



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**PARTO DISTÓCICO Y FACTORES RELACIONADOS EN PACIENTES ATENDIDAS  
EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL  
MOSCO” , ENERO DEL 2015 - JUNIO DEL 2016, CUENCA-ECUADOR.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTORES**

DAVID RICARDO JARAMILLO MORENO

CI: 0705793354

DICKSON ANDRÉS JARAMILLO CHICA

CI: 0706253994

**DIRECTORA**

DRA. BRIGITH VANESSA BORJA ROBALINO

CI: 0102546504

**ASESOR**

DR. MANUEL JAIME ÑAUTA BACULIMA

CI: 0101835700

**CUENCA – ECUADOR**

**2017**



## RESUMEN

**Antecedentes:** Las distocias constituyen uno de los principales objetos de estudio en la práctica ginecológica y obstétrica, debido su repercusión negativa sobre la vida de la madre. Es así, la importancia estudiar su prevalencia y factores asociados en nuestra localidad.

**Objetivo general:** Determinar la prevalencia de partos distócicos y los factores relacionados en las pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso.

**Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo, analítico-transversal en las pacientes del área de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, enero 2015-junio 2016. La asociación entre variables fue mediante: odds ratio (OR) e intervalos de confianza al 95%. Se consideró una asociación estadísticamente significativa cuando  $p < 0,05$ .

**Resultados:** La prevalencia de parto distócico fue de 21,0% (593 casos). Los siguientes factores se asociaron de manera significativa a la distocia: Embarazo adolescente (OR=1,25; IC95%: 1,01-1,55;  $p=0,032$ ); edad mayor a 35 años (OR=2,83; 2,01 - 3,97;  $p < 0,001$ ); nuliparidad (OR=1,60; IC95%: 1,33-1,92;  $p < 0,001$ ); gran múltiparas (OR=4,10; IC95%: 2,01-8,34;  $p < 0,001$ ); estrechez pélvica (OR=80,62; 25,16 - 258,28;  $p < 0,001$ ); presentación podálica (OR=17,98; IC 95%: 5,15 - 62,78;  $p < 0,001$ ); embarazo múltiple (OR=7,57; 1,38 - 41,47;  $p=0,006$ ) e hipertensión gestacional (OR=1,70; IC95%: 1,28 - 2,25;  $p < 0,001$ ). La procedencia, embarazo pre-término, pos-término, peso al nacer y diabetes gestacional no se asociaron a la distocia.

**Conclusiones:** La prevalencia de distocia es elevada, se encuentra asociada a factores maternos y fetales, que deben ser incluidos en las estrategias de manejo y prevención de la distocia, para reducir su prevalencia.

**Palabras clave:** DISTOCIA, PREVALENCIA, EDAD MATERNA, EDAD GESTACIONAL, HIPERTENSION GESTACIONAL.



## ABSTRACT

**Background:** Dystocia is one of the main objects of study in gynecological and obstetric practice, due to its negative impact on the mother's life. It is thus important to study its prevalence and associated factors in our locality.

**Objective:** To determine the prevalence of dystocia and related factors in the patients treated in the gynecological obstetrics area of Vicente Corral Moscoso Hospital.

**Methods:** A quantitative, analytical and cross-sectional study was performed in all patients treated in the gynecological and obstetrical area of Vicente Corral Moscoso Hospital, January 2015-June 2016. The association between variables was: odds ratio (OR), and 95% confidence intervals. A statistically significant association was considered when  $p < 0.05$ .

**Results:** The prevalence of dystocia was 21.0% (593 cases). The following factors were significantly associated with dystocia: adolescent pregnancy (OR=1.25, 95%CI: 1.01-1.55,  $p=0.032$ ); age greater than 35 years (OR=2.83, 95%CI: 2.01-3.97,  $p<0.001$ ); nulliparity (OR=1.60, 95%CI: 1.33-1.92,  $p<0.001$ ); great multiparity (OR=4.10; 95%CI: 2.01-8.34;  $p<0.001$ ); pelvic stricture (OR=80.62, 95%CI: 25.16-258.28,  $p<0.001$ ); breech presentation (OR=17.98, 95%CI: 5.15-62.78,  $p<0.001$ ); (OR=7.57, 95%CI: 1.38-41.47;  $p=0.006$ ) and gestational hypertension (OR=1.70, 95%CI: 1.28-2.25,  $p<0.001$ ). The provenance, preterm pregnancy, post-term, birth weight and gestational diabetes were not associated with dystocia.

**Conclusions:** The prevalence of dystocia is high and it is associated with maternal and fetal factors, which should be included in the management and prevention strategies of dystocia in order to reduce its prevalence.

**Key words:** DYSTOCIA, PREVALENCE, MATERNAL AGE, GESTATIONAL AGE, HYPERTENSION, PREGNANCY-INDUCED.



## ÍNDICE

	<b>PP</b>
RESUMEN.....	2
ABSTRACT .....	3
1.1 INTRODUCCIÓN.....	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	14
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	16
3. OBJETIVOS .....	27
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3.2 HIPÓTESIS.....	27
4. MARCO METODOLÓGICO .....	28
4.1 TIPO DE ESTUDIO .....	28
4.2 ÁREA DE ESTUDIO .....	28
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	28
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	28
4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	28
4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	28
4.5 VARIABLES .....	29
4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	29



4.6 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	30
4.7 PROCEDIMIENTOS.....	30
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS .....	31
4.9 ASPECTOS ÉTICOS .....	31
5. RESULTADOS .....	33
6. DISCUSIÓN .....	39
7. CONCLUSIONES .....	46
8. RECOMENDACIONES .....	47
9. BIBLIOGRAFÍA.....	48
8. ANEXOS.....	55



## CLAUSULA DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, Dickson Andrés Jaramillo Chica, autor del Proyecto de Investigación **“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.”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, Marzo de 2017.

Dickson Andrés Jaramillo Chica

0706253994



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Dickson Andrés Jaramillo Chica, autor del Proyecto de Investigación **“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.”** Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, Marzo 2017.

Dickson Andrés Jaramillo Chica

0706253994



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## CLAUSULA DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, David Ricardo Jaramillo Moreno, autor del Proyecto de Investigación **“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.”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, Marzo de 2017.

f) 

David Ricardo Jaramillo Moreno  
0705793354





UNIVERSIDAD DE CUENCA

## CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, David Ricardo Jaramillo Moreno, autor del Proyecto de Investigación **“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.”** Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, Marzo 2017.

f) 

David Ricardo Jaramillo Moreno  
0705793354



## **AGRADECIMIENTO**

Nuestro agradecimiento va dirigido en primer lugar a Dios por bendecirnos para llegar hasta esta etapa de nuestras vidas, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A nuestras familias que con arduo empeño y apoyo incondicional estuvieron presentes durante toda nuestra trayectoria de formación académica.

A nuestra directora de tesis, Dra. Bright Borja por su esfuerzo dedicación, quien con sus Conocimientos, experiencia, paciencia y su motivación ha logrado en nosotras que podamos terminar nuestra tesis con éxito

También nos gustaría agradecer a nuestros profesores durante toda nuestra carrera profesional, porque todos han aportado con sus conocimientos a nuestra formación.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestra vida profesional a las que nos encantaría agradecerles: su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de nuestras vidas.

A la Universidad de Cuenca, Escuela de Medicina, por darnos la oportunidad de estudiar y ser profesionales.

LOS AUTORES.



## **DEDICATORIA**

La presente tesis la dedicamos a Dios, ya que gracias a él hemos logrado concluir nuestra carrera.

A nuestras familias, quienes con su cariño siempre estuvieron presentes brindándonos su apoyo, consejos y recursos para convertirnos en mejores personas.

A nuestros amigos que han sido un pilar fundamental en nuestra formación como profesionales, por brindarnos la confianza, consejos, oportunidad y recursos para lograrlo.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quién amar y alguna cosa que esperar”. Thomas Chalmers.

**LOS AUTORES.**



## 1.1 INTRODUCCIÓN

El embarazo es una de las fases naturales de la vida reproductiva de la mujer, que representa un fenómeno no sólo biológico, sino también psicológico y social, que amerita cuidados especiales (1). La atención a la mujer embarazada y su descendencia constituye un sector especializado de los cuidados médicos, comprendiendo el cuidado prenatal, perinatal y posnatal; todos importantes para asegurar resultados satisfactorios. El cuidado materno infantil efectivo, es uno de los motores primordiales para el desarrollo integral de cada país, y tanto la optimización de la salud materna como la reducción de la mortalidad infantil son parte de las Metas del Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (2).

Las distocias hacen referencia a todas las causas que pueden alterar un parto fisiológico, constituyendo uno de los principales objetos de estudio, y atención en la práctica ginecológica y obstétrica, debido a que comprometen la vida de la madre, y el feto de manera simultánea (3). Las distocias son la causa más frecuente de cesáreas, ya que por definición involucran la incapacidad para llevar a cabo el parto vaginal. Por lo tanto, las distocias acarrear un riesgo inherente de mayor morbimortalidad materno infantil, al igual que mayores gastos económicos directos e indirectos, asociados a cuidados médicos rutinarios y complicaciones (4).

De esta problemática nace la importancia de explorar los factores de riesgo, vinculados con las distintas distocias, a fin de refinar la práctica médica cotidiana, a través de la identificación de poblaciones en riesgo, con la intención de reducir la frecuencia de complicaciones perinatales y morbimortalidad materna e infantil. No obstante, en territorio ecuatoriano, esta problemática en lo que se refiere a salud pública, no recibe la debida atención por parte de investigadores para la búsqueda de soluciones. Por tal motivo, el propósito de esta investigación, es conocer la prevalencia de partos distócicos y sus factores asociados en pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia del hospital “Vicente Corral Moscoso”, durante el período enero de 2015 a junio de 2016, en Cuenca, Ecuador.



## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, aproximadamente 830 mujeres mueren a diario debido a causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, 99% de las cuales ocurren en los países en vías de desarrollo (5). Se estima que hasta dos tercios de las muertes neonatales, podrían ser prevenidas si se implementaran medidas preventivas pre- peri- y posnatales de manera sistematizada (6).

