

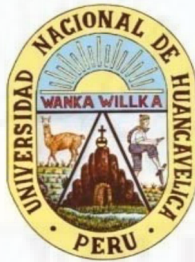
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**Gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital
Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar
Demarini Caro, Junín 2021.**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MATERNO PERINATAL
Y NEONATAL**

**PRESENTADO POR: Obsta. De La Cruz Ponce, Lisbeth Lisset
Obsta. Muñoz Avilés, Marissela Nathaly**

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

**HUANCABELICA – PERÚ
2021**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huancavelica a los diecinueve días del mes de noviembre a las 9:45 horas del año 2021 se reunieron los miembros del Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis de las Egresadas:

DE LA CRUZ PONCE LISBETH LISSET y MUÑOZ AVILES MARISSA NATHALY

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : **Dra. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES**
Secretaria : **Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN**
Vocal : **Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE**

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

GESTANTES CON PARTO COMPLICADO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, JUNIN 2021.

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°500 -2021-D-FCS-R-UNH**, concluyendo a las 10:15 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, 19 de noviembre del 2021

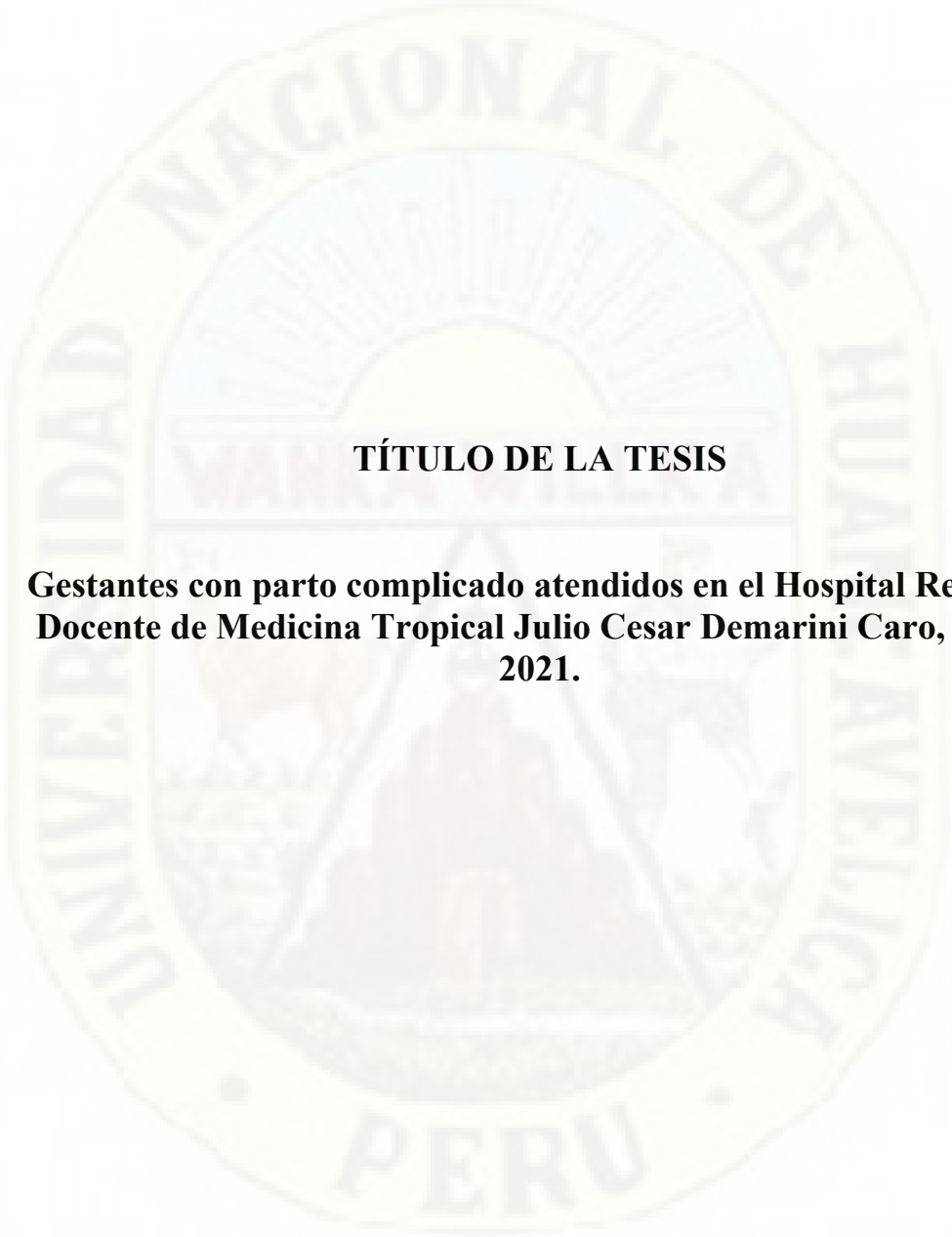
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
.....
Dra. Tula Susana Guerra Olivares
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
.....
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
.....
Dra. Rossibel Juana Muñoz De la Torre
VOCAL

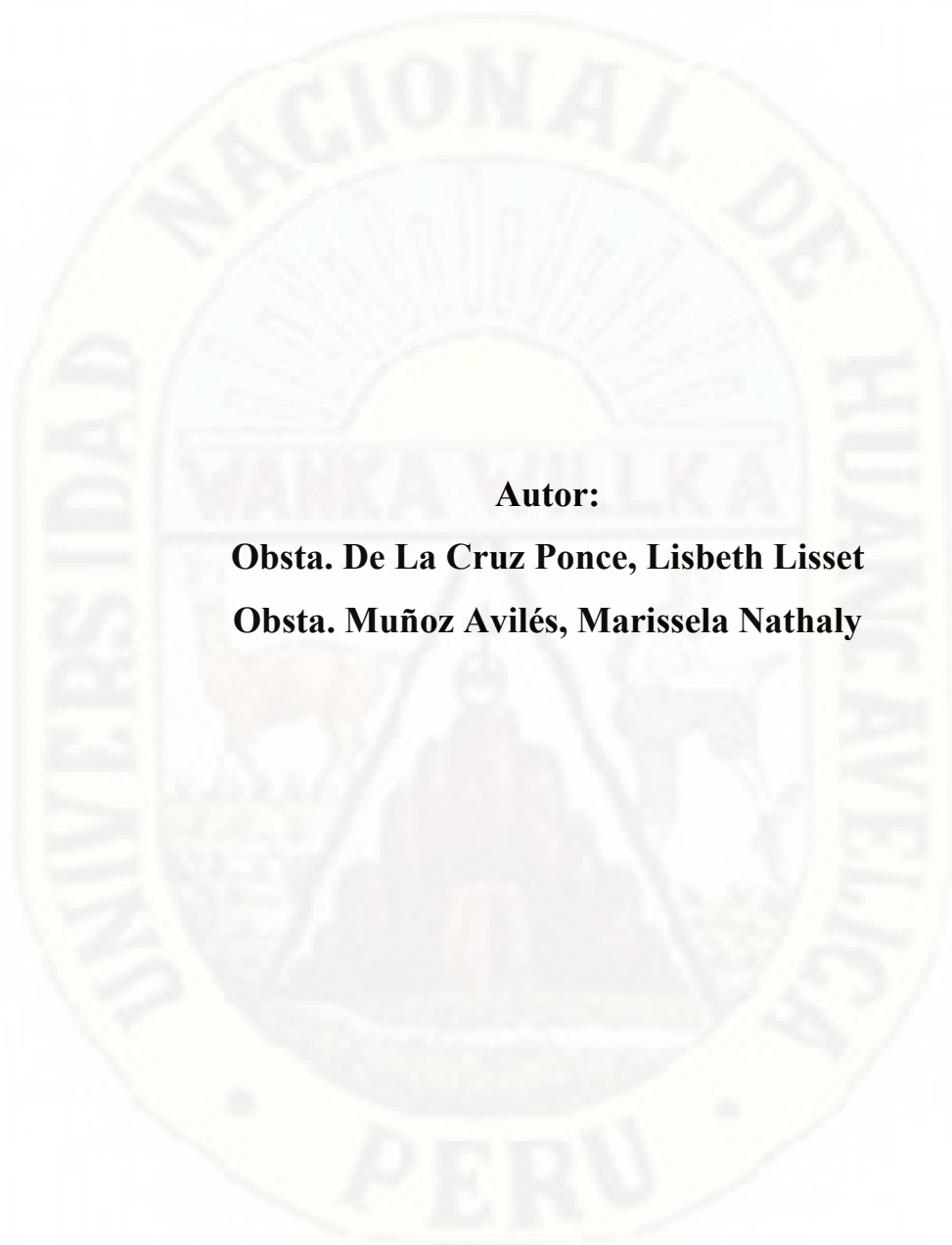
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
.....
Dra. Lina Yardenas Pineda
VºBº DECANO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA
DOCENTE
.....
Zuleira Flor De La Cruz Ramos
VºBº SECRETARIA DOC.



TÍTULO DE LA TESIS

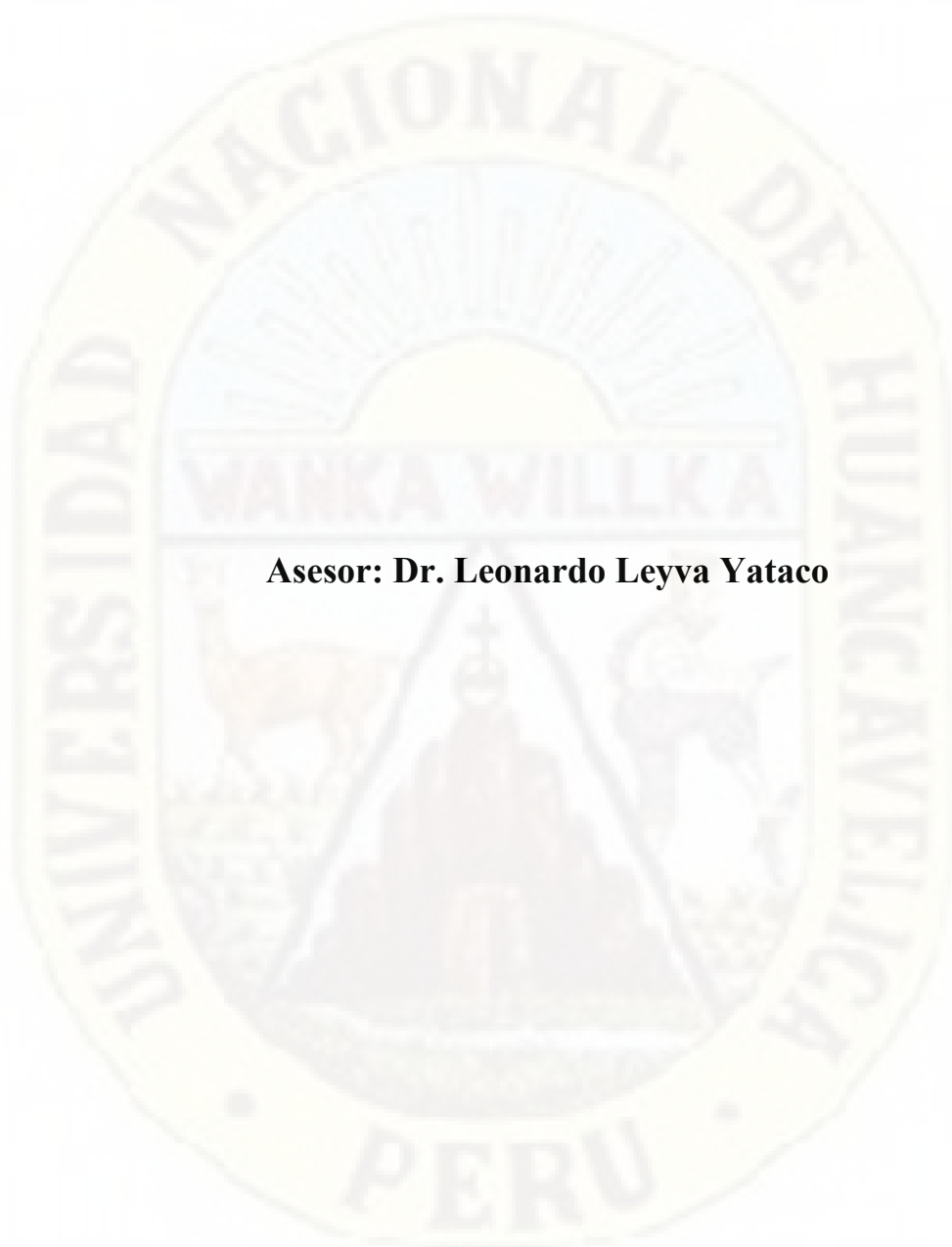
**Gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional
Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín
2021.**



Autor:

Obsta. De La Cruz Ponce, Lisbeth Lisset

Obsta. Muñoz Avilés, Marissela Nathaly

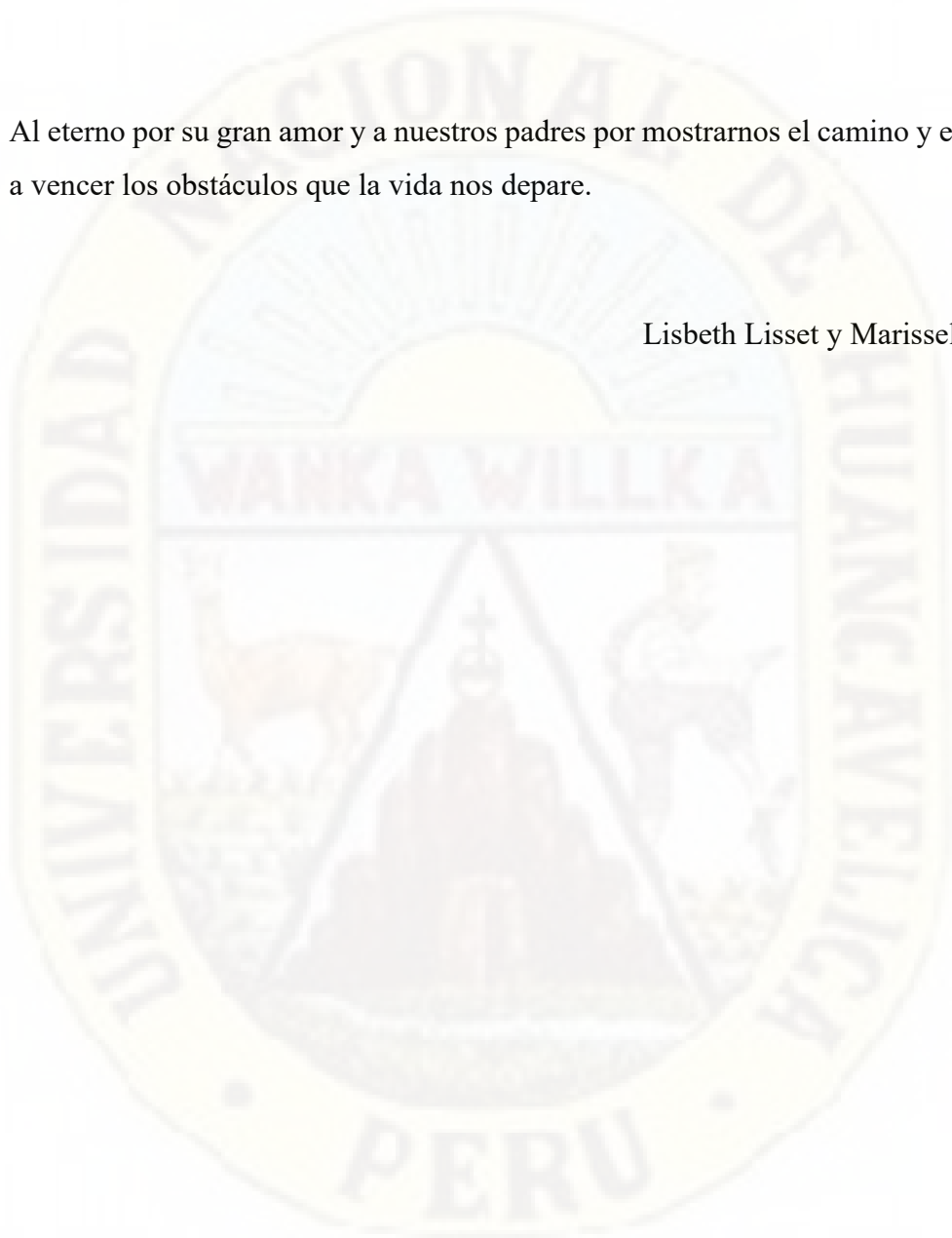


Asesor: Dr. Leonardo Leyva Yataco

Dedicatoria

Al eterno por su gran amor y a nuestros padres por mostrarnos el camino y enseñarnos a vencer los obstáculos que la vida nos depare.

Lisbeth Lisset y Marissela Nathaly



Agradecimiento

A Dios por brindarnos la fortaleza necesaria y habernos permitido llegar hasta este punto y cumplir una meta importante en nuestras vidas.

A nuestros padres y familia por ser el pilar fundamental en nuestro día a día, por brindarnos su apoyo constante e incondicional en las diferentes etapas de nuestra vida, así lograr todas nuestras metas, tanto profesionales como personales.

A la Universidad Nacional de Huancavelica y a la facultad de Ciencias de la Salud, por su apoyo en la mejora de la calidad de atención obstétrica.

A nuestro asesor Dr. Leonardo Leyva Yataco por su tiempo e instrucción en la elaboración de este trabajo de investigación.

Al Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro por ser el centro de estudio de este proyecto de investigación. Al área de Gineco-obstetricia por brindarnos todas las facilidades para recolectar la información de la atención de emergencia y centro obstétrico.

Al área de admisión por apoyarnos con la información necesaria para el estudio y a todos aquellos que se involucraron de manera desinteresada en el desarrollo de la presente investigación.

