



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO Y SU RELACION CON EL
INCREMENTO DE PARTO DISTOCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE 2014.**

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

LICENCIADO EN OBSTETRICIA

AUTOR: BACHILLER ZÓSIMO CÓRDOVA ANYOSA

ICA –PERÚ

2015

DEDICADO A:

A Dios quien fue el creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar.

De igual forma, a mis Padres, a quien le debo toda mi vida, les agradezco el cariño y su comprensión, a ustedes quienes han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante buscando siempre el mejor camino.

AGRADECIMIENTO:

A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres por el apoyo económico, emocional, quienes fueron los autores día a día durante el desarrollo de mi trabajo, por estar presente en cada momento, en mis dificultades, tristezas y alegrías por guiar mi camino y hacer realidad mis sueños trazados.

A mis amigos quienes fueron testigos del arduo trabajo de investigación de una y otra manera por su participación en búsqueda de algunas informaciones relacionados con el título de la tesis.

Un agradecimiento muy especial a la catedrática Mirtha Aguilar Tuppia por la asesoría, colaboración, paciencia, apoyo y sobre todo por esa gran amistad que me brindo y me brinda, por escucharme y aconsejarme siempre y por compartir su sabia sabiduría, por su comprensión en mis dificultades que tuve, por su paciencia, por su experiencia, profesionalismo, toda las virtudes que posee me ha permitido encaminar por un buen camino a desarrollar mi tesis.

A los profesionales del Hospital San José de Chincha por haberme permitido realizar mis actividades en búsqueda de la información y haberme facilitado la búsqueda de información en la historias clínicas, informaciones estadísticas para hacer realidad mi trabajo de investigación.

A todas las personas que me rodean que de una y otra manera han aportado con un granito de arena en este arduo labor del desarrollo de tesis porque sin la participación de aquellos a quienes agradezco no se hubiera podido hacer realidad.

RESUMEN

Se realizó una investigación “Factores de Riesgo Obstétrico y su Relación con el Incremento de Parto Distócico en Gestantes Atendidas en el Hospital San José de Chincha cuyo objetivo tiene determinar la relación que existe entre los factores de riesgo obstétricos y el incremento de partos distócicos (Cesárea) , la muestra estuvo conformada por 199 pacientes cesareadas, siendo el diseño de investigación correlacional retrospectivo que se llegó a la conclusión de que existe relación significativa entre los factores de riesgo en estudio y el incremento de parto distócico en el hospital San José de Chincha de julio a diciembre 2014.

Los factores de riesgo obstétrico para un parto vía abdominal (cesárea) son: cesareada anterior 61.8%, sufrimiento fetal agudo 17.6%, preeclampsia 7%, ruptura prematura de membranas 4.0% y parto pretérmino 3.0% que estos factores alteraron el desarrollo normal de parto culminando en parto por cesárea.

Las edades de las gestantes que presentaron distocia oscilaron entre 20 – 29 años que corresponden a 52 % con diagnóstico cesareada anterior, el grado académico de gestantes atendidas corresponde en su mayor porcentaje de nivel secundaria que es de 85%, en su mayoría son gestantes multigestas que corresponden a 58.8% pertenecen a un nivel de grado académico secundaria.

Palabras claves: factores de riesgo-parto distócico

SUMMARY

An investigation "obstetric risk factors and their relation to the increase of birth dystocia in pregnant women at the San José Hospital performed Chincha has aimed to determine the relationship between obstetric risk factors and increased dystocia (Caesarea), the sample consisted of 199 cesarean patients, with design retrospective correlational research concluded that there is significant relationship between the risk factors studied and increased dystocia in the San José Hospital Chincha July to December 2014.

Obstetric risk factors for abdominal delivery route (cesarean section) are: previous cesareada 61.8%, fetal distress 17.6%, 7% preeclampsia, premature rupture of membranes, preterm delivery 4.0% and 3.0% that these factors alter the normal development of birth culminating in cesarean delivery.

The age of pregnant women who presented dystocia ranged from 20 to 29 years corresponding to 52% above cesareada diagnosed, the degree of pregnant women attended percentage corresponds mostly secondary level is 85%, most are pregnant multiparous corresponding to 58.8% belong to a high school degree.

Keywords: risk factors partum distócico

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1.	Descripción de la Realidad Problemática	09
1.2.	Delimitación de la Investigación	12
1.3.	Formulación del Problema de Investigación	12
	1.3.1.- Problema Principal	12
	1.3.2.- Problemas Secundarios	12
1.4.	Objetivos de la Investigación	13
	1.4.1.- Objetivo General	13
	1.4.2.- Objetivos Específicos	14
1.5.	Hipótesis de la Investigación.	15
	1.5.1.- Hipótesis Alterna	15
	1.5.2.- Hipótesis Nula	15
	1.5.3.- Variables	15
	1.5.4.- Operacionalización de las variables	16
1.6.	Diseño de la Investigación	17
	1.6.1.- Tipo de Investigación	17
	1.6.2.- Método	17
1.7.	Población y Muestra de la Investigación	18
	1.7.1.- Población	18
	1.7.2.- Muestra	18
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	19
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	19
1.8.	Técnicas e Instrumentos de la Recolección de Datos	19
	1.8.1.- Técnicas	
	1.8.1.1.- técnicas de recolección de datos	19
	1.8.1.2.- Técnica de procesamiento y análisis de datos	20
	1.8.2.- Instrumentos	20
	Ética de la investigación	20
1.9.	Justificación e Importancia de la Investigación	21

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de la Investigación	22
2.2.	Bases Teóricas	30
2.3.	Definición de términos Básicos	65

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

	Contrastación de Hipótesis	70
	Tablas y Gráficos	77
	DISCUSION	85
	CONCLUSIONES	87
	RECOMENDACIONES	88
	Fuentes de Información	89
	ANEXOS	92
	Matriz de Consistencia	93
	Ficha de recolección de datos	94

INTRODUCCION

El trabajo de parto y el parto mismo son procesos naturales para el nacimiento de un bebe; sin embargo, aunque se trata de un acto fisiológico, a menudo aparecen problemas obstétricos o distocias, que incrementan la morbimortalidad materna y perinatal; La Organización Mundial de Salud (OMS) ha estimado que hay 500 000 muertes maternas al año en todo el mundo, de las cuales el mayor porcentaje ocurre en los países en desarrollo como el nuestro. Distocia significa literalmente parto difícil que culminan en muchas oportunidades en cesárea, éstas pueden ser por causas maternas, fetales y por los anexos fetales. Entre los factores obstétricos que pueden causar un trabajo de parto distócico se consideran, atención prenatal inadecuada, cesárea previa, gran multiparidad, primigesta, trabajo de parto prolongado, periodo intergenésico corto y largo, así mismo también la placenta previa o inserción baja, preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, sufrimiento fetal. La solución quirúrgica en la práctica obstétrica mediante la cesárea, como en el caso de las distocias del trabajo de parto, representa una decisión importantísima con la finalidad de evitar el impacto negativo en la morbilidad y mortalidad del binomio madre-hijo.

El objetivo principal de la presente investigación es determinar los factores de riesgo obstétrico y relación con el parto distócico en gestantes que acuden al Hospital San José de Chíncha en el periodo de Julio a Diciembre 2014.

Finalmente, un propósito fundamental del presente es contribuir al aprendizaje de los lectores y educandos de la carrera de las ciencias de la salud y con dos objetivos del milenio: mejorar la salud materna y disminuir la morbimortalidad materno perinatal en la región y el País.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Descripción de la Realidad Problemática.

La distocia, es un parto dificultoso debido a anomalías en el feto, en la madre o ambos, en consecuencia la extracción debe realizarse mediante la cesárea, una de las operaciones más antiguas de la humanidad y una de las más practicadas en la actualidad con tendencia creciente.

El procedimiento representa una decisión importante en la medicina perinatal para resolver problemas difíciles que tienen impacto negativo en la morbilidad y mortalidad del binomio madre-hijo, como es el caso de las distocias.¹¹

Las tasas de cesárea están aumentando en todo el mundo y hay una preocupación creciente de que muchas cesáreas se realizan simplemente porque se considera que el trabajo de parto no evoluciona lo suficientemente rápido. En América Latina, entre el 15%

1. ¹ La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/CD006794_amorimm_com/es/.

y el 32% de Todos los partos por cesárea se atribuyen a la distocia.

Las tasas altas de cesárea no necesariamente indican una mejor atención materna o perinatal y pueden estar asociadas con daño²

Se realizó la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS (WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health) en 24 regiones de ocho países de América Latina. En la encuesta se obtuvieron datos Partos por cesárea fue del 33% y la tasa más alta de partos por cesárea observada en hospitales privados fue del 51%.

Muchos factores contribuyeron al aumento global de las tasas de cesáreas, entre ellos, mejores técnicas anestésicas y quirúrgicas, menor riesgo de complicaciones postoperatorias a corto plazo, factores demográficos y nutricionales, y la percepción de la seguridad del procedimiento por parte de los prestadores y las pacientes. En particular, este último es un factor que influye en el aumento de la cantidad de mujeres de todo el mundo que optan por una cesárea electiva sin indicación médica. Sin embargo, los resultados obtenidos en la Encuesta Global de Salud Materna y Perinatal de la OMS indican que el aumento de las tasas de cesáreas se relaciona con un mayor riesgo de tratamiento antibiótico puerperal y mortalidad y morbilidad materna severa. El aumento en la tasa de nacimiento por cesárea está también asociado con un aumento en las tasas de mortalidad fetal y en la cantidad de recién nacidos que ingresan a la unidad de cuidados intensivos durante siete días².

² Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G et al, Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006. Disponible en:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el promedio recomendado de cesáreas es de 15 %. El Perú supera el 26 %, ubicándose sobre España.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática, en los últimos seis años, la tasa se ha incrementado casi 10 % a nivel nacional. La proyección del 2013 revela que, en promedio, el 26.5 % de los partos institucionales han sido cesáreas. En la región de Ica en el 2013 el porcentaje de cesárea alcanza el 29.7%.³

³ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2009. [Artículo en Internet] www.inei.gob.pe [consulta: 24 de noviembre de 2011]

1.2.- Delimitación de la Investigación.

1.2.1.- Delimitación Temporal.- La investigación se realizó de los meses de Julio a Diciembre 2014.

1.2.2.- Delimitación Espacial.- La investigación se realizó en el Hospital San José de chincha de, provincia de Chincha y región Ica.

1.2.3.- Delimitación Social.- Gestantes con factores de riesgo obstétrico que culminaron en parto distócico.

1.2.4.-Delimitación Conceptual.- Esta investigación abarca dos conceptos fundamentales como los factores de riesgo obstétrico y el parto distócico.

1.3.- Formulación del Problema de Investigación.

1.3.1.-Problema Principal

¿De qué manera los factores de riesgo obstétrico se relacionan con el incremento de partos distócicos en gestantes atendidas en el Hospital san José de Chincha – Ica, año 2014?

1.3.2.- Problemas Secundarios

¿Qué relación existe entre la cesareada anterior y el incremento de parto distócico en las gestantes atendidas en el Hospital San José de chincha de julio a diciembre 2014?

¿Qué relación existe entre el sufrimiento fetal y el incremento de parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José de chincha de julio a diciembre 2014?

¿Qué relación existe entre la preeclampsia y el incremento de parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José de chincha de julio a diciembre 2014?

¿Qué relación existe entre la ruptura prematura de membranas y el incremento de parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José de chincha de julio a diciembre 2014?

¿Qué relación existe entre el parto pretérmino y el incremento de parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José de chincha de julio a diciembre 2014?

1.4.- Objetivos de la Investigación

1.4.1.- Objetivo general

Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo obstétrico y el incremento de parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José de chincha - Ica año 2014

1.4.2.- Objetivos específicos

Identificar el riesgo de cesareada anterior y su relación con el incremento de partos distócicos en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a diciembre 2014.

Identificar el riesgo de sufrimiento fetal y su relación con el incremento de partos distócicos en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a diciembre 2014.

Identificar el riesgo de preeclampsia y su relación con el incremento de partos distócicos en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a diciembre 2014.

Identificar el riesgo de ruptura prematura de membranas y su relación con el incremento de partos distócicos en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a diciembre 2014.

Identificar el riesgo de parto prematuro y su relación con el incremento de partos distócicos en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a diciembre 2014.

1.5.- Hipótesis de la Investigación

1.5.1.- Hipótesis Alternativa.

Existe relación significativa entre los antecedentes de cesareada anterior, sufrimiento fetal agudo, preeclampsia, rotura prematura de membranas, parto pretérmino, con el incremento de parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a diciembre del 2014.

1.5.2.- Hipótesis Nula.

No Existe relación significativa entre los antecedentes de cesareada anterior, sufrimiento fetal agudo, preeclampsia, rotura prematura de membranas, parto pretérmino, embarazo múltiple, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y descenso detenido por variedad de presentación posterior con el incremento de parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a diciembre del 2014

1.5.3.- Variables

1.5.3.1.-Variable Independiente: Factores de riesgo obstétrico

1.5.3.2.- Variable Dependiente: Parto distócico.

1.5.3.3.- Variable Interviniente: Edad, procedencia, número de control prenatal, número de embarazos, periodo intergenésico.

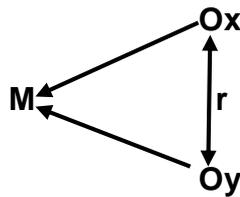
1.5.4.- Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	NATURA-LEZA	CLASIFICA – CIÓN	INDICADORES	INSTRU- MENTO	FUENTE
V. Independiente: FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO	Probabilidad mayor de desarrollar alguna patología obstétrica.	Cualitativa	Dicotómicas	cesareada anterior sufrimiento fetal agudo preeclampsia rotura prematura de membranas parto pretérmino,	Ficha de recolección de datos.	Historia Clínica Libro de registro de sala de partos
V. Dependiente: INCREMENTO DE PARTO DISTÓCICO	Parto con progresión anormal debido a inadecuada interacción de los factores que intervienen en el y que culmina por vía vaginal y/o abdominal.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Ficha de recolección de datos.	Historia Clínica Libro de registro de sala de partos
V. Interviniente Edad N° CPN Procedencia Embarazos Periodo intergenésico	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo transcurrido a partir del nacimiento • Número de control prenatal que asistió la gestante • Lugar de origen o de donde proviene la gestante • Número de embarazos que tuvo una mujer • Es el intervalo de tiempo entre los embarazos. 	Cuantitativa Cuantitativa Cualitativa Cuantitativa Cuantitativa	Dicotómica Nominal Nominal Nominal Nominal	15-19 años 20-29 años 30-35 años ≥ 36 años Sin CPN 1-6 CPN >a 6 CPN Rural Urbano Primigesta Multigesta Gran multigesta < 2 años 2 – 6 años > a 6 años	Ficha de recolección de datos.	Historia Clínica Libro de registro de sala de partos

1.6.- Diseño de la Investigación

1.6.1.- Diseño de la Investigación

El diseño de investigación que se seleccionó es el Correlacional, que se representa de la siguiente manera:



En donde:

M = Representa a la **muestra de estudio**.

