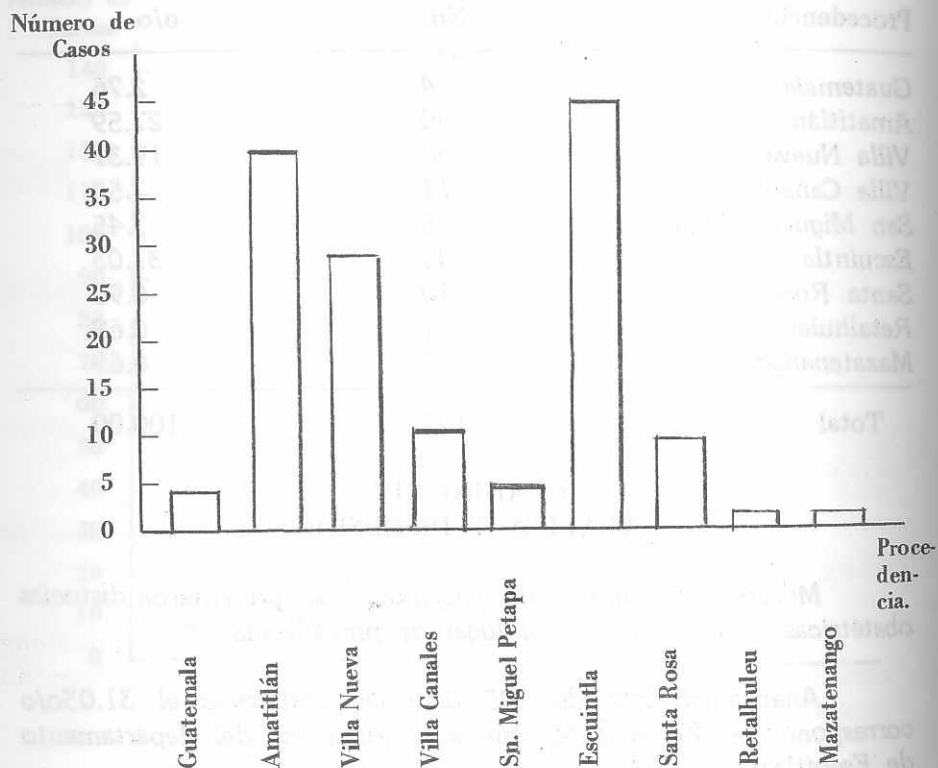
Muestra el número de pacientes que presentaron distocias obstétricas en relación con su lugar de procedencia.

Analizamos que de 145 distocias obstétricas el 31.03o/o corresponde a 45 pacientes que son originarios del departamento de Escuintla.

En orden decreciente relativo los porcentajes más significativos corresponden a: Amatitlán con 40 pacientes (27.59o/o) y Villa Nueva 28 casos (19.31o/o). El porcentaje menor lo poseen los departamentos de: Retalhuleu y Mazatenango con 1 paciente (0.69o/o).

CUADRO XIV:

PROCEDENCIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1978



CUADRO XV

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN EN EL AÑO 1978 Y SU CONTROL PRENATAL.

	No. Ptes.	o/o
1- Con control prenatal	43	29.66
Centro de Salud	20	--
Médico Particular	22	--
Hospital Roosevelt	1	--
2- Sin Control Prenatal	102	70.34
Total	145	100.00

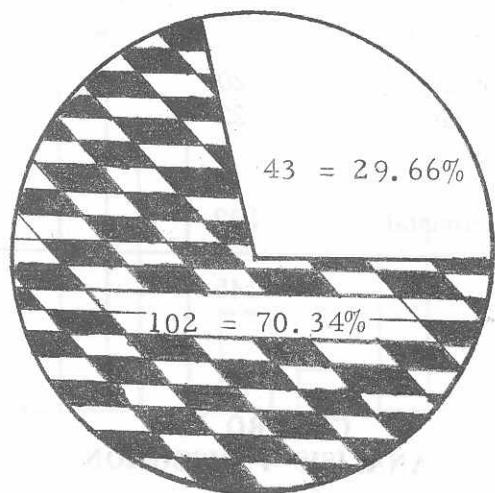
CUADRO XV
ANALISIS Y DISCUSION

En cuanto al control prenatal; de 145 pacientes que presentaron distocia obstétrica, 102 que equivale al 70.34o/o no tuvieron control prenatal.

Un 29.66o/o tuvo control prenatal el cual corresponde a 43 casos, de éstos 20 (13.79o/o) fueron atendidos en un Centro de Salud, por médico particular 22 (17.17o/o) y 1 (0.69o/o) en el Hospital Roosevelt.

CUADRO XV

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN EN EL AÑO 1978 Y SU CONTROL PRENATAL



Sin control prenatal



Con control prenatal

CUADRO XVI

DISTRIBUCION ETAREA DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1978

Edad	No.	o/o
15 - 20 años	44	30.34
21 - 25 "	50	34.48
26 - 30 "	24	16.55
31 - 35 "	12	8.28
36 - 40 "	12	8.28
41 - 45 "	3	2.07
Total	145	100.00

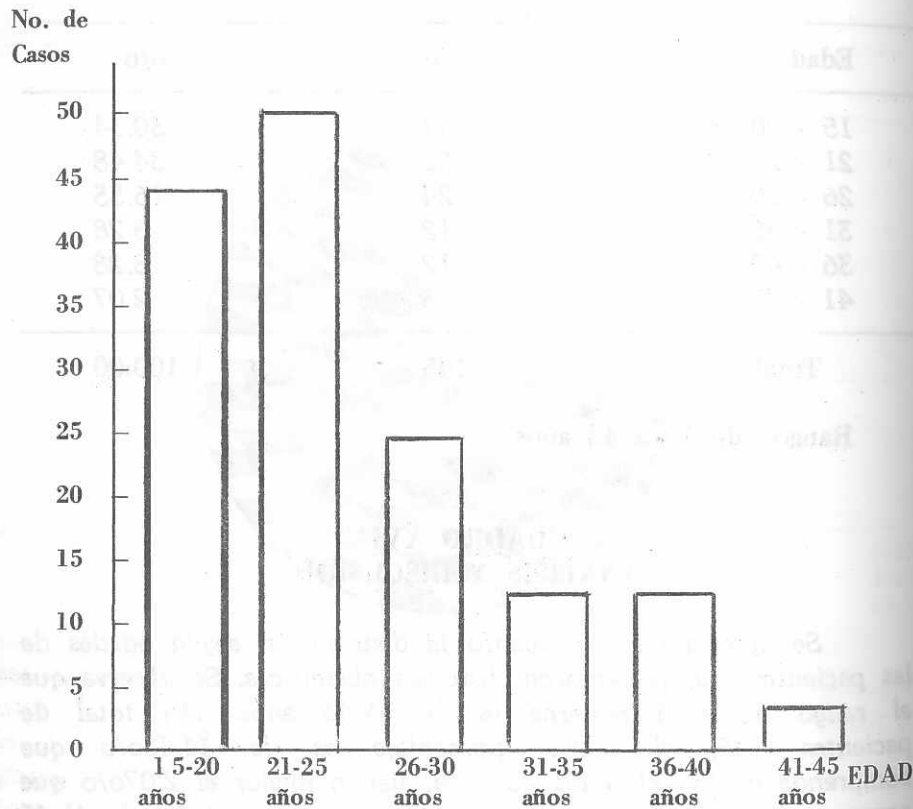
Rango de 15 a 43 años.

