

**UNIVERSIDAD CATÓLICA REDEMPTORIS MATER
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**



**TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
DOCTOR (A) EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

LINEA DE INVESTIGACIÓN: Ginecoobtetricia

**Complicaciones materno-fetales en partos con distocias de
presentación de vértice atendidas en la sala de labor y parto
del Hospital Alemán Nicaragüense, en el período de julio-
diciembre 2019**

AUTORES

Otero-Martínez, Alesska Rebeca
Rocha-Ortega, Fernando José

TUTORA CIENTÍFICA

Dr. Adalgia Porras Bojorge
Especialista en Ginecoobtetricia

TUTOR METODOLÓGICO

René Alfonso Gutiérrez- Aburto, MD, MSc.
Epidemiólogo, Salubrista Publico
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9806-7419>

REVISORES DE LA INVESTIGACIÓN

REVISOR DE CONTENIDO

Dr. Francisco Hiram Otero Pravia
Decano de Facultad de Ciencias Médicas, UNICA

REVISOR Y CORRECTOR DE ESTILO

Carlos Manuel Téllez, MSc.
Docente Facultad de Ciencias Médicas, UNICA

Managua, Nicaragua
26 de mayo de 2020

Dedicatoria

Dedico este trabajo con todo mi amor y cariño a Dios por estar a mi lado siempre y guiarme por el buen camino, por darme las fuerzas de salir adelante a pesar de las adversidades que tuve a lo largo de mis estudios.

A mí familia, pero especialmente a mi madre por todo el esfuerzo y sacrificio que ha hecho a lo largo de estos años, por su apoyo incondicional y la confianza que tuvo al saber que lo lograría.

Alesska Rebeca Otero Martinez

Dedicatoria

A Dios por darme la sabiduría y el conocimiento que he necesitado a lo largo de mi vida, me das la fuerza para seguir enfrentando los obstáculos diarios que se presentan en mi camino.

A mis amadas hijas que todo mi esfuerzo y trabajo es porque me inspiran a superarme día a día para ser su ejemplo a seguir.

A mi esposa que me apoyo en los momentos más difíciles que tuve que pasar en este trayecto y sus consejos me motivaron a seguir adelante.

A todos mis amigos y familiares que me enseñaron que los golpes de la vida son duros pero que jamás hay que dejar de avanzar, es hasta que creemos en nosotros mismos que tenemos vida propia.

Fernando José Rocha Ortega

Agradecimientos

Primeramente, le agradezco a Dios por permitirme lograr mi sueño, a lo largo de estos años poder superar cada una de las metas que se me iban presentando. Le doy infinitamente gracias a mi madre por siempre estar ahí cuando la necesito y ser el apoyo emocional que necesito día a día.

A las nuevas amistades que hice durante este largo camino, en especial a mi compañera de turnos Fernanda Porras y a mi novio Frank López gracias por ayudarme y por qué sé que puedo contar con ustedes para lo que sea.

A mi tutora Dra. Adaligia Porras Bojorge por dedicarnos el tiempo para lograr este trabajo sin su ayuda esto no sería posible.

Alesska Rebeca Otero Martinez

Agradecimientos

A Dios todopoderoso, por darme la vida cada día, la salud y la fuerza para continuar luchando por mis metas.

A mis padres Elena del Carmen Ortega Henríquez y Fernando José rocha Mendoza que me guiaron y me apoyaron en todo el camino de mi formación como ser humano desde mi nacimiento.

A mi esposa Leyanis Yahoska Montiel Obando por toda la ayuda que me ha brindado ha sido de mucha importancia, has estado a mi lado en los momentos más difíciles, siempre apoyándome a seguir adelante, más aún en esta última etapa de mi carrera me motivaste a superarme, en especial darme mis tesoros más preciados que son mis hijas Fernanda Lucia Rocha y Mía Isabella Rocha.

A mi suegra Silvia Elena Obando por servirme de guía espiritual, moral y económicamente para mi formación como profesional.

A mi tutora Dra Adalgia Porras Bojorge por brindarnos su tiempo y conocimiento al guiarnos en este trabajo monográfico.

Fernando José Rocha Ortega

Resumen

Objetivo: Conocer las complicaciones materno-fetales en partos con distocias de presentación de vértice atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, en el período de julio-diciembre 2019.

Diseño metodológico: Fue un estudio descriptivo, de corte transversal, con una muestra de 46 pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense.

Resultados: El grupo etario que predominó fueron los menores de 20 años a 25 años con un 23.9 % (11); el 80.4% (37) habitaban en zonas urbanas, el 47.8% (22) reportó escolaridad secundaria; el 60.9% (28) de las pacientes eran multíparas. La variedad distócica de vértice más común fue la occipito posterior con un 37.0. % (17). El 52.2 % (24) de las complicaciones maternas eran por parto obstruido. Riesgo de pérdida de bienestar fetal reporto el 58.7% (27) de las complicaciones fetales. La realización de cesárea estuvo presente en el 58.7% (27) de las pacientes.

Conclusiones: La mayoría de las personas eran de menores de 20 años hasta 25 años, con antecedentes de multiparidad. La variedad distócica de vértice más frecuente fue la occipito posterior y de las complicaciones maternas la que mayormente se presentó fue parto obstruido; mientras que en las complicaciones fetales se evidenció en mayor cantidad el riesgo de pérdida del bienestar fetal. La cesárea fue la vía de finalización del embarazo más recomendable.

Recomendación: Continuar con la capacitación al personal de la salud, garantizando así una vigilancia estricta en la evolución del trabajo de parto.

Palabras clave: distocias, distocias de presentación de vértice, Complicaciones materno fetales, trabajo de parto anormal.

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iv
Resumen.....	vi
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Justificación	6
IV. Planteamiento del problema	7
V. Objetivos	8
VI. Marco referencial	9
6.1 Presentaciones distócicas de vértice.....	9
6.1.1 Modalidad de cara.....	9
6.1.2 Modalidad de frente	13
6.1.3 Modalidad de bregma	15
6.2 Variedades de Posición distócicas	16
6.2.1 Posición Occítoposterior.....	16
6.2.2 Posición Occipitosacra.....	17
6.2.3 Posición Occipitotransversa	18
6.3 Complicaciones maternas	18
6.3.1 Hipotonía Uterina	18
6.3.2 Parto Obstruido	19
6.3.3 Restos Placentarios	20
6.3.4 Trauma del canal del parto.....	21
6.4 Complicaciones fetales.....	23

6.4.1 Traumatismo fetales.....	23
6.4.2 Riesgo de pérdida de bienestar fetal.....	29
VII. Diseño metodológico.....	31
VIII. Resultados	39
IX. Discusión de resultados	41
X. Conclusiones.....	44
XI. Recomendaciones	45
XII. Referencias bibliográficas	46
Anexos	48
Anexo 1: Ficha de recolección de información	
Anexo 2: Tablas y gráficos	
Anexo 3: Modalidad de cara	
Anexo 4: Modalidad de frente	
Anexo 5: Modalidad de bregma	
Anexo 6: Variedades de posición distócica	

I. Introducción

El embarazo constituye en la vida reproductiva una de las etapas naturales más significativas, ya que involucra aspectos biológicos, psicológicos y sociales, por lo cual amerita cuidados especiales. La atención integral de la mujer gestante y su descendencia forma parte de un sector especializado de los cuidados médicos de nuestro país, abarcando el seguimiento y control para cada período (prenatal, perinatal y posnatal) (MINSA, 2015)

El parto se considera como el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan la expulsión del feto y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina al exterior a través del canal del parto. (Williams, 2014)

Sin embargo, no siempre es un fenómeno normal; los múltiples factores que participan en su evolución pueden perturbarse y destruir la armonía necesaria para la realización de un parto eutócico. Cuando los mecanismos del trabajo presentan dificultades en cuanto a su desarrollo y desenlace, se produce lo que se conoce como distocia. (Schwarcz, 2006)

Según Schwartz distocia es un término derivado del griego (*dystokía*, de *distokos*; de *dýs*, mal, y *tókos*, parto) que significa parto laborioso, difícil y dolorosos, las distocias se caracterizan por ser una condición poco frecuente pero que a su vez pueden generar serias repercusiones clínicas tanto a la madre como al feto asociándose a factores de riesgo de esta condición. Las anomalías en los mecanismos del parto son ocasionadas por las actitudes, presentaciones y posiciones defectuosas del producto y también por su excesivo crecimiento. Al interferir en la evolución fisiológica normal del parto estas forman parte de complicaciones que debe afrontar el especialista, conocer y detectarlas desde su inicio y resolverlas oportunamente. (Schwarcz, 2006)

Internacionalmente existen muy pocas estadísticas epidemiológicas de la frecuencia de partos anormales, probablemente se deba a lo subjetivo que resulta el diagnóstico exacto, sin embargo, muchos autores concluyen que la incidencia es muy variable, debido a que se relaciona con factores étnicos y socioeconómicos. Se estima un c

porcentaje en Nulíparas del 25% del total de partos y en múltiparas del 15%. La principal indicación para cesárea es la distocia y hay evidencia de que el diagnóstico se ha incrementado. En EEUU, entre un 25-30 % de los partos son por cesárea, de los cuales la distocia representa un 60 %. (Williams, 2014).

En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud reporta que la región centroamericana, presenta una prevalencia del 12.3% para distocias de presentación, representando una de las indicaciones de cesárea relacionadas al descenso detenido de la presentación. En Nicaragua, el ministerio de salud registra para el año 2017 un total de 139,595 partos institucionales; obteniendo un porcentaje de cesáreas del 27.7 %.

El impacto familiar que conlleva la alteración de la salud materna-fetal, por complicaciones de un parto difícil se traduce en infelicidad y un mayor costo económico para garantizar la recuperación del binomio madre-hijo por lo que se realizará esta investigación abordando las complicaciones materno-fetales en partos con distocias de presentación de vértice atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense, donde no hay antecedentes sobre este tema.

II. Antecedentes

Gaona, Peña, Quevedo y Ulloa (2015) realizaron un estudio sobre la incidencia de distocias en la unidad de servicios de salud Victoria Subred centro oriente de Bogotá D.C y el hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha; a través de un estudio transversal descriptivo encontraron que las edades maternas que presentaron mayor número de partos distócicos en dicha unidad fueron las comprendidas entre 18 a 22 años con un 58.6%. De los 29 partos distócicos registrados 18 (62%) se dieron en primigestas evidenciando que la paridad podría estar relacionada con los partos distócicos, 27 (93.1%) de los mismos no tenían antecedentes de distocia. En 12 (41.3%) partos distócicos las madres no presentaron patologías durante la gestación. Se evidencia que, para la muestra analizada de este Hospital, el manejo que se realiza con mayor frecuencia al presentarse algún tipo de distocia es la cesárea. Según el tipo de distocia se identificaron 10 (34.4%) distocias de tipo cervical, 9 (31%) distocias de presentación, 4 (13.7%) distocias por macrostomia fetal, 3 (10.3%) distocias por desproporción céfalo-pélvica y 3 (10.3%) distocias por dinámica uterina.

En cambio, en el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha se encontraron 26 partos distócicos. Las edades que presentaron un mayor número de casos fueron entre 19 a 23 años con un 38.4%. De los 26 partos distócicos 17 (65.3%) casos se dieron en primigestantes. Y en 25 (96.1%) partos no tenían antecedente de algún tipo de distocia. Según la relación con patologías asociadas encontraron 15 (57.6%) partos en los que la madre no presentó patología durante la gestación. El manejo de los partos 25 (96.1%) partos fue por cesárea principalmente. Según los tipos de distocia se identificaron 15 (57.6%) distocias de tipo cervical, 5 (19.2%) distocias por dinámica uterina, 2 (7.6%) distocias de presentación, distocias por macrostomia fetal y óseas.

Arevalo y Rard (2015) realizaron un estudio descriptivo de tipo correlacional, de corte transversal, realizado con el objetivo de determinar la relación que existe entre las características clínicas del trabajo de parto y el sufrimiento fetal agudo en madres atendidas en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto. Período junio setiembre 2014, donde se reportó que, en los recién nacidos con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, las principales características clínicas del trabajo de partos distócicos fueron:

presentaciones fetales distócicas; distocias de la dinámica uterina como hipertonia e hipersistolia distocia de cérvix. Encontrándose que el 47.5% de los pacientes con pérdida del bienestar fetal intra parto presentaron depresión moderada al minuto (Ápgar de 4 a 6); luego el 67.5% alcanzó una recuperación de buena condición del recién nacido (Ápgar de 7 a 10) a los 5 minutos.

Jaramillo (2017) Estudio el parto distócico y los factores relacionados en pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia del hospital "Vicente Corral Moscoso", enero del 2015 - junio del 2016, cuenca-Ecuador. A través de un estudio cuantitativo, analítico-transversal obteniendo los siguientes resultados: La prevalencia de parto distócico fue de 21,0% (593 casos). Los factores que se asociaron de manera significativa a distocia fueron: Las pacientes con edad mayor a 35 años ya que tuvieron una mayor prevalencia de distocia (41,2%) de las cuales fueron mayormente posición posterior (32%). La multiparidad que mostró de manera significativa mayor probabilidad de presentar distocias comparado a las pacientes nulíparas (51,6%). De los 593 partos distócicos que se diagnosticó en Hospital "Vicente Corral Moscoso", el 47,3% se les realizó cesárea de emergencia.

García (2018) realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, con una población de 1833 partos atendidos para determinar la prevalencia de trauma obstétrico en recién nacidos por partos. Resultados. Se tuvieron 100 casos de trauma obstétrico en 1833 partos, lo que representa el 5.4%. El cefalohematoma fue la lesión más frecuente con 63%, seguido de la fractura de clavícula 32%, lesión de plexo braquial 3% y fractura de tibia y equimosis con facial cada una con 1%. Los factores de riesgo estadísticamente significativos fueron: trabajo de parto prolongado 56%, maniobra de Kristeller 25% y uso de fórceps 19%.

Andrade, Macías (2018) realizaron un estudio sobre las distocias de presentación durante el parto y su relación con la morbi-mortalidad materno-fetal en gestantes atendidas en el Hospital General Martín Icaza, primer semestre del 2018, en la ciudad Los Ríos, Ecuador. Donde se obtuvieron las siguientes conclusiones: Las distocias de origen fetal fueron un factor predisponente de distocias de presentación. El antecedente principal de las distocias de presentación por lo general es causado por las

presentaciones podálicas, mientras que la presentación de cara fue poco frecuente. Durante el estudio se pudo apreciar que las distocias de presentación durante el parto fueron inversamente proporcional a las edades maternas en adolescentes de 13 a 18 años de edad fue del 25%. Disminuyendo el porcentaje a 15% de 20 a 30 años y a 6% de 31 a 35 años de edad. El antecedente de nuliparidad fue de un 23% y se evidenció que mientras mayor sea el número de controles prenatales que se realice la gestante menor es el riesgo de presentar distocias presentación teniendo como resultado el 25% en donde las pacientes se realizaron 2 controles y 15% en las que tuvieron 6 controles prenatales.

