UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA PRE Y POSOPERATORIA EN LA DESPROPORCIÓN CÉFALO-PÉLVICA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA, PERÍODO JUNIO-NOVIEMBRE 2012

TESIS PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE MEDICO GENERAL

AUTOR:

ANDRES FELIPE SAMANIEGO ROJAS

DIRECTOR:

DR. MARCO MEDINA SARMIENTO

LOJA – ECUADOR

2013

1859

II. CERTIFICACIÓN

INFORME DEL DIRECTOR DE TESIS

Loja, 23 de Octubre de 2013

Dr. Marco Medina

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICO:

Que el presente trabajo;"CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA PRE Y POSOPERATORIA EN LA DESPROPORCIÓN CÉFALO-PÉLVICA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA, PERÍODO JUNIO-NOVIEMBRE 2012", de autoría del Sr. Andrés Felipe Samaniego Rojas, ha sido revisado bajo la correspondiente dirección en forma prolija tanto en su forma como en su contenido, de conformidad con los requerimientos institucionales; y luego de su revisión, autorizo su presentación ante el tribunal respectivo, previo a optar por el Título de Médico General.

Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento

DIRECTOR

III. AUTORIA

Yo, Andrés Felipe Samaniego Rojas, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

Autor: Andrés Felipe Samaniego Rojas

Firma:.....

Cédula: 1104508211

Fecha: 23 de Octubre de 2013

IV: CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, Andrés Felipe Samaniego Rojas, declaro ser autor de la tesis titulada: "CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA PRE Y POSOPERATORIA EN LA DESPROPORCIÓN CÉFALO-PÉLVICA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA, PERÍODO JUNIO-NOVIEMBRE 2012", como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinte y tres días del mes de Octubre del dos mil trece: firma el autor

Autor: Andrés Felipe Samaniego Rojas

Firma:.....

Cédula: 1104508211

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Marco Medina Sarmiento

TRIBUNAL DE GRADO:

Dra. Margarita Sotomayor

Dr. Tito Carrión Dávila

Dr. Byron Garcés

V. DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios y a mi familia.

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy,

Cuidándome y dándome fortaleza para continuar,

A mi familia, quienes a lo largo de mi carrera

Han velado por mi bienestar y educación

Siendo mí apoyo en todo momento

Depositando su entera confianza en cada reto

Que se me presentaba sin dudar ni un solo momento

En mi inteligencia y capacidad.

Es por ellos que he alcanzado una más de mis metas.

Los amo con mi vida

VI. AGRADECIMIENTO

Con infinito amor a mamá y papá, por haberme enseñado el camino correcto y formar parte de cada momento de mi historia.

A mi ángel guardián, Abuelo Servio, aunque ausente, mi más grande ejemplo a seguir, a pesar que no pueda verte, sé que nunca dejarás de estar a mi lado y acompañar mis pasos.

A mi amada Abuela Julita, porque tu humildad, dulzura y amor por cada ser de este planeta es simplemente fuente de inspiración.

A mis adorados sobrinos: Daniel, Alejandro, Mateo y Nicolás, quienes son la magia que se necesita para no desmayar.

A mis hermanos: Natalia Soledad, Edgar Vinicio y Eduardo Mauricio,

con quienes comparto mis días.

A mi Director de tesis Dr. Marco Medina, quien a lo largo de éste tiempo me ha orientado con sus capacidades y

Conocimientos en el desarrollo de mi tema de tesis, la cual ha finalizado con éxito, llenando todas las expectativas propuestas.

TITULO

TITULO

“CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA PRE Y POSOPERATORIA EN LA DESPROPORCIÓN CÉFALO-PÉLVICA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “ISIDRO AYORA” DE LOJA, PERÍODO JUNIO-NOVIEMBRE 2012”.

RESUMEN

2. RESUMEN / ABSTRACT

2.1 RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo, establecer la correlación diagnóstica pre y post-operatoria en la desproporción céfalo-pélvica, en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital “Isidro Ayora” de Loja en el periodo Junio – Noviembre de 2012.

Es un estudio de carácter descriptivo, transversal, se aplicó una hoja de recolección de datos y criterios de inclusión y exclusión para determinar el grado de correlación existente entre la valoración previa y el diagnóstico posterior a la realización de cesárea.

La muestra fue de 50 pacientes gestantes a término que ingresaron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital “Isidro Ayora” de Loja con diagnóstico de desproporción céfalo-pélvica. De los cuales un 88% se correlacionan con su diagnóstico previo, mientras el 12% restante no presenta relación con su diagnóstico inicial. En cuanto a la aplicación de las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública ante distocias tipo Desproporción Feto-pélvica o Estreches Pélvica se encontró que, un 88% cumplen las normativas propuestas, mientras el 12% restantes no basa su diagnóstico en dichas normas o no registran la valoración ginecológica en la pertinente historia clínica.

PALABRAS CLAVE: **Distocias, Desproporción Céfalo-Pélvica, Correlación, Cesárea,Estrechez Pélvica.**

2.2 ABSTRACT

The present study aimed to establish the diagnostic correlation pre-and post - operative cephalopelvic disproportion in the area of Gynecology and Obstetrics Hospital "Isidro Ayora" of Loja in the period June to November 2012.

It is a descriptive study, transversal, we applied a data collection sheet and inclusion and exclusion criteria to determine the degree of correlation between the initial measurement and subsequent diagnosis to cesarean section.

The sample included 50 full term pregnant patients admitted to the Obstetrics and Gynecology Hospital "Isidro Ayora" Loja diagnosed with cephalopelvic disproportion. Of which 88 % are correlated with previous diagnosis, while the remaining 12% has no relation to their initial diagnosis. Regarding the application of the standards set by the Ministry of Public Health to dystocia type Fetus - pelvic disproportion Pelvic narrowness found that, 88 % meet proposed regulations, while remaining 12% not base his diagnosis on such standards or not record the assessment on relevant gynecological history.

KEYWORDS: Dystocias, Cephalopelvic Disproportion, Correlation, Caesarea, Pelvic Stricture.

INTRODUCCIÓN

3. INTRODUCCIÓN

El proceso reproductivo y en éste, el embarazo y el parto, son un hecho fisiológico y cultural de profunda trascendencia humana, que siempre han ocupado un espacio particular en las sociedades y hoy en día hace parte de una de las prioridades en salud, establecidas por la Organización Mundial de la salud y retomada por la gran mayoría de los países miembros, entre los cuales se encuentra Ecuador.

En ese contexto, la Constitución Política de la República Ecuatoriana en actual vigencia, en su Art. 32, establece que, "la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos..."[1] de esta forma, el embarazo que es un estado fisiológico de atención prioritaria estipulada en las normas de atención del Ministerio de Salud Pública, debe brindarse con calidez y calidad, en este sentido, la atención oportuna por parte del profesional de salud debe seguir ciertos parámetros consensuados y contemplados en normas y protocolos de atención, que permitan al personal brindar un servicio integral, en donde el diagnóstico y tratamiento, sean realizados en forma oportuna y eficaz, con el fin de evitar posibles complicaciones.

En el campo de la Obstetricia, es muy importante promocionar un embarazo saludable e informar de riesgos que se puedan presentar durante el transcurso de la gestación, aunque en algunos casos estos lineamientos no se pueden cumplir por las condiciones en las que acuden ciertas usuarias, no cabe duda que, para quienes integran un equipo de salud, la atención de calidad integral en este proceso constituye un verdadero reto, expresado en la capacidad para hacer un interrogatorio minucioso, valoración física completa y el uso adecuado de métodos complementarios de laboratorio e imagen para disminuir en la medida de lo posible las complicaciones, que en un porcentaje aproximado del 20% se puede presentar durante el transcurso de la labor de parto.

---

[1] Constitución Política del Estado Ecuatoriano, Art. 32, Quito-Ecuador, 2008, pág.

La concepción, el embarazo y el parto, son procesos fisiológicos y por ende no deben ser considerados de manera distinta, pero existen situaciones anómalas de carácter materno o fetal, en las que hay un cierto grado de peligrosidad que debe preocupar al personal de salud en cuestión, condiciones como las distocias que se presentan de diferente manera, que conllevan a la mujer embarazada a presentar dificultades al momento de la terminación de un embarazo, requieren de procedimientos quirúrgicos que tengan como objetivo precautelar la integridad tanto materna como fetal.

Factores biológicos, culturales, socio-económicos, laborales y ambientales, condicionan la calidad del embarazo y su cuidado, así como las del parto y su respectiva atención, en donde ciertos casos presentan "condiciones anómalas en las cuales el trabajo de parto se ve afectado y en ellas pueden intervenir factores maternos y fetales, que en su conjunto se denominan distocias"[2], haciendo hincapié en un tipo especial de distocia que se encuentra en un rango de presentación intermedio en relación a las demás, como lo es la desproporción feto-pélvica.

Con tales consideraciones y teniendo que, un razonable porcentaje de usuarias en gestación, ingresan al servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja para someterse a Operación Cesárea por causa de desproporción feto-pélvica; como egresado de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, planteo investigar en éstos casos si el diagnóstico anteriormente mencionado se comprueba posterior a la intervención quirúrgica, en tal circunstancia, la presente investigación busca determinar si existe una correlación entre el parte pre-operatorio y el diagnóstico de egreso de la usuaria del servicio de salud, situación que justifica el señalado estudio, puesto que, sus resultados constituirían un aporte para la toma de decisiones más adecuadas en un escenario de este tipo.

