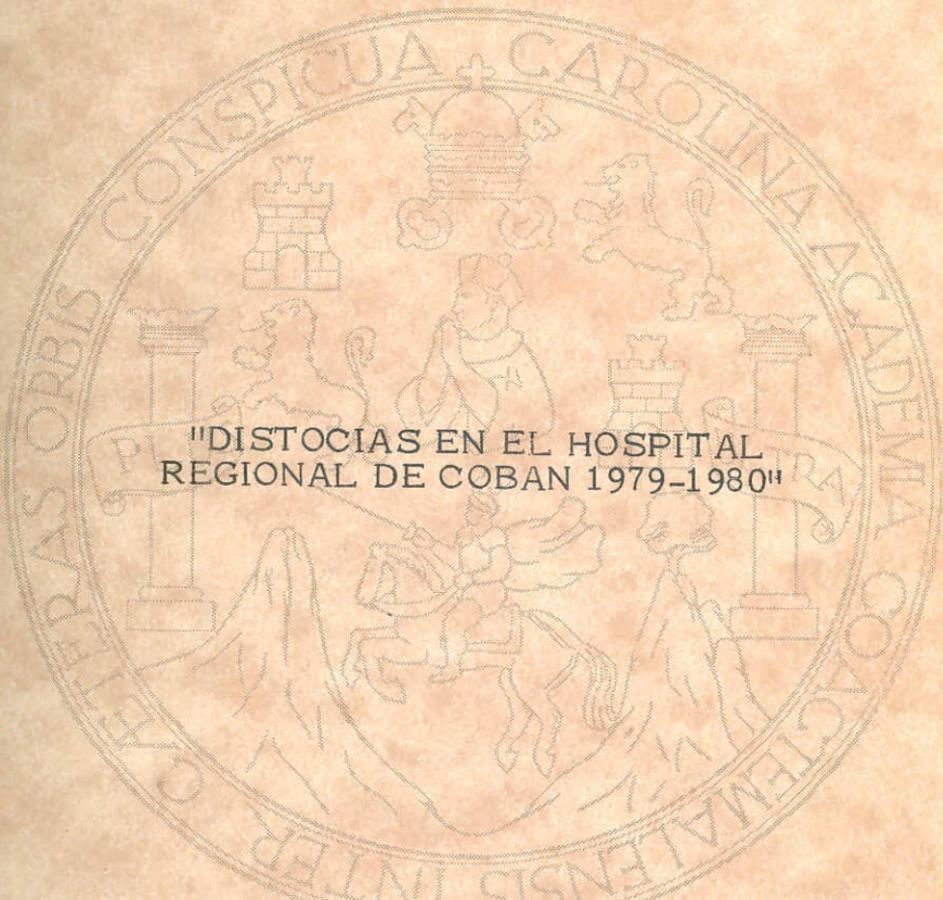


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a man in a turban and robe, possibly a scholar or saint, holding a book. Above him is a crown. To the left and right are lions and castles. The entire scene is flanked by two columns. The Latin text "LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the border of the seal.

"DISTOCIAS EN EL HOSPITAL  
REGIONAL DE COBAN 1979-1980"

MICHAEL AVERY CLEMENS FERNANDEZ

# PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

OBJETIVOS

- A. Generales
- B. Específicos

I JUSTIFICACIONES

V ANTECEDENTES

HIPOTESIS

I DEFINICION DE TERMINOS

II CONSIDERACIONES GENERALES

- A. Definición y Clasificación de Distocias
- B. Distocias del Canal Pelvicogenital
- C. Distocias Dinámicas del Utero
- D. Distocias Fetales
- E. Cesárea

III MATERIAL Y METODOS

CUADROS, GRAFICAS CON SUS RESPECTIVOS  
COMENTARIOS.

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

I BIBLIOGRAFIA

## I INTRODUCCION

La culminación de un embarazo no siempre se lleva a cabo en forma natural. Existen complicaciones durante el mismo en el trabajo de parto. El gineco-obstetra trata de diagnosticar, evitar y actuar oportunamente para salvar el complejo materno-fetal.

Es de mucha importancia identificar las distocias más importantes con el propósito de mejorar y evitar hasta donde sea factible muchas complicaciones del embarazo y del parto, las cuales presentan situaciones de peligro para el feto y la madre. Debido a la importancia de ofrecer la mejor atención médica al problema de distocias, se hace este estudio retrospectivo investigando los partos distócicos presentados en el Hospital Regional de Cobán, durante el período 1979-1980.

El presente estudio se realizó considerando las siguientes causas primordiales de distocias:

- a) Distocias del canal pelvico-genital
- b) Distocias dinámicas del útero
- c) Distocias fetales.

## II OBJETIVOS

### A. OBJETIVOS GENERALES

1. Comprender la importancia de profundizar un estudio con repercusión a nivel nacional, buscando sus causas determinantes.
2. Contribuir al mejoramiento del servicio materno-infantil en nuestro medio.
3. Realizar un trabajo que sirva de referencia a trabajos posteriores.

### B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la edad y el número de pacientes - que presentaron distocia.
2. Conocer la procedencia de las pacientes que presentaron distocia.
3. Conocer la edad gestacional y la paridad de las pacientes que presentaron distocia.
4. Conocer la frecuencia de las distocias en el Hospital Regional de Cobán.
5. Conocer la morbi-mortalidad materna en pacientes con distocia.
6. Conocer la forma de solución de las distocias - en el Hospital Regional de Cobán.
7. Conocer el porcentaje de pacientes que llevaron control prenatal.
8. Conocer el porcentaje de pacientes con distocia actual que tenían antecedentes de distocia.
9. Conocer la duración de trabajo de parto de pacientes que presentaron distocia.

10. Conocer la frecuencia de complicaciones al resolverse la distocia de las pacientes.



borado por: Julio F. Hernández Regalado. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias - Médicas, Guatemala 1979.

6. "Consideraciones sobre Situación Transversa", revisión de 1,160 casos tratados en el Hospital Roosevelt. Tesis (Médico y Cirujano) por: Angel Alfredo Martínez. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala-1979.
7. "Indicaciones de Cesárea en el Hospital Nacional de Salamá, B.V.", revisión de 5 años. Estudio de Tesis (Médico y Cirujano) realizado por: Gonzalo Suárez Ponce, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1979.
8. "Distocias de las Partes Blandas en el Trabajo de Parto", trabajo de tesis (Médico y Cirujano), elaborado por: Arturo Wong G. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1958.

En el presente trabajo se han utilizado los términos en la medida de lo posible de los autores de los trabajos.

Siendo los términos utilizados en los trabajos.

CECAREAS: Es el parto que se realiza a través de la membrana.

## V HIPOTESIS

del parto, realiza el parto abdominal.

El parto sin complicaciones.

1. "El tipo de distocia que se presenta con más frecuencia es la estrechez pélvica".
2. "El primer parto es el que presenta más riesgo de distocia".

EMBRION: Es el feto en desarrollo en el útero de la madre.

FORCEPES: Son los instrumentos que se utilizan para la extracción de la cabeza fetal en los partos difíciles.

GRAVIDAD MULTÍPARA: Es la mujer que ha tenido 5 embarazos.

PELVIS MULTÍPARA: Es la mujer que ha tenido 3-4 hijos.

MECARIO: Es el parto que se realiza a través de la membrana.

## VI DEFINICION DE TERMINOS

En el presente trabajo, se hace uso de distintos términos en la interpretación e informe de los resultados.

Siendo los principales conceptos utilizados:

**CESAREA:** Extracción del feto, placenta y membranas en el momento del nacimiento por medio de una abertura quirúrgica del útero, realiza da casi siempre por vía abdominal.

**EUTOCIA:** Atributo del parto normal sin complicaciones.

**DISTOCIA:** Parto difícil sea cual fuere el origen y la naturaleza de la dificultad, siendo lo opuesto a eutocia.

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

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

**GRAN MULTIPARA:** Mujer que ha parido 5 embarazos.

**PEQUEÑA MULTIPARA:** Mujer que ha parido 3-4 embarazos.

**MENARQUIA:** Establecimiento o comienzo de la menstruación.

**PARIDAD:** Se refiere al número de partos que una mujer ha tenido.

**PARTO:** Conjunto de fenómenos fisiológicos conducentes a la salida de un feto viable al exterior por vía vaginal<sup>5</sup>.

**PRIMIGESTA:** Una mujer embarazada por primera vez.

**PRIMIPARA:** Una mujer que ha tenido un embarazo - que resultó en un niño viable, no importando si el niño nació vivo o muerto, ni si fue parto simple o múltiple.

**SECUNDIGESTA:** Una mujer embarazada por segunda vez.

**SECUNDIPARA:** Una mujer que ha tenido dos partos.

## VII CONSIDERACIONES GENERALES

### A) DEFINICION Y CLASIFICACION:

No hay ninguna definición completa de qué es una distocia, lo que sí podemos decir es que no es un parto normal. La distocia puede definirse como la falta de progreso en la dinámica del parto a consecuencia de anomalías en el mecanismo que en él intervienen.

Las causas de la distocia están comprendidas - en tres grandes grupos:

1. Anomalías en el tamaño o características en el canal de parto que obstaculizan el descenso del feto.
2. La debilidad en la actividad uterina llamada disfunción uterina.
3. La presentación o desarrollo anormal del feto que dificulta o imposibilita su expulsión.

### TIPOS DE DISTOCIAS

#### 1. DISTOCIAS DEL CANAL PELVICOGENITAL

##### 1.1 Distocias de las partes blandas maternas

###### 1.1.1 Distocia cervical

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

###### 1.1.2 Distocia por obstáculo vaginoperineal

- a) Vaginismo
- b) Estrechez cicatrizal

- c) Distocias tumorales
  - d) Distocia por el periné
- ##### 1.1.3 Distocia por tumor previo
- a) Tumores previos de origen uterino
  - b) Tumores previos de origen anexial
- ##### 1.1.4 Distocias de causa ovular

