

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**CARRERA DE MEDICINA**



**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO**

**COMPLICACIONES DURANTE LA SEGUNDA Y TERCERA ETAPA DE  
LABOR DE PARTO EN PACIENTES OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL  
TEÓFILO DÁVILA, PERIODO 2017-2018.**

**AUTOR**

**MONICA CAROLINA QUEZADA PARDO**

**DIRECTOR**

**DR. FREDDY CÁRDENAS HEREDIA**

**ASESOR**

**DR. CARLOS ARÉVALO PELÁEZ**

**CUENCA – ECUADOR**

**2019**



## **DEDICATORIA**

Dedico este esfuerzo tan anhelado a Dios por cuidarme y guiarme en todo este tiempo lejos de casa, a mis padres como base fundamental para mi desarrollo personal y profesional, así como el apoyo incondicional de mis hermanas.

Mónica Carolina Quezada Pardo



## **AGRADECIMIENTO**

Agradecimiento leal y sincero a mis maestros que durante esta travesía han sabido guiarme y animarme a mejorar mis conocimientos y habilidades cimentados en el servicio al prójimo; de forma especial al Dr. Carlos Arévalo y al Dr. Freddy Cárdenas, mis tutores de tesis, quienes de forma desinteresada me han guiado para la culminación exitosa de esta investigación.

Mónica Carolina Quezada Pardo

## AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Mónica Carolina Quezada Pardo, portador de la cedula de identidad número 1105802076. En calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación de **“COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE LA SEGUNDA Y TERCERA ETAPA DE LABOR DE PARTO EN PACIENTES OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA , PERIODO 2017-2018”** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los conocimientos, creatividad e innovación reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Así mismo autorizo a la Universidad que se realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 16 de septiembre del 2019



---

Mónica Carolina Quezada Pardo

1105802076



## CLÀUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Mónica Carolina Quezada Pardo, autor del trabajo de titulación: **“COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE LA SEGUNDA Y TERCERA ETAPA DE LABOR DE PARTO EN PACIENTES OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA, PERIODO 2017-2018”**, certifico que todas las ideas, opciones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 16 de septiembre del 2019

---

Mónica Carolina Quezada Pardo

1105802076

## CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, Mónica Carolina Quezada Pardo, con cedula de identidad número 1105802076 autor del trabajo de investigación previo a la obtención de título de Médico, con el tema: **“COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE LA SEGUNDA Y TERCERA ETAPA DE LABOR DE PARTO EN PACIENTES OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA, PERIODO 2017-2018”**, mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizara estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelara a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos, los datos que se recolectaran permitirá conocer las complicaciones maternas durante la segunda y tercera etapa de labor de parto en pacientes obstétricas de Hospital Teófilo Dávila , las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 16 de septiembre del 2019



---

Mónica Carolina Quezada Pardo

1105802076

## ÍNDICE

### Contenido

<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>2</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>3</b>
<b>AUTORIZACIÒN PARA PUBLICACIÒN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL .....</b>	<b>¡Error!</b>
Marcador no definido.	
<b>CLÀUSULA DE PROPIEDAD INTELCTUAL.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>CARTA DE COMPROMISO ÈTICO .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>ÍNDICE.....</b>	<b>7</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>11</b>
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	12
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	14
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>16</b>
<b>2 FUNDAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>38</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>38</b>
<b>3.1 OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>38</b>
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>38</b>
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>39</b>
<b>3 DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>39</b>
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	39
4.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN .....	39



4.3	POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA.....	43
4.3.1	Población.....	43
4.3.2	Muestra.....	43
	<b>Asignación.....</b>	<b>44</b>
4.4	<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....</b>	<b>44</b>
4.4.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	44
4.4.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	44
4.5	<b>MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>44</b>
4.6	<b>MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>45</b>
4.7	<b>PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS.....</b>	<b>46</b>
	<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>47</b>
5	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
	<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>57</b>
6	<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>57</b>
	<b>CAPITULO VII.....</b>	<b>62</b>
7	<b>CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>62</b>
7.1	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>62</b>
7.2	<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>64</b>
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
7.2.5	BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....	70
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>71</b>
	<b>Anexo 1 Formulario de recolección de los datos.....</b>	<b>71</b>
	<b>Anexo 2: Oficio de Bioética.....</b>	<b>73</b>
	<b>Anexo 3: Oficio de coordinación de investigación.....</b>	<b>74</b>
	<b>Anexo 4: Oficio de aceptación de docencia hospitalaria.....</b>	<b>75</b>
	<b>Anexo 5: Consentimiento del Ministerio de Salud Pública.....</b>	<b>77</b>
	<b>Anexo 6: Encuesta llena.....</b>	<b>81</b>
	<b>Anexo 7: Informe antiplagio.....</b>	<b>83</b>
	<b>Anexo 8: Autorización de pares revisores.....</b>	<b>84</b>
	<b>Anexo 10: Rubrica de dirección de carrera.....</b>	<b>86</b>
	<b>RESUMEN</b>	

**Antecedentes:** Las complicaciones en la segunda y tercera etapa de la labor de parto incrementan la morbimortalidad materno-infantil. La implementación de acciones y procedimientos adecuados disminuyen o evitan complicaciones como: la hemorragia materna una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial.

**Objetivo general:** Determinar las complicaciones durante la segunda y tercera etapa de labor de parto en pacientes obstétricas del Hospital Teófilo Dávila, durante el 2017-2018.

**Metodología:** Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo empleando un diseño observacional, descriptivo de corte transversal, con una muestra de 239 maternas. Los datos se tomaron de las historias clínicas de las pacientes y fueron transcritos a una base digital para su tabulación y análisis en el programa estadístico SPSS. El análisis fue de tipo descriptivo e inferencial. El estudio siguió las normas de ética para realizar investigaciones con seres humanos según las normas de Helsinki II y las del Ministerio de Salud Pública.

**Resultados:** El 35.6% de pacientes obstétricas presentaron una edad promedio entre 19-24 años. El 87.9% de partos fueron eutócicos, 96.2% fueron partos espontáneos, se utilizó misoprostol en el 7.1%, y oxitocina en el 7.5%. Terminaron en cesárea un 11.3% de los partos. Las principales complicaciones del parto fueron: hemorragia intraparto 6.3%, desgarros 24.7%, desprendimiento placentario 0.4%, rotura uterina 0.4%, retención placentaria 1.3%, y retención de restos placentarios 7.9%. Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la duración de la segunda y tercera etapa del parto con las complicaciones, las condiciones del producto y el tipo de parto.

**Conclusiones:** la duración de la segunda y tercera etapa de la labor de parto está asociado con la presencia de complicaciones tanto maternas como fetales.

**Palabras clave:** complicaciones obstétricas, etapas del parto, gestantes de riesgo.

## ABSTRACT

**Background:** Complications during the second and third stage of labor increase maternal and child morbidity and mortality. Implementing appropriate actions and procedures reduces or prevents complications such as: maternal hemorrhage, one of the main causes of maternal mortality globally.

**Objective:** To determine complications during the second and third stage of labor in obstetric patients of the Teófilo Dávila Hospital, during 2017- 2018.

**Methodology:** A quantitative approach study was carried out using an observational, descriptive cross-sectional design, with a sample of 239 maternal. Data was gathered from the patients medical records and were transferred to a digital source for its tabulation and analysis with the SPSS statistical software. The analysis was descriptive and inferential, also following ethical standards for human research according to the rules of Helsinki II and the Ministry of Public Health.

**Results:** 35.6% of obstetric patients has an average age between 19 to 24 years. 87.9% of deliveries were eutocic, 96.2% were spontaneous births, misoprostol was used in 7.1%, and oxytocin in 7.5%. 11.3% of deliveries ended in caesarean. The main complications of childbirth were: 6.3% intrapartum hemorrhage, 24.7% lacerations, 0.4% placental abruption, 0.4% uterine rupture, 1.3% placental retention and 7.9% placental residues retention. Identifying a significant statistically association between the length of the second and third stage of labor with complications, product conditions and type of delivery.

**Conclusions:** The length of the second and third stage of labor is associated with the presence of both maternal and fetal complications.

**Wordkeys:** obstetric complications, labor stages, pregnant women at risk.

## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

El parto al ser un proceso fisiológico existe cierta desproporción entre los diámetros de la cabeza del feto y la pelvis materna; y aunque sea beneficioso que la cavidad pélvica fuera estrecha ya que es la mujer el único mamífero que posee una postura bípeda, los órganos internos de la cavidad abdominal se encuentran alineados verticalmente con el orificio rectal y urogenital; siendo los músculos aquellos que soportan los órganos internos y, por ende, al neonato. (1) Nuevos estudios sugieren que el cerebro grande se produce por selección natural para proteger y cuidar a los niños pretérmino, además ocasionar distocia al momento de la expulsión del mismo.(2)

Latinoamérica es líder mundial en cesáreas por distocia del parto, casi cuatro de cada diez partos se realizan por cesárea (38,9%), muy por encima de lo recomendado desde hace 40 años por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Colombia presenta una tasa del 43% en esta práctica. "No tenemos evidencia que soporte hacer este número enorme de cesáreas", explicó Bremen de Mucio, médico asesor para América Latina en Salud Sexual y Reproductiva de la OMS. (3)

En México se estudió los partos distócicos y su frecuencia es de 35.1% el mismo que se realizó por Crespo-Ruiz y colaboradores, se relacionó con varios factores como mal control prenatal, bajo peso fetal al nacer, baja estatura materna, cesárea previa, gran multiparidad, nuliparidad, embarazos postérmino, trabajo de parto prolongado y excesiva ganancia de peso durante el embarazo.(4)

En Cuenca se realizó un estudio indicando que la prevalencia del parto distócico es de 21.0% por los autores Jaramillo David y Jaramillo Dickson, investigación de pregrado. (4) Con estos datos podemos conocer que las cifras

aún son significativas y que aún no se ha realizado un enfoque de complicaciones del parto distócico, el adquirir conocimientos de este problema nos permitirá reducir las cifras de complicaciones y mejorar la calidad de atención a las maternas

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS cada día mueren aproximadamente 830 mujeres, principalmente adolescentes y en países en vías de desarrollo alrededor del 99%, por causas que pueden ser prevenibles ya sea durante la gestación o en labor de parto. Según los objetivos del desarrollo sostenible desde 2016-2030 se pretende reducir la tasa de mortalidad a 70 de 100.000 nacidos vivos.(5) Un análisis de 23 estudios de muerte materna en el 2014, registra las siguientes causas: hemorragia 27.1%, trastornos hipertensivos 14.0%, sepsis 10 .7%, aborto 7.9%, embolia 3.2%, y causas directas de muerte 9.6%.(6)

Durante la fase expulsiva los riesgos obstétricos mediante un estudio realizado en Cuenca- Ecuador fueron estrechez pélvica 80.6% y presentación podálica 17.8% los de mayor incidencia en un estudio descriptivo del 2017. (5)

Durante el alumbramiento de acuerdo con un estudio descriptivo de la ciudad de Cuenca en 2014 se obtuvo como resultados la siguiente cifra con un 58.1% hipotonía uterina, anemia 23.6%, atonía uterina 8.2%, alumbramiento incompleto 3,3%, mortalidad materna 0.5%, demostrando la prevalencia y así poder tomar medidas tanto farmacológicas como quirúrgicas para evitar los riesgos de la salud materna. (8)

La principales complicaciones materno-perinatales del embarazo en primigestas adolescentes durante la labor de parto son rotura prematura de membranas, distocia ósea, distocia funicular, senescencia placentaria, trabajo

de parto y expulsivo prolongados, infección puerperal y retención de restos placentarios. Otro problema frecuente observado en estas pacientes fue la alta tasa de cesáreas. (7)

En los partos distócicos es frecuente observar complicaciones como hemorragia posparto, rotura uterina y desgarros de tercer y cuarto grado. Entre las complicaciones fetales es frecuente observar lesión del plexo braquial, fractura de la clavícula o fémur, hipoxia y óbitos. (8) Un factor importante que incrementa el riesgo de complicaciones son los partos inducidos, generalmente en algunos casos terminan en cesáreas de emergencia. (9)

En el año 2011 Ecuador, registró una tasa de mortalidad materna de 70.4 por cada 100.000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad infantil de 10.1 por cada 1.000 nacidos vivos. Como respuesta a esta situación, el Gobierno Nacional se ha planteado la meta de reducir a 50 la tasa de mortalidad materna y a 6 la tasa mortalidad infantil.(10)

En la provincia de Azuay la mortalidad neonatal es del 8.71% y mortalidad materna del 44.85 % siendo terceros a nivel nacional seguido de las provincias de Cotopaxi y Bolívar. Teniendo en cuenta los diferentes porcentajes entre la edad de las pacientes y si son de zona urbana rural.(11)

Ante estos antecedentes, se puede observar que nos encontramos frente a un problema de salud, y es importante conocer cómo se encuentra dicho problema en nuestro medio. Las distocias se presentan en la mayoría de los partes, por lo que debemos conocer cuáles son las complicaciones más comunes en la tercera y cuarta etapa del parto y evitar futuros daños neurológico, sufrimiento fetal y de crecimiento al niño, desgarros maternos y la complicación más dolorosa que es la muerte materna y fetal. (12)

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las complicaciones durante la segunda y tercera etapa de labor de parto en pacientes obstétricas del Hospital Teófilo Dávila de Machala, periodo 2017-2018?

### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

La OMS con sus propuestas del milenio, específicamente con su objetivo 4, que trata sobre el reducir la mortalidad infantil y con su objetivo 5 que expone mejorar la salud materna, han logrado disminuir las muertes en un 40% hasta el 2015 a nivel mundial, en los nuevos objetivos se busca reducir la morbi-mortalidad materna a 90 de cada 1000 pacientes (13), y de reducir la mortalidad neonatal en un 65% a nivel de Latinoamérica y Caribe en menores de 5 años, según el informe del 2015 la mayoría de las muertes son al momento del nacimiento, a nivel mundial aproximadamente 1 millón respirarán por primera y última vez el día de su nacimiento, 2 millones morirán en la primera semana y alrededor de 2,8 millones morirán durante sus primeros 28 días de vida que se le atribuye al periodo neonatal. (14)

En Ecuador a pesar de que el Ministerio de Salud ha implementado una guía práctica de atención del trabajo de parto, parto y postparto inmediato en el año 2015, y mejorado la calidad de seguimiento de las gestantes tanto en zonas de difícil acceso, zonas rurales como en urbanas, aún hay discrepancias en la estadística del parto distócico y de las complicaciones que conlleva el mismo. (15)

Las primigestas, desconocen cómo será el parto y sus complicaciones si no acuden a tiempo a la sala de emergencia de ginecología, o si desconocen la

cita planificada en la que sus niños deben nacer, son muchos de los factores que se incluyen en ellas por ello es necesario conocer y estar listos para cualquier situación anómala en el proceso. (16)

De esta forma se podrá reducir estos porcentajes alarmantes en nuestro medio, evitando que los neonatos se queden sin madre y viceversa, reducir las complicaciones que conlleva un parto distócico y mejorar la calidad de vida de ambas personas, en el niño un buen manejo inicial reducirá las enfermedades en menores de 5 años.

