



**Universidad Andina del Cusco**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela Profesional de Obstetricia**



---

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON DISTOCIA DE CONTRACTIBILIDAD ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO, 2018.**

---

**Tesis presentada por:**

Bch. Ruth Miriam Yuca Ccala

Bch. Ruth Mery Collana Sotelo

**Título a optar:**

Licenciadas en Obstetricia

**Asesora:**

Dra. Obst. Rosario Isabel Soto Bringas

**Cusco – Perú**  
**2019**



## Dedicatoria

A Dios por siempre cuidarme y permitir dar un paso más en mi formación profesional.

A mi hija, por ser ese ser maravilloso que logra que mamá nunca se canse y pueda cumplir con todas sus funciones en la vida, con solo una sonrisa o un eres la mejor del mundo.

A mi esposo por su apoyo incondicional en esta etapa profesional.

A mis padres por siempre darme su amor, aunque me haya equivocado, ustedes siempre me dieron su apoyo y ayuda, siempre confiando en mí en momentos en los que ni yo podía creer en mí, gracias por todas las cosas que me han enseñado y por todos los sacrificios que han hecho por mí.

A mi querida hermana, por su apoyo durante este trayecto.

A toda mi familia y amigos que es lo más valioso que Dios me ha dado.

Ruth Miriam



## Dedicatoria

Dedico este proyecto de tesis a Dios porque ha estado conmigo acada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mi madre, AIDEE, por ser el pilar más importante y por demostrarme su cariño y apoyo incondicional, quien me guio por este camino para convertirme en una profesional.

A mi padre VICTOR, a pesar de nuestra distancia siempre has estado para darme consejos, sé que este momento es tan especial para ti como lo es para mí.

A mi hijo, CRISTOFER ENRIQUE quien es el motor y motivo de mi vida.

Ruth Mery



## Agradecimiento

Damos gracias a Dios por estar siempre presentes en nuestra vida y mostrarnos el camino para conseguir uno de nuestros sueños.

A nuestros padres por su apoyo incondicional, entrega y sacrificio en la concretización de nuestra profesión, quienes nos supieron orientar con amor y firmeza y estuvieron para corregirnos nuestras faltas y celebrar nuestros triunfos.

A nuestros docentes quienes supieron compartir sus conocimientos y nos supieron guiar a lo largo de nuestro periodo estudiantil en la Universidad, en especial a la Dra. Rosario Isabel Soto Bringas, por ser nuestra asesora, por orientarnos y supervisarnos en la elaboración del proyecto y la culminación del desarrollo de la tesis; por su dedicación y paciencia en este arduo camino que tuvimos.

A todos ellos les expresamos nuestro cariño.

Las Bachilleres.



## Introducción

La palabra o término distocia proviene de las palabras griegas dis: malo, difícil, y tokos: parto, es decir, parto difícil. Por más de un siglo, este concepto fue válido, sobre todo durante el parto, cuando se presentaban dificultades por lo general de tipo mecánico para culminar el parto satisfactoriamente. En la actualidad el término “distocia”, “comprende aquellas situaciones de estados fetales o maternos no satisfactorios o de eventos potencialmente adquiridos durante el trabajo de parto, que aumenten el riesgo para la madre o el feto.”<sup>1</sup>

Las distocias de trabajo de parto se definen como un parto que requiere intervenciones obstétricas adicionales después de un intento fallido para liberar al neonato, por lo que es considerada como una emergencia obstétrica impredecible, que se asocia con una morbilidad alta.<sup>2</sup> Teniendo en cuenta lo descrito previamente, es necesario saber que una de las principales causas que llevan a la realización de cesárea son los diferentes tipos de distocias, por ello se ha observado un incremento progresivo de las intervenciones quirúrgicas (cesáreas), la cuales varían de acuerdo al país y al personal que atiende.

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano 2012.

<sup>2</sup> Trujillo B., Tene C., Ríos M. Factor de Riesgo para cesárea: un enfoque epidemiológico Gineco obstétrico México 2013



En tal sentido es importante conocer las características epidemiológicas de estas pacientes con distocia de contractibilidad de tal manera que se pueda trabajar de forma preventiva. La presente investigación presenta ante ustedes el capítulo I donde se plasma el planteamiento del problema con la caracterización, justificación, limitación, consideraciones éticas y objetivos, posterior a ello el capítulo II con el marco teórico, donde se dan a conocer los estudios previos, bases teóricas, variables y operacionalización de ellos, luego el capítulo III con la metodología y capítulo IV dando a conocer los resultados.



## Resumen

Características epidemiológicas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018. Estudio con el objeto de conocer la incidencia y las características de pacientes con esta patología en nuestra región; de metodología descriptiva cuantitativa, retrospectiva. Resultados: La incidencia de pacientes con distocia de contractibilidad durante los meses de enero a diciembre del año 2018 es de 0.16 por cada 100 pacientes que presentan trabajo de parto. Las características epidemiológicas sociodemográficas son edad menor de 19 años de edad, convivientes, con estudios secundarios, amas de casa, con procedencia urbana; cuentan con seguro de salud. Las características epidemiológicas gineco obstétricas son primigesta, con atenciones prenatales insuficientes, con sobrepeso, no presentaron patología; gestación a término, inicio de trabajo espontáneo, con inicio de conducción de trabajo de parto con oxitocina 10 UI; con parto vía vaginal. Las características epidemiológicas del recién nacido de pacientes con distocia de contractibilidad son a término, con peso adecuado al nacer, de sexo masculino, con Apgar al minuto entre 7 a 10 y Apgar a los cinco minutos de 7 a 10 puntos.

**Palabras clave:** Distocia de la contractibilidad, características epidemiológicas.



## Abstract

Epidemiological characteristics of patients with contract distension in the Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018. Study with the purpose of knowing the incidence and the characteristics of the patients with this pathology in our region; of descriptive, quantitative, retrospective methodology. Results: The incidence of patients with contract distention during the months of January to 2018 is 0.16 for every 100 patients who present labor. Sociodemographic epidemiological characteristics are under 19 years of age, cohabitants, secondary studies, housewives, with urban procedures; They have health insurance. Obstetric gynecological epidemiological characteristics are primitive, with insufficient prenatal care, with overweight, no pathology appears; full-term gestation, spontaneous work initiation, start of work with labor with oxytocin 10 IU; with vaginal delivery. The epidemiological characteristics of newborns of patients with distension of contractibility are the term, with the appropriate weight at birth, the male sex, with Apgar at minute between 7 to 10 and Apgar at five minutes from 7 to 10 points.

**Key words:** Distociation of contractibility, epidemiological characteristics.





## Índice

Dedicatoria	
Agradecimiento	
Introducción	
Resumen	
Abstract	
Índice	
Índice de gráficos y tablas	
<b>Capítulo I: Planteamiento del problema</b>	
1.1. Caracterización del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.1 Problema general.....	3
1.2.2. Problemas específicos.....	3
1.3. Justificación e importancia del problema.....	4
1.4 Limitaciones de la investigación.....	4
1.5 Consideraciones éticas.....	5
1.6. Objetivos de la investigación.....	5
1.6.1 Objetivo general.....	5
1.6.2. Objetivos específicos.....	6
<b>Capítulo II: Marco teórico</b>	
2.1. Aspectos teóricos pertinentes.....	7
2.1.1. Estudios previos.....	7
2.2 Bases teóricas.....	11



2.3. Definición de variables .....26

2.4. Opercaionalización de variables.....26

**Capítulo III: Metodología**

3.1. Tipo de estudio.....30

3.2 Diseño de investigación.....30

3.3 Población y muestra.....31

    3.3.1. Descripción de la población.....31

    3.3.2. Muestra .....31

    3.3.3. Criterios de selección.....32

3.4 Técnicas e instrumentos.....33

3.5 Procedimiento de recolección de datos.....33

3.6 Procedimiento de análisis de datos.....33

**Capítulo IV: Resultados**

Resultados.....34

Discusión.....60

Conclusiones.....64

Recomendaciones.....65

Referencias bibliográficas

Anexos

**Índice de gráficos y tablas**

	Pág.
- Incidencia	
Gráfico 1. Incidencia de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, julio a diciembre del 2018.	34
- Características epidemiológicas sociodemográficas	
Tabla 1. Edad de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	35
Tabla 2. Estado civil de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	36
Tabla 3. Grado de instrucción de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	37
Tabla 4. Ocupación de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	38
Tabla 5. Procedencia de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	39
Tabla 6. Seguro de salud de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	40
- Características epidemiológicas gineco obstétricas	
Tabla 7. Número de gestaciones de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	41
Tabla 8. Atención prenatal en pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	42
Tabla 9. Diagnóstico nutricional de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	43
Tabla 10. Patología materna uterina de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco- 2018.	44
Tabla 11. Antecedente de distocia de la contractibilidad de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	45



Tabla 12. Edad gestacional de la contractibilidad de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	46
Tabla 13. Distocia de la presentación fetal de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	47
Tabla 14. Inicio de trabajo de parto de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	48
Tabla 15. Conducción de trabajo de parto en pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	49
Tabla 16. Terminación de la gestación de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	50
- Características del recién nacido	
Tabla 17. Edad gestacional en pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	51
Tabla 18. "Peso al nacer en pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	52
Tabla 19. "Sexo del recién nacido en pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	53
Tabla 20. APGAR al minuto en el recién nacido de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	54
Tabla 21. APGAR a los cinco minutos en el recién nacido de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	55
Tabla 22. Patología en el recién nacido de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.	56
Tabla 23. características epidemiológicas de pacientes gestantes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.	58



## Capítulo I

### Planteamiento del problema

#### 1.1. Caracterización del problema

El término distocia proviene de las palabras griegas dis: malo, difícil, y tokos: parto, es decir, parto difícil. Por más de un siglo, este concepto fue válido, sobre todo durante el parto, cuando se presentaban dificultades por lo general de tipo mecánico para culminar el parto satisfactoriamente.<sup>3</sup>

En la actualidad, con los avances tecnológicos, el término “distocia”, comprende aquellas situaciones de estados fetales o maternos no satisfactorios o de eventos potencialmente adquiridos durante el trabajo de parto, que aumenten el riesgo para la madre o el feto. Las distocias, se definen como un parto que requiere manipulaciones obstétricas adicionales después de un intento fallido para liberar al neonato, por lo que es considerada como una emergencia obstétrica impredecible, que se asocia con una morbilidad alta.

