

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



***“DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN,  
CARACTERÍSTICAS DEL PARTO Y PUNTUACIÓN DE  
APGAR DEL RECIÉN NACIDO DE PACIENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN DE TACNA EN EL AÑO 2013”***

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR:**

**Bach. Andrea Dalila Mimbela Palma**

**TACNA – PERÚ**

**2014**

*Le agradezco a Dios,*

*Por bendecirme, iluminarme y guiar mis pasos.*

*A mi padre,*

*Por tu bondad, sacrificio y dedicación, eres mi  
modelo a seguir.*

*A mi madre,*

*Por enseñarme la importancia de la familia e  
impulsarme a perseguir mis sueños.*

*A mis hermanos,*

*Porque sin ellos no sería la persona que hoy en día soy.*

*A mis docentes,*

*Por brindarme su apoyo y confianza, y compartir sus  
enseñanzas sin recelo.*

*A ti,*

*Por estar siempre a mi lado, apoyarme y motivarme a seguir  
siempre adelante, eres una bendición para mí.*

## ÍNDICE

Resumen.....	5
Introducción.....	7
Capítulo I.....	
1.1. Fundamentación del problema.....	9
1.2. Formulación del problema.....	10
1.3. Objetivos.....	10
1.3.1. Objetivo general.....	10
1.3.2. Objetivos específicos.....	10
1.4. Justificación.....	11
Capítulo II.....	12
2.1. Antecedentes de la investigación.....	13
2.2. Definición de Términos.....	16
2.3. Marco teórico.....	18
Capítulo III.....	32
3.1 Operacionalización de variables.....	32
Capítulo IV.....	34
4.1. Diseño.....	34
4.2. Ámbito de estudio.....	34
4.3. Población y muestra.....	35
4.4. Instrumento de recolección de datos.....	35
4.5. Procedimiento de análisis de datos.....	36

Capítulo V.....	37
6.1 Resultados.....	37
6.2 Discusión.....	50
6.3 Conclusiones.....	53
6.4 Recomendaciones.....	54
Bibliografía.....	55
Anexos.....	58

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el servicio de obstetricia del Hospital III DAC con el fin de determinar las principales distocias fetales de presentación, las características del parto y el puntaje de Apgar obtenido por los recién nacidos de estas pacientes durante el año 2013. Se evaluaron 84 casos de distocia de presentación. Los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 21, donde se elaboraron los cuadros estadísticos y las tablas. Para el contraste de variables se utilizó  $\chi^2$  cuadrado, esperando un valor  $p < 0.05$ .

Las distocias de presentación encontradas fueron la pélvica (63.1%), las compuestas (33.3%), la bregmática (2.4%) y la de cara (1.2%). La edad promedio materna fue de 31.5 años. El 64.2% no presentó eventualidades en el parto. El oligohidramnios fue la patología más asociada al parto con presentación distócica. El Apgar al primer minuto fue entre 8 y 10 en el 76.2% y se mantuvo a los 5 minutos en el 100% de los casos. Las complicaciones neonatales más frecuentes fueron prematuridad (10.7%) y caput succedaneum (9.5%).

Se concluye que los partos distócicos representan el 7.2% del total de partos. La mayoría de partos con presentación distócica fueron partos a término y no presentaron complicaciones durante el parto en un 64.2%. La mayoría de neonatos nació con un buen puntaje de Apgar al primer minuto y a los 5 minutos posteriores, sin encontrarse relación significativa entre el puntaje de Apgar y las presentaciones fetales anómalas. Más de la mitad de neonatos con distocia de presentación no tuvieron complicaciones luego del parto (57.1%). No se encontró relación significativa entre las distocias de presentación y las complicaciones neonatales.

**PALABRAS CLAVE:** variedades de presentación, Apgar, complicaciones neonatales.

## **ABSTRACT**

An observational, descriptive and retrospective study in obstetrics Hospital III DAC in order to identify major fetal dystocia presentation, characteristics of delivery and Apgar scores obtained by infants in these patients during the year 2013. 84 cases of dystocia presentation were evaluated. The data were processed in SPSS version 21, wherein the statistical tables were prepared and tables. To contrast variables  $\chi^2$  square test was used, expecting a value  $p < 0.05$ .

Presentation dystocia pelvic were found (63.1%), compound (33.3%), the bregmatic (2.4%) and the face (1.2%). The average maternal age was 31.5 years. 64.2% had no contingencies in childbirth. Oligohydramnios was more pathology associated with childbirth distócica presentation. The minute Apgar was between 8 and 10 in 76.2% and remained at 5 minutes in 100% of cases. The most common neonatal complications were prematurity (10.7%) and caput succedaneum (9.5%).

We conclude that difficult births account for 7.2% of all births. Most deliveries dystocia presentation and term deliveries were no complications during labor in 64.2%. Most infants born with good Apgar score at one minute and 5 minutes later, found no significant relationship between Apgar score and abnormal fetal presentations. More than half of infants presenting with dystocia had no complications after delivery (57.1%). No significant relationship between presentation dystocia and neonatal complications were found.

**KEYWORDS:** varieties of presentation, Apgar, neonatal complications.

## **INTRODUCCIÓN**

Durante la evolución del actuar médico podemos notar que lo que antiguamente implicaba una gran morbimortalidad en cuanto a embarazo y parto se refiere, hoy en día ha disminuido drásticamente gracias a los conocimientos y técnicas que se fueron perfeccionando con el pasar de los tiempos.<sup>1,2</sup>

Sin embargo, esto no quiere decir que las gestantes estén exentas de situaciones que pongan en peligro sus vidas y las de sus hijos.

Uno de los momentos más críticos en el embarazo es precisamente su finalización, el momento del parto, que puede traer consigo eventualidades que en algunas ocasiones no son prevenibles, siendo el médico u obstetra a cargo el que tiene que dar una solución efectiva y con el menor error posible. Estas eventualidades que se presentan en el parto son conocidas como Distocias, las cuales pueden ser tanto maternas como fetales, y conllevan un gran riesgo para ambos si es que no se está preparado para enfrentarlas.

La puntuación de Apgar aplicada a los recién nacidos nos permite acercarnos de manera confiable a la vitalidad con la que el feto nace y como ha repercutido de forma inmediata a su adaptación con el medio fuera del vientre materno.

En el presente trabajo se pretende evaluar, dentro del grupo de distocias, las variedades de presentación fetal, las características de los partos en estas diversas variedades y cómo influyen en el Apgar de los recién nacidos con esta eventualidad.

---

<sup>1</sup> González P. Rogelio. Salud Materno Infantil en las Américas. Rev. chil. obstet. ginecol. v.75 n.6 Santiago 2010

<sup>2</sup> Alcalde Rabanal, Jacqueline Elizabeth; Lazo González, Oswaldo; Nigenda, Gustavo. Sistema de Salud de Perú. Salud pública Méx vol.53 supl.2 Cuernavaca 2011

Lo que se pretende con la investigación es conocer cuál es la frecuencia de estas distocias y cuáles son las más comunes en nuestro medio, la influencia que ejercen sobre el Apgar en los recién nacidos y las características del parto en las distintas presentaciones fetales, así como identificar qué tipo de lesiones (maternas y fetales) son las que acompañan las diferentes presentaciones, y si tendrán repercusiones para la vida futura de la madre y del nuevo individuo.



## **CAPÍTULO I**

### **1.1. Fundamentación del problema**

Un parto eutócico o fisiológico es aquel que inicia de manera espontánea, con un feto a término en presentación cefálica flexionada, y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.

Las distocias se han descrito como anomalías que se presentan al momento del parto, que pueden ser tanto maternas como fetales, e impiden que el parto se lleve a cabo de manera eutócica, contribuyendo por lo menos con la tercera parte de las cesáreas.<sup>3</sup>

Teniendo en cuenta que un parto en presentación cefálica es un factor protector contra las complicaciones materno-neonatales<sup>4</sup>, es de gran importancia determinar de manera confiable la frecuencia con la que se producen las variaciones de presentación en nuestro medio, las características del parto en estas variantes, como influyen en la valoración del Apgar en los primeros minutos de vida extrauterina de los recién nacidos, así como conocer las consecuencias que conllevan estas variaciones de presentación fetal al momento del parto.

En el Hospital III Daniel Alcides Carrión una de las causas de cesárea programada es la presentación pélvica, la cual se presenta con relativa frecuencia; sin embargo, es un dato que no puede precisarse ya que no hay estudios al respecto, así como tampoco de otros tipos de distocias de

---

<sup>3</sup> Castro Naranjo, Luis Javier. Manejo de distocias en la atención del parto. XVII Curso de actualización en ginecología y obstetricia: una visión integral de la mujer. Medellín Colombia. 2009

<sup>4</sup>Sandoval Gallardo René (2009).Complicaciones obstétricas en el Hospital Patronato San José Sur en el año 2007. Facultad de Medicina. Quito. 72 p.

presentación, como las compuestas, que también suelen observarse en los partos vaginales en este nosocomio.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son las características del parto y el puntaje de Apgar de los recién nacidos de las pacientes con distocias fetales de presentación atendidas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna en el año 2013?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar las principales distocias fetales de presentación, las características del parto y el puntaje de Apgar obtenido por los recién nacidos de las pacientes atendidas en el año 2013 en el servicio de obstetricia del Hospital III DAC.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

1.3.2.1 Identificar la frecuencia de las distocias fetales de presentación.

1.3.2.2 Conocer las características del parto de acuerdo al tipo de distocia fetal presente.

1.3.2.3 Conocer el puntaje de Apgar de los recién nacidos con distocia de presentación.

1.3.2.4 Determinar complicaciones neonatales luego de parto con distocia de presentación.

#### **1.4. Justificación**

En nuestro medio no se conoce la frecuencia en que se producen las distocias fetales de presentación ya que no existe un trabajo o revisión en nuestra localidad que ponga en claro la incidencia de las diferentes presentaciones fetales, así como las consecuencias que pueden traer estas en el momento del parto para la madre y para el recién nacido. Las características del parto en estas presentaciones tampoco han sido estudiadas.

Existe en la literatura estudios en otros países sobre la frecuencia y consecuencias de las diversas presentaciones, sin embargo, estudios sobre la presentación de frente, cara y bregma son de hace 30 años atrás<sup>5,6,7</sup>, por lo que internacionalmente tampoco hay una base de datos actualizada al respecto.

Si bien es cierto que existen estudios sobre los factores que influyen en una puntuación baja de Apgar, no hay alguno que relacione directamente las anomalías de presentación fetal con la puntuación de Apgar obtenida.

La importancia de este estudio radica en que se podrán ampliar los conocimientos respecto a la frecuencia en la que estas presentaciones anómalas se producen, las características de sus partos, como influyen en la puntuación del Apgar de los recién nacidos y que complicaciones materno-fetales pueden esperarse frente a un parto de este tipo.