Lisbeth Lisset y Marissela Nathaly

Índice

Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice.....	viii
Índice de tablas.....	x
Resumen.....	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema	15
1.2. Formulación del problema	17
1.3. Objetivos de la investigación	18
1.4. Justificación	18
1.5. Limitaciones.....	19
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	20
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Definición de términos.....	58
2.4. Identificación de variables	59
2.5. Operacionalización de variables	60
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Ámbito temporal y espacial	61
3.2. Tipo de investigación.....	61
3.3. Nivel de investigación.....	62
3.4. Métodos de investigación.....	62
3.5. Diseño de investigación	62
3.6. Población, muestra y muestreo	63
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	63
3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	64
CAPÍTULO IV	
PRESENTACION DE RESULTADOS	
4.1. Análisis de información	65
4.2. Discusión de resultados.....	71
Conclusiones	75
Recomendaciones.....	76

Referencias bibliográficas.....	77
Anexos:	82
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	83
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	86
Anexo 3: Juicio de expertos	89
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar.....	93



Índice de tablas

Tabla 1.	Características sociodemográficas de las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.	65
Tabla 2.	Características obstétricas de las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.	66
Tabla 3.	Morbilidades y complicaciones en el embarazo en gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.	67
Tabla 4.	Complicaciones en el parto en madres atendidas en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.	69

Resumen

Objetivo. Determinar las complicaciones en el parto, en madres atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021. **Método.** La investigación fue retrospectiva, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, de la provincia de Chanchamayo de la región Junín, de enero a junio 2021; según registros estadísticos fueron un total de 52 pacientes. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental, el instrumento la ficha de recolección de datos. **Resultados.** El 21.2% (11) tuvieron una edad $\leq$ a 18 años, el 36.5 % (19) una edad de 19 a 26 años, el 28.8% (15) una edad de 27 a 34 años y el 13.5% (7) una edad $\geq$ a 35 años. El 82.7% (43) fueron de procedencia urbana. El 61.5% (32) tuvieron educación secundaria y el 30.8% (16) educación superior. El 73.1% (38) fueron convivientes, el 21.2% (11) solteras y el 5.8% (3) casadas. El 53.8% (28) tuvieron peso normal, el 34.6% (18) sobrepeso y el 11.5% (6) obesidad. El 50% (26) fueron nulíparas, el 32.7% (17) primíparas y el 17.3% (9) multíparas. El 9.6% (5) no tuvieron atención prenatal, el 30.8% (16) tuvieron de 1 a 5 atenciones prenatales y el 59.6% (31) tuvieron 6 a más atenciones prenatales. El 38.5% (20) no tuvieron periodo intergenésico (PIG) por ser primigestas, el 7.7% (4) tuvieron un PIG corto, el 28.8% (15) tuvieron un PIG normal y el 25% (13) tuvieron un PIG largo. El 25% (13) tuvieron infección de tracto urinario, el 13.5% (7) COVID 19. El 21.2% (11) tuvieron anemia moderada, el 23.1% (12) anemia leve. El 21.2% (11) tuvieron ruptura prematura de membranas, el 15.4% (8) distocia funicular, el 13.5% (7) embarazo en vías de prolongación, el 3.8% (2) macrosomía fetal, el 3.8% (2) presentación podálica. En el periodo de dilatación el 21.2% (11) tuvieron distocia de presentación, el 19.2% (10) tuvieron trabajo de parto disfuncional, el 11.5% (6) tuvieron inducción fallida del parto, el 11.5% (6) presentaron sufrimiento fetal agudo y el 7.7% (4) tuvieron dilatación estacionaria. En el periodo expulsivo el 23.1% (12) tuvieron desgarro perineal, el 13.5% (7) presentaron expulsivo prolongado y el 3.8% (2) tuvieron desgarro cervical. En el periodo de alumbramiento el 19.2% (10) presentaron retención de restos placentario, el 15.4% (8) presentaron atonía uterina y el 1.9% (1) presentaron retención placentaria. **Conclusiones.** Las complicaciones del parto fueron la distocia de presentación, trabajo de parto disfuncional, sufrimiento fetal agudo, dilatación estacionaria, desgarro perineal, expulsivo prolongado y desgarro cervical. En el alumbramiento retención de restos placentario y atonía uterina.

Palabras clave: Complicación en el parto, dilatación complicada, periodo expulsivo, alumbramiento patológico.

Abstract

Objective. Determine the complications of childbirth in mothers treated at the Julio Cesar Demarini Caro Regional Teaching Hospital of Tropical Medicine, Junín from January to June 2021. **Method.** The research was retrospective, cross-sectional, descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population consisted of all pregnant women with complicated delivery attended at the Julio Cesar Demarini Caro Regional Teaching Hospital of Tropical Medicine, in the Chanchamayo province of the Junín region, from January to June 2021; According to statistical records, there were a total of 52 patients. The sample was census. The technique was the documentary analysis, the instrument the data collection sheet. **Results.** 21.2% (11) had an age ≤ 18 years, 36.5% (19) an age of 19 to 26 years, 28.8% (15) an age of 27 to 34 years and 13.5% (7) an age ≥ 35 years. 82.7% (43) were of urban origin. 61.5% (32) had secondary education and 30.8% (16) higher education. 73.1% (38) were cohabiting, 21.2% (11) single and 5.8% (3) married. 53.8% (28) had normal weight, 34.6% (18) were overweight and 11.5% (6) were obese. 50% (26) were nulliparous, 32.7% (17) primiparous and 17.3% (9) multiparous. 9.6% (5) did not have prenatal care, 30.8% (16) had 1 to 5 prenatal care and 59.6% (31) had 6 or more prenatal care. 38.5% (20) did not have a birth period (PIG) due to being primiparous, 7.7% (4) had a short PIG, 28.8% (15) had a normal PIG and 25% (13) had a long PIG. 25% (13) had urinary tract infection, 13.5% (7) COVID 19. 21.2% (11) had moderate anemia, 23.1% (12) mild anemia. 21.2% (11) had premature rupture of membranes, 15.4% (8) funicular dystocia, 13.5% (7) prolonged pregnancy, 3.8% (2) fetal macrosomia, 3.8% (2) breech presentation. In the dilation period, 21.2% (11) had presenting dystocia, 19.2% (10) had dysfunctional labor, 11.5% (6) had failed induction of labor, 11.5% (6) had acute fetal distress and 7.7% (4) had stationary dilation. In the second stage, 23.1% (12) had a perineal tear, 13.5% (7) had prolonged delivery and 3.8% (2) had a cervical tear. In the delivery period, 19.2% (10) presented retention of placental remains, 15.4% (8) presented uterine atony and 1.9% (1) presented placental retention. **Conclusions.** Complications of delivery were presenting dystocia, dysfunctional labor, acute fetal distress, stationary dilation, perineal tear, prolonged second delivery, and cervical tear. Retention of placental remains and uterine atony at delivery.

Keywords: Complication in childbirth, complicated dilation, expulsive period, pathological delivery.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud estimó que 20 millones de mujeres tuvieron complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio (1). En el mundo cada día mueren unas 830 mujeres por complicaciones en el embarazo, el parto y el puerperio (2). Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y los abortos peligrosos (3). El trabajo de parto y parto son procesos fisiológicos que pueden conducir a dificultades que conllevan al parto distócico (3).

Las anormalidades en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo tienen una frecuencia del 18,3% (5). Algunos de los factores relacionados son: mal control prenatal, bajo peso fetal al nacer, baja estatura materna, cesárea previa, gran multiparidad, nuliparidad, embarazos postérminos, trabajo de parto prolongado y excesiva ganancia de peso durante el embarazo (6, 7).

En un Hospital de Bogotá, los problemas en el parto que presentaron las gestantes fueron distocias de tipo cervical (34.4%), distocias de presentación (31%), distocias por macrostomia fetal (13.7%), distocias por desproporción céfalo pélvica (10.3%) y distocias por dinámica uterina (10.3%) (8).

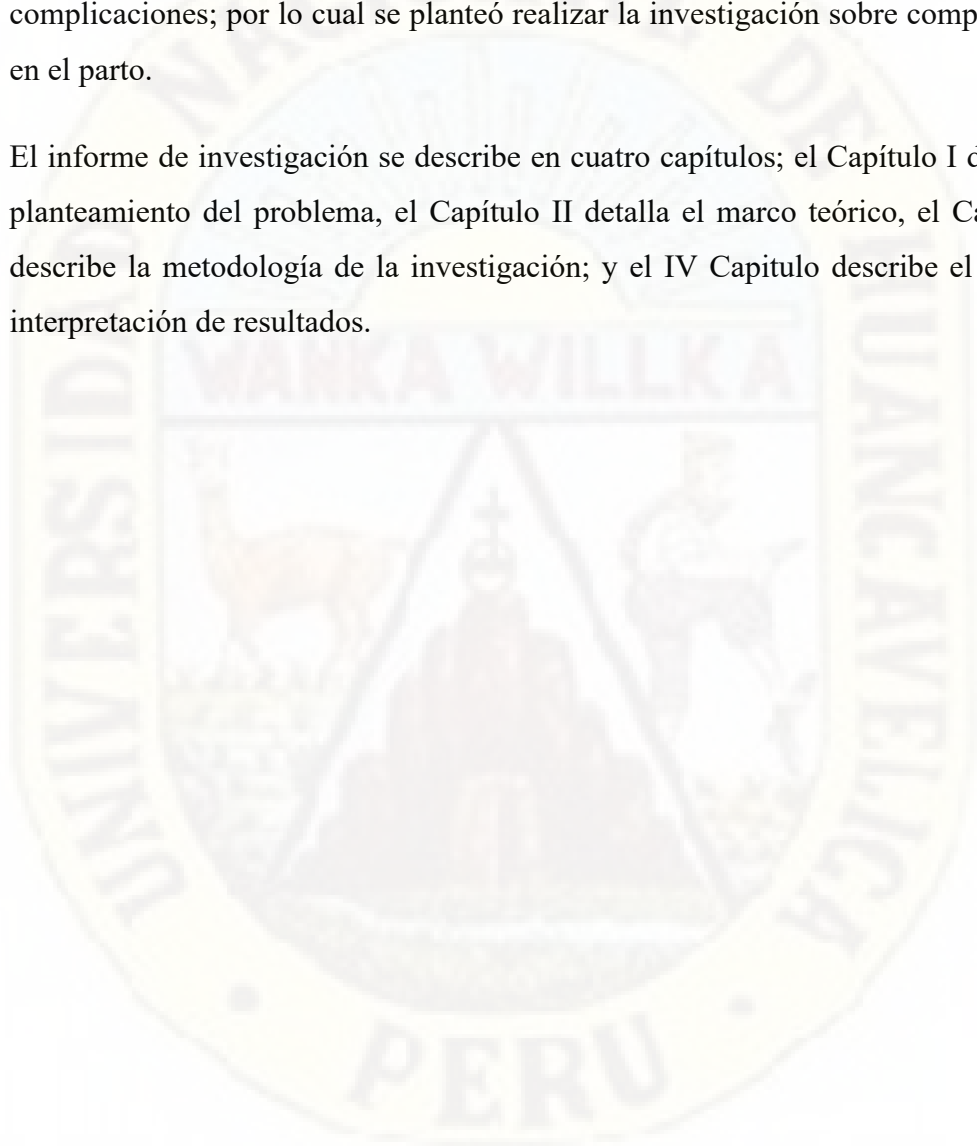
En el Hospital de Huaycan de Lima, del total de gestantes con parto distócico; el 54,1% presentaron desproporción céfalo pélvica, el 25,8% presentaron anomalías de la contracción, el 19.1% presentaron distocias de partes blandas, el 13,4% presentaron macrosomía fetal (10).

La mayoría de estas complicaciones pueden ser prevenidas o identificadas oportunamente para su manejo preventivo o para su atención oportuna. Es por ello la pertinencia conocer los aspectos característicos o patrón que presentan estas gestantes con complicaciones en el parto a fin de poder identificarlos oportunamente para

realizar una intervención sanitaria integral que disminuyan los riesgos y las complicaciones en el parto.

Las mujeres de la localidad de Chanchamayo que se atienden en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, no son ajenas a estas complicaciones; por lo cual se planteó realizar la investigación sobre complicaciones en el parto.

El informe de investigación 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

La Organización Mundial de la Salud estimó ya hace más de dos décadas que 20 millones de mujeres tenían complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio con diferentes posibilidades de secuelas (1).

Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio (2). En 2015 se estimaron 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 (2).

Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y los abortos peligrosos (3).

El trabajo de parto y parto son procesos fisiológicos que pueden conducir a dificultades o anomalías en el parto que conllevan al parto distócico, lo que puede aumentar la morbilidad y mortalidad materna perinatal; los problemas más comunes son las distocias de presentación y las distocia de contracción; que están presentes en mujeres con periodo intergenésico corto, óbito previo, mujeres menores de 18 o mayores de 35 años, mujeres con defectos congénitos pélvicos y pérdida de líquido amniótico por más de 12 horas (3).

En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés (4). Alrededor de una tercera parte de las muertes maternas y un porcentaje

considerable de los trastornos potencialmente mortales relacionados con el embarazo se atribuyen a complicaciones aparecidas durante el trabajo de parto, el parto o el período puerperal inmediato, a menudo como resultado de una hemorragia, detención del trabajo de parto o septicemia (4).

Las anormalidades en el mecanismo del parto que interfiera con la evolución fisiológica del mismo tiene una frecuencia de 18,3% (5). Los factores relacionados son múltiples y sus repercusiones perinatales pueden ir desde lesiones menores hasta daño cerebral grave. Algunos de los factores relacionados son: mal control prenatal, bajo peso fetal al nacer, baja estatura materna, cesárea previa, gran multiparidad, nuliparidad, embarazos postérminos, trabajo de parto prolongado y excesiva ganancia de peso durante el embarazo (6, 7).

En un Hospital de Bogotá, los problemas en el parto que presentaron las gestantes fueron distocias de tipo cervical (34.4%), distocias de presentación (31%), distocias por macrostomia fetal (13.7%), distocias por desproporción céfalo pélvica (10.3%) y distocias por dinámica uterina (10.3%) (8).

Según el Ministerio de Salud del Perú, las principales causas de mortalidad fueron la hemorragia (24%), enfermedades hipertensivas (21%), sepsis (15%) y las obstétricas directas (7%); así mismo la mayoría murió durante el puerperio (63%) (9).

En el Hospital de Huaycan de Lima, del total de gestantes con parto distócico el 54,1% presento desproporción céfalo pélvica, el 25,8% presentaron anomalías de la contracción, el 19.1% presentaron distocias de partes blandas, el 13,4% presentaron macrosomía fetal (10).

El proceso del parto comúnmente se desarrolla de manera normal, pero en ciertas situaciones de acuerdo a las características sociodemográficas, obstétricas, antecedentes de morbilidad u otras características de riesgo pueden complicarse, la mayoría de estas complicaciones pueden ser prevenidas o identificadas oportunamente para su manejo y atención oportuna. Es por ello

la pertinencia de conocer los aspectos característicos o patrón que presentan estas gestantes con complicaciones en el parto a fin de poder identificarlos oportunamente para realizar una intervención sanitaria integral que disminuyan los riesgos y las complicaciones en el parto.

Las mujeres de la localidad de Chanchamayo que se atienden en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, no son ajenas a estas complicaciones en el proceso del parto; así mismo considerando que en la actualidad existen escasos trabajos sobre este tema, se planteó realizar la investigación sobre complicaciones en el parto.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las complicaciones en el parto, en madres atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021?
- ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021?
- ¿Cuáles son las morbilidades y complicaciones en el embarazo en gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021?
- ¿Cuáles son las complicaciones en el trabajo de parto, parto y alumbramiento, en las madres atendidas en el Hospital Regional

Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar las complicaciones en el parto, en madres atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.
- Identificar las características obstétricas de las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.
- Identificar las morbilidades y complicaciones en el embarazo en gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.
- Identificar las complicaciones en el trabajo de parto, parto y alumbramiento, en las madres atendidas en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.

1.4. Justificación

Alrededor de una tercera parte de las muertes maternas y un porcentaje considerable de los trastornos potencialmente mortales relacionados con el embarazo se atribuyen a complicaciones aparecidas durante el trabajo de parto, el parto o el período puerperal inmediato, a menudo como resultado de una hemorragia, detención del trabajo de parto o septicemia (4).

Las anormalidades en el mecanismo del parto que interfiera con la evolución fisiológica del mismo tiene una frecuencia del 18,3% (5). Los factores relacionados son múltiples y sus repercusiones perinatales pueden ir desde lesiones menores hasta daño cerebral grave. Algunos de los factores relacionados son: mal control prenatal, bajo peso fetal al nacer, baja estatura materna, cesárea previa, gran multiparidad, nuliparidad, embarazos postérminos, trabajo de parto prolongado y excesiva ganancia de peso durante el embarazo (6, 7).

Una complicación en el trabajo de parto detectada a tiempo puede ser tratada oportunamente, por otra parte, si conocemos sus aspectos característicos podemos implementar acciones sanitarias preventivas. Así mismo lo hallado brindara información que puede ser utilizado para actualizar las guías de atención en el manejo de las complicaciones del parto. Por otra parte, los resultados de esta investigación contribuirán a fortalecer las acciones sanitarias estratégicas en promoción de la salud, prevención primaria por niveles de atención.

1.5. Limitaciones

Por la situación de pandemia que vive el país hubo demoras en la recolección de datos; sobre todo en el análisis de las historias clínicas; ya que el ingreso estuvo restringido por las medidas de bioseguridad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Gaona et al (11); investigaron la incidencia de las distocias en La Unidad de Servicios La Victoria Subred Centro Oriente de Bogotá DC y El Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha (Cundinamarca) en el año 2015; metodología: se realizó un estudio transversal, descriptivo; se revisaron historias clínicas de gestantes que ingresaron al servicio de urgencias ginecológicas en trabajo de parto fase activa o latente; la población total fueron 5150 historias clínicas, de donde se obtuvo una muestra aleatoria mínima de 358 (NC: 95%, E: 5%, P: 50%); por aspectos operativos se tomó una muestra total de 400 historias ajustado a pérdidas, las cuales se sometieron a muestreo aleatorio; resultados: La incidencia de partos distócicos fue del 17%; de todos los partos distócicos; el 34,4% tuvieron distocias de tipo cervical, el 31% tuvieron distocias de presentación, el 13,7% tuvieron macrosomía fetal, el 10,3% presentaron desproporción céfalo pélvica y el 10,3% distocias por dinámica uterina; en las gestantes con parto distócico el 62% fueron primigestas, el 20,6% fueron segundigestas; conclusiones: la incidencia general de distocia fue del de 17% (IC 95%: 11,96 – 23,28%) y de 13% (IC 95%: 9,28 – 19,04%), respectivamente; es necesario resaltar la importancia de un seguimiento estricto del trabajo de parto, que ofrezcan el servicio de ginecología y obstetricia.

Huillca (12); investigo 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, 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% 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, 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 7,6% tuvieron parto distócico por sufrimiento fetal, el 6,7% por macrosomía fetal, el 5,5% por distocia funicular, el 3,4% por situación transversa; 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.

Vera (13); investigo los factores asociados a distocia de trabajo de parto en pacientes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto en el periodo 2016-2018; se seleccionó a la población de forma aleatoria simple; considerando tener como característica principal tener diagnóstico de distocia de trabajado de parto atendidos en el Hospital II-2 Tarapoto; estudio de casos y controles, muestra conformada por 50 casos y 50 controles; la recolección de datos se realizó mediante la revisión de historias clínicas; resultados: en el grupo de las mujeres con parto distócico; el 76% fueron nulíparas, el 36% tuvieron desproporción céfalo pélvica, el 46% tuvieron estrechez pélvica; en el análisis de asociación se encontró que la nuliparidad, la desproporción céfalo pélvica, la estrechez pélvica no son factores asociados a distocia de trabajo de parto en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.

Montenegro (14); investigo la asociación entre las complicaciones puerperales y la clasificación de Embarazo a Término de la ACOG, en el Hospital de Vitarte, año 2018; materiales y métodos: el estudio realizado fue analítico, retrospectivo de tipo caso y control; la población estudiada estuvo conformada por pacientes con puerperio mediano y que tuvieron alguna complicación fueron 268 pacientes, con 134 casos y 134 controles; la información fue recolectada de las Historias clínicas; resultados: el 19% tuvieron parto complicado, el 3,2% tuvieron parto prolongado, el 17% tuvieron parto

precipitado, el 6% tuvieron inducción del parto, en el puerperio inmediato y mediato la complicación más frecuente fue la Infección postparto 61,19% y la Hemorragia postparto 30,60%; de los factores estudiados el número de atención prenatal insuficiente tuvo 4,5 veces mayor probabilidad de presentar complicación, así como otros factores tales como la multiparidad, el sobrepeso, la anemia y la presencia de complicación durante el parto; conclusiones: se encontró que no existe asociación significativa entre la clasificación de embarazo en sus diferentes subclasificaciones y la presencia de complicaciones durante puerperio.

