

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA.**  
**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR.**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**TRABAJO DE TITULACION PREVIA LA OBTENCION DE TITULO  
DE MEDICO.**

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A  
DISTOCIAS, EN PACIENTES ATENDIDAS HOSPITAL AIDA LEÓN  
DE RODRÍGUEZ LARA, DESDE NOVIEMBRE DEL 2016 A MAYO  
DEL 2017.GIRON”.**

**AUTOR:**

**FRANCISCO DAVID LOPEZ PRADO.**

**DIRECTOR:**

**DR. CRISTIAN CORDERO JARAMILLO.**

**CUENCA – ECUADOR.**

**2017**



## INDICE:

### Contenido

INDICE: .....	2
RESUMEN.....	6
ABSTRACT .....	7
CAPITULO I.....	8
1. INTRODUCCIÓN .....	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	10
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	10
CAPITULO II.....	12
2. FUNDAMENTO TEÓRICO .....	12
2.1 ANTECEDENTES.....	12
2.2 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS.....	13
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	20
2.4. HIPÓTESIS.....	22
CAPITULO III.....	23
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN. ....	23
3.1 OBJETIVO GENERAL: .....	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	23
CAPITULO IV .....	24
4. DISEÑO METODOLÓGICO .....	24
4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....	24
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	25
4.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN.....	25
4.5 - PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS.....	26
4.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES .....	26
CAPITULO V .....	29
5. RESULTADOS.....	29
5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO.....	29
5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	29
CAPITULO VI .....	36



6. DISCUSIÓN .....	36
6.1. Características sociodemográficas.....	36
CAPITULO VII .....	41
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA.....	41
7.1 CONCLUSIONES .....	41
7.2 RECOMENDACIONES .....	42
7.3 BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS.....	47
Anexo No 1 Código de Bioética.....	47
Anexo No 2 Permiso de la institución de estudio.....	48
Anexo No 3 Consentimiento de confidencialidad.....	49
Anexo No 4 .Modelo de encuesta.....	50
Anexo No 5 Recibo de anti plagió .....	52
Anexo No 6 Oficio del director de la tesis .....	53
Anexo No 7 Oficio derecho de autor.....	54



## **AGRADECIMIENTO.**

Mi agradecimiento va dirigido en primer lugar a Dios por bendecirme para llegar hasta esta etapa de mi vida, porque hiciste realidad este sueño anhelado. A mis padres y mi hermana que con arduo empeño y apoyo incondicional estuvieron presentes durante toda la trayectoria de formación académica. A mi director de tesis, Dr. Cristian Cordero Jaramillo por su esfuerzo dedicación, quien, con sus Conocimientos, experiencia, paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mi tesis con éxito También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda nuestra carrera profesional, porque todos han aportado con sus conocimientos para mi formación.



## **DEDICATORIA**

La presente tesis la dedico a Dios, ya que, gracias a él, he podido concluir mi carrera. A mis padres, por haberme forjado como la persona que soy; este logro se los debo a ustedes. Me formaron con reglas y con libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos y nunca darme por vencido.

A mi ángel guardián que, desde el cielo me cuida y me guía por el camino del bien mis abuelitos Margarita y Manuel que estarían muy orgulloso de mi. Y de manera especial a mis abuelos Francisco y Diana por el apoyo que me han brindado en todo momento.



## RESUMEN

**Antecedentes:** los estudios realizados en Ecuador arrojan menos de un 15% de prevalencia de distocias mecánicas. Siendo los factores de riesgo más frecuentes los materno-fetales, seguidos de los maternos y los obstétricos.

**Objetivo general:** determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados de distocias en gestantes del Hospital Aida León de Girón, noviembre 2016 - mayo 2017.

**Metodología:** estudio descriptivo prospectivo de corte transversal, con 191 pacientes gestantes que acudieron a la atención del parto, del servicio de Obstetricia del Hospital Aida León de Girón desde noviembre 2016 a mayo 2017. Se empleó SPSS v19.0, utilizándose variables cuantitativas y cualitativas categorizadas, mostradas a través de frecuencias y porcentajes. Se utilizó ODDS ratio y Chi cuadrado.

**Resultados:** la edad promedio de las pacientes fue de  $25,16 \pm 6,57$  años, predominando las de 20 a 35 años, el 46,5% tiene primaria terminada. Predominan las casadas y en zonas rurales. La prevalencia de distocia fue de **37,2%**. No recibir consejería preparto, y la distancia entre las gestas fueron los factores de riesgo estadísticamente significativos, están más en riesgo las gestantes, con antecedentes de complicaciones de parto anteriores, las grandes multíparas y las que les realizan pocos controles perinatales.

**Conclusiones:** la prevalencia de distocias en la población estudiada fue alta, casi un 40% y los factores de riesgo principales son: no recibir consejería preparto, la distancia entre las gestas y los antecedentes de complicaciones de parto anteriores.

**Palabras clave:** FACTORES DE RIESGO, PREVALENCIA, DISTOCIA, CESÁREA, TRABAJO DE PARTO.



## ABSTRACT

**Background:** the education accomplished in Ecuador throw less than 15 % of prevalence of mechanical dystocias. Being the most frequent risk factors the maternal fetal, followed of the maternal and the obstetricians.

**General objective:** determining prevalence and risk factors correlated of dystocias in pregnant women of the Hospital Aida León of Girón, November 2016 - May 2017.

**Methodology:** descriptive prospective study of crosscut, with 191 pregnant patients that attended for the attention of the childbirth, of the service of Obstetric of the Hospital Aida León of Girón from the first one from November 2016 to the thirty-one one belonging to May 2017 Version 19.0 used SPSS itself, being used quantitative and qualitative variables categorized, shown through frequencies and percentages. ODDS ratio and Chi-Square were used.

**Results:** The mean age of the patients was of 25.16 6.57 years, predominating the ones of 20 to 35 years, the 46.5 % has finished primary school. Married women predominate and in back countries. The prevalence of dystocia belonged to **37.2 %**. Not receiving local ministry peripartum, and separates her between the heroic deeds they were the statistically significant risk factors, the pregnant women, with background of complications of childbirth previous, the big multiparouses and the ones that accomplish few perinatal controls for them are more at-risk.

**Findings:** The prevalence of dystocias in the studied population was high, a 40 % and the main risk factors are almost: Not receiving local ministry prepartum, the distance between the heroic deeds and the background of complications of childbirth previous.

**Key words:** RISK FACTORS, PREVALENCE, DYSTOCIA, CAESAREAN SECTION, PARTURITION WORK.



## CAPITULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

El embarazo es una de las fases naturales de la vida reproductiva de la mujer. La misma se considera un proceso biológico, psicológico y social, de inmensa trascendencia que, a su vez, amerita cuidados especiales. En el ámbito médico, la atención a la mujer embarazada y su descendencia constituye un sector especializado que tiene que ver con el cuidado prenatal, perinatal y posnatal (1)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que se dan alrededor de medio millón de muertes maternas anualmente a nivel global. De éstos, un 8% se debe al trabajo de parto obstruido (1)

Las distocias hacen referencia a todas las causas que pueden alterar un parto fisiológico, constituyendo uno de los principales objetos de estudio, y atención en la práctica ginecológica y obstétrica, debido a que comprometen la vida de la madre, y el feto de manera simultánea (1).

Según la literatura médica, las distocias son la causa más frecuente de cesáreas, pues conceptualmente involucran la incapacidad para realizar parto vaginal. Visto así, las distocias acarrear un riesgo inherente de mayor morbilidad materno infantil, al igual que mayores gastos económicos directos e indirectos, asociados a cuidados médicos rutinarios y complicaciones (1)

Distocia significa literalmente parto difícil. Las razones son maternas, fetales y de los anexos fetales. Comúnmente, el trabajo de parto anormal es usual cada vez que exista desproporción entre presentación y conducto del parto (1)

Los estudios realizados en Ecuador arrojan menos de un 15% de prevalencia de distocias mecánicas. Siendo los factores de riesgo más frecuentes los materno-fetales, seguidos de los maternos y los obstétricos (1).





## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Se sostiene que el andar erguido fue algo que provocó, entre otras cosas, con el curso de la evolución humana problemas a la hora del parto. En los diferentes estudios se ha constatado que las distocias son la causa más común de cesárea, en muchas ocasiones debido a que el feto está incapacitado para pasar por la pelvis materna. No obstante, esto, hay situaciones en donde al mejorar la fuerza de contracción uterina o usar un instrumento para facilitar la salida, podría evadir la extracción del feto por vía abdominal sin acrecentar su morbi-mortalidad (2).