---

<sup>5</sup> Calleri, Lucia; Garófalo, Antonieta: et al. Presentación de frente: revisión de los años 1984-1988. Rev. Obstet.Ginecol. Venezuela 53(3):155-9, sept. 1993.

<sup>6</sup> Gonzales Maria, Calleri Lucia et al. Presentación de cara: revisión de los años 1984-1988. Rev. obstet. ginecol. Venezuela;53. dic. 1993.

<sup>7</sup> Garofalo Antonieta, Chacon Marilu, et al. Presentación de Bregma: revisión de los años 1984 - 1988. Rev. obstet. ginecol. Venezuela;53(4):237-9, dic. 1993.

Además podremos tener una base de datos fidedigna sobre el tema, la cual podrá servir para mejorar la atención obstétrica y neonatal, lo que conllevará al mejoramiento de nuestros indicadores y a la disminución de la morbimortalidad materna y fetal.

## **CAPÍTULO II**

### **2.1. Antecedentes de investigación**

Calleri Lucía y colaboradores. Presentación de frente. Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela, 1993.<sup>5</sup>

Se revisaron 116 historias de pacientes con embarazos simples y presentación de frente atendidas en la Maternidad Concepción Palacios entre 1984 y 1988 en 115699 partos de vértice, dando una incidencia de 0,10% o sea 1 por cada 997 partos. La edad osciló entre 15 y 38 años, promedio 26. Fueron primigestas 25,86% y 74,14% tenían 2 o más gestaciones. En 81,90% fueron embarazos a término, 11,21% pretérmino y 6,90% postérmino. En 78,45% se hizo el diagnóstico durante el trabajo de parto y en 21,55% mediante estudio radiológico y ecosonograma. La variedad naso anterior se encontró en 45,69%, la nasotransversa en 20,69%, la naso posterior en 18,10% y en 15,52% se desconoció. En 57,76% se hizo cesárea y en 42,25% parto vaginal. La puntuación de Apgar al nacer fue de 8 y 10 en 41,38%, 4 y 7 en 30,17% y menor en 11,21%. La morbilidad materna fue de 16,38% y la fetal de 27,59%. Hubo 3 muertes neonatales y 2 mortinatos.

Gonzales Maria y colaboradores. Presentación de cara. Rev. obstet. ginecol. Venezuela, dic. 1993.<sup>6</sup>

De 115699 partos en cefálica atendidos en la Maternidad Concepción Palacios entre 1984 y 1988, se revisaron 179 historias de embarazadas con presentación de cara dando una incidencia de 0,15% o sea 1 por cada 666 partos. La edad osciló entre 15 y 38 años, promedio 26. Fueron primigestas 27,37% y 72,63% tenían 2 o más gestaciones. En 91,62% se presentó en embarazos a término, 5,59%

pretérmino y 2,79% postérmino. En 100% se hizo el diagnóstico durante el trabajo de parto. La variedad mento-posterior se encontró en 47,49%, la mento-anterior en 34,08%, y la mento-transversa en 10,05%. En 69,89% se hizo cesárea y en 39,10% parto vaginal. El Apgar al nacer fue de 8 y 10 en 50,28%, 4 y 7 44,07% y menor en 5,65%. La morbilidad materna fue de 28,48% y la fetal 35,72%. Hubo 2 mortinatos y 4 muertes neonatales.

Garófalo Antonieta y colaboradores. Presentación de Bregma. Rev. obstet. ginecol. Venezuela, dic. 1993. <sup>7</sup>

En el lapso 1984-1988, de 115699 partos de vértice, 49 casos eran de bregma (0,04%), o sea por 2361 partos. La edad materna promedio fue de 25 años con extremos de 15 y 38 años. El 25,53% fueron primigestas y 73,47% multigestas. El 85,71% de los partos fueron a término, el 4,08% pretérmino y 10,20% postérmino. En 91,94% el diagnóstico se realizó durante el trabajo del parto. La variedad de posición fue anterior en 12,24%, posterior en 8,16%, transversa en 2,04% y desconocida en 77,55%. El parto terminó en cesárea en 75,51% y por vía vaginal en 24,49%. La puntuación de Apgar fue de 8-10 en el 54,17%. Hubo un mortinato.

Neri Ruiz, Eduardo y colaboradores. Presentación Pélvica ¿Siempre cesárea? Ginecol. Obstet. México, 1997. <sup>8</sup>

En un periodo de un año, nacieron 104 fetos de término en presentación pélvica. Se hizo cesárea en 75 por ciento, siendo las indicaciones más frecuentes de cirugía, cabeza desflexionada (24.2 por ciento), cesárea previa 24.2 por ciento, hiperextensión de la cabeza 12.8 por ciento. Se realizó operación cesárea solamente en 14.4 por ciento de los productos que cumplieron los requisitos para

---

<sup>8</sup> Neri Ruiz, Eduardo, Valerio Castro, Emilio, Cárdenas Arias, Ramiro, Navarro Milla, Carlos. Presentación Pélvica ¿Siempre cesárea? Ginecol. Obstet. Mex.; 65(11): 474-7, nov 1997

parto vaginal. Hubo dos muertes neonatales en el grupo de los nacidos por vía vaginal, una debida a malformaciones congénitas mayores. La mortalidad neonatal corregida fue de 34.4 por 1000 nacidos vivos, la asfixia perinatal severa se presentó en 0.76 por ciento de los nacidos por vía vaginal y en 0.38 por ciento de los nacidos por vía cesárea, y la diferencia no fue estadísticamente significativa. La morbilidad materna fue de 20.3 por ciento en el grupo de cesárea y 0 por ciento en el grupo de parto vaginal, la morbilidad fetal no está significativamente aumentada, y la morbilidad materna se abate importantemente. En pacientes seleccionadas y con médicos bien entrenados en la atención de esta distocia el parto por vía vaginal es una buena opción para atender esta presentación.

Besio R., Mauricio y colaboradores. Evaluación de la versión cefálica externa en el manejo de las distocias de presentación. Rev. Chilena obstet. Ginecol; 1994 .<sup>9</sup>

En un trabajo prospectivo y controlado, realizamos versiones externas bajo tocolisis a un grupo de 45 pacientes con presentaciones podálicas y transversas entre las 36 y 40 semanas de gestación. Obtuvimos un 73 por ciento de éxito en el procedimiento con un 49 por ciento de cesáreas en el grupo de estudio comparado con un 87 por ciento en el grupo control. Los factores más importantes en el resultado fueron el tipo de presentación y la paridad. No observamos complicaciones maternas ni fetales significativas.

---

<sup>9</sup>Besio R. Mauricio; Coto P. Manuel. Evaluación de la versión cefálica externa en el manejo de las distocias de presentación. Rev. Chilena obstet. Ginecol; 59(6): 422-7, 1994

Bandera Fisher, Norma Arelis y colaboradores. Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer. Rev cubana obstet.ginecol.; jul-set 2011.<sup>10</sup>

El período más crucial de la vida humana corresponde a las primeras 24 h que siguen al nacimiento. En este período, la morbilidad y la mortalidad son elevadas, por lo que es necesario prevenir y conocer los factores de riesgo que puedan interferir en su normal desarrollo, evaluándose al nacer la puntuación de Apgar. Se realizó un estudio analítico observacional tipo caso control, relacionado con algunos factores epidemiológicos que inciden en la ocurrencia de Apgar bajo al nacer, en el Hospital Materno Provincial Docente "Mariana Grajales Coello" de Santiago de Cuba, desde el 1ro de enero de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2007. La edad materna y la edad gestacional al parto, el meconio en el líquido amniótico, las anomalías del cordón umbilical, el parto distócico y la restricción del crecimiento intrauterino están relacionados con el índice de Apgar bajo al nacer en esta institución. La depresión al nacer se asoció causalmente con las anomalías del cordón umbilical y el líquido amniótico meconial, teniendo asociación significativa la desnutrición fetal intrauterina, la edad gestacional al parto < 37 sem y > 42 sem y la presentación fetal distócica. Se comprobó que al actuar en el diagnóstico temprano y de certeza de un RCIU se lograría un mejor y mayor impacto en la población expuesta.

## **2.2. Definición de Términos**

2.2.1 Gestante: una mujer que está embarazada o lo ha estado alguna vez, sin importar el resultado del embarazo. Con el establecimiento del primer embarazo se convierte en primigesta y con los embarazos sucesivos en multigesta.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup>Bandera Fisher, Norma Arelis; Goire Caraballo, Magalis; Cardona Sanchez, Omara Mercedes. Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer. Rev cubana obstet.ginecol.; 37(3): 320-329, jul-set 2011

<sup>11</sup> F. Gary Cunningham, Kenneth J Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth, Dwight J. Rouse. Williams Obstetricia. 23ª edición, 2011.



2.2.2 Primípara: una mujer que ha dado a luz sólo una vez uno o varios fetos vivos o muertos, con una duración calculada de la gestación de 20 semanas o más.<sup>11</sup>

2.2.3 Multípara: una mujer que ha completado dos o más embarazos hasta las 20 semanas o más.<sup>11</sup>

2.2.4 Edad gestacional: La gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.<sup>12</sup>

2.2.5 Antecedentes obstétricos: se incluye información materna que puede ser útil para la determinación de factores de riesgo en la mujer. Se consideran datos como la edad materna, las gestaciones, abortos, partos previos, complicaciones durante los partos, entre otros.<sup>13</sup>

2.2.6 Presentación fetal: es la identificación de cuál de los dos polos fetales se pone en proximidad o en contacto con la pelvis menor. Por razón de que el feto solo tiene dos polos, solo existen la presentación cefálica y la presentación podálica. A su vez, la presentación cefálica consta de cuatro variantes, dependiendo si la cabeza está *flectada* o si está *deflectada*.<sup>11</sup>

2.2.7 Parto eutócico: Un parto eutócico o fisiológico es aquel que inicia de manera espontánea, con un feto a término en presentación cefálica flexionada, y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.<sup>4</sup>

---

<sup>12</sup> Neil K. Kaneshiro, MD, MHA, Clinical Assistant Professor of Pediatrics, University of Washington School of Medicine; David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M., Inc. 2011

<sup>13</sup> Wawanet Documentation [Internet]. Sección 3: Antecedentes Obstétricos. Publicado el 2010/10/13. Disponible en: <http://wiki.wawanet.org/formatos:primercontrol:seccion3>

2.2.8 Parto distócico Se considera distocia a la desviación de las diferentes fases del trabajo de parto normal. Se puede referir a cualquier evento que prolongue o retrase cualquier fase del trabajo de parto.<sup>3</sup>

2.2.9 Recién nacido a término: un sujeto nacido en cualquier momento después de cumplir 37 semanas de gestación y hasta las 42 semanas.<sup>11</sup>

2.2.10 Recién nacido prematuro: es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación.<sup>14</sup>

### **2.3. Marco teórico**

#### **2.3.1 CARACTERÍSTICAS DEL PARTO NORMAL**

El parto es un proceso natural cuya evolución espontánea asegura con mayor probabilidad, una finalización vaginal sin intervenciones ni complicaciones en el 60 a 75% de los casos.<sup>15</sup>

El inicio del trabajo de parto se suele definir como “la presencia de contracciones uterinas que producen borramiento y dilatación demostrables del cuello uterino”<sup>11</sup>.