#### 1.2 Distocia Osea

- ##### 1.2.1 Estrechez pelvica
- ##### 1.2.2 Deformaciones congénitas

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

##### 1.2.3 Deformaciones adquiridas

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

#### 2. DISTOCIAS DINAMICAS DEL UTERO

##### 2.1 Alteraciones cuantitativas

###### 2.1.1 Disminución de la función uterina (hipodinamia)

- a) Hipodinamia primitiva
- b) Hipodinamia secundaria

2.1.2 Aumento de la contractilidad (hiperdinamia)

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

2.2 Alteraciones cualitativas

2.2.1 Espasmos

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

### 3. DISTOCIAS FETALES

3.1 Anomalías por exceso de Volumen Fetal

3.1.1 Exceso de volumen total

3.1.1.1 Feto grande por edema generalizado

3.1.1.2 Monstruos dobles

3.1.2 Exceso de volumen parcial

3.1.2.1 Por anomalías de la cabeza

- a) Hidrocefalia
- b) Anencefalia

3.1.2.2 Por anomalías del cuello o del tronco fetal

3.2 Distocia por los anexos fetales

3.2.1 Anomalías y enfermedades del cordón umbilical

3.2.1.1 Anomalías del cordón mismo

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

3.2.1.2 Anomalías de Longitud

3.2.1.3 Anomalías de Inserción

3.2.1.4 Anomalías de ubicación en relación al feto

- a) Las circulares

b) Las procedencias

3.2.2 Distocias originadas por las membranas ovulares

3.3 Distocia Causada por Anormalidades en la Posición, Presentación y Situación.

3.3.1 Anormalidades en la posición.

3.3.1.1 Posiciones posteriores de occipucio persistentes

3.3.2 Anormalidades en la presentación

3.3.2.1 Presentación de nalgas

3.3.2.2 Presentación de cara

3.3.2.3 Presentación de frente

3.3.2.4 Presentación de hombro

3.3.3 Anormalidades en la situación

3.3.3.1 Situación transversa

### 4. DISTOCIAS CAUSADAS POR OTROS DIAGNOSTICOS

4.1 Preeclampsia más sufrimiento fetal

4.2 Con antecedentes de una cesárea segmentaria transperitoneal reciente

4.3 Con antecedentes de dos cesáreas segmentarias transperitoneal.

4.4 Retraso psicomotor más preeclampsia

4.5 Sufrimiento fetal más inminencia de ruptura uterina

4.6 Papilomatosis

4.7 Trabajo de parto prolongado más Sufrimiento fetal

4.8 Eclampsia

4.9 Y otros

### B) DISTOCIAS DEL CANAL PELVICOGENITAL

#### 1) DISTOCIA DE LAS PARTES BLANDAS MATERNAS:

Las partes blandas maternas que pueden dificultar al feto en su progresión están constituidas por el cuello del útero, la vagina, la vulva y el periné.

La distocia cervical puede ser funcional o anatómica.

Funcionales: Son las motivadas por anomalías contractiles del útero, éstas son las que se observan con más frecuencia.

Las distocias anatómicas se dividen en:

Aglutación 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. Se produce por procesos infecciosos a nivel de la mucosa cervical.

Edema del Cuello: El cuello del útero puede edematizarse durante el embarazo. Con mayor frecuencia se infiltra durante el parto debido a esfuerzos intempestivos de pujo, compresión prolongada por la cabeza fetal, la dilatación progresa con mucha dificultad, porque 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 primigesta.

Rigidez del Cuello: La estenosis es debido a una rigidez cicatrizal 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.

Distocia por obstáculo vaginal: Puede 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.

Distocia por el periné: Puede ocurrir debido a una resistencia anormal por edema o por cicatrices profundas.

Distocia por causas ovulares: El huevo está constituido por dos elementos: 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 procedencia del cordón, inserción anormal de la placenta, resistencia de las membranas.

## 2. DISTOCIA OSEA:

La pelvis durante su crecimiento puede sufrir deformaciones o llegar a la adultez con un desarrollo incompleto.

- a) Las anomalías de la pelvis osea pueden dificultar o impedir la progresión fetal: es la llamada distocia osea.
- b) La pelvis anatómicamente está formada por 2 huesos inominados, uno de cada lado, unidos anteriormente y articulando con el sacro posteriormente. El hueso inominado está compuesto por el ilión, el esquiún y el púbis.
- c) Anatómicamente la línea terminal separa la pelvis falsa de la pelvis verdadera. La pelvis falsa se encuentra situada por encima de la línea terminal y la pelvis verdadera por debajo de esta demarcación anatómica. La pelvis falsa está limitada por detrás por las vertebrae lumbares y a los lados por las fosas ilíacas; por delante el límite está formado por la porción inferior de la pared abdominal.

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

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

f) Debido a la forma peculiar de la pelvis, es difícil describir la exacta localización de un objeto en su interior. La pelvis ha sido descrita, desde hace tiempo, como dotada de 4 planos imaginarios:

- 1) el plano de la entrada de la pelvis (estrecho superior);
- 2) el plano de salida de la pelvis (estrecho inferior);
- 3) el plano de las máximas dimensiones pélvicas, y
- 4) el plano de la pelvis media (mínimas dimensiones pélvicas)

#### Clasificación de la Pelvis

#### 1. Por el Tipo:

##### 1.1 Puros:

1.1.1 Antropoide. Es semejante a la pelvis de los monos antropoides; corresponde a una pelvis transversalmente estrecha, de estrechez moderada, con estrecho superior de forma elíptica, con promotorio alto, paredes pelvianas divergentes, sacro corto y base de la espina ciática muy gruesa.

1.1.2 Ginecoide. En un 45% de las mujeres se encuentra y es la pelvis típica femenina, tiene el estrecho superior en forma de un corazón de naipes. (5)

1.1.3 Androide. Este tipo corresponde al masculino, su estrecho superior es triangular, teniendo el diámetro transversal máximo muy próximo al promotorio, tiene el sacro largo, las espinas ciáticas salientes y puntiagudas, las paredes pelvianas muy convergentes, y el estrecho inferior y la ojiva pubiana muy reducidos.

1.1.4 Platipeloide. Equivale a la pelvis plana raquitica anillada, con el estrecho superior ovalado reducción del diámetro anteroposterior y ojiva pubiana abierta con el arco púbico en ángulo obtuso.

#### 2. Por el tamaño:

- 2.1 Estrechadas: El estrecho superior menos de 22 cms. estrecho medio, menos de 20 cms. y en estrecho inferior menos de 16 cms.
- 2.2 Limites: estrecho superior 22 cms. estrecho medio 20 cms. estrecho inferior 16 cms.
- 2.3 Promedio: estrecho superior entre 22-25 cms., estrecho medio entre 20-22 cms., estrecho inferior entre 16-28 cms.
- 2.4 Amplias: estrecho superior mayor de 25 cms., estrecho medio mayor de 22 cms., estrecho inferior mayor de 18 cms. (5)

#### C) DISTOCIAS DINAMICAS DEL UTERO

Se les llama distocias dinámicas o funcionales a aquellas que son producidas por disturbios de la fuerza impulsora.

Estas alteraciones pueden ser:

1) Cualitativas (caracterizadas por la aparición de contracciones anormales, espasmódicas) 2) Cuantitativas: (por disminución o aumento de la contractibilidad).

### 1) Alteraciones Cualitativas:

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

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

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

Tratamiento: se administrara útero inhibidores, sulfato de Mg. vadosilan, si el cuadro no mejora anestesia general con cloroformo o eter.

### 2) Alteraciones Cuantitativas:

#### A) Aumento de la contractilidad (hiperdinamia)

Se valora por la intensidad de las contracciones que es superior a 50 mm de Hg (hipersistolia), con una frecuencia de más de 5 contracciones en 10 minutos (polisistolia). Las hiperdinamias se pueden dividir también

en primitivas y secundarias.

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

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

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

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

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

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

A todas la parturientas que tuvieran las membranas rotas, como medida preventiva contra la infección se prescribiran antibioticos. Los medicamentos estimulantes de la contractilidad (ocitocicos) tienen su mejor indicación en esta distocia. Los principales son: La ocitocina y el sulfato de esparteina, la quinina, los derivados del cornezuelo de centeno no se aconsejan.

Tratamiento de la hipodinamia secundaria. Debe ser preferentemente etiológico, pues la conducta será muy distinta en una parturienta con hipodinamia, después de una actividad normal o ligeramente exaltada durante un largo trabajo, que en aquella que tuvo una hiperdinamia consecutiva a una lucha contra un obstáculo. En el tratamiento de la hipodinamia primitiva se debe colocar a la parturienta en reposo, administrándole un medica-

mento sedante, y recién después tratar de estimular con suma prudencia la dinamica. Mediante dosis pequeñas y repetidas de ocitocicos o un goteo intravenoso de ocitocina, que se aumentará de acuerdo con la respuesta uterina. En la segunda circunstancia debemos reconocer la causa del obstáculo al esfuerzo de las contracciones o a la terminación del parto.

## D. DISTOCIAS FETALES

Distocias por anomalías en la posición, presentación o desarrollo del feto.

Distocia fetal es trabajo de parto anormal causado por una presentación anormal del feto o por mal desarrollo o tamaño excesivo del mismo, el agrandamiento fetal puede ser debido a macrosomia o ha crecimiento local excesivo.

Además 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.

Como causas de Distocia Fetal, tenemos:

- a) Gran tamaño del feto; mayor de 4,000 gr. por herencia, por diabetes mellitus materna o por multipara (el tamaño del feto aumenta con la paridad).
- b) Anomalías del desarrollo del feto; hidrocefalia, monstruos.
- c) Circunferencia anormal del feto:
  - 1) Anormalidad Interna: hidropesía fetal, ascitis, tumores abdominales (riñón poliquístico, teratoma)
  - 2) Anormalidades externas: (mielomeningoceles; neoplasma del sacro).

3) Situación o presentación viciosa del feto: trans  
versa, oblicua, de hombro o compuesta.

Las siguientes presentaciones anormales pueden es  
tar asociadas a distocias; sincipital, podálica, cara, -  
frente, transverso y compuesto. Presentaciones occi  
pito transverso y occipito posterior son consideradas -  
anormales y temporales, pero si persisten pueden cau  
sar distocia.

Tamaño grande del feto, arriba de 4,000 gr. se pue  
de deber a herencia, diabetes mellitus, obesidad mat  
erna, edema fetal generalizada, eritoblastosis o alta pari  
dad de la mujer. Desproporción feto-pélvico puede ser  
un factor crítico además.

Anomalías fetales como hidrocefalos y otros tipos -  
de agrandamiento local pueden deberse a retención urina  
ria, tumores hepáticos, meningomielocele.

a) Posición Sincipital: cuando el occipucio se man  
tiene en la parte posterior de la pelvis puede ser que la ca  
beza no se flexione y así dejando el plano occipito -  
frontal-bipariental. En el plano crítico, dificultando  
así el paso del feto por el canal del parto. No hay -  
ningún tratamiento o método satisfactorio para ase  
gurar que el parto se lleve a cabo por vía vaginal si  
no que el operador tiene que esperar y ver como si  
gue el trabajo de parto, Sino se convierte esta posi  
ción está indicada la cesárea.

b) Presentación Podálica: la frecuencia de la presen  
tación podálica es de 2.5 a 3.5% de los partos.(5) La  
presentación podálica es más común en multíparas -  
que en primíparas. Es encontrada con más frecuen  
cia junto con polihidramnios, hidrocefalia, placenta-  
previa, tabique uterino parcial, prematuridad y ge  
melares. Cada parturienta con presentación de nal  
gas deberá ser considerada un riesgo elevado. Es

tos partos deben ser efectuados en equipo de maternidad  
bien atendidos, vigilados y supervisados por un equipo  
capaz de obstetras.

c) Presentación de Cara: En las presentaciones de ca  
ra la cabeza esta muy extendida para que el occi  
pucio 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 iz  
quierdo de la pelvis dando lugar a las posiciones: -  
mentón izquierdo anterior, mentón derecho anterior  
o los más difíciles mentón izquierdo posterior y  
mentón derecho posterior.

