



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

SEDE
ESMERALDAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

TESIS DE GRADO

FACTORES QUE DESENCADENAN PARTO DISTOCICO EN LAS
EMBARAZDAS QUE SE ASISTEN AL HOSPITAL GENERAL SUR
DELFINA TORRES DE CONCHA

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

AUTORA

VANESSA SOLANGE DELGADO LAJONES

ASESOR

Mgt. CRISTOBAL BAIXAULI PEREZ

Esmeraldas, 2019

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

“Trabajo de tesis aprobado luego de haber dado cumplimiento a los requisitos exigidos por el reglamento de Grado de la PUCESE previo a la obtención del título LICENCIADA EN ENFERMERIA”

Presidente del Tribunal de Graduación

Lector (a) 2

Asesor de Tesis

Director de Escuela

Fecha: _____

AUTORÍA

Yo, **VANESSA SOLANGE DELGADO LAJONES** expreso que el presente estudio investigativo detallado en el presente trabajo de tesis es absolutamente original, auténtica y personal.

En virtud soy la responsable legal y académico de las ideas, métodos, resultados expuestos en la investigación y el patrimonio científico de la Tesis de Grado pertenece a la PUCESE

.....

VANESSA SOLANGE DELGADO LAJONES

CI: 0803074665

AGRADECIMIENTO

Al término de esta etapa de formación académica, quiero expresar inmensamente mi profundo agradecimiento a Dios por darme la fortaleza de vencer los obstáculos, también a cada una de las personas que forman parte de mi núcleo familiar en especial a mis padres Maritza Lajones y Ricardo Delgado por ese amor, confianza y apoyo incondicional, mis hermanos quienes a lo largo de toda mi vida me han motivado a seguir creciendo como persona y como una profesional, a mi abuela, tías, primos que creyeron en mí y forman parte de mi desempeño académico, de manera muy especial a mi tutor de tesis Mgt. Cristóbal Baixauli Pérez el mismo que a lo largo de este tiempo ha puesto a prueba mis conocimientos en el desarrollo de esta investigación la cual ha finalizado llenando mis expectativas, y finalmente mis sinceros agradecimientos a la universidad Católica Sede Esmeraldas, en especial a la escuela de enfermería, donde se me dio la oportunidad de estudiar y por haberme formado como persona y profesional con gran oportunidad en la vida, preparándome para un futuro competitivo y formándome con muchos valores para ser una persona de bien.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo con todo mi cariño principalmente a Dios por la oportunidad que me ha dado de culminar uno de mis objetivos, porque ha estado conmigo en cada paso que doy y dándome fortaleza para continuar y no dejarme vencer por las adversidades que se me presentan día a día; a mi padres que con amor, sacrificio y apoyo incondicional que me han brindado supieron motivarme moral y materialmente para lograr culminar mis estudios universitarios, a mis hermanos primas y tíos que supieron darme todo su amor y confianza y con sus palabras me daban toda la fortaleza y motivación para continuar este gran reto que está pronto a culminar.

Además, a mis 3 compañeras que durante estos cinco años de estudio estuvieron a mi lado, brindándome su amistad, compañía, afecto y cariño, apoyándonos mutuamente a continuar por nuestros sueños de ser unas excelentes Licenciadas en Enfermería.

MIL GRACIAS A DIOS Y A MI FAMILIA

INDICE

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN	I
AUTORÍA	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
INDICE	V
LISTA DE TABLAS	VI
LISTA DE FIGURAS	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	5
MARCO TEÓRICO	5
1.1 BASES TEÓRICO-CIENTÍFICAS	5
1.2 ANTECEDENTES	8
1.3 MARCO LEGAL	13
CAPÍTULO II	15
MATERIALES Y MÉTODOS	15
2.1 DESCRIPCIÓN DEL LUGAR DEL ESTUDIO	15
2.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	17
2.3 MÉTODOS	17
2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	17
2.5 ANÁLISIS DE DATOS	17
2.6 NORMAS ÉTICAS	18
RESULTADOS	19
CAPITULO IV	26
DISCUSIÓN	26
CAPITULO V	29
CONCLUSIONES	29
CAPITULO VI	30
RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS	31
ANEXO	36

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Perfil sociodemográfico de los partos distócico.....	20
Tabla2: Perfil de antecedentes de las madres con parto distócico.....	22
Tabla3: Factores que desencadenan partos distócico.....	24
Tabla4: Complicaciones por edad en primeros partos distócico.....	25

LISTA DE FIGURAS

Figura1: Perfil sociodemográfico de los partos distócico.....	21
Figura2: Perfil de antecedentes de las madres con parto distócico.....	23
Figura3: Factores que desencadenan partos distócico.....	25

RESUMEN

El presente estudio tiene como **objetivo** determinar los factores que desencadenan parto distócico en las embarazadas que asisten al Hospital General Delfina Torres de Concha. La **metodología** utilizada en esta investigación fue transversal, cuali-cuantitativa con alcance descriptivo no experimental y de manera retrospectivo, entre los **resultados** obtenidos se registró una prevalencia de parto distócico de 320 (34.3%) durante el periodo Enero – Marzo, dentro de los factores de partos distócico se encontraron según el grupo etario de 20 a 34 años (35.9%), en relación con los antecedentes (71.7%) tuvieron más de 6 controles prenatales, respecto a parto anteriores cesáreas primaria (46.7%) y cesáreas anteriores (75.3%), enfermedades más frecuentes infecciones de vías urinaria (60.0%) y anemia (33.1%), las principales causas de partos distócico tenemos: cesáreas anteriores (92.9%), desproporción céfalo-pélvica (21.7%), expulsivo prolongado (16.7%), macrosomia fetal (8.3%), liquido meconal (6.7%) **Conclusión:** de la nueva información generada se podría diseñar una mejoría en los protocolos con la finalidad de realizar más prevenciones, informar y educar a la comunidad, con el objetivo de buscar disminuir la tasa de mortalidad y complicaciones y con ello poder disfrutar de un embarazo saludable, y al mismo tiempo disminuir las estadía hospitalaria y evitar atraer nuevas enfermedades, y al mismo tiempo disminuir los costos para el estado.

