



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**PARTO DISTÓCICO EN GESTANTES ADOLESCENTES
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2016**

**PRESENTADA POR
MELISSA AMARILIS MALPARTIDA MINI**

**ASESOR
EDGAR ENCINAS VALDIVIA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

LIMA – PERÚ

2016



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE POSGRADO

PARTO DISTÓCICO EN GESTANTES ADOLESCENTES

HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2016

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR

MELISSA AMARILIS MALPARTIDA MINI

ASESOR

DR. EDGAR ENCINAS VALDIVIA

LIMA, PERU

2016

INDICE

	Páginas
Portada	i
Índice	ii
 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la situación problemática	3
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos de Investigación	4
1.3.1 Objetivo general	
1.3.2 Objetivos específicos	
1.4 Justificación de la Investigación	4
1.4.1 Importancia	
1.4.2 viabilidad	
1.5 Limitaciones	5
 CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	9
2.3 Definición de términos básicos	14
 CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la hipótesis	15
3.2 Variables y su operacionalización	15
 CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Diseño metodológico	16
4.2 Diseño muestral	16
4.3 Procedimientos de recolección de datos	17
4.4 Procesamiento y análisis de datos	17
4.5 Aspectos Éticos	18
CRONOGRAMA	19
FUENTES DE INFORMACION	21
 ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

En los últimos años el embarazo en adolescentes se ha incrementado de manera notoria, siendo considerado un problema social y de interés por distintos organismos de salud. Según cifras obtenidas de la OMS, aproximadamente 16 millones de adolescentes dan a luz cada año, lo que constituye más del 10% de nacimientos a nivel mundial¹. Datos epidemiológicos señalan que esto se ve de manera más frecuente en países subdesarrollados, siendo Sudamérica poseedor de un tercio de las cifras globales.

Se sabe que las adolescentes tienen el doble de probabilidad de morir en relación con el parto que las mujeres mayores de 20 años; en aquellas por debajo de 15 años de edad aumenta en 5 veces el riesgo. También tienen mayor riesgo de presentar partos distócicos, prolongados, y otras complicaciones

En América Latina y el Caribe, hay 107 millones de adolescentes entre 10 y 19 años que representan el 20% de la población total². Según la Organización Iberoamericana de la Juventud de los 17 países consultados en Sudamérica, Centroamérica y el Caribe, se destacó mayores tasas de fecundidad adolescente en Brasil, Colombia, Perú, Bolivia y Ecuador, señalando que un 7.3% de los embarazos en América Latina se producen en adolescentes entre 15 y 19 años.

Perú, por encontrarse dentro ellos, arroja cifras que demuestran un incremento progresivo. Según el ENDES 2012 un 13,2 % del total de adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y 19 años, cursaban con un primer embarazo y de ellas el 27,6% se encuentran en zonas de difícil acceso para una adecuada atención pre natal².

Sin embargo, la preocupación no radica en que continúe siendo un problema común en nuestro medio, a pesar de la instauración y difusión de programas de planificación familiar y métodos anticonceptivos, sino en la morbimortalidad que existe en esta población, presentándose mayor riesgo de mortalidad que en gestantes adultas. En Perú, el 9,6% de muerte materna pertenece a este grupo etario y se explica que las principales causas directas son las complicaciones producidas durante el embarazo y el parto². El parto no se desencadenara en un fenómeno normal todas las veces, los numerosos factores incluidos durante la evolución de este pueden alterarse y así destruir la armonía correspondiente para su realización³.

Es por todo lo explicado que se ve indispensable proveer una atención calificada del parto, controlando desde muy cerca cada uno de sus periodos y detectando de manera oportuna, aquellas perturbaciones que podrían contribuir a que se lleve a cabo un parto disfuncional.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las causas de parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar cuáles son las causas de parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Explicar en qué medida los antecedentes familiares obstétricos repercuten en el parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.
- Identificar la incidencia de partos distócicos en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.
- Establecer la relación existente entre distocias pélvicas y partos distócicos en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.
- Conocer la asociación entre distocias contráctiles y partos distócicos en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.
- Determinar la relación existente entre distocias fetales y partos distócicos en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.
- Describir el tipo de distocias más prevalente en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.
- Determinar los factores de riesgo relacionados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.
- Identificar la vía de terminación de parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

La importancia del presente trabajo se basa en el incremento de gestantes adolescentes y el riesgo obstétrico que esta condición significa.

Según la OMS las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior(4). Es por esta razón que una de las finalidades de este proyecto es identificar a aquellas adolescentes que posean mayor riesgo de parto distócico y dirigir una atención obstétrica oportuna y adecuada, además conocer en qué momento aplicar maniobras o intervenciones quirúrgicas para finalizar el parto. Con esta información se podrá contribuir a la disminución de incidencia de muerte materna que es un indicador de salud calificado como una de las metas del milenio por la Organización Mundial de la Salud, así como también se podrán evitar omisiones en la evaluación de estas gestantes y disminuir los problemas médico legales.

