



UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP

FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

FACTORES MATERNOS, FETALES Y SOCIOCULTURALES

ASOCIADOS AL PARTO DISTÓCICO EN GESTANTES

ATENDIDAS EN HOSPITAL DE HUAYCAN - 2017.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN

OBSTETRICIA

AUTORES:

Bach. LEON MORETO, ELKE LUCILA

Bach. TORRES LINARES, FRIZSIA ROMINA

LIMA – PERU

2018

ASESOR DE TESIS



Dr. WALTER GOMEZ GONZALES

JURADO EXAMINADOR

Dra. MARCELA ROSALINA BARRETO MUNIVE
Presidente

MG. FELIX DASIO AYALA PERALTA
Secretario

MG. VARGAS GRANADOS LUZMILA
Vocal

DEDICATORIA

A nuestros padres, quienes son nuestra inspiración, por su amor incondicional y que depositaron siempre su esperanza en nosotras. Y a los que nos apoyaron para escribir y concluir este proyecto.

AGRADECIMIENTO

A Dios por cuidarnos y siempre bendecirnos. A nuestras familias por el apoyo incondicional, gracias a ellos somos lo que somos y quien seremos. A las obstetras del Hospital Militar Central por los conocimientos brindados y por su ayuda constante de ser mejores profesionales día a día. A la obstetra Mercedes Mendoza por sus enseñanzas incansables.

A nuestro asesor de tesis Dr. Walter Gómez Gonzales por su esfuerzo y dedicación, conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado el éxito deseado en culminar con nuestro proyecto.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Nosotras, Elke León Moreto con DNI 47156926 y Romina Torres Linares, con DNI 73213112, egresadas de la carrera de obstetricia, de la Facultad de Salud y Nutrición de la Universidad Privada Telesup, con la tesis titulada “Factores maternos, fetales y socioculturales en gestantes atendidas en el hospital de Huaycán en el año 2017”, para optar el título profesional de licenciadas en obstetricia, declaramos bajo juramento que:

1. La tesis es de nuestra autoría.
2. Hemos respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por lo tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta, de fraude, plagio, auto plagio, asumimos las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la universidad Privada Telesup.

Elke Lucila León Moreto

DNI: 47156926

Frizsia Romina Torres Linares

DNI: 73213112

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital de Huaycán, 2017.

Materiales y métodos: se realizó un estudio de casos y controles, de corte transversal, retrospectiva y observacional. Con una muestra compuesta por 208 casos y 208 controles. Teniendo como fuente las historias clínicas, fichas de recolección de datos valida y confiable. Realizando la transcripción de datos a una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013. Posteriormente se realizó el orden y tabulación para luego analizar los resultados mediante el programa SPSS versión 23. Obteniendo la frecuencia de los factores y su asociación y grado de significancia para el parto distócico, se aplicó la base de cálculo del Odds ratio, valor $p < 0,005$ e intervalos de confianza el 95%.

Resultados: Los factores maternos, asociados al parto distócico fueron: desproporción céfalo pélvica (OR: 3,16 y $p < 0,000$), anomalías de la contracción (OR: 2,34 y $p < 0,000$), distocias de partes blandas (OR: 2,23 y $p < 0,000$), IMC (OR: 2,28 y $p < 0,002$). Factores fetales asociados al parto distócico fueron: Macrosomía (OR: 3,42 y $p < 0,001$), factores socioculturales asociados al parto distócico fueron: nivel de educación universitaria (OR: 2,47 y $p < 0,33^*$), procedencia H.H (OR: 2,19 y $p < 0,000^*$), procedencia del P.S.F. (OR: 3,15 y $p < 0,005^*$), procedencia del H.S.H.Z. (OR: 2,71 y $p < 0,0001^*$).

Conclusiones: la desproporción céfalo pélvica, anomalías de la contracción, distocias de partes blandas, IMC, Macrosomía, nivel de educación universitaria, procedencia Hospital de Huaycan, procedencia Puesto de salud Fraternidad y procedencia del Puesto de salud Horacio Zevallos. presentan una fuerte asociación estadística significativa al parto distócico.

Palabras claves. Factores maternos, fetales y socioculturales, asociados, parto distócico.

ABSTRACT

Objective: To identify the maternal, fetal and sociocultural factors associated with dystocic birth in pregnant women attended at Huaycán Hospital, 2017.

Materials and métodos: a cross-sectional, retrospective and observational case-control study was carried out. With a sample composed of 208 cases and 208 controls. Having as a source the medical records valid and reliable data collection card. Performing the transcription of data to a spreadsheet of Microsoft Excel 2013. Afterwards the order and tabulation was made and then the results were analyzed through the SPSS program version 23. Obtaining the frequency of the factors and their association and degree of significance for the birth dystocic, the Odds Ratio calculation basis was applied, p value <0.005 and 95% confidence intervals.

RESULTS: The maternal factors associated with dystocic delivery were: cephalopelvic disproportion (OR: 3.16 and p <0.000), contraction abnormalities (OR: 2.34 and p <0.000), soft tissue distortion (OR: 2, 23 and p <0.000), BMI (OR: 2.28 and p <0.002). Fetal factors associated with dystocic delivery were: Macrosomia (OR: 3.42 and p <0.001), sociocultural factors associated with dystocic delivery were: level of university education (OR: 2.47 and p <0.33 *), provenance HH (OR : 2.19 yp <0.000 *), origin of the PSF (OR: 3.15 and p <0.005 *), provenance of H.S.H.Z. (OR: 2.71 and p <0.0001 *).

Conclusions: the cephalic pelvic disproportion, contraction anomalies, soft tissue distocias, BMI, Macrosomia, university education level, Huaycan Hospital origin, health post Fraternity and origin of the health post Horacio Zevallos. present a strong statistically significant association to dystocic birth.

Keywords. Maternal, fetal and sociocultural factors, associated, dystocic birth.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
ASESOR DE TESIS.....	ii
JURADO EXAMINADOR	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	xii
INTRODUCCION.....	xiii
I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.1.Planteamiento del problema.....	15
1.2.Formulación del problema.....	17
1.2.1. Problema general.....	17
1.2.2. Problemas específicos.....	17
1.3.Justificación y aportes.....	18
1.3.1. Justificación teórica.....	18
1.3.2. Justificación práctica / social.....	18
1.3.3. Justificación metodológica	18
1.4.Objetivos de la investigación	19
1.4.1. Objetivo general	19
1.4.2. Objetivos específicos	19
II. MARCO TEÓRICO	20
2.1.Antecedentes nacionales.....	20
2.2.Antecedentes internacionales	23
2.3.Bases teóricas	26
2.3.1 Definición de distocias y eutocias	26
2.3.2. Parto distócico.....	27
2.3.3. Factores asociados al parto distócico	29
2.3.3.1 Factores por distocia materna.....	29

2.3.3.2	Factor por distocia fetal.....	41
2.3.3.3	Factor sociocultural	46
2.4.	Definición de términos básicos.....	48
III.	MÉTODOS Y MATERIALES.....	49
3.1.	Hipótesis de investigación	49
3.1.1.	Hipótesis Alternativa (HA)	49
3.1.2.	Hipótesis Nula (HO)	49
3.2.	Variables	49
3.2.1.	Variable dependiente	49
3.2.2.	Variable independiente	49
3.3.	Diseño de la investigación	49
3.3.1.	Criterios de inclusión y exclusión	50
3.4.	Población y Muestra	51
3.4.1.	Población	51
3.4.2.	Muestra	51
3.5.	Técnica e instrumento de recolección de datos	52
3.6.	Métodos de análisis de datos	53
3.7.	Propuesta de valor	53
3.8.	Aspectos éticos	53
IV.	RESULTADOS.....	55
V.	DISCUSION.....	63
VI.	CONCLUSIONES.....	66
VII.	RECOMENDACIONES.....	67
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	68
	ANEXOS.....	72
	ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	72
	ANEXO 2. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN.....	73
	ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	74
	ANEXO 4. SOLICITUD PARA VALIDEZ DE INSTRUMENTO.....	75
	ANEXO 5. VALIDEZ DE INSTRUMENTO.....	76
	ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	84

ANEXO 7. CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS.....	85
ANEXO 8. AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO.....	86
ANEXO 9. PROVEIDO DE INVESTIGACIÓN.....	87
ANEXO 10. SOLICITUD PARA REVISION DE HISTORIAS CLÍNICAS.....	88
ANEXO 11. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Factores maternos asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital Huaycán – 2017</i>	55
Tabla 2. <i>Factores fetales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital Huaycán – 2017</i>	57
Tabla 3. <i>Factores socioculturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital Huaycán – 2017</i>	59
Tabla 4. <i>Factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital Huaycán – 2017</i>	61

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo identificar los factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto distócico de gestantes atendidas en el Hospital de Huaycán, lo que es de importancia debido a que el parto distócico es un problema a nivel mundial.

La labor de parto y el parto mismo son procesos biológicos para el nacimiento del bebe, aunque se trata de un acto anatómico, durante el año 2015 se calculó 303000, muertes de mujeres, durante el embarazo parto y puerperio. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos. A menudo aparecen problemas de parto distócico, que incrementan la morbimortalidad materna y perinatal; La Organización Mundial de Salud (OMS) ha estimado que al día mueren en el mundo 830 mujeres por complicaciones asociadas al parto distócico. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos. En Latinoamérica casi la mitad de los partos en México, República Dominicana, Brasil, Chile y Colombia las distocias, más alta en el mundo. Entre 1990 y 2014 las distocias subieron de 23 % a 42 %. Para la OMS este procedimiento solo justifica entre 10 % y 15% por los motivos de las distocias relacionadas al parto.

En el Hospital de Huaycan, no se ha realizado aún investigaciones sobre los factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto distócico, es por eso que resulta imprescindible incidir en los factores para contribuir con nuevos conocimientos hacia los profesionales de la salud y con esto puedan actuar de forma preventiva-promocional incidiendo en aquellos factores que puedan modificarse y así se pueda disminuir los partos distócicos.

El capítulo I muestra, el planteamiento del problema, formulación, problemas general y específicos, a su vez muestra la justificación y los objetivos de este estudio.

El capítulo II, muestra los antecedentes de este problema de investigación, bases teóricas y la definición de términos básicos.

El capítulo III muestra las hipótesis, variables, diseño, población y muestra, la técnica e instrumento de recolección de datos, el método de análisis, propuesta de valor y los aspectos éticos sobre los que se realizó el presente estudio.

El capítulo IV, V, VI y VII muestra los resultados, discusión, conclusiones y recomendación respectivamente.

I. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Planteamiento del problema.

No todos los partos suceden de manera normal y armoniosa, dentro del trabajo de parto ocurre un sinfín de factores que pueden complicar el desarrollo normal de este y traer consecuencias tanto para la madre y para el feto. Fesina, R. (2016).

El término distocia significa trabajo de parto difícil y se caracteriza por el entorpecimiento del trabajo de parto. Se origina de cuatro alteraciones aisladas o combinadas. Algunas veces las fuerzas de expulsión son anormales. Por ejemplo, las contracciones uterinas presentan insuficiente intensidad o coordinación como para borrar y dilatar el cuello uterino (disfunción uterina); o bien el esfuerzo de los músculos voluntarios maternos se encuentran enardecidos durante la segunda fase del trabajo de parto y en otras ocasiones puede haber anomalías fetales de la presentación, la posición o el desarrollo que debilita la velocidad del trabajo de parto. También las anomalías de la pelvis ósea materna crean una pelvis estrecha. Por último, se pueden formar alteraciones de los tejidos blandos del aparato reproductor que obstaculizan el descenso fetal. Todas estas complicaciones en el trabajo de parto traen consigo muertes maternas y neonatales. Williams, O. (2016).

Las distocias pueden producirse durante la gestación causada por una patología materna como preeclampsia, ruptura prematura de membranas (RPM) o un parto pre término; con motivo de una gestación múltiple; por una situación anormal del feto como son la transversa y la podálica; por un embarazo con el antecedente de una o varias cesáreas previas. Durante el parto dando lugar a un parto distócico, bien durante el periodo de dilatación como son las ocasionadas por una actividad anormal de la actividad contráctil del monitoreo, anomalías anatómicas del canal óseo o del canal blando, o también durante el periodo expulsivo con un tiempo prolongado del mismo, causado por problemas de rotación de la presentación o dificultades en la salida de los hombros y pérdida del bienestar fetal.

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes menores de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son las causas principales de muerte en las adolescentes. Las mujeres de los países en desarrollo, tienen más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte materna. La probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa materna es de 1 en 4900, en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo. En los países clasificados como estados frágiles el riesgo es de 1 por 54, lo cual demuestra las consecuencias del estropeado sistema de salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cada día mueren en el mundo 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o parto. En el 2015, se encontraron unas 303,000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. OMS, (2016).

En Latinoamérica casi la mitad de los partos en México, República Dominicana, Brasil, Chile y Colombia se realiza bajo la técnica de cesárea esto por las distocias en el parto, colocando a Latinoamérica como la región con la tasa más alta del mundo. Entre 1990 y 2014 la tasa de las cesáreas subió de 23 % a 42 %. Para la OMS este procedimiento solo justifica entre 10 % y 15% por los motivos de las distocias relacionadas al parto. Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan. OMS, FNUAP, UNICEF, (2015).

En el Perú; según el Ministerio de Salud; cada día dos mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, 856 mujeres sufren complicaciones del embarazo. La mortalidad materna es uno de los indicadores

que, en las últimas décadas se redujo de 400 a 185 x 100,000 nacidos vivos en el país. A pesar de ello es una de las más altas de América Latina. INEI, ENDES (2016). El Parto Obstruido ocupa el 1% de las muertes maternas junto con la hemorragia hipertensión y TBC y si bien recordamos el parto obstruido ocupa parte de la complicación en el trabajo de parto por tal motivo es necesario y fundamental el estudio de este, así mismo, existen gran diferencia entre el número de muertes que ocurren en el ámbito urbano (203) casos y el ámbito rural (448) casos; hay una inversión en comparación a la proporción entre las poblaciones urbana y rural. Durante el año 2016 se registraron un total de 612 muertes maternas. MINISTERIO DE SALUD, (2015). La probabilidad de morir por causas maternas es dos veces mayor para las mujeres del área rural en comparación con las mujeres del área urbana. Un tiempo prolongado del mismo, causado por problemas de rotación de la presentación o dificultades en la salida de los hombros y pérdida del bienestar fetal.