CUADRO XVI
ANALISIS Y DISCUSION

Se aprecia en este cuadro la distribución según edades de las pacientes que presentaron distocias obstétricas. Se observa que el rango de edad materna es de 15-43 años. Del total de pacientes 145, el mayor porcentaje es de 34.48o/o que comprende de los 21 a los 25 años; siendo menor el 2.07o/o que corresponde a 3 pacientes comprendidas entre las edades de 41-45 años.

CUADRO XVI

DISTRIBUCION ETARIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA OBTETRICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1978



CUADRO XVII

ANTECEDENTES OBSTETRICOS PARIDAD DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1978

Paridad	No. Ptes.	o/o
1- Primigesta	42	28.96
2- Secundigesta	39	26.89
3- Pequeña múltipara(*)	32	22.10
4- Gran múltipara(**)	24	16.55
5- Ptes. quienes no se investigó	8	5.50
Total	145	100.00

(*) Pequeña múltipara de 3-4 embarazos.

(**) Gran múltipara mayor de 5 embarazos.

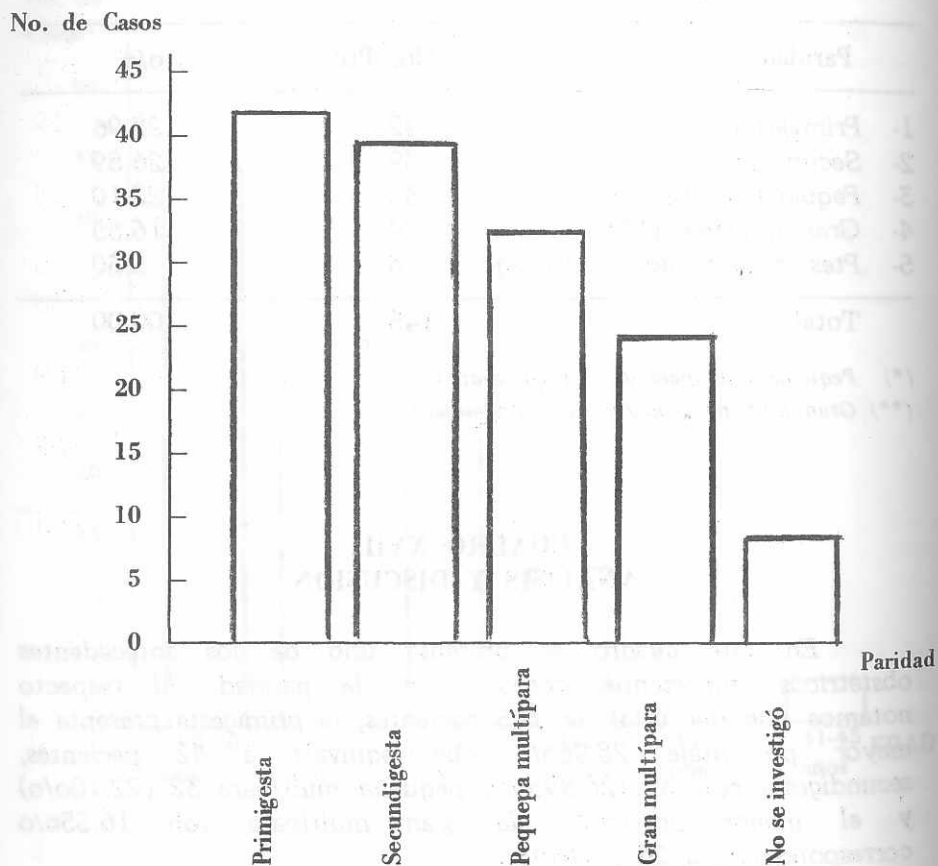
CUADRO XVII
ANALISIS Y DISCUSION

En este cuadro se presenta uno de los antecedentes obstétricos importantes como lo es la paridad. Al respecto notamos que del total de 145 pacientes; la primigesta presenta el mayor porcentaje 28.96o/o que equivale a 42 pacientes, secundigesta con 39 (26.89o/o), pequeña múltipara 32 (22.10o/o) y el menor porcentaje la gran múltipara con 16.55o/o correspondiente a 24 pacientes.

No habiéndose investigado en 8 pacientes que equivale a 5.50o/o.

CUADRO XVII

ANTECEDENTES OBSTETRICOS, PARIDAD DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1978



CUADRO XVIII

PACIENTES CON ANTECEDENTES DE DISTOCIA OBSTETRICA PRESENTADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1978

Tipo de Distocia	No.	o/o
1- Dinámicas del Utero Hipodinamia	1	0.69
2- Del canal Pelvigenital Estrechez pélvica	15	10.34
3- Anomalías de presentación Situación transversa	5	3.45
4- Primigesta con presentación pelviana	2	1.38
5- Anomalías de Placenta Placenta Previa	1	0.69
6- Preeclampsia más sufrimiento fetal crónico	1	0.69
Sin antecedente de Distocia	120	82.76
Total	145	100.00

