



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FACTORES DE RIESGOS A PARTOS DISTÓCICOS EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DEL
CALLAO. ENERO – ABRIL, 2020.

PRESENTADO POR
MIREYA EVELYN BRAVO ROMERO

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA

ASESOR

DRA. OBSTA. NELLY IRENE MORENO GUTIÉRREZ

LIMA, PERÚ

2021



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

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) 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/>



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA**

TESIS

**FACTORES DE RIESGOS A PARTOS DISTÓCICOS EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO. ENERO –
ABRIL, 2020.**

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR:
MIREYA EVELYN BRAVO ROMERO**

**ASESOR:
DRA. OBSTA. NELLY IRENE MORENO GUTIÉRREZ**

LIMA, PERÚ

2021

**FACTORES DE RIESGOS A PARTOS DISTÓCICOS EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CALLAO. ENERO –
ABRIL, 2020.**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor: Dra. Obsta. Nelly Irene Moreno Gutiérrez

Miembros del jurado:

Presidente: Dra. Obsta. Mirtha Elizabeth Muñoz Hidrogo.

Vocal: Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano.

Secretaria: Mg. Obsta. Cecilia Barreto Rojas.

DEDICATORIA

- A Dios, por darme fortaleza, guiándome en este largo camino y permitiéndome alcanzar mis sueños.
- A mis padres, por darme su apoyo incondicional, brindarme ayuda en los momentos difíciles, por sus consejos para poder así cumplir mi sueño de ser profesional.
- A mis hermanos por estar siempre a mi lado, por ayudarme a no rendirme y seguir adelante.
- A toda mi familia que me apoyaron y me alentaron en mi carrera.

AGRADECIMIENTO

A mi familia por su comprensión, además su apoyo incondicional para seguir alcanzando mis metas.

A mi asesora la Dra. Obst. Nelly Irene Moreno Gutiérrez quien me brindó su apoyo, experiencia y orientación para realizar el desarrollo de mi investigación.

Al Hospital San José del Callao por haberme permitido realizar mi investigación.

Y a todos quienes de forma directa e indirecta ayudaron a llevar a cabo esta investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

TÍTULO	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS	6
2.1. Diseño metodológico.....	6
2.2. Población y muestra.....	6
2.3. Criterios de selección.....	8
2.4. Técnicas de recolección de datos.....	8
2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	9
2.6. Aspectos éticos	10
III. RESULTADOS	11
IV. DISCUSIÓN.....	24
V. CONCLUSIONES	32
VI. RECOMENDACIONES	33
FUENTES DE INFORMACIÓN	34
VII. ANEXOS	41

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgos a partos distócicos en gestantes atendidas en el Hospital San José del Callao, enero-abril, 2020. **Metodología:** cuantitativa, analítica, de corte transversal, de casos y controles y retrospectivo. Población: 385 gestantes y la muestra 138 gestantes: 46 casos con parto distócico y 92 controles sin parto distócico. Se empleó una ficha recolectora de datos. Se utilizó el paquete estadístico SPSS; se aplicó el ODDS Ratio y la prueba χ^2 , considerándose significancia estadística $p < 0.05$. **Resultados:** Factores de riesgo preconcepcionales: IMC inadecuada [p 0.0001 OR 7.19], cesárea anterior [p 0.0000 OR 34.62]; prematuridad [p 0.0079 OR 11.10]; miomatosis uterina [p 0.0034 OR 8.56]. Factores anteparto: laboratorio: hemoglobina (7.0 - 9.9 g/dL) [p 0.0133 OR 3.58]; diagnósticos ecográficos: oligohidramnios [p 0.0269 OR 2.41]; placenta previa, [p 0.0079 OR: 11.10]; bradicardia fetal [p 0.0000 OR 25.28]. Factores Intraparto: fase activa inadecuada [p 0.0008 OR 16.33], preeclampsia severa [p 0.0025 OR 13.65]; sufrimiento fetal agudo [p 0.0008 OR 16.33]. **Conclusiones :** Se acepta la Hipótesis de trabajo que existe algunos factores de riesgos asociados a partos distócicos como los factores preconcepcionales: IMC inadecuada, cesárea anterior, prematuridad, miomatosis uterinas; Factores anteparto: hemoglobina

(anemia moderada), oligohidramnios, placenta previa y bradicardia fetal; Factor intraparto: fase activa inadecuada mayor de 6 horas, preeclampsia severa, sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el Hospital San José del Callao, enero - abril 2020, por lo que se debe promover la vigilancia en gestantes que muestren estas particularidades.

Palabras claves: factores de riesgo, parto, cesárea.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors for dystocic deliveries in pregnant women attended at the San José del Callao Hospital, January-April 2020. **Methodo:** quantitative, analytical, cross-sectional, case-control, and retrospective. Population: 385 pregnant women and the sample 138 pregnant women: 46 cases with dystocic delivery and 92 controls without dystocic delivery. A data collection sheet was used. The SPSS statistical package was used; The ODDS Ratio and the chi2 test were applied, considering statistical significance $p < 0.05$. **Results:** Preconception risk factors: inadequate BMI [p 0.0001 OR 7.19], previous cesarean section [p 0.0000 OR 34.62]; prematurity [p 0.0079 OR 11.10]; uterine myomatosis [p 0.0034 OR 8.56]. Antepartum factors: laboratory: hemoglobin (7.0 - 9.9 g/dL) [p 0.0133 OR 3.58]; ultrasound diagnoses: oligohydramnios [p 0.0269 OR 2.41]; previous placenta, [p 0.0079 OR: 11.10]; fetal bradycardia [p 0.0000 OR 25.28]. Intrapartum factors: inadequate active phase [p 0.0008 OR 16.33], severe preeclampsia [p 0.0025 OR 13.65]; acute fetal distress [p 0.0008 OR 16.33]. **Conclusions:** The working hypothesis that there are some risk factors associated with dystocic deliveries such as preconceptions factors is accepted: inadequate BMI, previous cesarean section, prematurity, uterine myomatosis; Antepartum factors: hemoglobin (moderate anemia), oligohydramnios, placenta previa, and fetal bradycardia; Intrapartum factor:

inappropriate active phase greater than 6 hours, severe pre-eclampsia, acute fetal distress in pregnant women treated at the San José del Callao Hospital, January - April 2020, so surveillance should be promoted in pregnant women who show these particularities.

Key words: risk factors, delivery, caesarean section.

I. INTRODUCCIÓN

La palabra distocia proviene de las palabras griegas dis: malo, difícil, y tokos: parto, es decir, parto difícil. Por más de un siglo, este concepto fue válido, sobre todo durante el parto, cuando se presentaban dificultades por lo general de tipo mecánico para culminar el parto satisfactoriamente. ¹

En la actualidad, con los avances tecnológicos, el término “distocia”, comprende 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. ¹

El trabajo de parto y el parto mismo son procesos fisiológicos para el nacimiento de un recién nacido; sin embargo, a menudo podrían presentarse dificultades en esta etapa que conllevan al parto distócico, los cuales contribuyen en el incremento de morbilidad materna y perinatal. ²

Fescina R, Schwarcz R y Duverges C, definen literalmente a la distocia como parto difícil que puede ser por causas maternas, causas fetales y causas de los anexos fetales. En general, el trabajo de parto anormal es frecuente siempre que haya desproporción entre la presentación y el conducto del parto. ²

Entre las causas maternas que pueden causar un trabajo de parto distócico se consideran anomalías en la pelvis ósea como pelvis límite, estrechez pélvica o

asimetrías pélvicas, tumores uterinos o ginecológicos, no atención prenatal, baja estatura materna, cesárea previa, gran multiparidad, nuliparidad, embarazo post término, trabajo de parto prolongado y excesiva ganancia de peso durante el embarazo, obesidad materna y diabetes mellitus y que no han sido diagnosticadas oportunamente. Los factores de riesgos pueden determinar como factores condicionantes del desarrollo de un trabajo de parto difícil se pueden mencionar las presentaciones anómalas (entre ella las deflexiones en su diferente grado) macrostomia fetal, bajo peso fetal, presentaciones compuestas y mala situación; así mismo dentro de las causas anexiales podemos mencionar el cordón breve, circular de cordón simple o ajustado, oligohidramnios o polidramnios, placenta previa o de inserción baja.³