Clásicamente, el parto se divide en tres períodos:

2.3.1.1 Primer período del trabajo de parto: corresponde a la etapa de dilatación. Comienza con las contracciones regulares y termina cuando el cuello uterino alcanza la dilatación completa.

---

<sup>14</sup> S. Rellan Rodríguez et al. El recién nacido prematuro. Protocolos Actualizados. Asociación Española de Pediatría. 2008

<sup>15</sup> Cabero. Saldivar. Operatoria Obstétrica: Una visión actual. Capítulo 4, pag 13-20. Editorial Medica Panamericana SA. 2009

- a) Fase Latente: el inicio de la fase latente del trabajo de parto corresponde al momento en que la madre percibe contracciones regulares. Termina entre los 3 y 5 cm de dilatación.
- b) Trabajo de parto activo: se puede considerar de manera confiable que la dilatación del cuello uterino de 3 a 5 cm o mayor, en presencia de contracciones uterinas, es representativa del umbral de trabajo de parto activo. La duración promedio de la fase activa del trabajo de parto en nulíparas des de 4.9h. Los ritmos de dilatación del cuello uterino, sin embargo, varían desde un mínimo de 1.2 hasta 6.8 cm/h. Las multíparas avanzan algo más rápido en la fase activa con una velocidad normal mínima de 1.5 cm/h. El descenso comienza en la fase tardía de la dilatación activa, que inicia entre los 7 y 8 cm en las nulíparas y se acelera después de los 8 cm.

2.3.1.2 Segundo período del trabajo de parto: Comienza cuando se completa la dilatación del cuello uterino y termina con el nacimiento del feto. Su duración promedio se aproxima a 50 min en nulíparas y alrededor de 20 min en multíparas, pero es variable.<sup>11</sup> Una vez finalizada la dilatación, comienza el descenso y la expulsión del feto.<sup>15</sup>

Desde el punto de vista mecánico se produce:

- a) Encajamiento: el encajamiento de la cabeza fetal implica que el diámetro mayor de la presentación ha atravesado el estrecho superior de la pelvis. En la presentación cefálica con una adecuada flexión, el diámetro transversal más amplio es el biparietal, que mide unos 95mm a término. En las nulíparas, el encajamiento de la cabeza fetal tradicionalmente ocurre hacia la semana 36. En el caso de las multíparas, se asume que la

cabeza se encaja hacia el final de la gestación, muchas veces intraparto.

- b) Flexión y descenso: una vez que se ha pasado el estrecho superior de la pelvis con la sutura sagital del feto en el diámetro transversal y el biparietal paralelo al diámetro antero-posterior de la misma, comienza el descenso de la presentación. En su descenso, la presentación fetal encuentra resistencia en el cérvix y en las paredes de la pelvis o suelo pélvico, lo cual favorece la flexión de la cabeza<sup>15</sup>.
- c) Rotación interna: el movimiento siguiente es el de rotación interna, un giro de la cabeza de modo que el occipucio gradualmente pasa a dirigirse hacia la sínfisis del pubis. La rotación interna siempre se asocia al descenso de la presentación y usualmente no se completa hasta que alcanza las espinas ciáticas maternas. En 2/3 de los casos, la rotación interna se completa cuando la cabeza llega al suelo pélvico. En un 25% de mujeres, lo hace poco tiempo después de llegar a dicho plano y en un 5% la rotación interna no se produce<sup>15</sup>.
- d) Deflexión y desprendimiento de la cabeza: la cabeza, una vez que ha rotado y alcanzado el suelo de la pelvis, inicia un movimiento de deflexión tomando como eje la sínfisis del pubis. En la mayoría de los casos se desprende en occípito-anterior<sup>15</sup>.
- e) Rotación externa, desprendimiento de los hombros y expulsión total del feto: tras el desprendimiento de la cabeza, esta realiza una nueva rotación de 90° con la cual queda mirando a uno de los lados maternos. Esta rotación externa es la expresión del movimiento de rotación interna de la cintura escapular, que hace coincidir el punto de más fácil flexión del tronco con la curvatura del canal del parto<sup>15</sup>.

2.3.1.3 Tercer período del trabajo de parto o de alumbramiento: Tras la expulsión del feto, el útero se contrae dificultando la circulación de retorno venoso. Se produce un aumento de presión en los espacios intervelllosos, lo que facilita la formación de un hematoma retroplacentario y así, la placenta se despega.

Una vez despegada la placenta, el hematoma progresa hacia la periferia de la misma evirtiéndola en forma de bolsa. Cuando la placenta es expulsada, lo primero que asoma al exterior es el centro de la cara fetal con la inserción del cordón.<sup>15</sup>

## 2.3.2 DISTOCIAS

Se considera distocia a la desviación de las diferentes fases del trabajo de parto normal. Se puede referir a cualquier evento que prolongue o retrase cualquier fase del trabajo de parto.<sup>16</sup>

Según un artículo publicado por la Universidad Autónoma de San Luis de Potosí, en México, las distocias en mujeres nulíparas tienen una incidencia del 25% del total de partos; mientras que en multíparas ocurre en un 10 a 15%. Alrededor del 50% de las indicaciones para primeras cesáreas son debidas a alguna distocia y se presenta hasta en el 21% de cesáreas repetidas.<sup>17</sup>

Las distocias pueden ser debidas a varias causas, entre las que se encuentran: distocias pélvicas óseas, distocias de tejidos blandos, distocias fetales, distocias debidas a los anexos ovulares, distocias dinámicas, otras.

---

<sup>16</sup> Mercado Pedroza, Manuel Esteban. *Obstetricia integral siglo XXI Capítulo 15*. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. 2010

<sup>17</sup> San Miguel Hernandez, Jesus Hector, et al. *Ginecología y Obstetricia*. Curso de Preparación al ENARM. Capítulo XVII. Página 199-209. 2009

Entre las distocias fetales, pueden considerarse como distocias absolutas aquellas que no permiten el nacimiento vaginal sin poner en riesgo la vida materna o fetal; entre éstas se encuentran: la situación transversa, la macrosomía fetal, la hidrocefalia y los gemelos unidos. Otras distocias fetales se consideran relativas puesto que no necesariamente evitan el nacimiento vaginal, entre ellas: la presentación de pelvis, malas posiciones fetales, distocia de hombros y las distocias corporales.

### 2.3.3 VARIEDADES DE PRESENTACIÓN CEFÁLICA

2.3.3.1 Presentación de Cara: Se produce la hiperextensión de la cabeza fetal y se presenta la cara con el mentón como punto guía. Aparece en el 0.1 a 0.2% de los casos. Normalmente se evidencia con la exploración manual vaginal intraparto una vez rota la bolsa. Se debe clasificar según la posición del mentón en mento-anterior o mento-posterior.

Mecanismo del parto:

- a) Encajamiento: La cabeza se orienta en uno de los diámetros oblicuos o transversos de la pelvis aumentando su deflexión.
- b) Rotación interna y descenso: la cabeza deflexionada gira los grados necesarios para dirigir el mentón hacia la sínfisis del pubis. Conforme termina la rotación interna se concluye el descenso. La rotación hacia mento-posterior hace imposible el progreso del parto.
- c) Flexión y desprendimiento: cuando el mentón se encuentra debajo del arco púbico, la flexión de la cabeza fetal hace que ésta se acomode a la forma del canal del parto y se desprenda asomando sucesivamente boca, nariz, órbitas, frente, fontanela mayor y occipucio.

- d) Rotación externa: una vez desprendida la cabeza, igual que en la presentación de vértex, el feto gira hacia el muslo materno y es expulsado.

Conducta: La manipulación vaginal y las maniobras de rotación están contraindicadas porque se asocian con un riesgo elevado de mortalidad perinatal. En posición mento-anterior el parto suele progresar normalmente por vía vaginal. Las posiciones mento-transversas, con frecuencia suelen rotar a mento-anterior por lo que es posible el parto vaginal. En posición mento-posterior persistente, el parto no puede evolucionar por vía vaginal y se debe realizar una cesárea. Si el parto progresa normalmente en posición mento-posterior, se puede seguir una conducta expectante, ya que la rotación espontánea a mento-anterior puede que no ocurra hasta que la presentación llegue al suelo pélvico. No está contraindicada la estimulación con oxitocina. La instrumentación con fórceps debe restringirse a la extracción fetal. Únicamente debe aplicarse en casos de mento anterior y sólo cuando la cara se encuentra en el suelo de la pelvis.<sup>15</sup>

2.3.3.2 Presentación de frente: Deflexión parcial de la cabeza fetal. Tiene una incidencia de aproximadamente 0.07%. La desproporción céfalo-pélvica puede ser un factor causal. El diagnóstico se hace con la exploración manual vaginal con bolsa rota. No se palpa la fontanela posterior, ni la barbilla ni la boca. Se utiliza como referencia la fontanela anterior: fronto-anterior o fronto-posterior. Más del 50% de las presentaciones de frente evolucionan por flexión a presentaciones de vértex o por deflexión a cara. El parto vaginal se produce en un tercio de las pacientes con presentación

de frente. Si no evoluciona debe realizarse una cesárea. La instrumentación está contraindicada en estos casos.<sup>15</sup>

2.3.3.3 Presentación de bregma: en la presentación de bregma hay una ligera deflexión de la cabeza de manera que el diámetro que se presenta es el fronto-occipital, que mide 12cm. El punto de reparo es el bregma y el tacto vaginal permite reconocer la fontanela mayor en el centro de la pelvis.<sup>16</sup> Este parto puede ser algo más lento y requiere instrumentaciones obstétricas por dificultades en la rotación y salida de la cabeza. Esto aumento la morbilidad y mortalidad perinatal y la morbilidad materna por desgarros.<sup>18</sup>

#### 2.3.4 PRESENTACIÓN PÉLVICA

Cuando las nalgas del feto entran en la pelvis antes que la cabeza, se trata de una presentación pélvica. La presentación pélvica es más frecuente lejos del término del embarazo. Conforme se acerca el final de la gestación, el feto casi siempre gira de manera espontánea hasta adquirir una presentación cefálica. Sin embargo, la presentación pélvica persiste en 3 a 4% de los partos con producto único de término.<sup>11</sup>

Las diversas relaciones entre las extremidades pélvicas y las nalgas en presentaciones de pelvis dan lugar a sus categorías franca, completa e incompleta.

