



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**Facultad De Ciencias Médicas**  
**Carrera De Medicina**

**Caracterización del parto distócico en mujeres embarazadas del Hospital  
"Homero Castanier Crespo" Azogues 2020.**

**Trabajo de titulación previo a la  
obtención de título de Médico.**

**Modalidad: proyecto de investigación**

**Autores:**

Pedro José Barriga León

CI: 0106655301

[pedrisky31@gmail.com](mailto:pedrisky31@gmail.com)

Daniel Alberto Encalada Vásquez

CI:0350192506

[danie96encalada@gmail.com](mailto:danie96encalada@gmail.com)

**Director:**

Dr. Manuel Jaime Ñauta Baculima

CI: 0101835700

**Cuenca-Ecuador**  
**9 de marzo del 2022**



## Resumen

**Antecedentes:** existen varias causantes que impiden que el trabajo de parto se desarrolle de manera normal presentando varias complicaciones que aumentan la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, donde figuran variables relacionadas con la madre, feto o ambos. Actualmente, el parto distócico es la principal indicación para una cesárea, teniendo América Latina el primer lugar de la tasa de nacimientos por cesárea y Ecuador se ubica en el quinto lugar.

**Objetivo:** Caracterización del parto distócico en mujeres embarazadas del Hospital "Homero Castanier Crespo" Azogues 2020.

**Diseño Metodológico:** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en las 1389 pacientes atendidas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues durante el año 2020, teniendo como muestra 452 pacientes equivalentes al 32,55%.

**Resultados:** de las 1389 pacientes atendidas durante el año 2020, 452 pacientes presentaron parto distócico equivalente al 32,55%, mayor porcentaje en primíparas 50,44%; el 88,94% de las distocias terminaron en cesárea; las distocias dinámicas fueron las mas prevalentes con el 45,80%, siendo las cuantitativas las mas predominantes con el 80,19%.

**Conclusiones:** se identificó que las variables como las medidas antropométricas, edad materna, antecedentes obstétricos, enfermedades del embarazo, el número de controles prenatales, características del neonato, intervienen en el desarrollo de distocias; es menester incluirlas en los protocolos de prevención y manejo para lograr una disminución de su prevalencia.

**Palabras clave:** Distocia. Mortalidad materna. Cesárea. Prevalencia. Trabajo de parto. Complicaciones del Embarazo.



## Abstract

**Background:** There are several causes that prevent labor from developing normally, presenting several complications that increase maternal and perinatal morbidity and mortality, where variables related to the mother, the fetus or both are included. Currently, dystocic delivery is the main indication for a cesarean section, having in Latin America the first place in the rate of births by cesarean section and Ecuador is in fifth place.

**Objective:** Characterization of dystocic delivery in pregnant women at the "Homero Castanier Crespo" Hospital Azogues 2020

**Methodological design:** a descriptive, retrospective cross-sectional study was carried out in the 1389 patients treated in the gynecology and obstetrics area of the Homero Castanier Crespo Hospital in the city of Azogues during the year 2020, with a sample of 452 patients equivalent to 32.55 %.

**Results:** Of the 1389 patients treated during the year 2020, 452 patients presented dystocic delivery equivalent to 32.55%, a higher percentage in primiparous women 50.44%; 88.94% of the dystocias ended in cesarean section; dynamic dystocias were the most prevalent with 45.80%, with quantitative dystocias being the most predominant with 80.19%.

**Conclusions:** it was identified that variables such as anthropometric measurements, maternal age, obstetric history, pregnancy diseases, the number of prenatal check-ups, characteristics of the newborn, are involved in the development of dystocia; it is necessary to include them in prevention and management protocols to achieve a decrease in their prevalence.

**Keywords:** Dystocia. Maternal mortality. Cesarean section. Prevalence. Labor. Pregnancy complications.



INDICE

<b>CAPÍTULO I</b> .....	13
<b>1.1 INTRODUCCIÓN</b> .....	13
<b>1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	14
<b>1.3 JUSTIFICACIÓN</b> .....	16
<b>CAPÍTULO II</b> .....	17
<b>2. FUNDAMENTO TEÓRICO</b> .....	17
<b>CAPÍTULO III</b> .....	26
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	26
<b>3.1 Objetivo General</b> .....	26
<b>3.2 Objetivos Específicos</b> .....	27
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	27
<b>4. DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	27
<b>4.1 Tipo de estudio</b> .....	27
<b>4.2 Área de Estudio</b> .....	27
<b>4.3 Universo y muestra</b> .....	28
<b>4.4 Criterios de inclusión y exclusión</b> .....	28
<b>4.5 Variables de estudio</b> .....	28
<b>4.6 Operacionalización de las variables</b> .....	29
<b>4.7 Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información</b> .....	29
<b>4.8 Aspectos Éticos.</b> .....	29
<b>4.9 Plan de tabulación y análisis.</b> .....	30
<b>CAPITULO V</b> .....	31
<b>RESULTADOS.</b> .....	31
<b>Tabla 1. Prevalencia de distocia en 1389 partos atendidos en el departamento de obstetricia del “Hospital Homero castanier Crespo” Azogues año 2020.</b> .....	31
<b>CAPITULO VI</b> .....	41



<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	41
<b>CAPÍTULO VII</b> .....	47
<b>6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	47
<b>7.1 Conclusiones</b> .....	47
<b>7.2 Recomendaciones</b> .....	47
<b>CAPÍTULO VIII</b> .....	49
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	49
<b>CAPITULO IX</b> .....	56
<b>8. ANEXOS</b> .....	56
<b>Anexo N° 1: Operacionalización de variables</b> .....	56



### **Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional**

---

Pedro José Barriga León en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Caracterización del parto distócico en mujeres embarazadas del Hospital "Homero Castanier Crespo" Azogues 2020" de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVA E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca en licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de al obre, confines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 9 de marzo de 2022

.....  
Pedro José Barriga León  
C.I: 0106655301



**Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional**

---

Daniel Alberto Encalada Vásquez en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Caracterización del parto distócico en mujeres embarazadas del Hospital "Homero Castanier Crespo" Azogues 2020" de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVA E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca en licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de al obre, confines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 9 de marzo de 2022

.....  
Daniel Alberto Encalada Vásquez  
C.I.:0350192506



### Cláusula de propiedad Intelectual

---

Daniel Alberto Encalada Vásquez, autor del trabajo de titulación "Caracterización del parto distócico en mujeres embarazadas del Hospital "Homero Castanier Crespo" Azogues 2020" certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 9 de marzo de 2022

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and strokes, positioned above a dotted line.

.....  
Daniel Alberto Encalada Vásquez  
C.I:0350192506





### Cláusula de propiedad Intelectual

---

Pedro José Barriga León, autor del trabajo de titulación "Caracterización del parto distócico en mujeres embarazadas del Hospital "Homero Castanier Crespo" Azogues 2020" certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 9 de marzo de 2022

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized, overlapping loops and lines, positioned above a dotted line.

.....  
Pedro Jose Barriga Leon  
C.I: 0106655301



## AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradecemos a la Universidad de Cuenca y a todo el personal docente y administrativo, por todo el empeño, esfuerzo y dedicación en sus actividades diarias, brindadas siempre con calidez y profesionalismo, con entusiasmo decimos que toda enseñanza siempre en nuestra mente permanecerá.

Un agradecimiento muy especial al estimable Doctor Jaime Ñauta Baculima, que, gracias a su entrega, confianza y dedicación en cada paso de la realización de este proyecto, supo guiarnos de la mejor manera para llegar a la meta de tan anhelado objetivo.

Finalmente, pero no menos importante un sincero agradecimiento a las autoridades del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues, por brindarnos el espacio para la realización de nuestro proyecto de investigación.

**PEDRO JOSÉ BARRIGA LEÓN**  
**DANIEL ALBERTO ENCALADA VÁSQUEZ**



## **DEDICATORIA**

Este proyecto está dedicado en primer lugar a Dios por las bendiciones vertidas sobre mi persona, que me han permitido a esta estancia de mi vida.

A mis queridos padres Diego Fabián y Doris Cecilia, quienes, gracias a su esfuerzo, sacrificio y dedicación lograron sacarnos adelante, cuyos valores y principios trato de replicar en cada instancia de mi vida, no me alanzara la vida para devolverles todo lo que han hecho por mí, a mis hermanos por brindarme su fuerza y tiempo para escucharme cuando más los necesitaba, y por los consejos valiosos que me compartieron, nada mas que decir que en este momento especial llevo en mi mente y en mi corazón a todas las personas que me han ayudado para que logre cumplir mi meta.

**Pedro José Barriga León**



## DEDICATORIA

A Dios, padre celestial, mi guía espiritual; quien a lo largo de toda mi vida me ha regalado sabiduría y fortaleza para seguir en este arduo camino.

Una dedicatoria muy especial a mi padre Wiliam Encalada quien ha sido mi pilar y consejero en momentos difíciles; a mi madre Mónica Vásquez quien con todo el amor de una madre me acompaño, entendió y supo hacer de mí la persona que hoy en día soy.

A mi hermana Gabriela Encalada, mi compañera en cada etapa de la vida, quien ha permanecido a mi lado llenando cada instante de alegría y motivándome a mejorar diariamente para tratar de ser su ejemplo de lucha en cada batalla.