Al presentarse, desde la gestación sin cambiar durante toda su evolución, la expulsión espontánea de un feto viable y de sus anexos, es el parto normal o eutócico; cuya forma más común es el parto en presentación cefálica flexionada o presentación de vértice, donde la cabeza fetal se coloca de manera que penetre en el canal del parto en el tamaño más pequeño. Esta presentación es la que ofrece las mejores condiciones para que no existan complicaciones o alguna distocia.⁴

La OPS/OMS en conferencia realizada en Ginebra/Washington, sostiene que la "tasa ideal" para las cesáreas, fue considerado ya desde 1985 por la comunidad internacional, como resultado de las distocias surgidas en el trabajo de parto, debe oscilar entre 10% y 15%. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la tasa ideal de cesáreas debe ser menor al 15 %; sin embargo, algunos autores la consideran que no se debería establecer una tasa ideal ya que hay es escasa

evidencia al respecto, debido que la cesárea es consecuencia de una decisión clínica basada en valores y condiciones individuales. Estudios nuevos revelan que cuándo la tasa de cesárea se acerca al 10% a nivel de población, disminuye el número de defunciones maternas y de los recién nacidos. Pero cuando la frecuencia va por encima del 10%, no hay indicios de que mejoran las tasas de mortalidad.⁵

En Perú, según ENDES 2019, se incrementó un tercio de los nacimientos, ya desde los cinco años precedentes a la Encuesta, fueron por cesárea (34,7%), que se han incrementado en 6,1 puntos porcentuales en comparación al 2014 (28,6%),⁶ lo que indica también un aumento de distocias en algún momento de la atención a la gestante; tanto así el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) ⁷ apoya evitar intervenciones como las inducciones antes de las 39 semanas gestacional, que podrían culminar en cesárea, salvo en las complicaciones que requieran de esta medida; considerando que uno de los indicadores de buena calidad de atención materna perinatal es tener una baja tasa de parto por cesárea.

En el texto de Williams se considera distocias como resultado de anomalías que pueden manifestarse en forma aislada o en combinación que alteren el buen estado fetal o maternos durante el trabajo de parto no permitiendo la culminación de un parto exitoso. Las distocias pueden ser debidas a varias causas; se origina de cuatro alteraciones aisladas o combinadas. En primer lugar, están alteradas las fuerzas de expulsión, en segundo lugar, puede presentarse anomalías fetales de la presentación o la posición fetal; en la pelvis ósea materna; y por último, alteraciones de los tejidos blandos del aparato reproductor que dificultan el descenso fetal.⁸

Colan L, Barreto M, Ayala F, León E, Torres F. en el año 2018, en Perú, en su investigación identificaron factores maternos, asociados al parto distócico como desproporción céfalo pélvica (OR: 3,16 y $p < 0,000$), anomalías de la contracción (OR: 2,34 y $p < 0,000$), distocias de partes blandas (OR: 2,23 y $p < 0,000$), índice de masa corporal no favorable (OR: 2,28 y $p < 0,002$); y la macrosomía (OR: 3,42 y $p < 0,001$). presentando una fuerte asociación estadística significativa para parto distócico. ⁹

Veintimilla O, Ledezma M, Marrero D, López L, Loor H. en el año 2020, en Ecuador encontraron que las distocias del mecanismo del parto se mostraron con más frecuencia en las edades entre los 20 y 34 años, los factores modificables fueron controles prenatales insuficientes, sobrepeso y obesidad de las gestantes; los no modificables fueron la presentación de cara, estrechez pélvica, malformaciones uterinas, hipertensión arterial como enfermedad crónica asociada, talla materna menor a 140 cm y parto prolongado de más de 20 horas. ¹⁰

El presente trabajo se realizó para poner en relevancia la importancia que tiene el detectar oportunamente estos factores de riesgo. Por esta razón se formuló el problema de investigación con la siguiente pregunta ¿Cuáles son los factores de riesgos a parto distócico en gestantes atendidas en el Hospital San José del Callao. enero – abril, 2020? teniendo como objetivo general, Determinar los factores de riesgos a partos distócicos en gestantes atendidas en el Hospital San José del Callao. enero – abril, 2020.

Se planteó la siguiente Hipótesis: Existen factores de riesgos a partos distócicos en gestantes atendidas en el Hospital San José del Callao. enero – abril, 2020.

Los resultados de este trabajo podrían ser utilizados para orientar recomendaciones para reducir la tendencia de la cesárea, o tomar medidas para reducir sus complicaciones.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño metodológico

Se desarrolló investigación cuantitativa, analítica, de corte transversal, de casos y controles, y retrospectivo.

2.2. Población y muestra

2.2.1. Población

La conformaron todas las gestantes atendidas con diagnóstico de parto distócico en el Hospital San José del Callao. enero – abril, 2020, que, según la Oficina de Estadística de la Institución, correspondió a 519 gestantes atendidas de parto siendo las que presentaron partos distócicos 385.

2.2.2. Muestra

Estuvo constituida por las 385 gestantes que fueron atendidas con diagnóstico de parto distócico, durante el mes de enero - abril del año 2020. Para definir una muestra representativa, se utilizó la fórmula para el cálculo del tamaño muestral en estudio de casos y controles para el cálculo mínimo necesario para detectar un odds ratio significativamente diferente de 1

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P (1 - P) (r + 1)}{d^2 r}$$

Frecuencia de exposición entre los casos	0.74
Frecuencia de exposición entre los controles	0.50
Odds ratio a detectar	1.00
Nivel de seguridad	0.95
Potencia	0.80
Número de controles por caso	2
p1	0.75
p2	0.50
OR	1.00
Tamaño Muestral Mínimo	
Casos	46
Controles	92

Por ello, la muestra representativa para el grupo fueron **138** en total de gestantes: **46** para gestantes que presentaron distocia de parto y **92** de gestantes sin ninguna distocia de parto, elegidas al azar (en el día inmediato de atención de cada una de las anteriores)

Unidad de análisis

En esta investigación la unidad de análisis es la gestante con diagnóstico médico de distocia del trabajo de parto (para casos) y gestantes sin distocias (para controles).

2.3. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Gestantes, cuyos partos se realizaron en el Hospital San José del Callao. enero – abril, 2020; con trabajo de parto de inicio espontáneo, embarazo único y presentación cefálica con feto vivo; con historia clínica de diagnóstico de trabajo de parto disfuncional.

Criterios de exclusión:

- Gestantes con Historia clínica incompletas y/o con letra no legible.

2.4. Técnicas de recolección de datos

El análisis documental se inició con la recolección de información previa autorización solicitada a las autoridades del Hospital San José del Callao en estudio; por la Sra. Decana de la Facultad de Obstetricia y Enfermería a través de una carta de presentación.

Una vez autorizado se asistió al hospital, se revisaron las historias clínicas de las gestantes atendidas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Técnica: fue la documentada, extrayéndose los datos de las historias clínicas.

Plan de recolección de datos: Se asistió al hospital, de lunes a viernes de 8am a 12pm, constituyendo como mínimo 24 horas semanales de trabajo. La recolección de datos se realizó directamente por la investigadora.

Instrumento: Se utilizó una ficha de recolección de datos (Anexo 1) que contiene las variables y resultados sobre partos distócicos en gestantes, de elaboración propia.

Considerando los objetivos del presente trabajo de investigación, se elaboró una ficha clínica de recolección de datos para completar la información requerida en los objetivos, estuvo conformada por las siguientes partes:

- PARTE I: Factores de Riesgo
- PARTE II: Partos Distócicos

2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Con las fichas completas, se procedió a la codificación, tabulación y análisis respectivo. La información obtenida se ingresó a la base de datos construida con el software SPSS versión 23.00, luego el procesamiento y análisis de los datos, dentro del cual se aplicó la prueba estadística chi –cuadrado; se calculó el Odds ratio (OR) del factor de riesgo en estudio procediendo al cálculo con intervalo de confianza al 95%. Si el punto inferior del intervalo del OR es > 1 se consideró como factor de riesgo.

