



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/129.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en **FORO I+E "Impacto social del conocimiento" - II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud**, reunión celebrada del 12 al 13 de noviembre de 2015 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **“Factores que influyen en la distocia de un parto de inicio espontáneo”**

*Autores* Dorotea M<sup>a</sup> Reche Torrecillas, Chaxiraxi Guedes Arbelo  
Ángeles Galindo Asensio

*Centro/institución* Servicio Andaluz de Salud

*Ciudad/país* Almería, España

*Dirección e-mail* Chaxiraxi9@gmail.com

## RESUMEN

**Objetivo:** Valorar en qué medida influyeron la realización de prácticas como, la amniotomía, la utilización de oxitocina, la analgesia epidural, la macrosomía fetal y la edad materna, en partos de inicio espontáneo que acabaron siendo distócicos.

**Material y Métodos:** Es un estudio observacional descriptivo transversal, con una muestra de 1498 partos de inicio espontáneo y finalización distócica en los hospitales de Torrecárdenas de Almería y La Inmaculada en Huerca Overa, desde el 1 de enero al 31 de diciembre del año 2009.

**Resultados:** En H. de Torrecárdenas durante el año 2009 se atendieron 3527 partos, de los cuales un 64,6% finalizaron de forma eutócica, y un 35,4% acabaron convirtiéndose en un parto distócico. En el H. de La Inmaculada el 80,3% de los partos tuvo una terminación eutócica y un 19,6% fueron distócicos.

**Conclusiones:** La mayoría de los partos que se producen en la provincia de Almería son eutócicos, sin embargo existen bastantes diferencias en cuanto al número de partos distócicos obtenidos entre el H. de Torrecárdenas y el H. de Huerca Overa, debido a que en el primer hospital el uso de oxitotócicos y la amniotomía se utilizan con mayor frecuencia, así como la analgesia epidural. La edad materna también influye en que un parto acabe de forma eutócica o distócica, sin embargo la macrosomía fetal es inconcluyente por la falta de más datos a este respecto.

**Palabras clave:** Parto distócico/ Parto instrumental/ Amniotomía/ Oxitocina/ Analgesia epidural/ Macrosomía fetal.

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### I.- Introducción

En la mujer, la gestación a término se considera entre las semanas 37 y 42. normalmente es en este periodo en el que se pondrá en marcha de forma natural y espontánea el proceso del parto en cada una de sus fases.

La FAME <sup>16</sup> ( Federación de Asociaciones de Matronas de España ) define el parto eutócico ó el parto normal, como “ El proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo “.

La desviación de la normalidad lleva al parto distócico. La palabra distocia del griego dustokia, se define como mal parto, parto anormal ó difícil. El parto distócico es en definitiva, la desviación de las diferentes fases del trabajo de parto normal.

La bibliografía revisada en las bases de datos Pubmed y Medline, explica que son múltiples los factores que influyen en las distocias. Existen factores intrínsecos, como la edad materna, la macrosomía fetal, problemas de contractilidad uterina inadecuada, falta de fuerza para empujar, desproporciones cefalo-pélvicas y otros factores extrínsecos, como el uso de epidural, la medicina defensiva, la política hospitalaria intervencionista y medicalizada que atienden de la misma forma todos los partos, tanto los de alto como los de bajo riesgo, que incluye el uso sistematizado de oxitocina, amniotomía, sueroterapia, monitorización continua, ayuno,... el tipo de formación recibida por los profesionales, el internamiento temprano de la gestante en falso trabajo de parto, la limitación del movimiento a la posición tumbada ó de litotomía en las distintas fases de parto, ó el mal uso del partograma,...entre otros.

Los tipos de resultados distócicos son también diferentes en función de la causa que los produce; alteraciones en el tiempo de desarrollo de las distintas fases del parto, dilatación, expulsivo y alumbramiento, desprendimiento prematuro de placenta, manifestaciones de anoxia fetal, distocia de hombros, apgar bajos... En nuestro medio la posición fetal de nalgas es considerado un parto de riesgo y se resuelve con una cesárea electiva.

