UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

" DISTOCIAS OBSTETRICAS EN EL HOSPITAL
GENERAL DE OCCIDENTE "

(Revisión de 250 casos atendidos durante el año 1977)

TESIS

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

POR:

MIRIAM ELIZABETH MORALES MEZARINE

En el Acto de Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Julio de 1979

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. HIPOTESIS
- IV. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE DISTOCIAS
- V. MATERIAL Y METODOS
- VI. PRESENTACION DE RESULTADOS
- VII. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES
- X. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La Distocia Obstétrica es una de los mayores problemas con que se enfrenta el médico, sobre todo en hospitales de referencia regionales, como el caso del Hospital General de Occidente, en donde la gran mayoría de pacientes que consultan son en primer lugar de áreas rurales y en segundo lugar de clase socio económica baja; motivo por el que dichas distocias son descubiertas hasta el final del embarazo debido a la ausencia total de su control prenatal.

El presente trabajo es una investigación efectuada en el servicio de Obstetricia del Hospital General de Occidente y comprende un período de estudio retrospectivo de Enero-Diciembre 1977, en el que se revisaron los archivos y los registros clínicos del mencionado Hospital.

El motivo de este estudio era conocer la forma en que se clasificaron las distocias, la frecuencia en que se presentan en nuestro país los métodos diagnósticos, la conducta seguida y la evolución tanto materna como fetal.

Es nuestro deseo que este trabajo sea una guía útil, con el objeto de que las conductas en lo que respecta a tratamiento, sean las adecuadas, con lo que el pronóstico materno-fetal mejoraría indudablemente.

OBJETIVOS

GENERALES:

1. Realizar un trabajo que sirva de referencia a trabajos posteriores.
2. Contribuir a la solución de los problemas Materno-Infantil en nuestro medio.

ESPECIFICOS:

1. Conocer la frecuencia de las distocias en el Hospital General de Occidente.
2. Determinar el número de pacientes que presentan Distocia y si han tenido control prenatal.
3. Conocer la edad materna más frecuente en que se presentó la Distocia.
4. Conocer la edad gestacional y la paridad de las pacientes que presentaron Distocia.
5. Conocer la procedencia de las mujeres que presentaron Distocia.
6. Conocer en que forma se solucionaron cada una de las distocias encontradas.
7. Conocer la morbi-mortalidad Materno-infantil.

HIPOTESIS

1. La Estrechez Pélvica es la distocia más frecuente en el Hospital General de Occidente.
2. La distocia se detecta con más frecuencia en las mujeres del área rural por no contar con un control prenatal adecuado.

GENERALIDADES

Definición de Distocia:

Parto laborioso o difícil que requiere la intervención manual ó instrumental, puede ser; Fetal, Materna o Anexial.

La Distocia (parto complicado) puede definirse como falta de progreso en la dinámica del parto, a consecuencia de anomalías en los mecanismos que en él intervienen. Las causas de las distocias están comprendidas en tres grandes grupos:

1. Contracciones subnormales o anormales que no tienen fuerza suficiente para vencer la resistencia que los tejidos blandos y el canal óseo del parto presentan al nacimiento del feto. La debilidad de la actividad uterina "Disfunción Uterina" (inercia).
2. La presentación o desarrollo anormal del feto, de tal forma que no puede ser expulsado por la vía atérgea.
3. Anomalías en el tamaño o características del canal del parto que presenta un obtáculo al descenso del feto.

La estrechez pélvica se asocia a menudo con disfunción uterina y las dos conjuntamente forman la causa más frecuente de Distocia. Ciertas complicaciones en el transcurso del parto (tales como; Desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa y rotura de útero) pueden llevar a diferentes trastornos que interfieren con el normal progreso del parto.

DISTOCIA POR DISFUNCION UTERINA

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

Dichas contracciones pueden ser: Hipotónicas o Hiper-tónicas. Las contracciones hipotónicas prolongan la fase de desaceleración del trabajo de parto, y las contracciones hipertónicas generalmente ocurren en la fase activa del trabajo de parto, son más graves para la madre y el feto y se hacen más graves a medida que avanza dicho trabajo de parto, si se logra completar el parto, tanto una como la otra pueden ser la causa de una atonía uterina en el puerperio.

Existen varias situaciones que pueden dar origen a una Distocia Uterina tales como; Las anomalías y los tumores del útero (útero bicorne), la distensión uterina (polihidramnios), el trabajo de parto diferido (muerte fetal), las anomalías cervicales (cicatrices, fibrosis o tumores) y las enfermedades maternas (Hernia abdominal o padecimientos crónicos). Algunos casos que se califican de Idiopáticos, quizá obedecen a factores psíquicos.

Cuando menos 90% de los casos de Distocia uterina se presenta en primigrávidas, esta alteración complica 2-3% de los trabajos de parto a término.

DISTOCIA POR ANORMALIDADES EN LA POSICION PRESENTACION O DESARROLLO DEL FETO

A.) Posiciones posteriores de accipucio persistentes:

En la mayoría de casos; las posiciones posteriores de occipucio experimentan una rotación espontánea anterior, seguida por un parto espontáneo. En el 6% de los casos la rotación no tiene lugar (posición occipital posterior persistente).

Las razones para la incapacidad de rotación son desconocidas, el estrechamiento de la pelvis anterior y media (común en las pelvis Androides y Antropoides) desempeña un papel importante, muchas pacientes pueden parir de manera espontánea con la posición occipital posterior persistente, sin embargo en la práctica moderna, es frecuente la aplicación de fórceps.

El mejor método para operar dependerá de la experiencia y destreza del obstetra, del tipo de pelvis, del grado de moldeamiento de la cabeza fetal, y del tamaño del niño. Si la cabeza está considerablemente moldeada, el parto con fórceps en una occipital posterior es menos traumatizante para la madre y el niño. La decisión para alumbrar la cabeza en una presentación posterior depende fundamentalmente de si hay otros factores que amenacen o dificulten la rotación artificial. Para determinar si tales factores están presentes se intenta suavemente la rotación, ya sea manualmente, ya con fórceps; pero si una cabeza moldeada está tan enclavada en la pelvis que interfiere la rotación, se práctica el alumbramiento del niño en posición occipital posterior siempre que pueda realizarse fácilmente, si se decide realizar el parto en occipital posterior hay que practicar episiotomía medio lateral y efectuar lentamente la extracción con fórceps. A menudo se requiere

una tracción mayor que la usual, se necesita mantenerse durante 5-10 minutos, con un amplio repaso entre las tracciones, hay que emplear en este procedimiento la anestesia por bloqueo espinal, caudal, o de los nervios pudendos.