La presente investigación explora el tipo de complicaciones en la segunda y tercera etapa de labor de parto, identificando las causas que lo ocasionan. Además, de las recomendaciones o protocolos de atención a las pacientes maternas para definir los procedimientos en los casos que existe algún prolongamiento del tiempo en alguna de las etapas de la labor de parto, y así permitir desarrollar y planificar un parto de calidad. Lo importante siempre ante cualquier problema médico es mejorar la calidad de vida y en la misma será de dos vidas, tanto materna como fetal.

## CAPÍTULO II

### 2 FUNDAMENTO TEÓRICO

#### Epidemiología

El parto vaginal está asociado con lesiones del piso pélvico. (17) La causa más importante de infección posparto es la cesárea, con 20-25% de las operaciones seguidas de infecciones de heridas, endometritis o infecciones del tracto urinario. Alrededor del 13% de las mujeres en el Reino Unido se someten a parto vaginal con fórceps o vacío, que también se asocia con un mayor riesgo de infección, estimado entre el 0,7% y el 16% de partos. (18) Las complicaciones en la segunda y tercera etapa del parto también son más frecuentes en mujeres obesas. (19)

En mujeres adolescentes de acuerdo con el estudio de Sandoval y cols., hay una mayor frecuencia de infecciones de vías urinarias, anemia, preeclampsia, ruptura prematura de membranas distocia ósea entre otras complicaciones. Otro problema frecuente es la alta frecuencia de cesáreas y la obtención de productos pequeños para la edad gestacional y prematuros. (7)

No existe el trabajo de parto y el parto de rutina hasta después del hecho, cuando nace un bebé vivo y saludable. Incluso en embarazos sin complicaciones, pueden surgir situaciones durante el parto que convierte un parto o parto sin complicaciones en una emergencia obstétrica con mayor morbimortalidad para la madre y el bebé. (8)

Según los resultados de un estudio realizado en Bangladesh por Fronczak y cols., el 36% de mujeres presentaron alguna complicación seria durante el parto y un 75% reporto alguna morbilidad posparto. (20)

Los resultados de un programa de intervención para reducir el trauma perineal severo durante el segundo estadio de la labor de parto realizado por

Sveinsdottir y cols., confirma una reducción del 3.7% después de implementar la intervención. Los desgarros de tercer grado disminuyeron en un 40% y los de cuarto grado en un 56%. (21)

Especialmente las complicaciones en la segunda y tercera etapa del parto son más frecuentes en las madres adolescentes. (22)

Existen también varias anomalías del cordón umbilical que deben explorarse. La exploración completa comprende el estudio de su inserción, espiralización y longitud. Pueden detectarse diversas anomalías: lesiones quísticas o pseudoquísticas, lesiones vasculares (aneurismas, hemangioma) o tumores orgánicos raros como los teratomas. (23)

Los fórceps son un instrumento de uso común para ayudar al parto vaginal. Las indicaciones aceptadas incluyen parto prolongado, sospecha de sufrimiento fetal y afecciones médicas maternas que se benefician de una acortada segunda etapa del parto. Con el uso de fórceps existe una mayor incidencia de traumatismo materno del suelo pélvico. (24)

En mujeres de edad avanzada mayores de 35 años la prevalencia de cesáreas es de 49.8%, aunque Ospina y cols., no reportan un riesgo incrementado de complicaciones obstétricas en comparación con otros grupos de edad, aunque si hubo asociación con una mayor probabilidad de prematuridad, sobrepeso, óbito fetal previo y operación cesárea. (25)

La tasa de mortalidad por hemorragia posparto oscila entre 30-50%. Entre los factores de riesgo más importantes están: edad materna avanzada y enfermedades crónicas, siendo la causa más común la atonía uterina. (26)

La episiotomía es un factor de riesgo modificable que puede contribuir a reducir el riesgo de desgarros en mujeres nulíparas con parto vaginal. Esta

intervención debe incluirse en la gestión global de la segunda etapa del parto. (27)

Berens y cols., concluyen que una duración óptima de la segunda etapa del parto de aproximadamente 2 h maximiza la probabilidad de parto espontáneo y minimiza el riesgo de complicaciones. El momento de la intervención puede individualizarse aún más para los pacientes según las características maternas y las condiciones intraparto. (28)

Los partos prematuros se asocian con un mayor riesgo de complicaciones maternas y neonatales. Las tasas de morbilidad y mortalidad han aumentado en los recién nacidos durante el período de término temprano en comparación con los entregados a las 39 a 40 semanas de gestación. La mejora de los resultados maternos y neonatales es una alta prioridad para muchas organizaciones de atención médica, incluidas las aseguradoras, seguros del estado, programas y sociedades profesionales. (29)

Según el estudio de Karkee y cols., de 658 mujeres, 12 (1,8%) tuvieron muertes fetales. Las cesáreas representaron el 13,3% del total de partos. La edad, la residencia urbana, la educación universitaria y, en particular, la presencia de síntomas intraparto aumentó significativamente la probabilidad de un parto por cesárea. Los síntomas preparto, intraparto y postparto se reportaron en 21.1%, 24.4% y 10.2% de mujeres, respectivamente. Las señales de peligro comunes incluyeron el trabajo de parto prolongado, dolor abdominal intenso, hinchazón de manos y cuerpo, y sangrado abundante. (30)

Los embarazos múltiples a menudo se complican con el parto prematuro espontáneo, lo que pone a los neonatos en riesgo de morbilidad y mortalidad graves. La mayoría de los partos prematuros se deben a trabajo de parto prematuro idiopático y ruptura prematura de membranas. (31)

Una de las complicaciones menos comunes, pero más temidas del trabajo de parto y el parto es la distocia de hombros. (8)

Existe evidencia convincente de que entre los embarazos de alto riesgo y en entornos donde las tasas de cesáreas son altas (> 20%), la inducción del parto entre las 37 y 40 semanas no produce, como se pensó anteriormente, un mayor riesgo de parto por cesárea. La única ventaja del parto por cesárea planificado sobre la inducción del parto es evitar la morbilidad asociada con el parto por cesárea de emergencia; Existe controversia sobre los otros beneficios reportados. Existe un número creciente de ensayos controlados aleatorios bien realizados que brindan apoyo para la inducción del trabajo de parto poco antes del término para una variedad de indicaciones (trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, sospecha de restricción del crecimiento, macrosomía y edad materna avanzada). (9)

La elevada prevalencia de alteraciones indica la necesidad de monitorización y prevención de los agravios en la gestación, principalmente para gestantes con características sociodemográficas desfavorables. (32)

El proceso de trabajo de parto y parto sigue siendo una causa innecesaria y prevenible de muerte para mujeres y bebés en todo el mundo. Aunque las tasas de muerte materna y perinatal están disminuyendo, existen grandes disparidades entre los países ricos y pobres. En muchas áreas, los servicios de maternidad siguen siendo escasos y no están equipados, con personal insuficiente y poco capacitado. Las prioridades para reducir la carga de mortalidad son la provisión de cesáreas seguras, prevención de sepsis y atención adecuada de las mujeres en el parto de acuerdo con las mejores prácticas actuales, entregadas de manera adecuada y asequible. (33)

## **Labor de parto**

Con el inicio de las contracciones regulares, el feto desciende en la pelvis a medida que el cuello uterino se borra y se dilata, con cada valoración vaginal para juzgar el progreso de la labor, el médico debe evaluar no solo el borramiento y dilatación cervical, sino también el descenso y posición fetales. (34)

Esta evaluación depende de la palpación digital especializada del cérvix materno y de la presentación. A medida que el cuello uterino se dilata en el parto, se adelgaza y se acorta, o se vuelve más borrado, con el tiempo. Cervical borramiento se refiere a la longitud del cuello uterino restante y se puede reportar en longitud o en porcentaje. Si el porcentaje es utilizado, 0% de borrado a término se refiere a menos 2 cm de largo o un cuello uterino muy grueso, y un 100% de borramiento se refiere a que queda ninguna longitud o un cuello uterino muy delgado. (35)

La inducción electiva del trabajo se refiere a la iniciación de la conveniencia del parto en una persona con un embarazo a término que está libre de indicaciones médicas u obstétricas. (36)

No existe un estándar universal para lo que constituye un fallo de la inducción. La ruptura de la membrana y la administración de oxitocina deben ser, en la mayoría de los casos, un requisito previo antes del diagnóstico de una inducción fallida del parto. Además, los expertos han propuesto esperar al menos 24 horas en el establecimiento de la oxitocina y de las membranas rotas antes de diagnosticar la inducción fallida del parto. (35)

## Etapas del parto

El parto se produce en tres etapas: la primera etapa es desde el inicio de la dilatación hasta la dilatación completa del cuello uterino; la segunda etapa es desde la plena dilatación cervical hasta el parto del bebé; y la tercera etapa comienza con la entrega del bebé y termina con la entrega de la placenta. La primera etapa del parto está dividida en dos fases: la primera es la fase latente, y la segunda es la fase activa. (34)

La fase activa del parto se define como el período en el cual la mayor tasa de dilatación cervical se produce. Análisis recientes del trabajo contemporáneo a partir de varios estudios desafían nuestra comprensión de la dilatación cervical en que el trabajo de parto activo se produce y sugiere que la transición de la fase latente a la fase activa del parto es una forma más de proceso gradual. (35)

El progreso de la labor de parto en mujeres nulíparas que finalmente tuvieron el parto vaginal es, de hecho, más lento de lo que se informó anteriormente, hasta 6 cm de dilatación cervical. Sería más apropiado utilizar un umbral de 6 cm de dilatación cervical para definir el inicio del parto con la fase activa ya que la tasa de dilatación cervical para nulíparas al percentil 95 de lo normal puede ser superior a 1 cm / h. (35)

Los factores significativamente asociados con una segunda etapa prolongada incluyen trabajo de parto inducido, corioamnionitis, edad materna mayor, posición posterior del occipital, descenso retardado, raza no negra, analgesia epidural y paridad de cinco o más. El uso de analgesia epidural aumenta significativamente la duración media de la segunda etapa. (35)

En una serie de casos de casi 13,000 partos vaginales con más de 20 semanas de gestación, la duración media de la tercera etapa fue de 6 minutos

y superó los 30 minutos en solo el 3% de las mujeres. Sin embargo, se asociaron las terceras etapas, que duraron más de 30 minutos, con una morbilidad materna significativa que incluyó un mayor riesgo de pérdida de sangre mayor de 500 ml, una disminución en el hematocrito posparto en más del 10% o más, necesidad de dilatación y legrado, y un riesgo seis veces mayor de hemorragia posparto. Estos datos sugieren que, si no se produce una separación espontánea, la extracción manual y / o la extracción de la placenta se debe considerar después de 30 minutos para reducir el riesgo de hemorragia materna. (35)

La distocia se refiere a la falta de progreso del trabajo de parto por cualquier razón y es la indicación más común para cesáreas en nulíparas y la segunda indicación más frecuente de indicación de cesárea en mujeres multíparas. (35)

### **La segunda etapa de la labor de parto**

El progreso anormal en el descenso fetal es la distocia de la segunda etapa. En relación con este período de tiempo no existe un punto de corte exacto para decidir realizar una cesárea. Sin embargo, se ha encontrado una correlación directa entre la duración de la segunda etapa y los resultados maternos adversos (hemorragia, infección, laceraciones perineales) y la probabilidad de un parto vaginal exitoso. (35)

Se asociaron duraciones de segunda etapa superiores a 3 horas con mayor morbilidad materna y neonatal. Los beneficios del parto vaginal con prolongación de la segunda etapa deben sopesarse frente a posibles aumentos pequeños pero significativos en el riesgo neonatal. Aunque menos frecuentes, también se informaron resultados neonatales adversos para mujeres multíparas con una duración prolongada de la segunda etapa. (35)

Se debe permitir al menos una duración de la segunda etapa de 3 a 4 horas para mujeres nulíparas y al menos una duración de la segunda etapa de 2 a 3 horas para multíparas, si las condiciones maternas y fetales lo permiten. (34)

### **Parto vaginal espontáneo**

Cuando las coronas de la cabeza fetal y el parto son inminentes, se debe utilizar una presión suave para mantener la flexión de la cabeza fetal y controlar el parto, protegiendo potencialmente la lesión perineal. Una vez que se entrega la cabeza fetal, se permite la rotación externa (restitución). Si una distocia de hombros es anticipada, es apropiado proceder directamente con suavidad, tracción descendente de la cabeza fetal antes de que se produzca la restitución. Durante la restitución, se deben identificar y reducir los nudos de los cordones umbilicales; en casos raros en los que la reducción simple no es posible, el cordón puede ser doblemente sujeto y cortado. El hombro anterior debe ser entregado mediante una suave tracción hacia abajo en concordancia con los esfuerzos de expulsión materna; el hombro posterior es entregado por tracción hacia arriba. Estos movimientos deben ser realizados con la mínima fuerza posible para evitar lesiones perineales y lesiones por tracción en el plexo braquial. No hay evidencia de que la succión DeLee reduzca el riesgo del síndrome de aspiración de meconio en presencia de esta enfermedad; por lo tanto, esto no debe realizarse. (35)

### **Expulsión de la placenta y restos fetales**

La separación de la placenta se anuncia mediante el alargamiento del cordón umbilical y un chorro de sangre de la vagina, lo que significa una separación de la placenta de la pared uterina. La implementación de estrategias de gestión activa en la tercera etapa del parto puede disminuir significativamente el riesgo de hemorragia posparto. La exploración manual de rutina del útero después del parto es innecesaria a menos que haya sospecha de retención de los productos de la concepción o una hemorragia posparto. (35)

El parto se define como el proceso por el cual el feto es expulsado del útero. Más específicamente, el parto requiere contracciones regulares y efectivas que conducen a la dilatación y el borramiento del cuello uterino. (35)

El trabajo de parto es un diagnóstico clínico definido como contracciones uterinas que resultan en un deterioro y dilatación cervicales progresivos. Las causas más comunes de la prolongación o los trastornos de detención son la actividad uterina inadecuada y la posición anormal de la parte de presentación fetal. Bajo nuevas pautas, ni una fase activa prolongada ni la detención de la dilatación debe diagnosticarse en una nulípara antes de la dilatación cervical de 6 cm. Antes de realizar un diagnóstico de detención de la fase activa, se debe haber producido la rotura de las membranas y el cuello uterino dilatado al menos 6 cm, con 4 horas o más de tiempo adecuado contracciones (por ejemplo, más de 200 unidades de Montevideo) o 6 horas o más de contracciones inadecuadas y sin cambio cervical. La inducción del parto se debe realizar cuando los beneficios del parto para la madre o el feto superen los riesgos de continuación del embarazo. Los estudios han demostrado que la inducción rutinaria del parto a las 41 semanas de gestación no se asocia con un mayor riesgo de parto por cesárea, independientemente de la paridad, el estado del cuello uterino o el método de inducción. Si la inducción electiva se realiza por razones no médicas, las mujeres deben tener embarazos de 39 semanas de gestación o más. Inducción del parto con oxitocina intravenosa, compuestos de prostaglandina intravaginal y manejo expectante (con límites de tiempo definidos) son todas opciones razonables para las mujeres y sus bebés frente a la ruptura prematura de las membranas a término porque dan como resultado tasas similares de infección neonatal y parto por cesárea. (35)