Manny-Zitle y Tovar-Rodríguez (2018) investigaron sobre la Incidencia de la operación cesárea según la clasificación de Robson en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Gral. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez en la Ciudad de México, México. Se trató de un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal, observacional, de 2014 al 2016. La indicación materna más frecuente de cirugía fue por cesárea iterativa, y la fetal por distocia de presentación.

III. Justificación

Las distocias de presentación de vértice constituyen un problema obstétrico en la práctica médica diaria, es por eso que el gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional de Nicaragua ha hecho énfasis en la fortaleza y mejora del Ministerio de Salud desde la captación, controles prenatales y atención del parto. Capacitando al personal de salud, actualizaciones de las normativas y protocolos de complicaciones obstétricas. No obstante, no se han realizado estudios relacionados a la morbilidad materna fetal asociada a distocias de presentación de vértice, por lo que se realizara esta investigación en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense de Managua, se investigó en la biblioteca de dicha unidad asistencial y no se encontraron antecedentes sobre este tema.

La utilidad práctica del estudio fue evidenciar el reconocimiento, registro, diagnóstico y manejo oportuno de esta condición, y así contribuir en estrategias de prevención a través de datos confiables para crear herramientas que mejoren el abordaje y la atención médica brindada por las autoridades y personal de salud del Hospital Alemán Nicaragüense, este trabajo nos permitirá enriquecer nuestros conocimientos en la práctica clínica diaria, mejorando la calidad de vida del binomio madre-hijo.

IV. Planteamiento del problema

¿Cuáles son las complicaciones materno-fetales en partos con distocias de presentación de vértice atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, en el período de julio-diciembre 2019?

V. Objetivos

Objetivo general:

Conocer las complicaciones materno-fetales en partos con distocias de presentación de vértice atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, en el período de julio-diciembre 2019.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar socio-demográficamente a las pacientes con distocias de presentación de vértice atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el período de julio-diciembre 2019.
2. Categorizar obstétricamente a las pacientes con distocias de presentación de vértice atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.
3. Determinar las diferentes distocias de presentación de vértice en las pacientes atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el período de julio-diciembre 2019.
4. Identificar las complicaciones maternas que presentaron durante el parto las pacientes con distocias de presentación de vértice atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.
5. Enumerar las complicaciones fetales de los recién nacidos de las pacientes con distocias de presentación de vértice atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.
6. Mencionar la vía de finalización del embarazo que tuvieron las pacientes con distocias de presentación de vértice atendidas en la sala de labor del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

VI. Marco referencial

6.1 Presentaciones distócicas de vértice

Durante el embarazo, cuando la cabeza se encuentra por encima del estrecho superior, esta es una actividad neutra, indiferente o sea intermedia entre la flexión y la extensión. Al comenzar el parto, el mentón se acerca al tórax (actitud de flexión) en el 95% de los casos. Es una pequeña proporción de los partos, este movimiento de flexión no se produce y la cabeza permanece indiferente durante el parto o de deflexión, en el cual el mentón se aleja más o menos del tórax. (Schwarcz, 2006).

Según estas variadas actitudes, reconoceremos: la presentación de la cara, en la que la anomalía de actitud es la deflexión máxima; la presentación de frente, con una deflexión acentuada y la presentación de bregma, con una deflexión mínima. (Schwarcz, 2006).

6.1.1 Modalidad de cara

Se llama más simplemente presentación de cara aquella que se ofrece al estrecho superior en actitud de deflexión máxima. Esta deflexión de la cabeza es acompañada siempre por una lordosis pronunciada de la columna cervicodorsal; luego la deflexión no es parcial sino generalizada por lo que puede decirse gráficamente que el feto está en opistótonos. (Schwarcz, 2006).

La frecuencia de esta presentación se calcula en el 0,05% de los partos de término. Con respecto a la frecuencia de las posiciones y de las variedades de posición, pueden encontrarse deflexionando la cabeza en las distintas variedades de vértice. De este modo si en los vértices la más frecuente es la IIIA, deflexionando la cabeza encontramos la más frecuente en las presentaciones de cara, que es la MIDP en un 76%.

Etiología de la presentación de cara

La presentación de cara puede ser primitiva o secundaria, según se la observe durante el embarazo o solo en el parto. Las presentaciones de cara primitivas, es decir las que se encuentren en el embarazo, antes que la presentación tome contacto con el estrecho superior, son muy raras. (Schwarcz, 2006).

Causas maternas:

Las causas maternas actuarían tardíamente, solo durante el trabajo, por lo que engendran únicamente presentaciones secundarias. Entre ellas citaremos: la estrechez pelviana; se trata de pelvis ligeramente aplanadas de estrechez poco pronunciada de más de 9,5 cm de diámetro útil. Su mecanismo de parto exige una ligera deflexión.

Esta causa es tan frecuente que se encuentra en un tercio de los casos y explica las presentaciones de cara a repetición, ya que en forma permanente la leve estrechez dificulta la adaptación de la cabeza al estrecho superior. (Schwarcz, 2006).

La multiparidad: se encuentra doble cantidad de presentaciones de cara en las múltiparas en relación con las primíparas, hecho que se explica por la movilidad habitual de la cabeza y las desviaciones frecuentes del útero en las primeras.

Oblicuidad del útero: cuando el fondo uterino se desvía lateralmente, si ello ocurre del lado en que se encuentra el occipucio, la columna se coloca en hiperextensión y el mentón se aleja del esternón. En la anteversión ocurre lo mismo. Además, el eje uterino y el pelviano pierden su concordancia, e impulsado por las contracciones, el occipital choca contra la pelvis y produce la deflexión de la cabeza. La presencia de tumores actúa desviando el eje uterino o estrechando la pelvis. (Schwarcz, 2006).

Causas fetales:

Los fetos grandes son motivo de deflexión de la cabeza. Las malformaciones cefálicas que producen una modificación en el área de superficie de contacto con la pelvis (acráneos, anencefalia, meningocele) alteran los brazos de palanca, que ordinariamente provocan la flexión.

El bocio congénito impide la flexión normal de la cabeza. Los vicios de conformación de la columna pueden engendrar lordosis. En la prociencia de miembros, los brazos procienciales originan una mala adaptación de la cabeza. (Schwarcz,2006)

En la dolicocefalia, el aumento del diámetro anteroposterior modifica las dimensiones de los brazos de palanca (dolicocefalia primitiva y definitiva, que no hay que

confundir con la dolicocefalia secundaria y pasajera, que es más un efecto que una causa, ya que responde a la deformación plástica característica de esta presentación).

Causas ovulares:

Las circulares del cordón, al oponerse a la flexión, pueden engendrar presentaciones de cara primitivas. En el hidramnios, las primeras contracciones pueden tomar por sorpresa a la cabeza aún móvil y en actitud indiferente y deflexionarla. La placenta previa reduce la capacidad de la pelvis normal y provoca una mala adaptación de la cabeza. (Schwarcz, 2006)

Diagnóstico

En general el diagnóstico no se hace durante el embarazo, por no estar aún constituida la presentación. Aunque se trate de nulíparas, esta presentación encaja sólo durante el trabajo de parto.

Palpación: Al explorar el estrecho superior se encuentra una presentación cefálica, al intentar buscar en ella la frente, encontramos un tumor redondeado, superficial, saliente, que no puede ser la frente, ya que está del mismo lado que el dorso. Si la presentación se encuentra alta, al palpar el dorso hacia abajo de pronto los dedos caen en el vacío, perdiendo el contacto fetal, y llegan por fin, más abajo, al tumor grande. (Schwarcz, 2006).

Esa escotadura, ese vacío que separa el dorso del occipital, es el llamado "golpe de hacha" de Budín. Del lado contrario está el mentón, que da la posición y variedad.

Auscultación: El foco está más alto que en la modalidad de vértice, en las variedades anteriores los latidos se escuchan con mucha intensidad, porque el estetoscopio reposa casi directamente sobre la región precordial del feto; en circunstancias favorables se han llegado a palpar estos latidos.

Tacto: Al comienzo del trabajo, con bolsa íntegra, el tacto encuentra un segmento inferior mal ampliado y una bolsa de las aguas voluminosa "en reloj de arena" (como la forma de la presentación no concuerda con la de la pelvis, deja pasar

mucho líquido). La cabeza se halla aún muy alta, inaccesible al dedo, cuando la bolsa está rota y la presentación más descendida, el tacto proporciona datos más precisos. (Schwarcz, 2006)

Lo característico de la presentación de cara es que se palpan a la vez el mentón y la glabella. Al tactar tocaremos dos saliencias blanduzcas como nalgas, que son las mejillas; tal sensación determinó el clásico error de Pajot, que confundió una presentación de nalgas con una de cara, pues al introducir el dedo en el ano creyó que era la boca. Tal error puede evitarse si en el surco que separa las presuntas nalgas encontramos la nariz, punto importante que no se edematiza ni se puede confundir con nada, y es además bien accesible. Se caracteriza por presentarse como una pirámide triangular con dos orificios (del lado en que están los orificios se halla el mentón). (Schwarcz, 2006)

Percibiremos también las arcadas superciliares bien salientes, los globos oculares redondos, los labios gruesos y blandos, el orificio bucal atónico con doble reborde alveolar, en el que a veces se sienten movimientos de succión, y la herradura del mentón. El encontrar el mentón y la nariz tiene un valor comparable a la sagital y la lambdoidea en la presentación de vértice (línea facial). (Schwarcz, 2006)

Diagnóstico de posición: Al realizar la palpación, la posición es del lado contrario al que se tocan el dorso, el "golpe de hacha" y el occipital, y del mismo lado en que se auscultan mejor los latidos. Por el tacto, la posición está del lado donde miran los orificios nasales y en el que se percibe el mentón.

Variedad de posición: Por el examen externo, para averiguar si es una anterior o una posterior, se palparán el dorso y los miembros, se localizará el "golpe de hacha" y se buscará el foco de auscultación. (Schwarcz, 2006)

En las variedades anteriores: (a la inversa de la modalidad de vértice) el dorso se percibe mal (está lateralizado y atrás); en cambio, los miembros se palpan en todo el vientre. El "golpe de hacha" y la saliencia del occipital son muy posteriores y poco manifiestos. El foco de auscultación es muy nítido cerca de la línea media. Por el tacto los orificios nasales miran hacia adelante.

En las variedades posteriores (a la inversa de la modalidad de vértice) el dorso se percibe bien, al menos en el fondo uterino. Las pequeñas partes se tocan del lado opuesto. El "golpe de hacha" se ofrece con una evidencia máxima. En la parte baja se pierde contacto con el dorso por la gran lordosis y se llega al occipital, que se percibe como un gran tumor. El foco de auscultación está en la línea umbilicoespinolílica anterosuperior. Por el tacto los orificios nasales miran hacia atrás. (Schwarcz, 2006)

Diagnóstico del grado de encajamiento: En la modalidad de cara la presentación está encajada cuando la parte declive de la cara se encuentra a dos traveses de dedo por debajo de las espinas ciáticas (tercer plano de Hodge o plano o de la escuela americana).

Evolución y pronóstico

La presentación de cara evoluciona en general espontáneamente. No obstante, ello, la morbimortalidad perinatal es mayor que en las presentaciones de vértice. El trabajo de parto es más largo y los desgarros perineales más frecuentes por la mayor circunferencia de encajamiento, que exige mayor distensión del canal; el gran modelado y la compresión del polo cefálico originan en el feto hemorragias meníngeas. (Schwarcz, 2006)

6.1.2 Modalidad de frente

Es de pronóstico grave peor que el de la presentación de cara. Cumple todo su mecanismo en una actitud de moderada o mediana deflexión con la gran fontanela situada en la vecindad del centro del estrecho superior. Eliminando aquellos casos en que esta actitud es sólo transitoria (fase frontal de la presentación de cara o deflexión transitoria en el primer tiempo de un vértice en el mecanismo de las pelvis planas), los casos auténticos en que esta actitud es permanente la evolución del parto es rara. Es una presentación rara que se observa en el 0.01 % de los partos de término. (Schwarcz, 2006)

Etiología

Las causas maternas, fetales y ovulares son las mismas que para la presentación de cara, con la diferencia que en las maternas en la multiparidad se encuentra en un 75% y las viciaciones pelvianas ligeras en un 36% de los casos. La presentación de frente sería diez veces más frecuentes en las pelvis estrechas que en las normales. (Schwarcz, 2006)

Diagnóstico

La presentación permanece elevada al comienzo del trabajo. La palpación encuentra "un golpe de hacha" poco nítido, al palpar el polo cefálico se percibe un tumor redondeado más elevado y saliente que la frente en la presentación de vértice. Los latidos se auscultan con la misma localización que en la presentación de cara. (Schwarcz, 2006)

El tacto encuentra una bolsa de las aguas voluminosa "en reloj de arena" y la presentación muy elevada. La frente es el punto más declive, pero está fuera del eje central de la pelvis, ocupado por la gran fontanela, que por ello se explora fácilmente. El dedo que realiza el tacto siguiendo la sagital no puede alcanzar la pequeña fontanela, y del otro lado, guiado por la sutura metópica, alcanza la pirámide nasal (línea facial) y a los lados las órbitas y globos oculares, sin llegar nunca al mentón.

La cómoda apreciación de la gran fontanela, así como la imposibilidad de alcanzar la pequeña fontanela excluyen la presentación de vértice, del mismo modo que la imposibilidad de alcanzar el mentón excluye la presentación de cara.

El diagnóstico de posición y variedad de posición se hace con el punto guía, que como en la presentación de cara es la nariz; según el lado o extremo de diámetro materno a que apunten sus orificios, será la posición y variedad. Reconoceremos así frente izquierda anterior, frente izquierda transversa y frente izquierda posterior, una frente izquierda derecha anterior, frente derecha transversa. (Schwarcz, 2006)

Pronóstico

Es la más desfavorable y peligrosa de todas las presentaciones cefálicas. El gran peligro es el enclavamiento. (Schwarcz, 2006)

6.1.3 Modalidad de bregma

La presentación de bregma, si bien pertenece al grupo de las modalidades de cefálicas en deflexión, es aquella en la que esta actitud adquiere menor grado, ofreciéndose al estrecho superior en forma intermedia (ni flexionada ni deflexionada). En esta actitud indiferente, la circunferencia que trata de pasar es la occipitofrontal, cuyo perímetro es de 34 cm. El punto diagnóstico es la fontanela mayor o bregma, mientras que el ángulo anterior de esta misma fontanela es el punto guía. Se reconoce así una bregmoilíaca que, teóricamente, puede ser de posición izquierda o derecha (BII o BID) y estar en una variedad de posición anterior, trasversa, posterior, púbica y sacra; en cada hemipelvis materna se distinguen, en consecuencia, una bregma izquierdo anterior, bregma izquierdo trasverso y bregma izquierdo posterior. Su frecuencia es rara representa el 1% del total de los nacimientos. (Schwarcz, 2006)

Etiología

Causas maternas: Pelvis planas, inclinación anormal del útero, tumores.

