

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INCIDENCIA DE DISTOCIA EN EL HOSPITAL
NACIONAL DE MAZATENANGO, ENTRE EL 1o.
DE ENERO DE 1976 AL 31 DE MARZO DE 1977

TESIS

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

Por:

JUAN RICARDO BLANCO LUNA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1978

CAPITULO I

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

CAPITULO II

BREVE RESEÑA HISTORICA DEL
DEPARTAMENTO DE SUCHITEPEQUEZ

CAPITULO III

ANTECEDENTES, MATERIAL Y METODOS

CAPITULO IV

HIPOTESIS

CAPITULO V

SINOPSIS SOBRE DISTOCIA

CAPITULO VI

ANALISIS ESTADISTICO

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

AGRADECIMIENTO

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

Dentro de la problemática clínico-asistencial en nuestro país, observa marcada incidencia de Distocia en el parto, tanto que, potencialmente puede señalársele como una causa de elevada tasa de mortalidad infantil.

Debe señalarse también que, en su mayoría, la Distocia de parto está condicionada a bajo nivel socio-económico y al alto grado de analfabetismo de la población, en efecto, son muchísimas las pacientes que rehuyen el control prenatal, lo mismo en clínicas estatales que en centros de servicios públicos o privados, ora por prejuicios religiosos, ora por ignorancia, etc., otras que en el mejor de los casos buscan los servicios de comadronas quienes por no estar suficientemente idóneas, e incluso mucho contribuyen a complicar el problema, más en aquellos casos de primigestas y pacientes multíparas de edad media o que colateralmente a su embarazo padecen de enfermedades que no se tratan adecuadamente. Sin embargo, el trabajo que ejercen es de mucha utilidad, más en las regiones de difícil acceso a los centros hospitalarios, razón por la cual este personal debe estimularse, en el sentido de que su atención alcance un grado de mayor efectividad, misma que redunde en beneficio de la población que requiere sus servicios.

OBJETIVOS

Con el presente trabajo de tesis se pretende interpretar las causales de la problemática señalada investigando como prueba, los casos observados en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional de Mazatenango, durante el lapso comprendido entre el 1o. de enero de 1976 al 31 de marzo de 1977. Al propio tiempo que señalar las que puedan ser posibles soluciones.

- a) Investigar las causas que motivan la alta incidencia Distócica que registra el Hospital Nacional de Mazatenango.
- b) Comprobar cual de las causas investigadas, es la que arroja el mayor porcentaje de Distocia.
- c) Enriquecer la bibliografía nacional sobre problemas del parto.
- d) Señalar algunas de las que puedan ser las posibles soluciones al problema que aquí se estudia.

CAPITULO II BREVE SINTESIS MONOGRAFICA DE LA CIUDAD DE MAZATENANGO, CABECERA DEL DEPARTAMENTO DE SUCHITEPEQUEZ

2-A ANTECEDENTES HISTORICOS:

El pasado histórico de esta región está ligado a las culturas precolombinas, predominantemente a la cultura Quiché, tal se comprueba con la existencia de costumbres ancestrales y con el predominio de idioma quiché entre sus actuales descendientes, aquellos núcleos poblacionales, ya en tiempos de la colonia, se constituyeron en el poblado de San Bartolomé de Mazatenango, que fue el asiento de la Alcaldía Mayor de Suchitepéquez y, a partir del 6 de noviembre de 1915, por acuerdo gubernativo fue elevado a la categoría de ciudad y actual cabecera del departamento de Suchitepéquez.

2-B DIVISION POLITICA Y POBLACION DEL DEPARTAMENTO DE SUCHITEPEQUEZ

Este departamento se encuentra situado al sur de la república y actualmente dividido en 20 municipios que son: Mazatenango, Cuyotenango, San Francisco Zapotitlán, San Bernardino, San José El Idolo, Santo Domingo, San Lorenzo, Samayac, San Pablo Jocopilas, San Antonio Such, San Miguel Panam, San Gabriel, Chicacao, Patulul, Santa Bárbara, San Juan Bautista, Santo Tomás la Unión, Zunilito, Pueblo Nuevo y Río Bravo, que completan una extensión total de 2,715 Kms.² Su población (censo clínico, área de salud, Suchitepéquez 1976) está calculada por: Urbanos: 76,150. Rurales: 186,144, con un total de 262,294 habitantes.

Los límites geográficos del actual municipio son: al norte, Quetzaltenango, Sololá y Chimaltenango. Al sur, con el Océano Pacífico. Al este, con Escuintla, Al oeste, con Retalhuleu.

Cabecera del departamento, es la ciudad de Mazatenango, que se encuentra comunicada con la capital de la república por vía asfaltada y por vía férrea, cuenta además con buenas instituciones de servicios públicos como escuelas, iglesia, centro hospitalario, medios de comunicación social, etc.

2-C ECONOMIA

La posición geográfica y la calidad de sus tierras, hacen de Suchitepéquez una región eminentemente agrícola, siendo sus principales productos: café, caña de azúcar, cacao, algodón, cereales y frutas tropicales. Además de las tierras de cultivo, existen excelentes pastizales para la crianza y explotación de ganado. Esto hace de la región un lugar de trabajo y de fuentes de riquezas, que lamentablemente se encuentra mal distribuida.

2-D EDUCACION Y SALUD

En la cabecera departamental el rubro de educación cuenta con una cobertura que va desde las escuelas de párvulos hasta un centro regional universitario, apéndice de la Universidad Autónoma de San Carlos, pero en los municipios restantes estos servicios son limitados.

En el rubro de salud, ocurre algo similar, porque en la cabecera funciona el Hospital Nacional de Mazatenango que cubre todos los servicios que la salud del pueblo demanda, misma que se complementa un centro de salud y con el funcionamiento de centros asistenciales privados, no así en los restantes municipios, en donde apenas se cuenta con 5 centros de salud y algunos puestos asistenciales, caracterizados porque tanto la existencia de medicinas como el personal que los atienden, es limitado, aún cuando se hace lo posible por superar tal situación.

CAPITULO III PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

3-A INCIDENCIA DE DISTOCIA

Habiendo observado la alta incidencia de Distocia en el Departamento de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Nacional de Mazatenango, se tomó una muestra representativa de 300 casos que ocurrieron entre el 1o. de enero de 1976 hasta el 31 de marzo de 1977, para señalar a la dirigencia del mencionado centro hospitalario el efecto negativo que el problema señalado ocasiona, señalo que tanto los jefes del departamento como el director del hospital estuvieron de acuerdo con la iniciativa personal de verificar mi trabajo de tesis sobre el particular señalado.

3-B UNIVERSO DE TRABAJO

Para verificar el estudio sobre la incidencia de Distocia, empecé por tomar una muestra de 300 casos, es el universo de trabajo de la población potencialmente fértil (15-44 años), señalo que su procedencia corresponde a estratos rurales y urbanos y que la muestra fue accesible para verificar su estudio comparativo y retrospectivo.

3-C DESARROLLO DEL ESTUDIO

3-C-1: Revisión de fichas clínicas del Departamento de Ginecología y Obstetricia, acumulando los casos que presentaron el problema, a los cuales se agregaron aquellos que personalmente observé al trabajar en el departamento señalado durante el ejercicio de mi E.P.S.