### **Trastornos de la fase activa**

Basado en el trabajo de Friedman, la fase activa comienza una vez la dilatación cervical progresa a una velocidad mínima de 1,2 cm / h para mujeres nulíparas

y 1.5 cm / h para mujeres multíparas. El umbral para la fase activa del parto es ahora una dilatación cervical de 6 cm. El diagnóstico de detención (es decir, sin cambio cervical) en la primera etapa del parto debe reservarse para las mujeres a partir de los 6 cm de dilatación cervical con rotura de membrana y uno de los siguientes criterios: 4 horas o más de contracciones adecuadas (por ejemplo, más de 200 unidades de Montevideo) o 6 horas o más de contracciones inadecuadas. La causa más común de un trastorno de prolongación es la actividad uterina inadecuada. Un catéter de presión intrauterino se usa frecuentemente cuando se sospecha una actividad uterina inadecuada debido a una prolongación o detención del trastorno. También se puede usar para valorar el aumento del trabajo de parto con el efecto deseado, particularmente cuando un monitor externo no puede efectivamente. (35)

### **Trastornos de la segunda etapa**

La evidencia muestra que las morbilidades maternas, que incluyen traumatismo perineal, corioamnionitis, parto instrumental y hemorragia posparto, aumentan con las segundas etapas que duran más de 2 horas. Sin embargo, no se ha identificado una duración máxima absoluta específica del tiempo gastado en la segunda etapa del parto, más allá del cual todas las mujeres deben someterse a una operación. (35) (37)

### **Trastornos de la tercera etapa**

El intervalo entre el parto del lactante y el parto de la placenta y las membranas fetales suele ser inferior a 10 minutos y se completa en 15 minutos en el 95% de los partos. Debido a la mayor incidencia asociada de hemorragia posterior a los 30 minutos, la mayoría de los profesionales diagnostican la retención de la placenta después de transcurrido este intervalo de tiempo. Comparado con la gestión expectante de la tercera etapa de la gestión activa se ha asociado con un riesgo reducido de la hemorragia posparto. (35)

La hemorragia posparto es definida por la Organización Mundial de la Salud como una pérdida sanguínea igual o mayor a 500ml dentro de las 24 horas después del parto, mientras que una hemorragia severa es la pérdida de 1000 ml dentro de las primeras 24 horas. (38) La hemorragia posparto puede deberse a cuatro causas: atonía uterina responsable del 70% de hemorragias, trauma genital (laceraciones vaginales o cervicales, ruptura uterina), retención de tejidos placentarios y los trastornos hemorrágicos maternos. Entre los principales factores de riesgo para estos problemas están la gran multiparidad, embarazos múltiples, la inducción y el aumento del trabajo de parto. La tasa estimada de mortalidad por esta causa es de 140000 mujeres por año o una muerte materna cada cuatro minutos. (39) en los países en vías de desarrollo las hemorragias posparto son responsables de 100000 fallecimientos por año. (40) (41)

## **COMPLICACIONES OBSTETRICAS MATERNAS DURANTE LA SEGUNDA Y TERCERA ETAPA DE LABOR DE PARTO**

### **Preeclampsia, eclampsia**

Alteración hipertensiva en el embarazo que puede o no afectar a un órgano blanco. (42) Tiene un alto porcentaje a nivel mundial del 10 al 15% que incrementa la morbi-mortalidad materno-fetal, produce eventos como desprendimiento de placenta, lesión renal aguda, insuficiencia hepática, edema pulmonar, coagulación intravascular diseminada y su progresión a la eclampsia. (42)

### **DURANTE LA SEGUNDA ETAPA**

Complicaciones en la segunda etapa el feto puede sufrir acidemia, distocia de hombros, fracturas de hueso, hipoxia cerebral, parálisis nerviosa y hematomas de cuero cabelludo.

**Desgarros vulvo-perineales:** la lesión a nivel de la musculatura perineal y vulva es ocasionado principalmente por un trauma obstétrico y producen molestias como incontinencia fecal, defecto del esfínter con baja presión del canal anal. A menudo se suturan de acuerdo a la anatomía y se completa la cicatrización sin tener que recurrir a una intervención quirúrgica. Uno de los factores de riesgo es la primiparidad con un porcentaje de 73% de primer y segundo nivel y de 1-19% de tercer y cuarto nivel, estudio realizado en Monterrey, México. (43)

Al momento de la segunda etapa pueden ocasionarse lesiones que afecten limitadamente a la mucosa perineal, tegumento, tejido celular subcutáneo o extenderse hasta el esfínter anal. (44) Se clasifica según el grado de afectación muscular y su extensión en tres grados y algunos autores incluyen de cuarto grado:

- **Desgarro perineal de primer grado:** afecta piel, tejido celular subcutáneo y músculos bulbocavernoso y transversos superficiales y profundo.
- **Desgarro perineal de segundo grado:** afecta el músculo elevador del ano.
- **Desgarro perineal de tercer grado:** lesiona el mecanismo esfinteriano anal.
- **Desgarro perineal de cuarto grado:** lesionan el esfínter interno y la mucosa rectal.(44)

**Expulsivo prolongado:** en pacientes nulíparas el tiempo de la segunda etapa es de menos de tres horas y menos de dos horas en multíparas, en aquellas mujeres que se les administra analgesia neuroaxial dura menos de 4 horas en nulíparas y menos de 3 horas en multíparas, si excede estos tiempos se considera prolongación de la segunda etapa. Existen muchos factores que lo producen como el tamaño fetal y la posición, o factores maternos como la

forma de la pelvis, la magnitud de las contracciones, comorbilidades como la hipertensión o diabetes, la edad, la historia de los partos anteriores. (45)

La gran mayoría de las asfixias fetales son a nivel intrauterino, antes de la labor de parto en un 20%, durante el parto y en el transcurso de la segunda etapa un 70%, durante el periodo neonatal en un 10%. (45)

### **Rotura uterina**

Se refiere a la discontinuidad de las capas que componen al útero, altamente mortal tanto para la madre como para el feto. (46) en una revisión sistemática se determinó que la ruptura uterina se relacionó con dilatación fase inactiva al ingreso, cuando la dilatación es lenta en la primera etapa de labor de parto y larga en la segunda, la realización de cesárea cuando supera la línea de acción del partograma o cuando supera las 2 horas en la segunda etapa de labor de parto puede evitar hasta un 56% la ruptura uterina.(47) El trabajo de parto en pacientes con cesárea previa debe ser evaluado constantemente para evitar una rotura uterina. (10)

### **Hemorragia uterina**

Se define como la pérdida hemática más de 500ml en parto vía vaginal y más de 1000ml en cesárea. (48) El uso correcto de la profilaxis en el posparto inmediato reduce significativamente la frecuencia de hemorragias posparto. Estudios revelan que la utilización de oxitocina intraparto con el objetivo de mejorar la contracción uterina aumenta el riesgo de hemorragia posparto 5 veces en mujeres que no reciben la correcta profilaxis posparto. (48)

### **Embolismo de líquido amniótico**

Se denomina al paso de líquido amniótico a la circulación materna provocando hipoxia por lesión pulmonar aguda, hipotensión o paro cardiaco y coagulopatía.

Esta patología ocurre durante o después del parto, laceración cervical, aborto, trauma, extracción manual de placenta y amniocentesis.(49)

## **DURANTE LA TERCERA ETAPA**

### **Hemorragia**

La Organización Mundial de la Salud define la hemorragia posparto como una pérdida sanguínea igual o mayor a 500 ml dentro de las 24 horas después del parto, mientras que una hemorragia severa es la pérdida de 1000 ml dentro de las primeras 24 horas. (38) La hemorragia posparto puede deberse a cuatro causas: atonía uterina responsable del 70% de hemorragias, trauma genital, retención de tejidos placentarios y los trastornos hemorrágicos maternos. Entre los principales factores de riesgo para estos problemas están la gran multiparidad, embarazos múltiples, la inducción y el aumento del trabajo de parto. La tasa estimada de mortalidad por esta causa es de 140000 mujeres por año o una muerte materna cada cuatro minutos. (39) En los países en vías de desarrollo las hemorragias posparto son responsables de 100000 fallecimientos por año. (40) (41)

La Hemorragia postparto secundaria (incidencia de 0,2 a 2% en los países de altos ingresos) se define como hemorragia entre 24 horas y 12 semanas después del nacimiento y que requieren acción terapéutica. (38) La intensidad de la hemorragia varía; puede continuar desde el período posparto hasta el puerperio tardío o puede ser repentino después de un período aparentemente normal. En el examen vaginal, el ostium cervical está abierto, mientras que normalmente se "cierra" al final de la primera semana después del parto. (36)

El sangrado anormal al final del puerperio es frecuentemente provocado por fragmentos placentarios retenidos. La ecografía es solo una herramienta eficaz en el diagnóstico si los hallazgos ecográficos son normales.

Un resultado ecográfico cuestionable no distingue adecuadamente entre fragmentos de placenta y coágulos de sangre. (38) Una suposición de fragmentos placentarios retenidos requiere una exploración manual de la cavidad uterina. Si no tiene éxito, se prefiere la exploración histeroscópica de la cavidad uterina sobre el legrado, ya que el útero es blando y, por lo tanto, propenso a la perforación. (36)

Si no hay fragmentos de placenta retenidos, es más probable que la anomalía del útero sea causada por la subinvolución del útero, por ejemplo, causada por una infección. Otras causas más raras son los trastornos de la coagulación, el coriocarcinoma o el mioma nascens (mioma rotatorio de la cavidad intrauterina que conduce a una necrosis que sobresale en la vagina). (36)

La hemorragia obstétrica es una de las principales causas mundiales de morbilidad y mortalidad materna. El obstetra y otros proveedores de atención deben tener un conocimiento profundo de los cambios hemodinámicos del embarazo y las adaptaciones maternas que se producen con la pérdida excesiva de sangre, así como el algoritmo de manejo que se utiliza en casos de hemorragia obstétrica. (35)

### **Avulsión de cordón**

La tracción del cordón umbilical no reduce la hemorragia posparto, pero si reduce el riesgo de retención placentaria y por consiguiente tener que realizar una extracción manual de la misma. (50) Al momento que se produzca el desprendimiento del cordón umbilical esta susceptible a producir retención de placenta o restos placentarios, infección. Se debe realizar una correcta tracción con personal capacitado. (51)

### **Retención placentaria**

La incidencia es de 0.5 y el 3% de los partos vaginales de manera general, pero varía según la población. Se presenta con ausencia de signos del desprendimiento, su tratamiento extracción manual, legrado intrauterino o menos invasiva como la administración de prostaglandinas, oxitocina o expansor plasmático en la vena umbilical dentro de los 15-30 minutos.(52)

### **Retención de restos placentarios**

Es la permanencia de tejido placentario o membranas en la cavidad uterina luego del alumbramiento. Las dos causas más frecuentes de hemorragia posparto secundaria son la infección y la causada por retención de restos placentarios. (16)

### **Puerperio**

El período postnatal o puerperio generalmente se define como el tiempo desde el final de la tercera etapa del parto hasta 6 a 8 semanas después del parto. En este período se producen cambios fisiológicos, anatómicos y endocrinológicos en el cuerpo de la mujer. Los órganos reproductivos y otros sistemas en el cuerpo vuelven a su estado de no embarazo y se inicia la lactogénesis, la producción de leche. (36)

### **Las principales complicaciones en esta etapa son:**

#### **Infecciones**

El tracto genital en las primeras 6 semanas postparto. La incidencia de la infección puerperal depende del progreso del parto y del modo de parto. El trabajo de parto complicado por distocia, la ruptura prolongada de membranas y el parto quirúrgico es más propenso a la infección. Las condiciones en el

puerperio que son oportunas para la infección del tracto genital son: comensales naturales alterados que disminuyen la acidez de la vagina, laceraciones de la vagina y vulva, cérvix abierto y presencia de sangre y material necrótico en el sitio de implantación placentaria. (36)

El primer signo de una infección es la fiebre. La fiebre en el puerperio se define como una temperatura de 38.0 ° C (100.4 ° F) o más alta durante 2 días en los primeros 10 días después del parto que presenta la relación entre las diversas causas de fiebre en el puerperio y el momento habitual de aparición. En todo el mundo, la infección puerperal es la segunda causa de mortalidad materna. (36)

### **Infección perineal**

La infección de heridas perineales es una complicación rara que afecta a menos del 0,5% de las mujeres con episiotomía o desgarro perineal. Los bordes de la herida se vuelven rojos e inflamados. Las suturas entonces a menudo se desgarran a través del tejido inflamado y la materia séptica fluye hacia afuera. (36)

### **Infección mamaria (mastitis)**

La mastitis posparto afecta a menos del 2% de las mujeres lactantes. El organismo más común es el *S. aureus*, que se origina en los bebés lactantes de la garganta o la boca y penetra en el seno a través del pezón o a través de una fisura. El propio infante se infecta a través de las manos del personal del vivero colonizado. La prevención mediante una adecuada higiene es por lo tanto muy importante.

Otra medida preventiva es la correcta colocación del bebé, permitiéndole agarrar el pecho adecuadamente y vaciarlo o "ordeñar" Los síntomas como fiebre y dolor rara vez aparecen antes del final de la primera semana. El seno

afectado es localmente rojo, inflamado y firme. Si no se trata adecuadamente, la mastitis puede complicarse con un absceso. (36)

- **Hematoma vulvovaginal**

Una complicación rara en el puerperio es el hematoma vulvovaginal, puede desarrollarse después de un procedimiento vaginal u operatorio espontáneo. Es causado por un vaso sanguíneo lesionado, generalmente una rama de la arteria pudenda (hematoma vulvar) o la rama descendente de la arteria uterina (hematoma vaginal) los factores de riesgo son un desgarro perineal y una episiotomía. Sin embargo, un hematoma vulvovaginal también puede ocurrir sin laceración de la capa superficial o del perineo. (36)

- **Complicaciones tromboembólicas**

En el embarazo y el puerperio, el riesgo de eventos tromboembólicos venosos (TEV) es de cuatro a cinco veces mayor que en las mujeres no embarazadas de una edad similar, aunque el riesgo es absoluto sigue siendo bajo en alrededor de 1 de cada 1.000 embarazos. Sin embargo, a pesar de un mejor reconocimiento de las mujeres en riesgo de TEV y más el uso generalizado de la tromboprofilaxis, las complicaciones tromboembólicas siguen siendo una causa importante de muerte materna. El tromboembolismo venoso puede ocurrir en cualquier etapa del embarazo, pero el momento de mayor riesgo es el puerperio, principalmente en las primeras semanas. Con el paso de los años, la frecuencia de TEV en el puerperio ha disminuido debido a la movilización temprana, ya que el reposo prolongado en cama es uno de los factores de riesgo más importantes.