Según fuentes, en los Estados Unidos entre un 25-30% de los partos son por cesárea, representando la distocia dinámica un 60%. Un estudio limeño del año 2015 analizó factores asociados a Distocias, reportando 131 casos de una población original de 2436 gestantes (3). Mostraron que los factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto fueron: cuando la talla es menor a los 1.45 m, el peso menor a 45kg, el IMC inconveniente, periodo intergenésico inadecuado (< 2 o >4 años), anemia, RCIU, preeclampsia severa y bajo peso al nacer (1).

En su estudio Medina Huiza una tesis en Perú mostró un 2,2% de prevalencia de distocia dinámica en un total de 312 partos por cesárea (4).

En una investigación realizada en nuestro país, Calvas de la Universidad Nacional de Loja, identificó un 1.5% de prevalencia de distocias dinámicas del trabajo de parto de un total de 99 cesáreas por causas obstétricas de un total mayor de 464 cesáreas (5).

En un estudio comparativo de prevalencias de cesáreas en dos hospitales de Cuenca, las prevalencias de distocias dinámicas mostraron cifras de 3,5% y 13,9% en los Hospitales Vicente Corral Moscoso y Homero Castanier, respectivamente, de un total de 3622 mujeres intervenidas de cesárea (6).



Otro análisis en Cuenca, en el año 2010 en el Hospital José Carrasco Arteaga, recopiló 353 historias clínicas de partos por cesáreas identificándose 5 distocias dinámicas para un 1,42% (7).

Astudillo y cols en una investigación similar en la misma ciudad en 2012 se identificaron 11 casos de distocia de un total de 90 mujeres sometidas a cesáreas para un 12,2% (8).

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia de distocias obstétricas en la población entre 15 a 45 años de gestantes que son atendidas en el área de obstétrica del hospital Aida León de Rodríguez Lara, entre noviembre del 2016 y mayo 2017? ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a distocias en esta población?

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El parto y el periodo posparto inmediato se reconocen como momentos de especial vulnerabilidad para la madre y el recién nacido. Mundialmente las cifras de muerte en mujeres por complicaciones de la gestación y parto se estiman alrededor de 350.000, esto constituye la causa número uno en mujeres entre los 15 y 49 años de edad. Se estima también que en las primeras 24 h después del parto suceden hasta el 45% de los fallecimientos maternas (9).

Los datos de prevalencia de distocias dinámicas varían entre zonas geográficas y como se ha podido observar, existen escasos estudios independientes de prevalencia de las mismas. Los datos de prevalencia son secundarios, casi siempre dependientes de estudios de prevalencia de cesáreas o abortos.

Se espera con esta tesis poder estimar datos estadísticos y mostrar información actualizada sobre distocias, para que al finalizar se elabore conclusiones y recomendaciones que permitan aconsejar a las gestantes sobre la importancia de las consultas previas al parto, entre otras.



El seguimiento ginecológico preparto requiere de mucha atención, por la importancia sobre la salud de la madre y el bebé. Por lo que, conocer la prevalencia de distocias en la población estudiada y sus factores de riesgo asociados, permitirá crear recomendaciones que permita disminuir la morbi-mortalidad materna y fetal.

A partir de los resultados obtenidos en nuestra investigación se obtendrá información importante en lo que respecta a distocias y sus factores de riesgo asociados, más predominantes en nuestra comunidad.

Los resultados en esta tesis arrojarán información sobre un tema tratado casi siempre de soslayo en la literatura médica. La información que se recopile de análisis documental o entrevistas, será abierta a todo personal académico y no académico que desee darle uso útil para futuros análisis y comparaciones. Se podrá usar libremente en el ámbito médico en general.



## CAPITULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES

De los estudios más importantes en distocia, en los recientes años, se pueden tomar en cuenta los realizados por Tarrats y Cabrera en donde se analizó el cérvix rígido y su prevalencia en el proceso de parto. Se investigó a un total de 1500 gestantes tomándose una muestra final de 232 en un período de cuatro meses entre septiembre y diciembre del año 2012 (10)

Un análisis iraní del año 2014, Akhlaghdoust et al, investigaron a un total de 210 embarazadas entre enero del 2000 y diciembre del 2002 (11).

Li, Li, Chang y Liu analizaron en China a un total de 7811 casos de gestantes entre los años enero 2009 a diciembre 2013, encontrando apenas 11 casos de distocia (12).

En Rwanda los casos de distocia alcanzaron un 5,4% en el artículo de Semasaka con publicación en el año 2017 y en donde se tomó una muestra de 817 gestantes en Kigali, provincia al norte del país del este de África (13)

En la universidad de Oslo, Noruega, Overland estudió a 554 773 partos analizando finalmente a un total de 2745 casos de distocia. La tesis fue realizada en el Akershus University Hospital en el año 2014 (14).

Otro estudio nórdico, de Thompsen y cols (año 2014), con carácter retrospectivo analizó a mujeres nulíparas entre 1992 y 2010 totalizando 29465 en total (15).

Guillén Ortiz en Trujillo, Perú, realizó un estudio de tipo observacional y retrospectivo a un total de 246 gestantes a término y los dividió en grupos de con y sin distocia de hombro. El análisis arrojó una frecuencia del 25% de distocia de hombro (16)

Una tesis en Lima analizó a 262 gestantes de un total de 2436 identificándose un total de 131 casos de distocia siendo una prevalencia bastante alta (1)



En Quito se realizó una investigación para medir incidencia de traumatismos obstétricos relacionados con dificultades en el parto. La autora, Daniela Llimiquinga, definió una muestra que analizó de 108 pacientes en el año 2012 (17).

Jaramillo Moreno y Jaramillo Chica, en Cuenca en el 2016, analizaron a un total de 593 casos encontrando cifras de prevalencia de hasta un 21% concluyendo que es una cifra elevada en comparación con otros estudios (18)

## **2.2 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS**

Distocia quiere decir de manera literal parto complicado. Esto es posible por causas maternas, causas fetales y causas de los anexos fetales. En general, el trabajo de parto anormal es habitual siempre cada vez que exista desproporción entre la presentación y el conducto del parto (1).

La contractibilidad uterina inadecuada se denomina distocia disfuncional o dinámica. La distocia dinámica puede ser de tipo cuantitativo o cualitativo. A su turno, las distocias de tipo cuantitativo pueden ser por aumento de la actividad uterina (hiperdinamias) o por disminución de la actividad uterina (hipodinamias) (19)

Distocia es el antónimo de la palabra griega eutocia que significa parto normal. Visto así, todas las causas que trastornen el mecanismo normal del parto se generalizaran o caen bajo esta misma terminología. Las distocias se clasifican para su estudio en: distocia por anomalías fetales, por anomalías de las fuerzas expulsivas y por anomalías del canal del parto (20).

Las distocias son la causa más común de cesárea, entre otras cosas, porque el feto no puede pasar a través de la pelvis materna; no obstante, existen condiciones en las que, al perfeccionar la fuerza de contracción uterina, se puede impedir la extracción del feto por vía abdominal sin aumentar su morbi-mortalidad (2)

Se denomina «posición fetal» a la relación existente entre el punto de referencia de la cabeza fetal y la mitad izquierda o derecha de la pelvis materna. En la



presentación de vértice, la más frecuente, este punto es la fontanela menor o lambda. Esta fontanela indica la situación del hueso occipital en el canal del parto. La posición óptima de la cabeza fetal durante el parto se produce cuando la parte posterior de la cabeza (hueso occipital u occipucio) se sitúa frente a la parte anterior de la pelvis de la madre (21).

Las distocias dinámicas son aquéllas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y/o el descenso de la presentación. La dinámica uterina se mide por diferentes parámetros que son (22):

- Frecuencia: es el número de contracciones que aparecen en un periodo de 10 minutos. Lo normal es de 3-5 cada 10 minutos.
- Intensidad: se mide en mmHg y compara la diferencia de presión desde el tono basal hasta el punto más alto de la contracción. Lo aceptado es de 30 a 50 mmHg.
- Duración: es el tiempo transcurrido desde que se inicia la contracción hasta que recupera el tono basal existente antes de su inicio. Lo normal es entre 30 y 90 segundos.
- Tono basal: es la presión intrauterina existente en un útero en reposo, entre dos contracciones. Esta oscila entre 8 y 12 mmHg.

Otro mecanismo de medición es por Unidades Montevideo (UM) que significa el número resultante de una multiplicación del número de contracciones en 10 minutos multiplicado por su intensidad. Al comenzar el parto se cuantifica una actividad uterina de 80 a 120 uM. Son suficientes 200 uM para una adecuada progresión del parto. Por lo general no suelen sobrepasar las 250 uM en un parto no estimulado. Las contracciones uterinas se pueden evaluar según diferentes medios (22):

- Palpación manual: es palpable cuando se alcanzan los 20 mmHg, y a partir de 30 mmHg el endurecimiento del útero es importante, así como la percepción de dolor por parte de la paciente. Cuando se alcanzan los 40 mmHg el útero adquiere una consistencia leñosa.