3-C-2: En el lapso comprendido del 1o. de enero de 1976 al 31 de marzo de 1977 se compilaron 300 casos de pacientes distócicos, se clasificaron de acuerdo a la edad, profesión,

tipo de problema mostrado, procedencia, paridad, control prenatal y manipuleo.

3-C-3: Dentro del desarrollo del estudio verifiqué consultas a jefes del departamento, a la dirección del hospital, que me fueron muy provechosas y que se complementaron con una revisión bibliográfica adecuada.

3-D MATERIAL Y METODOS

3-D-1 MATERIAL:

Para la realización del presente estudio, bueno es señalar la amplia colaboración que me prestaron no solo al facilitarme datos, sino también al darme orientación adecuada, de parte del cuerpo médico del hospital y demás personal del mismo.

Debo destacar sin embargo la participación que el director del hospital Dr. Rafael Díaz Márquez, tuvo a bien prestarme.

Los materiales estadísticos me fueron proporcionados por el Departamento de Ginecología y Obstetricia y el material bibliográfico especializado, procurado personalmente.

Los datos y experiencias obtenidos se condensaron enmarcándolos a un plan previamente establecido.

3-D-2 METODOS:

En el presente trabajo de investigación, la información obtenida fue procesada de acuerdo a los lineamientos del método estadístico inductivo, según el cual, dada una colección de datos característicos de una población, basta con examinar una muestra de la misma, si esta es representativa, las conclusiones obtenidas deben ser válidas para la población entera.

El análisis cuidadoso de las conclusiones obtenidas nos señalará si las hipótesis propuestas para nuestra investigación tiene la validéz esperada.

CAPITULO IV HIPOTESIS

- 1o. La paridad se relaciona con la Distocia del parto.
- 2o. La Distocia de parto por presentación cefálica es más frecuente.
- 3o. La Distocia se da mayormente por previa manipulación de personal inexperto.

CAPITULO V SIPNOSIS SOBRE DISTOCIA

CONCEPTO SOCIAL DE LA OBSTETRICIA

La Obstetricia es la rama de la medicina que trata del parto, sus antecedentes y problemas. En consecuencia, le corresponde principalmente el estudio de los fenómenos y tratamientos del embarazo, el parto y el puerperio, ya sea que se lleven a cabo en circunstancias normales o anormales. La palabra obstetricia se deriva del latín obstetrix, cuyo significado es partera, aunque es dudosa su etiología, debida a que la mayor parte de diccionarios la derivan del verbo Obstare, que significa estar o permanecer de pie o delante de. El sentido lógico del derivado de esta palabra sería que la persona que atiende el parto permanezca de pie o se encuentra delante de la parturienta.

Esta etimología ha sido controvertida desde hace mucho tiempo por Seligmann quien opina que el término fue originalmente Adstetrix y que el prefijo AD, se mudó por OB. Si esto fuera lo correcto la etimología de Obstetrix denotaría: "mujer que asiste a la parturienta".

En ciertas inscripciones aparece la grafía Opstetrix relacionada con la conjetura que deriva del prefijo OPS que significa ayuda, auxilio y Stare que tuvo el significado de: "la mujer que presta auxilio".

De acuerdo con Temkin, la versión más probable es que Obstetrix denotó: "mujer que permanecía al lado de la parturienta".

El término Obstetricia se usa actualmente y desde 1815, en que se cita en la literatura médica. También existen términos antiguos y afines, tales como: verbo obstetricate (obstetricar), 1,623 encontrado en obras inglesas de esas épocas.

Adjectivos obstetricar (obstetricario), 1,640.
obstetricious (obstetricio), 1,645.
obstetrical, 1,775.

Términos estos a menudo usados en sentido figurado en la literatura médica.

FINALIDAD DE LA OBSTETRICIA

La finalidad de la Obstetricia es que cada embarazo termine con una madre y un recién nacido saludables, ya que el arte de esta rama de la medicina es minimizar en todo lo posible, el número de mujeres y niños que a consecuencia del parto fallecen o que por el mismo, quedan lisiados. Asimismo esta ciencia se preocupa por reducir los problemas del embarazo, parto y puerperio.

MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna varía mucho en las diferentes regiones, debiendo señalarse:

- a) Gran número de partos sin atención médica.
- b) Personal no capacitado que los atiende.
- c) Costumbres indígenas, etc. etc.

Al interpretar lo anterior con un sentido más amplio, encontramos que la mayoría de problemas del embarazo se deben a: 1) pobreza extrema. 2) condiciones sanitarias deficientes. 3) desnutrición. 4) falta de cuidados personales. 5) parto en lugares sépticos que no garantizan lo necesario para casos de emergencia, son muchas las parturientas que son atendidas por personal inexperto en tales condiciones. 6) la falta de atención médica, cuidado personal indebido, edad avanzada, deficiencias orgánicas, multiparidad, etc. son otros factores que también contribuyen a aumentar notablemente la Distocia del embarazo.

Debe señalarse que el mayor índice de problemas distócicos se observa en mujeres cuya edad oscila entre los 20 y 30 años, considerados como el período óptimo para la procreación.

DISTOCIA.

La Distocia se puede definir como parto difícil o como la suspensión del progreso del trabajo del parto, por anomalías del mecanismo respectivo.

Estas causas pueden agruparse en tres clases a saber:

- a) Fuerza uterina anormal, que no es suficiente para vencer la resistencia que oponen al paso del feto los tejidos blandos y el canal óseo del parto.

A la disminuida acción uterina que se conoce con el nombre de inercia uterina o disfunción uterina.
- b) Presentación y desarrollo anormales del feto, que imposibilitan la expulsión.
- c) Anormalidades de las dimensiones del canal de parto, que ponen obstáculo al descenso.

Se tratará con el presente trabajo aclarar algunas de las causas que complican el parto y otras que como la Eclampsia, Desprendimiento Prematuro de Placenta, Placenta Previa, Ruptura Uterina, etc. Que si bien es cierto que no están consideradas como verdadera Distocia, sí ocasionan problemas a la gestante y al feto.

TOXEMIA DEL EMBARAZO

Su etiología es desconocida, puede aparecer al final del

embarazo, durante el parto o en el puerperio inmediato. Una de las mejores maneras para evitar este problema sería con un control prenatal efectivo o con una atención adecuada durante el parto.

PLACENTA PREVIA

La placenta previa es más frecuente en gestantes múltiparas y en mujeres de edad avanzada. Esta anomalía puede considerarse como un desarrollo o una implantación defectuosos.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

Esta anormalidad es más frecuente en múltiparas y en toxémicas. Se caracteriza por que la placenta se incerta normalmente pero su desprendimiento ocurre con un proceso viciado, que puede ser parcial o total.

Quedan analizadas así muy brevemente algunas de las causas que no son Distocias verdaderas pero que sin embargo traen problemas de parto.

DISTOCIAS VERDADERAS

INERCIA UTERINA:

Clínicamente con el progreso de la dilatación del cuello uterino puede tenerse una idea exacta de la calidad del trabajo de parto, ya que en el parto normal existe una fase latente, que genera pocos cambios en el cuello. Enseguida se observa la fase más activa que es la que produce una dilatación más acelerada y más progresiva pero que antes de completarse presenta un retardo.