Las consecuencias de un parto distócico son distintas según la causa y pueden llegar a ser muy graves; sufrimiento fetal, rotura y prolapsos uterinos, traumatismos graves en el periné materno, hemorragias y embolias en la madre, traumatismos en el recién nacido, infecciones en la madre ó el recién nacido, alargamiento de la estancia hospitalaria,...

Los resultados distócicos se resuelven utilizando diferentes recursos con las siguientes maniobras ( Maniobra de Kristeller, McRoberts, Woods, Zavanelli, Gaskin, Jacquemier, Pinard, Praga,... ) , uso de instrumentales ( Vacuo, forceps, espátulas ) ó cesárea.

### *1.1.- Justificación del estudio*

Según la O.M.S es la matrona el profesional indicado para la asistencia al parto eutócico ó parto normal, incluyendo todas las acciones de monitorización, exploración, etc, así como la asistencia al período expulsivo y puerperio inmediato. La matrona es por tanto la responsable de la asistencia al parto normal.

Durante años la formación de las matronas se ha orientado a una asistencia intervencionista alejada de esta normalidad que deseamos. Actualmente la matrona es la responsable de la formación de las nuevas profesionales, y en ella se incluye la perspectiva de la asistencia al parto normal sin intervención y las practicas clínicas basadas en la evidencia <sup>11</sup> Por eso, es necesario conocer que factores pueden intervenir para que un parto se distocie, desviándose de la normalidad. Derivando en este caso al profesional obstetra.

Algunos estudios dicen que las distocias son más frecuentes en mujeres primíparas y tienen una incidencia de un 25% en primíparas y un 10% en multíparas. Sin embargo, esta incidencia parece variar mucho de un hospital a otro en función de una política más ó menos intervencionista.

Organismos internacionales y políticas nacionales y comunitarias, ponen en marcha proyectos de atención perinatal basados en la evidencia científica, en el mejor conocimiento disponible y en ejemplos de buena práctica, ofreciendo a las gestantes sin factores de riesgo ó con bajo riesgo, una asistencia al parto con la mínima intervención posible, garantizando la vigilancia materno-fetal necesaria.

Con este estudio se quiere valorar como influyen algunos de los factores nombrados anteriormente, factores intrínsecos como la edad materna y la macrosomía, y factores extrínsecos, como el uso de oxitocina, la amniotomía ó rotura artificial de membranas y la epidural.

De una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Pubmed, donde se ha relacionado cada una de estas variables con el parto distócico hemos encontrado que:

1.- Macrosomía Fetal. Se considera fetos macrosómicos aquellos con un peso mayor ó igual a 4500 g, siendo las causas más habituales diabetes gestacional<sup>3</sup>, obesidad ó edad materna<sup>5</sup>.

Algunos estudios dicen que la macrosomía puede poseer repercusiones negativas para el parto ; precisan más anestesia epidural,<sup>1</sup> se prolonga el trabajo de parto y se produce un aumento de partos instrumentales,<sup>2</sup> lo que produce una mayor morbilidad materna y fetal.

2.- Oxitocina, es la medicación más empleada en el trabajo de parto, para acortarlo una vez iniciado, ó iniciarlo en caso necesario. Le acompañan las prostaglandinas.<sup>8</sup>

Así como las distocias que se tratan con oxitocina o prostaglandinas, RPM<sup>7</sup> (rotura prematura de membranas), embarazos cercanos a la semana 42 y alteraciones en la 2ª fase de la dilatación, parecen estar ampliamente recogidas en la bibliografía y manifestados sus efectos, no se discute su uso, pero tampoco se ven las consecuencias de su no utilización.