En la actualidad, aproximadamente 18,6% de todos los nacimientos a nivel mundial ocurren mediante cesárea, alcanzando frecuencias tan elevadas como 40,5% en la región de Latinoamérica y el Caribe (7). En Ecuador, se estima que hasta 6,5% de todos los nacimientos ocurren por cesáreas de urgencia asociadas a algún tipo de distocia (8). Así mismo, en nuestro país del total de muertes maternas el 1,2% se atribuyó a anomalías de la dinámica del trabajo de parto, en tanto que proporciones significativas correspondieron a eventos que pueden relacionarse con las distocias, como hemorragia posparto con 72,8% y trauma obstétrico con 3%. De manera similar entre las primeras causas de muerte infantil en Ecuador se encuentran varias patologías asociadas a distocias, como disnea, infecciones respiratorias del recién nacido (RN) y asfixia perinatal (9).

Más allá de las consecuencias inmediatas en el período neonatal, las distocias y otras complicaciones perinatales, predisponen al producto de la gestación a un amplio catálogo de patologías que se extiende hasta la edad adulta, incluyendo asma bronquial y otras enfermedades pulmonares (10), displasia de cadera así como otras patologías ortopédicas (11), además de varios trastornos mentales, como la esquizofrenia, autismo, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, entre otros (12).

Estas implicaciones acarrearán un impacto severo en la calidad de vida de las madres, y la comunidad en conjunto, además de representar una carga económica importante. Por lo tanto, el conocimiento de los factores de riesgo asociados a los partos distócicos constituiría una valiosa herramienta para la reducción de las complicaciones materno-



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

infantiles. Estos factores varían de una región a otra, dependiendo de factores geográficos, socioeconómicos y culturales autóctonos de cada localidad (13). Es por esto, que es necesario identificar los factores de riesgo predominantes asociados a las distocias en cada área determinada.

No existen datos recientes en nuestro medio, acerca de los factores de riesgos relacionados con las distocias. Tomando en cuenta que la morbilidad materno-infantil asociada a distocias es eminentemente prevenible, mediante la implementación de las medidas previsoras pertinentes, en esta investigación se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es la prevalencia de partos distócicos, y sus factores asociados en las pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, durante el período enero de 2015 a junio de 2016, en Cuenca, Ecuador?

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

La prevención de la morbilidad y mortalidad materna, es considerada un objetivo fundamental para las autoridades en salud pública de manera ubicua, atendiendo a las necesidades de estas poblaciones vulnerables, en concordancia con las Metas del Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (2). Por ende, la caracterización y diagnóstico del estado de la salud materno en cada comunidad, es una actividad prioritaria, pues representa el primer paso para la planificación, y ejecución de actividades preventivas óptimas y específicas (14). Esta implementación de la información producida en esta investigación para la retribución a la comunidad, constituye el interés clínico de este estudio.

Ecuador al ser un país en vías de desarrollo, estas actividades revisten mayor importancia, donde los entes de salud pública aún se enfrentan a problemas significativos en el área de salud. En este sentido, el territorio ecuatoriano comprende zonas rurales, que se han identificado como grupos de difícil acceso al cuidado gineco-obstétrico eficaz, con gran incidencia de complicaciones perinatales. Esto, al igual que las desigualdades en la distribución de recursos socioeconómicos, resalta la



## **UNIVERSIDAD DE CUENCA**

importancia de asumir una postura activa ante la problemática existente en salud materno-infantil en nuestra nación (15).

Por otro lado, la exploración de las causas del parto distócico en nuestra región, contribuirá a la construcción de una mayor comprensión de la ciencia y práctica gineco-obstétrica global, mediante el contraste y comparación con datos similares de otras poblaciones. Así mismo, este reporte constituye un aporte metodológico, puesto que tiene utilidad como antecedente para los esfuerzos investigativos a futuro, para profundizar los conocimientos que sean producidos a través de este estudio.



## 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

### 2.1 Definición y Aspectos Generales

El término “distocia” engloba todas las causas que alteran el mecanismo normal del parto, constituyendo el antónimo de la eutocia, el parto normal. El mecanismo normal del parto involucra tres elementos fundamentales: a) El feto, o producto de la gestación que está siendo expulsado; b) El canal de parto, las estructuras anatómicas óseas y blandas, que constituyen la vía de salida del feto; y c) Las fuerzas expulsivas, conformadas por la suma de las contracciones uterinas espontáneas y el pujo voluntario, cuyo objetivo es propulsar el feto a través del canal de parto hasta su expulsión (16).

Debido a la variedad de componentes involucrados en el trabajo de parto y las múltiples anomalías que pueden afectarlos, en conjunto, las distocias son un grupo de fenómenos heterogéneos, con perfiles de riesgo distintos para cada una. No obstante, las distocias son, en su mayoría, prevenibles o tratables, pudiendo alcanzarse un parto exitoso en la mayoría de los casos, con atención capacitada (17). A continuación, se describen las distocias y los factores de riesgo para las mismas, según el elemento alterado en el trabajo de parto.

La prevalencia de las distocias es variable para cada localidad, se ha descrito que los partos distócicos en las gestantes sanas puede presentarse en el 0,3% de los casos (18). De la misma manera, otros autores plantean prevalencias que pueden ir desde un 1,6 a 4,9% del total de nacimientos (19). La cesárea es el método de extracción del producto del embarazo, cuando se presenta un parto distócico, en la ciudad de Cuenca se ha reportado que la intervención por cesárea, representa 32,83% del total de nacimientos, según los datos obtenidos del Hospital José Carrasco Arteaga (20), estos datos sugieren que la cantidad de distocias sea elevada con respecto a otros estudios.





## 2.2 Distocias Fetales

### - Anomalías del Desarrollo Fetal

Cualquier causa de aumento de volumen del producto de la gestación, puede originar una distocia fetal, al dificultar o impedir el paso del mismo a través del canal de parto. Estas incluyen los fetos macrosómicos –con más de 4500 g de peso–, típicamente encontrados en los embarazos de madres obesas, o con diabetes mellitus mal controlada; así como varias anomalías congénitas como: hidrocefalia, tumores o ascitis fetal y fetos siameses. Estas entidades deben ser sospechadas ante un incremento de la altura uterina, más allá de lo normal para la edad gestacional, y usualmente se diagnostican mediante ecografía (21). De igual forma, fetos muy pequeños también se han asociado a distocias fetales, tal como se observó en un estudio retrospectivo llevado a cabo por Cevallos Zuñiga et al. en 26 pacientes con parto eutócico y 26 pacientes con parto distócico, en el subcentro de salud N10 de la parroquia Chongón - Guayaquil, donde se evidenció, que la mayoría de los fetos con parto distócico tuvo un peso menor a 2500 gramos (92,3%), siendo un factor a tomar en cuenta en el manejo del trabajo de parto (22).

### - Anomalías de Presentación

La presentación es el polo fetal que se aproxima a la pelvis menor de la madre, y por ende es la primera porción del feto que emerge a través del canal de parto. La presentación puede ser cefálica, podálica o de hombros, aunque cada forma muestra numerosas variantes. La presentación con expulsión más sencilla, es la cefálica de vértice, donde en el canal de parto emergen en primer lugar el centro de la excavación de la fontanela posterior (22). Las presentaciones cefálicas deflexionadas y la presentación podálica son más problemáticas, en tanto los diámetros fetales ofrecidos a la pelvis menor son mayores. Estas anomalías deben diagnosticarse durante la fase expulsiva del trabajo de parto, pues tienden a resolverse espontáneamente con las contracciones uterinas (22).



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Los factores de riesgo para las presentaciones cefálicas deflexionadas, incluyen aspectos fetales como, alteraciones del peso –más de 4500 g o menos de 2500 g–, y anomalías del cuello fetal como: malformaciones craneofaciales y del tubo neural, cuellos cortos, tumores tiroideos o higroma quístico y circulares múltiples de cordón. También intervienen factores maternos, como estrechez pélvica, anomalías del canal de parto óseo, malformaciones congénitas y tumores uterinos (23).

Cammu et al. en un estudio de cohorte poblacional llevado a cabo en 611.021 pacientes en trabajo de parto, en los que se determinó una frecuencia de presentación podálica (4,59%) correspondiente a 28,059 casos, encontró que los factores asociados con presentaciones podálicas, son similares a los mencionados previamente para las presentaciones cefálicas deflexionadas, sin embargo se agregan otros factores como: la luxación congénita de cadera, multiparidad, embarazo múltiple, poli hidramnios y oligohidramnios, con un riesgo significativamente elevado en fetos con un rango de peso de 500 a 1499 gramos (OR=1,93; IC:1,64-2,26); antecedente de cesárea anterior (OR=1,44; IC95%:1,38-1,50) y malformaciones congénitas (OR=1,24; IC95%:1,14-1,35) (23). En contraste, la presentación de hombros, donde el eje longitudinal del feto es perpendicular al de la madre, aunque es la menos frecuente, puede comprometer mayormente el bienestar fetal y por ende, se considera una emergencia obstétrica. Los factores de riesgo más prominentes son la placenta previa y el abdomen en péndula (24).

### - Anomalías de Posición

La posición fetal designa la relación de un punto de referencia fetal variable, con la sínfisis púbica materna, siendo la más común la variedad occipito-ílica izquierda anterior. Otras posiciones, como las occipito-posteriores y occipito-transversas pueden ser causa de distocia, aunque suelen resolverse espontáneamente o con corrección digital. Los factores de riesgo para estas posiciones anómalas son; la baja estatura materna, fetos macrosómicos, estrechez pélvica y anestesia conductiva (22).



### - Anomalías asociadas a Partos Múltiples

A pesar de que la mayoría de los partos múltiples pueden cursar de manera satisfactoria, existen complicaciones exclusivas de este escenario. Los fetos pueden sufrir colisión en el estrecho superior, cuando los polos de presentación de ambos fetos, entran simultáneamente al estrecho superior, de manera que ninguno puede proceder al encajamiento y el parto se hace imposible. También puede ocurrir el enganche en el estrecho superior: cuando un feto está en presentación cefálica y otro en presentación podálica, las cabezas pueden engancharse entre sí, al ocurrir la expulsión del primero hasta la cintura escapular. Finalmente, la expulsión de gemelos unidos puede ser infructuosa por vía vaginal, si los fetos son voluminosos (25).