Colan et al (10); investigaron los factores maternos y fetales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital público nivel II-1 de Lima. Materiales y métodos: estudio de casos y controles; participantes: gestantes con diagnóstico de parto distócico y parto eutócico atendidas en Hospital de Huaycan; metodología: muestra constituida por 208 casos y 208 controles. Para obtener la asociación y el grado de significancia con el parto distócico se utilizó odds ratio; resultados: De las gestantes con distocias del trabajo de parto; el 13,4% tuvieron macrosomía fetal, el 1,4% distocias de hombro, 14,8% presentación podálica, el 4,3% situación transversa, el 26,3% tuvieron un periodo intergenésico inadecuado, el 54,1% presentaron desproporción cefalopélvica y el 25,8% anomalías de contracción; 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 como factor fetal fue 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.

Diaz (15); investigo 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” de Huaraz; Metodología: Estudio analítico, casos y controles,

retrospectivo y de corte transversal; con una población de 2436 gestantes que acudieron a la atención del parto y una muestra final de 262 controles y 131 casos con diagnóstico de distocia del trabajo de parto; teniendo como fuente las historias clínicas de la madre, se empleó la ficha de recolección de datos válida y confiable; Resultados: De las gestantes con distocias del trabajo de parto; el 16% tuvieron un peso inadecuado, el 45% tuvieron un periodo intergenésico inadecuado, el 38,9% fueron primigestas, el 61,1% multigestas, el 40% no tuvieron una adecuada atención prenatal, el 74% tuvieron anemia, el 1,5% condilomatosis, el 0,8% presentaron distocias funicular, el 97,7% tuvieron un inicio espontaneo del parto. Los factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto fueron el peso pregestacional < 45 kg, la talla <1.45 m, el IMC inadecuado, el periodo intergenésico menor de 2 y mayor de 4 años, la anemia, feto macrosómico; conclusiones: se demostró que existen factores de riesgo asociados: preconcepcionales (talla < 1.45 cm, peso < 45kg, IMC inadecuado, periodo intergenésico inadecuado), anteparto (EG pretermo, anemia, resultado ecográfico anormal, oligohidramnios y RCIU), intraparto (estimulación/accentuación, preeclampsia severa y relacionados con el producto: BPN y/o macrosómico y peso pequeño y/o grande para la EG).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Embarazo

El embarazo (gestación) es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre; se utilizan varios términos para definir la etapa de desarrollo de la concepción humana y la duración del embarazo; para los fines de la obstetricia, la edad gestacional o edad menstrual es el tiempo que ha transcurrido desde el primer día del último periodo normal (LNMP), que de hecho antecede al tiempo de la fertilización del ovocito (16).

La edad gestacional se expresa en semanas terminadas; el inicio de la gestación (que se basa en el LNMP) ocurre, en general, dos semanas antes de la ovulación, suponiendo un ciclo menstrual regular de 28

días; La edad fetal o del desarrollo es la edad de la concepción, que se calcula a partir del momento de la implantación, la cual ocurre 4 a 6 días después de terminar la ovulación; la edad gestacional del embarazo se calcula en 280 días o 40 semanas completas; la fecha probable de parto (EDD) se puede calcular sumando siete días al primer día del último periodo menstrual y restando tres meses más un año (regla de Naegele) (16).

2.2.2. Parto

El trabajo de parto es una secuencia de contracciones uterinas que da por resultado el borramiento y dilatación del cuello uterino y los esfuerzos voluntarios de pujo que conducen a la expulsión de los productos de la concepción a través de la vagina; el parto es el modo de expulsión del feto y de la placenta; el trabajo de parto y el parto constituyen un proceso fisiológico normal que la mayoría de las mujeres experimenta sin complicación alguna; el objetivo del manejo de este proceso es fomentar un parto seguro tanto para la madre como para el neonato (17).

La función del obstetra o la partera y del equipo asistente es anticipar y manejar las complicaciones que pudieran surgir y dañar a la madre o al feto (17).

2.2.2.1. Fases clínicas del trabajo de parto

Las fases clínicas del trabajo de parto fueron establecidas en el trabajo de doctor Emanuel A Friedman en el año 1954, quien presentó una representación gráfica de la progresión del trabajo de parto: Partograma (18). En el partograma se dibuja el progreso de la dilatación y el descenso de la presentación fetal, en función del tiempo (18).

El trabajo de parto se divide en tres etapas:

1. Primera etapa: dilatación. Se compone de dos fases:

- **Fase latente:** entre el inicio de las primeras contracciones perceptibles, hasta el inicio de la fase activa. En promedio la duración de la fase latente se describió en: 4,8 horas en la nulípara y 6,4 horas en la multípara. Se estableció, además, que la duración máxima de la fase latente es de 20 h en nulípara y 14 h en multípara (18).
- **Fase activa:** se inicia en presencia de un cuello 100% borrado y con 3 cm de dilatación; y termina con la “dilatación completa” (10 cm). Friedman describió que la fase activa se compone de tres etapas: aceleración, máxima pendiente y desaceleración; dando a la curva de partograma un aspecto sigmoideo; la velocidad de progresión, respecto de la dilatación cervical, es dependiente de la paridad, clásicamente se ha establecido que la velocidad de progresión es en promedio: 1.2cm/h en nulípara y 1.6 cm/h en multípara (18).

Hoy en día sabemos, que en muchas mujeres que finalmente tienen un parto vaginal, la velocidad de progresión es más lenta que lo que Friedman describió; adicionalmente, se ha observado que la dilatación del cuello es más rápida a medida que la dilatación progresa, es decir, no tiene la forma sigmoidea (con desaceleración) final como se pensó. En la fase activa, asociado a la dilatación del cuello uterino, se produce el descenso de la presentación fetal a través del canal de parto (18).

2. Segunda etapa: expulsivo.

Se inicia cuando la dilatación es completa (10cm) y termina con la salida del bebé; dura máximo 2 h en nulípara sin anestesia y 1 h en multípara sin anestesia; se ha demostrado que la anestesia peridural, prolonga la fase de expulsivo en una hora (3 h nulípara – 2 h multípara), durante esta etapa se completa el descenso de la presentación fetal (18).

3. Tercera etapa: alumbramiento.

Corresponde al período desde la salida del bebé, hasta la salida de la placenta. Puede durar hasta 45 minutos en nulípara y 30 minutos en multípara (18).

2.2.3. Trabajo de parto anómalo.

El trabajo de parto anómalo o distócico surge de tres categorías distintas de anomalías:

En primer lugar, las contracciones uterinas pueden ser insuficientemente fuertes o coordinadas de manera inadecuada para dilatar el cuello uterino de forma eficaz: disfunción uterina; además, el esfuerzo muscular voluntario de la madre durante la segunda etapa del trabajo de parto puede ser inadecuado (19). **En segundo lugar**, las anomalías fetales de presentación, posición o anatomía pueden retardar el progreso (19). **Por último**, los cambios estructurales pueden contraer la pelvis ósea materna; o bien, las anomalías de los tejidos blandos del tracto reproductivo pueden constituir un obstáculo para el descenso fetal (19). Estas alteraciones pueden simplificarse mecánicamente en tres categorías que incluyen anomalías de la fuerza: contractilidad uterina y el esfuerzo de expulsión materna; del producto, el feto; y del canal: la pelvis y el tracto reproductivo inferior (19).

Las anomalías a menudo interactúan individualmente o en combinación para producir un parto disfuncional. Las expresiones de uso común en la actualidad, como la desproporción cefalopélvica y la falta de progreso, se utilizan para describir trabajos ineficaces (19).

Tal desproporción absoluta es ahora rara, y la mayoría de los casos se debe a una mala posición de la cabeza fetal dentro de la pelvis (asinclitismo) o por contracciones uterinas ineficaces; la verdadera desproporción es un diagnóstico tenue porque muchas mujeres que se someten a cesárea por este motivo posteriormente dan a luz recién nacidos aún más grandes en embarazos posteriores (19).

Una segunda frase, la falta de progreso en el trabajo espontáneo o estimulado, se ha convertido en una descripción cada vez más popular del trabajo ineficaz; este término refleja la falta de dilatación cervical progresiva o la falta de descenso fetal; ninguno de estos dos términos es específico (19).

Hallazgos clínicos comunes en mujeres con trabajo de parto ineficaz:

- Dilatación cervical o descenso fetal inadecuado
- Trabajo de parto prolongado: progreso lento
- Trabajo de parto detenido, sin progreso
- Esfuerzo de expulsión inadecuado: empuje ineficaz

Desproporción feto pélvica

- Tamaño fetal excesivo
- Capacidad pélvica inadecuada
- Mala presentación o posición del feto
- Anatomía fetal anómala

Rotura de membranas sin labor de parto

Patrones de trabajo de parto anómalo.

1. Trastorno de Prolongación

Fase latente prolongada

2. Trastorno de retraso

Retraso de la dilatación en la fase activa.

Descenso retrasado

3. Trastorno de la detención

Fase de desaceleración prolongada

Detención secundaria de la dilatación

Detención del descenso

Falla de descenso

2.2.4. Anomalías de las fuerzas expulsivas

La dilatación cervical, así como la propulsión y expulsión del feto se producen por contracciones uterinas. Durante la segunda etapa del parto, estas contracciones se ven reforzadas por la acción muscular voluntaria o involuntaria de la pared abdominal: “empujar”; el diagnóstico de disfunción uterina en la fase latente es difícil y, a veces, sólo se puede realizar en retrospectiva. Las mujeres que todavía no están en trabajo de parto activo son tratadas erróneamente por esta disfunción (19).

A partir de la década de 1960, al menos tres avances significativos han ayudado al tratamiento de la disfunción uterina. La primera es la comprensión de que la prolongación indebida del parto puede contribuir a las tasas de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales; en segundo lugar, la infusión intravenosa diluida de oxitocina se administra para tratar ciertos tipos de disfunción uterina y por último, se selecciona el parto por cesárea en lugar del parto por medio de fórceps cuando la oxitocina falla o su uso es inadecuado (19).

2.2.5. Tipos de disfunción uterina

Reynolds y colaboradores (1948) enfatizaron que las contracciones uterinas del parto normal se caracterizan por un gradiente de actividad miometrial; estas fuerzas son las más grandes y duran más tiempo en el fondo, considerada dominación del fondo, y disminuyen hacia el cuello uterino (19). Caldeyro-Barcia y sus colegas (1950) de Montevideo, Uruguay, insertaron pequeños globos en el miometrio en varios niveles; Informaron que, además de un gradiente de actividad, el inicio de las contracciones difería en el fondo, la zona media y los segmentos uterinos inferiores (19). Larks (1960) describió el estímulo como comenzando en un cuerno y luego, varios milisegundos más tarde, en el otro. Las ondas de excitación se unen y barren el fondo y bajan por el útero; las contracciones espontáneas normales a menudo ejercen presiones que se aproximan a 60 mm Hg (Hendricks, 1959). Aun así, el grupo de Montevideo comprobó que el límite inferior de presión de contracción requerido para dilatar el cuello uterino es de 15 mm Hg (19).

A partir de estas observaciones, se definen dos tipos fisiológicos de disfunciones uterinas; en la disfunción uterina hipotónica más común, no hay hipertonia basal, y las contracciones uterinas tienen un patrón de gradiente normal (síncrono); sin embargo, la presión durante una contracción es insuficiente para dilatar el cuello uterino (19).

En el segundo tipo, la disfunción uterina hipertónica o disfunción uterina incoordinada, se eleva apreciablemente el tono basal o se distorsiona el gradiente de presión; la distorsión de gradiente puede resultar de una contracción más fuerte del segmento medio uterino que la del fondo, de la asincronía completa de los impulsos que se originan en cada cuerno, o de una combinación de estos dos (19).

2.2.6. Trastornos del trabajo de parto

Prolongación de fase latente

Estos tipos de disfunción uterina que se acaban de describir pueden, a su vez, conducir anomalías del trabajo de parto; primero, la fase latente puede prolongarse, lo que se define como más de 20 horas en la nulípara y 14 horas en la múltipara; en algunas, cesan las contracciones uterinas, lo que sugiere un falso trabajo de parto; en el resto, una fase latente anormalmente larga persiste y con frecuencia se trata con estimulación con oxitocina (19).

Trastornos de fase activa

En el trabajo de parto activo, los trastornos se dividen en un progreso más lento de lo normal, un trastorno de prolongación, o el cese completo del progreso, un trastorno de detención (19).

Estos criterios y el manejo del parto anómalo han sufrido recientemente un cambio; en 2014, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal emitieron su primer Consenso de atención obstétrica titulado Prevención segura de parto por cesárea primaria; se reafirmó en 2016; esta declaración de consenso fue una respuesta a las preocupaciones sobre el uso excesivo de cesáreas en Estados Unidos; es decir, aproximadamente una de cada tres mujeres que dan a luz cada año se somete a esta cirugía; las nuevas recomendaciones del Comité de consenso se basan en “datos más recientes utilizados para revisar la definición contemporánea de progreso del trabajo de parto normal” y reflejan una revisión significativa de la comprensión preexistente de parto anómalo (19).

Prolongación de la fase activa.

De los trastornos de fase activa, los trastornos de la prolongación están menos descritos, y el tiempo necesario antes del diagnóstico de

progreso lento no está definido; la Organización Mundial de la Salud (1994) ha propuesto un partograma de manejo del trabajo de parto en el que la prolongación se define como una dilatación cervical <1 cm/h durante un mínimo de 4 horas; estos criterios se adaptaron de los de Cohen y Friedman (1983). Para este trastorno, la observación de un progreso adicional es un tratamiento apropiado; si se notan unidades de Montevideo insuficientes, se inicia el aumento de oxitocina; según el Comité de consenso (2016), el parto lento pero progresivo en la primera etapa no debe ser una indicación para el parto por cesárea (19).

Detención de fase activa.

Handa y Laros (1993) diagnosticaron detención en la fase activa, definida como la no dilatación durante 2 horas o más, en 5% de las nulíparas a término. Esta incidencia no ha cambiado desde la década de 1950 (Friedman, 1978). Las contracciones uterinas inadecuadas, definidas como menos de 180 unidades de Montevideo, se diagnosticaron en 80% de las mujeres con detención en fase activa. Hauth y colaboradores (1986, 1991) informaron que cuando el parto se induce o aumenta efectivamente con oxitocina, 90% de las mujeres alcanza de 200 a 225 unidades de Montevideo, y 40% logra al menos 300 unidades de Montevideo. Estos resultados sugieren que deben alcanzarse ciertos mínimos de actividad uterina antes de realizar un parto por cesárea para la distocia (19).

También deben cumplirse otros criterios. Primero, la fase latente debe completarse, y el cuello uterino esté dilatado ≥ 4 cm. Además, un patrón de contracción uterina de 200 unidades de Montevideo o más en un periodo de 10 minutos haya estado presente durante 2 o más horas sin cambio cervical. Rouse y asociados (1999) impugnaron la “regla de las 2 horas” sobre la base de que es necesario un tiempo más largo, es decir, al menos 4 horas, antes de concluir que la fase activa

del parto ha fracasado. Se está de acuerdo. El Comité de consenso (2016) ha ampliado los criterios (19).

Trastornos de descenso en la segunda etapa

El descenso fetal sigue en gran medida la dilatación completa. Además, la segunda etapa incorpora muchos de los movimientos cardinales necesarios para que el feto negocie el canal del parto; en consecuencia, la desproporción del feto y la pelvis con frecuencia se hace evidente durante el parto en la segunda etapa (19).

Al igual que en la primera etapa del parto, los límites de tiempo han sido apoyados para limitar la duración de la segunda etapa para minimizar los resultados adversos maternos y fetales. La segunda etapa en nulíparas se limita a 2 horas y se extiende a 3 horas cuando se usa la analgesia regional. Para multíparas, 1 hora es el límite, extendido a 2 horas con analgesia regional (19).

Cohen (1977) investigó los efectos fetales de la duración del parto en la segunda etapa en el hospital Beth de Israel. Incluyó a 4 403 nulíparas a término a las que se realizó un monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal. La tasa de mortalidad neonatal no aumentó en las mujeres cuyo trabajo de parto en la segunda etapa superó las 2 horas. La analgesia epidural se usó comúnmente, y esto probablemente explica la gran cantidad de embarazos con una segunda etapa prolongada. Estos datos influyeron en las decisiones para permitir una hora adicional para la segunda etapa cuando se usa la analgesia regional (19).

Menticoglou y colaboradores (1995a, b) también desafiaron los dictámenes prevalecientes relacionados con la duración de la segunda etapa. Su preocupación provino de lesiones neonatales graves asociadas con rotaciones de fórceps para acortar el parto en la segunda etapa. Como resultado, permitieron una segunda etapa más larga para

disminuir la tasa de parto vaginal operatorio. Entre 1988 y 1992, el trabajo de parto de segunda etapa superó las 2 horas en un cuarto de 6 041 nulíparas a término. Se utilizó analgesia epidural para el trabajo de parto en el 55%. La duración de la segunda etapa, incluso en aquellas que duraron hasta 6 horas o más, no se relacionó con el resultado neonatal. Estos resultados se atribuyeron al uso cuidadoso del monitoreo electrónico y las mediciones del pH del cuero cabelludo. Estos investigadores concluyeron que no hay una razón convincente para intervenir con un fórceps posiblemente difícil o una extracción al vacío porque haya transcurrido cierto número de horas. Sin embargo, observaron que después de 3 horas en la segunda etapa, el parto por cesárea u otro método quirúrgico aumentaban progresivamente; a las 5 horas, las perspectivas de parto espontáneo en la hora subsiguiente eran sólo de 10 a 15% (19).

El Comité de consenso (2016) ha promovido directrices más recientes para el trabajo de parto de segunda etapa. Estos recomiendan permitir que una nulípara empuje durante al menos 3 horas y una multípara empuje durante al menos 2 horas antes de que se diagnostique la detención del parto en la segunda etapa. Una advertencia es que el estado materno y fetal debe ser tranquilizador. Estos autores ofrecen opciones para estos momentos antes de que se realice el parto por cesárea. Es decir, las duraciones más largas pueden ser apropiadas siempre que se documente el progreso. Además, no se ha identificado una duración máxima específica del tiempo dedicado al trabajo de parto en la segunda etapa, más allá del cual todas las mujeres deben someterse a un parto operatorio (19).

Intuitivamente, el objetivo de reducir las tasas de parto por cesárea se equilibra mejor con uno para garantizar la seguridad neonatal, y es problemático que no haya datos sólidos sobre los resultados neonatales que apoyen la seguridad de permitir el trabajo de parto

prolongado en la segunda etapa. Los datos de muchas evaluaciones revelan que las consecuencias graves en los recién nacidos se producen en trabajo de parto de la segunda etapa durante más de 3 horas (Allen, 2009; Bleich, 2012; Laughon, 2014; Leveno, 2016; Rosenbloom, 2017). Otros datos, cuando se ajustan para las variables del trabajo de parto, no muestran diferencias en las complicaciones neonatales para estas segundas etapas más largas (Cheng, 2004; Le Ray, 2009; Rouse, 2009). Grobman y sus colegas (2016) han argumentado que el número absoluto de tales resultados adversos es pequeño y que “los resultados generales siguen siendo buenos”. Dicho esto, algunas de las complicaciones son graves. Por tanto, para determinar completamente el efecto específico de estas directrices sobre las tasas de morbilidad, se necesitan ensayos controlados aleatorios (19).