---

<sup>3</sup> Villanueva E. Operación cesárea: una perspectiva integral. Revista Facultad Medicina UNAM 2012



“En el Perú se estima que hasta 6% de todos los nacimientos ocurren por cesáreas de urgencia asociadas a algún tipo de distocia, en la actualidad tiene una tendencia creciente en su frecuencia, pero la detección oportuna de estas distocias en el embarazo y parto pueden ayudar a establecer una estrategia dirigida a prevenir las posibles complicaciones maternas y perinatales que pueden conllevar al desenlace fatal.”<sup>4</sup>

“Según la Organización Mundial de la Salud, cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, y en estos países es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.” “Para lograr una mayor reducción de la mortalidad materna, los países han adoptado una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible que consiste en reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media mundial En el Perú según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, la mortalidad materna pasó en 20 años, de 769 defunciones en el año 1997 a 325 en el 2016, lo que representa un descenso de 42%;mientras que la razón de mortalidad materna pasó desde el periodo 1990-1996, de 265 muertes maternas x 100,00 nacidos vivos, al 2015, a 68 x 100,000 nacidos vivos, lo que corresponde a un descenso del 75%.”<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> World Health Organization. Maternal mortality. WHO Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>. 6. World Health Organization. Newborns: reducing mortality. WHO 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/>.2015



En el 2016 se han producido 325 muertes maternas, lo que resulta un hecho muy importante, al consignar el menor número de muertes maternas en los últimos 20 años. Este avance es muy significativo en lo que corresponde a la mejora de la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, que además implica que el Perú está trabajando con un enfoque de derechos humanos fundamentales, que promueve la defensa de los derechos reproductivos de las mujeres y sus parejas. Así mismo el objetivo es disminuir las inequidades en el acceso a los servicios de salud y por lo tanto disminuyendo las diferencias entre las mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y urbana. Es digno de destacar el enorme esfuerzo que ponen cada uno de los trabajadores de salud para evitar una muerte materna en cada uno de sus establecimientos de salud, desde la zona rural más alejada, hasta el instituto más especializado.

Para el año 2018, en la región Cusco se han reportado 24 muertes maternas, 3 de ellas corresponden a otras regiones (Apuímac, Madre de Dios y Lima), de los 21 restantes 13 son de causa directa, 4 de causa indirecta y 4 de causa incidental. Tomando en cuenta que para el análisis se consideran únicamente las MM directas e indirectas, Cusco tuvo 13 MM directas y 04 MM indirectas.

En el 2018 la Razón de Mortalidad Materna (RMM) bajó a 82 x 100000 n.v., 23 puntos por debajo de lo registrado en el 2017, pero hay que considerar que el dato real de nacidos vivos recién se está consolidando y con relativa frecuencia mediante la búsqueda activa se encuentra muertes maternas no registradas en años anteriores.



## 1.2 Formulación del problema

### 1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características epidemiológicas de pacientes gestantes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018?

### 1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la incidencia de pacientes gestantes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018?
- ¿Cuáles son las características epidemiológicas sociodemográficas de pacientes gestantes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018?
- ¿Cuáles son las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes gestantes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018?
- ¿Cuáles son las características epidemiológicas del recién nacido de pacientes gestantes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018?

## 1.3 Justificación e importancia del problema

La presente investigación es relevante socialmente porque aportara datos importantes para mejorar el manejo de pacientes gestantes con algunas características que estén presentes en pacientes que presentan distocias, siendo una de ellas la distocia de contractibilidad. Así mismo los datos aportaran datos necesarios para seguir





investigando todo en mérito a mejorar la atención oportuna y de esta manera mejorar la calidad de vida de nuestra población.

Los resultados podrán ser utilizados para trabajar de forma preventiva desde el nivel de atención primaria, así como en hospitales, otorga un aporte trascendental de cómo se puede evaluar las características epidemiológicas y obstétricas en pacientes con distocia de contractibilidad para así reconocerlas desde que la gestante acude a sus atenciones pre natales o en trabajo de parto al establecimiento de salud. Así mismo será considerado como antecedente para futuras investigaciones en mérito a mejorar la calidad de vida de la población.

#### **1.4. Limitaciones de la investigación**

La principal limitación es el estudio escaso a nivel regional respecto al tema, la disponibilidad de tiempo limitado que brinda el personal de estadística debido a la demanda de pacientes, el cual fue subsanado acudiendo en horas que no perjudiquen el normal desarrollo de las actividades.

#### **1.5. Consideraciones éticas**

En la presente investigación se cumplirá con el Reglamento de Grados y títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Andina del Cusco.

Se realizará las gestiones para obtener el permiso del Hospital Antonio Lorena para la recolección de datos al realizar las entrevistas a las puérperas.



## 1.6 Objetivos de la investigación

### 1.6.1. Objetivo general

Determinar las características epidemiológicas de pacientes gestantes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.

### 1.6.2. Objetivos específicos

- Estimar la incidencia de pacientes gestantes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.
- Identificar las características epidemiológicas sociodemográficas de pacientes gestantes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.
- Determinar las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes gestantes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.
- Determinar las características epidemiológicas del recién nacido de pacientes gestantes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.



## Capítulo II

### Marco teórico

#### 2.1 Aspectos teóricos pertinentes

##### 2.1.1 Antecedentes Internacionales

Cobo P. Monleon J. “Distocias en el parto en pacientes atendidas en el área de ginecobstetricia del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga 2015.”<sup>5</sup>

Investigación con el objetivo de determinar en las pacientes atendidas en el área de ginecobstetricia las distocias que se presentan en el momento del parto, estudio cuantitativo, descriptivo transversal utilizando un método de registro continuo de la presión amniótica, mediante la introducción de un catéter de polietileno en la cavidad

---

<sup>5</sup> Cobo P. Monleon J. Distocias en el parto en pacientes atendidas en el área de ginecobstetricia del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga 2015



amniótica a través de la pared abdominal; este catéter va colocado a un sistema traductor de presiones y este sistema a su vez a un aparato de amplificación y registro. “Los registros de contractilidad uterina se cuantificaron midiendo el área debajo de las contracciones por planimetría; la actividad del útero medida de esa manera se expresó en milímetros cuadrados por minuto. Los resultados arrojaron una incidencia de 0.22, donde las gestantes tienen edad mayor a 35 años, nuliparidad, gran múltiparas, estrechez pélvica, presentación podálica, distocias de contractibilidad ocasionando uso de oxitócina.”

Gaona L., Peña K., Quevedo L., Ulloa A. “Incidencia de distocias en la Unidad de Servicios de Salud Victoria Centro Oriente de Bogotá y el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha Colombia 2015.”<sup>6</sup>

Investigación con el objetivo de identificar la incidencia de distocias en dos hospitales seleccionados durante el año 2015. Donde la metodología fue realizar un estudio transversal, descriptivo, revisaron historias clínicas de gestantes que ingresaron al servicio de urgencias ginecológicas en trabajo de parto fase activa o latente donde la población total analizada fueron 5.150 historias clínicas, de donde se obtuvo una muestra aleatoria mínima de 358, por aspectos operativos se tomó una muestra total de 400 historias ajustado a pérdidas. Resultados: “La incidencia general de distocia fue de 15.2% (0.15), los tipos de distocias fueron distocia de contractibilidad con 55% seguida de la distocia de presentación en 24%; los principales factores de riesgo asociados a esta condición que incluyen la edad materna adulta, primigestas,

---

<sup>6</sup> Gaona L., Peña K., Quevedo L., Ulloa A. Incidencia de distocias en la Unidad de Servicios de Salud Victoria Centro Oriente de Bogotá y el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha (Cundinamarca) Colombia 2015



patologías asociadas a la gestación principalmente la obesidad, sexo del neonato y posición fetal.”