Palabra clave: Parto distócico, factores desencadenantes o riesgo, cesárea primaria, oligohidramnios.

ABSTRACT

The present study has like **aim** determine the factors that unchain childbirth dystocic in the pregnant that assist to the General Hospital Delfina Torres of Concha. The **methodology** used in this investigation was transversal, cuali-quantitative with descriptive scope no experimental and of retrospective way, between the **results** obtained registered a prevalence of childbirth dystocic of 320 (34.3%) during the period January – March, inside the factors of childbirths dystocic found according to the group of 20 to 34 years (35.9%), in relation with the antecedents (71.7%) had more than 6 prenatal controls, with regard to previous childbirth caesarean primary (46.7%) and caesarean previous (75.3%), illnesses more frequent infections of roads urinaria (60.0%) and anemia (33.1%), the main causes of childbirths dystocic have: caesarean previous (92.9%), disproportion cephalopelvic (21.7%), prolonged expulsive (16.7%), macrosomia fetal (8.3%), meconal fluid (6.7%) **Conclusion:** of the new information generated could design to get better in the protocols with the purpose to realise more preventions, inform and educate to the community, with the aim to look for diminish the tax of mortality and complications and with this can enjoy of a healthy pregnancy, and at the same time diminish the stay hospitable and avoid attract new illnesses, and at the same time diminish the costs for the state.

Key word: Childbirth dystocic, factors triggers or risk, primary cesarean , oligohidramnios.

INTRODUCCIÓN

Presentación de tema de investigación

Las distocias son causas que pueden alterar un parto fisiológico, siendo uno de los principales objetivos de estudios y atención en la práctica Gineco- obstétricas, debido a que comprometen la salud y vida de la madre y el feto de manera simultánea, las distocias también constituyen frecuentemente causas de cesárea, ya que por definición involucra la incapacidad para llevar a cabo el parto vaginal. Por lo tanto, las distocias se convierten un riesgo inherente de mayor morbimortalidad materno infantil, al igual que mayores gastos económicos directos e indirectos, asociados a cuidados médicos rutinarios y complicaciones. (Jaramillo & Jaramillo, 2017)

Mediante un chequeo médico se pueden evitar algunos de los factores de riesgo para una distocia en la labor de parto tales como mal control prenatal, bajo peso fetal, baja estatura materna, cesárea previa, gran multiparidad, embarazos pos-término, trabajo de parto prolongado, obesidad, mujeres menores de 18 años o mayores de 35 años, mujeres con defectos congénitos y pélvicos, pérdida de líquido amniótico por más de 12 horas. Algunos autores refieren que la macrostomia fetal está estrechamente relacionada con la distocia de hombros, otros condicionantes de esta complicación son la diabetes mellitus y un parto prolongado o instrumentado. (Tirado, 2017)

Es indispensable conocer que las cesáreas al igual que cualquier otra intervención quirúrgica, implica riesgos y complicaciones, aumentando así la tasa de morbimortalidad tanto de la madre como del feto, por lo tanto es recomendable que las prácticas de cesáreas se efectúe únicamente cuando existan indicaciones médicas debidamente justificadas, de tal modo que es necesario que los profesionales especializados en esta rama se encuentren capacitados, intentando de esta manera reducir el nivel de intervenciones quirúrgicas innecesarias, precautelando la vida de la madre y el feto. (Arguello & Sánchez, 2017)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se recomienda que la tasa de nacimientos dados por parto distócico en un país debe oscilar entre un 5 y 15 %, si la tasa

sobrepasa el rango determinado se sobreentiende como un abuso en los procedimientos no dados por indicaciones médicas. (MSP, 2013 - 2016)

Planteamiento del problema

Según la OMS refiere que muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos, dichas complicaciones aparecerán durante la gestación y a su vez algunas pueden ser prevenibles o bajo un tratamiento, otras pueden estar presentes desde antes del embarazo pero que se agravan con la gestación, entre las causas principales de complicaciones que alcanzan un porcentaje de 75% están: hemorragias graves, infecciones tras el parto, preeclampsia y eclampsia, complicaciones en el parto y abortos peligrosos. (OMS, 2018)

Según en la teoría de Cáceres (2016) en Colombia, estudios epidemiológicos han demostrado asociaciones de mortalidad y morbilidad materna con factores relacionados con los antecedentes de la madre, alguno de ellos como por ejemplo la procedencia rural, la edad extrema de la madre, número de partos, hábito de fumar, ingesta de alcohol y droga durante el embarazo, falta de atención prenatal y bajo nivel económico (Cáceres, 2016).

En Ecuador, se estima que hasta 6,5% de todos los nacimientos ocurren por cesáreas de urgencias, asociadas a algún tipo de distocia. Así mismo, en nuestro país del total de muertes maternas el 1,2%, se atribuyó a anomalías de la dinámica del trabajo de parto, en tanto que proporciones significativas correspondieron a eventos que pueden relacionarse con las distocias, como hemorragia posparto con 72,8% y trauma obstétrico con 3%. De manera similar, entre las primeras causas de muerte infantil en Ecuador se encuentran varias patologías asociadas a distocias, como; disnea, infecciones respiratorias del recién nacido (RN) y asfixia perinatal (Jaramillo & Jaramillo, 2017).