Esta presentación aparece con mayor frecuencia -  
cuando la pelvis es reducida o el feto muy grande, -  
en multíparas el abdomen péndulo es otro factor que  
dispone a la presentación de cara un tamaño excesi  
vo de cuello y torax, las vueltas del cordón alrede  
dor del cuello, la contracción espática o el acorta  
miento congénito de los músculos cervicales del feto  
pueden también causar la presentación de cara. Los  
fetos amencefálicos se presentan siempre de cara  
debido a la falta de desarrollo del craneo.

d) Presentación de Frente: Es una presentación dis  
tócica rara y de pronóstico grave. En estas presen  
taciones la cabeza ocupa una posición media entre -  
la flexión completa y la extensión completa y la par  
te entre el borde orbitario y la gran fontanela se  
presenta con el estrecho superior de la pelvis.

El mecanismo de parto varía de acuerdo con el ta  
maño 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 recide en el en  
clavamiento en el estrecho superior del diámetro -  
que tiene 13.5 cm. por término medio. Un feto -  
grande es incapaz de penetrar en el canal del parto

sin un considerable moldeamiento de la cabeza, la cual alarga el parto y produce las características deformaciones cefálicas.

e) Situación Transversa: La situación transversa del feto también llamada presentación de hombro es una situación distócica muy complicada. El feto ubica su diámetro mayor perpendicularmente frente al diámetro mayor del útero.

Y las situaciones transversales del hombro ocupan casi siempre el estrecho superior, la cabeza se sitúa en una fosa ilíaca y las nalgas en la otra. Así se imposibilita el descenso del feto. El 60% se presenta en las múltiparas y el 40% en las primíparas. Se pueden señalar causas de orden materno como: - Múltipara, vicios pelviano, 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 y ciertas profesiones (costureras, lavanderas).

Se pueden señalar causas de orden fetal como: fetos pequeños o prematuros, fetos gemelares, fetos muertos, exceso de volumen total del feto, total (gigantismo). parcial (hidrocefalia, tumores sacrococcigeos).

Se pueden señalar causas de orden ovular como: Placenta previa y la brevedad del cordón, como también el hidramnios.

El pronóstico es grave para la madre y el feto, cuando este abandona a su propio esfuerzo. La resolución queda en una cesárea.

## SUFRIMIENTO FETAL INTRAPARTO

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

El sufrimiento fetal se asocia la mayoría de las veces a condiciones gestacionales anormales previas y a alteraciones del mecanismo del parto, que por su propia naturaleza deben hacer sospechar la posibilidad de interferencia con los mecanismos de nutrición y homeostasis fetales. Además del problema de sufrimiento fetal agudo hay otros diagnósticos considerados como secundarios y que guardan íntima relación con este, como ruptura prematura de las membranas y la infección amniótica, toxemia del embarazo, complicaciones del cordón umbilical y otros. Desafortunadamente las circulaciones del cordón, su brevedad, el procúbito y su inserción velamentosa son difícilmente diagnosticables.

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

Gracias a los avances de la fisiología y fisiopatología gestacionales, y en particular a los modernos conocimientos de la perinatología y de la fetología, han hecho que la atención del obstetra se preocupe más racionalmente por proteger los intereses fetales y por ello, en la actualidad, las metas del proceso de reproducción consisten en garantizar el nacimiento de seres completamente sanos.

## E CESAREA

Extracción del feto, placenta y membranas en el momento del nacimiento por medio de una abertura quirúrgica del útero, realizada casi siempre por vía abdominal.

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

Una paciente embarazada con cesárea previa indicada por desproporción cefalopélvica o estrechez pélvica y bajo condiciones similares deberá ser considerada como portadora de la misma indicación hasta no demostrarse lo contrario. Generalmente con la tercera cesárea se efectúa un procedimiento quirúrgico para evitar embarazos subsiguientes, para así disminuir la incidencia de ruptura uterina.

Las indicaciones de la operación cesárea pueden ser absolutas o relativas. Además el procedimiento puede ser efectuado electivamente si no existe trabajo de parto o de urgencia si ya comenzó el trabajo de parto verdadero.

#### 1. Indicaciones fetales

Sufrimiento fetal  
Presentaciones anormales

- De hombro
- De cara
- De frente
- En posterior
- Primigesta en podálica
- Gigantismo fetal
- Hidrocefalia
- Problema de Rh negativo
- Embarazo prolongado
- Muerte habitual del feto causa desconocida

#### 2. Indicaciones Maternas:

Algunos casos eclampsia  
Enfermedades crónicas  
Insuficiencia cardíaca  
Trastornos mentales  
Tumores previos  
Pelvis estrecha  
Pelvis asimétrica  
Pelvis plana  
Tumores óseos  
Problemas partes blandas  
Anomalías congénitas  
Cirugía vaginal previa (fístulas)  
ca. cervix

#### 3. Indicaciones Ovulares

Embarazo gemelar  
Primer feto en transversa  
Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta  
Placenta previa  
- total  
- algunos casos de parcial  
Anomalías Uterinas  
- útero doble  
Fibromatosis uterina  
Falta de dilatación del cuello  
Inminencia de ruptura uterina  
Anomalías de contractura  
Cesárea Anterior  
Prolapso o procedencia cordón

#### 4. Otras indicaciones:

Enfermedades agudas que complican el embarazo o el parto  
Apendicitis aguda  
glomerulonefritis  
ictericias graves. Reparación de fístulas recto, vesicovaginales.

Desde hace muchos años han existido obstetras que insisten en efectuar una cesárea de rutina a toda paciente que ha tenido una cesárea anterior. En términos generales existen dos tendencias: la de repetir rutinariamente la cesárea y la de repetir previa valoración y selección del caso para un parto por vía vaginal.

## VIII MATERIAL Y METODOS

### RECURSOS HUMANOS

- a. Dr. Holguer Coronado, Asesor
- b. Dr. Amilcar Bojorques, Revisor
- c. Personal del Departamento de Estadística y Archivo del Hospital Regional de Cobán.

### RECURSOS FISICOS

- a. Sección de Estadística y Archivo del Hospital
- b. Fichas clínicas de pacientes con distocia en los años 1979 y 1980.
- 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

### METODO

- a. Se hizo uso del Departamento de Estadística y Archivo del Hospital, para revisar los registros clínicos que corresponden a las pacientes que presentaron distocia durante los años 1979-1980.
- b. La revisión de los registros médicos se hizo por el método retrospectivo, evaluando los siguientes parámetros: número de partos por mes, procedencia, control prenatal, edad, paridad, antecedentes de distocia y cirugía gineco-obstétrica, menarquia, duración de trabajo de parto, tipos de distocia y solución de las mismas y complicaciones al resolverse la distocia.

- 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 llevar a cabo el estudio.

MATERNIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL DE  
COBAN AÑOS 1979-1980

CUADRO I  
PARTOS DEL DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD

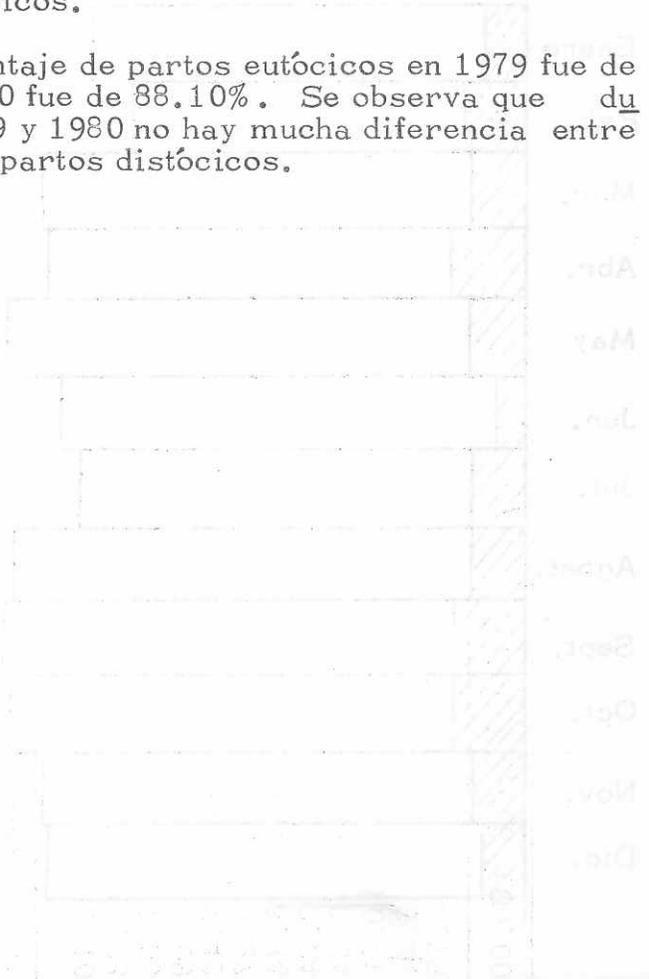
1979

MES	Eutocico Simple		PARTO		Distocico		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Enero	105	7.00	10	0.66	115	7.66		
Febrero	88	5.86	16	1.06	104	6.92		
Marzo	113	7.53	14	0.93	127	8.46		
Abril	107	7.14	19	1.26	126	8.40		
Mayo	122	8.13	14	0.93	136	9.06		
Junio	114	7.60	7	0.46	121	8.06		
Julio	102	6.79	14	0.93	116	7.72		
Agosto	118	7.87	14	0.93	132	8.80		
Septiembre	119	7.94	19	1.26	138	9.20		
Octubre	116	7.74	19	1.26	135	9.00		
Noviembre	112	7.47	14	0.93	126	8.40		
Diciembre	114	7.59	11	0.73	125	8.32		
TOTAL	1,330	88.66	171	11.34	1,501	100.00		

## ANALISIS DEL CUADRO I

Durante el año 1979 fue menor el número de partos atendidos (1,501) al igual que las distocias (171) - con un porcentaje de 11.34%. En el año 1980 hubo más partos (1,606) de los cuales (191) que equivale al 11.90%, fueron distócicos.