Para realizar la rotación occipital posterior persistente, se pueden hacer varios procedimientos como:

a.) Rotación Manual:

Para cambiar la posición posterior a transversa, seguida por extracción con fórceps Kielland o fórceps clásico.

b.) Rotación y alumbramiento con el fórceps Kielland y la técnica se Scandoni.

Si la cabeza permanece alta en la pelvis detenida en posición transversa profunda, existe una tendencia a reemplazar un fórceps a nivel medio por una cesárea.

B. PRESENTACION DE CARA:

En las presentaciones de cara, la cabeza está muy extendida para que el occipucio se ponga en contacto con la espalda, mientras que la cara mira hacia adelante, la cara ocupa con mayor frecuencia el diámetro oblicuo derecho o izquierdo de la pelvis dando lugar a las posiciones MIA o MDP.

Etiología: Aparecen con mayor frecuencia cuando la pelvis es reducida o el feto muy grande. En multíparas, el abdomen péndulo es otro factor que predispone a la presentación de cara, su existencia permite que el dorso del feto se doble adelante y lateralmente, y a menudo en la misma dirección en la que se destaca el occipucio, facilitando la extensión de la columna vertebral cervical y torácica; al mismo tiempo

el eje fetal queda desplazado del canal del parto.

Un tamaño excesivo del cuello y tórax, las vueltas del cordón al rededor del cuello, la contracción espástica o el acortamiento congénito de los músculos cervicales del feto pueden causar la extensión. Los fetos anencefálicos se presentan siempre de cara debido a la falta de desarrollo del cráneo.

C. PRESENTACION DE FRENTE:

Es una presentación rara distócica y de pronóstico grave, peor que la presentación de cara.

En las presentaciones de frente la cabeza ocupa una posición media entre la flexión completa y la extensión completa y la parte entre el borde orbitario y la gran fontanela se presenta en el estrecho superior de la pelvis.

El mecanismo del parto, varía de acuerdo con el tamaño del feto que con frecuencia está por debajo de lo normal, con los fetos pequeños el parto suele ser fácil. La causa de la dificultad reside en el enclavamiento en el estrecho superior del diámetro que tiene 13.5 cms. por término medio. En consecuencia, el enclavamiento es imposible después de un intenso moldeamiento de la cabeza mediante el cual, el diámetro occipital disminuye y el fronto occipital aumenta. Después del amoldamiento y descenso la frente en ocasiones gira anteriormente y aparecen en la vulva la región frontal, los bordes orbitarios y la raíz de la nariz.

En ocasiones, la frente desciende al estrecho inferior de la pelvis con la sutura frontal directamente transversal y el feto con la cabeza en esta posición.

Un feto grande es incapaz de penetrar en el canal del parto sin un considerable moldeamiento de la cabeza, lo cual alarga el parto y produce las características deformaciones cefálicas al nacer.

PRESENTACION PODALICA O PELVICA:

La frecuencia de la presentación podálica es de 2.5% a 3.5% de los partos. Si solamente se consideran los fetos a término, la primera cifra es la más exacta para una serie grande de productos. La presentación podálica es más común en multíparas que en primigrávidas.

Es habitual en algunas mujeres, varios factores se relacionan con esta posición y se ha dicho que interfieren en la adaptación más común junto con polihidramios, hidrocefalia, placenta previa, tabique uterino parcial, prematuridad y gemelares.

Cada parturienta con presentación de nalgas deberá ser considerada un riesgo elevado. El parto se efectuará en una unidad de maternidad bien atendida, vigilada y supervisada por un equipo capaz de obstetras y el parto lo atenderá un obstetra experimentado.

Si la madre es primigrávida, si el feto es grande a la presentación pélvica es completa, el pronóstico se mejora cuando el trabajo de parto es normal, y especialmente cuando el rompimiento y dilatación cervicales ocurren con rapidez. En la mayoría de los hospitales, las tasas burdas de mortalidad fetal-neonatal en partos pélvicos varían de 10 a 20%. Por esta razón, se emplea la cesárea. Excluyendo los productos con peso 2.5 kg. la tasa de mortalidad perinatal es de 5-6% en el parto de nalgas.

Aun cuando la mortalidad materna, en relación a presentaciones pélvica, se aproxima a la de presentaciones cefálicas, la morbilidad materna se eleva en proporción a las intervenciones operatorias necesarias.

La presentación pélvica recurre en 20% de los casos.

E) SITUACION TRANSVERSA

La situación transversal del feto, más frecuentemente llamada presentación de hombro, es una situación distócica por excelencia. El feto ubica su diámetro mayor perpendicularmente frente al diámetro mayor del útero, esta situación es más bien oblicua que transversa, con uno de los polos más descendido que el pelviano.

Se establece una acentuada desproporción entre el feto que coloca de tal modo, adquiere los caracteres de un volumen excesivo frente a la pelvis, constituyéndose distócico.

En las situaciones transversales, el hombro ocupa casi siempre el estrecho superior, la cabeza se sitúa en una fosa ilíaca y las nalgas en la otra, se habla pues de Acromion. El lado de la madre hacia el cual se dirige el Acromion determina la designación de la posición como acromial derecho o izquierdo, teniendo en cuenta que la espalda puede estar dirigida anterior o posteriormente, superior o inferiormente, se acostumbra distinguir variedades como dorso anterior y dorso posterior. En general se acepta que se produce esta anomalía en una de cada parto. Se presenta con mayor frecuencia en las multiparas (60%) que en las primíparas (40%). Se pueden señalar causas de orden materno como: Multiparidad, vicios pelvianos, útero bicorne, tumores del fondo del útero, del segmento o previos, la oblicuidad del útero, al desarrollo

insuficiente del segmento inferior, algunas histeropexias que impiden al fondo del útero elevarse hacia lo alto y ciertas profesiones (costureras, lavanderas).