En el Hospital de Huaycán durante el año 2017 se atendieron un total de 1926 partos de los cuales 553 fueron distócicos, y no habiéndose encontrado estudios relacionados a la distocia del parto en dicho hospital; se vio la necesidad de realizar la investigación para determinar los factores maternos, fetales y Socio – Culturales asociados al parto distócico en el hospital de Huaycan 2017.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema general.

¿Cuáles son los factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital de Huaycan durante el año 2017?

1.2.2 Problemas específicos.

¿Cuáles son los factores maternos asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital Huaycan durante el año 2017?

¿Cuáles son los factores fetales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital Huaycan durante el año 2017?

¿Cuáles son los factores socioculturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital Huaycan en el año 2017?

1.3 Justificación y aportes.

1.3.1 Justificación teórica.

La distocia de parto es la complicación o la anormalidad que se presenta durante el trabajo de parto. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o parto. En Latinoamérica casi la mitad de los partos en México, República Dominicana, Brasil, Chile y Colombia se realiza bajo la técnica de cesárea esto por las distocias en el parto, colocando a Latinoamérica como la región con la tasa más alta del mundo. Estas complicaciones en el Perú forman parte de un problema que viene en aumento, ya que la cifra de la mortalidad materna producto de una complicación se está elevando y así mismo las cifras de cesáreas muestran un incremento en el último año de investigación.

1.3.2. Justificación practica / social.

Esta investigación se realizó con la finalidad de identificar el motivo y los factores que están asociados a la distocia del parto para así evitar El incremento en las cifras mencionadas, así mismo la investigación tiene como objetivo dar a conocer dichos factores para los próximos estudios; y con esto mejorar la calidad de atención durante el parto.

1.3.3 Justificación metodológica.

En el hospital de Huaycán no existen estudios asociados a la distocia de parto, pero sin embargo existen más de 530 partos distócicos atendidos durante el

año 2017; por tal motivo, se desarrolló como instrumento la recolección y ficha de datos para contar con una muestra que contenga los factores maternos, socios culturales y fetales y con esto dar a conocer las cifras que muestran la realidad en el hospital de Huaycán.

El presente estudio se realizó con el fin de contribuir con la población de Huaycán, cuando se tenga las cifras exactas de los factores que están asociados al parto distócico, se puede evitar así que siga en aumento estos partos. Por tal motivo el Estudio realizado fue con la autorización de los mismos pacientes que se contaran como muestra y la coordinación del área de investigación del hospital de Huaycán.

1.4 Objetivos de la investigación.

1.4.1. Objetivo general.

Identificar los factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital de Huaycán - 2017.

1.2.3. Objetivos específicos.

Identificar los factores maternos asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital de Huaycán - 2017.

Identificar los factores fetales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital de Huaycán - 2017.

Identificar los factores socioculturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital de Huaycan - 2017.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes nacionales.

Díaz C, (2015). En Lima - Perú efectuó un estudio sobre: “Factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto en el hospital Víctor ramos guardia Huaraz”, siendo el objetivo del estudio determinar los factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto, en gestantes que acuden a la atención del parto en el Hospital “Víctor Ramos Guardia Huaraz 2015. El estudio de este trabajo fue no experimental, retrospectivo y de corte transversal. La muestra final fue de 132 casos de parto distócico, en donde utilizaron como instrumento las historias clínicas, ficha de datos validada y confiable, más un análisis estadístico descriptivo e inferencial, y el paquete estadístico SPSS for Windows v. 22.0. En los resultados se dieron a conocer los siguientes factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto: Factores como: Peso pre gestacional < 45 kg (OR: 2.94, 1.47 - 5.84), la talla <1.45 m, (OR: 15.27, 5.76-40.45) el IMC inadecuado (OR: 3.5, 2.5-1. Lo que se concluyó de esta investigación es que existen factores de riesgo asociados a la preconcepción, como (talla < 1.45 cm, peso < 45kg, IMC inadecuado, periodo intergenésico inadecuado), ante parto (EG pretermito, anemia, resultado ecográfico anormal, oligohidramnios y RCIU), intraparto, estimulación, acentuación, preclampsia severa y relacionados con el producto: BPN y/o macrosomico y peso pequeño o grande para la edad gestacional.

Córdova Z, (2015). En Ica - Perú desarrollo un estudio sobre: “Factores de riesgo obstétrico y su relación con el incremento de parto distócico de gestantes atendidas en el hospital san José de chincha de julio a diciembre del 2014”. El objetivo de la investigación fue, determinar la relación que existe entre los factores de riesgo obstétricos y el incremento de partos distócicos. Utilizaron un diseño de investigación correlacionar retrospectivo y la muestra estuvo conformada por 199 pacientes, Contaron con un instrumento en base a historias clínicas, ficha de datos. Los resultados obtenidos fueron: Cesáreas anteriores 61.8%, sufrimiento fetal agudo 17.6%, preeclampsia 7%, ruptura prematura de membranas 4.0% y parto

pre término 3.0% que estos factores alteraron el desarrollo normal de parto culminando en parto por cesárea. Las edades de las gestantes que presentaron distocia oscilaron entre 20 – 29 años que corresponden a 52 % con diagnóstico Cesareada anterior, el grado académico de gestantes atendidas corresponde en su mayor porcentaje de nivel secundaria que es de 85%, en su mayoría son gestantes multigestas que corresponden a 58.8% pertenecen a un nivel de grado académico secundaria.

Tirado L, (2017). En Trujillo - Perú ejecuto un estudio sobre: “Gestante añosa como factor asociado a distocia de labor de parto en el hospital belén de Trujillo”. El objetivo de esta investigación fue determinar si el ser gestante añosa es factor asociado a distocia de labor de parto en el Hospital Belén de Trujillo. El estudio fue observacional, retrospectivo y analítico, elaborado con una muestra de 220 pacientes y el instrumento que utilizaron fue la captación de historias clínicas, hoja de recolección de datos con calculó odds ratio. El resultado demostró que gestantes añosas con distocia funcional con labor de parto es de 23% y gestantes añosas sin distocia funcional fue de 9%, El ser gestante añosa es factor asociado a distocia funcional de labor de parto con un odds ratio de 3.15 el cual fue significativo ($p < 0.05$). El promedio de edad materna fue significativamente mayor en las pacientes con distocia funcional de labor de parto respecto al grupo sin distocia. La investigación deduce que, el ser gestante añosa es factor asociado a distocia de labor de parto en el Hospital Belén de Trujillo.

Castro L, y Pacco Y, (2016). En Cuzco - Perú investigo “Los actores de riesgo asociados a distocias de trabajo de parto en gestantes atendidas en el hospital Antonio Lorena cuzco, 2016”. El finn de esta investigación fue establecer los factores de riesgo asociados a distocias del trabajo de parto en gestantes atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2016. Esta investigación fue te tipo correlacional, retrospectivo, de metodología cuantitativa, de corte transversal. Tipo de muestra todas las pacientes atendidas por distocia de trabajo de parto. Utilizaron las historias clínicas ficha de recolección de datos

Como instrumento. En los resultados se muestra los factores de riesgo a distocias de trabajo de parto con 52% perteneciente a pacientes menores de 19 años y de 35 años, dando un resultado estadístico OR =2.9973 con asociación positiva, de 23% como antecedente de cesarea, con resultado estadístico OR = 2.2188, la presencia de trabajo de parto por distocia es de 52% cuando la edad gestacional es menor a 37 semanas o mayor de 40 semanas, partos sin distocia 11% con resultado estadístico OR = 3.2787, por lo tanto la asociación es positiva, la anemia se presenta en 58% de las pacientes que presentaron distocia de trabajo de parto y en 13% de las pacientes que no tuvieron distocia de trabajo de parto, se tiene que según el resultado estadístico OR = 2.7654. La investigación concluyó que la distocia de trabajo de parto se presenta en un 51% cuando el inicio de trabajo de parto es inducido, caso contrario ocurre con las gestantes que no tuvieron distocia de trabajo de parto donde el 8% tuvo inicio de trabajo de parto inducido, se tiene que según el resultado estadístico OR = 2.0003 la asociación es positiva, es decir el inicio de trabajo de parto se asocia a la mayor presencia de distocia de trabajo de parto.

López J, (2016). En Lima – Perú investigo “Factores prenatales y su asociación con el parto distócico en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo enero – diciembre 2016.” El objetivo fue determinar la asociación existente entre número de controles prenatales y parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital Dos de Mayo del periodo Enero – Diciembre 2016. El estudio fue observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles. Utilizando una muestra de 200 gestantes. Resultados: fueron el estadístico OR para demostrar la existencia de riesgo entre ambas variables. De esa manera se empleó un OR obteniendo como resultado 12.55 (IC 95%: 6.359 y 24.789). El IC no abarca la unidad, lo cual, significa que la asociación existente es estadísticamente significativa y se traduce en que las gestantes con una cantidad inadecuada de controles prenatales (menor a 6) tienen 12.55 veces más probabilidades de presentar parto distócico. CONCLUSION: El autor concluye que existe asociación significativa entre el número de controles prenatales insuficientes y parto distócico.

2.2 Antecedentes internacionales.

Jaramillo D, y Jaramillo A, (2015), en Ecuador, realizaron un estudio sobre: “Parto distócico y factores relacionados en pacientes atendidas en el área de Gineco Obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso, enero del 2015 a julio del 2016, Cuenca Ecuador”, siendo el objetivo del estudio determinar la prevalencia de partos distócicos y los factores relacionados en las pacientes atendidas en el área de Gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. La metodología seguida fue de un estudio cuantitativo, analítico-transversal. La muestra considerada fue de 593 pacientes, el instrumento utilizado fue recolección de datos como historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados de parto distócico fue de 21,0% en 593 casos, en embarazo adolescente (OR=1,25; IC95%: 1,01-1,55; p=0,032); edad mayor a 35 años (OR=2,83; 2,01 - 3,97; p<0,001); nuliparidad (OR=1,60; IC95%: 1,33-1,92; p<0,001); gran múltiparas (OR=4,10; IC95%: 2,01-8,34: p<0,001); estrechez pélvica (OR=80,62; 25,16 - 258,28; p<0,001); presentación podálica (OR=17,98; IC 95%: 5,15 - 62,78; p<0,001); embarazo múltiple (OR=7,57; 1,38 - 41,47; p=0,006) e hipertensión gestacional (OR=1,70; IC95%: 1,28 - 2,25; p<0,001). La procedencia, embarazo pre-término, pos-término, peso al nacer y diabetes gestacional no se asociaron a la distocia. Los autores concluyen que la distocia es elevada, se encuentra asociada a factores maternos y fetales, que deben ser incluidos en las estrategias de manejo y prevención de la distocia.

Ceballos C, y Chamba B, (2013). En Guayaquil, Ecuador, efectuaron un estudio, sobre: “Identificación de factores de riesgo asociados con el parto distócico en el sub centro de salud número 10 de la parroquia Chongon de Guayaquil, desde el 1ero de junio 2012 al 30 de junio del 2013”. Siendo el objetivo de estudio de la investigación, prevenir las complicaciones que se presenten durante el trabajo de parto distócico que tienen las embarazadas que acuden a la consulta en el Sub centro de salud materno infantil número 10 de la parroquia Chongón, de la ciudad de Guayaquil. El estudio fue de tipo cuantitativo y retrospectivo. La muestra Los sujetos de estudio fueron mujeres embarazadas. Para obtener los datos en esta

investigación utilizaron la recolección de información a partir de las historias clínicas de pacientes que fueron atendidas en el centro de salud. Instrumento utilizado historias clínicas y cuestionario. Los resultados hallados fueron embarazo en menores de 20 años con presentación de partos distócicos; con un peso materno inferior a 54 Kg y talla de 149 cm; el número de consultas prenatales son factores de riesgo para la presentación de parto distócico; las mujeres que al momento del parto no presentan ruptura prematura de membranas, tienen menos posibilidades de presentar parto distócico; Los antecedentes maternos de ITS, la condición de madre soltera, el tabaquismo, constituyen un factor de riesgo en la presentación de partos distócicos. Esta investigación concluye: que Acudir a las consultas prenatales de una manera constante, en la que el profesional realizara el control de peso y talla; cumplimiento de las indicaciones del profesional médico sobre el control de la alimentación durante la gestación, principalmente en mujeres de baja estatura; también cabe considerar en la historia clínica de la gestante los antecedentes gestacionales, paridad, y abortos como factores de riesgo.

López F, (2016). En Cuenca - Ecuador, elaboró un estudio sobre: "Prevalencia y factores de riesgo asociados a distocias, en pacientes atendidas en el hospital Aida León De Rodríguez Lara, desde noviembre el 2016 a mayo del 2017". El objetivo de estudio fue determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados de distocias en gestantes del Hospital Aida León de Girón, noviembre 2016 - mayo 2017. El estudio fue de tipo cuali-cuantitativo, analítico-transversal, de prevalencia y factores asociados, con una muestra de 191 pacientes gestantes que concurrieron a la atención del parto. El instrumento fue SPSS v19.0, historias clínicas, también las variables cuantitativas y cualitativas categorizadas, mostradas a través de frecuencias y porcentajes como oddr ratio y Chi cuadrado. Los Resultados: Fueron la edad promedio de las pacientes fue de $25,16 \pm 6,57$ años, predominando las de 20 a 35 años, el 46,5% tiene primaria terminada. Predominan las casadas y en zonas rurales. La prevalencia de distocia fue de 37,2%. No recibir consejería preparto, y la distancia entre las gestas fueron los factores de riesgo estadísticamente significativos, gestantes con más riesgo son aquellas con antecedentes y complicaciones de parto anterior, como multíparas gestantes con

poco control prenatal. El autor concluye que, la prevalencia de distocias en la población estudiada fue alta, casi un 40% y los factores de riesgo principales son: no recibir consejería preparto, la distancia entre las gestas y los antecedentes de complicaciones de parto anteriores.