Ox = Observación realizada a la variable X: **Factores de riesgo Obstétrico**.

Oy = Observación realizada a la variable Y: **Parto distócico**

R = **Coefficiente de correlación**.

1.6.2.-Tipo de Investigación

Estudio no experimental, descriptiva correlacional – retrospectivo.

1.6.3.- Método

El análisis de los datos es de carácter deductivo y estadístico.

1.7.- Población y Muestra de la Investigación

1.7.1.- Población

La población estuvo constituida por 521 partos distócicos atendidas en el Hospital San José de Chincha de Julio a Diciembre 2014

1.7.2.- Muestra:

Tipo de muestreo

Se aplicó un tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple.

d. Tamaño de muestra

Para determinar el tamaño de la muestra, se aplicó la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{E^2(N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

n = Tamaño de muestra

N = Población

Z = Nivel de confianza (95% = 1.96)

E = Especificidad (5%)

p = Incidencia estimada de partos distócicos 0.30

q = 1-p = 0.70

n = 199

Finalmente, la muestra estará constituida por 199 historias clínicas de gestantes con parto distócico que acudieron al Hospital San José de Chincha durante el período de Julio a Diciembre 2014.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Gestantes con factores de riesgos obstétricos

Gestantes que culminaron en partos distócicos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Gestantes atendidas con partos eutócicos

Gestantes sin complicaciones.

1.8.- Técnicas e Instrumentos de la Recolección de Datos

1.8.1.-Técnicas

1.8.1.1.- Técnicas de recolección de datos

Se presentó una solicitud a la Dirección del Hospital San José de Chincha a fin de que se me brinde las facilidades para recopilar los datos en la ficha de recolección de datos del Departamento de estadística y de Gineco-obstetricia previa autorización de los jefes de cada departamento.

Los datos de la ficha de recolección de datos propiamente diseñada se obtuvo de:

- Historias clínicas de la paciente.
- Libros de registro de sala partos

1.8.2.- Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos, fueron ingresados a una base de datos utilizando el software SPSS versión 17.0.

Se trabajó con un nivel de significancia estadística del 5%. Se usó la estadística descriptiva a través de: la determinación de proporciones de las variables categóricas, así como las medidas de tendencia central para las variables numéricas. Para el análisis se usó la prueba estadística de Chi cuadrado para asociar proporciones con respecto a las variables categóricas. Se trabajó como relación estadísticamente significativa si el valor $p < 0,05$. Los datos son presentados en tablas y/o gráficos, utilizando el programa excel 2010.

1.8.3.- Instrumentos

La ficha de recolección de datos

Historias clínicas

Ética de la Investigación

Por ser un estudio retrospectivo no requiere de consentimiento informado.

1.9.- Justificación e Importancia de la Investigación

La presente investigación presenta justificación teórica y práctica, ya que en el encontramos información relevante sobre cuáles son los factores de riesgos obstétricos que se presentan durante el embarazo, que traen como consecuencia un parto distócico. Así mismo se pretende a través de la presente aportar en la formación profesional de los estudiantes de esta área y a los mismos profesionales de obstetricia, ya que esta investigación se convierte en un medio de consulta para ellos, el cual también podrá ser mejorado por otros investigadores que tengan interés y quieran profundizar más sobre este tema.

Es importante ahondar más sobre este tema ya que este tipo de partos ocasionan complicaciones maternas y fetales; los factores de riesgo para un parto por vía abdominal o cesárea son numerosas entre las que podemos mencionar es la cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo, pre eclampsia, edad materna, paridad, etc, siendo necesario este estudio para saber los factores que predisponen a una cesárea en Chincha y poder tomar medidas necesarias a fin de evitar este tipo de parto.

Orientar sobre la detección temprana y tratamiento oportuno de las alteraciones que afectan la gestación en todos los niveles de atención para disminuir los riesgos de enfermedad, la morbilidad materna y perinatal y las muertes originadas en la atención obstétrica y del producto del embarazo y optimizar la calidad de la atención médica en todos los niveles de atención obstétrica y perinatal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes de la Investigación

2.1.1.- A nivel internacional.

-Pavón (2010)⁴ Complicaciones obstétricas en un hospital de ginecología y obstetricia, Xalapa – México.

Estudio prospectivo y observacional durante un período de 6 meses, incluyéndose 1137 embarazadas que ingresaron para su atención. Refieren que la incidencia de complicación obstétrica fue de 9.9% y la del recién nacido de 6%. En las embarazadas la principal complicación fue desgarro perineo vaginal y en el recién nacido las afecciones respiratorias. Los principales factores de riesgo fueron la falta de integración familiar, el control prenatal de inicio tardío y la escolaridad menor que secundaria. Concluyeron

que el porcentaje de pacientes con factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas fue mínimo, la presencia de complicaciones estuvo ligada a la calidad de la atención médica proporcionada a la paciente⁴

-Chamy (2009)⁵: Riesgo obstétrico y perinatal en Embarazadas mayores de 35 años, embarazos atendidos entre enero de 2007 y diciembre de 2012, hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar - Chile.

Dio como resultado que el 10,9% fueron en mujeres entre 35 y 39 años y 3,6% en embarazadas de 40 años o más. Un 27,2% de los embarazos fue en primigestas. La comparación entre embarazadas de 20-34 años y de 35- 39 años mostró mayor frecuencia de hipertensión arterial crónica, hospitalización durante el embarazo, diabetes, preeclampsia, hemorragia del tercer trimestre, parto cesárea, hemorragia puerperal, menor peso del recién nacido, y defectos congénitos, entre otros.

Hubo mayor frecuencia de rotura prematura de membranas al analizar las mayores de 40 años. Las primigestas tuvieron mayor frecuencia de obesidad, preeclampsia, diabetes, hospitalización del recién nacido, y hemorragia puerperal. Al realizar una regresión logística para determinar influencia de la edad, se

⁴ Pavón (2010) Complicaciones obstétricas en un hospital de ginecología y obstetricia, Xalapa – México.

apreció que el riesgo de comorbilidades y eventos adversos maternos y fetales aumentaba proporcionalmente con la edad⁵

- **Alsammani MA, Ahmed SR. (2012): Gran multiparidad : Factores de riesgo y Resultado en un hospital terciario, Arabia Saudita** Hubo asociación significativa entre la gran multiparidad y resultados adversos del embarazo como el parto por cesárea (OR = 2,699 ; IC = 2,072 a 3,515 , p < 0,001) , macrosomía fetal (OR = 1,675 ; IC del 95 % = 1.004- 2.796 , p = 0.048) , diabetes mellitus (OR = 1,634 , IC 95% = 1,076-2,481 , p = 0 0,021) , y la hipertensión inducida por el embarazo (OR = 1,838 ; IC del 95 % = 1,054-3,204 , p = 0,032) . No hay asociaciones significativas se observaron en el desprendimiento de placenta , placenta previa , parto prematuro, la hemorragia posparto y la frecuencia de ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales . No mortalidad prenatal o materno se informó en este estudio⁶. Conclusión: Gran multiparidad sigue siendo un importante problema de obstetricia. Está asociada con muchas complicaciones médicas y obstétricas . En las comunidades en las que es deseable gran familia que es

⁵ Chamy (2009)⁵: Riesgo obstétrico y perinatal en Embarazadas mayores de 35 años, embarazos atendidos entre enero de 2007 y diciembre de 2012, hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar - Chile.

⁶ . Alsammani MA, Ahmed SR. (2012): Gran multiparidad : Factores de riesgo y Resultado en un hospital terciario, Arabia Saudita. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26543415>

importante abordar el valor de la planificación familiar y la conducción de la atención prenatal meticoloso.

- **Tolcher MC, Holbert MR, Weaver AL, McGree ME, Olson JE, El-Nashar SA, Famuyide AO, Brost BC.⁷: La predicción de parto por cesárea después de la inducción del trabajo entre mujeres nulíparas a término, julio 2006 – mayo 2012**

Durante el período de estudio, hubo 785 inducciones nulíparas que cumplían los criterios del estudio; 231 (29,4 %) se sometieron a cesárea. Factores de riesgo independientes asociados con un mayor riesgo de parto por cesárea incluyen la mayor edad materna, la talla materna más corto , mayor índice de masa corporal , una mayor ganancia de peso durante el embarazo , mayor edad gestacional , la hipertensión , la diabetes mellitus y la dilatación cervical inicial de menos de 3 cm. Un nomograma se construyó con base en el modelo final con un c -index sesgo corregida de 0,709 (95 % intervalo de confianza 0,671-0,750) .

Conclusión: Se identificaron factores de riesgo independientes que se pueden utilizar para predecir el parto por cesárea entre las mujeres nulíparas sometidas a la inducción del trabajo de parto a término. Si validado en otras poblaciones, el nomograma podría ser útil para el asesoramiento individualizado de las mujeres con una combinación de factores de riesgo antes del parto identificables.⁷

⁷ Tolcher, M. C., Holbert, M. R., Weaver, A. L., McGree, M. E., Olson, J. E., El-Nashar, S. A., ... & Brost, B. C. (2015). Predicting Cesarean Delivery After Induction of Labor Among Nulliparous Women at Term. *Obstetrics & Gynecology*, 126(5), 1059-1068.

- **Laguado, N., Meza,J, Colobon,J, Salazar,L⁸: 2009: Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea- Universidad Francisco de Paula Santander Cúcuta** El mayor número de gestantes que ingresan para ser intervenidas por cesárea se encuentran entre las edades de 15 y 35 años en nivel socioeconómico o estrato dos, seguido del nivel tres. Las razones maternas más frecuentes para la realización de cesárea son: trabajo de parto prolongado y estacionario y deseo de la paciente; lo que indica que muchas mujeres solicitan que se les haga cesárea, sin tener ninguna complicación en el embarazo o poca dilatación en el trabajo de parto.

En la presente investigación se encontraron otras razones menos frecuentes como: antecedente de cesáreas, placenta previa, presencia de diabetes, presencia de hipertensión, preeclampsia y antecedentes de abortos. Las razones fetales más frecuentes son: Infección intrauterina, y Sufrimiento fetal agudo (SFA) por aporte disminuido de oxígeno al feto.

Las mujeres por decisión propia hoy en día prefieren las cesárea que tener un parto normal o natural, sin embargo con los años la cesárea se ha vuelto un método seguro de salvar vidas ya sea a la madre o al ser que está a punto de llegar al mundo en situaciones de riesgo materno – fetal.

⁸ Laguado, N., Meza,J, Colobon,J, Salazar,L⁸: 2009: Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea- Universidad Francisco de Paula Santander Cúcuta

2.1.2.- A nivel Nacional

- **Olortegui,L. (2013)⁹: Factores Asociados a las Complicaciones Obstétricas en Gestantes Añosas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Enero – Junio 2013- Lima.** De las 391 historias seleccionadas se registró un total de 189 con complicaciones obstétricas, representando el 48.3% del total de la población estudiada. Resultado: El factor individual que mostró asociación a las complicaciones obstétricas, fue la obesidad. El riesgo fue 2.6 veces más probable en las gestantes añosas con obesidad (OR 2.58, IC 95% 1.45, 4.57). Los factores obstétricos que mostraron asociación a las complicaciones Obstétricas fueron: la cesárea previa y la paridad. El riesgo se encuentra incrementado 2 veces en las gestantes añosas con cesárea previa (OR=2.03, IC95% 1.09, 3.77) y para la paridad, por cada gestación el riesgo de presentar una complicación aumenta en el 51.3%. (OR=1.51, IC95% 1.12, 2.05).

Las complicaciones obstétricas más frecuentes en las gestantes añosas fueron la rotura prematura de membranas (15.6%), la hipodinamia uterina (8.7%) y el alumbramiento incompleto (7.9%)⁹

- **Díaz,C. (2011)¹⁰, :Factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz”**

⁹ Olortegui,L. (2013)⁹: Factores Asociados a las Complicaciones Obstétricas en Gestantes Añosas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Enero – Junio 2013- Lima

Resultados: Se identificaron como factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto a los siguientes: Factores preconceptionales Peso pre gestacional < 45 kg (OR: 2.94, 1.47 - 5.84), la talla <1.45 m, (OR: 15.27, 5.76-40.45) el IMC inadecuado (OR: 3.75, 2.51 6.67) y el periodo intergenésico menor de 2 y mayor de 4 años (OR: 3.75, 2.35-5.98). Factores del ante parto: Edad gestacional pretérmino (OR: 4.73, 1.99-11.29), la anemia (OR: 4.55, 2.86-7.23), resultado ecográfico anormal (OR: 5.16, 3.05-8.73), Oligohidramnios (OR: 10.94, 3.64-32.90) RCIU (OR: 4.76, 1.44-15.76). Factores del intraparto: Estimulación/acentuación (OR: 14.73, 1.79-121.06), preeclampsia severa (OR: 4.20, 1.24-14.20) y el BPN y/o macrosómico (OR: 4.44, 2.13-9.24) y el RN PEG/ GEG (OR: 3.36, 1.76-6.39). Conclusiones: Se demostró que existen factores de riesgo asociados: preconceptionales (talla < 1.45 cm, peso < 45kg, IMC inadecuado, periodo intergenésico inadecuado), ante parto (EG pretermo, anemia, resultado ecográfico anormal, Oligohidramnios y RCIU), intraparto (estimulación/acentuación, preeclampsia severa y relacionados con el producto: BPN y/o macrosómico y peso pequeño y/o grande para la EG) Palabras clave: Factores de riesgo, distocias, trabajo de parto¹⁰

-Pérez M, (2012)¹¹ - “Parto Vaginal en la Cesareada Anterior una vez en el Hospital Nacional Docente Madre – Niño San

¹⁰ Díaz,C. (2011) :Factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz”

Bartolomé – Lima, Los casos se analizaron en tres grupos de acuerdo a la culminación de parto: 460 parto vaginal, 231 cesárea intra parto (durante trabajo de parto) y 177 cesárea electiva. En la población de estudio el grupo etáreo predominante fue de 20 a 34 años con 79.0%; el 100% fueron gestantes a término, sólo 61.1% tenían control prenatal adecuado (mayor o igual a 5); 408 gestantes (47.0%) del total culminaron en cesárea; de 691 gestantes que intentaron parto vaginal 460 (66.77%) fueron exitosos; las complicaciones presentes fueron endometritis, infección de herida operatoria, ITU, fiebre puerperal, transfusión sanguínea, éstas dos últimas sin causa definida, las gestantes que se sometieron a cesárea electiva tuvieron 6.78% de complicaciones en comparación con el 5.35% de gestantes que intentaron parto vaginal, pero en conjunto no hubo diferencia significativa ($p:0.07$). No hubo ningún caso de rotura uterina, muerte materna o neonatal. Oxitocina fue usada en 161 pacientes (18.54%), se usó fórceps en 03 gestantes (0.34%), vacuum extractor en 02 gestantes(0.23%). Existió mayor frecuencia de asfixia moderada a severa en el grupo de cesárea electiva con 1.13%(02 neonatos) en comparación con el grupo de parto vaginal con 0.87%(06 neonatos) estadísticamente no significativa ($p:0.6$).¹¹