Causas fetales: Son el 85% de los casos. Entre ellas se señalan la pequeñez fetal (prematurez, embarazo gemelar), la braquicefalia y las alteraciones de la columna cervical.

Causas ovulares: Inserción baja de la placenta.

Diagnóstico

El diagnóstico lo hace el tacto durante el trabajo, la gran fontanela se halla en la cercanía de un extremo del diámetro trasverso o más frecuentemente en el extremo anterior de uno de los oblicuos (por lo general el izquierdo); se tacta como el punto más declive de la presentación hasta entonces rotulada erróneamente como occipitoposterior. (Schwarcz, 2006)

En la presentación de bregma, al tocar la gran fontanela se sigue la sutura metópica hasta la vecindad de la glabella, y del otro lado se puede llegar, aunque con dificultad, a la fontanela posterior o lambdoidea. La presentación de bregma puede confundirse con una variedad posterior de una presentación de vértice. En ambas el dorso fetal está dirigido hacia atrás y se tasta la fontanela menor por detrás y la mayor por delante. La diferenciación sólo se hace por la exacta apreciación del punto declive de la presentación, si el más bajo es la fontanela posterior, se trata de un vértice; si es la gran fontanela se trata de un bregma. (Schwarcz, 2006)

Pronóstico

El parto espontáneo es posible, aunque su duración aumenta y las intervenciones son frecuentes. El largo trabajo, el desprendimiento laborioso sobre todo en las primíparas, la distensión considerable del periné, que predispone a los desgarros comunes o al desgarró central y a las lesiones vestibulares, así como también las frecuentes intervenciones, agravan la morbilidad materna y producen una mortalidad fetal elevada. Es preferible la cesárea, si el parto progresa lo hará lentamente con aumento del riesgo de agotamiento materno y sufrimiento fetal. (Schwarcz, 2006)

6.2 Variedades de Posición distólicas

El nombre con que se designa la variedad de la posición se establece mencionando primero el punto de reparo de la presentación, seguido del término ilíaco (que hace referencia a la pelvis), continuando con la ubicación derecha o izquierda del punto de reparo respecto de la pelvis y luego si ésta es anterior o posterior.

6.2.1 Posición Occípitoposterior

El encajamiento en Occípito-posterior persistente se presentan entre el 4- 5% de los partos a término. La disposición fetal en posición occípitoposterior en el estrecho superior es frecuente, hasta un 15%. (Carvajal & Ralph, 2017)

En la mayor parte de las presentaciones occipitales posteriores, el mecanismo del trabajo de parto es idéntico al que se observa en las variedades transversa y anterior, con la excepción de que el occipucio debe lograr una rotación interna hacia la sínfisis

púbica de 135°, en vez de los 90° y 45° que corresponden a las dos últimas. (Williams, 2014)

La posición occípitoposterior se asocia a mayores índices de distocia, parto por cesárea, parto vaginal instrumental, parto vaginal instrumental fallido y laceraciones perineales severas (tercer y cuarto grado). Grandes estudios retrospectivos de cohorte demuestran consistentemente que la posición OP se relaciona con primera y segunda etapas del trabajo de parto más largas, trabajo de parto prolongado y la necesidad de conducción

Etiología

- a) Fetales: Feto pequeño, con cabezas dolicocefalas o braquicefalas.
- b) Pélvicos: Acortamiento de los diámetros transversos pélvicos (pelvis antropoide) o acortamiento del diámetro interespinoso (pelvis androide).
- c) Otros factores: Déficit de las fuerzas expulsoras del parto (actividad contráctil uterina ineficaz, algo analgesia intraparto). (Barth, 2015)

Diagnóstico

Debe sospecharse la existencia de una variedad posterior cuando la cabeza permanece en un III plano de Hodge o algo por encima del mismo durante los últimos centímetros de la dilatación cervical. El diagnóstico toma fuerza si la presentación se mantiene en ese plano con dilatación completa del cérvix. (Barth, 2015)

6.2.2 Posición Occipitosacra

En realidad, se trata de una anomalía mecánica del parto bastante infrecuente (inferior al 1%). Se ha relacionado con anomalías pélvicas, feto pequeño o circulares de cordón muy tensas.

Diagnóstico

El diagnóstico definitivo se establece mediante tacto vaginal. Siempre hay que descartar desproporción céfalo-pélvica, que habitualmente se acompaña de un retraso en la dilatación y detención del descenso de la presentación fetal.

El parto en ocasiones puede ser imposible, pero a veces con pelvis amplia, el feto puede pasar a la excavación y realizando solo dos movimientos (flexión y deflexión), puede conseguirse el parto. (Carvajal & Ralph, 2017)

6.2.3 Posición Occipitotransversa

Una vez realizado el encajamiento de la cabeza fetal, no se produce la rotación interna. Es preciso tener en cuenta que en estos casos existe una flexión incompleta de la cabeza fetal. (Carvajal & Ralph, 2017)

Diagnóstico

Cuando el periodo expulsivo del parto se prolonga, el tacto vaginal constituye el mejor método diagnóstico al comprobar que la sutura sagital coincide con el diámetro transversal de la pelvis (OIIT/ OIOT).

Es necesario para el diagnóstico que la cabeza fetal esté encajada con el punto guía en IV plano.

Tras un periodo de observación prudente (20-30 minutos), se deben tomar estas medidas: detectar hipodinamia y realizar entonces estimulación oxitócica y extracción instrumental, preferentemente mediante fórceps. (Carvajal & Ralph, 2017)

6.3 Complicaciones maternas

6.3.1 Hipotonía Uterina

Es el motivo de la hemorragia postparto. Al no producirse la contracción uterina no se realiza la hemostasia por compresión mecánica de los vasos del lecho placentario por las fibras musculares uterinas. El sangrado es abundante, aumentando al comprimir el útero, que no se encuentra contraído. (MINSAL, 2018)

Los factores predisponentes de la atonía uterina incluyen:

- a) Sobre distensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal).
- b) Gran multiparidad.

- c) Parto prolongado.
- d) Infección intraamniótica.
- e) Miomatosis uterina.

6.3.2 Parto Obstruido

El trabajo de parto obstruido o detenido se define como un progreso insatisfactorio o la no progresión del trabajo de parto, después de haber estado en trabajo de parto efectivo, ya sea por alteraciones en la contractibilidad uterina por desproporción céfalo-pelvica o por presentaciones viciosas. (MINSA, 2018)

Factores de riesgo

- a) Edades extremas
- b) Obesidad o desnutrición materna
- c) Talla baja
- d) Abdomen péndulo
- e) Multiparidad
- f) Cirugías vaginales
- g) Atención no calificada del parto
- h) Mala indicación de inducto conducción
- i) Trabajo de parto domiciliar
- j) Anormalidades de la pelvis
- k) Macrosomía fetal

Dentro de las causas podemos encontrar:

- a) Distocias mecánicas: la desproporción céfalo-pelvica provocada por incompatibilidad entre el polo cefálico fetal y la pelvis materna, que no permite el desarrollo del mecanismo del trabajo de parto, anormalidades en la posición y variedad de posición de la presentación, actitud fetal por situación anormal del feto o tumores previos.
- b) Alteración en la dinámica de la contracción uterina: la identificación oportuna de estas alteraciones va a conducirnos a tomar decisiones para corregir las anomalías, antes de tener resultados desfavorables para la madre o el feto, como trabajo de parto

prolongado que deje lesiones en el canal del parto o hemorragias masivas que puedan llevar a la muerte materna y para el feto un sufrimiento fetal agudo o muerte fetal. (MINSA, 2018)

Diagnóstico

Manifestaciones clínicas

- a) Duración prolongada del trabajo de parto.
- b) Se observará en el partograma, la curva real a la derecha de la curva de alerta.
- c) Agotamiento materno.
- d) Se detecta al examen obstétrico presentaciones, posiciones y situaciones anormales.
- e) Falta de descenso de la presentación dentro de las últimas 4 semanas para las primíparas.

Tratamiento

Se debe realizar una evaluación del estado fetal y materno, tomar los signos vitales, se debe garantizar vía de acceso venoso permeable. Si la paciente se encuentra deshidratada o en ayuno prolongado se debe proporcionar líquidos y alimentos por vía oral, si las condiciones físicas y obstétricas lo permiten de lo contrario se debe canalizar y administrar solución salina normal o Ringer IV. Si se confirma parto obstruido o DCP adquirida realizar cesárea. (MINSA, 2018)

6.3.3 Restos Placentarios

La retención de tejido placentario y membranas de la placenta es la causa de 5 a 10% de las hemorragias posparto. La contracción y la retracción uterina empiezan luego de la expulsión de la placenta y su correcta expulsión permite una contracción y oclusión de los vasos sanguíneos respectivos.

La retención de una porción de la placenta es más común si la placenta se desarrolla como succenturiada o con un lóbulo accesorio. Normalmente, después de la expulsión de la placenta esta debe ser examinada; más aún, si luego de su expulsión

existe sangrado, la placenta debería obligatoriamente ser inspeccionada, para evidenciar la integridad de los vasos sanguíneos y la integridad de las membranas. (MINSa, 2018)

Estos hallazgos clínicos sugieren una retención parcial o un lóbulo accesorio. Debemos recordar que la retención de placenta es más frecuente en gestaciones pretérmino extremos (menor de 24 semanas) y por ello está normada la revisión de la cavidad uterina en estos casos. (MINSa, 2018)

6.3.4 Trauma del canal del parto

Los traumas también constituyen una causa de hemorragia post-parto dentro de los signos clínicos para diferenciarla encontramos: (Ramírez, 2008)

- a) Antecedente de expulsivo traumático o instrumentado
- b) Hemorragia antes y después de la salida de la placenta
- c) Sangre roja, que fluye persistentemente
- d) Útero bien contraído tras la expulsión de la placenta
- e) Placenta completa a la revisión
- f) Visualización de desgarro

Desgarros vulvares: Fácilmente identificables, no suelen causar problemas. Son frecuentes, sangrantes y dolorosos en la vecindad del clítoris. Se suturan con puntos sueltos mediante una sutura fina reabsorbible. Si no sangran cicatrizan solos con facilidad.

Desgarros perineales: Casi todos los desgarros perineales acompañan algún desgarro vaginal. Existen varios grados de profundidad, clasificados según afecten solo la piel y tejido subcutáneo (I^o), la musculatura perineal (II^o), el esfínter anal (III^o) o incluso la mucosa rectal (IV^o). Deben identificarse cada una de las estructuras (capas musculares, tejido subcutáneo, piel) y repararse individualmente ya que la simple sutura del desgarro cutáneo no es adecuada, siendo especialmente importante recuperar la integridad del esfínter anal cuando está afecto. En caso de afectación de la mucosa rectal, ésta se sutura desde el ángulo de rotura hacia abajo, mediante una sutura continua de material reabsorbible fino, invirtiendo los bordes, de tal manera que se una

serosa con serosa; posteriormente se recomienda antibioterapia y dieta astringente, con o sin fármaco astringente asociado, en los primeros días. (Ramírez, 2008)

Desgarros vaginales: Pueden acontecer en cualquier localización de la vagina, sin asociarse a desgarros perineales. Los del tercio distal pueden extenderse en profundidad y ocasionar profusas hemorragias. Su reparación implica la localización del ángulo superior del desgarro y la sutura hemostática por encima del mismo. Después puede suturarse mediante puntos sueltos o sutura continua. En caso de estallidos vaginales tras dar los puntos hemostáticos, es preferible la colocación de un tapón de gasa vaginal apretado (y una sonda de Foley), si el intento de dar puntos de sutura se ve dificultado por la friabilidad del tejido. (Ramírez, 2008)

Desgarros cervicales: Desgarros cervicales de hasta 2 cm se consideran como inevitables en el curso de un parto normal, estos desgarros curan rápidamente y raramente son el origen de algún problema. Suelen localizarse a las 3 y 9 horarias del cuello uterino. Si el desgarro supera aquella medida, suele afectar a estructuras vasculares que determinan la aparición de hemorragias inmediatas a su producción.

Raramente los desgarros cervicales se extienden hasta involucrar el segmento uterino inferior y la arteria uterina (colpoaporraxis). Casi siempre se asocian a maniobras traumáticas e inadecuadas sobre el cérvix, tales como la dilatación manual forzada del mismo, la utilización de medios extractores sin alcanzar la dilatación completa, rotaciones complicadas con fórceps, pero ocasionalmente se producen de forma inesperada. El diagnóstico se establece al explorar el canal genital ante la presencia de una hemorragia durante y después del III^o periodo del parto. Hay que realizar una revisión completa del canal, para objetivar otras lesiones asociadas. La mejor técnica es la utilización de retractores vaginales y el pinzamiento de los labios del cérvix con pinzas de anillo. Tras la exposición del desgarro debe repararse con una sutura hemostática reabsorbible, que se inicie por encima del ángulo del desgarro y luego puntos sueltos o en "8". También en estos casos puede resultar interesante dejar un tapón de gasa intravaginal apretado y sonda de Foley. (Ramírez, 2008)

6.4 Complicaciones fetales

6.4.1 Traumatismo fetales

Las lesiones traumáticas son una de las principales causas de morbilidad neonatal en los países en desarrollo. La incidencia ha disminuido considerablemente como consecuencia de los avances tecnológicos y de la mejor práctica obstétrica. La mortalidad es mayor de 3.7 X 100 000 recién nacidos vivos. (MINSAL,2018)

Es necesario explorar minuciosamente al recién nacido con riesgo de lesión obstétrica e incluir una valoración neurológica detallada, los neonatos que fueron reanimados deben ser evaluados en profundidad por lo que puede haber lesiones ocultas, hay que prestar particular atención a la asimetría de las estructuras y función, pares craneales, amplitud del movimiento articular, cuero cabelludo y piel. (MINSAL,2018)

Los traumas pueden ser parafisiológicos y patológicos; los parafisiológicos son relacionados con el mecanismo de parto, son superficiales y no requieren tratamiento. (MINSAL, 2018)

Traumas parafisiológicos:

- a) Caput succedáneum.
- b) Hiperostosis.
- c) Tumefacción de las zonas de presentación.
- d) Hemorragias subconjuntivales.
- e) Petequias y equimosis. (MINSAL,2018)

Traumas patológicos:

Cabeza:

a) Bolsa serosanguínea: Aumento de volumen blando, indoloro, de bordes poco netos que sobrepasa la línea de sutura de los huesos craneanos, localizada en el lugar de presentación y en cuya superficie se pueden apreciar algunas petequias. Se debe diferenciar del céfalo hematoma. Se resuelve en un periodo de 24 a 48 horas en forma espontánea. No necesita tratamiento. (Fuenzalida & Castellanos 2010)

b) Céfalohematoma subperióstico:

Aumento de volumen a tensión, de bordes netos, que no sobrepasa la línea de sutura de los huesos craneanos. Se ubica de preferencia en los huesos parietales. La incidencia es de 1 a 2% en los recién nacidos y se acompaña, en un 5 a un 15%, de fractura lineal de la tabla externa del hueso correspondiente. Su reabsorción puede acentuar una ictericia neonatal y su resolución puede ocurrir entre los 15 a 20 días postparto. Cuando el hematoma se calcifica su reabsorción puede demorar 1 - 2 meses. No requiere tratamiento.