3.- Amniotomía precoz ha sido usada y defendida con frecuencia como un componente de la gestión activa de trabajo de parto.<sup>10</sup> La amniotomía temprana de rutina se asocia con beneficios y riesgos<sup>11</sup>. Los beneficios incluyen una reducción en la duración del trabajo de parto, mientras que los riesgos se relacionan con una posible reducción en las puntuaciones de Apgar anormal de 5 minutos, y una tendencia hacia un aumento de

cesáreas por sufrimiento fetal. Esto sugiere que la amniotomía se debe reservar para las mujeres con el desarrollo del parto anormal.<sup>12</sup>

Sin embargo, algunos estudios sugieren que realización de un amniotomía precoz en primíparas, reduce el riesgo de distocias, pero no la tasa de cesáreas.<sup>13</sup>

4.- Anestesia epidural, prolonga la primera y segunda etapa del trabajo y aumenta la tasa de partos instrumentales, sin efectos secundarios neonatal.<sup>14</sup> No se ha demostrado que el uso de la epidural aumente el número de cesáreas, produciéndose el mismo número de casos de finalización en cesárea en mujeres con epidural y sin ella.<sup>15</sup>

Ante estos datos y valorando las diversas políticas hospitalarias de nuestra provincia, hemos planteado la necesidad de realizar un estudio en la provincia de Almería que muestre los factores que más influyen en la distocia de los partos que comienzan de forma espontánea y finalizan de manera distócica, valorando también si existe relación entre la política hospitalaria y la proporción de partos distócicos.

### *1.2.- Objetivos del estudio*

Los objetivos planteados ha sido seis:

- 1.- Valorar que relación existe entre la edad materna y la distocia en partos de inicio espontáneo.
- 2.- Identificar si la macrosomía fetal influye en el tipo de finalización de parto.
- 3.- Conocer el porcentaje de partos de inicio espontáneo que finalicen con resultados del parto eutócico, instrumental o cesárea.
- 4.- Valorar si el uso de oxitocina en partos de inicio natural influye en el tipo de finalización.
- 5.- Determinar en que medida la amniotomía contribuye en la aparición de distocias y en consecuencia, en la realización de partos instrumentales y cesáreas.
- 6.- Valorar si la anestesia epidural interviene en el aumento de partos distócicos.

## **II.- Metodología**

El trabajo llevado a cabo consiste en un estudio observacional descriptivo transversal, con una muestra de 1498 partos con inicio espontáneo y finalización distócica llevados a cabo en los hospitales de Torrecárdenas y La Inmaculada, (ambos situados en la Provincia de Almería, España), durante el año 2009.

Se llevó a cabo un tipo de muestreo no aleatorio en el que se seleccionó a la muestra según las siguientes características/ criterios de inclusión:

- 1.- Mujeres mayores de edad y sin ninguna alteración física o psíquica que les impidiera participar en el estudio, libre y voluntariamente.
- 2.- Mujeres que hayan dado a luz en el Hospital de la Inmaculada o en el Hospital Torrecárdenas durante el año 2009.
  - El inicio de los partos debió ser espontáneo.
  - La finalización del parto debió ser distócico (instrumental y/o cesárea).
- 3.- Historias clínicas en las que estuviese bien registrados todos los datos necesarios sobre el proceso completo del parto.

La recogida de datos para el estudio se ha llevado a cabo mediante la observación y análisis exhaustivo de las historias clínicas en formato papel e informatizadas.

Las variables a estudiar han sido 5: la edad materna, la amniotomía o la rotura artificial de membranas, el uso de analgesia epidural y de oxitócicos.

Los recursos de soporte estadístico utilizados han sido el SPSS versión 17.

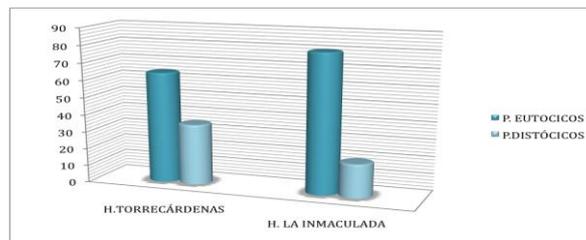
### III.- Resultados

En la provincia de Almería se han producido durante el año 2009 unos 7346 partos aproximadamente, de éstos 3527 corresponde al Hospital de referencia Torrecárdenas, 1342 al Hospital de La Inmaculada y 2477 a Empresa Pública Hospital de Poniente (el cual no incluimos en el estudio por presentar una base informática de paritorio con pérdidas de datos significativos y falta de registro de las variables a estudiar). (VER FIGURA 1).  
 FIGURA 1: N° de partos provincia de Almería, año 2009.