---

[2] Williams, OBSTETRICIA, Volumen I, Cap. 20, Edición N°. 22, Editorial McGraw & Hill, México DF, 2005, Pág. 496

La desproporción feto-pélvica o desarmonía céfalo-pélvica es considerada como un problema dentro del campo de la Obstetricia; En tal desarmonía que implica un conducto pélvico insuficiente que no permite el paso del feto de manera normal, es decir, por disminución de las dimensiones de la pelvis en relación a un feto normal, o también puede presentarse un producto grande por anomalías del volumen total o parcial con una pelvis adecuada, o una combinación de ambas condiciones, se considera imperativa la realización de una cesárea segmentaria.

Este problema de salud se presenta a nivel mundial en forma frecuente y constituye una de las causas más importantes para la realización estricta de la cesárea, aunque en un medio de menor desarrollo tecnológico, conlleva un mayor problema debido a las condiciones en las que se realiza la atención del parto.

A nivel internacional existen estudios que revelan la realidad en cuanto a la desproporción céfalo-pélvica, como en el caso de un estudio realizado en Argentina en la ciudad de Corrientes denominado "Incidencia y Principales Indicaciones de Cesárea" durante los años 2002 a 2003 en el Hospital "J.R. Vidal" donde se pudo determinar que las cesáreas se realizan con una frecuencia de 24.32% dentro de las cuales la Desproporción Céfalo Pélvica –DCP- ocupa un 5% de los casos[3], así mismo, otro estudio similar también denominado "Incidencia y Principales Indicaciones de Cesárea" realizado en el Hospital "Julio C. Perrado" de la ciudad de Resistencia, Chaco, Argentina, durante los años 2004 a 2005, donde los resultados demostraron que la realización de cesárea se presenta en un 14%, dentro de la cual, la DCP corresponde a un 4% del total de cesáreas[4]. Otro estudio semejante se realizó en la ciudad de Lima, Perú en la Maternidad "Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé" durante 1991-1999 en el estudio "Desproporción Feto-Pélvica en un Hospital de Lima" donde los resultados

---

[3] Romero, Alberto y otros, INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREAS, Resistencia-Argentina, 2003, Pág. 1 - 6 disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista135/inc_pri.htm

[4] Pardo, Pablo y otros, INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREAS, 2005. Pág. 10, disponible en http://med.unne.edu.ar/revista/revista150/3_150.pdf

demuestran que 1.28% del total de partos por cesárea se los realiza con diagnóstico de Desproporción Feto-Pélvica[5].

A pesar de ser un problema tan relevante en la salud pública, en nuestro país no existen datos suficientes e inclusive estudios retrospectivos, que nos permitan tener una perspectiva de cifras cercanas en relación a la DCP. En Loja, de la revisión efectuada en varios espacios académicos, cuanto del servicio, existe carencia de información de estudios, que muestren la realidad de dicha problemática.

En este contexto, el presente tema de investigación pone énfasis en esta problemática, con el fin de aportar con datos numéricos y concretos, acerca de la realidad en la cual se encuentra el Sistema de Salud en la ciudad de Loja, Es importante evaluar y correlacionar el diagnóstico de ingreso al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital "Isidro Ayora" de Loja así como, el motivo o indicación médica, por la cual se realiza la operación cesárea en las mujeres gestantes, además verificar el diagnóstico post-operatorio y de egreso del servicio, que nos permitan comprobar la eficiente y oportuna aplicación de las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en torno a situaciones de distocias previas o durante la labor del parto y, de especial consideración para las distocias óseas o desarmonías feto-pélvicas.

La edad adolescente y antecedentes patológicos personales, como enfermedades metabólicas, además de alteraciones del desarrollo fetal, son condicionantes para que se presente una mayor probabilidad de alteraciones; en el caso de las gestantes adolescentes, es frecuente la presencia de anormalidades de la pelvis materna por reducción de los diámetros de entrada, medio o de salida, por el insuficiente desarrollo anatómico de la pelvis, además, de no encontrarse preparado adecuadamente para la gestación. En torno a enfermedades metabólicas maternas y/o fetales, es usual que durante la vida intrauterina del

[5] Pacora, Percy, DESPROPORCIÓN FETO-PÉLVICA EN UN HOSPITAL DE LIMA, 2007, Pág. 1-6, disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53_n3/pdf/a10v53n3.pdf

producto se produzcan cambios patológicos y como resultante de estos procesos anormales el feto puede tener peso excesivo y/o malformaciones, que impiden la adecuada labor de parto y por lo tanto se requiere de procedimientos invasivos para la terminación de la gestación a término.

Ante esta situación, como Egresado de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, planteo realizar la siguiente pregunta científica: ¿Qué tipo de correlación diagnóstica existe entre las fases pre y post-operatoria, en cuanto a la desproporción céfalo-pélvica en el área de Gíneco-Obstetricia del Hospital "Isidro Ayora" de la ciudad de Loja Periodo Junio-Noviembre de 2012?

El *objetivo general* que orientó este trabajo investigativo fue Establecer la correlación existente entre la valoración diagnóstica pre-operatoria, con el diagnóstico post operatorio, que permita evaluar la aplicación de protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública para situaciones de distocias del tipo Desproporción Céfalo Pélvica; en tanto los específicos hicieron relación a: i) *Determinar los criterios diagnósticos que justifican cesárea por Desproporción Céfalo Pélvica en las mujeres que acuden al Hospital Isidro Ayora durante el semestre Junio-Noviembre del 2012*; ii) *Conocer el porcentaje de operaciones cesáreas que se correlacionan con el diagnóstico del parte operatorio previo;* iii) *Evaluar la aplicación de protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública para situaciones de distocias tipo Desproporción Céfalo Pélvica.*

La *metodología* diseñada para el efecto determinó la necesidad de hacer un estudio: Descriptivo y Transversal.

El universo fueron641 pacientes embarazadas en quienes se realizó operación cesárea en el área de Ginecología-Obstetricia del Hospital Provincial "Isidro Ayora" de la ciudad de Loja durante el periodo Junio – Noviembre de 2012.

La muestra del estudio comprendió 50 mujeres con gestaciones a término, que fueron sometidas a operación cesárea con diagnóstico previo de desproporción

céfalo-pélvica, en el área de Gineco-obstetricia del Hospital “Isidro Ayora” en el período respectivo de Junio-Noviembre del 2012. La unidad de análisis constó de: i) *Las mujeres embarazadas que ingresaron al servicio de Ginecología-Obstetricia con diagnóstico de desproporción céfalo-pélvica para operación cesárea;* ii) *Personal de salud encargado de realizar la valoración clínica de las mujeres que ingresaron al servicio con diagnóstico de DCP*. Las variables fueron las siguientes: i) Variable dependiente “Desproporción céfalo-pélvica”; ii) Variable independiente “Operación cesárea basada en criterios diagnósticos”.

Entre los criterios en los cuales se basó la investigación tenemos, el criterio de inclusión: i) Todas las mujeres embarazadas que registraron un parte operatorio en relación con diagnóstico de Desproporción Céfalo-Pélvica, durante el periodo de Junio – Noviembre del 2012. Mientras que los criterios de exclusión fueron: i) Mujeres con diagnóstico de desproporción feto-pélvica, pero cuyas Historias Clínicas presentaron información incompleta: ii) Mujeres embarazadas cuya edad gestacional fue menor a 37 semanas; iii) Pacientes obstétricas con diagnóstico de cesárea previa.

Los resultados obtenidos durante la presente investigación, demostraron que un 12% de los casos no se correlacionaron con el diagnóstico y valoración previa,además, el mismo número de casos noregistraron un adecuado cumplimiento de las normativas expuestas por el Ministerio de Salud del Ecuador para este tipo de distocias.

Es notable que, ante la mencionada problemática,el uso adecuado del protocolo o componente Materno-Fetal del MSP,promueva una atención en salud de calidad, pero existen aspectos teórico-académicos en los que el personal de salud debe enfocarse y mantener una adecuada actualización con el fin de coadyuvar en el cambio y progreso de la salud pública del Ecuador.

REVISIÓN DE LITERATURA

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 CONCEPTO

4.1.1 DESPROPORCIÓN CÉFALO-PÉLVICA

En el contexto de estudio, Williams (2005) plantea a la desproporción céfalo-pélvica como "una disminución de la capacidad pélvica, de una talla excesiva del feto o más, a menudo de una combinación de ambos" (p 503)"[6].

Mientras tanto Bajo Arenas y col (2007) lo definen como "…alteraciones de la pelvis en su tamaño, forma o inclinación, así como también el tamaño, actitud y posición del polo fetal que clínicamente pueden ocasionar un parto lento o una progresión anómala"[7].

4.2 CONSIDERACIONES ANATÓMICAS

"En varones y en mueres, la pelvis forma un anillo óseo por el cual se transmite el peso corporal a las extremidades pélvicas, pero en el sexo femenino tiene un forma especial que se adapta a la procreación"[8], la pelvis está constituida por 4 huesos: sacro, cóccix, y los 2 coxales. Cada hueso coxal se forma por la fusión de íleon, isquion y pubis. Los huesos coxales se unen al sacro en las sincondrosis sacroiliacas y entre sí en la sínfisis del pubis.

4.2.1 PELVIS ÓSEA

4.2.2 ANATOMÍA DE LA PELVIS

La pelvis falsa yace por arriba de la cresta pectínea y la verdadera por debajo de ese límite anatómico; está delimitada hacia atrás por las vértebras lumbares, al frente, su límite está constituido por la porción inferior de la pared abdominal.

---

6 WILLIAMS, et al, Obstetricia, Edición 22, Editorial McGraw&Hill, México, 2005 pág. 503

7 BAJO, J, Fundamentos de Obstetricia SEGO, Edición 1, Editorial Gráficas Marte, Madrid, 2007, pág. 711

8 Op. Cit. Williams pág.31

La pelvis verdadera es la porción importante para la procreación, limitada arriba por el promontorio e las alas del sacro, la cresta pectínea y los bordes superiores de los pubis, y por debajo por el plano de salida de la pelvis. La cavidad de la pelvis verdadera se puede describir como un cono truncado con altura máxima posterior. Su pared anterior en la sínfisis del pubis mide casi 5cm y la posterior casi 10cm.