c) Céfalohematoma subaponeurótico:

Se produce al desprenderse la aponeurosis epicraneana de los huesos de la bóveda craneana. Se caracteriza por un aumento de volumen variable, blando, de bordes irregulares, que cubre uno o más huesos del cráneo, sobrepasando las suturas y en cuya superficie hay erosiones, petequias y/o equimosis. Suele haber fluctuación central y crepitación nítida. Al organizarse, su borde externo puede dar la impresión de un hundimiento craneano. Dentro de su tratamiento se debe tratar sus complicaciones (anemia, ictericia, lesiones cutáneas). (Fuenzalida & Castellanos 2010)

d) Fracturas de cráneo:

Son infrecuentes ya que los huesos del cráneo son poco mineralizados, más compresibles, su separación es por una sutura membranosa, permitiendo su deformación en su paso por el canal del parto. (Fuenzalida & Castellanos 2010)

Fracturas lineales: Se localizan en la convexidad de los huesos parietales u occipitales, se acompaña frecuentemente de edema del cuero cabelludo y/o cefalohematoma. Su diagnóstico es por radiografía de cráneo. (Fuenzalida & Castellanos 2010)

Hundimiento craneano: Se aprecia como una depresión en la convexidad de los huesos de la bóveda craneana, de bordes irregulares, suaves. El recién nacido suele estar asintomático a menos que el hundimiento esté asociado a daño cerebral. Generalmente se asocia a una aplicación laboriosa de fórceps. Tratamiento: las fracturas

lineales no requieren tratamiento. En caso de hundimiento craneano debe enviarse al Neurocirujano para su corrección. (Fuenzalida & Castellanos 2010)

e) Parálisis facial periférica:

Parálisis flácida de los músculos de la cara por traumatismo del nervio facial en su trayecto periférico. Es causada por compresión de la rama periférica del nervio facial. Se caracteriza por ser total, comprometiendo los músculos de la hemicara correspondiente: lagofalmo, ausencia de los pliegues frontales, infraorbitario y naso labial, la comisura bucal se desvía hacia el lado sano y hacia abajo, exagerándose con el llanto. Puede tener complicaciones como úlcera corneal y/o conjuntivitis, su evolución puede ser favorable, regresando en forma espontánea, ocasionalmente puede demorar algunos meses en recuperarse. (Fuenzalida & Castellanos 2010)

f) Traumatismos oculares:

Habitualmente son benignos, siendo la hemorragia subconjuntival la más frecuente y no necesita tratamiento; cuando compromete párpado, órbita, músculos o globo ocular, debe enviarse con urgencia al Oftalmólogo. (Fuenzalida & Castellanos 2010)

Cuello:

a) Hematoma del esternocleidomastoideo:

Se trata de una hemorragia del músculo contenido en la vaina. Su causa más frecuente es el desgarramiento del músculo o de su aponeurosis por hiperextensión del cuello en maniobras de extracción de hombros o de la cabeza del recién nacido. Se aprecia un aumento de volumen en la parte media del músculo, fusiforme, indoloro, que forma cuerpo con el músculo y se acompaña con desviación de la cabeza hacia el lado comprometido. Suele regresar en forma espontánea entre 4 a 6 semanas; puede complicarse con tortícolis. (Fuenzalida & Castellanos 2010)

b) Traumatismo de médula:

Suele tratarse de una hemorragia o sección de médula con o sin fractura de la columna vertebral. Se produce por la tracción y latero flexión forzada en retención de cabeza última, en parto nalgas o retención de hombros en presentación cefálica. (Fuenzalida & Castellanos 2010)

Las regiones más comprometidas son: cervical y torácica superior. Su evolución en caso de sección medular es la agravación y muerte, y en caso de contusión o hemorragia medular recuperación con secuelas. (Fuenzalida & Castellanos 2010)

Tórax:

a) Fractura de clavícula:

Es la más frecuente de las fracturas óseas durante el parto, en su mayoría son en tallo verde y ocasionalmente completas. Su causa es la retención de hombros, en la presentación cefálica y la extensión de los brazos en el parto en nalgas. Para su diagnóstico podemos guiarnos con aumento de volumen, doloroso a la palpación de la clavícula con o sin crepitación ósea, con o sin compromiso motor del brazo del lado afectado, moro asimétrico y dolor a la movilización pasiva del brazo del lado afectado. El tratamiento, está dirigido a disminuir el dolor del recién nacido y consiste en la inmovilización del brazo del lado afectado en ángulo recto con apoyo sobre el abdomen durante 7 a 10 días que es el período en que se forma el callo óseo. Su pronóstico es favorable, evolucionando sin secuelas. (Fuenzalida & Castellanos 2010)

b) Parálisis braquial:

Parálisis que compromete a los músculos de las extremidades superiores causado por el trauma mecánico de las raíces nerviosas desde la 5ª cervical a la 1ª torácica. Se diferencian tres tipos:

C) Parálisis braquial superior o de Duchenne-Erb:

Se produce por compromiso de la 5^o y 6^o raíz cervicales y es el tipo más frecuente. En su cuadro clínico observamos un hombro caído, el brazo cuelga flácido en extensión, aducción y rotación interna, hay leve flexión de la muñeca con conservación de la sensibilidad y motilidad de la mano; Moro asimétrico. Tenemos que este tipo de parálisis se da una mejoría espontánea entre 3 a 6 meses. (MINSAL, 2018)

Parálisis braquial inferior o de Klumpke:

Por la lesión de las raíces 7^a y 8^a cervicales y 1^a torácica, es la más rara. En su cuadro clínico observamos una mano parálitica en garra, sin movimiento espontáneo de la muñeca y con movimientos del resto del brazo. Suele asociarse compromiso del simpático cervical (Síndrome de Claude Bernard Horner: ptosis palpebral, miosis, enoftalmo). Este tipo de parálisis braquial puede evolucionar con secuelas como atrofas musculares o posiciones viciosas de la extremidad. (MINSAL, 2018)

Parálisis braquial total:

Es la suma del compromiso de las raíces nerviosas desde la 5^a cervical a la 1^a torácica y es la segunda en frecuencia. Dentro de las causas podemos encontrar maniobras obstétricas que producen elongación, atrición o arrancamiento de las fibras nerviosas del plexo braquial en la extracción de cabeza última, en parto en nalgas o desprendimiento de hombros en parto en vértice. Su cuadro clínico es extremidad superior flácida, inmóvil, con ausencia de reflejos y alteración de la sensibilidad. En este tipo de parálisis se debe realizar estudios de conducción nerviosa precozmente; si se comprueba disrupción de las fibras nerviosas, considerar la microcirugía reparadora.

En general en las parálisis se debe seguir con una evaluación y tratamiento kinesiológico que debe iniciarse con hospitalización en puerperio y continuar ambulatoriamente; se habla de la terapia Vojta que ofrece buenos resultados, el paciente en su control debe tener evaluación de la función motora de la extremidad comprometida y según esta derivar a neurología para completar los estudios. La evaluación de los rasgos de movimiento a los 4 meses es la más importante para definir

la necesidad de tratamiento quirúrgico, el cual debe efectuarse antes de los 6 meses de vida para lograr una funcionalidad adecuada. (Fuenzalida & Castellanos 2010)

Abdomen:

El traumatismo de los órganos intra-abdominales debe sospecharse en partos con maniobras de extracción dificultosa (parto en nalgas, versión interna, cesárea, Kristeller), en recién nacidos macrosómicos, prematuros, así como también en maniobras inadecuadas de resucitación; como causas coadyudantes pueden agregarse: las discrasias sanguíneas, hepatomegalia, hijo madre diabética, eritroblastosis fetal y asfixia severa.

La sintomatología es inespecífica y está relacionada con la pérdida sanguínea: palidez, taquicardia, taquipnea, mala succión e ictericia.

a) Traumatismo hepático:

Aparición de masa palpable en hipocondrio derecho en relación con el hígado más anemia. En caso de ruptura de la cápsula de Glisson habrá dolor abdominal, hipotensión, hematoma escrotal.

b) Hematoma renal:

Tumor de flanco, unilateral, de aumento insidioso (2-3 días), hematuria, anemia. La mayoría obtiene curación total; rara a nefroesclerosis.

c) Hematoma suprarrenal:

Puede ser unilateral o bilateral, asociado o no a hemorragia renal. En todos estos traumatismos deberá efectuarse una palpación suave abdominal para no agravar el cuadro y lo menos frecuente posible. Efectuar radiografía de abdomen simple y ecotomografía abdominal. Dentro de su tratamiento tenemos vigilancia activa, corrección de complicaciones (anemia, ictericia, corrección de trastornos hidroelectrolíticas y ácido básico).

d) Traumatismos de la piel:

Estas pueden ser erosiones, laceraciones, petequias o heridas cortantes en el momento del parto vaginal o cesárea, su tratamiento será según el tipo de lesión. (Fuenzalida & Castellanos, 2010)

e) Necrosis adiposa subcutánea:

Es una lesión circunscrita, indurada de la piel y tejido celular subcutáneo, de tamaño variable, contornos irregulares, no depresible ni adherida a planos profundos. La piel que la cubre puede ser pálida, roja o púrpura, sin signos inflamatorios. Se ubica de preferencia en mejillas, cuello, dorso, hombros y nalgas, se produce por isquemia local en partos prolongados y difíciles. (Fuenzalida & Castellanos, 2010)

Fracturas de huesos largos:

a) Fractura de húmero:

Se produce al ejercer una presión exagerada sobre el 1/3 medio del brazo al tratar de descenderlo, en la elevación de los brazos en parto en nalgas o retención de hombros en parto de vértice. Los signos clínicos de una fractura de hueso largo son dolor, deformación, impotencia funcional, crepitación. Dentro de su tratamiento tiene inmovilización del brazo comprometido por 2 a 4 semanas.

b) Fractura de fémur:

Pueden producirse en parto en nalgas incompleto, al efectuar presión exagerada sobre el fémur al tratar de extraerlo. Dentro de su tratamiento tenemos tracción continúa durante 3 a 4 semanas. (Fuenzalida & Castellanos, 2010)

6.4.2 Riesgo de pérdida de bienestar fetal

Se define como bienestar fetal al equilibrio de la homeostasis como resultado del funcionamiento e intercambio adecuado entre los 3 compartimientos: materno, fetal, trofoblasto; en el que todos los parámetros bioquímicos, biofísicos y biológicos se encuentran en normalidad.

Cuando se habla de deficiencia de oxígeno en el feto se debe distinguir entre tres términos:

- Hipoxemia o disminución del contenido de oxígeno que afecta a la sangre arterial solamente.
- Hipoxia o disminución del contenido de oxígeno que afecta a los tejidos periféricos.
- Asfixia o deficiencia general de oxígeno que también afecta a los órganos centrales de alta prioridad. (MINSA,2018)

Las alteraciones en cuanto al intercambio feto placentario que conllevan a Hipoxia feto-neonatal, se presentan en tres momentos:

- a) 20% antes del parto
- b) 70% durante el parto
- c) 10% neonatal

VII. Diseño metodológico

7.1 Tipo de estudio:

Observacional, descriptivo de corte transversal.

7.2 Área de estudio:

Hospital Alemán Nicaragüense, ubicado en la colonia Xolotlán, Managua, de la Empresa Gemina 1 ½ cuadra al Oeste. Cuenta con los servicios de Medicina general, Pediatría, Ginecoobstetricia, Cirugía General, Ortopedia y otros. En el área de emergencia obstétrica se cuenta con atención las 24 horas del día, por la mañana se cuenta con 9 recursos entre ellos, especialistas, residentes, internos, enfermeras y camilleros; sin embargo a partir de las 3 pm el número de personal disminuye solo se cuenta con 4 recursos para atender el turno. En el área de labor y parto también la atención es las 24 horas por la mañana se cuenta con 12 recursos de diferentes áreas, a partir de las 3 pm de igual manera se disminuye el número de recursos a 6.

7.3 Universo:

46 pacientes con distocias de presentación de vértice que presentaron alguna complicación durante el parto ya sea materna o fetal atendidas en el área de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

7.4 Muestra:

a) Tamaño de la muestra

Dado que nuestro universo son 46 pacientes, se tomará el 100% como tamaño de la muestra.

7.5 Unidad de Análisis

Pacientes con distocias de presentación de vértice que presentaron alguna complicación durante el parto ya sea materna o fetal atendidas en el área de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

7.6 Tipo de Muestreo:

Probabilístico, aleatorio simple.

7.7 Criterios de selección

7.7.1 Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes gestantes con producto en presentación de vértice con variedades de frente, cara o bregma.
- ✓ Pacientes gestantes que hayan detectado variedad de posición derecha, izquierda posterior, transversa y sacra.
- ✓ Pacientes atendidas en el área de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019
- ✓ Que los expedientes contengan información confiable.

7.7.2 Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes gestantes con presentación de vértice bien flexionadas y en posición occipito iliaco izquierdo anterior, occipito iliaco derecho anterior.
- ✓ Partos que hayan sido atendidos en otro período de tiempo.
- ✓ Partos que hayan sido atendidos extra hospitalariamente (domiciliar o unidad de salud).
- ✓ Que los expedientes no contengan información confiable.

7.8 Variables por objetivo

1. Caracterizar socio-demográficamente a las pacientes con distocias de presentación de vértice atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el período de julio-diciembre 2019.
 - Edad
 - Procedencia
 - Estado civil

- Escolaridad
2. Categorizar obstétricamente a las pacientes con distocias de presentación de vértice atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.
 - Paridad
 3. Determinar las diferentes distocias de presentación de vértice en las pacientes atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el período de julio-diciembre 2019.
 - Variedades de vértice distócica
 4. Identificar las complicaciones maternas que presentaron durante el parto las pacientes con distocias de presentación de vértice atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.
 - Alteraciones del tono
 - Lesiones del canal del parto
 - Alteraciones del alumbramiento
 - Alteraciones en el trabajo de parto
 5. Enumerar las complicaciones fetales de los recién nacidos de las pacientes con distocias de presentación de vértice atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.
 - Traumas parafisiológicos
 - Traumas patológicos
 - Alteración del bienestar fetal
 6. Mencionar la vía de finalización del embarazo que tuvieron las pacientes distocias de presentación de vértice atendidas en la sala de labor del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.
 - Vía del nacimiento

7.9 Operacionalización de variables

1) Características sociodemográficas

Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	Según lo consignado en el expediente	Menores de 20 años 21 – 25 26 – 30 31 – 35 36 – 40 41 – 45	Ordinal
Procedencia	Lugar de origen de la persona	Según lo consignado en el expediente	Rural Urbana	Nominal
Escolaridad	Nivel de aprendizaje alcanzado a través de algún centro de educación	Según lo consignado en el expediente	Ninguna Primaria Secundaria Técnico Universitario	Ordinal
Estado civil	Condición conyugal de una persona	Según lo consignado en el expediente	Soltera Casada	Nominal

2) Categorizar obstétricamente la población a estudio.

Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala
Paridad	Número de partos que ha tenido la paciente	Según lo consignado en el expediente	Nulípara Multípara	Ordinal

3) Determinar las diferentes distocias de presentación de vértice en la población a estudio

Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala
Variedades de vértice distócica	Relación del grado de deflexión de la cabeza fetal y	Según lo consignado en el expediente	Cara Frente	Nominal

	su actitud, más la relación del punto guía con el estrecho superior, medio e inferior de la pelvis materna		Bregma Occipitoposterior Occipitotransverso Occipitosacro	
--	--	--	--	--

4) Identificar las complicaciones maternas

Variable	Definición operacional	Indicador	Valores	Escala
Alteraciones del tono	Perdida del tono de la musculatura del útero	Según lo consignado en el expediente clínico	Hipotonía Uterina	Nominal
Lesiones en el canal del parto	Lesiones que ocurren después que el feto fue expulsado	Según lo consignado en el expediente clínico	Desgarros cervicales Desgarros vaginales Desgarros vulvo-perineales	Nominal
Alteraciones en el alumbramiento		Según lo consignado en el expediente clínico	Restos placentarios	Nominal
Alteraciones en el mecanismo en el trabajo de parto	Cuando después de haber iniciado el trabajo de parto el feto no	Según lo consignado en el expediente clínico	Parto Obstruido	Nominal

	logra atravesar la pelvis materna			
--	-----------------------------------	--	--	--

5) Enumerar las complicaciones fetales de la población a estudio

Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores	Escala
Trauma parafisiológicos	Alteraciones fetales que se presentaron al final del parto	Según lo consignado en el expediente clínico	Caput succedáneum Tumefacción de las zonas de presentación Hemorragias subconjuntivales	Nominal
Trauma patológico	Alteraciones fetales que se presentaron al final del parto	Según lo consignado en el expediente clínico	Céfalo hematoma Parálisis facial periférica Fractura de clavícula Traumatismos de la piel	Nominal
Alteración del bienestar fetal	Perturbación metabólica debido a la disminución de los intercambios materno-fetales	Según lo consignado en el expediente clínico	Riesgo de pérdida del bienestar fetal	Nominal

6) Mencionar la vía de finalización del embarazo

Variable	Definición	Indicador	Valores	Escala
Vía del nacimiento	Ruta por el cual nace el feto	Según lo consignado en el expediente clínico	Vaginal Cesárea	Nominal

7.10 Fuente de información:

Primaria indirecta: el expediente clínico.

Para la realización de la presente investigación se solicitó la autorización a la sub-dirección docente del hospital alemán nicaragüense por medio de una carta formal, cuando la autorización del estudio fue otorgada se acudió a la oficina de registro y estadística, presentando el permiso para ejecutar el estudio al equipo responsable del área. Se solicitaron los expedientes en el área de registro y estadísticas para la recolección de datos.

7.11 Instrumento:

El instrumento está conformado por una ficha de recolección de datos diseñada por los investigadores, en ella se registraron los datos concernientes a las variables de los 6 objetivos.

7.12 Procesamiento y análisis de información

Los datos fueron procesados por el programa estadístico SPSS versión 22. Se elaboraron tablas de frecuencias absolutas y relativas, los resultados se presentaron en gráficos tipo barra, columnas y diagrama de sectores.

7.13 Plan de análisis

1. Edad
2. Procedencia

3. Escolaridad
4. Estado civil
5. Paridad
6. Variedades de vértice distócica
7. Variedades de vértice distócica según complicaciones maternas
8. Complicaciones fetales según variedades de vértice distócica
9. Variedades de vértice distócica según vía del nacimiento
10. Edad según variedades de vértice distócica
11. Complicaciones maternas según edad

7.14 Consideraciones éticas

La presente investigación se encuentra acorde a los lineamientos éticos establecidos por la Declaración del Helsinki, sobre investigaciones con seres humanos. Se resguardará, en todo momento, la confidencialidad de los datos de las personas, no se realizarán procedimientos que provoquen daño o perjuicio. Los datos recolectados serán de utilidad en el diseño de intervenciones dirigidas a la mejora de la atención médica dentro de este componente de salud.

VIII.Resultados

Tabla N°1: El grupo etario que predominó fue menores de 20 años y el grupo 21 a 25 años con el 23.9% (11), seguido del grupo 26 a 30 años con un 19.6% (9), pacientes de 36 a 40 años reportaron un 15.2% (7), el grupo de 31 a 35 años obtuvo un 13.0% (6) y el grupo 41-45 años 4.3% (2).

Tabla N°2: El 80.4% (37) de las pacientes eran de procedencia urbana y 19.6% (9) de procedencia rural.

Tabla N°3: El 47.8% (22) de las pacientes reportaron una escolaridad secundaria, seguido del 39.1% (18) que reporto escolaridad primaria, el 10.9% (5) eran universitarios y 2.2% (1) técnicos.

Tabla N°4: El 71.7% (33) eran casadas y el 28.3% (13) eran solteras.

Tabla N°5: La paridad de las pacientes que predomino fue múltipara con un 60.9% (28) seguido de nulípara con el 39.1% (18).

Tabla N°6: El 37.0% (17) presentaron variedad distócica de vértice occipito posterior, seguido 21.7% (10) de bregma, el 17.4% (8) fue occipito transverso, 13.0% (6) de cara.

Tabla N°7: Según las variedades distócicas de vértice el 52.2% (24) presentaron parto obstruido, 15.2% (7) reportaron desgarro vulvoperineal y 13.0% (6) presentaron hipotonía uterina. El 15.2% (7) variedad distócica de vértice occipito transversa, el 13.0% (6) distocia de cara y el 10.9% (5) presentaron parto obstruido. El 10.9% (5) distocia occipito posterior y 4.3% (2) distocia de bregma presentaron desgarro vulvo perineal. El 6.5% (3) distocia de bregma y 4.3% (2) presentaron hipotonía uterina.

Tabla N°8: Según las complicaciones fetales el 58.7% (27) de los pacientes presentaron riesgo de pérdida del bienestar fetal, el 13.0% (6) caput succedaneum ,6.5% (3) traumatismos de la piel y 4.3% (2) tumefacción de zonas de presentación, hemorragias subconjuntivales y cefalo hematoma respectivamente. El 17.4% (8) RPBF presentaron distocia occipito transversa. El 13.0% (6) RPBF reportaron una distocia de cara. El 13.0% (6) RPBF ,10.9% (5) caput succedaneum y 4.3% (2) tumefacción de las zonas de

presentación reportaron distocia occipito posterior. El 6.5% (3) traumatismos de la piel y 4.3% (2) parálisis facial periférica presentaron distocia de bregma.

Tabla N°9: Según las variedades de vértice distócicas el 58.7% (27) de las gestantes finalizó el embarazo por la vía cesárea mientras que el 41.3% (19) finalizó por la vía vaginal. El 23.9% (11) con distocia occipito posterior y el 17.4% (8) con distocia de bregma finalizaron vía vaginal. El 17.4% (8) distocia occipito transverso, el 13.0% (6) distocia de cara y occipito posterior respectivamente y el 6.5% (3) distocia occipito sacro finalizaron vía cesárea.

Tabla N°10: El 23.9% (11) pertenecen al grupo menores de 20 años y al grupo 21 a 25 años respectivamente, el 19.6% (9) grupo 26 a 30 años y 15.2% (7) al grupo 36 a 40 años. El 15.2% (7) de las pacientes de 21 a 25 años, el 8.7% (4) de 31 a 35 años y el 6.5% (3) de 26 a 30 años presentaron variedad distócica occipito posterior. El 6.5% (3) grupo 26 a 30 años y 36 a 40 años reportaron distocia occipito transversa respectivamente. El 6.5% (3) menores de 20 años presentaron distocia de bregma. El 4.3% (2) grupo menores de 20 años y grupo 41 a 45 años reportaron distocia de cara respectivamente.

Tabla N°11: De las complicaciones maternas según la edad el 52.2% (24) reportaron parto obstruido, el 15.2% (7) presentaron desgarro vulvoperineal y el 13.0% (6) hipotonía uterina. El 15.2% (7) parto obstruido, el 4.3% (2) hipotonía uterina y desgarro vaginal respectivamente se reportaron en el grupo etario menores de 20 años. El 10.9% (5) parto obstruido y 6.5% (3) desgarro vulvo perineal se presentaron en el grupo 21 a 25 años. El 6.5% (3) desgarro vulvo perineal y parto obstruido respectivamente se reportaron en el grupo 26 a 30 años. El 6.5% (3) restos placentarios y parto obstruido se reportaron en el grupo 36 a 40 años. El 8.7% (4) parto obstruido se presentó en el grupo etario 31 a 35 años.

IX. Discusión de resultados

El grupo etario que predominó fueron menores de 20 años y el de 21 a 25 años respectivamente, seguido del grupo 26 a 30 años por lo que se encuentra acorde a la literatura científica que refiere que la edad es un factor que influye en el desarrollo del parto normal (Williams, 2014), coincidiendo con el estudio Gaona, Peña, Quevedo y Ulloa (2015) donde la tasa más alta se encontró 18 a 22 años.

La procedencia que predominó fue la urbana con un 80.4%, seguido de la rural con un 19.6% esto concuerda con los datos del Instituto Nacional de Desarrollo en el que se refleja que en Managua el 96.9% de la población pertenece al casco urbano ya que día se cuenta con mayor facilidad de acceso a los establecimientos de salud, educación y servicios básicos.

El grupo de personas con escolaridad nivel secundaria predominó con un 47.8% (22), seguido por un 39.1% que cursaron la escuela primaria, lo cual concuerda con la literatura científica, que reporta que las cifras nacionales reflejan el sostenido crecimiento del interés por alcanzar un mayor nivel educativo (INDEC, 2004).

En el estado civil se encontró con 71.7% las casadas, seguido de 28.3% las solteras, sin embargo, según los datos establecidos del censo del 2010 estos no concuerdan ya que aquí se encuentra un mayor porcentaje de personas solteras que casadas, podemos decir que la población en medida que se ha aumentado el desarrollo económico, han logrado alcanzar una mejor estabilidad laboral logrando formar un núcleo familiar.

La multiparidad fue mayoritaria con un 60.9%, seguido de la nuliparidad, con el 39.1%, lo que concuerda con el estudio de Jaramillo (2017) donde se reporta que la multiparidad mostró de manera significativa mayor probabilidad de presentar distocias, pero difiere con el estudio Gaona, Peña, Quevedo y Ulloa (2015) donde la nuliparidad estuvo relacionada con los partos distócicos.

El 37.0% presentaron variedad distócica de vértice occipito posterior, seguido 21.7% de bregma, 13.0% de cara. Esto concuerda con la literatura ya que el mayor índice

de distocias la presentan las occipito posterior, en menor frecuencia se presentan las otros, por ejemplo, la de cara en 0.05%.

El parto obstruido fue la complicación materna principal con 52.2% seguida del 15.2% reportaron desgarro vulvoperineal y 13.0% hipotonía uterina. El 15.2% variedad distócica de vértice occipito transversa presento mayoritariamente parto obstruido. El 10.9% distocia occipito posterior reporto principalmente desgarro vulvo perineal. El 6.5% distocia de bregma presentaron hipotonía uterina. Lo que concuerda con la literatura que la mayoría de las distocias de presentación por su complejidad y falta de orientación a los diámetros favorables para vencer los obstáculos del canal de parto conlleva a un descenso detenido por lo que termina en un parto obstruido y de poder en ciertos casos realizar el trabajo de parto generaría traumas del canal de parto y un agotamiento de la musculatura uterina.

La complicación fetal que predomino fue riesgo de pérdida del bienestar fetal con el 58.7%, seguido de 13.0% caput succedaneum y 6.5% traumatismos de la piel. El 17.4% distocia occipito transversa, el 13.0% distocia de cara y el 13.0% distocia occipito posterior Reportaron mayormente RPBF. Lo que se puede corroborar en la literatura científica que la complicación fetal RPBF está relacionada directamente con los partos anormales ya que se ve alterada la homeostasis fetal debido a la disminución de los intercambios materno-fetales, lo que concuerda con el estudio de Arevalo y Rard (2015) donde se reportó que, en los recién nacidos con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, las principales características clínicas del trabajo de parto distócicos fueron: presentaciones fetales distócicas. Pero difiere del estudio Garcia (2018) donde el cefalohematoma fue la lesión más frecuente con 63%, seguido de la fractura de clavícula 32%.

La vía del nacimiento que predomino fue vía cesárea con 58.7% mientras que la vía vaginal reporto el 41.3%. El 23.9% con distocia occipito posterior y el 17.4% con distocia de bregma finalizaron vía vaginal. La literatura científica establece abordaje y procedimientos a seguir en cada distocia presente por lo que es una de las principales indicaciones de cesáreas para proteger al binomio madre hijo. Lo que concuerda con el

estudio Jaramillo (2017) que reporto que al 47,3% se les realizó cesárea de emergencia por parto distócico.

El 23.9% pertenecen al grupo menores de 20 años y al grupo 21 a 25 años respectivamente, el 19.6% grupo 26 a 30 años. El 15.2% de las pacientes de 21 a 25 años, presentaron variedad distócica occipito posterior. El 6.5% grupo 26 a 30 años y 36 a 40 años reportaron distocia occipito transversa respectivamente. Esto no concuerda con Jaramillo (2017) en el cual reporta que las pacientes mayores de 35 años fueron las que más presentaron distocias agregándole que la más común fue la occipitoposterior.

De las complicaciones maternas según la edad el 52.2% reportaron parto obstruido. El 15.2% de parto obstruido, se reportaron en el grupo etario menores de 20 años. El 6.5% restos placentarios y parto obstruido se reportaron en el grupo 36 a 40 años. El 8.7% parto obstruido se presentó en el grupo etario 31 a 35 años. El cual esto concuerda con la literatura ya que hay antecedentes que demuestran que el parto obstruido se presenta con mayor frecuencia en las edades extremas ya sea menores de 20 años y mayores de 35 años.

X. Conclusiones

1. Las características sociodemográficas que predominaron en las gestantes con distocia de presentación de vértice fueron: menores de 20 años a 25 años, con procedencia urbana, nivel de escolaridad secundaria, estado civil casadas.
2. La característica obstétrica en estudio que predominó fue la multiparidad.
3. La variedad distócica de vértice más común fue la occipito posterior.
4. El parto obstruido fue la complicación materna principal que se presentó en las pacientes.
5. Riesgo de pérdida de bienestar fetal fue la complicación fetal que mayormente se presentó.
6. La vía de finalización del embarazo que tuvo mayor relevancia fue la realización de cesáreas.

XI. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud:

1. Continuar con el seguimiento y manejo responsable de la población gestante de Nicaragua, la capacitación y educación continua del personal de salud involucrado en el abordaje integral de la embarazada desde su captación hasta el final del embarazo, tomando las medidas adecuadas y precauciones durante el examen físico y al momento de las ecografías determinando posición fetal, para lograr un parto exitoso evitando decisiones de emergencia.
2. Promover campañas de información donde las gestantes deban realizarse controles prenatales adecuados y oportunos, cumplir con las citas indicadas por el personal de salud para detectar tempranamente factores de riesgo que puedan conllevar a complicaciones durante el parto.