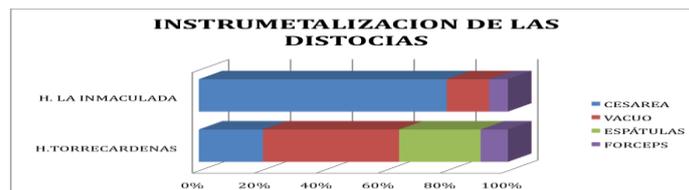
De forma desgranada, en el HOSPITAL TORRECÁRDENAS el inicio de los parto fue en un 64.4% espontáneo, en un 21.4% inducido y en un 12.7% cesárea directamente. Pero, el inicio del parto muchas veces no nos indica como finalizará, por ello debemos destacar que, de los 3527 partos, 2249 (64,6%) tubo una terminación eutócica ó normal y unos 1235 (35,4%) fue de forma distócica , anormal ó patológica. (VER GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1: Tipo de partos hospital de La Inmaculada y hospital Torrecárdenas.



La técnica y/o instrumento utilizado para finalizar estos partos distócicos fue en un 23,6% por cesárea, un 0.5% vacuo, un 0.3% espátulas y 0.1% fórceps. (VER GRÁFICO 2).

GRÁFICO 2: Material utilizado para finalizar los partos distócicos



No podemos ofrecer cuales fueron las causas de la finalización del parto distócico porque no está registrado en el 100% de las historias clínicas revisadas. Como variables a estudiar para el estudio planteado hemos definido 5, de las cuales hemos concluido que, de los 1235 partos distócicos la edad media de las parturientas fue de 30.33 años (dato estadísticamente significativo en relación a la media de edad de mujeres con parto eutócico= 28.89 años (p<0.001).

En un 23.9% de los casos se realizó amniotomía o rotura artificial de membranas, en un 56.8% se administró oxitócicos, en el 81.7% se usó analgesia epidural y solo el 1.5% de los recién nacidos vivos fueron macrosómicos (peso mayor o igual a 4500gr). (VER GRÁFICO 3).

GRÁFICO 3: Porcentaje de técnicas / variables a estudio hospital Torrecárdenas

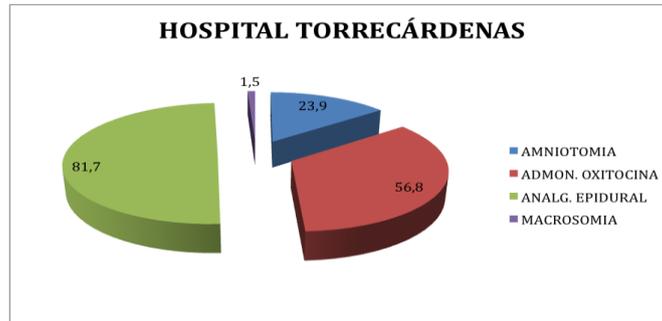
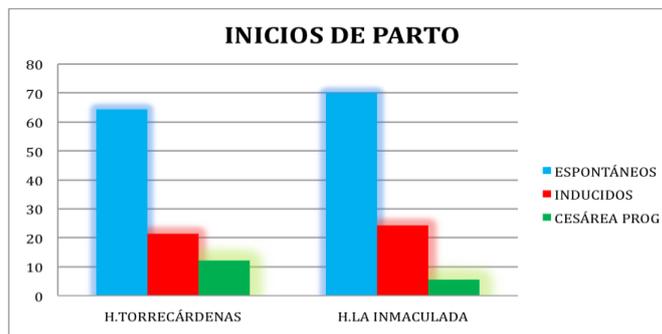


GRÁFICO 4: Inicio de los partos



En el HOSPITAL DE LA INMACULADA el inicio de los parto fue en un 70.1% espontáneo, en un 24.3% inducido y en un 5.6% cesárea directamente. (VER GRÁFICO 4).