La autora Reyes (2016) manifiesta que, en el Hospital Delfina Torres de Concha, en los últimos 5 años, ingresan embarazadas con mucha frecuencia al área de Gineco Obstetricia, presentando complicaciones, coincidiendo con un repunte en los embarazos en adolescentes, causado por el estado emocional en el que se encuentran las mismas, siendo la depresión uno de los que más afecta la salud de la gestante, ocasionando inapetencia y mala nutrición. También los factores socioculturales, económicos y

educativos, es otra causa importante porque sus recursos económicos no son suficientes, viven en sectores alejados o no cuentan con un grado de escolaridad, afectando el acceso de información e impidiendo que puedan realizarse los controles pertinentes. (Reyes, 2016)

Es muy importante conocer si las embarazadas que asisten al Hospital del sur de la ciudad de esmeraldas reciben información necesaria sobre las causas y efectos que conllevan a una complicación en los trabajos de parto o durante el desarrollo del embarazo, de tal forma que se pueda obtener una mejora continua sobre la información ofertada y evitar la morbilidad, por tanto el programa nacional de salud completa la atención materno infantil, como uno de los programas prioritarios tanto a nivel nacional como estatal, por considerar la morbilidad materno infantil un grave problema en salud pública, mediante actividades orientadas a la detección y la corrección oportuna de la vigilancia y control de la mujer en las etapas de embarazo y del parto con el fin de evitar riesgo en la madre e hijo. (Castro J. R., 2016)

De esta problemática nace la importancia de explorar ¿Cuáles son los factores que desencadenan parto distócico en las embarazadas que asisten al Hospital General Sur Delfina Torres de Concha?

Justificación

El presente estudio identificó los factores de riesgos asociados al parto distócico, conjuntamente a las situaciones en las que se encuentra inmersa la población femenina.

El interés de plasmar la investigación surge por el alto índice de partos distócicos que se presentan actualmente, los factores que generan un parto distócico, las diversas consecuencias o/y complicaciones frecuentes, tanto para la madre como para el bebé, y los riesgos a los que se someten ,debido a este tipo de parto laborioso ,se beneficiarán directamente las embarazadas, las mismas podrán tener conciencia y educación prenatal, con el fin de contrarrestar las complicaciones, evitar traumas, estrés y secuelas graves trans y postparto, conjuntamente el neonato podrá disfrutar de un estado de salud sana y sin consecuencias , de tal manera que disminuirán las tasas de morbi – mortalidad materna y neonatal. Favoreciéndose a su vez el personal de salud que participará activamente en la prevención de riesgos que impidan el desarrollo gestacional, evitando

la sobre carga laboral debido a la saturación de pacientes y complicaciones durante el trabajo de parto, contribuirá también a la institución hospitalaria, impidiendo estadías prolongadas y costos excesivos que pueden perjudicar la actividad financiera de la unidad de salud.

DELIMITACIÓN DE OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que desencadenan partos distócicos en las embarazadas que asisten al Hospital General Sur Delfina Torres de Concha

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar en que grupo etario se presenta con mayor frecuencia los factores de partos distócico.
- Determinar las características sociodemográficas de las embarazadas que presentan partos distócicos.
- Identificar las enfermedades más frecuentes de las madres embarazadas durante el desarrollo de su embarazo.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Bases teórico-científicas

Según el autor Díaz (2015), 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), y el feto y sus anexos. Dificultando el parto vía vaginal (Díaz, 2015)

La distocia es una complicación que se da durante el embarazo o el parto lo que con lleva a una cesárea que según el autor (Arguello & Sánchez, 2017) consiste en una intervención quirúrgica , en la cual se realiza una incisión en el abdomen y útero de la madre, cuyo propósito es extraer uno o más bebés y así evitar riesgos en la salud y vida de ambos, según Medina la operación cesárea ha contribuido en mejorar la sobrevivencia de muchos recién nacidos, así como también las condiciones de su nacimiento. (Medina , 2016)

Según los estudios de Díaz (2015), se identifican como factores generales de riesgo de la distocia: partos domiciliario, gestantes obesas y con bajo peso, gestantes adolescentes: <15 años, gestantes añosas: > 35 años, Talla corta: < 1.40 m, abdomen péndulo., intervalo intergenésico prolongado, cesáreas anteriores, bajo desarrollo económico, inicio precoz de la vida sexual sin protección, diabetes materna, altura uterina mayor de 35 cm., distocia de partos anteriores, malformaciones uterinas, malformaciones fetales, prematuridad, tumores uterinos y placenta previa.

Mientras la autora Tirado (2017), tiene relación con los factores ya antes mencionados, pero aumentan otros elementos de riesgo de la distocia en la labor de parto, los mismos son: mal control prenatal, bajo peso fetal al nacer, baja estatura materna, cesárea previa, gran multiparidad, nuliparidad, embarazos postérmino, trabajo de parto prolongado y excesiva ganancia de peso durante el embarazo. Otros condicionantes de esta complicación la constituyen; presentación diferente a la occipitoanterior, sufrimiento fetal, óbito previo, mujeres menores de 18 o mayores de 35 años, o mujeres con defectos congénitos pélvicos y pérdida de líquido amniótico por más de 12 horas, algunos autores

refieren que la macrosomía fetal está estrechamente relacionada con la distocia de hombros. La obesidad materna, la diabetes mellitus y un parto prolongado o instrumentado son también factores de riesgo vinculados con el parto distócico (Tirado, 2017).

Entre los factores de riesgo que se asocian con el parto distócico, existen diferentes tipos de distocia: distocia de origen materno fetal y distocia originada por anexos.