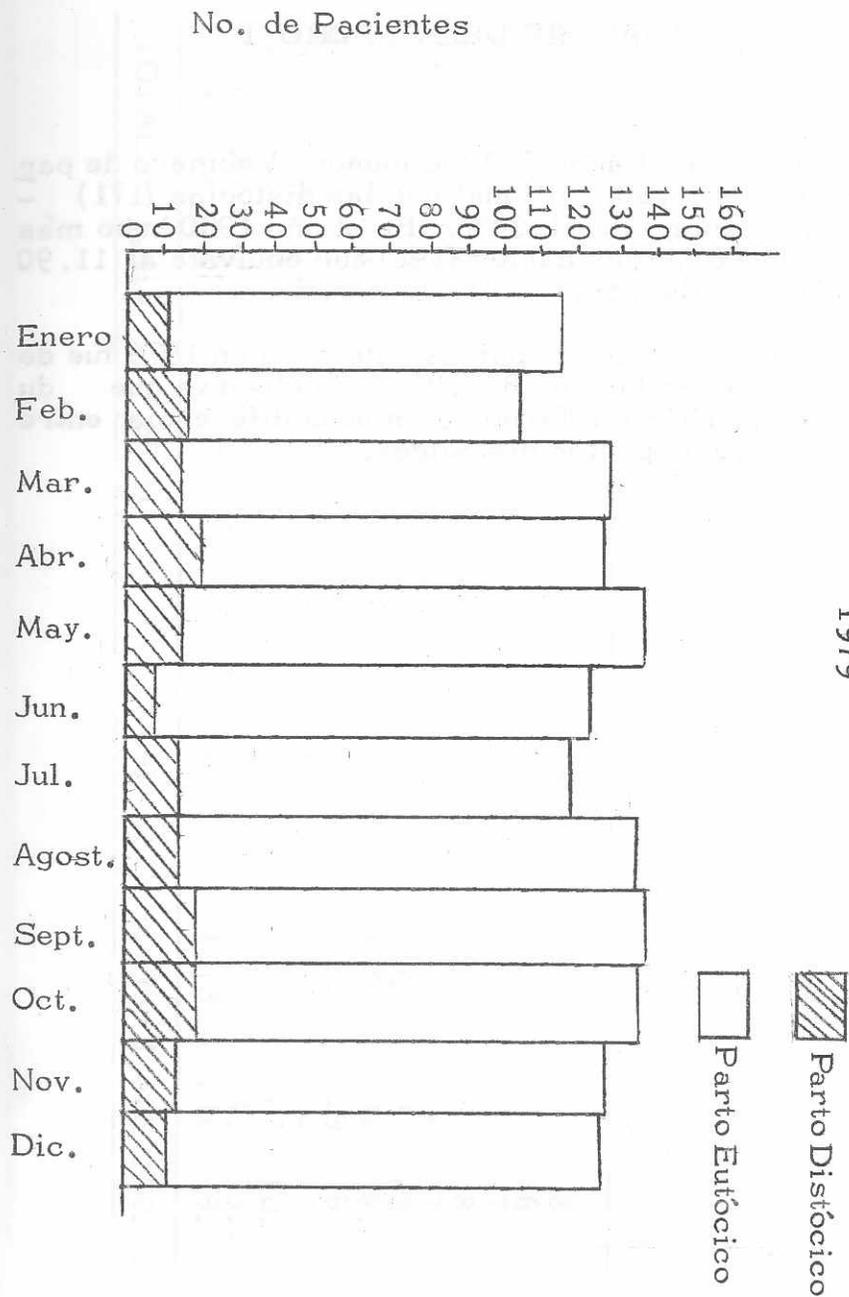
El porcentaje de partos eutócicos en 1979 fue de 88.66% y en 1980 fue de 88.10%. Se observa que durante el año 1979 y 1980 no hay mucha diferencia entre el porcentaje de partos distócicos.



### CUADRO I

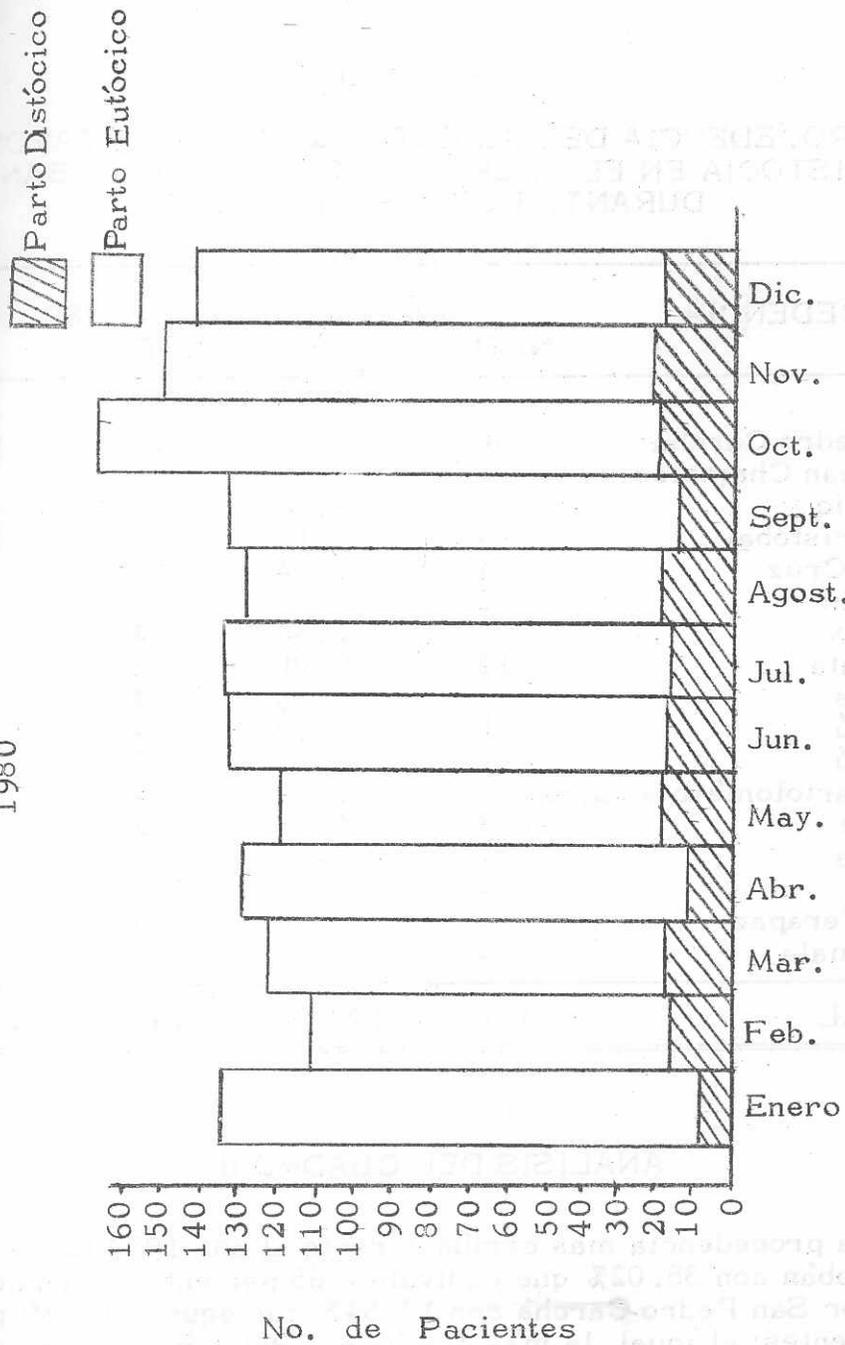
1980

MES	Eutocico Simple		PARTO Distocico		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Enero	127	7.91	8	0.49	135	8.40
Febrero	96	5.99	15	0.94	111	6.93
Marzo	106	6.60	17	1.05	123	7.65
Abril	119	7.41	11	0.68	130	8.09
Mayo	1102	6.35	18	1.13	120	7.48
Junio	116	7.22	17	1.05	133	8.27
Julio	118	7.34	16	1.00	134	8.34
Agosto	111	6.91	18	1.13	129	8.04
Septiembre	120	7.47	14	0.87	134	8.34
Octubre	148	9.22	19	1.19	167	10.41
Noviembre	129	8.03	20	1.24	149	9.27
Diciembre	123	7.65	18	1.13	141	8.78
<b>TOTAL</b>	<b>1,415</b>	<b>88.10</b>	<b>191</b>	<b>11.90</b>	<b>1,606</b>	<b>100.00</b>



GRAFICAS DEL CUADRO I

0861



CUADRO II

PROCEDENCIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON  
DISTOCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN  
DURANTE LOS AÑOS 1979-1980

PROCEDENCIA	1979		1980	
	No. Ptes.	%	No. Ptes.	%
Coban	65	38.02	80	41.89
San Pedro Carchá	30	17.54	21	11.00
San Juan Chamelco	6	3.51	11	5.76
Tac-Tic	4	2.34	14	7.33
San Cristobal	19	11.11	25	13.10
Santa Cruz	4	2.34	6	3.14
Lanquin	2	1.17	1	0.52
Cahabon	4	2.34	4	2.09
La Tinta	12	7.01	6	3.14
Panzos	6	3.51	4	2.09
Senahú	1	0.59	4	2.09
Tucurú	11	6.43	2	1.05
Fray Bartolomé de las Casas	4	2.34	4	2.09
Quiché	3	1.75	2	1.05
Jutiapa	-	-	2	1.05
Petén	-	-	1	0.52
Baja Verapaz	-	-	3	1.57
Guatemala	-	-	1	0.52
TOTAL	171	100.00	191	100.00