Carbro A, y Sancan J. (2016). En Portoviejo - Manabí Ecuador, realizó una investigación sobre: "Asfixia Neonatal como repercusión de Partos Distócicos en el Hospital Gustavo Domínguez Zambrano. El presente estudio fue determinar qué tipo de partos distócicos, como factor de riesgo obstétrico de mayor impacto, repercute directamente en asfixia neonatal. Metodología de estudio, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, muestra de estudio, 36 neonatos obtenidos por partos distócicos, el instrumento fue Mediante métodos empíricos a través de la recolección de datos en la cual se utilizó una ficha de 7 preguntas sobre los criterios de asfixia, resultados acerca de la investigación, se puede evidenciar según datos de la historia clínica, que un (39%) presentan asfixia leve, mientras que un (33%) de neonatos se mantuvieron con Apgar inferior a 3 al minuto 5 de vida, en el uso del pH de cordón bajo se halló $< 7,00$ siendo un parámetro importante para el diagnóstico de asfixia neonatal, en afectación de órganos por asfixia en gestantes ≥ 36 semanas, se encontró trastorno respiratorio (78%) con función renal anormal (70%), hipotensión, hipocalcemia, acidosis metabólica (23%), hipoglucemia (17%). En distocias de partos se halló 64% un 60% se atribuye a pelvis estrechas, un 40% por hipotonía uterina, en posición podálica representa un 61% y un 39% en presentación podálica, en distocias ovulare un 50% fue de circular doble, 25% fue desprendimiento placentario. Dicha investigación concluye que los neonatos que presentaron asfixia neonatal con valoración por el puntaje de Apgar fueron casi similares a los de depresión leve con los de depresión grave. No se encontró diagnóstico de pH de cordón umbilical, pero si se encuentra la presencia con mayor frecuencia la acidosis e independiente a este método la hipoglicemia, en partos distócicos como factor de riesgo para asfixia neonatal se determinó que la mayoría fueron de origen fetal y teniendo como característica predominante la existencia de partos expulsivos en presentación podálica. En relación a los anexos ovulares como

causa, se presentó la doble circular de cordón, entre los partos distócicos de origen materno predominó como causa la estrechez pélvica.

Midwifery Res, (2014). En Estados Unidos. Investigó sobre la: "Exactitud diagnóstica de las mediciones antropométricas de la madre como predictores de distocia en mujeres nulíparas". Realizaron un estudio de tipo transversal y analítico sobre los datos recopilados de 32 pacientes operados entre 152 nulíparas con embarazo único a término y presentación en el vértice. Los parámetros antropométricos concernidos fueron altura, peso y seis distancias pélvicas. Se usaron las pruebas exactas de Fisher y Student para comparar las proporciones observadas y los valores medios, respectivamente. Los resultados observados indicaron que la pelvis generalmente contraída (28,1%) y la falla de compromiso (25%) fueron las indicaciones más frecuentes de cesárea; todos los pacientes \leq 145 cm de altura fueron operados para la contracción general de la pelvis, cuya proporción fue significativamente mayor en ellos que en los demás ($p < 0,01$); más de la mitad de los casos de contracción de la pelvis se observaron en pacientes que pesan \leq 50 kg, pero la diferencia con otras categorías de peso no fue significativa; consideraron los diámetros pélvicos externos pero el Diámetro biilíaco mostró medidas promedio más pequeñas en la pelvis clínicamente contraída que en otras indicaciones de CS. El autor concluye que La pelvimetría externa asociada con otros parámetros antropométricos específicos podría ser útil en el cribado de pelvis generalmente contraídas, y consecuentemente embarazos con alto riesgo de desproporción Céfalo Pélvica en mujeres nulíparas particularmente.

2.3 Bases teóricas.

2.3.1 Definición de distocias y eutocias

Parto eutócico: Es un parto que se desarrolla totalmente normal en el plano fisiológico, se caracteriza por el desencadenamiento espontáneo del trabajo de Parto entre las 37 y 42 semanas de gestación con un nacimiento en posición cefálica con un bebé y una madre que están bien después nacimiento.

Distocia es un palabra derivada del griego dystokia, de dystokos; de dýs, mal, y tokos, parto) que significa parto laborioso, difícil y doloroso; todas las causas que alteren el mecanismo normal del parto se engloban bajo este término. Fescina, R. (2016).

Estas complicaciones son más frecuentes en las mujeres nulíparas y se acompaña de una considerable morbimortalidad materna y perinatal como resultado de infecciones, ruptura uterina y partos operativos. Como resultado de la falta de consenso universal sobre qué define la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto, no se sabe exactamente cuál es su incidencia. Hay evidencia que sugiere que hasta un tercio de las primerizas presentan retraso de la primera etapa del trabajo de parto. Fescina, R. (2016).

2.3.2. Parto distócico

Son muchas las anomalías del trabajo de parto que interrumpen el avance ordenado del parto espontáneo. Distocia es el trabajo de parto complicado y se caracteriza por un lento trabajo de parto. Se origina de cuatro alteraciones aisladas o combinadas. En primer lugar, algunas veces las fuerzas de expulsión son anormales. Por ejemplo, las contracciones uterinas pueden padecer de suficiente intensidad o coordinación como para borrar y dilatar el cuello uterino (disfunción uterina); o bien los esfuerzos de los músculos voluntarios maternos se encuentran alterados durante la segunda fase del trabajo de parto. En segundo lugar, puede haber anomalías fetales de la presentación, la posición o el desarrollo que dificultan la velocidad del trabajo de parto. También las anomalías de la pelvis ósea materna crean una pelvis estrecha. Por último, se pueden formar alteraciones de los tejidos blandos del aparato reproductor que obstaculizan el descenso fetal. De manera más sencilla, estas anomalías se pueden clasificar desde el punto de vista mecánico en tres categorías que comprenden anomalías de la fuerza (contractilidad uterina y esfuerzo expulsivo materno); del producto (feto) y del conducto (pelvis).

Estas distocias son alteraciones o disturbios que se presentan en:

- Desproporción céfalo pélvica
- Distocia cervical
- Alteraciones en la contractilidad uterina
- Distocias por la disminución de la contractilidad uterina con triple gradiente descendente conservado.
- Distocias por aumento de la contractilidad con triple gradiente descendente conservado.
- Distocias por alteraciones de triple gradiente descendiente.
- Alteraciones en la presentación
- Presentaciones cefálicas de flexionadas
- Presentación de pelvis o podálica
- Presentación transversa. Williams, O (2015).

Según MINSA (2007). Propone los siguientes factores asociados al Parto Distócico:

- Obesidad
- Incompatibilidad céfalo pélvica
- Periodo Intergenesico
- Gestantes añosa > 35
- Gestante adolescente >15
- Distocia de Hombros
- Bajo desarrollo económico
- Prematuridad
- Presentación fetal
- Macrostomia
- Distocia por contractibilidad uterina
- Parto prolongado
- Distocia de partes blandas

2.3.3 Factores asociados al parto distócico

2.3.3.1 Factor por distocia materna

2.3.3.1.1 Incompatibilidad céfalo pélvica

Esta desproporción surge de una disminución de la capacidad pélvica, de una talla excesiva del feto o, más a menudo, de una combinación de ambas. Son aquellas que sobrevienen cuando la perturbación del mecanismo de parto se da por una modificación del tamaño, forma o inclinación de la pelvis ósea. También pueden ser asociadas por las partes blandas del canal (distocias de las partes blandas). Se tendrá presente que la relación pélvico- fetal discordante o, mejor, la desproporción pélvico-Cefálica. Causada por una actitud viciosa del móvil fetal o su tamaño inadecuado puede convertir en una pelvis normal en una de estrechez relativa con respecto a un feto voluminoso. Fesina, R. (2016).

a) Modificaciones del tamaño de la pelvis:

La pelvis puede estar agrandada o estrechada. Si bien una pelvis agrandada globalmente puede ser origen de distocias por rotación anormal de la presentación o actitudes anómalas, es la estrechez de canal de parto la que se ha transformado casi en un sinónimo de distocia ósea.

b) Modificaciones de la forma de la pelvis.

La forma de la pelvis se debe a la armonía de los diámetros que se estudian en cada de las partes o sectores en que se divide el canal de parto, ósea, estrecho superior, excavación y estrecho inferior. La alteración de la longitud de dichos diámetros acarrearía distintos tipos de deformación ósea pelviana. Desde el punto de vista disfuncional se considera que son tres las circunstancias por las que puede pasar el móvil fetal al encontrarse ante una deformación ósea que dificulte su progresión por el canal de parto.

- La dificultad se halla al principio del canal y superada ésta, el mecanismo de parto se cumplirá sin problemas
- La dificultad se encuentra en todo el trayecto del canal de parto.
- Dicha dificultad pélvica es progresivamente mayor a medida que el móvil avanza por el canal. Fesina, R. (2016).

Deformaciones Simétricas

c) Deformaciones del estrecho Superior:

Pelvis Plana Pura: La disminución del diámetro anteroposterior, acerca el pubis al promontorio, mientras que el diámetro transversal permanece igual o está aumentado. El arco anterior se encuentra aplanado, corresponde a una circunferencia cuyo diámetro mide más de 7cm. esto corresponde a las pelvis platipeloides. Y su frecuencia es de 60% entre las estrecheces pelvianas.

Pelvis Generalmente Estrechada: Se caracteriza por una disminución armónica de todos los diámetros, se trata de una verdadera pelvis en miniatura, perteneciente por lo regular a mujeres de baja estatura y escaso desarrollo esquelético, aunque también puede encontrarse en mujeres bien desarrolladas de tipo varonil, portadoras de pelvis pequeñas pero altas. A semejanza de las pelvis masculinas corresponde a las pelvis andróides y tiene una frecuencia del 10% entre las estrecheces pélvicas.

Pelvis transversalmente estrechada: El plano del estrecho superior es oval en el sentido anteroposterior por disminución del diámetro transversal útil y predominio del conjugado obstétrico. La presentación no suele encontrar dificultades hasta llegar al plano mesopélvico en el que el acercamiento de las paredes laterales de la excavación disminuye el diámetro transversal del estrecho medio, ósea el bicipítico. Su frecuencia es clásicamente del 2% pero estudios

radiológicos revelan que se encuentra en un 25% de las estrecheces pelvianas. (Pelvis antropoide) Fesina, R. (2016).

Pelvis Plana y Generalmente Estrechada: En las pelvis planas, cuando las medidas del diámetro promonto pubiano mínimo está por debajo de 8.5cm, se acompaña de la reducción de todos los otros diámetros. Por eso es generalmente estrechada y además plana por deformación del arco anterior, y se comporta como una pelvis canaliculada, es la pelvis de las enanas acondroplastias su frecuencia es de 5%. Fesina, R. (2016).

d) Deformaciones del Estrecho Inferior.

Por alteración del triángulo anterior. Ya se ha visto su alteración funcional por la disminución del diámetro bisquiático y de la ojiva sub pubiana en las pelvis transversalmente estrechadas. Un diámetro bisquiático menor de 7.5cm vuelve no viable la pelvis.

- Por alteración del triángulo posterior del estrecho inferior
- Por fractura de ángulo recto (coxis en anzuelo)
- Por proyección hacia arriba y delante de la punta del sacro. Fesina, R. (2016).

e) Deformaciones Asimétricas:

Denominadas también pelvis oblicuas, tienen una frecuencia de 6% presentan un diámetro corto y otro largo; se considera que un pelvis es oblicuo cuando hay una diferencia de más de un centímetro entre ambos diámetros. Esta simetría deforma la pelvis mayor o menor grado. El arco anterior del estrecho superior tiene aplanada la rama horizontal del pubis, de donde parte el oblicuo corto, y la sínfisis pubiana se halla lateralizada fuera de la línea media, hacia el lado

contrario. La cara anterior del sacro mira hacia el lado deformado del arco anterior, de modo que el seno sacro iliaco comprendido entre el lado hacia el cual a rotado el sacro y la rama subpubiana enderezada es más profunda pero menos amplio que el de la hemipelvis contraria, ya que la distancia sacrotiloidea, que normalmente mide 9 cm, esta disminuida. Fesina, R. (2016).

2.3.3.1.2 Período Intergenésico.

Es el lapso de tiempo entre la finalización del embarazo y la concepción del siguiente. Un adecuado periodo Intergenesico es un factor positivo para la salud de la madre y el feto. La organización Mundial de la Salud ha establecido como correcto, un periodo Intergenesico de al menos 24 meses.

Asimismo, se ha catalogado como intervalos cortos a aquellos cuya duración es menor a dos años, e intervalos largos a aquellos que sobrepasan los 24 meses indicado por la OMS.

Según la Revista de Ciencias de la Salud del 2016 volumen 3 indica que, Aunque el periodo Intergenesico corto no es una patología, representa un problema de salud principalmente en el área rural del país y que podría aumentar los índices de morbi-mortalidad materno-infantil.

2.3.3.1.3 Anomalías de las fuerzas expulsivas.

La dilatación del cuello, así como la propulsión y la expulsión del feto se presentan como resultado de las contracciones uterinas, reforzadas durante el segundo periodo de trabajo de parto por acción voluntario o involuntaria de la pared abdominal. Fesina, R. (2016).

a) Distocia por disminución de la contractibilidad con triple Gradiente descendente conservado.

Se debe a una hipofunción de útero, que se traduce por disminución de la intensidad y la duración de las contracciones (hiposistolia), las que además se hacen espaciadas (bradisistolia). Fesina, R. (2016).