A mi familia y seres queridos quienes siempre con una palabra de apoyo supieron motivarme y llenar mi ser de fuerzas para continuar en este largo camino.

Sin temor a equivocarme manifiesto que no estaría en este punto de mi vida sin el apoyo, amor, y tan anhelada dedicación de cada una de estas personas que son mi vida.

**Daniel Encalada Vásquez**



## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

El embarazo es un fenómeno biológico, psicosocial y social que afecta a las mujeres en edad reproductiva, donde el parto constituye el final del mismo, caracterizándose por la salida del feto y sus anexos desde el útero a través del canal del parto (1). El normal desarrollo del trabajo del parto y el parto como tal constituyen procesos naturales y fisiológicos de vital relevancia en el bienestar del neonato y la salud de la madre (2).

Cualquier alteración que se produzca durante el normal proceso del trabajo del parto, como puede ser una disdinamia uterina, una irregularidad en la presentación, posición y situación fetal, disfunciones en la morfología ósea de la pelvis materna, entre muchas otras alteraciones que se puedan presentar tanto en la madre como en el feto, conllevan a la suspensión del progreso del parto, produciéndose un trabajo de parto prolongado, denominado distocia, proceso que puede conllevar a un incremento en la morbilidad materna y fetal (1)(2).

La Organización Mundial de la Salud sobre los partos distócicos, menciona que constituye la principal causa que origina un incremento en la morbilidad y mortalidad materno-fetal, en este contexto cada alteración en el parto varía en base a cada región geográfica y más aún las características maternas y fetales que presentan; esas variables incrementan o disminuyen de esta manera su frecuencia (3). En la actualidad la cesárea constituye el procedimiento más



empleado para la resolución de una distocia, donde el 18,6 % de todos los nacimientos a nivel mundial ocurren por cesárea, con frecuencias tan altas como el 40,5 % en América Latina y el Caribe (2).

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el trabajo de parto lento o distócico constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad materno-fetal teniendo en consideración que en determinadas ocasiones es difícil establecer el mecanismo principal por el cual se produce, como se puede establecer en el trabajo realizado en el Hospital Dr. José R. Vidal- Argentina, en el cual se registró 4016 nacimientos, se pudo determinar que el 32% terminó en cesárea por múltiples causas entre las cuales tenemos que el 9,76% de los participantes presentaron falta del progreso del trabajo del parto, 9,04% distocia de presentación, 3,80% desproporción feto pélvica 3,30% embarazo gemelar (23).

Según el estudio realizado por Guerrero en el año 2015 sobre “La caracterización de la mortalidad materna en Ecuador”, señala que durante las últimas dos décadas las tasas de mortalidad han disminuido un 51,45% llegando a 43 casos por cada mil nacidos vivos, las tasas de mortalidad fueron mayores en mujeres afro ecuatorianas o indígenas, que superaban los 35 años, sin educación básica, divorciadas, que residían en áreas rurales, que no disponían de un centro de salud cercano, sin someterse a ningún control prenatal, cuya terminación del embarazo fue por cesárea. Por último, la causa de mortalidad más prevalente fueron los trastornos hipertensivos, (11)(12).

El presente trabajo se basa en las líneas de investigación del Ministerio de Salud Pública (MSP) 2013-2017 que corresponde a la versión más actualizada en el área 5: MATERNAS, en la línea obstrucción de la labor, en las sublíneas: Perfil epidemiológico, Población vulnerable, Complicaciones y secuelas, Información y



comunicación, Sistemas de referencia y contra referencia e Impacto psicosocial (13).

Existen varias medidas destinadas a disminuir la mortalidad materna, como lo menciona una de las metas de los “Objetivos de desarrollo sostenible” de la Organización de Naciones Unidas (ONU) (21). Teniendo en cuenta estas premisas previas, el presente trabajo de investigación se focaliza en los factores que pueden presentarse al momento del parto y que se relacionan con resultados adversos tanto para la madre como para el neonato, por lo que es menester determinar ¿Cuál es la frecuencia de partos distócicos?, y ¿Cuáles son las características más comunes en los mismos?

Debido a la gran variedad de situaciones que pueden presentarse en el parto, una muy efectiva herramienta de prevención son los controles prenatales, así como lo establece el estudio realizado en el Hospital Nacional 2 de Mayo en Perú durante el año 2016, donde se estableció que el 55% de los pacientes en estudio tuvieron controles prenatales inadecuados y solo el 45% tuvieron controles adecuados, estableciendo como un límite adecuado 5 controles, de los cuales se registró que el grupo que tuvo controles inadecuados presentó una mayor prevalencia de eventos adversos durante el trabajo de parto (22). Se debe considerar que se sigue teniendo en cuenta varios mecanismos que se desarrollaron hace varios años, sin considerar los avances que ha tenido la medicina en el periodo contemporáneo. Teniendo en cuenta que en nuestro medio se dispone de poca información sobre la prevalencia de esta patología y teniendo además en consideración que las alteraciones que podrían llegar a desencadenarla son en su mayoría prevenibles, en este proyecto investigativo se planteo la siguiente interrogante:

¿Establecer las principales características materno-fetales relacionadas de partos distócicos en las pacientes atendidas durante el periodo enero a



diciembre del 2020 en el área de ginecología y obstetricia del “Hospital Homero Castanier Crespo”?

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la mortalidad materna a nivel global, indican que el embarazo y el parto ocasionan 830 muertes maternas diarias, la mayoría prevenibles, afectando en gran medida a los países subdesarrollados, Ecuador al ser un país en vías de desarrollo los servicios de salud pública se enfrentan a múltiples desafíos para brindar un servicio de calidad; posee un territorio nacional que comprende áreas rurales que se han identificado como zonas de difícil acceso a cuidados ginecológicos y obstétricos de calidad. Considerando estas premisas, el estudio realizado en la ciudad de Azogues, contribuye a proporcionar mayor información sobre las principales complicaciones que se pueden presentar durante el parto, como lo son los diferentes tipos de distocias. En base al análisis de la información obtenida se espera determinar los principales tipos de distocia, cual es la mas prevalente de todas, determinar cuales son las características maternas y fetales que mas imperan en cada caso, para así establecer una adecuada prevención, manejo y cuidado al abordar estas situaciones en la practica medica, con el objetivo de disminuir las complicaciones que se pueden acarrear y que pueden incrementar la morbilidad y mortalidad materno y neonatal. Los resultados obtenidos serán de acceso publico en el repositorio digital de la universidad de Cuenca, de la misma manera que se podrá disponer de la información en el lugar de estudio respectivo, esperando que sea de ayuda para futuras investigaciones referentes a esta problemática de salud y que contribuya al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud al momento de la atención de este grupo prioritario.





## CAPÍTULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

Existen diversas complicaciones que se pueden llegar a producir durante las etapas finales del trabajo del parto que evitan que el mismo se lleve de manera normal, procesos que se los conoce como distocias, lo que significa en si una dificultad en el parto basándose principalmente en un avance lento, difícil e inusual del trabajo de parto. Teniendo su punto de origen en 4 complicaciones separadas o que se relacionan entre si. El primero, la disfunción uterina, en la que las fuerzas de las contracciones o su coordinación no son lo suficientemente adecuadas para generar cambios en el cérvix uterino o el esfuerzo de la madre durante las contracciones presenta irregularidades durante la fase siguiente del trabajo de parto; de la misma manera, se puede presentar alteraciones fetales en su dinámica, a la vez que modificaciones en su morfología que ralentizan la normal velocidad del trabajo del parto, también pueden darse alteraciones en la pelvis ósea materna, nombrando por ejemplo una disminución en los diámetros de la pelvis de la madre, mencionando como último punto alteraciones en los tejidos blandos del canal de parto (14).



En base a la investigación desarrollada por Crespo-Ruiz y participes con relación a los partos distócicos, se pudo determinar una prevalencia de 35,1% de partos distócicos, donde se estableció como principales causas un inadecuado control durante el embarazo, madres de talla baja, cesárea anterior, multíparas, primigrávidas, embarazos postérminos, dificultad durante el trabajo de parto, inadecuado control de peso durante el embarazo; estas situaciones son fácilmente detectables en los controles prenatales y deberían ser considerados a la hora de elaborar el plan de parto. Otros condicionantes de distocia son: la presentación fetal diferente a la occipito anterior, sufrimiento fetal, óbito anterior, madres adolescentes o añosas, mujeres con irregularidades anatómicas pélvicas y ruptura de membranas mayor a doce horas (15).

El sobrepeso materno, enfermedades durante el embarazo, complicaciones durante el parto o utilización de fórceps constituyen también factores vinculados con el parto distócico. En un estudio llevado a cabo por Marinetti y asociados determinaron factores adicionales como, prolongación de la primera fase del trabajo de parto sobre las cuatro horas en multigrávidas o superior de ocho horas en primigrávidas, o utilización de medicamentos para la inducción del parto (15).

### **Epidemiología.**

En un informe entregado por la OMS cada 16 segundos un niño nace muerto existiendo cerca de dos millones de nacidos muertos al año, la mayoría de decesos fetales se producen durante el parto con un 40% de frecuencia. Aproximadamente el 84% de los siniestros se producen en países subdesarrollados, un dato importante a recalcar es la pandemia surgida en China durante finales del 2019, que afectó en gran medida el sistema sanitario de varios países, donde que la disminución de más de la mitad de los recursos destinados a los servicios de salud podría conllevar a más de 200.000 defunciones fetales durante un periodo de 12 meses en aproximadamente 117 países de ingresos medios o bajos (5).