Es posible que el parto prolongado en la primera etapa presagie lo de la segunda etapa. Nelson y asociados (2013) estudiaron las relaciones entre la duración de la primera y la segunda etapas del parto en 12 523 nulíparas a término con partos en el Parkland Hospital. La segunda etapa se alargó significativamente concomitantemente con el aumento de la duración de la primera etapa. El percentil 95 fue de 15.6 y 2.9 horas para la primera y la segunda etapas, respectivamente. Las mujeres con primeras etapas que duraron más de 15.6 horas (percentil >95) tuvieron una tasa de 16% de trabajo de parto de segunda etapa que duró 3 horas (percentil 95). Esto se compara con una tasa de 4.5% de segundas etapas prolongadas en mujeres con trabajo de parto de primera etapa que duran percentil <95th (19).

Rotura del útero

La rotura del útero puede ser primaria con el útero intacto o sin cicatrices, o secundaria, relacionada con alguna incisión, lesión, o anomalía del miometrio; como dato importante, en los últimos 50 años

ha cambiado de forma extraordinaria la contribución de cada una de las causas primarias; de manera específica, antes de 1960, periodo en que era menor la frecuencia con que se realizaba la cesárea en comparación con la que se practica hoy día, y también eran numerosas las multíparas, predominaba la rotura uterina primaria (19). Conforme aumentó la incidencia del nacimiento por cesárea y especialmente cuando la prueba del parto se tornó prevalente en el decenio de 1990, la rotura uterina a través de la cicatriz de la histerectomía por cesárea asumió gran importancia, junto con el menor entusiasmo por la prueba del parto, es posible que los dos tipos de rotura mostraran incidencia equivalente; con base en lo señalado, en un estudio hecho en 2006 de 41 casos de rotura uterina atendidos en el Hospital Corporation of America, la mitad ocurrió en mujeres que con anterioridad se habían sometido a cesárea (Porreco, 2009) (19).

2.2.7. Trabajo de parto y parto precipitado

El parto puede ser demasiado lento, pero también puede ser anormalmente rápido. El trabajo de parto y el parto precipitados son un trabajo de parto y un parto extremadamente rápidos. Puede ser el resultado de una resistencia anormalmente baja de las partes blandas del canal del parto, de contracciones uterinas y abdominales anormalmente fuertes, o raramente de la ausencia de sensaciones dolorosas y, por tanto, de la falta de conciencia del trabajo de parto vigoroso (19).

El parto precipitado termina con la expulsión del feto en menos de 3 horas. Utilizando esta definición, 25260 nacidos vivos (3%) se complicaron por el trabajo precipitado en Estados Unidos en el 2013 (Martin, 2015). A pesar de esta incidencia, poca información publicada describe los resultados maternos y perinatales (19).

Para la madre, el trabajo de parto precipitado y el parto rara vez se acompañan de complicaciones maternas graves si el cuello uterino se

borra de manera apreciable y compatible, si la vagina se ha estirado anteriormente y el perineo está relajado. A la inversa, las contracciones uterinas vigorosas combinadas con un cuello uterino largo y firme y un canal del parto no compatible pueden provocar una rotura uterina o laceraciones extensas del cuello uterino, la vagina, la vulva o el perineo (Sheiner, 2004). Es en estas últimas circunstancias donde es más probable que se desarrolle un embolismo de líquido amniótico. El parto precipitado es seguido frecuentemente por atonía uterina. El útero que se contrae con un vigor inusual antes del parto es probable que sea hipotónico después del parto. En un informe de 99 embarazos a término, los trabajos cortos fueron más comunes en las multíparas que típicamente tenían contracciones en intervalos de menos de 2 minutos. Los partos precipitados se han relacionado con el abuso de la cocaína y con el desprendimiento de la placenta, el meconio, la hemorragia posparto y las puntuaciones bajas del puntaje se Apgar (Mahon, 1994).

Para el neonato, los resultados perinatales adversos del trabajo de parto rápido pueden aumentar considerablemente por varias razones. Las contracciones uterinas tumultuosas, a menudo con intervalos de relajación insignificantes, impiden el flujo adecuado de sangre uterina y la oxigenación fetal. La resistencia del canal del parto rara vez puede causar un traumatismo intracraneal. Acker y colaboradores (1988) informaron que la parálisis braquial de Erb o Duchenne se asoció con dichas labores en un tercio de los casos. Finalmente, durante un nacimiento desatendido, el recién nacido puede caerse al suelo y sufrir una lesión, o puede necesitar una reanimación que no está disponible de inmediato (19).

Como tratamiento, es poco probable que la analgesia modifique estas contracciones inusualmente fuertes en un grado significativo. El uso de agentes tocolíticos como el sulfato de magnesio o la terbutalina no

está probado en estas circunstancias. El uso de anestesia general con agentes que alteran la contractibilidad uterina, como el isoflurano, suele ser excesivamente heroico. Ciertamente, cualquier oxitocina administrada debe interrumpirse inmediatamente (19).

2.2.8. Desproporción feto pélvica

Capacidad pélvica

La desproporción feto pélvica surge de la capacidad pélvica disminuida, del tamaño o presentación fetal anómala, o más generalmente de ambos. La entrada pélvica, la pélvica media o la salida pélvica se pueden contraer únicamente o en combinación. Cualquier contracción de los diámetros pélvicos que disminuya la capacidad pélvica puede crear distocia durante el parto (19).

Tamaño de la cabeza y del cuerpo fetal

El tamaño fetal sólo rara vez es una explicación adecuada para el parto fallido. Incluso con la tecnología actual, un umbral de tamaño fetal para predecir la desproporción fetopélvica sigue siendo difícil de alcanzar. La mayoría de los casos de desproporción surge en fetos cuyo peso está dentro del rango de la población obstétrica general; dos tercios de los neonatos que requirieron cesárea después del parto con fórceps fallidos pesaron < 3700 gramos; por tanto, otros factores, por ejemplo, la mala posición de la cabeza, obstruyen el paso fetal a través del canal del parto; estos incluyen asinclitismo, posición posterior del occipucio y presentación de cara o frente (19).

Presentación de cara

Con esta presentación, el cuello se hiperextiende de manera que el occipital está en contacto con la espalda del feto y se presenta la barbilla (mentón). La cara fetal puede presentarse con el mentón anterior o posterior, en relación con la sínfisis del pubis materna. Aunque algunas presentaciones posteriores persisten, la mayoría se convierte espontáneamente a anterior incluso en el parto tardío (Duff,

1981). Si no, se presiona la frente fetal (bregma) contra la sínfisis del pubis materno. Esta posición impide la flexión de la cabeza fetal necesaria para negociar el canal del parto. Por tanto, una presentación posterior no se puede entregar, excepto en el caso de un feto muy prematuro (19).

Presentación de frente

Esta presentación rara se diagnostica cuando la porción de la cabeza fetal entre la cresta orbital y la fontanela anterior se presenta en la entrada pélvica, la cabeza fetal ocupa una posición a medio camino entre la flexión completa (occipucio) y la extensión (cara). Excepto cuando la cabeza del feto es pequeña o la pelvis es inusualmente grande, el compromiso de la cabeza del feto y el parto posterior no puede tener lugar mientras persista la presentación de la frente (19).

Las causas de la presentación persistente de la frente son las mismas que las de la presentación de cara. Una presentación de frente suele ser inestable y, a menudo, se convierte en una presentación de cara o de occipucio (Cruikshank, 1973). La presentación puede ser reconocida por la palpación abdominal cuando tanto el occipucio como la barbilla pueden palparse muy fácil, pero generalmente es necesario un examen vaginal. Las suturas frontales, la fontanela anterior grande, las crestas orbitales, los ojos y la raíz de la nariz se notan en el examen vaginal, pero no se palpa ni la boca ni la barbilla (19).

Posición transversa

En esta posición, el eje largo del feto es aproximadamente perpendicular al de la madre. Cuando el eje largo forma un ángulo agudo, resulta una posición oblicua. El último suele ser sólo transitorio, ya que una posición longitudinal o transversal generalmente resulta cuando el trabajo de parto se supervisa. Por esta razón, la posición oblicua se llama posición inestable en Gran Bretaña.

En una posición transversal, el hombro generalmente se coloca sobre la entrada de la pelvis. La cabeza ocupa una fosa iliaca y la nalga la otra. Esto crea una presentación de hombro en la que el lado de la madre en el que descansa el acromion determina la designación de la posición como acromial derecha o izquierda, y debido a que en cualquier posición la espalda puede dirigirse hacia delante o hacia atrás, hacia arriba o hacia abajo, es habitual distinguir variedades como dorsoanterior y dorsoposterior (19).

Una posición transversal por lo regular se reconoce fácilmente, a menudo sólo por inspección. El abdomen es inusualmente ancho, mientras que el fondo uterino se extiende muy leve por encima del ombligo. No se detecta polo fetal en el fondo, y la cabeza baloteable se encuentra en una fosa iliaca y la nalga en la otra. La posición de la espalda es fácilmente identificable. Cuando la espalda es anterior, un plano de resistencia dura se extiende a través de la parte frontal del abdomen. Cuando es posterior, se perciben nodulaciones irregulares que representan pequeñas partes fetales a través de la pared abdominal (19).

Algunas de las causas más comunes de la posición transversal incluyen:

1) relajación de la pared abdominal por alta paridad, 2) feto prematuro, 3) placenta previa, 4) anatomía uterina anormal, 5) hidramnios y 6) pelvis contraída. El parto espontáneo de un recién nacido completamente desarrollado es imposible con una posición transversa persistente. El trabajo de parto activo en una mujer con una posición transversa suele ser una indicación de parto por cesárea (19).

Presentación compuesta

Con esto, una extremidad prolapsa a lo largo de la parte de presentación, y ambas se presentan simultáneamente en la pelvis. Goplerud y Eastman (1953) identificaron una mano o brazo

prolapsado junto a la cabeza una vez en cada 700 partos. Mucho menos frecuente fue el prolapso de una o ambas extremidades inferiores junto con una presentación cefálica o una mano junto con una recámara. En el Parkland Hospital, las presentaciones compuestas se identificaron en sólo 68 de más de 70 000 fetos únicos, una incidencia de aproximadamente 1 en 1000. Las causas de las presentaciones compuestas son afecciones que impiden la oclusión completa de la entrada pélvica por parte de la cabeza del feto, incluido el parto prematuro. En la mayoría de los casos, la parte prolapsada debe dejarse sola, porque la mayoría de las veces no interferirá con el parto. Si el brazo está prolapsado a lo largo de la cabeza, debe observarse cuidadosamente la condición para determinar si el brazo se retrae con el descenso de la parte de presentación. Si no se retrae y si parece evitar el descenso de la cabeza, el brazo prolapsado debe empujarse suavemente hacia arriba y la cabeza hacia abajo simultáneamente por la presión del fondo. En general, las tasas de mortalidad y morbilidad perinatales aumentan como resultado del parto prematuro concomitante, el prolapso del cordón y los procedimientos obstétricos traumáticos (19).

Posición occipito transversa persistente

La cabeza fetal entra y se encaja de normal en la pelvis materna en posición occipitotransversa (OT); luego rota a posición OA, o en un pequeño porcentaje de casos, a posición occipitoposterior; esta rotación ocurre porque la cabeza se flexiona conforme la parte más baja del vértice llega al piso pélvico y luego rota para ajustarse a la forma de la pelvis ginecoide; en un pequeño número de casos, la cabeza no se flexiona y rota, sino que persiste en posición OT; esto puede ser resultado de desproporción cefalopélvica; alteración de la arquitectura pélvica, como en la paciente con pelvis platipeloide o androide, o por relajación del piso pélvico causada por anestesia epidural o por multiparidad; en ocasiones, el diagnóstico de la

posición OT persistente puede ser difícil porque las líneas de sutura y las fontanelas no se perciben a causa del moldeamiento excesivo y la formación del caput que a menudo acompañan a esta posición anormal (20).

Una posición OT persistente con detención del descenso durante un lapso de una hora o más se conoce como paro transverso; la detención ocurre por la deflexión que acompaña a la posición OT persistente, lo que hace que el diámetro occipitofrontal más grande (11 cm) se convierta en el diámetro de presentación; hasta que la cabeza se flexione y rote, no es posible que descienda más; el paro transverso a menudo ocurre con el vértice en la estación +1 p +2; el tratamiento del paro transverso en la estación +1 o +2 es complejo, en parte porque en estas estaciones la parte más ancha de la cabeza fetal está en o por arriba del nivel de las espinas isquiáticas; si la parte media de la pelvis está afectada, está indicado el parto por cesárea; si se considera que la pelvis es de tamaño normal y no hay macrosomía fetal, es adecuada la estimulación del trabajo de parto con oxitocina si las contracciones uterinas no son apropiadas (20).

A veces está indicada la rotación manual con los dedos del examinador o la rotación con fórceps de Kielland, si la pelvis es de tamaño y forma normales; la rotación con fórceps y el nacimiento de un feto en posición OT persistente en una estación +1 o +2 ahora se conoce como procedimiento con fórceps lento; sin embargo, por la intensidad del moldeamiento y la formación del caput que casi siempre ocurren en estas circunstancias, la parte ósea del vértice fetal puede estar en una estación +1 aunque la piel cabelluda sea visible en el introito; por tanto, lo que parece una operación no complicada con fórceps bajo en realidad puede ser un procedimiento de fórceps medio más difícil; un método para evitar este problema es hacer una evaluación clínica de la relación entre la cabeza fetal y el sacro; si la

cabeza fetal llena el hueco del sacro, el diámetro biparietal casi siempre está al nivel o debajo de las espinas, y puede considerarse un parto con fórceps (20).

Posición occipital posterior persistente

Aproximadamente del 2 al 10% de los fetos únicos cefálicos a término nacen en posición occipital posterior (OP) (Cheng, 2010).

Por lo general, la cabeza rota de OT a OA durante el descenso por la pelvis materna; incluso si al principio la cabeza rota a una posición occipitoposterior, la mayoría de los fetos al final rota de manera espontánea durante el trabajo de parto a la posición OA, lo que sólo deja un pequeño porcentaje (5 a 15%) de fetos en posición OP persistente; la evolución del trabajo de parto en presencia de posición OP persistente casi siempre es normal, excepto por una tendencia a la prolongación de la segunda etapa del trabajo de parto (>2 horas); también se relaciona con una incomodidad mucho mayor; como ocurre con la posición OT persistente, la cabeza fetal puede experimentar moldeamiento intenso con formación de un caput voluminoso, lo cual dificulta el diagnóstico correcto de la estación y posición; es apropiado mantener la segunda etapa del trabajo de parto prolongada en observación, siempre que el trabajo de parto progrese y la frecuencia cardíaca sea normal (20).

El nacimiento de la cabeza puede ocurrir de manera espontánea en posición OP, pero si el perineo presenta una resistencia excesiva al parto, a veces es necesario el parto asistido con fórceps bajo (por ejemplo, fórceps de Simpson); Antes, solía realizarse la rotación con fórceps de Kielland, pero por la falta de experiencia y entrenamiento, ahora los fetos en posición OP casi siempre nacen sin rotación; puede usarse un extractor por vacío con una copa diseñada para aplicación posterior segura y firme; a veces la cabeza rota, pero por lo general

nace en posición OP; es probable que se requiera una episiotomía medio lateral amplia para disminuir la resistencia de la salida al parto de la cabeza fetal (20).

Distocia de hombros

Tras la aparición completa de la cabeza fetal durante el parto vaginal, es posible que el resto del cuerpo no le siga de inmediato. El hombro fetal anterior puede quedar encajado detrás de la sínfisis y no salen utilizando el empuje materno y la tracción hacia abajo que normalmente se ejercen. Como el cordón umbilical está comprimido dentro del canal de parto, esta distocia constituye una emergencia. Pueden realizarse varias maniobras, además de la tracción hacia abajo en la cabeza y el cuello del feto, para liberar el hombro. Esto requiere un enfoque de equipo, en el que la comunicación efectiva y el liderazgo resultan vitales (19). No existe consenso sobre una definición específica de la distocia de hombros. Algunos centran la atención en si las maniobras para liberar los hombros son necesarias, mientras que otros usan el intervalo de tiempo de parto de cabeza a cuerpo como definitoria (Beall, 1998). Spong y colaboradores (1995) informaron que el tiempo medio del parto de cabeza a cuerpo en nacimientos normales era de 24 segundos en comparación con 79 segundos en aquellos con distocia de hombros. Estos investigadores propusieron que se utilizara un tiempo de parto de cabeza a cuerpo >60 segundos para definir la distocia de hombros. Actualmente, sin embargo, el diagnóstico sigue dependiendo de la percepción clínica de que la tracción normal hacia abajo necesaria para liberar el hombro fetal es ineficaz (19).

En general, la distocia de hombros es más riesgosa para el feto que para la madre. Los principales riesgos maternos incluyen los desgarres perineales graves y hemorragia posparto, generalmente por atonía uterina, pero también por laceraciones (Gauthaman, 2016; Rahman,

2009). Por el contrario, la lesión neuromusculoesquelética neonatal significativa y la asfixia constituyen una preocupación (19).

2.2.9. Complicaciones con la distocia

Complicaciones maternas

La distocia, especialmente si el parto es prolongado, se asocia con una mayor incidencia de varias complicaciones obstétricas y neonatales comunes. La infección, ya sea corioamnionitis intraparto o infección pélvica posparto, es más común con trabajos de parto desordenados y prolongados. Las tasas de hemorragia posparto por atonía aumentan con trabajos prolongados y aumentados. Los desgarros uterinos con histerotomía también se producen con mayor incidencia si la cabeza del feto se ve impactada en la pelvis. La rotura uterina es otro riesgo. El adelgazamiento anormal del segmento uterino inferior crea un grave peligro durante el trabajo de parto prolongado, particularmente en mujeres de alta paridad y en aquellas con un parto por cesárea anterior. Cuando la desproporción es tan pronunciada que no hay compromiso o descenso, el segmento uterino inferior se estira cada vez más y puede producirse una rotura uterina (19).

La formación de fístulas puede resultar de la distocia, ya que la parte de presentación está encajada firmemente en la entrada pélvica. Los tejidos del canal del parto que se encuentran entre la parte anterior y la pared pélvica pueden estar sujetos a una presión excesiva. Debido a la alteración de la circulación, la necrosis puede aparecer y hacerse evidente varios días después del parto como fístulas vesicovaginales, vesicocervicales o rectovaginales. La mayoría de las veces, la necrosis por presión sigue una segunda etapa muy prolongada (19).

La lesión del suelo pélvico durante el embarazo y el parto ha recibido atención reciente. El piso pélvico está expuesto a la compresión directa de la cabeza fetal y a la presión descendente de los esfuerzos de expulsión materna. Estas fuerzas estiran y distienden el suelo

pélvico, lo que produce alteraciones anatómicas y funcionales en los músculos, los nervios y los tejidos conjuntivos. La evidencia acumulada sugiere que tales efectos en el suelo pélvico durante el parto pueden afectar la continencia urinaria o anal y el soporte pélvico (19).

La lesión del nervio de la extremidad inferior en la madre puede seguir al trabajo de parto prolongado en la segunda etapa. Wong y sus colegas (2003) revisaron las lesiones neurológicas que afectan a las extremidades inferiores en asociación con el trabajo de parto y el parto. El mecanismo más común es la compresión externa del nervio fibular común (antes peroneo común). Esto suele deberse a la colocación inadecuada de las piernas en los estribos, especialmente durante el parto prolongado en la segunda etapa. Afortunadamente, los síntomas se resuelven dentro de los 6 meses posteriores al parto en la mayoría de las mujeres (19).