- Tocografía externa: es un método no invasivo, pero no es capaz de medir el tono basal uterino ni la intensidad real de las contracciones. Produciéndose artefactos durante el registro por movimientos fetales y maternos.
- Tocografía interna: obtiene registros de alta calidad, permitiendo la medición de todos los parámetros de la contracción. Sin embargo, se trata de un método invasivo sólo útil intraparto con dilatación suficiente como para poder introducir el catéter y con la bolsa rota, teniendo en cuenta que la técnica puede producir complicaciones.

## **CLASIFICACIÓN**

### **Causa materna**

Distocia de la contractilidad uterina: aquéllas elaboradas tras la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para alcanzar la dilatación cervical y/o el descenso de la presentación. Visto así, interfieren en la progresión común del parto incluso a veces, producen deterioro del bienestar fetal (20)

Las Distocias Dinámicas suelen clasificarse en:

#### a) Hipodinamias (anomalías por defecto) (23):

- Hiposistolias: contracciones de menos de 25 a 30 mm Hg de intensidad.
- Bradisistolias: menos de dos contracciones en 10 minutos.
- Hipotonías: menos de 8 mm Hg de tono de basal.

#### b) Hiperdinamias (anomalías por exceso) (23):

- Hipersistolias: contracciones de más de 60 mm Hg de intensidad.
- Taquisistolias: más de 5 contracciones en 10 minutos.
- Hipertonía: tono basal superior a 12 mm Hg.
- Polisistolias: Onda uterina anómala, en la que se producen 2 o más picos, o dos contracciones yuxtapuestas.

Etiopatogenia de las hipodinamias

- Hipodinamias primarias



Minimizan la contractilidad y excitabilidad miometrial. Se considera un útero peculiarmente vago que origina una dinámica hipoactiva de bajo tono basal constante. Por lo general se retrasa el inicio o fase prodrómica (23).

Por disminución de la contractilidad y excitabilidad miometrial (23):

- Malformaciones uterinas: útero bicorne, doble
- Miomas y adenomiosis.
- Primíparas añosas, grandes múltiparas.
- Inducción inadecuada.
- Espasmolisis y analgesia precoz.
- Excesiva distensión de la fibra muscular uterina (gestación múltiple, polihidramnios.)

Por disminución del estímulo contráctil (23):

- Disminución de la síntesis de prostaglandinas a nivel del miometrio y decidua.
  - Insuficiente compresión del cuello uterino (fracaso del reflejo de Ferguson-Harris): presentaciones fetales muy altas, situaciones fetales anómalas.
  - De forma controvertida y poco concluyente se habla de partos prolongados en mujeres con diabetes insípida o con destrucciones hipotalámicas en las que la secreción oxitócica estaría disminuida.
- Hipodinamias secundarias

Se producen en la fase activa del parto, posterior a la dilatación de más de 4c, del cuello uterino. Es el resultado final de un período de lucha contráctil (agotamiento uterino) contra un obstáculo. Están precedidas pues de una dinámica normal o hiperdinamia. Se trata en este caso de tumores previos, situaciones fetales anómalas abandonadas y desproporción pelvicocefálica(23).

### **DISTOCIA DEL CANAL PELVIGENITAL.**

Son las distocias que sobrevienen una vez la perturbación del mecanismo del parto se debe a una perturbación del tamaño, forma o inclinación de la pelvis ósea:





a) Distocias óseas: se refiere a las alteraciones de la pelvis en su tamaño, forma o inclinación, que clínicamente pueden ocasionar un parto lento o una progresión anómala que termine por provocar una desproporción pélvico- cefálica en una paciente con buena dinámica (1)

b) Distocia de partes blandas: El canal blando del parto se define como el conjunto de aquellas estructuras músculo-aponeuróticas y órganos blandos que han de permitir el paso del cilindro fetal durante el parto. Está formado por cérvix, vagina, vulva y periné, y una alteración en cualquiera de ellos o incluso la compresión extrínseca de los mismos puede originar una distocia(1)

### **DISTOCIA DE CAUSA FETAL - OVULAR**

Se considera que el feto, como elemento del huevo, perturba al parto de la siguiente manera (1):

1. Presentaciones cefálicas deflexionadas: en el inicio del parto, el mentón se acerca al tórax en casi la totalidad de los casos. En apenas el 5% de los partos dicho movimiento flexivo no se produce quedando la cabeza indiferente durante el parto adoptando una actitud de deflexión, alejando o acercando el mentón más o menos al tórax.

#### **Presentación pelviana:**

Una vez que el polo caudal del feto se relaciona directamente con el estrecho superior. El polo pelviano, en dependencia de su actitud, se presenta con dos modalidades: las pelvianas completas y las incompletas y la modalidad de nalgas. Esto ocurre en entre un 3 y el 4% de los partos, considerándose la más frecuente después de la cefálica (1)

#### **Distocia por anomalías de posición(24):**

a) Posición fetal en occipito-posterior: El mecanismo de parto normal puede incluir el encajamiento fetal en OIIP (Occipito Iliaca Izquierda Posterior) u OIDP (Occipito Iliaca Derecha Posterior). Se plantea que el feto debe realizar una rotación de 135° hasta situarse en occipito-púbica para su desprendimiento.



b) Transversa baja: occipito transversa. Cuando se realiza el encajamiento de la cabeza fetal, no se provoca la rotación interna a occipito-púbica, ya sea desde una posición occipito-sacra, y se realiza una rotación a occipito-transversa sin proseguir a occipitopúbica.

**Distocia de hombros:** se considera al enclavamiento de hombros después de la salida o parto de la cabeza. Todo esto sin que se logre el desprendimiento del hombro anterior con la maniobra normal de flexión o tracción de la cabeza (24)

Según Williams se pueden clasificar en desde el punto de vista mecánico en tres categorías(25):

a) las que comprenden anomalías de la *fuerza* (contractilidad uterina y esfuerzo expulsivo materno): es cuando las contracciones uterinas carecen de suficiente intensidad o coordinación como para borrar y dilatar el cuello uterino (disfunción uterina). Pero también porque los esfuerzos de los músculos voluntarios maternos se encuentran alterados durante la segunda fase del trabajo de parto

b) las del producto(feto): puede haber anomalías fetales de la presentación, la posición o el desarrollo que disminuyen la velocidad del trabajo de parto

c) del conducto (pelvis): las anomalías de la pelvis ósea materna crean una pelvis estrecha.

## **Factores de riesgo**

La literatura divide los factores de riesgo en (26):

- Maternos
- Materno-fetales
- Obstétricos
- Otros factores

## **Maternos**

Dentro de ellas se encuentran las enfermedades maternas, las propias de la gestación, las coincidentes con la gestación y que no dependan de ellas, las



anteriores a la gestación, las provocadas por el canal de parto, congénitas de la pelvis, adquiridas de la pelvis, congénitas o adquiridas del canal blando, entre otras (27)

## **Fetales**

Dentro de las alteraciones anatómicas del feto por malformaciones congénitas. Presentaciones anómalas del feto, Malformación y sufrimiento fetal.

## **Materno-fetales**

Dentro de las maternos-fetales se encuentran:

Óbito fetal: acontece antes de la expulsión o extracción completa de su madre de un producto de la concepción, con independencia de la duración del embarazo (28).

Mortinato: ocurre cuando muere en el útero durante las últimas 20 semanas del embarazo. Un aborto espontáneo es la pérdida fetal en la primera mitad del embarazo (29)

Riesgo de Transmisión vertical: son todas aquellas infecciones que transmite la madre al feto/recién nacido durante los procesos inherentes a la maternidad (embarazo, parto y lactancia) por lo que no se deben excluir algunas infecciones que se transmiten después de haber terminado el proceso del parto. (30)

Preeclampsia: es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo que se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación (31)

Eclampsia: se presenta después de la preeclampsia, una complicación del embarazo en la cual una mujer presenta hipertensión arterial entre otros. Es el comienzo de crisis epilépticas en una mujer embarazada con preeclampsia. Estas convulsiones no están relacionadas con una afección cerebral preexistente (32).



Los factores obstétricos suelen ser la:

- 1) Desproporción cefalopélvica
- 2) Placenta previa oclusiva o parcial
- 3) Desprendimiento prematuro de placenta
- 4) Prolapso del cordón umbilical
- 5) Ruptura prematura de membranas.

