Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 5(3), 102–107, 2026
https://doi.org/10.62574/astmzx47

Talla materna y parto distócico en gestantes de un hospital de segundo nivel

Maternal height and dystocic delivery in pregnant women at a second-level hospital

Ana Mariela Velastegui-Vargas
ua.anavv83@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0005-1578-4965

Danna Giselt Méndez-Bermúdez
dannamb26@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0006-2390-2471

Brithany Scarlet Murillo-Salvatierra
brithanyms89@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0000-9726-7593

Yolanda Yamilex Shaigua-Sanmartín
yolandas1s25@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0001-3809-6197

RESUMEN

Objetivo: analizar la asociación entre la talla materna menor de 1,60 m y el tipo de parto en gestantes atendidas en un hospital de segundo nivel. **Método:** estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo; se revisaron 200 historias clínicas de 2024, seleccionadas por conveniencia (100 con talla <1,60 m y 100 con talla ≥1,60 m); se aplicaron chi cuadrado y odds ratio con intervalos de confianza del 95 %. **Resultados:** el parto eutócico fue menos frecuente en el grupo de talla baja (45 % frente a 65 %; OR de parto no eutócico: 2,27; IC 95 %: 1,28–4,01); las diferencias aisladas en parto distócico y cesárea no alcanzaron significación; la desproporción cefalopélvica explicó el 40 % de las distocias en talla baja. **Conclusiones:** la talla baja se asoció con menor probabilidad de parto eutócico; se requieren estudios con muestreo probabilístico y ajuste por confusores.

Descriptores: estatura; distocia; desproporción cefalopélvica. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: to analyze the association between maternal height under 1.60 m and mode of delivery in pregnant women attended at a second-level hospital. **Method:** observational, analytical, cross-sectional and retrospective study; 200 medical records from 2024 were reviewed, selected by convenience (100 with height <1.60 m and 100 with height ≥1.60 m); chi-square and odds ratios with 95% confidence intervals were applied. **Results:** eutocic delivery was less frequent in the short-stature group (45% vs 65%; OR for non-eutocic delivery: 2.27; 95% CI: 1.28–4.01); isolated differences in dystocic delivery and cesarean section were not significant; cephalopelvic disproportion accounted for 40% of dystocias in short women. **Conclusions:** short stature was associated with a lower probability of eutocic delivery; studies with probabilistic sampling and adjustment for confounders are required.

Descriptors: body height; dystocia; cephalopelvic disproportion. (DeCS).

Recibido: 05/07/2026. Revisado: 06/08/2026. Aprobado: 12/08/2026. Publicado: 01/10/2026.

Original breve

INTRODUCCIÓN

La distocia del trabajo de parto, entendida como su progresión anormalmente lenta o detenida, es la indicación más frecuente de cesárea primaria (1). Sus causas se agrupan en alteraciones de la contractilidad uterina, del tamaño o la posición fetal y de las dimensiones del canal óseo (1). Cuando la desproporción no se resuelve, el parto obstruido se convierte en causa de rotura uterina, fístula obstétrica y muerte materna y perinatal, sobre todo en entornos con acceso limitado a la cesárea (2).

La talla materna refleja en parte el crecimiento lineal durante la infancia, y la talla baja se considera un marcador de desnutrición crónica temprana (3). Las diferencias entre poblaciones son marcadas. Según la Colaboración NCD-RisC, las mujeres de Centroamérica y de la región andina figuran entre las de menor estatura del mundo, con escasa ganancia a lo largo del último siglo (4). En estos contextos, un punto de corte de 1,60 m queda por encima del promedio poblacional, por lo que conviene interpretarlo con cautela.

La relación entre talla baja y distocia está documentada, aunque con capacidad predictiva modesta. El metaanálisis de Dujardin et al. concluyó que la talla materna es un factor de riesgo de distocia, pero con escaso valor predictivo cuando se usa sola (5). En Kinshasa, Liselele et al. evaluaron la talla y la pelvimetría externa en nulíparas como predictores de desproporción cefalopélvica (6). Toh-Adam et al. hallaron que la talla baja es un factor de riesgo independiente de desproporción en una población tailandesa de estatura reducida (7).

En estudios poblacionales, la asociación también se observa con la cesárea. En Suecia, Mogren et al. describieron un mayor riesgo de cesárea en las mujeres más bajas (8). En Guatemala, Roldán et al. analizaron 12 426 nacimientos y encontraron que las madres de menos de 1,45 m tuvieron una razón de prevalencias ajustada de cesárea de 1,63 frente a las de 1,70 m o más (9). Ante la falta de datos locales,

el presente trabajo se propuso analizar la asociación entre la talla materna menor de 1,60 m y el tipo de parto en gestantes atendidas en un hospital de segundo nivel.