El alargamiento de cualquiera de estas fases se conoce como como inercia uterina o disfunción uterina, en la que cualquier fase de la dilatación del cuello comienza cuando el

progreso se detiene, porque una de las características del parto normal es la progresividad de las contracciones, se caracterizan por un gradiente de actividad, el cual es mayor en el fondo y menor en dirección del cuello. Su etiología es desconocida, aunque se considera que no se presenta en embarazos sucesivos, también es cierto que no se debe a anormalidades estructurales de la matriz.

Se conocen casos que producen esta anomalía distócica, tales como: distensión excesiva del útero, perturbaciones emocionales y fármacos que producen analgesia, también por el desarrollo defectuoso de los músculos o por una sobre distensión uterina, que es más común en múltiparas que en primíparas.

DISTOCIA CAUSADA POR ANORMALIDADES DE LA POSICION Y DE LA PRESENTACION

POSICION: Este término denota la relación que existe entre una parte dada del feto y el lado ya derecho o izquierdo de la madre. En consecuencia, cada presentación puede tener: posición derecha o posición izquierda.

PRESENTACION: Es la parte del feto que encaja en el estrecho superior, mismo que se puede palpar al través del cuello uterino, al realizar un examen vaginal.

Las diferentes relaciones que guarda el feto para con la madre en las últimas fases de la gestación, a las que se le da el nombre de Actitud o Habitus término, denotan la relación que guardan las diferentes partes fetales con la forma de la cavidad uterina.

PRESENTACIONES.

En el momento del parto, la presentación del feto es bien importante para una expulsión normal, sin embargo, algunas

presentaciones terminan en Distocia porque obstaculizan el trabajo del parto, dentro de estas podemos señalar las siguientes: a) Presentación cefálica, con sus modalidades de: cara, frente y bregma. b) Presentación pelviana y sus variedades de completas e incompletas. Estas últimas pueden adoptar nuevas modalidades que pueden ser: de nalgas, de pie y de rodillas. c) Presentación transversa, que puede darse como presentación de hombros y esta con sus variedades de dorso anterior y dorso posterior.

DESARROLLO EXCESIVO.

Existen muchos problemas en el parto que son causados por fetos con peso superior a lo normal, condicionado unas veces a enfermedades maternas tales como: diabetes, obesidad, etc., y otras a conformaciones anatómicas anormales.

Las malformaciones fetales que pueden presentarse, bienen clasificadas así: Dipsópo, Craneópago, Toracópago, Hidrocéfalo, Anencéfalo, etc., estas malformaciones del feto, causan Distocia al oponer dificultad a la expulsión.

ANOMALIAS DEL CORDON.

Si el cordón umbilical es anormal, conducirá a un parto con Distocia. Entre las anomalías del cordón y que son potencialmente distócicas, podemos citar las siguientes: a) longitud, si esta es más larga o más corta que lo normal, existe la posibilidad de que produzca problemas en el parto. b) Configuración, puede clasificarse como nudos, torciones, hematomas, etc. c) Variedades de inserción placentaria, aparecen cuando la inserción no es normal (central). d) Movilidad excesiva del feto.

Estas anomalías del cordón, al momento del ingreso de la paciente, pueden determinarse por el examen físico de rutina, que nos señalará si existe procidencia, procúbito o laterocidencia.

DISTOCIA CAUSADA POR PROBLEMAS PELVICOS

Se consideran en este párrafo, la anatomía pélvica y sus problemas anatómicos inclusive.

ANATOMIA PELVICA

Los huesos ilíacos, el sacro, y el cóccix, forman el llamado cinturón óseo al articularse, considerándose en ella, una superficie externa y otra interna.

ESTRECHO SUPERIOR

Está constituido por el promontorio que corresponde al borde anterior de la primera vértebra sacra. Sus diámetros son importantes y se nombran a continuación:

- a) Diámetro anteroposterior (Promonto suprapúbico), 11.5 cms.
- b) Diámetro transverso: 13.5 cms.
- c) Diámetro oblicuo: 13 cms.

ESTRECHO INFERIOR

Se encuentra formado por la sínfisis púbica, por las ramas isquiopúbicas, por los isquiones, por los ligamentos sacrociáticos mayores y por el cóccix. Sus diámetros son los siguientes:

- a) Anteroposterior: 9 cms.
- b) Sacrosupúbico: 11.5 cms.
- b) Biisquiático: 11.0 cms.

EXCAVACION PELVICA

En la excavación pélvica el estrecho medio corresponde a la articulación de la cuarta con quinta vértebra sacras, con el

ligamento sacrociático menor y la espina ciática. Sus diámetros son:

- a) Anteroposterior: 11.8 cms.
- b) Biisquiático: 10.8 cms.

Existen además en la cavidad pelviana partes blandas que tapizan las paredes óseas y cuya función es proteger a los órganos que ahí se albergan. Dada la importancia de estos músculos los señalo así: a) Obturador interno y b) músculo piramidal. El orificio que cierra las partes blandas constituye el perineo lugar donde se encuentran órganos anexos.

ESTRECHEZ PELVICA

La mayoría de problemas distócicos se deben a deformaciones y a diámetros reducidos que ocasionan impedimento a la salida del feto. Las variedades más frecuentes de estrechez, se pueden dividir en los grupos siguientes:

- a) Angostamiento del estrecho pélvico superior.
- b) Estrechez mesopélvica
- c) Angostamiento del estrecho pélvico inferior
- d) Combinación de angostamiento del estrecho pélvico superior, inferior y mesopélvico.

Se considera que la mayoría de problemas distócicos en el angostamiento del estrecho superior, aparecen cuando los diámetros disminuyen ya sea que ocurran en el anteroposterior o en el transversal, todo esto causa la dificultad obstétrica, a la que se agregan los problemas óseos que sufre la mujer en su infancia y que dan como resultado un desarrollo general defectuoso, esto puede producirse en el curso del embarazo, porque el útero tome posiciones anormales y esto impida al feto encajarse normalmente en la cavidad pélvica. Tomando en cuenta la deformidad de la pelvis, es frecuente que el feto tome presentaciones anormales y

cause problemas. Se ha comprobado que la talla es menor y como consecuencia el peso es deficiente, es importante agregar también que el cuello uterino raramente se dilata en su totalidad, impidiendo de esta manera la expulsión normal por el canal del parto. Aún más, las contracciones uterinas pueden ser débiles y tardías prolongando con ello el trabajo del parto y otras veces las contracciones uterinas se vuelven más frecuentes e intensas poniendo en peligro la vida de la gestante ante una posible ruptura uterina.

VARIEDADES RARAS

Existen variedades raras de pelvis, de las cuales consigno: Pelvis cifótica, pelvis ciforraquílica, pelvis escoliótica, pelvis cifoscoliótica y pelvis cifoscoliorraquílica.

Otras deformidades que también pueden indicarse son las que aparecen durante el desarrollo óseo de algunas mujeres, cuando sus fémures hacen fuerza contra los huesos pélvicos o por coxitis, luxaciones de fémur, pie equino, acortamiento de miembros, parálisis infantil, etc.

