



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

TESIS

**IMPLICANCIAS DE LOS FACTORES PERINATALES
SOBRE EL TIPO DE PARTO DISTÓCICO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN ESSALUD HOSPITAL III, JULIACA- 2022**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD PÚBLICA, SALUD AMBIENTAL Y SATISFACCIÓN
CON LOS SERVICIOS DE SALUD

PRESENTADO POR:
MAYRA NONATA CACERES CHOQUE
LUZ DELIA HUARANCA QUISPE

TESIS DESARROLLADA PARA OPTAR POR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE OBSTETRA

ASESOR:
DR. NESTOR MARCIAL ALVARADO BRAVO
CÓDIGO ORCID N°0000-0002-1403-6544

CHINCHA, 2023

Constancia de aprobación de investigación

Chincha 25 de febrero de 2023

DRA: JUANA MARIA MARCOS ROMERO

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Presente:

De mi especial consideración:

Sirva la presente para saludarlo e informar que el estudiante, Mayra Nonata Caceres Choque, Luz Delia Huaranca Quispe De la facultad del programa académico de obstetricia Ha cumplido con elaborar su:

PROYECTO DE TESIS

TESIS

Titulado: implicancias de los factores perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud hospital III, Juliaca- 2022

Por lo tanto, queda expedido para continuar con el desarrollo de la investigación. Estoy remitiendo, juntamente con la presente los anillados de la investigación, con mi firma en señal de conformidad.

Agradezco por anticipado la atención a la presente, aprovecho la ocasión para expresar los sentimientos de mi especial consideración y deferencia personal.

Cordialmente,



Dr. Nestor Marcial Alvarado Bravo
CODIGO ORCID: 0000-0002-1403-6544

Declaratoria de autenticidad de la investigación

Yo, Mayra nonata Cáceres choque identificado con DNI 70101737, Luz Delia Huaranca Quispe con DNI N° 71042985 en mi condición de estudiante del programa de estudios de taller de tesis de la facultad de ciencias de la salud, en la Universidad Autónoma de Ica y que habiendo desarrollada la tesis titulada implicancias de los factores perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022 Declaro bajo juramento que:

- a) La investigación realizada es de mi autoría
- b) La tesis no ha cometido falta alguna a las conductas responsables de investigación, por lo que, no se ha cometido plagio, ni autoplagio en su elaboración.
- c) La información presentada en la tesis se ha elaborado respetando las normas de redacción para la citación y referenciación de las fuentes de información consultadas así mismo, el estudio no ha sido publicado anteriormente, ni parcial, ni totalmente con fines de obtención de título profesional.
- d) Los resultados presentados en el estudio, producto de la recopilación de datos son los reales, por lo que, el (la) investigador (a) no ha incurrido ni en la falsedad, duplicidad, copia o adulteración de estos, ni parcial, ni totalmente.
- e) La investigación cumple con el porcentaje de similitud establecido según la normatividad.

10%

Autorizo a la universidad autónoma de Ica, de identificar plagio, autoplagio

, falsedad de información o adulteración de estos, se proceda según lo indicado por la normatividad vigente de la universidad, asumiendo las consecuencias o sanciones que se deriven de alguna de estas malas conductas.

Chincha Alta 25 de febrero de 2023



Mayra Nonata Cáceres Choque
DNI N° 70101737



Luz Delia Huaranca Quispe
DNI N° 71042985

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestras Familias que son el motor y motivo de nuestra inspiración poder seguir con nuestros sueños y metas en lo laboral familiar, dedicado en especial a nuestros padres por habernos forjado a las personas que somos en la actualidad muchos de nuestros logros se los debemos a ellos, nos motivaron constantemente para alcanzar nuestros anhelos y siempre con la guía de nuestro señor.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a dios por habernos otorgado una familia maravillosa quienes han creído en nosotras, demostrándonos con ejemplos de superación, humildad y sacrificio, Sobre todo valores. A todos ellos Les dedicamos el presente trabajo.

RESUMEN

El objetivo es averiguar si existe una relación significativa entre perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.

En un nacimiento distócico, puede haber un retraso, obstrucción o limitaciones en una de estas fases, lo que hace que el parto se prolongue excesivamente y que sea necesaria una intervención médica que prevenga riesgos para la integridad física de la madre y del niño. Estos problemas o trastornos tienen un origen fetal, materno o de gestión fetal.

Las causas de un parto distócico suelen ser diversas. El término "distocia" hace referencia a cualquier dificultad fetal o materna que surja durante un proceso de parto normal. Durante el parto normalmente normal o eutócico se producen una serie de fenómenos diferentes, como las contracciones uterinas rítmicas y coordinadas, la alteración y dilatación uterinas y la bajada del feto por el canal del parto.

la Estatura de la Madre peruana tiene una estatura 10 centímetros inferior a la de los norteamericanos y 15 cm inferior a la de los holandeses. La estatura media de un hombre peruano se sitúa en 1,65 cm, mientras que la de una mujer es de 1,53 cm. Cesárea Previa, el parto quirúrgico por cesárea se practica en los casos en que el parto vaginal no resulta posible o peligroso en la madre.

Un embarazo con mellizos o trillizos puede ocurrir ocasionalmente por casualidad. Otras veces, tienen lugar como consecuencia de factores únicos. Por ejemplo, las probabilidades de que se produzca un embarazo con mellizos se incrementan conforme aumenta la edad, ya que los posibles cambios hormonales pueden provocar la liberación de muchas ovulaciones al mismo tiempo. El empleo de tecnologías reproductivas asistidas, incluida la fecundación in vitro, aumenta la probabilidad de tener varios o más hijos.

PALABRA CLAVE: Edad materna, talla materna, ruptura prematura de membrana, brevedad de cordón, cesárea previa.

ABSTRACT

The objective is to find out if there is a significant relationship between perinatals on the type of dystocic delivery in patients attended at Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.

In a dystocic birth, there is a delay, hindrance or limitation in any of these sequences, which causes it to last excessively and medical intervention is required to avoid risks to the health of the mother and baby. Problems or dystocias may have a maternal, fetal or fetal management origin.

The causes that cause dystocic labor can be several. Dystocia is understood as any difficulty of fetal or maternal origin in the normal progress of childbirth. In a normal or eutocic birth, a sequence of different phenomena takes place: rhythmic and coordinated uterine contractions, modification and dilation of the cervix and descent of the fetus through the birth canal.

The Peruvian population is 10 centimeters taller than the Americans and 15 centimeters less than the Dutch. It is known that the average height of the Peruvian man is 1.65 cm. and of the woman of 1.53 cm.

Cesarean section A cesarean delivery is performed when it is not possible or safe for the mother to deliver the baby through the vagina.

Sometimes a pregnancy of twins or triplets just happens by chance. In other cases, they occur due to specific factors. For example, the likelihood of a twin pregnancy increases with age, since hormonal changes can cause more than one egg to be released at a time. The use of assisted reproductive technologies, such as in vitro fertilization, also increases the chances of having twins or more babies.

INDICE GENERAL

Constancia de aprobación de investigación.....	ii
Declaración de autenticidad de la investigación.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Índice de tablas.....	x
Índice de figuras.....	xi
I. INTRODUCCION.....	12
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2.1. Descripción del Problema	13
2.2. Pregunta de Investigación General.....	13
2.3. Preguntas de Investigación Específicas	13
2.4. Objetivo General.	14
2.5. Objetivo específico.....	14
2.6. Justificación e Importancia.....	14
2.7. alcances y limitaciones.....	15
III. MARCO TEÓRICO	16
3.1. Antecedentes	16
3.2. Bases teóricas.....	25
3.3. Marco Conceptual.....	45
IV. METODOLOGÍA	47
4.1. Tipo y Nivel Investigación	47
4.2. Diseño de la Investigación.	47
4.3. Hipótesis general y específicas.....	47
4.4. Identificación de las Variables.....	47
4.5. matriz de operacionalizacion de variables.....	49
4.6. poblacion - muestra.	¡Error! Marcador no definido.
4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de información. ¡Error! Marcador no definido.	
4.8. Técnicas de análisis y procesamiento de datos.....	50
V. RESULTADOS.....	51

5.1. Presentación de resultados.....	51
5.2. Interpretación de resultados.....	62
VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	66
6.1. Análisis inferencial	66
VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	¡Error! Marcador no definido.
7.1. Comparación de resultados	¡Error! Marcador no definido.
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES....	¡Error! Marcador no definido.
REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.....	78
ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 1: Matriz de consistencia	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos	84
Anexo 3: Ficha de validación de instrumentos de medición	87
Anexo 4: Base de datos.....	91
Anexo 5: Informe de turnitin al 28% de similitud	100
Anexo 6: Evidencia fotográfica.....	102

INDICE TABLAS ACADEMICAS

TABLA 1 Distocia materno fetal según el tipo de parto distocico.....	49
TABLA 2 Distocia materno fetal según edad materna	50
TABLA 3 Distocia materno feta según talla materna.	51
TABLA 4 Distocia materno fetal según paridad	52
TABLA 5 Distocia materno feta según cesareas previas.	53
TABLA 6 Distocia materno fetal según distencion uterina	54
TABLA 7 Distocia materno feta según complicaciones del embarazo	55
TABLA 8 Distocia materno fetal según edad gestacional	56
TABLA 9 Distocia materno feta según peso fetal.....	57
TABLA 10 Distocia materno fetal según cordon umbilical	58
TABLA 11 Distocia materno feta según cantidad de liquido amniotico.	59

INDICE DE FIGURAS ACADEMICAS

FIGURA 1 Distocia materno fetal según edad materna.....	50
FIGURA 2 Distocia materno feta según talla materna	54
FIGURA 3 Distocia materno fetal según paridad	52
FIGURA 4 Distocia materno fetal según cesareas previas.	53
FIGURA 5 Distocia materno fetal según distencion uterina	54
FIGURA 6 Distocia materno fetal según complicaciones del embarazo.	55
FIGURA 7 Distocia materno fetal según edad gestacional	56
FIGURA 8 Distocia materno fetal según peso fetal.....	57
FIGURA 9 Distocia materno fetal según cordon umbilical	58
FIGURA 10 Distocia materno fetal según cantidad de liquido amniotico	59

I. INTRODUCCION

El término "distocia" se utiliza cuando un parto o un alumbramiento se produce de forma anómala o dificultosa. Las contracciones uterinas descoordinadas, la posición anómala del feto, la descompensación cefalopélvica relativa o absoluta o las anomalías que afectan al canal del parto pueden contribuir a esta situación. No obstante, un embarazo complicado debido a la distancia puede terminar frecuentemente con el uso de procedimientos obstétricos, como partos instrumentados, el empleo de fórceps o, más comúnmente, una cesárea. Algunos riesgos asociados a la distocia son la muerte del feto, el sufrimiento respiratorio, la encefalopatía isquémica hipóxica y los daños en el plexo braquial, donde se puede clasificar distocia de origen fetal y materno (39).

En los partos distócicos, puede haber un retraso, obstrucción o limitación en una determinada de estas fases, que hace que el parto se prolongue excesivamente y que sea necesaria una intervención médica a fin de evitar posibles riesgos para la integridad física de la madre y el bebé. Estos problemas o trastornos pueden tener su origen en la madre, el feto o ciertas manipulaciones fetales (placenta, cordón umbilical o el líquido amniótico).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del Problema

Un parto eutócico suele ser un parto típico donde no hay anomalías y en el que el inicio y el final se producen de forma totalmente espontánea sin intervención médica. Con esta clase de parto, este feto está en posición cefálica y flexionado, y sale por la vagina. Por el contrario, para que un parto distócico se complete correctamente suele ser necesaria una intervención quirúrgica u otro tipo de intervención médica.

Las causas de un parto distócico suelen ser diversas. El término "distocia" hace referencia a cualquier dificultad fetal o materna que surja durante un proceso de parto normal. Durante el parto normalmente normal o eutócico se producen una serie de fenómenos diferentes, como las contracciones uterinas rítmicas y coordinadas, la alteración y dilatación uterinas y la bajada del feto por el canal del parto.

En los partos distócicos, puede haber un retraso, obstrucción o limitación en una determinada de estas fases, que hace que el parto se prolongue excesivamente y que sea necesaria una intervención médica a fin de evitar posibles riesgos para la integridad física de la madre y el bebé. Estos problemas o trastornos pueden tener su origen en la madre, el feto o ciertas manipulaciones fetales (placenta, cordón umbilical o el líquido amniótico).

En Essalud Hospital III, Juliaca se atiende con frecuencia parto distócico lo que permitirá contar con una muestra representativa de pacientes para realizar la investigación propuesta.

2.2. Pregunta de Investigación General

PG: ¿Cuál es la relación entre factores perinatales y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022?

2.3. Preguntas de Investigación Específicas

PE 1.- ¿Cuál es la relación entre perinatales maternos y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022?

PE 2.- ¿Cuál es la relación entre son los perinatales fetales y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022?

2.4. Objetivo General.

OG: Determinar las implicancias de los factores perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.

2.5. Objetivos Específicos.

OE 1.- Señalar los perinatales maternos implicados en el parto distócico en pacientes atendidas en el Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.

OE 2.- Indicar los perinatales fetales implicados en el parto distócico en pacientes atendidas en el Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.

2.6. Justificación e Importancia

2.6.1 justificación

Teórico: En esta investigación los factores perinatales va mejorar en el perinatal fetal y materno ayudando a un tipo de parto sin complicación que provocan los tipos de distocia.

Practico: El abordaje del tema del parto distócico desde el punto de vista de las implicancias perinatales va a constituir un valioso aporte en el conocimiento del tema en nuestro medio.

Metodológico: Esta investigación se realiza por que es novedosa por cuanto aún no se han realizado estudios similares en esta institución de salud.

Estas son las razones que motivan a presentar este proyecto.

2.6.2. Importancia

En opinión de los expertos, hay una serie de medidas preventivas que pueden adoptarse para reducir la incidencia de los partos difíciles, por tanto, dichos resultados de esta investigación tienen relevancia social debido a que se quiere mejorar la atención obstétrica materna y del hijo por nacer

2.7. Alcances y limitaciones

2.7.1. Alcances

El alcance del presente trabajo de investigación se basa en pacientes atendidas con parto distócico en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022. La investigación se efectuará en el año 2022.

2.7.2. Limitaciones

Las limitaciones que se presentara es el acceso a los historiales médicos para la recogida de datos por que la institución que en donde se está realizando pide solicitud por lo cual el trámite es demoroso y además nuestro presupuesto es limitado por que no contamos con un ingreso económico fijo.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

3.1.1. Internacional.

Inca A. Israel N. Gaguancela O, 2020, se realizó esta investigación titulada “Factores de riesgo asociados a cesárea en mujeres nulíparas. Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba, 2020, Chimborazo, Riobamba, Ecuador”. Objetivo: Identificar aquellos factores de riesgo relacionados al parto por cesárea en las mujeres nulíparas del Hospital. Materiales y métodos: Se determinó un muestreo de 44 mujeres embarazadas, entre los datos tomados para el análisis estaban: edad, educación, realización de controles prenatales, la edad gestacional, el índice de masa corporal (IMC), el sexo y los factores maternos y perinatales relacionados con el parto por cesárea. En los análisis de los datos se utilizaron la media, la mediana, el máximo y el mínimo de las variables cuantitativas, las proporciones y las frecuencias de las variables cualitativas. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado como test de relación con una significancia del 95%. Resultados: Los más importantes factores de riesgo asociados al parto por cesárea fueron: índice de masa corporal alto (sobrepeso) 90,90%, existencia de comorbilidades 50.0%, fetos macrosómicos 63,60%, sufrimiento fetal 29,50% y trastornos hipertensivos 15,90%. Conclusiones: Hay varios parámetros que aumentan el factor de riesgo del parto por cesárea que están presentes entre nuestra población, siendo el sobrepeso un importante factor que debe ser evaluado. (1).

Mendoza J, Villca R, Romero P, Muñoz R, Cárdenas L, Guerra T, et al, 2022, se realizó esta investigación como titulada es “Menor opción de parto en cesáreas repetidas: estudio de caracterización, Gineco. Obstet. Méx. vol.90 no.4 Ciudad de México abr. 2022 Epub 01-Ago-2022”. Objetivo: Describir sus características en pacientes intervenidas por indicaciones de cesárea previa. Materiales y métodos: Investigación cuantitativa, descriptiva, observacional y retrospectiva realizada en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro, de Chanchamayo, en Junín, Perú, entre los meses de enero del 2020 y junio del 2021. La información se recogió de los registros médicos completos y comprensibles de los participantes en la investigación, se recopiló

en una database Excel y se analizó en SPSS versión 25. Posteriormente se utilizó la estadística descriptiva, las mediciones de tendencias centrales y las frecuencias simples. Se aplicaron estadísticas descriptivas, medidas de tendencias centrales y frecuencias simples. Resultados: La muestra examinada era de 200 féminas que habían interrumpido su último embarazo practicando una cesárea; la indicación era, precisamente, una cesárea anterior. El 40.0% no tenía ninguna otra indicación secundaria de cesárea y el 19.0% tenía sufrimiento fetal agudo como indicación adicional. Características obstétricas: multíparas (83,50%), con período intergestacional adecuado (62,50%), con cuidados prenatales adecuados (69.0%) y presentan pelvis ginecoide (84,50%). En cuanto a las complicaciones maternas: anemia moderada y grave (64,50%), rotura uterina (10,5%) y atonía uterina (5.0%). Las complicaciones perinatales: Apgar inferior a 7 (15.0%), asfixia neonatal (11.0%) e insuficiencia respiratoria (9.0%). (2).

Según Canga A y Honores A., 2019, se realizó esta investigación como titulada es "Perfil epidemiológico y perinatal relacionado a preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud 7 de octubre, Quevedo - Los Ríos – Ecuador, enero – junio 2019 Thumbnail". La preeclampsia y la eclampsia representan en Ecuador la primera causa de muerte materna entre 2006 y 2014, representando el 27,53% del total de muertes maternas. El propósito de esta investigación es delimitar las relaciones existentes entre su perfil epidemiológico y perinatal frente a la preeclampsia en las gestantes asistidas en dicho Centro de Salud; Su diseño de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, tipo transversal, retrospectivo, siendo su unidad de análisis los expedientes clínicos, como instrumento una hoja de Excel que contiene las variables estudiadas, siendo la independiente su perfil epidemiológico y perinatal en tanto que la dependiente la pre eclampsia, siendo la muestra alcanzada 275 pacientes asistidas, las cuales 156 de ellas presentan diagnóstico por pre eclampsia en dicho Centro de Salud. Se registraron casos de controles insuficientes que constituyen 59.0%, desnutrición en 62.0% con IMC >25, edad entre 31 - 35 años 47.0%, nulíparas 47.0% dentro de las gestantes con mayor posibilidad de sufrir pre eclampsia. Conforme a los resultados observados en las pacientes que acuden al Centro de Salud, dichos factores de riesgo constituyen los más

frecuentes en relación con el desarrollo de la preeclampsia. La planificación familiar constituye un buen medio para disminuir los factores del riesgo y es además una buena medida preventiva para evitar complicaciones. (3).