Causas fetales: Fetos pequeños o prematuros, los gemelares, los muertos o macerados; exceso de volumen total del feto (gigantismo) o parcial (hidrocefalia, tumores sacrococcigeos).

Causas ovulares: Placenta previa y la brevedad del cordón; el hidramnios (en que el feto posee exceso de movilidad).

Diagnóstico: Presentación de hombros en partos anteriores, abdomen aumentado en sentido transversal, palpación de dos polos laterales, menos altura uterina, triángulo vacío suprapúbico.

El pronóstico: es grave para la madre y el feto, cuando este se abandona a su propio esfuerzo.

Tratamiento:

- 1) En el embarazo, versión externa
- 2) En el parto: a) versión externa b) versión interna c) Cesárea

DISTOCIA DE ORIGEN FETAL:

Se manifiestan por no encajamiento o por enclavamiento de la presentación. En las presentaciones cefálicas con desproporción originadas por un feto grande o hidrocefálico, puede suceder que la cabeza nunca llegue a encajarse en el estrecho superior. Las deformidades o el gran tamaño del feto pueden permitir que sólo la cabeza atravesase el estrecho superior, pero el descenso se detiene por resultar imposible el pa-

so del cuerpo a través del mismo. En las presentaciones podálicas el enclavamiento ocasionado por la deformidad puede retardar o impedir el nacimiento.

Causas de Distocia fetal:

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

B) Anomalías del desarrollo del feto: hidrocefalia, monstruos (siameses)

C) Circunferencia anormal del feto:

- 1) Anormalidad intensas; hidropesía fetal, ascitis, tumores abdominales (riñón poliquístico, teratoma).
- 2) Anormalidades externas (mielomeningoceles: neoplasma del sacro).
- 3) Situación o presentación viciosa del feto: transversa, oblicua, de hombre o compuesto.

ANOMALIAS EN EL TAMAÑO O CARACTERISTICAS DEL CANAL DEL PARTO QUE PRESENTA UN OBSTACULO AL DESCENSO DEL PRODUCTO

El canal del parto, como se sabe, está constituido por una parte ósea (los huesos y articulaciones de la pelvis) y por estructuras músculo aproneuróticas que lo continúan hasta el periné (canal blando). Una u otra parte de este conducto pueden dificultar el parto a las dos a la vez.

DISTOCIA OSEA:

La pelvis, durante su crecimiento, puede sufrir deformaciones o llegar a la adultez con un desarrollo incompleto. Las anomalías de la pelvis ósea pueden dificultar o impedir la progresión fetal: es llamada distocia ósea. La distocia se presenta cuando existe reducción acentuada de cualquiera de las dimensiones importantes de la pelvis, a no ser que otros diámetros pélvicos compensen siendo más amplios de lo normal, una desproporción relativa obstaculizará el parto de un producto normal y la desproporción absoluta lo impedirá.

La obstrucción puede encontrarse en el estrecho superior, en la excavación, en el estrecho inferior o en los tres. En realidad, no siendo el estrecho un plano verdadero sino un espacio superficial, una extensión del plano medio de la pelvis. El plano medio pélvico y el estrecho inferior deben ser considerados como una unidad para el manejo de estrechez pélvica.

Cualquier medición pélvica adquiere valor solamente cuando se le relaciona con el tamaño fetal, la desproporción puede acontecer con pelvis "normal" o aun con pelvis "Amplias", si el producto es relativamente grande.

Se reconocen tres niveles de Distocia pélvica " Distocia del estrecho superior, del medio y del inferior.

A. Distocia del estrecho superior: La distocia del estrecho superior se presenta en 1-2% de las embarazadas a término.

La falta de encajamiento cefálico, antes o durante el principio del trabajo de parto, puede indicar desproporción cefalopélvica.

El encajamiento depende además del adecuado estrecho superior 10.5 cms. las dimensiones y de la moldeabilidad cefálica, asimismo puede llegar por un pseudo cabalgamiento cefálico sobre el cinturón pélvico debido a anteversión uterina, o también por inserción baja de la placenta, presentación viciosa, o por anomalías fetales, el diagnóstico de distocia del estrecho superior sugiere cuando fallan los intentos de acomodación de la cabeza en el estrecho, mediante aplicación de presión en el fondo uterino.

B. Distocia del estrecho medio: La estrechez de la excavación pélvica, aislada es de 4-5 veces tan frecuente como la reducción del estrecho superior por sí sola.

La falta de espacio suficiente en la excavación pélvica, debe sospecharse antes del encajamiento de la presentación en presencia de un estrecho inferior reducido, de espinas ciáticas prominentes o muy próximas, constitución androide, sacro aplanado o irregular, ruptura prematura de membranas, o presentación viciosa del producto. La distocia pélvica del estrecho medio puede obedecer a una estructura pélvica en embudo (convergencia de las paredes laterales, aplanamiento de curvatura sacra), o a la presencia de proyecciones anormales hacia el canal pélvico por prominencias óseas (espinas ciáticas) o por neoplasmas.

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

C. Distocia de estrecho inferior: La distocia aislada del estrecho inferior es rara, casi siempre se encuentra asociada del estrecho medio.

DISTOCIA DE LAS PARTES BLANDAS MATERNAS:

Es el obstáculo que puede encontrar el feto en su progresión constituido por el cuello del útero, por la vagina, por la vulva y por el periné algunos tumores llamados previos que por su ubicación debajo de la presentación fetal impiden su encajamiento.

DISTOCIA CERVICAL:

Pueden ser funcionales o anatómicas.

Funcionales: Son las motivadas por anomalías contráctiles del útero, se observan con mayor frecuencia en la práctica obstétrica.

Distocias Anatómicas:

Aglutinación del cuello: El orificio del cuello es inextensible debido a la presencia de adherencias en sus bordes, formadas por bridas de fibrina más o menos laxas, pero suficientes para impedir la dilatación. La aglutinación se produce por procesos infecciosos a nivel de la mucosa cervical. Desde el punto clínico, durante el parto se observa una hiperdinamia ocasionada por la lucha de la contracción contra el obstáculo cervical.