Distocia de origen materno

La teoría de los autores Cevallos y Chamba manifiesta el origen de distocia materna como (Cevallos & Chamba, 2014)

Enfermedades maternas, enfermedades propias de la gestación, enfermedades coincidentes con la gestación, pero que no dependen de ella, enfermedades anteriores a la gestación, alteraciones del canal del parto (distocias mecánicas), alteraciones anatómicas congénitas de la pelvis (pelvis estrechas), alteraciones adquiridas de la pelvis (traumatismos), alteraciones congénitas o adquiridas del canal blando, alteraciones del motor del parto (distocias dinámicas) (Motor del parto = contracciones de la musculatura uterina), alteraciones de la intensidad de las contracciones (hipodinamias e hiperdinamias), alteraciones de la frecuencia de las contracciones (hiposistolias e hipersistolias), alteraciones de la coordinación de las contracciones.

Mientras que los autores Jaramillo & Jaramillo en este estudio, se ha reportado otros factores relacionados con la madre, se incluyen las edades extremas, en particular adolescentes y mujeres mayores de 35 años de edad, el bajo peso, al igual que el sobrepeso y la obesidad, otros factores asociados son el período intergenésico muy reducido o muy prolongado, la nuliparidad y la gran multiparidad, la estrechez pélvica y las enfermedades maternas crónicas. (Jaramillo & Jaramillo, 2017).

Distocia de origen fetal

La teoría de los autores Jaramillo y Jaramillo (2017) mencionan que los factores fetales, destacan múltiples anomalías congénitas, especialmente la macrosomía, hidrocefalia, hidropesía, higroma quístico y tumores, entre otras causas se encuentran los embarazos múltiples y el aumento de peso o volumen del feto, al igual que el bajo peso al nacer o prematuridad (Jaramillo & Jaramillo, 2017).

Mientras que los autores Cevallos y Chamba (2017), describen otros factores relacionados a la distocia en el trabajo de parto y en la que se apoyará esta investigación, los mismos son:

- Alteraciones anatómicas del feto por malformaciones congénitas.
- Presentaciones anómalas del feto.
- Sufrimiento fetal.

Presentación podálica, pelviana o de nalgas. - El parto de nalgas o en presentación podálica está considerado por algunos autores como un parto distócico, es decir, un parto patológico, por lo que preconizan la práctica sistemática de cesárea ante esta presentación. Se denomina parto de nalgas o parto en podálica, según las características del polo podálico:

Podálica completa o nalgas impuras: presenta las nalgas además de los pies porque mantiene las piernas flexionadas.

Podálica incompleta o nalgas puras: presenta exclusivamente las nalgas y mantiene las piernas extendidas a lo largo del abdomen, con los pies a la altura de la cabeza (Cevallos & Chamba, 2014).

Distocia originada por los anexos

Solo se tratarán las perturbaciones que pueden ocasionar el cordón umbilical y las membranas ovulares. Tenemos las siguientes anomalías relacionados con el cordón umbilical: nudos, torsiones exageradas, anomalías de los vasos, rotura del cordón, bridas o adherencias, inflamaciones, tumores, hematomas, anomalías de longitud, anomalías de inserción y anomalías de ubicación en relación con el feto (circulares de cordón umbilical al cuerpo del feto, procidencia del cordón) (Díaz, 2015).

De tal forma los autores Zúñiga y Guamán (2017), describen ciertas anomalías asociados al trabajo de parto, de la cual se tomará en cuenta para la presente investigación como son:

- Alteraciones producidas por la placenta.
- Desprendimiento precoz de la placenta normalmente inserta.
- Evidencia de funcionamiento insuficiente de los mecanismos de intercambio en el espacio intervilloso de la placenta.

- Alteraciones producidas por el cordón umbilical Vueltas de cordón.
- Prolapso del cordón.
- Compresiones de cordón.
- Inserciones patológicas del cordón.

El prolapso de cordón, es la presencia de un asa de cordón umbilical por delante de la presentación fetal cuando la bolsa amniótica está rota. Las causas del prolapso de cordón umbilical son; situaciones transversas, presentaciones cefálicas desflexionadas, nalgas incompletas y pies, desproporciones pelvi fetales con falta de encajamiento de la presentación, placenta de inserción baja, gemelaridad, prematuridad y maniobras obstétricas que desplacen la presentación fetal. Otras distocias originadas por los anexos son el desprendimiento precoz de placenta y la placenta previa (Cevallos & Chamba, 2014).

1.2 Antecedentes

Según lo descrito por los autores Ruano (2018), en su investigación, Enfermedades asociadas al embarazo en mujeres primigesta atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo septiembre 2016 – febrero 2017, que tuvo como objetivo general determinar cuáles son las enfermedades de mayor frecuencia que se asocia al embarazo en primigesta, utilizó la metodología un diseño metodológico descriptivo y transversal que nos permitió recoger información y el instrumento que se empleó fue una ficha de recolección de datos donde la muestra de estudio fueron las mujeres embarazadas primigesta en el periodo de Septiembre 2016 – Febrero 2017, los resultados fueron los siguientes: más importantes fueron el elevado porcentaje de mujeres embarazadas menores de 19 años (44%), el nivel de instrucción de secundaria incompleta (42%) y con una ocupación de ama de casa (52%). Se encontró que la enfermedad más frecuente fue la Infección de Vías Urinarias con un 40%, seguido de la Hipertensión Arterial con un 13%, Anemia con un 8% y por último Hemorragias con un 2%. Se concluye que el porcentaje en enfermedades ya mencionadas se llegó a evidenciar en mujeres primigesta que aún no llegan a su edad máxima para embarazarse. Se recomienda que en todas las casas de salud haya una mayor educación sobre este tema, en especial con una población indígena que casi la mayoría

tienen una instrucción de educación media y no están informadas en su totalidad sobre los problemas que pueden tener (Ruano, 2018).