Orozco A 2020, se realizó esta investigación como titulada es “Recién nacidos de embarazo múltiple con complicaciones y factores de riesgo maternos en los Hospitales Públicos de Quito, Pichincha, Ecuador, 2019- 2020”. Objetivos: determinar qué factores de riesgo materno predisponen al retardo en el crecimiento intrauterino de las embarazadas adolescentes, con el fin de diseñar un manual de control y prevención de esta patología y reducir la mortalidad neonatal. Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo y de carácter prospectivo con un enfoque de investigación cualitativa y cuantitativa para sustentar bibliográficamente y correlacionar numéricamente las diversas variables en estudio. Se utilizaron como técnicas la reseña de historias clínicas y la encuesta mediante sus propios instrumentos (formulario de colecta de datos y un cuestionario). Dicha muestra estaba constituida por 19 gestantes adolescentes entre 17 y 21 años con diagnóstico de presunción de retardo de crecimiento intrauterino. Resultados: El 57,90 % de las gestantes eran solteras y el mismo porcentaje procedían de una región rural; el 26,09 % y el 17,40 %, de ellas, bebían alcohol y consumían cigarrillos, respectivamente. La anemia estuvo presente en el 40,19 % a lo largo del embarazo; el 36,86 % acudió a 5 o menos exámenes prenatales, y predominó el trastorno hipertensivo como consecuencia del embarazo, principalmente la hipertensión gestacional (47,84 %). El 57,90 % tenían un diagnóstico definitivo de retraso del crecimiento intrauterino y la mayoría de los recién nacidos presentaban sufrimiento del feto y síndrome de dificultad respiratoria. Como resultado se ha diseñado una guía para el manejo y la prevención de esta patología en gestantes adolescentes. Conclusiones: Se identificaron los primordiales factores de riesgo maternos relacionados al retardo del crecimiento intrauterino en gestantes, de manera que se ha diseñado una guía para el manejo y la prevención para esta condición se basó principalmente sobre las variables analizadas. Se señaló la importancia de educar a estas gestantes, al igual que a los agentes de salud vinculados a esta especialidad para disminuir el retardo del crecimiento intrauterino en gestantes. (4).

Prado 2017, Se realizó esta investigación como titulado “Prevalencia y factores de riesgo asociados a distocias, en pacientes atendidas Hospital Aida León de Rodríguez Lara, desde noviembre del 2016 a mayo del 2017, Girón”, realizado en el U Chimborazo, Riobamba, Ecuador. Objetivo: Determinar su prevalencia y los factores del riesgo de distocia asociados en las gestantes del Hospital. Métodos: Estudio descriptivo transversal prospectivo, realizado sobre una muestra constituida por 191 embarazadas que atendieron el parto en el servicio de Obstetricia desde noviembre de 2016 hasta mayo de 2017. Se utilizó el software SPSS v19.0, utilizando variables cuantitativas y cualitativas clasificadas por categorizadas, que se muestran mediante frecuencias y porcentajes. Se empleó la razón ODDS y Chi cuadrado.

Resultados: Muestran asimismo que el promedio de edad de los pacientes era de $25,16 \pm 6,57$ años, con predominio de los que tenían entre 20 y 35 años, y que el 46,50% habían terminado la enseñanza primaria. Eran predominantemente casadas y de zonas rústicas. El predominio de la distocia fue del 37,20%. No recibir asesoramiento preparto y el distanciamiento entre gestaciones fueron factores de riesgo significativos desde el punto de vista estadístico; tuvieron más riesgo las gestantes con antecedentes de complicaciones previas en el parto, las multíparas de gran tamaño y las que tuvieron pocos controles perinatales. Conclusiones: La prevalencia de distocias entre la población analizada fue elevada, cercana al 40%, y los principales factores de riesgo fueron: no recibir asesoramiento preparto, el distanciamiento entre gestaciones y el antecedente de complicaciones previas en el parto. (5).

Jaramillo 2017, Se realizó esta investigación titulada “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”. Objetivo: Determinar la prevalencia de los partos distócicos y factores asociados en las pacientes que son atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia. Estudio analítico cuantitativo, transversal, realizado en una muestra con pacientes procedentes del área de Ginecología y Obstetricia desde, enero del 2015 a junio del 2016. La forma de asociarse las variables ha sido por medio de: (OR) para un intervalo de confianza del 95%. Así mismo se determinó que hubo asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$. (6).

3.1.2. Nacional.

Según Campos S. y De la Cruz T. 2018, Complicaciones de Parto Distócico por Atonía Uterina en el Hospital San José de Chincha. Grupo Educativo. Universidad Privada de Ica. 2018. El caso que presentamos se corresponde sobre una paciente segundigesta con 28 años de edad, que llega al Hospital por referir pérdida de líquidos por la vagina hace aproximadamente 12 horas, en el examen físico se encuentran movimientos fetales (++) AU: 31cm feto podálico FMC: 125-133 por minuto Durante la anamnesis dicha paciente refirió su periodo menstrual por última vez el 03/07/16, calculando su fecha tentativa para el parto es el 22/04/17, además el 21/03/17, se hospitaliza a la paciente con diagnóstico de 36 semanas segunda gestación por ecografía o con 38 semanas 2/7 por R.U.F. + RPM más o menos 12 horas + feto podálico, donde esta paciente ingresa de inmediato a quirófano el 29/03/17 a la paciente inmediatamente después de la cirugía se le administra la antibioticoterapia respectiva a las 04:30 pm la paciente ingresa nuevamente a quirófano por presentar útero hipotónico por el cual se le practica legrado vaginal, quedando como un diagnóstico: Cesárea por feto podálico + RPM + hipotonía uterina. Esta paciente remite dolor de espalda, AREG-LOTEP, Abdomen: b/d con dolor genitales externos: escasos loquios tras 6 días hospitalizada se le da el alta con indicaciones médicas y se mantiene estable (7).

Colán 2018, Se realizó esta investigación titulada “Factores asociados al parto distócico en gestantes atendidas en hospital público de Lima”, realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Objetivo: Determinar aquellos factores maternos y fetales que se asocian al trabajo de parto distócico en los gestantes que son atendidas en un hospital público de nivel II-1 de Lima. Trabajo de casos y controles de gestantes con el diagnóstico clínico de trabajo con partos distócicos y parto eutiroideo asistidos en el Hospital de Huaycán. métodos: La muestra estaba formada por unos 208 casos y 208 controles. Se utilizó la odds ratio para determinar la relación y el grado de significancia al parto distócico. Resultados: Los factores de la madre que se asociaron al parto distócico son: Desproporción cefalopélvica (OR: 3,160 y $p < 0,0000$), anomalías contráctiles (OR: 2,340 y $p < 0,0000$), distocia de partes blandas (OR: 2,230 y $p < 0,000$), IMC (OR: 2,280 y $p < 0,002$), y un factor fetal era la macrosomía (OR: 3,420 y

$p < 0,001$). Conclusiones: El estudio concluye que la desproporción cefalopélvica, las anomalías contráctiles, la distocia de partes blandas y el IMC; y la macrosomía fetal tuvieron una fuerte relación estadísticamente significativa con el parto distócico. (8).

Huillca L 2019, se realizó esta investigación titulada “características de las gestantes con parto distócico atendidos en el hospital de apoyo de huanta 2019”. Objetivo. Determinar sus características en las gestantes intervenidas de parto distócico en el Hospital. Metodología. Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, retrospectivo. Resultados. Del total de gestantes atendidas en el Hospital en el 2019; el 76.0% de ellas presentaron parto distócico con origen materno y un 24.0% presentaron parto distócico por origen fetal. Del número de gestantes con un parto distócico, un 21,80% eran adolescentes, un 47,90% eran mujeres jóvenes y un 30,30% eran adultos. De ellas, el 50,80% provenían de zonas urbanas y el 49,20% de zonas rurales. El 34,0% eran primíparas, un 52,90% multíparas y un 13,10% gran multíparas. El 85,3% tuvieron un mínimo de 6 APN y un 14,70% menos de 6 APN. De las gestantes atendidas con parto distócico por origen materno, un 13,0% presentaron parto distócico originado por una presentación podálica, un 12,20% por desproporción feto-pélvica, un 11,40% por cesárea previa, un 10.50% por anomalías de la contracción, 9,20% por desgarros perineales, 7,10% por trastornos hipertensivos durante el embarazo, 6,30% por periodo intergestacional corto, 5,0% por rotura precoz de membranas y 1,30% debido a otras causas maternas. Un 24.0% de las embarazadas tuvieron un parto distócico por origen o por causa fetal. De la totalidad de gestantes con parto distócico por origen fetal, un 7,60% presentaron parto distócico por sufrimiento fetal, un 6,70% por macrosomía fetal, un 5,50% por distocia funicular, un 3,40% por situación transversal, un 0,80% debido a otras causales (Rh-) RCIU, etc.). El 76,0% de las gestantes presentaron parto distócico por origen o alguna causa materna. De la totalidad de las gestantes pertenecientes a la población estudiada, un 5,90% de las gestantes con un parto distócico presentaron neonatos con bajo peso al nacer, un 85,30% presentaron neonatos con peso adecuado al nacer y un 8,80% presentaron neonatos macrosómicos. Conclusiones. Un 21,80% de gestantes que fueron asistidas en dicho Hospital

en el año 2019, presentan parto distócico, un 76.0% de ellos son de causas maternas y un 24.0% son de causa fetal. Palabras claves: Embarazada y parto distócico. (9).

Según Choque J y Melanie L, 2022, se realizó esta investigación titulada "Resultados materno-perinatales y gestantes añosas. Hospital Santa Rosa 2000-2020. Objetivo: Identificar la asociación existente entre la edad materna avanzada y los resultados maternos perinatales. Métodos: Enfoque no experimental, observacional, retrospectivo, analítico, transversal, de casos y controles; con un planteamiento de salud pública; comprendiendo una población formada por 17761 mujeres embarazadas. Resultados: Los mayores de 35 años constituyen el 29,96% de la totalidad de los años estudiados, la diabetes gestacional se manifiesta en el 0,50%, la placenta precedente en un 2.0% de las embarazadas, un desprendimiento prematuro de la placenta en el 1,50%, la posibilidad de parto antes de término en el 4,30%, la distocia de presentación en un 6.0%, el trabajo de parto prolongado en un 2.30%, un parto vaginal en un 54,30% y una cesárea en un 45,70%, la hemorragia postparto en un 3,40%, el producto masculino representa un 44.70%; un bajo peso al nacer en un 42,30% y un alto peso al nacer en un 2,5%, Partos prematuros en el 30,70%, posttérmino en el 19,10%, productos pequeños para su edad gestacional en un 41,30%, productos grandes para su edad gestacional en un 2,60%, puntuación de Apgar <7 para el 15,50%, morbilidad neonatal en un 22.0% y mortalidad perinatal, neonatal y fetal en un 1,20%. Conclusiones: No existe un mayor riesgo de resultados maternos perinatales no adversos en las gestantes de mayor edad; la prevalencia de la edad materna avanzada es del 12,50% y su tendencia ha resultado muy variable con relación al hospital; Una edad materna avanzada está asociada a un alto riesgo de padecer hipertensión, distocia de presentación, la diabetes, la placenta previa y la probabilidad de parto prematuro; La avanzada edad materna se asoció a un alto riesgo de que los recién nacidos presentaran bajo peso al nacer, alto peso, prematuridad, recién nacidos grandes para la edad gestacional, puntuaciones APGAR inferiores a siete y enfermedades neonatales; sin embargo, no presentaron un mayor riesgo cuando se realizó el cálculo dentro del nosocomio (10).

Paniora M 2020, se realizó esta investigación titulada “maternos en gestantes adolescentes frente a las adultas y añosas, en puérperas atendidas en el hospital san juan de kimbiri – vraem 2019. Objetivo, Diferenciar los resultados maternos en embarazadas adolescentes frente a embarazadas adultas y ancianas en puérperas asistidas en el hospital. Materiales y métodos: Se trata de un estudio básico, de observación, descriptivo, prospectivo y transversal, de nivel descriptivo, método inductivo y de diseño descriptivo comparativo, para el cual la muestra se definió mediante la fórmula de asignación aleatoria proporcional por estratos para un IC del 95%, aplicada a todas las embarazadas asistidas en el Hospital de Kimbiri, con un total de 176 puérperas; Se utilizaron las historias clínicas y otros registros para completar la ficha; los datos se procesaron mediante estadística descriptiva. Resultados: En comparación con las gestantes adultas y ancianas, las características en las adolescentes gestantes fueron: unión inestable en 87,10% versus 74,20% versus 52,6%, respectivamente. La nuliparidad fue mayor en adolescentes (87,10%) en tanto que la multiparidad es superior en gestantes adultas y ancianas (59,10% vs. 63,20%, respectivamente). Asimismo, en los 3 grupos de edad (adolescente, adulta y anciana) las embarazadas han recibido más de 6 APN en un 58,10% vs 57.0% vs 63,20%, en cada caso. Conclusiones: Los resultados en mujeres embarazadas adolescentes frente a embarazadas adultas y ancianas son mastitis en 16,10%, distocia de la dinámica uterina y distocia del canal del parto con 12,90% cada una (11).

Taipe I 2020, se realizó esta investigación titulada “Características en mujeres atendidas por cesárea en el hospital sub regional de Andahuaylas”. Objetivo. Determinar las características de las mujeres que han sido asistidas por cesárea por el Hospital. Método. Fue un estudio observacional, prospectivo y transversal. El diseño fue descriptivo y no experimental. Se recurrió al análisis documental como técnica y al formulario de recogida de datos como instrumento. Se ha trabajado sobre una muestra censal compuesta por 217 gestantes sometidas a cesárea, periodo 2020. Resultados. Por edad 55.30% (120) jóvenes, 35.50% (77) adultas y 9.20% (20) adolescentes, nivel educativo 46.50% (101) bachillerato, 19.40% (42) universitario, 17.10% (37) primaria, 16.10% (35) técnico y 0.90% (2) analfabetos, estado civil 75,60% (164)

convivientes, 15,70% (34) casados, 7,80% (17) solteros y 0,50% (1) divorciados y viudos respectivamente, lugar de origen 42,40% (92) urbano-rural, 31,80% (69) urbano y 25,80% (56) rural. En cuanto a las características obstétricas, paridad 49,80% (108) multíparas, 44,70% (97) primíparas y 5,50% (12) multíparas grandes, edad gestacional 69,10% (150) a término, 19,40% pretérmino y 11,50% (25) posttérmino, número de NAP 72,40% (157) más de 6 NAP y 27,60% (60) menos de 6 NAP. Las enfermedades del embarazo presentan ITU 34,50% (75), HIE 22,50% (49), RPM 18,80% (41), Oligoamnios 12,90% (28), anemia 10,10% (22), COVID-19 y polihidramnios 3,20% (7) correspondientemente, neoplasias y RCIU 2,70% (6) correspondientemente, hepatitis B 1,30% (3), condilomatosis e hiperdinamia uterina 0,90% (2) correspondientemente. Contraindicaciones de la cesárea SFA 19,80% (43), cesárea previa e HIE 14,70% (32) correspondientemente, DCP 13,80% (30), podálica 12,90% (28), macrosomía fetal 12,40%, embarazos múltiples 5,90% (13), pelvis estrecha 5,50% (12), dilatación estacionaria 4,10% (9), PPT 3,60% (3), hiperdinamia uterina 2,3% (3) respectivamente. 1% (9), TPP 3,60% (8), expulsivo prolongado y fallo de inducción 3,20% (7) correspondientemente, DPP 2,70% (6), rotura uterina inminente 2,30% (5), procúbito del cordón y corioamnionitis 1,30% (3) correspondientemente. Conclusiones. Las mujeres que presentan cesárea son jóvenes, con estudios secundarios, convivientes, de zona urbana-rural, multíparas, con gestación con término, con más de 6BF, con enfermedades como ITU, HIE, RPM, Oligohidramnios, anemia, COVID-19 y polihidramnios, encontrándose las indicaciones SFA, cesárea previa, HIE 14.70%, DCP, podálica, macrosomía fetal, gestación múltiples, pelvis estrechas, dilatación estacionaria, labor de parto prolongado, prolongación y fracaso de la inducción. Palabras claves: cesárea, gestante, características sociodemográficas, características obstétricas, patologías del embarazo e indicaciones materno-fetales. (12).

3.2. Bases Teóricas

3.2.1. Factores Perinatales.

Perinatales Maternos

Edad Materna: es el antecedente biodemográfico que posibilita la identificación de factores de riesgo durante el ciclo vital de una persona; tratándose de una mujer, el significado de la edad de fecundidad. Periodo durante el cual la mujer se distingue por su capacidad para ovular y quedarse embarazada. Los embarazos prematuros y posparto se asocian a mayores riesgos para la madre y el bebé. El embarazo entre mujeres de menos de 20 años o el embarazo adolescente. Aunque sea una situación fisiológica, estar embarazada hace que la mujer, el feto y el recién nacido se expongan al riesgo de enfermarse o morir.

- Menor de 20 años: El embarazo entre las mujeres con menos de 20 años. Entre las adolescentes de 10 a 14 años, dicho grupo de edad en el que la mortalidad materna, del feto, neonatal e infantil fue más elevada.
- De 21 a 35 años: El embarazo en mujeres de 20 a 34 años Los numerosos estudios realizados en este grupo de edades seleccionaron experimentalmente grupos de control para el análisis de riesgo 1, 6, 7, 9, 10, 12 y 13 sin aportar ninguna evidencia sobre qué grupo debería utilizarse. Aquí reside la relevancia de este estudio, que identifica los rangos de edad con menor riesgo para la mortalidad materna, neonatal, fetal e infantil, permitiendo la selección del mejor grupo control para el análisis de riesgo.
- De 36 a más: La gravidez en mujeres mayores de 35 años muestra claramente tasas más elevadas de mortalidad fetal, neonatal, infantiles y maternas para este grupo de edad. El elevado riesgo de mortalidad de la madre, perinatal y neonatal en mujeres de más de 40 y más de 50 años, en comparación con las que tienen entre 20 y 34 años, ya se había comentado anteriormente. (13).

Talla Materna: La estatura de los residentes peruanos es 10 cm inferior a la de los norteamericanos y 15 cm inferior a la de los holandeses. Se sabe que la estatura promedio de una mujer peruana llega a 1,53 cm, mientras que la estatura promedio de un hombre es de 1,65 cm. La estatura es un componente antropométrico importante ya que se relaciona directamente al índice pélvico.

1.45 metros es una estatura menor. La aparición de complicaciones durante el trabajo de parto (desproporción cefalopélvica, trabajo disfuncional de parto) (38). Conforme a las normas del Minsa, aquella gestante con baja talla corresponde a aquella cuya estatura es inferior o igual que 140 cm y está vinculada a problemas con el embarazo, el trabajo de parto y puerperio. (14).

Paridad.

- Primípara: Mujer embarazada que ha finalizado su embarazo hasta el punto de la viabilidad fetal, indistintamente de que se trate de un parto único o múltiple e independientemente de que el feto esté vivo o no.
- Multípara: Mujer que ha dado a luz varias veces. Cuando una mujer ha tenido ya más de 5 partos, es considerado que es multípara.

□ Gran Multípara: Una mujer que ha terminado su etapa reproductiva y se encuentra en un estado avanzado de enfermedades del sistema circulatorio, metabólicas y regresivas, que aumentan las complicaciones del parto.

Cesárea Previa:

La cesárea se practica cuando el parto vaginal no es seguro o práctico para la madre.

El procedimiento suele llevarse a cabo cuando la mujer se encuentra despierta.

Con la anestesia epidural o raquídea, se ha dormido todo el cuerpo, desde el cuello hasta los pies. (14).

El cirujano practica una cesárea por vía abdominal justo encima de la región bicipital, El útero y la bolsa amniótica se abren. Por esta abertura sale el bebé. El personal médico limpia los fluidos en la nariz y de su boca del recién nacido. A continuación, se procede a cortar el cordón umbilical. Por último, el médico se asegura de que el bebé respira con normalidad y de que el resto de sus constantes vitales son estables.