Cabe señalar además que los traumatismos de los tejidos blandos consecutivos a la región que nos ocupa, tales como: sarcomas, fibromas, osteomas, carcinomas, osteosarcomas, econdromas, etc. conducen también a deformar las pelvis y por consiguiente a formar problemas en el parto.

DISTOCIA POR ANORMALIDAD GENITAL

Se presentan a continuación una serie de anomalías en los genitales que pueden conducir a problemas en el momento del parto si no se tratan adecuadamente, se hará una breve descripción de las Distocias que pueden provocar.

- a) Vulva, esta puede presentar una atresia completa, que

puede ser congénita y causar problemas a la hora del parto, en ocasiones el orificio vulvar es muy pequeño, rígido o con elasticidad casi inexistente, presentando todo esto un efecto de adherencia o cambios cicatrizales que resultan de secciones.

b) Vagina. La atresia vaginal, en la mayoría de veces, se debe a problemas congénitos, otras en cambio pueden producir una atresia parcial, estas ocurren por accidentes provocando defectos en el conducto vaginal este caso es bien frecuente. Los tumores vaginales (quistes, carcinomas, fibromas, etc.), también causan Distocia en el parto.

c) Cuello uterino. Frecuentemente las anomalías del cuello son resultantes de manipuleo inexperto, por secuelas postoperatorias, o por desórdenes congénitos. Este órgano también es susceptible a las afecciones por tumores, fibromas, etc. y esto también conduce a la aparición de parto con Distocia.

CAPITULO VI ANALISIS ESTADISTICO

LA DISTOCIA Y LA PARIDAD.

Los datos estadísticos observados, debidamente comprobados nos llevan a concluir que la paridad es causal bien significativa del alto índice de Distocia en el parto (dentro de la muestra aparecen 35 casos no especificados).

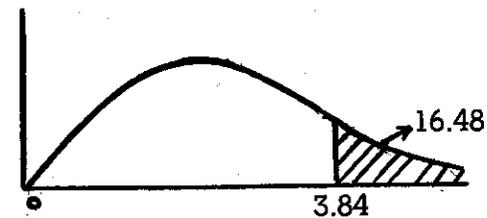
CUADRO No. 1

Paridad	fo.	fc.	fo-fc	(fo-fc) ²	(fo-fc) ² /fc.
Primigestas	102	150	48	2,304	15.36
Multiparas	163	150	13	169	1.12
Casos no determinados	35	---	---	---	---
TOTALES	300	300			16.48

$$\chi^2 = \frac{(fo-fc)^2}{fc} = \frac{(102-150)^2}{150} + \frac{(163-150)^2}{150}$$

$$15.36 + 1.12 = 16.48$$

GRAFICA No. 1



Ho: No hay relación entre Distocia y paridad.

Hi: Si hay relación entre Distocia y paridad.

La prueba de CHI cuadrado nos demuestra que la hipótesis nula se rechaza, por consiguiente se acepta la hipótesis alternativa.

Nota: Los términos: Ho y Hi son fórmulas estadísticas utilizadas para verificar la prueba de CHI cuadrado (χ^2), en donde Ho = hipótesis nula y Hi = hipótesis alternativa.

MANIPULACION POR PERSONAL INEXPERTO

Ho: La manipulación de personal inexperto provoca Distocia.

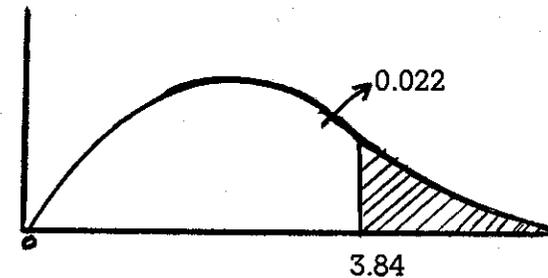
Hi: No hay provocación distócica por manipuleo de personal inexperto.

CUADRO No. 2

	fo.	fc.	fo-fc	(fo-fc) ²	(fo-fc) ² /fc
Manipuladas	55	54	1	1	0.018
No manipuladas	245	246	1	1	0.004
TOTAL	300	300			0.022

$$\chi^2 = \frac{(fo-fc)^2}{fc} = \frac{(55-54)^2}{54} + \frac{(245-246)^2}{246}$$

$$0.018 + 0.004 = 0.022$$

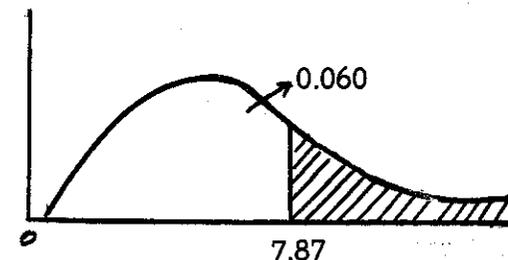


El proceso estadístico nos señala que los problemas distócicos sí están relacionados con el manipuleo de personal paramédico sin la debida experiencia (la hipótesis nula es verdadera).

LA DISTOCIA POR PRESENTACION CEFALICA ES MAS FRECUENTE

CUADRO No. 3

Presentaciones	fo.	fc.	fo-fc	(fo-fc) ²	(fo-fc) ² /fc
Cefalica	150	150	0	0	---
Podalica	51	51	0	0	---
Transversa	32	33	1	1	0.030
?	67	66	1	1	0.030
TOTAL	300	300			0.060



Ho. La Distocia en presentación céfalica es más frecuente.

Hi. La Distocia en presentación cefálica no es más frecuente.

La correspondiente prueba de CHI cuadrado nos indica que la hipótesis nula es verdadera, en efecto, la Distocia en presentación cefálica prevalece con más frecuencia sobre las otras presentaciones en el parto.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE PARTURIENTAS MANIPULADAS INDICANDO LA COMPLICACION A QUE FUERON CONDUCIDAS. HOSP. NAC. DE MAZATENANGO. ENERO 1976 - MARZO 1977.

Embarazadas	No. o/o	Cesa-rea o/o	For- ceps o/o	Ver- sio- nes o/o	Infec- ción o/o	Ret. Pla- centa o/o								
Múltiparas	32	10.66	6	2	7	2.33	7	2.33	7	2.33	7	10.66	3	1
Primigestas	23	7.66	7	2.33	6	2	3	1	23	7.66	3	1	3	1

CUADRO No. 2

HISTERECTOMIAS EFECTUADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO.
ENERO 1976 - MARZO 1977

Histerectomias	No.	o/o	Manipulada	o/o	Rup. Uterina	o/o
Primigestas	1	0.33	1	0.33	1	0.33
Multiparas	3	1.00	1	0.33	2	0.66
?	-	-	2	0.66	1	0.33
TOTAL	4	1.33	4	1.32	4	1.32

Nota: Aparecieron 2 pacientes sin determinar si tuvieron manipuleo.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE MALFORMACIONES FETALES CON
INDICACION DEL DEFECTO OBSERVADO. ENERO 1976 -
MARZO 1977.