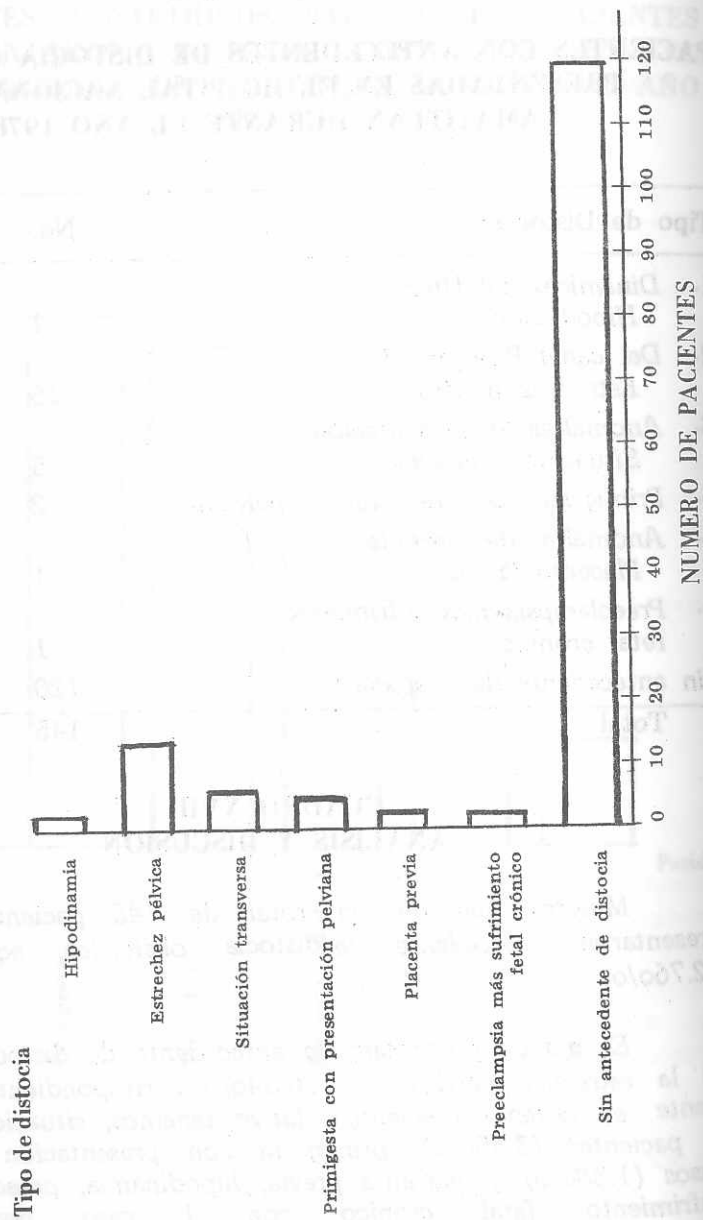
CUADRO XVIII
ANALISIS Y DISCUSION

Muestra que de un total de 145 pacientes, 120 no presentaron antecedente de distocia obstétrica, equivalente al 82.76o/o.

El mayor porcentaje de antecedente de distocia obstétrica es la estrechez pélvica con 10.34o/o correspondiente a 15 paciente en orden decreciente relativo tenemos, situación transversa 5 pacientes (3.45o/o), primigesta con presentación pelviana 2 casos (1.38o/o) y placenta previa, hipodinamia, preeclampsia más sufrimiento fetal crónico con 1 caso respectivamente correspondiendo a un 0.69o/o.

CUADRO XVIII

PACIENTES CON ANTECEDENTE DE DISTOCIA OBSTETRICA PRESENTADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1978.



CUADRO XIX

PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CIRUGIA GINECO-OBSTETRICA PREVIA QUE PRESENTARON PARTOS DISTOCICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1978

Tipo de Cirugía	No.	o/o
Legrado	7	4.83
CST	49	33.79
Salpingooforectomía derecha	1	0.69
Sin antecedente de cirugía gineco-obstétrica previa	88	60.69
T o t a l	145	100.00

CUADRO XIX
ANALISIS Y DISCUSION

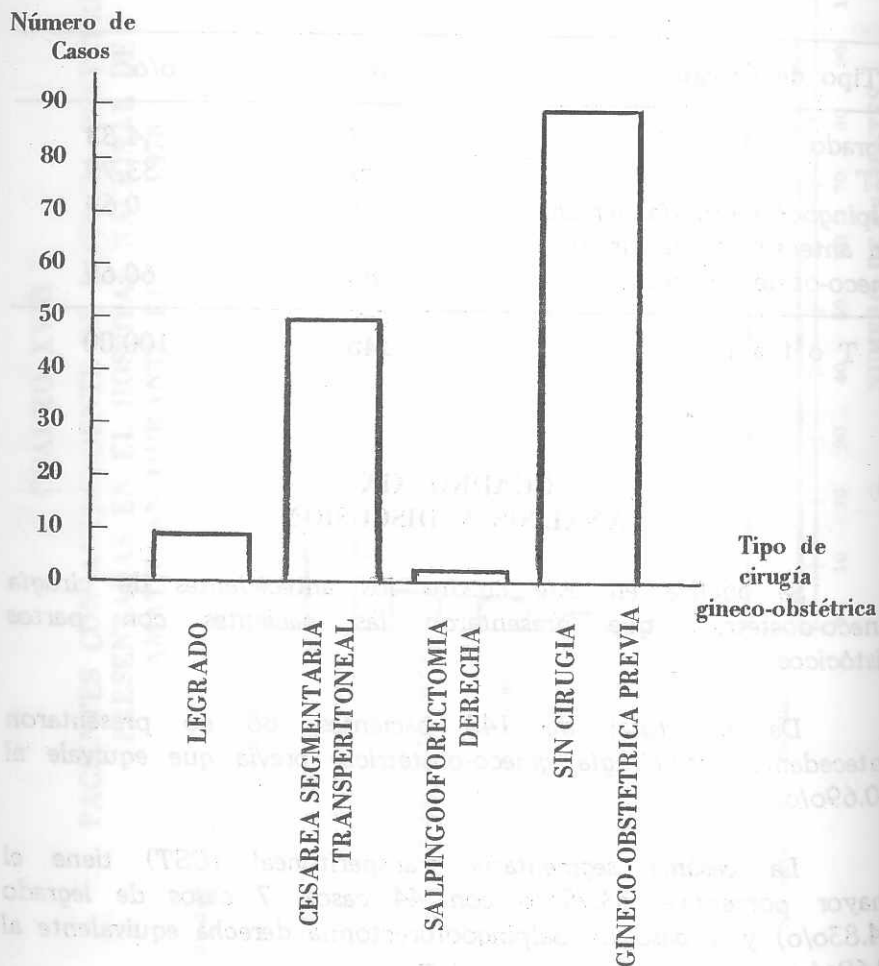
Se analiza en este cuadro los antecedentes de cirugía gineco-obstétrica que presentaron las pacientes con partos distócicos.

De un total de 145 pacientes, 88 no presentaron antecedentes de cirugía gineco-obstétricas previa que equivale al 60.69o/o.

La cesárea segmentaria transperitoneal (CST) tiene el mayor porcentaje 33.79o/o con 49 casos, 7 casos de legrado (4.83o/o) y 1 caso de Salpingooforectomía derecha equivalente al 0.69o/o.