La madre permanece despierta mientras se realiza la intervención para poder ver y oír a su hijo. En determinadas situaciones, la mujer podrá contar con una acompañante durante el parto. La intervención dura alrededor de 1 hora (15).

Distensión Uterina.

- Embarazo Gemelar: Un embarazo de gemelos o trillizos puede ocurrir ocasionalmente por accidente. En otros casos, se producen como consecuencia de factores únicos. Por ejemplo, las probabilidades del embarazo mellizo se incrementan conforme aumenta su edad, ya que los constantes cambios hormonales provocan la liberación de muchas ovulaciones al mismo tiempo. La utilización de técnicas de reproducción asistida, incluida la fecundación in vitro, aumenta la probabilidad de tener varios o más hijos.

En el tipo más común, los mellizos, dos espermatozoides distintos separan dos óvulos para fecundarlos. Cada mellizo posee su correspondiente placenta y bolsa amniótica. Entre los mellizos puede haber 2 niñas, 2 niños o 1 niña y 1 niño.

En los gemelos, un único ovario fecundado se separa en dos embriones. Los gemelos podrán utilizar la misma placenta y la misma bolsa amniótica, o podrán utilizar la misma placenta, pero bolsas amnióticas diferentes. Los 2 bebés son genéticamente idénticos. Tienen las mismas características sexuales y los mismos riesgos físicos. Sólo en muy raras excepciones los gemelos no consiguen dividirse por completo en dos. Estos bebés son conocidos como hermanos siameses por sus padres.

Los embarazos con tres o más bebés podrán ser de mellizos, gemelos o de una mezcla de ambos. En su mayoría, los embarazos múltiples o mellizos se descubren mediante un ecógrafo. En esta prueba se emplean ondas sonoras que permiten crear imágenes de la madre y el bebé o bebés.

Un embarazo de apariencia normal con varias gestaciones termina ocasionalmente con el nacimiento de un solo niño. Es lo que se conoce como "síndrome del Gemelo Desaparecido". Este tipo de episodio puede ser deprimente, frustrante y confuso. Con frecuencia, no existe una respuesta clara que explique la pérdida.

Cada día nacen muchos bebés sanos. A pesar de ello, es necesario considerar las eventuales complicaciones. Como, por ejemplo:

Nacimiento prematuro. Cuantos son más los bebés que gesta, menos probable es que su embarazo dure. Si presenta síntomas de parto prematuro, pueden recetarle un medicamento con esteroides para apresurar el desarrollo del pulmón de su hijo. Incluso en esta situación, los bebés pueden sufrir algunas complicaciones, como problemas respiratorios y digestivos, dificultades de la vista e infecciones. No se aconsejan actuaciones para alargar el embarazo, como acostarse, porque no han demostrado que disminuyan las enfermedades o muertes de los recién nacidos.

Diabetes gestacional. Varios embarazos aumentan el riesgo de desarrollar diabetes gestacional. Esta infección provoca un alto índice de azúcar en la sangre, lo que puede afectar a su embarazo y a la salud de los fetos.

Hipertensión arterial. Si se queda embarazada varias veces, tiene un alto riesgo de sufrir problemas de hipertensión arterial mientras está embarazada. Parto por cesárea. Normalmente, para el caso de los mellizos, es posible un parto vaginal si el primer hijo está orientado hacia abajo. Por otra parte, puede aconsejarse la cesárea. En algunas situaciones, las complicaciones tras el parto vaginal para el primer mellizo podrían hacer necesario un parto mediante cesárea para el caso del segundo mellizo. El parto por cesárea es el más habitual en los embarazos con más de un bebé.

Transfusión feto-fetal. Si se tratase de un gemelo, podría darse el caso de que un bebé recibiera una cantidad excesiva de sangre mientras que el otro recibiera una cantidad insuficiente debido a un vaso sanguíneo situado dentro de la placenta que comparten. Esto es un problema serio para los dos bebés y podría requerir intervenciones fetales y complicaciones cardíacas a lo largo del embarazo. (16).

- Anomalías Uterinas: La población general, entre el 4 y el 7 por ciento, presenta anomalías uterinas congénitas, que se manifiestan desde el momento del nacimiento debido a defectos hereditarios que surgen durante el desarrollo fetal. Se les llama anomalías porque sus úteros difieren significativamente de los de la mayor parte de las mujeres, lo que puede dificultar el desarrollo normal de un embarazo. De hecho, estas anomalías están presentes en alrededor del 18% de las mujeres que han sufrido abortos espontáneos.

U0: útero normal: demuestra un contorno característico del fondo del útero recto o curvo, pero con una profundidad interna no superior al 50% del espesor

de la pared uterina en el centro del fondo del útero.

U1: externamente normal, pero interiormente su cavidad es más ancha porque las paredes del útero están más gruesas. Podría parecerse al T o estar muy estrecho (útero de niños).

U2: útero septado: Externamente, todo parece normal, pero internamente, hay un tabique denominado septo capaz de dividir parcialmente o completamente el útero en dos cavidades.

U3: útero bicorpóreo: Externamente, es anormal porque existe algún tipo de escotadura que provoca una fisura en la cavidad uterina, total o parcial.

U4: hemiótero: Es un tipo de útero donde sólo se desarrolla de forma funcional un lado del útero, o hemicavidad. El otro componente puede faltar o formarse de manera incompleta.

U5: Existe una ausencia total o parcial de cavidad uterina desarrollada, según el término utilizado. En ocasiones puede haber sólo 1 o 2 cuernos rudimentarios provistos de cavidad; en estos casos están relacionados con problemas de salud y requieren tratamiento.

U6: Para los casos que aún no se han clasificado, este grupo incluye anomalías recurrentes, cambios sostenibles o una mezcla de patologías no susceptibles de ser englobadas en alguno de los otros grupos.

Además, la clasificación obedece a un criterio de ordenación de mayores a menores frecuencias (mayor frecuencia U0, menor frecuencia U6).

Los síntomas que se puede observar son:

La inmensa mayoría de malformaciones uterinas suelen ser asintomáticas, lo que significa que la mujer no experimenta ninguna incomodidad y no es consciente de que padece una malformación mientras no se somete a una ecografía transvaginal rutinaria o consulta a un médico experto en fertilidad cuando surgen dificultades para quedarse embarazada.

Dependiendo del tipo de anomalía y de su gravedad, pueden darse situaciones que provoquen problemas reproductivos o de salud mental en las adolescentes. Por ejemplo, para los casos de hemio-tero (U4) donde existe una cavidad funcional, si la columna vertebral no está conectada a la cavidad uterina, podría aparecer dolor de estómago porque la sangre menstrual se acumule en el útero y sea incapaz de drenar hacia la vagina.

Cuando hay dificultades de fertilidad o en el transcurso del embarazo, cabe

sospechar una malformación uterina. Entre las malformaciones uterinas más frecuentes figuran el aborto tardío, el parto prematuro, el embarazo ectópico (en el cual el óvulo fecundado queda implantado por fuera del útero), la hemorragia terciaria, la endometriosis y las malposiciones fetales (donde el feto no se desarrolla en la postura correcta en el interior del útero). Las malformaciones U4 y U2, vinculadas a mayores complicaciones en el embarazo, son las más comúnmente asociadas con este tipo de problemáticas. (17).

Complicaciones del Embarazo

- **Ruptura Prematura de Membranas:** El líquido amniótico rodea al feto en el útero. La mayoría de las veces, dichas membranas llegan a romperse en el parto o en las 24 horas siguientes al inicio del parto. Se habla de rotura prematura de membranas cuando éstas se rompen con anterioridad a la semana 37 de embarazo.

El líquido que rodea al feto en el útero es el líquido amniótico. Este líquido está contenido en las membranas o en las capas del vientre. Esta membrana se conoce como saco amniótico.

Cuando las membranas llegan a romperse durante el parto, la rotura se produce antes de la entrada de la mujer en la sala de partos. Ruptura prematura de las membranas es el término que se utiliza cuando esto ocurre de repente. En la mayoría de los casos, las mujeres empiezan a trabajar a tiempo parcial por sí solas pasadas 24 horas.

Se habla de rotura prematura de membranas cuando ésta se produce con anterioridad a la semana 37 de embarazo (RPMP). Cuanto antes se rompa una fuente, más grave será para ti y para tu hijo.

La mayoría de las veces, se ignora la causa que provoca la rotura prematura de membranas. Estos factores de riesgo o causas podrían incluir:

Infecciones del útero, la vagina o los ovarios Demasiado estiramiento de la bolsa amniótica (puede suceder si hay exceso de líquido o si hay varios bebés que ejercen presión contra las membranas), el Fumar, Si se le ha practicado a la paciente una intervención quirúrgica o biopsias del cuerno uterino, Si estuvo embarazada anteriormente y experimentó una rotura prematura de membranas o se produjo una rotura prematura de membranas pretérmino.

La mayor parte de mujeres que presentan rotura de membranas antes del parto no tienen factores de riesgo.

En ocasiones, el líquido puede filtrarse lentamente hasta el punto de que las mujeres lo confundan con orina. Utiliza una toallita femenina que absorba parte del líquido si observas fugas. Obsérvelo y huélalo. El líquido amniótico suele tener un olor considerablemente más dulce y no tiene color ni orina.

Si la gestante piensa que ha roto saco amniótico, la gestante llamara al personal de salud para su atención médica de inmediato. Será necesario analizarlo lo antes posible.

Si el médico descubre que tiene una rotura prematura de membranas, deberá permanecer ingresada en el centro hospitalario hasta el nacimiento del bebé.

El niño está preparado para nacer si se han cumplido las 37 semanas desde la concepción. La futura madre tendrá que empezar de inmediato las labores relacionadas con el parto. Las probabilidades de que contraiga una infección aumentan con el tiempo que se tarda en iniciar las labores de parto.

La futura madre puede tener que esperar un breve periodo de tiempo antes de iniciar la labor de parto de forma espontánea, o puede verse obligada a hacerlo (recibiendo medicamentos antes de iniciar la labor de parto). Una mujer que da a luz en las primeras 24 horas tras la rotura de la fuente tiene menos probabilidades de contraer una infección. Por ello, quizá sea más prudente obligarlas si no inician el trabajo del parto por sí mismas.

Es probable que el personal médico recomiende a la futura madre que empiece el parto si se rompe la fuente sobre las semanas 34 a 37. Es más seguro que el bebé llegue unas semanas lo antes posible que correr el riesgo de sufrir una infección.

La situación se agrava cuando la membrana se rompe con anterioridad a la semana 34. Si no hay signos de infección, es posible que el personal médico intente posponer el parto haciendo que la mujer guarde reposo en cama. Es posible utilizar esteroides que ayuden al bebé a desarrollar rápidamente sus pulmones. El bebé se encontrará bien si sus pulmones disponen de más tiempo para desarrollarse antes del nacimiento.

Se administrarán antibióticos a la embarazada para prevenir infecciones. La futura madre y el feto serán vigilados estrechamente dentro del hospital. Es

posible que el personal médico realice exámenes para examinar los pulmones al bebé. Una vez que los pulmones se hayan desarrollado lo suficiente, el médico iniciará el trabajo del parto. (18).

- **Preeclampsia:** La preeclampsia es uno de los cuadros neuro hipertensivos exclusivos del embarazo. Se caracteriza por proteinuria (proteínas presentes sobre la orina), aumento de la hipertensión arterial en el transcurso del embarazo y una elevada tasa de mortalidad materna y fetal. Para utilizar eficazmente las intervenciones preventivas descubiertas a través de estudios con el propósito de reducir la incidencia de la preeclampsia, así como reducir sus efectos negativos y el resultado perinatólogo final, es necesario establecer una evaluación clínica adecuada para cada paciente.

Con las pacientes que padecen este trastorno se utilizan varias estrategias de tratamiento, principalmente farmacológicas, que vendrán determinadas por los resultados de las próximas pruebas. Como parte de los constantes cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo, un signo vital que cambia durante los 3 trimestres de gestación es la presión arterial.

La preeclampsia alude a un trastorno hipertensivo que suele desarrollarse tras la 1ª mitad de un embarazo o incluso durante el posparto y está relacionado con la proteinuria, que empeora la disfunción orgánica de los órganos.

Las cuatro complicaciones hipertensivas que pueden producirse durante el embarazo son la preeclampsia, la preeclampsia superpuesta y la hipertensión crónica, hipertensión gestacional. Todos estos trastornos presentan unos criterios diagnósticos concretos cuyo reconocimiento por parte del médico es imprescindible para clasificar correctamente a la paciente, ya que cada uno de ellos presenta un manejo y un enfoque diferentes.

Aunque este trastorno hipertensivo está relacionado con complicaciones potencialmente graves, el diagnóstico se basa en determinados criterios de un diagnóstico que, a pesar de haber evolucionado con el tiempo, siguen siendo útiles en caso de sospecha de preeclampsia.

Se hace referencia a la preeclampsia si una paciente que se ha quedado embarazada después de 20 semanas del embarazo manifiesta una presión arterial sistólica superior a 140 milímetros de mercurio o una presión arterial diastólica superior a 90 milímetros de mercurio en dos oportunidades con 4 horas de separación entre ambas lecturas, así como proteinuria superior a 0,3

gramos en una muestra de orina de 24 horas, un índice de creatinina proteica superior a 0,3 miligramos o la existencia de mayor a 2 + en las tiras reactivas. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) recomendó en 2013 diagnosticar de preeclampsia a una paciente con hipertensión a partir de las 20 semanas que además carezca de proteinuria, pero tenga factores de riesgo graves como trombocitopenia, alteraciones hepáticas, creatinina > 1,1 mg/dL, edema de pulmón o síntomas de preeclampsia.

Si una paciente tiene hipertensión crónica y proteinuria antes de quedarse embarazada, el diagnóstico de preeclampsia se considera superado cuando la hipertensión ya no responde al tratamiento al cabo de 20 semanas o cuando la paciente presenta los signos y síntomas propios de la preeclampsia.

Manifestaciones clínicas:

En algunos casos, los síntomas comienzan gradualmente, mientras que en otros progresan rápidamente hasta complicaciones potencialmente mortales.

Dado que el nivel de hipertensión arterial no guarda relación con las posibles manifestaciones clínicas, la medición de la tensión arterial no se considera un indicador diagnóstico y las pacientes que sólo presenten la manifestación clínica sugerida deben ser tratadas con extrema precaución. Los signos más habituales de la preeclampsia incluyen síntomas neuro hipertensivos tales como cefalea, fotofobia, escotomas, visión borrosa e inclusive ceguera transitoria, dolor abdominal o epigástrico, disnea y dolor torácico. Es importante excluir la existencia del síndrome HELLP en las pacientes que, además de su sintomatología, muestran alteraciones en los valores de laboratorio, en particular para la deshidrogenasa láctica, las enzimas hepáticas y la trombocitopenia.

Se considera que la preeclampsia presenta criterios de gravedad cuando se dan una o más de estas condiciones. Estos criterios son:

Presión arterial sistólica > 160 mmHg o presión arterial diastólica > 110 mmHg realizadas en 2 oportunidades con al menos 4 horas de diferencia, Síntomas neuro hipertensivos, tales como perturbaciones de la vista o cefalea, Alteraciones hepáticas, que se manifiestan por valor de transaminasas > 2 veces del límite máximo normal, o dolor abdominal clínico, Trombocitopenia inferior a 100. 000 microL, la Insuficiencia renal, por creatinina > 1,10 mg/dL o

incremento de dos veces la concentración en suero de creatinina, Existencia de edema de pulmón. (19).

- **Cesárea Anterior:** La cesárea consiste en practicar una incisión en el útero y la pared abdominal para extraer el producto del embarazo.

En las tres últimas décadas, se ha observado una evolución mundial hacia el incremento de la operación cesárea. Con anterioridad a 1960, la tasa de cesáreas era de menos del 5%; actualmente, oscila entre el 20% y el 25% dentro de los servicios sanitarios públicos y supera el 50% en los sistemas privados. Las razones de este aumento son varias. Por una parte, el mejoramiento de las condiciones anestésicas y quirúrgicas; por otra, la influencia de factores ajenos a una perspectiva estrictamente médica, como la presión ejercida por la paciente durante una intervención programada.

Dadas las posibles complicaciones de tipo infeccioso, hemorrágico, anestésico y tromboembólico asociadas al parto por cesárea, junto con un periodo de recuperación más largo y un mayor gasto en comparación con el parto vaginal, el procedimiento de cesárea presenta una mayor tasa de mortalidad materna.

Es importante considerar cuidadosamente cualquier posible relación inversamente proporcional entre el número de partos por cesárea y la mortalidad perinatal. Indudablemente, la operación cesárea contribuye a reducir la mortalidad perinatal, pero también han influido otras iniciativas obstétricas, neonatales y en materia de salud pública.

Cabe destacar que, según los estudios colaborativos CLAP, las variaciones en la periodicidad de las cesáreas sólo explican el 5% de los cambios en la tasa de mortalidad perinatal.

Los signos más frecuentes de una operación son: cesárea anterior, padecimiento fetal violento, Desproporción de la cintura pélvica, Distinción de la presentación.

Alrededor del 30% de las indicaciones de cesárea corresponden a pacientes que ya han tenido un parto por cesárea. El antiguo dicho "una cesárea, siempre una cesárea" de Craigin ha sido refutado por numerosos estudios que demuestran sistemáticamente la seguridad de realizar una prueba prenatal controlada en las cesáreas previas, y ahora sirve como uno de los métodos actuales para reducir la tasa de cesáreas. Más de 20.000 mujeres con cesárea previa se han sometido a un test prenatal; entre el 75 y el 82% han

experimentado partos vaginales con un índice de rotura uterina que fluctúa entre el 0,2% y el 0,8%. (20).

- **Sufrimiento Fetal:** Es entonces cuando el feto mostrará esa asfixia tan acelerada a la que, si no se le trata, puede dar lugar la descomposición del sistema nervioso central, así como diversas deficiencias orgánicas y, en última instancia, la muerte del feto. Los siguientes elementos componen el diagnóstico final: acidosis, frecuencia cardiaca fetal, anoxia, asfixia, hipoxia, y líquido que contiene meconio. Es posible distinguir entre: placenta, folículos y cuerpos fetales (Castro Centeno, 2019) Acidosis: estado patológico caracterizado por un incremento de la cantidad de iones de hidrógeno en tejidos y en la sangre (acidemia). (Parra, 2005) Hipoxia: Estado patológico caracterizado por una reducción de la cantidad de oxígeno presente en la sangre y en los tejidos. (hipoxemia). (Parra, 2005) Asfixia: No existe realmente una definición aceptada por todos. No obstante, muchos especialistas consideran que se produce una alteración grave del intercambio gaseoso embrionario que da lugar a hiperoxia, hipercapnia y acidosis. La existencia de meconio dentro del líquido amniótico, un Apgar bajo, la depresión neonatal y la encefalopatía neonatal son síntomas que podrían ser indicativos de una asfixia fetal, aunque tengan otras causas subyacentes. La asfixia fetal se confunde frecuentemente con estos síntomas. Esta confusión terminológica tiene importantes ramificaciones médico-legales. (Parra, 2005) puede distinguir entre 2 tipos de sufrimiento fetal: El primero afectará al desarrollo del bebé durante todo el embarazo, mientras que el segundo es agudo, también conocido como intraparto, y se manifiesta como una crisis durante el periodo de dilatación completa o el periodo expulsivo.