Los datos se presentan en tablas de doble entrada indicando número, porcentaje, los totales, los OR y el valor de significancia estadística

2.6. Aspectos éticos

Para el desarrollo de esta investigación se tuvo en cuenta los principios básicos de la ética:

- Principio de Beneficencia y Principio de no maleficencia, ya que no existen riesgos físicos y/o psicológicos, riesgo de muerte y/o de alteración de la calidad de vida de los participantes porque se basó en los datos existentes en las historias clínicas de las madres
- Principio de Justicia, porque se resguardó de manera adecuada los derechos fundamentales, por lo que no se cometió algún acto que signifique atropello a los mismos.
- Principio de Autonomía, al ser un estudio retrospectivo, no necesitó el documento consentimiento informado.

III. RESULTADOS

Tabla 1a. Factores de riesgo preconceptionales a partos distócicos: Antecedentes

FACTORES (*)		CASO N°= 46	CONTROL N°= 92	TOTAL N° = 138	chi ² p	ODDS RATIO IC
Peso pregestacional de inicio (kg)	Inadecuado (< 18,5 y > 25,0)	17 (37.0%)	22 (23.9%)	39 (28.3%)	1.59 0.1111	1.86 0.86-4.01
	Adecuado (18,5 a < 25,0)	29 (63.0%)	70 (76.1%)	99 (71.7%)		
Talla (m)	Inadecuada (debajo de 1,57m)	14 (30.4%)	26 (28.3%)	40 (29.0%)	0.07 0.7907	1.40 0.65-3.01
	Adecuada (≥ 1,57 m)	32 (69.6%)	66 (71.7%)	98 (71.0%)		
IMC (kg/m ²)	Inadecuado (**)	34 (73.9%)	26 (28.3%)	60 (43.5%)	4.83 0.0001	7.19 3.23-15.99
	Adecuado Normal 18,5 a < 25,0	12 (26.1%)	66 (71.7%)	78 (56.5%)		
Periodo intergenésico	Inadecuado <18 meses > 60 meses	15 (32.6%)	30 (32.6%)	45 (32.6%)	0.00 1.00	1.00 0.47-2.13
	Adecuado entre 18 y 60 meses	31 (67.4%)	62 (67.4%)	93 (67.4%)		

Fuente: Elaboración Propia.

(*) Valores tomados de la Guía Técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante ¹¹

(**) Inadecuado: todo lo que no estaba dentro de lo considerado peso normal, como Delgadez < 18,5; Sobrepeso 25,0 y < 30,0; y Obesidad, ≥ 30,0

En la tabla sobre los factores de riesgo preconceptionales asociados a partos distócicos, como antecedentes, se observa sobre:

- **Peso pregestacional:** del total de gestantes el 71.7% tuvo peso adecuado (18,5 a < 25,0). En el grupo caso fue de 63.0%, y en el grupo control de 76.1%. Al análisis no presentó significancia estadística.
- **Talla (m):** en la tabla que, del total de gestantes el 71.7% presentó talla adecuada ($\geq 1,57$ m) 71%. En el grupo caso fue de 69.6%, y en el grupo control de 71.1%. Al análisis no presentó significancia estadística.
- **IMC (kg/m²):** sobre el índice de masa corporal se observa del total de gestante fue adecuado, es decir normal (18,5 a < 25,0) en 56.5%; sin embargo, en el grupo caso fue inadecuado con 73.9%; y, en el grupo controles si fue adecuado con 71.7%. Al análisis muestra significancia estadística [χ^2 4.83 p 0.0001 OR: 7.19 IC 3.23-15.99].
- **Período Intergenésico (PIG):** al respecto se observa que del total de gestantes el 67.9% presentó PIG adecuado (entre 18 y 60 meses). Siendo semejante hallazgo PIG adecuado entre el grupo caso 67.4% y el grupo controles 67.4%. Al análisis no presentó significancia estadística.

Tabla 1b. Factores de riesgo preconceptionales a los partos distócicos:
Antecedentes Patológicos

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS		CASO N°= 46	CONTROL N°= 92	TOTAL N° = 138	chi ² p	ODDS RATIO IC
ABORTO	Si	16 (34.8%)	35 (38.0%)	51 (37.0%)	0.14 0.7083	0.87 0.42-1.82
	No	30 (65.2%)	57 (62.0%)	87 (63.0%)		
CESÁREA ANTERIOR	Si	20 (43.5%)	2 (2.2%)	22 (15.9%)	39.04 0.0000	34.62 7.59-157.90
	No	26 56.5%)	90 (97.8%)	116 (84.1%)		
INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO (ITU)	Si	10 21.7%)	33 (35.9%)	43 (31.2%)	2.85 0.0911	0.50 0.22-1.13
	No	36 (78.3%)	59 (64.1%)	95 (68.9%)		
PREMATURIDAD	Si	5 (10.9%)	1 (1.1%)	6 (4.3%)	7.06 0.0079	11.10 1.26-98.02
	No	41 (89.1%)	91 (98.9%)	132 (95.7%)		
MIOMATOSIS UTERINA	Si	7 (15.2%)	2 (2.2%)	9 (6.5%)	8.56 0.0034	8.08 1.61-40.64
	No	39 (84.8%)	90 (97.8%)	129 (93.5%)		

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla sobre los factores de riesgo preconceptionales asociados a partos distócicos, como antecedentes patológicos, se observa sobre:

- Aborto: en el total de gestantes se observa 63% que no presentaron aborto como antecedente; en cuanto al grupo casos fue negativo en 65.2% y en el grupo

controles fue 62.0%. Al análisis con OR y χ^2 , no se muestra significancia estadística

- Cesárea anterior: al respecto la mayoría no presentó cesárea anterior 84.1%; siendo para el grupo casos 56.5% y para el grupo control 97.8%. Al análisis con OR y χ^2 se muestra con significancia estadística [χ^2 39.04 p 0.0000 OR: 34.62, IC 95% 7.59-157.90]
- Infecciones del tracto urinario: se observa del total de gestantes el 68.9% no presentó ITU como antecedente; en el grupo casos 78.3% y el grupo control 64.1%. Al análisis con OR y χ^2 , no se muestra significancia estadística
- Prematuridad: en el total de gestantes, fue negativo este antecedente con 95.7%; sin embargo, en el grupo casos se presentó en 10.9%, mientras que en grupo controles fue de 1.1%. Al análisis con OR y χ^2 se muestra con significancia estadística [χ^2 7.06 p 0.0079 OR: 11.10, IC95% 1.26-98.02]
- Miomatosis uterina: en la tabla el total de gestantes fue negativo este antecedente con 93.5%; pero, en el grupo casos fue positivo con 15.2% y, en el grupo control positivo con 2.2%. Al análisis con χ^2 y OR se muestra con significancia estadística [χ^2 8.56 p 0.0034 OR: 8.56, IC95% 1.61-40.64].