CUADRO XIX

PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CIRUGIA GINECO-OBSTETRICIA PREVIA QUE PRESENTARON PARTOS DISTOCICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1978



CUADRO XX

MENARQUIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO DE 1978

Menarquia	No.	o/o
11 años	1	0.69
12 "	8	5.53
13 "	18	12.41
14 "	19	13.10
15 "	5	3.45
16 "	3	2.06
17 "	—	—
18 "	—	1.38
19 "	—	—
20 "	—	—
21 "	1	0.69
No fue investigada	88	60.69
Total	145	100.00

Rango de: 11 a 21 años.

CUADRO XX
ANALISIS Y DISCUSION

Los datos de este cuadro marcan la relación entre las edades a que corresponde la menarquia en las pacientes que presentaron distocia obstétrica.

Obsérvese que de 145 pacientes, fueron investigados únicamente 57, correspondiendo al 39.31o/o.

El rango de edad osciló entre los 11 y 21 años.

A la edad de 14 años se presentó la cantidad mayor de pacientes 19, con el 13.10o/o y el menor porcentaje corresponde a los 11 y 21 años con 1 paciente respectivamente que equivale al 0.69o/o.

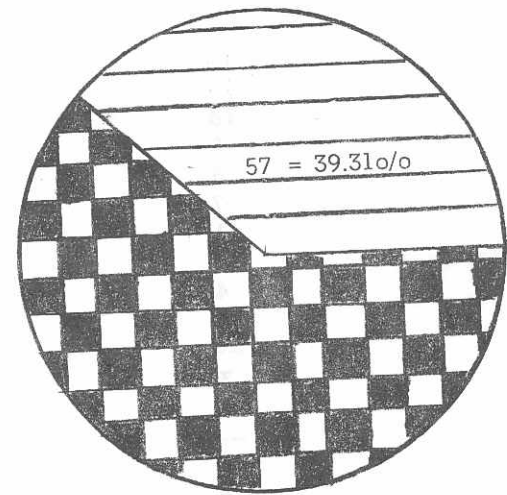
Edad (años)	Número de pacientes	Porcentaje (%)
11	1	0.69
12	1	0.69
13	1	0.69
14	19	13.10
15	1	0.69
16	1	0.69
17	1	0.69
18	1	0.69
19	1	0.69
20	1	0.69
21	1	0.69
Total	29	100.00



Observaciones: El grupo de edad entre los 11 y 21 años únicamente presentaron 29.31% de pacientes.

CUADRO XX

MENARQUIA EN LA PACIENTE
 NUMERO Y PORCENTAJE QUE PRESENTARON
 DISTOCIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL
 NACIONAL DE AMATITLAN EN 1978

Edad (años)	Número de pacientes	Porcentaje (%)
11	1	0.69
12	1	0.69
13	1	0.69
14	19	13.10
15	1	0.69
16	1	0.69
17	1	0.69
18	1	0.69
19	1	0.69
20	1	0.69
21	1	0.69
Total	29	100.00



-  Investigadas
-  No investigadas

No las investigadas

CUADRO XXI

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO DE PACIENTES
QUE PRESENTARON DISTOCIAS OBSTETRICAS EN
EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN
DURANTE EL AÑO 1978

	No.	o/o
0 - 3 horas	2	1.38
4 - 6	3	2.07
7 - 9	10	6.90
10 - 12	10	6.90
13 - 15	18	12.40
16 - 18	8	5.52
19 - 21	6	4.14
22 - 24	7	4.83
25 - 29	11	7.58
30 - 35	12	8.27
35 - 39	4	2.76
40 - 44	6	4.14
45 - 49	---	---
50 - 54	3	2.07
55 - 59	1	0.69
60 - 64	---	---
65 - 69	---	---
70 - 74	2	1.38
75 - 79	1	0.69
80 - 84	---	---
85 - 89	---	---
90 - 94	2	1.38
95 - 99	2	1.38
100 - 104	---	---
105 - 109	---	---
110 - 114	---	---
115 - 119	---	---
120 - 124	1	0.69
No fue investigada	36	24.83
Total	145	100.0

Rango de: 2 a 120 horas.

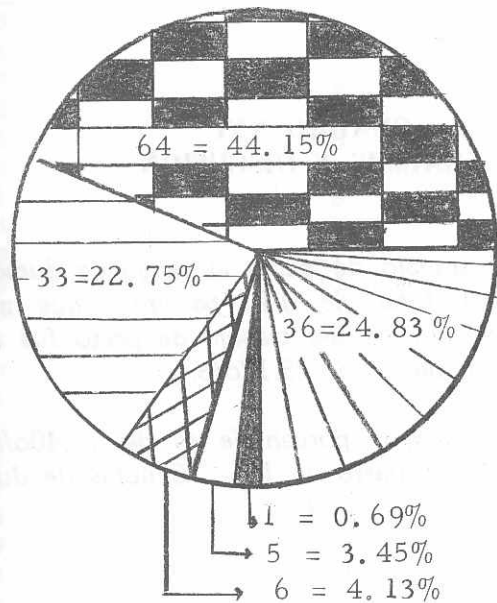
CUADRO XXI
ANALISIS Y DISCUSION

En cuanto al trabajo de parto el rango de duración es de 2 a 120 horas. Del total de 145 pacientes que presentaron distocia obstétrica la duración del trabajo de parto fue investigada en 109 casos correspondiendo al 75.17o/o.

Nótese que el mayor porcentaje es de 12.40o/o con 18 pacientes y un trabajo de parto de 13 - 15 horas de duración.

CUADRO XXI Y XXI "A"

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON DURACION DEL TRABAJO DE PARTO EN LA DISTOCIA OBSTETRICA EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN EN 1978



0-24 horas



73-96



25-48



97-120



49-72



No fue investigada

CUADRO XXI "A"

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIAS OBSTETRICAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1978

	No.	o/o
0 - 24 horas	64	44.15
25 - 48	33	22.75
49 - 72	6	4.13
73 - 96	5	3.45
97 - 120	1	0.69
No fue investigada	36	24.83
Total	145	100.00

CUADRO XXI "A"
ANALISIS Y DISCUSION

Observamos que de un total de 145 pacientes que presentaron distocia obstétrica, fue investigada en 109 con un 75.17o/o y de éstas el mayor porcentaje es durante las primeras 24 horas con el 44.15o/o equivalente a 64 pacientes, en orden relativo decreciente tenemos 22.75o/o (33) de las 25-48 horas, 4.13o/o (6) comprendido desde las 49-72 horas, 3.45 (5) de las 73-96 horas y 1 caso equivalente al 0.69o/o de las 97-120 horas.