Otros factores predisponentes son la edad avanzada, mayor masa corporal

Índice, embarazo múltiple, diabetes gestacional, anemia, corioamnionitis, primiparidad, cesárea y enfermedades cardíacas / renales (36)

- **Trombosis venosa profunda**

La trombosis venosa profunda (TVP) usualmente ocurre al final de la primera semana o más tarde. Los síntomas de la TVP de la zona de la extremidad inferior varían. La mayoría de los pacientes experimentan síntomas como dolor y sensibilidad. La pierna está hinchada y la piel caliente y roja. En algunos casos la temperatura materna es ligeramente mayor. Si la TVP no se diagnostica y trata a tiempo, la pierna se volverá pálida y fría (flegmasia alba dolens). (36)

- **Embolia pulmonar**

En la mayoría de los casos, la embolia pulmonar está precedida por la TVP. El trombo de la extremidad inferior o la vena ilíaca llega a la arteria pulmonar a través del lado derecho del corazón. Según el tamaño y la ubicación del trombo, los síntomas pueden incluir malestar en el pecho, dificultad para respirar, hambre, taquipnea, taquicardia, hemoptisis o colapso. Una obstrucción de más del 50% conduce a una disminución del gasto cardíaco, mientras que una obstrucción del 80% o más es fatal. La embolia pulmonar también puede asociarse con pirexia de bajo grado y leucocitosis. Si la auscultación de los pulmones es anormal, los hallazgos más frecuentes son crepitantes y disminución de la respiración. Electrocardiograma (ECG) tiene valor limitado, pero puede ser útil para identificar otros diagnósticos externos, como la desviación del eje derecho o las inversiones de onda T. (36)

- **Desórdenes mentales**

El período posparto es un momento vulnerable para los pacientes debido a un desequilibrio emocional, falta de sueño y agotamiento físico. Una historia de trastornos mentales, embarazos o partos traumáticos, antecedentes de depresión posparto o psicosis y falta de apoyo social pueden contribuir a los trastornos mentales posparto. Los dos trastornos psiquiátricos más comunes después del nacimiento son la depresión y la psicosis posparto.  
(36)

La enfermedad psiquiátrica posparto no tratada tiene consecuencias graves a largo plazo tanto para la madre como para su bebé. Los pacientes corren el riesgo de hacerse daño a sí mismos o a sus bebés, lo que en casos muy extremos puede provocar el suicidio materno y el infanticidio. Por lo tanto, la detección de estos trastornos debe ser parte de Cuidados posparto estándar.  
(36)

### **Definiciones operacionales**

**Hemorragia prenatal severa:** descripción de sangrado brillante, activo en el último trimestre o al inicio del trabajo de parto. **Hemorragia posparto:** sangrado posparto inmediato moderado o grave. (Moderado: se describe el uso de cantidades excesivas de almohadillas o paños para el sangrado; Grave: se describe como derramar sangre o verter).

**Trastorno hipertensivo no convulsivo del embarazo. (preeclampsia).** Dos de los síntomas: no dependientes edema, dolor de cabeza o mareo, donde comenzaron los síntomas solo durante el último trimestre del embarazo.

**Eclampsia:** preeclampsia más convulsiones.

**Convulsiones:** síntomas de convulsión más pérdida de conciencia.

**Trabajo de parto prolongado:** labor estimada activa mayor de 6 h.

**Ruptura prematura de las membranas:** ruptura de membranas 24 h antes del parto.

**Placenta retenida:** expulsión de placenta 60 min después del nacimiento.

**Fístula:** escape de orina o heces.

**Prolapso uterino:** (1er grado: algo descendente en la vagina con tos o tensión; 2º grado: algo que sobresale con tos o tensión.

**Desgarros perineales:** (1er grado: menor, ya curado; 2do grado: desgarro moderado; 3er grado: grande, vagina arrancada.

**Infección pélvica:** dos de los síntomas: sensación de dolor abdominal, fiebre o secreción vaginal grave que ocurre 3 o más días después del parto.

**Infección del tracto urinario:** dos de los síntomas: ardor, frecuencia, urgencia, o mal olor.

**Infección del tracto vaginal:** un síntoma: descolorido grueso o flujo vaginal sucio.

**Sangrado posparto secundario:** que pasa fresco o sangre coagulada 3 días después del parto.

**Neuropatía o flebitis de la pierna:** síntoma a los 14-22 días postparto de ternera tierna, tibia, dolorosa o hinchada o muslo, o todavía dolor al caminar.



**Enfermedad posparto no específica:** no cumplió con el diagnóstico de condiciones específicas, pero tienen un auto reporte de mala salud 14—22 días después del parto.

## **CAPÍTULO III**

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar las complicaciones durante la segunda y tercera etapa de labor de parto en pacientes obstétricas del Hospital Teófilo Dávila, período 2017- 2018.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 3.2.1 Caracterizar la muestra de maternas según las variables sociodemográficas: edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación.
- 3.2.2 Describir las características obstétricas: estado nutricional, semanas de gestación, número de gestas, número de partos, número de controles prenatales, complicaciones durante la gestación.
- 3.2.3 Describir la labor de parto según: duración del expulsivo y el alumbramiento, duración del parto, bienestar fetal, tipo de parto, episiotomía, uso de misoprostol, distocias, cesárea.
- 3.2.4 Identificar las principales complicaciones obstétricas en la tercera y cuarta etapa de la labor de parto: hemorragias, desgarros, cesáreas, infecciones, desprendimiento placentario, rotura uterina, retención placentaria, retención de restos placentarios, sufrimiento fetal, óbitos.

## CAPÍTULO IV

### 3 DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio con un enfoque cuantitativo y un diseño de tipo observacional, descriptivo de corte transversal.

#### 4.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Salud integral del ser humano. Enfermedades no transmisibles.

#### 3.3.2 Matriz de variables:

<i>Variable</i>	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
<i>Edad</i>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Tiempo transcurrido	Años	<b>Numérica</b>
<i>Estado civil</i>	Condición legal de un individuo en relación con otra persona y reconocida por la ley	Relación con otra persona	Cédula	<b>Nominal</b> Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
<i>Nivel de instrucción</i>	Grado de formación adquirida en un sistema de educación formal que alcanza una persona según los años de estudio aprobados.	Grados de estudio aprobados	Grados	<b>Nominal</b> Sin estudios Primarios Medios Secundarios Superior
<i>Ocupación</i>	Actividad que una persona desempeña de forma rutinaria y por la cual recibe algún tipo de beneficio	Actividad que desempeña	QQDD Profesional Agricultor Comerciante Artesano Jubilado Otros	<b>Nominal</b> Si No
<i>Complicaciones Etapas del parto</i>	Situaciones no deseadas que se presentan durante la labor de parto y que	Situaciones no deseadas	Historia clínica	<b>Nominal</b> Si Numérica



	pueden poner en riesgo la vida de la madre o feto.			
<i>Semanas de gestación</i>	Tiempo transcurrido desde la concepción hasta el momento del parto calculado en semanas	Tiempo transcurrido	Historia clínica	<b>Numérica</b> <b>Pretérmino</b> <b>Término</b> <b>Postérmino</b>
<i>Estado nutricional</i>	Situación de salud y bienestar que determina la nutrición mediante la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tiene lugar tras la ingesta de nutrientes en una persona	Ingesta y adaptaciones fisiológicas	Carnet de control materno Historia clínica	<b>Ordinal</b> <i>Bajo peso</i> <i>Peso normal</i> <i>Sobrepeso</i> <i>Obesidad</i>
<i>Número de partos</i>	Condición en la que una mujer ha dado a luz a un bebe sea por vía vaginal o cesárea.	Condición de dar a luz	Historia clínica	<b>Numérica</b>
<i>Número de gestas</i>	Condición en la que una mujer queda embarazada después de mantener una relación sexual.	Condición de quedarse embarazada	Historia clínica	<b>Numérica</b> <b>Nulípara</b> <b>Múltipara</b> <b>Gran múltipara</b>
<i>Número de controles</i>	Situación en la cual una mujer embarazada acude a un médico o facultativo para control de su embarazo	Control de embarazo	Historia clínica	<b>Numérica</b>
<i>Complicaciones durante la gestación</i>	Presencia de enfermedades o eventos que ponen en riesgo la vida de la madre o el producto durante el embarazo.	Enfermedades o eventos no deseados	Historia clínica	<b>Nominal</b> Si No
<i>Partograma</i>	Representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados con el trabajo de parto que incluye la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca y los signos vitales.	Eventos del trabajo de parto	Hoja de partograma	<b>Nominal</b> <b>Parto normal</b> <b>Parto prolongado</b>
<i>Tiempo de</i>	Tiempo transcurrido	Tiempo	Horas/minuto	<b>Numérica</b>



<i>labor</i>	desde que una embarazada entre en trabajo de parto activo hasta la expulsión del producto	transcurrido	s	
<i>Bienestar fetal</i>	Evaluación de las condiciones del producto o feto relacionadas con la presencia de movimientos o frecuencia cardíaca	Condiciones del producto	Historia clínica	<b>Nominal</b> Sufrimiento fetal óbito
<i>Tipo de parto</i>	Proceso fisiológico que anuncia el nacimiento de un bebe	Nacimiento de un bebe	Historia clínica	<b>Nominal</b> <b>Espontáneo</b> <b>o</b> <b>Inducido</b>
<i>Episiotomía</i>	Procedimiento quirúrgico realizado durante la etapa expulsiva de la labor de parto con el propósito de evitar desgarros.	Procedimiento quirúrgico.	Historia clínica	
<i>Uso de misoprostol</i>	Medicamento utilizado para iniciar las contracciones uterinas con el propósito de inducir la labor de parto	Uso de un fármaco	Historia clínica	<b>Nominal</b> Si No
<i>Distocias</i>	Se denomina distocia o parto difícil lo cual es motivo de un 50% de cesáreas la cual puede ser de diferentes tipos	Parto difícil	Historia clínica	<b>Nominal</b> Si No
<i>Cesárea</i>	Procedimiento quirúrgico que se realiza a una mujer embarazada con el propósito de extraer los productos de la concepción	Procedimiento quirúrgico	Historia clínica	<b>Nominal</b> Si No
<i>Hemorragia</i>	Condición en la cual una mujer pierde una cantidad de sangre mayor a 500 ml.	Pérdida de sangre durante el parto	Historia clínica	<b>Nominal</b> Si No
<i>Desgarros</i>	Laceraciones de diferente grado de	Laceraciones del tejido	Historia clínica	<b>Nominal</b> Si



	profundidad provocado a los tejidos de la cavidad vaginal y que se producen durante el parto	vaginal		No
<i>Infecciones</i>	Proceso de colonización por microorganismos bacterianos como una complicación durante la labor de parto	Contaminación por bacterias.	Historia clínica	<b>Nominal</b> Si No
<i>Desprendimiento placentario</i>	Separación de la placenta de la cavidad uterina parcial o totalmente antes o durante el parto	Separación de la placenta de la cavidad uterina	Historia clínica	<b>Nominal</b> Si No
<i>Rotura uterina</i>	Complicación obstétrica durante la gravidez y trabajo de parto que puede poner en riesgo la vida de la madre y del feto	Laceración del útero	Historia clínica	<b>Nominal</b> Si No
<i>Retención placentaria</i>	Falta de expulsión dentro de los 30 minutos posteriores al nacimiento o bien la expulsión parcial de la misma	Prolongación del tiempo de expulsión de la placenta.	Historia clínica	<b>Nominal</b> Si No
<i>Retención de restos placentarios</i>	Condición no fisiológica en la cual existe la retención de algunos fragmentos o restos de las membranas placentarias que pueden provocar hemorragias o infecciones	Falta de expulsión completa la placenta	Historia clínica	<b>Nominal</b> Si No
<i>Sufrimiento fetal</i>	Alteración del bienestar del feto por una falta de intercambio adecuado de oxígeno hacia el feto a través de la placenta.	Alteración de la frecuencia cardíaca.	Historia clínica	<b>Nominal</b> Si No
<i>Óbito</i>	Es la muerte del feto por complicaciones	Muerte fetal	Historia clínica	<b>Nominal</b> Si

durante la gestación o el trabajo de parto			No
--	--	--	----

### 4.3 POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA

#### 4.3.1 Población

El universo está constituido por todas las pacientes atendidas en el área de obstetricia del Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala entre el período 2017-2018.

**Unidad de análisis:** la unidad de análisis fueron las mujeres que acudieron a dar a luz en el área de obstetricia del Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala durante el 2017-2018.

**Unidad de observación:** la unidad de observación fue el área de obstetricia del Hospital Teófilo Dávila.

#### 4.3.2 Muestra

Para determinar la muestra del estudio se consideró una prevalencia de complicaciones obstétricas según los resultados del trabajo realizado en Bangladesh por Fronczak y Cols., que reportan una prevalencia del 36% de mujeres que presentaron alguna complicación seria durante el parto y un 75% que reportó alguna morbilidad posparto. (20) Además, se tomó en cuenta una población con universo infinito, un nivel de confianza del 95% y un error de inferencia del 7%.

Con estos datos el tamaño de la muestra a estudiar fue de 239 maternas.

$$n = \frac{N * p * q * z^2}{(N - 1)e^2 + p * q * z^2} \quad n = \frac{8000 * 0.36 * 0.64 * 1.96^2}{(8000 - 1) * 0.06^2 + 0.36 * 0.64 * 1.96^2} = 238.6$$

n= muestra

p= probabilidad de ocurrencia

q=probabilidad de no ocurrencia

z<sup>2</sup>= nivel de confianza (95%)

e<sup>2</sup>= error de inferencia

## Asignación

Para la asignación de las pacientes al estudio se empleó un muestreo aleatorio simple, es decir se tomó la base de datos de las pacientes atendidas en este período y mediante números aleatorios se seleccionarán las historias clínicas. En el caso de historias clínicas con información incompleta, según las variables de estudio se las descartó, tomando la siguiente en la lista.

### 4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

#### 4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Maternas que acudieron en labor de parto al área de obstetricia del Hospital Teófilo Dávila.
- Maternas que tuvieron inicialmente un parto espontáneo o inducido.

#### 4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas incompletas según la información requerida para el estudio.

### 4.5 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN

Para el estudio se solicitó en primer lugar la aprobación del protocolo de investigación por el comité de investigación y de ética de la Carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca. Luego se solicitó la aprobación y el permiso correspondiente por parte de las autoridades del Hospital Teófilo Dávila, para poder acceder a las historias clínicas de las pacientes. Se elaboró un formulario para la recolección de los datos, y se realizó una prueba piloto con 5 historias clínicas para determinar la utilidad del instrumento, verificar que las preguntas estén completas y que se recolecte toda la información de acuerdo al interés de estudio. Se consideró un tiempo necesario para recolectar la información con un promedio de cuatro horas diarias. La información requerida fue tomada de la historia clínica, partograma y de los resultados de las pruebas diagnósticas que se hayan realizado a las pacientes según la condición clínica.

#### **4.6 MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Los datos recolectados en los formularios serán transcritos a una base digital y analizados con el programa estadístico SPSS v22. Previo al análisis se procedió a depurar la base de datos para garantizar que los datos ingresados sean correctos y que la información este completa. Luego se procedió a recodificar las variables, de acuerdo al interés del estudio y las indicaciones de la operacionalización de las variables.