Guerrero T. “Distocias dinámicas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada España 2014.”<sup>7</sup>

Investigación cuyo objetivo fue ver pacientes con distocias dinámicas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y/o descenso de la presentación. Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal. Resultados: “Esta patología en el proceso de dilatación y descenso se presenta con una incidencia de 0.26 (26%), en mujeres con edades entre 30 a 40 años (42%), multíparas (44%), con índice de masa corporal mayor a 25, es decir, con sobrepeso y obesidad (48%), gestaciones a término (82%), inicio de trabajo de parto espontaneo (66%), cuyas gestaciones terminaron en su mayor porcentaje en intervenciones quirúrgicas (54.2%).”

### 2.1.2 Antecedentes nacionales

Malpartida M. “Parto distócico en gestantes adolescentes Hospital María Auxiliadora Lima Perú 2016.”<sup>8</sup>

Investigación para determinar las causas de parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016, con metodología descriptiva, explicativa, método de estudio prospectivo, transversal. Resultados

---

<sup>7</sup> Guerrero T. Distocias dinámicas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada España 2014.

<sup>8</sup> Malpartida M. Parto distócico en gestantes adolescentes Hospital María Auxiliadora Lima Perú 2016



“Donde se estudió 166 casos con la frecuencia de cesáreas injustificadas de 35.5%, las causas más frecuentes de cesárea justificada por trastorno hipertensivos y distocias dentro de los cuales son óseas y de contractilidad.”

Cáceres T., Charca O. “Epidemiología del parto distócico por contractibilidad: Parto prolongado en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correo Valdivia – Huancavelica 2015.”<sup>9</sup>

Estudio cuyo objetivo fue conocer la parte epidemiológica de las mujeres que presentaron parto distócico de contractibilidad, lo que ocasiono un parto prolongado. La investigación fue de tipo sustantivo, con diseño transversal descriptivo; se empleó la técnica de encuesta y como instrumentos el cuestionario para recolectar datos sobre las variables de estudio. Resultados: “La edad de la madre varía entre 20 a 30 años con más frecuencia (54%), con pareja estable (48%), trabajan en el hogar (62%), cuentan con estudios básicos (52%), en su gran mayoría son multíparas (56%), sin controles de la gestación adecuadas (66%), presentaron una gestación Para el año 2018, en la región Cusco se han reportado 24 muertes maternas, 3 de ellas corresponden a otras regiones (Apurímac, Madre de Dios y Lima), de las 21 restantes 13 son de causa directa, 4 de causa indirecta y 4 de causa incidental. Tomando en cuenta que para el análisis se consideran únicamente las MM directas e indirectas, Cusco tuvo 13 MM directas y 04 MM indirectas.

En el 2018 la Razón de Mortalidad Materna (RMM) bajó a 82 x 100000 n.v., 23 puntos por debajo de lo registrado en el 2017, pero hay que considerar que el dato

---

<sup>9</sup> Cáceres T., Charca O. Epidemiología del parto distócico por contractibilidad: Parto prolongado en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correo Valdivia – Huancavelica 2015.



real de nacidos vivos recién se está consolidando y con relativa frecuencia mediante la búsqueda activa se encuentra muertes maternas no registradas en años anteriores, por lo que éste dato RMM podría variar en las siguientes semanas a término (68%), el producto fue en su mayor parte con pesos normales (72%), Apgar de 7 a 10 (88%) al minuto.”

Cárdenas M. “Controles prenatales y su asociación con la alteración en las contracciones uterinas en el momento del parto Servicio de Ginec Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo 2014.”<sup>10</sup>

Objetivo: Determinar la asociación existente entre número de controles prenatales y la alteración en las contracciones uterinas en el momento del parto

Metodología: Estudio analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles, donde la muestra fue de 160 gestantes (80 casos y 80 controles) en trabajo de parto del servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital Nacional Dos de Mayo del periodo durante el año 2014. Investigaron respecto a las variables: controles prenatales, edad materna, edad gestacional, peso al nacer, número de paridad y la alteración en las contracciones uterinas en el momento del parto. Resultados: “Con el uso del paquete estadístico Epi Info se demostró la existencia de riesgo entre ambas variables, se empleó un Odd Radio obteniendo como resultado 12.55 (IC 95%: 6.359 y 24.789). El IC no abarca la unidad, lo cual, significa que la asociación existente es estadísticamente significativa y se traduce en que las gestantes con una cantidad

---

<sup>10</sup> Cárdenas M. Controles prenatales y su asociación con la alteración en las contracciones uterinas en el momento del parto Servicio de Ginec Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo 2014



inadecuada de controles prenatales, es decir, menos de seis con 12.55 veces más probabilidades de presentar parto distócico.”

Conclusión: Existe asociación significativa entre el número de controles prenatales insuficientes y la alteración en las contracciones uterinas en el momento del parto.

## 2.2 Bases teóricas

### 2.2.1. Distocia de la contractibilidad uterina

#### a. Distocia

Distocia es un término derivado del griego (dystokia, de dystokos; de dys, mal, y tokos, parto) que significa parto laborioso, difícil y doloroso.

Estas distocias son alteraciones o disturbios que se presentan en: la contractilidad uterina, el canal pelvigénital (óseo y de las partes blandas), el feto y sus anexos.<sup>11</sup>

Hay varias anomalías del trabajo de parto que interfieren con el avance ordenado del parto espontáneo. El término distocia significa de forma literal trabajo de parto difícil y se caracteriza por un avance lento anormal del trabajo de parto.<sup>12</sup>

#### b. Características de la contractilidad uterina

Las características de una contractilidad uterina óptima son:

##### *b.1 Coordinación uterina:*

---

<sup>11</sup> Nápoles M. Couto D, Montes A. Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto. Medisan. España 2012

<sup>12</sup> Jaramillo D, Jaramillo D. Parto distócico y factores relacionados en pacientes atendidas en el Área de Ginecología del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca Ecuador 2016.





“La onda contráctil debe abarcar todo el órgano, todo el órgano se debe contraer simultáneamente, esto a pesar de que la onda contráctil no llega a todo el útero al mismo tiempo. Esto permite mayor tracción sobre el cuello y alcanzar una mayor presión amniótica, lo que se traduce en una mejor preparación para el parto.”

*b.2 Triple gradiente descendiente:*

“Propagación descendente de la onda contráctil, a partir del marcapaso ubicado en cada cuerno uterino. Siendo el derecho generalmente el dominante, duración de la fase sistólica debe ser mayor en las partes altas del útero que en las bajas, intensidad es mayor en las partes altas del útero que en las bajas.”

*b.3 Intensidad*

De 25 a 45 mmHg

*b.4 Frecuencia*

De 2 a 5 contracciones en 10 minutos.

*b.5 Relajación uterina completa*

Regresión a un tono de 8 a 12 mmHg después de las contracciones.<sup>12</sup>

**c. Patrones de la contractilidad**

*c. 1 Tono*

Presión más baja entre contracciones que permita palpar las partes fetales.

*c.2 Frecuencia*

Número de contracciones en 10 minutos, las cuales deben ser de 2 a 5 en 10 minutos.

### *c.3 Intensidad*

Diferencia entre la máxima presión alcanzada por la contracción y el tono, cuando la presión amniótica sobrepasa los 50 mmHg la pared uterina no puede deprimirse con el dedo.

### *c.4 Duración*

Es el tiempo transcurrido desde el inicio hasta el fin de la contracción. Normal entre 20 y 60 segundos.<sup>13</sup>

Patrón	Concepto	Descripción
Tono	Hipertonía	> 12mmHg
	Hipotonía	< 8mmHg
Frecuencia	Polisistolia o Taquisistolia	> 5 contracciones/10min
	Bradisistolia	< 2 contracciones/10min
Intensidad	Hipersistolia	>50 mmHg
	Hiposistolia	<20 mmHg

## **d. Clasificación**

### d.1 Disminución en la contractilidad uterina con triple gradiente descendente

Hipodinamia primitiva

Hipodinamia Secundaria

### d.2 Aumento de la contractilidad uterina con triple gradiente descendente:

- a. Hiperdinamia primitiva
- b. Hiperdinamia secundaria
- c. Hipertónica
- d. Síndrome de Bandl – Frommel - Pinart)
- e. Contractura

<sup>13</sup> Schwarcz R., Fescina R., Duverges C. Obstetricia. Buenos Aires: El Ateneo. 2006



d.3 Perturbación de la contractilidad con triple gradiente descendente:

Espasmos

Ondas contráctiles con gradiente invertido

Ondas contráctiles localizadas e incoordinación uterina

Distocias por anillos de contracción. <sup>14</sup>

**e. Disminución de la contractilidad con triple gradiente descendente conservado**

“La disminución de la contractilidad con un triple gradientes descendente conservado se conoce como hipodinamia. También se le llama: hipoinercia, inercia verdadera o hipotónica, o hipoactividad.”

La hipodinamia se debe a una hipofunción del útero, que se traduce con:

- *Hiposistolia*

Disminución de la intensidad de las contracciones, acompañado de una disminución de la duración de las contracciones.

- *Bradisistolia*

Contracciones se vuelven espaciadas.