¹¹ Pérez M, (2012)¹¹ - "Parto Vaginal en la Cesareada Anterior una vez en el Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé – Lima

2.1.3.- A nivel Local

-Gastelú,D. (2013)¹² Incidencia y Factores Sociodemográficos y Médicos de las cesáreas en Hospital San José de Chincha 2013, Resultado: en el estudio realizado la incidencia de partos por cesárea las principales causas fueron: el 22.1% fue por Incompatibilidad céfalopelvica 19.1% por inercia uterina, 10.6% por placenta previa, 9.4% por desprendimiento prematuro de la placenta, 9.4% sufrimiento fetal agudo, 9.4% cesárea previa, 5.3% por preeclampsia, 2.1% por distocia cervical, 1.1% por cáncer y finalmente el 11.5% por otros factores.¹²

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1.- FACTORES DE RIESGOS OBSTÉTRICOS:

Generalidades de los factores de riesgos obstétricos

En función de la existencia de sectores de la población que son particularmente vulnerables a la aparición de problemas específicos asociados con la reproducción o con una mayor morbilidad y mortalidad perinatal, el 20-30% de la población obstétrica contribuye con el 70-80% a la mortalidad y morbilidad perinatales. Los factores ligados a un peor resultado perinatal recibe el nombre de “factores de riesgo”. Un factor de riesgo obstétrico es una característica o circunstancia social, médica,

¹² Gastelú,D. (2013) Incidencia y Factores Sociodemográficos y Médicos de las cesáreas en Hospital San José de Chincha 2013,

obstétrica, o de otra índole que incidiendo en una o más gestaciones, se asocia con una morbilidad y mortalidad perinatal superior a la de la población general, incluyéndose bajo el concepto de “Embarazo de Alto Riesgo” a aquellas gestaciones que presentan uno o más factores de riesgo.¹³

2.2.2.- Factores de riesgo Sociodemográficos

Los factores de riesgo sociodemográficos, como la edad, estado de nutrición, tabaquismo, etc. se identifican en la primera consulta prenatal. Las edades extremas de la vida reproductiva se acompañan de un peor resultado perinatal. El embarazo en la adolescencia se asocia con una mayor frecuencia de problemas médicos y nacimiento pretérmino; son particularmente sensibles a deficiencias nutricionales, anemia, infección por HIV y otras enfermedades de transmisión sexual, además, tienen una mayor frecuencia de hipertensión inducida por la gestación. El factor más importante que condiciona el resultado de la gestación en la adolescente no es la edad de la misma, sino el menor control prenatal que ello produce; el inicio del control de la gestación se retrasa, el 40% de las gestantes adolescentes inician su control en el segundo trimestre gestacional, y además, son menos constantes, de tal forma que realizan un menor número de controles posteriores. En relación con el parto, no presentan una

¹³ . Bajo,J., Melchor JC ,Mercé LT.: .Fundamentos de Obstetricia (SEGO)–Edit. Diapasón Madrid, España 2007

mayor incidencia de periodos de dilatación prolongados ni una tasa incrementada de cesáreas.

En el otro extremo, la edad avanzada materna es un factor en continuo crecimiento. Este grupo de gestantes tiene una mayor frecuencia de abortos, gestaciones ectópicas, anomalías cromosómicas, gestaciones gemelares, útero miomatoso, hipertensión y diabetes.

En relación con el trabajo de parto, son más frecuentes las desproporciones pélvico-cefálicas, las metrorragias de la segunda parte de la gestación, la presencia de placenta previa, el nacimiento mediante cesárea, el bajo peso al nacimiento y la mortalidad fetal y neonatal.

En cuanto al peso materno, son conocidos los efectos adversos del muy bajo peso en el resultado de la gestación, pero el problema principal en los países occidentales es el exceso de peso, ya que condiciona una mayor frecuencia de problemas médicos y obstétricos. Se comunican cifras de problemas hipertensivos que oscilan entre el 7 y el 46% y diabetes en el 7-17% de estas gestantes. Otros problemas asociados con la obesidad son: cálculos en vesícula biliar, infecciones urinarias, hemorragia postparto y tromboflebitis.

Las gestantes con hábitos tóxicos tienen una mayor proporción de recién nacidos con bajo peso al nacimiento. Las gestantes con etilismo crónico tienen un riesgo incrementado de abortos espontáneos, complicaciones perinatales y mortalidad fetal. Se

estima que alrededor del 5% de las anomalías congénitas se deben a la ingesta excesiva de alcohol durante la gestación, y que el 30-50% de los hijos de madres alcohólicas presentan el síndrome alcohólico fetal. El consumo de cocaína durante el embarazo se relaciona con un aumento de la morbilidad perinatal a expensas de una mayor frecuencia de anomalías congénitas, partos pretérmino, bajo peso al nacer y desprendimiento prematuro de placenta.¹²

2.2.3.- Factores de riesgo Antecedentes reproductivos

La existencia de antecedentes reproductivos adversos, condicionan un mayor riesgo obstétrico dado la posibilidad de su repetición, más cuando la causa es desconocida. Ello obliga a la búsqueda exhaustiva de las posibles causas.

Es conocida la mayor frecuencia de resultados perinatales adversos en madres que han necesitado de técnicas de reproducción asistida; presentan una mayor frecuencia de abortos, retraso de crecimiento intrauterino y parto pretérmino, más cuando el resultado de la técnica de reproducción tiene el resultado de una gestación múltiple.

El bajo peso al nacimiento, por crecimiento intrauterino retardado, o por nacimiento antes del término es un hecho con alta tendencia a la repetición. Las causas del retraso de crecimiento son variadas y un porcentaje importante de ellas desconocidas, por lo que tienden a repetirse en gestaciones posteriores. En relación con el parto pretérmino, el mayor factor de riesgo es la existencia

de un parto pretérmino previo. Se ha observado que las madres con antecedentes de una muerte perinatal previa muestran en el embarazo actual una mayor tendencia al parto inmaduro y el nacido tiene un riesgo de muerte dos veces más alto. La identificación de las gestantes con estos antecedentes como de alto riesgo y la utilización de protocolos de vigilancia fetal permiten mejorar el pronóstico. Igualmente, tienen una mayor frecuencia de partos instrumentales y cesáreas, aunque el factor más importante relacionado con este hecho es, posiblemente, la ansiedad incrementada del personal que asiste a la gestante con este antecedente.¹³

2.2.4.- Factores de riesgo Embarazo Actual

Un control adecuado permitirá detectar en sus inicios los numerosos factores de riesgo, con lo que se posibilita la actuación adecuada, que si bien, en ocasiones no será capaz de hacer desaparecer la patología observada, si logrará, con frecuencia, detener o disminuir su velocidad de progresión, con lo que se mejorarán los resultados reproductivos.

- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Anemia grave.
- Diabetes gestacional.
- Infección urinaria de repetición.
- Infección de transmisión perinatal.
- Isoinmunización Rh.
- Embarazo múltiple.

- Polihidramnios.
- Oligohidramnios.
- Hemorragia genital.
- Placenta previa asintomática (diagnóstico ecográfico $\geq 32^{\text{a}}$ semana).
- Crecimiento intrauterino retardado.
- Defecto fetal congénito.
- Estática fetal anormal $\geq 36^{\text{a}}$ semana.
- Amenaza de parto pretérmino.
- Embarazo postérmino.
- Rotura prematura de membranas ovulares.
- Tumoración uterina.
- Patología médico-quirúrgica grave.¹³

2.3.- PARTO DISTÓCICO

2.3.1.- Definición

Tradicionalmente se ha denominado con el término distocia (del griego dis: malo, difícil, y tocos: parto) el trabajo de parto o el parto difícil; concepto muy válido hace más de un siglo, cuando el obstetra se encontraba con dificultades generalmente de tipo mecánico para culminar un parto exitoso. Hoy, con el advenimiento de los avances tecnológicos, este término abarca además aquellas situaciones de estados fetales o maternos no satisfactorios o de eventos potencialmente adquiridos durante el trabajo de

parto, que aumenten el riesgo para la madre o el feto.¹⁴ Las distocias pueden ser debidas a varias causas, entre las que se encuentran:

- A. Distocias pélvicas óseas
- B. Distocias de tejidos blandos
- C. Distocias fetales
- D. Distocias dinámicas

A.- DISTOCIAS PELVICAS ÓSEAS

La pelvis puede estar agrandada o estrechada. Si bien una pelvis agrandada globalmente puede ser origen de distocias por rotación anormal de la presentación o actitudes anómalas, es la estrechez del canal del parto la que se ha transformado casi en un sinónimo de distocia ósea.¹⁴

Se han propuesto diferentes clasificaciones de la pelvis por criterios anatómicos, etiológicos y biopatológicos, siendo la más usada la anatómica según Caldwell, Molloy y D'Esopo, quienes han descrito clásicamente cuatro tipos de pelvis en la mujer.

MODIFICACIONES DE LA FORMA DE LA PELVIS.

La forma de la pelvis se debe a la armonía de los diámetros que se estudian en cada sector en que se divide el canal del parto, estrecho superior, excavación y estrecho inferior.

a.- Desde el punto de vista funcional

¹⁴ Ricardo schwarcz, Ricardo Fescina, Carlos Diverges obstetricia 6ta edición Buenos aires: el ateneo 2009.

Se consideran que son tres las circunstancias por las que puede pasar el móvil fetal al encontrarse ante una deformación ósea pelviana.

1.- La dificultad se halla al principio del canal y superada ésta el mecanismo de parto se cumplirá sin problemas.

2.- La dificultad se encuentra en todo el trayecto del canal del parto.

3.- Dicha dificultad pélvica es progresivamente es mayor a medida que el móvil avanza por el canal.

En el primer caso, la alteración estaría a nivel del estrecho superior, el que como un anillo impide o dificulta el paso de la presentación, por la que se denomina pelvis anillada.

En el segundo caso toda la pelvis (estrecho superior, excavación y estrecho inferior) se ha transformado en un estrecho canal, y recibe el nombre de pelvis canaliculada.

En el tercer caso, la deformación la deformación disminuye progresivamente el canal óseo, transformándolo en un embudo por lo que se le llama pelvis infundibuliforme.¹⁴

b.- Desde el punto de vista Anatómico

Las deformaciones pueden ser simétricas o asimétricas

-Deformaciones simétricas

Son aquellas en las que la modificación de la forma de una hemipelvis va acompañada simultáneamente por la otra se estudiarán las deformaciones del estrecho superior, de la excavación y del estrecho inferior separadamente.

Grado de estrechez de la pelvis

Se considera clásicamente estrechez de primer grado cuando la medida del diámetro promonto pubiano mínimo no es menor de 9.5 cm, de segundo grado entre 9.5 y 8 cm, de tercer grado entre 8 y 6 cm y de cuarto grado cuando es menor de 6 cm, en realidad el criterio dinámico con respecto a la gravedad de estrechez consiste en dividir a las pelvis en viables con promonto pubiano mínimo de hasta 8cm y no viables con medidas inferiores a ésta sin tener otras deformaciones del canal.

Deformaciones Asimétricas

Denominadas pelvis oblicuas, tienen una frecuencia de 6%, presentan un diámetro oblicuo corto y otro largo; se considera que una pelvis es oblicua cuando hay una diferencia de más de 1 cm entre ambos diámetros.

Esta asimetría deforma la pelvis en mayor o menor grado, el arco anterior del estrecho superior tiene aplanada la rama horizontal del pubis, de donde parte el oblicuo corto y la sínfisis

pubiana se halla lateralizada fuera de la línea media hacia el lado contrario, la cara anterior del sacro mira hacia el lado deformado del arco anterior, de modo que el sacro iliaco comprendido entre el lado hacia el cual ha rotado el sacro y la rama pubiana enderezada es más profundo pero menos amplio que el de hemipelvis contraria ya que la distancia sacro-cotiloidea, que normalmente mide 9 cm esta disminuida.^{14,15}

De tal manera el oblicuo corto termina en un seno sacro ilíaco casi normal, mientras que el oblicuo largo que parte de la rama horizontal que conserva su curvatura, ve aumentado su diámetro por el desplazamiento de la sínfisis pubiana hacia su lado y por la profundización del sacro ilíaco en el cual termina.

Así es la pelvis oblicua debida a escoliosis, los cuerpos vertebrales rotados arrastran en su movimiento al sacro, el que distribuye

desigualmente el peso corporal en uno de los huesos ilíacos, deformando la hemipelvis hacia la que mira la cara anterior del sacro, o mismo ocurre con las pelvis oblicuas por defecto de una pierna en las que todo el peso del torso se descarga en la pierna sana, la cual por contrapresión femoral, deforma el hueso iliaco de su lado, en consecuencia la hemipelvis se vuelve más alta de ese lado

¹⁴ Ricardo schwarcz, Ricardo Fescina, Carlos Diverges obstetricia 6ta edición Buenos aires: el ateneo 2009.

¹⁵González M, Vicens J. Obstetricia-. 5ª ed. Barcelona: Editorial Masson; 2006.

Grado de la estrechez de la pelvis.- se determina de acuerdo con la disminución de la distancia sacro cotoidea, que normalmente mide 9 cm cada centímetro de disminución de dicha distancia marca un grado de estrechez, así las pelvis asimétricas se clasifican como ligeras, medianas, fuertes y violentas.¹⁴

B.- DISTOCIAS DE TEJIDOS BLANDOS

Este grupo está constituido por todas aquellas distocias que tienen su origen en los tejidos músculo aponeurótico que entran en contacto con el polo fetal durante el trabajo de parto y en orden descendente según su localización anatómica pueden ser de anexos del cuerpo uterino, del cuello uterino, la vagina, la vulva o el periné.

Estas distocias se dividen en dos grupos:

- a.- distocias funcionales
- b.- distocias por alteraciones anatómicas.

a.- Distocias funcionales.- las distocias funcionales, motivadas por anomalías contráctiles del útero, han sido estudiadas juntamente con las distocias dinámicas del cuerpo y segmento del útero.

b.- Distocias por alteraciones anatómicas.

- **Aglutinación del cuello.-** el orificio externo es inextensible debido a la presencia de adherencias en sus bordes, formadas por bridas de fibrina más o menos laxas, pero suficientes para impedir la dilatación, la aglutinación se produce por procesos infecciosos a nivel de la mucosa cervical.