Ambos tipos de sufrimiento están íntimamente ligados o pueden existir de forma independiente. De este modo, el sufrimiento prenatal suele manifestarse en el feto en desarrollo, que con frecuencia sufre daños durante el embarazo. Como consecuencia, en ambos casos se produce un trastorno para el feto a lo largo del curso vital en el útero. Esto puede producirse a lo largo de la etapa de crecimiento y de desarrollo o bien durante el parto. El Sufrimiento Fetal Agudo: DIPSII o DIPS III iterativo con pérdida de la variabilidad y/o alteraciones de la FCF (bradicardia o taquicardia) que puedan provocar la muerte o lesiones fetales.. Esto se ve muy frecuentemente en el tiempo de labor del parto.

Sufrimiento Fetal Crónico (SFC): Disturbios metabólicos que se manifiestan durante todo el transcurso del embarazo. Según su clasificación, sus causas pueden ser: Placentarias: Hipertono uterino, Funiculares: constricción y vasoconstricción, Fetales: Anemia y Aristotelia. (21).

3.2. Perinatales Fetales

- **Edad Gestacional:** El periodo de tiempo que transcurre entre la fecundación y el parto se conoce como gestación. En este periodo, el bebé empieza a crecer y a desarrollarse en el útero materno.

El término "edad gestacional" se utiliza con frecuencia a lo largo del embarazo para describir lo avanzado que está éste. Las semanas se miden desde el día primero de la última menstruación de la embarazada hasta el día actual. Un embarazo típico puede durar entre 38 y 42 semanas.

Los prematuros son los nacidos hasta la semana 37, mientras que los postmaduros son los nacidos más allá de la semana 42.

La edad gestacional puede determinarse tanto antes como después del parto. Antes del nacimiento, El personal médico sanitario utilizará un ecógrafo para la medición del crecimiento de la cabeza, el estómago y el fémur de la criatura. Esto contribuye a determinar por qué el bebé se desarrolla tan bien dentro del útero.

Después del nacimiento, La edad gestacional puede determinarse al observar al neonato. Su peso, talla, el cefalímetro, los signos vitales, los reflejos, el tono muscular, la postura y la condición física de la piel y el pelo son factores a tener en cuenta.

Si los resultados de la edad gestacional tras el nacimiento se corresponden con la edad natural, se considera que el niño es adecuado para su edad gestacional (AEG). Los bebés AEG presentan tasas más reducidas de complicaciones y mortalidad en comparación con los bebés pequeños o mayores según su edad de gestación. (22).

Peso fetal

El peso de los niños nacidos AEG a término suele oscilar entre 2.500 gramos (unos 2,5 kg) hasta 4.000 gramos (unos 4 kg).

Los recién nacidos se considerarán pequeños para su edad gestacional (PEG) con menos peso 2500 kg. Los bebés con un peso superior se denominan grandes para su edad gestacional (GEG) mayor 4000 kg.

El término "peso al nacer" hace referencia al peso del bebé justo después de nacer. tiene una relación directa con su edad del bebé al nacer y se puede estimar a lo largo del embarazo al medir la altura uterina. Un neonato comprendido en el intervalo de peso considerado normal según su edad gestacional recibe el nombre de adecuado para su edad gestacional (AEG), en cambio, un recién nacido que se encuentra por arriba o por debajo de los límites establecidos según su edad gestacional se ha visto sometido a un proceso de desarrollo fetal que le predispone a sufrir problemas tanto en su salud como en la de su propia madre.

Se han realizado muchos estudios, con mayor o menor éxito, para comprobar la asociación entre el peso al nacer y las condiciones de salud en la edad adulta, como la diabetes, la obesidad, el tabaquismo y la inteligencia. (23)

□ Bajo Peso: Implica que el feto o bebé es de menor tamaño o está menos formado de lo que es típico para su edad gestacional y sexo.

La edad gestacional corresponde a la edad del feto o del niño medida a partir del día en que comenzó el último ciclo menstrual materno.

□ Adecuado: Peso al nacer normal (24).

□ Macrosómico: Se hace referencia a un tamaño físico muy grande. Se utiliza con frecuencia para describir un feto de tamaño grande. (25).

Cordón Umbilical

La estructura con apariencia de cordón que une al feto a la placenta del útero materno se llama cordón umbilical. Los vasos sanguíneos del cordón transportan nutrientes al feto y retiran los desechos. En la 5ª semana de embarazo se desarrolla el cordón umbilical. El cordón umbilical tiene una longitud aproximada de 0,6 metros cuando nace el bebé. (26).

El cordón umbilical facilita la conexión entre la placenta y el feto, posibilitando el flujo de nutrientes y gases. Es el principal protagonista de la correcta comprensión de la nutrición, inmunología y biología entre la madre y el niño. Las alteraciones de este mecanismo tienen graves consecuencias para el feto

en desarrollo, como la muerte perinatal, graves complicaciones neurológicas y una inadaptación neonatal.

La longitud del cordón umbilical puede cambiar, y es uno de los cambios más significativos que pueden producirse. La longitud anómala del cordón umbilical se señaló como posible factor de riesgo de complicaciones en el proceso del parto. (27).

□ Corto: El síndrome del cordón corto o ausente del cordón umbilical, así como anomalías en los miembros, se asocian a esta anomalía infrecuente e impermisible para la vida. Con una prevalencia de 1 de cada 14 000 nacimientos, esta alteración es la más grave y frecuente de la pared abdominal anterior.

Se presenta un caso de un niño recién nacido a término, de sexo desconocido, que nació por parto abdominal. Se detectaron mediante ecografía un defecto en la pared abdominal anterior y anomalías en la imagen de la columna vertebral a las 28 semanas de embarazo. Durante el parto, los órganos abdominales estaban expuestos, el cordón umbilical era grueso y de 10 centímetros de largo, los intestinos estaban desplazados y presentaban cifoescoliosis, no había genitales externos y las extremidades inferiores derecha e izquierda estaban completamente desarrolladas con un pie equinovaro. Con asistencia respiratoria, falleció tras sólo 15 min de vida. (28).

□ Adecuado: El cordón umbilical abarca desde su colocación en el abdomen del feto hasta el lado amniótico situado en la placenta, donde entra cuando las venas se generan en ella.

Su longitud oscila entre 25 a 75 cm. Normalmente su tamaño es superior a 1 cm.

Está recubierto por la membrana amniótica y posee 3 vasos (2 arterias y 1 vena) rodeados de gelatina de Wharton.

Las arterias fetales pueden verse entrando en el abdomen fetal como tres líneas de luz casi rectas que se desplazan a cada lado de la vejiga fetal.

□ Circular: Se produce una rotación, circularización o torcedura del cordón umbilical cuando se coloca alrededor de la cabeza del feto.

Alrededor de la cuarta parte de los nacimientos. Por lo general, el bebé no sufre ningún daño.

A veces, esta afección puede observarse en un ecógrafo antes del nacimiento, pero no es necesario tomar ninguna medida. Los médicos la examinan a fondo en el mismo momento de dar a luz. Si lo ven, pueden retirar el cordón de la cabeza del niño. En ocasiones, si el cordón se encuentra demasiado estirado, se pincha y se rompe incluso antes de la salida de los hombros. (29).

Cantidad Líquido Amniótico

Es un líquido transparente, de color levemente amarillento, que rodea al niño en desarrollo en el interior del útero (feto) a lo largo del embarazo y que se encuentra en la bolsa amniótica.

Cuando está dentro del útero, el bebé está flotando en líquido amniótico. El contenido máximo de líquido amniótico se alcanza en la semana 34 de gestación, cuando alcanza una media de 800 ml. Unos 600 cc de líquido amniótico recubren al bebé al final del embarazo (40 semanas).

El líquido amniótico está en constante movimiento (circula) cuando el bebé lo aspira y lo exhala, liberándolo.

El líquido amniótico permite que el feto se mueva dentro del útero, lo que favorece el crecimiento del óseo y un desarrollo pulmonar adecuados. Evitar la presión sobre el cordón umbilical. El hecho de conservar una temperatura suficientemente constante en el entorno del bebé le protegerá de la posible pérdida del calor. Además de la protección del bebé frente a lesiones externas, mitigando los golpes o movimientos repetitivos.

□ **Oligohidramnios:** Una cantidad muy pequeña de líquido amniótico se llama oligohidramnios. Esto puede ocurrir en embarazos tardíos, rotura de membranas, disfunciones placentarias o anomalías fetales.

□ **Adecuado:** La cantidad de líquido amniótico anormal puede hacer que el médico controle el embarazo más de cerca. Mediante una amniocentesis se puede extraer una pequeña muestra del líquido amniótico, que puede proporcionar información sobre el sexo, la salud y el desarrollo fetal.

- **Polihidramnios:** Polihidramnios es un término utilizado para describir una cantidad en exceso de líquido amniótico. Esto puede ocurrir en muchos embarazos (mellizos o trillizos), en anomalías congénitas (problemas que surgen cuando nace un bebé) o en la diabetes gestacional. (30).

3.2.2. Parto Distócico.

Ocurre cuando surgen ciertas complicaciones que requieren la intervención de un médico. Este tipo de parto se debe a las distócias.

Se dividen en 2 grupos según hayan sido madres o hijos y la dinámica uterina.

1.1 Las distocias maternas, se deben a condiciones maternas.

1.2 Las distocias fetales, determinado por el estado del bebé.

Distocias Maternas.

Este grupo incluye anomalías que afectan al organismo de la gestante y son.

- Pelvis Estrecha:

La pelvis constituye anillo óseo compuesto por cuatro huesos: los huesos coxales lateral y anterior, el sacro y el coxis. El sacro está formado por cinco vértebras; la primera tiene una parte saliente llamada promontorio, mientras que el coxis tiene de cuatro a cinco vértebras fusionadas. El isquion, el iliaco y el pubis juntos constituyen los coxales.

Diámetros de la pelvis

Estrecho superior: Está limitado toda su extensión por la línea terminal donde se encuentra cuatro diámetros: anteroposterior (promontosuprapúbico o conjugado verdadero) mide 11 cm. Diámetro Transversal se ubica perpendicularmente al conjugado obstétrico, donde se conoce la mayor distancia entre el lado terminal mide 13.5 cm transverso máximo y 13 cm transverso útil: los diámetros oblicuos se extiende desde la inminencia ileopectínea hasta la sínfisis sacroilíaca 12.5 cm donde se denomina izquierdo 12.5 cm y derecho 12 cm.

En este diámetro también se describe promonto retro púbico o conjugado obstétrico 10.5 cm, promonto supra púbico o conjugado diagonal mide 12 cm.

Estrecho inferior: el diámetro antero posterior se extiende desde el borde inferior de la sínfisis púbica hasta la punta del coxis mide 9.5 cm a 11.5 cm en retropulsión mide 11.5 cm. diámetro posterior sagital es la distancia entre la punta del sacro hasta el punto de intersección con una línea perpendicular imaginaria que une las tuberosidades isquiáticas mayor 7.5 cm. diámetro transversal es entre los bordes internos de la tuberosidad isquiáticas 11cm se puede aplicar con el puño entre las tuberosidades isquiáticas.

Estrecho medio: se encuentra a nivel de las más espinas isquiáticas, el

diámetro inter espinoso mide 10 cm, el diámetro anteroposterior mide 11.5 cm. Formas de la pelvis, ginecoide los lados son anchos y redondos, androide la porción anteroposterior a la intersección con el diámetro transversal es corta y produce estrecho superior una forma triangular, antropoide el diámetro anteroposterior del estrecho superior es mayor que la transversal, platipéloide presenta el diámetro antero posterior corto y el transversal es mayor.

Cuando la cabeza del feto resulta pequeña, es posible que, incluso con un ligero estiramiento de la pelvis, no haya diferencia entre ésta y la del bebé recién nacido, y así el parto transcurra con normalidad y sin complicaciones.

En estas situaciones, una pelvis estirada anatómicamente resulta funcionalmente suficiente. Existe el concepto de pelvis funcional o pelvis clínicamente estirada. La indicación es el parto por cesárea. (31).

- **Desproporción céfalo Pélvica**

Desproporción Cefalopélvica (CPD) se produce si la cabeza o el cuerpo del bebé son demasiado grandes para atravesar la pelvis de la madre. Se considera que la CPD verdadera es poco frecuente, pero se diagnostica como CPD en muchos casos de "falta de progreso" en el trabajo de parto. Cuando se ha realizado un diagnóstico preciso de CPD, el tipo de parto más seguro tanto para la madre como para el bebé es la cesárea.

Las posibles causas de la Desproporción Cefalopélvica (CPD) incluyen:

Bebé de gran tamaño debido a: Factores hereditarios, Diabetes, Postmadurez (sigue embarazada después de haber pasado la fecha prevista del parto), Multiparidad (no es el primer embarazo), Posturas fetales anormales, Pelvis pequeña, Pelvis de forma anormal.

El diagnóstico de la desproporción céfalo-pélvica suele utilizarse cuando el avance del trabajo es insuficiente y los tratamientos médicos, tales como el empleo de oxitocina, resultan ineficaces o no se aplican en absoluto. Se puede diagnosticar raramente incluso antes de que empiece el parto cuando se piensa que el bebé es grande o cuando la pelvis materna es reconocida como pequeña.

Durante el trabajo de parto, los moldes de la cabeza del niño y las articulaciones pélvicas se extienden, lo cual crea más espacio libre en la pelvis para el paso del bebé.

El uso de la ecografía para valorar el tamaño fetal es habitual, pero no es del

todo fiable para estimar el peso fetal. El examen físico para medir el tamaño pélvico a veces es el método más exacto para diagnosticar el parto prematuro. Si no se consigue un diagnóstico real de CPD, a menudo se administra oxitocina para acelerar la labor de parto. Otra posibilidad es cambiar la postura del bebé. (32).

□ **Presentación Podálica:** La presentación podálica o de nalgas es una presentación longitudinal con una variación en la polaridad. La pelvis fetal es el polo predominante. El dominador es el sacro. Una presentación en sacro anterior derecho (SAD) es una presentación donde el sacro fetal se encuentra en el cuadrante anterior derecho de la pelvis materna y el diámetro bitrocantérico del feto se encuentra en el diámetro oblicuo derecho de la pelvis. Incidencia

La incidencia de la presentación podálica o de nalgas para el momento del parto ocurre en 3 al 4 % de los embarazos. Sin embargo, antes de las 28 semanas de gestación, la incidencia es cercana al 25 %, a medida que el embarazo llega a término, disminuye la incidencia. En muchos casos el feto rota a presentación cefálica para las 34 semanas de gestación.

Etiología

A medida que se llega término, la cavidad uterina, en muchos casos, acomoda al feto en una presentación longitudinal cefálica. En muchos casos de presentación podálica o nalgas, no se encuentra cual es la causa para la ocurrencia de esta mala presentación, y por exclusión, esta se le atribuye al azar. Algunas mujeres dan a luz a sus hijos en esta presentación, lo cual sugiere que la pelvis permite más el paso de la presentación podálica o de nalgas que la cefálica.

La presentación podálica es más común al final del segundo trimestre que cerca del término; por lo tanto, la prematuridad fetal se asocia con frecuencia con esta presentación.

Los factores que influyen en la ocurrencia de la presentación podálica incluye relajación uterina por alta paridad, polihidramnios, se hace más fácil que el feto cambie de posición, Oligohidramnios, en el cual la poca cantidad de líquido amniótico atrapa al feto en la posición en la que se encuentra en el segundo trimestre, anomalías uterinas, neoplasmas, tales como la mioma del miometrio, como la pelvis contracturada es una causa poco común de esta presentación,

cualquier cosa que interfiera con la entrada de la cabeza fetal hacia la pelvis puede jugar una parte en la etiología de la presentación podálica o de nalgas.

Factores Placentarios

Lugar de inserción de la placenta: Existe algo de evidencia de que la implantación de la placenta tiende a promover la ocurrencia de la presentación podálica. Existe una asociación positiva de la presentación podálica con placenta previa.

Factores Fetales

Los factores fetales que influyen en la ocurrencia de la presentación podálica incluyen: embarazo múltiple, hidrocefalia, anencefalia, anomalías cromosómicas y muerte intrauterina fetal (33).

-Presentación Transversa. El bebé se encuentra en posición transversal u oblicua. Se trata de un cuadro de distocia fetal. De hecho, el niño no se encuentra en posición cefálica. En lugar de colocar la cabeza sobre la pelvis de la madre, el niño se presenta transversalmente.

Como el hombro se coloca con mucha frecuencia en el borde de la entrada de la pelvis, esta mal posición comúnmente es referida como la presentación de hombros. El bebé puede descansar directamente en transversal en el abdomen materno o de manera oblicua con la cabeza o la pelvis fetal en la fosa ilíaca. Normalmente, la pelvis fetal está más alta que la cabeza determina si la posición es derecha o izquierda, y la de la espalda si es anterior o posterior.

Entonces, significa que la presentación en posición transversa, la cabeza fetal está del lado izquierdo de la madre y la espalda fetal posterior. La parte que descansa sobre el borde de la pelvis puede ser el hombro, espalda, el abdomen, las costillas o el flanco fetal. Esta es una mala presentación seria, por lo que su manejo no debe dejarse a la naturaleza.

Incidencia

La incidencia de presentación en posición transversa es de 1:500. La incidencia es mayor antes de que el embarazo llegue a término (tan alta como 1 en 50 para las 32 semanas de gestación).

Etiología

Esta alteración es más común en múltiparas que en primigestas debido a la laxitud de los músculos uterinos y abdominales. Una condición similar ocurre cuando hay relativamente más espacio para el feto en polihidramnios o antes

de término. Otras causas incluyen cualquier condición que no permita encajamiento un neoplasma que obstruye gestación múltiple, alteraciones fetales, desproporción feto pélvica, pelvis contracturada y alteraciones uterinas tales como útero con tabique adicional, útero arcuato y útero bicorne. En muchos casos, no se puede determinar factor etiológico, y se asume que la mala presentaciones accidentales. La cabeza estaba fuera del segmento uterino inferior cuando se presenta la labor de parto, y en hombro es empujado al borde de la pelvis (34).

3.3. Marco Conceptual.

Factores perinatales:

Los factores perinatales de riesgo son los causados por problemas durante el parto, debidas a dificultades respiratorias, metabólicas o derivadas por la madre, como la hiperbilirrubinemia, la posición inadecuada del feto en el parto, el tipo particular del parto (eutócico: vaginal sin utilización de algunos instrumentos, distócico) (37).

Es indudable que la ausencia total o parcialmente de control prenatal, unida al mismo hecho de ser multigestacional, edad materna, talla materna, cordón umbilical y cantidad de líquido amniótico factores determinantes del riesgo de las complicaciones perinatales durante el embarazo. En esa fase de la vida, los embarazos se relacionan con distintos factores sociodemográficos favorables a las complicaciones perinatales.

Se concluye al respecto que la existencia de riesgos prenatales, perinatales y neonatales provocan diversos trastornos en el desarrollo los cuales se acumulan y están asociados con la manifestación de los signos neurológicos blandos Es necesario aclarar que ésta no es la única causa o explicación de la aparición de estos signos; más bien, es sólo un componente, dado que las personas son el fruto de la interacción de diversos factores, tanto bióticos como abióticos.

Distocias relacionadas con la madre

Mecánicas. El tamaño del espacio de parto puede verse afectado por la estructura ósea pélvica de la mujer, que también puede impedir la expulsión del bebé. Esto podría ser causado por las partes redondeadas o blandas. Las distocias con partes blandas están situadas en el interior del útero y/o del canal del parto.

Dinámicas. Se trata de anomalías en la forma en que se producen las contracciones y en el comportamiento contráctil del útero.

Distocias relacionadas con el bebé

Presentación fetal transversal u oblicua. En esta postura es preciso efectuar una cesárea.