Hipo dinamia Primitiva:

Etiológicamente en la mayoría de los casos es desconocida. Cuando se identifica esta puede ser funcional o mecánica

Funcionales: por inhibición psicogénica (temor, angustia) a través de un aumento de la secreción de adrenalina, que altera la contractibilidad uterina; por inhibición refleja proveniente de los órganos vecinos (repleción de la vejiga o del recto).

Mecánicas: por falta de formación de la bolsa de las aguas; por falta de fuerza en la presentación fetal sobre el cuello uterino (ambos mecanismos poseen normalmente una función excito motriz); desarrollo insuficiente del musculo uterino (hipoplasia); por procesos progresivos o degenerativos del miometrio (adenomiosis, miomatosis, obesidad); sobre distensión uterina (poli hidramnios, gemelares, macrosomico). La intensidad de las contracciones se halla de los 20mmhg, con una frecuencia normal y encontrarse disminuida de la frecuencia con menos de dos contracciones en 10 minutos. En algunas ocasiones se debilitan ambos parámetros y por lo tanto la actividad uterina también se reduce. La duración del parto se extiende y su marcha se interrumpe cuando la intensidad contráctil desciende a menos de mmhg, aunque la frecuencia se mantenga en los límites normales. El tono uterino puede ser normal (8 a 12 mmhg) o algo menor.

La palpación permite comprobar que el útero es flácido y que al contraerse apenas se endurece. La duración clínica de las contracciones es de alrededor de 15 a 20 segundos, y los intervalos se amplían de 5 a 10 minutos.

La dilatación cervical en función del tiempo, si no se ha detenido progresa lentamente a una velocidad promedio menor a 1.2 cm por hora en las nulíparas y

menor a 1.5 cm por hora en multípara. Esto se puede observar en el parto grama que es un instrumento validado que ayuda al diagnóstico y permite justificar las intervenciones apropiadas para corregir el parto prolongado. En él se observa que a partir del segundo tacto registrado la gráfica de la dilatación cervical de horizontalidad y si la hipo dinamia se mantiene, en algún momento cruza el percentil 10 de la curva de alerta. Lo mismo ocurre con el descenso de la presentación. El tratamiento debe ser etiológico. Se evacua la vejiga y si es necesario el recto. Si las membranas o las bolsas estuvieran adheridas al orificio interno del cuello, se desprenderá con el dedo con el polo inferior del huevo del segmento anterior. Fesina, R. (2016).

Hipo dinamia Secundaria

El debilitamiento muscular de esta distocia es consecuencia de un extendido trabajo de parto, no siempre de causa obstructiva. Apareciendo hacia el final del periodo de dilatación o en el curso del periodo expulsivo. Lo más fuerte es el parto obstruido en el que la impotencia de la actividad uterina es consecuencia de su lucha contra un obstáculo (presentación anormal, tumor previo, estrechez pelviana, resistencia cervical, etc.)

Sintomatología y diagnóstico: son sensiblemente iguales a los de la Hipo dinamia primitiva, el partograma del parto obstaculizado muestra una dilatación cervical detenida en el tiempo y generalmente su grafica cruzo el percentil 10 de la curva de alerta. En la evolución a veces el útero con Hipodinamia secundaria puede recuperar su actividad anterior después de un largo periodo de reposo. Cuando la distocia es de un parto obstruido por una causa mecánica, puede corregirse con la supervisión del obstáculo. En el tratamiento, debe ser perfectamente etiológico, pues la conducta será muy distinta en una gestante con Hipodinamia después de una actividad exaltada durante un largo trabajo que el ella se presenta una hipo dinamia consecutiva a la lucha contra un obstáculo (parto obstruido). Fescina (2016).

Distocias por aumento de la contractilidad con triple gradiente descendiente conservado.

Hiperdinamia (hiperactividad):

Fisiopatológicamente la exageración de la contractilidad se manifiesta principalmente por la intensidad de las contracciones, que es superior a 50 mm Hg (hipersistolia). La frecuencia es normal o algo mayor, más de 5 contracciones en 10 minutos (taqui o polisistolia). Como consecuencia de esta polisistolia, puede elevarse el tono (hipertonía), si la intensidad de las contracciones es mayor de 50 mm Hg, con tono y frecuencia normales o algo superiores a lo normal, el trabajo de parto evoluciona con rapidez (parto precipitado). Fesina, R. (2016).

Sintomatología y diagnóstico: el síntoma principalmente es el aumento de la intensidad contráctil. La parturienta se halla muy agitada y se queja de fuertes dolores casi continuos, a la palpación se aprecia la dureza exagerada del útero durante la contracción, estado que puede durar más de 70 segundos. En la evolución y pronóstico, la hiperdinamia primitiva la duración del parto se abrevia notablemente, a veces termina de forma tumultuosa, después de una o dos horas de trabajo, sin dar tiempo a los tejidos blandos del canal genital, para la dilatación progresiva por la presentación de (parto precipitado). Fesina, R. (2016).

Hiperdinamia secundaria:

Etológicamente puede ser de origen iatrogénico (administración exagerada de oxitócicos). O provocada por un obstáculo que se opone a la progresión del feto, con incremento de la contractilidad. Fesina, R. (2016).

Evolución y pronóstico: son distintos de los de la Hiperdinamia primitiva, cuando se establece una lucha de la contracción contra un impedimento (rigidez o espasmo cervical, como también una lesión cicatrizal, aglutinación o falta de reblandecimiento del cuello, estrechez pelviana, tumor previo, etc.) si el esfuerzo es abandonado a sí mismo, dará lugar a diversas contingencias.

- Puede ceder la potencia (contracción) porque el útero ha caído a una Hipo dinamia secundaria. Si la lucha es prolongada intensa, el útero puede entrar en contractura, luego de pasar previamente por un estado de hipertonia con pequeñas contracciones sobrecargadas.
- Puede ceder la resistencia (obstáculo) por el encajamiento de la presentación en la pelvis relativamente estrecha, por haberse vencido una distocia cervical etc., si la energía contráctil no está agotada, el musculo recupera su dinámica normal y el parto se efectúa espontáneamente.
- Puede suceder que no cedan la potencia ni la resistencia, por mantener el útero una elevada actividad y coordinación conservada y por qué el obstáculo que se opone al descenso de la presentación es invisible.

Hiperdinamia hipertónica (tétanos clínicos):

Fisiopatológicamente se ha dicho que cuando la frecuencia de las contracciones aumenta a más de 6 en 10 minutos (polisistolia) el tono comienza a elevarse, mientras la intensidad contráctil disminuye por que el musculo tiene cada vez menos tiempo para recuperarse debido a la brevedad de los intervalos (hipertonia por polisistolia). Fesina, R. (2016).

Sintomatología: se trata de un síndrome clínico perfectamente individualizado. Se caracteriza por el dolor exagerado y continuo percibido en la región hipogástrica y sacra, así como por la gran sensibilidad del útero y por su dureza permanente (hipertono), que da a la mano que palpa la sensación de una contracción sostenida. Fesina, R. (2016).

Evolución: el parto puede producirse, a veces, en forma bastante acelerada, porque el musculo hipertónico desarrolla una poderosa acción dinámica. Esto se

observa también en la eclampsia y en el desprendimiento normo placentario, en que existe una acentuada hipertoniá.

Distocias por perturbación de la contractilidad con triple gradiente descendente alterado:

Se trata de la perturbación cualitativa del trabajo muscular. En dichos estados se registran ondas anormales (inversión de gradientes, incoordinación de primero y segundo grado), que afectan profundamente la regularidad, la intensidad, la duración, la frecuencia de las contracciones y el tono uterino, con exageración y cambio de sitio de la percepción del dolor (dolor heterotopico, dolor sacro), este tipo de contracciones, en clínica obstétrica, se denominan espasmódicas.

Etiología: Se trataría de estímulos anormales del útero (espinas irritativas). Unas veces actúan sobre el cuello (adherencia íntima del polo inferior de las membranas ovulares, aglutinación del orificio cervical, tumores, cicatrices, maniobras intempestivas de dilatación etc.;

Ondas contráctiles con gradiente invertido: Como se ha dicho que los tres componentes del triple gradiente descendente (TGD) son la duración, la intensidad y el sentido de propagación, si la inversión de gradiente comprende a los tres componentes, es de carácter total, y la onda contráctil resulta ineficaz para dilatar el cuello, los tipos más frecuentes de inversión son:

- Inversión del gradiente de intensidad: segmento inferior hipertónico, en este caso las contracciones del segmento inferior son más intensas que las del cuerpo, contrariamente a lo que ocurre durante la contracción normal.
- Inversión de los gradientes de propagación y de duración: esta alteración consiste en que las ondas se inician en la zona inferior del útero y se propagan hacia (ondas ascendentes), con una duración de la onda contráctil mayor en el segmento inferior que en el cuerpo; por el contrario la gradiente

de intensidad se conserva normal con sentido descendente, contracciones más intensas del cuerpo que del segmento.

- Inversión total de gradientes: esta se produce cuando las ondas comienzan y son más intensas en la parte inferior del útero, a la vez que se propagan hacia las zonas superiores y duran más en el segmento inferior que en el cuerpo. Desde el punto de vista clínico, se presenta con las mismas características que cuando tiene lugar solamente una inversión de los gradientes de propagación y duración. Fesina, R. (2016).

Ondas contráctiles localizadas e incoordinación uterina:

De acuerdo con su importancia, se dividen en dos grados:

- Incoordinación de primer grado: se origina por la interferencia de los marcapasos que dividen funcionalmente el útero, ambos poseen ritmos diferentes, por cuyo motivo trabajan en forma asincrónica. Al contraerse el útero en forma desigual, la onda que nace un marcapaso no puede difundirse a todo el órgano, porque su propagación se ve bloqueada en su trayecto, por zonas del musculo en periodo refractario, correspondientes a la onda contráctil anterior del otro marcapaso.
- Incoordinación de segundo grado: denominada también fibrilación uterina, por su parecido con la fibrilación ventricular del corazón, representa la forma más seria de incoordinación, fundamentalmente el útero se halla dividido en muchas zonas, que se contraen en forma independiente y asincrónica. Fesina, R. (2016).

2.3.3.1.4 Distocias de partes blandas

Distocia cervical: Estas distocias se dividen en dos grupos:

Distocias funcionales y distocias por alteraciones anatómicas:

Distocias por alteraciones anatómicas

Aglutinación del cuello:

El orificio externo es inextensible debido a la presencia de adherencias en sus bordes, formadas por bridas de fibrina más o menos laxas, pero suficientes para impedir la dilatación. Al mismo tiempo, parece que el cuello estuviera adherido al polo inferior del huevo (obliteración). La aglutinación se produce por procesos infecciosos a nivel de la mucosa cervical, desde el punto de vista clínico, durante el parto se observa una hiperdinamia, ocasionada por la lucha de contracción contra el obstáculo cervical. Fesina, R. (2016).

Edema del cuello:

El cuello del útero puede edematizarse durante el embarazo; en condiciones puede abarcar toda su extensión o circunscribirse al labio anterior, pero con mayor frecuencia se infiltra durante el parto, debido a ciertas distocias (esfuerzos intempestivos de pujo, compresión prolongada por la cabeza fetal, etc.). En general la infiltración se ubica en el labio anterior pellizcando entre la presión y la sínfisis.

Rigidez de cuello:

La estenosis se debe a una rigidez cicatrizal o tumoral, en lo cual existe un predominio del tejido fibroso del cérvix, originado casi siempre por cauterizaciones terapéuticas, en especial por el caustico de pilhos (lápiz de potasa caustica). La electrocoagulación técnicamente bien realizada raras veces deja secuelas de importancia. Fesina, R. (2016).

Distocia por obstáculo vagino-perineal:

Las anomalías de desarrollo, representadas por la atresia congénita y los tabiques longitudinales o transversales, se observan con muy poca frecuencia. Fesina, R. (2016).

Vaginismo:

El vaginismo, de orden puramente funcional (psíquico), no interfiere durante el parto. Se trata con sedantes de acción central y con anestésicos de superficie durante el periodo de dilatación y el periodo expulsivo, el bloqueo anestésico de ambos pudendos relaja la musculatura perineo vaginal. Fesina, R. (2016).

Estrechez cicatrizal de la vagina:

Es producto de los desgarros, operaciones plásticas, quemaduras, etc.; por lo general no obstaculiza el parto debido al reblandecimiento del tejido colágeno durante la gestación, solo las lesiones muy pronunciadas pueden ocasionar distocias. Fesina, R. (2016).

Distocias tumorales de la vagina:

El quiste de la vagina, si no es muy voluminoso, permite el pasaje del feto. Si se presenta algún obstáculo, la simple punción del tumor resolverá la complicación.

Distocia por el periné:

Puede ocurrir debido a una resistencia anormal (primípara tardía), a edemas o cicatrices profundas. Si el periodo expulsivo llegara a prolongarse por esta causa, la simple o doble iniciación perineovulvar resolverá el problema. Fesina, R. (2016).

Distocia por tumor previo:

Estos pueden ser de origen genital (uterinos y anexiales) o Extra genital (pelvianos o abdominales). Fesina, R. (2016).

Tumores previos de origen uterino:

Los más frecuentes son los fibromas. Los que asientan en el cuerpo del útero solo se transforman en previos cuando se trata de núcleos subserosos que, a expensas de un largo pedículo, hayan conseguido deslizarse hacia la pequeña pelvis. Fesina, R. (2016).

Tumores previos de origen anexial:

Los más comunes son los quistes luteínicos del ovario, los cistadenomas y los quistes dermoides. Cuando estos tumores poseen un pedículo muy largo, pueden alojarse en el fondo de saco de Douglas y oponerse al encajamiento de la presentación. Fesina, R. (2016).

2.3.3.2 Factor por distocia fetal.

2.3.3.2.1 Presentación fetal

Presentaciones cefálicas de flexionadas.

Durante el embarazo, cuando la cabeza se halla por encima del estrecho superior, está en una actitud neutra, indiferente, ósea, intermedia entre la flexión y la extensión. Al iniciar el parto, el mentón se aproxima al tórax (actitud de flexión) en el 95% de los casos. En una mínima proporción de los partos, este movimiento de flexión no se produce y la cabeza permanece indiferente durante el parto y también, más frecuentemente. Adopta una actitud de flexión en la cual el mentón se aleja más o menos del tórax. Williams, O. (2015).