Otros factores son el Período intergesta muy cortos o prolongados, no gestas previas, pocos controles perinatales, falta de consejería preparto y los antecedentes de complicaciones de partos previos.

### **2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**



**Hipoxemia:** es la contracción de O<sub>2</sub> en la sangre (33)

**Hipercapnia:** aumento del CO<sub>2</sub> a nivel sanguíneo(33)

**Hipoxia:** es la disminución de ingreso de oxígeno en tejidos (33)

**Hiperdinamia:** es la intensidad de las contracciones superiores a 50mmg de mercurio. Se estima normal o algo mayor a 5 contracciones en 10 minutos (taqui o polisistolia) (33)

**Hipodinamia:** se trata de una baja intensidad, contracciones espaciadas y disminución del tono uterino, a través por ende se produce una disminución, en el flujo útero placentario, que puede conllevar a un sufrimiento fetal agudo (34)

**Factor de riesgo:** característica o circunstancia determinable de una persona o un grupo de personas que según los conocimientos que se poseen, asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso (34).

**Pelvis ginecoide:** distinguida por tener un estrecho superior redondeado, el diámetro transversal máximo está más o menos en la mitad del conjugado verdadero. El arco subpúbico es mayor de 85° y las paredes de esta pelvis no convergen y las espaldas ciáticas no son prominentes (35)

**Pelvis androide:** en el estrecho superior la parte anterior es angosta y puntiaguda. El diámetro transversal máximo intercepta al conjugado verdadero más cerca del sacro, de modo que la superficie del segmento posterior es mayor que la del segmento anterior (35)

**Control prenatal:** conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal(27).

**Posición Litotómica:** la mujer se tiende en una camilla de respaldo regulable, de manera que su cabeza permanezca más elevada que el resto del cuerpo, apoyando las piernas en sostenes especiales que las mantienen separadas y elevadas. Es la posición adoptada en las exploraciones ginecológicas, que no resulta natural para la parturienta, pero en cambio es cómoda para la matrona y el médico(27).



## 2.4. HIPÓTESIS

La prevalencia de distocias en la población estudiada es mayor al 30% y los principales factores asociados a la misma son: los antecedentes de complicaciones de parto anteriores, la edad y ser nulíparas.



## CAPITULO III

### 3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados de distocias en gestantes del Hospital Aida León de Girón noviembre 2016 mayo 2017.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar sociodemográficamente a las gestantes.
- Determinar la prevalencia de distocias en las gestantes que acudieron al Hospital Aida León de Girón noviembre 2016 mayo 2017
- Establecer la relación entre los partos distócicos y los factores de riesgo asociados a los mismos.



## **CAPITULO IV**

### **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO**

##### **4.1.1 TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó un estudio cuali-cuantitativo, analítico-transversal, de prevalencia y factores asociados.

##### **4.1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN**

Cantón Girón, ubicado dentro de la Hoya de Girón o Jubones, al sur de la provincia Azuay a unos 44km desde la ciudad de Cuenca (36)

##### **4.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO**

Todas las pacientes que acudieron a la atención del parto del Hospital Aida León de Girón en el período de 1ero de noviembre 2016 al 31 de mayo del 2017.

##### **4.1.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se tomaron todas las pacientes gestantes que acudieron a la atención del parto, al servicio de Obstetricia del Hospital Aida León de Girón desde el 1ero de noviembre 2016 hasta el 31 de mayo 2017, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. La muestra quedó conformada por 191 pacientes.

##### **4.1.5 POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA.**

###### **4.1.5.1 Población**

Todas las gestantes que acudieron a la atención del parto, al servicio de Obstetricia del Hospital Aida León de Girón desde el 1ero de noviembre 2016 hasta el 31 de mayo 2017.

###### **4.1.5.2 Muestra**

Pacientes gestantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión: 191 pacientes.





#### **4.1.5.3 Muestreo**

Todos los casos fueron incluidos.

#### **4.1.6 UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN**

Servicio de Obstetricia del Hospital Aida León de Girón.

#### **4.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.**

Se realizó un estudio cuali-cuantitativo, analítico-transversal, de prevalencia y factores asociados.

#### **4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

##### **4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Historia clínica de pacientes que fueron atendidas en el área de GinecoObstetricia del Hospital Aida León de Girón.
- Pacientes con una edad entre 15 y 49 años.
- Pacientes con indicación de cesárea de emergencia en labor de parto.

##### **4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes con historia clínica incompleta e ilegible.

#### **4.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN**

##### **4.4.1 MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Revisión de documentos.

##### **4.4.2 TÉCNICA**

Para realizar este estudio, se procedió a acceder al sistema de Historias Clínicas del Hospital Aida León de Girón, con el fin de recopilar información. Los datos se compilaron en el formulario de recolección de datos (Anexo 1).

##### **4.4.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR**



#### **4.4.3.1 TABLAS**

Los datos de las variables fueron recogidos en el formulario de recolección de datos, los que se reunieron en una base de datos confeccionada en Excel 2013.

#### **4.4.3.2 MEDIDAS ESTADÍSTICAS**

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS v19.0 para Windows. Para el análisis descriptivo se usaron variables cuantitativas y cualitativas categorizadas. Con ella se muestran frecuencias y porcentajes con uso de tablas y gráficos.

También se analizaron medidas de tendencia central (media), desviación estándar para la edad y los controles perinatales. Se empleó el ODDS ratio para determinar: la razón de riesgo, y el estadígrafo Chi cuadrado ( $X^2$ ) para la evaluar la relación estadística entre los factores de riesgo y el parto distócico, se consideró estadísticamente significativo para  $p < 0,05$ .

### **4.5 - PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS**

Esta investigación no conlleva riesgo alguno para gestantes, puesto que no afectó a su integridad física, menos emocional.

La información obtenida puede ser usada en beneficio de la comunidad, pues con este estudio se determina la prevalencia de las distocias los factores de riesgo asociados. Se guarda en confidencialidad, y es usada solo para el presente estudio.

### **4.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES**

Variables Cuantitativas: Edad, Período intergesta, Gestas previas, Controles perinatales.

Variables Cualitativas: Nivel de instrucción, Estado Civil, Factores de riesgo: maternos, fetales, materno-fetales y obstétricos, Consejería preparto y Antecedentes de complicaciones preparto



#### 4.6.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALAS
<b>Edad</b>	Tiempo de existencia de una persona, desde el nacimiento, hasta la actualidad.	Cronológica	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor de 20</li> <li>• 20-35</li> <li>• Más de 35.</li> </ul>
<b>Nivel de instrucción</b>	Nivel de escolaridad aprobado	Académica	Registro en HCI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabeta</li> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> </ul>
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja.	Legal	Registro en HCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casada</li> <li>• Soltera</li> <li>• Divorciada</li> <li>• Unión libre</li> </ul>
<b>Residencia</b>	Lugar donde reside	Geográfica	Ubicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbana</li> <li>• Rural</li> </ul>
<b>Factores de riesgo asociados</b>	Maternos	Biológica Fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumores del canal del parto</li> <li>• Cesárea anterior</li> <li>• Psicosis, retardo mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>
	Fetales		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sufrimiento fetal</li> <li>• Embarazo múltiple</li> <li>• Malformación fetal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>
	Materno-fetales		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Óbito fetal, mortinato</li> <li>• Riesgo de Transmisión vertical</li> <li>• Preeclampsia, eclampsia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>
	Obstétricos		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desproporción cefalopélvica</li> <li>• Placenta previa oclusiva</li> <li>• Placenta parcial</li> <li>• Desprendimiento prematuro de placenta</li> <li>• Prolapso del cordón</li> <li>• Ruptura prematura de membranas</li> <li>• Hiperdinamia uterina</li> <li>• Hipodinamia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>



Otros factores	Período intergesta	-1 año -2 a 3años -4 a 5años -6 años o más
	Gestas previas	-Ninguna -1 -2-3 -más de 3
	Controles perinatales	-Menos de 6 -6 a 7 -8 a 9 -10 o más
	Consejería parto.	-Si -No
	Antecedentes de complicaciones de parto	-Si (Cual) -No -No consta



## CAPITULO V

### 5. RESULTADOS

#### 5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

La investigación permitió obtener los resultados esperados según lo planificado, se determinó la prevalencia y factores asociados prevalencia y factores de riesgo asociados de distocias en gestantes atendidas en el Hospital Aida León de Girón de noviembre de 2016 a mayo de 2017.

#### 5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Población conformada por **191**pacientes. Las edades están entre los 14 y 46 años, cuyo promedio fue de **25,16±6,57** años, predominando el grupo de 20 a 35 años (69,1%), seguido del de menores de 20 años (23,6%). Son casadas el 48,7%, en unión libre el 28,8% y solteras el 21,5%. El nivel de instrucción es de primaria terminada en el 47,1% de las pacientes y secundaria terminada en el 42,9%. Suelen habitar en zonas rurales (79,6%).