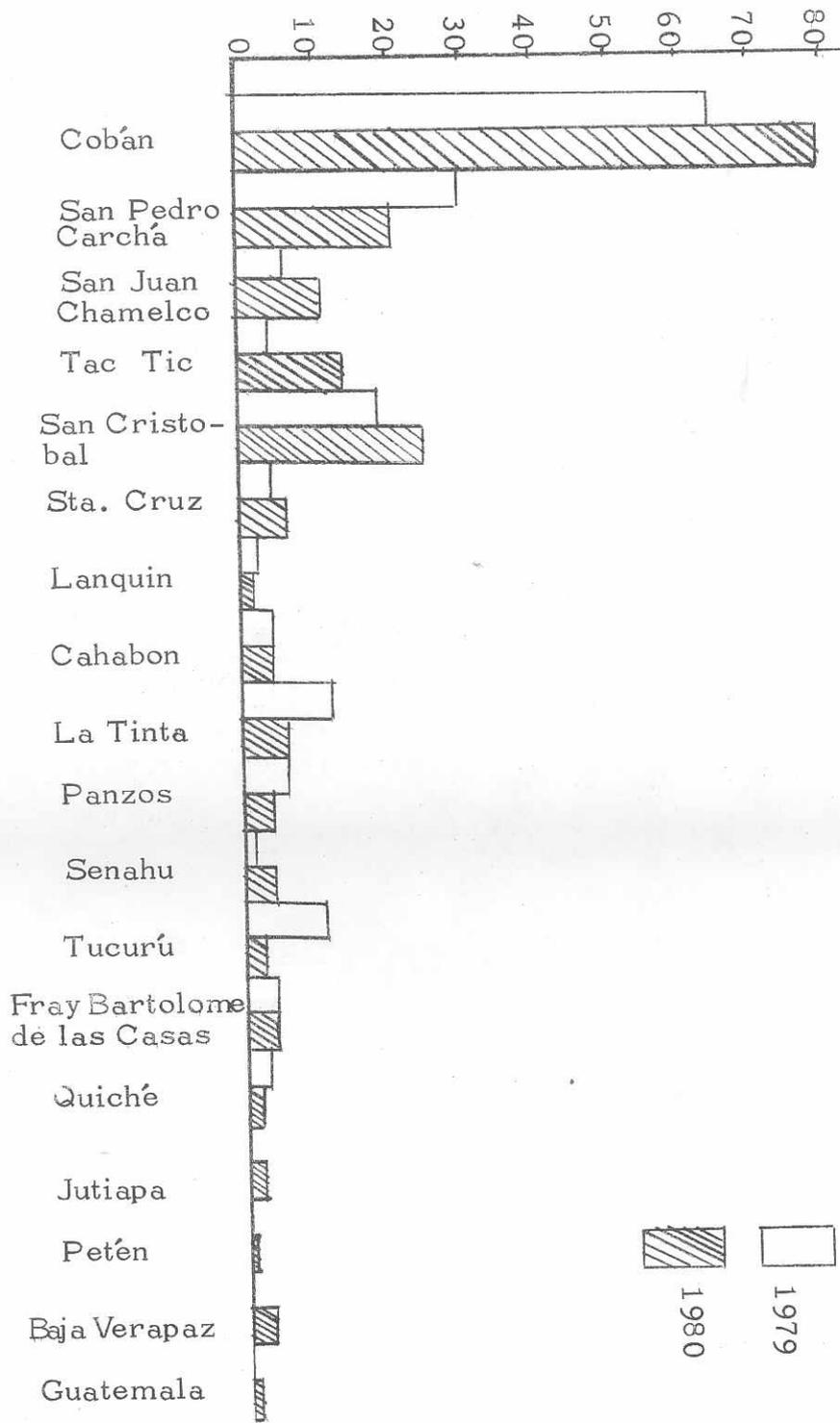
ANALISIS DEL CUADRO II

La procedencia más común durante el año 1979 fué de - Cobán con 38.02% que equivale a 65 pacientes, seguido por San Pedro Carchá con 17.54% que equivale a 30 pa- cientes; al igual la más común en 1980 fué de Cobán con

41.89% que corresponde a 80 pacientes, pero seguido - San Cristobal con el 13.10% equivalente a 25 pacientes.

No. de Pacientes

PROCEDENCIA



GRAFICA DEL CUADRO II

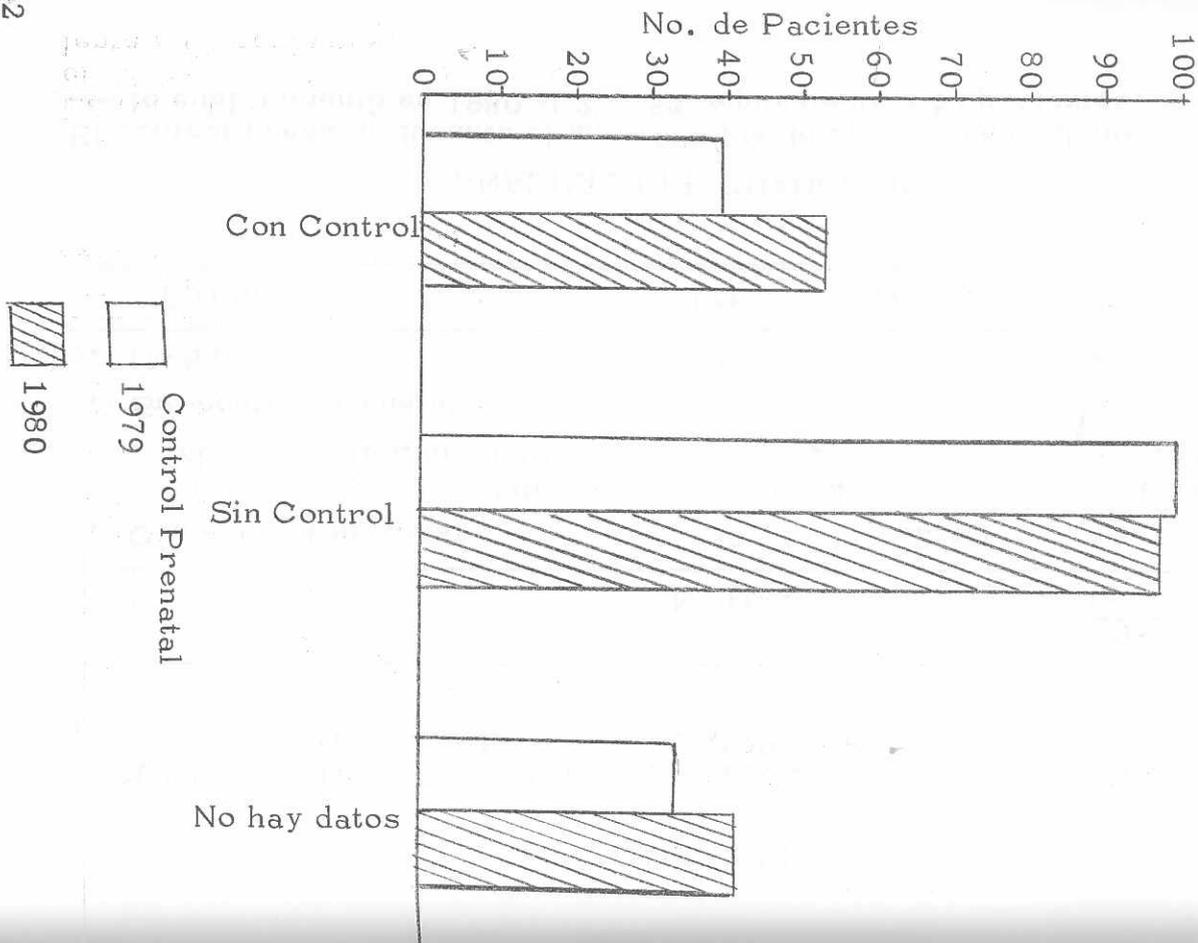
CUADRO III

CONTROL PRENATAL DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN EN LOS AÑOS 1979-1980

	1979		1980	
	Nb. Ptes.	%	Nb. Ptes.	%
1. Con control prenatal	39	22.80	53	27.75
Centro de Salud (30)	-- (17.54%)		(28)	-- (14.66%)
Médico particular (9)	-- (5.26%)		(25)	-- (13.09%)
2. Sin control prenatal	99	57.89	97	50.79
3. No hay datos	33	19.31	41	21.46
<b>TOTAL</b>	<b>171</b>	<b>100.00</b>	<b>191</b>	<b>100.00</b>

ANÁLISIS DEL CUADRO III

El control prenatal durante el año 1979 fué de 22.80% equivalente a 39 pacientes lo cual aumentó en 1980 al 27.75% equivalente a 53 pacientes.



GRAFICA DEL CUADRO III

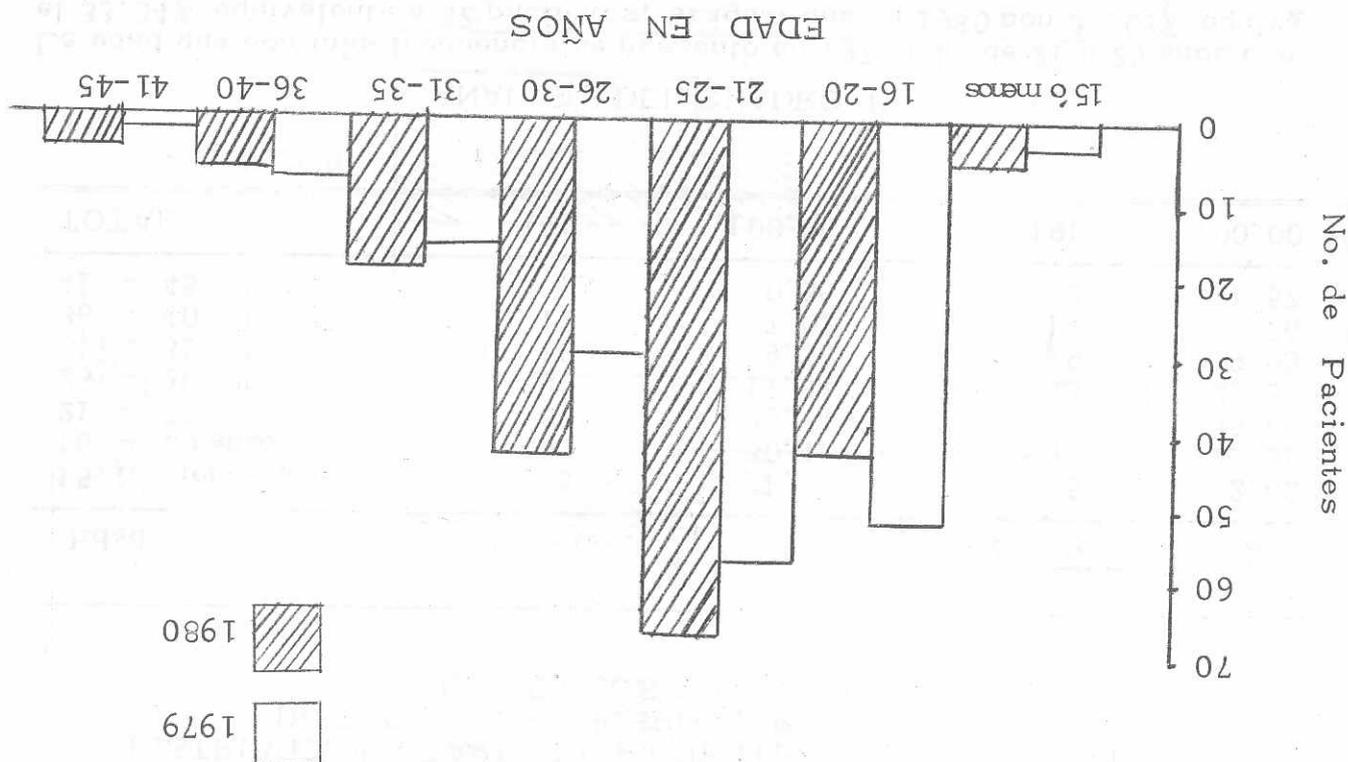
CUADRO IV

DISTRIBUCION ETAREA DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN EN LOS AÑOS 1979-1980

Edad	1979		1980	
	No. Ptes.	%	No. Ptes.	%
15 ó menos años	3	1.75	5	2.62
16 - 20 años	52	30.41	43	22.51
21 - 25 "	57	33.34	67	35.08
26 - 30 "	30	17.54	43	22.51
31 - 35 "	16	9.36	19	9.95
36 - 40 "	12	7.02	11	5.76
41 - 45 "	1	0.58	3	1.57
<b>TOTAL</b>	<b>171</b>	<b>100.00</b>	<b>191</b>	<b>100.00</b>

ANALISIS DEL CUADRO IV

La edad que con más frecuencia se presentó en 1979 fué de 21 a 25 años con el 33.34% equivalente a 57 pacientes, al igual que en 1980 con 35.08% equivalente a 67 pacientes.