La hipodinamia se puede clasificar en dos:

- *Primitiva*

Cuando se manifiesta desde el comienzo del trabajo de parto.

- *Secundaria*

Cuando se manifiesta posterior a un periodo de contracción eutócico o exagerado (hiperdinamia).

---

14 Díaz C. Factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz. Lima Perú 2015



#### e.1 Hipodinamia primitiva

La mayoría de los casos es desconocida, sin embargo, la causa puede ser:

*- Funcional:*

Por inhibición psicógena por temor o angustia, debido a un aumento en la secreción de adrenalina, que altera la contractilidad uterina.

Por inhibición refleja proveniente de órganos vecinos, como la repleción de la vejiga o el recto.

*- Mecánica:*

Falta de formación de la bolsa de las aguas, que es un saco de líquido amniótico que se forma entre las membranas ovulares y el polo fetal que avoca el estrecho superior, el cual ejerce presión sobre el cérvix y favorece la labor de parto.

Falta de apoyo de la presentación fetal sobre el cuello uterino.

Desarrollo insuficiente del músculo uterino (hipoplasia).

Procesos regresivos o degenerativos del miometrio (adenomiosis, endometriosis, obesidad).

Sobredistensión uterina (polihidramnios, embarazo gemelar, feto gigante)

“A la palpación se encuentra un útero flácido, que al contraerse apenas se endurece.

La duración clínica de la contracción es de alrededor de 15 a 20 segundos, y los intervalos son prolongados (5-10 minutos). La prueba de irritabilidad manual externa es negativa, esta prueba consiste en provocar una respuesta contráctil franca (contracción fuerte de más de 20 segundos de duración) mediante el masaje del útero



a través de la pared abdominal. Al tacto vaginal, durante la contracción, los dedos que tactan no perciben un franco aumento de la tensión del cérvix o de las membranas.”

### Evolución

- Labor de parto detenido cuando la intensidad contráctil desciende a menos de 15 mmHg, sin importar que la frecuencia se mantenga en los límites normales.
- Pronóstico de la hipodinamia primitiva con: bolsa de las aguas íntegra, exclusión de distocias agregadas, y permeabilidad normal del canal pelvigenital, es siempre favorable.
- Contracciones de poca intensidad y escasamente dolorosas no afectan a la madre ni producen anoxia fetal, sin embargo, la duración del parto es excesiva puede presentarse fatiga y ansiedad materna.
- Membranas ovulares rotas, 6 horas después aumenta el riesgo de infección. Ya después de las 12 horas el pronóstico es más reservado.

### e.2 Hipodinamia secundaria

Obstructiva: Agotamiento de la actividad uterina, producto de un obstáculo como:

- Situación transversa fetal
- Previo tumor
- Pelvis limite

Cansancio muscular: Consecuencia de un largo trabajo de parto, no siempre de causa obstructiva. En este caso, aparece al final del periodo dilatante o en el periodo expulsivo.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Ministerio de Salud. Dirección general de salud de las personas. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva pág. 26 Lima Perú 2004

**f. Aumento de la contractilidad con triple gradiente descendente conservado**

“El aumento de la contractilidad con un triple gradientes descendente conservado se conoce como hiperdinamia o hiperactividad. La hiperdinamia se manifiesta principalmente por la intensidad de las contracciones mayor a 50mmHg (hipersistolia), la frecuencia de las contracciones puede ser normal o un poco aumentada (taquisistolia), el tono también se encuentra aumentado (hipertonía). Producto de estos cambios en los parámetros normales, la labor de parto evoluciona con rapidez (parto precipitado). En la lucha del útero contra un obstáculo, el ritmo de las contracciones se hace más frecuente (taquisistolia) y se acompaña de una disminución de la amplitud de la contracción y un aumento progresivo del tono (hipertonía).”

**g. Hiperdinamia primitiva**

“Se caracteriza por aparecer con la iniciación del parto. Su origen desconocido se le atribuye a una mayor contractilidad de los centros nerviosos del útero.”

**Sintomatología y Diagnóstico**

- Intensidad contráctil incrementada (síntoma principal).
- Dureza del útero al momento de realizar la palpación, es decir, “leñosa”.
- Contracciones sin reposo, pero el útero sí se relaja parcialmente en los intervalos.

**Signos de alarma de marcha acelerada:**

- Hipercontractilidad uterina puede causar desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.



- Dilatación forzada del canal blando, produciendo muchas veces desgarros cervicales, vagina, y periné.
- Evacuación rápida del útero que puede ocasionar shock.
- Retracción uterina mala ocasionando atonía uterina, por ende hemorragia postparto.
- Disminución del flujo uteroplacentario ocasionando anoxia fetal.<sup>16</sup>

#### **h. Hiperdinamia secundaria**

Iatrogénica, por mal manejo de la oxitocina o prostaglandinas.

Obstructiva, por un obstáculo

- a. Puede ceder a la potencia (contracción)
- b. Puede ceder a la resistencia, al vencer el obstáculo y recuperar la dinámica normal.
- c. Puede suceder que no cedan a la potencia ni a la resistencia.

#### **i. Hiperdinamia hipertónica**

Más de 6 contracciones en 10 minutos se produce una hipertonía por taquisistolia.”

Presenta:

Dolor exagerado y continuo percibido en la región hipogástrica y sacra.

Gran sensibilidad del útero

Dureza exagerada del útero, que a la palpación se percibe como una contracción sostenida.

---

<sup>16</sup> Camargo L. Distocia de la contractibilidad uterina. casos clínicos Lima Perú 2014



Latidos fetales alterados → sufrimiento fetal

Evolución

- El parto puede producirse porque el músculo hipertónico desarrolla una poderosa acción dinámica.
- Rotura del útero
- Entrar en estado de contractura
- Evolucionar a un estado de hipodinamia secundaria debido a la fatiga muscular (menos frecuente).<sup>17,18</sup>

**j. Síndrome de Bandl-Frommel Pinard)**

“Se produce por una exaltación de la dinámica por un obstáculo invencible o difícil de franquear.”

- *Signo de Bandl*

“Distensión y estiramiento del segmento inferior por acción de la hipercontractilidad del cuerpo uterino, lo que produce que el anillo limitante entre ambos se palpe en la proximidad del ombligo.”

- *Signo de Frommel*

“Estiramiento exagerado de los ligamentos redondos, que se palpan como dos cuerdas laterales tensas y engrosadas.”

- *Signo de Pinard*

“Edema y estasis sanguínea del cuello, que se extiende más tarde a la región vulvovaginal, y pequeña pérdida de sangre oscura.”



**k. Contractura**

“Es la etapa final de un largo proceso de lucha de la contracción contra un obstáculo, a la que se llega después de pasar por estados hiperdinámicos o cuadros espasmódicos que producen degeneración irreversible de las fibras musculares del útero.”

“Es un estado estático, con ausencia de todo dinamismo y detención de la marcha del parto, debido a que la estructura muscular se halla seriamente comprometida con ausencia de respuesta a ninguna terapéutica.”

- Desaparición del dolor espontáneo o provocado.
- Presenta dureza leñosa.
- Pronunciamiento del anillo de Bandl
- Contracciones uterinas no percibidas.
- Auscultación fetal negativa.

“La contractura constituida no cede e imposibilita las maniobras de extracción fetal, que al intentarse pueden llevar a la rotura traumática del útero. No hay peligro de rotura espontánea.”<sup>17,18</sup>

**l. Perturbación de la contractilidad con triple gradiente descendente alterado**

“Se trata de una perturbación cualitativa del trabajo muscular, donde se afecta la regularidad, intensidad, duración, frecuencia de las contracciones, y el tono uterino.”

**m. Ondas Contráctiles con TGD invertido**

- “Si la inversión del gradiente compromete a los tres componentes, es de carácter total, y la onda contráctil resulta ineficiente para dilatar el cuello.”



- “Cuando la inversión afecta sólo a uno de los componentes, es de carácter parcial, y las ondas pueden conservar cierto efecto dilatador sobre el cuello, aunque en menor grado que la onda contráctil normal.”

#### **n. Mecanismos de hipertonía uterina**

“La hipertonía uterina la única causante de la reducción del gasto placentario, que provoca anoxia y muerte fetal, excepto en la hipertonía por polihidramnios, donde no hay sufrimiento fetal.”

- Hipertonía por polisistolia: Es la más frecuente.
- Hipertonía por incoordinación:  
En la incoordinación de primer grado con tono normal o levemente elevado.  
En la de segundo grado, se observa una elevación franca del tono (13-18mmHg).
- Hipertonía por sobredistensión: Se presenta en 95% de polihidramnios. Es pasiva por la distensión de la fibra muscular.
- Hipertonía esencial: Aumento del tono primario, en el DPPN, es una hipertonía muy pronunciada, 2-4 veces lo normal. Tiene buena coordinación.  
No producida por taquisistolia ni distensión por hematoma retroplacentario.