Las características sociodemográficas se resumen en la **Tabla 1**.



## 5.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 5.3.1. Análisis de las características sociodemográficas de las pacientes.

**Tabla 1.** Distribución de las pacientes según la edad, nivel de instrucción, estado civil y residencia.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES		N	%
EDAD (años)	Menor de 20	45	23,6
	20 a 35	132	69,1
	Más de 35	14	7,3
	<i>Media</i>	<b>25,16</b>	
	<i>Desviación estándar</i>	<i>6,57</i>	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta	1	0,5
	Primaria	90	47,1
	Secundaria	82	42,9
	Superior	18	9,4
ESTADO CIVIL	Casada	93	48,7
	Soltera	41	21,5
	Unión libre	55	28,8
	Divorciada	2	1,0
RESIDENCIA	Urbana	39	20,4
	Rural	152	79,6
<b>TOTALES</b>		<b>191</b>	<b>100</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos  
Elaborado por Francisco David López Prado



### **Análisis e Interpretación:**

La edad promedio de las pacientes fue de  $25,16 \pm 6,57$  años, el grupo de 20a35 años fue el predominante (69,1%), seguido de los menores de 20 años (23,3%), y solo 14 casos (7,3%) de mayores de 35 años.

El nivel de instrucción en el 47,1% de los casos es de primaria terminada, un 42,9% de secundaria terminada y el 9,4% se estudios superiores, se encontró un caso sin instrucción (0,5%).

El estado civil predominante fue el de casada (48,7%) seguido de la unión libre 28,8% y un 21,5% de solteras, hubo solo 2 divorciadas (1,0%), ninguna viuda.

La mayoría de las pacientes entrevistadas residen en zonas rurales (79,6%), solo un 20,4% lo hace en zona urbana.



### 5.3.2. Análisis de la prevalencia de distocias.

**Tabla 2.** Distribución de las pacientes según el tipo de parto que tuvieron.

PREVALENCIA DE DISTOCIAS	N	%
Partos distócicos	71	39,2
Partos eutócicos	120	60,8
<b>TOTALES</b>	<b>191</b>	<b>100</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos  
Elaborado por Francisco David López Prado

#### **Análisis e Interpretación:**

La prevalencia de partos distócicos en las gestantes atendidas en el Hospital Aida León de Girón de noviembre de 2016 a mayo de 2017, fue de **39,2%**, de 191 gestantes atendidas, **71** tuvieron distocias.





**Tabla 3.** Distribución de las pacientes distócicas según el tipo de distocia.

TIPO DE DISTOCIA	N	%
Maternas	37	52,1
Dinámicas	28	39,4
Fetales	6	8,5
<b>TOTALES</b>	<b>71</b>	<b>100</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos  
Elaborado por Francisco David López Prado

### **Análisis e Interpretación:**

El tipo de distocia predominante fue la materna (52,1%), seguida de las dinámicas con 28 casos (23 hipodinamias y 5 hiperdinamias) para un 39,4% y un 8,5% de tipo fetal.



### 5.3.3. Análisis de la relación de la prevalencia de distocias y los factores de riesgo asociadas a la misma.

**Tabla 4.** Distribución de los pacientes según los factores de riesgo asociados y su relación con el parto distócico.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS		PARTO DISTÓCICO					
		SI	%	NO	%	OR (IC95%)	p
EDAD JOVEN	<20	15	33,3	30	66,7	OR=0,794(0,39-1,62)	p=0,525
	20-35	51	38,6	81	61,4		
EDAD MADURA	>35	5	35,7	9	64,3	OR=0,882(0,28-2,78)	p=0,831
	20-35	51	38,6	81	61,4		
NULÍPARA	SI	30	27,3	80	72,7	OR=0,366(0,20-0,67)	p=0,001
	NO	41	50,6	40	49,4		
MUY MULTÍPARA	SI	2	50,0	2	50,0	OR=1,71(0,24-12,41)	p=0,592
	NO	69	36,9	118	63,1		
GESTAS LEJANAS	SI	10	83,3	2	16,7	OR=6,129(1,25-30,07)	p=0,014
	NO	31	44,9	38	55,1		
CONSEJERÍA PREPARTO	NO	13	92,9	1	7,1	OR=26,67(3,41-208,9)	p<0,001
	SI	58	32,8	119	67,2		
CONTROLES PERINATALES	≤5	6	42,9	8	57,1	OR=1,281(0,43-3,85)	p=0,659
	>5	65	36,9	111	63,1		
ANTECEDENTES DE COMPLICACIONES	SI	15	65,2	8	34,8	OR=2,308(0,85-6,29)	p=0,098
	NO	26	44,8	32	55,2		

Fuente: Formulario de recolección de datos  
Elaborado por Francisco David López Prado



## **Análisis e Interpretación:**

En relación al factor edad tanto tener menos de 20 años como más de 35 no influyen en el resultado de partos distócicos. En ambos casos estuvieron más afectadas las de 20 a 35 años que las de edades extremas, aunque no significativamente.

Las mujeres nulíparas resultaron ser menos afectadas por partos distócicos (27,3%) que las que ya han tenido gestaciones anteriores (50,6%), diferencia estadísticamente significativa. Por otra parte, las muy multíparas (más de 3 hijos), fueron solo 4 casos y dos tuvieron parto distócico (50%), por un 36,9% de gestantes distócicas que han tenido partos previos. La diferencia igualmente no llega a ser significativa.

La lejanía entre las gestas mostró que las que llevan más de 5 años entre gestas, tienen un alto porcentaje de partos distócicos (83,3%), por un 44,9% de las otras. La razón de riesgo indica una probabilidad 6 veces mayor de distocia en las de más de 5 años entre gestas y una relación estadísticamente significativa.

Las gestantes que no recibieron consejería preparto en un 92,7% tuvieron partos distócicos, por un 32,8% de las que, si lo recibieron, la relación es altamente significativa para esta variable y la probabilidad de riesgo es de distocia es 26 veces mayor en las mujeres que no recibieron consejos preparto que en las que lo recibieron.

En las gestantes que tuvieron menos de 6 controles perinatales los partos distócicos estuvieron presentes en el 42,9% de los casos por un 36,9% de las gestantes con 6 o más controles. La diferencia no es estadísticamente significativa. Los antecedentes de complicaciones en partos anteriores mostraron, aunque a pesar de no ser significativa la diferencia, un 65,2% de gestantes con partos distócicos que habían tenido complicaciones anteriores, por un 44,8% de las que no habían tenido este antecedente. La razón de riesgo muestra un 2,308, o sea más de 2 veces más probabilidad de tener parto distócico en las que tienen un antecedente de complicación anterior.



## CAPITULO VI

### 6. DISCUSIÓN

#### 6.1. Características sociodemográficas.

La edad promedio de las pacientes fue de 25,16 y el grupo de 20 a 35 años fue el predominante (69,1%), seguido de los menores de 20 años (23,6%), y solo 14 casos (7,3%) de mayores de 35 años. A pesar de que solo constituyen poco más del 20% los embarazos en adolescentes siempre llevan complicaciones, puesto que el organismo aún no está preparado para este evento, aunque en nuestro estudio no resultó así.

Los estudios encontrados reportan edades promedio muy similares a este. En el de Akhlaghdousty cols en Irán la edad promedio fue de 28.15  $\pm$ 4.3 años y un rango de edad de 18 a 41 años (11). Semanskay cols (13) refieren un promedio de edad de 27,83  $\pm$ 5,57 años. Por otra parte, Tarrats y Cabrera reportan la media de edad de sus gestantes estudiadas en 30,8  $\pm$  5,7 años (10). En el estudio de Llimiquinga en Quito (17) predominó el grupo de 26 a 36 años.

El nivel de instrucción en el 47,1% de los casos fue de primaria terminada y un 42,9% con secundaria terminada. El estado civil predominante fue el de casada (48,7%) seguido de la unión libre 28,8% y un 21,5% de solteras. La mayoría de las pacientes entrevistadas residen en zonas rurales (79,6%), donde el factor educacional es más bajo generalmente.

Actualmente se ha acrecentado el número de parejas en unión libre no solo en nuestro país sino en la mayoría de los países del área. Semanskay cols igualmente reportan la unión libre con valores altos (40%), y sus estudiadas tenían primaria no completa en un 26,9% de los casos (13).

Por otro lado, la ya citada Llimiquinga estudió una población con procedencia urbana mayoritariamente (53%) y con educación primaria en el 47% (17).