GRAFICA DEL CUADRO IV

CUADRO V

PARIDAD DE PACIENTES QUE PRESENTARON  
DISTOCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN  
DURANTE LOS AÑOS 1979-1980

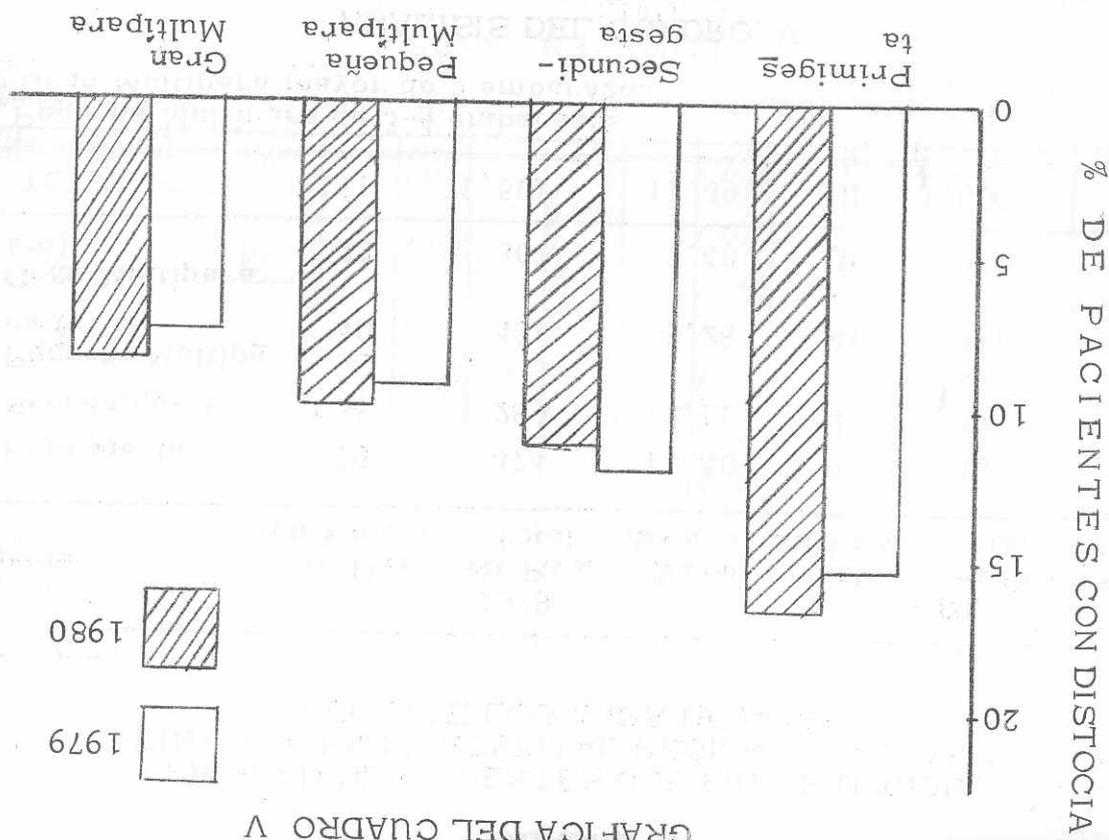
Paridad	No. Ptes. con distocia	1979		1980		
		No. Ptes. Total	% con distocia	No. Ptes. con distocia	No. Ptes. Total	% con dis- tocioa.
1. Primigesta	73	474	15.40	77	460	16.0
2. Secundigesta	35	289	12.11	43	385	11.0
3. Pequeña Múltipara (*)	40	431	9.28	41	411	9.0
4. Gran Múltipara (**)	23	307	7.49	30	350	8.0
<b>TOTAL</b>	<b>171</b>	<b>1,501</b>	<b>11.39</b>	<b>191</b>	<b>1,606</b>	<b>11.0</b>

(\*) Pequeña Múltipara de 3-4 embarazos

(\*\*) Gran Múltipara mayor de 5 embarazos

## ANALISIS DEL CUADRO V

En este cuadro observamos que el 15.40% de las primigestas presentaron distocia en 1979 y en 1980 el 16.74%, observando que en ambos años hubo predominio de distocia en pacientes primigestas.



CUADRO VI

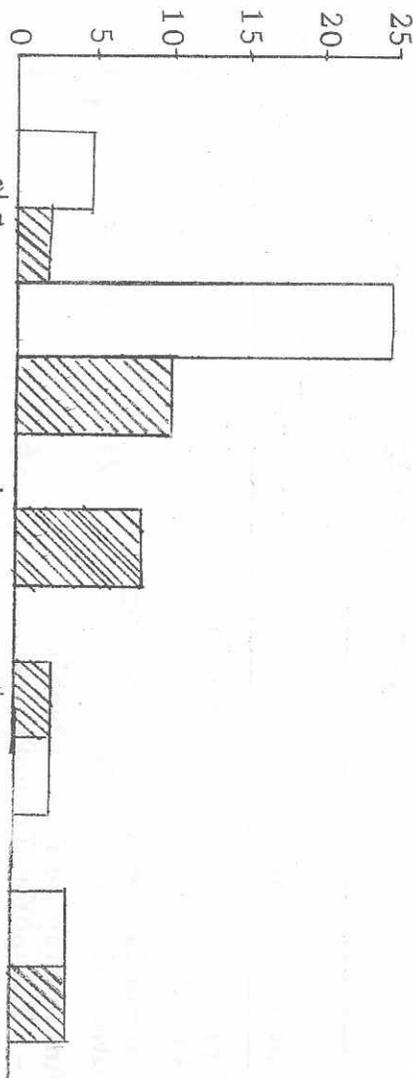
PACIENTES CON ANTECEDENTES DE DISTOCIA  
CON DISTOCIA ACTUAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN  
DURANTE LOS AÑOS 1979-1980

Tipo de Distocia	1979		1980	
	No. Ptes.	%	No. Ptes.	%
1. Primigesta con presentación pelviana (podálica)	5	2.92	2	1.05
2. Anomalías del canal pelvico-genital (Estrechez Pélvica)	24	14.04	10	5.24
3. Anomalías de Presentación - (Situación Transversa)	6	3.51	8	4.19
4. Anomalías de dinámica del útero - (Hipodinamia)	-	-	2	1.05
5. Preeclampsia y/o Eclampsia	2	1.17	-	-
6. Sufrimiento Fetal	3	1.75	3	1.57
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>23.39</b>	<b>25</b>	<b>13.10</b>

ANALISIS DEL CUADRO VI

En el año 1979 el 23.39% de las pacientes equivalente a 40 pacientes tenían antecedentes de distocia y en 1980 el 13.10% que equivale a 25 pacientes tenían antecedentes de distocia.

No. de Pacientes



TIPO DE DISTOCIA ANTERIOR

GRAFICA DEL CUADRO VI

### CUADRO VII

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO DE PACIENTES QUE PRESENTARON DISTOCIAS OBSTETRICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN DURANTE LOS AÑOS DE 1979-1980

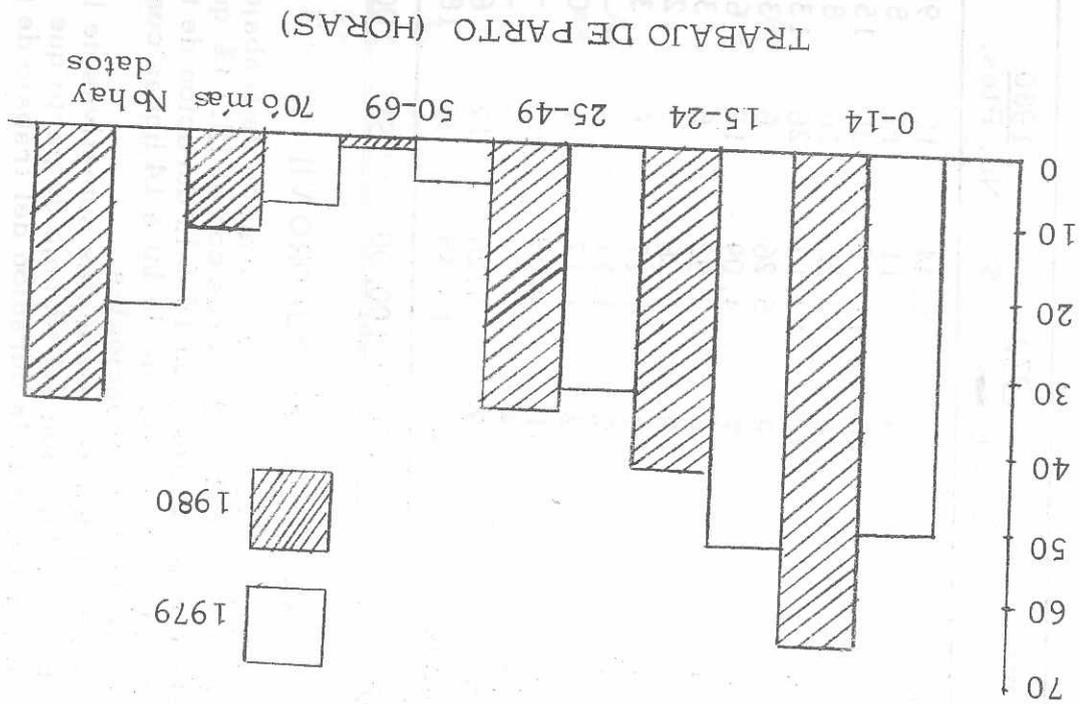
No. de Horas	1979		1980	
	No. Ptes.	%	No. Ptes.	%
0 - 4 Horas	11	6.44	18	9.42
5 - 9 "	19	11.11	17	8.90
10 - 14 "	20	11.70	30	15.71
15 - 19 "	21	12.28	16	8.38
20 - 24 "	31	18.13	26	13.61
25 - 29 "	9	5.26	6	3.14
30 - 34 "	7	4.09	12	6.28
35 - 39 "	5	2.92	6	3.14
40 - 44 "	9	5.26	5	2.62
45 - 49 "	2	1.17	6	3.14
50 - 54 "	2	1.17	-	-
55 - 59 "	2	1.17	1	0.52
60 - 64 "	1	0.59	-	-
65 - 69 "	-	-	-	-
más de 70 horas	9	5.26	12	6.28
No hay datos	23	13.45	36	18.86
<b>TOTAL</b>	<b>171</b>	<b>100.00</b>	<b>191</b>	<b>100.00</b>

### ANALISIS DEL CUADRO VII

En 1979 el mayor porcentaje de duración de trabajo de parto pertenecen de 20 a 24 horas con el 18.13% que corresponde a 31 pacientes y en 1980 la duración de trabajo de parto más reportada fue de 10 a 14 horas con el 15.71% equivalente a 30 pacientes.

Estos datos dependen de respuestas subjetivas de las pacientes sobre la duración del trabajo de parto que llevaban a su ingreso más la duración del trabajo de parto intra-hospitalario.