4.2.3 ARTICULACIONES SACROILIACAS

Los huesos de la pelvis se unen en la parte posterior por las articulaciones entre el sacro y la porción iliaca de los huesos coxales para constituir las articulaciones sacroiliacas, que tienen también cierto grado de movilidad.

4.2.4 RELAJACIÓN DE LAS ARTICULACIONES PÉLVICAS

Durante el embarazo, la relajación de esas articulaciones tal vez ocurre por cambios hormonales. "Abramson et al. (1934) observaron que la relajación de la sínfisis del pubis se iniciaba en la primera mitad del embarazo y aumentaba durante los últimos tres meses"[9]. También observaron que esa laxitud empezaba a remitir de inmediato después del parto y que concluía en tres a cinco meses. La sínfisis del pubis también aumenta en amplitud durante el embarazo, en mayor grado en multíparas que en primigestas, y retorna a lo normal poco después del parto. Hay cambios importantes en la movilidad de las articulaciones sacroiliacas. Borell y Fernstrom (1957) mostraron que la bastante notoria movilidad de la pelvis a término era producto de un deslizamiento ascendente de la articulación sacroilíaca. El desplazamiento, que es máximo en la posición de litotomía dorsal, puede aumentar el diámetro del plano de salida de 1.5 a 2.0 cm. Eso constituye la principal justificación para ubicar a una mujer en esa posición para un parto vaginal. Sin embargo, el aumento en el diámetro del plano de salida de la pelvis se logra sólo si se permite al sacro rotar en dirección posterior, esto es, sólo si no se fuerza hacia adelante contra la mesa o cama del parto por el peso de la pelvis materna (Russell, 1969, 1982). La movilidad de la articulación sacroilíaca es

[9] Op. Cit. Williams, pág. 32

también el probable motivo por el cual la maniobra de McRoberts suele tener éxito para liberar un hombro obstruido en el caso de una distocia de ese segmento de la extremidad torácica. Tales cambios también se han atribuido al éxito de la posición modificada en cuclillas para acelerar el segundo periodo del trabajo de parto (Gardosi et al., 1989). La posición en cuclillas puede aumentar el diámetro interespinoso y el del plano de salida pélvica (Russell, 1969, 1982). Estas últimas observaciones no se han confirmado, pero en muchas sociedades primitivas se usa tal posición para el parto.

4.2.5 PLANOS Y DIÁMETROS DE LA PELVIS

La pelvis se describe como con cuatro planos imaginarios:

1. El plano de entrada, o estrecho superior.

2. El plano de salida, o estrecho inferior.

3. El plano medio, el de menores dimensiones.

4. El plano de máximas dimensiones, que carece de importancia obstétrica.

4.2.6 PLANO DE ENTRADA

El plano de entrada (estrecho superior) es limitado por detrás por el promontorio y las alas del sacro, a los lados por la cresta pectínea y adelante por las ramas horizontales del pubis y su sínfisis. El plano de entrada de la pelvis femenina por lo general simula más un círculo que un óvalo. “Caldwell et al. (1934) identificaron por radiografía un plano de entrada casi redondo o ginecoide en 50% de las mujeres de raza blanca”[10].

Suelen describirse cuatro diámetros del plano de entrada de la pelvis: anteroposterior, transverso y dos oblicuos. El diámetro anteroposterior, de importancia obstétrica, corresponde a la distancia más breve entre el promontorio

[10] Op. Cit. Williams pág. 34

del sacro y la sínfisis del pubis y se denomina conjugado obstétrico. Por lo general, mide 10 cm o más.

El diámetro transversal está ubicado en ángulo recto con respecto al conjugado obstétrico y representa la distancia más amplia entre las crestas pectíneas que lo limitan. Suele hacer intersección con el conjugado obstétrico en un punto casi 4 cm por delante del promontorio. El segmento del conjugado obstétrico desde la intersección de esas dos líneas hasta el promontorio se conoce como diámetro sagital posterior del plano de salida.

Cada uno de los dos diámetros oblicuos se extiende desde una sincondrosis sacroilíaca hasta la eminencia iliopectínea en el lado opuesto y mide 13 cm en promedio.

El diámetro anteroposterior del plano de entrada de la pelvis, que se ha identificado como conjugado verdadero, no representa la distancia más corta entre el promontorio sacro y la sínfisis el pubis. La distancia más breve es el conjugado obstétrico que corresponde al diámetro anteroposterior más corto por el que debe pasar la cabeza al descender hacia el plano de salida de la pelvis. El conjugado obstétrico no puede medirse de manera directa por exploración digital. Para fines clínicos, se calcula indirectamente restando de 1.5 a 2 cm a la medida del conjugado diagonal. Este último se determina por la distancia desde el borde inferior de la sínfisis del pubis hasta el promontorio sacro.

4.2.7 PELVIS MEDIA

La pelvis media se mide a nivel de las espinas ciáticas, que corresponde al plano medio o de menores dimensiones pélvicas. Es de particular importancia vigilar el encajarniento de la cabeza fetal en presencia de trabajo de parto obstruido.

El diámetro interespinoso, de 10 cm o un poco mayor, suele ser el más pequeño de la pelvis. El diámetro anteroposterior a nivel está en la punta del sacro y los límites laterales son los ligamentos sacrociáticos y las tuberosidades isquiáticas.

El triángulo anterior está formado por la región bajo el arco púbico. Suelen describirse tres diámetros del plano de salida de la pelvis: anteroposterior, transversal y sagital posterior.

4.3 TAMAÑO DE LA PELVIS Y SU CÁLCULO CLÍNICO

4.3.1 MEDICIONES DEL PLANO DE ENTRADA DE LA PELVIS

En muchas pelvis anormales, el diámetro anteroposterior del plano de entrada, o conjugado obstétrico, está muy acortado. Se calcula el conjugado diagonal midiendo la distancia desde el promontorio sacro hasta el borde inferior de la sínfisis del pubis. Se introducen dos dedos de la mano dominante en la vagina y se valora en primer lugar la movilidad del cóccix. Se palpa a continuación la cara anterior del sacro de abajo arriba y se revisan sus curvaturas vertical y lateral. En pelvis normales, sólo se pueden palpar las últimas tres vértebras sacras sin presionar demasiado el perineo. Por el contrario, en pelvis muy contraídas suele ser fácilmente palpable toda la cara anterior del sacro. A continuación, con el fin de alcanzar el promontorio sacro, el médico que explora debe flexionar el codo y presionar el perineo con los nudillos del tercero y cuarto dedos. Luego hace ascender el índice y el cordial sobre la cara anterior del sacro. Mediante la inserción profunda de la muñeca, se puede percibir el promontorio como una proyección ósea con la punta del segundo dedo. Con el dedo estrechamente adosado a la porción más prominente de la parte alta del sacro, se eleva la mano vaginal hasta que entra en contacto con el arco púbico. La distancia entre la marca y la punta del segundo dedo corresponde al conjugado diagonal. El conjugado obstétrico se calcula restando de 1.5 a 2.0 cm a la medida del diagonal, dependiendo de la altura e inclinación de la sínfisis del pubis, Si el conjugado diagonal es mayor de 11.5 cm, es justificable suponer que el plano de entrada de la pelvis es de tamaño adecuado para el parto vaginal de un feto de tamaño normal.

La contracción transversa del plano de entrada se puede medir sólo por pelvimetría de imagen. Es posible la contracción pélvica incluso con un diámetro anteroposterior adecuado.

4.3.2 ENCAJAMIENTO

El descenso del plano biparietal de la cabeza fetal hasta un nivel por debajo del plano de entrada de la pelvis se denomina encajamiento (fig. 2-27). Cuando el diámetro biparietal, el más grande de la cabeza fetal normalmente flexionada, ha

pasado a través del plano de entrada, la cabeza está encajada. Aunque el encajamiento suele considerarse como un suceso del trabajo de parto, en nulíparas puede ocurrir durante las últimas semanas del embarazo. Cuando esto sucede, constituye una prueba confirmatoria de que el plano de entrada de la pelvis es adecuado para esa cabeza fetal. “Con el encajamiento, la cabeza sirve como pelvímetro interno que muestra que el plano de entrada de la pelvis es amplio para el feto”[11].

Se determina el encajamiento por exploración vaginal o palpación abdominal. Con la primera, se precisa la altura de la porción más baja de la cabeza fetal en relación con la altura de las espinas ciáticas. Si la parte más baja del occipucio se encuentra a nivel de las espinas ciáticas o por debajo, la cabeza suele estar encajada, aunque no siempre. La distancia es de casi 5 cm desde el plano de entrada de la pelvis hasta el nivel de las espinas ciáticas. Aunque la distancia desde el plano biparietal hasta el vértice de una cabeza fetal no moldeada suele ser de sólo 3 a 4 cm, puede ser difícil la determinación precisa del encajamiento

si hay considerable elongación de ese segmento corporal por moldeamiento o la formación de cáput succedaneum.

La exploración abdominal es menos satisfactoria como método para determinar el encajamiento. Si el diámetro biparietal de un lactante a término ha descendido a

---

[11] WILLIAMS, et al, Obstetricia, Edición 22, Editorial McGraw&Hill, México, 2005, pág. 37

través del plano de entrada, los dedos del médico que explora no pueden alcanzar la porción más baja de la cabeza. Así, cuando se empuja hacia abajo sobre la porción inferior del abdomen, los dedos del médico que explora se deslizarán sobre esa porción de la cabeza proximal al plano biparietal (nuca) y se separan. Por el contrario, cuando la cabeza no está encajada, los dedos pueden fácilmente alcanzar la porción inferior de la cabeza y convergen.