Tabla 2a. Factores de riesgo del anteparto asociadas a partos distócicos: patologías en la gestación

PATOLOGÍAS EN LA GESTACIÓN		CASO	CONTROL	TOTAL	chi ² p	ODDS RATIO IC
		N°= 46	N°= 92	N° = 138		
ANEMIA	Si	25 (54.3%)	44 (47.8%)	69 (50.0%)	0.52 0.4701	1.30 0.64-2.64
	No	21 (45.7%)	48 (52.2%)	69 (50.0%)		
ITS - Condilomato sis	Si	5 (10.9%)	7 (7.6%)	12 (8.7%)	0.41 0.5216	1.46 0.44-4.95
	No	41 (89.1%)	85 (92.4%)	126 (91.3%)		

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla sobre los factores de riesgo anteparto asociados a partos distócicos, como patologías en la gestación, se observa sobre:

- Anemia: se observa que del total de gestantes presentaron y no presentaron anemia en 50%; sin embargo, el grupo casos presentó mayor porcentaje 54.3% y el grupo control 47.8%. Al análisis con OR y chi², no se muestra significancia estadística.
- ITS – Condilomatosis: se distingue en la tabla que del total de gestantes no lo presentaron en 91.3%; y se observa que el grupo casos muestra 89.1% y el grupo control 92.4%. Al análisis con OR y chi², no se muestra significancia estadística

Tabla 2b. Factores de riesgo del anteparto asociados a partos distócicos: Resultados de Exámenes Auxiliares

EXAMENES AUXILIARES	CASO N°= 46	CONTROL N°= 92	TOTAL N° = 138	chi² p	ODDS RATIO IC	
❖ LABORATORIO						
Hemoglobina (mg/dl) (*)	10.0 -10.9 mg/dL (Anemia leve)	15 (60.0%)	13 (29.5%)	28 (40.6%)	6.13 0.0133	3.58 1.28-10.01
	7.0 – 9.9 mg/dL (Anemia moderada)	10 (40.0%)	31 (70.5%)	41 (59.4%)		
Total*	25 (100%)	44 (100%)	69 (100%)			
❖ ECOGRÁFICOS						
Oligidramnios	Si	17 (37.0%)	18 (19.6%)	35 (25.4%)	4.90 0.0269	2.41 1.09-5.31
	No	29 (63.0%)	74 (80.4%)	103 (74.6%)		
Placenta Previa	Si	4 (8.7%)	1 (1.1%)	5 (3.6%)	7.06 0.0079	11.10 1.26-98.02
	No	42 (91.3%)	91 (98.9%)	133 (96.4%)		
RCIU	Si	2 (4.3%)	6 (6.5%)	8 (5.8%)	0.27 0.6064	0.65 0.13-3.36
	No	44 (95.7%)	86 (93.5%)	130 (94.2%)		
Bradycardia Fetal	Si	10 (21.7%)	1 (1.1%)	11 (8.0%)	17.83 0.0000	25.28 3.12-204.69
	No	36 (78.3%)	91 (98.9%)	127 (92.0%)		
Circular de Cordón	Si	4 (8.7%)	15 (16.3%)	19 (13.8%)	1.50 0.2214	0.49 0.15-1.57
	No	42 (91.3%)	77 (83.7%)	119 (86.2%)		
Feto grande para la edad gestacional	Si	5 (10.9%)	4 (4.3%)	9 (6.5%)	2.14 0.1435	2.68 0.68-10.25
	No	41 (89.1%)	88 (95.7%)	129 (93.5%)		

Fuente: Elaboración Propia.

(*) Se ha considerado solo a las gestantes que presentaron anemia

Sobre los factores de riesgo del anteparto asociados a partos distócicos, como son los resultados de exámenes auxiliares en la tabla se observa:

Se visualiza en la tabla, con respecto al resultado de laboratorio sobre:

- Hemoglobina (mg/dl): se ha tomado en cuenta solo a las gestantes que presentaron anemia; del total, en mayor porcentaje presentaron Hb 7.0 – 9.9 g/dL (anemia moderada) con 66.7%; siendo en el grupo casos 60% y en el grupo control 70.5%. Al análisis con OR y χ^2 se muestra significancia estadística [χ^2 6.13 p 0.0133 OR: 3.58 IC95% 1.28-10.01].

Se visualiza en la tabla, con respecto al resultado ecográfico sobre:

- Oligidramnios: del total de gestantes 25.4% lo presentaron. En el grupo caso fue 37% en el grupo control 19.6%. Al análisis con χ^2 y OR se muestra con significancia estadística [χ^2 4.90 p 0.0269 OR: 2.41, IC95% 1.09-5.37]
- Placenta Previa: en cuanto al total de gestantes 3.6% lo presentaron. En el grupo caso fue 8.7%, y en el grupo control 1.1%. Al análisis con χ^2 y OR se muestra con significancia estadística [χ^2 7.06 - p 0.0079 OR: 11.10 - IC95% 1.26-98.02].
- RCIU: sobre el retardo de crecimiento intrauterino, del total de gestantes 5.8% lo presentaron. En el grupo caso fue 4.3%, y en el grupo control 6.5%. Al análisis con χ^2 y OR se muestra sin significancia estadística.
- Bradicardia Fetal: se observa en la tabla que del total de gestantes el 8% lo presentó, siendo en el grupo casos un porcentaje ligeramente alto de 21.7%, mientras que en el grupo control lo fue sólo en 1.1%. Al análisis con χ^2 y OR se

muestra con significancia estadística [χ^2 17.83 - p 0.0000 OR: 25.28 - IC95% 3.12-204.69]

- Circular de Cordón: este fue un hallazgo que en el total significó presencia en 13.8%; en cuanto al grupo casos fue de 8.7%, y en el grupo control 16.3%. Al análisis con χ^2 y OR no muestra significancia estadística.
- Feto grande para la edad gestacional: en la tabla como resultado de la ecografía se observa del total de gestantes el 6.5% presentó este hallazgo; siendo en el grupo casos 10.9% y en el grupo control 4.3%. Al análisis con χ^2 y OR no muestra significancia estadística

Tabla 3a. Factores de riesgo del intraparto asociados a partos distócicos: Trabajo de parto

TRABAJO DE PARTO		CASO N°= 46	CONTROL N°= 92	TOTAL N° = 138	chi ² p	ODDS RATIO IC
Inicio del trabajo de parto	No Espontáneo*	4 (8.7%)	2 (2.2%)	6 (4.3%)	3.14 0.0766	4.29 0.75-24.33
	Espontáneo	42 (91.3%)	90 (97.8%)	132 (95.7%)		
Fase activa	Inadecuado >6 horas	7 (15.2%)	1 (1.1%)	8 (5.8%)	11.21 0.0008	16.33 1.94-137.26
	Adecuado ≤6 horas	39 (84.8%)	91 (98.9%)	130 (94.2%)		

Fuente: Elaboración Propia.

(*) Inducido/Acentuación

En la tabla sobre los factores de riesgo del intraparto asociados a partos distócicos, específicamente como trabajo de parto, se observa sobre:

- Inicio del trabajo de parto: Del total de gestante su inicio de trabajo de parto fue inducido en 4.3%; siendo en el grupo casos 8.7% y en el grupo control 2.2%. Al análisis con chi² y OR no se muestra significancia estadística.
- Fase activa: en la mayoría de las gestantes la fase activa fue adecuada (≤6 horas) presentándose en el 94.2%. En cuanto al grupo casos lo fue en 84.8%, mientras que en el grupo control mostró 98.9%. Al análisis muestra significancia estadística como factor de riesgo [chi² 11.21 p 0.0008 OR 16.33, IC 1.94-137.26]

Tabla 3b. Factores de riesgo del intraparto asociados a partos distócicos: Patologías en el trabajo de parto

PATOLOGÍAS EN EL TRABAJO DE PARTO		CASO N°= 46	CONTROL N°= 92	TOTAL N° = 138	chi ² p	ODDS RATIO IC
Preeclampsia Leve	Si	4 (8.7%)	2 (2.2%)	6 (4.3%)	3.14 0.0766	4.29 0.75-24.33
	No	42 (91.3%)	90 (97.8%)	132 (95.7%)		
Preeclampsia Severa	Si	6 (13.0%)	1 (1.1%)	7 (5.1%)	9.10 0.0025	13.65 1.59-117.12
	No	40 (87.0%)	91 (98.9%)	131 (94.9%)		
Sufrimiento Fetal Agudo	Si	7 (15.2%)	1 (1.1%)	8 (5.1%)	11.21 0.0008	16.33 1.94-137.26
	No	39 (84.8%)	91 (98.9%)	130 (94.9%)		

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla sobre los factores de riesgo del intraparto asociados a partos distócicos, como patologías en el trabajo de parto, se observa sobre:

- Preeclampsia leve: del total de gestantes observamos 4.3% gestantes que lo presentaron; siendo en el grupo caso 8.7% y en el grupo control 2.2%. Al análisis con chi² y OR no se muestra significancia estadística.
- Preeclampsia severa: en la tabla observamos que del total de gestantes el 5.1% lo ha mostrado. En cuanto al grupo casos lo presentó el 13%, mientras que en el caso control lo fue sólo en 1.1%. Al análisis se muestra con significancia estadística [chi² 9.10 p 0.0025 OR 13.65, IC 1.59-117.12].