Los autores Calva Girón y Esparza Luis (2015), en su investigación; Determinar los factores de riesgo obstétricos más comunes en el servicio de gineco-obstetricia, del Hospital Regional Isidro Ayora, en el período de enero a julio de 2014, que tuvo como objetivo general determinar los factores de riesgo obstétricos más comunes que presentan las mujeres gestantes internadas en el servicio de gineco-obstetricia, utilizó la metodología mediante el estudio descriptivo, cuantitativo y prospectivo, la población fue las mujeres gestantes internadas, teniendo como muestra 100 pacientes cumpliendo criterios de exclusión-exclusión, los resultados encontrados fueron; amenaza de parto pretermino 37%, infecciones maternas 24%, preeclampsia 17%, ruptura prematura de membrana 10%. Según el MSP: riesgo bajo 33%, riesgo alto 3% y riesgo inminente 64%. Según grupo etario 15 a 19 años, amenaza de parto pretermino 12%, embarazo precoz 5%, 10 a 24 años infecciones maternas 7%, 30 34 años amenaza de parto pretermino y preeclampsia 6%, 35 a 39 años preeclampsia 4%, 40 44 años embarazo tardío 4%. Además, hay una relación entre menos de 5 controles con la aparición de los factores de riesgo obstétricos (Calva, karina, & Esparza).

Reyes (2016), en su investigación, Factores de riesgo obstétrico en embarazadas que acuden al Hospital Delfina Torres De Esmeraldas, cuyo objetivo general fue, identificar los factores de riesgos obstétricos en embarazadas que son atendidas en el Hospital "Delfina Torres de Concha" de la ciudad de Esmeraldas, la misma utilizó como metodología ,un estudio exploratorio, descriptivo y cuanti-cualitativo, utilizando una muestra de 55 embarazadas, 10 licenciadas en enfermería, 5 auxiliares de enfermería y 7 médicos obstetras que laboran en el área de Ginecobstetricia, se aplicaron encuestas a las embarazadas conformadas por 14 preguntas ,de las cuales 5, eran cerradas y 9 de opciones múltiples, en un tiempo de 10 minutos. Al personal de salud 10 preguntas abiertas en un tiempo de 20 - 30 minutos, además de una guía de observación aplicada al área y al personal del área de Ginecobstetricia durante el mes de Agosto 2016, los resultados encontrados fueron, que el mayor porcentaje de las embarazadas (42%), son las adolescentes de 12 a 16 años, un 46% viven en los sectores urbano marginales y el 44% han logrado culminar la secundaria, de las cuales el 36% solo han realizado 3 controles prenatales dando como resultado la presencia de algunas complicaciones tales como la amenaza de parto pre término en un 27%, pre eclampsia 16%, seguidas de las placenta

previa 7%, se pudo concluir que los riesgos obstétricos en la actualidad si está afectando a la comunidad esmeraldeña, el área de salud antes mencionada si cuenta con equipos tecnológicos y personal profesional calificado (Reyes, 2016).

El autor Gonzales (2016) en la investigación; Indicaciones de cesáreas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, durante el período, 2014, y que tuvo como objetivo, conocer las indicaciones que determinan un parto por cesárea, así como su frecuencia y las características de las pacientes en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Comas-Lima-Perú, durante el período 2014, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, cuantitativo, la muestra estuvo conformada por 338 casos de cesárea en dicho hospital. La información fue recolectada principalmente del registro de sala de operaciones y de las Historias Clínicas respectivas, para lo cual se empleó una ficha de recolección de datos. Los resultados se analizaron en el programa informático Microsoft Office Excel 2010, los resultados se encontró una frecuencia de la operación cesárea de 42,07%. Las principales indicaciones de cesárea fueron: Cesárea Anterior con 24.26%; Desproporción Céfalo-Pélvica con 16.57%; Pre-eclampsia o Eclampsia con un 10.95%; Macrosomía Fetal con 9.47% y Ruptura Prematura de Membranas con 8.87% (Gonzales, 2016).

Los autores Espinosa y Leime, (2017) en la investigación, prevalencia y principales causas de cesárea en el Hospital General Delfina Torres de Concha Esmeraldas Sur, en el período de tiempo enero – diciembre 2016, cuyo objetivo fue ,determinar la prevalencia y principales causas de cesárea en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Delfina Torres de Concha, en el período de tiempo ,enero a diciembre de 2016, en la misma se realizó un estudio, descriptivo transversal, la población a estudiar fueron, mujeres gestantes que culminaron el embarazo por vía cesárea que acudieron al servicio de Gineco – Obstetricia, para la recopilación de la información se utilizaron, historias clínicas, protocolos operatorios y hoja de CLAP de 578, pacientes que cumplen los criterios de inclusión y exclusión. Para la realización de la base de datos se realizó en el programa Microsoft Excel y el análisis de datos en el programa SPSS. Los resultados encontrados fueron, que, en el año 2016 en el Hospital General Delfina Torres de Concha Esmeraldas Sur, dentro del servicio de Gineco – Obstetricia, la prevalencia de mujeres gestantes que culminaron su embarazo por vía cesárea fue del 56,4 %. De 578 pacientes dentro de la investigación, el 73 % se encuentran dentro del rango de 18 – 35 años de edad; el grupo étnico con mayor prevalencia fue mestizo con un 73 % y las pacientes que alcanzaron un