De éstos 1077 (80.3%) tubo una terminación eutócica ó normal y unos 263 (19.6%) fue de forma distócica , anormal ó patológica.

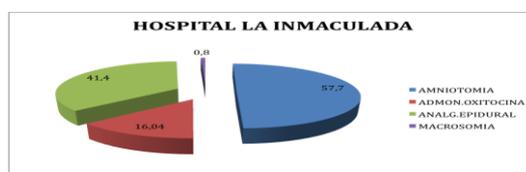
La técnica y/o instrumento utilizado para finalizar estos partos distócicos fue en un 80.2% por cesárea, un 13.7% vacuo, un 0% espátulas y 6.1% fórceps.

No podemos ofrecer cuales fueron las causas de la finalización del parto distócico porque no está registrado en el 100% de las historias clínicas revisadas.

En cuanto a las variables a estudiar hemos concluido que, de los 263 partos distócicos la edad media de las parturientas fue de 37.4 años (dato estadísticamente NO significativo en relación a la media de edad de mujeres con parto eutócico= 30.20 años ( $p < 0.294$ )).

En un 57.7% de los casos se realizó amniotomía o rotura artificial de membranas, en un 16.04% se usó oxitócicos por vía IV, en el 41.4% se usó analgesia epidural y solo el 0.8% de los RNV fueron macrosómicos (peso mayor o igual a 4500gr). (VER GRÁFICO 5).

GRÁFICO 5: Porcentaje de técnicas / variables a estudio hospital La Inmaculada.



#### **IV.- Conclusión / Discusión**

La mayoría de los partos que se producen en la provincia de Almería tienen una finalización y/o terminación eutócica o normal, sin embargo la edad materna puede influir en la versión de que un parto espontáneo se convierta en distócico.

La técnica o instrumento mayormente utilizado para finalizar un parto distócico es la cesárea, siguiéndole el uso de vacío.

En general podemos afirmar que en menos de la mitad de los partos de inicio espontáneo y finalización distócica se les han realizado amniotomías y administrados oxitócicos.

En el 61.55% de los casos se recurrió a la aplicación de la analgesia epidural.

En el Hospital de Torrecárdenas es donde más se incrementa el porcentaje de partos distócicos por un mayor uso de la amniotomía y de oxitócicos.

No podemos incluir ninguna conclusión fiable respecto a la influencia de la macrosomía, pues el número de casos existentes en la muestra no son significativos.

La presentación de una distocia en un parto de bajo riesgo (“parto normal”) e inicio espontáneo es imprevisible, sobre todo cuando el motivo es intrínseco a la madre o al feto. Pero está documentado en la bibliografía que ciertas intervenciones, precoces o no ( amniotomía, empleo de oxitocina, analgesia epidural, etc) pueden dar como resultado una distocia.

Se encuentran una gran diferencia entre el porcentaje de distocias dentro de los trabajos de parto con inicio normal en los dos hospitales de nuestra provincia sometidos a estudio: 35.4% (en el hospital de referencia, Torrecárdenas) y 19.6% (en el hospital comarcal de Huércal-Overa) utilizando las mismas variables de resultados.

Solo es significativa la edad como variable predictora de distocia en la muestra del hospital de referencia.

Aunque en todas las distocias está presente la administración de analgesia epidural, empleo de oxitocina y la amniotomía, en mayor o menor porcentaje, es destacable (aunque no significativo estadísticamente) la poca prevalencia de macrosomía (definida en este estudio como peso mayor o igual a 4500 gramos) que se decide finalizar de forma distinta a cesárea programada desde los controles prenatales.

Una laguna en el estudio es el no poder haber recogido como resultado la causa exacta que llevó a la instrumentalización en la extracción del producto, para poderla relacionar con las variables seleccionadas. Así como en qué momento y causa se emplea la oxitocina y la rotura artificial de las membranas.