Malformaciones Fetales	Multi- paras	Primi- gestas	o/o Multi- paras	o/o Primi- gestas
Hidrocefalo + Espina bifida	5	---	1.66o/o	---
Hidrocefalo	10	---	0.33o/o	---
Anencefalos	6	---	2.00o/o	---
Polihidramnios	2	---	0.66o/o	---
Polhidriamnios + Anencefalo	1	---	0.33o/o	---
Polihidramnios	---	1	---	0.33o/o
TOTAL	24	1	7.98o/o	0.33o/o

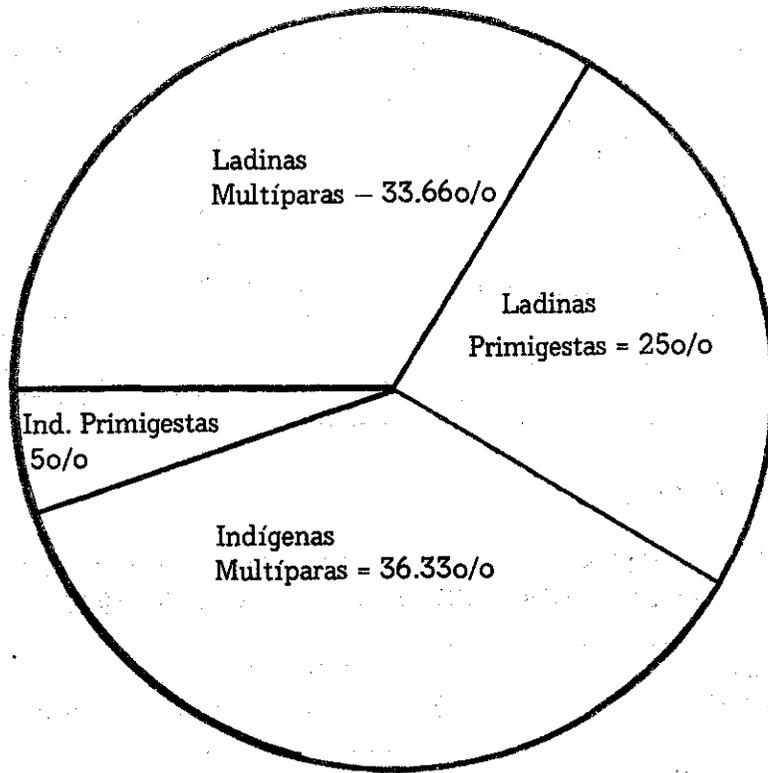
CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE ANOMALIAS PLACENTARIAS
OBSERVADAS ENERO 1976 - MARZO 1977

Anomalia Placentaria	No.	Primí- paras	Multi- paras	o/o
Placenta previa Total	2	1	1	28.57
Placenta previa Parcial	2	-	2	28.57
Desprendimiento prematuro de placenta	3	1	2	42.86
TOTAL	7	2	5	100o/o

GRAFICO No. 1

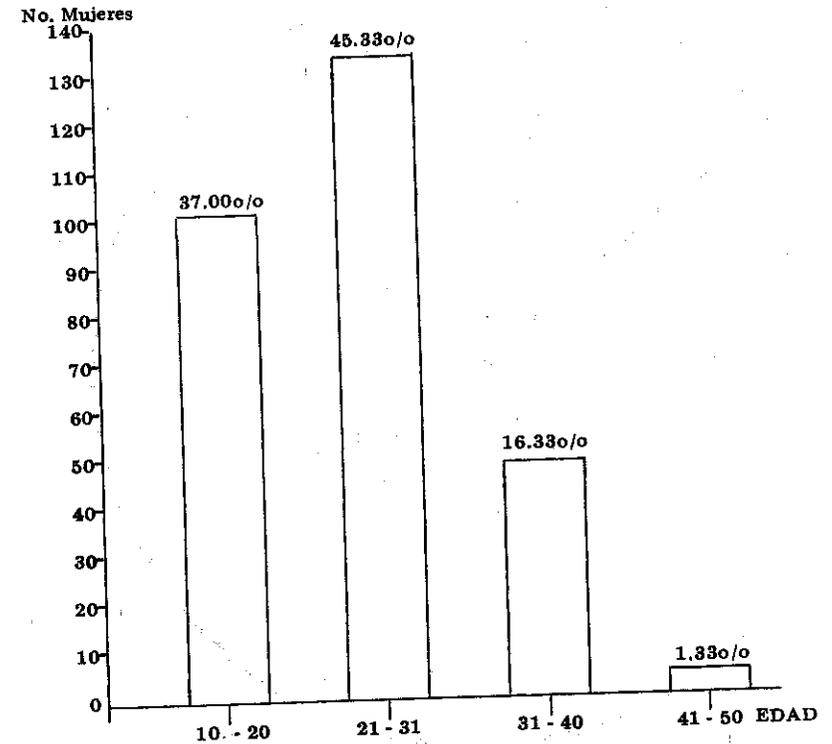
POBLACION GESTANTE DEL DEPARTAMENTO DE SUCHITEPEQUEZ, DISTRIBUIDA POR PARIDAD Y GRUPO ETNICO. ENERO 1976 - MARZO 1977.



Ladinas	Multiparas	101 - 33.66o/o
	Primigestas	75 - 25o/o
Indígenas	Multiparas	109 - 36.33o/o
	Primigestas	15 - 5o/o

GRAFICO No. 2

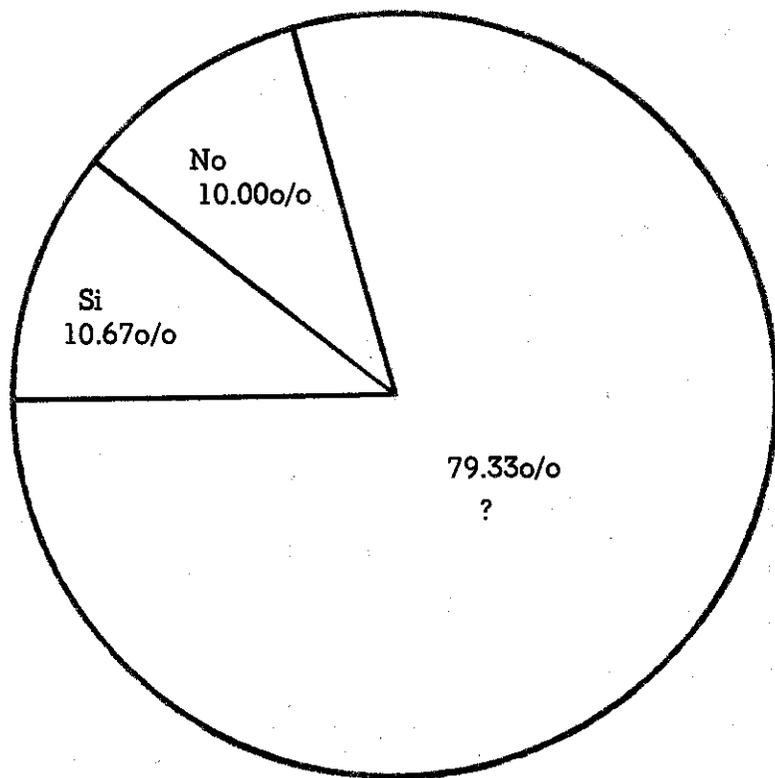
UNIVERSO GESTANTE (EN PORCENTAJES) ATENDIDO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO ENTRE ENERO DE 1976 Y MARZO DE 1977



Edad	No. Mujeres	Porcentaje
10-20	111	37.00o/o
21-30	136	45.33o/o
31-40	49	16.33o/o
41-50	4	1.33o/o