MÉTODO

Se desarrolló un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo, cuya presentación tomó como orientación la declaración STROBE (10). La fuente fueron las historias clínicas de gestantes cuyo parto se atendió en un hospital de segundo nivel entre enero y diciembre de 2024.

Se incluyeron mujeres de 18 a 40 años con embarazo único a término y talla registrada en la historia clínica. Se excluyeron los embarazos múltiples, las malformaciones fetales diagnosticadas, las enfermedades crónicas maternas no controladas y los registros incompletos. Mediante muestreo no probabilístico por conveniencia se conformaron dos grupos de 100 gestantes: talla menor de 1,60 m y talla de 1,60 m o más.

La variable de resultado fue el tipo de parto, clasificado en eutócico, distócico y cesárea. Se definió como parto no eutócico la suma de las dos últimas categorías. En el grupo de talla baja se registró además la causa de la distocia. Los datos se recogieron en una ficha estructurada, se transcribieron a Microsoft Excel 2019 y se procesaron en IBM SPSS Statistics 26.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado de Pearson para la tabla de contingencia global y para cada desenlace dicotómico, y se calcularon odds ratio (OR) con intervalos de confianza del 95 % (IC 95 %). Se consideró significativo un valor de p menor de 0,05.

RESULTADOS

Se analizaron 200 gestantes, 100 en cada grupo de talla. La distribución del tipo de parto difirió entre los grupos (χ^2 = 8,14; gl = 2; p = 0,017). El parto eutócico fue menos frecuente en las mujeres de talla baja (45 % frente a 65 %).

Tabla 1. *Tipo de parto según talla materna.*

Tipo de parto	Talla <1,60 m, n (%)	Talla ≥1,60 m, n (%)	OR (IC 95 %)	p
Eutócico	45 (45)	65 (65)	—	—
Distócico	30 (30)	20 (20)	1,71 (0,89–3,29)*	0,103
Cesárea	25 (25)	15 (15)	1,89 (0,93–3,85)*	0,077
No eutócico (distócico + cesárea)	55 (55)	35 (35)	2,27 (1,28–4,01)	0,005
Total	100 (100)	100 (100)		

*Cada categoría comparada frente al resto de los partos.

Por separado, el parto distócico y la cesárea fueron más frecuentes en el grupo de talla baja, pero sin alcanzar significación estadística. Solo el desenlace combinado mostró una asociación significativa: las gestantes de talla baja presentaron mayores odds de parto no eutócico (OR: 2,27).

Entre las 30 distocias del grupo de talla baja, la causa más frecuente fue la desproporción cefalopélvica (12; 40 %). Le siguieron el trabajo de parto prolongado (10; 33 %), la dinámica uterina ineficaz (5; 17 %) y las presentaciones anómalas (3; 10 %). Las causas no se registraron en el grupo de talla normal, por lo que no pueden compararse.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que la talla menor de 1,60 m se asoció con una menor probabilidad de parto eutócico, en la misma dirección que la literatura (5-9). Cabe destacar, sin embargo, que la magnitud observada es moderada. Ni el parto distócico ni la cesárea, considerados por separado, alcanzaron significación,

probablemente por el tamaño de la muestra. Esto concuerda con el metaanálisis de Dujardin et al., según el cual la talla, por sí sola, predice mal la distocia (5).

El predominio de la desproporción cefalopélvica entre las causas de distocia es coherente con el mecanismo propuesto: una pelvis de menores dimensiones dificulta el encajamiento y el descenso fetal (6,7). No obstante, sin datos del grupo de talla normal no es posible afirmar que esta causa sea propia de la talla baja. Además, el diagnóstico de desproporción suele establecerse tras una detención del trabajo de parto, y su definición depende de criterios de progresión que han cambiado con el tiempo (1,11).

La talla materna no actúa de forma aislada. En el estudio de casos y controles de Romero Gutiérrez et al., el parto distócico se asoció con la edad materna, la talla, el peso del recién nacido, la paridad y la duración del trabajo de parto (12). En Guatemala, la asociación entre talla y cesárea desapareció al ajustar por cesárea previa (9). la nuliparidad, el índice de masa corporal y el peso fetal pueden confundir la relación, y el presente análisis bivariado no permite considerar la talla un factor independiente.