Ocurre fijación de la cabeza fetal cuando el descenso avanza hasta que impide su movimiento libre al empujar con ambas manos colocadas sobre la porción inferior del abdomen a la derecha y después a la izquierda. Fijación no necesariamente es

sinónimo de encajamiento. Aunque una cabeza libremente móvil a la exploración abdominal no puede estar encajada, a veces se observa su fijación cuando el diámetro biparietal está aún 1 cm o más por arriba del plano de entrada de la pelvis, en especial si la cabeza está muy moldeada.

4.3.3 MEDICIONES DEL PLANO DE SALIDA

Una dimensión importante del plano de salida de la pelvis, que es accesible para su medición clínica, es el diámetro entre las tuberosidades isquiáticas, denominado de modo variable diámetro biisquiático, diámetro intertuberoso y diámetro transversal del plano de salida. Una cifra de más de 8 cm se considera normal. Se puede hacer la medición del diámetro transversal del plano de salida colocando el puño cerrado contra el perineo entre las tuberosidades isquiáticas. Por lo general, el puño cerrado tiene más de 8 cm de longitud. También puede valorarse al mismo tiempo la forma del arco subpúbico palpando las ramas del pubis a partir de la región subpúbica hacia las tuberosidades isquiáticas.

4.3.4 CÁLCULO DE LA PELVIS MEDIA

Es imposible el cálculo clínico de la capacidad de la pelvis media por cualquier forma directa de medición. Si las espinas ciáticas son muy prominentes y las paredes laterales convergen, en tanto que la concavidad sacra es muy poco profunda, surge la sospecha de una contracción pélvica.

Para una mejor comprensión acerca de lo que ocurre En función de las características del estrecho superior, de la pelvis media y del estrecho inferior, Caldwell y Moloy elaboraron en 1933 una clasificación de los distintos tipos de pelvis, denominada Clasificación de Caldwell y Moloy y que está vigente hasta la actualidad. "Según la clasificación propuesta se definen cuatro tipos de pelvis: ginecoide, androide, antropoide y platipeloide"[12].

4.4 CLASIFICACIÓN DE CALDWELL Y MOLOY

4.4.1 PELVIS GINECOIDE

"La pelvis ginecoide es el prototipo de pelvis femenina más frecuente y como tal, con respecto a ella se comparan los otros tipos de pelvis ya que se encuentra en el 55% de mujeres aproximadamente"[13]

4.4.2 TIPO ANDROIDE

"La morfología de este tipo de pelvis recuerda a la de la pelvis masculina. Entre un 15 y un 20% de las mujeres tienen este tipo de pelvis"[14]. Sus características son las siguientes:

4.4.3 TIPO ANTROPOIDE

"Este tipo es el segundo más frecuente, representando el 33% de las pelvis femeninas"[15], Tiene una forma ginecoide aplanada, con diámetros antero-posterior corto y transversal amplio.

4.3.4 TIPO PLATIPELOIDE

Este tipo de pelvis solamente se encuentra en un 5% de las mujeres.

A pesar de la clasificación determinada por Cadwell y Maloy, existe un marcado porcentaje en el que se encuentran pelvis mixtas de entre las cuales existe predominancia de pelvis ginecoides con tendencia antropoide.

---

12 Op. Cit. Bajo Arenas, pág.713-715
13 Op. Cit. Williams pág. 35
14 Op. Cit. Bajo Arenas, pág. 714
15 Op. Cit. Williams, pág. 36

4.5 DESCRIPCIÓN DE DESPROPORCIÓN CÉFALO-PÉLVICA

4.5.1 DISTOCIAS OSEAS

Las distocias óseas o del canal óseo, junto con las anomalías del canal blando y tumores previos, están incluidas dentro de las distocias del canal del parto[16]. Cuando se habla de distocias óseas se hace referencia a las alteraciones de la pelvis en sus diferentes aspectos: tamaño, forma o inclinación, que clínicamente pueden ocasionar un parto lento o una progresión anómala que termine por provocar una desproporción pélvico- cefálica en una paciente con buena dinámica. Sin embargo, en este último concepto interviene también el tamaño, actitud y posición del polo fetal, ya que pueden existir pelvis anormales pero con fetos pequeños y bien flexionados en el que el parto pueda, aunque lento, producirse por vía vaginal y viceversa, pelvis absolutamente normales podrían ser insuficientes ante fetos macrosómicos o deflexionados. Por tanto el diagnóstico de distocia ósea, salvo en las pelvis claramente estenóticas, puede ser difícil y en muchas ocasiones imposible de determinar con certeza ya que intervienen otras causas como el motor y el objeto del parto.

4.5.2 CAPACIDAD PÉLVICA

"Cualquier contracción de los diámetros pélvicos que disminuya la capacidad de este segmento corporal, puede crear distocias durante el parto. Puede haber contracturas del plano de entrada, medio y de salida, o una pelvis con disminución general de sus diámetros por la combinación de esas características". (WILLIAMS, 200: 503)

4.5.3 CONTRACCIÓN DEL PLANO DE ENTRADA PÉLVICO

Se considera contracción del plano de entrada de la pelvis si su diámetro antero-posterior más breve es menor de 10 cm o su diámetro transversal mayor mide menos de 12 cm[17]. El diámetro antero-posterior del plano de entrada de la pelvis suele determinarse de manera aproximada por medición manual del conjugado

---

[16] Op. Cit. Bajo Arenas, pág. 711
[17] Op. Cit. Williams, pág. 503

diagonal, que es casi 1.5 cm mayor. Por tanto, suele definirse a un contracción del plano de entrada de la pelvis como la presencia de un conjugado diagonal menor de 11.5 centímetros. Utilizando la pelvimetría clínica y a veces la de imagen, es importante identificar el diámetro ántero-posterior más breve por el que debe pasar la cabeza fetal.

Se ha demostrado que antes del trabajo de parto el diámetro biparental fetal de un producto a término es en promedio de 9.5 cm. Se ha determinado mediante pelvimetría radiográfica que la incidencia de partos difíciles aumenta en un grado similar cuando el diámetro ánteroposterior del plano de entrada es menor de 10 cm o el diámetro transversal es menor de 12 cm.

Normalmente, se facilita la dilatación del cuello uterino por la acción hidrostática de las membranas no rotas, o después de su rotura, por la transmisión de la fuerza de contracción uterina a través del producto directamente al cuello uterino. En las pelvis contraídas, cuando la cabeza se detiene en el plano de entrada, toda la fuerza ejercida por el útero actúa de manera directa sobre la porción de las membranas que está por arriba del cuello en proceso de dilatación. En consecuencia, es más probable la rotura espontánea temprana de las membranas.

“Después de la rotura de membranas, la ausencia de compresión por la cabeza contra el cuello uterino y el segmento uterino inferior predispone a la formación de cáput succedáneo perdiéndose de ésta manera la evaluación posterior de rotación interna y extensión, condiciones obligatorias para que se produzca un parto vaginal, por ello, la dilatación adicional puede proceder muy lentamente o no avanzar”. (Williams, 2005, pág.: 503)

Una contracción del plano de entrada de la pelvis tiene participación importante en la aparición de presentaciones anormales. En nulíparas normales, la presentación a término suele descender hasta la cavidad de la pelvis antes del inicio del trabajo de parto. Cuando el plano de entrada está muy contraído, el descenso por lo general no se presenta hasta después del inicio del trabajo de parto. Las

presentaciones cefálicas aún predominan, pero debido a que la cabeza flota libremente sobre el plano de entrada de la pelvis o se apoya más hacia una de las fosas iliacas, las influencias muy leves pueden hacer que el feto adopte otras presentaciones. En mujeres con pelvis contraídas se encuentran tres veces más a menudo presentaciones de cara y hombros, y el prolapso del cordón umbilical ocurre de cuatro a seis veces más a menudo.

4.5.4 CONTRACCIÓN DEL PLANO MEDIO DE LA PELVIS

Este trastorno es más frecuente que el correspondiente del plano de entrada. A menudo produce detención transversa de la cabeza fetal que quizá conduzca a una aplicación difícil de fórceps medio o una cesárea.

El plano obstétrico de la pelvis media se extiende desde el borde inferior de la sínfisis del pubis hacia las espinas ciáticas y alcanza el sacro cerca de la unión entre la cuarta y quinta vértebras. Una línea transversal que en teoría conecte las espinas ciáticas divide la pelvis media en sus porciones anterior y posterior. La primera es limitada por delante por el borde inferior de la sínfisis del pubis y a los lados por las ramas isquiopúbicas. La porción posterior está limitada atrás por el sacro y a los lados por los ligamentos sacrociáticos mayores, que forman los límites inferiores de la escotadura sacrociática.

“Las mediciones promedio de la pelvis media son las siguientes: diámetro transversal, biciático o interespinoso, 10.5 cm; diámetro ánteroposterior, del borde inferior de la sínfisis del pubis hasta la unión de S4-S5, 11.5 cm; y sagital posterior, desde el punto medio de la línea interespinosa hasta el correspondiente del sacro, 5 cm. La definición de las contracciones de la pelvis media no se ha establecido con la misma precisión posible para las del plano de entrada. No obstante, la pelvis media posiblemente esté contraída cuando la suma de los diámetros biciático y sagital posterior, por lo general 10.5 más 5 cm o 15.5 cm, baja a 13.5 cm o menos” (Williams, 205, pág. 503)

Se debe sospechar contracción pelviana media hay motivos para sospechar contracción de la pelvis media siempre que el diámetro biciático es menor de 10 cm. Cuando mide menos de 8 cm, la pelvis media está contraída[18].