Desde el punto de vista clínico, durante el parto se observa una hiperdinamia, ocasionada por la lucha de la contracción contra el obstáculo cervical.

El tacto revela la presentación ya encajada, se halla estrechamente cubierta por el segmento inferior, muy distendido y delgado, el cuello está totalmente borrado y a veces es difícil de percibir su orificio externo, que es puntiforme y que en general se encuentra en situación posterior en estas condiciones debido a la extrema delgadez del segmento inferior y a la difícil identificación del orificio externo, se puede pensar en una dilatación completa del cuello.

En caso de duda un cuidadoso examen realizado con el espejuelo descubrirá siempre el orificio externo del cuello, percibido como una pequeña depresión puntiforme.

- **Edema del cuello.-** el cuello del útero puede edematizarse durante el embarazo, el edema en estas condiciones puede

abarcar toda su extensión (alargamiento edematoso del cuello uterino), pero con mayor frecuencia se instala durante el parto debido a ciertas distocias.

El diagnóstico no presenta dificultades. El cuello es espeso, blanduzco, cianótico y lleva a veces hasta la vulva. Cuando el edema asienta solo en uno de los labios, se debe establecer el diagnóstico diferencial con el pólipo fibroso cuya consistencia es más dura, la dilatación progresa con mucha dificultad, porque el cuello edematizado es poco extensible, cuando el proceso es discreto, se puede rechazar el cuello mediante maniobras suaves por encima de la presentación, por una edema muy pronunciada puede requerir de una operación cesárea abdominal.

- Rigidez del cuello.- la estenosis se debe a una rigidez cicatrizal o tumoral, en las estenosis cicatrizales existe un predominio del tejido fibroso del cérvix, originado casi siempre por cauterizaciones terapéuticas la rigidez del cuello representa un obstáculo para la dilatación del cuello y acarrea a veces, complicaciones de importancia la consiguiente hiperdinamia contráctil puede llegar a producir la rotura del útero si no se previene este accidente.

El tratamiento consiste en la expectación durante un tiempo prudencial y si la dilatación no avanza, se impondrá la cesárea.

- Distocia por obstáculo vagino perineal.

Las anomalías de desarrollo, representada por la atresia congénita y los tabiques longitudinales o transversales, se estudiaron con las mal formaciones útero vaginales, se observan con muy poca frecuencia.

- Vaginismo. El vaginismo de pura funcional no molesta mayormente durante el parto, se trata con sedantes de acción central y con anestésicos de superficie durante la dilatación, durante el periodo expulsivo, el bloqueo anestésico de ambos pudendos relaja bien la musculatura perineo vaginal.

- Estrechez cicatrizal de la vagina. Es consecuencia de un desgarró, operaciones plásticas, quemaduras, por lo común no obstaculiza el parto debido al reblandecimiento del tejido colágeno durante la gravidez solo las lesiones muy pronunciadas pueden obstaculizar, por ello antes del parto se evaluará la conveniencia de una cesárea.

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

- Distocia por el periné. Entre ellas se encuentra el periné alto, el periné rígido, edemas amplos, operaciones plásticas,

malformaciones, Puede ocurrir debido a una resistencia anormal (primípara tardía) a edema o cicatrizales profundas, si el periodo expulsivo llegara a prolongarse por esta causa, la simple o doble incisión perineo vulvar resolverá el problema.

- Distocia por tumor previo.

Los tumores más comunes que pueden obstruir la pelvis. Esto puede ser de origen genital (útero y anexos) o extra genitales (pelvianos o abdominales)

-Tumores previos de origen uterino. Los más frecuentes son los fibromiomas. Los que asientan en el cuerpo del útero solo se transforman en previos cuando se trata de núcleos subserosos que, a expensas de un largo pedículo, hayan conseguido deslizarse hacia la pequeña pelvis, pero cuando estos tumores se encuentran ubicados en el istmo o en el cuello, toman el carácter de previos por estar delante de la presentación o por constituir, a veces serios obstáculos durante el parto, en especial si su tamaño sobrepasa el de un huevo de gallina.^{14,16}

- Tumores de previos de origen anexial.

Los más comunes son los quistes luteínicos del ovario, los cistadenomas y los quistes dermoides, cuando estos tumores

¹⁴Schwarcz,R. Fescina,R. Diverges,C. Obstetricia- 6ta edición Buenos aires: el ateneo 2009.,

¹⁶ F. Gary Cunningham, John Whitridge Williams: Obstetricia de Williams- 23 a edición-McGraw-Hill/Interamericana, 2006

poseen un pedículo muy largo, pueden alojarse en el fondo del saco de Douglas y oponerse al encajamiento de la presentación.

C.- DISTOCIAS FETALES Y ANEXOS.

Está constituido por dos elementos el feto y los anexos, el feto puede perturbar el parto por:

- a) Distocia por el feto.
- b) Distocia por la placenta.
- c) Distocia por el cordón.
- d) Distocia por el líquido amniótico.
- e) Distocia por las membranas.

a.- DISTOCIA DE CAUSA FETAL

El feto con cierta frecuencia es el causante de anomalías y trastorno para el desarrollo mecanismo y culminación del parto vaginal, que pueden presentarse como complicaciones imprevistas durante el trabajo de parto o definitivamente establecidas desde el embarazo, determinando situaciones de emergencia. Dentro de estas distocias producidas por el feto tenemos las siguientes:

1.- Presentaciones anormales.

La presentación pelviana y las presentaciones deflexionadas (cara, frente bregma) de acuerdo a sus factores etiológicos son definitivamente patológicas y causantes por causa fetal.

2.- Presentaciones cefálicas deflexionadas:

Durante el embarazo, cuando la cabeza se halla por encima del estrecho superior, está en una actitud neutra, indiferente, o sea,

intermedia entre la flexión y extensión. Al comenzar el parto, el mentón se acerca al tórax (actitud de flexión) en el 95% de los casos, en una pequeña proporción de los partos la cabeza permanece indiferente, adopta una actitud de deflexión, en la cual el mentón se aleja más o menos del tórax.

Según estas variadas actitudes, reconoceremos: la presentación de cara, en la que la anomalía de actitud es la deflexión máxima; la presentación de frente, con una deflexión acentuada, y la presentación de bregma, con una deflexión mínima.

3.- Modalidad de cara.-Se llama más simplemente presentación de cara aquella que se ofrece al estrecho superior en actitud de deflexión máxima. Esta deflexión de la cabeza es acompañada siempre por una lordosis pronunciada de la columna cérvico dorsal; luego la deflexión no es parcial, si no generalizada, por lo que puede decirse gráficamente que el feto está en epistótonos. La frecuencia de esta presentación se calcula en el 0,05% de los partos de término, el punto de diagnóstico es el mentón y el punto guía de la posición es la pirámide nasal.

4.- Modalidad de frente. Es de pronóstico grave mucho peor que el de presentación de cara cumple todo su mecanismo en una actitud de moderada o mediana deflexión con la gran fontanela situada en la vecindad del centro del estrecho superior. Eliminando aquellos casos en que esta actitud es sólo transitoria, los casos auténticos en que

esta actitud es permanente la evolución el parto es raro. Es una presentación rara que se observa en el 0,01% de los partos de término (1 en 10.000 partos).

5.- Modalidad de bregma.-la presentación de bregma si bien pertenece al grupo de las modalidades de cefálica en deflexión, es aquella en la que esta actitud adquiere menor grado, ofreciéndose al estrecho superior en forma intermedia (ni flexionada, ni deflexionadas). En esta actitud indiferente, la circunferencia que trata de pasar es la occipito frontal, cuyo perímetro es de 34 cm. El punto diagnóstico es la fontanela mayor o bregma, mientras que el ángulo anterior de esta misma fontanela es el punto guía. ^{14,16}

6.- Presentación de pelviana

Ocurre cuando el polo podálico se ofrece al estrecho superior de la pelvis; la modalidades son pelviana completa cuando: los muslos están flectados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos. Al tacto vaginal se palpan el sacro y los dos pies del feto; cuando los muslos se encuentran sólo flectados sobre el abdomen se denomina pelviana incompleta.¹⁷

7.- Embarazo múltiple.

Un embarazo múltiple es el desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos. Un embarazo múltiple puede resultar de la fertilización

¹⁷ .- Cifuentes,R.: Obstetricia de Alto Riesgo – Editorial Distribuna - 2006

de un óvulo por un espermatozoide que se divide, el cual es denominado embarazo monocigótico.¹⁷

8.- Prolapso de partes fetales.

En reposo el feto tiene una actitud el dorso ligeramente curvado hacia adelante la cabeza flexionada con el mentón apoyado sobre el pecho las extremidades superiores entrecruzadas se aplican contra el tórax mientras que los miembros inferiores se encuentran los muslos flexionados con el vientre y las piernas dobladas se entrecruzan.

9.- Macrosomía fetal.

Se considera macrosómicos a los fetos cuyo peso es superior a los 4000 g. su etiología en padres de gran talla, multiparidad, embarazo prolongado, diabetes, en la diabetes el feto generalmente es grande lo que se ha tratado de explicar cómo debido a la hiperglicemia e hiper insulinismo fetales desencadenado por la hiperglicemia materna.

Los fetos grandes crean distocias por incompatibilidad feto – pélvica, en general los fetos de mayor tamaño con anomalías de presentación deben ser intervenidos por cesárea.

10.- Sufrimiento fetal:

Según el American College Obstetricians and Gynecologist (ACOG), así como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, además de otras sociedades internacionales, el término de sufrimiento fetal agudo es impreciso e inespecífico. El valor predictivo es bajo ya que se observan recién nacidos en buen estado con Apgar y/o pH de cordón umbilical dentro de lo normal en aquellos que fueron englobados en el término de sufrimiento fetal agudo; el término mejor

usado debería ser el de hipoxia que por lo general se relaciona al daño neurológico con los eventos intraparto.¹⁸

11.- situación transversa.

En esta situación el feto se encuentra con la cabeza apoyada en una de las fosas ilíacas y el polo podálico en la otra fosa ilíaca; y la parte que entra en contacto con la pelvis es la del hombro fetal. Durante el embarazo se habla de situación transversa y durante el parto de presentación de hombros y de tronco, es importante descartar la gravedad de esta situación, ya que no permite el parto espontáneo del feto vivo a término o próximo a él y, por tanto representa una distocia grave que requiere intervención.

b.- DISTOCIA DE LA PLACENTA

La placenta causa distocia ya sea por alteración de la implantación morfológica o funcional que alteran el desarrollo del parto.

Entre las alteraciones causadas por la placenta se encuentran las siguientes:

1.-Desprendimiento prematuro de placenta.

Es la separación o desunión parcial o total de su implantación en la cavidad uterina dando lugar a la formación de un hematoma

¹⁸ . Espinosa,L.:Parto: mecanismo, clínica y atención – 2009 Edit. El Manual Moderno, México

retroplacentario y a la interrupción total o parcial de los intercambios maternos fetales.

Es una emergencia obstétrica caracterizada por sangrado proveniente de la cavidad uterina, acompañado de dolor intenso, ocasionado por un desprendimiento de la placenta que no está localizada en el segmento. Hay que definir rápidamente la vía del parto, regularmente por cesárea si no hay inminencia de parto vaginal, para evitar la cascada de complicaciones de esta entidad.¹⁴

2.- Placenta previa

Cuando la placenta está implantada total o parcialmente en el segmento uterino inferior, en la zona de borramiento y dilatación del cérvix, constituye una obstrucción para el descenso de la presentación.

Durante el embarazo el principal signo clínico es el sangrado indoloro; actualmente el diagnóstico se comprueba mediante ultrasonografía. La conducta es la intervención cesárea electiva.

c.- DISTOCIAS POR EL CORDÓN UMBILICAL.

Las enfermedades y anomalías y trastornos del cordón umbilical pueden ser causante de la distocia con grave repercusión sobre la vitalidad del feto desde que es el camino a través del cual se realizan todos los intercambios entre el feto y la placenta, estas distocias

pueden causar dificultad en el flujo sanguíneo y hasta interrumpe la circulación umbilical con graves consecuencias para el feto como hipoxia y muerte fetal.

1.- Circulación del cordón. Con frecuencia el cordón puede estar enrollado en diversas partes del cuerpo fetal ya sea en el tronco o en las extremidades, mayormente se encuentran alrededor del cuello.

Su incidencia es favorecida por la movilidad excesiva del feto por la exagerada longitud del cordón y por exceso del líquido amniótico.

Cuando la circular del cordón determina el acortamiento excesivo del mismo sus consecuencias son las mismas que las del cordón breve.

Debe sospecharse cuando hay desaceleraciones variables en el monitoreo fetal, durante el trabajo de parto asociadas a signos de sufrimiento fetal sin causa aparente, o falta del descenso de la presentación, y se diagnóstica con la ecografía obstétrica, al observarse el cordón alrededor de la nuca fetal. Cuando no hay encajamiento o existe sufrimiento fetal el tratamiento es la intervención cesárea. Los casos en los cuales se produce encajamiento pueden ocasionar sufrimiento fetal agudo en el período expulsivo que obliga a terminar el parto rápidamente con aplicación de fórceps o espátulas.^{14,15}

2.- Anomalías del cordón

La longitud del cordón es de 50 - 60 cm pero existen variaciones frecuentes de longitud que pueden ser causa de trastornos ya sea por brevedad o por su excesivo desarrollo.

2.1.- cordón breve. Cuando el cordón tiene dimensiones por debajo de los 20 cm ocasiona complicaciones en el descenso de la presentación, rotura del cordón y hasta un arrancamiento o inversión uterina. Que considera que puede ser causa de desprendimiento prematuro de placenta.

Un cordón demasiado corto impide el descenso de la presentación o provoca el desprendimiento de la placenta normalmente insertada, puede prolongar el trabajo de parto u ocasionar una desprendimiento placentario. Es necesario sospecharlo cuando se comprueban signos de anoxia fetal sin causa aparente, falta de encajamiento o dolor uterino localizado, o se produce el desprendimiento prematuro de placenta. El tratamiento es la operación cesárea.

2.2.- cordón largo.- cuando adquiere dimensiones por encima normal pudiendo llegar hasta dos metros de longitud. En este caso se favorecen las circulares nudos y prolapsos alterando la oxigenación del feto.

Un cordón muy largo, de más de 60 centímetros, no está relacionado con alteraciones, pero por su longitud aumentan las probabilidades

de que se formen nudos o se enrolle alrededor de distintas partes del cuerpo del bebé, produciendo sufrimiento fetal durante o antes del trabajo de parto.

2.3.- Prolapso del cordón.- considerada una distocia ocasional motivada por anomalías del parto, es cuando el cordón umbilical antecede a la presentación con membranas rotas. Se presenta en un 5 a 10 por 100 de todos los partos, siendo muy frecuente en las situaciones transversas.