Presentación podálica. Si la condición es la adecuada se realiza un parto vaginal, en caso contrario, se practica una cesárea. (37).

Parto distócico

Es aquel en el que es La distocia o parto distócico es una de las posibles complicaciones que pueden surgir durante el parto. En este caso, está relacionada con la predisposición del bebé y del canal del parto y la labor de parto.

Necesaria la intervención médica para llegar a término Las distocias son anomalías en el desarrollo del parto.

Estas anomalías afectan al 20% aproximadamente de los partos. Sin embargo, el mayor factor de riesgo para su aparición es que la madre sea primípara.

Una de las soluciones a las que se puede recurrir cuando un embarazo se prolonga o se retrasa debido a factores como la distocia es la realización de una cesárea urgente.

Esta intervención se produce mediante el empleo de medios quirúrgicos, ya sea durante un parto vaginal o una cesárea. Las molestias o incidencias del parto a distancia podrían estar asociadas a la mamá, o anejos al feto como la placenta, cordón umbilical o líquido amniótico, o al bebé.

La evolución del embarazo depende de numerosas variables. Algunas tienen relación directa con mantener la calma y mostrar respeto por las necesidades actuales de la madre. Entre los beneficios de un parto natural y sin intervención están la experiencia, el sentimiento y la conexión con el día de la madre del bebé. Escucha a tu cuerpo, no obstante, si has tenido un parto distócico no debes sentirte culpable de ninguna manera. Tu conexión es solo tuya, está ahí, y tienes la vida entera para que crezca.

Un retraso, impedimento o limitaciones en alguna de estas fases provoca una prolongación excesiva del parto, que requiere intervención médica y pone en peligro la salud de la madre o del feto.

Las distocias también pueden ser de causa materna, fetal o anexial (placenta, líquido amniótico, cordón umbilical). (38).

IV. METODOLÓGIA

4.1 Tipo y Nivel Investigación

4.1.1 Tipo de investigación

La investigación es de tipo básica lo cual denomina investigación pura, teórica o dogmática, Su origen característico proviene de un marco teórico y de trabajo permanente (35).

4.1.2 Nivel de investigación

La investigación es correlacional lo cual, el objetivo es visualizar cómo diferentes fenómenos están relacionados o no entre sí, cómo se comporta una variable sabiendo el comportamiento que tiene otra variable relacionada. Pretende evaluar la interacción que hay entre 2 o más conceptos, categorías o el grado de correlación entre dos variables. Fundamentalmente se miden 2 o más variables, para establecer su grado de correlación, aunque sin pretender darle una respuesta completa (causa y efecto) al fenómeno que se investiga, sólo se investigan grados de correlación, dimensión a las variables. (36).

4.2 Diseño de la Investigación.

El diseño de investigación del presente trabajo es no experimental de corte transversal, No implica ninguna manipulación intencionada de las variables. Se basa sobre todo en observar fenómenos en su entorno natural y analizarlos a partir de ahí.

4.3.1 Hipótesis General.

Existe relación significativa entre perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.

4.3.2 Hipótesis Específicas.

HE 1.- existe relación significativa entre perinatales maternos y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022.

HE 2.- existe relación significativa entre Perinatales fetales y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022.

4.4. Identificación de las Variables

V1.- Factores Perinatales.

D1. Perinatales maternos

D1. Perinatales fatales

V2.- Parto Distócico

D2. Tipos de distocias

4.5 Matriz de operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE VALORES	NIVELES Y RANGO	TIPO DE VARIABLE ESTADISTICA
V1 FACTORES PERINATALES	Perinatales maternos	Edad materna	1	Politómicas	Ordinal	Cuantitativa
		Talla materna	2	Dicotómicas	Ordinal	
		Paridad	3	Politómicas	Nominal	
		Cesáreas previas	4	Politómicas	Ordinal	
		Sobre distensión uterina	5	Politómicas	Nominal	
		Complicación del embarazo	6	Politómicas	nominal	
	Perinatales fetales	Edad gestacional	7	Politómicas	Ordinal	Cuantitativa
		Peso fetal	8	Politómicas	Nominal	
		Cordón umbilical	9	Politómicas	Nominal	
		Cantidad líquido amniótico	10	Politómicas	Nominal	
V2: PARTO DISTOCICO	Tipos de distocias	Distocias maternas y fetales	1	Politómicas	Nominal	Cuantitativo

4.6. población- muestra

4.6.1. Población: Estará representada por todos los partos distócicos atendidos en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.

4.6.2. Muestra. La muestra es la parte que representativa de la población, es de cifra de 78 casos

4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de información.

Técnicas: cuestionario.

Fuentes: Historias clínicas.

Instrumento: ficha de recolección de datos

- Métodos aplicados a la investigación.

Método científico: tipo cuantitativo.

Se elaborará una matriz de sistematización de datos especialmente diseñada para alcanzar los objetivos propuestos con las variables operacionalizadas, Se solicitará autorización a las jefaturas correspondientes para obtener los datos, Se revisará la historia clínica, Se elaborarán tablas y gráficos, Se procederá a su interpretación, Se contrastará las hipótesis, Se elaborará el informe de tesis.

4.8. Técnicas de análisis y procesamiento de datos.

Para contrastar la hipótesis se utilizará la prueba estadística de Chi cuadrado de Pearson.

Para interpretar el coeficiente de correlación utilizamos la siguiente formula:

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Se utilizará matriz de base de datos.

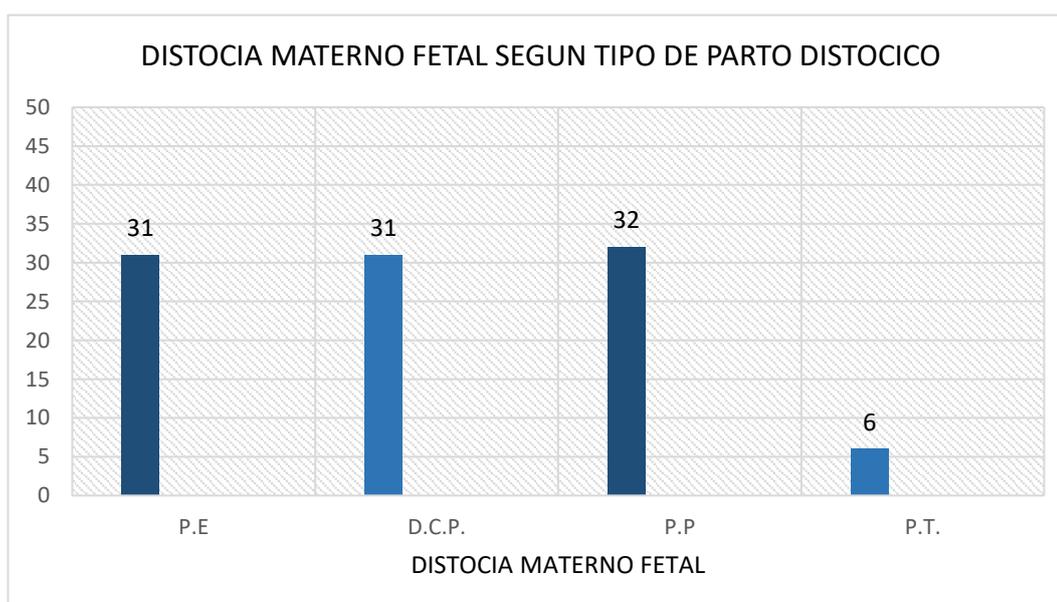
V. RESULTADOS

5.1. Presentación de resultados

Tabla 1. Distocia materno fetal según el tipo de parto distócico.

DISTOCIAS MATERNA Y FETAL		
	Nº	%
Pelvis Estrecha	24	31
Desproporción Céfalo Pélvica	24	31
Presentación Podálico	25	32
Presentación Transversa	5	6
Total	78	100

Nota: La tabla representa la distocia materno fetal con relación al tipo de parto distócico



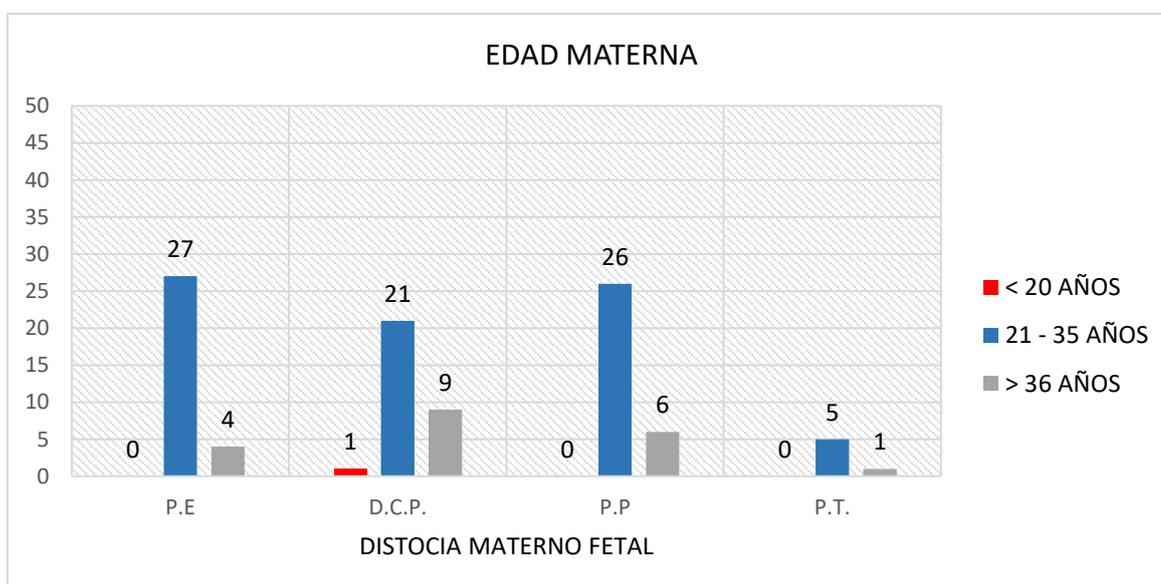
Nota: Elaboración propia

Tabla 2. Distocia materno fetal según edad materna.

Edad Materna	DISTOCIA MATERNO FETAL								TOTAL	
	P.E.	%	D.C.P	%	P.P	%	P.T.	%	Nº	%
< 20 años	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
21-35 años	21	27	16	21	20	26	4	5	61	78
>36 años	3	4	7	9	5	6	1	1	16	21
Total	24	31	24	31	25	32	5	6	78	100

Nota: La tabla representa la distocia de la edad materna con relación a los diferentes tipos de distocias materno fetales al momento del trabajo de parto.

Figura 2. Distocia materno fetal según edad materna.



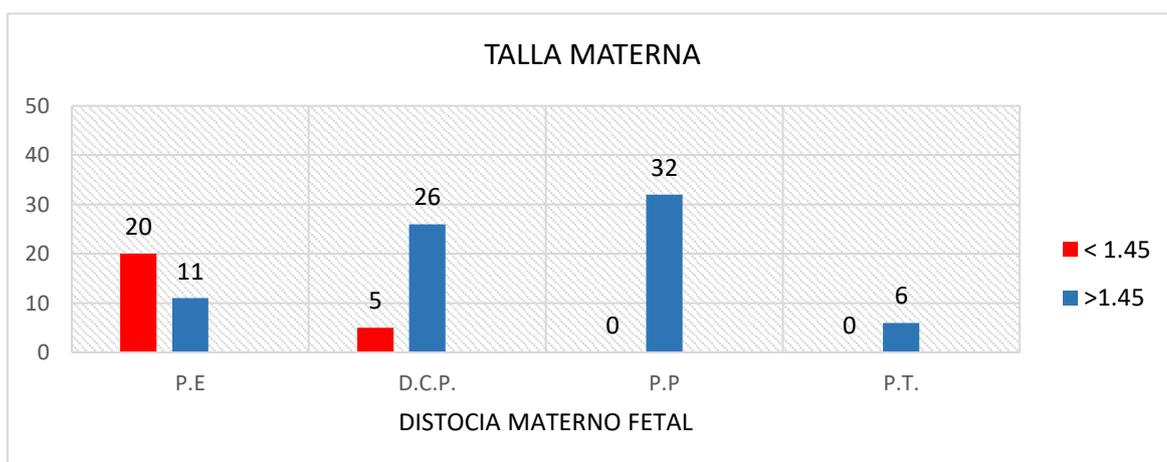
Nota: Elaboración propia.

Tabla 3. Distocia materno fetal según talla materna

Talla Materna	DISTOCIA MATERNO FETAL								TOTAL	
	P.E.	%	D.C.P	%	P.P	%	P.T.	%	N°	%
< 1.45	16	20	4	5	0	0	0	0	20	26
> 1.45	8	11	20	26	25	32	5	6	58	74
Total	24	31	24	31	25	32	5	6	78	100

Nota: La tabla representa la distocia de la talla materna con relación a los diferentes tipos de distocias materno fetal

Figura 3. Distocia materno fetal según talla materna.



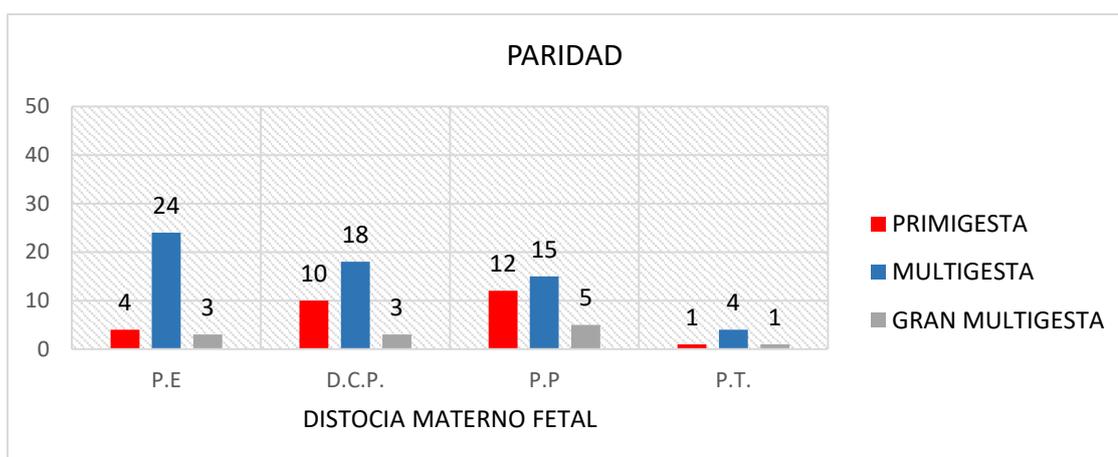
Nota: Elaboración propia.

Tabla 4. Distocia materno fetal según la paridad

Paridad	DISTOCIA MATERNO FETAL								TOTAL	
	P.E.	%	D.C.P.	%	P.P.	%	P.T.	%	N°	%
Primigesta	3	4	8	10	9	12	1	1	21	27
Multigesta	19	24	14	18	12	15	3	4	48	61
Gran multigesta	2	3	2	3	4	5	1	1	9	12
Total	24	31	24	31	25	32	5	6	78	100

Nota: La tabla representa la distocia de la paridad con relación a los diferentes tipos de distocias materno fetales al momento del trabajo de parto.

Figura 4. Distocia materno feral según paridad.



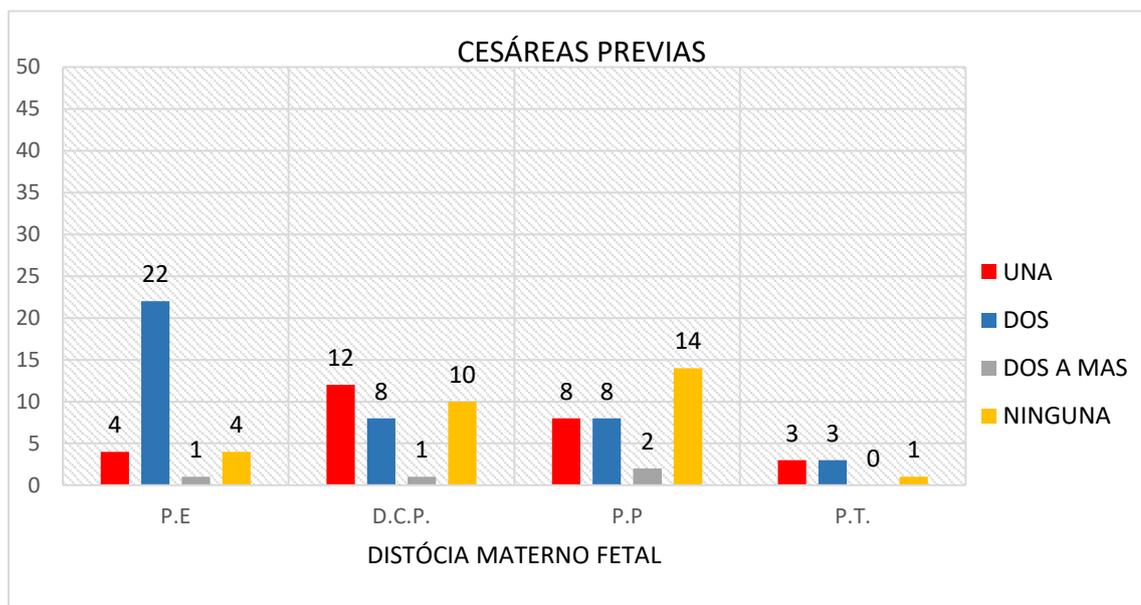
Nota: Elaboración propia.

Tabla 5. Distocia materno fetal según cesáreas previas

CESÁREAS PREVIAS	DISTOCIA MATERNO FETAL								TOTAL	
	P.E.	%	D.C.P	%	P. P	%	P.T.	%	Nº	%
UNA	3	4	9	12	6	8	2	2.5	20	26.5
DOS	17	22	6	8	6	8	2	2.5	31	40.5
DOS A MAS	1	1	1	1	2	2	0	0	4	4
NINGUNA	3	4	8	10	11	14	1	1	23	29
Total	24	31	24	31	25	32	5	6	78	100

Nota: La tabla representa la distocia de la cesárea previa con relación a los diferentes tipos de distocias materno fetales al momento del trabajo de parto.

Figura 5. Distocia materno fetal según cesárea previa



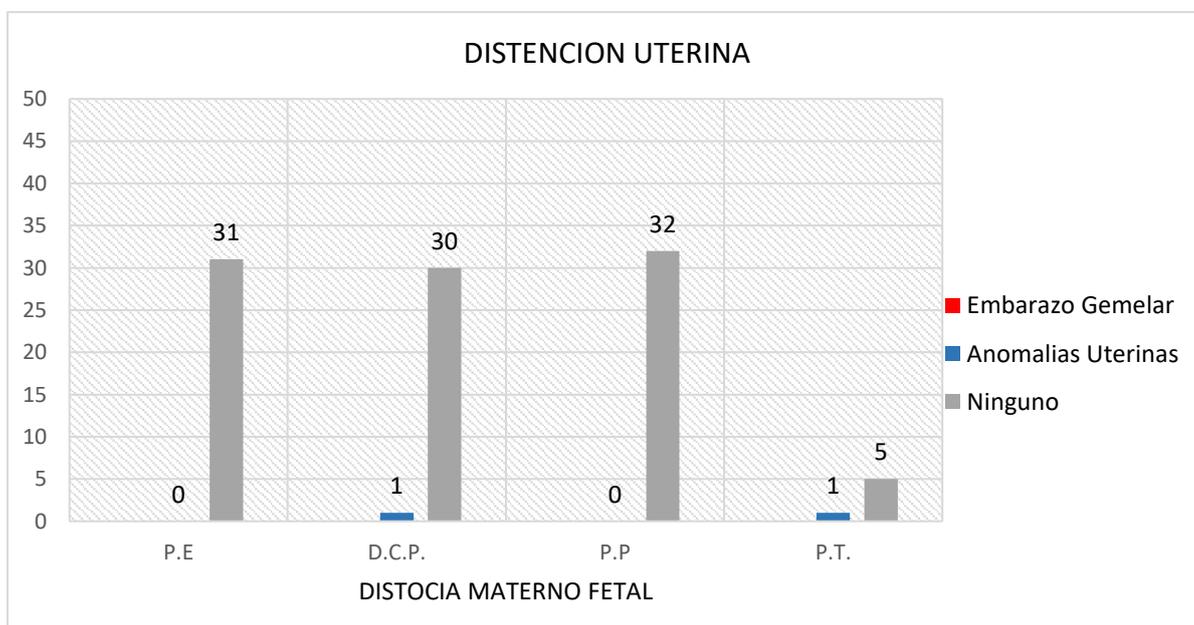
Nota: Elaboración propia.