## **6.2. Prevalencia de distocia.**

La prevalencia de casos de distocia en las gestantes atendidas en el Hospital Aida León de Girón de noviembre de 2016 a mayo de 2017, fue de **39,2%**, de 191 gestantes atendidas, **71** tuvieron distocias, predominando las maternas. Estos valores resultan mucho más altos de lo esperado, en Ecuador se plantea una prevalencia de 15% de distocias (1)

En el estudio de Jaramillo y Jaramillo en Cuenca, la prevalencia alcanzó el 21% y predominaron las dinámicas, seguidas de las maternas (18). Guillen (16) en su estudio en Trujillo, Perú, identificó a 41 casos de distocia de un total de 245 pacientes (16,7%).

Por otro parte, Díaz en Lima, indica que las distocias se constataron en un 50% de sus pacientes estudiadas (1), al igual que en el referido estudio iraní de Akhlaghdoust y cols (11) donde la mitad de las gestantes fueron diagnosticadas con distocia. Una prevalencia alta también fue la encontrada en la investigación de Thompseny cols en Dinamarca, con un 31,1% (15)

Por otro lado, Li y cols (12) se encontraron 11 casos de distocia que representó el porcentaje más bajo en la literatura consultada pues apenas correspondió al 0,4% de los casos estudiados.

Otro caso parecido al de Li fue el del investigador noruego Overland que reportó menos de un 1% (0,8%) de prevalencia de un total poblacional de 537 316 (14). El estudio en el este africano de Sumanska y cols (13), se encontró un 5,4% de distocias.

## **6.3. Factores de riesgo asociados con distocias.**

En relación al factor edad tanto tener menos de 20 años como más de 35 no influyen en el resultado de partos distócicos. En ambos casos estuvieron más afectadas las de 20 a 35 años que las de edades extremas, aunque no significativamente. Las mujeres nulíparas resultaron ser menos afectadas por partos distócicos (27,3%) que las que ya han tenido gestaciones anteriores (50,6%).



Esto muestra que son muchos los factores que pueden influir para que se produzca un parto distócico. Por otra parte, las muy multíparas (más de 3 hijos), fueron solo 4 casos y dos tuvieron parto distócico, por un 36,9% de gestantes distócicas que han tenido partos previos.

La lejanía entre las gestas mostró que las que llevan más de 5 años entre gestas, tienen un alto porcentaje de partos distócicos (83,3%), por un 44,9% de las otras, y una relación estadísticamente significativa.

Las gestantes que no recibieron consejería preparto en un 92,7% tuvieron partos distócicos, por un 32,8% de las que, si lo recibieron, la relación es altamente significativa para esta variable y la probabilidad de riesgo es de distocia es 26 veces mayor en las mujeres que no recibieron consejos preparto que en las que lo recibieron. Indicando esto la importancia de recibir la información facultativa necesaria para afrontar este proceso de la vida, sobre todo en las nulíparas.

En las gestantes que tuvieron menos de 6 controles perinatales los partos distócicos estuvieron presentes en el 42,9% de los casos por un 36,9% de las gestantes con 6 o más controles. La diferencia no es estadísticamente significativa. Aunque no hubo una relación estadística, la importancia de los controles prenatales es fundamental, gracias a esto se evitan complicaciones posteriores.

Los antecedentes de complicaciones en partos anteriores mostraron, aunque a pesar de no ser significativa la diferencia, un 65,2% de gestantes con partos distócicos que habían tenido complicaciones anteriores, por un 44,8% de las que no habían tenido este antecedente. La razón de riesgo muestra un 2,308, o sea más de 2 veces más probabilidad de tener parto distócico en las que tienen un antecedente de complicación anterior.

Al analizar los resultados obtenidos por otros autores vemos que Guillén en su investigación constató que el 25% de sus gestantes presentó obesidad



pregestacional como factor de riesgo y del total de gestantes sin distocia de hombro (controles), el 7% presentó el factor de riesgo (16).

Sin embargo, en el estudio de Tarrats y Cabrera sólo un 0,9% de las mujeres con antecedentes de cesárea previa presentaron rigidez durante el proceso.

En la investigación de Díaz un 22% de las pacientes que presentaron distocia, habían tenido al menos un aborto en el pasado. El 8,4% habían tenido cesárea, e intervención quirúrgica un 0,8%. De las distócicas el 40% eran primigestas y el 60% multigestas.

La anemia se presentó en más del 70% de las madres que presentaron distocia en este estudio limeño, pero apenas un 7% de ellas amenaza de parto prematuro, un 0,8% de amenaza de aborto. Un 3.1% presentó preeclampsia leve, severa un 6,1% como factor de riesgo del intraparto más importante (1).

En el estudio de Llimiquinga más de la mitad (57%) habían tenido un embarazo previo. El desgarro grado 1 se constató en un 24% de las gestantes (17). Sumanska y Cols refieren que la anemia estuvo presente en un 14,9% de los casos (13). En la investigación iraní de Akhlaghdousty cols, un 4.8% de casos de las gestantes tuvieron algún tipo de complicación en partos anteriores (11).

En la investigación de Jaramillo y Jaramillo se asociaron de manera significativa a la distocia: el embarazo adolescente (OR=1,25; IC95%: 1,01-1,55;  $p=0,032$ ); edad mayor a 35 años (OR=2,83; 2,01 - 3,97;  $p<0,001$ ); ser nulíparas (OR=1,60; IC95%: 1,33-1,92;  $p<0,001$ ); muy multíparas (OR=4,10; IC95%: 2,01-8,34;  $p<0,001$ ); pelvis estrecha (OR=80,62; 25,16 - 258,28;  $p<0,001$ ); presentación podálica (OR=17,98; IC 95%: 5,15 - 62,78;  $p<0,001$ ); embarazo múltiple (OR=7,57; 1,38 - 41,47;  $p=0,006$ ) e hipertensión gestacional (OR=1,70; IC95%: 1,28 - 2,25;  $p<0,001$ ). La zona de residencia, el embarazo pre-término o posttérmino, el peso al nacer y la diabetes gestacional no tuvieron asociación con la distocia(18).



Muchos de estos factores están muy imbricados con otros, así como las características propias de la gestante, por lo que un seguimiento oportuno y atención especial, facilitaría que no se produjeran o se disminuyeran las complicaciones del parto.





## CAPITULO VII

### 7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA

#### 7.1 CONCLUSIONES

- La edad promedio de las pacientes estudiadas fue de  $25,16 \pm 6,57$  años y el grupo de 20 a 35 años fue el predominante (69,1%), el nivel de instrucción en el 47,1% de los casos fue de primaria terminada y un 42,9% con secundaria terminada. El estado civil predominante fue el de casada (48,7%) seguido de la unión libre 28,8% y un 21,5% de solteras. La mayoría residen en zonas rurales (79,6%).
- La prevalencia de casos de distocia en las pacientes atendidas en el Hospital Aida León de Girón de noviembre de 2016 a mayo de 2017, fue de **39,2%**, de 191 gestantes atendidas, **71** tuvieron distocias, principalmente maternas (52,1%) y dinámicas (39,4%).
- En relación a los factores de riesgo asociados a parto distócico, no recibir consejería preparto, y la distancia entre las gestas fueron estadísticamente significativos, los antecedentes de complicaciones de parto anteriores, igualmente mostraron una razón de riesgo elevada, así como están más en riesgo las grandes multíparas y las que les realizan pocos controles perinatales.
- La prevalencia de distocias en la población estudiada fue alta, casi un 40% y los factores de riesgo principales son: no recibir consejería preparto, la distancia entre las gestas y los antecedentes de complicaciones de parto anteriores.



## 7.2 RECOMENDACIONES

Como está aumentando la cantidad de embarazos en adolescentes, es recomendable y necesario llevar a cabo programas encaminados a mejorar la educación sexual en este grupo poblacional, para evitar las complicaciones obstétricas que ponen en riesgo la vida tanto materna como fetal.

Seguir fomentando en nuestro medio, investigaciones destinadas a reforzar el control prenatal de las embarazadas, sobre todo de las primíparas para tratar de minimizar los factores de riesgo.