La etiología más común es una falta de adaptación entre la parte de la presentación y las paredes de la pelvis con un cordón suficientemente largo, lo cual tiende a caer por su mayor densidad y se insinúa entre la presentación y la pared pelviana.¹⁹

2.4.- Inserción velamentosa o membranosa.

Cuando la inserción del cordón no se realiza directamente sobre la placenta, si no lo hace en las membranas ovulares, se constituye la inserción velamentosa del cordón, que puede tener severas consecuencias.

Los vasos umbilicales siguen entonces su curso en las membranas y se dividen en ramas que llegan a la placenta después de un recorrido libre en plena membrana expuestos así a graves contingencias.

¹⁹ Botella, J.: Tratado de Ginecología – 14ava edición – Edit. Díaz Santos, Madrid

a.- durante el embarazo su sintomatología puede ser nula, salvo que los movimientos del feto u otras complicaciones, provoquen la rotura prematura de membranas.

Durante el parto, la presentación puede comprimir los vasos ocasionando la interrupción feto placentaria, o al romperse las membranas consecuentemente desgarre los vasos, producir hemorragia y anemia aguda del feto.

b.- el diagnóstico es factible de hacerse durante el parto si algún vaso se encuentra en la bolsa de las aguas, por palpación del latido arterial, haciéndose el diagnóstico diferencial al comprobar que la pulsación no se desplaza como sucede con el prolapso del cordón.

c.- si se diagnostica, se mantendrán las membranas intactas, a fin de que completada la dilatación se proceda a romper las membranas en su zona vascular, bajo visión directa con un par de valvas presentando la región.

d.- cuando se produce accidente hemorrágico con dilatación completa, se procederá a la extracción rápida del feto por medios instrumentales.

Cuando la dilatación es incompleta el tratamiento es la cesárea.

2.5.- Hematoma del cordón. Se constituye como colecciones sanguíneas de tamaño variable en la gelatina Wharton y limitados por la pared amniótica. Cuando el hematoma es grande puede tener

efectos compresivos sobre los vasos funiculares y desencadenar consecuentemente sufrimiento fetal.

Su etiología se encuentra en el cordón breve, estiramientos, esfacelo de sus paredes, hipertensión intensa en los elementos en los elementos vasculares, o anomalías en las paredes por malformaciones o procesos degenerativos.

d.- DISTOCIA POR LÍQUIDO AMNIOTICO

El líquido amniótico torna al feto relativamente ingrávido dentro del volumen necesario para su protección y mantenimiento de funciones específicas. En casos patológicos el volumen del líquido amniótico varía en límites amplios, en unos casos por disminución u oligoamnios, mientras en otros aumenta en forma excesiva constituyendo el hidramnios.

1.- Oligoamnios y oligohidramnios

Se denomina oligohidramnios cuando la cantidad de líquido amniótico se encuentra disminuida por debajo de 300 cc aunque en sentido estricto es toda reducción por debajo del mínimo normal de 600cc.

a.- Su etiología es desconocida pero se encuentra asociada a preeclampsia grave, muerte feta, agenesia renal del feto, insuficiencia placentaria, desproporción entre el tiempo de embarazo y desarrollo placentario.

b.- Su sintomatología se manifiesta en disminución del volumen uterino por el tiempo de amenorrea, útero en contacto directo con el ovoide fetal movimientos fetales que pueden ser muy molestos y hasta dolorosos.

c.- El propósito es malo para el feto, pues no tiene la protección del medio ambiente líquido y sufre el efecto compresivo directo de la actividad además de que tiene limitada su movilidad y adaptación al continente uterino, pudiendo ocasionar trastornos hemodinámicas placentarios por compresión sobre la masa placentaria. Con frecuencia se acompaña de malformaciones especialmente urinarias.

2.- hidramnios o polihidramnios.

Se considera como hidramnios cuando el volumen del líquido amniótico excede de 2000 cc sin embargo, teniendo en consideración que en las últimas cuatro semanas de embarazo normalmente el líquido amniótico disminuye, por esta época debe considerarse anormales valores que se exceden ya los 1,500cc.

a.- En su etiología se encuentra anomalías congénitas como anencefalia, atresia esofágica y duodenal, hidropsia fetal, hidrocefalia, espina bífida, diabetes, toxemia y embarazo gemelar.

El hidramnios que cursa con anencefalia fetal, se considera que es debido a la falta de reflejo de deglución.^{16,19}

e.- DISTOCIA POR LAS MEMBRANAS.

Las membranas ovulares también están expuestas a sufrir algunas alteraciones patológicas que pueden incidir en la marcha del parto ocasionando distocias que pueden perturbar el manejo y tratamiento del mismo

1.- Rotura prematura de membranas.

Cuando las membranas se rompen antes de iniciarse el trabajo de parto, se establece un cuadro denominado rotura prematura de membranas, que tienen influencia en la evolución y pronóstico del parto.¹⁵

Y a veces de tal magnitud que obliga a cambiar la vía de atención.

a.- Entre los factores etiológicos se ha señalado la infección genital que se extiende al amnios a través del conducto cervical, lo cual debilita a las membranas y predispone a una rotura prematura.

b.- De que vitamina C refuerza la consistencia del tejido colágeno, se atribuye que la deficiencia de esta vitamina condiciona fragilidad de las membranas.

Hace espeso fétido y hasta purulento puede presentarse fiebre, hay aquicardia frecuente, incluso como primera y única indicación de se ha instalado el proceso infeccioso.

c.- El pronóstico de la corioamnionitis es definitivamente malo para el feto, la mortalidad fetal es elevada y en caso de feto vivo, la morbilidad y mortalidad del recién nacido es elevada.

d.- El tratamiento debe ser preventivo. Siempre que haya rotura prematura de membranas, administrar antibiótico de amplio espectro lo mismo que cuando no se inicia el parto dentro seis horas de provocada la amniotomía para inducirlo. El parto prolongado debe considerarse como infectado, debiéndose tomar las medidas para llevarlo a la normalidad.

D.- DISTOCIAS DINAMICAS.

Son los disturbios de la contractibilidad uterina o de la fuerza impulsora del útero para producir el pasaje del feto por el canal pelvigenital del parto.

Se han propuesto varias clasificaciones para agrupar a las distintas alteraciones de la contractilidad uterina. Ninguna de ellas responde exactamente a la realidad, porque las diversas variedades de las alteraciones de la contractilidad son susceptibles de asociarse o de sucederse en una misma parturienta y presentan a veces formas poco definidas.

1.- Distocia por disminución de la contractilidad con triple gradiente descendente conservado.

- **Hipodinamia.** Se debe a una hipofunción del útero, que se traduce por disminución de la intensidad y de la duración de las contracciones (hiposistolia), las que además se hacen espaciadas (bradisistolia).

Si la hipodinamia se manifiesta desde el comienzo del trabajo del parto, se denomina primitiva; si es consecutiva a un período de contracción normal o exagerada, se considera secundaria.

2.-Distocia por aumento de la contractilidad con triple gradiente descendente conservado.

- **Hiperdinamia.-** Se manifiesta principalmente por la intensidad de las contracciones, que es superior a 50 mmHg (hipersistolia) la frecuencia es normal o algo mayor: más de 5 contracciones en 10 minutos (taqui o polisistolia), como consecuencia de esta polisistolia, puede elevarse el tono (hipertonía).

Si la intensidad de las contracciones es mayor de 50 mmHg, con tono y frecuencia normales o algo superiores a lo normal, el trabajo de parto evoluciona con rapidez (parto precipitado).

En la lucha del útero contra un obstáculo, el ritmo de las contracciones se hace más frecuente (Polisistolia o Taquisistolia) y se

acompaña de una disminución de la amplitud de a contracción y un aumento progresivo del tono (hipertonía).

Al aumentar la frecuencia el tono se eleva pues la relajación se hace cada vez menos completa, con una frecuencia hasta 6 contracciones en 10 minutos, el tono sube poco, porque sólo afecta a la fase de relajación lenta. Pero cuando la frecuencia aumenta por encima de esta cifra el tono comienza a elevarse por acortamiento de la fase de relajación rápida, al incrementarse la frecuencia, disminuye la intensidad de las contracciones porque el músculo tiene cada vez menos tiempo para recuperarse a causa del acortamiento de los intervalos.

Las hiperdinamias también se dividen en primitivas cuando se presenta desde el inicio del trabajo de parto y secundarias cuando empieza durante el trabajo del parto.¹⁴

3.- Distocias por perturbación de la contractilidad con triple gradiente descendente alterado.

- Espasmo.

Se trata de una perturbación cualitativa del trabajo muscular. En dichos estados se registran ondas anormales (inversión de gradientes, incoordinación de primer y segundo grado) que afectan profundamente la regularidad, la intensidad, la duración, la frecuencia de las contracciones y el tono uterino, con exageración y cambio de sitio de la percepción del dolor (dolor heterotópico, dolor sacro)

(Caldeyro barcia, Jeffcoate 1961) este tipo de contracciones en clínica obstétrica, se denominan espasmódicas.

-Ondas contráctiles con gradiente invertido.

Ya se ha dicho que los tres componentes del triple gradiente descendente (TGD) son la duración, la intensidad y el sentido de propagación. Si la inversión del gradiente comprende a los tres componentes es de carácter total, y la honda contráctil resulta ineficaz para dilatar el cuello.

Cuando la inversión solo afecta a uno de los componentes, es de carácter parcial. En estas condiciones las ondas pueden conservar cierto efecto dilatador sobre el cuello uterino, aunque en menor grado que con la honda normal. Los tipos más frecuentes de inversión son.

a) Inversión del gradiente de intensidad (segmento inferior hipertónico)

En este caso las contracciones del segmento inferior son más intensas que del cuerpo, contrariamente a lo que ocurre durante la contracción normal. Esa perturbación disminuye o suprime la eficacia de la fuerza contráctil para dilatar el cuello.¹⁷

b).- inversión de los gradientes de propagación y de duración.

Esta alteración consiste en que las ondas se inician en la zona inferior del útero y se propagan hacia arriba (ondas ascendentes),

con una duración de la onda contráctil mayor en el segmento inferior que el cuerpo; en cambio el gradiente de intensidad se conserva normal – con sentido descendente (contracciones más intensas en el cuerpo que del segmento).

Clínicamente, las contracciones son parecidas a las normales. Se debe sospechar esta anomalía cuando el parto, a pesar de las contracciones aparentemente normales, no progresa.

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

Los cuadros de inversión del gradiente se registran en el parto, como también en el falso trabajo de parto; son los responsables de la falta de borramiento y dilatación del cuello, de que las contracciones asumen a veces intensidad y frecuencia semejantes a las de parto normal.

- Ondas contráctiles localizadas e incoordinación uterina.

Describiremos las ondas que permanecen localizadas en una zona del órgano y que determinan la incoordinación uterina. De acuerdo con su importancia, se dividen en dos grados:

a) Incoordinación de primer grado.

Se origina por la interferencia de los dos marcapasos que dividen funcionalmente al útero. Ambos poseen ritmos diferentes, por cuyo motivo trabajan en forma asincrónica. Al contraerse el útero en forma desigual. La onda que nace en un marcapaso no puede difundirse a todo el órgano, porque su propagación se ve bloqueada en su trayecto por zonas del músculo en periodo refractorio correspondientes a la onda contráctil anterior del otro marcapaso. Por ejemplo, una contracción que nace en el marcapaso derecho no se propaga al hemiútero izquierdo. Estado consecutivo a la contracción precedente.

Además se puede observar en estos registros que el tono nunca describe del todo a sus valores normales, a causa de que la contracción de un lado comienza antes que se haya extinguido la que se había originado en el lado opuesto.

En la incoordinación de primer grado el parto avanza con mayor lentitud que en condiciones normales, debido a que las contracciones localizadas en un área pequeña son totalmente ineficaces y las del

área mayor son de acción cervicodilatadora relativa. La incoordinación de primer grado puede ser única o combinarse con otras alteraciones.

b) Incoordinación de segundo grado.

Denominado también “fibrilación uterina”. Funcionalmente el útero se halla dividido en muchas zonas, que se contraen en forma independiente y asincrónica. Fuera de los marcapasos normales han aparecido nuevos marcapasos en otras zonas uterinas. El hecho de que estas distintas zonas no alcancen simultáneamente el periodo de relajación mantiene el tono elevado, el trazado del líquido amniótico permite diagnosticar con facilidad esta distocia: sobre un tono alto se injertan pequeñas contracciones irregulares y muy frecuentes, que son ineficaces para el progreso del parto.

El tipo de actividad del útero suele cambiar espontáneamente, con cierta frecuencia, en los partos clínicamente normales. Así se observa que ondas normales alternan con otras de incoordinación de primer grado o con ondas ascendentes, y pueden comprobarse también incoordinaciones de segundo grado¹⁷

4.- DISTOCIAS POR ANILLOS DE CONTRACCION

Formas clínicas.

Estas manifestaciones patológicas de la contractibilidad pueden presentarse en cualquier zona dl músculo uterino; se las describe, en

especial a nivel del orificio interno del cuello y del anillo de Bandl (unión del cuerpo con el segmento inferior) (Bandl, 1875).

Los anillos de contracción o “espasmos cervicales” no deben confundirse con la distocia cervical producida por obstáculos mecánicos del cuello, ya descrita. En esta última, el impedimento es de orden anatómico (cicatrizal, aglutinación, etc).

En ciertos casos se observa una zona de contracción más acentuada a nivel del anillo de Bandl. En otros el estado hipertónico puede partir del anillo de Bandl y abarca al cuerpo del útero (distocia de demenlin).

2.4.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Asinclitismo:** Se produce cuando no existe coincidencia de los ejes fetales y maternos, y existe una inclinación anormal de la cabeza fetal¹⁴

- **Cesárea:** Es el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal y en la pared uterina, ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal¹⁷.

- **Antecedente de cesárea:** Mujer que tuvo parto por intervención quirúrgica (cesárea) de su gestación anterior por alguna alteración del desarrollo del trabajo de parto normal.

- **Sufrimiento fetal agudo:** El sufrimiento fetal es un proceso patológico originado por la insuficiencia de oxígeno en la sangre y órganos fetales.
 - **Preeclampsia:** Presencia de presión arterial mayor o igual que 140/90mmHg mas la proteinuria cualitativa desde trazas a 1+ (test de ácido sulfosalicílico)

- **Ruptura prematura de membranas**

Es la ruptura de las membranas corioamnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto.

- **Parto pretérmino:** Es aquel parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación, cuando el embarazo tiene entre 22 semanas y 36 semanas completas desde el primer día de la última menstruación.

- **Primigesta:** Mujer grávida por primera vez.

- **Multigesta:** Mujer en su segunda o posterior embarazo.

- **Gran Multigesta:** mujer grávida mayor de 6 veces.