En una presentación franca de nalgas, las extremidades pélvicas están flexionadas en las caderas y extendidas en las rodillas, por lo cual los pies se hallan en estrecha proximidad con la cabeza. Una presentación pélvica completa difiere porque una o ambas rodillas están flexionadas.

---

<sup>18</sup>Rigol Ricardo, Orlando. Obstetricia y ginecología / Stalina Santisteban alba. La Habana: ed. Ciencias médicas, 2004. 438p.



En la presentación pélvica incompleta, una o ambas caderas no están flexionadas y uno o los dos pies o las rodillas se encuentran por debajo de la pelvis fetal, de tal manera que un pie o una rodilla ocupan la parte más bajo del conducto del parto. La presentación podálica consiste en que uno o ambos pies se encuentran en la parte más baja del conducto del parto.

En el 5% de las presentaciones pélvicas de término, la cabeza fetal se encuentra en hiperextensión extrema, lo cual facilita la lesión de la médula cervical durante el parto vaginal.<sup>11</sup>

La complicación más grave durante el parto en presentación de pelvis es la retención de la cabeza. Esto ocasiona asfixia perinatal severa, hemorragia intracraneal asociada a lesiones de la tienda del cerebelo y traumatismo de la médula espinal. También puede ocurrir asfixia e hipoxia severas por prolapso o compresión del cordón umbilical entre el tórax o la cabeza fetales y la pelvis materna. Además, durante el desprendimiento de los hombros pueden presentarse fracturas del húmero o la clavícula y lesiones del plexo braquial.<sup>15</sup>

### 2.3.5 PRESENTACIÓN COMPUESTA

En esta presentación, una extremidad se prolapsa junto con la presentación, y ambas llegan a la pelvis de manera simultánea.

Son situaciones que se presentan en el 0,1% de los partos.

La más común es la cefálica-mano, seguida de la nalgas-mano y la cabeza-brazo/pie.<sup>15</sup>

Se le conoce también con el nombre de procidencia de miembro cuando las membranas están rotas, y procúbito de miembros cuando están intactas. Su complicación más frecuente es el prolapso de cordón, que sucede en el 20% de los casos.<sup>16</sup>

En la mayoría de los casos, debe dejarse intacta la parte con prolapso, porque lo más frecuente es que no altere el trabajo de parto.

Si el brazo se prolapsa a un lado de la cabeza, debe ser motivo de vigilancia constante para determinar si se retrae ese segmento de la extremidad torácica y permite el descenso de la presentación. Si no se retrae y parece impedir el descenso, ha de empujarse suavemente hacia arriba en tanto se impulsa de manera simultánea hacia abajo la cabeza por compresión fúndica.<sup>11</sup>

## 2.3.6 COMPLICACIONES MATERNO-FETALES EN EL PARTO DISTÓCICO.

### 2.3.6.1 Complicaciones maternas.

2.3.6.1.1 Infecciones durante el parto: Se encuentra con más frecuencia en partos complicados por trabajo prolongado con ruptura de membranas. Las bacterias pueden invadir la decidua, vasos coriónicos y dar lugar a bacteriemia, posteriormente sepsis materna y fetal. Se puede complicar con una neumonía fetal por aspiración de líquido amniótico infectado.

2.3.6.1.2 Ruptura uterina: El adelgazamiento anormal del segmento inferior del útero crea un peligro durante un trabajo de parto prolongado sobretodo en multíparas o pacientes con cesáreas previas. Debido a un sobreestiramiento puede sobrevenir una ruptura.

2.3.6.1.3 Hemorragia uterina: Principalmente posparto, debida a atonía uterina o laceraciones vaginales y de cuello uterino.

2.3.6.1.4 Anillo de retracción patológico: Consecuencia de la obstrucción de trabajo de parto con marcado estiramiento y adelgazamiento del segmento inferior

del útero, significa ruptura inminente. Se percibe como una cresta oblicua a través del útero en alguna parte de la línea que va de la sínfisis hasta el ombligo.

2.3.6.1.5 Fístulas: Las porciones del canal del parto y pared pelviana pueden estar sometidas a una excesiva presión. Puede haber necrosis debida al deterioro en la circulación; se puede advertir días después por presencias de fístulas vesico-vaginales, vesico-cervicales o recto-vaginales.

2.3.6.1.6 Lesión del piso de la pelvis: Durante el parto, especialmente uno difícil, se expone al piso pelviano a una mayor presión y fuerza, los cuales estiran y distienden el piso pelviano, lo que determina alteraciones funcionales y anatómicas de los músculos, nervios y tejidos conectivos. Dando trastornos uro-ginecológicos que se manifestarán más tarde en la vida de la mujer.<sup>11, 17</sup>

#### 2.3.6.2 Complicaciones fetales.

Se define trauma al nacimiento las injurias fetales sufridas por los tejidos del recién nacido que se produce durante el trabajo de parto o expulsión. La incidencia del evento se sitúa alrededor de 1% de todos los nacimientos ocurridos en maternidades asistidos por médico obstetra.

La mortalidad neonatal dependiente del trauma al nacimiento, se sitúa en torno al 8% de los óbitos entre los recién nacidos a término.

Entre los factores que se han asociado a la presentación de lesiones durante el nacimiento se encuentran la macrosomía

fetal, principalmente en fetos con peso superior a 4.500 gramos, trabajo de parto prolongado, presentación pélvica, desproporción céfalo-pélvica y aplicación de fórceps.

Los traumas más frecuentes son la fractura de clavícula, las parestesias braquiales y facial, el cefalohematoma y los traumas/heridas en la cabeza, rostro y brazo del recién nacido.

En un estudio realizado en Chile en el año 2012 se identificó la incidencia de traumas al nacimiento y sus factores asociados. Encontraron que la fractura de clavícula fue la lesión más frecuentemente observada (53,8%), seguida del cefalohematoma (19,2%). Los demás tipos de lesiones que colaboraron para el total de la muestra, cada una de ellas con un caso, fueron: lesiones de tejidos blandos, lesión de la piel, bolsa serosanguínea, hemorragia conjuntival, parálisis braquial bilateral, parálisis facial y anoxia intraparto. Solamente un RN, que peso 3.815 g y que tuvo calificación de Apgar 0 y 1, en el 1º y 5º minutos, respectivamente, presentó anoxia y lesión de tipo III o grave<sup>19</sup>.

### 2.3.7 PUNTUACIÓN DE APGAR

En 1952 una anesthesióloga llamada Virginia Apgar creó el método que lleva su nombre, con el objetivo de valorar las condiciones físicas del niño tras el parto.<sup>20</sup>

Es un examen que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien

---

<sup>19</sup> Mauro Madi, Jose, Viera JAcobi, Rodrigo, Fauth de Araujo. Breno, et al. Factores de Riesgo Asociados a Traumatismo al Nacimiento. Rev Chilena de Obstetricia y Ginecología 2012; 77(1): 35-39.

<sup>20</sup> Pediatría Tomo 5. Editorial Ecimed, Ciencias Médicas. Imprenta Gráfica "Juan Marinelo". Agosto del 2005.

toleró el bebé el proceso de nacimiento, mientras que el puntaje al minuto 5 le indica al médico qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno.<sup>21</sup>

Este test valora cinco parámetros, cada uno con una puntuación de 0 a 2, siendo el puntaje máximo 10.

Un puntaje de 7, 8 o 9 es normal y es una señal de que el recién nacido está bien de salud. Un puntaje de 10 es inusual, ya que casi todos los recién nacidos pierden un punto por cianosis periférica, lo cual es normal después del nacimiento.<sup>21</sup>

Si obtiene de 4 a 6 puntos su condición fisiológica no está respondiendo adecuadamente y el neonato requiere una valoración clínica y recuperación inmediata; significa que puede haber una depresión ligera o moderada del Sistema Nervioso Central, por lo que se necesita la administración de oxígeno o ventilación con máscara. Una calificación de 0-3 denota una condición extremadamente grave y es necesaria la resucitación inmediata.<sup>20</sup>

Los parámetros a valorar son los siguientes:

2.3.7.1 Esfuerzo respiratorio: El esfuerzo respiratorio sigue a la frecuencia cardíaca en importancia. Un niño que responde bien llora vigorosamente y no tiene dificultad al respirar. Las respiraciones regulares por lo general se establecen en el primer minuto de vida. La respiración "irregular" y superficial o apnea indican que deberá prestarse ayuda para ventilar.

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

---

<sup>21</sup> Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 366.

2.3.7.2 Frecuencia cardíaca: se considera el signo más importante y decide el cambio de una conducta expectante a una reanimación inmediata. Una frecuencia inferior a 100 pulsaciones por minuto está asociada a la asfixia.

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

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

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

2.3.7.5 Color de la piel: Conforme la circulación hace cambio de la vida fetal a la vida extrauterina y comienza la respiración, el cuerpo de un niño sano por lo general se pondrá rosado en unos tres minutos. La acrocianosis está presente por corto tiempo en el recién nacido con buenas condiciones.