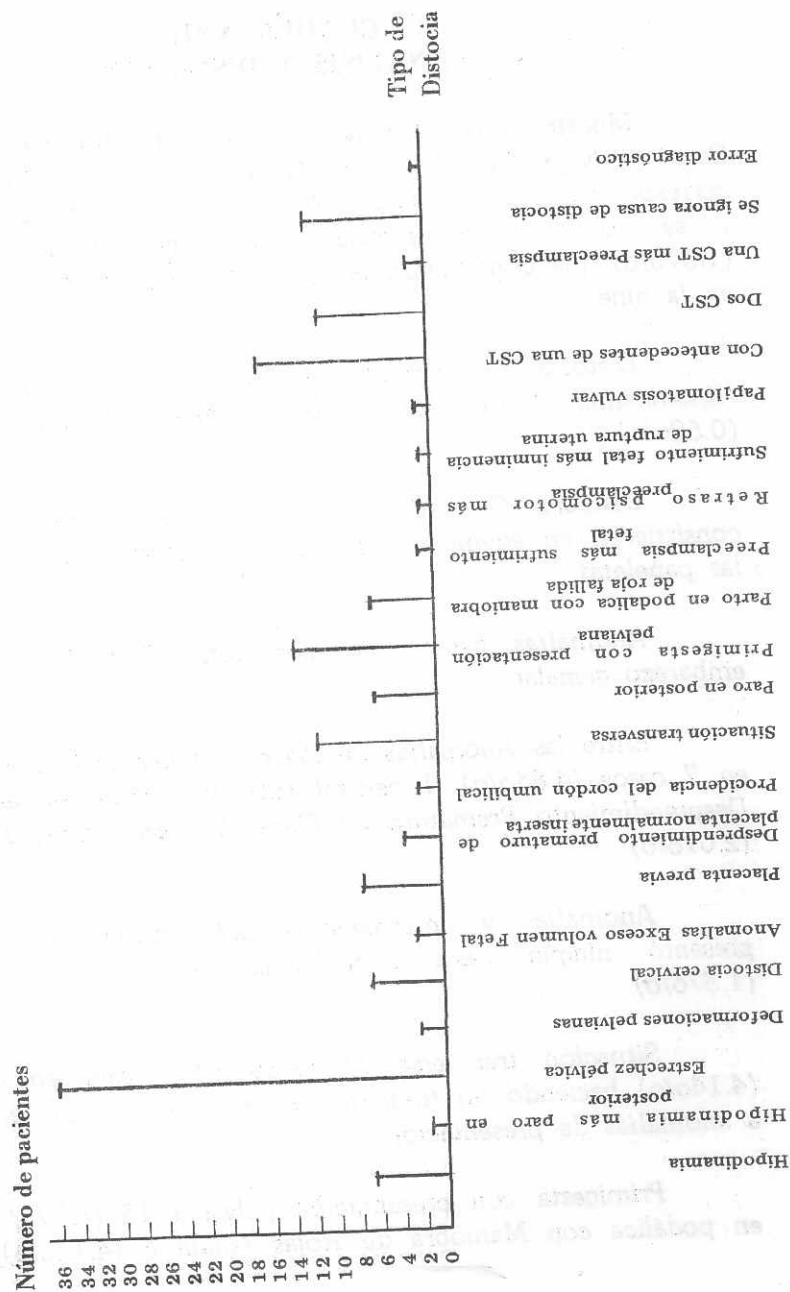
CUADRO XXII

TIPOS DE DISTOCIA OBSTETRICA Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1978

Tipo	No.	o/o
DINAMICA DEL UTERO		
Hipodinamia	7	4.83
Hipodinamia más paro en posterior	1	0.69
DEL CANAL PELVIGENITAL		
OSEAS		
Estrechez pélvica	36	24.83
Deformaciones pelvianas	2	1.37
PARTES BLANDAS MATERNAS		
Distocia Cervical	6	4.14
ANOMALIAS EXCESO VOLUMEN FETAL	2	1.37
ANOMALIAS DE PLACENTA		
Placenta previa	7	4.83
Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta	3	2.07
ANOMALIAS Y ENFERMEDADES DEL CORDON UMBILICAL		
PROCIDENCIA DEL CORDON UMBILICAL	2	1.37
ANOMALIAS DE PRESENTACION		
Situación transversa	11	7.59
Paro en posterior	6	4.14
PRIMIGESTA CON PRESENTACION PELVIANA	13	8.97
PARTO EN PODALICA CON MANIOBRA DE ROJAS FALLIDA	6	4.14
OTROS DIAGNOSTICOS		
PREECLAMPSIA MAS SUFRIMIENTO FETAL	1	0.69
RETRASO PSICOMOTOR MAS PREECLAMPSIA	1	0.69
SUFRIMIENTO FETAL MAS INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA	1	0.69
PAPILOMATOSIS VULVAR	1	0.69
CON ANTECEDENTE DE:		
1 CST(*)	16	11.03
2 CST	10	6.90
1 CST más Preeclampsia	1	0.69
SE IGNORA LA CAUSA DE DISTOCIA	11	7.59
ERROR DIAGNOSTICO	1	0.69
T o t a l	145	100.00

(*) Cesárea Segmentaria Transperitoneal.

CUADRO XXII
TIPOS DE DISTOCIA OBSTETRICA Y DIAGNOSTICO DE PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE 1978.



CUADRO XXII ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Muestra que el mayor número de distocias pertenece al Canal Pelvigenital, del tipo Oseas, como la estrechez pélvica correspondiente a 36 casos (24.83o/o) de los cuales solamente a 2 se les tomó pelvimetría y las deformaciones pelvianas 2 (1.37o/o) que consistieron en Fx., antigua de cadera y poliomiélitis en la niñez.

Distocias Dinámicas del Utero son 8, clasificadas en Hipodinamia 7 (4.8o/o) e Hipodinamia más paro posterior 1 (0.69o/o).

Distocia Cervical 6 casos (4.14o/o), de los cuales 3 consistieron en edema del cuello y las otras 3 sin especificar en las papeletas.

Anomalías exceso volumen fetal 2 (1.37o/o) debido a embarazo gemelar.

Entre las Anomalías de Placenta tenemos la Placenta Previa en 7 casos (4.83o/o), 1 central total y el resto sin especificar, y Desprendimiento Prematuro de Placenta Normalmente Inserta en 3 (2.07o/o).