La distocia durante el parto conlleva un gran riesgo tanto para la madre como para el feto y es la principal indicación para una cesárea, siendo en el mundo, América Latina la más afectada por esta práctica que representa el 44,3 % de los nacimientos. A nivel mundial el número de nacidos por cesárea se duplicó en 15 años del 12% al 21 % del 2000 al 2015 superando el 40% en 15 países entre ellos Ecuador con una tasa aproximada de 45,5% siendo el quinto país con mayor número de cesáreas de América latina y el séptimo en el mundo (4).

En otro estudio de la OMS sobre mortalidad materna indica que alrededor de 60.000 muertes maternas registradas en 115 países, el 9% de ellas se debía a un parto obstruido (6). En Ecuador se producen 300.000 nacimientos al año de ellos el 15% de las mujeres embarazadas presenta complicaciones debido a factores relacionados con el embarazo y el parto, según los resultados de un estudio realizado en el hospital Francisco de Orellana de la ciudad de Quito-Ecuador durante el año 2019, donde las principales complicaciones obstétricas se debían a trastornos hipertensivos, sepsis y partos obstruidos, representando este último el 4% del estudio (7).

### **Fisiología del trabajo de parto**

El trabajo de parto es un proceso continuo, que se divide en diferentes etapas y fases. El trabajo de Friedman en la década de 1950 ha sido la base para evaluar la progresión normal del trabajo de parto, donde se estudiaron las observaciones estadísticas de 500 mujeres nulíparas a término. El trabajo de parto se dividió en 2 etapas, primera y segunda. La primera etapa se dividió a su vez en una fase latente y una activa (16).

### **Fase latente**

La fase latente tiene su origen en el preámbulo del trabajo de parto, la percepción de las contracciones, que progresa con el borramiento cervical y dilatación continua del cérvix del útero, hasta el inicio de la fase activa. La duración varía mucho y por lo general está mal definida. Según American College of



Obstetricians and Gynecologist (ACOG) una fase latente prolongada se define como más de 20 horas para las nulíparas y 14 horas para las multíparas. Según la definición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10), la fase latente prolongada se define como más de 15 horas en nulíparas y 11 horas para parturientas. La distocia del trabajo de parto no se puede diagnosticar durante la fase latente.

### **Fase activa de la primera etapa del trabajo de parto**

Esta se demuestra por un aumento en la frecuencia e intensidad de las contracciones, una mayor dilatación cervical y, en última instancia, el descenso fetal. Por lo general, comienza con la dilatación cervical de 3-5 cm y continúa hasta que el cuello uterino esté completamente dilatado (10 cm).

### **Segunda etapa del trabajo de parto**

Definiéndose como la duración desde la dilatación cervical completa hasta el nacimiento del feto. Comienza con la fase descendente, también llamada fase pasiva, con un descenso pasivo de la cabeza fetal. La fase pasiva es seguida por la fase activa, también conocida como fase expulsiva. La fase activa de la segunda etapa del trabajo de parto comienza cuando las contracciones se vuelven expulsivas o cuando la mujer empuja de forma voluntaria y activa (16). El límite superior normal de duración de la segunda etapa del trabajo de parto en mujeres nulíparas ha sido históricamente de 2 horas. Este límite se estableció en un estudio de 1952 de Friedman, donde se informó un aumento de la mortalidad infantil después de 2,5 horas y la regla de las 2 horas se convirtió en el estándar para futuras investigaciones. La duración normal de la segunda etapa del trabajo de parto para nulíparas ha sido comúnmente definida como 2 horas y 3 horas con analgesia epidural. Los límites correspondientes para mujeres multíparas han sido de 1 y 2 horas, respectivamente (16). Según un estudio de



Allen VM, et all, sobre los resultados maternos y perinatales con el incremento de la segunda fase del trabajo de parto indica que la duración normal del expulsivo depende de cada embarazada, y puede ser hasta tres horas para nulíparas sin analgesia epidural, cuatro horas para nulíparas con analgesia epidural; en cuanto a las mujeres multíparas sin analgesia epidural un máximo de dos horas, y para multíparas con analgesia epidural, hasta tres horas. (43)

### **Anomalías de las fuerzas expulsivas.**

Las distocias dinámicas incluyen las alteraciones de la contractibilidad uterina, que convierten a las contracciones uterinas en ineficaces para la progresión adecuada del parto. Abarcan alteraciones por exceso o falta de coordinación de la actividad contráctil del miometrio durante el trabajo de parto. Las distocias dinámicas que se presentan en un parto distócico se asocian en dos grupos o síndromes: disfunción uterina hipotónica en la que presentan hipotonía, bradisistolia, hiposistolia y la disfunción uterina hiperdinamica, donde se tiene a la hipertonia, taquisistolia, hipersistolia. En general no se conoce con exactitud las causas ni los mecanismos responsables de las distocias dinámicas. La regulación y expresividad de la dinámica uterina depende de los factores hormonales, bioquímicos, mecánicos y nerviosos, interrelacionados entre sí, lo que dificulta el conocer la causa de cada tipo de disdinamia (16).

Cuando la hipofunción del útero, que se traduce por disminución de la intensidad y de la duración de las contracciones, se entiende como primaria si se origina al principio del trabajo del parto, mientras que se considera secundaria si le precede un periodo de contracción normal, en contraposición con las hiperdinamias, las cuales están divididas en primarias, causadas por la existencia de obstáculos mecánicos en la progresión del parto, en este sentido la hiperfunción de los mediadores bioquímicos del miometrio y el aumento de la excitabilidad de la fibra muscular uterina son las causas más frecuentes. Por su lado, las hiperdinamias secundarias, están causadas por la administración de dosis inadecuadas de oxitocina (16).



### **Distocias Fetales**

En presencia de un feto con un peso mayor al normal puede conllevar a una distocia fetal al obstaculizar o complicar el descenso del mismo por la vía normal del parto, estando mencionando a los fetos macrosómicos (peso mayor a 4000 g), presentándose mayormente en madres con peso elevado al momento del embarazo, que presentan diabetes inadecuadamente controlada, de la misma manera que alteraciones genéticas que pueden acarrear los fetos como: hidrocefalia, tumores o ascitis fetal y fetos siameses. Situaciones que deberían sospecharse en la presencia de un inusual incremento de la altura uterina en relación con la edad gestacional, debiendo confirmarse su diagnóstico con técnicas de imagen como la ecografía en los controles prenatales (11).

### **Distocia de hombros**

La distocia de hombros se define como la dificultad en la salida espontánea de los hombros que requiere de maniobras obstétricas adicionales para producir la expulsión fetal tras la salida de la cabeza. Se había propuesto una definición como distocia de hombros cualquier caso en que la tracción mantenida no sea suficiente para el parto de los hombros y se requieran maniobras adicionales (18).

### **Presentación podálica, pelviana o de nalgas.**

Esta presentación es contemplada por la gran mayoría de sociedades de ginecología y obstetricia entre ellas la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) como un parto distócico, por lo que es recomendado la realización de una cesárea. Se establece según las características del polo podálico que estén en primera posición. Existen varias modalidades como la podálica completa o nalgas impuras: en la que se presenta las nalgas en primera



instancia, mientras mantiene las piernas flexionadas; Podálica incompleta o nalgas puras: en donde presenta exclusivamente las nalgas y mantiene las piernas extendidas a lo largo del abdomen (19).

### **Diagnóstico**

En primer lugar, para el diagnóstico oportuno de un trabajo de parto alterado se debe examinar correctamente a la mujer en estado de gestación, teniendo en cuenta: estado de hidratación, frecuencia cardíaca fetal, actividad uterina, presentación y posición fetal, altura de la presentación (descenso), estado de membranas y líquido amniótico, presencia de signos de desproporción cefalopélvica u obstrucción y el agotamiento materno (9).

En segundo lugar, se debe tener muy en cuenta la situación del partograma, que se realiza en toda mujer embarazada durante el trabajo del parto para registrar el avance del mismo, donde se grafica dos curvas, una de seguridad, y otra de la progresión real del parto; en donde si la curva de dilatación cruza el límite de alerta del partograma, debe ser evaluada por ginecología y obstetricia de esta manera pudiendo determinar una causa probable y tomar medidas adecuadas (9). En este apartado la Organización Mundial de la Salud recomienda el partograma con una línea de acción de 4 horas para el monitoreo del avance del trabajo del parto (3).

Se debe tener una adecuada evaluación de las contracciones uterinas para determinar su frecuencia y su duración teniendo en cuenta que: si tiene dos o menos en 10 minutos, de menos de 40 segundos de duración, o si son ineficaces; en este punto se debe sospechar de actividad uterina inadecuada, si se tiene tres o más contracciones en 10 minutos con una duración de más de 40 segundos y si las contracciones son eficaces se deberá sospechar de una desproporción feto-pélvica, obstrucción, anomalías de posición o presentación (9).