El contexto también cuenta. La frecuencia de cesárea sigue aumentando en América Latina (13), y la decisión de operar no depende solo de la anatomía materna. Por ello, la talla debe entenderse como un indicador de alerta que, combinado con la estimación del peso fetal y la vigilancia del progreso del parto, orienta la derivación oportuna (2,14). Los modelos que combinan varias medidas antropométricas han mostrado mejor capacidad diagnóstica que la talla aislada (6,14).

Entre las limitaciones figuran el muestreo por conveniencia con grupos de igual tamaño, que impide estimar incidencias; el diseño retrospectivo, que depende de la calidad de los registros; el análisis de un solo hospital; y la ausencia de ajuste por variables de confusión. Tampoco se evaluaron desenlaces neonatales. La revisión

de Han et al. encontró una asociación no ajustada entre talla baja, parto pretérmino y bajo peso al nacer, lo que respalda incluir estos desenlaces en futuros estudios (15).

CONCLUSIÓN

las gestantes con talla menor de 1,60 m tuvieron una menor probabilidad de parto eutócico que las de mayor estatura. Por separado, las diferencias en parto distócico y cesárea no fueron estadísticamente significativas. La desproporción cefalopélvica fue la principal causa de distocia en las mujeres de talla baja, aunque sin grupo de comparación. la talla materna puede integrarse en la valoración prenatal como un indicador de alerta, no como un predictor aislado, y se necesitan estudios con muestreo probabilístico, ajuste multivariado y seguimiento neonatal.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2014;210(3):179-93. doi:10.1016/j.ajog.2014.01.026
2. Neilson JP, Lavender T, Quenby S, Wray S. Obstructed labour. Br Med Bull. 2003;67:191-204. doi:10.1093/bmb/ldg018
3. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet. 2013;382(9890):427-51. doi:10.1016/S0140-6736(13)60937-X
4. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). A century of trends in adult human height. eLife. 2016;5:e13410. doi:10.7554/eLife.13410
5. Dujardin B, Van Cutsem R, Lambrechts T. The value of maternal height as a risk factor of dystocia: a meta-analysis. Trop Med Int Health. 1996;1(4):510-21. doi:10.1046/j.1365-3156.1996.d01-83.x
6. Liselele HB, Boulvain M, Tshibangu KC, Meuris S. Maternal height and external pelvimetry to predict cephalopelvic disproportion in nulliparous African women: a cohort study. BJOG. 2000;107(8):947-52. doi:10.1111/j.1471-0528.2000.tb10394.x

7. Toh-Adam R, Srisupundit K, Tongsong T. Short stature as an independent risk factor for cephalopelvic disproportion in a country of relatively small-sized mothers. Arch Gynecol Obstet. 2012;285(6):1513-6. doi:10.1007/s00404-011-2168-3
8. Mogren I, Lindqvist M, Petersson K, Nilses C, Small R, Granåsen G, et al. Maternal height and risk of caesarean section in singleton births in Sweden: a population-based study using data from the Swedish Pregnancy Register 2011 to 2016. PLoS One. 2018;13(5):e0198124. doi:10.1371/journal.pone.0198124
9. Roldán E, Grajeda LM, Pérez W. Maternal height associated with cesarean section. A cross-sectional study using the 2014-2015 national maternal-child health survey in Guatemala. Int J Equity Health. 2020;19(1):95. doi:10.1186/s12939-020-01182-8
10. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Lancet. 2007;370(9596):1453-7. doi:10.1016/S0140-6736(07)61602-X
11. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 2010;116(6):1281-7. doi:10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e
12. Romero Gutiérrez G, Ríos López JC, Cortés Salim P, Ponce Ponce de León AL. Factores de riesgo asociados con el parto distócico. Ginecol Obstet Mex. 2007;75(9):533-8.
13. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. BMJ Glob Health. 2021;6(6):e005671. doi:10.1136/bmjgh-2021-005671
14. Benjamin SJ, Daniel AB, Kamath A, Ramkumar V. Anthropometric measurements as predictors of cephalopelvic disproportion: can the diagnostic accuracy be improved? Acta Obstet Gynecol Scand. 2012;91(1):122-7. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01267.x
15. Han Z, Lutsiv O, Mulla S, McDonald SD; Knowledge Synthesis Group. Maternal height and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses. J Obstet Gynaecol Can. 2012;34(8):721-46. doi:10.1016/S1701-2163(16)35337-3

Derechos de autor: 2026. Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/