No. DE PACIENTES



GRAFICA DEL CUADRO VII

TRABAJO DE PARTO (HORAS)

No hay datos

CUADRO VIII

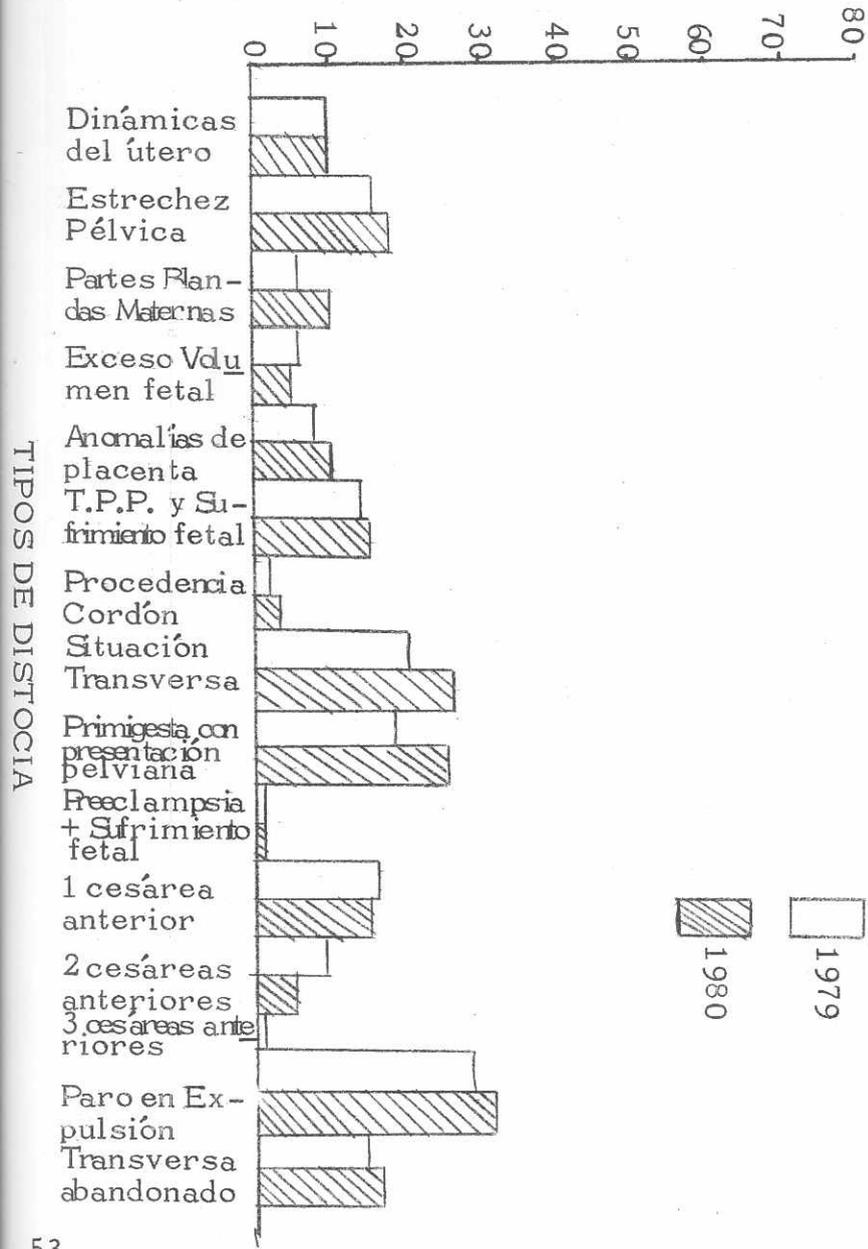
TIPOS DE DISTOCIAS DE PACIENTES DEL HOSPITAL  
REGIONAL DE COBAN DURANTE LOS AÑOS  
1979-1980

TIPO	1979		1980	
	No. Ptes.	%	No. Ptes.	%
Ruptura Uterina	8	4.68	6	3.14
Inminencia de Ruptura Uterina	2	1.17	4	2.89
Del canal pelvico-genital				
- Estrechez pélvica	16	9.36	18	9.42
Partes Blandas maternas	6	3.51	10	5.24
- Distocia Cervical				
Anomalías de Exceso Volumen Fetal	6	3.51	5	2.62
- Desproporción Cefalo-pélvica				
Anomalías de Placenta	8	4.68	10	5.24
- Placenta Previa				
- Desprendimiento prematura placenta				
- Placenta Acreta				
Trabajo de Parto Prolongado y Sufrimiento Fetal	14	8.19	15	7.85
Procedencia del Cordón Umbilical	2	1.17	3	1.57
Anomalías de Presentación, Posición y Situación				
- Situación Transversa	20	11.69	26	13.61
- Paro en expulsión	28	16.37	31	16.23
- Transverso Abandonado	14	8.19	16	8.38
Primigesta con Presentación Pelviana	18	10.53	25	13.09
Preeclampsia más sufrimiento fetal	1	0.58	1	0.52
Con antecedentes de:				
- 1 cesárea	16	9.36	15	7.85
- 2 cesáreas	9	5.26	5	2.62
- 3 cesáreas	1	0.58	-	-
Eclampsia	2	1.17	1	0.52
<b>TOTAL</b>	<b>171</b>	<b>100.00</b>	<b>191</b>	<b>100.00</b>

ANÁLISIS DEL CUADRO VIII

El mayor número de distocias en 1979 equivale a anomalías de presentación, posición y situación fetal con el 36.25% o 62 pacientes, siendo la más frecuente paro en expulsión con el 16.37% 28 pacientes, al igual que en 1980 con el 38.22% equivalente a 73 pacientes así como también fue la más frecuente paro en expulsión con el 16.23% 31 pacientes.

No. de Pacientes



GRAFICA DEL CUADRO VIII

CUADRO IX

1979

SOLUCION DE LAS DISTOCIAS CON SUS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS

DISTOCIA	CSTP (*)	Corporea	Forceps	Histerectomía	Versión y Gran Ext.	CSCT (**)	Ces. Vagi.	Laparatomía	Vacuum	Embriotomía	Total
Inminencia Ruptura Utero	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Estrechez Pélvica	15	1	-	-	-	-	-	-	-	-	16
Partes Blandas Maternas	5	-	-	-	-	1	-	-	-	-	6
Exceso Volumen Fetal	4	-	2	-	-	-	-	-	-	-	6
Anomalías de Placenta	4	3	-	1	-	-	-	-	-	-	8
Trab. de Parto Prolongado más Sufrimiento Fetal	10	-	1	-	-	1	1	-	1	-	14
Procedencia del Cordón	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2
Situación Transversa	6	6	-	-	-	8	-	-	-	-	20
Paro en Expulsión	20	-	7	-	-	1	-	-	-	-	28
Transversa Abandonada	2	10	-	-	1	1	-	-	-	-	14
Primigesta en Podálica	16	-	-	-	-	2	-	-	-	-	18
Preeclampsia más Sufrimiento Fetal	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Cesárea Anterior	22	2	1	-	-	1	-	-	-	-	26
Eclampsia	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2
Ruptura Uterina	-	-	-	4	-	-	-	4	-	-	8
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>171</b>
<b>Porcentajes</b>	<b>63.16%</b>	<b>13.45%</b>	<b>6.43%</b>	<b>3.51%</b>	<b>0.59%</b>	<b>8.77%</b>	<b>0.59%</b>	<b>2.33%</b>	<b>1.17%</b>	<b>-</b>	<b>100.00%</b>

Nota: El procedimiento de versión y gran extracción sólo fue utilizado en el caso del segundo gemelo en mala posición.

(\*) Cesárea Segmentaria Transperitoneal  
 (\*\*) Cesárea Segmento-corporea Transperitoneal

CUADRO IX

1980

SOLUCION DE LAS DISTOCIAS CON SUS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS

	CSTP (*)	Corporea	Forceps	Histerectomía	Versión y Gran Ext.	C SCT (**)	Ces. Vagi.	Laparatomía	Vacuum	Embriotomía	TOTAL
Inminencia Ruptura Utero	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	4
Estrechez Pélvica	16	1	-	-	-	1	-	-	-	-	18
Partes Blandas Maternas	7	-	3	-	-	-	-	-	-	-	10
Exceso Volumen Fetal	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Anomalías de Placenta	3	5	-	1	-	1	-	-	-	-	10
Trab. de Parto Prolongado más Sufrimiento Fetal	11	1	3	-	-	-	-	-	-	-	15
Procedencia del Cordón	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	3
Situación Transversa	10	10	-	-	2	4	-	-	-	-	26
Paro en Expulsión	17	-	4	-	-	-	-	-	10	-	31
Transversa Abandonada	1	13	-	-	1	-	-	-	-	1	16
Primigesta en Podálica	24	-	-	-	-	1	-	-	-	-	25
Preeclampsia más Sufrimiento Fetal	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Cesárea Anterior	19	-	-	-	-	1	-	-	-	-	20
Eclampsia	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Ruptura Uterina	-	-	-	2	-	-	-	4	-	-	6
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>191</b>
<b>Porcentajes</b>	<b>62.30%</b>	<b>15.71%</b>	<b>5.24%</b>	<b>1.57%</b>	<b>1.57%</b>	<b>5.76%</b>	<b>-</b>	<b>2.09%</b>	<b>5.24%</b>	<b>0.52%</b>	<b>100.00%</b>

Nota: El procedimiento de versión y gran extracción sólo fue utilizado en el caso del segundo gemelo en mala posición.

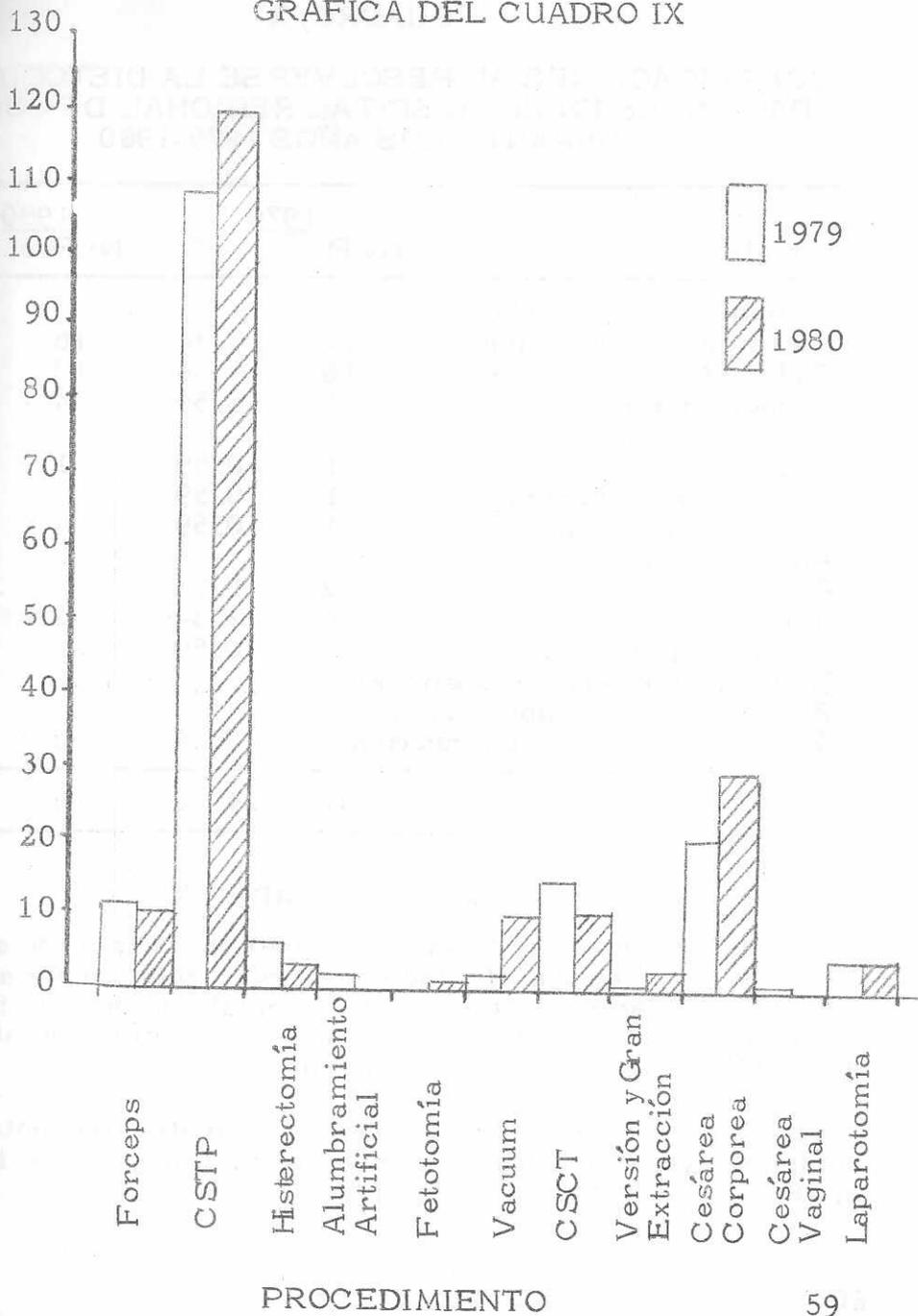
(\*) Cesárea Segmentarea Transperitoneal