El análisis de las variables se presenta mediante una estadística descriptiva con tablas de frecuencias y porcentajes y en algunos casos se utiliza gráficos de barras simples, dobles y pasteles. El análisis bivariado se realiza para determinar alguna relación entre las complicaciones y las variables estudiadas, mediante la prueba chi cuadrado de Pearson, Odds ratio con su intervalo de confianza del 95%. Para comparar las variables numéricas se realiza pruebas de T de Student. Se considera valores estadísticamente significativos a los valores de p menores de 0.05.



#### **4.7 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS**

Para la realización del estudio se respetarán las normas de Helsinki II para realizar investigaciones con seres humanos, y se seguirán las normativas del Ministerio de Salud Pública de tal manera que se garantice el bienestar y la seguridad de las pacientes. Este estudio no implica ningún tipo de riesgo para las pacientes, por cuanto la información será tomada directamente de las historias clínicas de las pacientes. Respecto a la confidencialidad de los datos, se procede a codificar los datos de tal manera que la información personal sea totalmente anónima. De igual manera, no se publica los datos personales de las pacientes en ninguna etapa de la investigación.

## CAPÍTULO V

### 5 RESULTADOS

**Tabla N.1** Descripción según la edad, estado civil, nivel de instrucción y ocupación de 239 maternas atendidas en el Hospital Teófilo Dávila, Machala 2017-2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Edad		
≤18 años	61	25.5
19-24 años	85	35.6
25-34 años	68	28.5
≥35 años	25	10.5
Estado civil		
Soltero	61	25.5
Casado	47	19.7
Viudo	1	0.4
Unión libre	130	54.4
Nivel de instrucción		
Sin estudios	3	1.3
Primaria	111	46.4
Secundaria	113	47.3
Superior	12	5.0
Ocupación		
Profesional	9	3.8
Comerciante	9	3.8
Artesano	1	0.4
QQDD	172	72.0
Otros	48	20.1

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Carolina Quezada

Se estudió una muestra de 239 maternas, de las cuales el 35.6% tuvieron edades entre los 19-24 años. Hubo un 25.5% de madres adolescentes y un 10.5% de madres añosas. El estado civil más frecuente fue la unión libre que representó el 54.4%. En relación con el nivel de instrucción se observó que un 46.4% de madres tuvieron educación primaria y un 47.3% tuvieron educación secundaria.

La ocupación más frecuente a la que se dedican las mujeres que participaron del estudio son los QQDD con el 72.0%.

**Tabla N.2** Descripción según el tipo de parto, episiotomía, uso de fórceps, misoprostol, oxitocina y cesárea de 239 maternas atendidas en el Hospital Teófilo Dávila, Machala 2017-2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de parto		
Eutócico	210	87.9
Distócico	29	12.1
Tipo de parto		
Espontáneo	230	96.2
Inducido	9	3.8
Episiotomía		
Si	75	31.4
No	164	68.6
Uso de fórceps		
Si	2	0.8
No	237	99.2
Uso de misoprostol		
Si	17	7.1
No	222	92.9
Uso de oxitocina		
Si	18	7.5
No	221	92.5
Cesárea		
Si	27	11.3
No	212	88.7

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Carolina Quezada

El análisis de las variables obstétricas evidencia que el tipo de parto más frecuente fue el eutócico con un 87.9% y el parto espontáneo con un 96.2%.

La episiotomía como procedimiento en las pacientes especialmente nulíparas se realizó en un 31.4%. El uso de fórceps fue necesario en el 0.8% de las pacientes.

En algunas pacientes fue necesario el uso de medicación para inducir el parto, por ello se identificó que un 7.1% recibieron tratamiento con misoprostol y un 7.5% con oxitocina. La cesárea como un procedimiento de emergencia ante el fracaso de un parto normal se realizó en el 11.3% de las pacientes.

**Tabla N.3** Descripción según el estado nutricional, edad gestacional y número de controles de 239 maternas atendidas en el Hospital Teófilo Dávila, Machala 2017-2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Estado nutricional		
Bajo peso	29	12.1
Peso normal	187	78.2
Sobrepeso	21	8.8
Obesidad	2	0.8
Edad gestacional		
≤37 semanas	15	6.3
38-42 semanas	224	93.7
≥42 semanas	0	0.0
Número de controles		
0-4 controles	43	18.0
≥5 controles	196	82.0

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Carolina Quezada

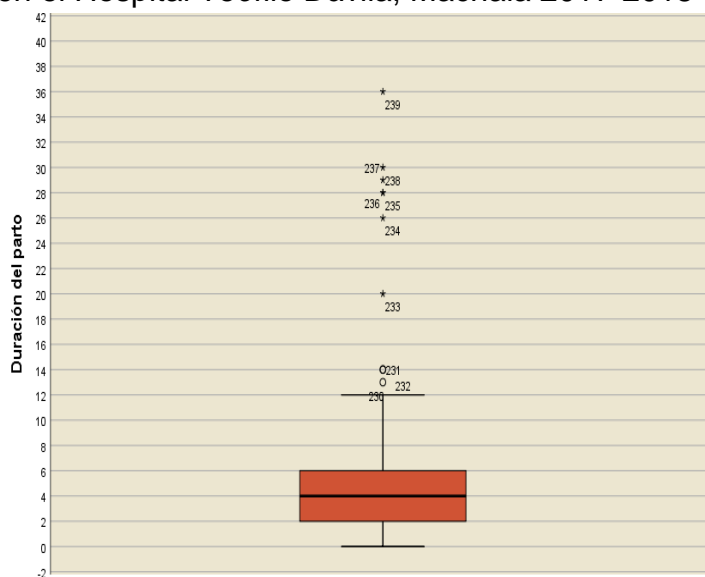
La mayoría de las pacientes que formaron parte de la muestra de este estudio tuvieron un peso normal 78.2%, sin embargo, hubo un 12.1% que tuvieron bajo peso y un 9.6% que tuvieron sobrepeso y obesidad. En relación con la edad gestacional la mayoría de las pacientes tuvieron partos a término 93.7%, pero hubo un 6.3% de partos que fueron pretérminos. No se identificaron embarazos postérminos. El 82.0% de las pacientes tuvieron controles adecuados, y el 18% tuvieron menos de cinco controles.

**Tabla N.4** Descripción según la duración de la segunda y tercera etapa del parto, y duración del parto de 239 maternas atendidas en el Hospital Teófilo Dávila, Machala 2017-2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Duración de la segunda etapa	176	73.6
Una hora	56	23.4
Dos horas	6	2.5
Tres horas	1	0.4
Cuatro horas		
*Promedio 1.30±0.5 horas		
Duración de la tercera etapa		
>5 minutos	91	38.1
≤5 minutos	148	61.9
*Promedio 6.18 ±6.3 minutos		
Duración del parto		
0-6 horas	200	83.7
6-12 horas	29	12.1
>12 horas	10	4.2
*Promedio 4.56±4.9 horas		

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Carolina Quezada

**Figura N.1** Descripción según la duración del parto de 239 maternas atendidas en el Hospital Teófilo Dávila, Machala 2017-2018



Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Carolina Quezada

La duración de la segunda etapa del parto fue de una hora en el 73.6% de las pacientes, la duración de la tercera etapa del parto fue menor o igual a cinco minutos en el 61.9% de las pacientes. La duración del parto en el 83.7% de las pacientes fue de 6 horas. Hubo 3 casos 1.3% que tuvieron un tiempo de expulsión placentario mayor a 30 minutos.

**Tabla N.5** Descripción según las condiciones del producto, complicaciones de la labor de parto y otras complicaciones de 239 maternas atendidas en el Hospital Teófilo Dávila, Machala 2017-2018

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Condiciones del producto</b>		
Sufrimiento fetal	27	11.3
Óbito	3	1.3
Normal	209	87.4
<b>Complicaciones de la labor de parto</b>		
Hemorragia intraparto	15	6.3
Desórdenes hipertensivos	18	7.5
Ruptura prematura membranas	6	2.5
Otras	38	15.9
Ninguna	162	67.8
<b>Otras complicaciones</b>		
Desgarros	59	24.7
Infecciones	4	1.7
Desprendimiento placentario	1	0.4
Rotura uterina	1	0.4
Retención placentaria	3	1.3
Retención de restos placentarios	19	7.9
Otras	4	1.7
Ninguna	148	61.9

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Carolina Quezada

En relación con las complicaciones observadas en la labor de parto, se identificó que un 11.3% de recién nacidos tuvieron sufrimiento fetal y un 1.3% fueron óbitos. Las principales complicaciones de la labor de parto identificadas en la muestra de maternas que formaron parte del estudio fueron la hemorragia intraparto 6.3%, desórdenes hipertensivos 7.5%. También los desgarros se presentaron en el 24.7% de las maternas. En menor proporción hubo casos de

retención de restos placentarios, retención placentaria, infecciones y otras causas.

**Tabla N.6** Relación entre las variables clínicas y complicaciones con la duración de la segunda etapa del parto de 239 maternas atendidas en el Hospital Teófilo Dávila, Machala 2017-2018

Variable	Duración segunda etapa		Total	Chi 2 Valor p
	Más de una hora	Una hora		
Complicaciones de la labor de parto	5 (2.1)	10 (4.2)	15 (6.3)	15.509 0.004
Hemorragia intraparto	2 (0.8)	16 (6.7)	18 (7.5)	
Desórdenes hipertensivos	2 (0.8)	4 (1.7)	6 (2.5)	
Ruptura prematura de membranas	19 (7.9)	19 (7.9)	38 (15.9)	
Otras	35 (14.6)	127 (53.1)	162 (67.8)	
Ninguna				
Otras complicaciones	11 (4.6)	48 (20,1)	59 (24.7)	11.654 0.113
Desgarros	1 (0.4)	3 (1.3)	4 (1.7)	
Infecciones	1 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.4)	
Desprendimiento placentario	1 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.4)	
Rotura uterina	2 (0.8)	1 (0.4)	3 (1.3)	
Retención placentaria	5 (2.1)	14 (5.9)	19 (7.9)	
Retención de restos placentarios	0 (0.0)	4 (1.7)	4 (1.7)	
Otras	42 (17.6)	106 (44.4)	148 (61.9)	
Ninguna				
Condiciones del producto	14 (5.9)	13 (5.4)	27 (11.3)	11.028 0.004
Sufrimiento fetal	0 (0.0)	3 (1.3)	3 (1.3)	
Óbito	49 (20.5)	160 (66.9)	209 (87.4)	
Tipo de parto	52 (21.8)	158 (66.1)	210 (87.9)	2.277 0.131
Eutócico	11 (4.6)	18 (7.5)	29 (12.1)	
Distócico				
Tipo de parto	59 (24.7)	171 (71.5)	230 (96.2)	1.576 0.209
Espontáneo	4 (1.7)	5 (2.1)	9 (3.8)	
Inducido				
Uso de fórceps	1 (0.4)	1 (0.4)	2 (0.8)	0.581
Si				



No	62 (25.9)	175 (73.2)	237 (99.2)	0.446
Uso de misoprostol				
Si	7 (2.9)	10 (4.2)	17 (7.1)	2.070
No	56 (23.4)	166 (69.5)	222 (92.9)	0.150
Uso de oxitocina				
Si	6 (2.5)	12 (5.0)	18 (7.5)	0.488
No	57 (23.8)	164 (68.6)	221 (92.5)	0.485
Cesárea				
Si	10 (4.2)	17 (7,1)	27 (11.3)	1.788
No	53 (22.2)	159 (66.5)	212 (88.7)	0.181

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Carolina Quezada

Se determinó asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones de la labor de parto con la duración de la segunda etapa, valor de  $p=0.004$  y con las condiciones del producto valor de  $p=0.004$ .

**Tabla N.7** Relación entre las variables clínicas y complicaciones con la duración de la tercera etapa del parto de 239 maternas atendidas en el Hospital Teófilo Dávila, Machala 2017-2018

Variable	Duración segunda etapa		Total	Chi 2 Valor p
	Más de un minuto	Un minuto		
Complicaciones de la labor de parto				2.430
Hemorragia intraparto	5 (2.1)	10 (4.2)	15 (6.3)	0.657
Desórdenes hipertensivos	5 (2.1)	13 (5.4)	18 (7.5)	
Ruptura prematura membranas	2 (0.8)	4 (1.7)	6 (2.5)	
Otras	12 (5.0)	26 (10.9)	38 (15.9)	
Ninguna	67 (28.0)	95 (39.7)	162 (67.8)	
Otras complicaciones				12.640
Desgarros	20 (8.4)	39 (16.3)	59 (24.7)	0.081
Infecciones	2 (0.8)	2 (0.8)	4 (1.7)	
Desprendimiento placentario	0 (0.0)	1 (0.4)	1 (0.4)	
Rotura uterina	0 (0.0)	1 (0.4)	1 (0.4)	
Rotura uterina	3 (1.3)	0 (0.0)	3 (1.3)	
Retención placentaria	12 (5.0)	7 (2.9)	19 (7.9)	
Retención de restos				



placentarios	2 (0.8)	2 (0.8)	4 (1.7)	
Otras	52 (21.8)	96 (40.2)	148 (61.9)	
Ninguna				
Condiciones del producto				
Sufrimiento fetal	4 (1.7)	23 (9.6)	27 (11.3)	7.833
Óbito	2 (0.8)	1 (0.4)	3 (1.3)	0.020
Normal	85 (35.6)	124 (51.9)	209 (87.4)	
Tipo de parto				
Eutócico	88 (36.8)	122	210 (87.9)	10.764
Distócico	3 (1.3)	(51.0) 26 (10.9)	29 (12.1)	0.001
Tipo de parto				
Espontáneo	88 (36.8)	142	230 (96.2)	0.089
inducido	3 (1.3)	(59.4) 6 (2.5)	9 (3.8)	0.765
Uso de fórceps				
Si	0 (0.0)	2 (0.8)	2 (0.8)	0.240
No	91 (38.1)	146 (61.1)	237 (99.2)	0.265
Uso de misoprostol				
Si	7 (2.9)	10 (4.2)	17 (7.1)	0.075
No	84 (35.1)	138 (57.7)	22 2 (92.9)	0.785
Uso de oxitocina				
Si	5 (2.1)	13 (5.4)	18 (7.5)	0.875
No	86 (36.0)	135 (56.5)	221 (92.5)	0.349

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Carolina Quezada

De igual manera, hubo asociación estadísticamente significativa con las condiciones del producto valor  $p= 0.020$  y el tipo de parto valor  $p=0.001$ .