GRAFICO No. 3

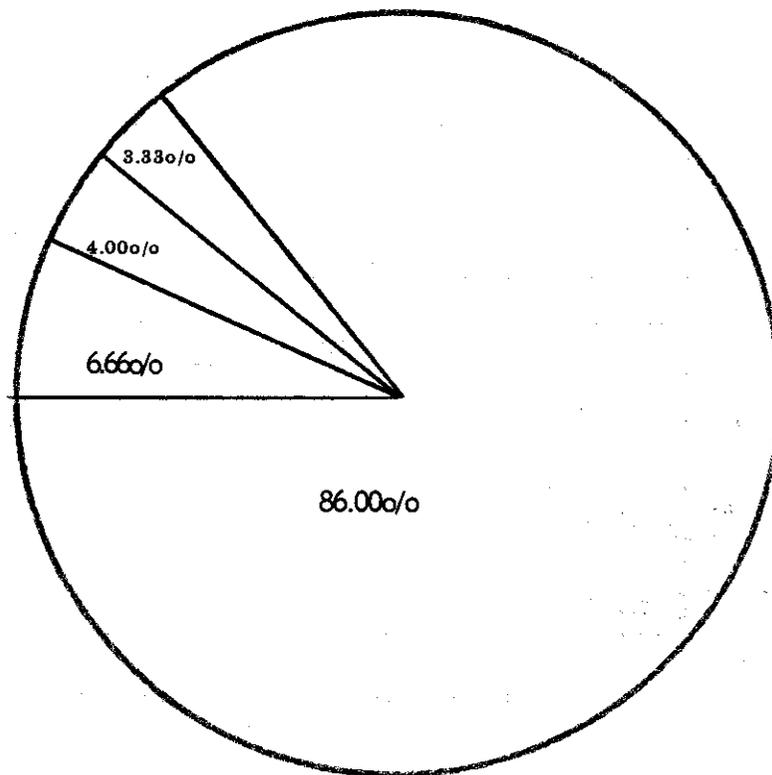
INDICE DE CONTROL PRENATAL. ENERO DE 1976 - MARZO DE 1977



CONTROL PRENATAL		
Si	32	10.67o/o
No	30	10.00o/o
?	238	79.33o/o

GRAFICO No. 4

ANOMALIAS DE CORDON UMBILICAL (PORCENTAJES) OBSERVADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO. ENERO 1976 - MARZO 1977



ANOMALIAS CORDON

Prolapso	20	6.66o/o
Procedencia	12	4.00o/o
Circular	10	3.33o/o
Normales	258	86.00o/o

GRAFICO No. 5

REPRESENTACION DE ACCIDENTES EN MEMBRANAS AMNIOTICAS (PORCENTAJES)

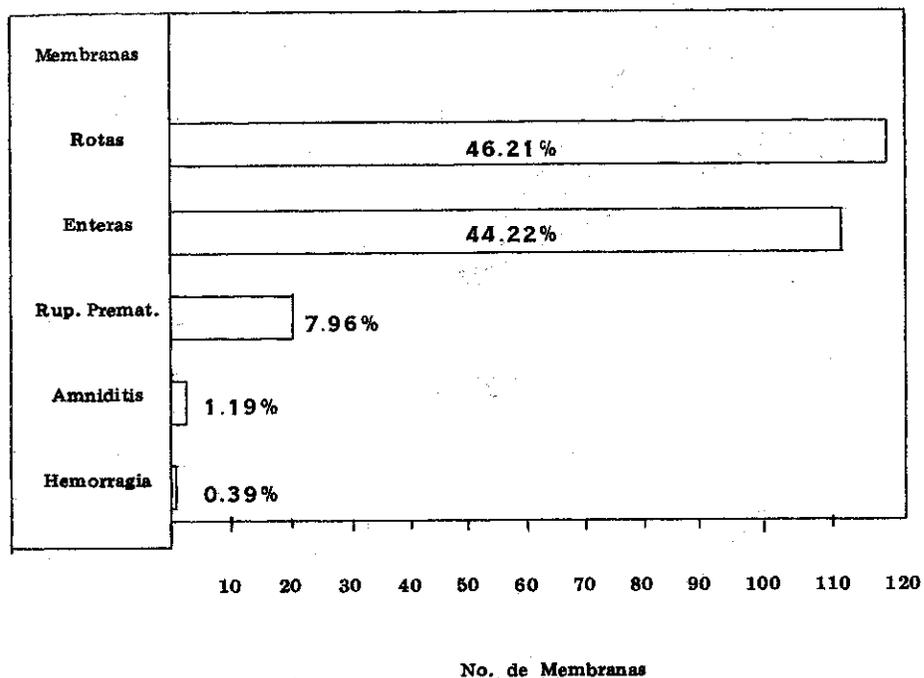
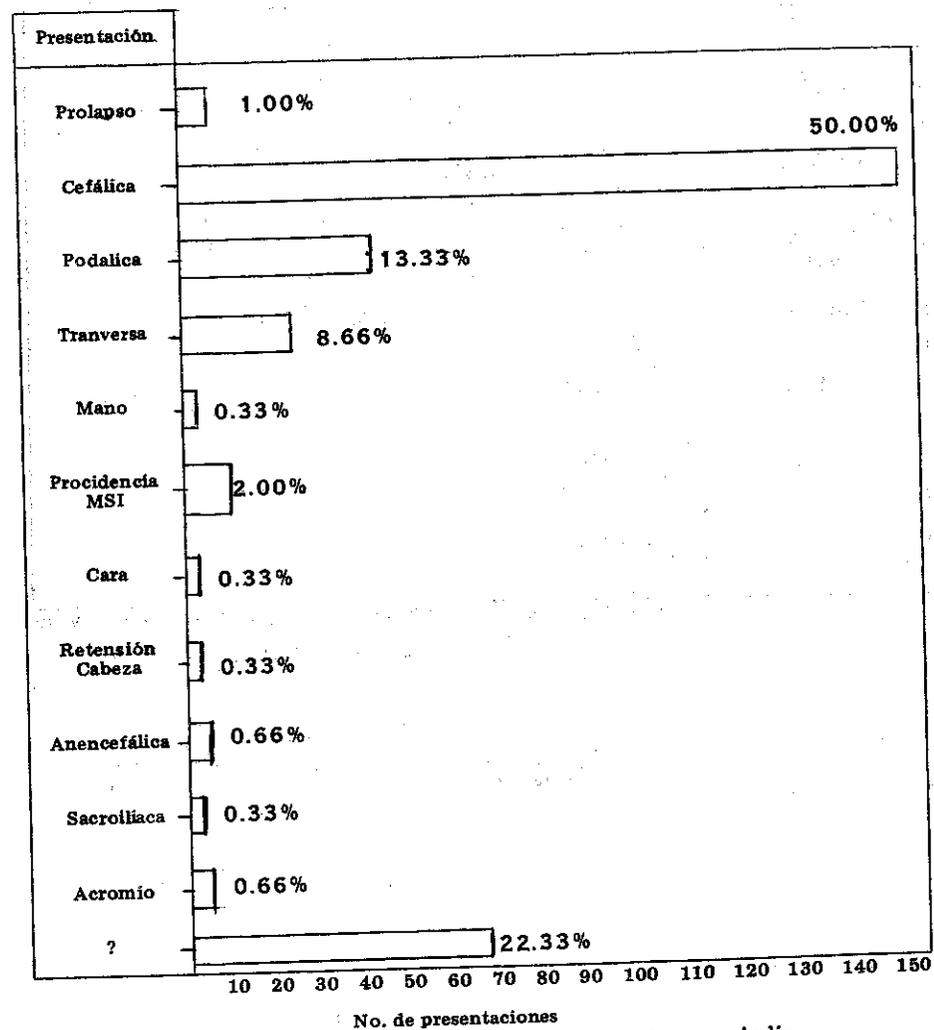