Al Hospital Alemán Nicaragüense, Managua:

1. Seguir garantizando que el 100% de las pacientes gestantes reciban atención integral de manera eficiente con personal médico capacitado y periódicamente actualizado con normativas sobre el correcto abordaje de patologías relacionadas al parto anormal.
2. Seguir garantizando vigilancia estricta en la evolución del trabajo de parto utilizando correctamente el partograma, como instrumento de evaluación del parto obstruido para así tomar decisión correcta y oportuna.

A la Universidad Católica Redemptoris mater:

1. Seguir en la misión de formar profesionales de la salud con conocimientos en las áreas principales de medicina con enfoque científico para responder de manera rápida e integral a las diferentes complicaciones y desafíos que surgen durante la vida profesional respetando la vida.
2. Realizar estudios de tipo cualitativo que profundicen en un periodo más amplio el comportamiento de esta patología.

XII. Referencias bibliográficas

- Bueno-López, V. (2015, abril 16). El impacto y la corrección de posiciones occipitoposteriores en el parto. Recuperado 15 de febrero de 2020, de <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revbibl-posiciones-occipitoposteriores-parto.pdf>
- Cifuentes B, R. y Canaval E, H., 2013. Obstetricia De Alto Riesgo. 7th ed. Bogotá, D.C.: Distribuna Editorial.
- Cunningham, F. y Williams, J., 2015. Obstetricia. 24th ed. México: McGraw- Hill.
- Fuenzalida, O., y Castellanos, M. (2010, marzo). Traumatismo del parto. Recuperado de http://200.72.129.100/hso/guiasclinicasneo/05_Lesiones_Traumaticas.pdf
- López, M., y Palacios, M. (2014, octubre 16). PROTOCOLO: LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO. Recuperado 10 de marzo de 2020, de <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%C3%A9triconew.pdf>
- Ministerio de Salud (2015): “Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo”. Managua, Nicaragua. Recuperado de la página web: www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Dirección-General-de-Regulación-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2015/Normativa-011-Segunda-Edicion
- Ministerio de Salud (2018):” Protocolo para el abordaje del Alto Riesgo Obstétrico”. 2 ed. Managua, Nicaragua. Recuperado de la página web: www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Dirección-General-de-Regulación-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2018/Normativa-077-Segunda-Edicion
- Ministerio de Salud (2018):” Protocolo para la atención de las complicaciones Obstétricas”. 2 ed. Managua, Nicaragua. Recuperado de la página web: www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Dirección-

[General-de-Regulación-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2018/Normativa-109-Segunda-Edicion](#)

Ramirez, J. V. (2008, enero 1). Hemorragias Postparto. Recuperado 1 de marzo de 2020, de [https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-36%20\(2008\).pdf](https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-36%20(2008).pdf)

Schwarcz, R., Fescina, R. and Duverges, C., 2005. Obstetricia. 6th ed. Buenos Aires: El Ateneo.

William, H., y Barth, Jr. (2015, marzo 1). Occípitoposterior Persistente. Recuperado 25 de febrero de 2020, de https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Mar2015_Translation_Barth.pdf

Anexos



Anexo 1: Ficha de recolección de información

Complicaciones materno-fetales en partos con distocias de presentación de vértice atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, en el período de julio-diciembre 2019.

Ficha N°

I. Características sociodemográficas

Edad: Procedencia: Urbana ___ Rural ___

Estado civil: Soltera ___ Casada ___

Escolaridad: Ninguna ___ Primaria ___ Secundaria ___ Técnico ___ Universitario ___

II. Características obstétricas

Para

III. Variedades de vértice y posición distócica

<input type="radio"/> Variedad de posición distócica	<input type="radio"/> Occipitoposterior <input type="radio"/> Occipitotransversa <input type="radio"/> Occipitosacra
<input type="radio"/> Variedad de vértice distócica	<input type="radio"/> Cara <input type="radio"/> Frente <input type="radio"/> Bregma

IV. Complicaciones maternas

Hipotonía uterina
 Trauma del canal de parto
 Retención placentaria
 Parto Obstruido

Especifique:

V. Complicaciones del recién nacido

Riesgo de pérdida de bienestar fetal
 Traumas fetales

Especifique:

VI. Vía de nacimiento

Vaginal
 Cesárea

Anexo 2: Tablas y gráficos

Tabla N°1: Edad de las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 20 años	11	23.9
21 – 25 años	11	23.9
26 – 30 años	9	19.6
31 – 35 años	6	13.0
36 – 40 años	7	15.2
41 – 45 años	2	4.3
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°1: Edad de las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

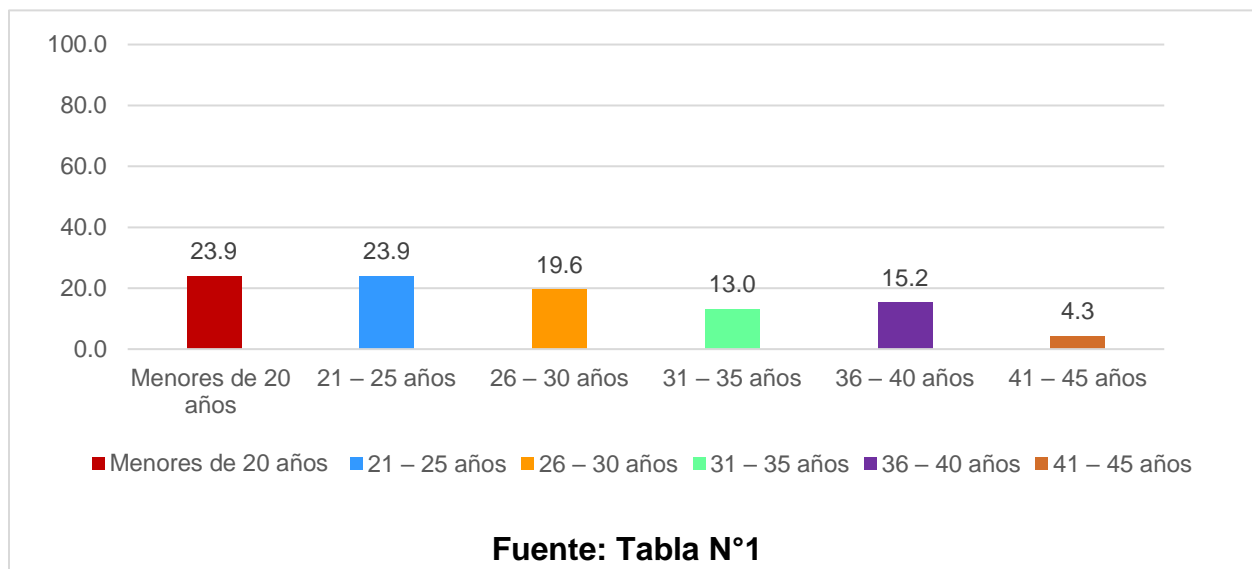


Tabla N°2: Procedencia de las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	37	80.4
Rural	9	19.6
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°2: Procedencia de las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

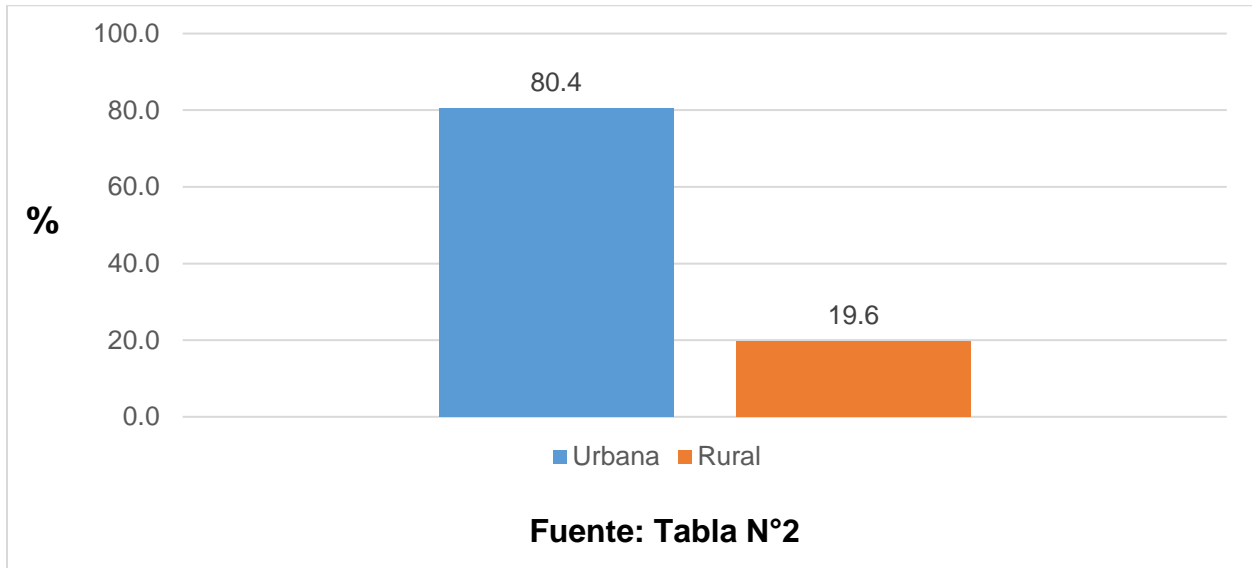


Tabla N°3: Escolaridad de las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	18	39.1
Secundaria	22	47.8
Técnico	1	2.2
Universitario	5	10.9
Ninguna	0	0.0
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°3: Escolaridad de las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

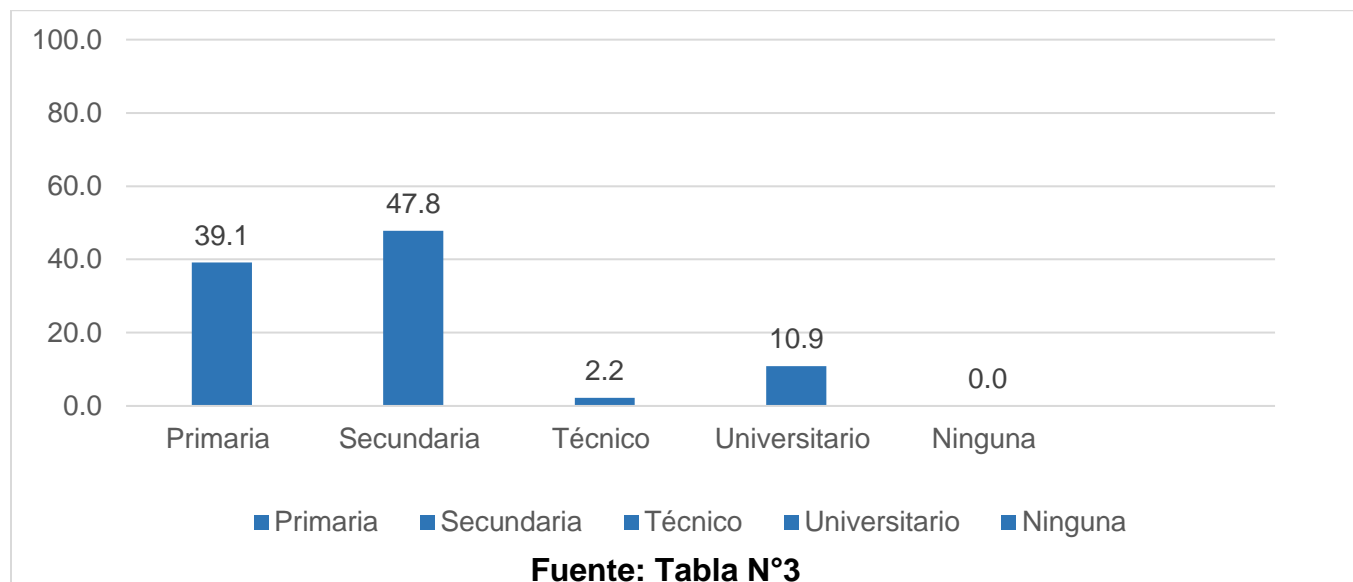


Tabla N°4: Estado civil de las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	13	28.3
Casada	33	71.7
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°4: Estado civil de las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

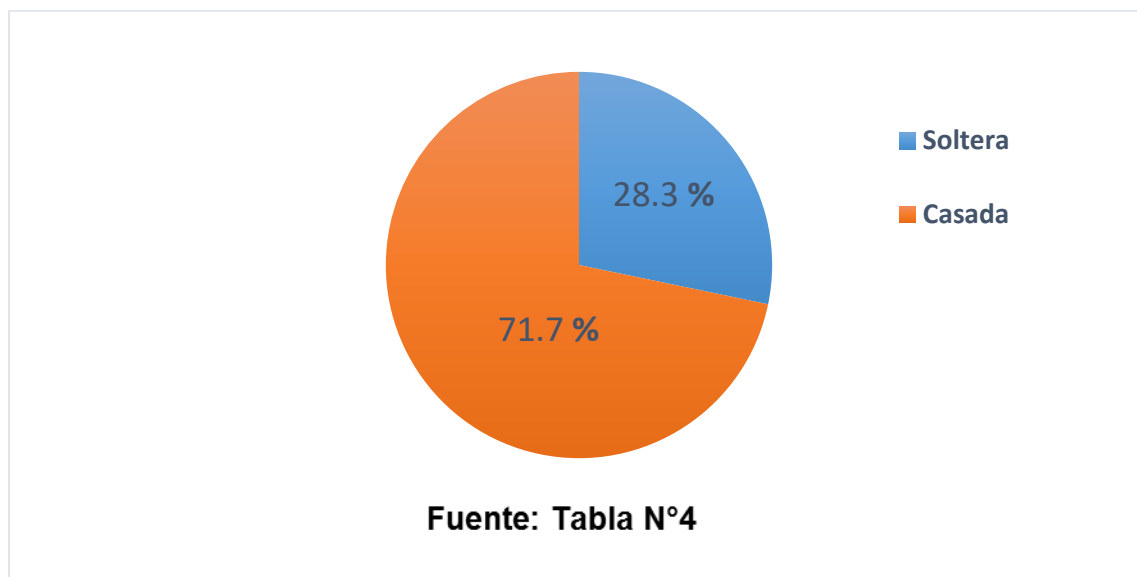


Tabla N°5: Paridad de las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	18	39.1
Múltipara	28	60.9
Total	46	100

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°5: Paridad de las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