Presentación de Cara:

En esta, la cabeza se halla híper- extendida, de suerte que el occipucio entre en contacto con el dorso del feto y el mentón es la parte que se presenta. La cara fetal puede presentarse con el mentón hacia adelante o atrás en relación con la sínfisis del pubis materno. No obstante gran cantidad de presentaciones mentó posteriores persisten, muchas otras se convierten de manera espontánea en anteriores, incluso en etapas avanzadas de trabajo de parto. De no ser así, la frente del feto (bregma) choca contra la sínfisis del pubis materno esta posición impide la flexión de la cabeza para pasar por el conducto del parto.

La presentación de cara se diagnostica por tato vaginal y palpación de las características faciales. Williams, O. (2015).

Presentación de Frente:

Esta se diagnostica esa porción de la cabeza fetal, entre el borde orbitario y la fontanela anterior en el plano de entrada de la pelvis. La cabeza fetal ocupa entonces una posición intermedia entre la flexión total (occipucio) y la extensión (cara). Excepto cuando la cabeza fetal es pequeña o la pelvis demasiado grande, no puede ocurrir el encajamiento de la cabeza fetal y su nacimiento anterior en tanto persista la presentación de frente. Williams, O. (2015).

Presentación de Bregma:

La presentación de bregma si bien pertenece al grupo de modalidades cefálicas en de flexión es aquella en que esta actitud adquiere menor grado, ofreciéndose al estrecho superior en forma intermedia (ni flexionada ni De flexionadas). En esta actitud indiferente, la circunferencia que trata de pasar es la occipito frontal, cuyo perímetro es de 34cm. el punto diagnóstico es la fontanela mayor, mientras que el Angulo anterior de esta misma fontanela es el punto guía.

Se reconoce así una bregmoiliaca que teóricamente, puede ser de posición izquierda o derecha (BII o BID) y estar en una variedad de posición anterior, transversa, posterior, púbica y sacra; en cada hemipelvis materna se distinguen en consecuencia, la BIA, BIT y BIP. Williams, O. (2015).

Presentación pelviana:

Cuando el polo caudal del feto esta asociada con el estrecho superior, se denomina presentación pelviana. El polo pelviano, según su actitud, puede darse con dos modalidades distintas: pelvianas completas, pelvianas incompletas, modalidad de nalgas. Son pelvianas completas aquellas en las que el feto conserva su apolota miento, con los muslos presionados sobre la pelvis y las piernas muy flexionadas sobre los muslos. Son pelvianas incompletas, modalidad de nalgas, las que se presentan con los miembros inferiores extendidos, como tabillas o férulas por delante del tronco. Los muslos se encuentran hiperflexionados sobre la pelvis y las piernas en extensión completa, encontrándose los pies en la vecindad de la cabeza; solo la nalga propiamente dicha se ofrece al estrecho superior. Fesina, R. (2016).

Situación trasversa: del feto, mal llamada presentación de hombro (o de tronco o de espalda):

Es una situación distócica por excelencia. En este caso el feto ubica su diámetro mayor perpendicularmente (en forma transversal) frente al diámetro mayor (longitudinal) del útero. Exactamente, con suma frecuencia la situación es más bien oblicua que transversa, como uno de los polos (habitualmente el cefálico) más descendido que el otro (pelviano). De este modo se establece una acentuada desproporción entre el feto colocado de tal manera y la pelvis, pues aquel adquiere un volumen excesivo frente a esta, constituyéndose a si el franco carácter distócico señalado. En la etiología en general, toda causa que directa o indirectamente modifique la forma de ovoide longitudinal de la cavidad uterina a ovoide transversal,

o que impida el descenso y fijación del o de los polos en la pelvis, conduce a esta anormalidad. Fesina, R. (2016).

2.3.3.2.2 Macrosomía

Se utiliza el termino Macrosomía de manera más bien imprecisa para describir un feto o un recién nacido de gran tamaño. Aunque hay un acuerdo general entre los obstetras de que los recién nacidos que pesan menos de 4000g no son excesivamente grandes, no se ha llegado a un consenso similar para la definición de Macrosomía. El peso del recién nacido pocas veces supera los 5000 gramos y los lactantes con un tamaño excesivamente grande son una rareza. Es frecuente que la Macrosomía se defina conforme a las distribuciones matemáticas. Los lactantes que superan el percentil 90 para una determinada edad gestacional suelen utilizarse como umbral para la Macrosomía. Williams, O. (2015).

Factor de riesgo: Factores relacionados como la edad avanzada se guardan relación con la multiparidad y la diabetes, la obesidad desde luego está relacionada con la diabetes, y entre las mujeres que son al mismo tiempo diabéticas, obesas y con embarazos de pos termino. Williams, O. (2015).

Diagnóstico: Puesto que no se dispone de métodos actuales para calcular con exactitud el tamaño fetal excesivo, no se puede establecer el diagnóstico definitivo de Macrosomia hasta después del parto la impresión de las estimaciones clínicas de peso fetal mediante la exploración física suele ser atribuible en parte de la obesidad materna. Williams, O. (2015).

2.3.3.2.3 Distocia de hombros:

Se define como el fallo en la salida del tronco fetal que precisa maniobras obstétricas adicionales para la extracción de los hombros fetales, durante el parto vaginal. La incidencia de distocia de hombros varía mucho, según sean usados los criterios para su diagnóstico. Hay pruebas de que la incidencia de distocia de

hombros aumento en los decenios recientes, quizá por un peso creciente al nacer, con peso fetal con mucho mayor de lo normal, o Macrosomía es importante pero la distribución de los tejidos excesivos en los lactantes grandes para su edad también es trascendente como causa. Williams, O. (2015).

- **Consecuencia materna:** el riesgo materno principal por la distocia de hombros es la hemorragia pos parto, por lo general por atonía uterina, pero también por laceraciones vaginales y del cuello uterino. Williams, O. (2015).
- **Consecuencias fetales:** la distocia de hombros puede relacionarse con morbilidad fetal de importancia e incluso con la mortalidad. Williams, O. (2015).
- **Lesión del plexo braquial:** la lesión neurológica del plexo braquial puede localizarse en la porción superior o inferior del mismo, por lo general, aquella es resultado de distensión del plexo durante el paso del feto a través del conducto del parto y su nacimiento subsiguiente. Williams, O. (2015).
- **Fractura de clavícula:** estas fracturas son relativamente frecuentes y se han diagnosticado en recién nacidos por vía vaginal aunque a veces concomitante con la distocia de hombros, la fractura clavicular suele aparecer sin ningún suceso clínico de sospecha. Williams, O. (2015).
- **Factores de riesgo:** se han señalado varias características maternas, durante el parto y fetales, como participes de la distocia de hombros. Varios factores de riesgo maternos, que incluyen obesidad, multiparidad y diabetes, ejercen todo su efecto por el mayor peso al nacer. Williams, O. (2015).
- **Tratamiento:** puesto que la distocia de hombros puede predecirse, el clínico debe estar bien versado en sus principios terapéuticos, después del nacimiento de la cabeza, el cordón umbilical se comprime dentro de la vagina y la oxigenación fetal declina. Así, la disminución del intervalo Transcurrido, desde

el nacimiento de la cabeza hasta el del cuerpo es de gran importancia para la supervivencia. Williams, O. (2015).

2.3.3.3 Factor sociocultural.

Se utiliza el término sociocultural para hacer referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. De tal modo, un elemento sociocultural tendrá que ver únicamente con las vinculaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma.

En cuanto estos factores, los que se afinan al parto distócico son los siguientes:

2.3.3.3.1 Grado de instrucción de la madre:

En Huaycán las pacientes que llegan al Hospital en su mayoría son personas humildes de bajos recursos y en gran parte de ellas solo cuentan con la primaria terminada, otra secundaria completa, carreras técnicas no universitarias, carreras universitarias.

2.3.3.3.2 Estado civil:

- Soltera
- Casada
- Viuda.

2.3.3.3.3 Edad:

La edad para estudio es de gran importancia ya que en muchos pacientes añosos < 35 años pacientes cuyo embarazo parto y puerperio es de alto riesgo y puede a ver la posibilidad de que el parto se desarrolle con algún tipo de distocia.

2.3.3.3.4 Control prenatal.

Se entiende como control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes el equipo de salud, con el objetivo de vigilar el desarrollo del embarazo y obtener una adecuada adaptación para el parto y la crianza del niño. Dotado con estas características y orientaciones es un fenómeno reciente y de gran desarrollo en los últimos 30 años. Aplicado en forma rutinaria y extensiva, juntamente con otras medidas, como la alteración instrumental del nacimiento.

Con el control prenatal se persigue:

- La organización de contenidos educativos para la salud de la familia y la crianza del niño.
- La detención de enfermedades maternas subclínicas.
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones maternas.
- La vigilancia del crecimiento y de la vitalidad fetal.
- La disminución de las molestias y los síntomas menores asociados al embarazo. Fesina, R. (2016).

2.4 Definición de términos básicos.

Distocia:

Derivado del griego dystokia, de dystokos; de dýs, mal, y tokos, (parto) que significa parto dificultoso, difícil y doloroso.

Parto Distócico:

Parto anormalmente lento o laborioso por causa fetal o materna.

Periodo Intergenésico:

El período Intergenésico se define como el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo

Macrosomía:

Se utiliza el termino Macrosomía de manera más bien imprecisa para describir un feto o un recién nacido de gran tamaño.

Hipodinamia:

Es un tipo de alteración de la dinámica uterina caracterizada por la disminución de la frecuencia, intensidad, o del tono basal del útero.

Hiperdinamia:

Se caracterizan por una dinámica uterina en exceso e inefectiva, lo que conlleva a un parto prolongado

Factores asociados:

Factores maternos, fetales y socioculturales.

III. MÉTODOS Y MATERIALES

3.1 Hipótesis de investigación.

3.1.1 Hipótesis Alternativa (HA)

Los Factores Maternos, Fetales, y Socio-Culturales. Son factores asociados al Parto Distócico en gestantes atendidas en el Hospital de Huaycan durante el año 2017.

3.1.2 Hipótesis Nula (HO)

Los Factores Maternos, Fetales, y Socio-Culturales. No son factores asociados al Parto Distócico en gestantes atendidas en el Hospital de Huaycan durante el año 2017.

3.2 Variables.

3.2.1 Variable Independiente.

- Factores Maternos, Fetales y Socio-Culturales

3.2.2 Variable Dependiente

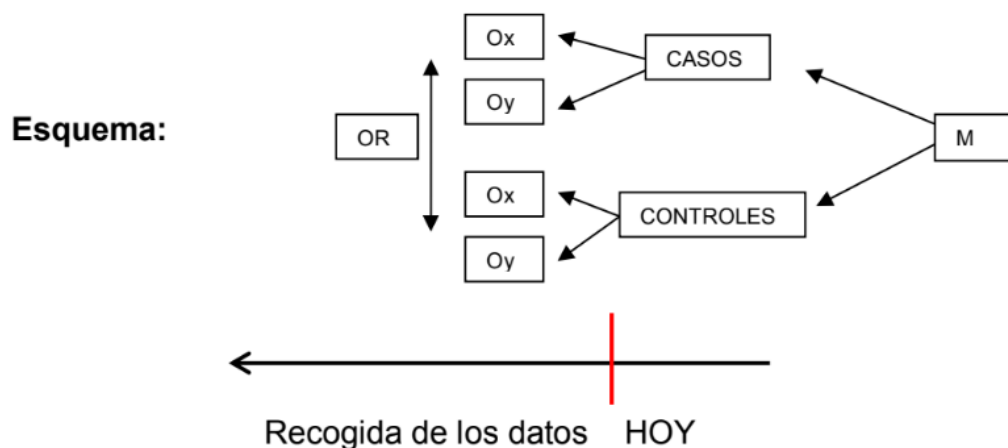
- Parto distócico.

3.3 Diseño de la investigación.

Por el tiempo de recolección de los datos es retrospectivo, por el tipo de intervención del investigador es observacional, por el número de mediciones de las variables estudio transversal, por el tipo de diseño, de casos y controles porque se comparan grupos de sujetos; con el problema (casos) y sin el problema (controles).

- a) Es un estudio observacional, analítico, diseño de casos y controles; el investigador no interviene manipulando el fenómeno, solo se observa, analiza y mide el fenómeno estudiado. No puede controlar las condiciones del diseño.
- b) Es un estudio Comparativo, porque existen dos poblaciones de donde proceden los Grupos de Casos y Controles, se compararán variables para contrastar la hipótesis: Central general y específicas. En esta investigación se busca determinar la asociación de los factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas del hospital Huaycan 2017.

En efecto, por la naturaleza de la investigación, se acoge a este diseño, que se puede diagramar de la siguiente forma:



- M: Muestra.
- Ox: Partos Distócicos.
- OR: Posible asociación.
- Oy: Partos Eutócicos.

3.3.1 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión – casos

- Edad materna entre 15 a 45 años.

- Pacientes gestantes con diagnóstico: trabajo de parto distócico, en específico: distocias de causa materna, fetal.
- Pacientes con indicación de cesárea de emergencia en labor de parto.

Inclusión- Control.

- Edad materna entre 15 a 45 años
- Gestantes con trabajo de parto fisiológico y parto eutócico.
- Gestantes con indicación de cesárea electiva.

Exclusión- Casos

- Pacientes con diagnóstico de distocia de la presentación fetal podálica o transversa sin trabajo de parto.

Exclusión – Control

- Pacientes con historia clínica incompleta.

3.4 Población y Muestra.

3.4.1 Población.

La población estuvo compuesta por 1926 partos atendidos en el Hospital de Huaycan durante el año 2017. De los cuales 553 partos fueron Distócicos y 1373 Eutócicos.

3.4.2 Muestra.

Para la muestra se empleó la siguiente fórmula:

$$M = \frac{s^2 \cdot U \cdot p \cdot q}{(e)^2 (U - 1) + s^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

p = Extensión de las características que se debe estudiar = 30%

q = Dispersión 100 – p = 70%

S² = (2)²

e² = (±5)²

U = 553

Luego de aplicar la fórmula se obtuvo lo siguiente:

- a) Una muestra de 208 Partos distócicos como muestra.
- b) Una muestra de 208 Partos eutócicos como muestra.

El tipo de muestreo: Se hará uso del muestreo aleatorio simple por medio del programa EPIDAT versión 23 Windows, para indagar las unidades al estudio.

3.5 Técnica e instrumento de recolección de datos.

La técnica que se utilizó fue la encuesta por medio de la ficha de recolección de datos como instrumento, previamente validado por un juicio de expertos, que fue validado se procedió a elaborar la tabla de concordancia la cual nos dio como valor p 0,031 es decir p<0,05 lo que significa que la concordancia es significativa, garantizando una adecuada obtención de la información, luego de esto se procedió a confeccionar una prueba piloto con 30 historias clínicas de pacientes con parto distócico atendidas en la Clínica Vesalio. Los datos fueron procesados en el programa Excel 2013 y para el análisis de los mismos se usó el programa SPSS versión 23 para el cálculo de la confiabilidad haciendo uso de la prueba de Alfa de Cronbach, resultando como coeficiente 0,71; lo que muestra una moderada confiabilidad.

3.6 Métodos de análisis de datos.

Se realizó a la transcripción de datos de la ficha de recolección de datos a una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013. Posteriormente se procedió a realizar el orden y tabulación para luego deliberar los resultados mediante el programa SPSS versión 23. De ahí se obtuvo la frecuencia de los diferentes factores asociados al parto distócico. Por último para comprobar la hipótesis se aplicó el Odds Ratio con intervalos de confianza al 95%, con valores de $p < 0,05$ como significativo.

3.7 Propuesta de valor.

Esta búsqueda pretende brindar información que sea útil a los profesionales de salud del Hospital de Huaycan, con el único propósito de que puedan actuar de forma preventiva promocional para reducir la morbilidad materna perinatal con respecto al parto distócico.

3.8 Aspectos éticos.

Debido a que esta investigación no se trabajó directamente con pacientes, sino más bien, con historias clínicas por ser de tipos retrospectivo. Se solicitó la autorización con el área de investigación del Hospital de Huaycan, servicios otorgaron los permisos respectivos para ingresar al área de archivos del Hospital para recolectar los datos necesarios y desarrollar esta investigación.

Así mismo, para obtener el dato de ingreso económico se utilizó las encuestas a las pacientes seleccionadas de la muestra, utilizando el consentimiento informado.

Esta investigación se realizó respetando los cuatro principios básicos de la

bioética.

Principio de autonomía: es la obligación de respetar los valores y las opciones personales de aquellos individuos en aquellas decisiones.

Principio de beneficencia: es la obligación de hacer el bien.

Principio de no maleficencia: es el respeto a la integridad del ser humano.

Principio de Justicia: Es el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Factores maternos asociados al parto distócico en gestantes atendidas
En el Hospital de Huaycán-2017.

		Grupo				Total		P	OR	IC del OR al 95%	
		Caso		Control						Inferior	Superior
		n	%	N	%	n	%				
Periodo Intergenesico	No favorable	55	26,3%	56	26,9%	111	26,6%	0,88	0,96	,628	1,497
	Favorable	154	73,7%	152	73,1%	306	73,4%				
Desproporción	Si	113	54,1%	0	0,0%	113	27,1%	0,000*	3,16		
Céfalo- Pélvica	No	96	45,9%	208	100,0%	304	72,9%				
Anomalías de la contracción	Si	54	25,8%	0	0,0%	54	12,9%	0,000*	2,34		
	No	155	74,2%	208	100,0%	363	87,1%				
Distocia de partes blandas	Si	40	19,1%	0	0,0%	40	9,6%	0,000*	2,23		
	No	169	80,9%	208	100,0%	377	90,4%				
IMC	No favorable	27	12,9%	9	4,3%	36	8,6%	0,002*	2,28	1,5	7,16
	Favorable	182	87,1%	199	95,7%	381	91,4%				
Total		209	100,0%	208	100,0%	417	100,0%				

*p<0,05 significancia estadística
OR>1 fuerza de asociación estadística

Fuente: proyecto “Factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto Distócico en gestantes atendidas en el Hospital de Huaycan-2017

De la tabla 1 se observa que del total de pacientes con parto Distócico: el 26.3% presentan Periodo Intergenesico no favorable, mientras que el 73.7% presentan periodo Intergenesico favorable.

Por lo que no se halló asociación estadísticamente significativa con el parto distócico; (P> 0,05) y (OR: 0,96).

El 54.1% presenta desproporción céfalo pélvica, encontrando una asociación estadísticamente muy significativa ($p < 0.05$) y (OR: 3,16) entre Desproporción Céfalo- Pélvica y parto distócico.

El 25.8% de los partos distócicos presentan anomalías de la contracción, mientras que el 74.2% no presenta anomalías de la contracción, encontrándose una asociación estadística muy significativa ($p < 0.05$) y (OR: 2,34).

El 19.1% presentan distocias de partes blandas, mientras que el 80.9% no presenta distocias de partes blandas, encontrando una asociación estadísticamente muy significativa ($p < 0.05$) y (OR: 2,28).

Respecto al Índice de Masa Corporal, el 87.1% presentan IMC favorable, mientras que el 12,9% presentan IMC no favorable ($p < 0,002$) y (OR: 3,28) observándose que los pacientes con IMC en riesgo tienen más probabilidad de tener parto distócico en relación a las pacientes sin riesgo de IMC.

Tabla 2: Factores fetales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital de Huaycan – 2017.

		Grupo				Total	P	OR	IC del OR al 95%		
		Caso		Control					Inferior	Superior	
		n	%	N	%	N	%				
Macrosomía	Presente	28	13,4%	9	4,3%	37	8,9%	0,001*	3,42	1,57	7,44
	No presente	181	86,6%	199	95,7%	380	91,1%				
	P	31	14,8%	0	0,0%	31	7,4%				
Presentación	C	177	84,7%	208	100,0%	385	92,3%	0,000*			
	A	1	,5%	0	0,0%	1	,2%				
	L	200	95,7%	208	100,0%	408	97,8%				
Situación	T	9	4,3%	0	0,0%	9	2,2%	0,002*	0,49	0,44	0,54
Distocia de hombros	Si	3	1,4%	0	0,0%	3	,7%	0,08			
	No	206	98,6%	208	100,0%	414	99,3%				
Total		209	100,0%	208	100,0%	417	100,0%				

*p<0,05 significancia estadística
OR>1 fuerza de asociación estadística

Fuente: proyecto “Factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto Distócico en gestantes atendidas en el Hospital de Huaycan-2017

La tabla 2, muestra que del total de pacientes con parto distócico el 13.4% presentan Macrosomía, y el 86,6% no presenta Macrosomía encontrándose una asociación estadísticamente significativa, (p<0.05) y (OR: 3.42) con más probabilidad de tener parto distócico.

El 84.7% tuvieron presentación cefálica, teniendo una asociación estadística muy significativa (p <0.05). Entre presentación y parto Distócico.

El 95.7% presentaron situación longitudinal y se encontró asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) y (OR: 0,49) entre la situación del feto y parto Distócico.

El 1.4% presentaron Distocia de hombros, y no se halló asociación estadísticamente significativa con el parto distócico ($p < 0,08$)

Tabla 3: Factores socioculturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital de Huaycan 2017

	Caso		Control		Total		P	OR	IC del OR al 95%	
	N	%	N	%	n	%			Infer	Sup
Edad Materna										
No favorable	61	29.20%	54	26.00%	115	27.60%	0.46	1.1	0.76	1.8
Favorable	148	70.80%	154	74.00%	302	72.40%				
Estado Civil										
Soltera	37	17.70%	34	16.30%	71	17.00%	0.8	0.94	0.56	1.57
Conviviente	154	73.70%	151	72.60%	305	73.10%	0,000*	1.06	0.69	1.63
Casada	18	8.60%	22	10.60%	40	9.60%	0.51	1.25	0.64	2.42
Otros	0	0.00%	1	0.50%	1	0.20%	31			
Nivel de Estudio										
Primaria	37	17.70%	25	12.00%	62	14.90%	0.05	0.58	0.33	1.02
Secundaria	128	61.20%	149	71.60%	277	66.40%	0,02*	0.63	0.42	0.94
Técnica	36	17.20%	11	5.30%	47	11.30%	0,000*	0.26	0.13	0.54
Superior universitaria	8	3.80%	23	11.10%	31	7.40%	0,03*	2.47	1.07	5.71
zona de Procedencia										
H.H	155	74.20%	118	56.70%	273	65.50%	0,000*	2.19	1.45	3.31
P.S. S.D.M	23	11.00%	29	13.90%	52	12.50%	0.09	1.66	0.91	3.01
P.S.F.N.J.	8	3.80%	10	4.80%	18	4.30%	0.3	1.64	0.63	4.29
P.S.F.	7	3.30%	18	8.70%	25	6.00%	0,005*	3.38	1.37	8.35
P.S.H.Z.	16	7.70%	33	15.90%	49	11.80%	0,0001*	2.71	1.42	5.16
Ocupación										
Ama de Casa	152	72.70%	157	75.50%	309	74.10%	0.5	0.87	0.56	1.34
Estudiante	8	3.80%	15	7.20%	23	5.50%	0.18	1.82	0.75	4.41
Comerciante	10	4.80%	10	4.80%	20	4.80%	0.94	0.97	0.39	2.39
Profesional	17	8.10%	4	1.90%	21	5.00%	0,004*	0.23	0.07	0.69
Otros	22	10.50%	22	10.60%	44	10.60%	0.92	0.97	0.51	1.82
Cumplimiento de Control prenatal										
No	66	31.60%	110	52.90%	176	42.20%	0,000*	0.41	0.27	0.61
Si	143	68.40%	98	47.10%	241	57.80%				
Ingreso Económico										
Bajo	74	35.40%	90	43.30%	164	39.30%	0.1	0.72	0.48	1.07
Medio	135	64.60%	117	56.30%	252	60.40%	0.09	0.71	0.48	1.06
Alto	0	0.00%	1	0.50%	1	0.20%	0.36			
Total	209	100.00%	208	100.00%	417	100.00%				

*P<0,05 significancia estadística

OR>1 fuerza de asociación estadística

Fuente: proyecto "Factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto Distócico en gestantes atendidas en el Hospital de Huaycan-2017"

De la tabla 3, se aprecia que del total de pacientes con parto distócico el 29.2% presentan edad materna no favorable. Se halló asociación de este factor con el parto distócico, sin embargo esta no es estadísticamente significativa ($p > 0,05$) y (OR: 1.1).

El 73.7% son conviviente encontrando asociación estadística entre el estado civil conviviente y el parto distócico ($p < 0,05$) y (OR: 1,06).

El 61.2% tienen nivel de estudio secundaria y el 17.2% tienen grado de instrucción técnica, y no se encontró asociación estadística en ambos niveles de instrucción respectivamente ($p < 0,05$ y OR: 0,63) ($p < 0,05$ y OR: 0,26) con el parto distócico.

Del total de pacientes con parto distócico el 74.2% proceden del Hospital de Huaycan, el 3.3% proceden de Puesto de Salud Fraternidad y el 7.7% proceden de Puesto de Salud Horacio Zevallos. Encontramos asociación estadística entre zona de Procedencia HH ($p < 0,05$) y (OR: 2,19) PSF ($p < 0,05$) y (OR: 3,38) y PSHZ ($p < 0,05$) y (OR: 2,71) con el parto Distócico.

El 72.7% son amas de casa y el 8.1% son profesionales, se encontró asociación estadística ($p < 0,05$) y (OR: 0,23) entre las pacientes con ocupación profesional y parto Distócico.

El 31.6% no cumplen en CPN se encontró asociación estadística ($p < 0,05$) y (OR: 0,41) entre Controles Prenatales y parto Distócico.

Tabla 4. *Factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital de Huaycan -2017.*

FACTORES ASOCIADOS		OR	P
	Desproporción céfalo pélvica	3,16	0,000
FACTORES MATERNOS	Anomalías de la contracción	2,34	0,000
	distocias de partes blandas	2,23	0,000
	IMC	2,28	0,002
FACTORES FETALES	Macrosomia fetal	3,42	0,001
FACTORES SOCIOCULTURALES	Nivel de educación Universitaria	2,47	0,33*
	Procedencia del H.H	2,19	0,000*
	Procedencia del P.S.F	3,15	0,005*
	Procedencia del P.S.H.Z	2,71	0,0001*

P < 0,05 Significancia estadístico
OR > 1 F fuerza de asociación

Fuente: proyecto "Factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto Distócico en gestantes atendidas en el Hospital de Huaycan-2017"

Los factores maternos, tales como: desproporción céfalo pélvica, anomalías de la contracción, distocias de partes blandas, IMC; el factor fetal Macrosomia y los

factores socioculturales; nivel de estudio universitaria, procedencia del H.H. P.S.F y P.S.H.Z. están asociados al parto distócico; siendo sus valores de OR: 3,16, 2,34, 2,23, 2,28, 3,42, 2,47, 2,19, 3,15, 1,71 respectivamente y sus valores p: 0,000, 0,000, 0,000, 0,002, 0,001, 0,33*, 0,000*, 0,005*, 0,0001*.

En resumen, el factor más importante asociado al parto distócico es el factor fetal: Macrosomía que tiene un valor de OR: 3,42 y un valor $p < 0,001$.

V. DISCUSIÓN

Nuestros resultados reportan que del total de pacientes con parto Distócico el 26.3% presentan Periodo Intergenesico no favorable resultado que coincide con Díaz C, (2015) ($p < 0.00$ y OR: 3,75). Quien concluyó que el factor de riesgo a la distocia es el inadecuado al periodo Intergenesico.

Asimismo, la serie de datos reporta que el 54.1% presentan Desproporción Céfaló- Pélvica, encontrándose asociación estadística ($p < 0.05$ y OR 3,16) entre Desproporción Céfaló- Pélvica y a presencia de parto Distócico lo cual coincide con la investigación de Jaramillo D, Jaramillo A, (2015), ($p < 0.001$ y OR: 80,62). Quien concluyo que la estrechez pélvica es un factor de riesgo asociado al parto distócico y con Carbro A, Sancan J. (2016) que concluyo que un 60% de partos distócicos se atribuyen a pelvis estrechas.

El 19.1% presentan Distocia de partes blandas, encontrándose relación estadística ($p < 0.05$ OR: 2.23) entre Distocia de partes blandas y la presencia de parto Distócico que coincide con la investigación de Ceballos C, Chamba B, (2013), ($p < 0.000$ y OR: 0,02). Que indica que las distocias de partes blandas guardar asociación estadística significativa con la distocia de parto

Los pacientes con IMC en riesgo tienen 3.28 más probabilidad de tener parto distócico en relación a las pacientes sin riesgo de IMC, este resultado coincide con la investigación de Ceballos C, Chamba B y Díaz C, (2015), (OR: 3.75, 2.51-6.67).

Según los factores fetales nuestros resultados reportan que del total de pacientes con parto Distócico el 28% presentan Macrosomía encontrándose asociación estadística ($p < 0.05$ OR: 3.42); las pacientes que presentan Macrosomía tienen más probabilidad de tener parto distócico en relación a las pacientes que no presentan Macrosomia, resultado que coincide con la investigación de Díaz C,

(2015), (OR: 4, 44,2.13-9.24). Quien encontró que un factor de riesgo asociado a las distocias es la Macrosomia.

Nuestros resultados reportan que los pacientes con parto Distócico el 29.2% presentan edad materna no favorable , y no se encontró asociación estadística $p > 0.05$, resultado que contradice a la investigación de Tirado L, (2017) quien demostró que el ser gestante añosa es factor asociado a distocia funcional de labor de parto con un OR de 3.15 el cual fue significativo ($p < 0.05$) al igual que la investigación de Castro L, Pacco Y, (2016) quienes encontraron que los factores de riesgo asociados a distocias de trabajo de parto con un 52% perteneciente a pacientes menores de 19 años y de 35 años , es decir pacientes con edad materna no favorable, (OR:2,9973), al igual que el estudio de Jaramillo D, Jaramillo A, (2015),

Quien encontró que el Parto distócico se asocia con la edad materna en riesgo, (OR:2,83,2,01-3,97,P<0,001).

Nuestros resultados reportan el 61.2% tienen nivel de estudio secundaria, se encontró asociación estadística $p < 0.05$ entre nivel de estudio y parto Distócico, este resultado coincide con la investigación de Córdova Z, (2015) quien encontró que el 85% presenta nivel de instrucción secundaria, encontrando asociación estadística significativa $p < 0.05$

Asimismo el 31.6% no cumplen en CPN se encontró asociación estadística ($p < 0.05$ OR: 0.41) entre Controles Prenatales y parto Distócico este resultado coincide con la investigación de Ceballos C, Chamba B, (2013) quienes encontraron que el número de consultas prenatales son factores de peligro para la presentación de parto distócico, coincidiendo también con López J. (2016), (12.55 (IC 95%: 6.359 y 24.789).

Los factores maternos, fetales y socioculturales que tienen asociación estadística significativa con los antecedentes son: desproporción céfalo pélvica, anomalías de la contracción, distocia de partes blandas, IMC, Macrosomia, nivel de

educación secundaria, procedencia del H.H. procedencia del P.S.F. y procedencia del P.S.H.Z. Los factores maternos, fetales y socioculturales que no tienen asociación estadística con los antecedentes son: presentación, situación, distocia de hombros, estado civil, ocupación e ingreso económico, tienen asociación estadística con los antecedentes son: presentación, situación, distocia de hombros, estado civil, ocupación e ingreso económico.

VI. CONCLUSIONES

Los factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital de Huaycán durante el año 2017 son, la desproporción Céfalo- Pélvica, las anomalías de la contracción, distocia de partes blandas, el IMC no favorable, Macrosomia fetal, nivel de estudio universitario y procedencia del Hospital de Huaycan, Puesto de Salud Fraternidad y Horacio Zevallos respectivamente.

Los factores maternos asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital de Huaycán durante el año 2017 son, la desproporción Céfalo- Pélvica, las anomalías de la contracción y distocia de partes blandas

La Macrosomia como factor fetal es un factor fetal asociado al parto distócico en las gestantes atendidas en el Hospital de Huaycan durante el año 2017.

Los factores socioculturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital de Huaycán durante el año 2017 son: el nivel de estudio universitario y zona de procedencia como H.H/ P.S.F /H.Z.

La Macrosomia es un factor que tiene mayor fuerza de asociación al parto distócico en las gestantes atendidas en el Hospital Huaycán – 2017.

VII. RECOMENDACIONES

Brindar capacitación a todos los profesionales de salud del Hospital de Huaycan acerca de los factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto distócico, que permitan mejorar los protocolos de atención en el Hospital.

Mejorar las tácticas sanitarias de promoción y prevención sobre la nutrición en la gestación.

Concientizar a las pacientes sobre la importancia del control prenatal realizando charlas educativas. Ser muy minuciosa y detallada en el llenado del carnet perinatal y realizar las referencias oportunas en el momento adecuado.

Se sugiere desarrollar otros estudios para confirmar los factores asociados al parto distócico y otros estudios en la misma línea de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Cunningham. F, Leveno. K, Bloom. S. (2015) *Williams - obstetricia*. Editorial: McGraw-Hill. Ed. 24. (Pg. 464). Buenos Aires Argentina.

Cunningham. F, Leveno. K, Bloom. S. (2015) *Williams - obstetricia*. Editorial: McGraw-Hill. Ed. 24. (Pg. 465). Buenos Aires Argentina.

Cunningham. F, Leveno. K, Bloom. S. (2015) *Williams - obstetricia*. Editorial: McGraw-Hill. Ed. 24. (Pg. 474 – 475 – 476 – 477 – 478). Buenos Aires Argentina.

Cunningham. F, Leveno. K, Bloom. S. (2015) *Williams - obstetricia*. Editorial: McGraw-Hill. Ed. 24. (Pg. 594). Buenos Aires Argentina.

Cunningham. F, Leveno. K, Bloom. S. (2016) *Williams - obstetricia*. Editorial: McGraw-Hill. Ed. 24. (Pg. 464). Buenos Aires Argentina.

Cunningham. F, Leveno. K, Bloom. S. (2015) *Williams - obstetricia*. Editorial: McGraw-Hill. Ed. 24. (Pg. 853 – 854). Buenos Aires Argentina.

Cunningham. F, Leveno. K, Bloom. S. (2015) *Williams - obstetricia*. Editorial: McGraw-Hill. Ed. 24. (Pg. 481 –483). Buenos Aires Argentina.

Córdova Z, (2015). Factores de riesgo obstétrico y su relación con el incremento de parto distócico. (Para optar el título profesional de licenciado en obstetricia). En la Universidad Alas Peruanas, en Ica – Perú.

Castro L, Pacco Y, (2016). Los factores de riesgo asociados a distocias de trabajo de parto. (Para optar el título de licenciadas en obstetricia). En la Universidad Andina Del Cuzco, en Cuzco – Perú.

Ceballos C, Chamba B, (2013). Identificación de factores de riesgo asociados con el parto distócico. (Para obtener el título en licenciada en enfermería). En la universidad de Guayaquil, en Guayaquil – Ecuador.

Carbro A. Sancan J. (2016). Asfixia Neonatal como repercusión de Partos Distócicos. (Para adquirir el título de médico cirujano). En la Universidad Técnica de Manabí, en Portoviejo - Manabí Ecuador.

Díaz C, (2015) Factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto. Para optar (el Grado Académico de Magister en Obstetricia con Mención en Salud Reproductiva). Universidad nacional mayor de san marcos en Lima – Perú.

Fescina, R. Schwarcz, R. Duverges, C. (2016), *Obstetricia*, editorial: El Ateneo. Ed. 7. (Pg. 584). Buenos Aires Argentina.

Fescina, R. Schwarcz, R. Duverges, C. (2016), *Obstetricia*, editorial: El Ateneo. Ed. 7. (Pg. 609 – 610 – 611 – 612). Buenos Aires Argentina.

Fescina, R. Schwarcz, R. Duverges, C. (2016), *Obstetricia*, editorial: El Ateneo. Ed.7. (Pg.585). Buenos Aires Argentina.

Fescina, R. Schwarcz, R. Duverges, C. (2016), *Obstetricia*, editorial: El Ateneo. Ed. 7. (Pg. 585 – 586 - 587). Buenos Aires Argentina.

Fescina, R. Schwarcz, R. Duverges, C. (2016), *Obstetricia*, editorial: El Ateneo. Ed.7. (Pg. 587 – 588 – 589 – 590 – 591 - 592). Buenos Aires Argentina.

Fescina, R. Schwarcz, R. Duverges, C. (2016), *Obstetricia*, editorial: El Ateneo. Ed.7. (Pg. 633 – 646). Buenos Aires Argentina.

Fescina, R. Schwarcz, R. Duverges, C. (2016), *Obstetricia*, editorial: El Ateneo. Ed. 7. (Pg. 205 – 207). Buenos Aires Argentina.

Fescina, R. Schwarcz, R. Duverges, C. (2016), *Obstetricia*, editorial: El Ateneo. Ed. 7. (Pg. 618 – 620). Buenos Aires Argentina.

INEI, ENDES (2015). Informe de la encuesta demográfica de la salud familiar recuperado de:

<https://1996pnsrpf2000.files.wordpress.com/2011/07/inei-encuesta-demogrc3a1fica-y-de-salud-familiar-endes-2000.pdf>

Jaramillo D, Jaramillo A, (2015). Parto distócico y factores relacionados. (Para la obtención de título medico). En la universidad de cuenca, en Cuenca – Ecuador.

López F, (2016). Prevalencia y factores de riesgo asociados a distocias. (Para obtener el título de médico general). En la universidad Católica De Cuenca, en Cuenca – Ecuador.

Ministerio Nacional de Salud. (2007). Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva. Perú: MINSA.

MINISTERIO DE SALUD, (2015). Programa Nacional de Estadísticas de Salud recuperado de:

<http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie5Nro45.pdf>

Midwifery R, (2014). Exactitud diagnóstica de las mediciones antropométricas de la madre como predictores de distocia en mujeres nulíparas”. (Para obtener la especialidad en ginecología) en la universidad de Yale, en estados unidos.

OMS (2016). Cada día mueren alrededor de 830 mujeres por causas prevenibles vinculadas con el embarazo y el parto. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

OMS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial (2003) Si bien la totalidad de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo. Alrededor del 15%. Recuperado de:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/es/

Oros, D., Fabre, E. (2007). A.J., Melchor, M.J., Merce, L.T. SEGO (pg. 835- 842). Madrid: Grupo ENE publicidad, S.A.

Peña, R (2013). Distocias en el trabajo de parto y su relación con el Apgar del recién nacido. (Para obtener el título de licenciada en obstetricia). En la universidad alas peruanas, en Ica – Perú.

Ramos, E. Iglesias, F. Peralta, C. Méndez, P. Castro, I. Revista de Ciencias de la Salud, Volumen 3, Número 8, de Julio - Septiembre 2016, Recuperado de:
http://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Ciencias_de_la_Salud/vol3num8/Revista_Ciencias_de_la_Salud_V3_N8.pdf

Tirado L, (2017). Gestante añosa como factor asociado a distocia de labor de parto. (Para optar el título de médico cirujano). En la Universidad Privada Antenor Orrego, en Trujillo – Perú.

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Titulo	Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Variable	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Niveles y rangos	
Factores Asociados al Parto Distócico en Pacientes atendidas en el Hopsital de Huaycan durante el año 2017	PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS ALTERNATIVA	Factores Relacionados	FACTOR MATERNO	Periodo Intergenesico	Razon	1,2,3,4,5...	
	¿Cuáles son los factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital de Huaycan durante el año 2017?	¿Cuáles son los factores maternos, fetales y Socio – Culturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital de Huaycan durante el año 2017?	Los Factores Maternos, Fetales, y Socio-Culturales . Son factores asociados al Parto Distocico en e Hopsital de Huaycan durante el año 2017			Desproporcion- CefaloPelvica	Nominal	Si / No	
						I.M.C.	Nominal	FEG / NFEG	
						Anomalias de las Fuerzas Expulsivas	Ordinal	Si / No	
						Distocias de partes blandas	Nominal	SI / NO	
	PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPÓTESIS NULA		FACTOR FETAL		Presentacion Fetal	Nominal	Cef./Breg./Acr./Pod.
					Distocia de hombros	Nominal	SI / No		
					Macrosomia	Ordinal	Si / No		
	¿Cuáles son los factores maternos asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital Huaycan durante el año 2017?	Investigar los factores maternos asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital de Huaycan durante el año 2017	Los Factores Maternos, Fetales, y Socio-Culturales . No son factores asociados al Parto Distocico en e Hopsital de Huaycan durante el año 2017		FACTOR SOCIO-CULTURAL		Grado de Instrucción	Nominal	Pri./Sec./Tec./Sup
					cumplimiento de control prenatal	Nominal	Si / No		
					zonas	Nominal	H.H / P.S.S.D.M / P.S.F.N.J/ P.S.F. /		
					Estado Civil	Nominal	Sol./Cas./viu./Div.		
					Ingreso Economico	Nominal	B. <S/. 930 M. < S/. 1500 A. > S/. 2000		
	Edad	Razon	> 35 <						
¿Cuáles son los factores fetales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital Huaycan durante el año 2017?	Definir los factores fetales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital de Huaycan durante el año 2017			Parto Distocico	PATOLOGIAS	Distocias por via de parto	Ordinal	Si / No	
¿Cuáles son los factores socioculturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital Huaycan 2017?	Establecer los factores Socio - Culturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital de Huaycan durante el año 2017								

ANEXO 2. MATRIZ DE OPERACIONALIZACION

TABLA N° 02
Operacionalizacion Operacionalizacion

Variables	Dimensiones	Indicadores	Numero de ítems	Escala de medición	Niveles y rangos
FATORES ASOCIADOS	FACTOR MATERNO	Periodo Intergenesico	1	Razon	1,2,3,4,5...
		Distocia de partes blandas	1	Nominal	Si / No
		Desproporcion-CefaloPelvica	1	Nominal	Si / No
		Anomalias de las Fuerzas Expulsivas	1	Ordinal	Si / No
	FACTOR NEONATAL	Distocia de Hombros	1	Nominal	Si / No
		Presentacion Fetal	1	Nominal	Cef./Breg./Acr./Pod.
		Macrosomia	1	Ordinal	Si / No
	FACTOR SOCIO-CULTURAL	Grado de Instrucción	1	Nominal	Pri./Sec./Tec./Sup
		cumplimiento de control prenatal	1	Nominal	Si / No
		zonas	1	Nominal	H.H / P.S. S.D.M / P.S.F.N.J/ P.S.F. /
		Estado Civil	1	Nominal	Sol./Cas./Viu./Div.
		Edad	1	Razon	> 35 <
PARTO DISTOCICO	PATOLOGIAS	Distocias por via de parto	1	Ordinal	Si / No

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

FACULTAD DE SALUD Y NUTRICION

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



“Factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto distócico en pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan -2017”

CASOS () CONTROL ()

FACTORES GINECO- OBSTETRICOS

1. Periodo Intergenésico
2. Desproporción Céfalo- Pélvica SI () NO ()
3. Anomalías de la contracción SI () NO ()
4. Distocia de partes blandas SI () NO ()
5. IMC FEG () NFEG ()

FACTORES FETALES

6. Macrosomia presente () ausente()
7. Presentación C() P () A()
8. Situación L() T() O()
9. Distocia de hombros SI () NO ()

CARACTERISTICAS SOCIO-CULTURALES MATERNOS:

10. Edad Materna:
11. Estado Civil: Soltera () Conviviente () Casada () Otros ()
12. Nivel de Estudios: Primaria () Sec. () Téc. () Sup. Univ ()
13. zona de Procedencia: H.H () P.S. S.D.M () P.S.F.N.J.() P.S.F. () P.S.H.Z. ()
14. Ocupación: Ama de Casa () estudiante () comerciante () profesional () otros ()
15. Cumplimiento de los Controles Prenatales: SI () NO ()
16. Ingreso Económico : Bajo () Medio () Alto ()

ANEXO 4
SOLICITUD PARA VALIDEZ DE INSTRUMENTO

Señor Experto:

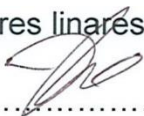
La presente tiene por finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez del contenido de los instrumentos de recolección de datos que será aplicado en el estudio denominado: **“FACTORES MATERNOS, FETALES Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL PARTO DISTOCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE HUAYCAN DURANTE EL - 2017”**

Su eficaz ayuda consistirá en la evaluación de la congruencia de cada una de las preguntas con los objetivos, variables, dimensiones, indicadores, y la ligación de las mismas.

Agradeciendo de antemano su apreciada colaboración, se despide de usted.

Atentamente

Torres Inarés Romina



.....

León Moreto Elke



.....

ANEXO 5

VALIDEZ DE INSTRUMENTO

JUICIO DE EXPERTO

Estimado(a) Experto(a):

Teniendo como base los criterios que se presenta se le solicitan dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada Ítem según su opinión sea favorable o desfavorable

Item	ENUNCIADO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento responde al problema	X		
2	El instrumento responde a los objetivos	X		
3	Los ítemes se derivan de indicadores de todas las dimensiones de la variable	X		
4	El número de ítemes es suficiente	X		
5	La redacción de los ítemes son claras, sencillas, precisas	X		


NA. D. C. 11111111
L. HAYDE SALHUANA A.
OBSTETRA ESP. EMERG. OBST.
COP. 10649 RE. 1453-E09

Lima 02 de mayo de 2018

Señor Experto:

La presente tiene por finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez del contenido de los instrumentos de recolección de datos que será aplicado en el estudio denominado: **“FACTORES MATERNOS, FETALES Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL PARTO DISTOCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE HUAYCAN - 2017”**

Su valiosa ayuda consistirá en la evaluación de la pertinencia de cada una de las preguntas con los objetivos, variables, dimensiones, indicadores, y la relación de las mismas.

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, se despide de usted.


Atentamente

Torres Inares Romina



.....

León Moreto Elke



.....

JUICIO DE EXPERTO

Estimado(a) Experto(a):

Teniendo como base los criterios que se presenta se le solicitan dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada Ítem según su opinión sea favorable o desfavorable

Item	ENUNCIADO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento responde al problema	X		
2	El instrumento responde a los objetivos	X		
3	Los ítemes se derivan de indicadores de todas las dimensiones de la variable	X		
4	El número de ítemes es suficiente	X		
5	La redacción de los ítemes son claras, sencillas, precisas	X		


Mercedes L. Flores B.
OBSTETRIZ
CGP. 12788

Lima 02 de mayo de 2018

Señor Experto:

La presente tiene por finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez del contenido de los instrumentos de recolección de datos que será aplicado en el estudio denominado: **“FACTORES MATERNOS, FETALES ASOCIADOS AL PARTO DISTOCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE HUAYCAN - 2017”**

Su valiosa ayuda consistirá en la evaluación de la pertinencia de cada una de las preguntas con los objetivos, variables, dimensiones, indicadores, y la relación de las mismas.

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, se despide de usted.

Atentamente

Torres linares Romina



.....

León Moreto Elke



.....

JUICIO DE EXPERTO

Estimado(a) Experto(a):

Teniendo como base los criterios que se presenta se le solicitan dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada Ítem según su opinión sea favorable o desfavorable

Item	ENUNCIADO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento responde al problema	X		
2	El instrumento responde a los objetivos	X		
3	Los ítemes se derivan de indicadores de todas las dimensiones de la variable	X		
4	El número de ítemes es suficiente	X		
5	La redacción de los ítemes son claras, sencillas, precisas	X		


Mercedes Mendoza Cárdenas
JEFA DE OBSTETRAS
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
COP 2667

Lima 02 de mayo de 2018

Señor Experto:

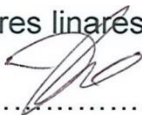
La presente tiene por finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez del contenido de los instrumentos de recolección de datos que será aplicado en el estudio denominado: **“FACTORES MATERNOS, FETALES Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL PARTO DISTOCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE HUAYCAN - 2017”**

Su valiosa ayuda consistirá en la evaluación de la pertinencia de cada una de las preguntas con los objetivos, variables, dimensiones, indicadores, y la relación de las mismas.

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, se despide de usted.

Atentamente

Torres Inarés Romina



.....

León Moreto Elke



.....

JUICIO DE EXPERTO

Estimado(a) Experto(a):

Teniendo como base los criterios que se presenta se le solicitan dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada Ítem según su opinión sea favorable o desfavorable

Item	ENUNCIADO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento responde al problema	X		
2	El instrumento responde a los objetivos	X		
3	Los ítemes se derivan de indicadores de todas las dimensiones de la variable	X		
4	El número de ítemes es suficiente	X		
5	La redacción de los ítemes son claras, sencillas, precisas	X		


N. GIOVANNA VAN CONCELLOS M.
OBSTETRIZ
COP 3312
N.A. 806274900

Lima 02 de mayo de 2018

Señor Experto:

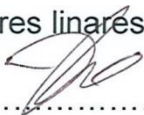
La presente tiene por finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez del contenido de los instrumentos de recolección de datos que será aplicado en el estudio denominado: **“FACTORES MATERNOS, FETALES Y SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL PARTO DISTOCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE HUAYCAN - 2017”**

Su valiosa ayuda consistirá en la evaluación de la pertinencia de cada una de las preguntas con los objetivos, variables, dimensiones, indicadores, y la relación de las mismas.

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, se despide de usted.

Atentamente

Torres Inarés Romina



.....

León Moreto Elke



.....

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de estudio: factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital Huaycán – 2017.

Investigador(as) León Moreto Elke Lucila y Torres Linares Frizsia Romina

Estimada paciente:

El parto distócico es un problema que se presenta a nivel mundial, debido a las complicaciones que se presentan durante el trabajo de parto. Lo cual se planteó la necesidad de realizar una investigación respecto a los factores asociados a dicha patología. El estudio para el cual solicitamos su participación ha sido autorizado por el comité de ética del Hospital Huaycán y consiste en el estudio de los factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto distócico. Estos son determinados a través del llenado de un cuestionario por parte del investigador, quien le realizara diversas preguntas relacionadas con la historia médica y otros. Su participación es completamente voluntaria y en ningún caso sus datos personales serán revelados, siendo garantizada la confidencialidad de los mismos. Si usted no desea participar no existirá constancia de esto en ningún documento, siendo su participación sustituida por otra paciente, no obstante, si usted decide participar se le solicita responda a las cuestiones planteadas con la mayor sinceridad posible. Con el fin que el investigador pueda revisar ciertos elementos de la historia clínica, que pueda tener interés no solo para la investigación sino para su propia salud y la de muchas pacientes que presenten esta patología.

Si después de leer esto tuviera alguna duda, consulte con la persona que le proporciona esta nota. Se agradece su colaboración.

Mediante la firma del presente consentimiento, la paciente manifiesta:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer cuantas preguntas he creído conveniente sobre el estudio, recibiendo así información suficiente del mismo.

Por lo cual, voluntaria y libremente doy mi conformidad para participar en el estudio.

Firma de la paciente

ANEXO 7



CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

El Jefe de la Oficina de Grados y Títulos de la Universidad Privada TELESUP, hace constar, que el Proyecto “ Factores relacionados al parto distócico en pacientes atendidas en el Hospital de Huaycan durante el año 2017 ” presentado por los autores: LEÓN MORETO ELKE LUCILA y TORRES LINARES FRISZIA ROMINA, para optar el Grado de Licenciada en Obstetricia, ha cumplido con los estándares establecidos por la Universidad, por lo que se aprueba el proyecto de tesis teniendo como fecha de aprobación el 06 de mayo de 2018.

A petición del interesado y para los fines que estime conveniente se expide la presente constancia.

Lima, 09 de mayo de 2018



Dr. Anaximandro Peralta Sánchez
VICERRECTOR ACADÉMICO DE UP TELESUP

ANEXO: 8

Lima, 7 de mayo del 2018

“Año del dialogo y la Reconciliación Racional “

SOLICITO: AUTORIZACION PARA
EJECUCION DE PROYECTO DE
INVESTIGACION DE TESIS

Sr. Dr. Jorge Luis, Sánchez Veintimilla

Director General del Hospital de Huaycan



YO, Romina Torres Linares identificada con DNI N° 73213112

Elke Leon Moreto, identificada con DNI N° 47156926

Actualmente egresadas el 2017 de la carrera de obstetricia de la universidad privada TELESUP.

Solicitamos a usted que disponga la aprobación y autorización para la ejecución del proyecto de investigación que presentamos, titulado “Factores relacionados al parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital Huaycan 2017”, lo cual ha sido aprobado por la universidad.

Por lo tanto, rogamos a usted acceda a nuestra petición:

Atentamente:

Romina Torres Linares

elke León Moreto

Walter Gómez

ANEXO: 9



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de Huaycán

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

PROVEÍDO DE INVESTIGACIÓN Nº 008-2018

LOS QUE SUSCRIBEN:

Dr. Jorge Luis Sánchez Veintimilla.

Director del Hospital de Huaycán.

Lic. Raúl Felipe Chuquiyaury Justo

Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Dejan Constancia que:

La Srta. Elke León Moreto y la Srta. Romina Torres Linares., ha presentado el trabajo de investigación titulado:

“Factores Maternos, Fetales y Socioculturales Relacionados al Parto Distócico en Pacientes Atendidas en el Hospital de Huaycán -2017”

El cual ha sido aprobado para su ejecución en nuestra institución, no teniendo valor alguno en acciones en contra del estado.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE HUAYCÁN

J. Sánchez Veintimilla

Dr. Jorge Luis Sánchez Veintimilla
D.M.P. 29588
DIRECTOR

Lima, 7 de junio del 2018.

ANEXO: 10

SOLICITUD PARA REVISION DE HISTORIAS CLINICAS



"El Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres".

INFORME N° 175 -2018-UADI-HH/MINSA

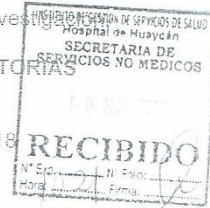
A : DRA. DANNY GIANINA ESPINOZA HUETE
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN

DE : LIC. RAÚL FELIPE CHUQUIYURI JUSTO,
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

ASUNTO : FACILIDADES PARA LA REVISIÓN DE HISTORIAS CLINICAS CON FINES DE INVESTIGACIÓN

REFERENCIA : PROVEÍDO DE INVESTIGACIÓN N° 008-2018

FECHA : Huaycán, 08 de junio de 2018



Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y a la vez, en atención al documento de la referencia, de aprobación de proyecto de tesis para su ejecución en nuestra institución, solicitarle gentilmente se brinde las facilidades para la revisión de historias clínicas a las investigadoras, *Srta. Elke León Moreto y la Srta. Romina Torres Linares*, quienes presentaron su proyecto de Investigación Titulado "*Factores Maternos, Fetales y Socioculturales Relacionados al Parto Distócico en Pacientes Atendidas en el Hospital de Huaycán -2017*". El mismo que fue aprobado con *PROVEÍDO N° 008- 2018*.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para manifestarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

C.c. archivo
RCHJ / csrl

ANEXO 11

RECOLECCION DE DATOS