- **Circular de cordón umbilical:** Se denomina cuando el cordón se enrolla sobre las partes fetales (cuello, tronco, miembros), formando vueltas de espira o circulares¹⁴

- **Control prenatal:** (control antenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, consulta prenatal), se entiende a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud¹⁴

- **Desproporción feto pélvica:** Desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el pasaje del mismo sin riesgo por el canal pélvico¹⁵.

- **Distocia:** Es una alteración o disturbios que pueden presentarse en forma aislada, o en asociación¹⁶.

- **Factor de riesgo:** Es toda característica asociada a una probabilidad de sufrir un daño . Además se define como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

- **Hipodinamia:** Son aquellas distocias dinámicas que se caracterizan por una disminución de la frecuencia, intensidad o del tono basal uterino.

- **Hiperdinamia:** Son trastornos de la dinámica uterina por exceso, pero que paradójicamente en algunos casos conducirá a un parto prolongado, porque esta dinámica frecuentemente es excesiva pero inefectiva.

- **Inducción del trabajo de parto:** Consiste en semejar artificialmente el trabajo de parto espontaneo, consiguiendo 3 a 5 contracciones en 10 minutos y que produzca dilatación vaginal¹⁹.
- **Monitoreo electrónico fetal:** Técnica bioelectrónica para la evaluación fetal anteparto. Se basa en la premisa de que la frecuencia cardíaca del feto no acidótico y neurológicamente íntegro reaccionará con aceleraciones transitorias a los movimientos fetales (Bajo et al. 2007).
- **Obesidad:** Cuando la mujer tiene un índice de masa corporal igual o mayor a 30 kg/m².
- **Parto:** Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500 g (igual o mayor a las 22 semanas completas) contadas desde el primer día de la menstruación.
- **Parto distócico:** Parto con progresión anormal debido a inadecuada interacción de los factores que intervienen en el y que culmina por vía vaginal y/o abdominal.
- **Parto eutócico:** Proceso de inicio y evolución espontanea, con duración adecuada y en el que los factores del trabajo de parto interactúan de forma normal, culminando con la expulsión por vía vaginal del producto de la concepción único, en presentación cefálica de vertex, con sus anexos completos.

- **Periodo intergenésico:** Es el tiempo transcurrido entre la culminación del embarazo anterior respecto a la gestación actual.
- **Pelvis estrecha:** Cuando las medidas de la pelvis son menores a lo normal.
- **Procidencia de cordón umbilical:** Cuando el cordón desciende por debajo de la presentación.¹⁶
- **Trabajo de parto:** Conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos; consta de tres periodos: borramiento y dilatación, expulsión del feto y la salida de los anexos fetales.¹⁴
- **Trabajo de parto prolongado:** Duración del trabajo de parto mayor a 12 horas; se manifiesta por que la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha.¹⁷
- **Trabajo de parto precipitado:** Culmina con la expulsión del feto en menos de 3 horas.¹⁴

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

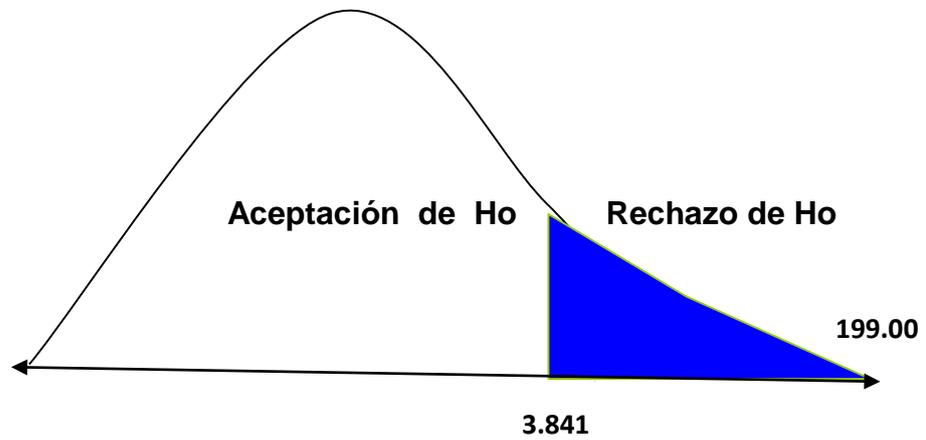
TABLA N° 01

Tabla de contingencia Antecedentes de cesareada anterior * Incremento de parto distócico

		Incremento de parto distócico		Total
		SI	NO	
Antecedentes de cesárea anterior	SI	123	0	123
	NO	0	76	76
TOTAL		123	76	199

Fuente: Ficha de recolección de datos

El valor χ^2 calculado resultante es 199.00 el cual debemos compararlo con la distribución χ^2 a 1 grado de libertad. Entonces, χ^2 de tabla al 0.95 es igual a 3.841



Por lo tanto, como el valor calculado 199.00 es superior al valor crítico (3.841 según tabla de Chi cuadrado), se concluye que debemos rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_1) que menciona:

Existe una relación significativa entre el incremento de parto distócico y el antecedente de cesárea.

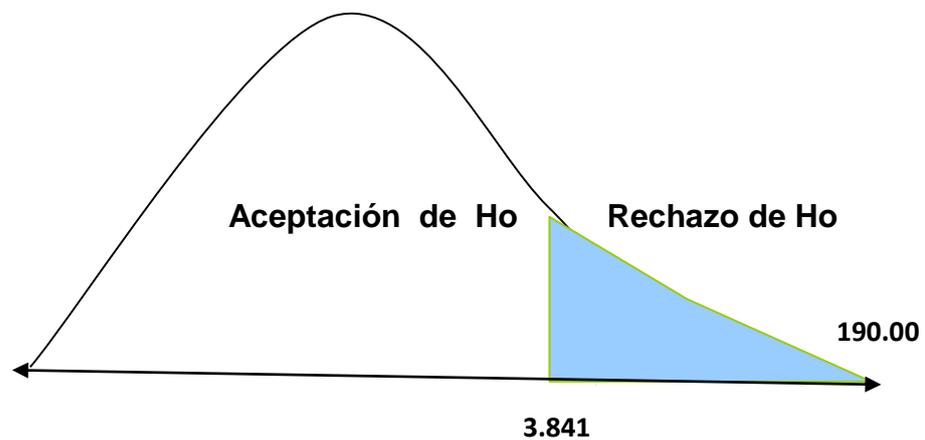
TABLA N° 02

Tabla de contingencia Sufrimiento fetal agudo e Incremento de parto distócico

		Incremento de parto distócico		Total
		SI	NO	
Sufrimiento fetal agudo	SI	35	0	35
	NO	0	164	164
TOTAL		35	164	199

Fuente: Ficha de recolección de datos

El valor χ^2 calculado resultante es 190.00 el cual debemos comparado con la distribución χ^2 a 1 grado de libertad. Entonces, χ^2 de tabla al 0.95 es igual a 3.841



Por lo tanto, como el valor calculado 190.00 es superior al valor crítico (3.841 según tabla de Chi cuadrado), se concluye que debemos rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_1) que menciona:

Existe relación significativa entre el incremento de parto distócico y el sufrimiento fetal agudo.

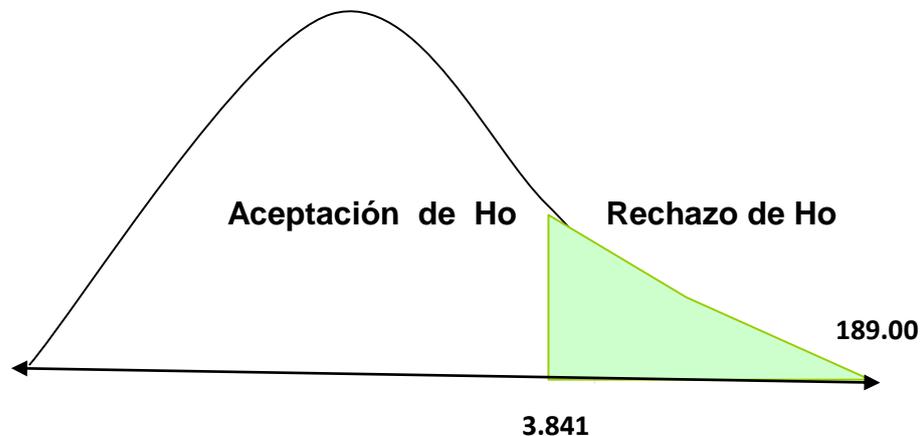
TABLA N° 03

Tabla de contingencia La preeclampsia * Incremento de parto distócico

	Incremento de parto distócico		Total
	SI	NO	
Preeclampsia SI	14	0	14
NO	0	185	185
TOTAL	14	185	199

Fuente: Ficha de recolección de datos.

El valor χ^2 calculado resultante es 189.00 a 1 grado de libertad, χ^2 de tabla al 0.95 es igual a 3.841



Como el valor calculado 189.00 es superior al valor crítico (3.841 según tabla de Chi cuadrado), se concluye que debemos rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_1) que menciona:

Existe relación significativa entre incremento de parto distócico y la preeclampsia.

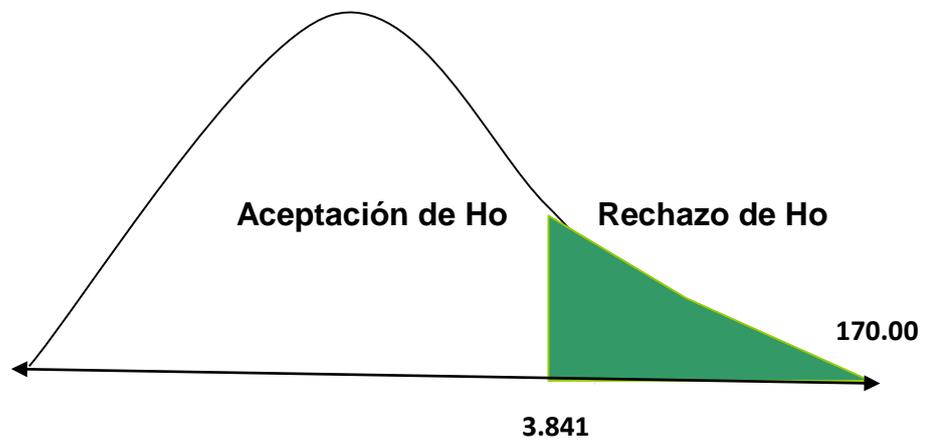
TABLA N° 04

Rotura prematura de membranas e Incremento de parto distócico

		Incremento de parto distócico		Total
		SI	NO	
Rotura prematura de membrana	SI	8	0	8
	NO	0	191	191
TOTAL		8	191	199

Fuente: Ficha de recolección de datos.

El valor χ^2 calculado resultante es 170.00 a 1 grado de libertad, entonces, χ^2 de tabla al 0.95 es igual a 3.841



Como el valor calculado 170.00 es superior al valor crítico (3.841 según tabla de Chi cuadrado), se concluye que debemos rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_1) que menciona:

Existe relación significativa entre el incremento de parto distócico y la rotura prematura de membranas.

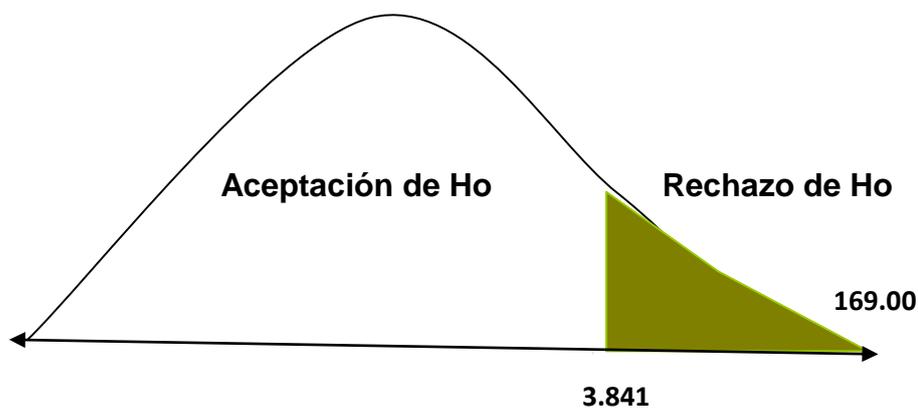
TABLA N° 05

Tabla de contingencia Parto pretérmino e Incremento de parto distócico

		Incremento de parto distócico		Total
		SI	NO	
Parto pretérmino	SI	6	0	6
	NO	0	193	193
Total		6	193	199

Fuente: Ficha de recolección de datos

El valor χ^2 calculado resultante es 169.00 el cual debemos compararlo con la distribución χ^2 con $(2-1) (2-1)=1$ grado de libertad. Entonces, χ^2 de tabla al 0.95 es igual a 3.841



Por lo tanto, como el valor calculado 169.00 es superior al valor crítico (3.841 según tabla de Chi cuadrado), se concluye que debemos rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_1) que menciona:

Existe relación significativa entre el incremento de parto distócico y el parto pretérmino

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS ALTERNA

La hipótesis alterna plantea: *“Existe relación significativa entre los antecedentes de cesareada anterior, sufrimiento fetal aguda, preeclampsia, rotura prematura de membranas, parto pretérmino con el incremento de parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chincha de Julio a Diciembre del 2014”.*

Para comprobar la hipótesis alterna se recurre a las pruebas de las hipótesis secundarias ya realizadas, estando las hipótesis secundarias comprobadas se asume que la hipótesis alterna también queda comprobada,

Por lo tanto se concluye que:

Existe relación significativa entre los antecedentes de cesareada anterior, sufrimiento fetal agudo, preeclampsia, rotura prematura de membranas, parto pretérmino, con el incremento de parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chincha de Julio a diciembre del 2014.

FACTORES DE RIESGO OSTETRICO Y SU RELACIÓN CON EL INCREMENTO DE PARTO DISTOCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2014.