1.4.2 Viabilidad

El presente trabajo es viable puesto que se realizará en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2016. Es sabido que por ser el único hospital de nivel III en el cono sur posee gran afluencia de pacientes que según cifras internas acuden en su mayoría al servicio de gineco-obstetricia, en donde hay gran demanda por parte de gestantes adolescentes.

Además, se contará con el apoyo de la tecnología proporcionada por el hospital, con la cual se podrán a llevar a cabo diagnósticos certeros.

1.5 Limitaciones

Las limitaciones que podemos encontrar en el desarrollo del presente trabajo de investigación incluyen a aquellas pacientes que no colaboran con el estudio, barreras de lenguaje entre el investigador y la paciente, no autorización de los padres para brindar información al investigador, familiares que no deseen contribuir o no recuerden datos relevantes para la investigación. Además, ausencia de controles pre natales y equipos para diagnóstico en mal estado.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Según los antecedentes revisados existen posibles causas y factores asociados a parto distócico en gestantes adolescentes, como las genéticas que actualmente se encuentran en la cúspide de la investigación.

En cuanto a la evidencia genética de distocia en el trabajo de parto, se estudiaron a 104 mujeres de 47 familias donde al menos dos hermanas tuvieron cesárea a término de la gestación. Se realizó el estudio de genoma en 68 mujeres y se halló una característica sugestiva entre los genes oxitocina OXT del cromosoma 20 y receptor de oxitocina OXTR del cromosoma 3, además de alteraciones en los cromosomas 12, 3, 4, 6, 10 y 20 con lo que concluyeron en el parto distócico tiene gran componente genético.⁵

Existe otra investigación realizada por la Universidad de Columbia en donde también se halló evidencia genética en un estudio prospectivo donde intervinieron 150 nulíparas, las cuales fueron evaluadas por medio de la dilatación cervical, escala de dolor y partograma, esto asociado a factores genéticos y demográficos, los resultados arrojaron que todas aquellas que expresaban el gen Gln en la posición 27 del receptor beta-2-adrenérgico tenían una labor de parto más lenta, de 21 horas comparado con 14 horas del grupo que no⁶.

Además *Hudson et al* a través de un estudio molecular en Reino Unido demostraron que las contracciones uterinas no sólo dependían de la miosina de cadena ligera cinasa (MYLK) y miosina fosfatasa (MYP), sino reportaron que los niveles de MYP depende de la actividad de Rho cinasa (ROCK), esto fue demostrado inhibiendo farmacológicamente el ROCK lo que conllevaba a una disminución de oxitocina deteniendo así la contractibilidad uterina⁷.

Respecto al diagnóstico y a la detección precoz de alguna posibilidad de un parto distócico, se realizó un estudio descriptivo transversal correlacional en 81 gestantes a término teniendo como objetivo la determinación si la ecografía obstétrica era útil sobre el diagnóstico de la desproporción fetopélvica. Para su desarrollo, se tomaron las medidas del conjugado obstétrico, el diámetro biparietal y la circunferencia cefálica fetal mediante ecografía y se establecieron los índices de estos últimos con el conjugado obstétrico por ecografía. Como resultado se obtuvo que el valor medio del conjugado obstétrico fue 115,58 mm, la sensibilidad fue de 46% y especificidad de 86%, por otro lado, el índice biparietal/conjugado obstétrico tuvo una sensibilidad y especificidad de 46 y 89% respectivamente, concluyendo que la ecografía tiene baja sensibilidad para el diagnóstico de desproporción fetopélvica⁸.

En Holanda, la publicación de un artículo acerca de parto distócico y la primera presentación de malignidad pélvica contribuyen a que el personal médico realice una correcta evaluación post parto en aquellas pacientes que no se encontró etiología alguna con el fin de descartar masas y un seguimiento cercano a cada una de ellas⁹.

Fernández Garcia por su parte, determina que la presencia de grandes concentraciones de ácido láctico intraamniótico podría ser un buen predictor de parto distócico, incrementando su riesgo en un 33%, sin embargo recomienda realizar el estudio en un tamaño de muestra mayor¹⁰

Por su parte, *Arguilagos et al.* investigaron en 96 gestantes de más de 28 semanas con diagnóstico de corioamnionitis, el impacto que tendría este en el binomio materno-fetal y se halló que esta afección repercutió en la ocurrencia de partos pretérmino, partos distócicos, altos índices de cesárea, así como también en las infecciones neonatales precoces y puerperales¹¹.

Otro estudio hecho en Cuernavaca, México en el año 2010 evaluó la relación de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato, concluyendo que las pacientes con peso normal pregestacional y ganancia de peso más de lo recomendado (>16 Kg) presentaron un riesgo mayor de anormalidad en líquido amniótico (*RM* 2.1, *IC* 95% 1.04-4.2) y de parto distócico (*RM* 1.8, *IC* 95% 1.1-3.0)¹².