## 7.3 BIBLIOGRAFÍA

### 7.3.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz CN. Factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto en el hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2011. Tesis para optar el Grado Académico de Magister en Obstetricia con Mención en Salud Reproductiva. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Unidad de Postgrado; 2015. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4147/1/D%C3%ADaz\\_rc.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4147/1/D%C3%ADaz_rc.pdf).
2. Aller J, Pagés G. Distocias fetales. [Internet]. [citado 2017 Febrero 10. Disponible en: [http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia\\_moderna/om\\_36.pdf](http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_36.pdf).
3. Joy S, Cheng TC. Abnormal Labor. Mescap. 2015 Diciembre;(Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/273053-overview>).
4. Medina JL. Factores Asociados A La Indicación De Cesárea En El Hospital Nacional Dos De Mayo De Enero A Diciembre Del 2015. Tesis de grado. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2016. Disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/555/1/Medina\\_j.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/555/1/Medina_j.pdf).
5. Calvas KA. Factores Asociados A La Realización De Cesárea En Pacientes Hospitalizadas En El Servicio De Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Isidro Ayora De Loja- Ecuador. Tesis de grado. Loja: Univesidad Nacional de Loja, Facultad de Medicina; 2015. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12489/1/tesis%20corregida%20final%20karla%20Calvas.pdf>.
6. Carrasco IA, Felipe S, Córdova JP. Estudio comparativo de prevalencia de cesáreas en el hospital “vicente corral moscoso” y en el hospital “homero castanier creso” período enero 2006 – diciembre 2008. Tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Medicina; 2009. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19821/3/MED-1525.pdf>.
7. Patiño DA, Pineda AP, Polo DN. Estudio descriptivo de prevalencia y correlación clínico - quirúrgico de cesáreas en el hospital “José Carrasco Arteaga” año 2010. Tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Medicina; 2011. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5063/1/MED205.pdf>.
8. Astudillo D, Guillén CA. Prevalencia de parto por cesarea e identificación de su etiología en el Hospital José Carraszo Arteaga. Cuenca. Período 2011. Tesis de grado. Cuenca: Universidad de la Azuay, Facultad de Medicina; 2012. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/74/1/09238.pdf>.
9. Rubio JA, Ruiz AI, Martínez F, Muñoz J, Muñoz LA, Arévalo I, et al. Guía de práctica clínica para la detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2013 Octubre-



Diciembre; 64(4) Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342013000400003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342013000400003)).

- 10 Tarrats L, Cabrera S. Cérvix rígido en fase de dilatación: prevalencia e influencia en la . evolución del proceso de parto. *Matronas Prof.* 2014; 15(3) Disponible en:  
<http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/17260/173/cervix-rigido-en-fase-de-dilatacion-prevalencia-e-influencia-en-la-evolucion-del-proceso-de-parto>).
- 11 Akhlaghdoust M, Zarbati N, Amirkhani Z, Naimi S, Sadeghi M, Fateh SM, et al. . Evaluation the Association between Labor Dystocia and Birth Spacing in Iranian Women. *J Family Reprod Health.* 2014 Septiembre; 8(3) Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4275550/>).
- 12 Li N, Li Q, Chang L, Liu C. Risk factors and clinical prediction of shoulder dystocia in . non-macrosomia. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2015 Enero; 50(1) Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25877419>).
- 13 Sumanska JP, Krantz G, Nzayirambaho M, Munyanshongore C, Edvardsson K, . Mogren I. Prevalence of pregnancy-related complications and course of labour of surviving women who gave birth in selected health facilities in Rwanda: a health facility-based, cross-sectional study. *BMJ Open.* 2017 Noviembre; 7(10) Disponible en:  
<http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/7/e015015.full.pdf>).
- 14 Øverland EA. Shoulder dystocia at delivery: population-based studies of risk factors. . Tesis de grado. Oslo: Akershus University Hospital, Faculty of Medicine; 2014. Disponible en: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/41628/PhD-Overland-DUO.pdf?sequence=1>.
- 15 Thomsen CR, Uldbjerg N, Hvidman L, Atladóttir HO, Henriksen TB. Seasonal Variation . of Dystocia in a Large Danish Cohort. *One University*; 2014. Disponible en:  
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0094432>.
- 16 Guillen FM. Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a distocia de . hombro en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Tesis de grado. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina; 2016. Disponible en:  
[http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2091/1/RE\\_MED.HUMA\\_FLORDEMARIA.GUILLEN\\_OBESIDAD.PREGESTACIONAL.ASOCIADOA.DISTOCIA.DE.HOMBR O\\_DATOS.PDF](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2091/1/RE_MED.HUMA_FLORDEMARIA.GUILLEN_OBESIDAD.PREGESTACIONAL.ASOCIADOA.DISTOCIA.DE.HOMBR O_DATOS.PDF).
- 17 Llimiquinga ED. Incidencia de traumatismos obstetricos y neonatales relacionados con . el periodo expulsivo prolongado en pacientes atendidas en la sala de partos del hospital provincial general riobamba durante el período abril-diciembre del 2011. Tesis de grado. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas; 2012. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2051/1/T-UCE-0006->



52.pdf.

- 18 Jaramillo DR, Jaramillo DA. 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. Cuenca: Universidad de Cuenca, Escuela de Medicina; 2017. Disponible en:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26951/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>.
- 19 Mercado ME. Distocias. [Internet]. [cited 2017 Febrero 5. Disponible en:  
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/17/9789584476180.15.pdf>.
- 20 Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. El parto patológico. In Schwarcz R, Fescina R, . Duverges C. Obstetricia. Madrid: El Ateneo; 2014. p. 545.
- 21 Bueno V, Terrél C, Casellas M, Fuentelsaz C. El impacto y la corrección de posiciones . occipitoposteriores en el parto. Matronas Prof. 2015; 16(4) Disponible en:  
[https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&act=8&ved=0ahUKEwi6mbK07\\_\\_RAhVM5SYKHa-UBAMQFgg2MAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.hapmd.com%2Fhome%2Fhapmdcom%2Fpublic\\_html%2Fwp-content%2Fuploads%2F2009%2F03%2Finternos%2](https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&act=8&ved=0ahUKEwi6mbK07__RAhVM5SYKHa-UBAMQFgg2MAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.hapmd.com%2Fhome%2Fhapmdcom%2Fpublic_html%2Fwp-content%2Fuploads%2F2009%2F03%2Finternos%2).
- 22 Guerrero T. Distocias dinámicas: conductas. [Internet].; 2008 [cited 2017 Febrero 8. . Disponible en:  
[http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/cr08.distocias\\_dinamicas.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr08.distocias_dinamicas.pdf).
- 23 Llerena LE, Silvia KM. Ingesta de aguas tradicionales con principios oxióticos en la . taquisistolia y sufrimiento fetal agudo en mujeres con embarazo a término que ingresan por el servicio de emergencia del Hospital Básico Pelileo durante el periodo Mayo- Agosto 2012. Trabajo de investigación previo a la obtención de título de: Obstetrix. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas; 2012. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4536/1/T-UCE-0006-96.pdf>.
- 24 Laílla JM, González E, del Sol Fernández JR, González J. Distocias del parto: del . motor, del canal y del objeto del parto. In González-Merlo J, Laílla Vicens JM. Obstetricia. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 280.
- 25 Access Medicina. Trabajo de parto normal. [Internet].; 2016 [cited 2017 Julio 11. . Disponible en:  
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1525&sectionid=100458866&jumpsectionID=100458875>.
- 26 Gabriel LC. Determinación de los principales factores de riesgo maternos en relación a . la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Provincial Docente Ambato periodo enero 2011-enero 2012. Tesis de grado. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud; 2013. Disponible



en:

<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/3692/1/GABRIEL%20FLORES%20LENIN%20CARLOS.pdf>.

27 Cevallos CY, Chamba BY. Identificación de factores de riesgo asociados con el parto . distócico. Tesis de grado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2013. Disponible en:  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/8749/1/Tesis%20completa.pdf>.

28 Copado S. Muerte fetal intrauterina. [Internet].; 2015 [citado 2017 Julio 12. Disponible en:  
[http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/clases\\_residentes/2015/clase2015\\_muerte\\_fetal.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_muerte_fetal.pdf).

29 MedLine Plus. Cuando su bebé es un mortinato. [Online].; 2017 [cited 2017 Julio 11. . Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000626.htm>.

30 Enfermedades de Transmisión Vertical, su detección antes o durante el embarazo es . inminente para la salud del bebe. [Internet].; 2015 [cited 2017 Julio 5. Disponible en:  
<http://www.diagnosticorapido.mx/enfermedades-de-transmision-vertical/>.

31 Vargas VM, Acosta G, Moreno MA. La preeclampsia un problema de salud pública . mundial. Rev. chil. obstet. ginecol. 2012; 77(6) Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262012000600013](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000600013)).

32 Medline Plus. Eclampsia. [Internet].; 2015 [cited 2017 Julio 3. Disponible en:  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000899.htm>.

33 Quezada JY. Factores de Riesgos Asociados Asfixia Perinatal en el Servicio de . Neonatología, del Hospital Nuevo Amanecer, en el Periodo Comprendido de Junio 2013- a Junio 2014. Tesis Monográfica Para Optar Al Título de Médico y Cirujano. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2014. Disponible en:  
<http://repositorio.unan.edu.ni/513/1/46864%20%282%29.pdf>.