**Tabla N.8** Comparación según los promedios de los valores de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca con la duración de la segunda etapa del parto de 239 maternas atendidas en el Hospital Teófilo Dávila, Machala 2017-2018



	<b>Duración segunda etapa</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Est.</b>	<b>Valor F</b>	<b>Valor P</b>
TAS1	>1 hora	63	109.84	10.079	0.945	0.650
	≤1 hora	176	109.14	10.613		
TAD1	>1 hora	63	65.32	8.076	0.010	0.436
	≤1 hora	176	66.22	7.824		
TAS2	>1 hora	63	106.51	15.151	0.785	0.236
	≤1 hora	176	108.47	9.467		
TAD2	>1 hora	63	64.52	6.458	1.172	0.365
	≤1 hora	176	65.45	7.157		
FC1	>1 hora	63	80.16	10.801	7.195	0.358
	≤1 hora	176	81.31	7.574		
FC2	>1 hora	63	79.71	9.739	3.374	0.073
	≤1 hora	176	81.81	7.189		

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Carolina Quezada

Para comparar la variabilidad entre la duración de la segunda etapa y los valores de la tensión arterial sistólica, diastólica y la frecuencia cardíaca se compararon los promedios con la prueba T de Student sin que se observen diferencias estadísticamente significativas, valores de  $p > 0.05$

**Tabla N.9** Comparación según los promedios de los valores de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca con la duración de la tercera etapa del parto de 239 maternas atendidas en el Hospital Teófilo Dávila, Machala 2017-2018

	<b>Duración tercera etapa</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Est.</b>	<b>Valor F</b>	<b>Valor P</b>
TAS1	Mas de cinco minutos	91	108.24	8.245	0.022	0.209



	Menor o igual a cinco minutos	148	109.99	11.588		
TAD1	Mas de cinco minutos	91	65.44	7.403	0.263	0.404
	Menor o igual a cinco minutos	148	66.32	8.172		
TAS2	Mas de cinco minutos	91	108.02	7.919	1.546	0.938
	Menor o igual a cinco minutos	148	107.91	12.897		
TAD2	Mas de cinco minutos	91	65.11	6.666	0.383	0.863
	Menor o igual a cinco minutos	148	65.27	7.185		
FC1	Mas de cinco minutos	91	79.81	8.682	0.020	0.090
	Menor o igual a cinco minutos	148	81.74	8.386		
FC2	Mas de cinco minutos	91	80.82	7.998	0.004	0.509
	Menor o igual a cinco minutos	148	81.53	7.973		

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Carolina Quezada

Se igual manera se comparó la variabilidad entre la duración de la segunda etapa y los valores de la tensión arterial sistólica, diastólica y la frecuencia cardíaca se compararon los promedios con la prueba T de Student sin que se observen diferencias estadísticamente significativas, valores de  $p > 0.05$ .

## CAPÍTULO VI

### 6 DISCUSIÓN

Las etapas de la labor de parto implican el proceso a través del cual el feto, la placenta y membranas son expulsados del útero a través de la vagina. La labor de parto es un proceso natural, pero puede sufrir algunas interrupciones debido a varios factores, los cuales requieren en algunas ocasiones de intervenciones clínicas. Los signos vitales se deben tomar con intervalos regulares y siempre que haya una preocupación de cambios en el estado clínico de las pacientes. (53)

Al analizar la segunda labor de parto misma que comienza con la dilatación completa (10 cm) y termina con la expulsión del neonato. En este proceso el feto pasa a través del canal vaginal por 7 movimientos: encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión. El tiempo depende si es una paciente nulípara o multípara. El tiempo de duración es menor a tres horas en las nulíparas y menos de dos horas en las multíparas; si el tiempo de duración es mayor a estos parámetros entonces se considera prolongado. (53) En nuestro estudio el promedio del tiempo de la segunda etapa fue de  $1.30 \pm 0.5$  horas y el de la tercera etapa fue de  $6.18 \pm 6.3$  minutos. La duración del parto en promedio fue de  $4.56 \pm 4.9$  horas. Apenas el 2.5% tuvieron una duración mayor a las tres horas en la segunda etapa y un 1.3% de pacientes tuvieron una duración de la tercera etapa mayor a 30 minutos. Tiempos que indican que los procesos de atención son adecuados.

Entre los factores que influyen en una segunda etapa prolongada están el tamaño fetal y la posición, forma de la pelvis, la magnitud de las contracciones, comorbilidades como la hipertensión y la diabetes, la edad y la historia de partos previos. (53)

La tercera etapa del parto comienza con la expulsión del feto y concluye con la expulsión de la placenta. La expulsión espontánea de la placenta toma entre 5 a 30 minutos. Un tiempo de expulsión mayor está asociado con un mayor

riesgo de hemorragia posparto y puede ser una indicación para remoción manual u otra intervención. (53) Según los resultados de este estudio, un 1.3% de pacientes tuvo una duración mayor a estos tiempos.

Muchas veces las pérdidas de sangre que son menores a 500ml para considerarse una hemorragia, provocan que un 50% de maternas en las primeras 48 horas tengan anemia. La mayoría se resuelve espontáneamente en la primera semana. Generalmente los partos instrumentados y distócicos son los que se asocian con una mayor pérdida sanguínea y con cambios hemodinámicos en el posparto. (54) La prevalencia de hemorragias intraparto en nuestro estudio fue del 6.3%. una prevalencia baja, que sin embargo se asoció como una complicación con la duración de la segunda y tercera etapa del parto, valor de  $p > 0.05$ .

La mortalidad materna es un indicador de los servicios de salud materna de un país, el estado de una mujer, la salud materna y por sobre todo de desarrollo de una nación. De las muertes maternas un 50.9% se dan en primigestas y por hemorragias posparto como causa más común. (55) En el tiempo de recolección de los datos, no se registraron muertes maternas.

Los partos inducidos mediante el uso de oxitocina tienen un mayor riesgo de hemorragia posparto OR 1.8 IC 95%: 1.3-2.6. En cambio la administración sistemática de oxitocina después del parto reduce la probabilidad de una hemorragia posparto en un 40-50%. (56) Fue muy baja la frecuencia de uso de misoprostol 7.4% y de oxitocina 7.5% en el estudio. A diferencia de lo publicado en la literatura médica nosotros no identificamos que el uso de esta medicación sea un factor de riesgo que incremente las hemorragias intraparto.

La prevalencia de partos distócicos varía entre un 0.3% a 3% de los partos vaginales. La principal complicación de este tipo de partos es la hemorragia posparto, ruptura uterina, y desgarros de tercer y cuarto grado. (57) Nuestra prevalencia del 12.1% fue mayor a estos valores, de allí que se observaron también una frecuencia alta de complicaciones asociadas al parto,

principalmente sufrimiento fetal 11.3%, hemorragia intraparto 6.3%, ruptura prematura de membranas 2.5%, desgarros 24.7%, retención placentaria 1.3%.

Según el estudio de Walker y cols., hay evidencia que entre los embarazos de alto riesgo y en los centros donde las cesáreas tienen una alta tasa >20%, la inducción de la labor del parto a las 37-40 semanas de gestación, no incrementa el riesgo de partos por cesáreas. (58) Sin embargo, también se manifiesta en otros estudios observaciones que la inducción de la labor de parto incrementa el riesgo de un parto por cesárea. Por ejemplo, en un estudio realizado en Inglaterra del 2010-2011 la tasa de cesáreas fue del 11% entre las mujeres con partos espontáneos y del 23% en aquellas que tuvieron un parto inducido. (59) Nuestros resultados son similares a los publicados en la literatura médica, dado que observamos un 11.3% de partos que terminaron en una cesárea.

La tasa de cesáreas intraparto según el estudio de Crequit y cols., es similar entre las mujeres con 20 a 34 años 10.8% y las mayores de 35 años 8.8%. OR 0.91 IC95% 0.76-1.08. las indicaciones de cesáreas fueron similares para los dos grupos. De igual manera los autores no observaron diferencias en la tasa de cesáreas según la duración de la labor de parto, cuyo promedio fue de 7.18 horas para las mujeres con edades entre los 20-34 años, y de 7.13 para las mujeres con edades mayores a los 35 años. (60)

De acuerdo con estos resultados se debe promocionar el parto vaginal a toda mujer embarazada. Más aun, cuando las complicaciones neonatales y maternas son raras mientras que en los partos por cesárea siempre hay una mayor asociación con morbilidad materna aguda más severa, especialmente cuando la edad materna es más alta. Las cesáreas planeadas y los partos inducidos deben estar únicamente limitados a indicaciones médicas estrictas. (60)

El análisis de la duración de la duración de la segunda etapa del parto y el riesgo de partos prematuros subsecuentes realizado por Quiñones y cols.,

evidencia que el riesgo de un parto espontáneo en un segundo embarazo se incrementa en mujeres con un tiempo  $\geq 180$  minutos en la segunda etapa en el primer embarazo a término. (61)

Aproximadamente un 20% de mujeres con insuficiencia cervical tienen una segunda etapa del parto prolongada. (61) De igual manera, las indicaciones no médicas de partos inducidos antes de término incrementan el riesgo de complicaciones maternas y neonatales. Así, en los estados unidos un 10% a 15% de partos se realizan antes de las 39 semanas de gestación sin una indicación médica. (62)

Tanto las intervenciones placentarias y las complicaciones posparto están fuertemente asociadas con prolongación de la tercera etapa del parto. La expulsión espontánea de la placenta ocurre de manera más temprana en los partos que no requieren de intervenciones. Autores como Behrens y cols, concluyen que una duración óptima de la tercera etapa de la labor de parto minimiza el riesgo de complicaciones. Por lo cual manifiestan que las intervenciones deben individualizarse basadas en las condiciones de las pacientes y en las condiciones intraparto. (63)

Debido a que las intervenciones placentarias son frecuentemente realizadas sin indicaciones clínicas urgentes y el riesgo de complicaciones incrementa significativamente por cada hora de retención de la placenta, es necesario que se trabajen en guías estandarizadas para determinar las mejores estrategias para el manejo de esta etapa de la labor de parto. (63)

La variabilidad de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, depende de los procedimientos implementados y de las complicaciones que se presenten durante el parto. El uso de cierta medicación, condiciones previas como hipertensión arterial, una pérdida grande de sangre, o un dolor muy intenso provocan cambios en los parámetros hemodinámicos. (64) No se observaron cambios hemodinámicos importantes en el grupo de pacientes que formaron parte de este estudio. Los valores de la frecuencia cardíaca y presión arterial

se mantuvieron antes y después del parto, según el análisis de los promedios, valores de  $p > 0.05$ .

Raposo y cols., manifiestan que es necesario estandarizar los tiempos de duración de cada etapa según las características de cada población, tomando en cuenta aspectos culturales, sociales y epidemiológicos. (65)

El impacto de una segunda etapa de la labor de parto prolongada en los resultados maternos y neonatales según el estudio de Zipori y cols., evidencia que un punto de corte de tres horas para las nulíparas disminuye la tasa de cesáreas del 23.3% a un 15.7%. y es más significativo en las mujeres multíparas en las cuales se logra una disminución de 10.9% a 8.1%. También los autores manifiestan que una prolongación de esta etapa incrementa la probabilidad de desgarros de segundo y tercer grado, valores bajos de pH  $< 7.0$  y una mayor tasa de admisiones de recién nacidos a unidades de cuidados intensivos neonatales. Las complicaciones maternas y neonatales a largo plazo deben ser estudiadas a futuro. (66)

## CAPITULO VII

### 7 CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA

#### 7.1 CONCLUSIONES

- 7.1.1 Del total de pacientes que participaron en el estudio el 35.6% tuvo entre 19-24 años, 54.4% viven en unión libre, 47.3% presentan haber culminado la secundaria como nivel de instrucción, y el 72% se dedican a los quehaceres domésticos.
- 7.1.2 Según la historia obstétrica el 87.95 de partos fueron eutócicos, 96.2% fueron partos espontáneos, fue necesario realizar episiotomías en el 68.6%, un 0.8% de partos requirieron de fórceps. En cuanto al uso de medicación se utilizó misoprostol en el 7.1%, y oxitocina en el 7.5%. Terminaron en cesárea un 11.3% de los partos.
- 7.1.3 Según el estado nutricional de las maternas 78.2% tuvieron peso normal, 93.7% de los partos fueron entre las 38-42 semanas de gestación y el 82% tuvieron cinco o más controles durante su embarazo.
- 7.1.4 La duración de la segunda etapa fue de una hora en el 73.6% dos horas en el 23.4%, tres horas en el 2.5 % y más de cuatro horas solo hubo paciente. La duración de la tercera etapa con un tiempo mayor a los cinco minutos se observó en el 38.1% de maternas. El tiempo de duración del parto fu de 6 horas en el 83.7% y mayor a 12 horas en el 4.2%.
- 7.1.5 Se identificó un 11.3% de sufrimiento fetal en los recién nacidos. Las principales complicaciones del parto fueron: hemorragia intraparto 6.3%, desórdenes hipertensivos 7.5%, ruptura prematura de membranas 2.5%. un 67.8% de partos no tuvieron complicaciones. Otras complicaciones identificadas fueron: desgarros 24.7%, infecciones 1.7%, desprendimiento placentario 0.4%, rotura uterina 0.4%,



retención placentaria 1.3%, y retención de restos placentarios 7.9%.

7.1.6 Se identificó una asociación estadísticamente significativa con la duración de la segunda etapa de labor del parto mayor a una hora con las complicaciones de la labor de parto, valor de  $p=0.004$  y con las condiciones del producto, valor de  $p= 0.004$ .

7.1.7 En relación con la duración de la tercera etapa del parto hubo asociación estadísticamente significativa con las condiciones del producto, valor de  $p=0.020$ , el tipo de parto, valor de  $p=0.001$  y la necesidad de terminar

## 7.2 RECOMENDACIONES

- 7.2.1 Cada centro debería actualizar sus protocolos de atención a las pacientes maternas para definir los procedimientos en los casos que existe algún prolongamiento del tiempo en alguna de las etapas de la labor de parto. Estos protocolos deben considerar las pacientes que tienen partos normales y aquellos que son inducidos o conducidos, y los partos distócicos.
- 7.2.2 Los procedimientos quirúrgicos, especialmente las episiotomías y las cesáreas deben responder a una indicación médica y a un tiempo de espera de evolución de cada etapa adecuado para evitar cesáreas innecesarias que incrementan la morbilidad y mortalidad materna y fetal.
- 7.2.3 El centro obstétrico debe contar con el equipo e insumos adecuados para el manejo de emergencias. Especialmente debe haber un banco de sangre para las emergencias obstétricas, con lo cual se lograría disminuir la mortalidad materna.
- 7.2.4 Es necesario continuar con nuevas investigaciones que analicen el tiempo de duración de cada etapa según la edad de las maternas para definir el punto de corte para el inicio de procedimiento instrumental o cesárea.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Elvander C, Högberg U, Ekéus C. The influence of fetal head circumference on labor outcome: a population-based register study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012 Apr;91(4):470–5.
2. Hublin J-J, Neubauer S, Gunz P. Brain ontogeny and life history in Pleistocene hominins. *Philos Trans R Soc B Biol Sci* [Internet]. 2015 Mar 5;370. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4305163/>
3. Romero Gutiérrez G, López R, Carlos J, Cortés Salim P, León PP de, Lilia A. Factores de riesgo asociados con el parto distócico. *Ginecol Obstet México.* 2007;75(9):533–8.
4. Moreno J, Ricardo D, Chica J, Andrés D. Parto distócico y factores relacionados en pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, enero del 2015 - junio del 2016, Cuenca-Ecuador. 2017 [cited 2018 Mar 13]; Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/26951>
5. World Health Organization | Maternal mortality [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 9]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>
6. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2014 Jun;2(6):e323-333.
7. sandoval J, Mondragón F, Ortíz M. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes Estudio Caso-Control. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetrica.* 2007;53(1):28–34.
8. Anderson JE. Complications of Labor and Delivery: Shoulder Dystocia. *Prim Care Clin Off Pract.* 2012 Mar;39(1):135–44.
9. Walker KF, Thornton JG. Delivery at Term. *Clin Perinatol.* 2018 Jun;45(2):199–211.
10. UNICEF Ecuador - Medios - Una Promesa Renovada [Internet]. [cited 2018 Mar 9]. Available from: [https://www.unicef.org/ecuador/media\\_27848.htm](https://www.unicef.org/ecuador/media_27848.htm)
11. Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 9]. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>