Si el color de la piel es azul pálido, el puntaje del bebé es 0 en color. Si el cuerpo del bebé es rosado y las extremidades son azules, el puntaje es 1 en color. Si todo el cuerpo del bebé es rosado, el puntaje es 2 en color.<sup>21,21</sup>

Según un estudio realizado en Cuba en el año 2011, un puntaje de Apgar bajo se asoció con las anomalías del cordón umbilical y el líquido amniótico meconial, teniendo asociación significativa la desnutrición fetal intrauterina, la edad gestacional al parto  $< 37$  semanas y  $\geq 42$  semanas y la presentación fetal distócica.<sup>10</sup>

### CAPÍTULO III

#### 3.1. Operacionalización de variables.

	<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>ESCALA</b>
Características de la madre	Edad	Años	1. ≤ 19 años. 2. De 20 a 30 años 3. De 31 a 40 años 4. ≥ 41 años	Ordinal
	Antecedentes obstétricos	Paridad	1. Primípara 2. Multípara	Nominal
		Parto previo	1. Vaginal 2. Abdominal	
		Patología Asociada	1. Ninguna 2. Del líquido amniótico y membranas 3. Placentarias 4. Uterinas y anexiales 5. Metabólicas 6. Infecciosas	
Edad gestacional	Semanas	1. Menos de 34 ss 2. De 34 a 36 ss 3. De 37 a 40 ss 4. Mayor de 40 ss	Ordinal	
Características del parto	Tipo de parto actual	Tipo de parto	1. Vaginal 2. Abdominal	Nominal
	Presentación fetal	Presentación	1. Pelvis 2. Frente 3. Cara 4. Compuesta	Nominal
	Complicaciones del parto distócico	Complicación durante el parto	1. Ninguna 2. Líquido meconial fluido 3. Líquido meconial denso	Nominal



			<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Líquido meconial sanguinolento</li> <li>5. Distocias funiculares</li> <li>6. Dificultad en desprendimiento de hombros</li> <li>7. Calcificación placentaria</li> <li>8. Sufrimiento fetal agudo</li> <li>9. Ampliación de histerotomía</li> <li>10. Dehiscencia de histerorrafia anterior</li> </ol>	
Características del recién nacido	Puntaje de Apgar	Apgar al 1 minuto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menor de 3</li> <li>2. De 3 a 7</li> <li>3. Mayor de 7</li> </ol>	Ordinal
		Apgar a los 5 minutos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menor de 3</li> <li>2. De 3 a 7</li> <li>3. Mayor de 7</li> </ol>	Ordinal
	Peso del recién nacido	Peso	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt; 2500</li> <li>2. 2500 a 3000</li> <li>3. 3001 a 3500</li> <li>4. 3501 a 4000</li> <li>5. &gt; 4001</li> </ol>	Intervalo
	Sexo	Sexo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Femenino</li> <li>2. Masculino</li> </ol>	Nominal
	Complicaciones neonatales	Complicaciones neonatales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguna</li> <li>2. Caput succedaneum</li> <li>3. Cabalgamiento</li> <li>4. Cefalohematoma</li> <li>5. Modelamiento cefálico</li> <li>6. Prematuridad</li> <li>7. Depresión respiratoria</li> <li>8. Síndrome de Distress Respiratorio</li> <li>9. Dorsoflexión de piernas</li> <li>10. Nariz aplastada</li> </ol>	Nominal

## **CAPÍTULO IV**

### **4.1. Diseño de estudio**

El presente es un estudio que tiene un enfoque cualitativo, de tipo observacional, con un diseño descriptivo y por el desarrollo del tiempo retrospectivo.

### **4.2. Ámbito de estudio**

El Hospital III Daniel Alcides Carrión, inicia su funcionamiento en el año 1991, como Hospital II Calana brindando servicio de consulta externa en las especialidades básicas de Medicina General, Pediatría, Nefrología y Rehabilitación. Posteriormente, en el año 1992, extiende su cobertura con la implementación de Hospitalización y Emergencia, ajustándose a las necesidades de la población asegurada de Tacna, ampliando su infraestructura así como equipamiento biomédico.

En el año 1998 es elevado a Nivel III mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 253-PE-IPSS-1998 denominándole posteriormente como Hospital III Tacna: “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”, en reconocimiento al mártir de la medicina peruana.

Finalmente con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 201-PE-EsSalud-2004, se desactiva las Gerencias Departamentales y se crean las Redes Asistenciales, elevando al Hospital III Daniel Alcides Carrión en: Hospital Base de la Red Asistencial Tacna.

Actualmente cuenta con un servicio de Gineco-obstetricia equipado de acuerdo a un Hospital nivel III, con un total de 10 médicos Ginecólogos-obstetras, y 13 licenciadas en obstetricia que laboran en el hospital. El servicio de Neonatología cuenta con 10 pediatras a su disposición y 5 enfermeras especialistas en neonatología.

### **4.3. Población y muestra**

El estudio fue realizado en las instalaciones del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud de Tacna.

La población total fue de 84 casos de distocias de presentación durante el año 2013. La muestra estuvo conformada por el 100% de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

#### **4.3.1. Criterios de inclusión**

- Todos los pacientes con distocias fetales de presentación comprobadas al momento del parto.
- Las pacientes deben haber sido atendidas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna en el lapso de tiempo desde el primero de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2013.

#### **4.3.2. Criterios de exclusión**

- Pacientes que no hayan tenido el diagnóstico de distocia fetal de presentación al momento del parto.
- Pacientes que no hayan sido atendidas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna durante el año 2013.

### **4.4. Instrumento de recolección de datos**

Los datos fueron colocados en una ficha elaborada para tal fin (ver anexo 1).

La ficha consta de tres apartados. El primero de ellos corresponde a las características maternas, en donde se considera la edad materna, la edad gestacional y los antecedentes ginecoobstétricos.

El segundo apartado es sobre las características del parto. En este se considera el tipo de parto, la presentación fetal y las complicaciones en el momento del parto.

El último apartado incluye las características del recién nacido como el puntaje de Apgar al nacer, el peso, el sexo y las complicaciones neonatales.

#### **4.5 Procedimiento de Análisis de Datos**

Se revisó un total de 1180 historias clínicas correspondientes a las pacientes que tuvieron un parto en el año 2013 en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna, desde donde se obtuvo 84 historias clínicas de pacientes que presentaron la patología objeto de esta investigación, distocias de presentación, las cuales conformaron la población de este estudio. Posteriormente se revisaron las 84 historias clínicas correspondientes a los recién nacidos de las mujeres que presentaron esta distocia.

Los datos recolectados fueron colocados en un formato elaborado para tal fin y luego plasmados en una base de datos creada en Excel. Para su procesamiento fueron extrapolados al programa SPSS versión 21, desde donde se elaboraron los cuadros estadísticos y las tablas aplicando una estadística descriptiva.

Para el contraste de variables se utilizó la prueba estadística  $\chi^2$  cuadrado, esperando un valor  $p < 0.05$ .

Los resultados se presentan mediante tablas de frecuencia y gráficos, cuyo análisis se adjunta para facilidad de comprensión del lector.

## CAPÍTULO V

### 6.1 Resultados

**TABLA N°1**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN TIPO DE PRESENTACIÓN FETAL AL MOMENTO DEL PARTO. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	
<b>Presentación</b>	Cefálico	1096	92.8%	92.8%	
	Distócica	Pélvica	53	4.5%	7.2%
		Compuesta	28	2.4%	
		Bregma	2	0.2%	
		Cara	1	0.1%	
	<i>Total</i>	<i>1180</i>		<i>100.0%</i>	

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En la tabla uno podemos observar que del total de partos que se produjeron en el año 2013 el 92.8% fue en presentación cefálica, ocupando las presentaciones distócicas el 7.2% restante. La presentación distócica más frecuente fue la presentación pélvica con un 4.5%, la presentación compuesta con 2.4%. La presentación bregmática y la de cara fueron las menos frecuentes con 0.2% y 0.1% cada una, respectivamente.

**TABLA N°2**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN TIPO DE PRESENTACIÓN  
DISTÓCICA. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Presentación</b>	Pélvica	53	63.1%
	Compuesta	28	33.3%
	Bregma	2	2.4%
	Cara	1	1.2%
	<i>Total</i>	<i>84</i>	<i>100.0%</i>

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

Se puede observar en la presente tabla que de los casos estudiados, el 63.1% de recién nacidos tuvieron una presentación pélvica, seguida en frecuencia por las presentaciones compuestas con un 33.3% y de bregma con un 2.4%. La presentación de cara representó el 1.2% y no se encontraron casos de presentación de frente.

**TABLA N° 3**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD DE LA MADRE EN PACIENTES CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>
<b>Edad de la Madre</b>	Menor de 20 años	3	3.6%	31.5
	De 20 a 30 años	36	42.9%	
	de 31 a 40 años	34	40.5%	
	mayor de 40 años	11	13.1%	
	<i>Total</i>	<i>84</i>	<i>100.0%</i>	

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En la tabla número tres podemos observar la distribución de frecuencia según edad de la madre en gestantes con distocia de presentación estudiadas en el 2013. Podemos observar que el 42.9 % tenía de 20 a 30 años, seguido de un 40.5 por ciento entre 31 y 40 años. Sólo un 3.6 por ciento presentó menos de 20 años.

La edad media de las pacientes con distocia de presentación fue de 31.5 años.

**TABLA N°4**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN PARIDAD EN PACIENTES CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Paridad</b>	1	44	52.4%
	2	22	26.2%
	3	15	17.8%
	4	2	2.4%
	5	1	1.2%
	<i>Total</i>	84	100.0%

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En la tabla número cuatro se aprecia que el 52.4% de pacientes fueron primíparas, seguido por un 26.2% que tuvieron su segundo parto y 17.8% que el parto con distocia de presentación fue su tercer parto.



**TABLA N° 5**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad Gestacional</b>	Menor de 34 semanas	4	4.8%
	de 34 a 36 semanas	8	9.5%
	de 37 a 40 semanas	62	73.8%
	mayor de 40 semanas	10	11.9%
	<i>Total</i>	<i>84</i>	<i>100.0%</i>

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En la quinta tabla podemos observar la distribución de frecuencia según la edad gestacional al momento del parto, donde el 73.8 por ciento tenía de 37 a 40 semanas, seguido de un 11.9 por ciento mayor a 40 semanas. Un 4.8 por ciento presentó a la hora del parto una edad gestacional menor a 34 semanas.

**TABLA N°6**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE PATOLOGÍAS ASOCIADAS A LA GESTACIÓN ACTUAL DE PACIENTES CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Patologías Asociadas a la Gestante</b>	Ninguna	46	54.8%
	Oligohidramnios	7	8.3%
	Ruptura prematura de membranas	5	6.0%
	Embarazo gemelar	5	6.0%
	Embarazo en vías de prolongación	5	6.0%
	Asma	5	6.0%
	Tuberculosis	3	3.6%
	Pre eclampsia	2	2.4%
	Tumor ovárico	2	2.4%
	Insuficiencia Placentaria	2	2.4%
	Desprendimiento prematuro de placenta	2	2.4%
	Miomatosis uterina	2	2.4%
	Placenta previa	2	2.4%
	Malformación uterina	1	1.2%
	Diabetes Mellitus II	1	1.2%

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En la tabla número 6 que nos muestra las patologías asociadas a las distocias de presentación en las gestantes estudiadas, se puede notar que el 54.8% no presentó ninguna patología subyacente, sin embargo el 8.3% de gestantes presentaron oligohidramnios, seguido de ruptura prematura de membranas, embarazo gemelar, asma y embarazo en vías de prolongación, con un 6% cada una.