Suárez González et al por su lado estudiaron la influencia de la obesidad pregestacional en el riesgo de preeclampsia/eclampsia en 67 pacientes con diagnóstico de sobrepeso y 70 con diagnóstico de obesidad, las cuales tuvieron complicaciones en el parto, disdinamias 72,2 % y parto distócico en el 35,7 %¹³.

En el 2010 *Aceituno et al* realizaron un estudio implicando que la anestesia epidural (AE) alivia más efectivamente el dolor en el trabajo de parto, sin embargo, incluye efectos secundarios. Como objetivo estudiaron la influencia de la AE en la tasa de los partos instrumentados, cesáreas y fiebre intraparto. Como conclusión del estudio cohorte, las OR ajustadas de parto instrumental, de cesárea y de fiebre intraparto son, respectivamente, 2,63 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 2,19–3,17), 1,41 (IC: 1,18–1,68) y 8,45 (IC: 6,89–10,35)¹⁴.

Campelo et al recomiendan incluir la rotura uterina en el diagnóstico diferencial tras un parto distócico, ya que es una emergencia vital para la gestante, y una de las causas más relevantes de mortalidad materna, su diagnóstico temprano es propicio para disminuir la mortalidad materna¹⁵.

Con relación a la vía de terminación del parto y las complicaciones perinatales que pueden presentarse, un estudio realizado en Argentina por *Mayer y Cols* en donde participaron 1073 gestante adolescentes se vio que las adolescentes tardías (17 a 20 años) tienen mayor probabilidad de presentar parto distócico, parto pretérmino, mientras

que las complicaciones perinatales más frecuentes fueron bajo peso al nacer y depresión neonatal según el puntaje Apgar, finalmente concluyen que la vía de terminación fue cesárea sólo en un 14%¹⁶.

Suárez et al plantean que el parto distócico por cesárea, una problemática muy actual en nuestro medio, se convierte en el principal factor relacionado con la morbilidad obstetricia¹⁷.

En cuanto a las consecuencias de parto distócico existe una investigación que se llevó a cabo el año 2010 en Portugal con el fin de determinar los factores asociados a depresión en púerperas adolescentes y adultas, se estudiaron a 168 púerperas durante las primeras 72 horas post parto y se concluyó las cesáreas producidas en un 81% por parto distócico estaban asociadas a depresión post parto¹⁸.

Otro estudio realizado en Santiago de Cuba con el fin de identificar la posible asociación de índice de apgar bajo con otros factores epidemiológicos. Utilizo el diseño de casos y controles y dio como resultado que la edad materna, la edad gestacional al parto y el parto distócico estaban asociados. Se observó que el 56,3 % de los casos tuvo un parto distócico, mientras que en los controles la distocia representó el 23,4 % (Odds Ratio de 3,16). Además, meconio en el líquido amniótico, las anomalías del cordón umbilical y la restricción del crecimiento intrauterino están relacionados con un puntaje bajo de apgar¹⁹.

En Cuba, *Acevedo et al* investigaron la morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Minucipal Bunker, se observó el predominó de parto distócico y en este, el instrumentado, lo que propició complicaciones maternas como los desgarros del canal del parto y las hemorragias²⁰.

En Ecuador, *López* estudio la prevalencia del sangrado intraparto y los factores asociados en 409 parturientas. Como resultado, la prevalencia de hemorragia fue 9% los factores

asociados fueron parto distócico conducido RP 3.58, IC 95%, uso de sulfato de magnesio RP 3.69, IC 95%, recién nacido con un peso mayor a 3500 gramos, RP 3.34, IC 95%, anemia RP 2.34, IC 95% y conducción del parto igual o mayor a 4 horas RP 3.63, IC 95%²¹.

En el estudio de *Segura* realizado en Colombia con el objetivo de verificar el éxito de la consejería preconcepcional, se utilizaron 123, 068 registro de nacidos vivos siendo el 17,7 % producto de madres adolescentes y se observó que el OR para la relación adolescentes - parto distócico entre ambos grupos fue de 1,69 ($x^2 = 944,96$; $p=0,0$). El OR para la relación adolescentes - Apgar bajo al minuto fue 1,31 ($x^2=31,27$, $p=0,001$), mientras que el OR para Apgar bajo a los cinco minutos fue de 1,40 ($x^2 = 10,78$; $p=0,001$)²².

Mariño et al deciden determinar el comportamiento del embarazo en la adolescencia en un periodo de tres años. Realizaron un estudio transversal con una muestra de 90 gestantes adolescentes en donde observó nuliparidad en el 86,7 % de las adolescentes, la distocia del parto en el 44,5 % y la totalidad de los recién nacidos bajo peso presentes en gestantes desnutridas. Con lo que concluyen que el embarazo adolescente continúa siendo un problema de salud; la detección y control oportunos de los factores de riesgo asociados a este, seguirán siendo pilares fundamentales para su manejo²³.