2.2.10. Alumbramiento (Tercera etapa del trabajo de parto)

El alumbramiento es la tercera etapa comienza inmediatamente después del parto fetal y termina con el parto placentario. Los objetivos incluyen la entrega de una placenta intacta, y evitar la inversión uterina o hemorragia posparto. Las dos últimas son complicaciones intraparto graves y constituyen emergencias (19).

Inmediatamente después del nacimiento del recién nacido, se examina la consistencia y el tamaño del fondo uterino. Si el útero se mantiene firme y no hay sangrado inusual, se debe esperar vigilante hasta que la placenta se separa; no se emplean ni masajes ni presión hacia abajo en el fondo, pero éste se palpa con frecuencia para asegurarse de que no se vuelva atónico y se llene de sangre proveniente de la separación placentaria. Para prevenir la inversión uterina, no debe utilizarse la tracción del cordón umbilical para extraer la placenta del útero (19).

Complicaciones en el alumbramiento

En aproximadamente 2% de los nacimientos simples, puede que la placenta no sea expulsada con prontitud (Cheung, 2011). Hay tres posibilidades que incluyen placenta adherente, en la que las contracciones uterinas son insuficientes para desprender la placenta; constricción del segmento uterino inferior, y placenta desprendida pero atrapada; o una placenta adherente mórbida. Los riesgos consistentes para la placenta retenida incluyen muerte fetal, parto previo por cesárea, retención previa y parto prematuro (Belachew, 2014; Coviello, 2015; Endler, 2014; Nikolajsen, 2013) (19).

La hemorragia posparto puede complicar una placenta retenida, y el riesgo de sangrado se acumula con la extensión de la tercera etapa. Así, en ausencia de sangrado, algunos recomiendan el manejo expectante durante 30 minutos, mientras que otros utilizan un umbral de 15 minutos (Cummings, 2016; Deneux-Tharaux, 2009; Shinar, 2016a). La Organización Mundial de la Salud (2012) cita un límite de 60 minutos. En particular, si se produce un sangrado fuerte y la placenta no puede ser expulsada por técnica estándar, se indica la remoción manual de la misma (19).

2.2.11. Puerperio

El puerperio, o periodo posparto, dura en general seis semanas, y es el tiempo de adaptación después del parto cuando se revierten los cambios anatómicos y fisiológicos y el cuerpo de la madre regresa al estado normal; el periodo posparto se ha dividido de manera arbitraria en puerperio inmediato —las primeras 24 h cuando pueden ocurrir las complicaciones posteriores a la anestesia o el parto—, puerperio mediano —que se extiende hasta la primera semana posparto— y puerperio remoto —que incluye el periodo requerido para la involución de los órganos genitales y el regreso de la menstruación, lo cual en general ocurre cerca de las seis semanas (21).

Hemorragia puerperal

En casi todos los casos se puede y debe identificar la causa de la hemorragia puerperal; entre las causas frecuentes están la atonía uterina con hemorragia del sitio de implantación placentario, traumatismo de vías genitales o ambas situaciones; la hemorragia puerperal por lo común es manifiesta (19). Entre las excepciones importantes están la acumulación de sangre intrauterina intravaginal no detectada y la rotura uterina con hemorragia intraperitoneal; en la valoración inicial habrá que intentar la diferenciación entre atonía uterina y desgarro de las vías genitales; entre las consideraciones primarias están los factores predisponentes de riesgo, la exploración de las vías genitales inferiores y la valoración del tono uterino; la atonía se identifica por el útero blando y poco consistente durante la exploración ginecológica bimanual y por la expulsión de coágulos y sangre durante el masaje uterino (19). La hemorragia persistente, a pesar de un útero firme y contraído, sugiere que la sangre muy probablemente se originó de un desgarro; la sangre de color rojo vivo sugiere todavía más que es de origen arterial; para confirmar que los desgarros son el origen de la hemorragia es esencial la revisión cuidadosa de la vagina, el cuello uterino y el útero; en ocasiones la hemorragia se origina por atonía y traumatismo, en particular después del nacimiento por vía vaginal mediante fórceps o ventosa obstétrica (19).

Atonía uterina

La causa más frecuente de hemorragia obstétrica es la imposibilidad de que el útero no se contraiga en grado suficiente después del parto y así controle la hemorragia de vasos en el sitio de implantación placentaria; es decir, es inevitable algún grado de hemorragia durante el tercer periodo del parto conforme la placenta comienza a desprenderse; La sangre del sitio de implantación puede pasar a la vagina inmediatamente, como manifestación del mecanismo de

Duncan de separación placentaria, o quedar oculta detrás de la placenta y las membranas hasta que nace la placenta (mecanismo de Schultze); en el caso de la hemorragia durante el tercer periodo, habrá que dar masaje al útero si no está contraído firmemente; después de los signos de separación, el descenso de la placenta se manifiesta por laxitud del cordón umbilical; habrá que intentar la expresión placentaria por presión manual en el fondo; si persiste la hemorragia, puede ser necesaria la extracción manual de la placenta; la separación y el nacimiento de la placenta por medio de tracción del cordón, en particular si el útero está atónico, pueden ocasionar inversión uterina (19).

2.2.12. Otras complicaciones

Lesiones de la vía del parto

El nacimiento casi siempre se acompaña de traumatismos de la vía del parto, que incluye el útero y el cuello uterino, la vagina y el perineo; las lesiones que acaecen durante todas estas fases varían desde desgarros sencillos de la mucosa hasta desgarros que ocasionan hemorragia o hematomas potencialmente letales (19).

Desprendimiento prematuro de placenta

La separación de la placenta (en forma parcial o total) desde su sitio de implantación antes del parto se describe con el término latino *abruptio placentae*; en su traducción literal indica “despedazar la placenta” que denotaría el accidente repentino que es una característica clínica de casi todos los casos; en su sentido más puro, el término más descriptivo sería separación prematura de la placenta de implantación normal, que descarta la separación de la placenta previa implantada sobre el orificio cervical interno (19).

El desprendimiento prematuro de placenta comienza con una hemorragia que pasa a la decidua basal, misma que muestra dehiscencia y queda una capa delgada adherida al miometrio; En

consecuencia, el cuadro comienza con un hematoma decidual y se expande hasta separar y comprimir la placenta vecina; sin embargo, se desconocen las causas desencadenantes en muchos de los casos, aunque algunos han recibido atención; en algunos casos de preeclampsia y desprendimiento prematuro (Brosens, 2011) posiblemente interviene el fenómeno de detención de la invasión trofoblástica y más adelante el desarrollo de aterosclerosis; la inflamación o la infección pueden ser factores contribuyentes (19).

Placenta previa

El vocablo latino previa denota en este caso que la placenta está situada antes que el útero en la vía del parto; en obstetricia, el término en cuestión describe a la placenta implantada en algún punto en el segmento uterino inferior, sobre el orificio cervical interno o muy cerca del mismo; es imposible definir precisamente tales relaciones anatómicas y cambia a menudo su localización en el curso del embarazo; por ambas razones dicha terminología en ocasiones es confusa (19).

La hemorragia indolora es el fenómeno más característico que se observa con la placenta previa; la hemorragia por lo común no aparece hasta que se acerca el final del segundo trimestre o en fecha ulterior, pero puede comenzar incluso antes de la etapa media del embarazo, e indudablemente algunos abortos tardíos son causados por una placenta de situación anormal; la hemorragia de una placenta previa suele comenzar sin signos premonitorios y sin dolor o contracciones en una mujer cuya evolución prenatal no tuvo complicaciones; tal situación recibe el nombre de hemorragia centinela y rara vez es tan profusa que resulte ser mortal; por lo regular cesa sólo para reaparecer; quizá en 10% de las mujeres, particularmente en aquellas que tienen la placenta implantada cerca del orificio cervical pero que no lo cubre, no hay hemorragia hasta el comienzo del parto; la hemorragia para tal

fecha varía de mínima a profusa y puede remedar en su aspecto clínico al desprendimiento prematuro de placenta (19).

Síndromes de placenta accreta

Los síndromes en cuestión describen la implantación, invasión y adherencia anormales de la placenta. El término accreta proviene del latín *ac + crescere*, es decir, crecer a partir de adherencias o coalescencias, adherir o quedar fijado (Benirschke, 2012), por esa razón, los síndromes de placenta accreta incluyen cualquier implantación de dicho órgano con una adherencia anormalmente firme al miometrio, por la ausencia parcial o total de decidua basal y desarrollo imperfecto de la capa de Nitabuch o fibrinoide; si falta la capa espongiiforme decidual de manera parcial o total, faltará la línea fisiológica de separación de un plano y otro, y quedarán densamente fijados algunos o todos los cotiledones; el área de superficie del sitio de implantación afectado y la profundidad de la penetración de tejido trofoblástico han sido variables de una paciente a otra, pero las placentas afectadas pueden ocasionar hemorragia copiosa (19).

2.2.13. Morbilidades

Infecciones de tracto urinario

Las infecciones de tracto urinario son más frecuentes en el embarazo y puerperio, y están entre las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo; esta incidencia elevada parece ser consecuencia de factores hormonales y mecánicos que aumentan la estasis urinaria; las infecciones urinarias durante la gestación pueden ser asintomáticas o sintomáticas (p. ej., cistitis, pielonefritis); por definición, la bacteriuria asintomática es la presencia de al menos 100000 organismos por mililitro de una muestra de orina obtenida con técnica limpia de una paciente asintomática; la incidencia de bacteriuria asintomática en el embarazo es la misma que en la población con actividad sexual, sin embarazo, varía entre 2 y 10%; las tasas más altas se encuentran en

poblaciones urbanas y en pacientes con enfermedad o rasgo de células falciformes; *Escherichia coli* es la bacteria más aislada (60%); otros microorganismos identificados son *Proteus mirabilis* enterococos, *Klebsiella pneumoniae* y estreptococos del grupo B; si no se trata el problema, casi 20% de las embarazadas desarrolla cistitis aguda o pielonefritis más adelante en el embarazo; el tratamiento inicial consiste en nitrofurantoína, ampicilina o una cefalosporina; después del tratamiento, es conveniente el seguimiento con urocultivos porque hasta 25% de las pacientes tienen una recurrencia más adelante durante el embarazo (20).

COVID19

Es una enfermedad producida por un virus de la familia Coronaviridae denominado SARS-CoV-2, causante del COVID-19; la transmisión puede ser directa al estar en contacto estrecho, con un paciente infectado productor de pequeñas gotas respiratorias con alta carga viral; en estas circunstancias, las partículas son aspiradas depositándose en las mucosas. Otro medio es la transmisión indirecta por fómites: las gotas expulsadas por los pacientes se depositan sobre las superficies u objetos, desde horas hasta días, dependiendo del material. Cuando una persona toca estos fómites y después se toca la cara corre el riesgo de infectarse. Otro medio de transmisión es la aérea. Algunos procedimientos pueden generar aerosoles con microgotas con diámetro $< 5 \mu\text{m}$ que pueden permanecer en el aire durante periodos prolongados y llegar a personas que se encuentren a más de un metro de distancia (22, 23).

El periodo de incubación es aproximadamente de 5.2 días con un rango de 2 a 14 días y el tiempo de inicio de la enfermedad hasta su hospitalización es un aproximado de 12.5 días. El cuadro clínico se presenta con fiebre, tos, disnea, uso de musculatura accesoria

respiratoria, mientras que los exámenes por imágenes prevalecen el compromiso pulmonar bilateral (24).

Condilomatosis

La infección genital por el virus del papiloma humano (VPH) es la principal infección de transmisión sexual en la actualidad, y su incidencia continúa aumentando en todo el mundo. Entender el ciclo celular del VPH y su papel en la formación de lesiones benignas (verrugas y condilomas), así como malignas (cáncer cervicouterino, de ano y pene) es de suma importancia para el médico que las evalúa.

Las manifestaciones clínicas pueden ser desde verrugas en los genitales externos (sobre todo en hombres) y condilomas (cuando afectan las mucosas). En general la transmisión del VPH se da por el contacto directo con fluidos corporales o epitelios previamente dañados (microtrauma) ya sea de manera sexual, por sangre, por vía perinatal, por infección vertical, entre otros (25).

Sífilis

La sífilis es una enfermedad causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*; es una enfermedad sistémica, de evolución crónica y muchas veces asintomática; esta puede ser transmitida por vía sexual y materno-fetal, en este caso se denomina como adquirida y congénita. La sífilis adquirida se subdivide en reciente si el tiempo de evolución de la enfermedad es inferior a un año (primaria, secundaria y latente reciente) y si es más de un año de infección, como tardía (latente tardía y terciaria). La sífilis congénita se clasifica en reciente cuando surge hasta el segundo año de vida y tardía cuando surge después del segundo año de vida (26).

La infección fetal generalmente ocurre entre la 16ª y 28ª semana de gestación, siendo que la tasa de transmisión vertical del *Treponema pallidum*, en mujeres no tratadas, varía de 70 a 100%, considerando la

fase primaria y secundaria de la enfermedad. En el caso de gestantes no tratadas, la enfermedad puede desencadenar aborto espontáneo, muerte fetal o muerte perinatal, en cerca de 40% de los niños infectados (26).

Varices vulvar

Las varices vulvares son dilataciones de las venas superficiales de la vulva y el periné que pueden aparecer normalmente a partir de la semana 20 y como consecuencia de los cambios que se producen en el embarazo. A la observación parecen pequeñas protuberancias en la superficie de la vulva de color azulado. Es frecuente que solo afecten a un lado y pueden presentarse también en el recto (hemorroides). Las varices vulvares no siempre presentan signos y síntomas. Si se presentan, pueden incluir una sensación de hinchazón o presión en el área vulvar, inflamación y molestia en la vulva. En casos extremos, los vasos dilatados pueden sobresalir. Pueden tener un aspecto azulado y sentirse como protuberancias. Pasar largos períodos de pie, la actividad física y el sexo pueden agravar esta afección (27).

Anemia

La anemia es un síndrome agudo o crónico caracterizado por una disminución en la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre, se asocia a una reducción en el recuento eritrocitario total y/o disminución en la concentración de hemoglobina(Hb) circulante en relación con valores límites definidos como normales para la edad, raza, género, cambios fisiológicos (gestación, tabaquismo) y condiciones medio-ambientales (altitud); en relación con la repercusión hemodinámica y el impacto perinatal la OMS clasifica la anemia durante la gestación con los respectivos valores de hemoglobina y hematocrito: Severa Menor de 7,0 g/dL Moderada Entre 7,1 –10,0 g/dL Leve Entre 10,1- 10,9 g/dL (28).

2.2.14. Paridad

Nulípara: una mujer que nunca ha rebasado las 20 semanas de gestación. Puede o no haber estado embarazada, pudo haber experimentado un aborto espontáneo o electivo, o un embarazo ectópico (19).

Primípara: una mujer que ha dado a luz sólo una vez a uno o varios fetos vivos o muertos, con una duración calculada de la gestación de 20 semanas o más; antes se usaba un umbral de 500 g de peso al nacer para definir el número de partos; en Estados Unidos todavía usan este peso para distinguir entre un mortinato y un aborto; sin embargo, ya no es infrecuente que sobrevivan recién nacidos con peso <500 g al nacer (19).

Múltipara: una mujer que ha completado dos o más embarazos hasta las 20 semanas o más; el número de partos se determina por el número de embarazos que llegó a las 20 semanas; el número no se incrementa si un embarazo determinado es múltiple; además, el mortinato no reduce esta cifra; en algunas instituciones, los antecedentes obstétricos se resumen con una serie de dígitos conectados con guiones; estos se refieren al número de lactantes de término, de lactantes prematuros, abortos menores de 20 semanas e hijos vivos; Por ejemplo, una mujer para 2-1-0-3 tuvo dos partos de término, uno prematuro, ningún aborto y tiene tres hijos vivos; como esta forma de registro no es convencional, es conveniente especificar el resultado de cualquier embarazo que no terminó de manera normal (19).

2.2.15. Periodo intergenésico

El intervalo intergenésico es el lapso entre un embarazo y otro; se considera un periodo de recuperación menor de 18 meses después de un evento obstétrico (parto o aborto); el intervalo entre embarazos es importante porque permite a la madre recuperarse después de un evento obstétrico (aborto, nacimiento pretérmino o a término) (29).

Existen varios reportes de que un intervalo intergenésico corto (menor a 18 meses) o largo (mayor de 60 meses) posterior a un embarazo a término, aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas (sangrados del tercer trimestre, Ruptura prematura de membranas, endometritis puerperal, preeclampsia-eclampsia y anemia), así como incremento de complicaciones perinatales como bajo peso al nacimiento, nacimiento pretérmino comparado con mujeres de periodo intergenésico de 18 a 60 meses (29).

2.2.16. Características sociales

Un factor social es una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma (30).

Los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (30).

2.2.16.1. Edad materna

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento; La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez (30).

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil; El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir (30).

2.2.16.2. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbilidad materna perinatal; Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres; Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (31).

2.2.16.3. Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto; Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (32).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás; Se

distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente). Para aspectos de estudio consideraremos (33):

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona.

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra (33).

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades (33).

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (34).

2.2.16.4. Índice de Masa Corporal (IMC)

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto el índice de masa corporal (IMC) de Quetelet como el parámetro para el diagnóstico de un peso adecuado o inadecuado (bajo peso, sobrepeso y obesidad) (35). Este índice, se basa en que una vez que el crecimiento ha terminado, el peso corporal, de individuos de ambos sexos, es proporcional al valor de la talla elevada al cuadrado (peso en Kg entre la talla en metros al cuadrado); Una de las ventajas es que no se requiere de tablas de referencia (36).

Masa corporal. Esta no permite por sí misma la evaluación del estado de nutrición, por lo que es necesario utilizar el peso como un índice peso / talla (peso para la talla) y comparar en las tablas de referencia para adultos (36). El

peso y la talla son medidas muy útiles y fáciles de obtener, sin embargo, en muchas ocasiones no se realizan con la precisión y exactitud que ameritan; siempre que se utilice el peso esperado para la talla como indicador, los diagnósticos finales serán bajo peso, peso normal o sobre peso (35).

2.3. Definición de términos

Embarazo. El embarazo o gestación es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre (19).

Parto. Es una secuencia de contracciones uterinas que da por resultado el borramiento y dilatación del cuello uterino y los esfuerzos voluntarios de pujo que conducen a la expulsión de los productos de la concepción a través de la vagina; el parto es el modo de expulsión del feto y de la placenta (19).

Complicación en el parto. Son todas las anomalías o distocias de origen obstétrico que dificultan el trabajo de parto, parto y/o alumbramiento; se presentan en forma aguda y son propias de este periodo fisiológico.

Inducción. Estimulación de las contracciones uterinas antes del inicio espontáneo del trabajo de parto para lograr el nacimiento de la unidad feto placentaria, después de las 22 semanas de gestación (37).

Puerperio. El puerperio, o periodo posparto, dura en general seis semanas, y es el tiempo de adaptación después del parto cuando se revierten los cambios anatómicos y fisiológicos y el cuerpo de la madre regresa al estado normal (19).

Complicación médica. Es un problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento.

Características. Cualidad o circunstancia que es propia o particular de una persona o grupo de personas.

Paciente. Persona enferma que es atendida por un profesional de la salud.

2.4. Identificación de variables

Variable: complicaciones en el parto, en madres atendidas en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro.

Dimensión: Características sociodemográficas

Grupo de edad de la madre en años.

Lugar de procedencia de la madre.

Nivel educativo de la madre

Estado civil de la madre

Índice de masa corporal pregestacional de la madre

Dimensión: Características obstétricas.

Paridad de la madre antes del parto.