En base a la desproporción cefalopélvica teniendo en cuenta que se produce porque el feto es demasiado grande o la pelvis es demasiado pequeña y en base



de que si el trabajo del parto persiste puede convertirse en un trabajo de parto detenido u obstruido, donde que la mejor manera de tener un conocimiento sobre si una pelvis materna es adecuada es el propio trabajo de parto mediante la documentación que se da en las curvas de alerta del partograma, debido a que la pelvimetría clínica es de valor clínico limitado (9).

### **Fetos macrosómicos y alteraciones maternas**

Según la experiencia medica la prolongación en el tiempo del trabajo del parto en la primera y segunda etapa es mas incidente en mujeres con fetos macrosómicos, si se les compara con mujeres con fetos normosómicos. Un estudio llevado a cabo en neonatos, concluyeron que los macrosómicos, presentaron más riesgo de distocia de hombros cuando la segunda etapa del trabajo de parto se prolonga más de 2 horas. Como se esperaba, afectando principalmente a las primigrávidas con fetos macrosómicos. La relación entre un parto prolongado con la macrosómía fetal conlleva un mayor riesgo de presentar traumatismos maternos, como el parto a través de un proceso quirúrgico, hemorragia posparto y traumatismo perineal (20).

### **Analgesia epidural**

La analgesia epidural es un bloqueo nervioso central en el que se inyectan anestésicos locales en la parte distal del espacio epidural espinal. Esta abole los impulsos nerviosos dolorosos. Los anestésicos locales tienen un efecto dosis respuesta sobre las funciones sensoriales y motoras. Las dosis más bajas bloquean selectivamente los estímulos dolorosos parcialmente, mientras que las dosis más altas afectan las funciones motoras. El bloqueo de los nervios simpáticos produce vasodilatación e hipotensión. En la actualidad se utilizan una menor concentración de anestesia local combinada con diferentes opiáceos, lo que no influye en las funciones motoras, no hay evidencia de un mayor riesgo de cesárea o parto vaginal instrumental con inicio temprano versus inicio tardío de la analgesia epidural durante el trabajo de parto. La duración de la segunda





etapa del trabajo de parto no se ve afectada por el momento de la administración de la analgesia epidural. No hay consenso sobre los efectos en la primera etapa del trabajo de parto (17).

### **Prevención.**

La principal herramienta es un adecuado control prenatal para una rápida determinación de los factores de riesgo y un adecuado manejo y prevención de los mismos, de la misma manera los controles prenatales constituyen una gran oportunidad para el personal médico de brindar información, apoyo y atención a la mujer gestante, estableciendo de esta manera un estilo de vida saludable, con adecuada información nutricional, además de la rápida detección y tratamiento de enfermedades (9).

En este punto la OMS con el nuevo modelo de atención prenatal, recomienda que el número de contactos que el personal médico debe tener con la mujer embarazada se incrementa de 4 a 8 tratando de esta manera de reducir el porcentaje de morbilidad y mortalidad materno-fetales que pueden ser prevenibles (10).

Teniendo en cuenta que solo el 64% de las mujeres embarazadas recibe atención prenatal cuatro o más veces a lo largo del embarazo, la atención adecuada de los primeros controles es de vital importancia, recomendando tener a la mujer gestante el primero durante su primer trimestre y los posteriores entre las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación; de la misma manera se aconseja un control ecográfico antes de las 24 semanas de gestación para de esa manera estimar la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazos múltiples, reducir la inducción del parto en embarazos prolongados además de mejorar la experiencia del embarazo en las mujeres (10).



## CAPÍTULO III

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo General

- Determinar las características maternas y fetales relacionadas con el parto distócico, en mujeres atendidas en el “Hospital Homero Castanier Crespo” durante el periodo enero a diciembre del 2020.



### **3.2 Objetivos Específicos**

- Determinar el número de partos distócicos que se presentaron en el Hospital Homero Castanier Crespo durante el periodo enero-diciembre 2020
- Describir las características antropométricas y antecedentes obstétricos de las gestantes que presentaron parto distócico.
- Describir la frecuencia de los diferentes tipos de partos distócicos.
- Identificar el sexo y peso de los recién nacidos por partos distócicos.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **4.1 Tipo de estudio**

Estudio Observacional descriptivo.

#### **4.2 Área de Estudio**

Hospital Homero Castanier Crespo localizado entre la Avenida Andrés F. Córdova y la calle Luis M. González de la ciudad de Azogues, Unidad operativa de segundo nivel, perteneciente al Ministerio de Salud Pública, de referencia



regional y nacional que consta con todos los equipamientos, infraestructura y personal para solventar diversos tipos de emergencias.

### 4.3 Universo y muestra

**Universo:** se tomó como universo las historias clínicas de las 1389 pacientes atendidas durante el año 2020 en el área de ginecología y obstétrica del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues.

**Muestra:** se tomó como muestra las historias clínicas de las 452 pacientes que presentaron distocia durante el trabajo de parto.

### 4.4 Criterios de inclusión y exclusión

- **Inclusión:** Se incluyó toda la información de la base de datos de las historias clínicas de mujeres embarazadas del servicio de gineco-obstetricia durante la etapa final del embarazo, que hayan presentado alguna complicación que modifique el normal desarrollo del trabajo del parto en el Hospital Homero Castanier Crespo desde enero hasta diciembre del 2020.
- **Exclusión:** Se excluyó todas las historias clínicas incompletas o que culminaron en parto eutócico.

### 4.5 Variables de estudio

Se tomó en cuenta variables demográficas y antropométricas como edad, talla, índice de masa corporal, características obstétricas, datos intrapartos, controles prenatales, datos neonatológicos, tipos de distocias.



#### 4.6 Operacionalización de las variables

Ver Anexo N° 1

#### 4.7 Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información

- **Método:** Estudio Observacional descriptivo.
- **Técnicas:** la información fue recolectada mediante la revisión de datos estadísticos contenidos en la base de datos de las historias clínicas en el servicio de estadística del Hospital Homero Castanier Crespo.
- **Instrumentos:** Para este estudio se recolectó la información de la base de datos de las historias clínicas del área de Gineco - Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo, donde se seleccionó la información de interés de la base de datos de las historias de pacientes con diagnóstico de parto distócico, en el periodo de enero a diciembre del 2020, que cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión, mediante un instrumento de recolección de datos (ANEXO 2), el cual contiene la información pertinente sobre los datos personales y las causas de distocia durante el trabajo de parto.

#### 4.8 Aspectos Éticos.

En nuestra investigación la información registrada se manejó en base al número de historia clínica asignada a cada paciente, manteniendo así la confidencialidad de cada sujeto de estudio, evitando así la vulnerabilidad de la confidencialidad de los datos de identificación, ya que solo fueron utilizados valores numéricos. Estudio que se basó en la espera de tener beneficios para mejorar la calidad de los servicios de salud, basándose en la aplicación de mejores estrategias que



permitan un diagnóstico más oportuno y demostrando la realidad de la creciente prevalencia de partos distócicos.

Los datos obtenidos fueron manejados únicamente por los investigadores, director y demás personas relacionadas en el ámbito investigativo.

Antes de llevar a cabo la recolección de los datos de nuestra investigación, el presente protocolo se sometió a revisiones y tuvo que ser aprobado por los comités de investigación y bioética pertinentes.

#### **4.9 Plan de tabulación y análisis.**

Se procedió con la revisión de los datos y su posterior recolección mediante el programa Microsoft Excel, seguido la tabulación y análisis de los datos de cada variable, en la presentación de los resultados básicamente se utilizará porcentajes y gráficos realizados en el programa Microsoft Excel. Para proceder a su redacción respectiva con el programa Microsoft Word.

Teniendo presente los aspectos éticos en relación con la confidencialidad, motivo por el cual la información personal recogida se manejará con la codificación numérica de la historia clínica respectiva, y los datos obtenidos se utilizarán exclusivamente para el presente estudio. Estos datos se facilitarán únicamente a quien vaya a realizar la verificación de los mismos. La información obtenida se podrá compartir solo para el conocimiento de los interesados.



## CAPITULO V

### RESULTADOS.

**Tabla 1. Prevalencia de distocia en 1389 partos atendidos en el departamento de obstetricia del “Hospital Homero castanier Crespo” Azogues año 2020.**

<b>Tipo de parto</b>	<b>N° = 1389</b>	<b>Porcentaje (%=100)</b>
<b>Eutócico</b>	937	67,45%
<b>Distócico</b>	452	32,55%
<b>TOTAL</b>	1389	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autores: Barriga Pedro - Encalada Daniel

La tabla 1 nos indica la prevalencia de paros distócicos en los 1389 partos de las pacientes atendidas en el Hospital Homero Castanier de Azogues fue del 32,55% y corresponden a 452 mujeres



**Tabla 2. Características maternas y fetales en mujeres atendidas con parto distócico en el “Hospital Homero Castanier Crespo” Enero diciembre 2020. Distribución según edad materna.**

<u>Edad</u>	<u>N° = 452</u>	<u>Porcentaje</u> <u>(%=100)</u>
10-14	6	1,32
15-19	40	8,87
20-24	155	34,29
25-29	124	27,43
30-34	76	16,81
35-39	28	6,19
40-44	20	4,43
45-50	3	0,66
TOTAL	452	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autores: Barriga Pedro - Encalada Daniel

La Tabla 2 nos indica que las gestantes con edades entre 20-24 años presentaron el mayor número de partos distócicos con el 34,29% (n=155), mientras que el menos prevalente fue el grupo de edades entre 10-14 años con el 1,32% (n=6).