En cuanto a las expectativas y grado de satisfacción de embarazadas y puérperas con el tipo de parto, se realizó un estudio en Portugal, donde participaron 101 gestantes, todas fueron sometidas a cuestionarios en momentos diferentes, pre y post parto, Los resultados mostraron que existía preferencia por parto eutócico vía vaginal (76,2%), contrastando con las restantes que deseaban un parto por cesárea (23,8%); luego de la labor de parto el 49,5% tuvo parto vaginal y el 38,6% partos distócico por cesárea. Lo que

conllevó a que exista una mayor suplantación de expectativas en el parto eutócico que en el parto por cesárea²⁴.

2.2 . Bases teóricas

Definición de distocia

Distocia es un término derivado del griego *dystokia*, de *dystokos*; de *dýs*, mal, y *tokos*, parto) que significa parto laborioso, difícil y doloroso²⁵. Estas distocias son alteraciones o disturbios que se presentan en:

- El canal pélvico-genital (ósea y partes blandas)
- El feto
- La contractibilidad uterina

Clasificación de distocias²⁶

Distocias de canal pélvico-genital

Tipos de pelvis

Durante los últimos años el número de distocias responsables del canal óseo del parto han ido en disminución por menos alteraciones de la pelvis, debido al mejoramiento de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías de esta misma, de la columna vertebral y de los miembros inferiores. Se ha innovado con nuevas clasificaciones de la pelvis por criterios anatómicos, siendo Caldwell, Molloy y D'Esopo los responsables.

- **Pelvis ginecoide:** segmento anterior y posterior amplio. Arco subpúbico mayor de 85 grados. No hay convergencia de las paredes de esta pelvis ni espinas ciáticas prominentes. La mitad de la población pertenece a este grupo siendo el más adecuado para el parto eutócico.
- **Pelvis androide:** ángulo subpúbico menor de 85 grados, parecen pélvicas convergentes con espinas ciáticas prominentes. Se presenta en 26% de la población. Cursa con dificultad del encajamiento y rotación de las variedades posteriores.
- **Pelvis antropoide:** se presenta en un 18% de las mujeres prevaleciendo en la raza negra. El diámetro anteroposterior es mayor que el transversal. Espinas ciáticas no prominentes. La dificultad se presenta en el encajamiento y descenso además de la rotación de las variedades transversas y posteriores.
- **Pelvis platipeloide o plana:** ángulo subpúbico mayor de 90 grados, espinas ciáticas no prominentes y paredes amplias. Está presente en el 5% de las mujeres. Presenta diámetro transversal mayor que el anteroposterior. Su dificultad se encuentra en el periodo de expulsivo.

Modificaciones de la forma de la pelvis

Funcionalmente las pelvis estrechas pueden clasificarse en tres tipos:

- Pelvis anillada: si sólo existe estenosis del estrecho superior.
- Pelvis canaliculada: cuando existe estenosis en los tres estrechos pélvicos.

- Pelvis infundibuliforme: en forma de embudo, sólo existe estenosis del estrecho inferior. El feto encuentra mayor resistencia a medida que progresa en su descenso.

Estenosis del estrecho superior

Delimitado por promontorio, cresta pectínea más ramas horizontales del pubis y la sínfisis en la parte anterior.

Los diámetros a considerar en este estrecho son el anteroposterior y transversal. Denominado también conjugado verdadero es la distancia entre el promontorio y el borde superior de la sínfisis del pubis. El conjugado obstétrico es la distancia entre el promontorio y el parte posterior más prominente de la sínfisis del pubis. El conjugado diagonal es la distancia entre el promontorio y la parte inferior de la sínfisis del pubis. Este último es el único que se mide clínicamente, obteniendo de este tras la resta de 1,5 a 2 centímetros el conjugado obstétrico.

Hablamos de una pelvis estrecha cuando el conjugado diagonal es menor de 11,5 cm o un conjugado obstétrico menor de 10 cm. En pacientes con un grado leve se puede dar el encajamiento presentando asinclitismo. Siendo el anterior cuando la sutura sagital está más cerca al sacro y esta tiene mejor desenlace que la posterior, que es cuando la sutura sagital está más cerca a la sínfisis del pubis²⁵.

Estenosis del plano medio

Este plano comprende el borde inferior de la sínfisis púbica, espinas ciáticas y parte media de la cara anterior del sacro. A este nivel, se habla de las espinas ciáticas

prominentes (menor de 10 cm), convergencia de paredes laterales y la estrechez del espacio sacrociático. Hay una detención en el descenso de la presentación y en la rotación a variedad posterior o transversa. Es responsable de las distocias pélvicas más importantes.

Estenosis del plano de salida o inferior

Estenosis del diámetro transversal y se asocia a espinas ciáticas prominentes. Se debe medir la distancia de las espinas isquiáticas, debiendo ser este diámetro intertuberoso mayor de 8 cm. En estos casos, se habla de pelvis infundibuliforme.