Algo deseable sería también el tener una base de datos común en los tres hospitales para ajustar los resultados a la realidad que sucede en el conjunto de nuestra provincia. Y afinar más, incluyendo los protocolos de actuación de los distintos hospitales en lo que se refiere a la atención al parto.

Pero algo sí que se puede decir a la vista de los resultados y es que las distocias, aunque se presentan por sorpresa, afortunadamente en esta muestra es bastante menos de la mitad de los partos atendidos.

## **Bibliografía**

- 1.- The need for epidural analgesia is related to birthweight – A population based register study..[Ekéus C](#), [Hjern A](#), [Hjelmstedt A](#). Department of Woman and Child Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. [cecilia.ekeus@ki.se](mailto:cecilia.ekeus@ki.se) Comment in: [Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88\(4\):371-2.](#)
- 2.-Shoulder dystocia related fetal neurological injuries: the predisposing roles of forceps and ventouse extractions.Brimacombe M, Iffy L, Apuzzio JJ, Varadi V, Nagy B, Raju V, Portuondo N. PMID: 17906870 [PubMed - indexed for MEDLINE] Arch Gynecol Obstet. 2008 May;277(5):415-22. Epub 2007 Sep 29
- 3.- Recurrence of fetal macrosomia in non – diabetic pregnancies.Walsh CA, Mahony RT, Foley ME, Daly L, O'Herlihy C. National Maternity Hospital Dublin, Ireland. J Obstet Gynaecol. 2007 May;27(4):374-8.
- 4.- Obstetric outcome of extreme macrosomia. Alsunari S, Berger H, Sermer M, Seaward G, Kelly E, Farine D. Division of Maternal-Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynaecology, Mount Sinai Hospital, University of Toronto, Toronto ON. J Obstet Gynaecol Can. 2005 Apr;27(4):323-8
- 5.- Fetal macrosomia--maternal risks and fetal outcome. Meshari AA, De Silva S, Rahman I. Department of Obstetrics and Gynaecology, College of Medicine, King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia. Int J Gynaecol Obstet. 1990 Jul;32(3):215-22.
- 6.- Dystocia in labour - risk factors, management and outcome: a retrospective observational study in a Swedish setting. Selin L, Wallin G, Berg M. Department of Obstetrics and Gynecology, NU Hospital Group, Trollhättan, Sweden. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(2):216-21.
- 7.- Induction of labor in patients with premature rupture of membranes in term pregnancy using dinoprostone vs oxytocin. An aleatory study. Ginecol Obstet Mex. 1999.Oct;67:461-6. 8.- Concurrent dinoprostone and oxytocin for labor induction in term premature rupture of membranes: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2009.May;113(5):1059-65.
- 9.- Incidence and outcomes of dystocia in the active phase of labor in term nulliparous women with spontaneous labor onset. Kjaergaard H, Olsen J, Ottesen B, Dykes AK. . Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88(4):402-7. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88(4):402-7.
- 10.- The use of amniotomy to shorten spontaneous labour. A survey of a Cochrane review. Storgaard L, Uldbjerg N. Ugeskr Laeger. 2009 Nov 16;171(47):3438-40.
- 11.- Amniotomy for shortening spontaneous labour..Smyth RM, Alldred SK, Markham C.Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4).
- 12.- WITHDRAWN: Amniotomy for shortening spontaneous labour. Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G.Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3)
- 13.- Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women. The Canadian Early Amniotomy Study Group. Fraser WD, Marcoux S, Moutquin JM, Christen A.N Engl J Med. 1993 Apr 22;328(16):1145.
- 14.- The effects of peridural anesthesia on duration of labor and mode of delivery. Ann Fr Anesth Reanim. 2001 May;20(5):471-84.
- 15.- Does epidural increase the incidence of cesarean delivery or instrumental labor in Saudi populations? Bakhamees H, Hegazy E. Middle East J Anesthesiol. 2007 Oct;19(3):693-704
- 16.- Iniciativa parto normal. Documento de consenso. 2007 FAME.