Anomalías y enfermedades del cordón umbilical no se presentó ningún caso. Procidencia del cordón umbilical 2 (1.37o/o).

Situación transversa 11 (7.59o/o) y paro en posterior 6 (4.14o/o) haciendo un total de 17 casos (12.73o/o) pertenecientes a anomalías de presentación.

Primigesta con presentación pelviana 13 (8.97o/o) y parto en podálica con Maniobra de Rojas fallida 6 (4.14o/o), habiendo

4 mortinatos y del resto se desconoce el estado de los recién nacidos.

En este cuadro se muestra también, otros diagnósticos como preeclampsia más sufrimiento fetal, retraso psicomotor más preeclampsia, sufrimiento fetal más inminencia de ruptura uterina (IRU) y papilomatosis vulvar con 1 caso respectivamente (0.69o/o).

Con antecedente de una CST 16 (11.03o/o), dos CST 10 (6.90o/o) y una CST más preeclampsia 1 (0.69o/o).

En 11 pacientes se ignora la causa de distocia o sea el 7.59o/o y en una hubo error diagnóstico que consistió en situación transversa al ingreso y al hacer cesárea segmentaria transperitoneal se encontraba en presentación pelviana.

CUADRO XXIII

FORMA COMO SE RESOLVIO LA DISTOCIA OBSTETRICA
EN PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD
DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN
DURANTE EL AÑO 1978

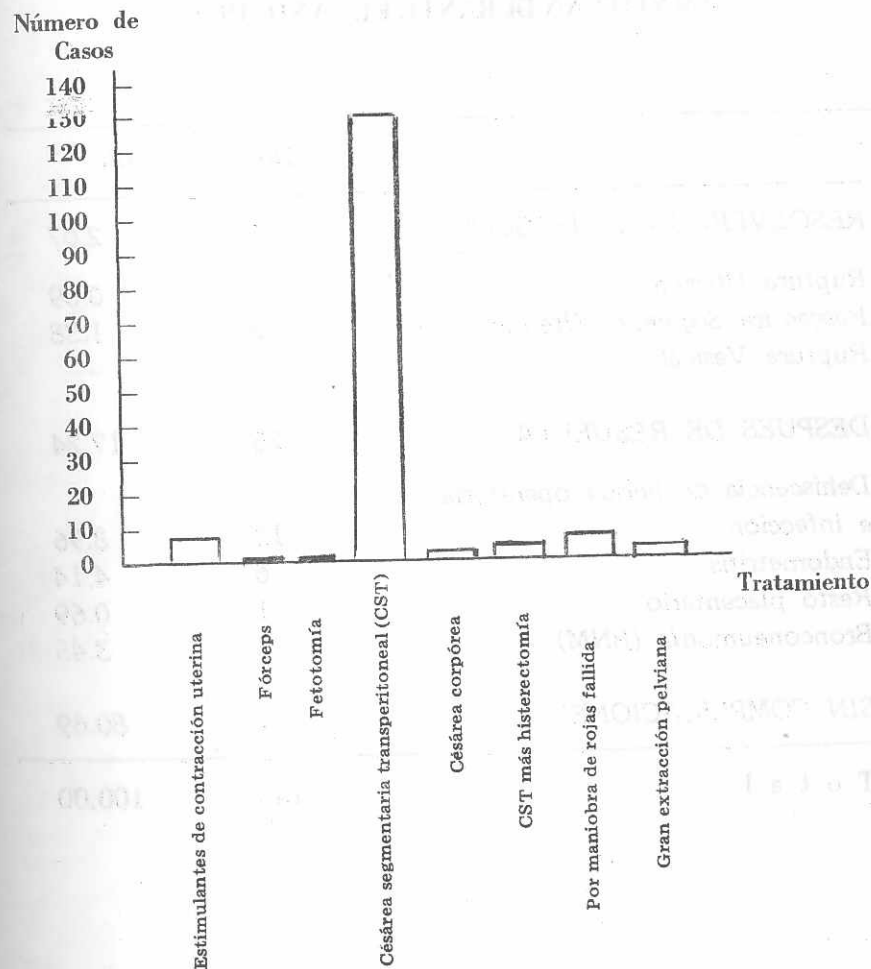
Tratamiento	No.	o/o
<i>Estimulantes de la contracción uterina (Sintocynón)</i>	5	3.45
<i>Fórceps</i>	—	—
<i>Fetotomía</i>	—	—
<i>Cesárea Segmentaria Transperitoneal (CST)</i>	132	91.03
<i>Cesárea Corpórea</i>	1	0.69
<i>CST más Histerectomía</i>	2	1.38
<i>Por Maniobra de Rojas fallida</i>	4	2.76
<i>Gran extracción Pelviana</i>	1	0.69
T o t a l	145	100.00

CUADRO XXIII
ANALISIS Y DISCUSION

De un total de 145 pacientes que presentaron distocia obstétrica, está fue resuelta por cesárea segmentaria transperitoneal (CST) en 132 casos equivalente al 91.03o/o, en orden decreciente relativo, con estimulantes de la concentración uterina (Sintocynón) 5 casos con 3.45o/o, por Maniobra de Rojas 4 (2.76o/o) habiendo fallecido los cuatro; Cesárea Segmentaria Transperitoneal más Histerectomía 2 (1.38o/o), gran extracción pelviana y Cesárea Corpórea 1 respectivamente correspondiente a 0.69o/o. No fórceps ni fetotomías.

CUADRO XXIII:

FORMA COMO SE RESOLVIO LA DISTOCIA OBSTETRICA
EN PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD
DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN
DURANTE 1978



CUADRO XXIV

COMPLICACIONES AL RESOLVERSE LA DISTOCIA OBSTRETICA Y DESPUES DE LA MISMA EN PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN DURANTE EL AÑO 1978

	No.	o/o
1- RESOLVERSE LA DISTOCIA	3	2.07
Ruptura Uterina	1	0.69
Rasgadura Segmento Uterino	2	1.38
Ruptura Vesical	—	—
2- DESPUES DE RESUELTA	25	17.24
Dehiscencia de herida operatoria e infección	13	8.96
Endometritis	6	4.14
Resto placentario	1	0.69
Bronconeumonía (BNM)	5	3.45
3- SIN COMPLICACIONES	117	80.69
T o t a l	145	100.00