## 2.3 Distocias del Canal de Parto

### - Anomalías de las Partes Óseas

La pelvis ósea presenta un estrecho superior, medio e inferior, cuyos diámetros anteriores, posteriores y transversos deben ser suficientemente amplios para permitir el paso del feto, donde el caso contrario se denomina estrechez pélvica. En contraparte, las situaciones donde la pelvis es normal pero el feto es demasiado voluminoso se denominan desproporción feto pélvica. Las distocias asociadas a las partes óseas pueden ocurrir con morfología pélvica normal o anormal. En efecto, pueden ocurrir distocias con pelvis estructuralmente normales, si los diámetros de los estrechos son reducidos (25).

Por otro lado, las pelvis con morfología anormal también pueden causar distocias, pero son menos frecuentes. Estas incluyen anomalías de la columna vertebral como; cifosis, lordosis o escoliosis, que causan deformidades compensatorias en la pelvis; anomalías de los miembros inferiores, como fracturas mal consolidadas o trastornos motores, y enfermedades artríticas de la pelvis y cadera (25).



### - Anomalías de las Partes Blandas

Pueden ocurrir distocias vinculadas con alteraciones del útero, cuello uterino, vagina y vulva. Respecto al útero, son prominentes las malformaciones congénitas, especialmente el útero unicorne, donde la frecuencia de abortos, parto pretérmino, presentación podálica y cesárea, es muy elevada (16). También se encuentran las mal posiciones uterinas, donde este órgano no se halla en su posición fisiológica, como la anteversoflexión. Cuando el útero se desplaza en exceso en dirección anterior, se desarrolla abdomen en péndulo, donde el útero desarrolla una saculación anterior que aloja al feto. Esto predispone a las anomalías de posición y presentación, y trastornos de las contracciones uterinas. En contraste, la retroversión excesiva del útero hacia el fondo de saco de Douglas, a menudo condiciona el desarrollo de abortos o partos pretérmino, y las contracciones uterinas raramente son efectivas. Los tumores del cuerpo uterino, en particular los de localización intramural o submucosa, predisponen a anomalías de presentación y posición, al igual que al desarrollo de contracciones uterinas inefectivas (16).

Las distocias cervicales son aquellas donde existen contracciones uterinas normales, pero el cuello uterino permanece rígido, obstaculizando la expulsión. Esta puede ser primaria o idiopática, o secundaria a lesiones como cervicitis crónica, neoplasias, o cicatrices de procedimientos quirúrgicos (26). Los tumores voluminosos en la luz vaginal, al igual que las malformaciones congénitas de la vagina, también pueden dificultar el trabajo de parto, en especial los casos de vagina doble con septum incompleto y tabique vaginal transverso, donde existen obstáculos mecánicos para la expulsión del feto. Finalmente, los tumores vulvares voluminosos, lesiones como, el granuloma inguinal en estadios avanzados, y también pueden impedir el paso del feto a través del canal de parto (27).



## 2.4 Distocias de las Fuerzas Expulsivas

Para que ocurra un trabajo de parto normal, las contracciones uterinas deben mantener un tono, intensidad, frecuencia y coordinación normal, junto con la presencia del pujo voluntario de la madre. Las contracciones uterinas efectivas nacen de un tono basal, que oscila entre 8-12 mmHg y alcanzan una intensidad de hasta 60 mmHg; con una frecuencia de 2-5 contracciones cada 10 minutos. Además, las contracciones uterinas efectivas son coordinadas, iniciando en el fondo uterino y dirigiéndose en dirección descendente hacia el segmento uterino. Cada uno de estos elementos puede verse alterado para dar origen a distocias (27).

### - Anomalías de la Intensidad y Frecuencia de las Contracciones de Uterinas

Cuando las contracciones uterinas no son suficientemente fuertes o frecuentes, el trabajo de parto puede prolongarse, y si bien suele finalizar sin complicaciones, predispone al desarrollo de corioamnionitis, hemorragias del alumbramiento, y fatiga materna. Los factores de riesgo para la disfunción uterina hipotónica incluyen las posiciones fetales anormales, la desproporción feto pélvica, sobre distensión uterina por poli hidramnios, multiparidad, embarazos múltiples y otras causas de aumento del volumen del feto, la presencia de tumores uterinos, el período integénésico reducido (menor a dos años), enfermedades maternas crónicas y factores emocionales (28).

En contraparte, la disfunción uterina hipertónica, ocurre cuando las contracciones uterinas exceden la intensidad o frecuencia normal y también suelen ser descoordinadas. Estas se asocian a sufrimiento fetal y prolongación del trabajo de parto. El principal factor de riesgo para este fenómeno es la nuliparidad, además de la estática fetal anormal, desproporción feto pélvica, desprendimiento prematuro de placenta, hipertensión gestacional y presencia de tumores, cicatrices en el cuerpo o fondo uterino (28).



## - Anomalías de la Coordinación de las Contracciones Uterinas

Las contracciones uterinas efectivas deben ocurrir en sentido descendente, desde el fondo uterino y estar intercaladas con períodos de relajación de duración similar a la de las contracciones. En las alteraciones de la coordinación, pueden perderse estas características de distintas maneras. En la inversión del gradiente de contracciones uterinas, éstas se originan en el segmento uterino inferior, por lo cual el feto no desciende y la contracción es lenta (29). Por otro lado, en la fibrilación uterina, las contracciones se inician de manera desordenada en toda la extensión del miometrio, originando el denominado “cólico uterino”, imposibilitando el trabajo de parto y causando sufrimiento fetal. Los factores de riesgo fundamentales para estas alteraciones son la nuliparidad y la presencia de lesiones anatómicas en el miometrio, como tumores o cicatrices (29).

### 2.5 Factores de Riesgo para Distocias: Enfoque integral

Debido a que las distocias constituyen un grupo de situaciones y eventos muy heterogéneas, los factores de riesgo para las mismas son similarmente variados y numerosos, tal como se ha presentado previamente cada distocia, tiene una serie de conglomerados de factores de riesgo que aumentan las probabilidades para su padecimiento. Estos pueden sintetizarse como factores relacionados con la madre, factores relativos al feto y factores relacionados con patología gineco-obstétrica propiamente dicha. El médico proveedor de servicios en salud materno infantil, debe ser capaz de atender a la detección y manejo de todos estos factores, a fin de asegurar un parto exitoso (30).

Se ha reportado que entre los factores relacionados con la madre, se incluyen las edades extremas, en particular adolescentes y mujeres mayores de 35 años de edad (31), tal cual como fue observado por Cevallos Zúñiga et al. En su estudio comparativo, en donde las adolescentes embarazadas (15 a 19 años) correspondieron al 46,1% de



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

los partos distócicos. De tal manera, se ha asociado el bajo peso al igual que el sobrepeso y la obesidad, con la presencia de distocia, en este sentido Aguilera Arizpe encontró en su estudio analítico, longitudinal realizado en 140 pacientes gestantes (70 con normopeso y 10 con obesidad), en Barquisimeto-Venezuela, donde las pacientes obesas (Índice de masa corporal  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup>) mostraron una mayor prevalencia de parto distócico (61,43%) que las pacientes con peso normal (Índice de masa corporal menor a 25 Kg/m<sup>2</sup>) tuvieron una menor frecuencia de distocia de un 45,71% (25). Igualmente Blissing et al. encontraron una mayor frecuencia de partos distócicos en las pacientes con sobrepeso y obesidad (4,8%), comparado con un 0,3% en las gestantes con peso normal (18). Otros factores asociados son el período intergenésico muy reducido o muy prolongado, la nuliparidad y la gran multiparidad, la estrechez pélvica (32) y las enfermedades maternas crónicas (33).

La estrechez pélvica es un factor materno para desencadenar un parto distócico, por lo que el feto debe ser extraído mediante cesárea; el cual tiene una relevancia en nuestra población, ya que en un estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en Cuenca por Patiño et al. con el objetivo de determinar la frecuencia de cesáreas en el Hospital José Carrasco Arteaga, y su correlación con el diagnóstico clínico- quirúrgico en 353 pacientes, se encontró que el 30,26% de pacientes presentó un diagnóstico de estrechez pélvica (20). Por lo tanto, alrededor de una de cada tres pacientes cuya gestación no es culminada por parto vaginal, tendrá como causa a la distocia ósea, por lo que mayor cantidad de estudios se requieren en nuestra localidad para evaluar su comportamiento sobre la morbilidad materna.

En cuanto a la multiparidad, Shechter et al. realizaron un estudio retrospectivo poblacional en 49.019 gestantes con antecedentes de 2 a 5 partos (multíparas), 9.902 gestantes con 6 a 9 partos (gran múltiparas) y 3.103 pacientes con antecedentes de 10 o más partos a las cuales denominaron grandes gran múltiparas (GGMP); observando que la frecuencia de partos distócicos, se fue incrementando a medida que se aumentaron la cantidad de partos, obteniendo una frecuencia de distocia del 1,6% en las pacientes múltiparas, 2,8% en las gran múltiparas y de 4,9% en las pacientes



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

GGMP, mostrando diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones ( $p < 0,001$ ), así mismo se encontró que la presencia de 6 partos o más, produce un riesgo significativo para el parto distócico (OR=2,1; IC95%: 1,59-2,80;  $p < 0,001$ ) (19). Este comportamiento muestra la importancia de considerar a la multiparidad, como un factor asociado a la distocia, y evaluar el impacto que tiene sobre nuestras pacientes.

En lo concerniente a los factores fetales, destacan múltiples anomalías congénitas, especialmente la macrosomía, hidrocefalia, hidropesía, higroma quístico y tumores; entre otras causas se encuentran los embarazos múltiples (34) y el aumento de peso o volumen del feto (21), al igual que el bajo peso al nacer o prematuridad. Díaz Rojas, realizó un estudio para determinar los factores asociados a las distocias en 393 pacientes casos y controles (Casos: 131 pacientes con partos distócicos y los controles: 262 pacientes con parto vaginal normal), encontrando una asociación significativa con la edad gestacional, obteniéndose una mayor frecuencia de prematuridad en los casos de partos distócicos que en los controles (13,0% vs 3,1%;  $p = 0,0001$ ) (13).

Cevallos Zuñiga et al. en su estudio, encontró una alta frecuencia de bajo peso al nacer en las pacientes con parto distócico (92,3%), incluso también una elevada frecuencia de antecedente previo de bajo peso al nacer (73,0%) (22). Por lo que resulta importante el estudio del antecedente de recién nacidos con bajo peso al nacer, y su relación con la distocia, a fin de establecer categorías de riesgo en las pacientes para considerar un manejo más adecuado y oportuno, ante la inminente presencia de un parto distócico.