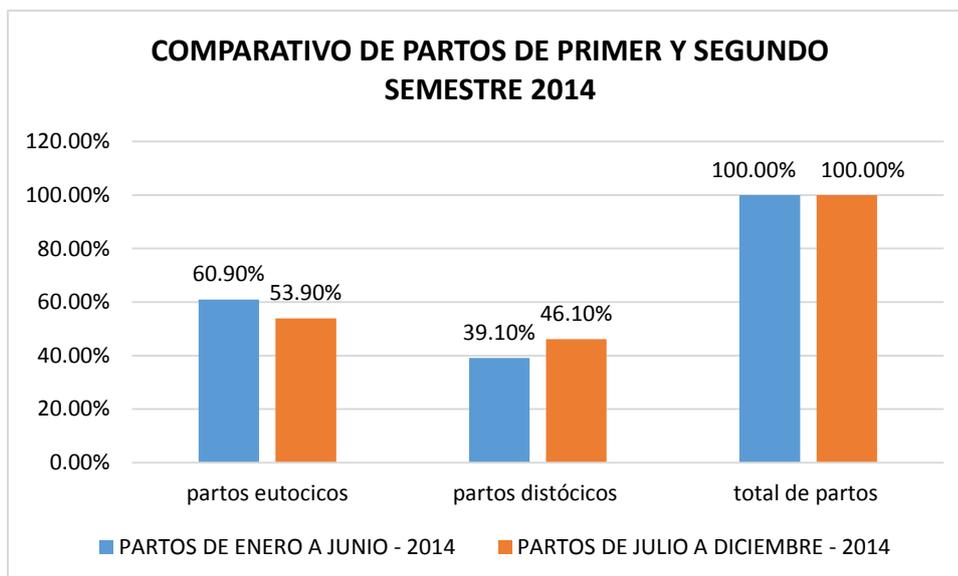
CUADRO N° 01

Cuadro comparativo de partos eutócicos y distócicos de primer y segundo semestre 2014

PARTOS DE ENERO A JUNIO - 2014	N°	%	PARTOS DE JULIO A DICIEMBRE - 2014	N°	%
partos eutocicos	689	60.90%	partos eutocicos	608	53.90%
partos distócicos	442	39.10%	partos distócicos	521	46.10%
total de partos	1131	100.00%	total de partos	1129	100.00%

FUENTE: Libro de registro de atención de partos

GRAFICO N° 01



INTERPRETACIÓN: Se observa en el gráfico que, del total 1131 partos que representa el 100% de partos del primer semestre (Enero a Junio – 2014), el 60.9 % fueron partos eutócicos, el 39.9% partos distócicos que culminaron en cesárea, mientras en el segundo semestre (Julio a Diciembre – 2014) se produjeron 1129 partos de los cuales el 53.9% representa a partos eutócicos y el 46.1% a partos distócicos.

FACTORES DE RIESGO OSTETRICO Y SU RELACIÓN CON EL INCREMENTO DE PARTO DISTOCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2014.

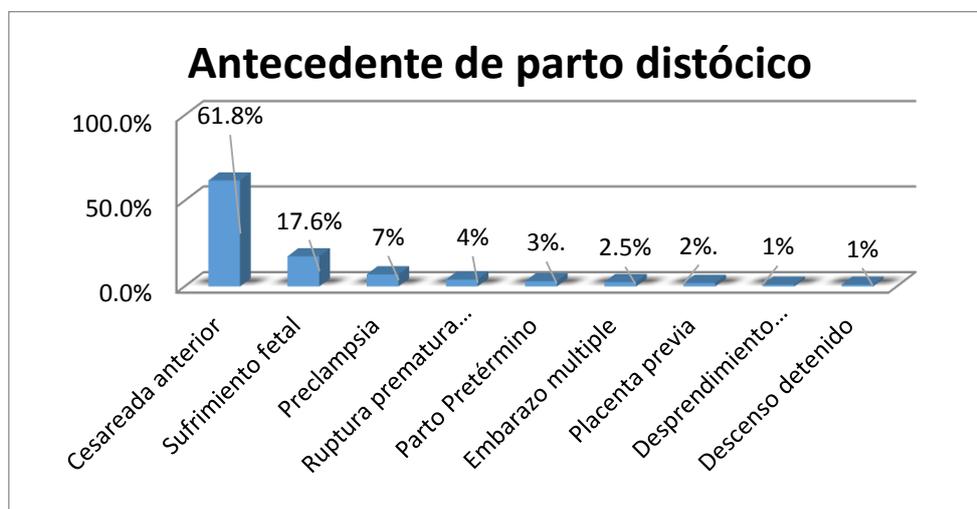
Cuadro Nº 02

ANTECEDENTES	PARTO DISTOCICO	
	Nº	%
Cesareada anterior	123	61.8%
Sufrimiento fetal	35	17.6%
Preeclampsia	14	7.0%
Ruptura prematura de membranas	8	4.0%
Parto Pretérmino	6	3.0%
Embarazo múltiple	5	2.5%
Placenta previa	4	2.0%
Desprendimiento Prematuro de Placenta.	2	1.0%
Descenso detenido	2	1.0%
TOTAL	199	100.0%

FUENTE: Historias clínicas de la paciente.

GI=1 $X^2 = 3.841$

Gráfico 02.



Los motivos de parto distócico fueron el 61.8% (123) por cesárea anterior, el 17 % (35) por sufrimiento fetal, el 7% (14) por preeclampsia, el 4% (8) por ruptura prematura de membranas, el 3% (6) por parto pretérmino y en menor porcentaje por embarazo múltiple, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y por descenso detenido

INTERPRETACION DE CUADROS Y GRAFICOS

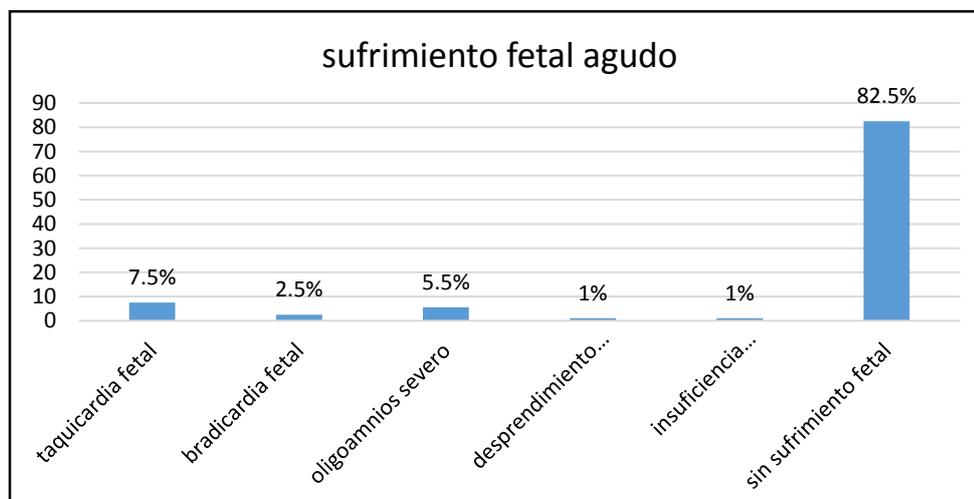
FACTORES DE RIESGO OSTETRICO Y SU RELACIÓN CON EL INCREMENTO DE PARTO DISTOCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2014.

Cuadro N° 03

Tipo de sufrimiento fetal	Número	Porcentaje
taquicardia fetal	15	7.5
bradicardia fetal	5	2.5
oligoamnios severo	11	5.5
desprendimiento prematuro de placenta	2	1
insuficiencia placentaria	2	1
sin sufrimiento fetal	164	82.5
total	199	100

FUENTE. Historias clínicas de las pacientes.

Gráfico N°03



INTERPRETACION: en el gráfico observamos los hallazgos encontrados que el 82.5% de partos distócicos se produjo por otros factores sin sufrimiento fetal, el 7.5% por taquicardia fetal, el 5.5% por oligoamnios severo, el 2.5% por bradicardia fetal, el 1% por desprendimiento prematuro de placenta e insuficiencia placentaria.

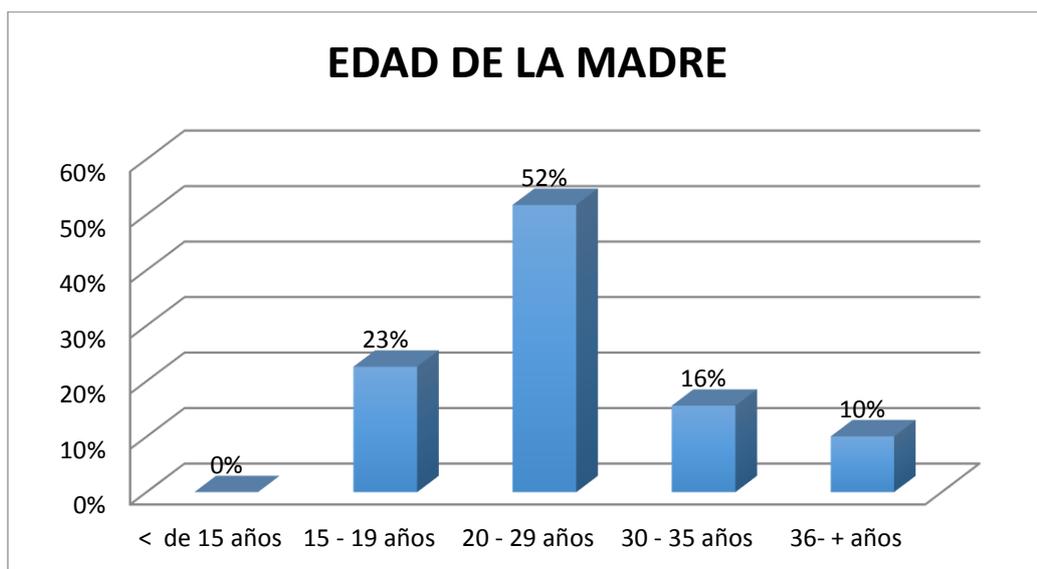
FACTORES DE RIESGO OSTETRICO Y SU RELACIÓN CON EL INCREMENTO DE PARTO DISTOCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2014.

Cuadro N° 04

INTERVALO DE EDAD	Nº	%
< de 15 años	0	0%
15 - 19 años	45	23%
20 - 29 años	103	52%
30 - 35 años	31	16%
36- + años	20	10%
Total	199	100%

Fuente: Historias clínicas de la paciente.

Gráfico N° 04



INTERPRETACION.- El 52% (103) gestantes tuvieron edades de 20 – 29 años, el 16% (45) entre 15 – 19 años, el 16% (31) que corresponde a edades de 30 – 35 años y en menor porcentaje de 10% (20) gestantes entre 36 a más años.

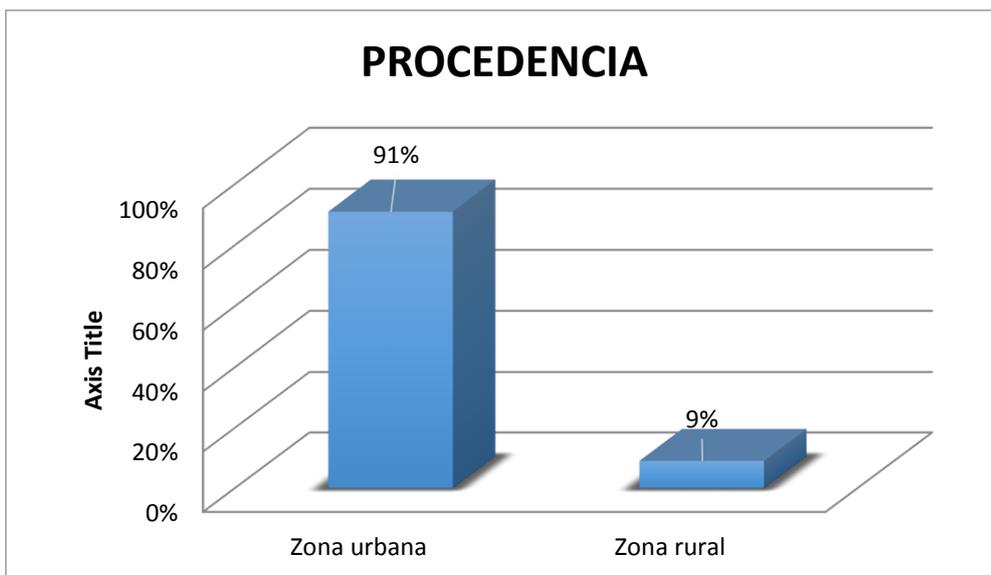
FACTORES DE RIESGO OSTETRICO Y SU RELACIÓN CON EL INCREMENTO DE PARTO DISTOCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2014.

Cuadro N° 05

LUGAR DE PROCEDENCIA	Nº	%
Zona urbana	181	91%
Zona rural	18	9%
total	199	100%

Fuente: Historias clínicas de la paciente.

Gráfico N°05



Se observa que el 91% (181) gestantes proceden de zona urbana y en menor porcentaje 9% (18) de la zona rural.

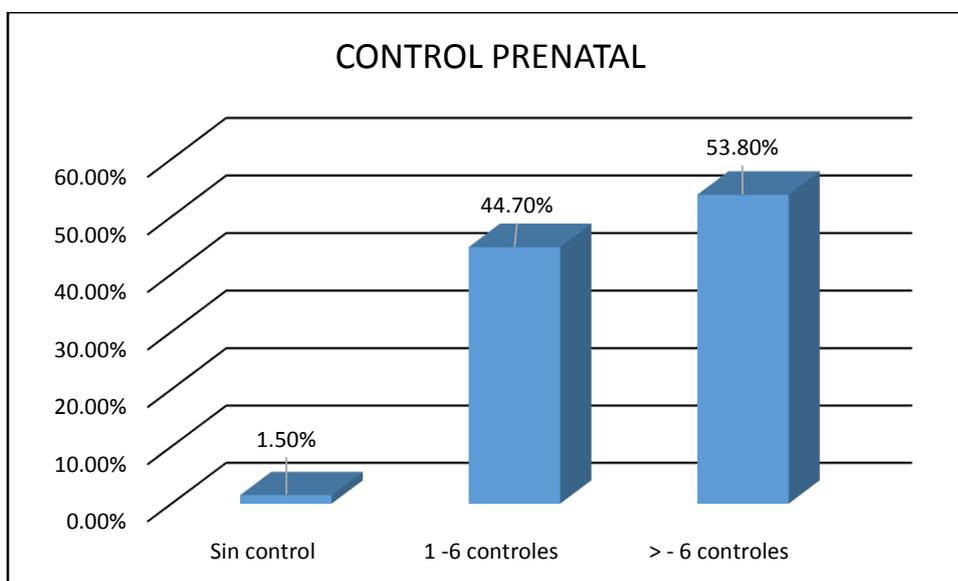
FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO Y SU RELACIÓN CON EL INCREMENTO DE PARTO DISTOCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2014.

Cuadro N° 06

Nº CONTROL PRENATAL	Nº	%
Sin control	3	1.50%
1 -6 controles	89	44.70%
> - 6 controles	107	53.80%
TOTAL	199	100.00%

Fuente: Historias clínicas de la paciente.

Gráfico N° 06



Se observa en el gráfico del número de controles prenatales atendidas con parto distócico el 53.8% (107) gestantes tuvieron mayor de 6 controles prenatales, el 44.7% (89) gestantes tuvieron 1 a 6 controles y en mínimo porcentaje 1.5% (3) gestantes sin ningún control prenatal.