Aunque no hay un método manual preciso de determinación de las dimensiones de la pelvis media, se puede inferir una contracción en ocasiones cuando las espinas ciáticas son prominentes, las paredes laterales convergen o la escotadura sacro ciática es estrecha. La relación entre los diámetros biciático y biisquiático es lo suficiente constante para poder prever una estenosis del diámetro interespinoso cuando el biisquiático es estrecho. Un diámetro biisquiático normal no siempre excluye la estenosis del diámetro biciático.

4.5.5 CONTRACCIÓN DEL PLANO DE SALIDA DE LA PELVIS

Este fenómeno suele definirse por la presencia de un diámetro biisquiático de 8 cm o menos. El plano de salida de la pelvis puede compararse gruesamente con dos triángulos, donde el diámetro biisquiático constituye la base. Los lados del triángulo anterior corresponden a las ramas del pubis y su vértice es el borde póstero-inferior de la sínfisis del pubis. El triángulo posterior no tiene límites óseos pero su vértice corresponde a la punta de la última vértebra sacra. La disminución del diámetro biisquiático, con disminución subsiguiente del triángulo anterior, inevitablemente fuerza la cabeza hacia atrás. Una contracción del plano de salida puede causar distocias, no tanto por sí mismo sino a través de la contracción vinculada del plano medio. Es rara la contracción del plano de salida sin una concomitante del plano media.

Incluso cuando la desproporción entre la cabeza fetal y el plano de salida de la pelvis no es lo suficiente grande para originar una distocia grave, puede tener participación importante en la producción de desgarros perineales. Con la disminución creciente del arco púbico, el occipucio no puede nacer directamente bajo la sínfisis del pubis, sino que se impulsa cada vez más hacia abajo en

[18] Op. Cit. Williams, pág. 504

dirección a las ramas isquiopúbicas. En consecuencia, el perineo se distiende cada vez más y está expuesto a un mayor peligro de laceración.

4.5.6 ALTERACIONES CONGÉNITAS Y ADQUIRIDAS DE LA PELVIS

Deformaciones pélvicas debidas a enfermedades generales, a) Pelvis raquítica.Se sabe que el raquitismo es un trastorno de equilibrio fosfo-cálcicoen donde interviene también la falta de exposición solar y las carencias alimenticias enparticular la vitamina D., b) Pelvisosteomalácica: Etimológicamente osteomalacia significa reblandecimientodel hueso y es. al adulto lo que el raquitismo al niño, por lo tanto loseñalado para el raquitismo es válido para la osteomalacia, c) Deformacionespor endocrinopatías: El síndrome endocrino causal es casi siempreuna insuficiencia hipofisaria o tiroidea, siendo el enanismo hipofisario yel enanismo tiroideo las más características aunque en general son raras.

Deformaciones secundarias a lesiones vertebrales. Es de todos conocido, elpapel que desempeña el raquis trasmisor del peso del cuerpo en la génesis de la pelvis normal.Particular importancia tienen sus curvaturas y en especial la lordosis lumbar.“Cualquier desviación de la columna vertebral condiciona una posición decompensación de la pelvis para conservar el equilibrio; así, la cintura pelvianase deforma al recibir el peso del cuerpo con arreglo a ejes normales,cuando las lesiones vertebrales se presentan en la fase de osificación, de lapelvis antes de la pubertad”[19]. En el plano sagital las curvaturas patológicasdel raquis pueden ser xifosis o lordosis y en el plano frontal escoliosis,dando como resultado la pelvis xifótica o pelvis en embudo, pelvis lordóticacon aplanamiento anteroposterior y pelvis escoliótica o asimetría pélvica.

---

1. [19]Vallecillo G. Ramos J., PARTO DISTÓCICO POR DESPROPORCIÓN FETO-PÉLVICA, Revisión Médica, Honduras, disponible en http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1975/pdf/Vol43-4-1975-5.pdf

Deformaciones secundarias a lesiones del aparato locomotor. En condicionesnormales de bipedestación, la fuerza que ejercen hacia arriba y hacia adentrolos fémures es de igual intensidad, en ambos lados y es transmitida a lapelvis por medio de los acetábulos. Si los miembros son desiguales enlongitud, en movilidad o en potencia, se rompe el equilibrio y a causa de laclaudicación resultante la mitad de la pelvis correspondiente al miembromás útil recibe un exceso de presión que deforma la pelvis, del lado sano.Las lesiones causales del aparato locomotor pueden ser cojera simplepor acortamiento o posición viciosa de un miembro, luxación, congénitade la cadera, coxalgia por tuberculosis o poliomielitis. Es convenienteseñalar que en el primero de estos casos la acción deformadora es puramentemecánica y en cambio en los tres restantes se suma un trastorno trófico a laacción mecánica.

Finalmente existen las malformaciones pelvianas congénitas que puedenser parte de aquellas que afectan al conjunto del esqueleto o bien las queafectan de un modo predominante o exclusivo a la pelvis, así como lostumores pelvianos o las fracturas de la pelvis.

4.6 DISTOCIA POR CAUSAS DE ORIGEN FETAL

El producto puedes tener dimensiones anormales no solo por haber adquirido gran tamaño, sino también cuando, teniendo un crecimiento normal, se acomoda mal en el momento del parto y ofrece a la pelvis diámetros mayores que los habituales (exceso de volumen accidental).[20]

4.6.1 EXCESO DE VOLUMEN FETAL

Las dimensiones exageradas de un producto de la concepción en relación a la pelvis materna es obviamente, lo que origina la distocia Cuando el feto está excesivamente desarrollado puede haber dificultad en el proceso del parto. “El CLAP, considera que el peso promedio normal de un feto a término varía entre

[20] SCHWARTZ, R, Obstetricia, Edición 6, Editorial El Ateneo, Buenos Aires-Argentina, 2006

2500 y 3500 g. y se dice de un producto grande cuando su peso es de 4000 g. o más (macrosómico)”[21].

Los productos de la concepción en madres diabéticas con enfermedades metabólicas y especialmente la diabetes, los estados pre diabéticos y la obesidad son causas de este volumen excesivo del producto. El peso y talla elevada de los padres constituyen también factores importantes que deben tomarse en cuenta.

Algunos datos indican que las tasas de morbilidad y mortalidad perinatales en los hijos de mujeres con diabetes mellitus mejoraron con cambios en el estilo de vida, dieta y el tratamiento con insulina. Sin embargo, cuando no se logra controlar la diabetes, el médico debe estar consciente de las posibles complicaciones en el recién nacido, entre las que se incluyen macrosomía, y malformaciones congénitas. Un control adecuado de la diabetes materna es el factor clave para determinar la evolución fetal. La alimentación especialmente rica en hidratos de carbono, aunque es discutida, favorece el desarrollo excesivo del feto y una dieta bien balanceada evitando el exceso en los carbohidratos ayuda a impedir el volumen exagerado. Finalmente, es un hecho que en un buen número de casos, la etiología de productos macrosómicos permanece incierta.

Gomella en su publicación define que la macrosomía fetal…. “Es la presentación clásica del hijo de una madre diabética (HMD). Es resultado de acontecimientos bioquímicos en toda la vía de la hiperglucemia materna-hiperinsulinemia fetal, como lo describió Pedersen (1971). Los recién nacidos hijos de madres con diabetes clase A -insulinodependientes- (según la clasificación de White), B, C o D, suelen ser macrosómicos”[22]. Las complicaciones son mínimas en la diabetes gestacional y en la de clase A controlada con cambios en la dieta.

Cuando las dimensiones del feto resulten mayores que la de los diámetros pélvicos el parto será imposible o bien se prolongará demasiado tiempo con las

---

[21] Centro Latino-Americano de Perinatología, 2007, Disponible en: http://www.paho.org/clap/

[22] Op. Cit. Gomella 2006, Pág 467

consecuencias que esto puede tener en madre y feto y la distocia, desde el punto de vista del producto podrá radicar en la cabeza, en los hombros, en el tronco o en las nalgas, situación que deberá ser demostrada mediante la valoración obstétrica vaginal.

4.6.2 EXCESO DE VOLUMEN PARCIAL FETAL

"Entre las distocias por aumento de volumen parcial, se encuentra la debida a hidrocefalia que por trastorno de la circulación del líquido cefalorraquídeo, se produce un aumento considerable del volumen cefálico por acumulación en los ventrículos cerebrales condicionando una desproporción cefalopélvica; esta patología aparece en 1 de cada 2000 fetos y constituye el 12% de las manifestaciones congénitas, El Líquido Céfalo Radio acumulado puede oscilar entre 500 a 1200 ml"[23].

La distocia de hombros por volumen exagerado de ellos, en realidad pertenece al exceso en el crecimiento total del feto, El hidrotórax y particularmente la ascitis son los determinantes principales de la desproporción fetal a nivel del tronco. Los dos cuadros son debidos a trastornos circulatorios y sobre todo la ascitis es consecuencia de enfermedad hemolítica por isoinmunización materno fetal. Finalmente los tumores sacro coxígeos del tipo de los teratomas, espina bífida sacra, los quistes dermoides motivan aumento de volumen de las nalgas, provocando desarmonía feto-pélvica, además la "existencia de bocio fetal que impide la normal flexión de la cabeza durante la labor de parto"[24].

4.6.3 DIMENSIONES FETALES EN LA DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA

Actualmente, incluso con la evolución notable de la tecnología, la selección de un umbral de dimensión fetal para predecir desproporción cefalopélvica es aún desdeñosa. Esto es porque casi todos los casos de desproporción se presentan

---

[23] Op. Cit. SCHWARTZ, pág. 612

[24] Usandizaga J. De la Fuente Pérez P., OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, Edición N° 4, Editorial Marban Libros S. L., Madrid – España, 2011.

en fetos cuyo peso está dentro de los límites de la población obstétrica general. Así, la desproporción céfalo-pélvica por lo general, no se relaciona simplemente con un peso fetal excesivo. Otros factores, como las posiciones anómalas de la cabeza fetal, por ejemplo, de occipucio, de cara y frente, dificultan el paso del' feto por el conducto del nacimiento. En lo relacionado a la antropometría fetal posparto cabe recalcar, que "la dimensión del perímetro cefálico considerada como normal oscila 32 a 37cm en un producto a término"[25] (Gomella, 2006).