Edema del Cuello: El cuello del útero puede adematizarse durante el embarazo, interesando en estas condiciones toda su extensión circunscribirse al labio anterior. Con mayor frecuencia se infiltra durante el parto debido a ciertas distocias

esfuerzo intempestivos de pujo, comprensión prolongada por la cabeza fetal, la dilatación progresa con mucha dificultad, por que el cuello edematizado es poco extensible. El edema muy pronunciado, que a pesar de una buena dinámica no permite la dilatación del cuello, puede requerir la operación cesárea abdominal, sobre todo en la primípara añosa.

Rigidez del Cuello: La estenosis es debido a una rigidez cicatricial o tumoral. Existe un predominio del tejido fibroso del cérvix originado casi siempre por cauterizaciones terapéuticas. La estenosis tumoral es motivada por un mioma cervical o por una neoplasia del cuello. La rigidez del cuello significa un obstáculo para la dilatación provocando a veces complicaciones de importancia.

Distocia por obstáculo vagina perineal: Pueden ser por anomalías de desarrollo como la atresia congénita y los tabiques longitudinales o transversales, se observan con muy poca frecuencia, las estrecheces cicatrizales de la vagina consecutivas a desgarros.

Distocias por el Periné: Puede ocurrir debido a una resistencia anormal, a edema o a cicatrices profundas.

Distocias por causas Ovulares:

El huevo está constituido por dos elementos; el feto y los anexos, el feto puede perturbar el parto por exceso de volumen; los anexos por diversas anomalías como: Las variaciones en la cantidad de líquido amniótico, brevedad o prociencia del cordón, inserción anormal de la placenta, resistencia de las membranas.

MATERIAL Y METODOS

A-1 RECURSOS HUMANOS

- a. Dr. Rene Crocker, Asesor.
- b. Dr. Nestor Guzmán, Revisor.
- c. Personal del Departamento de Estadística y Registros Médicos y archivo del Hospital General de Occidente.

A-2 RECURSOS FISICOS:

- a. Sección de Estadística y Archivo del Hospital.
- b. Fichas Clínicas de Pacientes con Distocia de 1977.
- c. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.
- d. Biblioteca del INCAP.
- e. Biblioteca de la OMS y OPS.
- f. Hojas de tabulación de datos.

B METODO.

- a. Se hizo uso del Departamento de Estadística y Archivo del Hospital, para revisar los registros Clí-

nicos que corresponden a las pacientes que presentaron distocia durante el año de 1977.

- b. La revisión de los registros Médicos se hizo por el método Retrospectivo, evaluando los siguientes aspectos: Edad, Control prenatal, edad gestacional, paridad, procedencia tipo de Distocia, solución de la distocia, estado del feto al ingresar, estado del niño al nacer, estado de la madre, pelvimetría y pomeroy.
- c. Luego de recabar los datos, se tabularon para su análisis e interpretación, conclusiones, y recomendaciones.
- d. Se elaboró una lista de la Bibliografía consultada para el estudio.

PRESENTACION DE RESULTADOS

A continuación se presentan los datos obtenidos durante la investigación Distocias en el año 1977.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR EDADES DE PACIENTES CON PARTO DISTOCICO.

EDAD EN AÑOS	No. PACIENTES	%
Menos de 15	1	0.40
15 - 20	81	32.40
21 - 26	81	32.40
27 - 32	54	21.60
33 - 38	22	8.80
39 - 40	11	4.40
TOTAL	250	100.00

CUADRO No. 2

PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES

AREA	No. PACIENTES	%
URBANA	108	43.2
RURAL	142	66.8
TOTAL	250	100.0

CUADRO No. 3

CONTROL PRENATAL

CONTROL PRENATAL	AREA URBANA		AREA RURAL	
	No. CASOS	%	No. CASOS	%
SI	75	69.4	41	28.8
NO	27	25.0	96	67.7
IGNORADO	6	5.6	5	3.5
TOTAL	108	100.0	142	100.0

CUADRO No. 4

PARIDAD DE LAS PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA

No. PARTOS	No. CASOS	%
1	109	43.6
2	48	19.2
3 ó más	93	37.2
TOTAL	250	100.0

CUADRO No. 5

PERIODO GESTACIONAL EN QUE SE PRESENTO LA DISTOCIA

PERIODO GESTACIONAL	No. CASOS	%
(28 - 37) Semanas	26	10.4
(38 - 42) Semanas	141	56.4
(+ de 42) Semanas	1	0.4
No anotadas	82	32.8
TOTAL	250	100.0

CUADRO No. 6

TIPO DE DISTOCIA ENCONTRADAS

DISTOCIA	No. Pacientes	%
Pelvis estrecha	99	39.6
Situación transversa	53	21.2
Podálica	22	8.8
Paro en expulsión	17	6.8
Sufrimiento fetal	8	3.2
Distocia de cuello	8	3.2
Placenta previa	6	2.4
Desproporción céfalo pélvica	4	1.6
Eclampsia	5	2.0
Trabajo de parto prolongado	4	1.6
Cesárea anterior	4	1.6
Agotamiento materno	3	1.2
Pre-eclampsia	2	0.8
Presentación de cara	2	0.8
Masa cervical	2	0.8
Gemelar	2	0.8
Hidrocefalea	2	0.8
Embarazo prolongado	2	0.8
Posición posterior de occipicio	1	0.4
Inercia Uterina	1	0.4
Laterosidencia de miembro S.O.	1	0.4
Obito fetal	1	0.4
Falta de descenso	1	0.4
Total	250	100.0

CUADRO No. 7

SOLUCION DE LAS DISTOCIAS CON SUS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS

Distocia:	Cstp		Corpórea		Forceps		Gran extr.		Histerectomía		Rojas		Maustrisou		Brach		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pelvis estrecha	91	36.4	5	2.0	3	1.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	39.6
Transversa	36	14.4	13	5.2	-	-	2	0.8	2	0.8	-	-	-	-	-	-	53	21.2
Podálica	9	3.6	1	0.4	-	-	1	0.4	-	-	7	2.8	3	1.2	1	0.4	22	8.8
Paro en Expulsión	-	-	-	-	17	6.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	6.8
Sufrimiento fetal	5	2.0	3	1.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	3.2
Distocia de cuello	8	3.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	3.2
Placenta previa	5	2.0	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	2.4
Desproporción céfalo	4	1.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1.6
Eclampsia	4	1.6	-	-	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	2.0
Trab. parto prolong.	3	1.2	-	-	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1.6
Cesárea anterior	3	1.2	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1.6
Agotamiento Materno	-	-	-	0.4	2	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1.2
Pre-Eclampsia	2	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.8
Presentación de cara	2	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.8
Masa cervical	1	0.4	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.8
Gemelar	1	0.4	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.8
Hidrocefálea	1	0.4	-	-	-	-	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.8
Post-madurez	2	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0.8
Posición Posterior	-	-	-	-	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.4
Inercia Uterina	-	-	1	0.4	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.4
Latero sidencia M.S.D	-	-	-	-	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.4
Obito Fetal	-	-	-	-	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.4
Falta de descanso	-	-	-	-	1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.4
Total	177	70.8	28	11.2	28	11.2	4	1.6	2	0.8	7	2.8	3	1.2	1	0.4	250	100.0

TIPO DE ATENCION

Procedimiento	Jefe	%	Médico de Guardia	%	Estud.	%	TOTAL No.	%
Cesárea Segmentaria	25	10.0	152	60.8	-	-	177	70.8
Cesárea Corpórea	3	1.2	25	10.0	-	-	28	11.2
Fórceps	8	3.2	20	8.0	-	-	28	11.2
Gran Extrac. Pelviana	2	0.8	2	0.8	-	-	4	1.6
Podálicas	2	0.8	4	1.6	5	2	11	4.4
Histerectomía	2	0.8	-	-	-	-	2	0.8
TOTAL	42	16.8	203	81.2	5	2	250	100.0

CUADRO No. 9

PELVIS ESTRECHA

Solución	Médicos de Guardia		Jefe de servicio		TOTAL	
	No. casos	%	No. casos	%	No. casos	%
Cesárea Corpórea	5	5.1	---	---	5	5.1
Cesárea Segmentaria	80	80.8	11	11.1	91	91.9
Fórceps	1	1.0	2	2.0	3	3.0
TOTAL	86	86.9	13	13.1	99	100.0

CUADRO No. 10

SITUACION TRANSVERSA

Solución	Médico de Guardia		Jefe de Servicio		TOTAL	
	No. casos	%	No. casos	%	No. casos	%
Cesárea Segmentaria	30	56.6	6	11.3	36	67.9
Cesárea Corpórea	11	20.7	2	3.8	13	24.5
Gran Extrac. Pelviana	--	---	2	3.8	2	3.8
Histerectomía	--	---	2	3.8	2	3.8
TOTAL	41	77.3	12	22.7	53	100.0

CUADRO No. 11

PRESENTACION PODALICA

	Med. de Guardia		Jefe de Serv.		Interno		Total	
	No. casos	%	No. casos	%	No. casos	%	No. casos	%
Cesárea Seg.	8	36.4	1	4.5	-	---	9	40.9
Cesárea Corpórea	1	4.5	-	---	-	---	1	4.5
Gran Extrac. Pelv.	-	---	1	4.5	-	---	1	4.5
Maniobra Rojas	1	4.5	2	9.0	4	18.2	7	31.8
Maniobra Maurisou	2	9.1	-	---	1	4.5	3	13.6
Maniobra Bracht	1	4.5	-	---	-	---	1	4.5
TOTAL	13	59.0	4	18.0	5	22.7	22	99.8

CUADRO No. 12

PARO EN EXPULSION

Solución	Fórceps	%
Médico de Guardia	13	76.5
Jefe de Servicio	4	23.5
TOTAL	17	100.0

CUADRO No. 13

SOLUCION DE SUFRIMIENTO FETAL CLASIFICADO COMO DISTOCIA

Solución	Médico de Guardia		Jefe de servicio		Total	
	No. casos	%	No. casos	%	No. casos	%
Cesárea Segmentaria	5	62.5	---	---	5	62.5
Cesárea Corpórea	2	25.0	1	12.5	3	37.5
TOTAL	7	87.5	1	12.5	8	100.0

CUADRO No. 14

PLACENTA PREVIA

Solución	Médico de Guardia		Jefe de Servicio		TOTAL	
	No. casos	%	No. casos	%	No. casos	%
Cesárea Segmentaria	4	66.6	1	16.7	5	83.3
Cesárea Corpórea	1	16.7	---	---	1	16.7
TOTAL	5	83.3	1	16.7	6	100.0

CUADRO No. 15

ELAMPسيا CLASIFICADA COMO DISTOCIA

Solución	Médico de Guardia	
	No. casos	%
Cesárea Segmentaria	4	80
Aplicación de fórceps	1	20
TOTAL	5	100

CUADRO No. 16

TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

Solución	Médico de Guardia	
	No. casos	%
Cesárea Segmentaria	3	75
Aplicación de Fórceps	1	25
TOTAL	4	100.0

CUADRO No. 17

	Médico de Guardia		Jefe de Servicio		TOTAL	
	No. casos	%	No. casos	%	No. casos	%
Cesárea Segmentaria	2	50	1	25	3	75
Cesárea Corpórea	1	25	-	--	1	25
TOTAL	3	75	1	25	4	100

CUADRO No. 18

DISTOCIA ACOMPAÑADA DE SUFRIMIENTO FETAL

DISTOCIA	Sufrimiento Fetal	
	No. casos	%
Pelvis estrecha	23	44.2
Sin especificar Distocia (ver cuadro 13)	8	15.4
Situación Transversa	5	9.6
Paro en expulsión	3	5.9
Eclampsia	3	5.9
Distocia de cuello	2	3.8
Placenta Previa	2	3.8
Pre-Eclampsia	2	3.8
Agotamiento Materno	2	3.8
Masa Cervical	1	1.9
Trabajo de Parto prolongado	1	1.9
TOTAL	52	100.0

CUADRO No. 19

y No. 20

CESAREA MAS POMEROY

CESAREA SEGMENTARIA

Tipo	No. casos	%
Cesárea Sin pomeroy	156	88.1
Cesárea Con pomeroy	21	11.9
TOTAL	177	100.0

CESAREA CORPOREA

Tipo	No. casos	%
Cesárea sin pomeroy	6	21.4
Cesárea con pomeroy	22	78.6
TOTAL	28	100.0

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Seguidamente se hará un análisis de los datos obtenidos durante el estudio a que se refieren los cuadros de la presentación de resultados.