Tabla 6. Distocia materno fetal según distención uterina

DISTENCION UTERINA	DISTOCIA MATERNO FETAL								TOTAL	
	P.E.	%	D.C.P	%	P.P	%	P.T.	%	Nº	%
Embarazo Gemelar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anomalías Uterinas	0	0	1	1	0	0	1	1	2	2
Ninguna	24	31	23	30	25	32	4	5	76	98
Total	24	31	24	31	25	32	5	6	78	100

Nota: La tabla representa la distocia de la distención uterina con relación a los diferentes tipos de distocias materno fetales al momento del trabajo de parto

Figura 6. Distocia materno fetal según distención uterina.



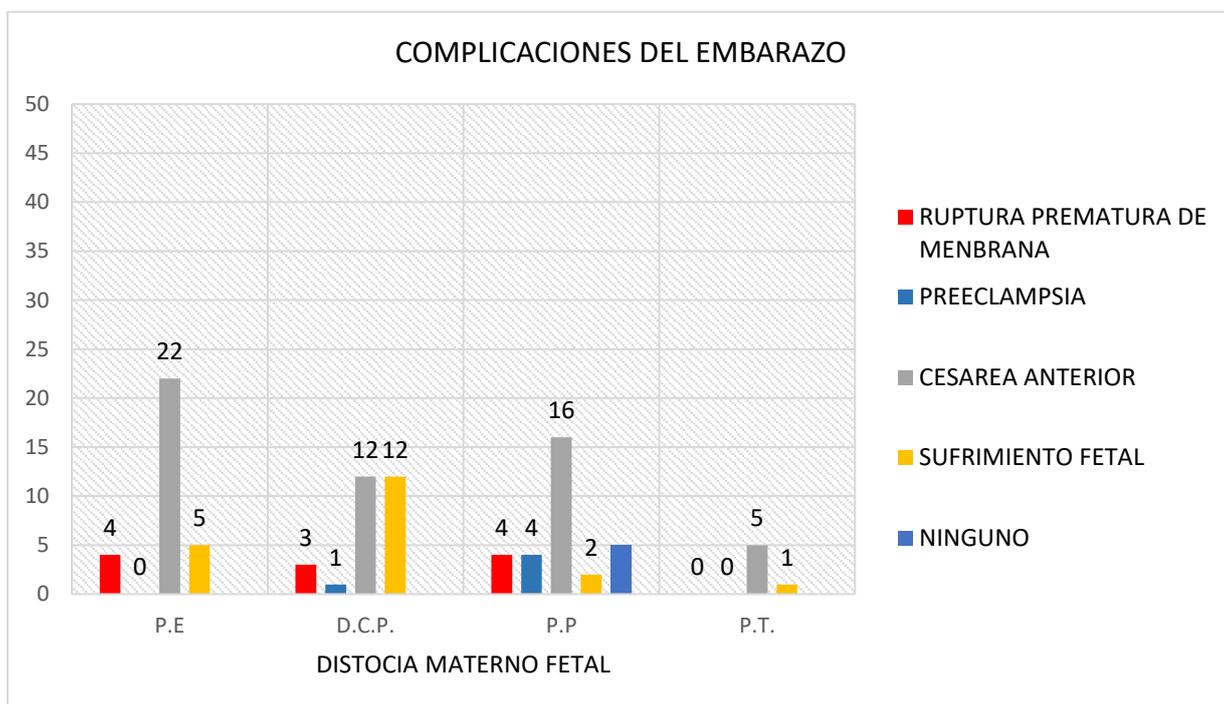
Nota: Elaboración propia.

Tabla 7. Distocia materno fetal según complicaciones del embarazo

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	DISTOCIA MATERNO FETAL								TOTAL	
	P.E.	%	D.C.P.	%	P.P.	%	P.T.	%	N°	%
Ruptura Prematura de Membrana	3	4	2	3	3	4	0	0	8	11
Preeclampsia	0	0	1	1	3	4	0	0	4	5
Cesárea Anterior	17	22	9	12	13	16	4	5	43	55
Sufrimiento fetal	4	5	12	15	2	3	1	1	19	24
Ninguno	0	0	0	0	4	5	0	0	4	5
Total	24	31	24	31	25	32	5	6	78	100

Nota: La tabla representa la distribución de las complicaciones del embarazo con relación a los diferentes tipos de distocias materno fetales al momento del trabajo de parto

Figura 7. Distocia materno fetal según complicaciones del embarazo



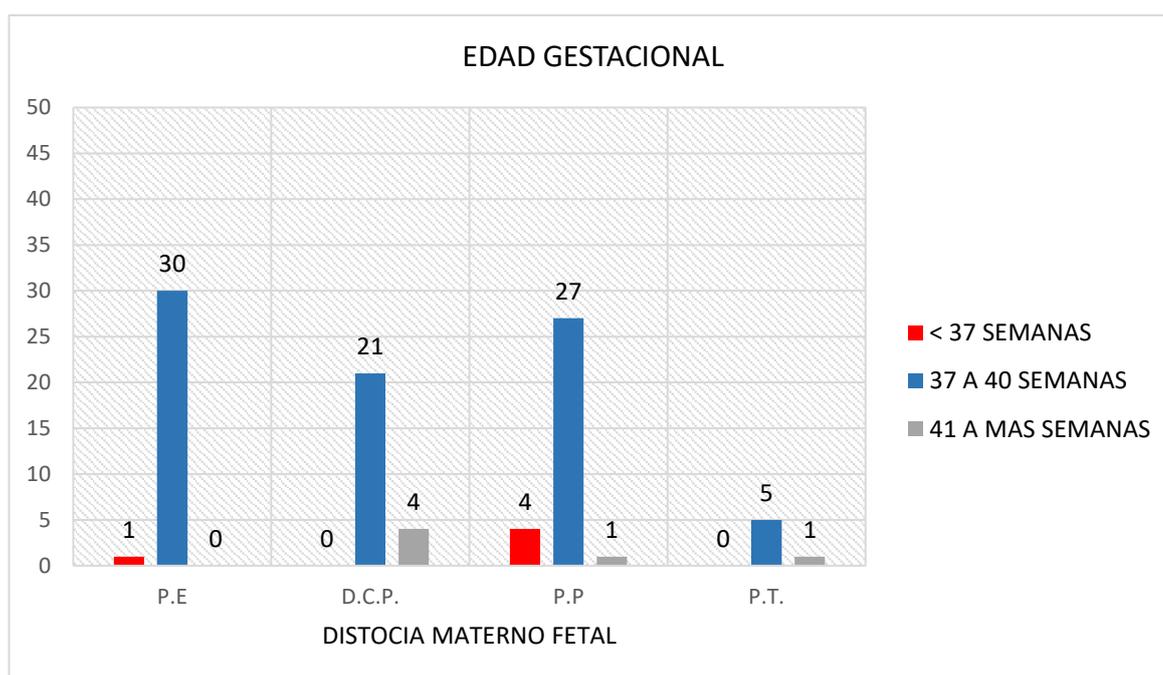
Nota: Elaboración propia.

Tabla 8. Distocia materno fetal según edad gestacional del embarazo.

EDAD GESTACIONAL	DISTOCIA MATERNO FETAL								TOTAL	
	P.E	%	D.C.P	%	P.P	%	P.T.	%	N°	%
< 37 Semanas	1	1	0	0	3	4	0	0	4	5
37 a 40 semanas	23	30	27	21	21	27	4	5	69	89
41 a mas	0	0	3	4	1	1	1	1	5	6
Total	24	31	24	31	25	32	25	5	78	100

Nota: La tabla representa la distocia de la edad gestacional con relación a los diferentes tipos de distocias materno fetales al momento del trabajo de parto.

Figura 8. Distocia materno fetal según edad gestacional.



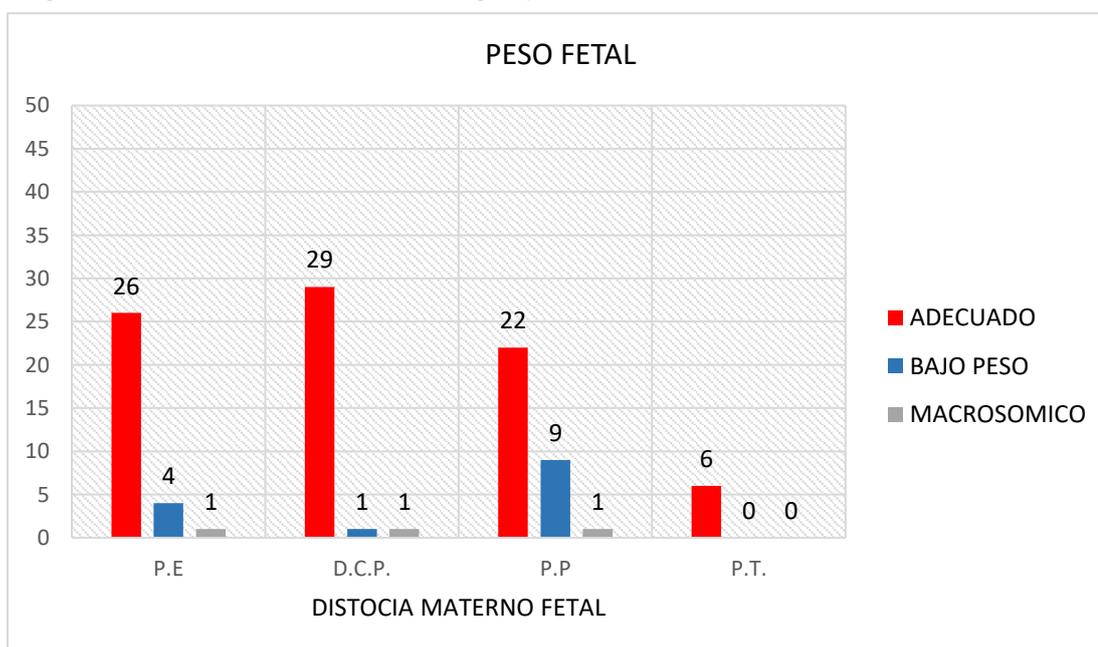
Nota: Elaboración propia.

Tabla 9. Distocia materno fetal según peso fetal.

PESO FETAL	DISTOCIA MATERNO FETAL								TOTAL	
	PE	%	DCP	%	P P	%	PT	%	N°	%
ADECUADO	20	26	22	29	17	22	5	6	64	83
BAJO PESO	3	4	1	1	7	9	0	0	11	14
MACROSOMICO	1	1	1	1	1	1	0	0	3	3
Total	24	31	24	31	25	32	5	60	78	100

Nota: La tabla representa la distocia de la edad gestacional con relación a los diferentes tipos de distocias materno fetales al momento del trabajo de parto

Figura 9. Distribución materno fetal según peso fetal.



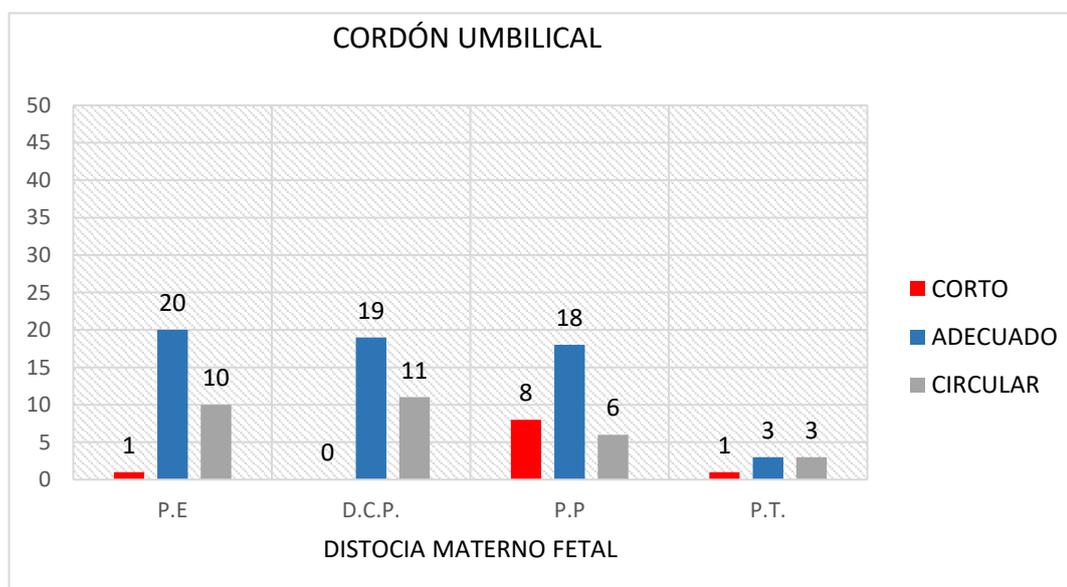
Nota: Elaboración propia.

Tabla 10. Distocia materno fetal según cordón umbilical

CORDON UMBILICAL	DISTOCIA MATERNO FETAL								TOTAL	
	PE	%	DCP	%	PP	%	PT	%	N°	%
CORTO	1	1	0	0	6	8	1	1	8	10
ADECUADO	15	20	15	19	14	18	2	3	46	59
CIRCULAR	8	10	9	11	5	6	2	3	24	31
Total	24	31	24	30	25	32	5	7	78	100

Nota: La tabla representa la distocia del cordón umbilical con relación a los diferentes tipos de distocias materno fetales al momento del trabajo de parto.

Figura 10. Distocia materno fetal según cordón umbilical.



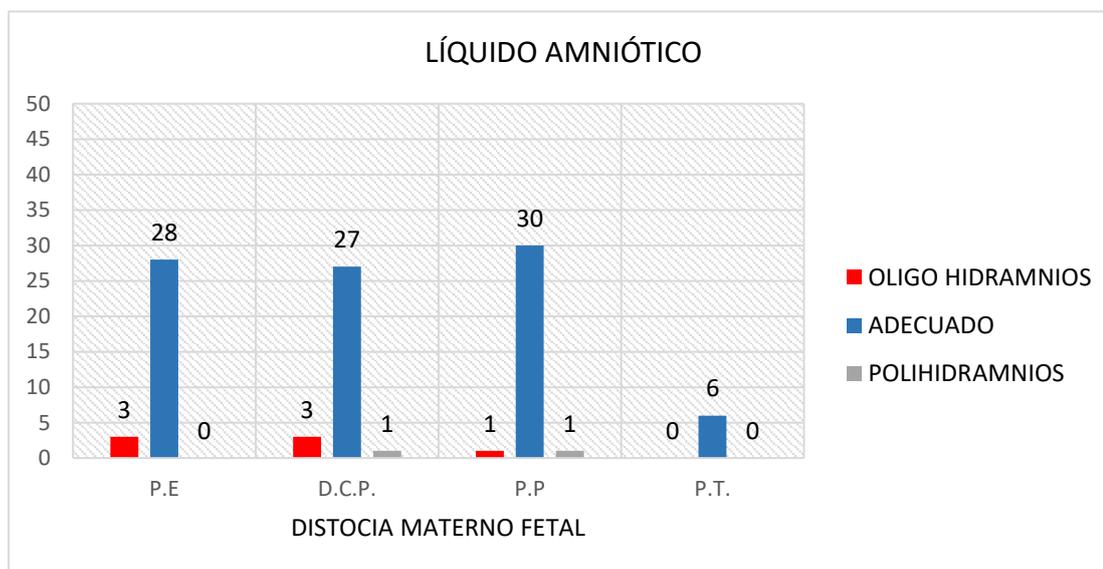
Nota: Elaboración propia.

Tabla 11. Distocia materno fetal según cantidad de líquido amniótico.

CANTIDAD DE LIQUIDO AMNIOTICO	DISTOCIA MATERNO FETAL								TOTAL	
	PE	%	DCP	%	PP	%	PT	%	N°	%
OLIGO	2	3	2	3	1	1	0	0	5	6
HIDRAMNNIOS										
ADECUADO	22	28	21	27	23	30	5	6	71	91
POLIHIDRAMNIO	0	0	1	1	1	1	0	0	2	3
S										
Total	24	31	24	31	25	32	5	6	78	100

Nota: La tabla representa la distocia de la cantidad de líquido amniótico con relación a los diferentes tipos de distocias materno fetales al momento del trabajo de parto.

Figura 11. Distocia materno fetal según líquido amniótico.



Nota: Elaboración propia.

5.2. Interpretación de resultados

En la tabla 1 y el grafico 1 se puede evidenciar que del 100 % de casos de distocias materno fetales en relación a los partos distócicos el 31% se representan en pelvis estrecha siendo 24 casos, el 31 % se representan en desproporción céfalo pélvica siendo 24 casos, el 32 % se representa en presentación podálica siendo 25 casos y el 8 % se representa a presentación transversa siendo 25 casos, haciendo un total de 100 % y un total de 78 caos lo cual nos indica que hay un mayor número de casos en presentación podálica y un menor número de casos en presentación transversa.

En la tabla 2 y figura 2 con relación a la edad materna y las distocias materno fetales se puede evidenciar que del 100 % de casos 1 % es representado a pacientes menores de 20 años siendo representado por 01 caso, 78 % es representado a pacientes de entre 21 y 35 años siendo representado por 61 casos y el 21% es representado por pacientes mayores a 36 años siendo 16 los casos, haciendo un total de 100 % y un total de 78 casos lo cual nos indica que hay un mayor porcentaje de casos en pacientes entre 21 y 35 años con relación a las distocias materno fetales y un menor número en menores de 20 años.

En la tabla 3 y figura 3 con relación a la talla materna y las distocias materno fetales se puede observar que del 100 % de casos el 26 % está siendo representado por tallas menores de 1.45 cm, siendo un total de 20 casos y el 74 % es representado por una talla mayor a 1.45 cm, siendo un total de 58 casos haciendo un total de 100 % y un total de 78 casos lo cual nos indica que hay un mayor número de casos en relación a la talla mayor a 1.45 cm.

En la tabla 4 y figura 4 con relación a la paridad y las distocias materno fetales se puede observar que del 100 % de casos el 27 % está siendo representado por pacientes primigestas, siendo un total de 21 casos y el 61 % es representado por pacientes multigesta, 12 % está siendo representado por pacientes gran multíparas, siendo un total de 9 casos, haciendo un total de 100 % y un total de 78 casos lo cual nos indica que hay un mayor número de casos en relación a multigesta y un menor número de casos en pacientes gran multíparas

En la tabla 5 y figura 5 con relación a cesáreas previas y las distocias materno fetales se puede observar que del 100 % de casos el 27 % está siendo representado por pacientes con una cesárea, siendo un total de 20 casos y el 41 % es representado por pacientes con dos cesáreas, 4 % está siendo representado por pacientes con dos a más cesárea , siendo un total de 4 casos, 29 % está siendo representado por pacientes con ninguna cesárea, siendo un total de 23 casos, haciendo un total de 100 % y un total de 78 casos lo cual nos indica que hay un mayor número de casos en relación a un número de dos cesáreas y un menor número en pacientes de dos a más cesáreas de casos en pacientes.