Finalmente, existen diversas patologías gineco-obstétricas que predisponen a complicaciones perinatales y distocias, incluyendo el desarrollo de diabetes o hipertensión gestacional, pudiéndose observar en un estudio realizado por Caiza Sayra en 62 pacientes gestantes del Hospital José María Vargas, Riobamba – Ecuador, que hasta un 45,16% de las pacientes con preeclamsia tienen una terminación de la gestación mediante cesárea (28).

El embarazo múltiple también se ha considerado una patología obstétrica, debido a las potenciales consecuencias que pueden afectar el bienestar materno-fetal, una de estas





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

complicaciones se relaciona con el parto distócico, ya que los fetos pueden adoptar una presentación que imposibilita su extracción por vía vaginal, en este sentido Vallejo et al. en su revisión de la literatura reporta, su estrecha asociación con los partos distócicos, donde los embarazos gemelares han mostrado frecuencias desde 40,5% a 46,3% de distocias por presentación cefálica-cefálica, en la población de Colombia (35). Por lo que esta asociación también debe de ser estudiada en nuestra localidad, a fin de plantear las bases para el establecimiento de futuras estrategias de atención, en las pacientes con embarazo múltiple.

La diabetes gestacional puede dar lugar a la aparición de macrosomía fetal, la cual es un factor de riesgo para el parto distócico, Naja fían et al. realizaron un estudio de cohorte llevado a cabo en 20.000 partos, de los cuales el 9% presentó macrosomía, y el resto fueron partos con peso normal, encontrando una asociación significativa entre la diabetes gestacional y la macrosomía, siendo mayor la frecuencia de diabetes gestacional en el grupo de recién nacidos macrosómicos (39,5%) que en el grupo de recién nacidos con peso normal (6,1%); además del hallazgo relevante que los recién nacidos macrosómicos tuvieron mayor cantidad de distocias de hombro, que los recién nacidos de peso normal (11,0% vs 0,5% respectivamente,  $p=0,0001$ ) (36), esto hace a la diabetes gestacional un factor de riesgo para distocias, debido a que aumenta las probabilidades de producir un recién nacido macrosómico.

Entre otros factores se encuentran: desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa y otras anomalías de la inserción placentaria, también las alteraciones en el líquido amniótico como oligoamnios /poli hidramnios. Tashfeen et al. en su estudio de cohorte retrospectivo llevado a cabo en 477 pacientes con poli hidramnios, y un grupo control de 900 casos, donde encontraron una mayor frecuencia de resolución del embarazo por extracción del feto mediante cesárea en el grupo de poli hidramnios que en el grupo control (24,0% vs 10,6% respectivamente,  $p<0,0001$ ) (37), lo que demuestra que las alteraciones en el líquido amniótico, producen cambios en el modo de trabajo de parto, aumentando las probabilidades de un parto distócico, que deberá ser resuelto mediante cesárea.



## **UNIVERSIDAD DE CUENCA**

Se ha asociado con los partos distócicos los trastornos del cordón umbilical (25), parto pre término y pos término, tal como se ha mencionado anteriormente (38), infecciones crónicas del aparato reproductor (32) y neoplasias uterinas, ováricas, cervicales, vaginales o vulvares (16), donde Rozza Bejarano en su reporte de caso clínico, destaca la importancia de las neoplasias del aparato reproductor femenino, como una potencial barrera que limita la expulsión del feto ocasionando distocias.



### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y los factores relacionados al parto distócico en pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, enero del 2015 - junio del 2016.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas (edad y procedencia) de la población de estudio.
- Determinar la prevalencia de distocia.
- Identificar el tipo de distocia más frecuente.
- Determinar los factores relacionados con el parto distócico: causas maternas (edad, número de gestas, diabetes gestacional e hipertensión gestacional) y fetales (edad gestacional, peso al nacer, presentación fetal, embarazo múltiple).

#### 3.2 HIPÓTESIS

Existe una tendencia al incremento de los partos distócicos en las mujeres, la cual está asociada a factores maternos (edad, número de gestas, diabetes gestacional e hipertensión gestacional) y fetales (edad gestacional, peso al nacer, presentación fetal, embarazo múltiple) en las pacientes atendidas en el área de Gineco - Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Enero 2015 - Junio 2016.



## **4. MARCO METODOLÓGICO**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio cuantitativo, analítico - transversal.

### **4.2 ÁREA DE ESTUDIO**

El estudio fue llevado a cabo en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Vicente Corral Moscoso, ubicado en la ciudad de Cuenca, Azuay - Ecuador, durante enero de 2015 a junio de 2016.

### **4.3 UNIVERSO Y MUESTRA**

El universo fueron todas las pacientes que fueron atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, durante el período de enero del año 2015 a junio del 2016, y que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, cuya cantidad total fue de 2827 pacientes, de las cuales 593 presentaron parto distócico y 2234 parto eutócico.

### **4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Historia clínica de pacientes que fueron atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso.

#### **4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Presencia de una historia clínica incompleta.



4.5 VARIABLES

4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Dimensión	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del parto	Años	Tiempo transcurrido en años registrados en la historia clínica	Menos de 20 años 20 a 35 años Más de 35 años
Procedencia	Sitio sociodemográfico de procedencia de la madre del recién nacido	Procedencia	Sitio de procedencia reportado en la historia clínica	Rural Urbana
Número de gestas	Antecedente materno del número de gestaciones que ha presentado hasta el momento del estudio	Número de gestaciones	Cantidad de gestaciones reportados en la historia clínica	Nulípara Gran Múltipara (más de 6 partos)
Estrechez pélvica	Presencia de un fenotipo de pelvis estrecha por parte de la madre que imposibilita la conducción del parto por vía vaginal.	Estrechez pélvica	Presencia de estrechez pélvica, descrito en la historia clínica	Si No
Edad gestacional	Tiempo transcurrido desde la concepción hasta el momento del trabajo de parto.	Tiempo en semanas	Edad gestacional reportada en la historia clínica	Pretérmino A término Postérmino
Peso al nacer	Medida antropométrica determinada al momento del nacimiento mediante una balanza.	Peso	Peso del recién nacido reportado en la historia clínica	Bajo peso (Menos de 2500 gramos) Macrosomía (Más de 4500 gramos)
Distocia fetal	La presentación es el polo fetal que se aproxima a la pelvis menor de la madre	Presentación fetal	Reporte en la historia clínica de la presentación del recién nacido.	Cefálica Podálica
Embarazo múltiple	Hace referencia a la presencia de más de un feto que se desarrollan de manera conjunta en el útero materno	Embarazo múltiple	Embarazo múltiple reportado en la historia clínica	Si No
Patología gineco-obstétrica	Presencia de alguna alteración gineco-obstétrica que pueda producir un riesgo	Patología ginecológica u obstétrica	Reporte de alguna patología gineco-obstétrica en la historia clínica	Diabetes gestacional Hipertensión gestacional



	aumentado para distocia			
Parto Distócico	Cualquier dificultad en el proceso normal de un parto	Distócico	Diagnóstico de parto distócico reportado en historia clínica	Si No
Tipo de Distocias	Clasificación de las distocias según su origen	Distocias	Reporte en historia clínica del tipo de distocia	Ósea Partes blandas Fetales Dinámicas

#### 4.6 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para realizar este estudio, se procedió a acceder al sistema de Historias Clínicas relacionadas con el área de Gineco - Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, donde fueron seleccionadas todas las historias de pacientes con diagnóstico de parto distócico del período enero de 2015 a junio de 2016, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Una vez ubicadas las Historias Clínicas de los pacientes se obtuvo la información mediante un instrumento de recolección de datos (**ANEXO 1**), que contiene la información sobre la información personal de las pacientes, y las causas de distocia durante el trabajo de parto.

#### 4.7 PROCEDIMIENTOS

##### 4.7.1 AUTORIZACIÓN

Para la ejecución de la investigación fue solicitada la autorización del Director Médico del Hospital Vicente Corral Moscoso (**ANEXO 2**).

##### 4.7.2 CAPACITACIÓN

Los autores fueron capacitados en cuanto a la adecuada revisión bibliográfica de libros, revistas científicas, búsqueda correcta de información relacionada a la investigación en



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

las páginas web, así como el entrenamiento para la recolección de la información y elaboración de la base de datos.

### 4.7.3 SUPERVISIÓN

Durante el desarrollo de la investigación se contó con la guía, y supervisión de la directora de tesis Dra. Brighth Borja Robalino y el asesor Dr. Jaime Ñauta Baculima.

### 4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20. Las variables cualitativas fueron expresadas como frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Las cuales estuvieron representadas en tablas para la adecuada interpretación de la información. La asociación entre variables fue establecida mediante odds ratio (OR) con su intervalo de confianza al 95%, para determinar la probabilidad de presentar distocia por los factores estudiados. Se consideró una asociación estadísticamente significativa, cuando se obtuvo un valor de p menor a 0,05.

### 4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Se tomaron en cuenta los aspectos éticos relacionados con el principio de la confidencialidad, ya que la información recolectada fue guardada con absoluta confiabilidad, garantizando el anonimato de las pacientes en estudio, además de asegurar que terceras personas no puedan tener acceso a dicha información. Todo lo indicado anteriormente, fue utilizado exclusivamente para el presente estudio, facultándose a quien crea conveniente la verificación de la información, siendo el presente caso, quien supervisa la investigación. Por otra parte, en vista que se tomará la información de las historias clínicas, sin un contacto directo con los pacientes, no fue requerida la aplicación de un consentimiento informado, ya que no se invade o viola la privacidad del paciente, sino únicamente se accede a la historia clínica para obtener la información estructurada para el estudio, ratificándose que esta investigación cumplió



## **UNIVERSIDAD DE CUENCA**

con el derecho a la intimidad y la confidencialidad, establecidos para los estudios en humanos (39).





## 5. RESULTADOS

### 5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS.

**Tabla 1. Distribución de las pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia según la edad. Hospital Vicente Corral Moscoso. Enero 2015-Junio 2016.**

<b>Grupos etarios</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
12 a 19 años	631	22,3
20 a 34 años	2048	72,4
35 años y más	148	5,2
<b>Total</b>	<b>2827</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Jaramillo Moreno David Ricardo, Jaramillo Chica Dickson Andrés.