Distocia de tejidos blandos

Distocias producidas por tejidos musculo aponeuroticos que colindan con la cabeza fetal en el trabajo de parto incluyendo anexos, cuerpo del útero, cérvix, vagina, vulva, periné³.

Distocias de pasajero

La clasificación incluye las condiciones en las que el feto presenta algún desarrollo excesivo o adopta una situación, posición o presentación que altera el trabajo de parto:

a) Distocias de posición de la cabeza fetal:

En el transcurso del parto las siguientes variedades se consideran normales si son transitorias, pero si persisten pueden originar distocia:

- Occipito transversa persistente
- Occipito-posterior persistente

- Occipito-sacra persistente
- Occipito-anterior o posterior altas
- b) Situaciones anormales:
 - Situación transversa
 - Situación oblicua
- c) Presentaciones anormales
 - Cefálicas defleexionadas: de cara, de frente, de bregma.
 - Presentación podálica.
 - Presentaciones compuestas.
- d) Gestación Múltiple
- e) Macrosomía fetal
- f) Malformaciones fetales
- g) Prolapso de partes blandas

Distocias contráctiles²⁵

Se denomina distocia funcional o dinámica cuando la contractibilidad uterina es inadecuada. Pueden ser de tipo cualitativas o cuantitativas. En el caso de las de tipos cualitativas estaríamos hablando por disminución o aumento de la contractibilidad uterina llamándose hipodinamia o hiperdinamia respectivamente.

Las hiperdinamias se evidencian por monitor electrónico cuando la duración es mayor de 70 segundos, intensidad mayor de 50 mmHg y aumento en el tono uterino. La etiología es por aumento en la excitabilidad uterina, mayor secreción endógena de oxitocina o por una mayor superficie de miometrio. También se puede presentar tras la administración de oxitocina exógena iatrogénicamente o por la obstrucción del canal de parto. La paciente manifiesta dolor aumentado durante la contracción uterina. Como consecuencia, el feto

puede presentar hipoxia y signos de sufrimiento fetal, parto precipitado, ruptura uterina, desprendimiento prematuro de placenta, y en el postparto, atonía uterina y desgarros en el canal del parto. Se debe abordar las hiperdinamias según su causa, identificando este y de no ser resuelta, terminar la gestación por cesárea.

En el caso de las hipodinamias, se presentan tanto en el inicio o durante el trabajo de parto. En el caso del inicio, se atribuye a la inmadurez cervical además de causas psicógenas o sobre distensión uterina por alguna patología miometrial. Durante el trabajo de parto, puede darse por la prolongación de este produciendo cansancio de la fibra muscular, o por obstrucción del canal de parto. Se evidencia una intensidad menor de 20 mmHg, una frecuencia menor de 2 en 10 minutos con una duración de 10 a 15 segundos en el monitor electrónico. Como consecuencia, se puede producir sufrimiento fetal, agotamiento materno, aumento en el riesgo de infección y en el postparto, atonía uterina y alumbramiento alterado.

Distocias contráctiles cuantitativas

Incluyen alteración del tono uterino, frecuencia o intensidad de las contracciones uterinas.

Tono uterino. Los valores normales del tono uterino oscilan entre 8 a 12 mmHg. Si cursa por encima de 12 mmHg, se denomina hipertonía uterina. Clínicamente, se manifiesta con una relajación anormal entre cada contracción uterina, asemejando una contracción uterina continua. En el monitoreo electrónico, después de cada contracción no se evidencia el retorno al tono basal.

La etiología de la hipertonía uterina puede ser variada. Cuando hay hiperdinamia uterina por aumento no solo de la frecuencia de las contracciones uterinas sino también de la

intensidad. Se puede presentar además cuando existe una sobre distensión uterina como en el caso de los polihidramnios. Casos de desprendimientos prematuros de placenta y asociación de un parto obstruido o sobre estimulación iatrogénica. Todos los casos pueden provocar hipoxia fetal debido a que el restablecimiento del flujo uteroplacentario ocurre durante la relajación uterina.

La hipotonía uterina se produce cuando el tono uterino va menos de mmHg. Suelen asociarse a otras distocias dinámicas como la bradisistolia e hiposistolia, condicionando a agotamiento materno, infección intrauterina por la prolongación del trabajo de parto(26).

Contracciones uterinas. Las alteraciones de estas se pueden dar por exceso o por ausencia de las mismas. Cuando la frecuencia es menor de 2 contracciones en 10 minutos se denomina bradisistolia. Se llama taquisistolia cuando se presentan más de cinco contracciones en 10 minutos.

Las alteración tanto de la frecuencia, tono e intensidad puede presentarse individualmente, sin embargo, es más común que se presenten combinadas.