En la tabla 6 y figura 6 con relación a distención uterina y las distocias materno fetales se puede observar que del 100 % de casos el 0 % está siendo representado por pacientes con embarazo gemelar, siendo un total de 0 casos y el 2 % es representado por pacientes con anomalías uterinas siendo 2 casos de pacientes, 98 % está siendo representado por pacientes con ningún caso de distención uterina, siendo un total de 76 casos, haciendo un total de 100 % y un total de 78 casos lo cual nos indica que hay un mayor número de casos en relación a ningún caso de distención uterina y un menor número en pacientes de embarazos gemelares de casos en pacientes.

En la tabla 7 y figura 7 con relación a las complicaciones del embarazo y las distocias materno fetales se puede observar que del 100 % de casos el 11 % está siendo representado por pacientes con ruptura prematura de membranas, siendo un total de 8 casos y el 5 % es representado por pacientes con preeclampsia siendo 4 casos de pacientes, 55 % está siendo representado por pacientes con cesárea anterior , siendo un total de 43 casos, 24 % está siendo representado por pacientes con sufrimiento fetal , siendo un total de 19 casos, 5 % está siendo representado por pacientes con ninguna complicación , siendo un total de 4 casos, haciendo un total de 100 % y un total de 78 casos lo cual nos indica que hay un mayor número de casos en relación a cesáreas anteriores y un menor número en pacientes de ninguna complicación de embarazo de casos en pacientes.

En la tabla 8 y figura 8 con relación a la edad gestacional y las distocias materno fetales se puede observar que del 100 % de casos el 5 % está siendo representado por pacientes con una edad gestacional menor de 37 semanas, siendo un total de 5 casos y el 89 % es representado por pacientes con una edad gestacional de 37 a 40 semanas siendo 69 casos de pacientes y el 6 % está siendo representado por pacientes con una edad gestacional de más de 41 semanas, siendo un total de 5 casos, haciendo un total de 100 % y un total de 78 casos lo cual nos indica que hay un mayor número de casos en pacientes con edad gestacional de 37 y 40 semanas y un menor número en pacientes de menos de 37 semanas

.En la tabla 9 y figura 9 con relación al peso fetal y las distocias materno fetales se puede observar que del 100 % de casos el 83 % está siendo representado por pacientes con un peso adecuado, siendo un total de 64 casos y el 14 % es representado por pacientes con bajo peso siendo 11 casos de pacientes y el 3 % está siendo representado por pacientes con macrosomía fetal, siendo un total de 3 casos, haciendo un total de 100 % y un total de 78 casos lo cual nos indica que hay un mayor número de casos en pacientes con peso adecuado y un menor número de casos en pacientes de macrosomía fetal.

En la tabla 10 y figura 10 con relación al cordón umbilical y las distocias materno fetales se puede observar que del 100 % de casos el 10 % está siendo representado por pacientes con cordón umbilical corto, siendo un total de 8 casos y el 59 % es representado por pacientes con cordón adecuado siendo 46 casos de pacientes y el 31 % está siendo representado por pacientes con circular de cordón umbilical, siendo un total de 24 casos, haciendo un total de 100 % y un total de 78 casos lo cual nos indica que hay un mayor número de casos en pacientes con un adecuado cordón umbilical y un menor número de casos en pacientes con un corto cordón umbilical fetal.

En la tabla 11 y figura 11 con relación a la cantidad de líquido amniótico y las distocias materno fetales se puede observar que del 100 % de casos el 8 % está siendo representado por pacientes con oligo hidramnios, siendo un total de 5 casos y el 91 % es representado por pacientes con líquido amniótico adecuado siendo 71 casos de pacientes y el 3 % está siendo representado por pacientes polihidramnios, siendo un total de 2 casos, haciendo un total de 100 % y un total de 78 casos lo cual nos indica que hay un mayor número de casos en pacientes con un adecuado cantidad de líquido amniótico y un menor número de casos en pacientes con polihidramnios.

VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

6.1. Análisis inferencial

Con relación a la tabla número 02 que vincula la edad materna y los diferentes tipos de distocia materno fetales en el momento de trabajo de parto y realizando la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson nos indica que chi cuadrado calculado es de 23,65 siendo mayor que chi cuadrado tabulado que es de 12.59 con un nivel de significancia de 0.05 y 6 grados de libertad por lo que queda aprobada la relación de edad materna y distocias materno fetales.

$$X_{c^2} = 23.65 > X_{T^2} = 12.59 \text{ GL: } 6 \text{ NS: } 0,05$$

Tabla 2. Distocia materno fetal según edad materna.

Edad Materna	DISTOCIA MATERNO FETAL								TOTAL	
	P.E.	%	D.C.P	%	P.P	%	P.T.	%	Nº	%
< 20 años	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
21-35 años	21	27	16	21	20	26	4	5	61	78
>36 años	3	4	7	9	5	6	1	1	16	21
Total	24	31	24	31	25	32	5	6	78	100

Nota: Elaboración propia.

Hipótesis General.

Existe relación significativa entre perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.

Hipótesis Específicas.

HE 1.- existe relación significativa entre perinatales maternos y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022.

HE 2.- existe relación significativa entre Perinatales fetales y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022.

Con respecto a la hipótesis general y específicas si existe relación significativa y positiva entre la edad materna y los diferentes tipos de distocia materno fetales por lo que la hipótesis queda estimada.

Con relación a la tabla 3 que vincula la talla materna y los diferentes tipos de distocia materno fetales en el momento de trabajo de parto y realizando la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson nos indica que chi cuadrado calculado es de 32.7 siendo mayor que chi cuadrado tabulado que es de 7.81 con un nivel de significancia de 0.05 y 3 grados de libertad por lo que queda aprobada la relación de talla materna y distocias materno fetales.

$$X_c^2 = 32.7 > X_T^2 = 7.81 \text{ GL: } 3 \text{ NS: } 0,05$$

Tabla 4. Distocia materno fetal según talla materna

Talla Materna	DISTOCIA MATERNO FETAL								TOTAL	
	P.E.	%	D.C.P	%	P.P	%	P.T.	%	Nº	%
< 1.45	16	20	4	5	0	0	0	0	20	26
> 1.45	8	11	20	26	25	32	5	6	58	74
Total	24	31	24	31	25	32	5	6	78	100

Nota: Elaboración propia.

Hipótesis General.

Existe relación significativa entre perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.

Hipótesis Específicas.

HE 1.- existe relación significativa entre perinatales maternos y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022.

HE 2.- existe relación significativa entre Perinatales fetales y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022.

Con respecto a la hipótesis general y específicas si existe relación significativa y positiva entre la talla materna y los diferentes tipos de distocia materno fetales por lo que la hipótesis queda estimada.

Con relación a la tabla 4 que vincula la paridad y los diferentes tipos de distocia materno fetales en el momento de trabajo de parto y realizando la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson nos indica que chi cuadrado calculado es de 16.12 siendo mayor que chi cuadrado tabulado que es de 12.59 con un nivel de significancia de 0.05 y 6 grados de libertad por lo que queda aprobada la relación paridad y distocias materno fetales.

$$X_c^2 = 16.12 > X_T^2 = 12.59 \text{ GL: } 6 \text{ NS: } 0,05$$

Tabla 4. Distocia materno fetal según paridad.

Paridad	DISTOCIA MATERNO FETAL								TOTAL	
	P.E.	%	D.C.P	%	P.P	%	P.T.	%	N°	%
Primigesta	3	4	8	10	9	12	1	1	21	27
Multigesta	19	24	14	18	12	15	3	4	48	61
Gran multigesta	2	3	2	3	4	5	1	1	9	12
Total	24	31	24	31	25	32	5	6	78	100

Nota: Elaboración propia.

Hipótesis General.

Existe relación significativa entre perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.

Hipótesis Específicas.

HE 1.- existe relación significativa entre perinatales maternos y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022.

HE 2.- existe relación significativa entre Perinatales fetales y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022.

Con respecto a la hipótesis general y específicas si existe relación significativa y positiva entre la paridad y los diferentes tipos de distocia materno fetales por lo que la hipótesis queda estimada.

Con relación a la tabla 7 que vincula las complicaciones del embarazo y los diferentes tipos de distocia materno fetales en el momento de trabajo de parto y realizando la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson nos indica que chi cuadrado calculado es de 24.325. Siendo mayor que chi cuadrado tabulado que es de 21.325 con un nivel de significancia de 0.05 y 12 grados de libertad por lo que queda aprobada la relación ruptura prematura de membranas y distocias materno fetales.

$$X_c^2 = 24.325 > X_T^2 = 21.0261 \text{ GL: } 12 \text{ NS: } 0,05$$

Tabla 7. Distocia materno fetal según complicaciones del embarazo.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	DISTRIBUCIÓN MATERNO FETAL								TOTAL	
	P.E	%	D.C.	%	P.P	%	P.T.	%	N°	%
	.		P							
Ruptura Prematura de Membrana	3	4	2	3	3	4	0	0	8	11
Preeclampsia	0	0	1	1	3	4	0	0	4	5
Cesárea Anterior	17	22	9	12	13	16	4	5	43	55
Sufrimiento fetal	4	5	12	15	2	3	1	1	19	24
Ninguno	0	0	0	0	4	5	0	0	4	5
Total	24	31	24	31	25	32	5	6	78	100

Nota: Elaboración propia.

Hipótesis General.

Existe relación significativa entre perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.

Hipótesis Específicas.

HE 1.- existe relación significativa entre perinatales maternos y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022.

HE 2.- existe relación significativa entre Perinatales fetales y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022.

Con respecto a la hipótesis general y específicas si existe relación significativa y positiva entre las complicaciones del embarazo y los diferentes tipos de distocia materno fetales por lo que la hipótesis queda estimada.

Con relación a la tabla número 09 que vincula el peso fetal y los diferentes tipos de distocia materno fetales en el momento de trabajo de parto y realizando la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson nos indica que chi cuadrado calculado es de 18.294. Siendo mayor que chi cuadrado tabulado que es de 12.59 con un nivel de significancia de 0.05 y 06 grados de libertad por lo que queda aprobada la relación ruptura prematura de membranas y distocias materno fetales.

$$X_c^2 = 18.294 > X_T^2 = 12.5916 \text{ GL: } 6 \text{ NS: } 0,05$$

Tabla 9. Distocia materno fetal según peso fetal.

PESO FETAL	DISTOCIA MATERNO FETAL								TOTAL	
	P.E	%	D.C.	%	P.P	%	P.T.	%	Nº	%
	P									
ADECUADO	20	26	22	29	17	22	5	6	64	83
BAJO PESO	3	4	1	1	7	9	0	0	11	14
MACROSOMICO	1	1	1	1	1	1	0	0	3	3
Total	24	31	24	31	25	32	5	60	78	100

Nota: Elaboración propia

Hipótesis General.

Existe relación significativa entre perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.

Hipótesis Específicas.

HE1.- existe relación significativa entre perinatales maternos y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022.

HE 2.- existe relación significativa entre Perinatales fetales y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022.

Con respecto a la hipótesis general y específicas si existe relación significativa y positiva entre el peso fetal y los diferentes tipos de distocia materno fetales por lo que la hipótesis queda estimada.

Con relación a la tabla 10 que vincula el cordón umbilical y los diferentes tipos de distocia materno fetales en el momento de trabajo de parto y realizando la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson nos indica que chi cuadrado calculado es de 13.28. Siendo mayor que chi cuadrado tabulado que es de 12.59 con un nivel de significancia de 0.05 y 06 grados de libertad por lo que queda aprobada la relación de cordón umbilical y distocias materno fetales.

$$X_c^2 = 13.28 > X_T^2 = 12.5916 \text{ GL: } 6 \text{ NS: } 0,05$$

Tabla 10. Distocia materno fetal según cordón umbilical.

CORDON UMBILICAL	DISTRIBUCIÓN MATERNO FETAL								TOTAL	
	P.E	%	D.C.	%	P.P	%	P.T.	%	N°	%
	P									
CORTO	1	1	0	0	6	8	1	1	8	10
ADECUADO	15	20	15	19	14	18	2	3	46	59
CIRCULAR	8	10	9	11	5	6	2	3	24	31
Total	24	31	24	30	25	32	5	7	78	100

Nota: Elaboración propia.

Hipótesis General.

Existe relación significativa entre perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.

Hipótesis Específicas.

HE 1.- existe relación significativa entre perinatales maternos y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022.

HE 2.- existe relación significativa entre Perinatales fetales y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022.

Con respecto a la hipótesis general y específicas si existe relación significativa y positiva entre el cordón umbilical y los diferentes tipos de distocia materno fetales por lo que la hipótesis queda estimada.

Con relación a la tabla 11 que vincula la cantidad de líquido amniótico y los diferentes tipos de distocia materno fetales en el momento de trabajo de parto y realizando la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson nos indica que chi cuadrado calculado es de 13.656. Siendo mayor que chi cuadrado tabulado que es de 12.59 con un nivel de significancia de 0.05 y 06 grados de libertad por lo que queda aprobada la relación de líquido amniótico y distocias materno fetales.

$$X_c^2 = 7.656 < X_T^2 = 12.5916 \text{ GL: } 6 \text{ NS: } 0,05$$

Tabla 11. Distocia materno fetal según cantidad de líquido amniótico

CANTIDAD DE LÍQUIDO AMNIOTICO	DISTOCIA MATERNO FETAL								TOTAL	
	PE	%	DCP	%	PP	%	PT	%	Nº	%
OLIGO	2	3	2	3	1	1	0	0	5	6
HIDRAMNIOS										
ADECUADO	22	28	21	27	23	30	5	6	71	91
POLIHIDRAMNIO	0	0	1	1	1	1	0	0	2	3
S										
Total	24	31	24	31	25	32	5	6	78	100

Nota: Elaboración propia.

Hipótesis General.

Existe relación significativa entre perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.

Hipótesis Específicas.

HE 1.- existe relación significativa entre perinatales maternos y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022.

HE 2.- existe relación significativa entre Perinatales fetales y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022.

Con respecto a la hipótesis general y específicas si existe relación significativa y positiva entre el líquido amniótico y los diferentes tipos de distocia materno fetales por lo que la hipótesis queda estimada.

VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

7.1. Comparación de resultados

En el presente trabajo de investigación se puede evidenciar que del 100 % de casos de distocias materno fetales en relación a los partos distócicos el 31% se representan en pelvis estrecha siendo 24 casos, el 31 % se representan en desproporción céfalo pélvica siendo 24 casos, el 32 % se representa en presentación podálica siendo 25 casos y el 8 % se representa a presentación transversa siendo 25 casos, haciendo un total de 100 % y un total de 78 casos lo cual nos indica que hay un mayor número de casos en presentación podálica y un menor número de casos en presentación transversa vistos en Hospital III Essalud Juliaca lo que nos indica que si hay una estrecha relación de las diferentes variables y las distocias del trabajo de parto en nuestro presente trabajo

En comparación a la edad materna y las distocias materno fetales se puede evidenciar que con respecto a otra investigación internacional hecha por Mendoza J. Villca R. Romero P. Muñoz R. Cárdenas L. Guerra (2), realizó esta investigación como título “Menor opción de parto en relación a la edad materna y distocias pélvicas”, se observó que si se encuentra una alta relación con respecto a las edad materna y parto distócico y sus alteraciones al momento del parto y de igual manera se encuentra una alta relación de un estudio nacional hecha por Mendoza L Zurita T (9). Que realizó esta investigación como título “Menor opción de parto en edad materna adulta”. Se evidencia que, si hay relación con los antecedentes de investigaciones en comparaciones al presente trabajo de investigación por los resultados comparados y su gran relación con respecto a la variable de la edad materna por lo que corrobora nuestra investigación.

De igual manera en un trabajo internacional realizado por Canga A y Honores A., 2019 (3), se realizó esta investigación como titulada es “Perfil epidemiológico y perinatal relacionado a la talla materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud 7 de octubre, Quevedo - Los Ríos – Ecuador, enero – junio 2019” se evidencia que 95% tiene una alta relación de un parto distócico por presentar una talla menor, comparando con respecto a nuestra variable de talla materna y parto distócico si hay una alta relación con nuestro presente trabajo de investigación por presentar una similitud con los resultados obtenidos.

Por otra parte, con respecto a la variable paridad en un estudio internacional Jaramillo J. (6). 2017. Se realizó esta investigación titulada “Parto distócico y factores relacionados a la paridad en pacientes atendidas en el área de Gineco-obstetricia del hospital “Vicente Corral Moscoso”, enero del 2015 - junio del 2016, Cuenca-Chile se evidencio que las pacientes primíparas tenían un alto porcentaje de parto distócico a comparación de pacientes múltiparas por lo que existe una relación significativa entre el trabajo realizado y el trabajo de antecedente de investigación por presentar un alto porcentaje de 61 % de gran múltiparas con problemas de distocia al momento de trabajo de parto, por lo que corrobora nuestro trabajo de investigación.

En relación a las complicaciones del embarazo Campos S. y De la Cruz T., 2018, realizo un trabajo denominado. Complicaciones de Parto Distócico por ruptura prematura de membrana en el Hospital San José de Chincha. 2018. Donde se muestra que los factores de riesgo con respecto a RPM tienen mucho que ver con el parto distócico y lo cual al comparar con un nuestro presente trabajo de investigación hay una estrecha relación con los casos relacionados a las pacientes que presentaron RPM y de igual manera nosotras evidenciamos que hay relación con nuestro trabajo de investigación.

Con respecto a la variable de peso fetal hay un trabajo de investigación nacional echa por Choque J. y Melanie L., 2001, que realizó esta investigación titulada “Resultados materno-perinatales y gestantes añosas. Con productos con alteración del peso fetal Hospital Santa Rosa 2001-

2002. Objetivo: Identificar la relación entre edad materna avanzada y producto con alteración de peso fetal atendidas en el Hospital Santa Rosa 2001 – 2002 de igual manera se evidencia con un trabajo nacional de Paniora M., 2020, que realizó esta investigación titulada “maternos en gestantes con peso fetal adecuado, en puérperas atendidas en el hospital san juan de kimbiri – vraem 2019. Donde se puede evidenciar que efectivamente hay una estrecha comparación con respecto a recién nacidos con peso adecuado y una alteración en el parto distócico por lo que queda en evidencia que si hay una relación con el presente trabajo puesto que se evidencia un gran número de casos de peso adecuado 83 % y la relación de parto distócico en nuestro trabajo de investigación por lo que hay similitud con los antecedentes de trabajos anteriores.

De igual manera en un trabajo nacional realizado por Huillca L., 2019, se realizó esta investigación titulada “características de las gestantes con parto distócico y alteraciones funiculares atendidos en el hospital de apoyo de huanta 2019 donde se puede observar que hay una alta relación con partos que presentaron circular simple de cordón en cuello y nosotras pudimos confirmar con nuestro presente trabajo que hay un alto porcentaje de casos de relación de circular de cordón y alteraciones de parto distócico por lo que si hay una relación con otro trabajo de investigación.