CUADRO XXIV ANALISIS Y DISCUSION

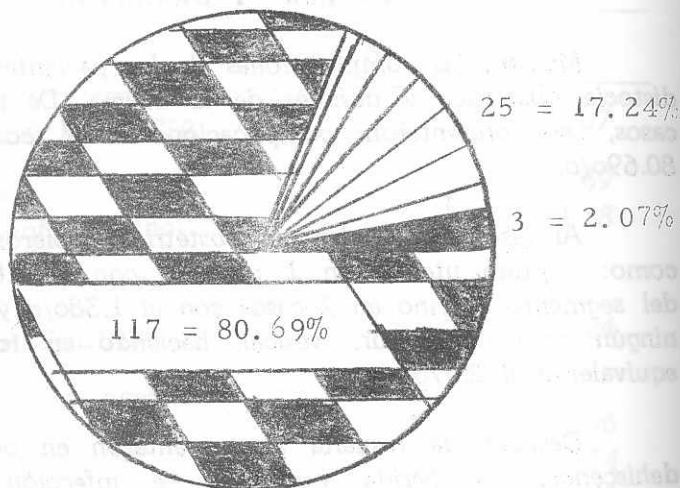
Muestra las complicaciones de los pacientes al resolverse la distocia obstétrica y después de la misma. De un total de 145 casos, no presentaron complicaciones 117 correspondiente al 80.69o/o.




Al resolverse la distocia obstétrica hubieron complicaciones como: ruptura uterina en 1 paciente con el 0.69o/o, rasgadura del segmento uterino en 2 casos con el 1.38o/o y no se presentó ningún caso de ruptura vesical, haciendo en total 3 pacientes equivalente al 2.07o/o.

Después de resuelta se presentaron en orden decreciente dehiscencia de herida operatoria e infección en 13 casos (8.96o/o), endometritis en 6 casos (4.14o/o), bronconeumonía en 5 pacientes (3.45o/o) y restos placentarios en 1 caso con el 0.69o/o, por lo cual podemos decir que se presentaron complicaciones después de resuelta la distocia obstétrica en 25 pacientes correspondiendo al 17.84o/o.

CUADRO XXIV

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES AL RESOLVERSE LA DISTOCIA OBSTETRICA Y DESPUES DE LA MISMA EN EL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN EN 1978



-  Resolverse la distocia
-  Después de resuelta
-  Sin complicaciones

CONCLUSIONES

1. Durante el año 1977 fue menor el número de partos atendidos (1,257) en el departamento de maternidad, al igual que las distocias obstétricas (120) con un porcentaje de 9.54o/o, en relación al año 1978 con un total de partos (1,403) y de éstos hubo 145 partos distócicos equivalente al 10.32o/o.
2. Durante el segundo semestre, en ambos años ocurre el mayor porcentaje de partos anuales, siendo en el año 1977 un 57.20o/o y en 1978 el 57o/o.
3. Respecto a la procedencia de las pacientes durante el año 1977 ocupa el primer lugar el municipio de Amatitlán con 44 (36.67o/o), seguidamente Escuintla con 33 (27.50o/o); por el contrario en 1978 es el departamento de Escuintla el que posee el mayor porcentaje (31.03o/o) con un número de 45 y luego Amatitlán con 40 (27.59o/o).
4. El control prenatal fue incrementado durante el año 1978, aunque con mínima diferencia, pues en 1977 verificaron control prenatal un 18.33o/o y en 1978 el 29.66o/o.
5. Con la edad materna no hay diferencia en ambos años, ya que el mayor porcentaje está comprendido entre los 21-25 años, siendo el rango en el año 1977 de 16-43 y en 1978 desde los 15 a los 43 años.
6. Las pacientes primigestas presentaron más frecuentemente partos distócicos, en el año 1977 con un 31.67o/o (38) y el 28.96o/o (42) en 1978.
7. En el año 1977 es mayor el porcentaje (20.83o/o) de pacientes que presentaron antecedente cuyo parto fue distócico en relación a 1978 correspondiente al 17.24o/o.

8. El mayor porcentaje de antecedente de distocia obstétrica en ambos años es la estrechez pélvica, con el 10o/o en 1977 y en el año 1978 un 10.34o/o; el menor porcentaje corresponde a la hipodinamia con 1 caso en cada año que equivale al 0.83o/o en 1977 y el 0.69o/o en 1978 respectivamente.
9. El antecedente de cirugía gineco-obstétrica previa que presenta el primer lugar de acuerdo al número de casos es la cesárea segmentaria transperitoneal, con 37 pacientes equivalente al 30.83o/o en 1977 y un 33.79o/o (49) en el año 1978.
10. La duración del trabajo de parto de las pacientes que presentaron distocia obstétrica durante los años 1977 y 1978, comprende en su mayoría las primeras 24 horas con 27 casos equivalente al 22.50o/o para 1977 y el 44.15o/o (64) en 1978.
11. El mayor número de distocias en ambos años pertenece al canal pelvigenital, de tipo Oseas, como la estrechez pélvica con el 22.50o/o en 1977 y 24.83o/o en 1978.
12. La cesárea segmentaria transperitoneal (CST) en ambos años ocupa el mayor porcentaje como forma en que fue resuelto el problema obstétrico siendo del 93.33o/o en el año 1977 y en 1978 con un 91.03o/o.
13. Para resolver la distocia obstétrica durante el año 1977 se hizo uso además de la cesárea segmentaria transperitoneal del fórceps y fetotomía con 1 caso respectivamente; correspondiéndoles el 0.83o/o; por el contrario en 1978 se utilizaron Maniobras de Rojas con el 2.76o/o (4); gran extracción pelviana y cesárea corpórea con el 0.69o/o (1) respectivamente.

14. Respecto a las complicaciones al resolverse la distocia obstétrica y después de la misma, nos damos cuenta que en ambos años es mayor el porcentaje después de resuelta; siendo en el año 1977 del 10.83o/o y en 1978 con un 17.24o/o, teniendo entre éstas: dehiscencia de herida operatoria e infección 7 casos (5.83o/o), endometritis 4 (3.33o/o) y bronconeumonía (BNM) en 2 pacientes con el 1.67o/o, haciendo un total de 13 casos correspondiente al 10.83o/o en el año 1977; por el contrario en 1978 se presentaron dehiscencia de herida operatoria e infección en el 8.96o/o (13), endometritis 6 casos con un 4.14o/o, restos placentarios 1 (0.69o/o) y bronconeumonía (BNM) en 5 pacientes con el 3.45o/o, con un total de 25 casos equivalente al 17.24o/o.