**TABLA N°7**

**PRINCIPALES COMPLICACIONES AL MOMENTO DEL PARTO EN GESTANTES CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Complicaciones durante el parto</b>	Ninguna	54	64.2%
	Líquido meconial fluido	12	14.3%
	Distocia funicular	9	10.7%
	Dificultad en desprendimiento de hombros	3	3.6%
	Líquido meconial denso	3	3.6%
	Calcificación placentaria	1	1.2%
	Sufrimiento fetal agudo	1	1.2%
	Ampliación de histerotomía	1	1.2%
	Líquido amniótico sanguinolento	1	1.2%
	Dehiscencia de histerorrafia anterior	1	1.2%

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En la tabla N° 7 que trata sobre las complicaciones que se presentaron al momento del parto de las gestantes con distocia de presentación se aprecia que la principal eventualidad fue la presencia de líquido meconial fluido con un 14.3%, seguido por las distocias funiculares con un 10.7%. Con un 3.6% cada una hubo presencia de líquido meconial denso y dificultad en el desprendimiento de hombros. Se debe notar también que el 64.2% de las gestantes no presentaron eventualidad al momento del parto.

**TABLA N° 8**

**PESO AL NACER SEGÚN SEXO DE LOS NEONATOS PRODUCTO DE PARTO CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		Sexo	
		Femenino	Masculino
Peso	Media	3,386	3,475
	Máximo	4,600	4,660
	Mínimo	2,010	1,570

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

La tabla número ocho muestra que la media de peso de los neonatos de sexo femenino fue de 3 386 gramos, siendo el máximo peso el de 4 600 gramos y el mínimo de 2 010 gramos. Para los neonatos de sexo masculino la media fue de 3 475 gramos, con un peso máximo de 4660 gramos y un peso mínimo de 1 570 gramos.

Para ampliación de estos datos revisar en anexo 2 la tabla N°21 y tabla N°22.

**TABLA N°9**

**APGAR AL PRIMER MINUTO Y APGAR A LOS 5 MINUTOS DE VIDA DE LOS RECIÉN NACIDOS PRODUCTO DE PARTO CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		Apgar 5min							
		Menor de 3		de 3 a 7		8 – 10		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Apgar 1min	de 3 a 7	0	0.0%	2	10.0%	18	90.0%	20	23.8%
	8 – 10	0	0.0%	0	0.0%	64	100.0%	64	76.2%
	Total	0	0.0%	2	2.4%	82	97.6%	84	100.0%

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

La tabla nueve nos muestra el puntaje de Apgar de los recién nacidos con distocia de presentación. Puede observarse que al primer minuto de vida un 23.8 % de recién nacidos presentó un puntaje de Apgar entre 3 y 7, de los cuales el 10% persistió a los 5 minutos y el restante 90% obtuvo un puntaje entre 8 y 10 a los 5 minutos. El 76.2% de los recién nacidos con distocias de presentación obtuvo un puntaje de Apgar al primer minuto entre 8 y 10, lo cual se mantuvo a los 5 minutos en el 100% de estos casos.

**TABLA N° 10**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES NEONATALES DE NACIDOS CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Complicación de Recién Nacido</b>	Ninguna	48	57.1%
	Prematuridad	9	10.7%
	Caput succedaneum	8	9.5%
	Cabalgamiento	6	7.1 %
	Depresión respiratoria	5	6.0%
	Cefalohematoma	4	4.8%
	Modelamiento cefálico	4	4.8%
	Dorsoflexión de piernas	3	3.6%
	Síndrome de Distress Respiratorio	3	3.6%
	Nariz aplastada	1	1.2%

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En la presente tabla que trata sobre las complicaciones de los recién nacidos con distocia de presentación podemos notar que el 57.1% de los neonatos no presentó ninguna complicación. Por otro lado, la prematuridad fue la complicación más frecuente con un 10.7%, seguido con un 9.5% con caput succedaneum, un 7.1% con cabalgamiento y un 6% con depresión respiratoria al nacimiento.

**TABLA N° 11**

**RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE PRESENTACIÓN FETAL Y EL PUNTAJE DE APGAR AL PRIMER MINUTO EN PACIENTES CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		Apgar 1min														P
		4		5		6		7		8		9		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Presentación</b>	Pélvica	1	1.90%	1	1.90%	2	3.80%	11	20.80%	21	39.60%	17	32.10%	53	100%	0.481
	Cara	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	100%	
	Compuesta	0	0.00%	1	3.60%	1	3.60%	1	3.60%	9	32.10%	16	57.10%	28	100%	
	Bregma	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	50.00%	0	0.00%	1	50.00%	2	100%	
	Total	1	1.20%	2	2.40%	3	3.60%	14	16.70%	30	35.70%	34	40.50%	84	100%	

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En la tabla 11 encontramos que los neonatos de presentación distócica presentaron un Apgar de 9 en el 40.5% de los casos, seguidos de un Apgar de 8 en 35.7%. Sólo hubo un 1.2% con Apgar de 4. Los de presentación pélvica tuvieron un puntaje de Apgar al minuto de 8 en 39.6% de casos, seguido de Apgar de 9 en 32.1%. Un 1.9% obtuvo 4 puntos en el Apgar y la misma proporción obtuvo puntaje de 5. El 100% de casos que presentación de cara tuvieron 7 en su puntuación de Apgar al minuto. La mayoría con presentación compuesta obtuvo un puntaje de Apgar de 9 (57.1%), seguido del 32.1% que presentó Apgar de 8. En la presentación de bregma 50% tuvo un puntaje de 7 y el 50% restante tuvo un puntaje de 9 al primer minuto de vida.

No se encontró relación significativa al aplicar chi-cuadrado de Pearson.

**TABLA N° 12**

**RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE PRESENTACIÓN FETAL Y EL PUNTAJE DE APGAR A LOS 5 MINUTOS EN PACIENTES CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		Apgar 5min										P
		7		8		9		10		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Presentación</b>	Pélvica	1	1.90%	7	13.20%	40	75.50%	5	9.40%	53	100.00%	0.759
	Cara	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	1	100.00%	
	Compuesta	1	3.60%	1	3.60%	24	85.70%	2	7.10%	28	100.00%	
	Bregma	0	0.00%	1	50.00%	1	50.00%	0	0.00%	2	100.00%	
	Total	2	2.40%	9	10.70%	66	78.60%	7	8.30%	84	100.00%	

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En esta tabla se evidencia que la mayoría de neonatos con distocia de presentación obtuvieron un puntaje de Apgar de 9 a los cinco minutos de vida, seguido por un puntaje de 8 en 10.7%. Sólo hubo 8.3% de casos con Apgar de 10 a los 5 minutos. El 9.4% de las presentaciones pélvicas y el 7.1% de las presentaciones compuestas son los que obtuvieron 10 puntos en el score de Apgar. El 100% de los partos de cara obtuvo Apgar 9 a los 5 minutos, la misma puntuación que obtuvieron el 85.7% de los que tuvieron presentación compuesta y el 75.5% de los partos pélvicos. La presentación pélvica y la compuesta son los que obtuvieron menor Apgar a los 5 minutos con un puntaje de 7, correspondiendo al 1.9% de las presentaciones pélvicas y 3.6% de las presentaciones compuestas.

No hubo relación significativa entre la presentación distócica y el puntaje de Apgar obtenido a los 5 minutos de vida.



**TABLA N° 13**

**RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE PRESENTACIÓN FETAL Y LA CANTIDAD DE COMPLICACIONES EN NEONATOS CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		Numero de complicaciones										P
		0		1		2		3		Total		
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
<b>Presentación</b>	<b>Pélvica</b>	31	58.5%	18	34.0%	4	7.5%	0	0.0%	53	100.0%	0.328
	<b>Frente</b>	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	<b>Cara</b>	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	<b>Compuesta</b>	16	57.1%	10	35.7%	1	3.6%	1	3.6%	28	100.0%	
	<b>Bregma</b>	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	<b>Total</b>	48	57.1%	29	34.5%	6	7.1%	1	1.2%	84	100.0%	

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En la tabla N° 13 que contrasta el tipo de presentación fetal con el número de complicaciones presentadas por los neonatos nacidos con distocia de presentación se observa que el 100% de neonatos con presentación de cara tuvieron una complicación. En los de presentación pélvica se tiene que el 58.5% de los neonatos no presentaron complicaciones, seguido de un 34% que presentó al menos una complicaciones y 7.5% que presentaron dos complicaciones. El 57.1% de los que nacieron con presentación compuesta no presentaron complicaciones, seguido del 35.7% que presentó 1 complicación, y 3.6% que tuvieron 2 y 3 complicaciones cada uno. De los neonatos con presentación de bregma, el 50% no presentó complicaciones, seguido del otro 50% restante, los cuales presentaron dos complicaciones neonatales.

Al aplicar la prueba estadística de chi-cuadrado de Pearson no se encontró una relación significativa entre el tipo de presentación y el número de complicaciones de los neonatos.

## **6.2 Discusión**

En el Hospital III Daniel Alcides Carrión se revisaron las historias clínicas de 1180 mujeres que tuvieron un parto en el año 2013, desde donde se obtuvo un total de 84 casos que tuvieron presentaciones fetales anómalas, los cuales abarcaron el 7.2% del total de partos (tabla N°1), más del doble de los casos presentados en el texto Williams de Obstetricia en su 23ª edición, el cual manifiesta un porcentaje de 3.3% de distocias de presentación.

En nuestro estudio encontramos un total de 53 casos de presentación pélvica, los cuales representan el 4.5% de todos los partos revisados en el período de un año, siendo el segundo más frecuente luego de la presentación cefálica (tabla N°1), teniendo en nuestro estudio la frecuencia ligeramente mayor en comparación con la mencionada en el libro Operatoria Obstétrica de Luis Cabero Roura y en el artículo Presentación pélvica ¿siempre cesárea? realizado por Eduardo Neri Ruiz y colaboradores, donde encuentran una incidencia del 2.5% al 4% en ambos.

Se encontró una incidencia mucho mayor de presentaciones compuestas en nuestro estudio, con el 2.4% del total de partos en comparación con la mencionada en Obstetricia Integral del siglo XXI de Manuel Mercado Pedroza y en el libro del Dr. Juan Aller Obstetricia Moderna<sup>22</sup>, en donde las presentaciones compuestas representan tan sólo el 0.1% de los casos en ambos textos.

En cuanto al parto de cara, en nuestro estudio la frecuencia hallada fue de 0.1% del total de partos, lo cual coincide con las frecuencias encontradas en el texto Operatoria Obstétrica: Una visión Actual de Luis Cabero Roura, el cual manifiesta una frecuencia que va del 0.1% a 0.2%. Un estudio realizado por María Gonzales en la Maternidad Concepción Palacios de Venezuela sobre presentación de cara, obtuvo una incidencia de 0,15% del total de partos,

---

<sup>22</sup> Aller Juan, Pagés Gustavo. Obstetricia Moderna, Capítulo 36, pag 469-479. 2012

similar a nuestro estudio. El Apgar obtenido por los neonatos de nuestro estudio fue de 7 al primer minuto y 10 a los cinco minutos en el total de los casos (tabla N°11 y 12), mejor que los encontrados en el estudio de Presentación de cara de María Gonzales, en el que el Apgar al nacer fue de 8 y 10 en 50,28%, 4 y 7 en 44,07% y menor en 5,65%. El 100% de los casos de presentación de cara que encontramos en nuestro estudio presentaron complicaciones (tabla N°13), lo cual se ve secundado por el Dr. Juan Aller en el libro *Obstetricia Moderna*, capítulo 36, en el cual menciona que la presentación de cara incrementa significativamente la morbilidad neonatal.