CUADRO No. 1

Distribución por edades de pacientes con embarazos distócicos:

Al analizar el cuadro podemos observar que, la distribución por edades de las pacientes que presentaron embarazos distócicos, se encontró que la mayoría de pacientes (64.80%) oscilan entre los 15 a 26 años, siguiéndoles las de 27 a 32 años (21.60%), encontrándose 1 (0.40%) menor de 15 años.

CUADRO No. 2

Procedencia de las pacientes:

El mayor porcentaje 56.8% pertenecen al área rural, el 43.2 restante al área urbana.

Al hacer referencia al área urbana es propiamente a la ciudad de Quetzaltenango, y área rural a los municipios del departamento, con sus correspondientes aldeas. Siendo el área rural la más afectada con las distocias.

CUADRO No. 3

Control Prenatal:

En este cuadro podemos comprobar que el 69.4% de las pacientes del área urbana, tuvieron control prenatal y el 25% no asistieron a dicha clínica. Si comparamos estas cifras con el área rural, nos daremos cuenta que el 67% no fueron con

trol, mientras que el 28% si fueron controladas en prenatal; podemos aducir entonces que una de las causas de la alta frecuencia de distocias fue el no haber sido detectadas a tiempo, por haber tenido un adecuado control prenatal, con lo que queda comprobada la hipótesis número 2.

CUADRO No. 4

Paridad de las pacientes que presentaron distocia:

Un aspecto muy importante para esta investigación, es analizar la relación que existe entre el número de partos y las distocias, encontrando que el mayor porcentaje de pacientes con distocia, la presentaron las primíparas (43.6%, siguiéndole en porcentaje 37.2%, las multíparas con 3 o más partos.

CUADRO No. 5

Período Gestacional en que se presentó la distocia:

En este cuadro se puede observar que el período gestacional, en que se presentó distocia fue el comprendido entre las 38-42 semanas, con un porcentaje de 56.4% siguiéndole 28-37 semanas con 10.4%, encontrándose 1 caso en el período de + de 42 semanas con 0.4%.

Se puede ver que hay gran porcentaje (32.8%), a las cuales no se les anotó su período gestacional en las historias clínicas correspondientes.

CUADRO No. 6

Tipo de Distocias encontradas:

El cuadro número seis contiene las diversas distocias que se presentaron en las pacientes investigadas, encontrándose

que las distocias más frecuentes fueron: Pelvis Estrecha (39.6%). Situación Transversa (21.2%), y las que menos se presentaron: Inercia Uterina, Laterosidencia de miembro, Obito fetal, Posición Posterior Occipucio y falta de descenso (0.4% cada uno).

Importante es hacer la observación que de los casos reportados en el estudio la literatura no contempla como distocias algunos diagnósticos reportados, sin embargo por haber sido resueltas con auxilio instrumental (fórceps o cesárea), los catalogaron como distocias, tal el caso de: Sufrimiento Fetal, Pre y Eclampsia, Cesárea Anterior, Embarazo prolongado (+ de 42 sem.) y Obito fetal. En este cuadro se comprueba la hipótesis No. 1 (la Estrechez Pélvica, es la distocia más frecuente en el Hospital General de Occidente.

CUADRO No. 7

Solución de las distocias con sus diferentes procedimientos:

En este cuadro se señala el tipo de procedimiento que se efectuaron, para solucionar cada uno de las distocias encontradas. El procedimiento más usado es la operación cesárea segmentaria transperitoneal en 177 casos, que representan el 70.8%, y la cesárea Corpórea en 28 casos, que representan el 11.2%, en lo que se refiere a tratamientos quirúrgicos propiamente dichos. Se aplicaron 28 fórceps, que representan el 11.2%, habiéndose aplicado en mayor porcentaje en paro en expulsión.

CUADRO No. 8

Tipo de Atención:

Se puede observar que la mayoría de pacientes con distocia, son atendidas por los médicos de guardia, del departa

mento de Maternidad, quienes atendieron 203 casos que representan el 81.2%. La atención de los jefes de servicio, fue para 42 pacientes, que hacen el 16.8%. Como se puede ver los estudiantes solo cubren un 2% de estas pacientes, atendiendo solamente a pacientes con feto en podálica.

Análisis de cada una de las distocias investigadas.

CUADRO No. 9

Pelvis Estrecha:

En el cuadro No. 9 se observa que la gran mayoría de embarazos con pelvis estrecha, se resolvieron quirúrgicamente, es decir: 91.9% se resolvieron por operación cesárea segmentaria transperitoneal, 5 casos (5.1%) por operación cesárea Corpórea, lo que hace un total de 96 casos que corresponden a 97%; mientras que únicamente 3 casos (2%), se resolvieron con aplicación de fórceps.

Es hacer mención que uno de los fórceps aplicados fue a paciente que llegó con dilatación completa y en período de expulsión, con la cabeza del niño moldeada al canal de parto, a quien se le hubiese aplicado cesárea al llegar a tiempo sin dilatación.

CUADRO No. 10

Situación Transversa:

En el cuadro No. 10 se puede observar que la situación transversa también se resolvió quirúrgicamente en la mayoría de los casos, de la manera siguiente: 36 casos (67.9% por operación cesárea segmentaria; 13 casos (24.5%) por operación cesárea corpórea; 2 casos (3.8%) por histerectomía, que hacen un total de 51 casos, que corresponden a 96.2%; mientras que únicamente 2 casos (3.8%) por gran extracción pelviana.

Es hacer notar que una gran extracción pelviana, se practicó se acompañó de versión interna, que presentó ruptura uterina, por lo que se efectuó una Laparotomía Exploradora e histerectomía.

Las dos histerectomías mencionadas en el cuadro, se efectuaron por presentar las pacientes ruptura uterina.