**Tabla 3. Características maternas y fetales en mujeres atendidas con parto distócico en el “Hospital Homero Castanier Crespo” Enero diciembre 2020. Distribución según estado nutricional.**

IMC	N° = 452	Porcentaje (%=100)
<18.5	9	1,99
18.5-24.9	114	25,22
25-29.9	186	41,15
30-34.9	104	23,01
>35	39	8,63
TOTAL	452	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autores: Barriga Pedro - Encalada Daniel

La Tabla 3 nos indica la prevalencia del estado nutricional de las gestantes, el grupo más prevalente fueron las gestantes con un IMC comprendido entre 25-29,9 con 41,15% (n=186), y el menos prevalente fue el grupo de <18.5 con 1,99% (n=9), correspondiendo el mayor porcentaje a pacientes con sobrepeso y el menor porcentaje a pacientes con desnutrición.



**Tabla 4. Características maternas y fetales en mujeres atendidas con parto distócico en el “Hospital Homero Castanier Crespo” Enero diciembre 2020. Distribución según talla materna.**

Estatura Gestante	N° = 452	Porcentaje (%=100)
<145cm	161	35,61
150cm - 175cm	289	63,94
>175cm	2	0,44
TOTAL	452	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autores: Barriga Pedro - Encalada Daniel

La Tabla 4 nos indica la prevalencia de la estatura de las gestantes, el grupo más prevalente fue gestantes con estatura entre 150cm - 175cm con 289 (63,94%), y el grupo menos prevalente fueron las gestantes con una estatura >175cm con 2 (0,44%).

**Tabla 5. Características maternas y fetales en mujeres atendidas con parto distócico en el “Hospital Homero Castanier Crespo” Enero diciembre 2020. Distribución según antecedentes obstétricos.**

<i>N° de Gestas</i>	<i>N° = 452</i>	<i>Porcentaje (%=100)</i>
Primípara	228	50,44
Múltipara	224	49,56
TOTAL	452	100

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autores: Barriga Pedro - Encalada Daniel



La Tabla 5 nos indica la frecuencia de antecedentes obstétricos en gestantes, siendo las primíparas el grupo más numeroso con 50,44% (n=228), mientras que las múltiparas representan el 49,56% (n=224).

**Tabla 6. Características maternas y fetales en mujeres atendidas con parto distócico en el “Hospital Homero Castanier Crespo” Enero diciembre 2020. Distribución según la ausencia o presencia de controles prenatales**

<b>Control Prenatal</b>	<b>N° = 452</b>	<b>Porcentaje (%=100)</b>
Si	448	99,11
No	4	0,88
TOTAL	452	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autores: Barriga Pedro - Encalada Daniel

La Tabla 6 nos indica si las gestantes se sometieron a un control prenatal, el 99,11% (n=448) si presentaron un control prenatal, mientras que el 0,88% (n=4) no tuvieron ningún control prenatal durante su gestación.



**Tabla 7. Características maternas y fetales en mujeres atendidas con parto distócico en el “Hospital Homero Castanier Crespo” Enero diciembre 2020. Distribución según número de controles prenatales.**

<b>N° controles prenatales</b>	<b>N° = 452</b>	<b>Porcentaje (%=100)</b>
0-5	143	31,64
>5	309	68,36
TOTAL	452	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autores: Barriga Pedro - Encalada Daniel

La Tabla 7 nos indica el número promedio de controles prenatales a las que se sometieron las gestantes, siendo más prevalente las pacientes que presentaron más de 5 controles prenatales con 68,36% (n=309), y las que presentaron menos de 5 controles prenatales correspondieron al 31,64% (n=143).



**Tabla 8. Características maternas y fetales en mujeres atendidas con parto distócico en el “Hospital Homero Castanier Crespo” Enero diciembre 2020. Distribución según vía de terminación del embarazo.**

<b>Terminación embarazo</b>	<b>del N° = 452</b>	<b>Porcentaje (%=100)</b>
Cesárea	402	88,94
Parto	50	11,06
TOTAL	452	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autores: Barriga Pedro - Encalada Daniel

La Tabla 8 nos muestra la cantidad de gestantes que culminaron su embarazo por parto o cesárea, el 88,94% (n=402) de las gestantes que presentaron un parto distócico termino su embarazo por cesárea, mientras que el 11,06% (n=50) de las gestantes con distocia terminaron su embarazo por parto.



**Tabla 9. Características maternas y fetales en mujeres atendidas con parto distócico en el “Hospital Homero Castanier Crespo” Enero diciembre 2020. Distribución según enfermedades durante el embarazo.**

<b>Trastornos Hipertensivos</b>	<b>N° = 452</b>	<b>Porcentaje (%=100)</b>
Si	60	13,27
No	392	86,73
<b>TOTAL</b>	<b>452</b>	<b>100%</b>

  

<b>Diabetes Gestacional</b>		
Si	9	1,99
No	443	98,01
<b>TOTAL</b>	<b>452</b>	<b>100%</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autores: Barriga Pedro - Encalada Daniel

La Tabla 9 nos muestra que no existe mayor incidencia de enfermedades durante el embarazo, siendo la más prevalente los trastornos hipertensivos con 13,27% (n=60), y constituyendo la diabetes gestacional la menos prevalente con 1,99% (n=9).



**Tabla 10. Características maternas y fetales en mujeres atendidas con parto distócico en el “Hospital Homero Castanier Crespo” Enero diciembre 2020. Distribución según características neonatales.**

<b>Sexo Recién Nacido</b>	<b>N° = 452</b>	<b>Porcentaje (%=100)</b>
Hombre	218	48,23
Mujer	234	51,77
TOTAL	452	100%

  

<b>Peso al nacer</b>	<b>N° = 452.</b>	<b>Porcentaje (%=100)</b>
<2500g	64	14,15
2500g - 4000g	367	81,19
>4000g	21	4,64
TOTAL	452	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autores: Barriga Pedro - Encalada Daniel

En base al análisis de los datos se pudo observar que la mayoría de los recién nacidos que presentaron parto distócico fueron de sexo femenino con un porcentaje del 51,77% (n=234), además se puede apreciar que la mayoría de los recién nacidos 81,19% (n=367) presentaron un peso al nacer comprendido entre los 2500g-4000g, donde solo el 4,64% (n=21) presentador un peso mayor de 4000g.



**Tabla 11. Características maternas y fetales en mujeres atendidas con parto distócico en el “Hospital Homero Castanier Crespo” Enero diciembre 2020. Distribución según prevalencia de distocia.**

<i><b>Tipos de Distocias</b></i>	<i><b>N° = 452</b></i>	<i><b>Porcentaje (%=100)</b></i>
Dinámicas cuantitativas	166	36,72
Dinámicas cualitativas	41	9,08
Maternas (partes oseas)	137	30,32%
Maternas (partes Blandas)	4	0,88%
Fetales	78	17,25%
Materno-Fetal	26	5,75%
TOTAL	452	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autores: Barriga Pedro - Encalada Daniel

En base al análisis de la tabla 11, podemos observar que la mayor prevalencia de partos distócicos la corresponde las distocias dinámicas representando el 45,80% (n=207), siendo las mas prevalentes las cuantitativas con el 36,72% (n=166) por su parte la menor prevalencia corresponde a las distocias de origen materno de partes blandas con una prevalencia del 0,88% (n=4).





## CAPITULO VI

### 5. DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de partos distócicos en el servicio de Ginecología del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues, durante el periodo 2020, debido a que su diagnóstico oportuno, manejo adecuado y prevención constituyen etapas fundamentales para evitar mayores complicaciones que incrementen la morbilidad y mortalidad materno y perinatal.

La prevalencia de distocia en el Hospital Homero Castanier Crespo representó el 32,55%, lo cual indico un gran porcentaje en las mujeres atendidas durante el año 2020. Esta prevalencia fue significativamente mayor a la descrita por Huilca Orosco en el 2019, quien llevo a cabo un estudio descriptivo, transversal y correlacional en una población de 1090 mujeres atendidas en el Hospital de apoyo de Huanta en Huancavelica, Perú, donde reporto una prevalencia de distocia del 21,8% (n=238 casos) (24).

En un estudio llevado a cabo por Dagne Addisu en una revisión sistemática y metaanálisis de 15 estudios tomados de bases de datos internacionales y de las bibliotecas digitales de las universidades Etíopes, con un total de 34.632 participantes, donde se determinó una prevalencia combinada de 11,79% (26). En este estudio se observó heterogeneidad en los datos, donde el más bajo fue registrado por Amanuel Gessesew, en una revisión retrospectiva, durante los años 1993 al 2001, en el hospital zonal Adigrat, Tigray, Etiopia, donde se incluyo un total de 5.980 participantes, determinándose una prevalencia del 3,3%(n=195) (27). En contraste la mayor prevalencia registrada fue determinada por Tizita Tamiru Wube, en un estudio retrospectivo transversal, durante los años 2011 al 2016, llevado a cabo en hospitales públicos de la Zona occidental de Harerghe, Oromia, Etiopia, con un total de 18.679 partos, donde se determinó una prevalencia del 34,30%(n=6.406), lo que concuerda significativamente con nuestro proyecto de investigación (28).