Atenciones prenatales en la madre

Periodo intergenésico de la madre

Antecedentes personales de riesgo de la madre

Dimensión: Morbilidades y complicaciones en el embarazo.

Tipo de morbilidad medica en el embarazo

Diagnóstico de anemia en el embarazo

Tipo de complicación obstétrica en el embarazo

Dimensión: Complicaciones en el parto.

Complicaciones en el periodo de dilatación

Complicaciones en el periodo expulsivo

Complicaciones en el periodo de alumbramiento

Inicio del trabajo de parto

Parto según la edad gestacional

Tipo de parto.

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
complicaciones en el parto, en madres atendidas en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro.	Son situaciones clínicas perjudiciales para la salud de la madre que se pueden presentar en el trabajo de parto, en el periodo expulsivo y/o periodo de alumbramiento.	Análisis documental de las historias clínicas de las pacientes con complicaciones en el trabajo de parto, parto y alumbramiento y registro en la ficha de recolección de datos	Características sociodemográficas.	Grupo de edad de la madre en años.	Edad de la madre registrada en la historia clínica, clasificada según grupo.	Edad menor o igual a 18 años (1) Edad de 19 a 26 años (2) Edad de 27 a 34 años (3) Igual o mayor a 35 años (4)
				Lugar de procedencia de la madre.	Lugar de procedencia de la madre, registrada en la historia clínica.	Urbano (1) Rural (2)
				Nivel educativo de la madre	Nivel educativo de la madre, registrada en la historia clínica.	Sin instrucción (1) Inicial (2) Primaria (3) Secundaria (4) Superior (5)
				Estado civil de la madre	Estado civil de la madre, registrada en la historia clínica.	Soltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda (4) Divorciada (5)
				Índice de masa corporal pregestacional de la madre	Índice de masa corporal pregestacional calculado del peso y talla de la madre registrada en la Historia clínica.	Bajo peso (< 18,5) (1) Peso normal (18,5 a 24,9) (2) Sobrepeso (25 a 29,9) (3) Obesidad (≥30) (4)
			Características obstétricas.	Paridad antes del parto	Número de partos (antes del embarazo actual) y clasificación de paridad.	Nulípara (1) Primípara (2) Múltipara (3) Gran múltipara (4)
				Atenciones prenatales en la madre	Atenciones prenatales en la madre, registrada en la historia clínica.	Sin atenciones prenatales (1) De 01 a 05 atenciones prenatales (2) De 06 a más atenciones prenatales (3)
				Periodo intergenésico de la madre.	Periodo intergenésico de la madre, registrada en la historia clínica.	Sin periodo intergenésico (1) Corto (menor a 18 meses) (2) Normal (de 18 a 60 meses) (3) Largo (mayor a 60 meses) (4)
				Antecedentes personales de riesgo de la madre	Antecedentes personales de riesgo de la madre, registrada en la historia clínica.	Nominal
			Morbididades y complicaciones en el embarazo.	Tipo de morbilidad medica en el embarazo.	Tipo de morbilidad medica en el embarazo, registrada en la historia clínica.	Nominal
				Diagnóstico de anemia en el embarazo.	Diagnóstico de anemia en el embarazo, registrada en la historia clínica.	Anemia severa (≤7 g/dL) (1) Anemia Moderada (7-9.9 g/dL) (2) Anemia Leve (10-10.9 g/dL) (3) Sin Anemia (≥ 11.0 g/dL) (4)
				Tipo de complicación obstétrica en el embarazo	Tipo de complicación obstétrica en el embarazo, registrada en la historia clínica.	Nominal
			Complicaciones en el parto.	Complicaciones en el periodo de dilatación	Complicaciones en el periodo de dilatación, Registrada en la Hcl.	Nominal
				Complicaciones en el periodo expulsivo	Complicaciones en el periodo expulsivo, Registrada en la Hcl.	Nominal
				Complicaciones en el periodo de alumbramiento	Complicaciones en el periodo de alumbramiento, Registrada en la Hcl.	Nominal
				Inicio del trabajo de parto	Inicio del trabajo de parto, Registrada en la Hcl.	Espontáneo (1) Inducido (2)
				Parto según la edad gestacional	Parto según la edad gestacional, Registrada en la Hcl.	Parto pretérmino (< 37 semanas) (1) Parto a término (≥ 37 semanas) (2)
				Tipo de parto.	Tipo de parto, registrada en la Hcl.	Parto vaginal (1) Parto por cesárea (2)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito temporal y espacial

El estudio sobre gestantes con parto complicado se realizó en las madres atendidas en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro de enero a junio del 2021. El hospital se encuentra ubicado La Merced, capital del distrito de Chanchamayo el cual es uno de los seis distritos que conforman la provincia de Chanchamayo, ubicada en el departamento de Junín en el centro del Perú. Se encuentra a una altitud de 751 msnm. La Provincia de Chanchamayo, está ubicada al noreste de la región Junín, sus límites son: por el Norte: Con la región Pasco, por el Sur: con la provincia de Jauja, por el Este: con la provincia de Satipo y por el Oeste: con las provincias de Tarma y Junín.

La provincia Chanchamayo se encuentra al Norte del departamento Junín, en la región geográfica o Provincia fisiográfica de la selva (Selva Central), comprende a la Cuenca del río Perené y parte de las Sub Cuencas de los ríos Chanchamayo, Palca (Río Tarma), Tulumayo, Oxabamba, Paucartambo, Pichanaqui (en su nacimiento río Aladino), Ipoki y Autiki.

La provincia Chanchamayo, se localiza entre las coordenadas geográficas de los paralelos 10°42' y 12°43' de Latitud Sur y, 73°28' y 76°31' de Longitud Oeste del Meridiano de Greenwich y una altitud que varía según los pisos ecológicos de la Provincia, que van desde los 550 m.s.n.m. en Bajo Pichanaqui,

Churungaveni, Bajo Yurinaqui, (valle del Perené) hasta los 4,200 m.s.n.m. en la zona sur límite con el distrito Monobamba (provincia Jauja).

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación, retrospectiva, descriptiva, transversal. Retrospectivo porque se recolecto la información que se produjo con

anterioridad, transversal porque todas las mediciones se hicieron en una sola ocasión, por lo que no existió períodos de seguimiento, descriptivo porque sus datos fueron utilizados con la finalidad de describir la variable y analizarla en un momento dado (38-40).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir el comportamiento de la variable en forma independiente; la caracterización de un hecho o fenómeno en un grupo de individuos (38, 41-43).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general.

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares; se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización y la contrastación; es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general (44).

3.4.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque se describió las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (44).

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea; El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica

fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (40, 42, 43).

Donde:

M O

M: Gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro de enero a junio del 2021.

O: Características de la madre sociodemográficas, obstétricas, clínicas y tipo de complicación en el parto.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Fueron todas las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, de la provincia de Chanchamayo de la región Junín, de enero a junio 2021; según registros estadísticos fueron un total de 52 pacientes.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (40, 42, 45, 46).

3.6.2. Muestra:

El estudio fue censal (40, 42, 45, 46).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue el **análisis documental**; Esta técnica permitió la revisión documental de las Historias Clínicas y registros; de las pacientes atendidas Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro de Chanchamayo. La información fue recolectada por personas capacitadas y estandarizadas para tal fin.

Fuentes Secundarias

- Historia Clínica, Libros de registros.

El instrumento fue la **ficha de recolección de datos** conteniendo la variable y subvariables a estudiar.

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.

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa SPSS 17 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo según la naturaleza del estudio. El ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo hojas de cálculo Excel y software SPSS.

Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central. Se inició el análisis con la parte descriptiva cuantificando y caracterizando a la población estudiada.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Análisis de información

En el presente estudio, se investigó a las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.

Características sociodemográficas	Frecuencia n=52	Porcentaje h%=100%	Porcentaje acumulado
Grupo de edad			
Edad menor o igual a 18 años	11	21.2%	21.2%
Edad de 19 a 26 años	19	36.5%	57.7%
Edad de 27 a 34 años	15	28.8%	86.5%
Igual o mayor a 35 años	7	13.5%	100.0%
Lugar de procedencia			
Urbano	43	82.7%	82.7%
Rural	9	17.3%	100.0%
Nivel educativo			
Sin instrucción	1	1.9%	1.9%
Primaria	3	5.8%	7.7%
Secundaria	32	61.5%	69.2%
Superior	16	30.8%	100.0%
Estado civil			
Conviviente	38	73.1%	73.1%
Soltera	11	21.2%	94.2%
Casada	3	5.8%	100.0%
Índice de masa corporal			
Peso normal (18,5 a 24,9)	28	53.8%	53.8%
Sobrepeso (25 a 29,9)	18	34.6%	88.5%
Obesidad (≥ 30)	6	11.5%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín 2021.

Tabla 1. Del total de gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de

enero a junio del 2021. El 21.2% (11) tuvieron una edad $\leq$ a 18 años, el 36.5 % (19) una edad de 19 a 26 años, el 28.8% (15) una edad de 27 a 34 años y el 13.5% (7) una edad $\geq$ a 35 años. El 82.7% (43) fueron de procedencia urbana y el 17.3% (9) de procedencia rural.

El 1.9% (1) no tuvieron nivel de instrucción, el 5.8% (3) tuvieron educación primaria, el 61.5% (32) tuvieron educación secundaria y el 30.8% (16) tuvieron educación superior. El 7.7% no llegaron a tener educación secundaria.

El 73.1% (38) fueron convivientes, el 21.2% (11) fueron solteras y el 5.8% (3) casadas. Según el índice de masa corporal pregestacional el 53.8% (28) tuvieron peso normal, el 34.6% (18) sobrepeso y el 11.5% (6) obesidad. El 46.2 tuvieron sobrepeso u obesidad.

Tabla 2. Características obstétricas de las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.

Características obstétricas	Frecuencia	Porcentaje
Paridad		
Nulípara	26	50.0%
Primípara	17	32.7%
Múltipara	9	17.3%
Atención prenatal		
Sin atenciones prenatales	5	9.6%
De 01 a 05 atenciones prenatales	16	30.8%
De 06 a más atenciones prenatales	31	59.6%
Periodo intergenésico		
Sin periodo intergenésico	20	38.5%
Corto (menor a 18 meses)	4	7.7%
Normal (de 18 a 60 meses)	15	28.8%
Largo (mayor a 60 meses)	13	25.0%
Antecedentes personales de riesgo		
Aborto	10	19.2%
Cirugía pélvica anterior	6	11.5%
Reacción adversa de medicamento	3	5.8%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín 2021.

Tabla 2. Del total de gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021. El 50% (26) fueron nulíparas, el 32.7% (17) primíparas y el 17.3% (9) multíparas. El 9.6% (5) no tuvieron atención prenatal, el 30.8% (16) tuvieron de 1 a 5 atenciones prenatales y el 59.6% (31) tuvieron 6 a más atenciones prenatales. El 38.5% (20) no tuvieron periodo intergenésico por ser primigestas, el 7.7% (4) tuvieron un periodo intergenésico corto, el 28.8% (15) tuvieron un periodo intergenésico normal y el 25% (13) tuvieron un periodo intergenésico largo. El 19.2% (10) tuvieron antecedentes de aborto, el 11.5% (6) tuvieron antecedentes de cirugía pélvica y el 5.8% (3) tuvieron antecedentes de reacción adversa a medicamentos.

Tabla 3. Morbilidades y complicaciones en el embarazo en gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.

Morbilidad y complicaciones en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Morbilidad médica en el embarazo		
Infección de tracto urinario	13	25.0%
COVID19	7	13.5%
Condilomatosis	1	1.9%
Sífilis	1	1.9%
Varices vulvar	1	1.9%
Diagnóstico de anemia		
Anemia Moderada (7.0 – 9.9 g/dL)	11	21.2%
Anemia Leve (10.0 - 10.9 g/dL)	12	23.1%
Sin Anemia (≥ 11.0 g/dL)	29	55.8%
Complicación obstétrica en el embarazo		
Ruptura prematura de membranas	11	21.2%
Distocia funicular	8	15.4%
Embarazo en vías de prolongación	7	13.5%
Macrosomía fetal	2	3.8%
Presentación podálica	2	3.8%
Hipertensión inducida por el embarazo	1	1.9%
Preeclampsia	1	1.9%
RCIU	1	1.9%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín 2021.

Tabla 3. Del total de gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.

El 25% (13) tuvieron infección de tracto urinario, el 13.5% (7) COVID 19; así mismo en mínima proporción se encontró condilomatosis, sífilis y varices vulvar en un 1.9% (1) cada uno respectivamente.

El 21.2% (11) tuvieron anemia moderada, el 23.1% (12) anemia leve y el 55.8% (29) no tuvieron anemia.

El 21.2% (11) tuvieron ruptura prematura de membranas, el 15.4% (8) tuvieron distocia funicular, el 13.5% (7) embarazo en vías de prolongación, el 3.8% (2) macrosomía fetal, el 3.8% (2) presentación podálica; así mismo en mínima proporción presentaron hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino en un 1.9% (1) cada uno respectivamente.

Tabla 4. Complicaciones en el parto en madres atendidas en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.

Complicaciones en el parto.	Frecuencia	Porcentaje
Complicaciones en el periodo de dilatación		
Distocia de presentación	11	21.2%
Trabajo de parto disfuncional	10	19.2%
Inducción fallida	6	11.5%
Sufrimiento fetal agudo	6	11.5%
Dilatación estacionaria	4	7.7%
Complicaciones en el periodo expulsivo		
Desgarro perineal	12	23.1%
Expulsivo prolongado	7	13.5%
Desgarro cervical	2	3.8%
Complicaciones en el periodo de alumbramiento		
Retención de restos placentario	10	19.2%
Atonía uterina	8	15.4%
Retención placentaria	1	1.9%
Inicio del trabajo de parto		
Espontáneo	44	84.6%
Inducido	8	15.4%
Parto según la edad gestacional		
Parto pretérmino (< 37 semanas)	7	13.5%
Parto a término (≥ 37 semanas)	45	86.5%
Tipo de parto		
Parto vaginal	29	55.8%
Parto por cesárea	23	44.2%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín 2021.

Tabla 4. Del total de gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.

En el periodo de dilatación el 21.2% (11) tuvieron distocia de presentación, el 19.2% (10) tuvieron trabajo de parto disfuncional, el 11.5% (6) tuvieron inducción fallida del parto, el 11.5% (6) presentaron sufrimiento fetal agudo y el 7.7% (4) tuvieron dilatación estacionaria.

En el periodo expulsivo el 23.1% (12) tuvieron desgarro perineal, el 13.5% (7) presentaron expulsivo prolongado y el 3.8% (2) tuvieron desgarro cervical.

En el periodo de alumbramiento el 19.2% (10) presentaron retención de restos placentario, el 15.4% (8) presentaron atonía uterina y el 1.9% (1) presentaron retención placentaria.

El 84.6% (44) tuvieron un inicio de parto espontaneo y el 15.4% (8) tuvieron parto inducido.

El 13.5% (7) presentaron parto pretérmino y el 86.5% (45) parto a término.

El 55.8% (29) tuvieron parto por via vaginal y el 44.2% (23) parto por cesárea.

4.2. Discusión de resultados

Del total de gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.

El 21.2% tuvieron una edad $\leq$ a 18 años, el 36.5% una edad de 19 a 26 años, el 28.8% una edad de 27 a 34 años y el 13.5% (7) una edad $\geq$ a 35 años. El 82.7% fueron de procedencia urbana y el 17.3% de procedencia rural. La mayor proporción de madres con complicaciones en el parto fueron jóvenes de procedencia urbana, lo cual concuerda con lo hallado por Huillca (12); la mayor proporción de encontrada, probablemente se deba a que en el contexto hay una mayor proporción de gestantes jóvenes; por lo cual es muy probable que este problema se presente en este grupo, debido a que es su primer parto; no tiene la educación sanitaria o la experiencia para colaborar de manera activa en todo el proceso del parto.

El 1.9% no tuvieron nivel de instrucción, el 5.8% tuvieron educación primaria, el 61.5% tuvieron educación secundaria y el 30.8% tuvieron educación superior. El 7.7% no llegaron a tener educación secundaria. La mayoría de las mujeres con complicaciones en el parto tuvieron un nivel educativo adecuado (secundario o superior), lo cual es muy importante para los procesos de educación sanitaria y autocuidado de la salud antes durante y después del embarazo y parto, lo cual disminuiría los riesgos de complicaciones en el parto.

El 73.1% fueron convivientes, el 21.2% solteras y el 5.8% casadas. El 53.8% tuvieron peso normal, el 34.6% sobrepeso y el 11.5% obesidad. El 46.2 tuvieron sobrepeso u obesidad. Las madres con complicaciones se caracterizaron por ser convivientes, de peso normal; el ser convivientes es una particularidad de las parejas jóvenes en proceso de constitución y del contexto socio cultural.

El 50% fueron nulíparas, el 32.7% primíparas y el 17.3% multíparas. La nuliparidad fue una característica también hallada por Gaona et al (11); Vera

(13); pero difiere de lo hallado por Huillca (12); Diaz (15); quien encontró que las complicaciones se presentaron mayormente en multíparas; esta diferencia probablemente se deba a que las muestras estudiadas fueron de edades diferentes, en un caso jóvenes cercanas a la edad extrema inferior que mayormente son nulíparas o primípara y en otro caso mujeres con edades cercanas a la edad superior de riesgo que comúnmente son multíparas.

El 9.6% no tuvieron atención prenatal, el 30.8% tuvieron de 1 a 5 atenciones prenatales y el 59.6% tuvieron 6 a más atenciones prenatales. Este resultado fue similar a lo hallado por Huillca (12) y Diaz (15). El 38.5% no tuvieron periodo intergenésico (PIG) por ser primigestas, el 7.7% tuvieron un PIG corto, el 28.8% tuvieron un PIG normal y el 25% tuvieron un PIG largo. La mayor proporción de PIG adecuado y la proporción de PIG inadecuados fue similar a lo hallado por Colan et al (10). Podemos concluir que las gestantes con complicaciones se caracterizaron por tener atenciones prenatales completas, ser nuligestas y con PIG adecuado.

El 19.2% tuvieron antecedentes de aborto, el 11.5% antecedentes de cirugía pélvica y el 5.8% antecedentes de reacción adversa a medicamentos. El 25% tuvieron infección de tracto urinario, el 13.5% COVID 19; en mínima proporción condilomatosis, sífilis y varices vulvar en un 1.9% cada uno respectivamente. El 21.2% tuvieron anemia moderada, el 23.1% anemia leve y el 55.8% no tuvieron anemia. No se encontró estudios relacionados al tema para contrastar estos resultados. Se puede concluir que las madres con complicaciones en el parto tuvieron antecedentes de aborto, antecedentes de cirugía pélvica y morbilidades como infección de tracto urinario, COVID-19, condiloma, sífilis, varices vulvar y anemia.

El 21.2% tuvieron ruptura prematura de membranas, el 15.4% distocia funicular, el 13.5% embarazo en vías de prolongación, el 3.8% macrosomía fetal, el 3.8% presentación podálica; en mínima proporción presentaron hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia y restricción del crecimiento intrauterino en un 1.9% cada uno respectivamente. La macrosomía

fetal también fue hallada por Gaona et al (11), Colan et al (10); pero en mayores proporciones, así mismo Huillca (12); Colan et al (10); también encontró una mayor proporción de presentación podálica. Podemos decir que estas complicaciones son frecuentes en las madres que presentan complicaciones en el parto. El 84.6% tuvieron un inicio de parto espontaneo y el 15.4% parto inducido. El 13.5% presentaron parto pretérmino y el 86.5% parto a término. El 55.8% tuvieron parto por vía vaginal y el 44.2% parto por cesárea. La elevada proporción de partos espontáneos fue similar a lo hallado por Montenegro (14) y Diaz (15). De los resultados podemos concluir que las madres con complicaciones en el parto se caracterizaron por haber presentado en el embarazo ruptura prematura de membranas, distocia funicular, embarazo en vías de prolongación, macrosomía fetal, presentación podálica, preeclampsia; así mismo estas madres tuvieron en su mayoría un parto espontaneo a termino por vía vaginal.