**Interpretación:** El estudio estuvo constituido por 2827 pacientes, de las cuales el grupo etario más frecuente fue el de 20 a 34 años con 72,4% (n=2048), seguido del grupo de 12 a 19 años con 22,3% y con menor frecuencia el grupo de 35 años y más con 5,2%.

**Tabla 2. Distribución de las pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia según la procedencia. Hospital Vicente Corral Moscoso. Enero 2015-Junio 2016.**

<b>Procedencia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Rural	973	34,4
Urbana	1854	65,6
<b>Total</b>	<b>2827</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Jaramillo Moreno David Ricardo, Jaramillo Chica Dickson Andrés.

**Interpretación:** La mayoría de las pacientes tuvo una procedencia urbana con 65,6% (n=1854), mientras que el 34,4% (n=973) tuvo una procedencia rural.



## 5.2 PREVALENCIA DE PARTO DISTÓCICO EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Tabla 3. Prevalencia del parto distócico en el área de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Enero 2015-Junio 2016.**

Tipo de parto	n	%
Distócico	593	21,0
Eutócico	2234	79,0
<b>Total</b>	<b>2827</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Jaramillo Moreno David Ricardo, Jaramillo Chica Dickson Andrés.

**Interpretación:** Se observa que del total de partos atendidos (n=2827), el 21% (n=593) fueron partos distócicos.

## 5.3 TIPO DE DISTOCIAS MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

**Tabla 4. Distribución de las pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia con diagnóstico de distocia según el tipo de distocia. Hospital Vicente Corral Moscoso. Enero 2015-Junio 2016.**

Tipo de distocia	n	%
Dinámicas	411	69,3
Maternas	106	17,8
Fetales	76	12,8
<b>Total</b>	<b>593</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Jaramillo Moreno David Ricardo, Jaramillo Chica Dickson Andrés.

**Interpretación:** El tipo de distocia más frecuente fue la dinámica con 69,3% (n=411), de las cuales el 99,7% (n=410) fue hipodinámica y 0,3% (n=1) hiperdinámica. Las distocias



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

maternas se presentaron en el 17,8% de los casos (óseas con 12,6% y de partes blandas 5,2%) y las distocias fetales correspondieron al 12,8%.



**5.4 FACTORES ASOCIADOS A LOS PARTOS DISTÓCICOS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO**

**Tabla 5. Evaluación de los factores asociados a las distocias en el área de gineco-obstetricia con diagnóstico de distocia según la edad. Hospital Vicente Corral Moscoso. Enero 2015-Junio, 2016.**

Factores	Categorías	Distocia				OR (IC95%)	p
		Si		No			
		n=593	%	n=2234	%		
Embarazo Adolescente	Si	151	24,0	477	76,0	<b>1,25 (1,01- 1,55)</b>	<b>0,032</b>
	No	442	20,1	1757	79,9		
Edad mayor a 35 años	Si	61	41,2	87	58,8	<b>2,83 (2,01 - 3,97)</b>	<b>&lt;0,001</b>
	No	532	19,9	2147	80,1		
Procedencia	Rural	219	22,5	754	77,5	1,14 (0,95 - 1,38)	0,147
	Urbana	374	20,2	1480	79,8		
Nulípara	Si	288	25,8	828	74,2	<b>1,60 (1,33 - 1,92)</b>	<b>&lt;0,001</b>
	No	305	17,8	1406	82,2		
Gran Multípara	Si	16	51,6	15	48,4	<b>4,10 (2,01 - 8,34)</b>	<b>&lt;0,001</b>
	No	577	20,6	2219	79,4		
Estrechez pélvica	Si	58	95,1	3	4,9	<b>80,62 (25,16 - 258,28)</b>	<b>&lt;0,001</b>
	No	535	19,3	2231	80,7		
Embarazo pretérmino	Si	69	18,5	303	81,5	0,83 (0,63 - 1,10)	0,217
	No	524	21,3	1931	78,7		
Embarazo postérmino	Si	20	28,6	50	71,4	1,52 (0,90 - 2,58)	0,114
	No	573	20,8	2184	79,2		
Bajo peso al nacer	Si	95	18,3	424	81,7	0,81 (0,63 - 1,03)	0,098
	No	498	21,6	1810	78,4		
Macrosomía fetal	Si	5	22,7	17	77,3	1,10 (0,40 - 3,01)	0,840
	No	588	21,0	2217	79,0		
Presentación	Podálica	14	82,4	3	17,6	<b>17,98 (5,15 - 62,78)</b>	<b>&lt;0,001</b>
	Cefálica	579	20,6	2231	79,4		
Embarazo múltiple	Si	4	66,7	2	33,3	<b>7,57 (1,38 - 41,47)</b>	<b>0,006</b>
	No	589	20,9	2232	79,1		
Diabetes gestacional	Si	9	25,0	27	75,0	1,26 (0,58 - 2,69)	0,551
	No	584	20,9	2207	79,1		
Hipertensión gestacional	Si	79	29,9	185	70,1	<b>1,70 (1,28 - 2,25)</b>	<b>&lt;0,001</b>
	No	514	20,1	2049	79,9		

OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Jaramillo Moreno David Ricardo, Jaramillo Chica Dickson Andrés.



**Interpretación:** El embarazo adolescente mostró una asociación significativa con la distocia ( $p=0,032$ ), presentando mayor prevalencia (24%) que las pacientes que no tuvieron un embarazo adolescente (20,1%), mostrando  $OR=1,25$  veces mayores probabilidades de presentar distocia. Las pacientes con edad mayor a 35 años tuvieron una mayor prevalencia de distocia (41,2%) comparado a las pacientes con una edad menor (19,9%), mostrando una asociación significativa ( $p<0,001$ ) y  $OR=2,83$  veces mayores posibilidades de presentar distocia que las pacientes con edad menor a 35 años. La procedencia no tuvo una asociación significativa con la distocia ( $OR=1,14$ ;  $IC95\%:0,95-1,38$ ;  $p=0,147$ ). La nuliparidad mostró de manera significativa ( $p<0,001$ ) con  $OR=1,60$  mayor probabilidad de presentar distocias comparado a las pacientes no nulíparas. De manera similar ( $p<0,001$ ) las pacientes gran multíparas tuvieron significativamente  $OR=4,10$  veces mayores posibilidades de presentar distocias. Las pacientes que presentaron estrechez pélvica tuvieron un 95,1% de distocia comparado a un 4,9% de distocia en las pacientes sin estrechez pélvica, mostrando asociación significativa ( $p<0,001$ ) con  $OR=80,62$  veces mayores probabilidades que el grupo de pacientes con estrechez pélvica presenten distocia con respecto a las pacientes sin la misma. Por otra parte, los siguientes factores mostraron asociación significativa con la distocia: presentación podálica ( $OR=17,98$ ;  $IC95\%:5,15-62,78$ ;  $p<0,001$ ); embarazo múltiple ( $OR=7,57$ ;  $IC95\%:1,38-44,47$ ;  $p=0,006$ ) y la hipertensión gestacional ( $OR=1,70$ ;  $IC95\%:1,28-2,25$ ;  $p<0,001$ ). El resto de factores estudiados no mostraron asociación significativa con la distocia: embarazo pretérmino ( $OR=0,83$ ;  $IC95\%:0,63-1,10$ ;  $p=0,217$ ), embarazo postérmino ( $OR=1,52$ ;  $IC95\%:0,90-2,58$ ;  $p=0,114$ ), bajo peso al nacer ( $OR=0,81$ ;  $IC95\%:0,63-1,03$ ;  $p=0,098$ ), macrosomía fetal ( $OR=1,10$ ;  $IC95\%:0,40-3,01$ ;  $p=0,840$ ), y diabetes gestacional ( $OR=1,26$ ;  $IC95\%:0,58-2,69$ ;  $p=0,551$ ).



**Tabla 6. Prevalencia de partos distócicos que terminaron en cesárea. Área de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Enero 2015-Junio 2016.\***

<b>Partos distócicos que terminaron en cesárea</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Si	281	47,3
No	312	52,7
<b>Total</b>	<b>593</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Elaborado por: Jaramillo Moreno David Ricardo, Jaramillo Chica Dickson Andrés.

**Interpretación:** Al 47,3% (n=281) de las pacientes con parto distócico se les fue realizada cesárea de emergencia.

\* Los siguientes datos fueron adicionales a los objetivos del presente proyecto de investigación, presentándose como hallazgos clínicos accesorios al instrumento de recolección de datos, observados en el transcurso de la elaboración de la presente investigación.



## 6. DISCUSIÓN

El diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y prevención de las distocias constituyen objetivos primordiales de la práctica gineco-obstétrica y la atención prenatal, orientados a la consecución de un parto saludable y bienestar integral para la madre (40). En efecto, las distocias representan la causa más prominente de cesáreas, dado que por definición involucran la incapacidad para realizar el parto vaginal; y por ende acarrear un riesgo inherente de mayor morbimortalidad materno infantil, al igual que mayores gastos económicos directos e indirectos, asociados a cuidados médicos rutinarios y complicaciones (3). En este escenario, se hace evidente la importancia de identificar la prevalencia de los factores de riesgo asociados a las distocias, con la intención de reducir la morbimortalidad y aparición de complicaciones perinatales (41).

La prevalencia de distocia en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue de 21,0%, lo cual representa un porcentaje considerable de las pacientes que acuden al hospital. Esta prevalencia es inferior a la descrita por Crespo et al. en el año 2002, quienes llevaron a cabo un estudio prospectivo y observacional en 798 mujeres del Hospital de Ginecología y Obstetricia de García Garza en Nuevo León, México, donde reportaron una prevalencia de distocia del 35,1% (n=280) (42).

No obstante, a pesar de los escasos estudios realizados sobre la prevalencia del parto distócico, los hallazgos obtenidos en nuestro estudio son mayores a los reportados por otros autores. Ould et al. en el año 2001 estudiaron a 20326 mujeres en África del este, donde evaluaron la prevalencia de distocia y sus factores asociados en un estudio prospectivo, encontrando que el 18,3% de las mujeres tuvo distocia (43).