Estos datos además se correlacionan con lo mencionado por la OMS donde manifiestan que en América Latina casi la mitad de los embarazos presentan distocia de algún tipo, siendo las más altas del mundo y que entre el periodo de 1990 y 2014 las distocias subieron del 23% al 42% (25).

Al analizar el trabajo realizado por David Ricardo Jaramillo Moreno y Dickson Andrés Jaramillo Chica, en un estudio cuantitativo, analítico-transversal, que se realizó con las pacientes que fueron atendidas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, entre los años 2015 y 2016, en un total de 2827 pacientes, se determinó una prevalencia de partos distócicos de 21,0% (n=593) (11). Datos que en comparación con nuestro estudio, demuestran un gran aumento en la prevalencia de partos distócicos, al comparar los datos de una región similar y con características demográficas similares pero en años diferentes, demuestran la necesidad de más trabajos de investigación, que ayuden en la prevención, diagnóstico, planes adecuados de tratamiento, como de la misma manera una adecuada concientización sobre los posibles riesgos maternos y fetales, que esta condición puede llegar a producir, ya que en base a estos estudios, se puede observar que la prevalencia de partos distócicos va en aumento.

En base al índice de masa corporal, en nuestra investigación la mayoría de las pacientes que presento parto distócico tenían un índice de masa corporal comprendido entre 25-29,9 representando el 41,15%(n=186); sin embargo el segundo valor en prevalencia fue pacientes con un índice de masa corporal entre 18,5-24,9, con una prevalencia del 25,22%(n=114), por su parte las gestantes con un IMC mayor de 35 represento el 8,63% (n=39); en base a la investigación realizada por Sandra Karlsson, en su estudio multicéntrico, transversal, en salas de parto de Suecia, Suiza y Francia, durante el año 2021, donde participaron 1.683 pacientes que presentaron parto distócico, donde el 74,21%(n=1.249) tenían un índice de masa corporal menor de 25, mientras que las pacientes con índice de masa corporal mayor de 35 representaron el 6,5%(n=110), datos que



difieren con los valores obtenidos en nuestra investigación, teniendo en cuenta que se trata de población de estudio con características diferentes(30).

En nuestra investigación la distocia más prevalente fueron las distocias dinámicas con 45,80%(n=207), en contraste con la investigación realizada por Huillca Orosco, durante el año 2019, en Huancavelica, Perú, donde se estudió un total de 1.090 pacientes con parto distócico, en el cual la mayor incidencia la constituyo las distocias de origen fetal con una prevalencia del 24%(n=261), donde las distocias por alteración de las contracciones constituyeron el 10,5%(n=114)(24); mientras en la investigación realizada por David Ricardo Jaramillo Moreno y Dickson Andrés Jaramillo Chica, en la ciudad de Cuenca durante los años 2015-2016, donde la mayor incidencia la constituyeron las alteraciones en la contracción con una prevalencia del 69,3%(n=411), datos coincidentes con nuestro resultados(11).

En base a los controles prenatales y su no control relacionado con el riesgo asociados a una mayor morbilidad y mortalidad materna-perinatal, permitiendo evaluar el desarrollo del embarazo (CCSS, 2009). Tamayo y Ahued (2003) mencionan al respecto que el control prenatal reduce la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, el número de partos prematuros y el de productos con bajo peso al nacer; de igual forma permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo. En cuanto al número de controles prenatales según Sánchez, Pérez, Pérez, y Vásquez (2005) refieren que el control prenatal adecuado (más de cinco consultas con inicio en el primer trimestre del embarazo) impacta en la prevención del síndrome de distrés respiratoria en el neonato, el bajo peso al nacer, prematuro y un número inferior se considera insuficiente. En un estudio observacional analítico realizado en el hospital Nacional Dos de Mayo en Lima, Perú durante el periodo enero diciembre 2016, de un total de 486 pacientes, se determinó que la gran mayoría de gestantes con partos distócicos no se realizaron un adecuado control prenatal. En nuestro estudio 448 gestantes, representando el (99,11%) acudieron a realizarse algún control prenatal, en



contraste con 4 (0,88%) que no lo hicieron; donde la mayoría de gestantes 309 representando el (68,36%) se realizaron más de 5 controles prenatales, y 143 representando el (31,64%) presentaron menos de 5 controles. (31)(32)

Los antecedentes obstétricos de una gestante son importantes para detectar posibles factores de riesgo de interés y posibles complicaciones en el desarrollo del embarazo. En esta variable comparando algunos estudios como el que se realizó en el hospital de Ginecología-Pediatría número 48 de León nos indica que la menor paridad fue un factor de riesgo para partos distócicos, en contraste con el estudio realizado en el hospital Nacional Dos de Mayo en Lima, Perú nos indica que el ser primigrávida es un factor protector. En nuestro estudio 228 primíparas correspondiendo al (50,44%), presentaron parto distócico, de la misma manera 224 multíparas representando el (49,56%) lo presentaron; observando que no existe mayor diferenciación entre los grupos (33)(34)

La edad materna avanzada se relaciona con resultados adversos en el embarazo, en un estudio publicado en 2006 sobre la prevalencia de distocia en relación con la edad materna avanzada realizado por Ann Treacy, et all, donde se compararon 5 categorías de edad materna (<20 años, 20-24, 25-29, 30-34 y mayores 35 años), se procedió al análisis de los resultados de 10,737 pacientes, donde, las mujeres que se sometieron a cesárea por distocia aumentaron significativamente del 2,8% en menores de 20 años, pasando por el 3,5%, 4,9%, 5,5% y 7,4% en las categorías respectivas. Las tasas de cesárea aumentaron con la edad materna; específicamente las cesáreas realizadas debido a distocia del trabajo de parto aumentando más de 3 veces (1,3% a 4,5%) de la categoría de menores 20 años a la categoría de mayores de 35 años; comparándolo con otro estudio observacional realizado en el año 2019 en España con 373 mujeres primíparas, se determinó que las mujeres que tuvieron un parto eutócico eran más jóvenes con una media de 29,17 años en comparación con 31,90 años para las que tuvieron un parto distócico que requirieron intervención para iniciar el trabajo de parto, por lo que se determinó que la edad avanzada se relaciona con parto distócico; comparando los estudios con el actual, no se puede llegar la



misma conclusión, puesto que la mayor prevalencia de partos distócicos la edad materna está mayoritariamente representado por el grupo entre 20-24 años con 34,29% (n=155), el grupo minoritario lo representan las gestantes entre 10-14 años con el 1,6% (n=6), estos resultados se puede explicar por la mayor prevalencia de embarazos en este grupo etario de mujeres, al no existir una adecuada política de educación sexual y la falta de planificación familiar en la población, y por la menor muestra de estudio. (35)(36).

La hipertensión es el problema médico más común que se encuentra durante el embarazo y complica al 2-3% de las gestantes. En un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 615 mujeres seleccionadas al azar que asistieron al parto en el Hospital Docente Yekatit del 1 de julio de 2017 al 1 de enero de 2018, se encontró que la prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo era del 25,4 %. La mayoría de las madres con trastornos hipertensivos (59,6%) tenían un rango de edad entre 25 a 34 años. Cerca del 46% de las madres requirieron intervenciones para interrumpir el embarazo ya sea por cesárea (42,3%) o parto instrumental (3,7%) por condiciones relacionadas con los trastornos hipertensivos; comparando estos datos a nuestro estudio donde el 13,27% (n=60) de los partos distócicos presentaron un trastorno hipertensivo, siendo más prevalente las que no presentaron ninguno con 86,7% (n=392), por lo que no interviene en el desarrollo de un parto distócico en la mayoría de los casos (37)

La diabetes mellitus gestacional es una de las principales condiciones médicas que enfrentan las mujeres durante el embarazo con graves consecuencias a corto y largo plazo para la morbilidad materna. En un estudio de cohorte prospectivo llevado a cabo en el en el noroeste de Etiopía durante el año 2020 en mujeres embarazadas seguidas desde el inicio del embarazo hasta el parto para evaluar los efectos de la diabetes mellitus gestacional sobre el riesgo de resultados maternos adversos. Un total de 694 gestantes completaron el



seguimiento, de las cuales 121 (17,4%) de las gestantes tenían Diabetes mellitus gestacional, mientras que 573 (82,6%) no la tenían. La proporción de resultados maternos adversos entre las madres con y sin diabetes gestacional fue del 52,9 % y el 29,5% respectivamente. La incidencia fue mayor entre las mujeres con diabetes gestacional, por lo que se concluyó que la diabetes mellitus gestacional aumentó el riesgo de resultados maternos adversos; estos resultados se contrastan con los obtenidos en el presente trabajo de investigación donde del total de 452 resultados maternos adversos, solo 9 (1,9%) presentaron diabetes gestacional, siendo esta patología menos prevalente en la población de estudio (41)(42).