Distocias uterinas cualitativas²⁵

Están determinadas por la alteración de la triple gradiente descendente o del sitio de origen de la misma contracción uterina. Se incluyen la inversión parcial o total de la triple gradiente, además de la incoordinación uterina.

Inversión parcial o total del triple gradiente: la triple gradiente está compuesta por la duración, la intensidad y el sentido.

Si está afectado un solo componente se denomina inversión parcial a diferencia que si afecto los tres componentes se denomina inversión total. En el caso de que las

contracciones sean más intensas en el segmento inferior, se denominara inversión de la gradiente de intensidad. Cuando suceden estos cuadros de inversión de gradiente hay falta de dilatación y de la incorporación del cuello.

Incoordinación uterina. El marcapaso en el útero humano se considera la zona donde nace la contracción. Esta zona se encuentra a nivel de los cuernos uterinos, siendo el cuerno derecho el dominante. Se denomina marcapaso a la zona uterina en la que nace la contracción.

Las incoordinaciones se evidencian mediante el monitor electrónico con tocodinamometro. Clínicamente se sospechan con aumento de la frecuencia de las contracciones con distinta duración e intensidad.

2.2 Definiciones de términos básicos

Distocia: Son los múltiples factores y dificultades que se pueden presentar en un parto, entre las cuales puede incluir anomalías del feto así como en la anatomía uterina además de anomalías de la madre, pelvis o del cuello uterino, o una combinación de ellos³.

Adenomiosis: Infiltración de tejido endometrial en la musculatura del útero.

Miomatosis: crecimiento de tumores benignos del útero que se forman de una sola célula del musculo liso, creciendo así en cualquier parto del útero²⁷.

Corioamnionitis: Infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen, también se denomina infección intraamniótica o amnionitis²⁸.

Asinclitismo: Desviación de la sutura sagital del feto hacia la parte anterior o posterior de la pelvis²⁵.

Tocodinamómetro: Dispositivo que mide la fuerza relativa, la velocidad y la duración de las contracciones uterinas.



CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de Hipótesis

Los antecedentes familiares de parto distócico influyen en el tipo de trabajo de parto de gestantes adolescentes

3.2 Variables y su operacionalización

Variables	Definiciones conceptuales	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	categorías	Medio de verificación
Variable Independiente						
Antecedentes familiares de parto distócico	Familiares que presentaron alguna vez parto distócico.	cualitativa	Historia Clínica	ordinal	Familiares de primer grado: madres Familiares de segundo grado: hermana o tía	Ficha de recolección de datos
Parto distócico	Parto laborioso, prolongado, dificultoso.	cualitativa	Tacto vaginal Partograma Ecografía	nominal		historia clínica
Gestante	Mujer con embarazo de > 37 semanas confirmado por ecografía.	cualitativa	Historia clínica	nominal		Semanas
Adolescente	Mujer cuya edad oscila entre 10 Y 19 años.	cuantitativa	Historia clínica	razón	10 a 19 años	Edad en años

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño Metodológico

- Según el alcance y análisis de los resultados, el método de investigación será descriptivo, explicativo.
- Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información se utilizará un método de estudio prospectivo.
- Según el periodo y secuencia del estudio el método de investigación será transversal.

4.2 Diseño muestral

- **Población universo**

Gestantes adolescentes con parto distócico atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora desde el primero de Enero hasta el 31 de Diciembre del año 2016.

- **Población de estudio**

Todas las gestantes adolescentes con parto distócico atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre del año 2016.

- **Unidad de Muestreo**

Gestante adolescente con parto distócico atendida en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre del año 2016.

- **Selección de la muestra**

Historias clínicas de gestantes adolescentes con parto distócico atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora desde el primero de Enero hasta el 31 de Diciembre del año 2016.

4.3 Procedimientos de recolección de datos

Se realizará la atención correspondiente a las gestantes adolescentes que se encuentren en trabajo de parto y hospitalizadas en sala de dilatación, esto consiste en la realización de tacto vaginal, partograma y si lo requiere ecografía pélvica.

Aquellas mujeres que presentaran parto distócico serán interrogadas acerca de antecedentes obstétricos familiares con el mismo diagnóstico, luego se procederá a interrogar al familiar responsable de la adolescente para corroborar la información.

Esto se realizará en el Hospital María Auxiliadora desde el primero de Enero hasta el treinta y uno de Diciembre del año 2016, durante el internado médico.

En todo el proceso de recolección el investigador será el interno de medicina, el cual habrá recibido un entrenamiento por parte del médico asistente del servicio.

3.4.1 Criterios de Inclusión

- Gestantes adolescentes.
- Gestantes que presenten parto distócico.
- Gestantes con más de 37 semanas de embarazo.
- Gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora.
- Gestantes atendidas en el periodo de Enero a Diciembre del año 2016.