En el periodo de dilatación el 21.2% tuvieron distocia de presentación, el 19.2% trabajo de parto disfuncional, el 11.5% inducción fallida del parto, el 11.5% sufrimiento fetal agudo y el 7.7% dilatación estacionaria. En cuanto a las distocias de presentación y trabajo de parto disfuncional, los resultados fueron similares a lo hallado por Gaona et al (11), Huillca (12), Vera (13); Colan et al (10); por lo cual podemos mencionar que las complicaciones que están presentes de manera frecuente en el periodo de dilatación o trabajo de parto fueron las distocias de presentación y el trabajo de parto disfuncional. Es importante en base a estas complicaciones frecuentes tener profesionales de salud capacitados para atender estas complicaciones.

En el periodo expulsivo el 23.1% tuvieron desgarro perineal, el 13.5% expulsivo prolongado y el 3.8% desgarro cervical. Los desgarros perineales también fueron hallados por Huillca (12); pero en menores proporciones. El expulsivo prolongado fue también una característica hallada por Montenegro (14); pero en menores proporciones. Podemos mencionar que el desgarro perineal y el expulsivo prolongado son las complicaciones que con frecuencia

se presentan el periodo expulsivo del parto. En estos casos es importante que la gestante tenga la debida educación sanitaria y psicoprofilaxis obstétrica; para que colabore en la atención del parto. En el caso del desgarro perineal se puede disminuir su incidencia si la gestante disminuye su ansiedad, temores y realiza de manera habitual ejercicios de Kegel para ganar fuerza perineal, antes del parto; la buena nutrición y los cuidados en el embarazo aunado a un estilo de vida saludable con ejercicios de respiración, relajamiento, estiramientos, posturas entre otros; contribuyen a la disminución de los desgarros. Desde el punto de vista de atención por el profesional debe estar capacitado para brindar una atención de calidad que permita proteger el periné, asistir y guiar adecuadamente a la gestante en el trabajo de parto.

En el periodo de alumbramiento el 19.2% presentaron retención de restos placentario, el 15.4% atonía uterina y el 1.9% retención placentaria. Como se puede observar las complicaciones más frecuentes de este periodo son la retención de restos placentarios y la atonía uterina, lo que requiere un manejo clínico adecuado. Ante la primera complicación que puede ser por el mismo proceso de atención ya sea espontaneo o dirigido; así como por la labilidad de las membranas placentarias; es pertinente que el profesional obstetra o medico gineco obstetra, examine de inmediato la placenta luego del alumbramiento; para verificar que este completo; ante dudas sobre la integridad de la placenta y las membranas, se debe plantear la revisión del contenido uterino. En el caso de la atonía uterina se debe realizar el manejo clínico adecuado según sea el caso para evitar el sangrado o hemorragia; la evaluación clínica es muy importante dentro del puerperio inmediato.

Conclusiones

- 1 Las gestantes con parto complicado se caracterizaron por ser madres jóvenes de procedencia urbana, de nivel educativo secundario, convivientes, de peso normal.
- 2 Las características obstétricas mas relevantes fueron la nuliparidad, las atenciones prenatales completas, el periodo intergenésico adecuado, los antecedentes de aborto, cirugía pélvica anterior y la mayoría tuvieron parto espontaneo a término por vía vaginal.
- 3 Las morbilidades que presentaron las madres con complicaciones en el parto fueron la infección de tracto urinario, COVID-19, condiloma, sífilis, varices vulvar, anemia y las complicaciones en el embarazo fueron la ruptura prematura de membranas, la distocia funicular, el embarazo en vías de prolongación, la macrosomía fetal, la presentación podálica y en mínima proporción la preeclampsia.
- 4 En el parto las complicaciones en el periodo de dilatación fueron las distocias de presentación, el trabajo de parto disfuncional, la inducción fallida del parto, el sufrimiento fetal agudo y la dilatación estacionaria; en el periodo expulsivo el desgarro perineal, el expulsivo prolongado y el desgarro cervical; en el periodo de alumbramiento la retención de restos placentario, la atonía uterina y la retención placentaria.

Recomendaciones

Al gobierno regional de Junín

Seguir fortaleciendo las políticas educativas que permitan un mejor acceso a la educación secundaria para toda la población femenina. El nivel educativo secundario o superior, es muy importante para los procesos de educación sanitaria y el aprendizaje del autocuidado de la salud antes durante y después del embarazo y parto, lo cual disminuiría los riesgos de complicaciones en el parto.

Al sector salud

En el estudio el desgarro perineal y el expulsivo prolongado son las complicaciones que con frecuencia se presentan el periodo expulsivo. En estos casos es importante que la gestante tenga la debida educación sanitaria y psicoprofilaxis obstétrica; para que colabore en la atención del parto. En el caso del desgarro perineal se puede disminuir su incidencia si la gestante disminuye su ansiedad, temores y realiza de manera habitual ejercicios de Kegel para ganar fuerza perineal, antes del parto; la buena nutrición y los cuidados en el embarazo aunado a un estilo de vida saludable con ejercicios de respiración, relajamiento, entre otros; contribuyen a la disminución de los desgarros. Desde el punto de vista de atención por el profesional de salud, este debe estar capacitado para brindar una atención de calidad que permita proteger el periné, asistir y guiar adecuadamente a la gestante en el trabajo de parto.

En las complicaciones como la retención de restos placentarios y la atonía uterina, se requiere un manejo clínico adecuado. Ante la primera complicación que puede ser por el mismo proceso de atención ya sea espontaneo o dirigido; así como por la labilidad de las membranas placentarias; es pertinente que el profesional obstetra o medico gineco obstetra, examine de inmediato la placenta luego del alumbramiento; para verificar que este completo. Ante dudas sobre la integridad de la placenta y las membranas, se debe plantear la revisión del contenido uterino. En el caso de la atonía uterina se debe realizar el manejo clínico adecuado según sea el caso para evitar el sangrado o hemorragia; la evaluación clínica es muy importante dentro del puerperio inmediato.

Referencias bibliográficas

1. Ronsmans C, Filippi V. Beyond the numbers. Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer. Geneva: World Health Organization. 2004.
2. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality Between 1990 and 2015, With Scenario-based Projections to 2030. *Obstetric Anesthesia Digest*. 2016;36(4).
3. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*. 2014;2(6):e323-e33.
4. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C: Organización Mundial de la Salud; 2019 [cited 15 de junio 2021]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>.
5. Romero Gutiérrez G, Ríos López JC, Cortés Salim P, Ponce de León AL. Factores de riesgo asociados con el parto distócico. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2007;75(09):533-8.
6. Gutiérrez GR, López JCR, Salim PC, de León ALPP. Factores de riesgo asociados con el parto distócico. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2007;75(09):533-8.
7. Castro Naranjo LJ. Manejo de distocias en la atención del parto. *Memorias Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia*. 2009:105-.
8. Gaona Díaz LL, Peña Sánchez K, Quevedo López LF, Ulloa Hernández AM. Incidencia de distocias en la unidad de servicios de salud Victoria Subred Centro Oriente de Bogotá DC y el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha (Cundinamarca) en el año 2015. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Facultad de Ciencias de la Salud 2017.
9. Ministerio de Salud del Peru. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en Perú 2015. Análisis y Situación de Salud. *Boletín Epidemiológico* 2016. [cited 15

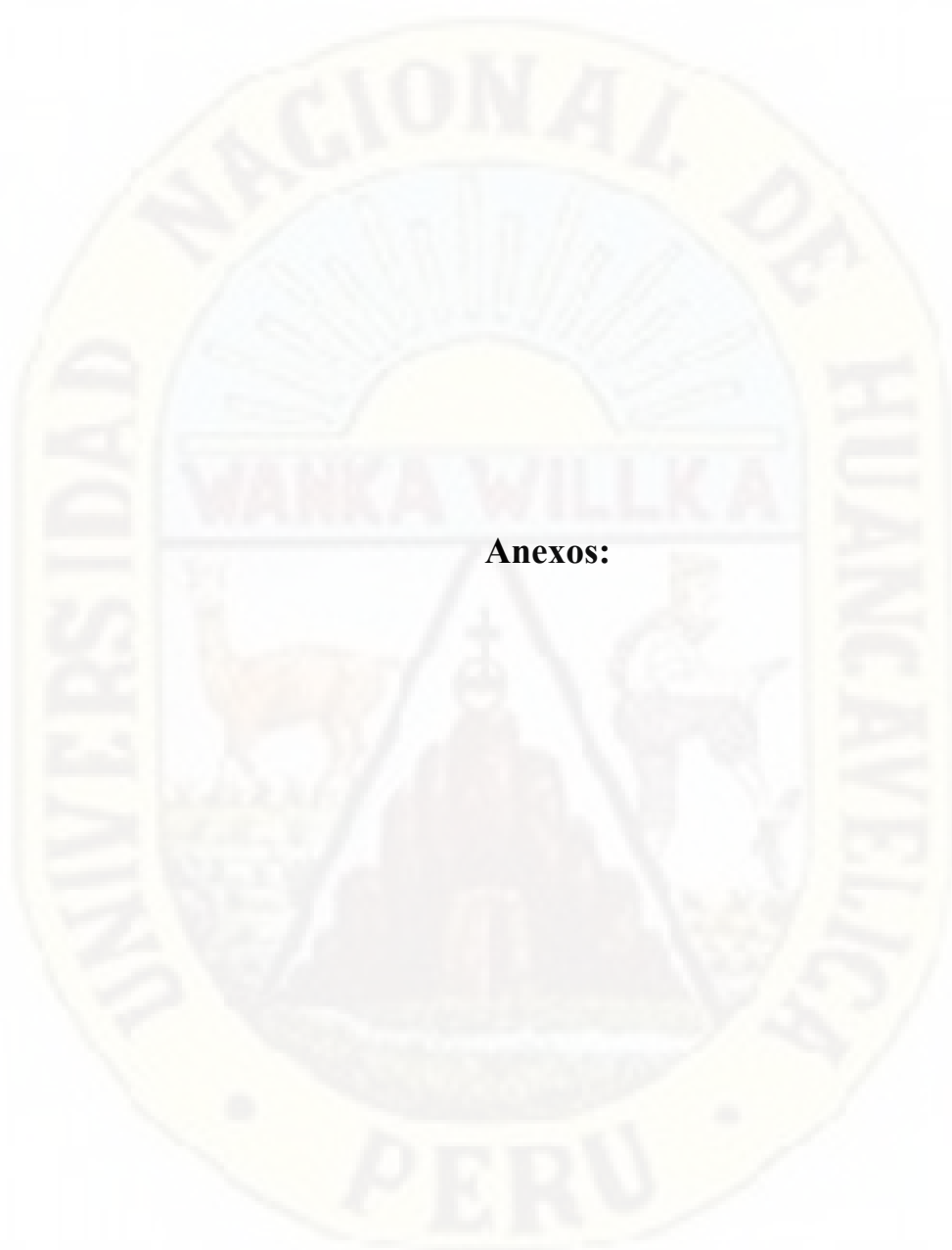
enero 2020]; 25(4):[66-74 pp.]. Available from:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>.

10. Colan-Villegas LA, Barreto-Munive MR, Ayala-Peralta F, Leon-Moreto EL, Torres-Linares FR. Factores asociados al parto distócico en gestantes atendidas en hospital público de Lima. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*. 2018;7(2):37-40.
11. Gaona Díaz LL, Peña Sánchez K, Quevedo López LF, Ulloa Hernández AM. Incidencia de distocias en la unidad de servicios de salud Victoria Subred Centro Oriente de Bogotá DC y el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha (Cundinamarca) en el año 2015 [Trabajo de investigación]. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.
12. Huilca Orosco L. Características de las gestantes con parto distocico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta 2019. [Tesis de especialidad]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud; 2021.
13. Vera Lujan EE. Factores asociados a distocia del trabajo de parto, Hospital II-2 Tarapoto, 2016 – 2018. [Tesis de titulación]. Trujillo: Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas; 2019.
14. Montenegro Rivera E. Complicaciones obstétricas durante puerperio mediato, en relación a la nueva clasificación de embarazo a término de la ACOG, en el Hospital de Vitarte, año 2018 [Tesis de titulación]. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2020.
15. Díaz Rojas CN. Factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2011 [Tesis de maestria]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2015.
16. Bernstein HB, VanBuren G. Embarazo normal y cuidados prenatales. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. p. 141-2.
17. Archie CL, Roman AS. Trabajo de parto y partos normales y anormales. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. p. 154-5.

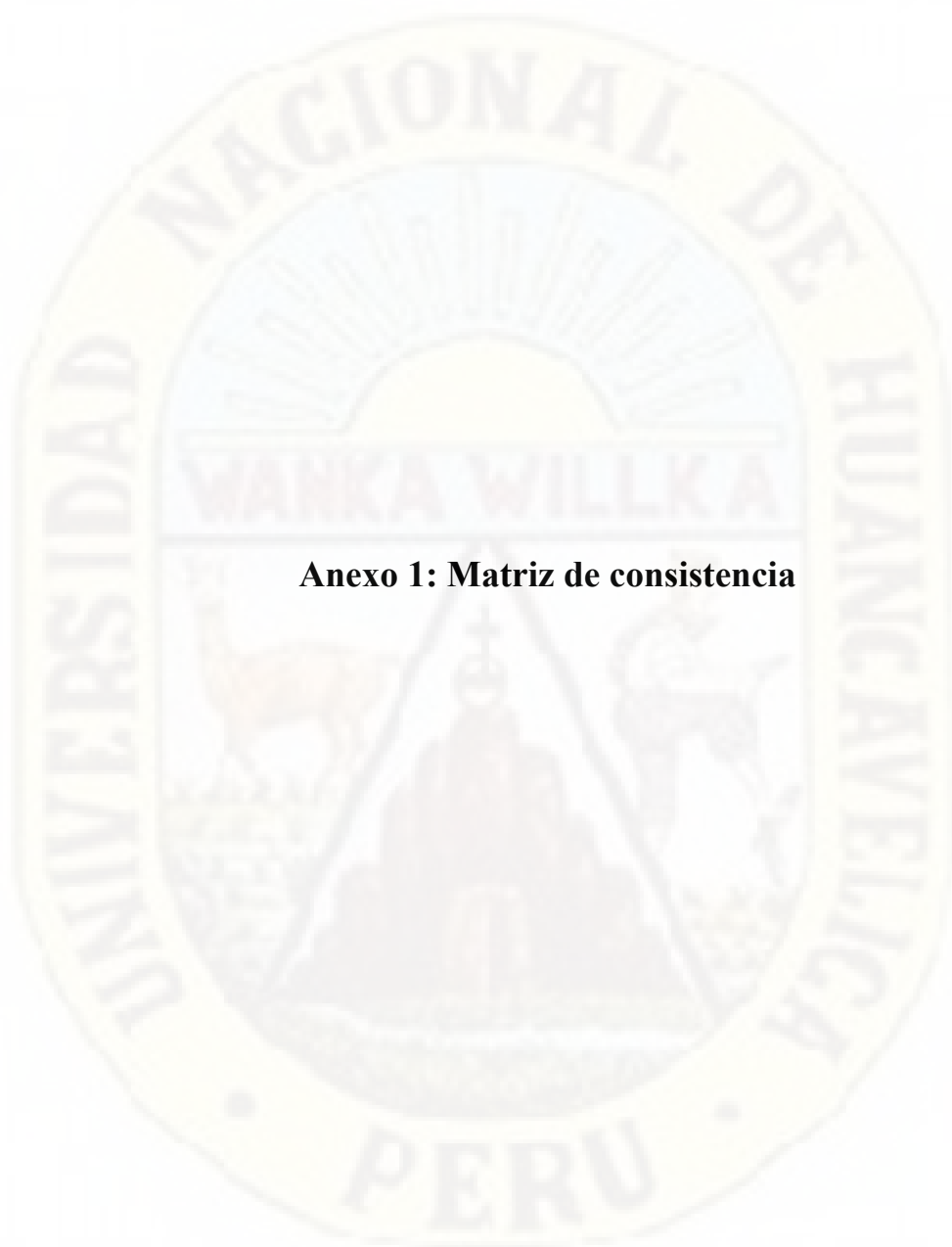
18. Carvajal Cabrera JA, Ralph Troncoso CA. Manual de Obstetricia y Ginecología. 8 ed. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina; 2017. 624 p.
19. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetricia. 24 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, SA; 2015. 1356 p.
20. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
21. Pessel C, Tsai MC. Puerperio normal. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. p. 190.
22. Liu J, Liao X, Qian S, Yuan J, Wang F, Liu Y, et al. Community transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, Shenzhen, China, 2020. Emerging infectious diseases. 2020;26(6):1320.
23. Contreras-Bulnes L, Rodríguez-Marín D, Iribarren-Moreno R, Bucio-Duarte J, de J Álvarez-Díaz C, Vélez-Benítez E, et al. La importancia de reducir la carga viral para disminuir el riesgo de contagio por COVID-19. Cirugía Plástica. 2021;30(2):78-93.
24. Vargas-Correa A, Mereles EF, Coronel NS, Ayala AG, Santracruz L, Ojeda L, et al. Características clínico-epidemiológicas de pacientes confirmados con COVID-19 del Departamento de Alto Paraná, Paraguay. Revista de salud publica del Paraguay. 2021;11(1):54-61.
25. Padilla MR, López PR, De Aguinaga Inurriaga AE. Virus del papiloma humano y condilomatosis anogenital. Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica. 2020;18(3):215-28.
26. Silva GMd, Pesce GB, Martins DC, Prado CMd, Fernandes CAM. Sífilis en la gestante y congénita: perfil epidemiológico y prevalencia. Enfermería Global. 2020;19(57):107-50.
27. Saenz J, Urquiza G. Varices and gravid puerperal state. Ginecología y Obstetricia de México. 2009;77(03):165-70.
28. Espitia De La Hoz F, Orozco Santiago L. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. Medicas UIS. 2013;26:45-50.

29. Marston C. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. 13-15 June 2005. Geneva: World Health Organization; 2006.
30. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
31. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
32. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
33. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
34. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2005.
35. Alvero-Cruz JR, Carnero EÁ, Fernández-García JC, Expósito JB, de Albornoz Gil MC, Sardinha LB. Validez de los índices de masa corporal y de masa grasa como indicadores de sobrepeso en adolescentes españoles: estudio Escola. Medicina clínica. 2010;135(1):8-14.
36. Servín Rodas MDC. Nutrición básica y aplicada. 2da ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2013. 276 p.
37. Secretaria de Salud de Honduras. Manejo de las complicaciones obstétricas. En: Protocolos para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato. Volumen: 3. Tegucigalpa: Secretaria de Salud; 2016. p. 267.
38. Artilles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
39. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.

40. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
41. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
42. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
43. 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.
44. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
45. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
46. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.