- Sufrimiento fetal agudo: Se puede observar en la tabla que del total de gestantes el 5.1% presentó este diagnóstico; sin embargo, en el grupo caso fue de 15.2% mientras que en el grupo control lo fue sólo en 1.1%. En el análisis se muestra significancia estadística [χ^2 11.21 p 0.0008 OR 16.33, IC 1.94-137.26].

Tabla 3c. Factores de riesgo del intraparto asociados a partos distócicos: Patologías de presentación

PATOLOGÍAS de PRESENTACIÓN		CASO N°= 46	CONTROL N°= 92	TOTAL N° = 138	chi ² p	ODDS RATIO IC
Presentación	Podálico	4 (8.7%)	2 (2.2%)	6 (4.3%)	3.14 0.0766	4.29 0.75-24.33
	Cefálico	42 (91.3%)	90 (97.8%)	132 (95.7%)		
Situación	Transversa /Oblicua	2 (4.3%)	1 (1.1%)	3 (2.2%)	1.53 0.2156	4.14 0.37-46.86
	Longitudinal	44 (95.7%)	91 (98.9%)	135 (97.8%)		

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla sobre los factores de riesgo del intraparto asociados a partos distócicos, como patologías de presentación, se observa:

- **Presentación:** la presentación podálica se muestra en el total de las gestantes con 4.3%; siendo en el grupo casos 8.7%, y en el grupo control 2.2%. En el análisis no demostró significancia estadística
- **Situación:** la situación transversa/oblicua se muestra en el total de las gestantes con 2.2%; en el grupo casos fueron 4.3% mientras que en el grupo control fue 1.1%. Al análisis con chi² y OR no evidencia significancia estadística.

Tabla 3d. Factores de riesgo del intraparto asociados a partos distócicos: Canal del parto

Canal del parto		CASO N°= 46	CONTROL N°= 92	TOTAL N° = 138	chi ² p	ODDS RATIO IC
Pelvis	No ginecoide (Estrecha/ Limite)	6 (13.0%)	3 (3.3%)	9 (6.5%)	4.81 0.0282	4.45 1.06-18.69
	Ginecoide	40 (87.0%)	89 (96.7%)	129 (93.5%)		

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla sobre los factores de riesgo del intraparto asociados a partos distócicos, en el caso del canal del parto, se observa que del total de gestantes presentaron pelvis no ginecoide (estrecha/limite) el 6.5%, siendo en el grupo caso 13% y en el grupo control 3.3%.

En el análisis se muestra significancia estadística como factor de riesgo [chi² 4.81 p 0.0282 OR 4.45, IC 1.06 – 18.69].

IV. DISCUSIÓN

Tabla 1a. Los hallazgos que se reportan indican que el peso pregestacional, la talla, y el periodo intergenésico al análisis no presentaron significancia estadística. Sin embargo, el IMC pregestacional inadecuado constituye un factor de riesgo para los partos distócicos.

Resultado que coincide con lo reportado por Colán et al,⁹ y Díaz C¹⁷ quienes también hallaron que este antecedente materno IMC inadecuado constituye un factor de riesgo para el parto distócico (OR:3.28 y OR:3.75 respectivamente).

En el mismo sentido, otros estudios como el de Fernández et al¹³ y Anaya et al,¹⁴ reportan la obesidad como factor de riesgo para el parto distócico (OR: 2.15 y OR: 1.66 respectivamente). Asimismo, estudios observacionales como el de Magallanes M et al,¹⁵ hallaron que la mitad de las mujeres que iniciaron el embarazo con obesidad terminaron en parto distócico.

En la investigación presentada, el peso pregestacional, la talla materna y el periodo intergenésico, no se comportaron como factor de riesgo para distocia de parto.

Contrariamente, López F. (2017) ¹⁶, en Ecuador, expone que el periodo intergenésico largo tiene un alto porcentaje (83,3%) de partos distócicos con probabilidad (OR=6,129) de ser un factor de riesgo asociado a parto distócico.

Díaz C. (2011) ¹⁷ en su tesis informa que el peso pregestacional inadecuado (< 45 kg) (p=0.002) (OR: 2.94); la talla inadecuada (<1.45 m), (p=0.000 OR: 15.27) y el periodo intergenésico inadecuado (menor de 2 y/o mayor de 4 años) (p=0.000 OR: 3.75) son factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto.

También Santillan J, et al (2018) ²⁸ en Perú, mencionan en su investigación que la obesidad pregestacional estuvo presente en el 15.4% de madres (OR: 2.99; p=0.007) y la ganancia de peso gestacional excesiva en un 29,8% (OR: 2.57; p=0.002) fueron factores de riesgo para macrosomía neonatal.

Céspedes J. (2018) ¹² en Cuzco-Perú, menciona en su tesis con relación a la talla materna menor a 145 cm que representó el 24.1% de su muestra de estudio con un (OR: 4.70, p=0.000), por lo tanto, lo consideró como factor de riesgo para parto distócico.

Tabla 1b. Los hallazgos que se reportan con respecto a los antecedentes patológicos como la Cesárea anterior, Prematuridad y Miomatosis Uterina se constituyen un factor de riesgo para los partos distócicos.

Resultado que coincide con el reporte de Fernández et al¹³ y Díaz C, ¹⁷ quienes hallaron que la prematuridad constituye un factor de riesgo para parto distócico (OR: 2.15 y OR 4.73 respectivamente). Delgado V. (2019)¹⁸, en Ecuador, observó que 54.5% de las

pacientes que terminaron en una cesárea tuvieron este antecedente, considerándolo como un factor asociado al parto distócico ($p < 0.000$).

En el mismo sentido, en el estudio de Anaya et al,¹⁴ reportan que la cesárea anterior constituye un factor de riesgo para parto distócico (OR: 18.7 respectivamente). Igualmente, para Fernández et al,¹³ quienes en su tesis mencionan que la cesárea anterior constituye un factor de riesgo (OR: 5.47) para el parto distócico.

Con respecto al aborto, en el grupo de casos del presente estudio fue de 34.8% a diferencia del estudio de Padilla L et al,¹⁹ quienes hallaron que las pacientes que presentaron aborto en el grupo de casos fue menor, del 20%; asimismo, Meza A.²⁰, en su tesis expone que el antecedente de aborto frente a la distocia de parto representó 11.8% de las gestantes que presentaron parto vaginal fallido; en ambos casos fueron cifras menores a las que presentamos en el presente estudio.

Tabla 2a. Los hallazgos que se reportan con respecto a las patologías en la gestación como la anemia, ITS (Condilomatosis), no constituyen un factor de riesgo para los partos distócicos.

Igualmente, Gaona L et al (2017)²¹ en Colombia, muestran en su tesis que la anemia (3.4%) no representa una patología asociada para el parto distócico. Resultado que no coincide con el reporte de Díaz C,¹⁷ quien halló que la anemia es un factor de riesgo para la distocia de trabajo de parto (OR: 4.55).

Respecto a las ITS, en el estudio de Medina H (2015)²² en Perú, informa que las gestantes que presentaron condilomatosis solo fueron el 1.9% del total; también,

Delgado V.¹⁸, en su tesis informa que sólo el 2.1% de las gestantes con parto distócico presentaron alguna infección de transmisión sexual (ITS). Sin embargo, León J²³ en su tesis informa que la condilomatosis genital se presenta como factor de riesgo para partos distócico (OR: 10.5, IC95%: 1.33-87.7, p: 0.05).

Tabla 2b. Los hallazgos que se reportan muestran que los resultados de laboratorio en el caso de la hemoglobina apoyan el diagnóstico de anemia moderada; y, entre los diagnósticos ecográficos, el oligohidramnios, la placenta previa y bradicardia fetal, se constituyen en factor de riesgo para los partos distócicos.

Resultado que coincide con lo reportado por Díaz C,¹⁷ quien también reporta que la anemia < 12.9 mg/dl (OR: 4.55), el Oligohidramnios (OR: 10.94) y el RCIU (OR: 4.76) son factores de riesgo para las distocias del trabajo de parto.