nivel secundario en sus estudios fueron el 56 %. En cuanto a los antecedentes prenatales tenemos que, el 82% de las pacientes terminaron su embarazo a término, la mayor parte de las pacientes en el estudio fueron primigesta con 38 %, las cinco principales causas de cesárea son las siguientes, cesárea anterior 34%, cesárea debido a preeclampsia en el embarazo 13%, Distocia de Presentación 10%, Desproporción Céfalo Pélvica 8%, sufrimiento fetal agudo 5%. En cuanto a la puntuación de Apgar se encontró valores entre 7 y 10 minutos, al primer y cinco días de nacido. Según los resultados obtenidos en la investigación tenemos que la prevalencia de cesárea en el Hospital General Delfina Torres de Concha Esmeraldas Sur es de 56,4%, las causas de cesárea son; maternas fetales y mixtas, las principales fueron las siguientes; Cesárea Anterior 34%, Cesárea debido a Preeclampsia en el embarazo 13%, Distocia de Presentación 10%, Desproporción Céfalo Pélvica 8%, Sufrimiento Fetal Agudo 5%, además que la puntuación de Apgar al 1' y 5' minutos obtenido por los neonatos mediante esta vía los resultados son cifras altas (Espinosa & Leime, 2017).

El autor López (2015) en la investigación "Aspectos epidemiológicos en pacientes cesareadas en el hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen enero- diciembre del 2014", que tuvo como objetivo, determinar el perfil de los aspectos epidemiológicos en pacientes cesareadas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) en el período comprendido de enero a diciembre del 2014, utilizaron la metodología, estudio observacional, retrospectivo, y transversal. Se utilizó una ficha de recolección de datos, para el total de pacientes cesareadas. En el análisis estadístico, se hizo uso de tablas expresadas en frecuencias y porcentajes, a través del programa informático Microsoft Office Excel 2010, los resultados encontrados, de un total de 3 339 partos, la frecuencia de pacientes cesareadas fue 2 125, lo cual corresponde al 63,6% de partos. De ellas 1 191 fueron cesáreas primarias (56,0%) y 934 fueron de tipo iterativa (44,0%). La edad materna promedio fue de 31 años, el 51,4% pertenecían al grupo de edad entre los 29 a 38 años. El promedio de talla materna fue 1,56 m. El peso pregestacional promedio fue de 58,5 kg. El índice de masa corporal promedio fue 23,9 y en el 74,7% fue normal. El 51% tenía estado civil conviviente. El 62,2% tenían grado de instrucción superior. La enfermedad hipertensiva del embarazo fue la morbilidad más frecuente con 10,9%. El 32,1% fueron primíparas, y el 67,9% tuvo más de un parto. Los embarazos a término se presentaron en un 76,1 %, con 23,1% de embarazos pretérmino y un 0,8% de postérmino. El 62,9% de pacientes tuvo de 6 a más controles prenatales. El 75,9% de las cesáreas

fueron de emergencia y el 24,1% electivas. La duración promedio de las cesáreas fue de 40,5 minutos. La técnica quirúrgica más frecuente fue el tipo segmento transversal o de Kerr con el 98,9%. La estancia hospitalaria promedio fue 3.1 días. El 68,3% de los recién nacidos tuvieron un peso entre los 2 500 a 4 000 g y el 96,9% presentó Apgar mayor a 7, a los 5 minutos del nacimiento. La principal indicación fue cesareadas anterior 2 veces (25,6%). En el 5,9% de pacientes se presentaron complicaciones, siendo la más frecuente la infección de herida operatoria 2,1 %, seguida por la hemorragia postparto (1,3%) y la endometritis (1,1 %). Conclusiones: La frecuencia de operación cesárea es alta en el HNGAI. El mayor número de pacientes son adultas, multíparas, convivientes, con grado instrucción superior, talla y peso promedio, la indicación más frecuente fue cesareadas anterior 2 veces; la cesárea iterativa es cada vez más frecuente. Se presentaron complicaciones dentro de los rangos normales (López , 2015).

El autor Alvarez (2016) en la investigación, Principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, durante el período julio del 2014 – julio del 2015, tuvo como objetivo; determinar las principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo Julio 2014 - Julio del 2015. La metodología con la que se realizó fue, estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, el universo consto de 1226 pacientes a las que se les realizó cesárea durante el período Julio del 2014 a Julio del 2015, la muestra fue de 151 casos y se calculó con una fórmula para poblaciones finitas. Se diseñó una ficha de recolección de datos para transcribir las indicaciones de cesárea. Los datos extraídos se analizaron con el programa estadístico SPSS IBM versión 23, los resultados encontrados al analizar los 151 casos, se agruparon en 3 grupos principales, los diagnósticos encontrados fueron; indicación materna con un 37,7%, indicación fetal con un 47,7% y parto disfuncional con un 17,9%. La principal indicación de cesárea fue por causa fetal, encontrándose 72 casos (47,7%), de los cuales 23 (31,9%) fueron por macrosomía fetal, 14 casos (20,8%) fueron por distocia de presentación, dentro de las indicaciones maternas, Preeclampsia, con 21 casos (29,2%) fue la más prevalente, y le siguió la cesárea previa con 19 casos (26,4%). De la misma forma, en las indicaciones por parto disfuncional, se encontraron 10 casos (13,9%), por inducción fallida y 5 casos (6,9%), por dilatación estacionaria. Conclusiones: La principal indicación de cesárea fue la indicación fetal con un 47,7%, siendo la macrosomía fetal la de mayor prevalencia con 31,9% (Alvarez, 2016).