34 Susanibar CE. Factores asociados a morbimortalidad en recién nacidos . macrosómicos atendidos en el hospital Vitarte en el periodo enero a diciembre del 2014. Tesis grado. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2016. Disponible en:  
[http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/782/1/SusanibarCarlos\\_pdf\\_2016.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/782/1/SusanibarCarlos_pdf_2016.pdf).

35 Mercado ME. Distocias. [Internet].; 2015 [cited 2017 Julio 5. Disponible en:  
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/17/9789584476180.15.pdf>.

36 Azuay Prefectura. Grión. [Internet].; 2017 [cited 2017 Julio 12. Disponible en:  
<http://www.azuay.gob.ec/cantones/giron>.



## ANEXOS

### Anexo No 1 Código de Bioética.



Cuenca, 20 de junio de 2017

El Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca **CERTIFICA** que ha conocido, analizado y aprobado el protocolo de estudio intitulado "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISTOCIAS, EN PACIENTES ATENDIDAS HOSPITAL AIDA LEÓN DE RODRIGUEZ LARA, DESDE NOVIEMBRE DEL 2016 A MAYO DEL 2017. GIRÓN 2016 - 2017", cuyo investigador principal es el Sr. Francisco David López Prado y que se encuentra siendo dirigida por el Dr. Cristian Cordero Jaramillo.

Es todo cuanto se puede decir en honor a la verdad.

Atentamente,

Dr. Wilson Campoverde Barros

COORDINADOR DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA





## Anexo No 2 Permiso de la institución de estudio



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

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

Cuenca, 3 de Mayo de 2017

Dr. Alex Torres  
**DIRECTOR DEL HOSPITAL CANTONAL DE GIRON "AIDA LEON DE  
RODRIGUEZ LARA"**

Su despacho.

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo, y deseándole éxitos en sus labores diarias por medio de la presente, me permito solicitar a usted y por su intermedio de la manera más comedida la autorización para realizar el estudio de tesis **"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISTOCIAS, EN PACIENTES ATENDIDAS HOSPITAL AIDA LEÓN DE RODRÍGUEZ LARA, DESDE NOVIEMBRE DEL 2016 A MAYO DEL 2017.GIRON"**, realizado por la estudiante FRANCISCO DAVID LÓPEZ PRADO interno de la UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA .

Este protocolo ha sido aprobado en la comisión académica de Unidad de Titulación de la Facultad de Medicina Matriz de la Universidad Católica de Cuenca, instancia encargada de este tramite

Sin otro particular por comunicar, nos suscribimos de Usted con sentimientos de consideración y estima

Atentamente;

Dr. Lorgio Aguilar PHD  
Director del Departamento de investigación

Dra. Patricia Vanegas I. Mgs  
Coordinador de la UTM



Francisco David Lopez Prado  
Interno de Medicina

*Manuel Vega y Pio Bravo*

*se autoriza la realización del presente estudio*

Manuel Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175





## Anexo No 3 Consentimiento de confidencialidad



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

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERIA**

### **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.**

**YO** Francisco David López Prado suscritos de la presente carta me comprometo a mantener confidencialidad en relación a toda la documentación e información obtenida en el proceso de investigación del tema "Prevalencia y factores de riesgo asociados de distocias en gestantes del Hospital Aida León de Girón noviembre 2016 mayo 2017, por lo que declaro estar de acuerdo con lo siguiente:

No divulgar a terceras personas o instituciones el contenido de cualquier documentación o información, como parteo resultado del proceso de investigación.

No permitir a terceros el manejo de documentación resultante del proceso de recolección de datos.

No explotar ni sacar provecho en beneficio propio o permitir el uso externo de información obtenidas o conocimiento adquirido durante el proceso de investigación.

No conservar documentación que sea de propiedad institucional, ni permitir que se realicen copias no autorizadas de la misma.

Si por algún motivo, falsea este compromiso, acepto responsabilidad por mis actos,

**FRANCISCO DAVID LOPEZ PRADO,**

**INTERNO ROTATIVO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA.**

Manuel Vega y Pio Bravo

Teléfono: 830752-413175

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



Anexo No 4 .Modelo de encuesta

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA.**

Formulario de Recolección de datos para la tesis” **PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISTOCIAS, EN PACIENTES ATENDIDAS HOSPITAL AIDA LEÓN DE RODRÍGUEZ LARA, DESDE NOVIEMBRE DEL 2016 A MAYO DEL 2017. GIRÓN 2016 – 2017”.**

**Número de historia clínica:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Residencia:** Urbana \_\_\_\_\_ Rural \_\_\_\_\_

**Estado civil:** Casada \_\_\_\_\_ Soltera \_\_\_\_\_ Divorciada \_\_\_\_\_ Unión libre \_\_\_\_\_

**Instrucción:** Analfabeta \_\_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Superior \_\_\_\_\_

**PERIODO INTERGESTA:** 1 a \_\_\_\_\_ 2 - 3 a \_\_\_\_\_ 4 - 5 a \_\_\_\_\_ >5 \_\_\_\_\_

**GESTAS PREVIAS:** No \_\_\_\_\_ 1 hijo \_\_\_\_\_ 2-3 hijos \_\_\_\_\_ +3hijos \_\_\_\_\_

**Controles Perinatales previos:** \_\_\_\_\_

**Consejería de Parto (posiciones, alternativas, complicaciones):**SI/NO.

**Antecedentes de Complicaciones en partos Previos (si es múltipara):**

SI/NO Cual? \_\_\_\_\_ .

**FUM:** \_\_\_\_\_

**FPP:** \_\_\_\_\_

**EDAD GESTACIONAL:** \_\_\_\_\_



## FACTORES DE RIESGO.

- Maternos:** Tumores del canal del parto \_\_\_\_\_  
Cesárea anterior \_\_\_\_\_  
Psicosis, retardo mental \_\_\_\_\_
- Fetales:** Sufrimiento fetal \_\_\_\_\_  
Embarazo múltiple \_\_\_\_\_  
Malformación fetal \_\_\_\_\_
- Materno-fetales:** Óbito fetal, mortinato \_\_\_\_\_  
Riesgo de Transmisión vertical \_\_\_\_\_  
Preeclampsia \_\_\_\_\_  
Eclampsia. \_\_\_\_\_
- Obstétricos:** Desproporción cefalopélvica \_\_\_\_\_  
Placenta previa oclusiva \_\_\_\_\_  
Placenta parcial \_\_\_\_\_  
Desprendimiento prematuro de placenta \_\_\_\_\_  
Prolapso del cordón umbilical \_\_\_\_\_  
Ruptura prematura de membranas. \_\_\_\_\_  
Hiperdinamia \_\_\_\_\_  
Hipodinamia \_\_\_\_\_



## Anexo No 5 Recibo de antiplagió

### PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISTOCIAS, EN PACIENTES ATENDIDAS HOSPITAL AIDA LEÓN DE RODRÍGUEZ LARA, DESDE NOVIEMBRE DEL 2016 A MAYO DEL 2017. GIRÓN 2016 – 2017

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

9%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

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

9%



Excluir citas

Activo

www.scribd.com

Excluir coincidencias

< 50 words

Fuente de Internet

Activo

Excluir bibliografía



## Anexo No 6 Oficio del director de la tesis



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 18 de septiembre del 2017.

Señor, Doctor.

Lorgio Aguilar

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Señora, Doctora.

Patricia Vanegas

DIRECTORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el Trabajo de Grado, de título:  
**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISTOCIAS, EN PACIENTES ATENDIDAS HOSPITAL  
AIDA LEÓN DE RODRÍGUEZ LARA, DESDE NOVIEMBRE DEL 2016 A MAYO DEL 2017. GIRÓN 2016 –  
2017.** Realizado por el estudiante Francisco David López Prado ha cumplido con las recomendaciones  
sugeridas por los pares revisores asignados, motivo por el cual me permito sugerir se dé paso a la  
sustentación del mismo.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Cristian Cordero

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

~~Dr. Cristian Cordero~~

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



## Anexo No 7 Oficio derecho de autor



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

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERIA**

Yo Francisco David López Prado, autor del proyecto de investigación titulado: "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISTOCIAS, EN PACIENTES ATENDIDAS HOSPITAL AIDA LEÓN DE RODRÍGUEZ LARA, DESDE NOVIEMBRE DEL 2016 A MAYO DEL 2017.GIRON"; reconozco y acepto el derecho de la Universidad Católica de Cuenca, de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.;

**Atentamente,**

**Francisco David López Prado**

**Manuel Vega y Pio Bravo**

**Teléfono: 830752-413175**

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