Por otro lado, a diferencia de nuestro estudio, la investigación de Colán et al,⁹ hallaron que el feto grande para la edad gestacional representó ser factor de riesgo para parto distócico (OR:3.42).

Contrario a nuestros resultados, la investigación de Delgado V¹⁸ reporta que solo el 4.8% de pacientes tuvieron diagnóstico de Oligoamnios. Similares resultados fueron los de Gaona L et al²¹ quienes señalan en su tesis que el oligoamnios se presentó en solo el 3.4%, y no fue considerado un factor de riesgo para parto distócico.

En el estudio de Medina H²², se reporta que las pacientes presentaron placenta previa 1.0%; circular de cordón 10.6% siendo cifras ligeramente menores que las reportadas

en esta investigación. También Delgado V ¹⁸ en su tesis informa que el 2.8% sobre presencia de circular de cordón.

Sobre bradicardia fetal en la investigación de Díaz C,¹⁷ informa que significó ser factor de riesgo OR: 8.22, en semejanza a la investigación; sin embargo, en el grupo casos se presentó en menor porcentaje 3.1%.

Tabla 3a. Los hallazgos indican que el inicio de trabajo de parto 91.3% espontáneo en los controles no muestra significancia estadística; y, en cuanto a la duración de la fase activa inadecuada mayor a seis horas 15.2% se constituye como factor de riesgo para los partos distócicos OR 16.33

Revisando el estudio de Veintimilla O et al, ¹⁰ se observa que en las gestantes que presentaron distocia, el inicio de trabajo no fue espontáneo 59,6%; y, en cuanto a la duración de la fase activa del trabajo de parto la duración fue inadecuada (prolongada) en la mayoría de las pacientes 73,6%.

Díaz C,¹⁷ reporta que 14.73% de las gestantes en su estudio fueron inducidas en el trabajo de parto, es decir fue no espontáneo constituyéndose en factor de riesgo para las distocias del trabajo de parto; a diferencia de sus resultados de la duración de la fase activa que no representaron ser factor de riesgo.

León E et al (2017) ²⁴ en Perú, en su tesis, refieren que el 25.8% de los partos distócicos presentaron anomalías de la contracción por el cual fueron inducidas,

encontrándose una asociación estadística significativa ($p < 0.05$ OR: 2,34) para partos distócicos.

Tabla 3b. Los hallazgos que se reportan con respecto a las patologías en el trabajo de parto como la preeclampsia leve no muestra significancia estadística mientras que la preeclampsia severa y el sufrimiento fetal agudo si constituyen un factor de riesgo para los partos distócicos.

Resultado que coincide con la investigación de Díaz C,¹⁷ quien halló que la preeclampsia severa constituye un factor de riesgo para el parto distócico (OR: 4.20); igualmente Jaramillo D et al,²⁵ quienes indican que la hipertensión gestacional severa es factor de riesgo para distocia de parto (OR=1,70). Igualmente, Medina H,²² muestra en porcentaje que una causa de riesgo materno es la preeclampsia severa con 7.4%.

Iser O. Romero M. (2019)²⁶ en Cuba, mencionan en su informe que la enfermedad hipertensiva del embarazo (preeclampsia severa) es estadísticamente significativa $p=0,00$ donde el 45,1% de los casos tuvieron 12,7 veces más probabilidad de presentar parto distócico.

En el estudio que se presenta, el grupo casos, es decir las gestantes que mostraron parto distócico durante el trabajo de parto, presentaron solo 15.2% (7) sufrimiento fetal agudo terminando la gestación en cesárea, mientras que el grupo control solo fue de 1.1% (1); sin embargo, al análisis este resultado significó ser factor de riesgo (OR 16.33 P 0.0008).

Asimismo, Medina H,²² reporta que una principal causa de la distocia de parto es el sufrimiento fetal agudo 8.3%; mientras que en el estudio de Veintimilla O et al,¹⁰ hallaron -en porcentaje mucho mayor que el reportado en esta tesis-, que el sufrimiento fetal se registró en 36% de sus casos estudiados.

Tabla 3c. Los hallazgos que se reportan sobre las patologías de presentación en el trabajo de parto tenemos que la presentación podálica 8.7% y 2.2%; y. la situación transversa u oblicua 4.3% y 1.1% no mostraron al análisis significancia estadística, queremos suponer por el porcentaje tan pequeño en ambas patologías; sin embargo, resaltamos que en el grupo casos fue ligeramente mayor que en el grupo controles.

Resultado que no coincide con la investigación de Anaya et al¹⁴ (OR: 10.13), Jaramillo D et al,²⁵ (OR:17.98), quienes hallaron que la presentación podálica es un factor de riesgo para parto distócico. Lo mismo, reporta León E et al,²⁴. informando que el 95.7% presentaron situación longitudinal y se mostró asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la situación del feto y para el parto distócico; también en otro reporte como el de Gaona et al,²¹ identificaron que la distocia de presentación (OR: 24), se constituyó en factor de riesgo. Datos opuestos totalmente de los hallazgos en este estudio que se presenta.

Tabla 3d. Los hallazgos encontrados con respecto al canal del parto, se subraya que, del total de gestantes presentaron pelvis no ginecoide es decir estrecha o limite el 6.5%, siendo en el grupo caso ligeramente mayor 13% que en el grupo control 3.3%.

Este hallazgo al someterse al análisis se muestra como factor de riesgo [χ^2 4.81 p 0.0282 OR 4.45, IC 1.06 – 18.69], estadísticamente significativo

Resultado que coincide con el estudio de Jaramillo D et al²⁵, quienes hallaron que la estrechez pélvica es un factor de riesgo para parto distócico (OR: 80.62). Sin embargo, otros estudios como el de Veintimilla O. et al¹⁰ (58.8%) y Medina H²² 14.7% encontraron que las pacientes con estrechez pélvica tuvieron presencia en el total de sus gestantes, pero no significación como factor de riesgo; contrariamente a lo que manifiestan Gaona et al²¹, quienes muestran en su investigación que las distocias óseas es decir la pelvis no ginecoide (OR: 4) se exponen como factor de riesgo.

Vera E (2019)²⁷ en Perú, refiere que existen factores asociados a la mala anatomía de la pelvis; presentándose en 46% de sus gestantes.

V. CONCLUSIONES

- Los factores de **riesgo preconcepcionales** asociados a partos distócicos estudiadas en la investigación fueron; el índice de masa corporal (IMC) inadecuada, cesárea anterior, prematuridad y miomatosis uterina.
- Los factores de **riesgo anteparto** asociados a partos distócicos estudiadas en la investigación fueron los resultados de laboratorio hemoglobina anemia moderada; ecográficos de oligohidramnios, placenta previa y bradicardia fetal.
- Los factores de **riesgo intraparto** asociados a partos distócicos estudiadas en la investigación fueron: la duración de la fase activa (Inadecuada) del parto, la preeclampsia severa y sufrimiento fetal agudo; asimismo, la presencia de pelvis estrecha o límite.