RECOMENDACIONES

1. *Se deberá hacer un mejor seguimiento de las pacientes que ingresan con problema obstétrico, para evitar mayores complicaciones materno-fetales.*
2. *Establecer medidas de integración de esfuerzos entre la Universidad y el Hospital para un mejor seguimiento de las pacientes.*
3. *Crear un sistema de supervisión y evaluación que propicie en forma dinámica y permanente la superación del personal del hospital.*

BIBLIOGRAFIA

1. Ahern, James K, et al. "Cesarean section in the Massively Obese". *Obstetrics and Gynecology* 51 (4): 509-510, April 1978.
2. Marinis M, et. al. "Fetal Monitoring during Cesarean Section". *Am J. Obstet Gynecol* 126 (6): 758, 15 Nov. 76.
3. Carillas V. "Cesarean Section and eclampsia". *Ginec. Obstet. Méx.* 36 (215): 175-84, Sep. 74.
4. Morrow CP, Hernández WL, Townsend DE, et al. "Pelvic celiotomy in the obese patient". *Am J. Obstet Gynecol* 127: 335, 1977.
5. Jones. O.H. "Cesarean section in present-day obstetrics". *Am J. Obstet Gynecol.* 126 (5): 521-30, 1 Nov. 76.
6. Daw, R.E. "Need for cesarean section". *Obstet Gynecol.* 44: 311, 1974.
7. Dennen, H.E. "Forceps deliveries". 2nd edition. Davis, Co. 1969. pág. 250.
8. Dunn, M.P. "Obstetric delivery today. For better or for worse?" *Lancet*, 1: 790, 1976.
9. Johnell, E.H. "Increasing cesarean section rate." *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 55: 95, 1976.
10. Gómez Piña, P. J. y Jasso, A.R. "Cesárea previa única. Análisis de mil casos". *Ginec. Obstet. Méx.* 32: 251, 1972.

11. Díaz Infante, A. y Castro Anaya, E. "Evolución del parto y conducta a seguir en la desproporción céfalopelvica". *Ginec. Obstet. Méx.* 13: 177, 1958.
12. Posada Urios, F., García Padilla, A. y Ascolani, R. "Consideraciones sobre cesáreas". *Ginec. Obstet. Méx.* 28: 179, 1970.
13. Aguirre, F. "Operación cesárea". *Ginec. Obstet. Méx.* 23: 281, 1968.
14. Browne y Cols. "Multiple repeat cesarean section". *J. Obstet. Gynec Br. Commonw.* 72: 693, 1965.
15. García Luna, Antonio M., et al. "Manejo de la paciente obstétrica con antecedente de una cesárea". *Ginec. Obstet. Méx.* 45 (269): 223-242, marzo 1979.
16. Astrain Sánchez, Jorge, et al. "Sufrimiento fetal intraparto y operación cesárea". *Ginec. Obstet. Méx.* 38 (225): 11-19, Julio 1975.
17. Muñuzuri Victoria, Javier, et al. "Cefalopelvimetría radiológica". *Ginec. Obstet. Méx.* 38 (228): 263-269, Octubre 1975.
18. Gómez García, Fco. Javier, et al. "Inserción baja de placenta". *Ginec. Obstet. Méx.* 39 (234): 257/261, Abril 1976.
19. Méndez Molina, Carlos. "Primigesta con presentación pelviana". Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1962. 40 p.
20. Wong G. Arturo. "Distocia de las Partes Blandas en el

Trabajo de Parto". Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1958.

21. Molina Castellanos, Hilmar René. "Análisis del manejo de la paciente con cesárea anterior efectuada en los hospitales departamentales de la República de Guatemala". Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1977. 33 p.
22. Alfaro Villatoro, Mario Gilberto. "Segunda cesárea su indicación y su influencia sobre la madre y el producto: Hospital Roosevelt". Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1977. 42 p.
23. Puente González, Héctor, et al. "Morbilidad Materna Post-cesárea". *Ginec. Obstet. Méx.* 37 (220): 93-101, Feb. 1975.
24. Santos Martínez, Argelio, et al. "Cesárea iterativa programada". *Ginec. Obstet. Méx.* 40 (240): 291-295, Octubre 1976.
25. Guzmán Gaitán, Carlos Humberto. "Operación cesárea en el Hospital Roosevelt". Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1966.
26. Bear Montalvo, Eligio A. "Cesárea Iterativa". *Ginec. Obstet. Méx.* 38 (226): 113-117, Agosto 1975.
27. Chapetón, Guillermo. "Estadística Descriptiva". Editorial Piedra Santa. pp. 58-61.
28. Hellman M. Louis y Pritchard, A.J. "Williams Obstetricia".


Salvat Editores S.A. Barcelona, Madrid. 1973. pp 723-805.

29. Lea R, Juan Francisco y Castillo G. Marciano. "Estadística Médica". Impresos Industriales, Guatemala 1978. pp. 53-66.

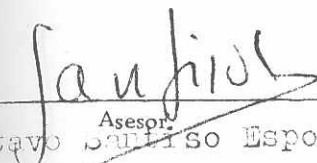
30. Schwarcz, Ricardo, et al. "Obstetricia". El Ateneo. Pedro García S. A. Buenos Aires. 1977. pp. 557-641.

31. R. de Shelly Hernández. "Estadística Aplicada a las Ciencias Biológicas". Editorial Grafos. Caracas, Venezuela, 1959. Capítulo XI.


Br.


Eva Alicia Cárdenas Castillo

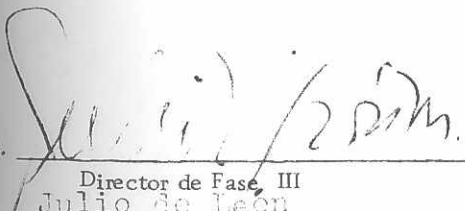
Dr.


Asesor.
Gustavo Sandoval Esponda

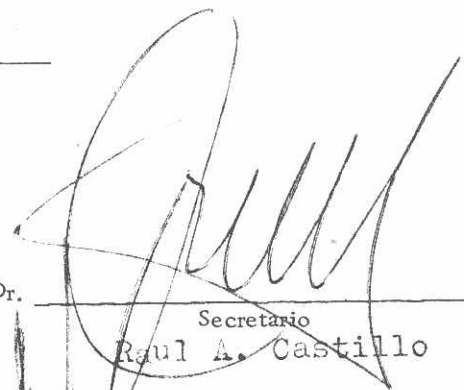
Dr.


Revisor
Carlos Francisco Soto Vasquez

Dr.

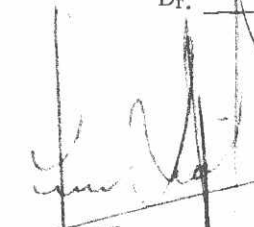

Director de Fase, III
Julio de León

Dr.


Secretario
Raul A. Castillo

Vo. Bo.

Dr.


Decano.
Dr. Rolando Castillo Montalvo