12. Ramm O, Woo VG, Hung Y-Y, Chen H-C, Ritterman Weintraub ML. Risk Factors for the Development of Obstetric Anal Sphincter Injuries in Modern Obstetric Practice: *Obstet Gynecol*. 2018 Feb;131(2):290–6.
13. Naciones Unidas CEPAL. Agenda 2030 y los objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe [Internet]. 2016. Available from: [www.un.org/sustainabledevelopment/es](http://www.un.org/sustainabledevelopment/es)
14. Compendio digital de Objetivos de ONU 2015 [Internet]. [cited 2018 Mar 9]. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio-2016/Compendio%202016%20DIGITAL.pdf>
15. Ministerio de Salud Pública. Guías de práctica clínica – Ministerio de Salud Pública [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 13]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica/>
16. Kadour-Peero E, Miller N, Vitner D, Bleicher I, Said S, Dashkovsky M, et al. Who may accompany the parturient to the delivery room? *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2019 May 8 [cited 2019 May 20]; Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00404-019-05182-0>
17. Deane RP. Operative vaginal delivery and pelvic floor complications. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2019 Apr;56:81–92.
18. Mohamed-Ahmed O, Hinshaw K, Knight M. Operative vaginal delivery and post-partum infection. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2019;56(1):93–106.
19. Cummings KF, Helmich MS, Ounpraseuth ST, Dajani NK, Magann EF. The Third Stage of Labour in the Extremely Obese Parturient. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018 Sep;40(9):1148–53.
20. Fronczak N, Antelman G, Moran AC, Caulfield LE, Baqui AH. Delivery-related complications and early postpartum morbidity in Dhaka, Bangladesh. *Int J Gynecol Obstet*. 2005 Dec;91(3):271–8.
21. Sveinsdottir E, Gottfredsdottir H, Vernhardsdottir AS, Tryggvadottir GB, Geirsson RT. Effects of an intervention program for reducing severe perineal trauma during the second stage of labor. *Birth*. 2019 Jun;46(2):371–8.
22. Flores Valencia ME, Nava-Chapa G, Arenas-Monreal L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Rev Salud Pública*. 2017 May 1;19(3):374–8.
23. Mottet N, Chaussy Y, Arbez-Gindre F, Riethmuller D. Fisiología y patologías del cordón umbilical. *EMC - Ginecol-Obstet*. 2017 Dec;53(4):1–12.

24. Black M, Murphy DJ. Forceps delivery for non-rotational and rotational operative vaginal delivery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2019;56(1):55–68.
25. Ospina-Díaz JM, Manrique-Abril FG, Herrera-Amaya GM. Gestación y parto en mujeres con edad materna avanzada en Tunja, Colombia. 2011-2015. *Rev Fac Med.* 2018 Jan 1;66(1):9–12.
26. Aldo Solari A, Caterina Solari G, Alex Wash F, Marcos Guerrero G, Omar Enríquez G. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2014 Nov;25(6):993–1003.
27. Boujenah J, Tigaizin A, Fermaut M, Murtada R, Benbara A, Benchimol M, et al. Is episiotomy worthwhile to prevent obstetric anal sphincter injury during operative vaginal delivery in nulliparous women? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019;232(1):60–4.
28. Behrens JA, Greer DM, Kram JJF, Schmit E, Forgie MM, Salvo NP. Management of the third stage of labor in second-trimester deliveries: How long is too long? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019;232(1):22–9.
29. Jensen JR, White WM, Coddington CC. Maternal and Neonatal Complications of Elective Early-Term Deliveries. *Mayo Clin Proc.* 2013 Nov;88(11):1312–7.
30. Karkee R, Lee AH, Khanal V, Pokharel PK, Binns CW. Obstetric complications and cesarean delivery in Nepal. *Int J Gynecol Obstet.* 2014 Apr;125(1):33–6.
31. Raposo MI, Cardoso M, Ormonde M, Stokreef S, Correia L, Pereira A. Obstetric Management of Delayed-Interval Delivery. *Case Rep Womens Health.* 2017 Oct;16:11–3.
32. Varela PLR, Oliveira RR de, Melo EC, Mathias TA de F. Pregnancy complications in Brazilian puerperal women treated in the public and private health systems. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;25(1):40.49.
33. Buchmann EJ, Stones W, Thomas N. Preventing deaths from complications of labour and delivery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016 Oct;36:103–15.
34. Ceccaldi P-F, Lamau M-C, Poujade O, Mougél L, Ducarme G, Davitian C, et al. Fisiología del inicio espontáneo del trabajo de parto. *EMC - Ginecol-Obstet.* 2013 Jun;49(2):1–13.
35. Landon MB, editor. *Gabbe's obstetrics essentials: normal and problem pregnancies.* Philadelphia, PA: Elsevier; 2019.

36. Steegers EAP, Fauser BCJM, Hilders CGJM, Jaddoe VWV, Massuger LFAG, Schoenmakers S, et al. Textbook of obstetrics and gynaecology: a life course approach. de voortplanting van de mens; 2019. 644 p.
37. Baskett TF. Operative vaginal delivery – An historical perspective. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2019 Apr;56:3–10.
38. Aflak N, Levardon M. Hemorragias graves del alumbramiento. EMC - Ginecol-Obstet. 2001 Jan;37(2):1–7.
39. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, Leduc D, Ballerman C, Biringier A, et al. Active Management of the Third Stage of Labour: Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage. J Obstet Gynaecol Can. 2009 Oct;31(10):980–93.
40. Bernaud-Bourrelier L, Ishaque U, Gabriel R. Alumbramiento normal, alumbramiento dirigido, hemorragias posparto. EMC - Ginecol-Obstet. 2017 Dec;53(4):1–14.
41. Zmora I, Bas-Lando M, Armon S, Farkash R, Ioscovich A, Samueloff A, et al. Risk factors, early and late postpartum complications of retained placenta: A case control study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019 May;236:160–5.
42. Ministerio de salud pública. Trastornos hipertensivos del embarazo: guía de práctica clínica. [Internet]. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2013. Available from: [http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia\\_de\\_trastornos\\_hipertensivos.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf)
43. Sánchez-Ávila MT, Galván-Caudillo M, Cantú-Pompa JJ, Vázquez-Romero N, Martínez JP, Matías-Barrios VM, et al. Prevalencia de desgarro de alto grado en parto de adolescentes mexicanas. Colomb Médica. 2018;49:4.
44. Benítez González Y, Verdecia Ramírez M. Presentación de una paciente con desgarro perineal obstétrico. Correo Científico Méd. 2017 Jun;21(2):583–90.
45. Espinoza J, Vidaef A. ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstet Gynecol. 2019;133(1):1–25.
46. Kershenovich Gersson J, Ibarrola Buen AE, Von der Meden Alarcón JW, Vilchis Nava P. Ruptura uterina espontánea en el puerperio fisiológico tardío. An Méd Asoc Médica Cent Méd ABC. 2019 Jul 3;64(2):126–30.
47. Vlemminx MWC, de Lau H, Oei SG. Tocogram characteristics of uterine rupture: a systematic review. Arch Gynecol Obstet. 2017;295(1):17–26.
48. Aldo Solari A, Caterina Solari G, Alex Wash F, Marcos Guerrero G, Omar Enriquez G. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su

- prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2014 Nov 1;25(6):993–1003.
49. Duron GR, Bolaños MP, Munkel RL. Embolismo de líquido amniótico. 2018 Mar;1(1):11–22.
  50. Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Landoulsi S, Widmer M, Abdel-Aleem H, Festin M, et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet Lond Engl*. 2012 May 5;379(9827):1721–7.
  51. Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gülmezoglu AM. Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 13];(1). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008020.pub2/full/es>
  52. Martín EM, Galán PM, Tejedor JM, Ruiz DM, Llamazares LM. Manejo de la retención placentaria basado en la evidencia científica actual. *Metas Enferm*. 2013;16(6):2.
  53. Hutchison J, Hutchison J. Stages of Labor. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 [cited 2019 Jul 25]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>
  54. Castilla Marchena M, Donado Stefani C, Hijona Elósegui JJ, Jaraíz Cabanillas MVE, Santos Zunino MJ. ¿Conocemos los factores asociados al descenso de hemoglobina en el posparto? *Clínica E Investig En Ginecol Obstet*. 2015 Oct;42(4):165–70.
  55. Toppo M, Pal DK, Gour D, Melwani V, Khan A, Sethia S. Addressing Maternal Mortality in Selected Districts of Madhya Pradesh, India – A Human Rights-based Approach. *Indian J Community Med Off Publ Indian Assoc Prev Soc Med*. 2019;44(2):138–41.
  56. Bernaud-Bourrelier L, Ishaque U, Gabriel R. Alumbramiento normal, alumbramiento dirigido, hemorragias posparto. *EMC - Ginecol-Obstet*. 2017 Dec;53(4):1–14.
  57. Anderson JE. Complications of Labor and Delivery: Shoulder Dystocia. *Prim Care Clin Off Pract*. 2012 Mar;39(1):135–44.
  58. Walker KF, Thornton JG. Delivery at Term. *Clin Perinatol*. 2018 Jun;45(2):199–211.
  59. NHS Digital. Hospital Episode Statistics. NHS maternity statistics, 2010-2011. London: NHS Digital [Internet]. 2011. Available from: <https://digital.nhs.uk/about-nhs-digital/contact-us/freedom-of-information>

60. Crequit S, Korb D, Schmitz T, Morin C, Sibony O. Impact of maternal age on intrapartum caesarean delivery rate in nulliparas with spontaneous labour. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2019 Jun;48(6):407–11.
61. Quiñones JN, Gómez D, Hoffman MK, Ananth CV, Smulian JC, Skupski DW, et al. Length of the second stage of labor and preterm delivery risk in the subsequent pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Nov;219(5):467.e1-467.e8.
62. Jensen JR, White WM, Coddington CC. Maternal and Neonatal Complications of Elective Early-Term Deliveries. *Mayo Clin Proc.* 2013 Nov;88(11):1312–7.
63. Behrens JA, Greer DM, Kram JJF, Schmit E, Forgie MM, Salvo NP. Management of the third stage of labor in second-trimester deliveries: How long is too long? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019;232(1):22–9.
64. Casanova R, Beckmann CRB. Beckmann and Ling's obstetrics and gynecology. Eight edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019. 463 p.
65. Raposo MI, Cardoso M, Ormonde M, Stokreef S, Correia L, Pereira A. Obstetric Management of Delayed-Interval Delivery. *Case Rep Womens Health.* 2017 Oct;16:11–3.
66. Zipori Y, Grunwald O, Ginsberg Y, Beloosesky R, Weiner Z. The impact of extending the second stage of labor to prevent primary cesarean delivery on maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Feb;220(2):191.e1-191.e7.

### **7.2.5 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 5a ed. México, D.F: McGraw-Hill; 2010. 613 p.

Pineda EB, Alvarado EL de, Hernández de Canales F. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud: Organización Mundial de la Salud; 1994.

## ANEXOS

### Anexo 1 Formulario de recolección de los datos



### UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA Carrera de Medicina

#### Complicaciones durante la segunda y tercera etapa de labor de parto en pacientes obstétricas del Hospital Teófilo Dávila, período 2017-2018

Nombre: \_\_\_\_\_ HC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Formulario No \_\_\_\_\_

	Edad: _____ (años cumplidos)
<b>Estado civil:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero: _____</li> <li>• Casado: _____</li> <li>• Viudo: _____</li> <li>• Unión libre: _____</li> <li>• Divorciado: _____</li> </ul>	<b>Nivel de instrucción:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin estudios: _____</li> <li>• Primaria: _____</li> <li>• Secundaria: _____</li> <li>• Superior: _____</li> </ul>
<b>Ocupación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profesional: _____</li> <li>▪ Agricultor: _____</li> <li>▪ Comerciante: _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artesano: _____</li> <li>• QQDD: _____</li> <li>• Otros: _____</li> </ul>

<b>Semanas de Gestación</b> _____ <b>(semanas)</b>	<b>Complicaciones durante la gestación:</b> Infección de vías urinarias _____ Infecciones vaginales _____ Anemia _____ Amenaza de parto pretérmino _____ Diabetes gestacional _____ Preeclampsia-eclampsia _____ Placenta previa _____ Ruptura prematura membranas _____ Otras: _____ <hr style="border: 1px solid black;"/>
Número de gestas _____ Número de partos _____ Abortos _____ Número de controles prenatales _____	<b>Estado Nutricional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo peso _____</li> <li>• Peso normal _____</li> <li>• Sobrepeso _____</li> <li>• Obesidad _____</li> </ul>
<b>Tipo de parto</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eutócico _____</li> <li>• Distócico _____</li> </ul>	<b>Episiotomía</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si _____</li> <li>• No _____</li> </ul>

<p>Tipo de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espontáneo _____</li> <li>• Inducido _____</li> </ul> <p>Uso de misoprostol</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si _____</li> <li>• No _____</li> </ul> <p>Uso de oxitocina</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si _____</li> <li>• No _____</li> </ul>	<p>Uso de fórceps</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si _____</li> <li>• No _____</li> </ul> <p>Cesárea</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si _____</li> <li>• No _____</li> </ul>
---	--

<b>Partograma</b>	
Duración de cada etapa: 2da _____(min) 3ra _____(min)	
Duración de la labor de parto _____(horas)	
Tensión arterial: Llegada _____ / _____	Final _____ / _____
Frecuencia cardíaca: Llegada _____	Final _____
<b>Condiciones del producto</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sufrimiento fetal _____</li> <li>• Óbito _____</li> </ul>	

<b>Complicaciones durante la labor de parto</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia severa anteparto _____</li> <li>• Hemorragia intraparto _____</li> <li>• Desórdenes hipertensivos: preeclampsia, eclampsia. _____</li> <li>• Ruptura de membranas &gt;24 h _____</li> <li>• Otras: _____</li> </ul>
<b>Otras complicaciones</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desgarros _____</li> <li>• Infecciones _____</li> <li>• Desprendimiento placentario _____</li> <li>• Rotura uterina _____</li> <li>• Retención placentaria _____</li> <li>• Retención de restos placentarios _____</li> <li>• Otras: _____</li> </ul>

Fecha: \_\_\_\_\_

Observaciones:

---



---



---



---



---

## Anexo 2: Oficio de Bioética



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 29/5/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

### **CERTIFICA**

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado  
Complicaciones maternas durante la segunda y tercera etapa de labor de parto en  
pacientes obstétricas del Hospital Teófilo Dávila, período 2017 - 2018.

Trabajo de titulación realizado por Mónica Carolina Quezada Pardo

Código: Qu76ComME07

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carlos Flores Montesinos'.