Así mismo, Kabayenga et al. determinaron la prevalencia de partos distócicos en el Sur-- Oeste de Uganda para el año 2011, en un análisis que incluyó 11180 partos, encontrando una prevalencia de distocia de 10,5% (44). De manera similar, Fantu et al. condujeron un estudio en el Hospital Universitario Especializado de Jimma-Etiopia,



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

donde establecieron que de 1478 partos, 179 presentaron distocia lo cual correspondió al 12,2% (45).

Además, en países de bajos ingresos se ha estimado una prevalencia de distocias del 3,3% a 12,2% (46,47), similarmente a nivel mundial se ha observado prevalencias de 3 a 6%, tal como fue descrito por Dolea y AbouZahr en el año 2003, en una revisión sistemática sobre esta condición patológica (48). Esto resalta la importancia del presente estudio, sobre determinar las prevalencias para cada localidad, observando una mayor prevalencia de partos distócicos en el Hospital Vicente Corral Moscoso, comparado a la mayoría de reportes a nivel mundial, lo que afianza la relevancia de considerar esta condición materna para su abordaje temprano y oportuno. Cabe destacar que en nuestra localidad, no existen reportes con una metodología similar a la del presente estudio, que permita comparar las prevalencias de distocia, lo que convierte a este proyecto la base científica para las futuras investigaciones, que sean realizadas para comprender esta problemática.

Al analizar la edad en nuestra muestra, se consiguió una asociación significativa para distocia, siendo mayor la prevalencia de distocia en las madres adolescentes (Menos de 20 años) con una probabilidad significativa (OR=1,25; IC95%: 1,01-1,55), al igual en las madres con edad mayor a 35 años (OR=2,83; IC95%: 2,01-3,97). Este comportamiento es similar al obtenido por Kabayenga et al. en el año 2011, en un estudio realizado en 11180 mujeres de Uganda, donde reportaron que las madres con edad menor a 20 años tuvieron un riesgo significativo para distocia (OR=1,43; IC95%: 1,23-1,67) y las mujeres mayores de 30 años (OR=1,07; IC95%: 0,91-1,25) (44).

Cevallos Zúñiga et al. en su estudio comparativo entre 26 mujeres con partos eutócicos y 26 mujeres con partos distócicos de la parroquia Chongón de Guayaquil, llevado a cabo en el año 2012-2013, evidenció que la distocia se presentó principalmente en las madres adolescentes con el 46,15% del total de partos distócicos (22). Estas discrepancias subrayan la importancia de evaluar los patrones epidemiológicos, asociados a partos distócicos específicos para cada región (49). Por su parte Romero et





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

al. en el año 2007 realizaron un estudio en 750 pacientes, 250 casos de partos distócicos y 500 casos de partos eutócicos, en los que encontraron que la edad avanzada (mayor a 35 años) mostró una asociación significativa con las distocias al realizar una regresión logística múltiple, indicando la influencia que genera la edad sobre esta patología (50).

La mayoría de las pacientes fueron de procedencia urbana, la cual no presentó una asociación significativa con la presencia de distocia. Esto puede radicar en que ambos grupos de pacientes tanto distócicas como eutócicas, tuvieron una procedencia principalmente urbana y en menor cantidad rural. Esto depende de los aspectos metodológicos en los que sean realizados los estudios, Carpio Barón en el año 2012, consiguió una prevalencia del 19,5% de la procedencia rural, en un estudio retrospectivo y analítico llevado a cabo en 256 mujeres que acudieron a un hospital universitario peruano (51). En este sentido, se ha sugerido que la vulnerabilidad de las poblaciones rurales a peores resultados obstétricos, sea principalmente dependiente de la atención del parto propiamente en este tipo de instituciones (52).

En cuanto a la paridad, se encontró una asociación significativa entre la prevalencia de mayor distocia en las pacientes nulíparas (OR=1,60; IC95%: 1,33-1,92), como en las grandes multíparas (OR=4,10; IC95%: 2,01-8,34). Este hallazgo se ha observado en otros estudios, que describen que ambos extremos de la paridad se han vinculado con resultados adversos para distocia; por ejemplo, Shechter et al. Realizó un estudio retrospectivo poblacional en el año 2010, en una población ubicada en el sur de Israel, en 49.019 gestantes con antecedentes de 2 a 5 partos (multíparas), 9.902 gestantes con 6 a 9 partos (gran multíparas) y 3.103 pacientes con antecedentes de 10 o más partos, a las cuales denominaron grandes gran multíparas (GGMP); obteniendo una prevalencia de distocia del 1,6% en las pacientes multíparas, 2,8% en las gran multíparas y de 4,9% en las pacientes GGMP. Por lo tanto, se encontró que la presencia de 6 partos o más produce un riesgo significativo para el parto distócico (OR=2,1; IC95%: 1,59-2,80;  $p < 0,001$ ) (19). De manera complementaria, en el estudio retrospectivo de Kabakyenga et al. en el año 2011, en su estudio realizado en 11180



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

mujeres de Uganda, la nuliparidad también fue identificada como factor de riesgo para las distocias, con un OR de 1,47; IC95%: 1,22-1,78;  $p < 0,001$  (44). Por consiguiente estos aspectos, deben ser evaluados en el momento del trabajo de parto de las pacientes.

Por otro lado, conseguimos que las pacientes con estrechez pélvica tuvieron distocia en un 95,1% comparado a un 19,3% en las pacientes sin estrechez pélvica, constituyendo un factor con una probabilidad significativamente elevada para padecer distocia (OR=80,62; IC95%: 25,16-258,28). La relevancia de este factor ha sido previamente señalada, siendo catalogada como la principal causa de parto distócico, siendo responsable del 80,6% de los casos en Etiopia (53), 67% en un estudio realizado en Nigeria (54) y del 41,1% de un estudio conducido en la India (55).

Patiño et al. realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo realizado en el Hospital “José Carrasco Arteaga” de Cuenca en el año 2011, donde evaluaron las correlaciones clínico-quirúrgicas de 353 partos atendidos, se encontró que el 30,26% de las mujeres con distocias presentó un diagnóstico de estrechez pélvica (20). Esta disparidad en las frecuencias resalta la importancia de elevar la sospecha clínica para la estrechez pélvica en las mujeres embarazadas de nuestra localidad, reforzando la realización de una evaluación clínica y paraclínica acuciosa en el cuidado prenatal.

Respecto a la edad gestacional, no se encontró asociación con la distocia. Esto difiere de lo descrito por Díaz Rojas en un estudio caso-control ejecutado en un hospital peruano de tercer nivel en el año 2011, donde se incluyeron 131 casos con partos distócicos y 262 pacientes controles con parto vaginal normal; donde se identificó una asociación significativa con la edad gestacional, obteniéndose una mayor frecuencia de prematuridad en los casos de partos distócicos que en los controles (13,0% vs 3,1%;  $p = 0,0001$ ) (13). No obstante, el riesgo elevado que presentan los partos prolongados, se debe al exagerado peso fetal que tienen muchos de estos casos (56). Por lo tanto, las diferencias entre los hallazgos podrían originar del fundamento metodológico de los estudios, ya que tanto la edad gestacional precoz como tardía, han sido propuestas



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

como factores de riesgo para distocias, con abundante evidencia teórica y epidemiológica (57).

En cuanto al peso al nacer, no se reportó una asociación con la presencia de distocia, si bien los pacientes con macrosomía fetal (peso mayor a 4500 gramos) mostraron una mayor prevalencia de distocia (22,7%), comparado a los casos sin macrosomía fetal (21,0%), esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Dicho comportamiento difiere sobre la literatura disponible a nivel nacional, donde el bajo peso al nacer parece ser un factor relacionado a la distocia. En efecto, en el estudio previamente discutido de Cevallos Zúñiga llevado a cabo en su estudio caso control (26 mujeres con parto eutócico y 26 con parto distócico) realizado en Guayaquil para el año 2013, se evidenció que la mayoría de los fetos con parto distócico, tuvo un peso menor a 2500 gramos (92,3%), y el resto tuvo peso normal, sin registrarse casos de macrosomía (22). Esto pudiera corresponder, al manejo temprano que tienen los partos con alteración en el peso previamente determinado, en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

En lo concerniente a la presentación, se consiguió que los casos de presentación podálica tuvieron 17,98 veces mayor probabilidad de presentar distocia comparado a los casos de presentación cefálica, con una asociación estadísticamente significativa. Si bien la presentación podálica tiene baja frecuencia, tal como se observó en un estudio poblacional, que incluyó 611,021 partos atendidos en varios centros asistenciales en Bélgica, mostrando una prevalencia de 4,59% (23), la probabilidad de complicarse este tipo de presentaciones es elevado. La presentación podálica es una de las principales causas de partos distócicos, tal como fue descrito por Shimelis Fantu et al. en un estudio realizado en el año 2010 en 179 mujeres con diagnóstico distocia, donde se determinó que el 27,9% de los partos distócicos son debidos a las presentaciones podálicas (47).

Los embarazos múltiples presentaron distocia en el 66,7%, comparado a un 20,9% en los partos con fetos únicos, lo cual presentó una asociación significativa para el parto distócico (OR=7,57; IC95%: 1,338-41,47;  $p=0,006$ ). Vallejo et al. en el año 2012,



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

ilustran la relevancia del estudio de los embarazos gemelares en relación a los partos distócicos, en una revisión sistemática en la cual se estimó que entre 40,5% a 46,3% de todos los embarazos gemelares registrados en Colombia, suelen desarrollar alguna distocia, más frecuentemente en los casos de presentación cefálica-cefálica (35).

En lo concerniente al diagnóstico de diabetes gestacional, este mostró una mayor prevalencia de partos distócicos con el 25%, comparado a un 20,9% en los casos sin diabetes mellitus, sin embargo no se encontró una asociación significativa. Najafian et al. en el año 2012 realizaron un estudio de cohorte que incluyó 201.102 partos atendidos en un hospital iraní a lo largo de 5 años. En este estudio, la frecuencia de fetos macrosómicos fue de 9%, la frecuencias de diabetes gestacional fue de 39,5% en las madres de fetos macrosómicos, siendo las distocias más frecuentes en estos casos: 11,0% vs 0,5% en los casos sin diabetes gestacional, ( $p=0,0001$ ) (36).