(\*\*) Cesárea Segmento-corporea Transperitoneal

ANALISIS DEL CUADRO IX

La forma en que se resolvieron la mayor parte de las distocias en 1979 fue por cesárea segmentarea transperitoneal con el 63.16% equivalente a 108 pacientes, al igual que en 1980 con el 62,30% equivalente a 119 pacientes.

GRAFICA DEL CUADRO IX



CUADRO X

COMPLICACIONES AL RESOLVERSE LA DISTOCIA DE  
PACIENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE COBAN  
DURANTE LOS AÑOS 1979-1980

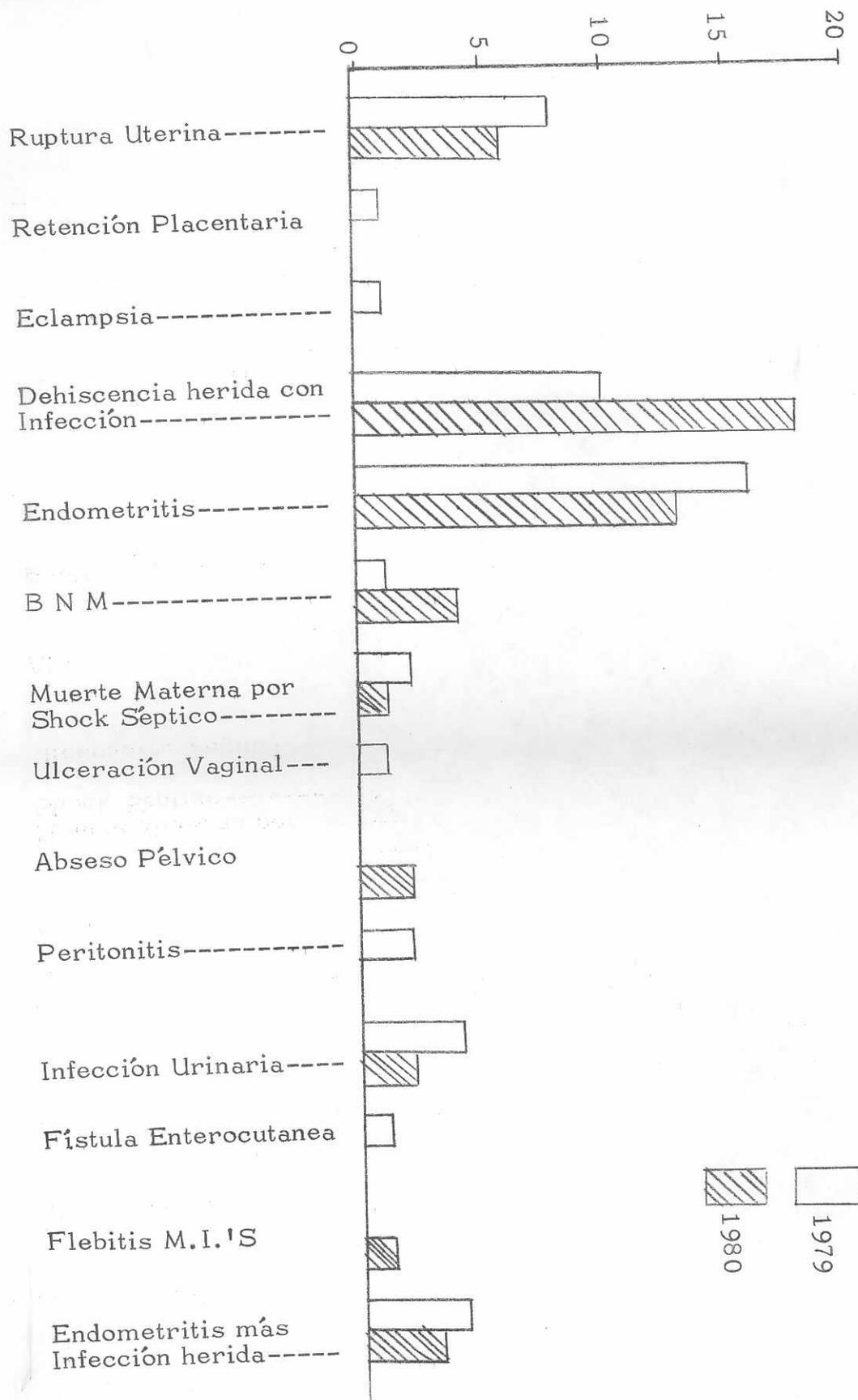
Complicaciones	1979		1980	
	Nb. Ptes.	%	Nb. Ptes.	%
- Dehiscencia de herida operatoria con infección	10	5.84	18	9.42
- Endometritis	16	9.36	13	6.81
- Bronconeumonía	1	0.59	4	2.09
- Muerte materna				
a) septicemia	1	0.59	1	0.52
b) causa desconocida	1	0.59	-	-
- Ulceración Vaginal	1	0.59	-	-
- Abseso Pélvico	-	-	2	1.05
- Peritonitis	2	1.17	-	-
- Infección Urinaria	4	2.34	2	1.95
- Fístula Enterocutanea	1	0.59	-	-
- Flebitis en miembros inferiores	-	-	1	0.52
- Endometritis más dehiscencia de herida operatoria con infección	4	2.34	3	1.57
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>24.00</b>	<b>44</b>	<b>23.03</b>

ANALISIS DEL CUADRO X

La complicación más frecuente al resolverse la ditocia en 1979 fue endometritis afectado al 9.36%, equivalente a 16 pacientes, mientras que en 1980 la complicación más frecuente fué dehiscencia de herida operatoria con infección afectando al 9.42% equivalente a 18 pacientes.

Vemos además que el 29.86% de las pacientes presentaron complicaciones en 1979 al resolverse la distocia y en 1980 el 26.17% presentaron lo mismo.

COMPLICACIONES



GRAFICA DEL CUADRO X

## X CONCLUSIONES

1. Se confirma que el primer parto es el que presen  
ta más riesgo de distocia. (ver cuadro V).
2. El mayor número de distocias pertenece a las -  
anomalías de paro en expulsión y no a estrechez  
pélvica. ( ver cuadro VIII).

## XI RECOMENDACIONES

1. Mejorar en lo posible el manejo y llenado de los datos necesarios en los registros clínicos, para que al realizar estudios como éste no halla problemas en la recopilación de datos.
2. Unificar criterios en cuanto a la clasificación de partos distócicos y eutócicos.
3. Unificar la existencia en el Hospital Regional de Cobán de bibliografía que incluya la experiencia sobre distocias en hospitales de la república, con el objeto de contar con suficiente información para estudios análogos.
4. Efectuar protocolos sobre conductas a seguir en las diversas distocias existentes.
5. Divulgar la importancia de llevar control prenatal a toda mujer embarazada y concientizar al personal especializado de la necesidad del mismo.
6. Actualizar al obstetra rural, sobre las nuevas conductas y técnicas de tratamiento tendientes a disminuir la mortalidad tanto materna como fetal.

## XII BIBLIOGRAFIA

1. Benson Ralph C. Manual de Ginecología y Obstetricia. México, Ed. Manual Moderno 1979.
2. Pritchard - MacDonald. Williams Obstetrics - Appleton Century Crofts. 15 th. edition. 1976.
3. E. Stewart Taylor. Obstetrics. The Williams - and Wilkins Co., 1 st. edition 1972.
4. Benson Ralph C. Current Obstetric + gynecologic diagnosis + treatment. Lange Medical Publication, 2 nd. edition 1978.
5. Schwarcz Ricardo, Obstetricia. 3ra. Edición, - Buenos Aires, El Ateneo, 1975.
6. Schwarcz Ricardo, Manual de Urgencias Obstétricas, México, Editorial El Manual Moderno . 1979.
7. Wynn Ralph M. Obstetricia y Ginecología, Salvat Editoriales, S.A. Barcelona 1977.
8. Garrey, Govan, Hodge, Lallander. Obstetrics - Illustrated. Churchill Livingstone Press, 2 nd . edition 1974.
9. Cardenas Castillo, Eva Alicia; Distocias Obstétricas en el Hospital Nacional de Amatitlán, Tesis (Médico y Cirujano) USAC. 1979.
10. Morales Mezarine, Miriam Elizabeth; Distocias Obstétricas en el Hospital General de Occidente, Tesis (Médico y Cirujano). USAC 1979.

11. Urquizú Gutiérrez, Carlos Ernesto; Distocias Obstétricas estudio de 100 casos de febrero a julio en el Hospital Pedro de San José de Be thancourt, Antigua Guatemala. Tesis (Médico y Cirujano), USAC, 1977.

Dr. Michael Avery Clemens F.  
Michael Avery Clemens F.

Dr. Holmer Coronado  
Asesor.  
Dr. Holmer Coronado

Dr. Amilcar Bojorquez  
Revisor.  
Dr. Amilcar Bojorquez

Dr. Carlos Waldheim  
Director de Fase III  
Dr. Carlos Waldheim

Dr. Jaime Gómez Ortega  
Secretario  
Dr. Jaime Gómez Ortega

Vo. Bo.

Dr. Carlos Waldheim  
Decano.  
Dr. Carlos Waldheim