VI. RECOMENDACIONES

A los profesionales Obstetras:

- Concientizar a las gestantes sobre la importancia de los controles prenatales para la detección oportuna de estos factores de riesgos y así establecer una estrategia dirigida a prevenir el trabajo de parto distócico y evitar las consecuencias maternas – perinatales.
- Continuar la promoción y prevención sobre los factores de riesgo asociados a partos distócicos, mediante charlas de prevención a través de programas como el de Psicoprofilaxis Obstétrica.
- Fomentar la vigilancia exhaustiva e integral en gestantes que muestren alguno de los factores, con el propósito de disminuir la frecuencia de los partos distócicos y evitar las complicaciones materno-fetales relacionadas con ellos.
- Realizar otros estudios, con mayor población de gestantes y en diversas instituciones de salud donde se atienda a la gestante.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Yuca C, Collana S. Características Epidemiológicas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018. [Internet]. Perú Universidad Andina del Cusco Facultad de Ciencias de la Salud; 2019. [Citado el 10 de marzo del 2021]. Disponible en:
<http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/3244>
2. Fescina R. Schwarcz R. Duverges C. Obstetricia. Editorial: El Ateneo. Ed. 7°. Buenos Aires Argentina. 2016. p.584.
3. France. América Latina, la región con la mayor tasa de cesáreas del mundo. Periódico France24 [Internet] 2018. [Citado el 14 de abril del 2021]. Disponible en:
<https://www.france24.com/es/20181012-america-latina-la-region-con-la-mayor-tasa-de-cesareas-del-mundo>
4. Huillca L. Características de las gestantes con parto distócico atendidos en el Hospital de Apoyo de Huanta [Internet]. Universidad Nacional de Huancavelica. Facultad de Ciencias de la Salud. Huancavelica – Perú 2021 [Citado el 10 de marzo del 2021]. Disponible en:
<https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/3711/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2021-HUILLCA%20OROSCO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. OPS/OMS [Internet]. La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria. Ginebra, 2015 [Citado el 10 de abril del 2021]. Disponible en:

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es

6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. [Internet]. Lima: INEI. 2020. [citado el 16 de setiembre del 2021]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/
7. ACOG. Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. Obstet Gynecol. 2019 Feb;133(2):e110-e127. [Internet]. [citado 20 de setiembre del 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30681543/>
8. Cunningham F, Leveno K, Bloom L, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, et al. Williams Obstetricia, 25 edition. [Internet]. 2018 de McGraw-Hill Education. [citado 16 de Setiembre del 2021]. Disponible en: <https://obgyn.mhmedical.com/book.aspx?bookid=1918#141464823>
9. Colán L, Barreto M, Ayala F, León E, Torres F. Factores Asociados al Parto Distócico en gestantes atendidas en Hospital Público de Lima [Internet]. Perú: Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. Vol. 7 Núm. 2; 2018. [citado 07 setiembre 2021] Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/116/120>
10. Veintimilla O, Ledezma M, Marrero D, López L, Loor H. Factores de riesgo asociados a distocias del mecanismo del parto en gestantes primíparas atendidas en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda [Internet]. Ecuador: Universidad Técnica

- de Manabí.2020;4(2):1-8 [Citado 15 de agosto 2021] Disponible en:
<https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/2725/2821>
11. Aguilar L, Lázaro M. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante. [Internet]. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2019. Lima [Citado 23 de agosto de 2021] Disponible en:
<https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/depydan/documentosNormativos/Guia%20T%C3%A9cnica%20VNA%20Gestante%20Final%20-%20Versi%C3%B3n%20Final%20-.pdf>
 12. Céspedes P. Control prenatal y factores asociados con el parto distócico en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, Cusco 2018. [Internet]. Perú: Universidad Nacional San Antonio de Abad del Cusco. 2019. [Citado 19 de agosto 2021] Disponible en:
<http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/4044/253T20190230.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 13. Fernández J, Paublete M, Gonzales M, Carral F, Carnicer C, Vilar A, et al. Sobrepeso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2016;33(6): 1324-9. [Citado 20 de agosto 2021] Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33n6/original10.pdf>
 14. Anaya A, Londoño F, Lorena Pérez V, Ortiz R. Caracterización de las pacientes llevadas a cesárea según modelo de Robson y exploración de factores asociados en gestantes atendidas en el hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán-Colombia. 1 de enero de 2016 a 30 de junio de 2016. [Internet]. Rev. chil.

- obstet. Ginecol. 2017. [Citado 05 setiembre del 2021] Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262017000500491&script=sci_arttext&tlng=e
15. Magallanes-Corimanya M, Barazorda-Huyhua MI, Roa-Meggo YJ. Índice de masa corporal pregestacional, ganancia de peso gestacional y retención de peso posparto. Rev Cuba Obstetr Ginecol [Internet]. 2018 [citado 28 Sep 2021]; 44(1): Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/313>
16. López F. Prevalencia y factores de riesgo asociados a distocias, en pacientes atendidas Hospital Aida León de Rodríguez Lara, desde noviembre del 2016 a mayo del 2017. [Internet]. Universidad Católica de Cuenca. Unidad Académica de Salud y Bienestar. Facultad de Medicina. Cuenca – Ecuador 2017. [Citado 05 octubre del 2021] Disponible en: <http://186.5.103.99/bitstream/reducacue/7517/1/9BT2017-MTI52.pdf>
17. Díaz C. Factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto. Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2011 [Internet]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015:101 pp. [Citado el 04 de abril del 2021]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4147/D%c3%adaz_rc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Delgado V. Factores que desencadenan parto distócico en las embarazadas que se asisten al Hospital General Sur Delfina Torres De Concha. Esmeraldas, 2019. [Internet]. Universidad Católica Sede Esmeraldas, 2019. [Citado 05 octubre del 2021] Disponible en:

<https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1844/1/DELGADO%20LA%20JONES%20%20VANESSA%20SOLANGE.pdf>

19. Padilla L, González G, Trejo J, Vega G, Cabrera C, Campos A, et al. Factores de riesgo en la operación cesárea. México. 2008. [Internet] Rev. México. Ginecol Obstet.2008. [Citado 24 de septiembre del 2021] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom087f.pdf>

20. Meza A. Macrosomía fetal como factor asociado para parto vaginal fallido en gestantes con cesárea previa atendidas en el Hospital Rezola de Cañete 2016-2017. [Internet] Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana. Manuel Huamán Guerrero. Lima-Perú 2018. [Citado 05 de octubre del 2021] Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1383/AMEZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

21. Gaona L, Peña K, Quevedo L, Ulloa A. Incidencia de distocias en la unidad de servicios de Salud Victoria Subred Centro Oriente de Bogotá D.C y el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha (Cundinamarca) en el año 2015. [Internet] Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Bogotá, Colombia. 2017. [Citado 20 setiembre del 2021] Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/775/TRABAJO%20FINAL%20DE%20GRADO%20DISTOCIAS%20PDF.pdf>

22. Medina H. “Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a diciembre del 2015”. [Internet] Lima – Perú: Universidad Ricardo Palma. 2016 [Citado 05 setiembre del 2021] Disponible en:

https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/555/Medina_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. León, J. Factores asociados a cesárea en primigestas del hospital Nacional Sergio E. Bernales, Lima 2020 [Internet] Universidad Privada San Juan Bautista. 2021. [Citado el 04 de abril del 2021]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/3258>
24. León E, Torres F. Factores maternos, fetales y socioculturales asociados al parto distócico en gestantes atendidas en Hospital de Huaycán - 2017. [Internet] Universidad Privada Telesup. Facultad de Salud y Nutrición. Escuela Profesional De Obstetricia. Lima – Perú 2018 <https://repositorio.utelesup.edu.pe/bitstream/UTELESUP/813/1/LEON%20MORET O%20ELKE%20LUCILA-TORRES%20LINARES%20FRIZSIA%20ROMINA.pdf>
25. Jaramillo Moreno D. Jaramillo Chica D. Parto distócico y factores relacionados en pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, enero del 2015 - junio del 2016. [Internet] Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca. 2017: 59pp. [Citado 13 setiembre del 2021] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/26951>
26. Iser O. Romero M. Factores de riesgo asociados a la cesárea primitiva Hospital Nacional Simao Mendes. Guinea Bissau. 2017. Multimed [Internet]. 2019 Jun [Citado 13 setiembre del 2021]; 23 (3): 447-459. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000300447&lng=es

27. Vera E. Factores asociados a distocia del trabajo de parto, Hospital II-2 Tarapoto, 2016 – 2018 [Internet] Universidad Cesar Vallejo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela Académico Profesional de Medicina. Trujillo – Perú 2019 [Citado 13 setiembre del 2021] Disponible en:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40368/Vera_LEE.pdf?sequence=1&isAllowed=y

28. Santillan J, Chilipio M. Obesidad y Ganancia de Peso Gestacional Como Factores de riesgo para Macrosomía Neonatal. Rev Int Salud Materno Fetal. [Internet]. 2018 [Citado 13 setiembre del 2021] 3(4): 11 -16. Disponible en:

<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/79/87>

VII. ANEXOS

ANEXO I: INSTRUMENTO

ANEXO 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PARTOS DISTÓCICOS

- Presenta (casos) No presenta (controles)

I. FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONALES

a. Antecedentes

Peso pregestacionalKg

- Inadecuado (< 18,5 y > 25,0) Adecuado (18,5 a < 25,0)

Tallacm

- Inadecuado (debajo de 1,57m) Adecuado (\geq 1,57 m)

Índice de masa corporal (IMC) (Kg/m²)

- Inadecuado Adecuado
Delgadez < 18,5; Normal 18,5 a < 25,0
Sobrepeso 25,0 y < 30,0;
 \geq 30,0 Obesidad

Periodo intergenésico

- Inadecuado (<18 meses y > 60meses)
 Adecuado (entre 18 y 60 meses)

b. Antecedentes patológicos:

	Si	No
Abortos		
Cesárea anterior		
Infecciones del tracto Urinario (ITU)		

Patológico	Si	No
Miomatosis Uterina		
Prematuridad		

II. FACTORES DE RIESGO DEL ANTEPARTO

a. Patologías en la gestación

- Anemia
 SI
 NO

- ITS – Condilomatosis
 SI
 NO

b. Resultados de Exámenes Auxiliares

Laboratorio

Hemoglobina (Mg/dl)

Anemia leve (10.0 -10.9g/dl)

Anemia moderada(7.0 – 9.9g/dl)

Ecográficos

Oligidramnios

Placenta Previa

RCIU

Bradicardia Fetal

Circular de Cordón

Feto grande para la edad gestacional

III. FACTORES DE RIESGO DEL INTRAPARTO

Inicio del trabajo de parto

No Espontáneo*

Espontáneo

Fase activa

Adecuado <6 horas

Inadecuado >6 horas

Patologías en el trabajo de parto

Preeclampsia Leve

Preeclampsia Severa

Sufrimiento Fetal Agudo

Patologías de presentación

Presentación

Cefálica

Podálico

Situación

Longitudinal

Transverso/oblicuo

Canal del parto

Pelvis Ginecoide

Pelvis No ginecoide (Estrecha/Limite)

=====

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDIDA	Instrumento
VARIABLE DEPENDIENTE	Partos distócicos	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta (casos) • No presenta (controles) 	Nominal	Ficha de datos
VARIABLE INDEPENDIENTE FACTORES DE RIESGO	Factores de riesgo pre concepcionales	Peso pregestacional (Kilogramos) <ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado (< 18,5 y > 25,0) • Adecuado (18,5 a < 25,0) 	Ordinal	Ficha de datos
		Talla (Centímetros) <ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado (debajo de 1,57m) • Adecuado (\geq 1,57 m) 	Ordinal	
		Índice de masa corporal (IMC) Inadecuado <ul style="list-style-type: none"> • Delgadez < 18,5 Kg/m² • Sobrepeso 25,0 y < 30,0 Kg/m² • Obesidad \geq 30,0 Kg/m² Adecuado <ul style="list-style-type: none"> • Normal 18,5 a < 25,0 Kg/m² 	Intervalo	
		Periodo intergenésico <ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado (<18 meses y > 60meses) • Adecuado (entre 18 y 60 meses) 	Intervalo	
		Antecedentes patológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Abortos • Cesárea anterior • Infecciones del tracto Urinario • Miomatosis • Uterina • Prematuridad <p style="text-align: right;">SI/NO</p>	Nominal	

	Factores de riesgo anteparto obstétricos	Patologías en la gestación <ul style="list-style-type: none"> • Anemia • ITS – Condilomatosis • Hiperémesis gravídica • Amenaza de parto prematuro • Pielonefritis • Amenaza de aborto 	Nominal	Ficha de datos
		Resultados de Exámenes Auxiliares <p>Hemoglobina (Mg/dl)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia leve (10.0 -10.9g/dl) • Anemia moderada(7.0 – 9.9g/dl) <p>Ecográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olighidramnios • Placenta Previa • RCIU • Bradicardia Fetal • Circular de Cordón • Feto grande para la edad gestacional 	Intervalo Nominal	
	Factores riesgo del intraparto	Inicio del trabajo de parto <ul style="list-style-type: none"> • No Espontáneo (Estimulación/accentuación) • Espontáneo 	Nominal	Ficha de datos
		Fase activa <ul style="list-style-type: none"> • Adecuado <8 horas • Inadecuado >8 horas 	Nominal	
		Patologías en el trabajo de parto <ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia Leve • Preeclampsia Severa • Sufrimiento Fetal Agudo 	Nominal	
		Patologías de presentación <ul style="list-style-type: none"> • Presentación Podálico • Presentación Cefálica 	Nominal	
		Situación <ul style="list-style-type: none"> • Longitudinal • Transverso/oblicuo 	Nominal	
		Canal del parto <ul style="list-style-type: none"> • Pelvis Ginecoide • No ginecoide (Estrecha/Limite) 	Nominal	

ANEXO3: CARTA DE ACEPTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE APLICÓ EL INSTRUMENTO



GOBIERNO
REGIONAL
CALLAO

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
HOSPITAL SAN JOSE



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Callao, 08 de abril de 2021

OFICIO N° 679 -2021-GRC / DE- UADI-HSJ

Señorita
MIREYA EVELYN BRAVO ROMERO
Presente.-

Asunto: Autorización para Trabajo de Investigación

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarle cordialmente y comunicarle que se ha visto por conveniente autorizar el desarrollo del Trabajo de Investigación titulado "Factores de riesgos asociados a partos distócicos en gestantes atendidas en el Hospital San José del Callao, durante el mes de enero - abril del año 2020". Para ello, deberá realizar las coordinaciones con la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, a fin de que se le brinden las facilidades para los procedimientos de su investigación.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
HOSPITAL SAN JOSE
MOS PABLO SANTIAGO R. MITTA CUNAY
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 17968 R.N.E. 8023



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
HOSPITAL SAN JOSE



UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Comité Institucional de Ética en Investigación

INFORME DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN N° 008-2021

Carmen de La Legua-Reynoso, 06 de abril de 2021

MIEMBROS
DEL COMITÉ

Presidente
DR. RENÉ EDWIN
CABRERA ROBLES
Médico

DR. MICHAEL
ALEXANDER AYUDANT
RAMOS
Médico

DR. ALAN GUEVARA
SILVA
Médico

Q.F. JUANA YOLANDA
RUMICHE PINGO
Químico-Farmacéutica

LIC. EDILICIA MARIA
CURI GAVILÁN
Enfermera

LIC. ALICIA MÓNICA
ASCONA TAPIAZA
Enfermera

LIC. FRIDA ERMELINDA
BASURCO BURGOS
Enfermera

OBST. NILDA SOLEDAD
PENTADO PASAPERA
Obstetra

BIOL. PAULA BERRIOS
NUÑEZ
Bióloga

Asistente Administrativo
SR. JEAN CARLOS RIEGA
DEL RÍO

Código del protocolo (Número-año): 007-2021
Versión/fecha del protocolo: 001 - 01/02/2021
Hoja de información al paciente/sujeto (versión/fecha): No requerido

Título
"Factores de riesgos asociados a partos distóclicos en gestantes atendidas en el Hospital San José del Callao, durante el mes de enero - abril del año 2020"

Investigadora:
Bravo Romero Mireya Evelyn
Egresada de la Carrera Profesional de Obstetricia


Institución vinculada al Investigador/a:
Universidad de San Martín de Porres

El Comité de Ética en Investigación del Hospital San José, en su reunión de fecha 06/04/2021, tras la evaluación de la propuesta de la investigadora relativa al tema mencionado, y teniendo en consideración los siguientes aspectos:

1. Respeto de los principios de ética en investigación,
2. Interés científico y relevancia del estudio,
3. Grado de eventual perturbación a los pacientes y al funcionamiento del centro asistencial,
4. Beneficios para el paciente, la Institución y el país,
5. Consideraciones metodológicas del estudio.

El CIEI del Hospital emite un dictamen de **APROBACIÓN SIN MODIFICACIONES**, por lo cual recomienda se brinde a la investigadora las facilidades para el desarrollo de la investigación, a través de la UADI.

Hospital San José
Comité de Ética en Investigación


Dr. René Edwin Cabrera Robles
Presidente del Comité de Ética en Investigación
CMP 15034