GRAFICO No. 6

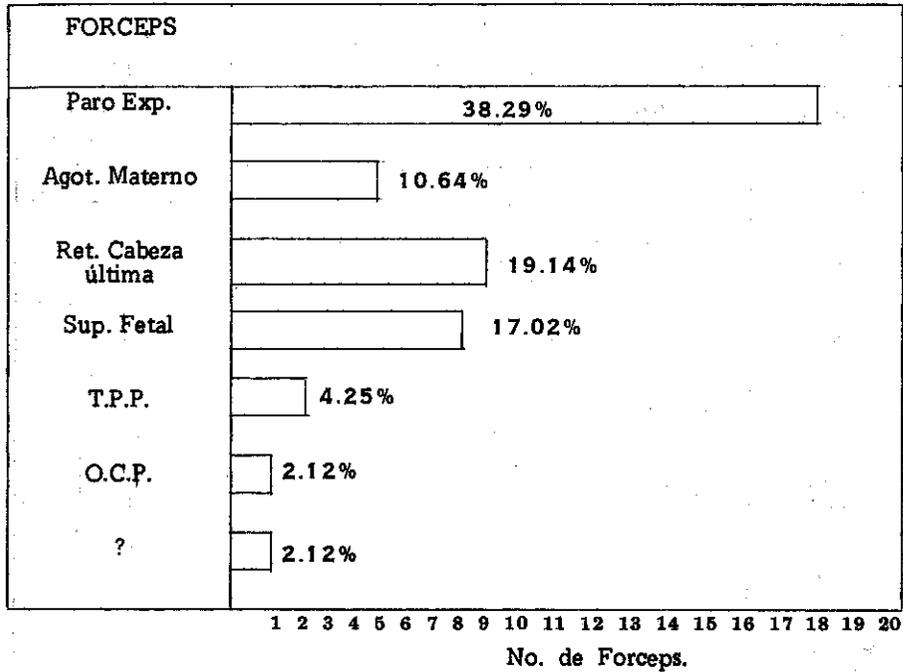
FRECUENCIA EN PORCENTAJES DE PRESENTACION ADOPTADA EN EL PARTO. HOSP. NACIONAL DE MAZATENANGO. ENERO 1976 - MARZO 1977



Nota: Aparecen 67 casos cuya presentación no se indica.

GRAFICO No. 7

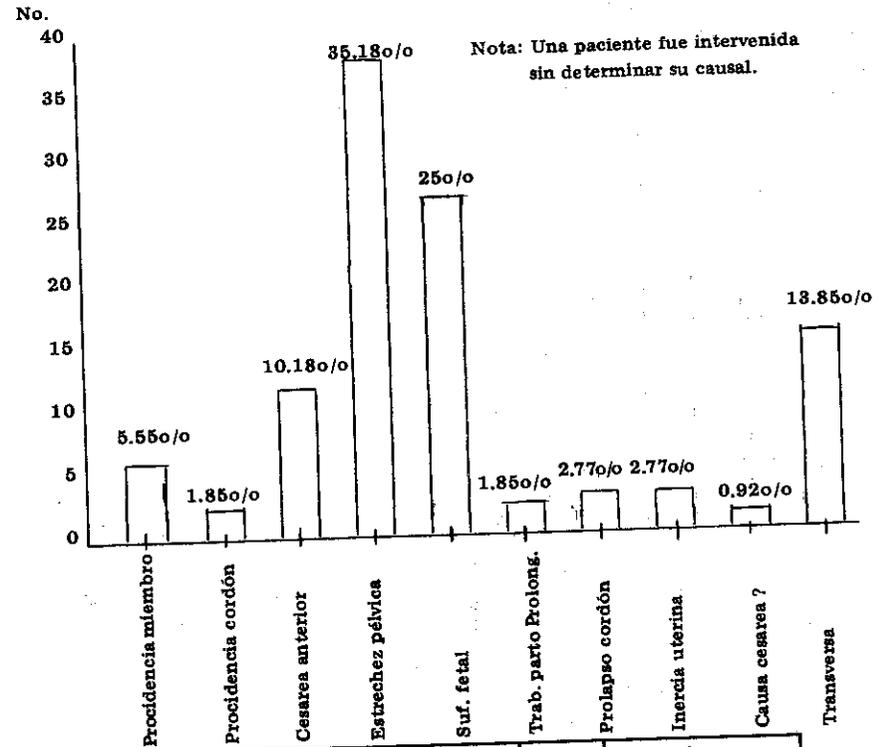
FORCEPS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO. ENERO 1976 - MARZO 1977



Nota: Aparece un caso de forceps, cuyo motivo no fué señalado.

GRAFICO No. 8

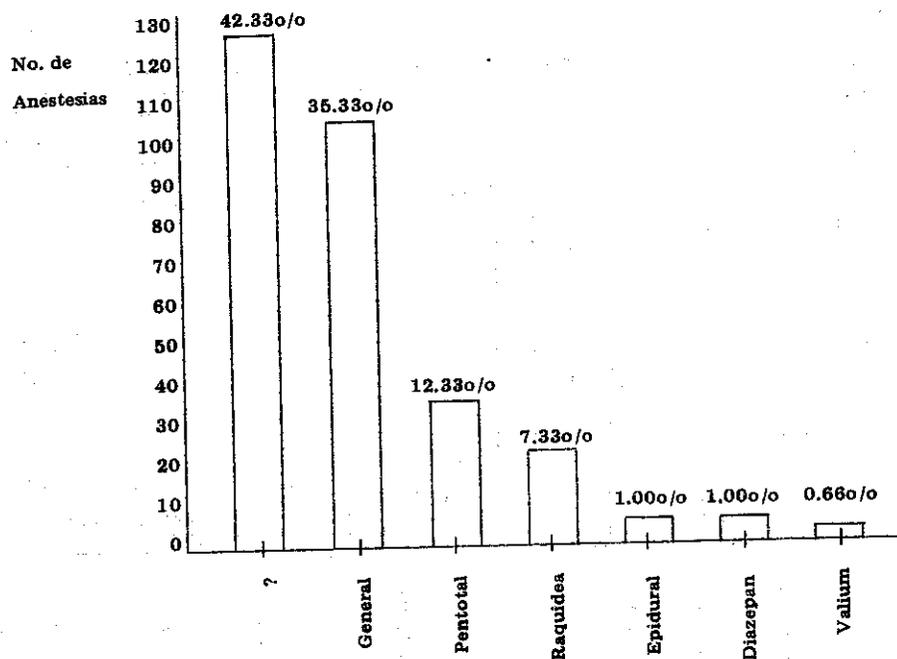
DISTRIBUCION DE CESAREAS, INDICANDO SU CAUSAL. HOSP. NACIONAL DE MAZATENANGO. ENERO 1976 - MARZO 1977



Cesarea	No.	o/o
Proci dencia miembro	6	5.55o/o
Proci dencia cordón	2	1.85o/o
Cesarea anterior	11	10.18o/o
Estrechez pélvica	38	35.18o/o
Suf. fetal	27	25o/o
Trab. parto prolong.	2	1.85o/o
Prolapso cordón	3	2.77o/o
Inercia uterina	3	2.77o/o
Causa cesarea ?	1	0.92o/o
Transversa	15	13.85o/o

GRAFICO No. 9

ANESTESIA APLICADA EN DIFERENTES CLASES DE DISTOCIA.
INTERVENCIONES VERIFICADAS EN EL HOSP. NACIONAL DE
MAZATENANGO. ENERO 1976 - MARZO 1977.