<sup>17, 18</sup>

---

<sup>17</sup> Ministerio de Salud. Dirección general de salud de las personas. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva pág. 24 Lima Perú 2004

<sup>18</sup> Camargo L. Distocia de la contractibilidad uterina. casos clínicos Lima Perú 2014



### 2.2.2. Características epidemiológicas

#### a. Edad materna.

“Existe mayor riesgo en menores de 20 y mayores de 40 años de edad. La edad materna extrema, es un factor biológico asociado a la pérdida de peso. A menor edad en la mujer mayor probabilidad de un neonato con pérdida de peso. La inmadurez biológica, anatómica, funcional y ginecológica, puede explicar estos resultados adversos.”

#### b. Grado de instrucción

“Existe mayor riesgo en gestantes iletradas o con grado de instrucción menor. Las posibilidades alimentarias de una población, familia o de una comunidad también se relacionan con el modo en que se aprovechan o utilizan los propios recursos y capacidades, es por ello que la falta de información o la información errónea y confusa influyen notablemente sobre los hábitos dietéticos de una población. Todo esto demuestra que el grado de instrucción de los padres, puede tener un rol como causa indirecta en la existencia de los problemas alimentarios.”

#### c. Estado civil

“El estado civil soltera en una gestante está considerado como un factor predisponente para el parto pretérmino. La familia es la célula de la sociedad, en su seno nace el ser humano y de su adecuada función depende la salud materno infantil. Una familia funcional promueve la salud integral del binomio madre - hijo, pero una disfuncional deviene en un alto riesgo para ambos, genera estrés y propende alteraciones



psicológicas del comportamiento y enfermedades. En un estudio prospectivo de caso y control, realizado en veintinueve hospitales del Ministerio de Salud Pública del Perú, se determinó que la embarazada soltera constituye un factor de riesgo social asociado a la pérdida de peso en el recién nacido, resultado de desajustes psicosociales. La embarazada soltera, casi siempre es económicamente dependiente de los padres, tiene menor grado de escolaridad, pertenece a familias disfuncionales.”

#### d. Ocupación

“Cerca del último trimestre de embarazo, es de suma importancia que reduzca considerablemente el número de actividades que realiza, ya que hacer trabajo físico o permanecer mucho tiempo de pie está relacionado al aumento de riesgo de presentar un parto prematuro.”<sup>19</sup>

#### e. Atención prenatal

“Es importante contar con atenciones prenatales, en los cuales la gestante aprende a identificar factores de riesgo y el personal obstetra podrá identificar algún factor de riesgo de acuerdo al perfil materno u obstétrico.”

#### f. Terminación de la gestación

“La gestación en embarazos con feto único tiene una duración media de 40 semanas (280 días) a partir del primer día del último periodo menstrual lo que permite estimar

---

<sup>19</sup> Jáuregui L. Indicaciones de cesárea por distocias óseas en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, enero-Diciembre Argentina 2011.



la fecha probable de parto, según ello se procede a la terminación de la gestación que puede ser por dos vías, la vía vaginal o vía alta que es la cesárea.”<sup>20</sup>

### 2.3. Definición de variables

#### Variables

Distocia de contractibilidad

Incidencia

Características epidemiológicas: Características sociodemográficas

Características gineco obstétricas

Características recién nacido

### 2.4. Operacionalización de variables

---

<sup>20</sup> Vélez P. Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de Gineco Pediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora, México. 2013.



Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Índice	Expresión Final	Escala	Instrumento
<b>Características epidemiológicas de pacientes con distocia de contractibilidad</b>	Características de las personas en relación con la población en riesgo que es la población de sujetos susceptibles de poder tener la patología investigada	Características de las personas en relación con la población en riesgo que es la población de sujetos susceptibles que serán investigada y analizadas.	Características epidemiológicas socio demográficas	Edad	Menor de 19 años	Adolescente	Intervalo	Ficha de recolección de datos
					De 19 a 24 años	Adulta		
					De 25 a 30 años			
					De 31 a 35 años			
					36 a mas	Adulta mayor		
				Estado civil	Casada/ Conviviente	Con pareja	Nominal	
					Soltera/ Divorciada	Sin pareja		
				Grado de instrucción	Analfabeta	Sin estudio	Ordinal	
					Primaria	Estudios básicos		
					Secundaria			
				Ocupación	Superior	Estudios avanzados	Nominal	
					Ama de casa	Ama de casa		
					Trabajadora dependiente	Trabajadora dependiente		
				Procedencia	Trabajadora independiente	Trabajadora independiente	Nominal	
					Zona rural	Zona rural		
				Seguro Integral de salud	Zona urbana	Zona urbana	Nominal	
					Sin seguro	Seguro integral salud		
				Con seguro				



Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Índice	Expresión Final	Escala	Instrumento
<b>Características epidemiológicas de pacientes con distocia de contractibilidad</b>	Características de las personas en relación con la población en riesgo que es la población de sujetos susceptibles de poder tener la patología investigada	Características de las personas en relación con la población de riesgo que es la población de sujetos susceptibles que serán investigada y analizadas.	Características epidemiológicas gineco obstétricas	Numero de gestaciones	Primigesta	Sin partos	Ordinal	Ficha de recolección de datos
					Segundigesta	Dos gestaciones		
					Multigesta	3 gestaciones a más		
				Atención prenatal	No se realizo	No se realizo	Ordinal	
					Insuficiente	(1-5 APN)		
					Suficiente	(6 o más APN)		
				Diagnóstico nutricional: incremento de masa corporal	Bajo peso	< 18.50	Ordinal	
					Normal	18.50 a 24.99		
					Sobrepeso	25,00 - 29,99		
					Obesidad	≥ 30.00		
				Patología materna uterina	Miomas uterinos	Miomas uterinos	Nominal	
					Cuello uterino rígido	Cuello uterino rígido		
					Otro	Otro		
					No tiene patología	No tiene patología		
				Antecedente de distocia de la contractibilidad	Con antecedente	Si	Nominal	
					Sin antecedente	No		
				Antecedente de desproporción céfalo pélvica	Con antecedente	Si	Nominal	
					Sin antecedente	No		
				Edad Gestacional al ingreso de hospitalización	Pre término	Menor de 36.6 sem.	Nominal	
					A término	37 a 40 sem.		
					Post término	> 40 sem.		
				Distocia de la presentación fetal	Con antecedente	Si	Nominal	
					Sin antecedente	No		
Inicio de trabajo de parto	Inducción	Inducción	Nominal					
	Espontaneo	Espontaneo						
Conducción de trabajo de parto	Si	Si	Nominal					
	No	No						
Terminación de la gestación	Vía vaginal	Vía vaginal	Nominal					
	Cesárea	Cesárea						



Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Índice	Expresión Final	Escala	Instrumento
<b>Características epidemiológicas de pacientes con distocia de contractibilidad</b>	Características de las personas en relación con la población en riesgo que es la población de sujetos susceptibles de poder tener la patología investigada	Características de las personas en relación con la población en riesgo que es la población de sujetos susceptibles que serán investigada y analizadas.	Características epidemiológicas del recién nacido	Edad gestacional por Capurro	Pre término	Menor de 36.6 sem.	Ordinal	Ficha de recolección de datos
					A término	37 a 40 sem.		
					Post término	> 40 sem.		
				Peso al nacer	Menor de 2500 Gr	Bajo peso al nacer	Ordinal	
					De 2500 a 3999 Gr.	Peso adecuado al nacer		
					De 4000 Gr a más	Macrosomia fetal		
				Sexo	Femenino	Femenino	Ordinal	
					Masculino	Masculino		
				Apgar al minuto	Patológico	Menor de 7	Nominal	
					Adecuado	De 7 a 10		
				Apgar a los cinco minutos	Patológico	Menor de 7	Nominal	
					Adecuado	De 7 a 10		
Patología en el recién nacido	Presencia de patología	Si	Nominal					
	Ausencia de patología	No						





## **Capitulo III**

### **Metodología**

#### **3.1. Tipo de investigación**

Investigación descriptiva que permite conocer las características epidemiológicas en pacientes con el diagnóstico de distocia de contractibilidad, de corte transversal porque se procedió a la recolección de datos en un solo momento, estudio retrospectivo.

#### **3.2. Diseño de investigación**

La investigación fue de diseño no experimental, es decir no se manipuló ninguna variable, estudio cuantitativo al presentar los resultados usando estadísticas, retrospectivo debido a que se tomaron los datos de gestantes atendidas con anterioridad a la fecha de recolección de datos.

### 3.3. Población y muestra

#### 3.3.1. Descripción de la población

La población estuvo compuesta por pacientes gestantes con el diagnóstico de distocia de contractibilidad que fueron atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco durante los meses de enero a diciembre del año 2018, siendo un total de 228

#### 3.3.2. Muestra y método de muestreo

El cálculo de tamaño de muestra se realizó con la fórmula para poblaciones finitas

Se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{(N-1)^2 \times e^2 + Z^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 228 \times 0.2}{227 \times 0.0025 + 3.8416 \times 0.25} = \frac{218.9712}{1.5279} = 144$$

Donde:

N = Universo (población) = 228

E = error muestra = 0.05

Z = 1.96 (niveles de confianza)

p = 0.50 (probabilidad de éxito)

q = 0.50 (probabilidad de fracaso)



$n$  = muestra a determinar

En tal sentido la muestra estuvo compuesta por 144.

Cabe resaltar que la muestra se recolecto al azar simple.