4.7 METODOS DIAGNÓSTICOS

4.7.1 CÁLCULO DE LAS DIMENSIONES DE LA CABEZA FETAL

Los esfuerzos por predecir clínica y radiográficamente la desproporción cefalopélvica con base en el tamaño de la cabeza han sido desalentadores. Müller (1880) y Hillis (1930)"[26] describieron una maniobra clínica para predecir la desproporción. En una presentación de occipucio, la frente y la región suboccipital del feto se sujetan a través de la pared abdominal con los dedos y se aplica presión firme hacia abajo en el eje del plano de entrada. La compresión fúndica por un ayudante suele ser útil. El efecto de las fuerzas sobre el descenso de la cabeza puede valorarse por exploración vaginal concomitante. Si no hay desproporción, la cabeza entra fácilmente a la pelvis y puede predecirse un parto vaginal.

La imposibilidad de impulsar la cabeza al interior de la pelvis no necesariamente indica que el parto vaginal sea imposible. Una clara demostración de que la cabeza fetal flexionada cabalga sobre la sínfisis del pubis constituye una prueba presuncional de desproporción cefalopélvica. Thorp et al. (1993) hicieron un estudio prospectivo de la maniobra de Mueller-Hillis y concluyeron que no había relación entre las distocias y la falta de descenso de la cabeza.

---

[25] Gomella Tricia, NEONATOLOGÍA, Edición 5, Editorial Médica Panamericana, Madrid, España, 2006, pág. 32

[26] Op. Cit. Williams, pág. 504

No se usan mediciones de los diámetros de la cabeza fetal por técnicas de radiografia simple por las distorsiones de paralaje. Se pueden medir el diámetro biparietal y la circunferencia cefálica por Ultrasonografía y ha habido intentos de utilizar esa información para el tratamiento de distocias. Thurnau en 1991 usó el índice cefalopélvico para identificar complicaciones del trabajo de parto. Infortunadamente, la sensibilidad de tales mediciones para predecir la desproporción cefalopélvica es mala. Williams apoya el punto de vista de que no hay un método actualmente satisfactorio de predicción precisa de la desproporción cefalopélvica con base en el tamaño de la cabeza fetal.

Según la OMS, la pelvimetría intraparto con rayos X no ha demostrado eficacia alguna. Los ensayos disponibles sobre pelvimetría con rayos X demostraron un incremento de cesáreas, pero ningún beneficio en términos de reducción morbilidad neonatal. La pelvimetría de rayos X durante el embarazo y parto incrementa la incidencia de leucemias en la infancia y debería ser abolida.

4.7.2 RESONANCIA MAGNÉTICA

"Las ventajas de la pelvimetría por resonancia magnética incluyen ausencia de radiación ionizante nociva parar el producto, mediciones precisas, estudios de imagen fetales completos y posibilidad de valoración de tejidos blandos"[27]. En la actualidad, su uso es limitado por el costo, el tiempo necesario para obtener imágenes adecuadas y la disponibilidad de equipo. Un volumen de la cabeza fetal que rebase a la capacidad pélvica medida por lo general es hallazgo frecuente en mujeres con desproporción cefalopélvica, pero no en aquellas con detención del avance del trabajo de parto. Es claro que el uso de resonancia magnética para medir la capacidad de la pelvis es aún un método de investigación.

[27] Op. Cit. Williams Pág. 504

MATERIALES Y MÉTODOS

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 METODOLOGÍA

5.1.1 TIPO DE ESTUDIO

El diseño del presente estudio es Descriptivo y Transversal.

El estudio es Descriptivo, porque buscó información acerca de los aspectos que se correlacionan entre el diagnóstico pre operatorio, con el que se formuló en el periodo post-operatorio cuando la cesárea se realizó por diagnóstico de desproporción feto-pélvica.

Es un *diseño de tipo Transversal*, porque implica la obtención de datos en un momento específico durante el periodo de ejecución correspondiente a la etapa de Junio a Noviembre de del 2012

5.1.2 UNIVERSO

Comprende 641 pacientes embarazadas en quienes se realizó operación cesárea en el área de Ginecología-Obstetricia del Hospital Provincial “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja, durante la fase de toma de datos Junio - Noviembre, dentro el periodo total de la investigación.

Criterios de Inclusión

- Todas las mujeres embarazadas que registraron parte operatorio en relación con diagnóstico de Desproporción Céfalo-Pélvica, durante el periodo de Junio – Noviembre del 2012.

Criterios de Exclusión

- Mujeres con diagnóstico de desproporción feto-pélvica, pero cuyas Historias Clínicas presentaron información incompleta.
- Mujeres embarazadas cuya edad gestacional era menor a 37 semanas
- Pacientes obstétricas que registraron diagnóstico de cesárea previa

5.1.3 MUESTRA

Corresponde a 50 pacientesembarazadas en quienes se realizó operación cesárea con diagnóstico preoperatorio de desproporción céfalo-pélvica, en el área de Gineco-obstetricia del Hospital “Isidro Ayora” en el período respectivo de Junio-Noviembre del 2012.

5.1.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

i) Las mujeres embarazadas que ingresaron al servicio de Ginecología-Obstetricia con diagnóstico de desproporción céfalo-pélvica para operación cesárea

ii)Personal de salud encargado de realizar la valoración clínica de las mujeres que ingresaron al servicio con diagnóstico de DCP.

5.2 MATERIALES Y MÉTODOS

EL PRIMER OBJETIVO, se investigó a través de la revisión de las historias clínicas correspondientes, utilizando una Hoja de Registro diseñada para este fin; considerando y analizando los criterios que determinan una operación cesárea por desproporción céfalo-pélvica

EL SEGUNDO OBJETIVO, fue investigado mediante la revisión y análisis de los partes pre y postoperatorio de los casos que se presentaron en el periodo establecido de Junio-Noviembre de 2012, y que permitió correlacionar tanto el diagnóstico de ingreso como el de egreso.

EL TERCER OBJETIVO, se trabajó mediante la revisión de la historia clínica, para correlacionar los parámetros evaluados en la usuaria y los expuestos por el protocolo de parto distócico del MSP del Ecuador.

Este estudio se realizó en las pacientes que ingresaron al Hospital “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja, con diagnóstico definitivo de DCP durante Junio a Noviembre del 2012. Seleccionados todos los casos correspondientes, se procedió a revisar

las Historias Clínicas y realizar la tabulación en relación a los objetivos previamente planteados.

La información obtenida se procesó utilizando una hoja electrónica de Excel, analizada estadísticamente y con la respectiva representación mediante tablas y gráficos.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Desproporción céfalo-pélvica

VARIABLE DEPENDIENTE: Operación cesárea basada en criterios diagnósticos

RESULTADOS

6. RESULTADOS

CUADRO N°. 1

CRITERIOS QUE SUSTENTAN DIAGNÓSTICO DE DESPROPORCIÓN CÉFALO-PÉLVICA

CAUSA	N° CASOS	PORCENTAJE
ANORMALIDAD PELVIS MATERNA	22	50%
ANORMALIDAD FETAL	22	50%
TOTAL	44	100%

Fuente: Departamento de Estadística HRIAL

Elaboración: Andrés Samaniego, UNL, 2013

En la gráfica se puede apreciar que, las anormalidades de la pelvis materna corresponden a un 50% de los casos diagnosticados por desproporción céfalo-pélvica, mientras las anormalidades fetales corresponden al 50% restante.

TABLA N°. 2

CESÁREAS QUE SE CORRELACIONAN CON PARTE OPERATORIO PREVIO

CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA	N° CASOS	PORCENTAJE
EXISTE CORRELACIÓN	44	88,00%
NO EXISTE CORRELACIÓN	6	12,00%
TOTAL	50	100%

Fuente: Departamento de Estadística HRIAL

Elaboración: Andrés Samaniego, UNL, 2013

Del total de casos estudiados un porcentaje equivalente al 88,00% de los diagnósticos pre-operatorios se correlacionan con el diagnóstico post-operatorio, mientras que el 12,00% no presentan correlación con la valoración previa.

TABLA N°. 3

APLICACIÓN DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN MATERNO FETAL MSP

APLICACIÓN DE PROTOCOLO MSP	N° CASOS	PORCENTAJE
SE APLICA	44	88,00%
NO SE APLICA	6	12,00%
TOTAL	50	100%

Fuente: Departamento de Estadística HRIAL

Elaboración: Andrés Samaniego, UNL, 2013

En torno a la aplicación del protocolo establecido por el MSP del ecuador, se obtuvo un 88,00% de los casos, en los cuales se aplican adecuadamente las normas establecidas en el componente Materno-Fetal, mientras que, en un 12,00% no existe relaciones con lo establecido en el protocolo de atención para estas situaciones.

TABLA N°. 4

PARTOS EUTÓCICOS VS PARTOS DISTÓCICOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARTOS EUTÓCICOS	931	59,22%
PARTOS DISTÓCICOS	641	40,77%
TOTAL	**1572**	**100%**

Fuente: Departamento de Estadística HRIAL

Elaboración: Andrés Samaniego, UNL, 2013

En la tabla se muestra una distribución del número de partos atendidos durante los 6 meses de estudio, encontrándose que los partos eutócicos corresponden a un total de 59,22%, mientras los partos distócicos un 40,77%.