El autor Medrano (2018), en la investigación, “Factores clínicos asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017, tuvo como objetivo: Determinar los factores clínicos asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 01 de setiembre del 2016 al 01 de setiembre del 2017. La metodología con la que se realizó fue de tipo observacional, retrospectivo de corte transversal, se utilizó como técnica la observación y la documentación, que constituyó la técnica de recolección de datos básica para poder contar con información fidedigna. Los resultados encontrados en que se registró 97 adolescentes cesareadas y las indicaciones principales de las cesáreas en las adolescentes fueron: sufrimiento fetal agudo 26,8% (26), desproporción feto pélvica 23,7% (23), Preeclampsia 14,4% (14), distocias de presentación 13,4% (13), oligoamnios 9,3% (9), embrazo gemelar 7,2% (7), cesárea anterior 2% (2), Condilomatosis Genital, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta con el 1% (1) respectivamente y ninguna con acretismo placentario. Respecto a las características socio demográficas de las adolescentes cesareadas se evidencia que la edad que prevalece en el grupo de estudio fue la comprendida entre 18 a 19 años con un 57% (55), de 15 a 17 años fue 39% (38) y de 12 a 14 años fue un 4% (4). En cuanto al estado civil se identificó un 65% (63) son convivientes, 33% (32) solteras y un 2% (2) casadas. El grado de instrucción 55% (53) tenían secundaria completa, un 34% (33) primaria completa, 11% (11) sin estudios y ninguna en nivel superior. Dentro de Las atenciones prenatales el 71% (69) tuvieron > A 6 controles prenatales, 26% (25) < de 6 controles prenatales y 3% (3) sin ningún control. Según La edad gestacional se evidenció que el 86% (83) se presentaron de 37 a 40 semanas de gestación y 7% (7) < de 37 y > de 40 semanas de gestación respectivamente (Medrano, 2018).

1.3 MARCO LEGAL

Esta investigación se basa en la Ley Orgánica de la Salud en el capítulo III de la salud sexual y reproductiva, “art. 22.- los servicios de salud, públicos y privados tienen la obligación de atender de manera prioritaria las complicaciones obstétricas cuando la paciente lo requiera gratuitamente y sin la realización de trámite administrativo previo (Ley Orgánica de la Salud, 2012).

EL acuerdo ministerial 108 normativa sanitaria para la certificación como amigos de la madre y del niño, a los establecimientos de salud del sistema nacional de salud que atiendan partos establece en el “Art. 363 numeral 6 de la Norma Suprema, entre las responsabilidades del Estado "Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto (MSP, 2017) .

Para efectos del presente acuerdo se considera que en el artículo 4 “Los establecimientos de salud que atienden mujeres embarazadas, partos y cesáreas, deberán evaluar de manera correcta y exhaustiva a la embarazada para decidir la vía de parto más conveniente para el binomio madre/hijo, cumpliendo con lo establecido en las normas expedidas por la Autoridad Sanitaria Nacional” (MSP, 2015).

Mientras que en el artículo 5 registrado en los reglamentos del M.SP. permite que “en caso del que médico, luego de evaluar a la gestante, decida que la terminación del embarazo debe realizarse por cesárea, justificara detalladamente la razón de esta decisión, la cual deberá constar plenamente descrita en la historia clínica del paciente” (MSP, 2015).

En el artículo 6 indica los procesos que se deben realizar que en cada oportunidad en que se tome la decisión de realizar una operación cesárea, el médico tratante deberá: (MSP, 2015)

- Registrar en la historia clínica de la paciente los factores o diagnósticos determinantes para la toma de tal decisión, y cuál de ellos es más importante.
- Consignar el tipo de procedimiento de urgencia o programado.
- Informar oportunamente al anestesiólogo y neonatólogo/pediatra los diagnósticos que motivan la operación cesárea.
- Informar oportunamente a la paciente la decisión de realizar la operación cesárea y sus fundamentos explicando los riesgos y beneficios asociados al procedimiento, así como sus implicaciones para futuros embarazos y partos.
- Solicitar a la paciente la firma del documento de consentimiento informado.

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

En área de estudio donde se permitió realizar esta investigación tuvo lugar en las nuevas instalaciones del Hospital General Sur Delfina Torres de Concha que se encuentra ubicado en el sector de San Rafael al sur de ciudad de esmeraldas en la Parroquia Simón Plata torres, Av. Del Pacífico entre las calles Av., El Ejercito, barrio la “Inmaculada Concepción”, institución de segundo nivel de atención que abrió sus puertas en el año de 1982 en la Av. Libertad y Manabí, donde brindo una atención integral a la ciudadanía esmeraldeñas.

2.1 Tipo de estudio

La investigación se llevó a cabo durante el período enero- marzo del 2018; en el cual se utilizó el tipo de estudio cuantitativo ya que se realizó una recolección de datos a través de una encuesta, con la finalidad de obtener datos numéricos para así conocer los factores más frecuentes relacionados a los partos distócico en las embarazadas que asisten a dicha institución y que se pudieron expresar a través de tablas.

Cabe mencionar que los diseños que se aplicaron en esta investigación fue de tipo no experimental ya que no se manipula deliberadamente las variables que se busca interpretar, además es de corte transversal porque los instrumentos y técnicas se utilizaron en un corto período de tiempo y en un lugar determinado desarrollada con el objetivo de determinar los factores que desencadenan partos distócicos, también se empleó el método descriptivo puesto que detalla las características de una sola muestra en un espacio real mediante la utilización de una encuesta de la que se obtuvo la información requerida y de manera retrospectivo ya que los datos obtenidos también se recogieron a través de las historias clínicas.

Se consideró una población de 320 mujeres en un rango de 12 a 35 o más años de edad que tuvieron un parto distócico en el área de gineco- obstetricia, de acuerdo con la información otorgada por el encargado de estadística, durante el periodo enero-marzo de 2018. Se cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: todas las pacientes que asisten al Hospital Delfina Torres de Concha que presentan partos distócicos.