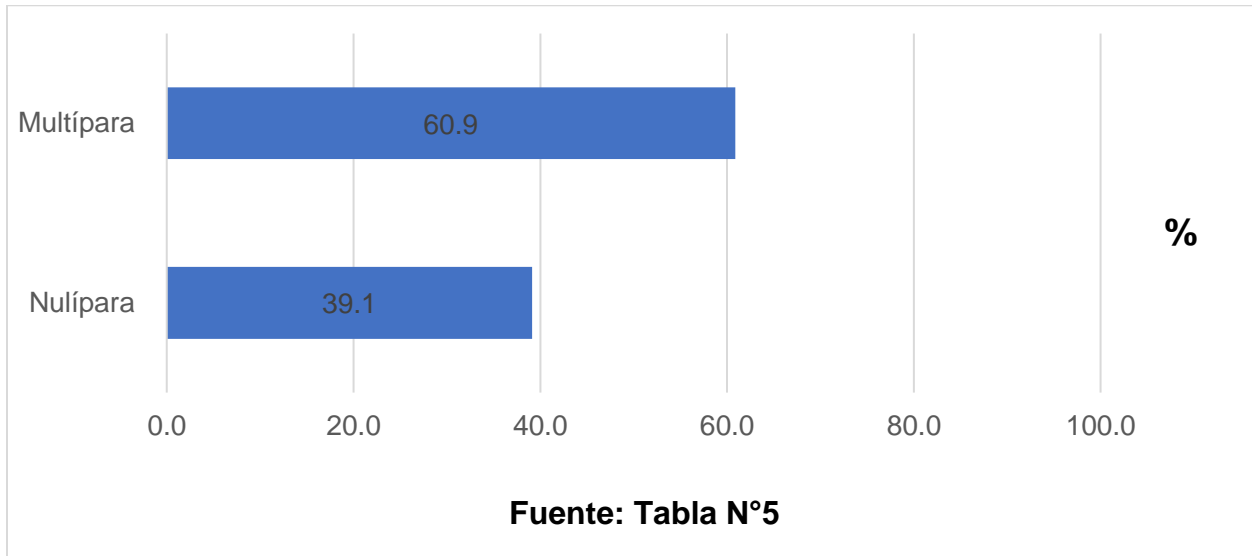


Tabla N°6: Variedades de vértice distócicas de las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

Variedades de vértice distócica	Frecuencia	Porcentaje
Cara	6	13.0%
Frente	2	4.3%
Bregma	10	21.7%
Occipito posterior	17	37.0%
Occipito transverso	8	17.4%
Occipito sacro	3	6.5%
Total	46	100%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°6: Variedades de vértice distócicas de las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

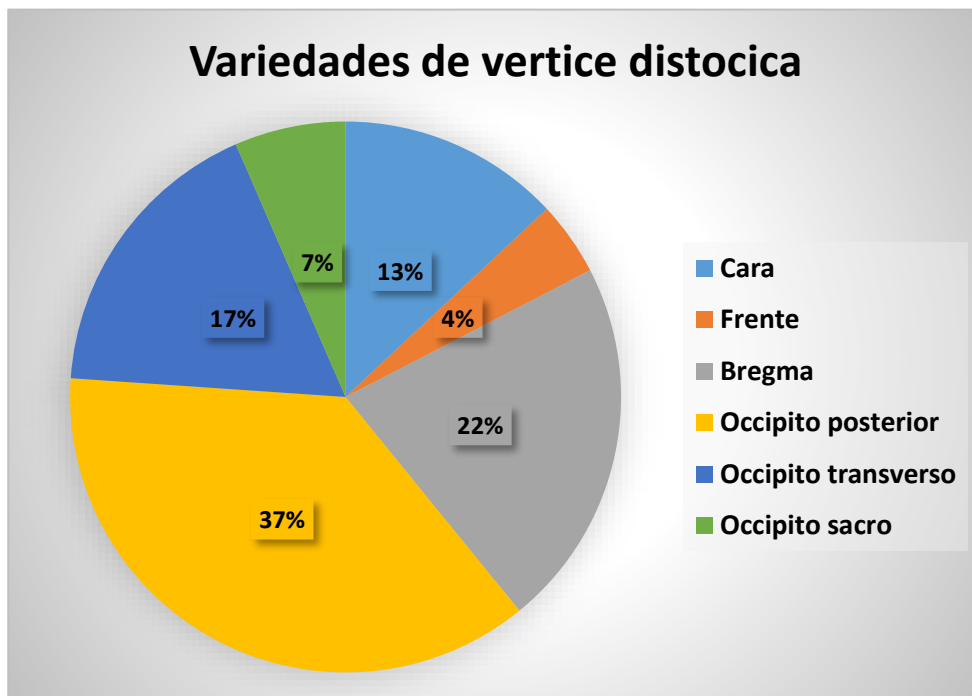
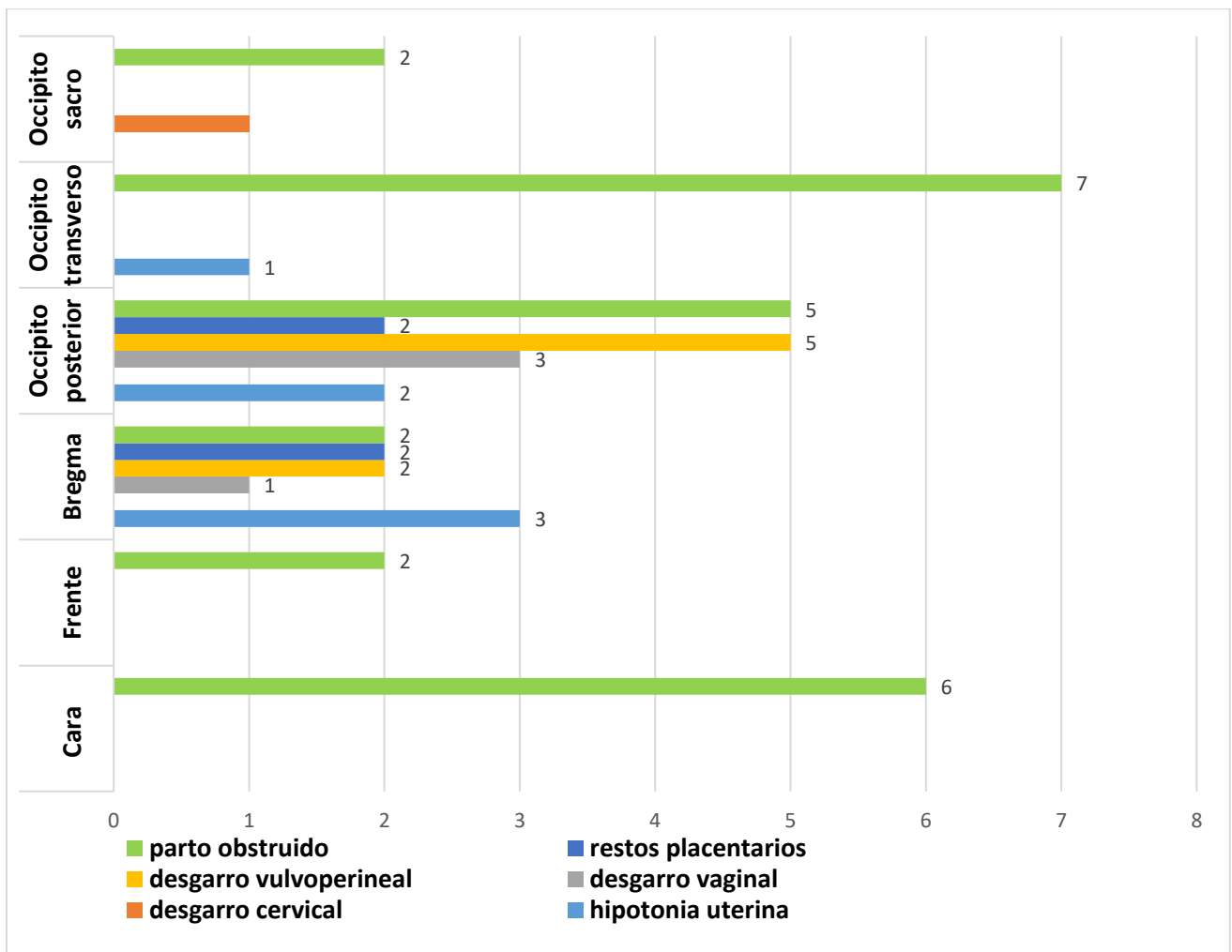


Tabla N°7: Variedades de vértice distócica según complicaciones maternas en las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

Variedades de vértice distócica		Complicaciones maternas						Total
		Hipotonía uterina	Desgarro cervical	Desgarro vaginal	Desgarro vulvoperineal	Restos placentarios	Parto obstruido	
Cara	F	0	0	0	0	0	6	6
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	13.0%	13.0%
Frente	F	0	0	0	0	0	2	2
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%	4.3%
Bregma	F	3	0	1	2	2	2	10
	%	6.5%	0.0%	2.2%	4.3%	4.3%	4.3%	21.7%
Occipito posterior	F	2	0	3	5	2	5	17
	%	4.3%	0.0%	6.5%	10.9%	4.3%	10.9%	37.0%
Occipito transverso	F	1	0	0	0	0	7	8
	%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	15.2%	17.4%
Occipito sacro	F	0	1	0	0	0	2	3
	%	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%	6.5%
Total	F	6	1	4	7	4	24	46
	%	13.0%	2.2%	8.7%	15.2%	8.7%	52.2%	100%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°7: Variedades de vértice distócica según complicaciones maternas en las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.



Fuente: Tabla N°6

Tabla N°8: Complicaciones fetales según variedades de vértice distócica de las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019

Complicaciones fetales		Variedades de vértice distócicas						Total
		Cara	Frente	Bregma	Occipito posterior	Occipito transverso	Occipito sacra	
Caput succedáneum	F	0	0	1	5	0	0	6
	%	0.0%	0.0%	2.2%	10.9%	0.0%	0.0%	13.0%
Tumefacción de las zonas de presentación	F	0	0	0	2	0	0	2
	%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%	0.0%	0.0%	4.3%
Hemorragias subconjuntivales	F	0	0	1	1	0	0	2
	%	0.0%	0.0%	2.2%	2.2%	0.0%	0.0%	4.3%
Céfalo hematoma	F	0	0	1	1	0	0	2
	%	0.0%	0.0%	2.2%	2.2%	0.0%	0.0%	4.3%
Parálisis facial periférica	F	0	0	2	1	0	0	3
	%	0.0%	0.0%	4.3%	2.2%	0.0%	0.0%	6.5%
Fractura de clavícula	F	0	0	0	1	0	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%	2.2%
Traumatismos de la piel	F	0	0	3	0	0	0	3
	%	0.0%	0.0%	6.5%	0.0%	0.0%	0.0%	6.5%
RPBF	F	6	2	2	6	8	3	27
	%	13.0%	4.3%	4.3%	13.0%	17.4%	6.5%	58.7%
Total	F	6	2	10	17	8	3	46
	%	13.0%	4.3%	21.7%	37.0%	17.4%	6.5%	100.0%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°8: Complicaciones fetales según variedades de vértice distócica de las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019

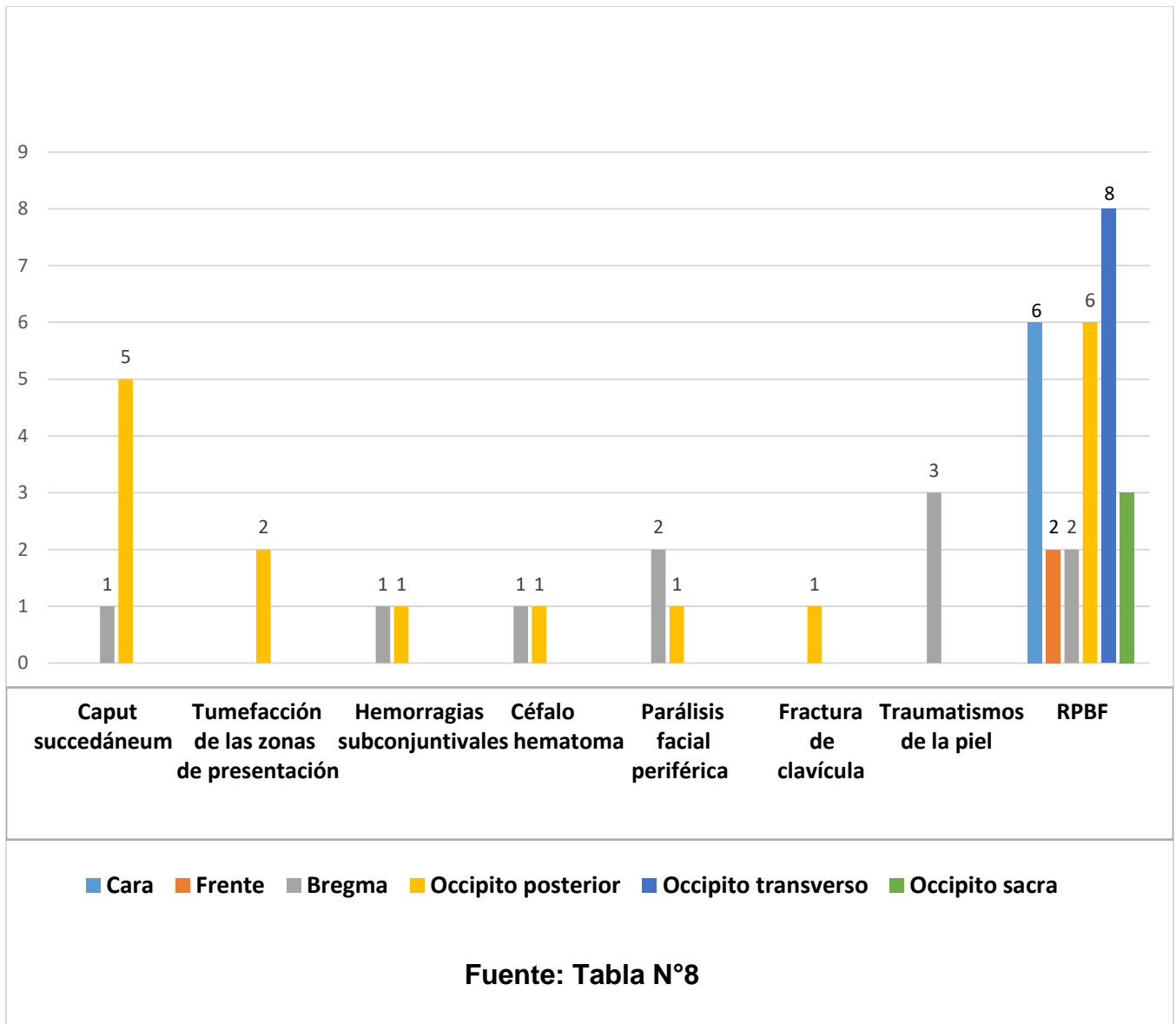


Tabla N°9: Variedades de posición distócica según complicaciones maternas en las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

Variedades de vértice distócica		Vía de nacimiento		
		Vaginal	Cesárea	Total
Cara	F	0	6	6
	%	0.0%	13.0%	13.0%
Frente	F	0	2	2
	%	0.0%	4.3%	4.3%
Bregma	F	8	2	10
	%	17.4%	4.3%	21.7%
Occipito posterior	F	11	6	17
	%	23.9%	13.0%	37.0%
Occipito transverso	F	0	8	8
	%	0.0%	17.4%	17.4%
Occipito sacro	F	0	3	3
	%	0.0%	6.5%	6.5%
Total	F	19	27	46
	%	41.3%	58.7%	100.0%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°9: Variedades de posición distócica según complicaciones maternas en las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