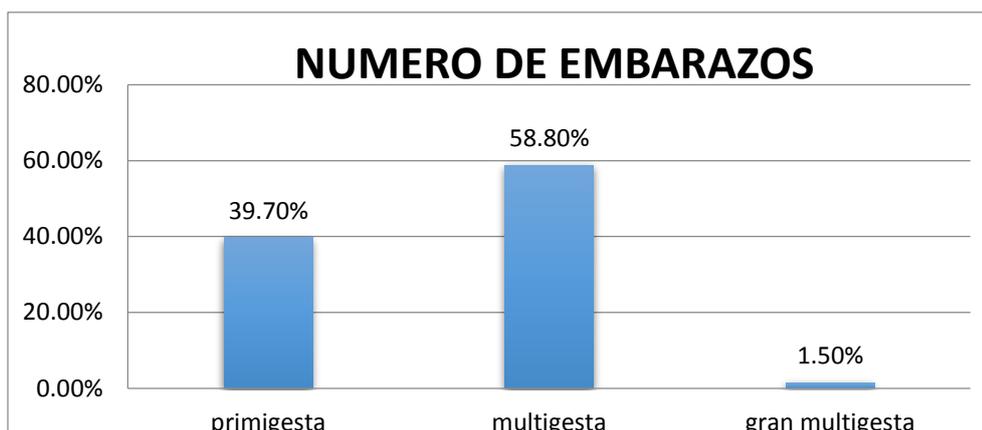
FACTORES DE RIESGO OSTETRICO Y SU RELACIÓN CON EL INCREMENTO DE PARTO DISTOCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2014.

Cuadro Nº 07

Número de embarazos	Cantidad	porcentaje
primigesta	79	39.70 %
multigesta	117	58.80 %
gran multigesta	3	1.50 %
total	199	100%

Fuente: Historias clínicas de la paciente.

Gráfico Nº 07



Se observa en el gráfico que del total de 199 gestantes el 58.80% (117) son multigestas seguido del 39.70% (79) que fueron primigestas y un 1.5% (3) gran multigestas.

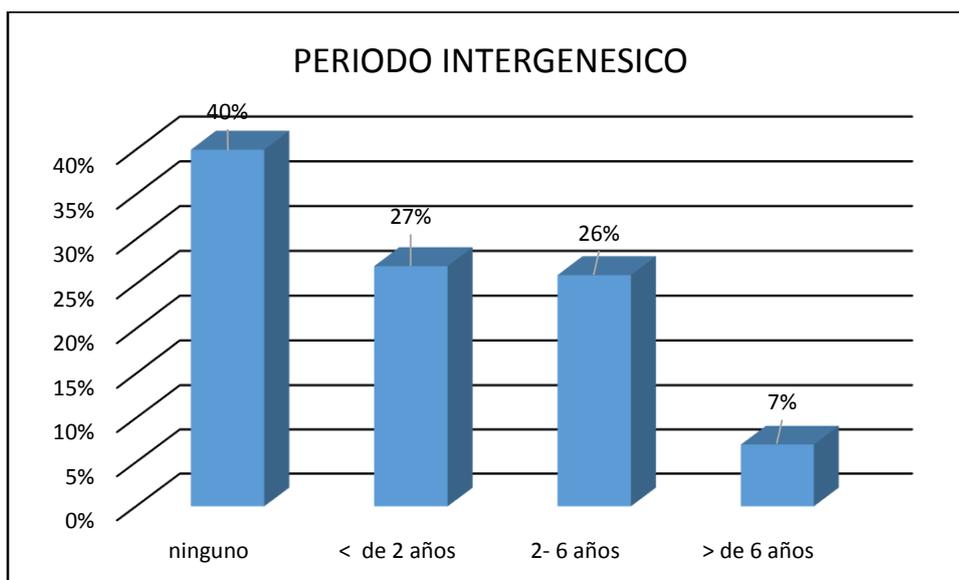
FACTORES DE RIESGO OSTETRICO Y SU RELACIÓN CON EL INCREMENTO DE PARTO DISTOCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2014.

Cuadro Nº 08

periodo Intergenésico	Nº	%
ninguno	79	40%
< de 2 años	54	27%
2- 6 años	52	26%
> a 6 años	14	7%
TOTAL	199	100%

Fuente: Historias clínicas de la paciente.

Gráfico Nº 08



En el periodo intergenésico de gestantes, el 40 % (79) fueron nulíparas por lo tanto no tienen periodo intergenésico, el 27% (54) gestantes tuvieron periodo intergenésico menor de 2 años, el 26% (52) entre 2 a 6 años y el 7% que representa a 14 gestantes que tuvieron periodo intergenésico mayor de 6 años

DISCUSION

En relación al incremento de partos distócicos en el primer semestre (Enero a Junio – 2014) se presentó 39.1% de partos distócicos y en el segundo semestre de (Julio a diciembre -2014) se presentó 46.1% de partos distócicos, con un incremento de 7% en relación al primer trimestre por lo que amerita su investigación factores de riesgo obstétricos y su relación con el incremento de partos distócicos en el Hospital San José de Chincha.

En el presente estudio una de las conclusiones al que llegamos a través de la prueba estadística de chi cuadrado fue que existe relación significativa entre la cesárea anterior y el incremento de parto distócico, lo que también encontraron los estudios de Olortegui, Lilibeth quienes llegaron a la conclusión que el riesgo se incrementa dos veces con cesárea previa por lo que aceptamos dicho estudio.

En cuanto a la edad se presentó la distocia en un 52% entre las edades de 20 a 29 años; lo que no coincide con el estudio de Chamy en Chile que tuvieron como resultado edades entre 35 a 39 años, con este mismo estudio tampoco coincidimos con el número de gestaciones teniendo en nuestro estudio que las primigestas que presentan parto distócico fueron en un 39.7% por lo que rechazamos dicho estudio.

En relación a la preeclampsia se encontró que fue uno de los factores de riesgo para el incremento del parto distócico en un 7% lo cual coincide con el estudio de Díaz, Celedonia en Huaraz por lo que aceptamos el estudio mencionado.

En relación al periodo intergenésico las gestantes estudiadas tuvieron un periodo menor de 2 años lo que representa el 27% lo que concuerda con el estudio de Díaz, Celedonia en el que concluyó que el periodo intergenésico es menor de 2 años y mayor de cuatro años son factores de riesgo para el parto distócico por lo que aceptamos dicho estudio.

En relación al número de control prenatal las gestantes estudiadas tuvieron mayor de 6 controles prenatales que representa el 53.8% lo que concuerda con el estudio de Pérez M. (2012) en el Hospital San Bartolomé de lima en el que concluyó que el 61.1% de gestantes tenían control prenatal adecuado mayor o igual a 5 controles por lo que aceptamos dicho estudio.

En cuanto al lugar de procedencia las gestantes estudiadas son de zona urbana que representa el 91 % y de menor porcentaje de la zona rural, no encontrándose ningún estudio relacionado al lugar de procedencia.

CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo como la cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo, preeclampsia, rotura prematura de membranas y parto pretérmino guardan relación significativa con el incremento de partos distócicos en el Hospital San José de Chincha durante el año 2014, confirmándose la hipótesis alterna.
- Las edades donde se presentaron las distocias de parto con mayor frecuencia oscilan entre 20 a 29 años de edad.
- El nivel educativo de las gestantes atendidas de mayor porcentaje fueron de nivel secundaria y procedentes de la zona urbana, las pacientes multigestas son los factores que predisponen al incremento del parto distócico.
- Las gestantes que tuvieron mayor de 6 controles prenatales son las que presentaron partos distócicos con mayor frecuencia que representa 53.8 % de la población estudiada.
- En el comparativo de partos distócicos se presentó con mayor frecuencia en el segundo semestre (Julio a Diciembre – 2014) que representa el 46.1% en relación al primer semestre (Enero a Junio – 2014) de 39.1%

RECOMENDACIONES

- Realizar la detección temprana de patologías obstétricas para evitar el incremento de los partos distócicos.
- Realizar trabajos de investigación en mujeres entre las edades de 20 a 29 años sobre complicaciones de la gestación y partos distócicos para de esa manera conocer el perfil epidemiológico de las pacientes de este grupo etáreo.
- Realizar trabajos preventivos promocionales a nivel de la zona urbana con mayor énfasis en la población gestante de nivel educativo secundaria y multigestas a fin de dar a conocer y concientizar sobre los signos de alarma de la gestante.
- Los controles prenatales deberán ser integrales, cumpliendo los parámetros de un control prenatal reenforcado para evitar las complicaciones.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/CD006794_amorimm_com/es/.
2. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G et al, Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006. Disponible en:
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004663_abalose_com/e
- 3.-INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2009.
[Artículo en Internet] [consulta: 24 de noviembre de 2011]. Disponible en:

www.inei.gob.pe
- 4.- Pavón Complicaciones obstétricas en un hospital de ginecología y obstetricia, 2010, Xalapa – México.
- 5.- Chamy : Riesgo obstétrico y perinatal en Embarazadas mayores de 35 años, embarazos atendidos entre enero de 2007 y diciembre de 2012, hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar - Chile.

6. Alsammani MA, Ahmed SR. (2012): Gran multiparidad : Factores de riesgo y Resultado en un hospital terciario, Arabia Saudita. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26543415>

7. Tolcher, M. C., Holbert, M. R., Weaver, A. L., McGree, M. E., Olson, J. E., El-Nashar, S. A., ... & Brost, B. C. Predicting Cesarean Delivery After Induction of Labor Among Nulliparous Women at Term. *Obstetrics & Gynecology*, 2015

8. Laguado, N., Meza,J, Colobon,J, Salazar,L: Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea- Universidad Francisco de Paula,2010, Santander Cúcuta

9. Olortegui,L. : Factores Asociados a las Complicaciones Obstétricas en Gestantes Añosas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Enero – Junio 2013- Lima.

10. Díaz,C. (2011) :Factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz”

12. Gastelú,D. (2013) Incidencia y Factores Sociodemográficos y Médicos de las cesáreas en Hospital San José de Chíncha 2013,

14. Bajo, J., Melchor JC, Mercé LT.: .Fundamentos de Obstetricia (SEGO)–
Edit. Diapasón Madrid, España 2007.
15. Schwarcz, R., Fescina, R., Diverges, C.: Obstetricia - 6ta edición Buenos
Aires: El Ateneo 2009.
16. González M, Vicens J. Obstetricia-. 5ª ed. Barcelona: Editorial Masson;
2006.
17. [F. Gary Cunningham](#), [John Whitridge Williams](#): Obstetricia de Williams-
23 a edición-McGraw-Hill/Interamericana, 2006
18. Cifuentes, R.: Obstetricia de Alto Riesgo – Editorial Distribuna – 2006
19. Espinosa, L.: Parto: mecanismo, clínica y atención – 2009 Edit. El Manual
Moderno, México
19. Botella, J.: Tratado de Ginecología – 14ava edición – Edit. Díaz Santos,
Madrid

ANEXOS

Anexo 01 Matriz de Consistencia.

TITULO: FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO Y RELACIÓN CON EL INCREMENTO DE PARTO DISTÓCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA DE JULIO A DICIEMBRE 2014

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>Problema Principal ¿De qué manera los factores de riesgo obstétrico se relacionan con el incremento de partos distócicos en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha – Ica, año 2014?</p> <p>Problemas Secundarios ¿Qué relación existe entre la cesareada anterior y el incremento de parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014? ¿Qué relación existe entre el sufrimiento fetal y el incremento de parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014? ¿Qué relación existe entre preeclampsia y el incremento de parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014? ¿Qué relación existe entre la ruptura prematura de membranas y el incremento de parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014? ¿Qué relación existe entre el parto pretérmino y el incremento de parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a Diciembre 2014?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo obstétrico y el incremento de parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha - Ica, año 2014</p> <p>Objetivos específicos Identificar el riesgo de cesareada anterior y su relación con el incremento de partos distócicos en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a diciembre 2014.</p> <p>Identificar el riesgo de sufrimiento fetal y su relación con el incremento de partos distócicos en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a diciembre 2014.</p> <p>Identificar el riesgo de preeclampsia y su relación con el incremento de partos distócicos en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a diciembre 2014.</p> <p>Identificar el riesgo de ruptura prematura de membranas y su relación con el incremento de partos distócicos en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a diciembre 2014.</p> <p>Identificar el riesgo de parto pretérmino y su relación con el incremento de partos distócicos en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a diciembre 2014.</p>	<p>1.5.1.- Hipótesis Alterna. Existe relación significativa entre los antecedentes de cesareada anterior, sufrimiento fetal agudo, preeclampsia, rotura prematura de membranas, parto pretérmino, con el incremento de parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a diciembre del 2014</p> <p>1.5.2.- Hipótesis Nula. No Existe relación significativa entre los antecedentes de cesareada anterior, sufrimiento fetal agudo, preeclampsia, rotura prematura de membranas, parto pretérmino, embarazo múltiple, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y decenso detenido por variedad de presentación posterior con el incremento de parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha de Julio a diciembre del 2014</p>	<p>1.-VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores de riesgo obstétrico Dimensiones: cesareada anterior sufrimiento fetal agudo preeclampsia rotura prematura de membranas parto pretérmino, 2.VARIABLE DEPENDIENTE: Parto distócico en Gestantes del Hospital San José de Chíncha. Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>3.- VARIABLE INTERVENIENTE Edad Procedencia N° CPN. N° de embarazos Periodo intergenésico Dimensiones 15-19 años 20-29 años 30-35 años ≥ 36 años Zona urbana. Zona Rural. Sin CPN 1-6CPN >a 6 CPN Primigesta Multigesta Gran multigesta < de 2años 2- 6 años >a 6 años.</p>	<p>Población población está constituido por 521 partos distócicos atendidas en el Hospital San José de Chíncha de julio a diciembre 2014:</p>

ANEXO N° 02

UNIVERSIDAD PRIVADA ALAS PERUANA

ESCUELA DE OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO Y RELACION CON EL INCREMENTO DE PARTO DISTOCICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA DE JULIO – DICIEMBRE 2014”.

DATOS GENERALES

Número de historia clínica: Fecha: Edad:

Grado de instrucción: primaria () secundaria () superior ()

Procedencia: zona urbana () zona rural ()

Estado civil: soltera () casada () viuda () divorciada ()

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO

Control prenatal. Si () cuantas: No ()

Número de embarazos.

- Primigesta ()
- Segundigesta ()
- Multigesta ()
- Gran multigesta ()

Cesárea previa. Si () cuantas: No ()

Periodo intergenésico corto: Si () No ()

Periodo intergenésico largo: Si () No ()

Antecedente de parto vaginal. Si () cuantas No ()

Embarazo múltiple: Si () No ()

Decenso detenido. Si () No ()

Patologías

Preeclampsia Si () No ()

Desprendimiento prematuro de placenta: Si () No ()

Ruptura prematura de membranas. Si () No ()

Placenta previa Si () No ()

Sufrimiento Fetal Aguda Si () No ()

Parto pretérmino: Si () No ()