Con relación a la variable líquido amniótico se encontró que el autor Fernando H. M. realizo un trabajo de investigación titulado “Factores de riesgo asociados a parto distócico y cantidad de líquido amniótico” en el que el autor demuestra que al haber oligohidramnios puede afectar el trabajo de parto confirmando lo que nosotras encontramos en los resultados obtenidos en nuestro presente trajo de investigación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Se determina con el presente estudio que, si existe relación significativa entre perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022. Con lo que queda aceptada la hipótesis general.

Con respecto a los factores perinatales fetales y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022 si existe una relación significativa con lo que queda aceptada la hipótesis específica 1.

Con respecto a los factores perinatales maternos y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca- 2022 si existe una relación significativa con lo que queda aceptada la hipótesis específica 2.

RECOMENDACIONES:

Se recomienda al personal de salud del hospital III Essalud Juliaca enfatizar más en el tema de planificación familiar a la población y así poder evitar las distocias que ocasionan al tener la cantidad de hijos.

Se recomienda concientizar a la población a tener más conocimientos sobre las complicaciones que pueden generar las distocias durante su trabajo de parto si no acude a tiempo para su atención.

Se recomienda al personal de salud del Hospital III Essalud Juliaca a promover acciones informativas y educativas (charlas, sesiones etc....) sobre el tema de distocias y así la población tendrá más conocimientos sobre ese tema de distocias .

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Inca A. Israel N. et el Gaguancela O, 2020, Factores de riesgo asociados a cesárea en mujeres nulíparas. Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba, 2020, Chimborazo, Riobamba, Ecuador. Disponible en : <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8277>
2. Mendoza J, Villca R, 2Romero P, Muñoz R, Cárdenas L, Guerra T, 2022, Menor opción de parto en cesáreas repetidas: estudio de caracterización, Ginecol. obstet. Méx. vol.90 no.4 Ciudad de México abr. 2022 Epub 01-Ago-2022. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v90i4.7281>.
3. Canga A, Honores A, 2019, Perfil epidemiológico y perinatal relacionado a preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud 7 de octubre, Quevedo - Los Ríos – Ecuador, enero – junio 2019 Thumbnail, disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8076>.
4. Orozco A, 2020, Recién nacidos de embarazo múltiple con complicaciones y factores de riesgo maternos en los Hospitales Públicos de Quito, Pichincha, Ecuador, 2019- 2020, disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/9553>.
5. Prado E.2017, Prevalencia y factores de riesgo asociados a distocias, en pacientes atendidas Hospital Aida León de Rodríguez Lara, desde noviembre del 2016 a mayo del 2017, disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/7587>.
6. Jaramillo B. 2018, 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.
7. Campos S. 2018, Complicaciones de Parto Distócico por Atonía Uterina en el Hospital San José de Chincha. Grupo Educativo.

Universidad Privada de Ica. 2018,
<http://repositorio.upica.edu.pe/handle/123456789/283> .

8. Colán R. 2018, Factores asociados al parto distócico en gestantes atendidas en hospital público de Lima, realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2018, disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2018116>.
9. Huillca L, 2019, características de las gestantes con parto distócico atendidos en el hospital de apoyo de huanta 2019,URI: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3711>
10. Choque J, Melanie L, 2022, Resultados materno-perinatales y gestantes añosas. Hospital Santa Rosa 2000-2020. <http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.01.00>.
11. Paniora M, 2020, maternos en gestantes adolescentes frente a las adultas y añosas, en puérperas atendidas en el hospital san juan de kimbiri – vraem 2019, disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3651>.
12. Taipe I, 2020, Características en mujeres atendidas por cesárea en el hospital sub regional de Andahuaylas 2020, disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3801>.
13. Donoso E, Carvajal J, Vera C, Poblete J, La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil, Unidad de Medicina Materno Fetal, División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile, Rev Med Chile 2014; 142: 168-174

14. Postdoc S et al., Soumya Raychaudhuri. Biology of Genomes. [Online].; 2018 [consultado el 11 Agosto 2021]; Disponible en: <https://meetings.cshl.edu/ABSTRACTS.ASPX?MEET=GENOME&YE AR=18>.
15. Berghella V, Mackeen AD, Jauniaux ERM. Parto por cesárea. En: Landon MB, Galan HL, Jauniaux ERM, et al, eds. Obstetricia de Gabbe: embarazos normales y problemáticos. 7ª ed. Filadelfia, Pensilvania: Elsevier; 2021: cap 19.
16. Mandy GT. Complicaciones neonatales, resultado y manejo de partos múltiples. Consultado el 27 de noviembre de 2017
17. Mauricio Cuello F., Víctor Miranda H., Constanza Ralph T. Ginecología y salud de la mujer. Marzo 2017. Ediciones Universidad Católica de Chile. Marzo 2017. 988p.
18. Mercer BM, Chien EKS. Rotura prematura de las membranas. En: Landon MB, Galan HL, Jauniaux ERM, et al, eds. Obstetricia de Gabbe: embarazos normales y problemáticos. 8ª ed. Filadelfia, Pensilvania: Elsevier; 2021: cap 37
19. Pereira J, Pereira Y, Quirós L, Actualización en preeclampsia, Revista Médica Sinergia. Vol. 5. Num. 1. Enero 2020,
20. Salinas ,E ,Cesárea anterior,31 octubre, 2007
21. Intriago J, Castro J, Demera L, Franco V, Sufrimiento fetal agudo en pacientes con preeclampsia con signos de severidad, RECIAMUC, Editorial Saberes del Conocimiento enero Chone Ecuador,2022,
22. Ball JW, Dains JE, Flynn JA, Solomon BS, Stewart RW. Crecimiento y nutrición. En: Ball JW, Dains JE, Flynn JA, Solomon BS, Stewart RW, eds. Guía de Siedel para el examen físico. 9ª ed. San Luis, MO: Elsevier; 2019: cap 8.

23. Graham GM, Parque JS, Norwitz ER. Evaluación y terapia fetal anteparto. En: Chestnut DH, Wong CA, Tsen LC, et al, eds. Anestesia obstétrica de Chestnut: principios y práctica. 6ª ed. Filadelfia, Pensilvania: Elsevier; 2020:cap 6
24. Baschat AA, Galán HL. Restricción del crecimiento intrauterino. En: Landon MB, Galan HL, Jauniaux ERM, et al, eds. Fundamentos de obstetricia de Gabbe: embarazos normales y problemáticos. 8ª ed. Filadelfia, Pensilvania: Elsevier; 2019: cap 33.
25. Blickstein I. Perlman S. Hazon Y. Shinwell ES et al., Embarazo complicado por diabetes mellitus. En: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, eds. Medicina Neonatal-Perinatal de Fanaroff y Martin. 11ª ed. Filadelfia, Pensilvania: Elsevier; 2020: cap 18
26. Healthwise Evaluación médica: Adam Husney MD - Medicina familiar & Susan C. Kim MD - Pediatría & Kathleen Romito MD - Medicina familiar & John Pope MD - Pediatría, 20 septiembre, 2021
27. Carmen Hurtado lopez cordón umbilical largo, repercusiones en el recién nacido, Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Matrona, Ginecología y Obstetricia / Por Revista Ocronos,22 de marzo, 2021
28. Salazar de Escolero A, Fuentes Ruiz NV, Handall Duron AJ, Jaime Salvador ZY. Síndrome de cordón umbilical corto. Alerta. 2021;4(3):98-102. DOI 10.5377/alerta. v4i3.10956
29. Julie S. Moldenhauer, MD, Children's Vuelta del cordón, Hospital of Philadelphia Revisado médicamente jul. 2021.
30. Burton GJ, Sibley CP, Jauniaux ERM. Anatomía y fisiología de la placenta. En: Landon MB, Galan HL, Jauniaux ERM, et al, eds. Obstetricia de Gabbe: embarazos normales y problemáticos. 8ª ed. Filadelfia, Pensilvania: Elsevier; 2021:cap 1

31. Saldarriaga W. Artus M et al., fundamentos de ginecología y obstetricia. Cali Colombia 2017
32. James R. Obstetricia y ginecología de Danforth, novena edición. Scott, cap. 22.
33. Glenn D, Posner, Jessica Y, Amanda Y, Black, Griffith D, Jones. Labor de parto y nacimiento. Presentación podálica ,2015.
34. Glenn D, Posner, Jessica Y, Amanda Y, Black, Griffith D, Jones. Labor de parto y nacimiento. Situación transversa ,2015
35. López M. de L. y Martínez G. (2000). Manual para investigaciones literarias. México: UNAM. pp. 55-58.
36. Moreno E , Metodología de Investigación, pautas para hacer Tesis, 9 de abril de 2018
37. Alarcón MF. Gallo DF, Rincón CF et al., Riesgos prenatales, perinatales y neonatales asociados a signos neurológicos blandos Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Psicología, Grupo de Investigación Clínica y Salud. Tunja, Colombia.Vol. 92, No. 1 (2020)
38. Cañadas A. ginecología y obstetricia, distocia tipos y diagnósticos, Madrid. agostos 2022. Salud. Disponible en: Savia<https://www.saludsavia.com> › distocia-tipos-y-diagnostico
39. Requena J, Isla A, zayas M D et al. Parto instrumentado en la distocia de rotación: Resultados materno-perinatales (1997-2002). Rev cubana Obstet Ginecol. [online]. Mayo-ago. 2005, vol.31, no.2 [citado 11 de diciembre de 2007

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES Y DIMENCIONES	METODOLOGÍA
PG: ¿Cuál es la relación entre los factores perinatales y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022?	OG: Determinar las implicancias de los factores perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.	Existe relación significativa entre los factores perinatales sobre el tipo parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.	VARIABLE 1 Factores perinatales DIMENCIONES Perinatales materno Perinatales fetales VARIABLE 2 Parto distócico DIMENCIONES Tipos de distocia	Tipo de investigación. Básico Nivel de investigación correlacional Técnicas: Cuestionario Ficha: Historias clínicas Instrumentos: Ficha de recolección de datos.
PE 1.- ¿Cuál es la relación entre perinatales maternos y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud hospital III, Juliaca- 2022?	OE 1.- Señalar los perinatales maternos implicados en el parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III Juliaca.- 2022.	HE 1.- Existe relación significativa entre perinatales maternos y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.		
PE 2.- ¿Cuál es la relación entre perinatales fetales y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022?	OE 2.- Indicar los perinatales fetales implicados en el parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.	HE 2.- Existe relación significativa entre perinatales fetales y parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.		

Anexo 2: Instrumentos de ficha de recolección de datos

CUESTIONARIO DE FACTORES PERINATALES

HCLN°.....

1: Edad Materna

- 1) Menor de 20 años
- 2) 21 a 35 años
- 3) 36 a más

2: Talla Materna.

- 1) 1.41 a 1.55
- 2) < 1.40 cm

3: Paridad.

- 1) Primigesta
- 2) Multigesta
- 3) Gran multigesta

4: Cesáreas Previas.

- 1) Una
- 2) Dos
- 3) Dos a más

5: Distencion Uterina.

- 1) Embarazo Gemelar
- 2) Anomalias uterinas
- 3) Ninguna

6: Complicaciones del Embarazo.

- 1) Ruptura prematura de membranas
- 2) Preeclampsia
- 3) Cesárea anterior
- 4) Sufrimiento fetal

7: Edad Gestacional.

- 1) A término
- 2) Pretérmino
- 3) Postérmino

8: Peso Fetal.

- 1) Adecuado
- 2) Bajo peso
- 3) Macrosómico

9: Cordon Umbilical.

- 1) Corto
- 2) Adecuado
- 3) Circular

10: Cantidad Líquido Amniótico.

- 1) Oligohidramnios
- 2) Adecuado
- 3) Polihidramnios

CUESTIONARIO DE PARTO DISTOCICO

1: Distocia Materno fetal.

- 1) Pélvis estrecha
- 2) Desproporción fetopélvica
- 3) Presentación de Podálico
- 4) Presentación de Transverso

Anexo 3: Ficha de validación de instrumentos de medición

Anexo 3: Ficha de validación de instrumentos de medición

Informe de validación del instrumento de investigación

Datos generales

Título de la Investigación: **implicancias de los factores perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.**

Nombre del Experto: Dr. Juan Pablo Condori Quispe

I. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

OBSERVACIONES GENERALES

Cuestionario de: Factores Perinatales



Nombre:
N° DNI: 02421473

Dr. JUAN PABLO CONDORI QUISPE
SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
HOSPITAL III RED ASISTENCIAL-JULIACA
CMP 31845 RNE 20937



Anexo 3: Ficha de validación de instrumentos de medición

Informe de validación del instrumento de investigación

Datos generales

Título de la Investigación: **implicancias de los factores perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.**

Nombre del Experto: Dr. Juan Pablo Condori Quispe

I. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación.	Cumple	

OBSERVACIONES GENERALES

Cuestionario de: Parto Distócico

Condori

Nombre:
N° DNI: 02421473

Dr. JUAN PABLO CONDORI QUISPE
SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL III RED ASISTENCIAL-JULIACA
CMP 31845 RNE 20937



Anexo 3: Ficha de validación de instrumentos de medición

Informe de validación del instrumento de investigación

Datos generales

Título de la Investigación: **implicancias de los factores perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.**

Nombre del Experto: Valueth Madrena Aguirre

I. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	No Cumple	ordenar
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

OBSERVACIONES GENERALES

Questionario de: Factores Perinatales


 Nombre: Valueth Madrena Aguirre
 N° DNI: 41153156

Anexo 3: Ficha de validación de instrumentos de medición

Informe de validación del instrumento de investigación

Datos generales

Título de la Investigación: **implicancias de los factores perinatales sobre el tipo de parto distócico en pacientes atendidas en Essalud Hospital III, Juliaca- 2022.**

Nombre del Experto: Veluth Adriano Aguirre

I. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	No Cumple	ordenar
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

OBSERVACIONES GENERALES

Cuestionario de: Parto Distócico


 Nombre: Veluth Adriano Aguirre
 N° DNI: 41153136

Anexo 4: Base de datos

Cuestionario de factores perinatales

N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	2	2	2	3	3	2	1	2	2
2	2	1	2	1	3	1	2	2	2	2
3	2	2	2	1	3	3	2	1	2	2
4	2	1	2	1	3	4	2	1	2	2
5	2	2	1	4	3	1	2	1	2	2
6	2	2	2	1	3	2	2	1	2	2
7	2	2	2	2	3	3	2	1	2	2
8	2	2	2	1	3	4	2	3	2	2
9	2	1	2	2	3	3	2	1	2	2
10	2	2	2	1	3	4	2	1	3	2
11	2	1	2	2	3	3	2	1	2	2
12	2	2	2	2	3	3	2	1	2	2
13	2	2	1	4	3	4	2	1	2	1
14	2	2	1	4	3	4	2	1	2	2
15	2	2	1	4	3	4	2	1	2	2
16	2	2	2	2	3	3	2	1	2	2
17	3	2	2	1	3	3	2	1	3	2

18	2	2	2	2	3	3	2	1	3	2
19	2	2	1	4	3	2	2	2	2	2
20	2	2	1	4	3	4	2	2	2	2
21	2	2	1	4	3	2	1	2	3	2
22	3	2	2	2	3	4	2	1	2	2
23	2	2	1	4	2	4	2	1	2	2
24	2	2	2	1	3	3	2	1	2	2
25	2	2	2	2	3	3	2	1	2	2
26	2	2	2	2	3	3	2	1	3	2
27	3	2	1	4	3	5	2	1	1	2
28	2	1	3	3	3	3	2	1	2	2
29	2	2	2	2	3	3	2	1	3	2
30	3	2	2	1	3	3	2	1	3	2
31	2	2	3	2	3	3	2	1	1	2
32	2	2	2	1	2	3	2	1	3	2
33	2	2	2	2	3	3	2	1	2	2
34	3	2	2	1	3	3	2	1	1	3
35	2	2	2	1	3	1	2	1	2	2
36	3	2	1	4	3	5	2	1	2	2
37	3	2	2	2	3	3	2	1	3	2

38	3	2	3	1	3	3	2	1	3	1
39	3	2	2	1	3	4	2	1	2	2
40	2	2	1	4	3	4	2	1	3	2
41	2	1	2	1	3	3	2	1	3	2
42	2	2	1	4	3	1	2	1	2	2
43	2	2	1	4	3	4	2	1	2	2
44	2	1	2	2	3	3	2	1	3	2
45	2	2	2	2	3	3	1	2	1	2
46	2	2	1	4	3	4	2	1	2	2
47	2	1	2	2	3	3	2	1	2	2
48	2	1	2	2	3	1	2	2	3	2
49	3	1	2	2	3	3	2	1	2	2
50	2	2	3	4	3	1	2	2	2	2
51	3	2	2	2	3	3	2	1	3	2
52	2	2	2	2	3	3	3	1	3	2
53	2	2	3	3	3	3	2	1	2	2
54	3	1	2	2	3	3	2	1	2	2
55	2	2	2	2	3	3	2	1	2	2
56	3	2	3	3	3	3	2	1	3	3
57	2	1	2	2	3	4	2	1	2	2

58	2	2	2	2	3	3	2	1	1	2
59	2	1	2	2	3	3	2	2	1	1
60	2	1	1	4	3	4	2	1	3	2
61	2	1	1	4	3	1	2	1	3	2
62	2	2	2	1	3	3	2	1	2	2
63	2	2	1	4	3	4	2	2	2	2
64	2	2	2	1	3	1	2	1	2	2
65	2	2	1	4	3	5	2	1	2	2
66	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2
67	2	2	1	4	3	4	2	2	3	2
68	3	1	3	1	3	3	2	1	2	2
69	2	2	1	4	3	5	2	1	1	2
70	1	2	1	4	3	4	2	1	2	1
71	2	1	2	1	3	4	2	1	3	1
72	3	1	2	2	3	3	2	1	2	2
73	2	1	3	2	3	3	2	1	2	2
74	3	2	2	3	3	3	1	2	3	2
75	2	2	2	4	3	2	2	1	2	2
76	2	2	3	2	3	3	2	1	1	2
77	2	2	2	1	3	3	2	1	3	2

78	2	1	2	2	3	3	2	3	3	2
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Cuestionario de parto distócico

Nº	PREGUNTA 1
1	3
2	1
3	3
4	1
5	3
6	2
7	1
8	2
9	1
10	2
11	1
12	1
13	1
14	4
15	2
16	1

17	4
18	2
19	3
20	3
21	3
22	2
23	2
24	2
25	2
26	1
27	3
28	1
29	1
30	2
31	4
32	4
33	4
34	3
35	2
36	3

37	2
38	3
39	2
40	2
41	1
42	2
43	2
44	2
45	3
46	2
47	1
48	1
49	1
50	3
51	1
52	3
53	3
54	2
55	1
56	2

57	1
58	3
59	1
60	1
61	1
62	3
63	3
64	3
65	3
66	3
67	2
68	2
69	3
70	2
71	2
72	1
73	1
74	3
75	3
76	3

77	3
78	1

Anexo 5: Informe de turnitin al 28% de similitud

TESIS GRUPO 1

INFORME DE ORIGINALIDAD

10% INDICE DE SIMILITUD	10% FUENTES DE INTERNET	0% PUBLICACIONES	3% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	2%
3	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	bibliotecadigital.univalle.edu.co Fuente de Internet	1%
6	revistamedicasinergia.com Fuente de Internet	1%
7	dspace.utb.edu.ec Fuente de Internet	1%
8	www.scielo.org.mx Fuente de Internet	1%
9	dspace.unach.edu.ec Fuente de Internet	1%

10

repositorio.autonmadeica.edu.pe
Fuente de Internet

1%

11

ssl.adam.com
Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

Anexo 6: Evidencia fotográfica