### 3.3.3. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de gestantes que recibieron atención del parto o cesárea en el Hospital Antonio Lorena con el diagnóstico de distocia de la contractibilidad
- Historia clínica existente en el área de estadística.

Criterios de exclusión:

- Historia clínica de gestantes que recibieron atención del parto o cesárea extrahospitalaria, con el diagnóstico de distocia de contractibilidad
- Historia clínica no esté en el área de estadística.
- Historias clínicas que no tienen información suficiente o completa.

### 3.4. Técnico e instrumento

La técnica fue de observación directa de las historias clínicas de gestantes con el diagnóstico de distocia de la contractibilidad, siendo el instrumento una ficha de recolección de datos donde se registró los datos necesarios para responder a los objetivos planteados en la presente investigación



### **3.5. Procedimiento de recolección de datos**

La recolección de datos cumplió requisitos como contar con el permiso del director del Hospital Antonio Lorena, jefes del Área de Estadística y de obstetricia. El estudio cumplió el cronograma de actividades para su desarrollo, se procedió a recolectar los datos en base a la lista obtenida de gestantes con el diagnóstico de distocias según el sistema de información perinatal SIP 2000.

### **3.6. Procedimiento de análisis de datos**

Los datos encontrados plasmados en la ficha de recolección de datos fueron revisados por las tesis y asesora de la tesis para luego ser trasladados al paquete estadístico SPSS Versión 23 y conseguir los gráficos para posteriormente analizar e interpretarlos respectivamente. El análisis de los datos que se obtuvieron fueron en base al uso de estadística descriptiva con números absolutos y porcentajes para las variables cuantitativas.

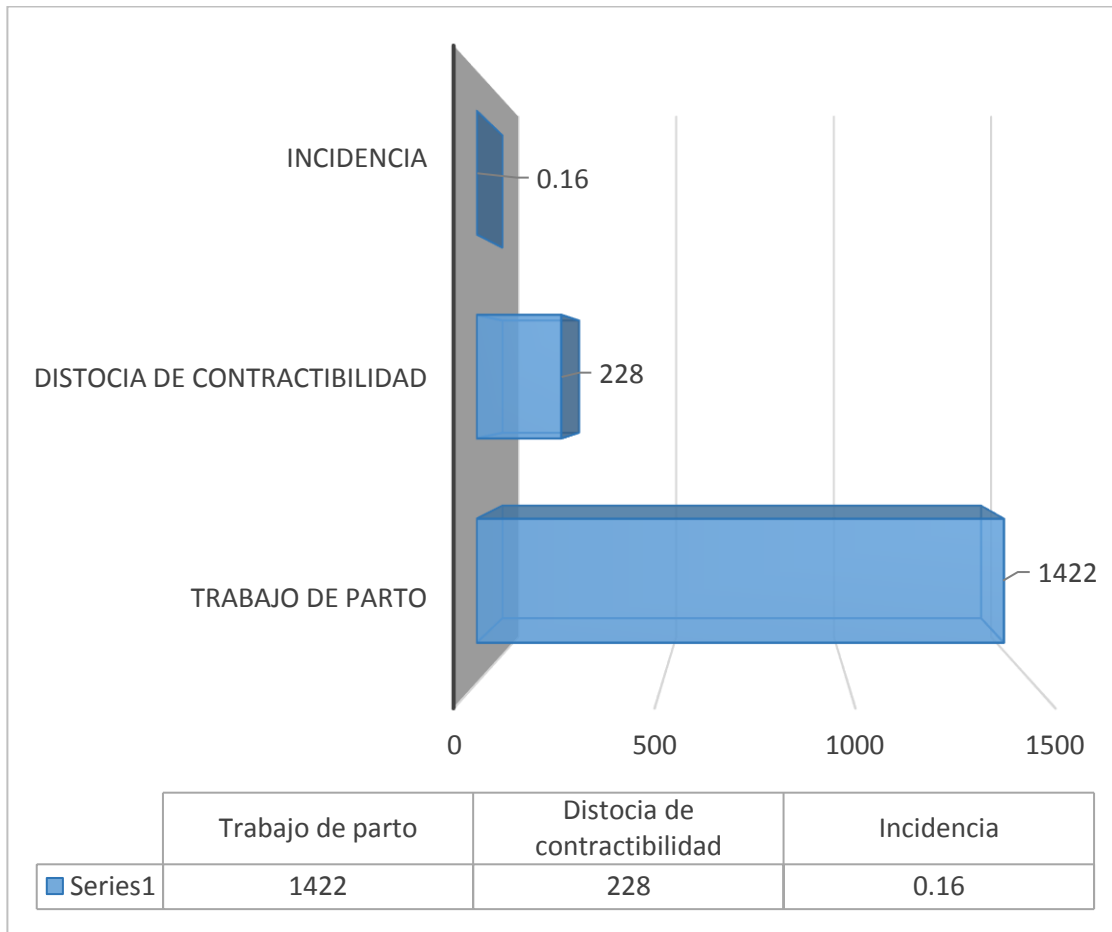


## **Capitulo IV**

### **Resultados**

- **Incidencia**

**Gráfico 1.** Incidencia de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, enero a diciembre del 2018.



**Fuente:** Ficha de recolección de datos

La incidencia de pacientes con distocia de contractibilidad durante los meses de enero a diciembre del año 2018 es de 0.16 por cada 100 pacientes que presentan trabajo de parto.

$$\text{Incidencia} = \frac{228}{1422} = 0.16$$

- **Características epidemiológicas sociodemográficas**

**Tabla 1.** Edad de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

		<b>Variable</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	Adolescente	Menor de 19 años	48	33
		De 19 a 24 años	22	15
	Adulta	De 25 a 30 años	28	19
		De 31 a 35 años	44	31
	Adulta mayor	36 a mas	2	2
		<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100</b>

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

Respecto a la edad dentro de las características epidemiológicas sociodemográficas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 33% en menores de 19 años de edad, 31% en pacientes con 31 a 35 años de edad.

**Tabla 2.** Estado civil de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

Variable		<i>f</i>	%
Estado civil	Con pareja		
	Casada/	36	25
	Conviviente	102	71
Sin pareja	Soltera/	6	4
<b>Total</b>		144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

Respecto al estado civil dentro de las características epidemiológicas sociodemográficas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 71% como convivientes, 25% como casadas el 4% son solteras.



**Tabla 3.** Grado de instrucción de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

Variable		<i>f</i>	%	
Grado de instrucción	Sin estudio	Analfabeta	4	3
	Estudios básicos	Primaria	36	25
		Secundaria	82	57
		Estudios avanzados	Superior	22
	<b>Total</b>		144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

Respecto al grado de instrucción dentro de las características epidemiológicas sociodemográficas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 57% con estudios secundarios, 25% primaria, 15% con estudios superiores y 3% sin estudios.

**Tabla 4.** Ocupación de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

	<b>Variable</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
<b>Ocupación</b>	Ama de casa	88	61
	Trabajadora dependiente	12	8
	Trabajadora independiente	44	31
	<b>Total</b>	144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

Respecto a la ocupación dentro de las características epidemiológicas sociodemográficas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 61% como amas de casa, 31% trabajo independiente y 8% con trabajo dependiente.

**Tabla 5.** Procedencia de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

<b>Variable</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
<b>Procedencia</b>		
Zona rural	38	26
Zona urbana	106	74
<b>Total</b>	144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

Respecto a la procedencia dentro de las características epidemiológicas sociodemográficas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 74% que las pacientes tienen procedencia urbana y 26% rural.

**Tabla 6.** Seguro de salud de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

		<b>Variable</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
<b>Seguro de salud</b>	Seguro integral salud	Sin seguro	12	8
		Con seguro	132	92
<b>Total</b>			144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

Respecto al seguro de salud dentro de las características epidemiológicas sociodemográficas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 92% de pacientes que cuentan con seguro de salud.

- Características epidemiológicas gineco obstétricas

**Tabla 7.** Número de gestaciones de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

Variable		<i>f</i>	%	
Numero de gestaciones	Primigesta	Nulípara	72	50
	Segundigesta	1- 2	24	17
	Multigesta	3 a mas	48	33
<b>Total</b>		144	100	

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

Respecto al número de gestaciones dentro de las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 50% como primigesta, seguido por el 33% multigesta

**Tabla 8.** Atención prenatal en pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

<b>Variable</b>		<b>f</b>	<b>%</b>	
<b>Atención prenatal</b>	No se realizo	No se realizo	10	7
	Insuficiente	(1-5 APN)	76	53
	Suficiente	(6 o más APN)	58	40
<b>Total</b>		144	100	

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

Respecto a las atenciones prenatales dentro de las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 53% de pacientes con atenciones prenatales insuficientes, es decir, de 1 a 5 atenciones, 40% como suficiente, es decir, de 6 a más.

**Tabla 9.** Diagnóstico nutricional de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

	<b>Variable</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Diagnóstico nutricional</b>	Bajo peso	< 18.50	4	3
	Normal	18.50 a 24.99	58	40
	Sobrepeso	25,00 - 29,99	66	46
	Obesidad	$\geq 30.00$	16	11
	<b>Total</b>		144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

Respecto al diagnóstico nutricional dentro de las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con el 46% con sobrepeso, 40% con el diagnóstico normal, 11% como obesidad y 3% bajo peso.