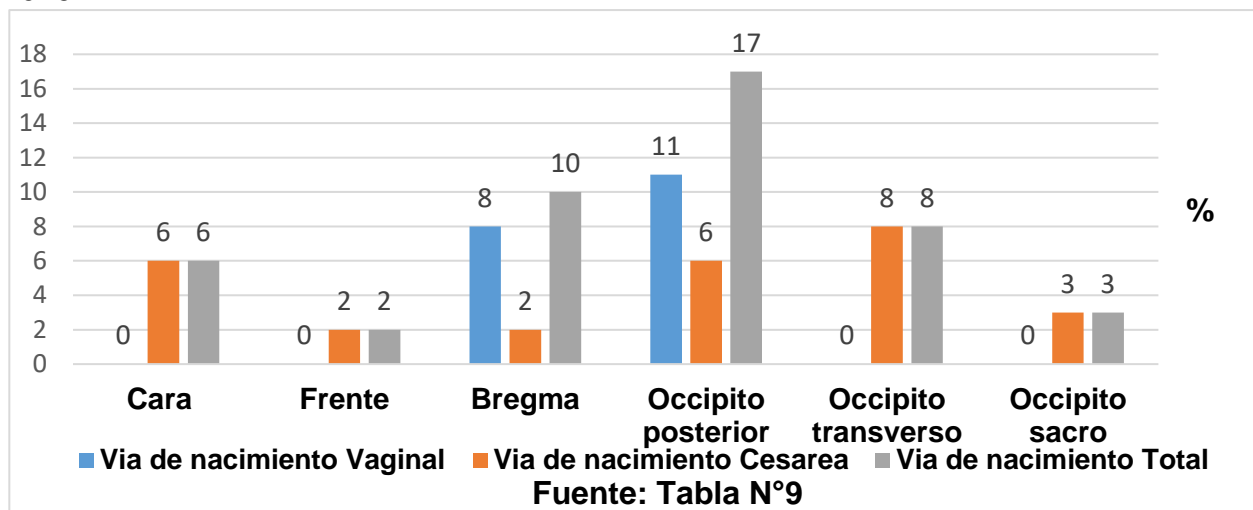


Tabla N°10: Edad según variedades de vértice distócica en las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

Edad		Variedades de vértice distócicas						Total
		Cara	Frente	Bregma	Occipito posterior	Occipito transverso	Occipito sacra	
Menores de 20 años	F	2	1	3	2	1	2	11
	%	4.3%	2.2%	6.5%	4.3%	2.2%	4.3%	23.9%
21 – 25 años	F	1	0	2	7	1	0	11
	%	2.2%	0.0%	4.3%	15.2%	2.2%	0.0%	23.9%
26 – 30 años	F	0	1	2	3	3	0	9
	%	0.0%	2.2%	4.3%	6.5%	6.5%	0.0%	19.6%
31 – 35 años	F	1	0	1	4	0	0	6
	%	2.2%	0.0%	2.2%	8.7%	0.0%	0.0%	13.0%
36 – 40 años	F	0	0	2	1	3	1	7
	%	0.0%	0.0%	4.3%	2.2%	6.5%	2.2%	15.2%
41 – 45 años	F	2	0	0	0	0	0	2
	%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%
Total	F	6	2	10	17	8	3	46
	%	13.0%	4.3%	21.7%	37.0%	17.4%	6.5%	100.0%

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°10: Edad según variedades de vértice distócica en las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

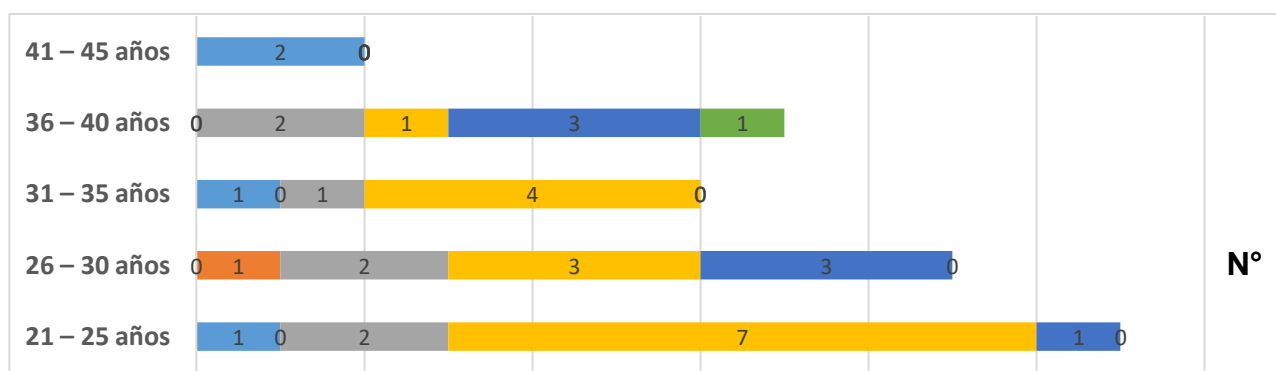
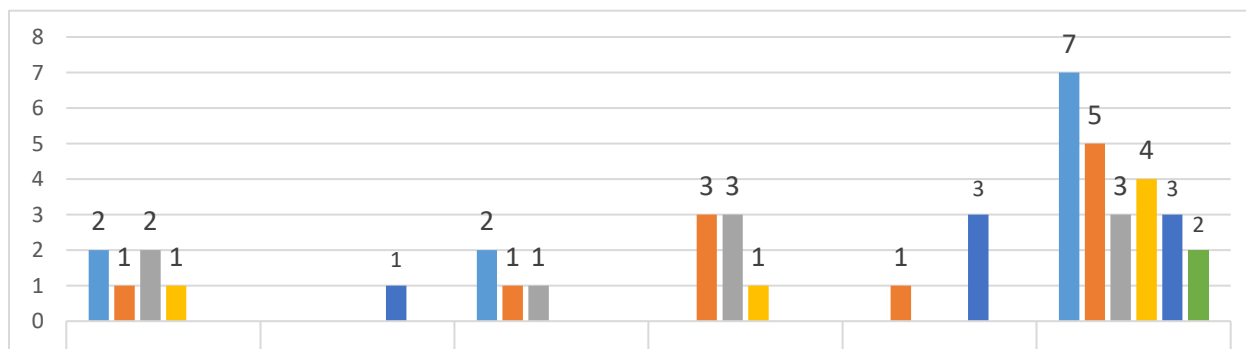


Tabla N°11: Complicaciones maternas según edad en las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.

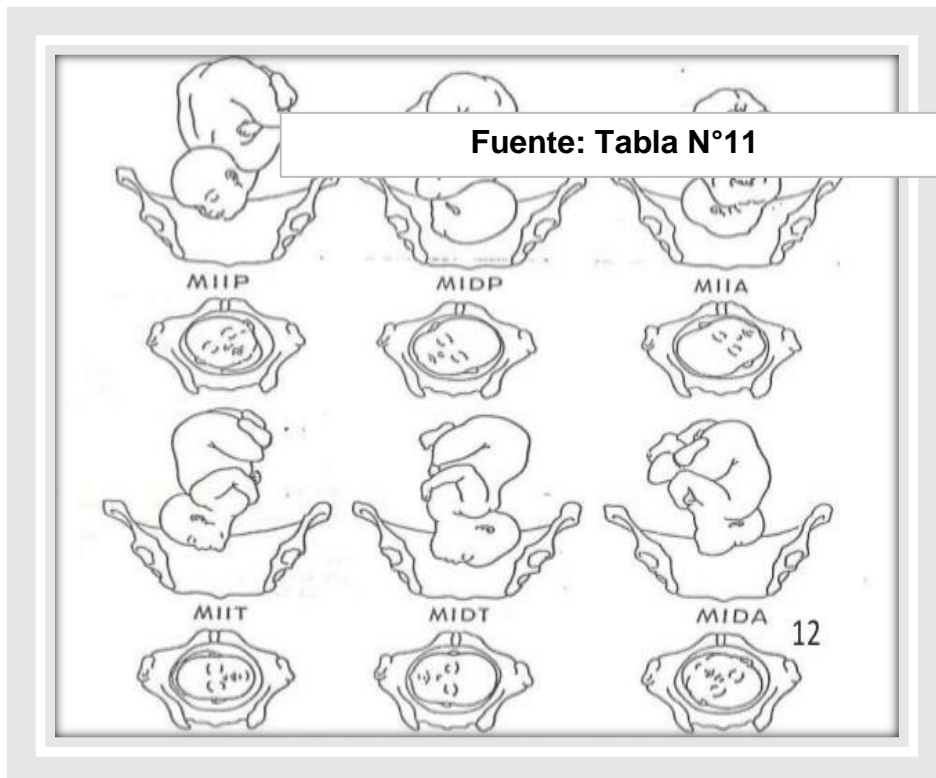
Complicaciones maternas		Edad						Total
		Menores de 20 años	21 – 25 años	26 – 30 años	31 – 35 años	36 – 40 años	41 – 45 años	
Hipotonia uterina	F	2	1	2	1	0	0	6
	%	4.3%	2.2%	4.3%	2.2%	0.0%	0.0%	13.0%
Desgarro cervical	F	0	0	0	0	1	0	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%	0.0%	2.2%
Desgarro vaginal	F	2	1	1	0	0	0	4
	%	4.3%	2.2%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%	8.7%
Desgarro vulvoperineal	F	0	3	3	1	0	0	7
	%	0.0%	6.5%	6.5%	2.2%	0.0%	0.0%	15.2%
Restos placentarios	F	0	1	0	0	3	0	4
	%	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%	6.5%	0.0%	8.7%
Parto obstruido	F	7	5	3	4	3	2	24
	%	15.2%	10.9%	6.5%	8.7%	6.5%	4.3%	52.2%
Total	F	11	11	9	6	7	2	46
	%	23.9%	23.9%	19.6%	13.0%	15.2%	4.3%	100.0%

Fuente: Expediente clínico

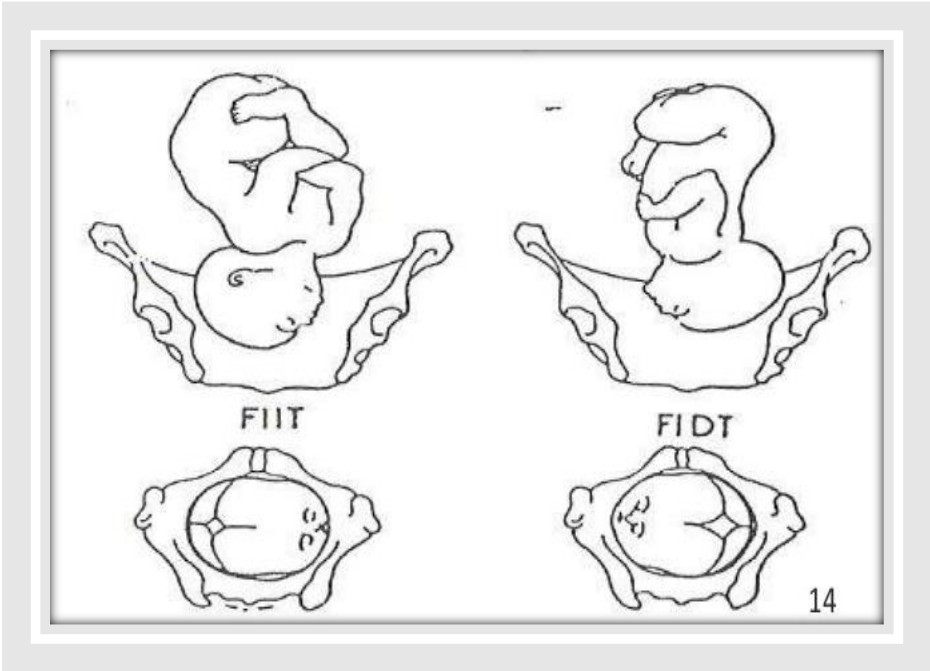
Gráfico N°11: Complicaciones maternas según edad en las pacientes gestantes con diagnóstico durante el parto de distocia de presentación de vértice, atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de julio-diciembre 2019.



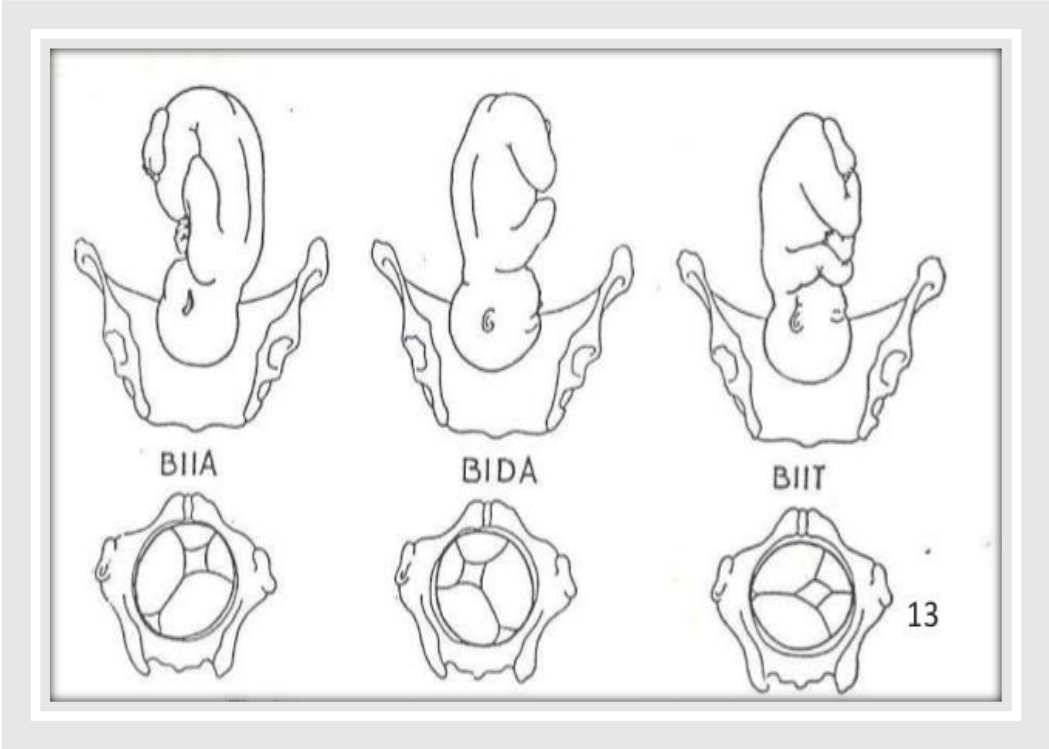
Anexo 3: Modalidad de cara



Anexo 4: Modalidad de frente



Anexo 5: Modalidad de bregma



Anexo 6: Variedades de posición distócica