En contraste, se presentó una mayor prevalencia de distocia (29,9%) en las pacientes con hipertensión gestacional, comparado a las pacientes que no presentaron este diagnóstico (20,1%). La prominencia de los síndromes hipertensivos del embarazo, y su vínculo con los partos distócicos ha sido previamente reseñada en nuestro país. En un estudio transversal publicado en el año 2010 por Caiza Mosquera, que incluyó 62 pacientes gestantes con pre-eclampsia, cuyo parto fue atendido en el Hospital “José María Vargas” en Riobamba; se encontró que en 45,16% de estos casos, las gestaciones fueron terminadas por medio de cesárea (28).

Cabe destacar que en el presente estudio, las distocias dinámicas fueron las más frecuentes, representando el 69,3% de los casos estudiados; seguidas de las distocias fetales (12,8%), las distocias óseas (12,6%) y las distocias mixtas, de partes blandas (5,2%) y sin ninguna instancia de distocias ovulares. Esto describe un patrón de morbilidad autóctono para la región, difiriendo de lo reportado por González y González para el año 2009 en 521 pacientes embarazadas sometidas a cesárea en un hospital venezolano. En este reporte, la primera indicación de cesárea fue la desproporción fetopélvica con 32,43%, seguida de la pre eclampsia severa con 11,47% y las distocias



## **UNIVERSIDAD DE CUENCA**

fetales con 7,37% (58). En contraste, en una investigación retrospectiva y observacional de Medina Huiza realizado sobre la documentación de 1666 partos atendidos en un hospital peruano, donde las causas más frecuentes de cesárea fueron la estrechez pélvica (14,7%) y la macrosomía con (10,9%) (59).



## 7. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de parto distócico en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue elevada del 21,0%, lo cual representa un porcentaje considerable de las pacientes que son atendidas en el área de gineco-obstetricia del hospital.
2. Las edades extremas como: la adolescencia y presentar 35 años o más constituyeron factores asociados a la distocia.
3. Los factores maternos que se relacionaron significativamente con las distocias fueron la nuliparidad, gran multiparidad, estrechez pélvica e hipertensión gestacional
4. Los factores fetales que se relacionaron significativamente con las distocias fue la presentación podálica y el embarazo múltiple.
5. De las pacientes con diagnóstico de parto distócico atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, según su clasificación la más frecuente fue la distocia dinámica.
6. De los 593 partos distócicos que se diagnosticó en Hospital “Vicente Corral Moscoso”, el 47,3% se les realizó cesárea de emergencia.



## 8. RECOMENDACIONES

- A. El antecedente obstétrico relacionado a la edad y paridad, debe ser investigado en todas las pacientes, ya que la adolescencia, edad mayor a 35 años, nuliparidad y gran multiparidad se asocian a distocia, por lo tanto estas pacientes deben considerarse como de riesgo, a fin de tomar decisiones precozmente sobre su evolución a parto distócico en dichas pacientes, y de esta manera reducir las complicaciones materno-fetales.
- B. El canal pélvico debe de ser examinado de forma rutinaria para el pesquizaje de estrechez pélvica, y la paciente que lo presente debe ser considerada candidata a cesárea, debido a la estrecha relación que presentó con el parto distócico.
- C. Los factores relacionados al feto donde se incluyen la edad gestacional postérmino, macrosomía fetal y presentación podálica, deben ser tomados en cuenta en el protocolo de manejo del trabajo de parto, y su presencia hace sugerencia al riesgo de distocia, por lo que el parto por cesárea debe de ser considerado con antelación en toda sospecha de desarrollo de parto distócico.
- D. Al haber identificado las distocias dinámicas como el principal tipo de distocia, las estrategias de prevención diagnóstico y tratamiento de estas alteraciones, deben priorizar el cuidado de este tipo de distocia, lo cual ofrecería el mayor grado de beneficio clínico a las mujeres embarazadas y su descendencia en el Hospital “Vicente Corral Moscoso”.
- E. Deben realizarse mayor cantidad de estudios en la ciudad de Cuenca, así como a nivel nacional, que permitan llenar la ausencia de conocimientos sobre los partos distócicos y sus factores asociados, a fin de establecer consensos del manejo y prevención de esta condición, que repercute sobre el bienestar materno fetal.



## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovasc J Afr.* 18 de mayo de 2016; 27(2):89-94.
2. United Nations. The Millennium Development Goals Report. 2015. Disponible en: [http://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG%202015%20PR%20Key%20Facts%20Global.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20PR%20Key%20Facts%20Global.pdf).
3. Nápoles Méndez D, Couto Núñez D, Montes de Oca García A. Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto. *Medisan.* 2012; 16(5):736–752.
4. Lenoir-Wijnkoop I, van der Beek EM, Garssen J, Nuijten MJC, Uauy RD. Health economic modeling to assess short-term costs of maternal overweight, gestational diabetes, and related macrosomía “ a pilot evaluation. *Front Pharmacol.* 20 de mayo de 2015; 6:103.
5. World Health Organization. Maternal mortality. WHO 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>.
6. World Health Organization. Newborns: reducing mortality. WHO 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/>.
7. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. Zeeb H, editor. *PLOS ONE.* 5 de febrero de 2016; 11(2):e0148343.
8. Salazar Ponce S, Vaca Vega W. Riesgos y beneficios maternos asociados con parto por cesárea en 18 unidades de salud del Ecuador desde septiembre del 2004 a marzo del 2005. Tesis previa a la obtención del título de médico cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2013.





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

9. INEC. Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 2014. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2014. Disponible en: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/Publicaciones/Anuario\\_Nacimientos\\_y\\_Defunciones\\_2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf).
10. Demissie K. Asthma is associated with various perinatal risks, but not with preterm birth when it is actively managed during pregnancy. *Evid Based Med*. Octubre de 2012; 17(5):167-8.
11. Loder RT, Shafer C. The demographics of developmental hip dysplasia in the Midwestern United States (Indiana). *J Child Orthop*. Febrero de 2015;9(1):93-8.
12. Gardener H, Spiegelman D, Buka SL. Perinatal and Neonatal Risk Factors for Autism. *Autism* 128(2):344-55.
13. Díaz Rojas C. Factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2011. Tesis para optar el grado académico de magister en obstetricia con mención en salud reproductiva. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015.
14. Campos Z, Soledad M, Godoy Catalán L. Mothers, children, and the policies of Chile's Servicio Nacional de Salud (1952-1964). *História Ciênc Saúde-Manguinhos*. Diciembre de 2011; 18:131-51.
15. Arteaga E, San Sebastián M, Amores A. Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador. *Saúde Em Debate*. 2012; 36(94):402–13.
16. Rozza Bejarano C. Distocias por tumor previo al parto: útero doble. *Acta Médica Peru*. 2011; 28(1):23–26.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

17. Zolotor A, Carlough M. Update on Prenatal Care. *Am Fam Physician*. 2014; 89(3):199-208.
18. Blissing S, Roloff R, Girschick G, Frambach T, Dietl J. Neonatal results of pregnancies in overweight and obese mothers at the University of Würzburg Gynecology Clinic--a comparison of the years 1980 and 2005. *Z Geburtshilfe Neonatol*. Junio de 2008; 212(3):94-9.
19. Shechter Y, Levy A, Wiznitzer A, Zlotnik A, Sheiner E. Obstetric complications in grand and great grand multiparous women. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. Octubre de 2010; 23(10):1211-7.
20. Patiño D, Pineda A, Polo D. Estudio descriptivo de prevalencia y correlación clínico-quirúrgico de cesáreas en el «Hospital José Carrasco Arteaga», año 2010. Tesis previa la obtención del título de médico. Universidad de Cuenca. 2011.
21. Renna MD. Sonographic markers for early diagnosis of fetal malformations. *World J Radiol*. 2013; 5(10):356-71.
22. Cevallos Zúñiga C, Chamba Guamán Betty Yadira. Identificación de factores de riesgo asociados con el parto distócico. Estudio realizado en el subcentro de salud N10 de la parroquia Chongón de Guayaquil, desde el 1 de junio 2012 al 30 de junio del 2013. Tesis de grado previa a la obtención del título de licenciadas en enfermería. Universidad de Guayaquil. 2013.
23. Cammu H, Dony N, Martens G, Colman R. Common determinants of breech presentation at birth in singletons: a population-based study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. Junio de 2014; 177:106-9.
24. Grobman W. Shoulder Dystocia. *Obstet Gynecol Clin North Am*. Marzo de 2013; 40(1):59-67.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

25. Aguilera Arizpe T. Obesidad materna y complicaciones en el embarazo, parto y puerperio inmediato. Departamento de obstetricia y ginecología. Hospital Universitario «Dr. Antonio María Pineda». Barquisimeto, estado Lara. Tesis previa la obtención del título de especialista en obstetricia y ginecología. Universidad Centroccidental «Lisandro Alvarado». 2011.
26. Brown R, Gagnon R, Delisle M-F, Maternal Fetal Medicine Committee, Gagnon R, Bujold E, et al. Cervical insufficiency and cervical cerclage. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. Diciembre de 2013; 35(12):1115-27.
27. Van Hamont D, Zusterzeel PLM. Labor Dystocia as First Presentation of Pelvic Malignancy. Case Rep Obstet Gynecol. 13 de julio de 2011; 2011:e 584184.
28. Caiza S. Complicaciones materno-fetales asociadas a la preclamsia atendidos en el Hospital José María Velasco Ibarra - Tena, en el periodo enero 2009 - Enero 2010. Tesis previa a la obtención del título de médico general. Escuela Superior del Chimborazo. 2010.
29. Llerena L, Silva K. Ingesta de aguas tradicionales con principios oxitócicos en la taquisistolia y sufrimiento fetal agudo en mujeres con embarazo a término que ingresan por el servicio de emergencia del Hospital Básico Pelileo durante el periodo mayo- agosto 2012. Tesis previa la obtención del título de obstetriz. Universidad Central del Ecuador. 2012.
30. Mazza MM, Vallejo CM, González Blanco M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. Rev Obstet Ginecol Venezuela. Diciembre de 2012;72(4):233-48.
31. Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, Khashan AS. Advanced Maternal Age and Adverse Pregnancy Outcome: Evidence from a Large Contemporary Cohort. Shi Q, editor. PLoS ONE. 20 de febrero de 2013; 8(2):e56583.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