La presentación bregmática representó el 0,2% del total de partos que se dieron durante el año 2013 (tabla N°1). El Apgar obtenido por los neonatos fue en un 50% con Apgar 7 y 9 cada uno al primer minuto y de 8 y 9, cada uno en 50% a los cinco minutos (tabla N°11 y N°12). La frecuencia de presentación bregmática en nuestro estudio fue mayor que la obtenida por Antonieta Garófalo y colaboradores en su estudio sobre Presentación de Bregma, en el cual se encontraron 49 casos de bregma que representaban el 0,04% del total. La puntuación de Apgar fue de 8-10 en el 54,17% y hubo un mortinato. En el texto de Orlando Rigol Ricardo, *Obstetricia y Ginecología*, se menciona que el parto de bregma incrementa la morbilidad y mortalidad perinatal, como se vio en nuestro estudio en donde el 50% de los nacidos con presentación bregmática tuvieron complicaciones (tabla N°13).

Las principales complicaciones durante el parto que se presentaron fueron el líquido amniótico meconial y las distocias funiculares (tabla N°7). Un estudio que relaciona algunos factores epidemiológicos con Apgar bajo al nacer en el Hospital Materno Provincial Docente "Mariana Grajales Coello" de Santiago de Cuba realizado por Norma Bandera Fisher y colaboradores, obtuvo nuestros mismos resultados, asociando de manera significativa la presentación fetal distócica con la prematuridad, el líquido amniótico meconial y las anomalías del cordón umbilical con la depresión al nacer.

En un estudio realizado por Manuel Ticona y Colaboradores sobre Mortalidad Perinatal Hospitalaria en el Perú: Factores de Riesgo, encontró que la presentación anómala tuvo 4.3 veces mayor riesgo de mortalidad neonatal, ya que está asociado principalmente a prematuridad, prolapso de cordón y trauma obstétrico<sup>23</sup>, tal como hemos encontrado en nuestro trabajo, donde la prematuridad fue la complicación neonatal principal y las distocias funiculares la segunda eventualidad más frecuente en el parto (tabla N°10 y N°7 respectivamente).

En cuanto a traumas obstétricos, en nuestro estudio los principales fueron el caput succedaneum (con 9.5%) y cabalgamiento (7.1%), seguido por el cefalohematoma con un 4.8% (tabla N°10), a diferencia de otros estudios como el de José Mauro Madi (Factores de Riesgo Asociados a Traumatismo al Nacimiento) y Norma Bandera Fisher (Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer), en los que la fractura de clavícula fue la lesión más frecuente, junto con las parestesias braquiales, faciales y cefalohematomas.

---

<sup>23</sup> Manuel Ticona R. y col. Mortalidad Perinatal Hospitalaria en el Perú: Factores de Riesgo. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70 (5)

### **6.3 Conclusiones**

- 6.3.1 Del total de partos ocurridos en el año 2013 en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna, en un 7.2% se encontraron distocias de presentación.
- 6.3.2 La mayoría de partos con distocia de presentación fueron a término (73.8%) y no presentaron ninguna complicación al momento del parto (64.2%).
- 6.3.3 El 76.2 % de neonatos obtuvo un buen Apgar al primer minuto de vida, el cual persistió a los 5 minutos en su totalidad. No se encontró una relación significativa entre el puntaje de Apgar y las presentaciones fetales anómalas.
- 6.3.4 El 57.1% de neonatos con distocia de presentación no tuvieron complicaciones neonatales. No se encontró relación significativa entre las distocias de presentación y las complicaciones neonatales.

## **6.4 Recomendaciones**

- 6.4.1 Mejorar la documentación y el sistema de informática para obtener de manera rápida y precisa los datos requeridos.
- 6.4.2 Revisar y actualizar constantemente las guías de práctica clínica para situaciones como las distocias de presentación u otro tipo de anomalías obstétricas que se presentan durante el trabajo de parto y el parto mismo.
- 6.4.3 Incluir simulacros de atención de partos normales y partos distócicos en los syllabus de los estudiantes de medicina humana de pregrado para que de esta manera adquieran más conocimientos en este tipo de casos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. González P. Rogelio. Salud Materno Infantil en las Américas. Rev. chil. obstet. ginecol. v.75 n.6 Santiago 2010
2. Alcalde Rabanal, Jacqueline Elizabeth; Lazo González, Oswaldo; Nigenda, Gustavo. Sistema de Salud de Perú. Salud pública Méx vol.53 supl.2 Cuernavaca 2011
3. Castro Naranjo, Luis Javier. Manejo de distocias en la atención del parto. XVII Curso de actualización en ginecología y obstetricia: una visión integral de la mujer. Medellín Colombia. 2009
4. Sandoval Gallardo René (2009). Complicaciones obstétricas en el Hospital Patronato San José Sur en el año 2007. Facultad de Medicina. Quito. 72 p.
5. Calleri, Lucia; Garófalo, Antonieta: et al. Presentación de frente: revisión de los años 1984-1988. Rev. Obstet.Ginecol. Venezuela 53(3):155-9, sept. 1993.
6. Gonzales Maria, Calleri Lucia et al. Presentación de cara: revisión de los años 1984-1988. Rev. obstet. ginecol. Venezuela; 53. dic. 1993.
7. Garofalo Antonieta, Chacon Marilu, et al. Presentación de Bregma: revisión de los años 1984 -1988. Rev. obstet. ginecol. Venezuela; 53(4):237-9, dic. 1993.
8. Neri Ruiz, Eduardo, Valerio Castro, Emilio, Cárdenas Arias, Ramiro, Navarro Milla, Carlos. Presentación Pélvica ¿Siempre cesárea? Ginecol. Obstet. Mex.; 65(11): 474-7, nov 1997

9. Besio R. Mauricio; Coto P. Manuel. Evaluación de la versión cefálica externa en el manejo de las distocias de presentación. Rev. Chilena obstet. Ginecol; 59(6): 422-7, 1994
10. Bandera Fisher, Norma Arelis; Goire Caraballo, Magalis; Cardona Sanchez, Omara Mercedes. Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer. Rev cubana obstet.ginecol.; 37(3): 320-329, jul-set 2011
11. F. Gary Cunningham, Kenneth; J Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth, Dwight J. Rouse. Williams Obstetricia. 23<sup>a</sup> edición, 2011.
12. Neil K. Kaneshiro, MD, MHA, Clinical Assistant Professor of Pediatrics, University of Washington School of Medicine; David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M., Inc. 2011
13. Wawanet Documentation [Internet]. Sección 3: Antecedentes Obstétricos. Publicado el 2010/10/13. Disponible en: <http://wiki.wawanet.org/formatos:primercontrol:seccion3>
14. Rellan Rodríguez S. et al. El recién nacido prematuro. Protocolos Actualizados. Asociación Española de Pediatría. 2008
15. Cabero Roura, Luis; Saldivar Rodriguez, D. Operatoria Obstetrica: Una visión actual. Capítulo 5, pag 21-26. Editorial Médica Panamericana SA. 2009.
16. Mercado Pedroza, Manuel Esteban. Obstetricia integral siglo XXI Capítulo 15. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. 2010
17. San Miguel Hernandes, Jesus Hector, et al. Ginecología y Obstetricia. Curso de Preparación al ENARM. Capítulo XVII. Página 199-209. 2009.



18. Rigol Ricardo, Orlando. Obstetricia y Ginecología / Stalina Santisteban Alba. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2004. 438p.
19. Mauro Madi, Jose, Viera JAcobi, Rodrigo, Fauth de Araujo. Breno, et al. Factores de Riesgo Asociados a Traumatismo al Nacimiento. Rev Chilena de Obstetricia y Ginecología 2012; 77(1): 35-39.
20. Pediatría Tomo 5. Editorial Ecimed, Ciencias Médicas. Imprenta Gráfica "Juan Marinelo". Agosto del 2005.
21. Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011: chap 366.
22. Aller Juan, Pagés Gustavo. Obstetricia Moderna, Capítulo 36, pag 469-479. 2012
23. Manuel Ticona R. y col. Mortalidad Perinatal Hospitalaria en el Perú: Factores de Riesgo. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70 (5)

## ANEXOS

### ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

<b>Características de la Madre</b>		
1. Edad de madre		
2. Edad gestacional		
3. Antecedentes Gineco-obstétricos	Gestas	
	Tipo de parto previo	
	Patología asociada	
<b>Características del Parto</b>		
4. Tipo de parto	Vaginal	
	Abdominal	
5. Presentación	Pelvis	
	Frente	
	Cara	
	Compuesta	
	Bregma	
6. Complicaciones durante el parto		
<b>Características del Recién Nacido</b>		
7. Apgar al nacer	1 min	
	5 min	
8. Sexo del Recién Nacido	Femenino	
	Masculino	
9. Peso al Nacer		
10. Complicaciones del recién nacido		

**ANEXO 2: TABLAS DE RESULTADOS**

**TABLA N°14**

**COMPLICACIONES NEONATALES SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DE LOS NEONATOS CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013**

		Edad Gestacional			
		Menor de 34 semanas	de 34 a 36 semanas	de 37 a 40 semanas	mayor de 40 semanas
		%	%	%	%
<b>Complicación de Recién Nacido</b>	<b>Ninguna</b>	0.0%	0.0%	69.4%	50.0%
	<b>Caput succedaneum</b>	0.0%	0.0%	6.5%	40.0%
	<b>Cefalohematoma</b>	0.0%	0.0%	3.2%	20.0%
	<b>Cabalgamiento</b>	0.0%	0.0%	9.7%	10.0%
	<b>Dorsoflexión de piernas</b>	0.0%	12.5%	3.2%	0.0%
	<b>Síndrome de Distress Respiratorio</b>	0.0%	25.0%	1.6%	0.0%
	<b>Prematuridad</b>	100.0%	65.5%	0.0%	0.0%
	<b>Modelamiento cefálico</b>	0.0%	0.0%	6.5%	0.0%
	<b>Nariz aplastada</b>	0.0%	0.0%	1.6%	0.0%
	<b>Depresión respiratoria</b>	25.0%	25.0%	3.2%	10.0%

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En la tabla N°14 que manifiesta las complicaciones neonatales según la edad gestacional, podemos observar que el 100% de los menores de 34 semanas tuvieron el diagnóstico de prematuridad y un 25% además presentó depresión respiratoria. Los neonatos que se encontraban entre las semanas 34 y 36 tuvieron el diagnóstico de prematuridad en 65.5% de los casos; seguido por depresión

respiratoria y síndrome de Distress respiratorio con 25% cada uno. Un 12.5% tuvo Dorsoflexión de piernas.