## CAPÍTULO VII

### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 7.1 Conclusiones

- Se determinó una frecuencia del 32,55% de distocias en las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues durante el año 2020
- Las pacientes con un rango de edad entre 19-35 años fueron las que mas casos de distocia presentaron con un 72,1%, donde la mayoría fueron primíparas con un 50,44%, presentando el 68,36% mas de cinco controles prenatales durante su embarazo.
- De las pacientes con distocia el 88,94% término en cesárea, donde la mayoría de recién nacidos fueron mujeres con 51,77%, presentando la mayoría un 81,19% un peso comprendido entre 2500g -4000g
- De las pacientes que presentaron distocia el tipo mas frecuente fueron las distocias dinámicas con un total de 207 casos representando el 45,80%

#### 7.2 Recomendaciones

- Las mujeres embarazadas que presentan algún tipo de distocia, tienden a llegar a presentar varias patologías gineco-obstetricas durante el embarazo o puerperio, por lo que se debe enfatizar en los controles prenatales y el manejo intrahospitalario adecuado, a fin de llegar a su correcta prevención, diagnóstico y tratamiento.
- Se debe llevar un adecuado registro de los antecedentes maternos, gineco-obstetricos de la mujer gestante, ya que la edad (embarazo adolescente, embarazada añosa), estatura(<150cm), número de gestas (primípara,), controles prenatales deficientes (<5), se consideran factores



de riesgo para parto distócico, por lo que se debe identificar adecuadamente estos factores con un tiempo prudencial para preparar un plan de prevención y manejo de las posibles eventualidades.

- Debido a la gran prevalencia de partos distócicos, se debería realizar una mayor cantidad de estudios en la ciudad de Azogues, con el objetivo de llevar a cabo una concientización sobre la adecuada identificación y manejo de las pacientes embarazadas que puedan presentar una distocia, a fin de evitar complicaciones y asegurar el bienestar materno-fetal.
- Debido a la tendencia creciente de la terminación del embarazo por cesárea, se debe disponer de un adecuado plan de manejo, a fin de identificar patologías que acertadamente ameriten una cesárea, ya que la misma se considera un factor de riesgo para futuros partos distócicos, donde también se requerirá tener presente los antecedentes ginecológicos y obstétricos de las gestantes y una adecuada planificación familiar.
- En base al análisis de este estudio y al identificar como las principales causas de distocia a las alteraciones dinámicas se debe enfatizar en la identificación y correcto manejo de este tipo de distocias en el Hospital Homero Castanier Crespo, con el adecuado uso y registro del partograma.





## CAPÍTULO VIII

### 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Colan Villegas L, Barreto Munive M, Ayala Peralta F, Leon Moreto L, Torres Linares F. Factores asociados al parto distócico en gestantes atendidas en hospital público de Lima [Internet]. Lima; 2019 [cited 16 December 2021]. Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/articloe/view/116>
2. Rubio Romero J, Ruiz Parra A, Martínez F, Muñoz Restrepo J, Muñoz L, Arévalo Rodríguez I et al. Guía de práctica clínica para la detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico [Internet]. 2014 [cited 27 December 2021]. Available from: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/90/386>
3. Meten Gülmezoglu A, Souza J, Widmer M, Mathai M. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto [Internet]. Ginebra; 2015 [cited 25 December 2021]. Available from: [https://www.who.int/topics/maternal\\_health/directrices\\_OMS\\_parto\\_es.pdf](https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)
4. América Latina, la región con la mayor tasa de cesáreas del mundo - France 24 [Internet]. France 24. 2018 [cited 24 December 2021]. Available from: <https://www.france24.com/es/20181012-america-latina-la-region-con-la-mayor-tasa-de-cesareas-del-mundo>
5. Cada 16 segundos se produce una muerte fetal, según las primeras estimaciones conjuntas de las Naciones Unidas [Internet]. Unicef.org. 2022 [cited 26 November 2021]. Available from: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/cada-16-segundos-produce-muerte-fetal-estimaciones-Naciones-Unidas>
6. Mitchell C. OPS/OMS | Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2022 [cited 25 November 2021]. Available



from: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12499/NP60-07\\_es.pdf?sequence=1](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12499/NP60-07_es.pdf?sequence=1)

7. Aguirre Sornoza E, Pincay Rodríguez L. Prevalencia de complicaciones obstétricas como consecuencia de una atención empírica en mujeres de 15 a 25 años atendidas en la emergencia del Hospital Francisco de Orellana en el periodo septiembre 2018 a febrero 2019. [Internet]. Quito; 2019 [cited 10 December 2021]. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/19578/1/T-UCE-0014-CME-099.pdf>
8. Romero Gutiérrez G, Ríos López J, Cortés Salim P, Ponce de León A. Factores de riesgo asociados con el parto distócico [Internet]. 2007 [cited 20 November 2021]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom079f.pdf>
9. Batres E, Contreras F, Pinel S, Ardón E. Protocolos para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato [Internet]. Tegucigalpa; 2016 [cited 25 November 2021]. Available from: <http://www.bvs.hn/Honduras/PROTOCOLOS.ATENCION.PRECONCEPCION.EMBARAZO.PARTO.PUERPERIO.NEONATO/VOLUMEN.2.ATENCION.DEL.PARTO.Y.DEL.NEONATO.pdf>
10. Chriscaden, K. and Chaib, F., 2016. Pregnant women must be able to access the right care at the right time, says WHO. [online] Who.int. Available at: <https://www.who.int/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who> [Accessed 15 November 2021].
11. 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 Cuenca-Ecuador [Internet]. Cuenca; 2017 [cited 20 December 2021]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26951/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
12. Baca Guerrero M. Análisis de la caracterización de las causas de la mortalidad materna en Ecuador, periodo 2015-2017 [Internet]. Quito; 2020



- [cited 22 December 2021]. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17968/Tesis%20Ma.%20Lourdes%20Baca.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017 [Internet]. Quito; 2017 [cited 24 December 2021]. Available from: <https://www.healthresearchweb.org/files/Prioridades20132017.pdf>
14. Cunningham F, Leveno K, Bloom S. Williams. Obstetricia (24a. ed.). Mexico City: McGraw-Hill Interamericana; 2014.
15. Pimentel Cocalon Y, Ramirez Quispe M. Estres y parto prolongado en mujeres atendidas en el Hospital Zacarias Correa Valdivia de Huancavelica, 2016 [Internet]. Huancavelica; 2017 [cited 21 December 2021]. Available from: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1148/TP-UNH.OBST.00085.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Sandström A. Labour dystocia: Risk factors and consequences for mother and infant [Internet]. Stockholm; 2016 [cited 22 December 2021]. Available from: [https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/45196/Thesis\\_Anna\\_Sandstr%c3%b6m.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/45196/Thesis_Anna_Sandstr%c3%b6m.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
17. Noriega M, Alfaro Novoa M. Resultados de la aplicación de un curso taller de distocia de hombros utilizando simulación en el programa de residentado médico de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia [Internet]. Lima; 2018 [cited 24 December 2021]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-S1575181318301207>
18. Delgado Lajones V. Factores que desencadenan parto distocico en las embarazadas que asisten al Hospital General Sur Delfina Torres de Concha [Internet]. 2019 [cited 23 December 2021]. Available from: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1844/1/DELGADO%20LAJONES%20%20VANESSA%20SOLANGE.pdf>
19. Quezada Carvajal L. Complicaciones neonatales en partos distocicos de pacientes atendidas en el Hospital Universitario [Internet]. Guayaquil; 2019 [cited 23 December 2021]. Available from:



<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/41792/1/CD%20592-%20QUEZADA%20CARVAJAL%20LEIDY%20LAURA.pdf>

20. Sánchez-Migallón, V., Raynard, M., Miranda, A. and BORRAS, R., 2017. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003493561630192X>. [online] SCIEDIRECT. Available at: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003493561630192X>> [Accessed 7 July 2021].
21. American College of O, Gynecology Committee on Practice B-O. ACOG Practice Bulletin Number 49, December 2003: Dystocia and augmentation of labor. *Obstetrics and gynecology*. 2003 Dec;102(6):1445-54.
22. Schnapp C. Distocia intempestiva del parto: distocia de hombros, rotura uterina [Internet]. *Medwave.cl*. 2011 [cited 25 December 2021]. Available from: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/556>
23. Medina Pinto S, Ortiz Gavilán A, Miño L, Itatí Abreo G. Incidencia e indicaciones de cesarea [Internet]. Buenos aires; 2014 [cited 25 December 2021]. Available from: [https://med.unne.edu.ar/revistas/revista207/3\\_207.pdf](https://med.unne.edu.ar/revistas/revista207/3_207.pdf)
24. Liliana H. CARACTERISTICAS DE LAS GESTANTES CON PARTO DISTOCICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE APOYO DE HUANTA 2019 [Internet]. *HUANCAVELICA*; 2020 [cited 24 December 2021]. Available from: <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3711>
25. Mortalidad materna [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [cited 24 December 2021]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
26. Dagne A, Maru M, Melkie A, Yeshambel A. Burden of obstructed labor in ethiopia: A systematic review and meta-analysis [Internet]. *ELSEVIER*; 2021 [cited 25 December 2021]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613821000097>