32. Jurado Ocampo N. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes. Tesis de grado para la obtención del título de especialista en ginecología y obstetricia. Universidad del Rosario. Colombia. 2014.
33. Leary PJ, Leary SES, Stout KK, Schwartz SM, Easterling TR. Maternal, perinatal, and postneonatal outcomes in women with chronic heart disease in Washington State. *Obstet Gynecol.* Diciembre de 2012; 120(6):1283-90.
34. Camarano L, Alkon A, Nachtigall RD, Schembri M, Weiss S, Croughan MS. Preterm delivery and low birth weight in singleton pregnancies conceived by women with and without a history of infertility. *Fertil Steril.* Septiembre de 2012;98(3):681-686.e1.
35. Vallejo D, Rangel Y, Angarita Fonseca A, Cardona EP. Current status of twin pregnancy: A literature review. *Rev Univ Ind Santander Salud.* Diciembre de 2012; 44(3):41-8.
36. Najafian M, Cheraghi M. Occurrence of Fetal Macrosomia Rate and Its Maternal and Neonatal Complications: A 5-Year Cohort Study. *Int Sch Res Not.* 14 de noviembre de 2012; 2012:e353791.
37. Tashfeen K, Hamdi IM. Polyhydramnios as a Predictor of Adverse Pregnancy Outcomes. *Sultan Qaboos Univ Med J.* Febrero de 2013; 13(1):57-62.
38. Pascual López V, Toirac Lamarque AS. Patrón de riesgo en la gestante adolescente primípara: un problema latente. *Medisan.* 2011; 15(12):1720–1728.
39. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM). Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013. Disponible en:<http://www.wma.net/es/30publications/10publications/b3/index.html>.
40. Vargas NA, Vargas GC. 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



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Paúl. *Enferm Actual Costa Rica* [Internet]. 1 de abril de 2014 [citado 17 de noviembre de 2016]; 0(26). Disponible en: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/14246>

41. Rubio-Romero JA, Ruiz-Parra AI, Martínez F, Muñoz-Restrepo J, Muñoz LA, Arévalo-Rodríguez I, et al. Clinical practice guidelines for early detection of abnormalities during labor, care for normal and dystocic delivery. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2013; 64(4):379–424.
42. Crespo Ruiz E, Rodríguez Fernández JJ. Active management of labor with cesarean index 6.4% and very good materno-fetal outcome. *Ginecol Obstet Mex*. Noviembre de 2002; 70:551-7.
43. Ould D, Bouvier-Colle MH, MOMA Group. Dystocia: a study of its frequency and risk factors in seven cities of West Africa. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. agosto de 2001; 74(2):171-8.
44. Kabakyenga JK, Östergren P-O, Turyakira E, Mukasa PK, Pettersson KO. Individual and health facility factors and the risk for obstructed labour and its adverse outcomes in south-western Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011; 11:73.
45. Fantu S, Segni H, Alemseged F. Incidence, Causes and Outcome of Obstructed Labor in Jimma University Specialized Hospital. *Ethiop J Health Sci*. Noviembre de 2010; 20(3):145-51.
46. Gessesew, A & Mesfin, M. Obstructed labour in Adigrat Zonal Hospital, Tigray region, Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development* 2003; 17(3):175-180.
47. Shimelis F, Hailemariam S, Fessahaye A. Incidence, causes and outcome of obstructed labor in Jimma University specialized hospital. *Ethiopian Journal of Health Science* 2010; (20)3:145-151.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

48. Dolea, C & AbouZahr, C. The global burden of obstructed labour in the year 2000. Geneva: WHO. 2003. Disponible en: [www.who.int/healthinfo/statistics/bod\\_obstructedlabour.pdf](http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_obstructedlabour.pdf).
49. Kabakyenga JK, Östergren P-O, Turyakira E, Mukasa PK, Pettersson KO. Individual and health facility factors and the risk for obstructed labour and its adverse outcomes in south-western Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14 de octubre de 2011; 11:73.
50. Romero G, López JCR, Salim PC, de León ALPP. Factores de riesgo asociados con el parto distócico. *Ginecol Obstet Mex*. 2007; 75(9):533–38.
51. Carpio Barón W. Operación cesárea: Incidencia e indicaciones en el hospital Naylamp de Essalud-Chiclayo durante el período. Enero-diciembre 2012. Tesis para optar al título de médico cirujano. Universidad de San Martín de Porres. 2012.
52. Cluet de Rodríguez I, Rossell-Pineda M del R, Álvarez de Acosta T, Rojas Quintero L. Factores de riesgos asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 2013; 73(3):157–170.
53. Gaym A. Obstructed labor at a district hospital. *Ethiop Med J*. Enero de 2002; 40(1):11-8.
54. Ozumba BC, Uchegbu H. Incidence and management of obstructed labour in eastern Nigeria. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. Agosto de 1991; 31(3):213-6.
55. Chhabra S, Gandhi D, Jaiswal M. Obstructed labour - a preventable entity. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol*. Marzo de 2000; 20(2):151-3.
56. Piloto Morejón M, Morejón Tapia E, Malagón P, Del E, Breijo Madera H. Embarazo prolongado. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. Abril de 2000; 26(1):48-53.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

57. La Rosa AF. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. Horiz Méd. 2015; 15(1):14–20.
58. González J, González R. indicaciones de cesárea segmentaria en adolescentes; Hospital Universitario «Dr. Luis Razetti», Barcelona. Estado Anzoátegui en el año 2007. Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al Título de Médico Cirujano. Universidad de Oriente. 2009.
59. Medina Huiza J. Factores Asociados a la Indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a diciembre del 2015. Tesis para optar al título de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma. 2016.

## 8. ANEXOS

### Anexo 1:

#### FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA UNIVERSIDAD DE CUENCA

Formulario N°: \_\_\_\_\_

**TEMA:** 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.

#### **Parto Distócico:**

No: \_\_\_\_\_; Si: \_\_\_\_\_

#### **Información personal:**

Edad (años): \_\_\_\_\_ cumplidos

Procedencia. Rural \_\_\_\_\_ Urbana: \_\_\_\_\_



**Factores maternos:**

Número de gestas: \_\_\_\_\_

Estrechez pélvica: No: \_\_\_\_; Si: \_\_\_\_\_

**Factores relativos al feto:**

Edad gestacional: Pretérmino: \_\_\_\_; A término: \_\_\_\_; Postérmino: \_\_\_\_

Peso al nacer: Menor a 2500 gr: \_\_\_\_; 2500 a 4500 gr: \_\_\_\_; Más de 4500 gr: \_\_\_\_

Presentación: Cefálica:\_\_\_\_; Podálica: \_\_\_\_

**Factores relacionados con patología gineco-obstétrica:**

Embarazo múltiple: No: \_\_\_\_; Si: \_\_\_\_\_

Diabetes gestacional: No: \_\_\_\_; Si: \_\_\_\_\_

Hipertensión gestacional: No: \_\_\_\_; Si: \_\_\_\_\_

**Tipo de parto distócico:**

Ósea:\_\_\_\_; De partes blandas:\_\_\_\_; Fetales:\_\_\_\_; Dinámicas:\_\_\_\_





Anexo 2

**OFICIO DIRIGIDO HACIA EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
PARA REALIZAR EL ACTUAL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.**

Cuenca, 18 de Octubre del 2016

Doctor.

Sergio Guevara.

**DECANO DE LA FF. CC. MM**

Su despacho. -

De nuestra consideración:

Nosotros Dickson Jaramillo Chica, David Jaramillo Moreno, estudiantes de la escuela de Medicina con un cordial saludo nos dirigimos a Ud. Y por su digno intermedio al H. Consejo Directivo para solicitarle de la manera más comedida, proceda con el trámite de aprobación de nuestro protocolo de tesis denominado "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, dirigido por la Doctora Brigith Borja Robalino.

Para los fines consiguientes, informamos que estamos matriculados en el décimo ciclo de la carrera de Medicina en el siguiente orden:

Dickson Jaramillo, aprobado/matriculado-decimo ciclo Año lectivo 2014-2015

David Jaramillo, aprobado/matriculado- decimo ciclo Año lectivo 2014-2015

Por la favorable atención que se digne dar a la presente, anticipamos nuestros agradecimientos.

Atentamente,

f) \_\_\_\_\_

Dickson Jaramillo Chica

0706253994

f) \_\_\_\_\_

David Jaramillo Moreno

0705793354



**Anexo 3**

**INFORME DE LA DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

DRA. BRIGITH BORJA ROBALINO  
INFORMO

Que se ha procedido en calidad de directora a la revisión de los contenidos teóricos, diseño metodológico, ortografía, redacción, referencias bibliográficas y se procedió a revisar en el programa URKUND el protocolo de tesis “PARTO DISTÓCICO Y FACTORES RELACIONADOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, realizado por los estudiantes Dickson Andrés Jaramillo Chica y David Ricardo Jaramillo Moreno. Previo a la obtención del título de Médico General.

Considero que es un valioso aporte para el campo de la Medicina, por lo que solicito muy comedidamente a la Comisión de Proyectos de Investigación (CPI) se realice el trámite respectivo de inscripción del protocolo en los registros establecidos por la comisión.

Cuenca, 18 de Octubre del 2016

F \_\_\_\_\_  
DIRECTOR DE TESIS



Anexo 4

**OFICIO DIRIGIDO HACIA EL GERENTE DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO PARA REALIZAR EL ACTUAL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.**

Cuenca, 18 de Octubre del 2016.

Doctor.

OSCAR CHANGO

GERENTE DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.

Su despacho.-

De nuestra consideración:

Nosotros, DICKSON ANDRÉS JARAMILLO CHICA con CI 0706253994 y DAVID RICARDO JARAMILLO MORENO con CI 0705793354, estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina que actualmente estamos cursando el décimo ciclo de la carrera de medicina, le solicitamos de la manera más comedida se digne darnos autorización para poder acceder a la base de datos del área de Obstetricia de período entre el 1 de Noviembre – 30 de Diciembre del 2016 con la finalidad de obtener información para el desarrollo de nuestra tesis de grado cuyo título es “PARTO DISTÓCICO Y FACTORES RELACIONADOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”, que se encuentra bajo la dirección de la Doctora Brigith Borja Robalino, docente de la Facultad de Medicina.

Anticipándonos a la favorable acogida de la presente, agradecemos de antemano.

Atentamente.

f) \_\_\_\_\_

Dickson Jaramillo Chica

0706253994

f) \_\_\_\_\_

David Jaramillo Moreno

0705793354