DISCUSIÓN

7. DISCUSIÓN

Al analizar los resultados obtenidos durante la presente investigación, cabe referirnos a la estadística en cuanto a partos eutócicos en relación a los partos distócicos de las pacientes gestantes que ingresaron en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital "Isidro Ayora" de Loja, para lo cual se determinó la cantidad mensual y un total durante los 6 meses de estudio, evidenciando que los partos por operación cesárea se realizaron en 40,78%, mientras que los partos vaginales se presentaron en 59,22%; la información obtenida, se contrapone con un amplio margen en relación a estadísticas internacionales, por ejemplo un estudio realizado por Williams, en Estados Unidos, demuestra que, "durante el año 2002, la tasa de cesárea se incrementó hasta la cifra más alta, alguna vez informada en 26,1%"[28], lo cual ha sido impulsado por un aumento excesivo en la cesárea primaria, así como una empinada declinación del parto vaginal después de cesárea, por el riesgo de rotura uterina durante la labor de parto; en 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció parámetros para la realización de Operaciones Cesáreas, declarando que no había justificación para que las tasas de estas intervenciones sobrepasen el 10 al 15%, independientemente de la región. Entre 2004 y 2005, se realizó la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS (WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health) en 24 regiones de ocho países de América Latina, en la encuesta se obtuvieron datos de todas las mujeres que ingresaron para tener el parto en 120 instituciones seleccionadas al azar. "La mediana de la tasa de partos por cesárea en instituciones públicas fue del 33% y la tasa más alta de partos por cesárea observada en hospitales privados fue del 51%"[29].

Dicha información, obtenida en una entidad pública local, evidencia cifras alarmantes para una población pequeña en comparación a países donde la densidad poblacional es mayor, posiblemente la falta de tecnología, como método

---

[28] Op. Cit. Williams pág. 8

[29] Op. Cit. Abalos E. Técnicas y materiales alternativos para cesárea:

de confirmación diagnóstica y/o coadyuvante frente a la incertidumbre clínica de algunos casos, influya en dicha realidad.

En torno a la temática estudiada, las distocias son una de las causas más comunes que obligan al personal médico a realizar una operación cesárea y, dentro del grupo de las distocias se encuentra una en especial: la desproporción céfalo-pélvica, la cual requiere un diagnóstico oportuno con el fin de preservar la integridad tanto materna como fetal. En este apartado señalo que, estudios realizados a nivel de América Latina nos muestran una proyección de la cifra de estas complicaciones que impiden una adecuada progresión del parto normal.

Un estudio realizado en Argentina en la ciudad de Corrientes denominado "Incidencia y Principales Indicaciones de Cesárea" durante los años 2002 a 2003 en el Hospital "J.R. Vidal" determina que las cesáreas se realizan con una frecuencia de 24.32% dentro de las cuales la Desproporción Céfalo Pélvica –DCP- ocupa un 5% de los casos[30], así mismo, otro estudio similar también denominado "Incidencia y Principales Indicaciones de Cesárea" realizado en el Hospital "Julio C. Perrado" de la ciudad de Resistencia, Chaco, Argentina, durante los años 2004 a 2005, donde los resultados demostraron que la realización de cesárea se presentó en un 14%, dentro de la cual, la DCP correspondió a un 4% del total de cesáreas[31]. Otro estudio semejante se realizó en la ciudad de Lima, Perú en la Maternidad "Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé" durante 1991-1999 en el estudio "Desproporción Feto-Pélvica en un Hospital de Lima" donde los resultados demuestra que 1.28% del total de partos por cesárea se los realizó con diagnóstico de Desproporción Feto-Pélvica[32], el presente estudio demuestra que durante los 6 meses de estudio, un 6.86% del total de partos se los realizó con diagnóstico de DCP, resultados que guardan similitud en comparación con estudios internacionales.

---

30 Romero, Alberto y otros, INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREAS, Resistencia-Argentina, 2003, Pág. 1 - 6 disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista135/inc_pri.htm

31 Pardo, Pablo y otros, INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREAS, 2005. Pág. 10, disponible en http://med.unne.edu.ar/revista/revista150/3_150.pdf

32 Pacora, Percy, DESPROPORCIÓN FETO-PÉLVICA EN UN HOSPITAL DE LIMA, 2007, Pág. 1-6, disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53_n3/pdf/a10v53n3.pdf

Las causas de origen fetal, tales como: macrosomía fetal, hidrocefalia, tumoraciones fetales, correspondieron a un 50% de los casos por DCP encontrados en el estudio, mientras que entre las alteraciones de la pelvis materna, como contracciones del estrecho de entrada, medio o de salida, encontramos que representaron el 50% restante, sin embargo la información existente en la historias clínicas, no permite diferenciar el factor que determinó la estrechez pélvica, como la contracción de los planos ya mencionados o la valoración del ángulo subpúbico.

Para un adecuado servicio a la mujer embarazada, en muchos países existe normas y protocolos de atención que se basan en consensos internacionales, nuestro país no es la excepción y por lo tanto, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el año 2008 protocolizó el componente materno-fetal con normas e indicaciones médicas de acuerdo al nivel de atención en salud al que acuda la usuaria, el Hospital “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja, siendo una entidad pública de atención de salud nivel 2, debe someterse a evaluaciones en torno a la aplicación de dichas normativas para la atención de la gestante; para el efecto, el presente estudio evaluó el real uso de dichas normativas en base a los criterios expuestos en la Historia Clínica , lo cual reportó que un 88% cumple con lo establecido en el normativo materno-fetal para situaciones de DCP, mientras un 12% no cumplen con dicha valoración exigida por el Ministerio de Salud Pública.

El diagnóstico pre-quirúrgico debe guardar relación con el diagnóstico post-quirúrgico, lo cual demuestra, que la valoración previa por parte del personal de salud ha sido efectiva, además de generar en la paciente sentimiento de seguridad ante el facultativo que con la ayuda del equipo de salud, resuelven su problema; Enfocándonos en datos proporcionados por el estudio, un total de 88% de pacientes en quienes se realizó operación cesárea por DCP, guarda relación con el diagnóstico pre-operatorio, por lo tanto existe una correlación positiva, mientras un 12% no guarda relación con el parte operatorio previo, Sin duda en ciertos

casos la falta de interés del personal médico hacia las usuarias, promueve una valoración errónea y negligente.

CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES

- Una adecuada correlación en cuanto al diagnóstico pre y post-operatorio en los casos de Desproporción Céfalo-Pélvica y en las distocias en general, evidencia que, el personal médico se encuentra adecuadamente capacitado para resolver este tipo de complicaciones, y por lo tanto brindar una adecuada calidad de atención en salud; el presente estudio muestra que un 88% de los casos guardó relación tanto en su diagnóstico previo, como posterior a la realización de cesárea, lo cual demuestra que, la capacidad resolutiva ante esta problemática es adecuada, aunque podria ser mucho mejor.

- Las enfermedades metabólicas como: diabetes, estados pre-diabéticos y/u obesidad, por lo general presentan complicaciones durante la gestación como: macrosomía fetal o malformaciones fetales, que alteran el desarrollo intrauterino del feto y la labor de parto normal, por lo tanto condicionan a la estricta realización de cesárea, los resultados del estudio mostraron que un 50% del total de casos diagnosticados por Desproporción Feto-Pélvica, en el periodo de investigación, se presentan por anomalías fetales.Mientras el restante casos, fueron diagnosticados por Estrechez Pélvica, pero no cuentan con un debido registro en la Historia Clínica de los parámetros evaluados, lo que impide diferenciar el grado de anormalidad pélvica de la paciente que fue sometida a cesárea.

- Las normativas expuestas en el componente Materno-Fetal del MSP, son consideradas de cumplimiento estricto por parte del personal médico,El estudio evaluó la aplicación del protocolo ante las distocias en especial Desproporción Céfalo-Pélvica y Estrechez Pélvica, mostrando que un 88% de los casos cumplen con las antes mencionadas normas técnicas.

- En un contexto general, el estudio realizado demuestra que el porcentaje de operación cesárea que se realizó en el Hospital “Isidro Ayora” en el periodo de investigación, bordea un 41%, porcentaje alto en contraste con datos obtenidos en estudios de países Latinoamericanos citados previamente, lo que demuestra que, aspectos clínico-académicos y tecnológicos deben ser fortalecidos con el fin de disminuir paulatinamente estas cifras..

RECOMENDACIONES

9. RECOMENDACIONES

- Se sugiere a la Universidad Nacional de Loja, socializar conjuntamente con el ente rector de salud del Ecuador MSP, los resultados de las diferentes investigaciones, con el fin de elaborar políticas que ayuden a cambiar la realidad en la que se encuentra el sistema de salud y promover una calidad de atención de salud.
- Se recomiendo al personal médico, que al momento de realizar una valoración clínica y en este caso, ginecológica, esta quede plasmada en un documento legal como lo es la Historia Clínica de una forma completa, con los parámetro evaluados por el personal médico y los datos correspondientes a exámenes complementarios que sustenten el diagnóstico de ingreso, con el fin de mejorar y facilitar una adecuada recolección de datos para quienes analizan dicha información.
- Es necesario promover el adecuado uso de las normativas expuestas en el componente Materno-Fetal, por lo tanto, serecomiendaa la Universidad Nacional de Loja, la socialización de dichos contenidos, con el personal médico docente y estudiantes que se encuentran en formación profesional, de una manera continua, con el fin de mantener actualizado el conocimiento de dichas normas.
- El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como ente rector de la salud pública debe procurar el avance científico y tecnológico, sin dejar de lado la actualización académico profesional, para así evitar el uso indiscriminado de operación cesárea sin indicación estricta,y de este modo brindar una salud de calidad, que cumpla con estándares internacionales por el bienestar de la población.