La mayoría de operaciones cesáreas, fueron practicadas por los médicos de guardia, mientras que las histerectomías y las extracciones pelvianas, las practicaron los médicos jefes de servicio.

Se puede mencionar que de los 53 casos de situación transversa, 7 fueron de transversas abandonadas, 22 presentaron procidencia de miembro, 5 acompañaban a la procidencia miembro prolapso de cordón.

CUADRO No. 11

Presentación Podálica:

El cuadro No. 11 nos muestra las diversas formas como se resolvieron los embarazos que presentaron feto en podálica: 9 casos (40.9%) a quienes les fue practicada operación cesárea segmentaria, siendo estas pacientes primíparas, 7 pacientes (31.88%) se les practicó la maniobra de Rojas, por presentar retención de hombros, se efectuó una gran extracción pelviana (4.5%) a madre primípara, que presentó un producto hidrocéfalo. El resto de maniobras se efectuaron en un 4.5% cada una. Se puede observar que el médico de guardia, resolvió el 59% de esta distocia, y se le dio un poco de participación al médico interno, quien practicó 4 maniobras de Rojas (18.2%) y una maniobra Maurisou. Es de hacer notar que Maurisou y Bracht son parte normal del proceso de atención -

de parto en podálica por vía vaginal.

CUADRO No. 12

Paro en Expulsión:

El cuadro número doce nos muestra que 17 pacientes presentaron paro en Expulsión, a quienes se les practicó fórceps, de los cuales 13 (76.5%, los practicó el médico de guardia del servicio y 4 (23.5% el jefe de servicio, siendo el médico de guardia, quien resolvió en mayor porcentaje estos casos.

CUADRO No.13

Solución del Sufrimiento Fetal clasificado como distocia:

Este cuadro contiene 8 pacientes a las cuales en sus registros médicos se les clasificó su distocia como sufrimiento fetal, sin que se les anotará la causa que les provocó dicho sufrimiento (hay que hacer notar que el sufrimiento fetal puede ser secundario a una distocia, pero como causa primaria no lo es).

A todas estas pacientes se les resolvió el problema quirúrgicamente, 62.5% con operación cesárea segmentaria y 37.5% con operación corpórea.

Distocia de Cuello:

Se encontraron 8 personas con distocia de cuello, a quienes se les practicó operación cesárea segmentaria por los médicos de guardia del servicio, 2 de estas pacientes presentaron sufrimiento fetal.

CUADRO No. 14

Placenta Previa:

Este cuadro nos indica que todas las pacientes que presentaron placenta previa, se les practicó cesárea de la forma siguiente: 5 casos (83.3%) con cesárea segmentaria, un caso (16.7%) cesárea corpórea, practicadas en mayor porcentaje por los médicos de guardia.

CUADRO No.15

Eclampsia clasificada como distocia:

El cuadro 16 expresa que el 80% de los casos con problema de Eclampsia, se resolvieron quirúrgicamente, con la aplicación de operación cesárea segmentaria y el 20% con aplicación de fórceps. Como es sabido, la Eclampsia no es una distocia, sin embargo por haber utilizado auxiliares instrumentales, fue catalogada como tal.

CUADRO No. 16

Trabajo de Parto Prolongado:

Lo que muestra este cuadro es que a 3 pacientes (75%) se les practicó cesárea segmentaria transperitoneal, a una paciente (25%) se le aplicó fórceps.

CUADRO No. 17

Cesárea Anterior:

Se encontraron 4 casos de cesárea anterior, sin conocerse la indicación de dichas cesáreas.

Al 75% se le practicó cesárea segmentaria transperitoneal y al 25% restante cesárea corpórea.

La cesárea anterior no es distocia, sin embargo, por desconocerse la causa el embarazo se resolvió por vía abdominal, lo que la convierte en distocia.

Agotamiento Materno:

En el grupo de distocia investigadas, se encontraron casos de agotamiento materno, que se resolvieron de la manera siguiente: 2 casos 75% con aplicación de fórceps y un caso 25% con operación cesárea corpórea, que hacen un total de 3 pacientes (100%).

El resto de distocias investigadas, no admiten discusión por estar clara su interpretación en los cuadros Nos. 7 y 8.

CUADRO No. 18

Distocias acompañadas de Sufrimiento Fetal:

Un aspecto que se considera de importancia, es la distocia acompañada de Sufrimiento Fetal. De los 250 casos investigados, 52 casos (20.8%) se acompañaron de sufrimiento fetal.

En el cuadro No. 18 se observa que 23 pelvis estrechas presentaron sufrimiento fetal, lo que corresponde al 44.2% de las distocias acompañadas de sufrimiento fetal, siendo este el mayor porcentaje encontrado, probablemente por el traumatismo de la presentación contra el canal del parto, 8 casos (15.4%) no especificaron la distocia, los cuales solo los clasificaron como sufrimiento fetal. 5 casos de situación transversa se acompañaron de sufrimiento fetal, lo que corresponde a 9.6% de las distocias acompañadas de sufrimiento fetal. Las distocias con menos porcentaje corresponden a masa cervical 1.9% y trabajo de parto prolongado 1.9%.

CUADROS No. 19 y 20

Cesáreas acompañadas de Pomeroy:

En los cuadros 19 y 20, se observa que de 177 cesáreas segmentarias 21 fueron acompañadas de ligadura de trompas, que equivalen a 11.9%.

De 28 cesáreas corpóreas, 22 fueron acompañadas de ligadura de trompas, que representan el 78.6%. Al hacer la comparación entre estas dos, vemos que se realizó en mayor porcentaje la ligadura en la cesárea corpórea (78.6%). La justificación de los Pomeroy fue multiparidad y cesáreas anteriores. Se menciona también que dos pacientes fueron ligadas de las trompas, en post-parto, sin ser operadas con cesárea.

Pelvimetría:

En lo que a este aspecto se refiere, puede decirse que el estudio radiológico de una paciente, previo a algunas intervenciones, no es obligado, sino en ciertos casos puede determinarse la viabilidad de la pelvis por simple estimación clínica. Es por eso que en el presente estudio se encontró en un porcentaje en quienes no se practicó pelvimetría, solamente en 71 pacientes, que corresponde a 28.4%.