El 69.4% de los neonatos entre las 37 y 40 semanas de gestación no presentaron ninguna complicación. Un 9.7% presentó cabalgamiento como complicación más frecuente, seguido de caput succedaneum y modelamiento cefálico, cada uno con 6.5%. De los recién nacidos mayores a 40 semanas se encontró que el 50% no presentó ninguna complicación, siendo el caput succedaneum la complicación más frecuente con un 40% y en tercer lugar el cefalohematoma, con 20%.

**TABLA N° 15**

**RELACIÓN ENTRE EL PUNTAJE DE APGAR AL PRIMER MINUTO Y EL NÚMERO DE COMPLICACIONES NEONATALES EN PACIENTES CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		Numero de complicaciones										P
		0.00		1.00		2.00		3.00		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Apgar 1min</b>	<b>4</b>	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	<b>0.000</b>
	<b>5</b>	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	2	100.0%	
	<b>6</b>	0	0.0%	2	66.7%	1	33.3%	0	0.0%	3	100.0%	
	<b>7</b>	4	28.6%	6	42.9%	4	28.6%	0	0.0%	14	100.0%	
	<b>8</b>	20	66.7%	10	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	30	100.0%	
	<b>9</b>	24	70.6%	9	26.5%	1	2.9%	0	0.0%	34	100.0%	
	<b>Total</b>	48	57.1%	29	34.5%	6	7.1%	1	1.2%	84	100.0%	

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En la presente tabla se contrasta el puntaje de Apgar al primer minuto de vida con el número de complicaciones neonatales.

Podemos apreciar que el 100% de neonatos que tuvieron Apgar de 4 al nacer presentaron una complicación. El 50% de los que nacieron con Apgar al minuto de 5 presentaron una complicación, y el 50% restante presentó 3 complicaciones. El 66.7% de los nacidos con Apgar al minuto de 6 tuvieron 1 complicación y el 33.3% 2 complicaciones. El 42.9% de los que tuvieron Apgar al minuto de 7 presentaron al menos 1 complicación y 28.6% dos complicaciones. De los recién nacidos calificados con Apgar de 8 al minuto, el 66.7% no presentaron ninguna complicación, presentando una complicación el 33.3% restantes. El 70.6% de los que nacieron con Apgar de 10 no tuvieron complicaciones, el 26.5% presentaron una complicación y el 2.9% de estos neonatos tuvieron 2 complicaciones al nacer.

Al contrastar estas variables resultó estadísticamente significativa la prueba de chi-cuadrado de Pearson, por lo que podemos decir que sí existe una relación entre el puntaje de Apgar al primer minuto y el número de complicaciones que presentaron los neonatos nacidos de parto con presentación anómala.

**TABLA N° 16**

**RELACIÓN ENTRE EL PUNTAJE DE APGAR A LOS 5 MINUTOS Y EL NÚMERO DE COMPLICACIONES NEONATALES EN PACIENTES CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		Numero de complicaciones										P
		0.00		1.00		2.00		3.00		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Apgar 5min</b>	<b>7</b>	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	2	100.0%	<b>0.000</b>
	<b>8</b>	0	0.0%	5	55.6%	4	44.4%	0	0.0%	9	100.0%	
	<b>9</b>	43	65.2%	21	31.8%	2	3.0%	0	0.0%	66	100.0%	
	<b>10</b>	5	71.4%	2	28.6%	0	0.0%	0	0.0%	7	100.0%	
	<b>Total</b>	48	57.1%	29	34.5%	6	7.1%	1	1.2%	84	100.0%	

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En la tabla número dieciséis se observa que el 50% de los neonatos con un puntaje de 7 en el Apgar a los 5 minutos presentó 1 complicación y el 50% restante presentó 3 complicaciones. El 55.6% de los neonatos con Apgar de 8 a los 5 minutos tuvieron 1 complicación, seguido del 44.4% que presentaron dos complicaciones neonatales. De los que obtuvieron un puntaje de 9 a los 5 minutos el 65.2% no presentó complicaciones; el 31.8% de estos neonatos tuvieron al menos una complicación y el 3% restante presentaron 2 complicaciones. El 71.4% de neonatos con Apgar 10 no presentaron ninguna complicación al nacer. El 28.6% restante sí tuvo una complicación al nacimiento.

Utilizando la prueba estadística de chi-cuadrado de Pearson se obtuvo que existe una relación estadísticamente significativa entre el número de complicaciones neonatales y el Apgar a los 5 minutos que presentaron los neonatos nacidos de partos con distocia de presentación.

**TABLA N° 17**

**RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE PARTO Y LA CANTIDAD DE COMPLICACIONES NEONATALES EN PACIENTES CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		Numero de complicaciones										P
		0.00		1.00		2.00		3.00		Total		
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Tipo de Parto</b>	<b>Vaginal</b>	17	56.7%	11	36.7%	1	3.3%	1	3.3%	30	100.0%	0.422
	<b>Abdominal</b>	31	57.4%	18	33.3%	5	9.3%	0	0.0%	54	100.0%	
	<b>Total</b>	48	57.1%	29	34.5%	6	7.1%	1	1.2%	84	100.0%	

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En la tabla N° 17 se contrasta el tipo de parto y el número de complicaciones que tuvieron los neonatos nacidos de parto con distocia de presentación. Observamos que de los neonatos producto de parto vaginal el 36.7% presentaron una complicación, seguido por los nacidos de parto abdominal con 33.3%. El 9.3% de neonatos nacidos por vía abdominal presentaron dos complicaciones y el 3.3% de los nacidos por vía vaginal presentaron tres complicaciones.

Al someter las variables a la prueba estadística de chi-cuadrada de Pearson no se logró obtener una relación significativa entre el tipo de parto y la cantidad de complicaciones presentadas por los recién nacidos producto de distocia de presentación.



**TABLA N° 18**

**RELACIÓN ENTRE LA EDAD GESTACIONAL Y EL NÚMERO DE COMPLICACIONES NEONATALES EN PACIENTES CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		Numero de complicaciones										P
		0.00		1.00		2.00		3.00		Total		
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Edad Gestacional</b>	<b>Menor de 34 semanas</b>	0	0.0%	3	75.0%	1	25.0%	0	0.0%	4	100.0%	<b>0.001</b>
	<b>de 34 a 36 semanas</b>	0	0.0%	6	75.0%	2	25.0%	0	0.0%	8	100.0%	
	<b>de 37 a 40 semanas</b>	43	69.4%	17	27.4%	2	3.2%	0	0.0%	62	100.0%	
	<b>mayor de 40 semanas</b>	5	50.0%	3	30.0%	1	10.0%	1	10.0%	10	100.0%	
	<b>Total</b>	48	57.1%	29	34.5%	6	7.1%	1	1.2%	84	100.0%	

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En la tabla número dieciocho se aprecia la relación que existe entre la edad gestacional al momento del parto y la cantidad de complicaciones neonatales que se presentaron. Podemos observar que los que se encontraban entre las 37 y 40 semanas de edad gestacional no presentaron ninguna complicación en un 69.4%, seguidos por un 27.4% que presentaron una complicación con la misma edad gestacional. El 75% de los neonatos menores de 34 semanas presentó al menos 1 complicación y el 25% restante presentó 2 complicaciones luego del parto. Los que se encontraban entre las 34 y 36 semanas de gestación presentaron también una complicación en el 75% de los casos y 25% presentó 2 complicaciones. Entre los neonatos mayores de 40 semanas, el 10% llegó a presentar tres complicaciones.

Al aplicar la prueba chi-cuadrada de Pearson encontramos un valor P de 0.001, el cual demuestra que sí existe una relación significativa entre la edad gestacional y el número de complicaciones que presentan los neonatos nacidos de partos con distocia de presentación.

**TABLA N°19**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE TIPO DE PARTO PREVIO DE GESTANTES CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Parto Previo</b>	Ninguno	44	52.4%
	Vaginal	24	28.6%
	Abdominal	16	19.0%
	<i>Total</i>	<i>84</i>	<i>100.0%</i>

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En la tabla N°19 se muestra el tipo de parto previo que tuvieron las gestantes con distocia de presentación, encontrando que la mayoría (con un 52.4%) no habían tenido un parto previo, seguido por las que tuvieron parto vaginal con 28.6% y el 19% restante fueron partos abdominales.

**TABLA N°20**

**PRESENCIA DE DISTOCIAS EN PARTOS PREVIOS DE GESTANTES CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013.**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Distocia previa</b>	Ninguna	71	84.5%
	Trabajo de parto disfuncional	3	3.6%
	Presentación podálica	3	3.6%
	Macrosomía fetal	3	3.6%
	Desproporción céfalo pélvica	1	1.2%
	Distocia funicular	1	1.2%
	Sufrimiento fetal agudo	1	1.2%
	Embarazo gemelar	1	1.2%
	<i>Total</i>	<i>84</i>	<i>100.0%</i>

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En la tabla veinte la frecuencia de distocias en partos previos de las gestantes estudiadas. Podemos apreciar que el 84.5% no presentaron ninguna distocia previa, siendo las más frecuentes con 3.6% cada una la presentación podálica, la macrosomía fetal y el trabajo de parto disfuncional.

**TABLA N°21**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL SEXO DE LOS NEONATOS CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	46	54.8%
	<b>Femenino</b>	38	45.2%
	<b>Total</b>	84	100.0%

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

De acuerdo a la frecuencia del sexo se aprecia que la mayoría de neonatos con distocia de presentación fueron hombres con 54.8%, ocupando el sexo femenino el 45.2% restante.

**TABLA N°22**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL PESO AL NACER DE LOS NEONATOS CON DISTOCIA DE PRESENTACIÓN. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN. 2013**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Peso (g)</b>	<b>menor 2500</b>	7	8.30%
	<b>2500-3000</b>	7	8.30%
	<b>3001-3500</b>	27	32.10%
	<b>3501-4000</b>	34	40.50%
	<b>mayor 4001</b>	9	10.70%
	<b>Total</b>	84	100%

*Fuente: instrumento de recolección de datos. Recolección personal.*

En la presente tabla se observa que el 40.5% de los nacidos con distocia de presentación tuvieron un peso que varía entre 35001 y 4000 gramos, seguidos en frecuencia con un 32.1% por los que pesaron entre 3001 a 3500 g. El 10.7% de los neonatos tuvo un peso mayor a los 4000g. Los menores de 3000g y 2500g representaron el 8.3% cada uno.