**Tabla 10.** Patología materna uterina de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco- 2018.

	<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Patología materna uterina</b>	Miomas uterinos	4	3
	Cuello uterino rígido	1	1
	No tiene patología	139	96
	<b>Total</b>	144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

Respecto a la patología materna uterina dentro de las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 3% con miomas uterinos, 1% con cuello uterino rígido y 96% que no presentaron patología.



**Tabla 11.** Antecedente de distocia de la contractibilidad de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

<b>Variable</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
<b>Antecedente de distocia de la contractibilidad</b>	Si	22 15
	No	122 85
<b>Total</b>	144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

Respecto a los antecedentes de distocia de la contractibilidad dentro de las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 15% quienes sí tuvieron el antecedente de distocia en su anterior parto y 85% que no lo tuvo.

**Tabla 12.** Edad gestacional de la contractibilidad de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

Variable		f	%
Edad gestacional	Pre término Menor de 36.6 sem.	22	15
	A término 37 a 40 sem.	84	58
	Post término > 40 sem.	38	27
<b>Total</b>		144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

La edad gestacional dentro de las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 58% a término, es decir, entre las 37 a 40 semanas, con el 27% pos término mayor de 40 semanas y con 15% pre término, es decir, menor de las 37 semanas.

**Tabla 13.** Distocia de la presentación fetal de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

Variable		f	%
Distocia de la presentación fetal	Si	12	8
	No	132	92
<b>Total</b>		144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

La distocia de la presentación dentro de las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 8% los que sí tuvieron distocia como presentación de cara, presentación compuesta y el 92% no lo tuvo.

**Tabla 14.** Inicio de trabajo de parto de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

	<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Inicio de trabajo de parto</b>	Inducción	44	31
	Espontáneo	100	69
	<b>Total</b>	144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

El inicio del trabajo de parto dentro de las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 69% las que tuvieron un inicio de trabajo espontáneo y 31% quienes iniciaron con una inducción de trabajo de parto con misoprostol u oxitocina.

**Tabla 15.** Conducción de trabajo de parto en pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Conducción de trabajo de parto</b>	Si	98 68
	No	46 32
<b>Total</b>	144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

La conducción del trabajo de parto dentro de las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 68% quienes si se inició en algún momento la conducción de trabajo de parto con oxitocina 10 UI.

**Tabla 16.** Terminación de la gestación de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

	<b>Variable</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Terminación de la gestación</b>	Vía vaginal	92	64
	Cesárea	52	36
	<b>Total</b>	144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

La terminación de la gestación dentro de las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 64% por vía vaginal y 36% por vía alta, es decir, cesárea.

- Características del recién nacido

**Tabla 17.** Edad gestacional en pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

Variable		f	%
Edad gestacional	Pre término Menor de 36.6 sem.	12	9
	A término 37 a 40 sem.	100	69
	Post término > 40 sem.	32	22
<b>Total</b>		144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

La edad gestacional dentro de las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 69% a término, es decir, de 37 a 40 semanas, el 22% post término, es decir, mayor de 40 semanas.

**Tabla 18.** "Peso al nacer en pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

<b>Variable</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Peso al nacer</b>	Menor de 2500 Gr	Bajo peso al nacer 8	6
	De 2500 a 3999 Gr.	Peso adecuado al nacer 110	76
	De 4000 Gr a más	Macrosomia fetal 26	18
<b>Total</b>		144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

El peso al nacer dentro de las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 76% con peso adecuado al nacer, es decir, de 2500 a 3999 grs, 18% como macrosomía fetal con 4000 gr a más.



**Tabla 19.** "Sexo del recién nacido en pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

Variable		f	%
Sexo	Femenino	66	46
	Masculino	78	54
Total		144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

El sexo del recién nacido dentro de las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 54% con sexo masculino y 46% de sexo femenino.

**Tabla 20.** APGAR al minuto en el recién nacido de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

Variable		f	%
APGAR al minuto	Patológico Menor de 7	12	8
	Adecuado De 7 a 10	132	92
<b>Total</b>		144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

El APGAR al minuto en el recién nacido dentro de las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 92% como adecuado entre 7 a 10 puntos, 8% como patológico, es decir, menor de 7 puntos.

**Tabla 21.** APGAR a los cinco minutos en el recién nacido de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

Variable		f	%
Apgar a los cinco minutos	Patológico Menor de 7	4	3
	Adecuado De 7 a 10	140	97
<b>Total</b>		144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

El APGAR a los cinco minutos en el recién nacido dentro de las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 97% como adecuado de 7 a 10 puntos y 3% como patológico menor de 7.

**Tabla 22.** Patología en el recién nacido de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018.

Variable		f	%
<b>Patología en el recién nacido</b>	Presencia de patología Si	44	31
	Ausencia de patología No	100	69
<b>Total</b>		144	100

*Fuente:* Ficha de recolección de datos

La patología en el recién nacido dentro de las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco - 2018, se presenta con 69% como ausencia de patología y 31% con presencia de patología.

**Tabla 23.** características epidemiológicas de pacientes gestantes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018.

Variable		Mayor %	
Características epidemiológicas sociodemográficas	Edad	Menor de 19 años	33
	Estado civil	Conviviente	71
	Grado de instrucción	Secundaria	57
	Ocupación	Ama de casa	61
	Procedencia	Zona urbana	74
	Seguro de salud	Con seguro	92
Características epidemiológicas gineco obstétricas	Numero de gestaciones	Nulípara	50
	Atenciones prenatales	De 1 a 5 APN	53
	Diagnostico nutricional	Sobrepeso: 25,00 - 29,99	46
	Patología materna uterina	No tiene patología	96
	Antecedente de distocia de la contractibilidad	No	85
	Antecedente de desproporción céfalo pélvica	No	92
	Edad gestacional	A término: 37 a 40 sem.	58
	Distocia de la presentación fetal	No	92
	Inicio de trabajo de parto	Espontáneo	69
	Conducción de trabajo de parto	Si	68
	Terminación de la gestación	Via vaginal	64
Características del recién nacido	Edad gestacional por Capurro	A término: 37 a 40 sem.	69
	Peso al nacer	Peso adecuado al nacer: De 2500 a 3999 Gr.	76
	Sexo	Masculino	54
	Apgar al minuto	De 7 a 10	92
	Apgar a los cinco minutos	De 7 a 10	97
	Patología en el recién nacido	No	69

*Fuente:* Ficha de recolección de datos



Las características epidemiológicas de pacientes gestantes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco son características epidemiológicas sociodemográficas como edad menor de 19 años con el 33%, estado civil conviviente 71%, grado de instrucción secundaria 57%, ocupación ama de casa 61%, procedencia de zona urbana 74%, cuentan con seguro de salud 92%. Las características epidemiológicas gineco obstétricas son nulípara con el 50%, con atenciones prenatales de 1 a 5 con el 53%, con sobrepeso 46%, sin patología materna uterina 96%, sin antecedente de distocia de la contractibilidad 85%, y sin antecedente de desproporción céfalo pélvica 92%, con edad gestacional a término 58%, sin distocia de la presentación fetal 92%, con inicio de trabajo de parto espontáneo 69%, en el 68% hubo conducción de trabajo de parto, la terminación de la gestación por vía vaginal 64%. Las características epidemiológicas del recién nacido son edad gestacional a término 69%, peso al nacer adecuado 76%, sexo masculino 54%, Apgar al minuto y a los cinco minutos con 7 a 10, sin patología en el recién nacido con el 69%.



## Discusión

- La incidencia de pacientes con distocia de contractibilidad durante los meses de enero a diciembre del año 2018 es de 0.16 por cada 100 pacientes que presentan trabajo de parto. El 16% de pacientes gestantes presentan distocias de contractibilidad. El estudio de Cobo P. Monleon J. en “Distocias en el parto en pacientes atendidas en el área de ginecobstetricia del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga 2015.” Concluye que los resultados arrojaron una incidencia de 0.22, los cuales son similares encontrados en la presente investigación. Por el contrario, el estudio de Gaona L., Peña K., Quevedo L., Ulloa A. en “Incidencia de distocias en la Unidad de Servicios de Salud Victoria Centro Oriente de Bogotá y el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha Colombia 2015.” Concluyen que la incidencia general de distocia fue de 15.2% (0.15) menor al encontrado en la presente investigación.  
  
Por otro lado el estudio de Guerrero T. en “Distocias dinámicas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada España 2014.” Concluyo que esta patología en el proceso de dilatación y descenso se presenta con una incidencia de 0.26 (26%) mayor al encontrado en la presente investigación.
- Las características epidemiológicas sociodemográficas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018, son edad con 33% en menores de 19 años de edad, 31% en pacientes con 31 a 35 años de edad; 71% como convivientes, 25% como casadas el 4% son solteras; 57% con estudios secundarios, 25% primaria, 15% con estudios superiores y 3% sin estudios; 61% como amas de casa, 31% trabajo independiente y 8% con trabajo dependiente; 74%



que las pacientes tienen procedencia urbana; 92% de pacientes que cuentan con seguro de salud. El estudio de Cobo P. Monleon J. en “Distocias en el parto en pacientes atendidas en el área de ginecobstetricia del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga 2015.” concluye que las pacientes que presentaron distocia en el parto fue de edad mayor a 35 años, los cuales son datos contrarios encontrados en la presente investigación, sin embargo, ambas edades están catalogadas como edades extremas y de riesgo en la gestación.