Nota: Se encontraron 127 casos, cuyo anestésico no se determinó

Anestesia	Número	Porcentaje
Epidural	3	1.00o/o
General	106	35.33o/o
Raquídea	22	7.33o/o
Diazepan	3	1.00o/o
Pentotal	37	12.33o/o
Valium	2	0.66o/o
?	127	42.33o/o

CAPITULO VII CONCLUSIONES

1. La Distocia es un problema clínico-asistencial de carácter mundial que observa en nuestro país una marcada incidencia, que muchas veces llega a entorpecer el normal funcionamiento de nuestros centros hospitalarios.
2. El presente trabajo de tesis me permitió comprobar el alto número de pacientes que demanda atención por el motivo estudiado y que en su mayoría son personas de un nivel socio-económico inferior.
3. Que las campañas educativas son un medio necesario y eficaz para minimizar las dimensiones del problema, al promover el cambio de las concepciones ancestrales por siglos arraigadas en nuestro pueblo.
4. La preparación que se otorga a las comadronas no es lo suficiente idóneo por lo que, repetidamente contribuyen a generar problemas en el parto.
5. Se comprobó que la población gestante, en número muy significativo, evade su atención prenatal, lo cual es muy negativo para el normal embarazo. Cabe insistir que tal evasión tiene mucho que ver con las condiciones socio-económicas y a la ignorancia que para desdicha de nuestro pueblo aún prevalecen sin ser superadas.

CAPITULO VIII RECOMENDACIONES

La realización cuidadosa de este trabajo me anima plantear las siguientes recomendaciones al Ministerio de Salud Pública, para que de ser oídas la salud materno-infantil de la población guatemalteca se mejore sustancialmente, si mi propósito es valedero para tal fin, junto a mi formación académica será uno de mis mejores galardones.

1. Que Salud Pública, al través de sus organismos, implemente los programas actuales de asistencia Materno-Infantil, de tal modo que, su cobertura sea dinámica y de proyección nacional.
2. Habida cuenta que la tradicional comadrona es un auxiliar paramédico, por el momento insustituible en nuestro país, estas deben ser integradas por la mayor celeridad en los programas de verdadera orientación y adiestramiento, con el fin de que su trabajo se revierta en beneficio al pueblo a quien atienden.
3. Que Salud Pública supervise constantemente el trabajo de las comadronas y de Puestos de Salud, ya que de esta manera, se lograría mejorar cuali-cuantitativamente la atención que la población reclama.
4. Iniciar una pronta revisión de los actuales programas de salud con énfasis prioritarios en los de salud Materno-Infantil, actualizando los que ya se tienen y creando los que hagan falta.
5. Las campañas para incentivar el tratamiento prenatal deben incrementarse a todos los niveles poblacionales de todo el país.

6. Que el material de registro de ingresos a los hospitales se elabore con cuidado y esmero, ya que de hacerlo así evitaría muchos problemas innecesarios.

AGRADECIMIENTOS:

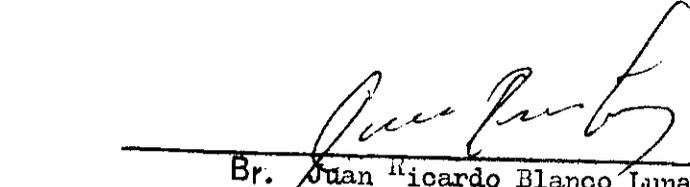
La feliz realización de este trabajo no hubiera sido posible sin la valiosa colaboración de las siguientes personas:

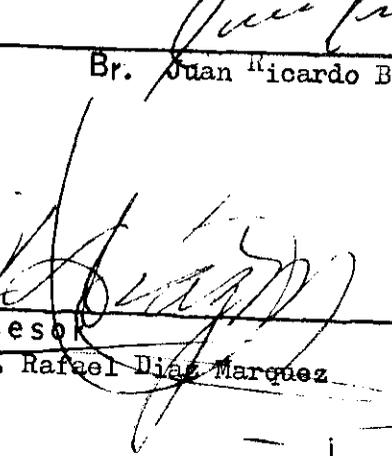
Sra. Maritza Carbajal de Luna, Srita. Magda Martínez Sos
Srita. Delia Teresa Sandoval, personal que labora en el Archivo del Hospital Nacional de Mazatenango.

A quienes el autor deja testimonio de su sincera gratitud.

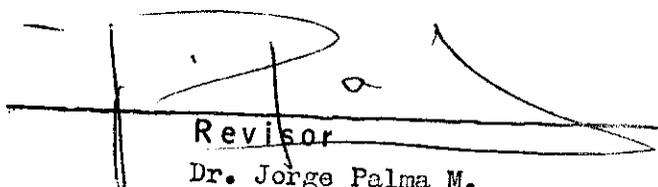
BIBLIOGRAFIA

- H. Rouviere, COMPENDIO DE ANATOMIA Y DISECCION. Reimpresión revisada, 1976, Editorial Salvat.
- Edmund R. Novack, Jones, TRATADO DE GINECOLOGIA. Novena edición, Editorial Interamericana.
- Williams, Nicholson, OBSTETRICIA. Tercera Edición, Editorial Salvat.
- Schwarcz, Sala, Duverges, OBSTETRICIA. Tercera Edición, Editorial El Ateneo.
- PROGRAMA DE SALUD MATERNO INFANTIL DEL AREA DE SALUD DE SUCHITEPEQUEZ, Folletos V Seminario Nacional de Salud Materno-Infantil Mazatenango, Guatemala.
- ARCHIVO DEL DPTO. DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE MAZATENANGO.
- Murray R. Spiegel. Estadística, Edición 1970, Editorial McGraw - Hill.


Br. Juan Ricardo Blanco Luna

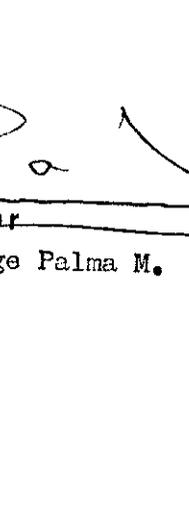

Asesor

Dr. Rafael Díaz Márquez


Revisor

Dr. Jorge Palma M.


Director de Fase III
Dr. Julio de León.


Secretario General

Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.


Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo.