

“Año del bicentenario: 200 años de Independencia”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(CREADA POR LEY N°25265)

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



TESIS

**CARACTERISTICAS DE LAS GESTANTES CON PARTO
DISTOCICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE
HUANTA 2019**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL

PRESENTADO POR:

Obsta. HUILLCA OROSCO, Liliana

**PARA OPTAR EL TITULO DE: ESPECIALISTA EN
EMERGENCIA Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

**HUANCAMELICA – PERÚ
2021**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huancavelica a los treinta días del mes de abril a las 10:00 horas del año 2021 se reunieron los miembros del Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis de la Egresada:

HUILLCA OROSCO LILIANA

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Dr. LEONARDO LEYVA YATACO
Secretaria : Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN
Vocal : Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

CARACTERISTICAS DE LAS GESTANTES CON PARTO DISTOCICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA 2019.

Concluida la sustentación de forma síncrona, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 306-2021-D-FCS-R UNH concluyendo a las 10:35 horas. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a la sustentante que suspendan la conectividad durante unos minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: **APROBADO por UNANIMIDAD.**

Observaciones:

Ciudad de Huancavelica, 30 de abril del 2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DR. LEONARDO LEYVA YATACO
DOCENTE
PRESIDENTE



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
SECRETARIA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Rossibel Juana Muñoz de la Torre
DOCENTE



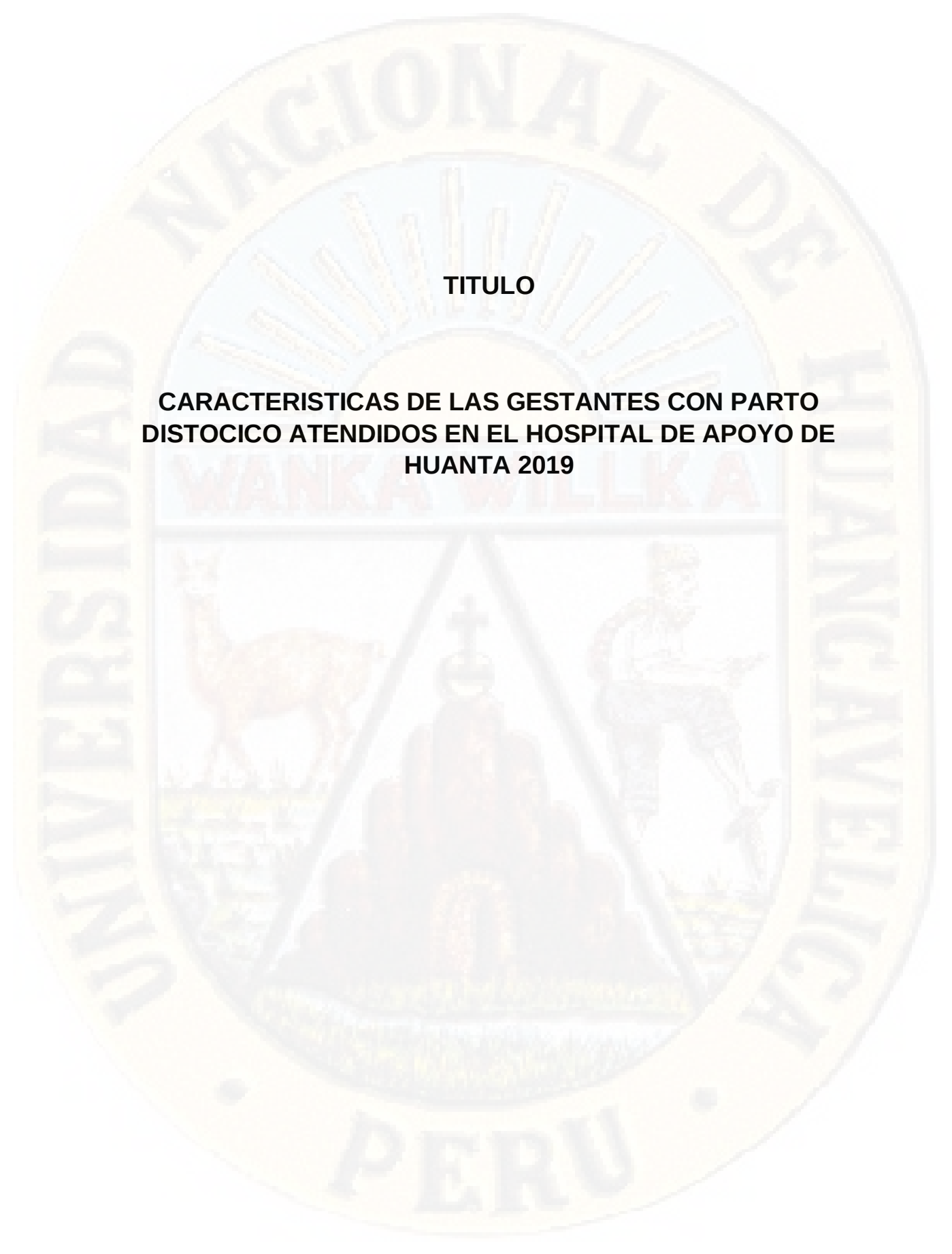
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANATO
VºBº DECAÑA



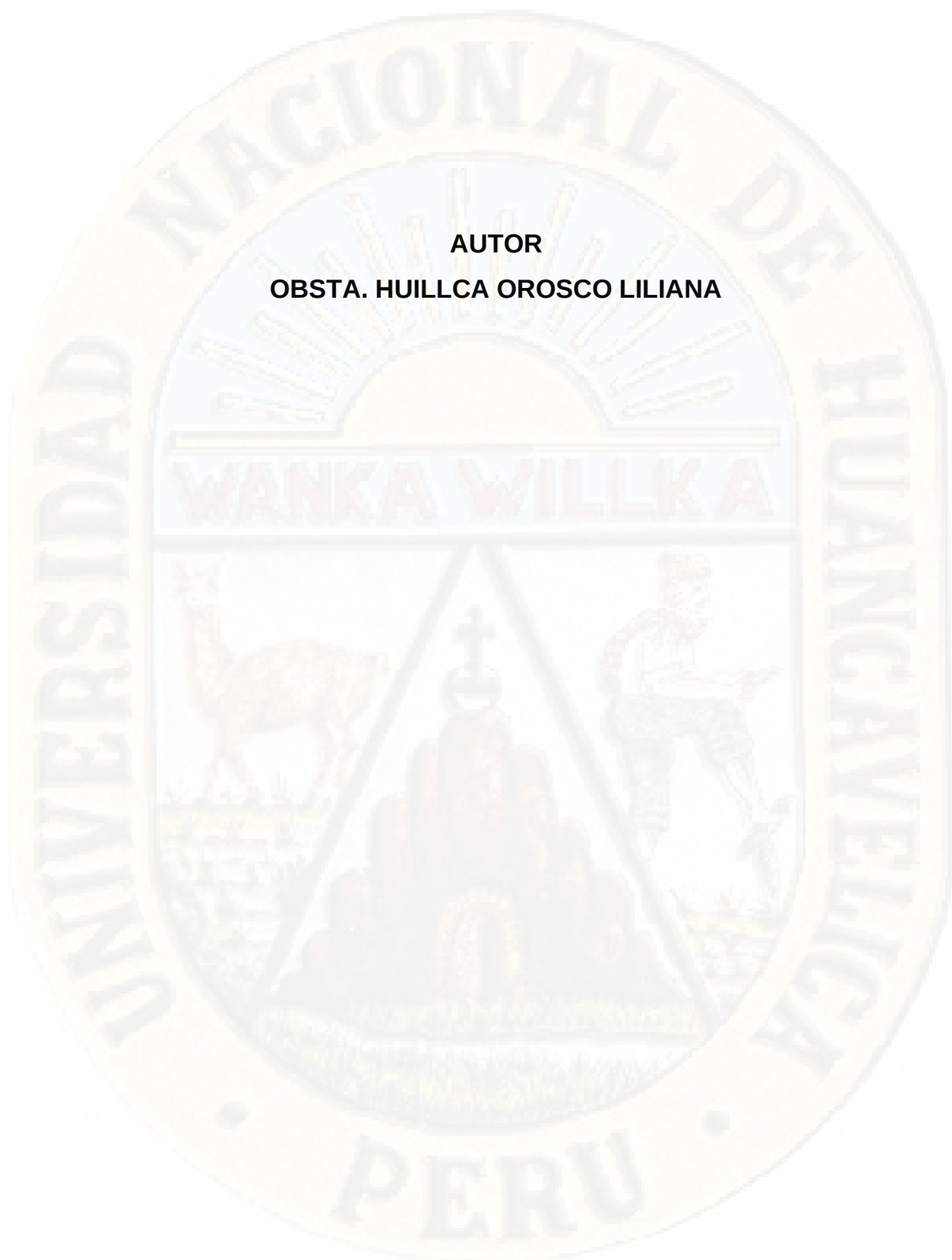
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

VºBº SECRETARIA DOC. DOCENTE



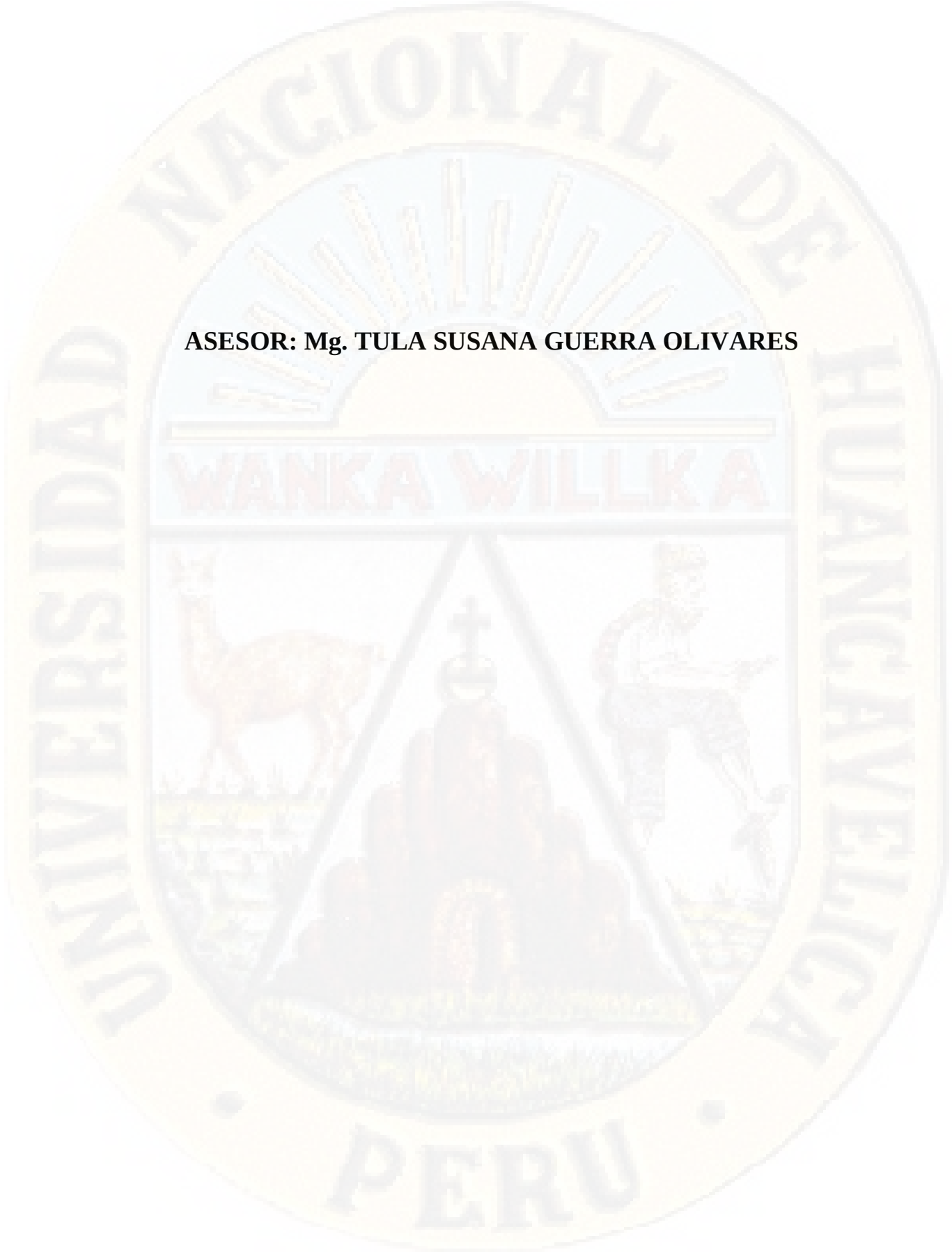
TITULO

**CARACTERISTICAS DE LAS GESTANTES CON PARTO
DISTOCICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE
HUANTA 2019**

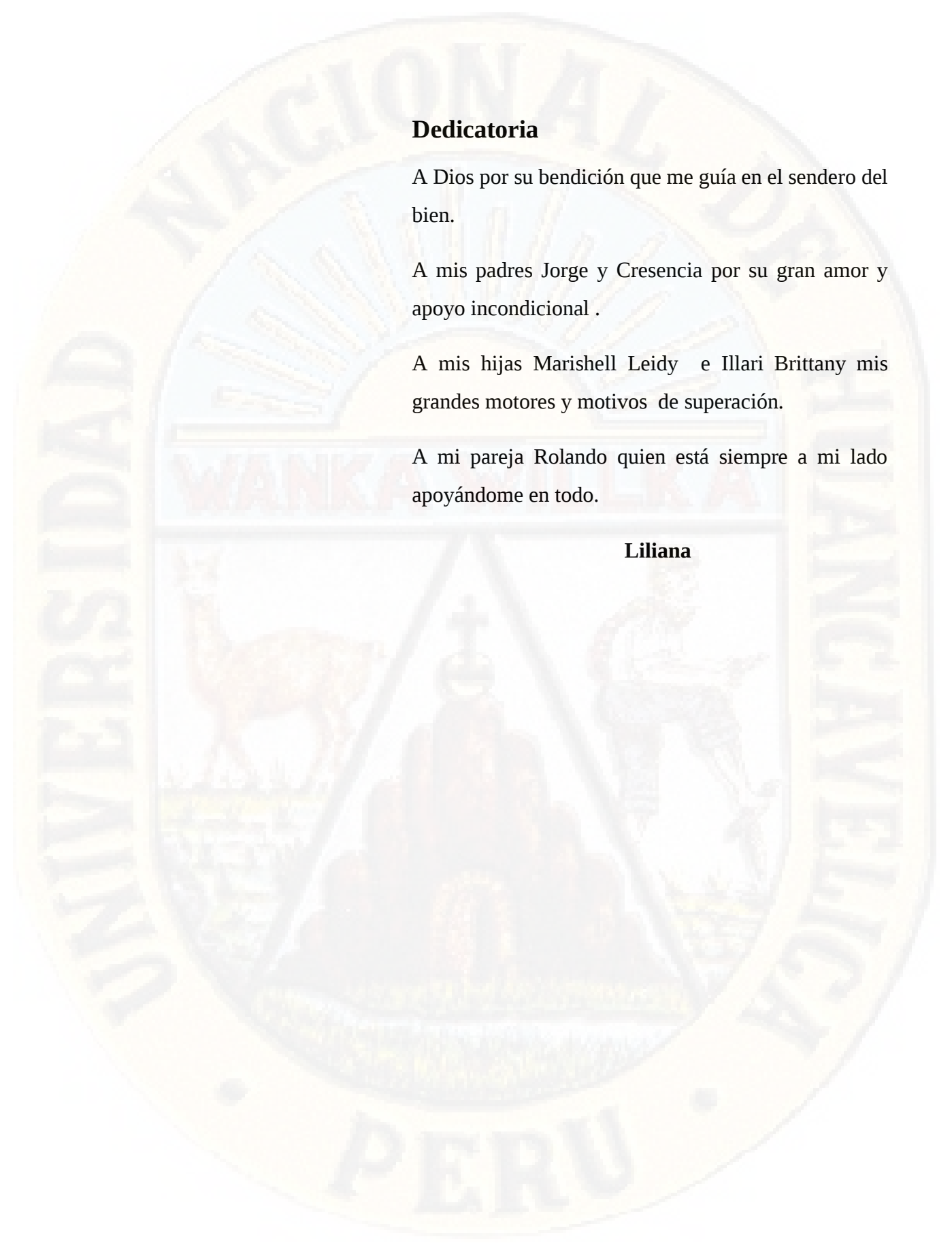


AUTOR

OBSTA. HUILLCA OROSCO LILIANA

The seal of the National University of Huancavelica, Peru, is a circular emblem. It features a central shield divided into three sections. The top section shows a sun with rays. The middle section contains the text "WANKA WILLKA" in red. The bottom section is divided into three parts: a llama on the left, a central mountain with a cross on top, and a figure on the right. The shield is surrounded by a yellow border with the text "NACIONAL DE HUANCavelica" at the top and "PERU" at the bottom.

ASESOR: Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES



Dedicatoria

A Dios por su bendición que me guía en el sendero del bien.

A mis padres Jorge y Cresencia por su gran amor y apoyo incondicional .

A mis hijas Marishell Leidy e Illari Brittany mis grandes motores y motivos de superación.

A mi pareja Rolando quien está siempre a mi lado apoyándome en todo.

Liliana

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Huancavelica por darme la oportunidad de culminar mis estudios de segunda especialidad y fortalecer mis competencias a través de la especialización y así lograr un servicio de calidad a las usuarias del establecimiento de salud

A mi asesora Mg. Tula Guerra Olivares, por su apoyo y dedicación en el presente trabajo.

A mis colegas por los momentos agradables que pasamos en las aulas.

Agradezco al director del Hospital de Apoyo de Huanta por el apoyo en la obtención de la información para hacer realidad el presente estudio.

Tabla de contenido

Dedicatoria.....	vii
Agradecimiento	viii
Tabla de contenido.....	ix
Tabla de contenido de cuadros	x
Resumen	xi
Abstract.....	xii
Introducción.....	xiii
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema.....	14
1.2. Formulación del problema.....	15
1.3. Objetivos de la investigación.....	16
1.4. Justificación	16
1.5. Limitaciones	17
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	18
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Definición de terminos	25
2.4. Variables de estudio	26
CAPÍTULO III MATERIALES Y METODOS	
3.1. Ámbito temporal y espacial.....	29
3.2. Tipo de investigación.....	29
3.3. Nivel de investigación	29
3.4. Métodos de investigación.....	30
3.5. Diseño de investigación.....	30
3.6. Población, muestra y muestreo.....	30
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
3.8. Técnica de procesamiento y análisis de datos	31
CAPÍTULO IV DISCUSION DE RESULTADOS	
4.1. Presentación e interpretación de datos.....	32
4.2. Discusión de resultados	40
Conclusiones.....	41
Recomendaciones	43
Referencias bibliográficas	44
Anexo:	47
Anexo 1: Matriz de consistencia	49
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	50
Anexo 3: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar	53

Tabla de contenido de cuadros

Tabla 1.	Gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019.	32
Tabla 2.	Gestantes con parto distócico según causa atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019.	33
Tabla 3.	Características generales de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019.	35
Tabla 4.	Parto distócico de origen materno de gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta 2019.	36
Tabla 5.	Parto distócico de origen fetal en gestantes atendidos en el Hospital de Apoyo Huanta 2019.	37
Tabla 6.	Peso al nacer de recién nacidos de madres con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo Huanta 2019.	38
Tabla 7.	Vía de culminación del parto distócico de gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019.	39

Resumen

Objetivo. Determinar las características de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019. **Metodología.** Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. **Resultado.** Del total de gestantes atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019; el 21.8% tuvieron parto distócico, de ellos el 76.% tuvieron parto distócico de origen materno y el 24.0% tuvieron parto distócico de origen fetal. Del total de gestantes con parto distócico; el 21.8% fueron adolescentes, el 47.9% jóvenes y el 30.3% Adultas. El 50.8% procedían de zona urbana y el 49.2% de zona rural. El 34.0% fueron primíparas, el 52.9% Multíparas y el 13.1% fueron Gran Multíparas. El 85.3% tuvieron como mínimo 6 APN y el 14.7% tuvieron menor a 6 APN. Del total de gestantes atendidos con parto distócico de origen materno, el 13.0% tuvieron parto distócico por presentación podálica, el 12.2% por desproporción feto pélvica, el 11.4% por cesárea anterior, el 10.5% por anomalías de contracción, el 9.2% por desgarros perineales, el 7.1% por trastornos hipertensivos del embarazo, el 6.3% por periodo intergenésico corto, el 5.0% por Ruptura Prematura de Membranas y el 1.3% por otras causas maternas. El 24.0% gestantes tuvieron parto distócico de origen o causa fetal. Del total de gestantes con parto distócico de origen fetal, el 7.6% tuvieron parto distócico por sufrimiento fetal, el 6.7% por Macrosomía fetal, el 5.5% por distocia funicular, el 3.4% por situación transversa, el 0.8% por otras causas (Rh-) RCIU etc.). El 76.0% de gestantes tuvieron parto distócico de origen o causa Materna. Del total de gestantes de la población en estudio, el 5.9% de gestantes con parto distócico tuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer, el 85.3% tuvieron recién nacidos con adecuado peso al nacer y el 8.8% tuvieron Recién nacidos Macrosómicos. **Conclusiones.** El 21.8% de gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta en 2019, tuvieron parto distócico, de ellos el 76% fueron de causa materna y el 24% de causa fetal.

Palabras clave: Gestante y Parto distócico.

Abstract

Objective. To determine the characteristics of pregnant women with dystocic delivery attended at the Hospital de Apoyo de Huanta 2019. **Methodology.** Descriptive, retrospective cross-sectional study. **Outcome.** Of the total number of pregnant women treated at the Huanta Support Hospital during 2019; 21.8% had dystocic delivery, of them 76.% had dystocic delivery of maternal origin and 24.0% had dystocic delivery of fetal origin. Of the total of pregnant women with dystocic delivery; 21.8% were adolescents, 47.9% were young and 30.3% were adults. 50.8% came from urban areas and 49.2% from rural areas. 34.0% were primiparous, 52.9% were multiparous and 13.1% were large multiparous. 85.3% had at least 6 APN and 14.7% had less than 6 APN. Of the total of pregnant women seen with dystocic delivery of maternal origin, 13.0% had dystocic delivery due to breech presentation, 12.2% due to pelvic fetus disproportion, 11.4% due to previous cesarean section, 10.5% due to contraction anomalies, 9.2% due to tears. perineal, 7.1% due to hypertensive disorders of pregnancy, 6.3% due to short intergenetic period, 5.0% due to Premature Rupture of Membranes and 1.3% due to other maternal causes. 24.0% of pregnant women had dystocic delivery of fetal origin or cause. Of all pregnant women with dystocic delivery of fetal origin, 7.6% had dystocic delivery due to fetal distress, 6.7% due to fetal macrosomia, 5.5% due to funicular dystocia, 3.4% due to transverse situation, 0.8% due to other causes (Rh -) IUGR etc.). 76.0% of pregnant women had dystocic delivery of maternal origin or cause. Of the total number of pregnant women in the study population, 5.9% of pregnant women with dystocic delivery had newborns with low birth weight, 85.3% had newborns with adequate birth weight and 8.8% had Macrosomic Newborns. **Conclusions.** 21.8% of pregnant women treated at the Huanta Support Hospital in 2019 had dystocic delivery, of which 76% were of maternal cause and 24% of fetal cause.

Key words: Pregnant and dystocic delivery.

Introducción

El trabajo de parto y el parto mismo son procesos fisiológicos del nacimiento del recién nacido; sin embargo, a menudo podrían presentarse dificultades en esta etapa que conllevan al parto distócico, los cuales contribuyen en el incremento de morbilidad materna y perinatal (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de 830 mujeres mueren todos los días por complicaciones relacionadas con la distocia. En 2015, aproximadamente 303.000 mujeres murieron durante o después del embarazo y el parto. De hecho, todas estas muertes ocurrieron en países de bajos ingresos. En América Latina, México, República Dominicana, Brasil, Chile y Colombia, casi la mitad de los nacimientos sufren de distocia, la más alta del mundo (2).

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 (2).

Lo descrito hace necesario investigar las características del parto distócico en las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019, cuyos resultados se presentan se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

El parto normal o eutócico es el que termina con la expulsión espontánea de un feto viable y de sus anexos, sin cambiar durante toda su evolución. La forma más común del parto eutócico es el parto en presentación cefálica flexionada o presentación de vértice, donde la cabeza fetal se coloca de manera que penetre en el canal del parto en el tamaño más pequeño. Esta presentación es la que ofrece las mejores condiciones para que no existan complicaciones (3).

Algunos autores distinguen entre parto eutócico y parto distócico, siendo el parto eutócico el parto en presentación de vértice y el parto distócico incluiría todas las otras variedades de presentación.

El trabajo de parto y parto son procesos fisiológicos que pueden conducir a dificultades que conllevan al parto distócico, lo que lleva a un aumento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, siendo esta presentación diferente a la occipitoanterior, distocia de contracción, periodo intergenésico corto, óbito previo, mujeres menores de 18 o mayores de 35 años, o mujeres con defectos congénitos pélvicos y pérdida de líquido amniótico por más de 12 horas. La duración de la primera etapa del trabajo de parto es de más de cuatro horas en partos múltiples y de más de ocho horas en mujeres nulíparas (3).

Según las normas de atención prenatal, la distocia es una anomalía del mecanismo del parto que impide su evolución fisiológica, con una frecuencia del 18,3%, con múltiples factores relacionados, y sus efectos perinatales pueden ir desde lesiones menores hasta daño cerebral grave(4).

La Organización Mundial de la Salud informa que 830 mujeres mueren todos los días por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015, aproximadamente 303.000 mujeres murieron durante o después del embarazo y el parto. De hecho, todas estas muertes ocurrieron en países de bajos ingresos. Entre 1990 y 2014, la proporción de distocia aumentó del 23% al 42%. Para la OMS, este

procedimiento solo es razonable entre el 10% y el 15% debido a la distocia relacionada con el parto (2).

Otros condicionantes del parto distócico son las de origen fetal siendo estas: macrosomía fetal, presentación anómala, situación anómala, distocia de hombro, sufrimiento fetal, entre otros (3)

En el Perú la mortalidad materna ha venido descendiendo durante los últimos años, tal que de 457 defunciones en el 2010 a 414 defunciones en el año 2015. Siendo Lima, el departamento con la mayor cantidad de defunciones. Del mismo modo Entre 2009 y 2014, el aumento prenatal en las tasas de licencia por maternidad fue del 94,3% y 96,9%, respectivamente. En cuanto a las cifras de gestantes controladas, se ha descrito que en el Perú para el año 2008 se obtuvo una cobertura del 57.4% siendo Tumbes el departamento con mayor cobertura (80.6%) y Huancavelica el departamento con menor cobertura (34.6%)

Por otro lado, Según la OMS, a nivel mundial solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo, en el Perú se evidencian avance en la cobertura con por lo menos seis Atenciones Pre Natales (5). El comportamiento de los partos distócicos no es diferente en las gestantes atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019, cuyo compromiso alcanza a causas maternas y causas fetales, por ello resulta necesario determinar las características del parto distócico en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019, cuyos resultados permitirá fortalecer las estrategias de respuesta de los profesionales involucrados en el manejo de estas patologías con el único propósito de disminuir la morbilidad y mortalidad materna neonatal en la población en estudio.

1.2. Formulación del problema de investigación

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características del parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son las características generales de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019?

¿Cuáles son las distocias de origen materno atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019?

¿Cuáles son las distocias de origen fetal atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar son las características del parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar las características generales de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019.
- Determinar las distocias de parto de origen materno atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019.
- Determinar las distocias de parto de origen fetal atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019.

1.4. Justificación

Porque en el embarazo y el parto los procesos fisiológicos del parto deben desarrollarse sin problemas para la madre y el feto, sin embargo mujeres ocurre que en gestantes con una captación temprana, una APN adecuadas a veces terminan su embarazo en una intervención quirúrgica, todo ello como consecuencia de un parto distócico, contribuyendo en la prevalencia de la morbilidad materna y perinatal. El parto distócico pueden ser de origen materno, como: alteraciones de contracción durante el trabajo de parto, presentación diferente a la occipitoanterior, distocia de contracción, periodo intergenésico corto, óbito fetal previo, en edades extremas de la mujer, defectos congénitos pélvicos y RPM o pérdida de líquido amniótico por más de 12 horas, duración de la primera fase del trabajo de parto mayor a cuatro horas en multíparas o mayor de ocho en nulíparas, e inducción del trabajo de parto con prostaglandinas entre otras (6).

Porque las causas de las distocias pueden ser de origen fetal tales como: macrosomía fetal, presentación anómala, situación anómala, distocia de hombro, sufrimiento fetal, entre otros (3).

Según Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 15% de las gestantes presentan complicaciones con riesgos mortales y debe ser atendido por profesional especialista o necesitan una atención calificada. La respuesta sanitaria esta establecida en normas técnicas que orientan las acciones de los profesionales a través de su experticia brindando atención médica propia cuyo propósito es disminuir la morbilidad y mortalidad materno perinatal en la población en estudio. Lo que motivó el presente estudio, los resultados nos permitirán conocer las causas maternas y fetales de las distocias de parto y hacer conocer a la institución apropiada a fin de que implemente o fortalezca la atención especializada de estas patologías.

1.5. Limitaciones

La recolección de datos a través de la ficha de recolección de datos fue llevada a cabo de manera suficiente para llevarla a cabo desde una perspectiva operativa, técnica y económica básica. Se identificaron todas las actividades necesarias para lograr los objetivos y se evaluó y determinó todo lo necesario para recolectar información a través del instrumento. Se consideró todos los recursos técnicos actuales (conocimientos, habilidades, experiencia) suficientes y necesarios en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1. A nivel internacional.

Romero et al (7) Factores de riesgo asociados con el parto distócico, cuyo objetivo: identificar los factores de riesgo vinculados en forma significativa con el parto distócico. Metodología: estudio de casos y controles. Se incluyeron 750 pacientes, distribuidas en: 250 mujeres con partos distócicos (casos) y 500 con partos eutócicos (controles). El análisis se efectuó a través de la media, desviación estándar, prueba de la t de Student, χ^2 y análisis de regresión logística. Error de 5%. Resultados: los factores con significación estadística fueron: edad avanzada ($p < 0.001$), mayor estatura ($p < 0.001$), mayor peso del recién nacido ($p = 0.009$), baja paridad ($p < 0.001$) y mayor duración del trabajo de parto ($p = 0.04$). Otras variables, como el número de embarazos, las cesáreas previas, los abortos, el peso materno, la ganancia de peso durante el embarazo, el número de consultas durante el control prenatal, los antecedentes de parto distócico y la ruptura prematura de membranas no fueron significativas. Conclusiones: la identificación de los factores de riesgo relacionados con el parto distócico durante la APN puede prevenirse esta complicación y sus consecuencias materno-fetales.

Delgado (8) Factores que desencadenan parto distócico en las embarazadas que se asisten al Hospital General Sur Delfina Torres de Concha. Ecuador, con el objetivo: determinar los factores que desencadenan parto distócico en las embarazadas que asisten al Hospital General Delfina Torres de Concha. Metodología: Investigación descriptivo, transversal, cualitativa, cuantitativa no experimental, retrospectivo. Resultado: una prevalencia de parto distócico de 320 (34.3%) durante el periodo Enero a Marzo, dentro de los factores de partos distócico se encontraron según el grupo etario de 20 a 34 años (35.9%), en relación con los antecedentes (71.7%) tuvieron más de 6 controles prenatales, respecto a parto anteriores cesáreas primaria (46.7%) y cesáreas anteriores

(75.3%), enfermedades más frecuentes infecciones de vías urinaria (60.0%) y anemia (33.1%), las principales causas de partos distócicos tenemos: cesáreas anteriores (92.9%), desproporción céfalo-pélvica (21.7%), expulsivo prolongado (16.7%), macrosomía fetal (8.3%), líquido meconial (6.7%)
Conclusión: Es necesario diseñar mejoría de los protocolos con la finalidad de realizar más prevenciones, informar y educar a la comunidad, y disminuir la tasa de mortalidad y complicaciones.

Jaramillo y Jaramillo(9) Parto distócico y factores relacionados en pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, enero del 2015 - junio del 2016, Cuenca-Ecuador. Objetivo: 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. Metodología: estudio cuantitativo, analítico-transversal. Resultados: La prevalencia de parto distócico fue de 21,0% (593 casos). Los siguientes factores se asociaron de manera significativa a la distocia: 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 pretérmino, postérmino, peso al nacer y diabetes gestacional no se asociaron a la distocia. Conclusiones: La prevalencia de distocia es elevada, se encuentra asociada a factores maternos y fetales.

2.1.2 A nivel nacional

Colan et al (10) Factores asociados al parto distócico en gestantes atendidas en hospital público de Lima, 2019. Objetivo. Determinar los factores maternos y fetales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital público nivel II-1 de Lima. Metodología. Estudio de casos y controles. Participantes: Gestantes con diagnóstico parto distócico y parto eutócico atendidas en Hospital de Huaycán, muestra constituida por 208 casos y 208 controles. 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 $p<0,000$), índice de masa corporal (OR: 2,28 y $p<0,002$); y factor fetal macrosomía (OR: 3,42 y $p<0,001$). Conclusiones. La desproporción céfalo pélvica, anomalías de la contracción, distocias de partes blandas e índice de masa corporal; y la macrosomía fetal presentaron una fuerte asociación estadística significativa para parto distócico.

Cevallos y Chamba (11) Identificación de factores de riesgo asociados con el parto distócico. objetivo de 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. Metodología de tipo cualitativo y cuantitativo que relaciono los posibles factores de riesgo sobre el trabajo de parto (causa-efecto), utilizando para el análisis una cohorte retrospectiva. Resultado: El embarazo en menores de 20 años es un factor de riesgo muy importante en la presentación de partos distócicos; el 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. Conclusiones. Es importante considerar en la historia clínica de la gestante los antecedentes estacionales, paridad, y abortos como factores de riesgo.

Jamanca (12) Factores de riesgo asociados a parto disfuncional en pacientes atendidos en el servicio de ginecología del Hospital San José, Callao durante el periodo Julio 2018 - Julio del 2019. Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a parto disfuncional en los pacientes atendidos. Metodología: El presente trabajo es retrospectivo y analítico de casos y controles en una muestra tomada de una población de 2553 pacientes atendidas en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital San José del Callao Julio 2018 – Julio 2019, obteniéndose 152 casos y 152 controles. Resultados: El análisis y regresión logística mostraron los siguientes factores de riesgo: Macrosomía (OR: 3.06; IC 95%:1.90-4.94), Cirugía Uterina Previa (OR: 1.80; IC 95%:1.14-2.85), Fase

expulsivo precipitado (OR: 1.72; IC 95%:1.06-2.81), Trastorno hipertensivo del embarazo (OR: 2.85; IC 95%:1.43-5.68) y Multiparidad, (OR: 0.613; IC 95%: 0.38-0.97) Conclusiones: Los factores de riesgo asociados a parto disfuncional en los casos fueron, macrosomía, cirugía uterina previa, fase expulsiva precipitado, trastorno hipertensivo del embarazo y multiparidad.

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Parto.

El parto es un fenómeno que normalmente ocurre al final del embarazo y tiene por objeto la expulsión del feto y sus anexos por las vías naturales. Esto sucede gracias a la armonía existente entre diversos factores de los que destacan: feto, pelvis materna y contractilidad uterina (13).

Por otro lado la OMS y el Ministerio de Sanidad y Consumo (M.S.C.), definen el parto normal, como aquel que cursa con comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento (13).

2.2.2. Distocia

La suspensión del progreso del parto como consecuencia de anomalías del mecanismo respectivo se denomina distocia, es toda dificultad a la realización del parto por las vías naturales (13).

2.2.3 Parto distócico

El trabajo de parto alterado (o distócico) es característico por su evolución lenta y anormal dado por las contracciones uterinas ineficientes, posición o presentación fetal anormal, pelvis ósea con diámetros inadecuados y anomalías de las partes blandas pélvicas de la gestante, siendo más frecuente en gestantes nulíparas y se acompaña de una considerable morbilidad materna así como también perinatal(14).

2.2.4. Tipos de distocias en el parto

2.2.4.1. Distocias de origen o causa materna

La distocia de origen materna son las consideradas como las enfermedades maternas, propias de la gestación, pero que no dependen de ella, enfermedades anteriores a la gestación, alteraciones del canal del parto, pelvis estrechas, traumatismos, alteraciones congénitas o

adquiridas del canal blando, alteraciones del motor del parto o distocias dinámicas, alteraciones de las contracciones de la musculatura uterina, alteraciones de la intensidad de las contracciones, alteraciones de la frecuencia de las contracciones y alteraciones de la coordinación de las contracciones (11).

Otros estudios incluyen a otros factores relacionados con la madre, como edades extremas, especialmente adolescentes y mujeres mayores de 35 años de edad, con bajo peso, con sobrepeso y obesidad, otras condiciones son el período intergenésico muy reducido o muy prolongado, la nuliparidad, gran multiparidad, la estrechez pélvica y las enfermedades maternas crónicas(10).

Desproporción feto pélvica:

Es la desarmonía fetopélvica o desproporción feto-pélvica o céfalo-pélvica, haciendo imposible el parto por vía vaginal, porque el conducto pélvico es insuficiente para dar paso del feto(13) .

Presentación podálica, pelviana o de nalgas:

La presentación podálica está considerada como un parto distócico, siendo la cesárea práctica sistemática ante esta presentación (11).

Trastornos hipertensivos

Complicación más frecuente del embarazo, con un aproximado de un 7 a 10 % de los embarazos, su complicación es la hipertensión. Estos se asocian con incremento de índices de mortalidad maternal y perinatal y se manifiestan con una elevación mínima de la presión arterial, como signo solitario, hasta una hipertensión severa con disfunción de diversos órganos y sistemas (15).

En el Perú la preeclampsia en el I semestre del 2018 fue la primera causa de muerte materna con un 28,7%, es el Perú uno de los cinco países que más ha progresado en la reducción de mortalidad materna.

Desgarros perineales.

Son las lesiones de partes blandas que se extienden en grado variable, producida durante el parto por la salida brusca del feto. Se clasifica: Desgarro grado I: lesión de piel y mucosa vaginal sin daño muscular o de la fascia; Desgarro grado II: lesión de piel, mucosa vaginal, fascia, músculo perineal en ausencia de alteración del esfínter anal; Desgarro grado III: lesiona músculos y se extiende hasta el esfínter anal y Desgarro grado IV: lesión del perineo, daño completo del esfínter anal y daño de la mucosa del recto (16).

Antecedente de cesárea

Las causas más frecuentes de las cesáreas, son las distocias del trabajo de parto ya que imposibilita el parto vaginal. Son las distocias que representan un riesgo inherente de mayor morbilidad materna e infantil, al igual que mayores gastos económicos directos e indirectos, asociados a cuidados médicos rutinarios y complicaciones (17).

2.2.4.2. Distocias de origen o causa fetal

Las distocias de causa fetal consideran las diferentes anomalías congénitas, entre ellos macrosomía, hidrocefalia, hidropesía y tumores, y entre otras se encuentran embarazos múltiples y feto gigante, bajo peso al nacer o prematuridad (10). Se considera que la macrosomía tiene una incidencia entre el 4.7 y 16.4% de los nacimientos y se asocia con mayor morbilidad y mortalidad infantil y materna (19)

2.2.4.3. Distocia originada por los anexos

Distocia funicular.

Se define como las alteraciones que pueden ocasionar el cordón umbilical: nudos, torsiones exageradas, anomalías de los vasos, rotura del cordón, bridas o adherencias, inflamaciones, tumores, anomalías de longitud, anomalías de inserción y anomalías de ubicación en relación con el feto, alteraciones producidas por el cordón umbilical entre ellos

vueltas de cordón, prolapso del cordón, compresiones de cordón entre otros.

Prolapso de cordón.

Es la presencia de un asa de cordón umbilical por delante de la presentación fetal cuando la bolsa amniótica está rota, las causas son: situaciones transversas, presentaciones cefálicas desflexionadas, nalgas incompletas y pies (19).

Anomalías de las alteraciones de la placenta y membranas ovulares.

Se considera el desprendimiento precoz de la placenta normalmente inserta, haciendo el funcionamiento insuficiente de intercambio en el espacio intervelloso de la placenta y otras(18).

2.2.5. Bajo peso al nacer

La OMS define el bajo peso al nacer, como el peso al nacer menor a 2500 g, siendo el bajo peso al nacer considerado un problema de salud pública, asociado a unas consecuencias a corto y largo plazo Se estima que entre un 15% y un 20% de los niños nacidos en todo el mundo presentan bajo peso al nacer (19).

El peso del recién nacido constituye una variable predictora de la morbilidad y la mortalidad infantil, a menor peso, mayor la probabilidad de morir durante el primer año de vida y responsable del 66 % de todas las muertes neonatales (20).

2.2.6. Tratamiento a distocias maternas

2.6.1.1. Tratamiento de Enfermedades maternas

La mayor parte de las distocias provocadas por enfermedades maternas se resuelven mayormente con la indicación de la cesárea.

2.6.1.2. Tiramiento para distocias del canal del parto.

Estas distocias se resuelven igualmente en casi todas las ocasiones aplicando técnicas de tocurgia o cesárea(11).

2.6.1.3. Tratamiento para distocias con compromiso del motor del parto.

Los cambios en la calidad de las contracciones relacionados con la intensidad, frecuencia y coordinación de las contracciones uterinas se tratan con medicamentos que pueden afectar las características de las contracciones uterinas. Cuando es necesario aumentar la intensidad, frecuencia y / o coordinación, se aplican sustancias de oxitocina que actúan como la oxitocina sobre los receptores de las fibras uterinas estimulando estas contracciones. Si es necesario reducir las características de las contracciones uterinas, se utilizan sustancias líticas que pueden reducir o suprimir las contracciones uterinas (11).

2.2.7. Atención prenatal

Se trata de una serie de acciones de salud que las mujeres embarazadas reciben a través del sistema nacional de salud, y cubre esta pirámide más ampliamente en la atención primaria de salud (médicos de familia y enfermeras). Su propósito es brindar una atención de salud óptima a todas las mujeres embarazadas, lo que les permite tener un recién nacido bien ponderado, sano y vivo sin complicaciones maternas (21).

2.3 Definición de términos

Parto distócico:

Cambios en el trabajo de parto o parto lento caracterizado por un trabajo de parto anormalmente lento debido a contracciones ineficientes, presentación o posición fetal anormal, huesos pélvicos inadecuados o anomalías en el tejido blando pélvico materno.

Mortalidad Materna.

Muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al final del embarazo debido a causas relacionadas o exacerbadas con el embarazo en sí o con su cuidado. Sin embargo, no se debe a causas accidentales o accidentales.

Atención prenatal

Se trata de un conjunto de acciones de salud que las mujeres embarazadas reciben a través del sistema nacional de salud, y cubre esta pirámide más ampliamente en la atención primaria de salud (médicos de familia y enfermeras). Su propósito es brindar

una atención médica óptima para todas las mujeres embarazadas, lo que conduce a un recién nacido sano, vivo, pesado y sin complicaciones maternas.

2.4 Variables de estudio

2.4.1 Identificación de Variable

Variable:

Características de las gestantes con parto distócico.

Dimensiones:

- Características generales de las gestantes con Parto Distócicos.
- Distocias de origen materno
- Distocias de origen fetal

2.5 Operacionalización de variable

Variable	Definición Conceptual	definición operacional	Dimensión	Indicador	Ítems	Escala de valor
Características de las gestantes con parto distócico	Es la descripción del parto distócico cuyas causas pueden ser maternas o fetales o de partes blandas del piso pélvico, que se presenta en el trabajo de parto exigiendo una atención especializada terminando la mayoría en cesárea.	Es el resultado de la aplicación de la ficha de recolección de datos a las Historias clínicas de las gestantes con parto distócico durante el año 2019, en la población en estudio, expresándose en ausencia o presencia de estas patologías.	características generales de gestantes con parto distócico	Procedencia	Urbano	Nominal
					Rural	
				Paridad	Primípara	Ordinal
					Múltipara	
					Gran Múltipara	
				APN	≥ 6 APN	Nominal
					<6 APN	
				Edad Materna	Adolescente < 20 años	De Razón
					Joven 20 a 29 años	
					Adulta 30 años a mas	
				Talla Materna	 metros	Nominal
			Parto distócico de origen materno	Anomalías de contracción o distocia dinámica.	Hipodinamia Hiperdinamias Hiposistolia Hipersistolia	
				Periodo intergenésico	Corto Largo	
				Desproporción céfalo pélvica	Si No	
				Presentación podálica	Si No	
				Cesareada anterior	Si No	
				Trastornos hipertensivos del embarazo	Si No	
				RPM	Si No	
				Desgarros perineales	Si No	

			otro	Si No	
		Parto distócico de origen fetal	Macrosomía fetal	Si No	
			Distocia funicular	Si No	
			Situación transversa	Si No	
			Sufrimiento fetal	Si No	
			Peso del recién nacido	a. < 2500 kg () b. De 2500 a 3999 kg () c. $\geq$ a 4000 kg ()	
			Otros	Consignar	

CAPÍTULO III

MATERIALES Y METODOS

3.1. Ámbito temporal y espacial

El departamento de Ayacucho, está ubicado en la sierra centro del país, limita por el norte, con Junín; por el este, con Huancavelica e Ica; por el sur con Arequipa y por el oeste, con Apurímac y Cusco, su relieve accidentado se extiende desde el límite árido de la costa, en el oeste; hasta la ceja de selva adyacente al río Apurímac e imponentes cordilleras, en el este; en su extensión de 43,814.80 km², presenta nevados, lagunas, ríos y un conjunto de recursos de fauna, flora y minerales (22).

Huanta, tiene una gran parte de la población se dedica a la agricultura y una parte menor, a los servicios. El 42.1% de la población peruana tiene al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI), en el ámbito provincial urbano Huanta cuenta con el 60.4% de la población con al menos una NBI, cifras que están por encima del promedio nacional. Ayacucho tiene alto índices de pobreza, desempleo, subempleo y bajo poder adquisitivo; sin embargo, las ciudades de Ayacucho y Huanta se benefician de su rol como capitales departamentales y provinciales. Las clases sociales están definidas en base a ingresos económicos, grado de instrucción y profesión u ocupación del jefe de familia, el tamaño de la familia, equipamiento con artefactos domésticos, tipo y estado de vivienda, tenencia de automóvil, más del 80.1% de la población de Huanta pertenecen a la clase social baja (23).

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, de corte transversal. El análisis se realizó a través de la observación a los datos obtenidos en la ficha de recolección de datos, por lo que los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ocurridos en el año 2019. Las mediciones fueron hechas en un solo momento y describió el fenómeno como ocurrió (24).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo, cuyo propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en tal cual fue observado. Es decir, se

describió las causas maternas y fetales de la distocia de parto de las gestantes atendidas en el Hospital de Huanta en el año 2019 (24).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general:

Se utilizó el método inductivo, porque se obtienen conclusiones de lo particular a lo general.

3.4.2. Método específico:

Se utilizó el método descriptivo porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación.

3.5. Diseño de investigación

El diseño que corresponde al presente estudio es descriptivo simple; que implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera (24).

Donde:

M O

M: Gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019.

O: Características del parto distócico

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

La población lo constituyeron todas las gestantes con parto, atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019, y que fueron 1090 partos según las Historias Clínicas. Teniendo en cuenta que la población es el conjunto de todos los casos a quienes se va inferir los resultados, se consideró a todos los partos ocurridos (24).

3.6.2. Muestra:

La Muestra lo constituyó todos los partos distócicos diagnosticados en el Hospital de apoyo de Huanta y que fueron 238 Historias clínicas de gestantes con parto distócico, por lo tanto fue una muestra censal.

3.6.3. Criterios de selección

Criterios de Inclusión

Todas las Historias Clínicas de gestantes cuyo parto fue atendido en el Hospital de Apoyo de Huanta en el año 2019, cuyo diagnóstico fue Parto distócico. Gestantes que terminaron en parto por cesárea.

Gestantes con más de 37 semanas de embarazo.

Criterios de Exclusión

Historias Clínicas de gestantes con diagnóstico parto eutócico

Las gestantes cuyo parto no fue atendido en el Hospital de Apoyo de Huanta en el año 2019.

Historias Clínicas ilegibles o deterioradas

Gestantes adolescentes con menos de 37 semanas de embarazo

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica.

En la presente investigación se utilizó la técnica análisis documental, que permitió analizar las historias clínicas de las gestantes con parto distócico en atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019.

3.7.2. Instrumento.

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos conteniendo la variable y subvariables e ítems elaborado por la investigadora, cuyos datos fueron ordenados e ingresados en una tabla en Excel para su posterior análisis.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático. Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas con su correspondiente interpretación y análisis

CAPÍTULO IV

DISCUSION DE RESULTADOS

4.1 Presentación e interpretación de datos

El presente trabajo de investigación sobre características de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019, estudio observacional descriptivo, retrospectivo de corte transversal cuyos resultados se detallan a continuación.

Tabla 1. Gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019.

Total de gestantes atendidas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Gestantes con parto Eutócico	852	78.2	78.2
Gestantes con Parto distócico	238	21.8	100.0
Total	1090	100.0	

Fuente: características de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019.

En la tabla 1. Se muestra que del total de las gestantes atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019, que fueron 1090 (100%); el 78.2% (852) gestantes tuvieron parto Eutócico y el 21.8% (238) gestantes tuvieron parto distócico.

Tabla 2. Gestantes con parto distócico según causa atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019.

Total de gestantes con parto distócico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Gestantes con parto distócico de origen Materno	181	76.0	76.1
Gestantes con Parto distócico de origen fetal	57	24.0	100.0
Total	238	100.0	

Fuente: características de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019.

En la tabla 2. Se muestra total de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019, que fueron 238(100%); de ellos el 76.0% (181) gestantes tuvieron parto distócico de origen materno y el 24.0% (57) gestantes tuvieron parto distócico de origen fetal.

Tabla 3. Características generales de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019.

Características generales de gestante con parto distócico	Frecuencia (n=238)	Porcentaje	Porcentaje Acumulado (h%=100%)
Edad Materna			
Adolescente (<20 años)	52	21.8	21.8
Joven (20 a 29 años)	114	47.9	69.7
Adulta (30 a más)	72	30.3	100.0
Procedencia			
Urbano	121	50.8	50.8
Rural	117	49.2	100.0
Paridad			
Primípara	81	34.0	34.0
Múltipara	126	52.9	86.9
Gran Múltipara	31	13.1	100.0
Atención prenatal			
≥ 6 APN	203	85.3	85.3
< 6 APN	35	14.7	100.0

Fuente: características de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019.

En la tabla 3. Se muestra que del total de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019, que fueron 238 (100%); el 21.8% (52) gestantes con parto distócico fueron adolescentes (<20 años), el 47.9% (114) gestantes con parto distócico fueron jóvenes (20 a 29 años) y el 30.3% (72) gestantes con parto distócico fueron Adultas (30 años a más).

El 50.8% (121) gestantes con parto distócico procedían de zona urbana y el 49.2% (117) gestantes con parto distócico procedían de zona rural de Huanta.

El 34.0% (81) gestantes con parto distócico fueron primíparas, el 52.9% (126) gestantes fueron Múltiparas y el 13.1% (31) gestantes con parto distócico fueron Gran Múltiparas.

El 85.3% (203) gestantes con parto distócico tuvieron como mínimo 6 Atenciones Prenatales como Indica la Norma Técnica de ATPN y el 14.7% (35) gestantes con

parto distócico tuvieron menor a 6 Atenciones Prenatales y no cumplieron con la atención Completa como indica la Norma Técnica de la Atención Materna.



Tabla 4. Parto distócico de origen materno de gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Huanta 2019.

Distocia del parto de origen materno	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Presentación podálica	31	13.0	13.0
Desproporción feto pélvica	29	12.2	25.2
Cesareada anterior	27	11.4	36.6
Anomalías de contracción	25	10.5	47.1
Desgarros perineales	22	9.2	56.3
Trastornos hipertensivos del embarazo	17	7.1	63.4
Periodo intergenésico corto (< 2.0 años)	15	6.3	69.7
Ruptura prematura de membranas	12	5.0	74.7
Otros (Embarazo gemelar etc.)	03	1.3	76.0
Parto distócico origen fetal	57	24.0	100.0
Total	238	100.0	

Fuente: características de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019.

En la tabla 4. Se muestra que del total de las gestantes con parto distócico de origen materno atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019, que fueron 238 (100%); el 13.0% (31) gestantes tuvieron parto distócico por presentación podálica, el 12.2% (29) gestantes tuvieron parto distócico por desproporción feto pélvica, el 11.4% (27) tuvieron parto distócico por cesareada anterior, el 10.5% (25) gestantes tuvieron parto distócico por anomalías de contracción, el 9.2% (22) gestantes tuvieron parto distócico por desgarros perineales, el 7.1% (17) gestantes tuvieron parto distócico por trastornos hipertensivos del embarazo, el 6.3% (15) gestantes tuvieron parto distócico por periodo intergenésico corto, el 5.0% (12) gestantes tuvieron parto distócico por Ruptura Prematura de Membranas, el 1.3% (03) gestantes tuvieron parto distócico por otras causa (Embarazo gemelar etc.) y el 24.0% (57) gestantes tuvieron parto distócico de origen o causa fetal

Tabla 5. Parto distócico de origen fetal en gestantes atendidos en el Hospital de Apoyo Huanta 2019.

Parto distócico de origen fetal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Sufrimiento fetal	18	7.6	7.6
Macrosomía fetal	16	6.7	14.3
Distocia funicular	13	5.5	19.8
Situación transversa	8	3.4	23.2
Otros (isoimmunización(Rh-) RCIU	2	0.8	24.2
Parto distócico de origen materno	181	76.0	100.0
Total	238	100.0	

Fuente: características de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019.

En la tabla 5. Se muestra que del total de las gestantes con parto distócico de origen fetal atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019, que fueron 238 (100%); el 7.6% (18) gestantes tuvieron parto distócico por sufrimiento fetal, el 6.7% (16) gestantes tuvieron parto distócico por Macrosomía fetal, el 5.5% (13) gestantes tuvieron parto distócico por distocia funicular, el 3.4% (8) gestantes tuvieron parto distócico por situación transversa, el 0.8% (02) gestantes tuvieron parto distócico por otras causas (Rh-) RCIU etc.). El 76.0% (181) gestantes tuvieron parto distócico de origen o causa Materna.

Tabla 6. Peso al nacer de recién nacidos de madres con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo Huanta 2019.

Peso del Recién de gestantes con parto distócico.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
R.N. con bajo peso al nacer (< a 2500 gr)	14	5.9	5.9
R.N. Adecuado peso al nacer (2500 a 4000gr)	203	85.3	91.2
Recién nacido macrosómico (> a 4000 gr)	21	8.8	100.0
Total	238	100.0	

Fuente: características de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019.

En la tabla 6. Se muestra que del total de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019, que fueron 238 (100%); el 5.9% (14) gestantes con parto distócico tuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer (< a 2500 gr), el 85.3% (203) gestantes con parto distócico tuvieron recién nacidos adecuado peso al nacer (2500 a 4000gr) y el 8.8% (21) gestantes con parto distócico tuvieron Recién nacidos Macrosómicos (> a 4000 gr).

Tabla 7. Vía de culminación del parto distócico de gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019.

Vía de culminación del parto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Parto por cesárea	196	82.4	82.4
Parto vaginal	42	17.6	100.0
Total	238	100.0	

Fuente: características de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019.

En la tabla 7. Se muestra que del total de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019, que fueron 238 (100%); el 82.4% (196) gestantes culminó su parto por vía alta o cesárea y el 17.6% de gestantes culminaron su parto por vía vaginal.

4.2 Discusión de resultados

Del total de gestantes atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019, el 21.8% tuvieron parto distócico, de ellos el 76.% tuvieron parto distócico de origen materno y el 24.0% tuvieron parto distócico de origen fetal. Resultado similar a lo hallado por Jaramillo y Jaramillo (9) que encontró una prevalencia de parto distócico del 21.0%; superior a lo reportado por la OMS que el procedimiento de tratamiento del parto distócico es entre el 10 a 15 % e inferior a lo descrito por Colan (10) que refiere que en América Latina casi la mitad de los partos, las distocias son las más altas en el mundo y que entre 1990 y 2014 las distocias subieron de 23% a 42%.

Del total de gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta; la mayoría fueron adolescentes y jóvenes, procedían de zona urbana, Multíparas y tuvieron como mínimo 6 APN. Contrario a Romero et al (7) que en su estudio similar encontró que los factores de riesgo para parto distócico fue edad avanzada, baja paridad, por el contrario encontró que la APN no es significativo para el parto distócico. Estas coincidencias y diferencias en los estudios pueden deberse a que tales estudios son realizados en contextos socio demográficos diferentes y con muestra y muestreo diferente.

Del 76% de gestantes con parto distócico de origen materno; el 13.0% fueron por presentación podálica, el 12.2% por desproporción feto pélvica, el 11.4% por cesárea anterior, el 10.5% por anomalías de contracción, el 9.2% por desgarros perineales, el 7.1% por trastornos hipertensivos del embarazo, el 6.3% por periodo intergenésico corto, el 5.0% por Ruptura Prematura de Membranas y el 1.3% por otras causas maternas. Resultados similares a lo hallado por Romero et al (7) y Delgado (8) y Cevallos y Chamba (11) que encontraron los factores de parto distócico, cesáreas previas, desproporción cefalopélvica y expulsivo prolongado y presentación podálica; por el contrario la procedencia, la RPM tienen menos posibilidades de presentar parto distócico. Los resultados similares al presente estudio se circunscriben dentro de las teorías que refieren que las distocias son la causa más frecuente de cesáreas, por lo tanto representan un riesgo mayor de morbilidad materno infantil y mayores gastos económicos (17).

Del 24% de gestantes con parto distócico de origen fetal, el 7.6% fueron por sufrimiento fetal, el 6.7% por Macrosomía fetal, el 5.5% por distocia funicular, el 3.4% por situación transversa, el 0.8% por otras causas (Rh-) RCIU etc.). El 76.0% de gestantes tuvieron parto distócico de origen o causa Materna. Resultado concordante con Delgado (8) , Colan et al (10) y Jamanca (12) que encontraron a la macrosomía fetal factor de riesgo para el parto distócico. Los resultados se enmarcan dentro del 4.7 y 16.4% y se con mayor morbilidad y mortalidad infantil y materna (19)

Del total de gestantes con parto distócico atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta en el 2019, el 85.3% de recién nacidos tuvieron adecuado peso al nacer, a pesar de que el 82.4% culminaron su parto por vía alta o cesárea.

Conclusiones

1. Del total de gestantes atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019, el 21.8% tuvieron parto distócico, de ellos el 76.% tuvieron parto distócico de origen materno y el 24.0% tuvieron parto distócico de origen fetal.
2. Del total de gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta; la mayoría fueron adolescentes y jóvenes, procedían de zona urbana, Multíparas y tuvieron como mínimo 6 APN.
3. Del total de gestantes atendidos con parto distócico de origen materno, el 13.0% fueron por presentación podálica, el 12.2% por desproporción feto pélvica, el 11.4% por cesárea anterior, el 10.5% por anomalías de contracción, el 9.2% por desgarros perineales, el 7.1% por trastornos hipertensivos del embarazo, el 6.3% por periodo intergenésico corto, el 5.0% por Ruptura Prematura de Membranas y el 1.3% por otras causas maternas.
4. Del total de gestantes con parto distócico de origen fetal, el 7.6% fueron por sufrimiento fetal, el 6.7% por Macrosomía fetal, el 5.5% por distocia funicular, el 3.4% por situación transversa, el 0.8% por otras causas (Rh-) RCIU etc.).
5. Del total de gestantes con parto distócico atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta en el 2019, el 85.3% de recién nacidos tuvieron adecuado peso al nacer.
6. Del total de gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019, el 82.4% culminaron su parto por vía alta o cesárea y el 17.6% de gestantes culminaron su parto por vía vaginal.

Recomendaciones

Al personal de salud

- Fortalecer las actividades de la atención prenatal aguzando los criterios para detectar los factores de riesgo y prevenir las complicaciones obstétricas y neonatales durante la atención del parto.

Al profesional Obstetricia

- Brindar una información completa y oportuna a las gestantes desde la primera consulta resaltando la importancia del desarrollo saludable del embarazo y las posibles consecuencias que podría ocasionar su incumplimiento, buscando asegurar la salud de la madre y el niño por nacer.
- Incidir en la importancia el control prenatal que nos permite identificar y prevenir oportunamente posibles distocias del parto que permita programar el procedimiento seguro y confiable y asegure resultados materno perinatales favorables.
- Fomentar y monitorear a la gestante en el cumplimiento de las indicaciones del profesional médico; así mismo se recomienda considerar en la historia clínica los resultados completos de su evaluación que permita abordar un tratamiento adecuado.

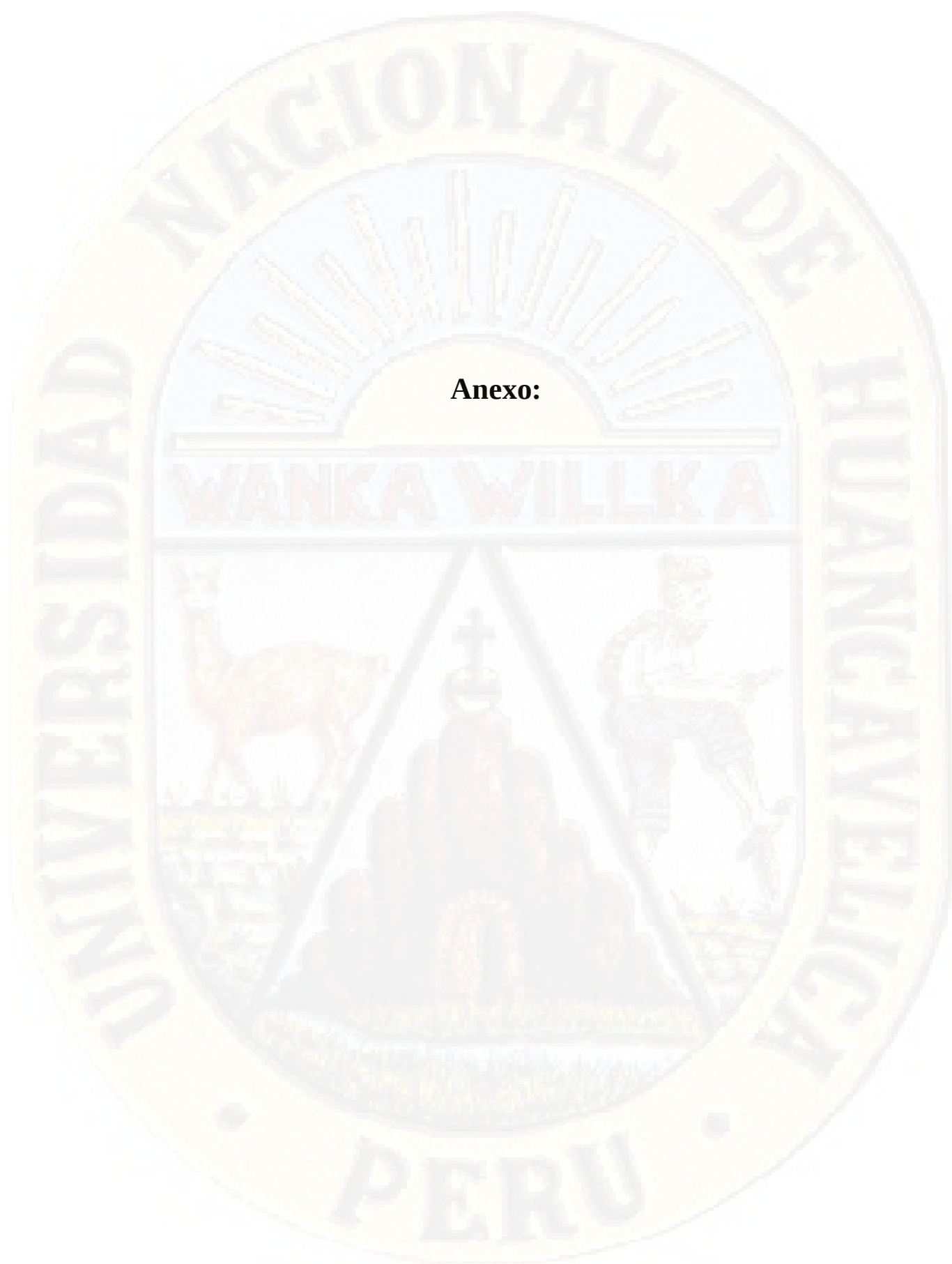
Referencias bibliográficas

1. Fescina R. Schwarcz R. Duverges C. Obstetricia. Editorial: El Ateneo. Ed. 7°. Buenos Aires Argentina. 2016. p.584. https://editorialelateneo.com.ar/detalle-libro.php?id_lib=534&libro=Obstetricia%20-%207%C2%AA%20edici%C3%B3n
2. OMS. Mortalidad materna 19 septiembre 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. Luis Alberto Colan Villegas, Marcela Rosalina Barreto Munive, Félix Ayala-Peralta, Elke Lucila León Moreto, Frizsia Romina Torres Linares. Factores Asociados al Parto Distócico en Gestantes Atendidas en Hospital Público de Lima. Aceptado: 30 diciembre 2018.
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/2018-2-factores-parto-distocico-gestante>
4. Gustavo Romero Gutiérrez, Juan Carlos Ríos López, Patricia Cortés Salim, Ana Lilia Ponce de León, Factores de riesgo asociados con el parto distócico. Ginecol Obstet Mex 2007;75(9):533-38.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom079f.pdf>.
5. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. 2016.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf?sequence=1>
6. Cevallos Zúñiga CY, Chamba Guamán BY. Tesis [Internet]. 2014 [citado el 25 de Abril de 2021]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/8749>
7. Romero GG, Ríos LJC, Cortés SP, et al. Factores de riesgo asociados con el parto distócico. Ginecol Obstet Mex. 2007;75(09):533-538.
8. Delgado Lajones, Vanessa Solange Factores que desencadenan parto distócico en las embarazadas que se asisten al Hospital General Sur Delfina Torres de Concha. Ecuador
<https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1844/1/DELGADO%20LAJONES%20%20VANESSA%20SOLANGE.pdf>
9. Jaramillo Moreno DR, Jaramillo Chica DA. Parto distócico y factores relacionados en pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital
10. Colan-Villegas, L., Barreto-Munive, M., Ayala-Peralta, F., León-Moreto, E., & Torres-Linares, F. (2019). Factores asociados al parto distócico en gestantes atendidas

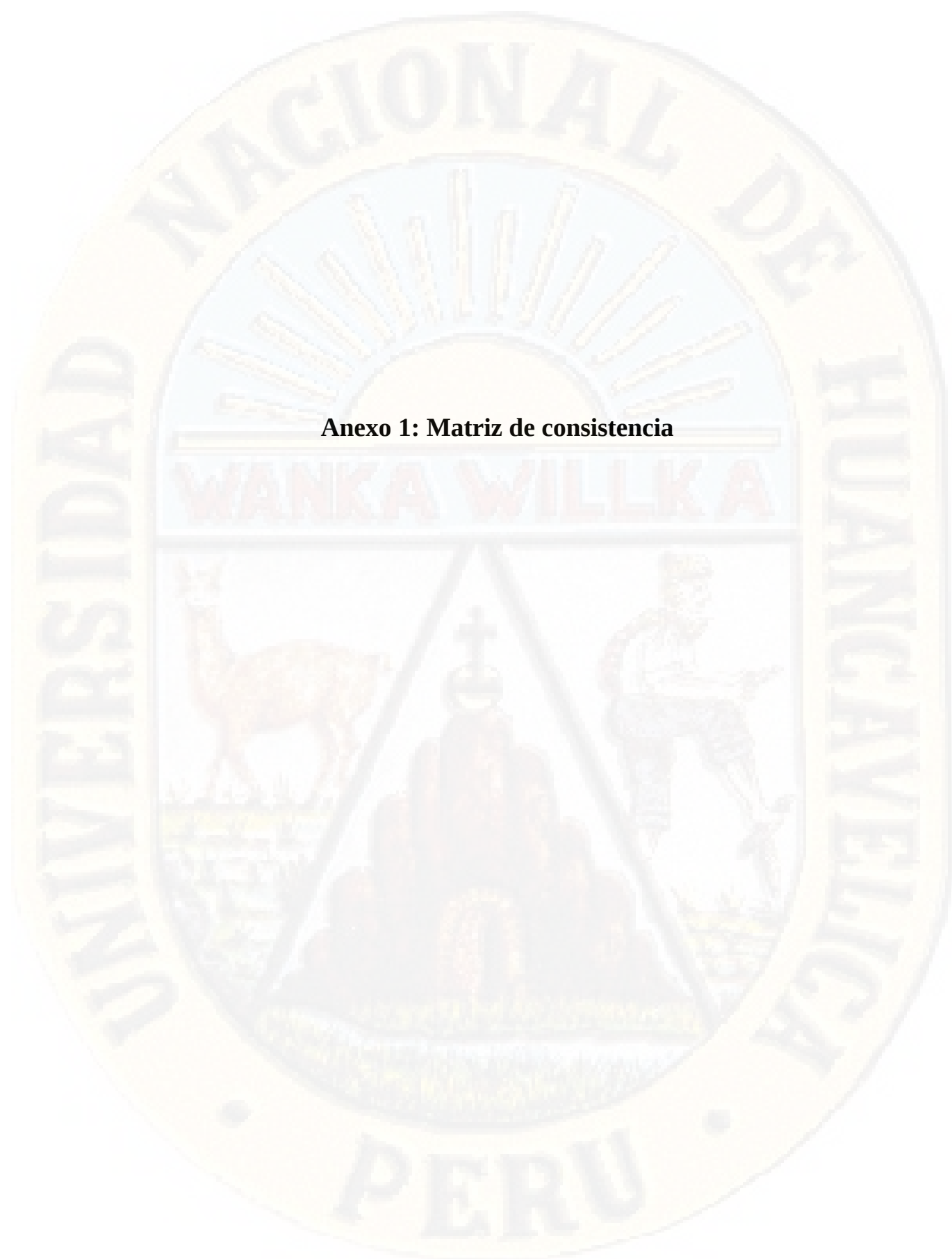
- en hospital público de Lima. Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal, 7(2), 37-40. <https://doi.org/10.33421/inmp.2018116>
11. Cevallos Zúñiga CY, Chamba Guamán BY. Tesis [Internet]. 2014 [citado el 25 de Abril de 2021]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/8749>
 12. Jamanca Corsino, Junior Hermilio. Factores de riesgo asociados a parto disfuncional en pacientes atendidos en el servicio de ginecología del Hospital San José, Callao durante el periodo Julio 2018 - Julio del 2019.
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4297>
 13. Vallecillo, Gaspar, J. Niz Ramos, and A. Alvarado Duran. "Parto distócico por desproporción feto pélvica." Rev. Med Honduras [Internet] 43.4 (1975).
 14. Jimena Alejandra López Siña Controles 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
 15. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud Para La Atención Integral De Salud Materna. NTS N° 105 - MINSA/DGSP.V.01. R.M. N° 827-2013/MINSA, R.M. N° 159-2014/MINSA. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2014.
 16. Leire Goyeneche Lasaga. Alta precoz postparto. Evaluación de las complicaciones maternas y neonatales; repercusión en la ansiedad materna, Universidad del país Vasco. España 2014.
 17. Lenoir-Wijnkoop, Irene et al. "Health economic modeling to assess short-term costs of maternal overweight, gestational diabetes, and related macrosomia- a pilot evaluation." Frontiers in pharmacology vol. 6 103. 20 May. 2015, doi:10.3389/fphar.2015.00103
 18. Vanessa Solange Delgado Lajones, Factores que desencadenan parto distócico en las embarazada que se asisten al Hospital General Sur Delfina Torres de Concha, Ecuador 2019.<https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1844/1/DELGADO%20LAJONES%20%20VANESSA%20SOLANGE.pdf>
 19. 01-06-95 NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/53982/NOM-007-SSA2-1993.pdf>
 20. Montoya-Restrepo, Nora E., Correa-Morales, Juan C., Curvas de Peso al Nacer. Revista de Salud Pública [Internet].2007;9(1):1-10.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42290101>

21. Dra. S. Santisteban. Atención Prenatal.
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/atencion_prenatal.pdf
22. Municipalidad provincial de Huanta, plan de desarrollo Institucional 2011-2014
https://www.peru.gob.pe/docs/planes/11872/plan_11872_2014_pdi_huantafinal.pdf
23. Sistema Nacional de defensa civil. Mapa de peligros de la ciudad de Huanta. Vol I:
http://bvpad.indeci.gob.pe/doc/estudios_CS/Region_Ayacucho/huanta/huanta_mpl.pdf
24. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
25. Mundial de la Salud. 2017. Metas mundiales de nutrición 2025 Documento normativo sobre bajo peso al nacer
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf



Anexo:



Anexo 1: Matriz de consistencia

Investigación: Características de las gestantes con Parto Distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019

Problema	Objetivos	Variable / Dimensiones	Metodología
¿Cuáles son las características del parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019?	Objetivo general: Determinar son las características del parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019. Objetivo específico: • Determinar las características generales de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019. • Determinar las distocias de parto de origen materno atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019. • Determinar las distocias de parto de origen fetal atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019.	Univariable Características de las gestantes con parto distócico. Dimensión 1: Características generales de las gestantes con Parto Distócicos. Dimensión 2: Distocias de origen materno. Dimensión 3: Distocias de origen fetal.	Tipo de Investigación Descriptivo, retrospectivo y transversal Nivel de Investigación Descriptivo Diseño de Investigación Descriptivo simple M O Donde: M= Gestantes atendidas en el Hospital de apoyo de Huanta 2019. O= Características del parto distócico Población: Todas las HC de gestantes con parto, atendidas en el hospital de Apoyo de Huanta durante el año 2019, y que fueron 1090 Muestra: Todos los partos distócicos diagnosticados en el Hospital de apoyo de Huanta y que fueron 238 Historias clínicas, por lo tanto fue una muestra censal. Técnicas de Procesamiento y Análisis de datos - Estadística Descriptiva - programas Estadísticos

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Unidad de Post Grado

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título: Características de las gestantes con parto distócico en el Hospital de Huanta Ayacucho 2019.

N.º Hist. Clínica: N.º de Ficha:

I. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS GESTANTES CON PARTO DISTOCICO

1. **Paridad:**
 - a. Primípara ()
 - b. Multipara ()
 - c. Gran multipara ()
2. **Procedencia**
 - a. Urbano ()
 - b. Rural ()
3. **Edad Materna:**
 - d. Adolescente
 - e. Adulta
 - f. Adulta añosa
4. **Talla: Materna:** Metros
5. **Atención pre natal APN :**
 - a. ≥ 6 APN ()
 - b. < 6 APN ()

II. CARACTERISTICAS DEL PARTO DISTOCICO DE ORIGEN MATERNO

6. **Anomalías de la contracción o distocias dinámicas:**

Hipo e Hiperdinamias, Hipo e Hipersistolia. Si () b. No ()
7. **Periodo intergenésico** Si () b. No ()
8. **Desproporción céfalo pélvica** Si () b. No ()
9. **Presentación podálica** Si () b. No ()
10. **Cesareada anterior** Si () b. No ()
11. **Trastornos hipertensivos del embarazo** Si () b. No ()
12. **Ruptura Prematura de membranas** Si () b. No ()
13. **Desgarros perineales** Si () b. No ()
14. **Otros:**

III. CARACTERISTICA DEL PARTO DISTOCICO DE ORIGEN FETAL

15. **Macrosomía fetal** Si () b. No ()
16. **Distocia funicular** Si () b. No ()
17. **Situación transversa** Si () b. No ()
18. **Sufrimiento fetal** Si () b. No ()
19. **Peso al Nacer del Recién Nacido:**
 - a. Menor a 2500 kg ()
 - b. De 2500 kg a 3999 kg ()
 - c. Igual o Mayor a 4000 kg. ()
20. **Sufrimiento fetal** Si () NO ()

21. Otra patología del Recién Nacido:

22. Culminación del parto distócico

a. Vía alta o cesárea ()

b. Vía Vaginal ()



Anexo 3: Solicitud de autorización a la autoridad de salud

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creado por Ley N° 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

Dr.....

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA-AYACUCHO

SD.

Yo, Liliana HUILLCA OROSCO, Identificado (a) con D.N.I. N°72179002, Obstetra de profesión, egresada de la especialidad Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre las Características de las gestantes con parto distócico en el Hospital de Huanta 2019; para lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para revisar las historias clínicas de las gestantes cuyo parto fue atendido en este Hospital con diagnóstico PARTO DISTOCICO en el año 2019; así mismo, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo con fines de investigación; por lo mencionado solicito se me expida la autorización para recoger la información indicada.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Huancayo, 02 de noviembre del 2020

Liliana HUILLCA OROSCO,
D.N.I. N°72179002,