Así mismo el estudio de Gaona L., Peña K., Quevedo L., Ulloa A. en “Incidencia de distocias en la Unidad de Servicios de Salud Victoria Centro Oriente de Bogotá y el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha Colombia 2015.” Concluyen que la población estudiada con esta patología tuvo edad materna adulta. Por otro lado el estudio de Guerrero T. en “Distocias dinámicas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada España 2014.” Concluyo que las edades se encuentran entre 30 a 40 años (42%).

El estudio de Cáceres T., Charca O. en “Epidemiología del parto distócico por contractibilidad: Parto prolongado en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correo Valdivia – Huancavelica 2015.” Concluye que la edad de la madre varía entre 20 a 30 años con más frecuencia (54%), con pareja estable (48%), trabajan en el hogar (62%), cuentan con estudios básicos (52%),

- Las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018, son 50% como primigesta, seguido por el 33% multigesta; 53% de pacientes con atenciones





prenatales insuficientes, es decir, de 1 a 5 atenciones, 40% como suficiente, es decir, de 6 a más; 46% con sobrepeso, 40% con el diagnóstico normal, 11% como obesidad y 3% bajo peso; 3% con miomas uterinos, 1% con cuello uterino rígido y 96% que no presentaron patología; 15% quienes sí tuvieron el antecedente de distocia en su anterior parto y 85% que no lo tuvo; 58% a término, es decir, entre las 37 a 40 semanas, con el 27% pos término mayor de 40 semanas y con 15% pre término, es decir, menor de las 37 semanas; 8% los que sí tuvieron distocia como presentación de cara, presentación compuesta y el 92% no lo tuvo; 69% las que tuvieron un inicio de trabajo espontáneo y 31% quienes iniciaron con una inducción de trabajo de parto con misoprostol u oxitocina; 68% quienes si se inició en algún momento la conducción de trabajo de parto con oxitocina 10 UI; 64% por vía vaginal y 36% por vía alta, es decir, cesárea.

El estudio de Cobo P. Monleon J. en “Distocias en el parto en pacientes atendidas en el área de ginecobstetricia del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga 2015.” concluye que la población fue nulípara y gran multíparas, tuvieron estrechez pélvica y observaron la presencia de distocias de contractibilidad ocasionando uso de oxitocina. Así mismo el estudio de Gaona L., Peña K., Quevedo L., Ulloa A. en “Incidencia de distocias en la Unidad de Servicios de Salud Victoria Centro Oriente de Bogotá y el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha Colombia 2015.” Concluyen que la población estudiada con esta patología fue primigestantes y obesidad. Por otro lado el estudio de Guerrero T. en “Distocias dinámicas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada España 2014.” Concluyo que son multíparas (44%), con índice de masa corporal mayor a 25, es decir, con sobrepeso y



obesidad (48%), gestaciones a término (82%), inicio de trabajo de parto espontáneo (66%), cuyas gestaciones terminaron en su mayor porcentaje en intervenciones quirúrgicas (54.2%).

El estudio de Cáceres T., Charca O. en “Epidemiología del parto distócico por contractibilidad: Parto prolongado en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correo Valdivia – Huancavelica 2015.” Concluye que en su gran mayoría son multíparas (56%), sin controles de la gestación adecuadas (66%), presentaron una gestación a término (68%), el producto fue en su mayor parte con pesos normales (72%), Apgar de 7 a 10 (88%) al minuto.

- Las características epidemiológicas del recién nacido de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018 son 69% a término, es decir, de 37 a 40 semanas, el 22% post término, es decir, mayor de 40 semanas; 76% con peso adecuado al nacer, es decir, de 2500 a 3999 grs, 18% como macrosomía fetal con 4000 gr a más; 54% con sexo masculino y 46% de sexo femenino; 92% Apgar al minuto entre 7 a 10 puntos, 8% como patológico, es decir, menor de 7 puntos; 97% Apgar a los cinco minutos de 7 a 10 puntos y 3% como patológico menor de 7; 69% como ausencia de patología y 31% con presencia de patología. Así mismo el estudio de Gaona L., Peña K., Quevedo L., Ulloa A. en “Incidencia de distocias en la Unidad de Servicios de Salud Victoria Centro Oriente de Bogotá y el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha Colombia 2015.” Concluyen que hay relación de esta patología con el sexo del neonato y con la posición.



## Conclusiones

- La incidencia de pacientes con distocia de contractibilidad durante los meses de enero a diciembre del año 2018 es de 0.16 por cada 100 pacientes que presentan trabajo de parto. Es decir, el 16% presento Distocia de Contractibilidad.
- Las características epidemiológicas sociodemográficas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018, son edad menor de 19 años de edad, convivientes, con estudios secundarios, amas de casa, con procedencia urbana; cuentan con seguro de salud.
- Las características epidemiológicas gineco obstétricas de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018, son primigestas, con menos de seis atenciones prenatales, con sobrepeso, sin patología; gestación a término, inicio de trabajo espontáneo, con inició de conducción de trabajo de parto.
- Las características epidemiológicas del recién nacido de pacientes con distocia de contractibilidad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2018 son a término, con peso adecuado al nacer, de sexo masculino, con Apgar al minuto entre 7 a 10.



## Recomendaciones

- Es importante dar a conocer los resultados sobre la incidencia de esta patología en los diferentes niveles de atención para prever con anticipación y tomar decisiones oportunas salvaguardando la vida tanto de la madre como del feto.
- El personal encargado de la atención de pacientes con esta patología debe estar capacitado para reconocerlas inmediatamente y según ello realizar la referencia a establecimientos con mayor capacidad resolutive, donde las características sociodemográficas encontradas en la presente investigación nos ayuden como una guía.
- Es importante conocer las características gineco obstétricas de las gestantes desde la atención a nivel primario así como en el momento de ingreso a hospitalización para el trabajo de parto, para considerar en quienes se debe trabajar de forma preventiva cualquier patología añadida.
- Es importante valorar las características del recién nacido encontradas en la presente investigación sobre todo el Apgar tanto al minuto como a los cinco minutos, lo que refleja el manejo oportuno en estas pacientes, por lo tanto, se recomienda actualizar los protocolos incluyendo el manejo en el recién nacido.



## Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano 2012.
2. Trujillo B., Tene C., Ríos M. Factor de Riesgo para cesárea: un enfoque epidemiológico Gineco obstétrico México 2013
3. Villanueva E. Operación cesárea: una perspectiva integral. Revista Facultad Medicina UNAM 2012
4. World Health Organization. Maternal mortality. WHO Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>. 6. World Health Organization. Newborns: reducing mortality. WHO 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/>.2015
5. Cobo P. Monleon J. Distocias en el parto en pacientes atendidas en el área de ginecobstetricia del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga
6. Gaona L., Peña K., Quevedo L., Ulloa A. Incidencia de distocias en la Unidad de Servicios de Salud Victoria Centro Oriente de Bogota y el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha (Cundinamarca) Colombia 2015
7. Guerrero T. Distocias dinámicas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada España 2014.
8. Malpartida M. Parto distócico en gestantes adolescentes Hospital María Auxiliadora Lima Perú 2016



9. Cáceres T., Charca O. Epidemiología del parto distócico por contractibilidad: Parto prolongado en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correo Valdivia – Huancavelica 2015.
10. Cárdenas M. Controles prenatales y su asociación con la alteración en las contracciones uterinas en el momento del parto Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Dos de Mayo 2014
11. Nápoles M. Couto D, Montes A. Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto. Medisan. España 2012
12. Jaramillo D, Jaramillo D. Parto distócico y factores relacionados en pacientes atendidas en el Área de Ginecología del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca Ecuador 2016.
13. Schwarcz R., Fescina R., Duverges C. Obstetricia. Buenos Aires: El Ateneo. 2006
14. Díaz C. Factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz. Lima Perú 2015
15. Ministerio de Salud. Dirección general de salud de las personas. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva pág. 19 Lima Perú 2004
16. Camargo L. Distocia de la contractibilidad uterina. casos clínicos Lima Perú 2014
17. Ministerio de Salud. Dirección general de salud de las personas. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva pág. 24 Lima Perú 2004
18. Camargo L. Distocia de la contractibilidad uterina. casos clínicos Lima Perú 2014
19. Fescina R., De Mucio B., Díaz, R., Martínez G., Serruya S., Duran P. Salud Sexual y Reproductiva. Guías para el Continuo Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS. Uruguay: CLAP/SMR 2012



20. Jáuregui L. Indicaciones de cesárea por distocias óseas en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero-Diciembre Argentina 2011.
21. Vélez P. Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de Gineco Pediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora, México. 2013.