BIBLIOGRAFÍA

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Williams, OBSTETRICIA, Volumen I, Edición N°. 22, Editorial McGraw & Hill, México DF-México, 2005.
2. Schwarcz R, OBSTETRICIA, Volumen I, Edición N° 6, Editorial El Ateneo, Buenos Aires - Argentina, 2006.
3. Bajo Arenas J. FUNDAMENTOS DE OBTETRICIA, Edición 1, Gráficas Marte, Madrid – España, 2007.
4. Usandizaga J. De la Fuente Pérez P., OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, Edición N° 4, Editorial Marban Libros S. L., Madrid – España, 2011.
5. Gomella Tricia, NEONATOLOGÍA, Edición 6, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires - Argentina, 2008 (Edición en Español)
6. Rouviere, H, ANATOMÍA HUMANA DESCRIPTIVA, TOPOGRÁFICA Y FUNCIONAL, Edición 9, Tomo 1, Editorial Masson S.A., Madrid - España 1994.
7. Latarjet, Ruiz L., ANATOMÍA HUMANA, Edición N° 2, Editorial Panamericana, Buenos aires – Argentina, 1992.
8. CLAP, Sistema Informático Perinatal, 2007
9. Constitución Política del Estado Ecuatoriano, Art. 32 2008
10. Guarderas, C, et al, EL EXÁMEN MÉDICO, Edición N° 1, Editorial Offset, Quito-Ecuador, 1982.
11. Hernández, R, et al, METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, Edición N° 5, Editorial MacGraw&Hill, México DF-México, 2010.
12. Pineda, E, et al, METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, Edición N°3, Editorial Paltex, Washintong DC, 2008.
13. Beaglehole. R. et col. EPIDEMIOLOGÍA BÁSICA, Publicación Científica N° 551, Reimpresión Actualizada, Organización Panamericana de la Salud, 2003.
14. Polit, Hungler, INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD, Edición N°6, Editorial, MacGraw&Hill, México DF-México, 2000.

15. Ulin P, Robinson., INVESTIGACIÓN APLICADA EN SALUD PÚBLICA MÉTODOS CUALITATIVOS, Publicación Científica y Técnica N° 614, Organización Panamericana de la Salud, Washintong DC, 2006.
16. Componente Normativo Materno, CONASA-MSP, Quito, 2008
17. Romero, Alberto y otros, INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREAS, Resistencia-Argentina, 2003, disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista135/inc_pri.htm.
18. Pardo, Pablo y otros, INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREAS, 2005. disponible en http://med.unne.edu.ar/revista/revista150/3_150.pdf .
19. Pacora, Percy, DESPROPORCIÓN FETO-PÉLVICA EN UN HOSPITAL DE LIMA, 2007, disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol53_n3/pdf/a10v53n3.pdf.
20. Vallecillo G. Ramos J., PARTO DISTÓCICO POR DESPROPORCIÓN FETO-PÉLVICA, Revisión Médica, Honduras, disponible en http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1975/pdf/Vol43-4-1975-5.pdf
21. Ábalos E. TÉCNICAS Y MATERIALES ALTERNATIVOS PARA CESÁREA: COMENTARIO DE LA BSR (última revisión: 1 de abril de 2009). Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004663_abalose_com/es/

ANEXOS

11. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA
HOSPITAL PROVINCIAL “ISIDRO AYORA”
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° HCL:_____ EDAD:_____

1. DATOS MATERNO-FETALES

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Gestas:____ Partos:____ Cesáreas:____ Abortos:____

Antecedentes Patológicos Personales

_____
_____

Posición Fetal - Maniobras de Leopold

Maniobra N° 1:_____

Maniobra N° 2:_____

Maniobra N° 3:_____

Examen vaginal

Dilatación:_____

Borramiento:_____

Plano de Hodge:_____

Estado de membranas:_____

Valoración de Pelvis:_____

Exámenes de Imagen

Diámetro Biparietal:_____

Longitud Femoral:_____

Peso aproximado:_____

INFORMACIÓN PRE Y POSOPERATORIA

DATOS QUIRÚRGICOS

Diagnóstico Pre-operatorio

_____
_____

Diagnóstico Post-operatorio

_____
_____

2. DATOS DEL RECIÉN NACIDO

Antropometría Neonatal

Peso :_____

Talla: _____

Perímetro cefálico:_____

3. CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE DISTOCIA OSEA/DCP –MSP-

La historia clínica materna, proporciona información sobre:

Valoración ginecológica previa:

Si____ No____

Contiene información que sustente el diagnóstico de DCP:

Si____ No___

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PARTOS POR DISTOCIA

TRATAMIENTO DEL PARTO DISTÓCICO			
PROTOCOLO DE MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO DISTÓCICO DISTOCIAS DE PARTES OSEAS, BLANDAS Y FETALES, DINÁMICAS Y DE HOMBROS	NIVEL		
DIAGNÓSTICO Y MEDIDAS INICIALES	I	II	III
1. Reciba con calidez a la mujer en la unidad operativa y realice las medidas iniciales y de diagnóstico de todo control prenatal o protocolo de atención del parto normal. Explique a la mujer (y a la persona que le apoya) lo que va a realizar, la escucha y responde atentamente a sus preguntas e inquietudes	X	X	X
2. Brinde apoyo emocional continuo y tranquilidad.	X	X	X
3. Asegure el acompañamiento de la pareja o familiar en todas las instancias de la evaluación inicial y labor de parto.	X	X	X
4. Si la paciente no tiene historia clínica, llene de manera completa el Form. #051 de Historia Clínica Perinatal	X	X	X
5. Si la paciente ya dispone de historia clínica, complete o actualice los datos del Form. #051 de la Historia Clínica Perinatal.	X	X	X
6. Asegúrese de solicitar y tener registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado) en la Historia Clínica Perinatal.	X	X	X

7. Realice una evaluación clínica que incluya: presión arterial, frecuencia cardiaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
8. Realice una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino como un cálculo aproximado del tamaño fetal, de la edad gestacional y descarte de alteraciones anatómicas uterinas (DISTOCIA DE PARTES BLANDAS Y OSEAS).	X	X	X
9. Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal y sus potenciales anomalías. (DISTOCIA DE PRESENTACION FETAL).	X	X	X
10. Ausculte la frecuencia cardiaca fetal por un minuto con cualquier método, inmediatamente después de una contracción uterina.	X	X	X
11. Registre la frecuencia y duración de las contracciones uterinas.	X	X	X
12. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad. Valore la presencia de anomalías en periné, vulva, vagina y cuello que se puedan visualizar y/o palpar.	X	X	X

13. La primera valoración debe ser realizada por el personal de más experiencia para evitar reevaluaciones antes de lo previsto, determinando: • Dilatación cervical. • Borramiento cervical. • Consistencia del cuello. • Posición del cuello. • Altura de la presentación fetal por Planos de Hodge o por Estaciones de DeLee. • Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea. • Coloración del líquido amniótico (Parto normal - Anexo 1 Indice de Bishop) • Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal. (Parto normal - Anexo 2 Valoración de la pelvis): • Si son proporcionales, continúe con el protocolo de atención del parto normal. • Si no son proporcionales indique DISTOCIA POR DCP O DISTOCIA OSEA.	X	X	X
14. Con el diagnóstico de distocia por DCP indique la necesidad de una cesárea programada o de urgencia si ya está en labor de parto, en las siguientes circunstancias: • Si se encuentran alteraciones de partes óseas que generen obstrucción, reducción de los diámetros pélvicos óseas o asimetría de los mismos, • Si se encuentran alteraciones de partes blandas que	X	X	X

generen obstrucción o sangrado, • Si se tiene antecedentes de control prenatal con anormalidades fetales diagnosticadas por ecografía, • Si se encuentra alteración de los diámetros fetales que determinen un aumento de los mismos por hidrocefalia o visceromegalia malformaciones abdominales o neurológicas, siameses, • Si se detecta una anomalía de presentación: producto en transverso, oblicuos o deflexión fetal.			
15. Si la paciente es diagnosticada de distocia disponga su ingreso a la unidad operativa o realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado para aplicar el protocolo de manejo del parto por cesárea. Envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal”[33]	X	X	X

[33] Componente Normativo Materno, CONASA-MSP, Quito, 2008

INDICE DE CONTENIDOS

12. INDICE

Tabla de contenido

II. CERTIFICACIÓN ..... ¡Error! Marcador no definido.

III. AUTORIA ..... ¡Error! Marcador no definido.

IV: CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS ..... ¡Error! Marcador no definido.

V. DEDICATORIA 6

VI. AGRADECIMIENTO 7

TITULO 9

2. RESUMEN / ABSTRACT 11

2.1 RESUMEN 11

2.2 ABSTRACT 12

3. INTRODUCCIÓN 14

4. REVISIÓN DE LITERATURA 21

4.1 CONCEPTO 21

4.2 CONSIDERACIONES ANATÓMICAS 21

4.3 TAMAÑO DE LA PELVIS Y SU CÁLCULO CLÍNICO 25

4.4 CLASIFICACIÓN DE CALDWELL Y MOLOY 28

4.5 DESCRIPCIÓN DE DESPROPORCIÓN CÉFALO-PÉLVICA 29

4.6 DISTOCIA POR CAUSAS DE ORIGEN FETAL 34

4.7 METODOS DIAGNÓSTICOS 37

5. MATERIALES Y MÉTODOS 40

5.1 METODOLOGÍA 40

5.2 MATERIALES Y MÉTODOS 41

6. RESULTADOS 44

7. DISCUSIÓN 49

8. CONCLUSIONES 53

9. RECOMENDACIONES 56

10. BIBLIOGRAFÍA 58

11. ANEXOS 61

12. INDICE..... 68