3.4.1 Criterios de exclusión

- Gestantes con parto eutócico.
- Gestantes adolescentes con menos de 37 semanas de embarazo
- Gestante adolescentes y familiares quechua hablantes.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Se analizarán todos los casos de parto distócico en gestantes adolescentes comprendidos en el periodo de enero a diciembre del año 2016. La información será plasmada en tablas y gráficos. Para el análisis de datos se utilizará la medida de asociación del Odds Ratio y el intervalo de confianza de 95%, y se utilizará el paquete estadístico SPSS V 15.0.

4.5 Aspectos éticos

Para la realización de la presente investigación se contará con la autorización del Departamento Académico y de Investigación del Hospital María Auxiliadora.



recolección de datos													
4. Aplicación de instrumentos	X X X X	X X X X	X X X X X	X X X X X	X X X X X	X X X X X	X X X X X	X X X X X	X X X X X	X X X X X	X X X X X	X X X X X	X
5. Análisis e interpretación de datos													X
6. Elaboración de resultados													X X
7. Elaboración de anexos, gráficos													X
8. Elaboración del informe final													X

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Embarazo adolescente: un problema culturalmente complejo. Organización Mundial de la Salud, 2009.
2. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Tasas Globales de Fecundidad 2012. Instituto Nacional de Estadística e Informática 2012.
3. Schwarcz, R. El parto patológico. Obstetricia. 5 ed. Buenos Aires: Patagones; 2003. p. 545.
4. Organización Mundial de la Salud, Embarazo en adolescente: un problema culturalmente complejo, junio 2009, volumen 87, 405-484.
5. Algovik M, Kivinen K, Peterson H, Westgren M, Kere J, Genetic evidence of multiple loci in dystocia - difficult labour. BMC Medical Genetics 2010; 11:105.
6. Reitman E, Conell-Price J, Evansmilth J, Olson L, Drosinos S, Jasper N *et al.* Beta-2- Adrenergic Receptor Genotype and Other Variables that Contribute to Labor Pain and Progress. NIH Public Access 2012.
7. Hudson C, Heesom J, López-Bernal A, Phasic contractions of isolated human myometrium are associated with Rhokinase (ROCK)-dependent phosphorylation of myosin phosphatase-targeting subunit (MYPT1). Molecular Human Reproduction 2012; 18: 265–279.
8. Piñango P, Rodríguez A, Fajardo J, Bello F, Desproporción Fetopélvica: Diagnóstico Ecosonográfico. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 2006.
9. Van Hamont D, Zusterzeel P, Labor Dystocia as First Presentation of PelvicMalignancy, Hindawi Publishing Corporation 2011.

10. Fernandez S, Arenas J, Ferrer J, Pérez M, Solis J, Determinación de ácido láctico intraamniótico y relación con distocia, *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* 2013; 40: 106-110.
11. Argilagos M, Arañó J, Pérez M, Morando D, Hierrezuelo G, Impacto maternoperinatal de la corioamnionitis, *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2012;16.
12. Zonana A, Baldenebro R, Ruiz M, Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato, *Revista Mexicana de Obstetricia y Ginecología* 2010; 52.
13. Suárez J, Preciado R, Gutiérrez M, Cabrera M, Marín Y, Cairo V, Influencia de la obesidad pregestacional en el riesgo de preeclampsia/eclampsia, *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2013.; 10.
14. Aceituno L, Sanchez- Barroso M, Segura T, Ruíz Martines H, Perales S, González- Acosta V *et al*, Influencia de la analgesia epidural en el parto, *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia* 2010; 37: 27-31.
15. Campelo T, Dehesa T, Martínez I, Hilario J, Fraca M, Rotura uterina tras parto vaginal con distocia de hombros, *Progreso de Obstetricia y Ginecología* 2013; 56: 26-28.
16. Mayer M, Barrías A, Barboza S, Fochesatto N, Complicaciones Perinatales Y Via De Parto En Recien Nacidos De Madres Adolescentes Tempranas Y Tardias 2006.
17. Suarez J, Gutierrez M, Corrales A, Benavides M, Carlos D, Algunos factores asociados a la morbilidad obstétrica extremadamente grave, *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2010.
18. Sousa S, Depressão pós-parto: estudo de prevalência e detecção de fatores de risco, *Dissertações de mestrado nacionais*, 2012.
19. Bandera N, Goire M, Cardona O, Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer, *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2011; 37.