27. Gessesew A, Mesfin M. Obstructed Labour in Adigrat Zonal Hospital, Tigray Region, Ethiopia [Internet]. 2003 [cited 25 December 2021]. Available from: [http://file:///Users/jonhwick/Downloads/9837-Article%20Text-51542-1-10-20040326%20\(1\).pdf](http://file:///Users/jonhwick/Downloads/9837-Article%20Text-51542-1-10-20040326%20(1).pdf)
28. Wube T, Abebe K, Mengistu Assen Z, Wondimeneh B. Magnitude of Obstructed Labor and Associated Factors Among Women Who Delivered at Public Hospitals of Western Harerghe Zone, Oromia, Ethiopia [Internet]. Clinical Medicine Research; 2018 [cited 24 December 2021]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/330016028\\_Magnitude\\_of\\_Obstructed\\_Labor\\_and\\_Associated\\_Factors\\_Among\\_Women\\_Who\\_Delivered\\_at\\_Public\\_Hospitals\\_of\\_Western\\_Harerghe\\_Zone\\_Oromia\\_Ethiopia](https://www.researchgate.net/publication/330016028_Magnitude_of_Obstructed_Labor_and_Associated_Factors_Among_Women_Who_Delivered_at_Public_Hospitals_of_Western_Harerghe_Zone_Oromia_Ethiopia)
29. Karlsson S, Patavoukas E, Sterpu I, Wallstrom T, Wiberg-Itzel E. Body mass index and labor outcome associated with the level of amniotic fluid lactate. A cross-sectional study of women with labor dystocia [Internet]. PubMed; 2021 [cited 24 December 2021]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2021.1986811>
30. Vista de Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl [Internet]. Ucr.ac.cr. [citado el 4 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/14246/13536>
31. López Siña J. Controles prenatales y su asociación con el parto distócico en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo enero - diciembre 2016 [Internet]. Lima; 2016 [cited 27 December 2021]. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1170/tesis%20L%C3%93PEZ%20SI%C3%91A%20HECHO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Carvajal C. D, Ralph D. Manual de Ginecología y Obstetricia [Internet]. Santiago de Chile; 2017 [cited 26 December 2021]. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>



33. Veintimilla Chinga O, Ledezma Hurtado M, Marrero González D, Loor Lino H. Factores de riesgo asociados a distocias del mecanismo del parto en gestantes primíparas atendidas en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda [Internet]. 2020 [cited 27 December 2021]. Available from: [http://file:///Users/jonhwick/Downloads/2725-61-9308-6-10-20201108%20\(6\).pdf](http://file:///Users/jonhwick/Downloads/2725-61-9308-6-10-20201108%20(6).pdf)
34. Molina Garcia L, Hidalgo Ruiz M, Arredondo Lopez B, Colomino Ceprian S, Delgado Rodriguez M. Maternal Age and Pregnancy, Childbirth and the Puerperium: Obstetric Results [Internet]. 2019 [cited 27 December 2021]. Available from: <https://doi.org/10.3390/jcm8050672>
35. WALDENSTRÖM U, EKÉUS C. Risk of labor dystocia increases with maternal age irrespective of parity: a population-based register study [Internet]. 2017 [cited 27 December 2021]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28498626/>
36. Treacy A, Robson M, O'Herlihy C. Dystocia increases with advancing maternal age [Internet]. 2010 [cited 27 December 2021]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16949410/>
37. Mbachu II, Udigwe GO, Okafor CI, Umeonunihu OS, Ezeama C, Eleje GU. The Pattern and Obstetric Outcome of Hypertensive Disorders of Pregnancy in Nnewi, Nigeria. Nigerian Journal of Medicine [Internet]. 2013 Jun 19 [cited 2022 Jan 5];22(2):117–22. Available from: <https://www.ajol.info/index.php/njm/article/view/89812>
38. Mammaro A, Carrara S, Cavaliere A, Ermito S, Dinatale A, Pappalardo EM, et al. Hypertensive disorders of pregnancy. Journal of prenatal medicine [Internet]. 2009;3(1):1–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3279097/>
39. Sreelakshmi P, Nair S, Soman B, Alex R, Vijayakumar K, Kutty Vr. Maternal and neonatal outcomes of gestational diabetes: A retrospective cohort study from Southern India. Journal of Family Medicine and Primary



Care [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 1];4(3):395. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4535102/#!po=28.8462>

40. Mengistu MD, Kuma T. Feto-maternal outcomes of hypertensive disorders of pregnancy in Yekatit-12 Teaching Hospital, Addis Ababa: a retrospective study. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. 2020;20(1):173. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12872-020-01399-z>
41. Muche, A.A., Olayemi, O.O. & Gete, Y.K. Effects of gestational diabetes mellitus on risk of adverse maternal outcomes: a prospective cohort study in Northwest Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 73 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2759-8>
42. Al-Hakeem MM. PREGNANCY OUTCOME OF GESTATIONAL DIABETIC MOTHERS: EXPERIENCE IN A TERTIARY CENTER. *Journal of Family & Community Medicine* [Internet]. 2006;13(2):55–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3410064/>
43. Allen VM, Baskett TF, O'Connell CM, McKeen D, Allen AC. Maternal and perinatal outcomes with increasing duration of the second stage of labor. *Obstet Gynecol*. 2016 Jun; 113 (6): 1248-58

**CAPITULO IX**

**8. ANEXOS**

**Anexo N° 1: Operacionalización de variables**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad materna	Tiempo que ha vivido la gestante, contando desde su nacimiento.	Biológica	Años transcurridos desde su nacimiento	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 10-14</li> <li>2. 15-19</li> <li>3. 20-24</li> <li>4. 25-29</li> <li>5. 30-34</li> <li>6. 35-39</li> <li>7. 40-44</li> <li>8. 45-50</li> </ol>
Índice de masa corporal	Indicador de la relación entre el peso y la talla, que permite indicar el peso normal, sobrepeso y la obesidad y su relación con enfermedades	Biológico		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt;18,5</li> <li>2. 18,5-24,9</li> <li>3. 25-29,9</li> <li>4. 30-34,9</li> <li>5. &gt;35</li> </ol>
Número de gestas	Número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.	Biológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partos eutócicos</li> <li>• Parto Distócico</li> <li>• Cesáreas</li> <li>• Abortos</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primípara</li> <li>2. Múltipara</li> </ol>
Embarazo múltiple	Desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos	Biológico		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>
Controles prenatales	Conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación		Numero de controles prenatales durante el embarazo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0-5 controles</li> <li>2. &gt; 5 controles</li> </ol>
Peso al nacer	Medida antropométrica determinada mediante una balanza inmediatamente	Biológico	Peso del recién nacido registrado en la historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt;2500 g</li> <li>2. 2500-4000 g</li> <li>3. &gt;4000 g</li> </ol>





	después de su nacimiento			
Sexo del recién nacido	Particularidades del recién nacido al nacer que los distinguen en hombre o mujer, partiendo de una diversificación genética	Biológico		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hombre</li> <li>2. Mujer</li> </ol>
Estatura de la mujer gestante	Altura medida de la mujer gestante desde los pies hasta la cabeza	Biológico	Medida antropométrica determinada en centímetros desde los pies a la cabeza	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt;145 cm</li> <li>2. 150-175cm</li> <li>3.&gt;175cm</li> </ol>
Estrechez pélvica	Toda reducción de los diámetros de la pelvis que disminuya su capacidad durante el trabajo del parto	Biológico		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>
Presentación fetal	Porción del cuerpo fetal que esta mas avanzada dentro del conducto del parto o en su máxima proximidad	Biológico		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cefálica</li> <li>2. Podálica</li> </ol>
Patología Ginecológica obstétrica	Presentación de cualquier enfermedad que afecte al binomio materno-fetal, aumentando el riesgo de distocia	Biológico		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diabetes gestacion al</li> <li>2. Hipertensi ón arterial</li> </ol>
Parto distócico	Parto que no se puede llevar a cabo normalmente mediante procesos naturales o fisiológicos de la madre o del feto	Biológico	Distócico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>
Tipo de distocia	Clasificación de la distocia en base a su origen	Biológica	Distocias	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dinámics</li> <li>2. Maternas (partes Blandas)</li> </ol>



				<ol style="list-style-type: none"><li>3. Martes (parte Oseas)</li><li>4. Fetales</li><li>5. Materno-Fetales</li></ol>
--	--	--	--	---



**Anexo 2: Instrumento de recolección de datos**

FORMULARIO DE RECOLLECCION DE DATOS  
AREA DE GINECO-OBSTETRICIA  
HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO  
UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tema: Caracterización del parto distócico en mujeres embarazadas del Hospital "Homero Castanier Crespo" Azogues 2020

**Historia clínica:** ..... **Número de registro:**.....

**Fecha de estudio:**.....

**Datos maternos.**

Edad: .....

Peso:.....

Talla:.....

IMC:.....

**Antecedentes**

Trabajo de parto distócico      SI.....      NO.....

Tipo de distocia .....

**Datos gineco obstétricos.**



Gestas: .....	Partos:.....
Cesáreas:.....	Aborto:.....
Vivos: .....	Ectópicos:.....
Controles prenatales: Si:..... Número:..... No:.....	
Estrechez pélvica. SI..... NO.....	

**Enfermedad durante el embarazo**

Embarazo múltiple: .....

Diabetes gestacional: .....

Hipertensión gestacional. ....

**Datos intrapartos:**

Parto distócico: SI..... NO.....

**Datos del recién nacido**

Hombre ..... Mujer.....

Peso al nacer: <4000..... >4500.....

**Historia clínica completa Si..... No.....**