**DR. CARLOS FLORES MONTESINOS**

**RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA**

### Anexo 3: Oficio de coordinación de investigación.



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 30 de mayo del 2019.

Señor Doctor  
Darío Gustavo Mora Bazantes  
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL TEOFILO DAVILA DE MACHALA  
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina MONICA CAROLINA QUEZADA PARDO con CI: 1105802076, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE LA SEGUNDA Y TERCERA ETAPA DE LABOR DE PARTO EN PACIENTES OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA, PERÍODO 2017 - 2018". La Investigación será dirigida por el Dr. Freddy Cárdenas Heredia, especialista en Ginecología y Obstetricia, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:

  
Dra. Karla Aspiazu H.  
Responsable del Criterio de Investigación  
Facultad de Medicina  
UCACUE

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
HOSPITAL GENERAL TEOFILO DAVILA  
SECRETARÍA GENERAL  
RECIBIDO POR:  
Nombre Hilda Macas  
Fecha 03-06-2019  
Hora 8:40 No. Hojas 1

Manual Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175  
[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)

## Anexo 4: Oficio de aceptación de docencia hospitalaria.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Coordinación Zonal 7 - Salud  
Hospital General Teófilo Dávila – Gestión de Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZ7-HTD-GDI-2019-0105-M

Machala, 04 de junio de 2019

**PARA:** Karla Aspiazu

Srta. Ing. Nelis Isabel Hurtado León  
Analista Responsable de Admisiones

**ASUNTO:** Universidad Católica de Cuenca solicita permiso para que la estudiante Monica Carolina Quezada Pardo, pueda recopilar información para trabajo de titulación

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ7-HTD-AUS-2019-1021-E, mediante el cual la Dra. Karla Aspiazu, Responsable del Criterio de Investigación de la Universidad Católica de Cuenca, solicita permiso para que la Srta. Monica Carolina Quezada Pardo, Interna Rotativa de Medicina de la misma Universidad, desarrolle su trabajo de titulación, denominado "COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE LA SEGUNDA Y TERCERA ETAPA EN LABOR DE PARTO EN PACIENTES OBSTETRICAS EN EL HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA, PERIODO 2017-2018".

En este sentido comunico que la presente investigación es de tipo descriptiva retrospectiva, no involucra el manejo de muestras biológicas, tampoco utiliza financiamiento de entidades públicas por lo cual consideramos factible se realice en nuestra institución.

Por lo tanto solicitamos muy comedidamente se brinde todas las facilidades a la investigadora para que pueda acceder a las historias clínicas y recopile la información necesaria para su investigación.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

### ANTECEDENTES

En respuesta al Documento No. s/n

Universidad Católica de Cuenca solicita permiso para que la estudiante Monica Carolina Quezada Pardo, pueda recopilar información para trabajo de titulación

Con sentimientos de distinguida consideración.

Boyacá y Buenavista esquina Machala – Ecuador  
Teléfono: 593 (2) 3701780 ext 7617 [www.htdeloro.gob.ec](http://www.htdeloro.gob.ec)



**Coordinación Zonal 7 - Salud  
Hospital General Teófilo Dávila – Gestión de Docencia e Investigación**

**Memorando Nro. MSP-CZ7-HTD-GDI-2019-0105-M**

**Machala, 04 de junio de 2019**

Atentamente,



**Dr. Rodrigo Moises Carrion**  
**COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

Referencias:

- MSP-CZ7-HTD-AUS-2019-1021-E

Anexos:

- tudiante\_monica\_carolina\_quezada\_pardo\_pueda\_recopilar\_información\_para\_trabajo\_de\_titulación.pdf

## Anexo 5: Consentimiento del Ministerio de Salud Pública.

### ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN MANEJADA POR SERVIDORES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

La Estudiante Interna de Medicina, Mónica Caroplina Quezada Pardo con cédula de identidad No 1105802076, que en adelante y para los efectos jurídicos del presente instrumento se denominará "EL SERVIDOR", de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad al tenor de las siguientes cláusulas:

#### CLÁUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES:

1. La Constitución de la República del Ecuador manda:

*"Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas: (...)*

*19. El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la Ley (...)*

*Art. 362.- (...) Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (...)"*

2. La Ley Orgánica del Servicio Público prescribe:

*Art. 22.- Deberes de las o los servidores públicos.- Son deberes de las y los servidores públicos: (...)*

*Custodiar y cuidar la documentación e información que, por razón de su empleo, cargo o comisión tenga bajo su responsabilidad e impedir o evitar su uso indebido, sustracción, ocultamiento o inutilización".*

3. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública ordena:

*"Art. 5.- Información Pública.- Se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta Ley, contenidos, creados u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producido con recursos del Estado.*

*Art. 6.- Información Confidencial.- Se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos personalísimos y fundamentales, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de la República.*

*El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación, dará lugar a las acciones legales pertinentes.*

*No podrá invocarse reserva, cuando se trate de investigaciones que realicen las autoridades, públicas competentes, sobre violaciones a derechos de las personas que se encuentren establecidos en la Constitución Política de la República, en las declaraciones, pactos, convenios, instrumentos internacionales y el ordenamiento jurídico interno. Se exceptiona el procedimiento establecido en las indagaciones previas (...)*”.

**4. El Código Integral Penal tipifica:**

*“Art. 179.- Revelación de secreto.- La persona que teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año”.*

5. “EL SERVIDOR”, en razón de la condición de Interno de Medicina que desempeña en el Ministerio de Salud Pública, puede tener acceso a información confidencial, cuya divulgación puede afectar a usuarios, pacientes, proveedores, en general a los administrados, e inclusive a la propia entidad, por lo que resulta indispensable precautelar el manejo adecuado y reservado de tal información.

**CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO:**

En virtud de las disposiciones legales invocadas en la cláusula anterior, “EL SERVIDOR” se compromete a guardar el debido sigilo y la reserva del caso respecto a la información y documentación que en razón de sus funciones maneja en el Ministerio de Salud Pública.

**CLÁUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES:**

“EL SERVIDOR” ha sido informado y acepta que en atención a la naturaleza de la información y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para el Ministerio de Salud Pública, mantendrá el sigilo de toda la información a la que por razones de sus actividades tendrá acceso.

“EL SERVIDOR” se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por cualquier medio, ya sea verbal o escrito, y en general, aprovecharse de la información y documentación que reposa en el Ministerio de Salud Pública, o utilizarla para fines ajenos a los objetivos y necesidades del Ministerio de Salud Pública.

**CLÁUSULA CUARTA.- SANCIONES:**

“EL SERVIDOR” se encuentra sometido a la normativa que regula el uso de información pública y confidencial, principalmente, queda advertido de las sanciones penales que para estos casos establece la legislación ecuatoriana.

"EL SERVIDOR" conoce que el incumplimiento de lo previsto en el presente Acuerdo será sancionado de conformidad con lo determinado en la Ley Orgánica del Servicio Público, en su Capítulo IV Del Régimen Disciplinario, sin perjuicio de las acciones penales respectivas.

**CLÁUSULA QUINTA.- DECLARACIÓN:**

"EL SERVIDOR" declara conocer la información que se maneja en esta Cartera de Estado y expresa que utilizará dicha información únicamente para los fines para los cuales se le ha permitido acceso a la misma, debiendo mantener dichos datos de manera reservada, en virtud de la protección de que goza la misma, de conformidad con la legislación vigente.


"EL SERVIDOR" declara además, conocer la normativa que regula la confidencialidad de la documentación, en especial las previsiones de la Constitución de la República del Ecuador, de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de la Ley Orgánica del Servicio Público y del Código Orgánico Integral Penal.

**CLÁUSULA SEXTA.- VIGENCIA:**

Los compromisos establecidos en el presente Acuerdo de Confidencialidad se mantendrán vigentes desde el día martes 04 al 30 de junio del 2019.

**CLÁUSULA SÉPTIMA.- ACEPTACIÓN:**

"EL SERVIDOR" acepta el contenido de todas y cada una de las cláusulas del presente Acuerdo y en consecuencia se compromete a cumplirlas en toda su extensión, en fe de lo cual y para los fines legales correspondientes, lo firma en dos ejemplares del mismo tenor y efecto, en la ciudad de Machala, Provincia de El Oro, el 04 de junio del 2019.

  
Mónica Carolina Quezada Pardo

C.I.1105802076

Hospital General "TEÓFILO DAVILA"  
GESTIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

**RECIBIDO**

Fecha: 04-06-19 Hora: 16:00H

Firma: 



**Anexo 6: Encuesta llena.**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
Carrera de Medicina

**Complicaciones durante la segunda y tercera etapa de labor de parto en  
pacientes obstétricas del Hospital Teófilo Dávila, periodo 2017-2018**

Nombre: \_\_\_\_\_ HC: 439658  
Formulario No 1

	Edad <u>18</u> (años cumplidos)
<b>Estado civil:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero: _____</li> <li>• Casado: _____</li> <li>• Viudo: _____</li> <li>• Unión Libre: <u>X</u></li> <li>• Divorciado: _____</li> </ul>	<b>Nivel de instrucción</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin estudios: _____</li> <li>• Primaria: <u>X</u></li> <li>• Secundaria: _____</li> <li>• Superior: _____</li> </ul>
<b>Ocupación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesional: _____</li> <li>• Agricultor: _____</li> <li>• Comerciante: _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artesano: _____</li> <li>• QQQD: <u>X</u></li> <li>• Otros: _____</li> </ul>

Semanas de Gestación <u>34</u> (semanas)	Complicaciones durante la gestación
	Infección de vías urinarias _____ Infecciones vaginales _____ Anemia <u>X</u> Amenaza de parto pretérmino _____ Diabetes gestacional _____ Preeclampsia-eclampsia _____ Placenta previa _____ Ruptura prematura membranas _____ Otras _____
Número de gestas <u>0</u> Número de partos <u>0</u> Abortos <u>0</u> Número de controles prenatales <u>10</u>	Estado Nutricional: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo peso: _____</li> <li>• Peso normal: <u>X</u></li> <li>• Sobrepeso: _____</li> <li>• Obesidad: _____</li> </ul>
Tipo de parto <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eutócico <u>X</u></li> <li>• Distócico: _____</li> </ul>	Episiotomía <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si <u>X</u></li> <li>• No: _____</li> </ul>
Tipo de parto <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espontáneo <u>X</u></li> <li>• Inducido: _____</li> </ul>	Uso de fórceps <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si: _____</li> <li>• No: <u>X</u></li> </ul>

Uso de misoprostol • Si <input type="checkbox"/> • No <input checked="" type="checkbox"/>	Cesárea • Si <input type="checkbox"/> • No <input checked="" type="checkbox"/>
Uso de oxitocina • Si <input type="checkbox"/> • No <input checked="" type="checkbox"/>	

<b>Partograma</b>	
Duración de cada etapa: 2da <u>3</u> (min) 3ra <u>5</u> (min)	
Duración de la labor de parto <u>10</u> (horas)	
Tensión arterial: Llegada <u>110 / 60</u>	Final <u>100 / 60</u>
Frecuencia cardíaca: Llegada <u>90</u>	Final <u>70</u>
<b>Condiciones del producto</b>	
• Sufrimiento fetal <input type="checkbox"/> • Óbito <input type="checkbox"/>	

<b>Complicaciones durante la labor de parto</b>	
• Hemorragia severa anteparto <input type="checkbox"/> • Hemorragia intraparto <input type="checkbox"/> • Desórdenes hipertensivos: preeclampsia, eclampsia <input type="checkbox"/> • Ruptura de membranas >24 h <input type="checkbox"/> • Otras: _____	
<b>Otras complicaciones</b>	
• Desgarros <input type="checkbox"/> • Infecciones <input type="checkbox"/> • Desprendimiento placentario <input type="checkbox"/> • Rotura uterina <input type="checkbox"/> • Retención placentaria <input type="checkbox"/> • Retención de restos placentarios <input type="checkbox"/> • Otras: _____	

Fecha: \_\_\_\_\_

Observaciones:

---



---



---



---

## Anexo 7: Informe antiplagio.

# INFORME FINAL DE TITULACION MONICA CAROLINA QUEZADA PARDO

## INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE  
INTERNET

1%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

## ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

1%

★ [www.scribd.com](http://www.scribd.com)

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 30 words

Excluir bibliografía

Activo

## Anexo 8: Autorización de pares revisores.



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

### Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema:	Complicaciones maternas durante la segunda y tercera etapa de labor de parto en pacientes obstétricos del Hospital Teófilo Dávalos, periodo 2017-2018
Nombre del estudiante:	Brta. Monica Carolina Acevedo Perdo
Director:	Dr. Freddy Calderon Merodis
Nombre de par revisor:	Dr. Esteban Padron M.

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	X			1 /1
Redacción Científica	X			1 /1
Pensamiento crítico	X			1 /1
Marco teórico	X			1 /1
Anexos	X			1 /1
Total	5			5 /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

\* Marcar con una x lo que corresponda

#### Observaciones y recomendaciones:

---



---



---



---

Dr. Esteban Padron M.  
Médico Ginecólogo  
Libro 3 "B" Folio 17 Nº 50

Firma y sello de responsable

Monica Acevedo P.

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)





**Rubrica 5 Pares Revisores**

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afin al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formaran parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Complicaciones maternas durante la segunda y tercera etapa de labor de parto en pacientes obstétricas del Hospital Teófilo Dávila, periodo 2017-2018

Nombre del estudiante: Alfonsa Carolina Quevedo Pardo.

Director: Dr. Freddy Cardenas

Nombre de par revisor: Dr. Lasso Mejía.

PROCESO	EVALUACIÓN			Calificación
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	
Estructura de tesis	X			1
Redacción Científica	X			1
Pensamiento crítico	X			1
Marco teórico	X			1
Anexos	X			1
Total				5 / 5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

\* Marcar con una x lo que corresponda

**Observaciones y recomendaciones:**

---



---



---

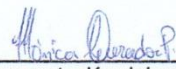


---



---

  
Firma y sello de responsable

  
Firma de aceptación del estudiante



**Anexo 10: Rubrica de dirección de carrera.**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
 COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

**Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina**

Tema: *Complicaciones maternas durante la segunda y tercera etapa de labor de parto en pacientes obstetricas del Hospital Teófilo Dávila, periodo 2017-2018*

Nombre del estudiante: *Mónica Carolina Querada Pardo*

Nombre del responsable de la calificación

Director: *Dr. Freddy Cardenas*

Asesor: *Dr. Carlos Aracelo*

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	/			/	
Redacción Científica	/			/	
Pensamiento crítico	/			/	
Marco teórico	/			/	
Anexos	/			/	

\* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

\* Marcar con una x lo que corresponda

**Observaciones y recomendaciones:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

  
 UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
**DR. FREDDY CÁRDENAS I.**  
 DIRECTOR DE CARRERA DE MEDICINA

**Firma y sello del Director o Representante de Dirección de la Carrera de Medicina**

*Monica Querada P.*  
 \_\_\_\_\_

**Firma de aceptación del estudiante**

Manuel Vega y Pio Bravo  
 Teléfonos: 830752 – 4123175  
[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)