20. Acevedo M, Gómez D, Arbelo D, Rodríguez I, Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el Hogar Materno Municipal "Tamara Bunke", Medisan 2010; 14.
21. López V, Determinación del sangrado durante el parto y factores asociados a hemorragia, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador, Tesis Especializaciones de la Facultad de Ciencias Médicas, 2013.
22. Segura O, ¿Fracasaron La Consejería Preconcepcional Y El Control Prenatal? Una Mirada Desde Las Estadísticas Vitales En Bogotá (Colombia), Investigaciones Andinas 2010; 13: 22
23. Mariño M, Marlén M, González A, Baró V, Comportamiento del embarazo en la adolescencia en el policlínico "Aleida Fernández Chardiet", Revista Cubana de Medicina General Integral 2011; 47: 4.
24. Ambrosio I, Expectativas e grau de satisfação da grávida e puérpera com o tipo de parto (tesis doctoral). Beira: Universidade Da Beira: 2012.
25. Williams, Parto disfuncional. Obstetricia. 22 ed. México DF: Mc Graw Hill; 2006. p. 496.
26. Mercado M, Capítulo 15 Distocias (sitio en Internet). Universidad Nacional de Colombia, obstetricia Integral Siglo XX1. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/17/9789584476180.15.pdf>. Acceso el 23 de Octubre del 2013.
27. Abud E, Diagnóstico y tratamiento de la miomatosis uterina (sitio en Internet), Ginecología y Obstetricia de México. Disponible en: <http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/download/gineco/2011/NOVIEMBR E2011/Femego%2011.9%205%20DIAGNOSTICO.pdf>. Acceso el 23 de Octubre del 2013.
28. Espitia-De La Hoz F, Diagnóstico y tratamiento de la corioamnionitis clínica, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2008; 3(59): 231 – 37.

ANEXOS

Ficha de recolección de datos.

HISTORIA CLÍNICA N°:			
Edad:			
Edad Gestacional:			
TRABAJO DE PARTO			
Conjugado obstétrico:	> 10.5 cm ___	<10.5 cm ___	
Partograma:	Normal ___	Prolongado ___	
Ecografía:	Desproporción Céfalopélvica	SI ___	NO ___
Vía de terminación de parto:	Parto vaginal: ___	Cesárea: _____	
ANTECEDENTES FAMILIARES DE PARTO DISTÓCICO			
Familiar:	Madre _____	Hermana _____	
Motivo de parto distócico:			

Matriz de consistencia

Título de la investigación	pregunta de la investigación	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Variables e Indicadores	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumentos de recolección
Parto distócico en adolescentes en hospital María Auxiliadora 2016	<p>Problema General ¿Cuáles son las causas de parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016?</p> <p>Problemas específicos ¿En qué medida los antecedentes</p>	<p>Objetivo General Determinar cuáles son las causas de parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.</p> <p>Objetivos específicos - Explicar en qué medida los antecedentes</p>	Los antecedentes familiares de parto distócico influyen en el tipo de trabajo de parto de gestantes adolescentes.	<p>Variable I Los antecedentes familiares de parto distócico.</p> <p>ANTECEDENTES FAMILIARES</p> <p>- Historia clínica</p> <p>PARTO DISTÓCICO</p> <p>- Tacto</p>	<p>Tipo de investigación Descriptivo, explicativo, prospectivo, transversal.</p> <p>Método de investigación Estudio descriptivo analítico.</p> <p>Diseño de la investigación Estudio descriptivo, analítico, transversal asociativo.</p>	<p>Población y Muestra Todas las gestantes adolescentes con parto distócico atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora desde el 01 de Enero hasta el 31 de Diciembre del año 2016.</p>	Historia clínica Ficha de recolección de datos.

	<p>es familiares obstétricos repercuten en el parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016?</p> <p>¿Cuál es la incidencia de partos distócicos en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016?</p> <p>¿En qué medida se</p>	<p>familiares obstétricos repercuten en el parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.</p> <p>- Identificar la incidencia de partos distócicos en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.</p> <p>- Establecer la relación existente entre distocias</p>		<p>va ginal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parto gra ma - Ec ogr afí a <p>Variable II</p> <p>Tipo de trabajo de parto de gestantes adolescentes.</p> <p>GESTANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ec ogr afí a - Fe ch a de últi 			
--	---	--	--	--	--	--	--

	<p>relacionan las distocias pélvicas y partos distócicos en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016?</p> <p>¿En qué medida se relacionan las distocias contráctiles y partos distócicos en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora</p>	<p>pélvicas y partos distócicos en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.</p> <p>- Conocer la asociación entre distocias contráctiles y partos distócicos en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.</p> <p>- Determinar la relación existente</p>		<p>ma reg la</p> <p>ADOLESCENTE</p> <p>- Histori a clí nic a</p>			
--	---	---	--	--	--	--	--

	<p>en el año 2016?</p> <p>¿En qué medida se relacionan las distocias fetales y partos distócicos en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016?</p> <p>¿Cuál es el tipo de distocia más prevalente en gestantes adolescentes atendidas en el</p>	<p>entre distocias fetales y partos distócicos en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.</p> <p>- Describir el tipo de distocias más prevalente en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.</p> <p>- Determinar los factores de riesgo</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>Hospital María Auxiliadora en el año 2016?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016?</p> <p>¿Cuál es la vía de terminación de parto distócico en gestantes adolescentes</p>	<p>relacionados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.</p> <p>- Identificar la vía de terminación de parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016.</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

	atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016?						
--	--	--	--	--	--	--	--