Morbi-Mortalidad Materno Fetal:

De los 250 casos, solo falleció una madre (0.4%) a quien se le practicó operación cesárea segmentaria transperitoneal por presentar feto en situación transversa, con prociencia de miembro y cordón. Esta paciente falleció por un shock hipovolémico.

De los 250 productos, la mortalidad fetal que se encontró fue el 13.2% que corresponde a 33 casos.

CONCLUSIONES

1. De todos los partos atendidos de Enero a Diciembre de 1977 (1992 partos) 328 que equivale al 16.46% fueron clasificadas Como Distocias Obstétricas.
2. La edad materna en que con más frecuencia se produjeron Distocias, fue la comprendida entre 15-26 años que corresponden a 64.8% de la población reproductiva que consulto al Hospital, mientras, que menores de 15 años únicamente se presentó una paciente correspondiendole la menor frecuencia con un porcentaje de 0.4%.
3. En lo que a lugar de procedencia respecta, más de la mitad provenían del área rural (56.8%) mientras que del área urbana a pesar de ser más accesible, únicamente consultó el 43.2%.
4. La Distocia Obstétrica se presentó en el 16.46% de los casos lo que hace una frecuencia de 1:6.
5. Se comprueba la Hipótesis No. 2 ya que la mayoría de pacientes del área rural (67.7%) no tuvieron ningún control prenatal y solo la minoría (28.8%) acudieron a dicha clínica. Mientras que del área urbana fue alto el porcentaje de controladas (69.4%) .
6. Referente a la paridad de las pacientes tenemos que se presentó algún tipo de distocia en madres con 2 gestas o más (56.4%) siendo la mayoría, ya que menos de la mitad (43.6%) eran primigestas.
7. En el 56.4% de los casos, se presentó distocia con embarazo a término (38-42) semanas, y llama la atención que en el 32.8% de la población se ignoraba el período gestacional por mal manejo de el registro de ingreso.
8. Se comprueba la Hipótesis No. 1, La Distocia más frecuentemente encontrada fue estrechez pélvica (39.6% seguida de Situación transversa (21.2%).
9. Se clasificaron como Distocias problemas obstétricos que realmente no lo son ya que ningún reporte de literatura mundial los incluye, como el caso de óbito fetal, sufrimiento fetal y post-madurez entre otros.
10. El procedimiento más empleado para la resolución del embarazo distocico fue la operación cesárea segmentaria (70.8%) seguido de la aplicación de Fórceps y cesárea corpórea con 28 casos c/u que corresponde a 11.2% respectivamente.
11. Muchas de las conductas tomadas para la resolución del embarazo distocico no fueron las adecuadas como el caso de gran extracción pelviana en Hidrocefalia y Fórceps con laterocidencia de miembro (presentación mixta).
12. En la distocia causada por situación transversa el 13.2% fueron manipuladas por comadronas y terminaron en transversas abandonadas.
13. El parto en podálica está mal clasificado ya que se toma como distocia a los partos que se les aplica las maniobras de Mauriceau y Bracht.
14. De los casos estudiados, solo falleció una paciente (0.4%) y la causa fue shock hipovolémico. La mortalidad fetal que se encontró fue de 33 recién nacidos que corresponden al 13.2%.

RECOMENDACIONES

1. Procurar la existencia en el Hospital de bibliografía que incluya la experiencia sobre distocia en Hospitales de la república, con el objeto de contar con suficiente información para casos análogos.
2. Mejorar en lo posible el manejo y llenado de los datos necesarios en los Registros Clínicos para que al realizar estudios como este, no se tropiece con problemas de tipo recopilación de datos.
3. Mantener un mejor control sobre el curso que siguen los Registros Clínicos al egresar la paciente para evitar así el extravío de las mismas.
4. Unificar criterios en cuanto a clasificación de parto distócico u eutócico.
5. Efectuar protocolos sobre conductas a seguir en las diversas distocias existentes.
6. Crear unidades piloto exclusivas de control pre-natal y concientizar al personal especializado de la necesidad del mismo.
7. Efectuar buen plan educacional a la paciente durante el post parto a efecto de interesarla en la importancia de la clínica de control prenatal para embarazos posteriores.
8. Realizar con más frecuencia cursos de adiestramiento y readiestramiento de comadronas para el mejor manejo y

9. Referencia de la paciente embarazada a un Hospital regional como este.
9. Actualizar al obstetra rural sobre las nuevas conductas y técnicas de tratamiento tendientes a disminuir la mortalidad tanto materna como fetal.
10. Promover y fomentar jornadas médicas Urbano-rurales con el propósito de intercambiar experiencia y nuevos conocimientos dentro del ramo obstétrico.

BIBLIOGRAFIA

1. Benson Ralph. C. Manual de Ginecología y Obstetricia, México, Ed Manual Moderno 1979. pp. 331-389.
2. Eastman Nicholson J. Obstetricia de Williams. 3a. Edición. México, UTHEA, 1960. pp. 810-852, 857-927. 794-803.
3. Hellman Louis Pritchard. Jack. Obstetricia de Williams. la Edición Lito. Ediciones Olimpia México D.F. 1978. pp. 723-806.
4. McLannan Charles E. Compendio de Obstetricia. 8a. Edición. Editorial Interamericana Mexico. 1977. pp. 377-427.
5. McLennan Charles E. Compendio de Obstetricia 9a. Edición, Editorial Interamericana Mexico. 1977. pp. 334-376.
6. Schwarz Ricardo, Obstetricia. 3a. Edición Buenos Aires. El Ateneo. 1975. pp. 251-289, 557-640.
7. Schwrcz Ricardo. Manual de Urgencias Obstetricias, Mexico, Editorial El Manual Moderno. 1976. pp. 45.-50.
8. Wynn Ralph. M. Obstetricia y Ginecología. Salvat Editores S.A. Barcelona 1977. 86-94.

Miriam Elizabeth
Br. Miriam Elizabeth Morales Mazarins.

Rene Crocher

Asesor
Rene Crocher

Nestor Guzmán
Revisor
Dr. Nestor Guzmán

de Fase III
de Fase III

[Signature]
Secretario General

Vo.Bo.

[Signature]
Decano