Anexos:



Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: Gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín 2021.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuáles son las complicaciones en el parto, en madres atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021? Problemas específicos ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021? ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021? ¿Cuáles son las morbilidades y complicaciones en el embarazo en gestantes con parto complicado	Objetivo general Determinar las complicaciones en el parto, en madres atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021. Objetivos específicos Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021. Identificar las características obstétricas de las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021. Identificar las morbilidades y complicaciones en el embarazo en gestantes con parto complicado	Las anomalías en el mecanismo del parto que interfiera con la evolución fisiológica del mismo tienen una frecuencia del 18,3% (5). Los factores relacionados son múltiples y sus repercusiones perinatales pueden ir desde lesiones menores hasta daño cerebral grave. Algunos de los factores relacionados son: mal control prenatal, bajo peso fetal al nacer, baja estatura materna, cesárea previa, gran multiparidad, nuliparidad, embarazos postérminos, trabajo de parto prolongado y excesiva ganancia de peso durante el embarazo (6, 7). Una complicación en el trabajo de parto detectada a tiempo puede ser tratada oportunamente, por otra parte, si conocemos sus aspectos característicos podemos implementar acciones sanitarias preventivas. Así mismo lo hallado brindará información que puede ser utilizado para actualizar las guías de atención en el manejo de las complicaciones del parto. Por otra parte, los resultados de esta investigación contribuirán a fortalecer las acciones sanitarias estratégicas en promoción de la salud, prevención primaria por niveles de atención.	Complicaciones en el parto, en madres atendidas en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro.	Características sociodemográficas.	Grupo de edad de la madre en años. Lugar de procedencia de la madre. Nivel educativo de la madre.	Edad de la madre registrada en la historia clínica, clasificada según grupo. Lugar de procedencia de la madre, registrada en la historia clínica. Nivel educativo de la madre, registrada en la historia clínica.	Edad menor o igual a 18 años (1). Edad de 19 a 26 años (2). Edad de 27 a 34 años (3). Igual o mayor a 35 años (4). Urbano (1). Rural (2). Sin instrucción (1). Inicial (2). Primaria (3). Secundaria (4). Superior (5). Soltera (1). Conviviente (2). Casada (3). Viuda (4). Divorciada (5). Bajo peso (< 18,5) (1). Peso normal (18,5 a 24,9) (2). Sobrepeso (25 a 29,9) (3). Obesidad (>30) (4). Nulipara (1). Primípara (2). Multipara (3). Gran multipara (4). Sin atenciones prenatales (1). De 01 a 05 atenciones prenatales (2). De 06 a más atenciones prenatales (3). Sin periodo intergenésico (1). Corto (menor a 18 meses) (2). Normal (de 18 a 60 meses) (3). Largo (mayor a 60 meses) (4). Nominal.	Nivel de investigación El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986). Tipo de investigación investigación retrospectiva, descriptiva, de corte transversal. Diseño de Investigación El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (40, 42, 43). Donde: M O M: Gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro de enero a junio del 2021. O: Características de la madre sociodemográficas, obstétricas, clínicas y tipo de complicación en el parto. Población, muestra, muestreo La población Fueron todas las gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, de la provincia de Chanchamayo de la región Junín, de enero a junio 2021; según registros estadísticos fueron un total de 52 pacientes. Muestra: El estudio fue censal.
				Características obstétricas.	Estado civil de la madre. Índice de masa corporal pregestacional de la madre. Paridad antes del parto Atenciones prenatales en la madre. Periodo intergenésico de la madre. Antecedentes personales de riesgo de la madre.	Estado civil de la madre, registrada en la historia clínica. Índice de masa corporal pregestacional calculado del peso y talla de la madre registrada en la Historia clínica. Número de partos (antes del embarazo actual) y clasificación de paridad. Atenciones prenatales en la madre, registrada en la historia clínica. Periodo intergenésico de la madre, registrada en la historia clínica. Antecedentes personales de riesgo de la madre, registrada en la historia clínica.	Casada (3). Viuda (4). Divorciada (5). Bajo peso (< 18,5) (1). Peso normal (18,5 a 24,9) (2). Sobrepeso (25 a 29,9) (3). Obesidad (>30) (4). Nulipara (1). Primípara (2). Multipara (3). Gran multipara (4). Sin atenciones prenatales (1). De 01 a 05 atenciones prenatales (2). De 06 a más atenciones prenatales (3). Sin periodo intergenésico (1). Corto (menor a 18 meses) (2). Normal (de 18 a 60 meses) (3). Largo (mayor a 60 meses) (4). Nominal.	
				Morbilidades y complicaciones en el embarazo.	Tipo de morbilidad medica en el embarazo. Diagnóstico de anemia en el embarazo.	Tipo de morbilidad medica en el embarazo, registrada en la historia clínica. Diagnóstico de anemia en el embarazo, registrada en la historia clínica.	Nominal. Anemia severa (<7 g/dL) (1). Anemia Moderada (7-9,9 g/dL) (2). Anemia Leve (10-10,9 g/dL) (3).	

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021? ¿Cuáles son las complicaciones en el trabajo de parto, parto y alumbramiento, en las madres atendidas en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021?	atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021. Identificar las complicaciones en el trabajo de parto, parto y alumbramiento, en las madres atendidas en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín de enero a junio del 2021.			Complicaciones en el parto.	Tipo de complicación obstétrica en el embarazo. Complicaciones en el periodo de dilatación. Complicaciones en el periodo expulsivo. Complicaciones en el periodo de alumbramiento. Inicio del trabajo de parto. Parto según la edad gestacional. Tipo de parto.	Tipo de complicación obstétrica en el embarazo, registrada en la historia clínica. Complicaciones en el periodo de dilatación, Registrada en la Hcl. Complicaciones en el periodo expulsivo, Registrada en la Hcl. Complicaciones en el periodo de alumbramiento, Registrada en la Hcl. Inicio del trabajo de parto, Registrada en la Hcl. Parto según la edad gestacional, Registrada en la Hcl. Tipo de parto, registrada en la Hcl.	Sin Anemia (> 11.0 g/dL) (4). Nominal. Nominal. Nominal. Nominal. Espontáneo (1). Inducido (2). Parto pretérmino (< 37 semanas) (1). Parto a término (≥ 37 semanas) (2). Parto vaginal (1). Parto por cesárea (2).	



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**FORMATO N° 01
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE MADRES CON PARTO
COMPLICADO**

Investigación: Gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín 2021.

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas y registros de atención en el periodo de enero a junio del 2021; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrones o enmendaduras, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones, en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s); no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada u otra observación.

I. Datos generales:

- 1.1. Ficha N° _____
- 1.2. Responsable del llenado: _____
- 1.3. Fecha del llenado: ____ / ____ / 2021. Hora del llenado: ____ : ____ horas
- 1.4. Región de procedencia: _____
- 1.5. Provincia de procedencia: _____
- 1.6. Distrito de procedencia: _____
- 1.7. N° de historia clínica: _____

II. Características personales:

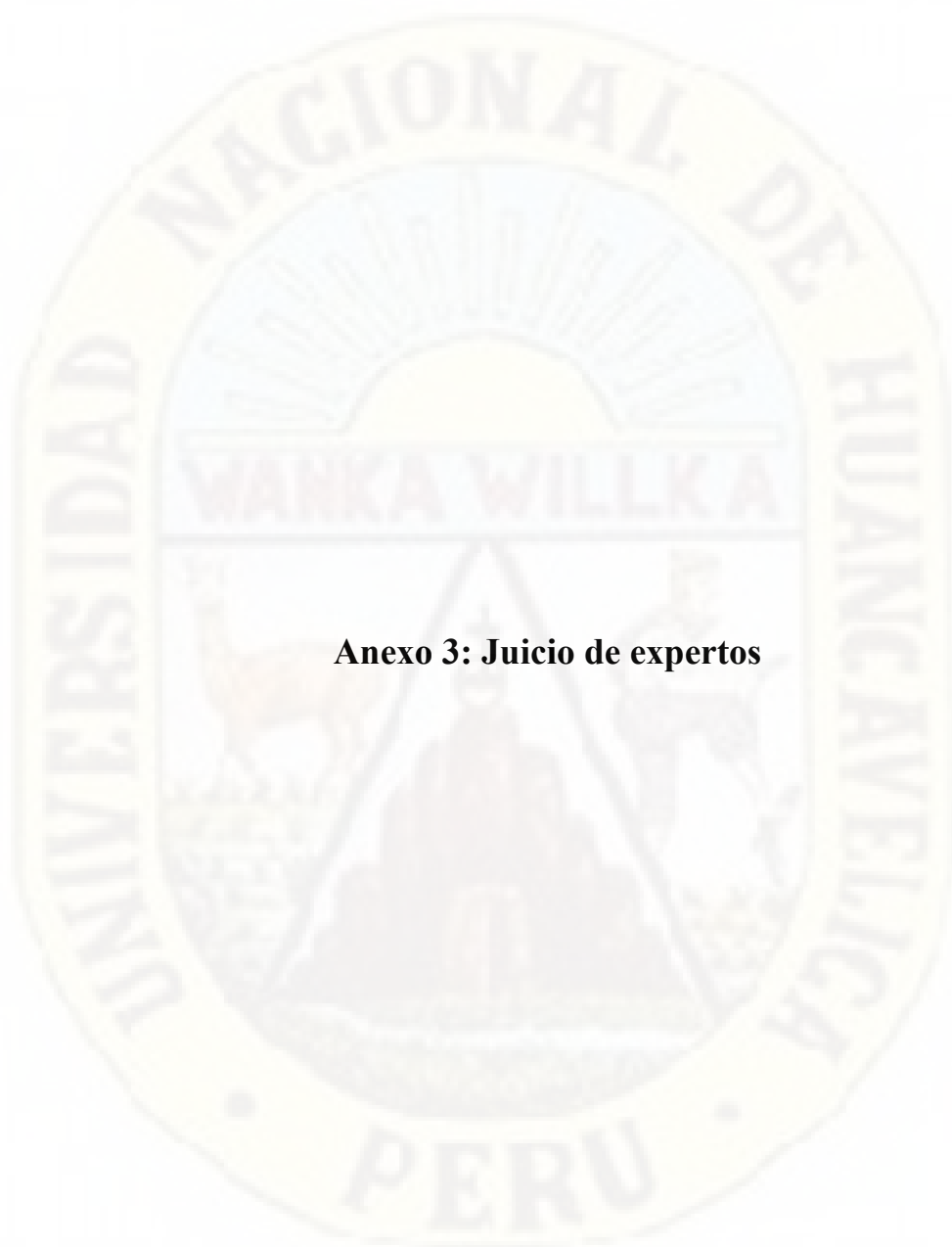
- 2.1. Edad de la madre en años: _____
- 2.2. Lugar de procedencia de la madre: Rural (1) Urbano (2)
- 2.3. Nivel de instrucción de la madre:
 - 2.3.1. Sin instrucción (1)
 - 2.3.2. Inicial (2)
 - 2.3.3. Primaria (3)
 - 2.3.4. Secundaria (4)
 - 2.3.5. Superior (5)
- 2.4. Estado civil de la madre:
 - 2.4.1. Soltera (1)
 - 2.4.2. Conviviente (2)
 - 2.4.3. Casada (3)
 - 2.4.4. Viuda (4)
 - 2.4.5. Divorciada (5)
- 2.5. Peso pregestacional: _____ Kilogramos (con tres decimales).
- 2.6. Talla de la madre: _____ Metros (con dos decimales).

III. Características clínicas (Si, la gestante no presento antecedentes, morbilidades o complicaciones dejar los Ítems en blanco)

- 3.1. Número de partos de la madre (antes del parto actual): _____
- 3.2. Número de atenciones prenatales: _____

- 3.3. Periodo intergenésico de la madre:
- a) Sin periodo intergenésico (1)
 - b) Corto (menor a 18 meses) (2)
 - c) Normal (de 18 a 60 meses) (3)
 - d) Largo (mayor a 60 meses) (4)
- 3.4. Valor de hemoglobina de la madre: _____ g/dl.
- 3.5. Semanas de gestación al presentar el parto: _____ semanas.
- 3.6. Antecedentes personales de riesgo de la madre.
- 3.6.1. _____
 - 3.6.2. _____
 - 3.6.3. _____
- 3.7. Enfermedades o morbilidad médica en el embarazo.
- 3.7.1. _____
 - 3.7.2. _____
 - 3.7.3. _____
- 3.8. Complicación obstétrica en el embarazo.
- 3.8.1. _____
 - 3.8.2. _____
 - 3.8.3. _____
- 3.9. Tipo de parto de la madre.
- 3.9.1. Parto vaginal (1)
 - 3.9.2. Parto por cesárea (2)
- 3.10. Inicio del trabajo de parto
- 3.10.1. Espontáneo (1)
 - 3.10.2. Inducido (2)
- 3.11. Complicaciones en el periodo de dilatación que presento la madre.
- 3.11.1. _____
 - 3.11.2. _____
 - 3.11.3. _____
- 3.12. Complicaciones en el periodo expulsivo que presento la madre.
- 3.12.1. _____
 - 3.12.2. _____
 - 3.12.3. _____
- 3.13. Complicaciones en el periodo de alumbramiento que presento la madre.
- 3.13.1. _____
 - 3.13.2. _____
 - 3.13.3. _____

Observaciones:



Anexo 3: Juicio de expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Juicio de Experto

Investigación: Gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín 2021.

Investigador: Obsta. De La Cruz Ponce, Lisbeth Lisset, Obsta. Muñoz Avilés, Marissela Nathaly

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la “**Ficha de recolección de datos de madres con parto complicado**” que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio / ITEMS		1	2	3	4	5
Variable: Complicaciones en el parto, en madres atendidas en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro.						
Dimensión: Características sociodemográficas						
1	Grupo de edad de la madre en años.					
2	Lugar de procedencia de la madre.					
3	Nivel educativo de la madre					
4	Estado civil de la madre					
5	Índice de masa corporal pregestacional de la madre					
Dimensión: Características obstétricas						
6	Paridad de la madre antes del parto.					
7	Atenciones prenatales en la madre					
8	Periodo intergenésico de la madre					
9	Antecedentes personales de riesgo de la madre					
Dimensión: Morbilidades y complicaciones en el embarazo						
10	Tipo de morbilidad medica en el embarazo					
11	Diagnóstico de anemia en el embarazo					
12	Tipo de complicación obstétrica en el embarazo					
Dimensión: Complicaciones en el parto.						
13	Complicaciones en el periodo de dilatación					
14	Complicaciones en el periodo expulsivo					
15	Complicaciones en el periodo de alumbramiento					
16	Inicio del trabajo de parto					
17	Parto según la edad gestacional					
18	Tipo de parto.					

Recomendaciones:

.....
.....
.....

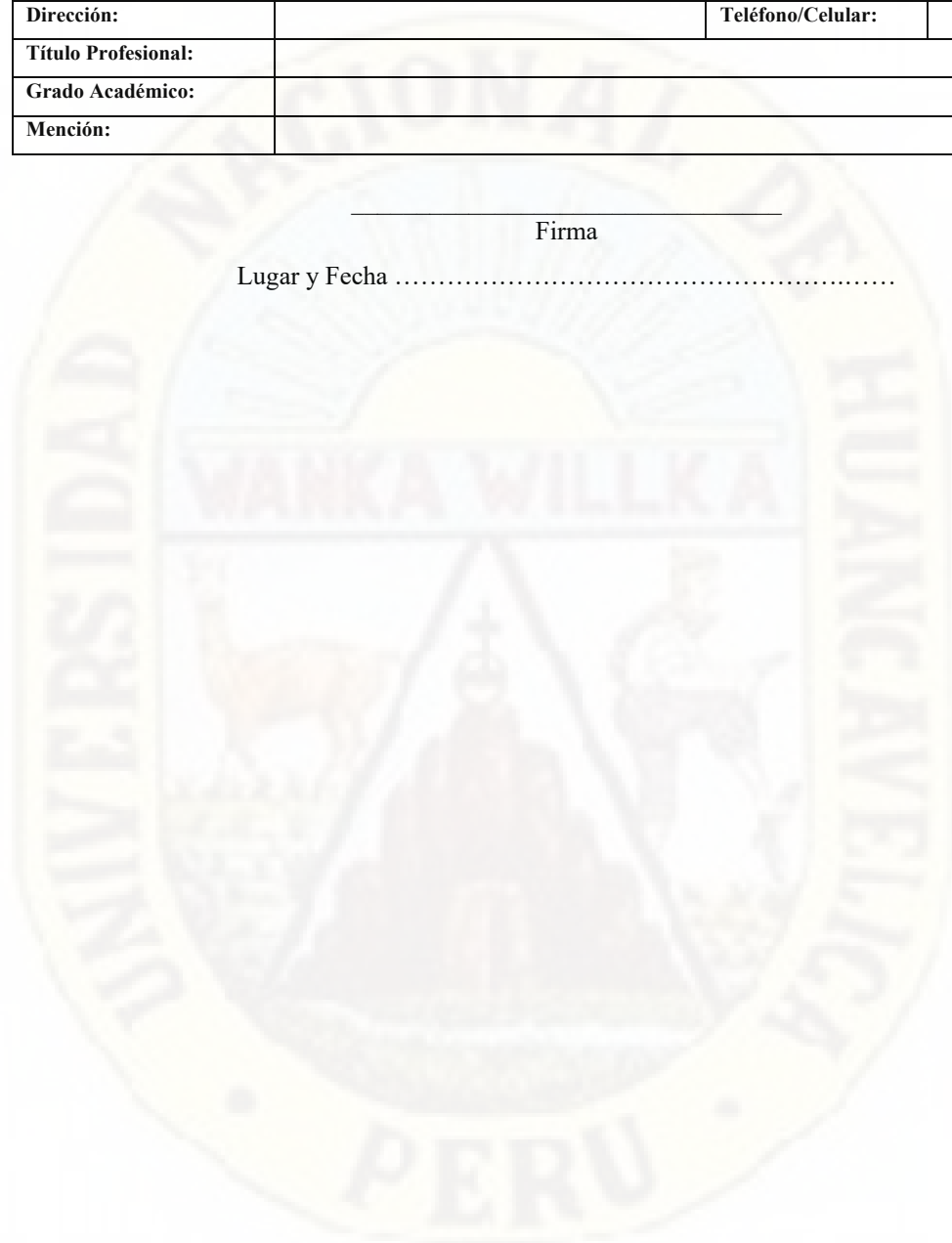
OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:		DNI N°	
Dirección:		Teléfono/Celular:	
Título Profesional:			
Grado Académico:			
Mención:			

Firma

Lugar y Fecha



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(Creada por Ley 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: Ficha de recolección de datos de madres con parto complicado

Investigación: Gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín 2021.

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : _____
- 1.2. Grado académico : _____
- 1.3. Mención : _____
- 1.4. DNI/ Celular : _____
- 1.5. Cargo e institución donde labora : _____
- 1.6. Lugar y fecha : _____

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	A	B	C	D	E

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \text{-----}$

3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	☐	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	☐	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	☐	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	☐	<0,81 – 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

.....

.....

.....

Firma del Juez



Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar



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

.....

Director

Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro
Chanchamayo - Junín.

Nosotras, De La Cruz Ponce Lizbeth Lisset, obstetra de profesión identificada con DNI N°; y Muñoz Avilés Marisela Nataly, obstetra de profesión identificada con DNI N°; egresadas de la especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con el debido respeto me presento y expongo.

Que, deseando realizar una investigación sobre “Gestantes con parto complicado atendidos en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Junín 2021”.

Solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

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

Chanchamayo, 18 de mayo del 2021.

Firma del Interesado