Criterios de exclusión: pacientes gestantes que acudieron al servicio de Gineco-obstetricia donde la vía de terminación del embarazo fue vía vaginal, pacientes cuyo embarazo termino vía cesárea y que no cuente con información completa en la historia clínica y protocolos operatorios del servicio de Gineco- obstetricia del Hospital General Delfina Torres de Concha.

Se obtuvo una muestra de 99 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, mediante un muestreo por conveniencia no probabilístico, aplicando la siguiente fórmula.

$$n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{(N-1) \varepsilon^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Dónde:

n = es el tamaño de la muestra

N = es el tamaño de la población

σ = es la desviación estándar de la población, se asume un valor de 0,5

Z = es el valor representativo de un nivel de confianza del 95%, equivale a 1,96²

ε = es el límite aceptable de error muestral, se asume un valor de 0,06

<p>Resultado:</p> $n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{(N - 1)\varepsilon^2 + \sigma^2 Z^2}$ $n = \frac{320 \times 0.5^2 \times 1.96^2}{(320 - 1)(0.06^2) + (0.5^2 \times 1.96^2)}$ $n = \frac{384.16}{1.4364 + 0.9604}$ $n = 145$
--

2.2 Definición Conceptual y operacionalización de variables

Aquellos partos en los que hay determinadas complicaciones que requieren de la intervención médica para que el alumbramiento se produzca sin riesgo, los problemas pueden ser de origen fetal, materno o por anexos (placenta, cordón umbilical, líquido amniótico).

Donde se determina la variable dependiente de esta investigación es el parto distócico, mientras que las variables independientes se encuentran los factores sociodemográficos, antecedentes de la madre, factores que causan partos distócicos. En el Anexo A, se podrá revisar la tabla de operacionalización de estas variables.

2.3 Métodos

Los métodos que se emplearon fueron teóricos, empíricos y estadísticos por lo cual esta investigación se respaldó mediante trabajos teóricos desarrollados por otros autores, de tal manera se obtuvieron proporciones numéricas que necesitaron de un análisis después de emplear los instrumentos (encuesta e historia clínica).

2.4 Técnicas e Instrumentos

Para la aplicación de los instrumentos necesarios para la recolección de datos, se gestionó la autorización de la líder del área de Gineco- obstetricia; posteriormente se realizó un **análisis documental** para lo cual se utilizó como fuente principal las historias clínicas de las pacientes sometidas a una cesárea por distocia y para obtener datos como edad, grado de instrucción de estudio, controles prenatales entre otros y que permite verificar los factores por el cual la paciente tuvo un parto distócico. Para la recolección de la información se utilizó la **encuesta** (ver Anexo A) a través de un cuestionario formado por 9 preguntas cerradas, anónimas dirigidas a las gestantes con parto distócico, el cual permitió tener una percepción más amplia, y se efectuó en un tiempo de 10 a 15 minutos, lo que permitió orientar e identificar los factores asociados a una distocia. Los datos se registraron antes de la revisión de las historias clínicas de las pacientes con partos distócicos.

2.5 Análisis de datos

Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizó el programa Microsoft Excel que permitió ingresar y analizar estadísticamente los datos cuyos resultados se ven reflejados

en las tablas, gráficos, porcentajes e interpretación del mismo; también se utilizó el programa Microsoft Word para realizar las tablas y gráficos con su respectivo análisis de las encuestas aplicados en pacientes con distocia en sus partos.

2.6 Normas éticas

Esta investigación se realizó siguiendo las normas éticas profesionales guardando la debida discreción con los datos que se obtendrán en la misma, además se aplicó las normas APA correspondientes para evitar el plagio de información y el reglamento interno de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas.

CAPITULO III

RESULTADOS

En el estudio fue realizado en el Hospital General Sur Delfina Torres de Concha en el servicio de Gineco-Obstetricia, durante el período enero- marzo 2018, de los partos ocurridos, 612 fueron partos vaginal y 320 partos por cesárea, haciendo un total de 932 partos generales; se obtuvo respecto a la frecuencia de cesáreas, un 37.4%. Las variables planteadas como: sociodemográfico, antecedentes de la madres embarazadas y causas de la distocia.

Tabla 1.

Perfil sociodemográfico de los partos distócico

Indicador: Valor	Casos			Frecuencia		
	Totales (n=145)	1° Cesarea (n=60)	2° Cesareas (n=85)	Totales (n=145)	1° Cesarea (n=60)	2° Cesareas (n=85)
1.1. Edad						
12-16	18	18	-	12,4%	30,0%	0,0%
17-19	48	16	32	33,1%	26,7%	37,6%
20-34	52	18	34	35,9%	30,0%	40,0%
35-99	27	8	19	18,6%	13,3%	22,4%
1.2. Raza						
Afroecuatoriana	47	20	27	32,4%	33,3%	31,8%
Blanca	26	11	15	17,9%	18,3%	17,6%
Mestiza	72	29	43	49,7%	48,3%	50,6%
1.3. Medio						
Rural	40	17	23	27,6%	28,3%	27,1%
Urbano	105	43	62	72,4%	71,7%	72,9%
1.4. Formación						
ND	16	4	12	11,0%	6,7%	14,1%
Primaria	26	10	16	17,9%	16,7%	18,8%
Secundaria	86	42	44	59,3%	70,0%	51,8%
Superior	17	4	13	11,7%	6,7%	15,3%

Fuente: Elaboración propia.

ANALISIS: De acuerdo a lo descrito en la tabla 1, en relación con la distribución de edades en mujeres con primeras cesáreas con un total de (60 casos) y mujeres que ya han tendido de 2 a más cesáreas (85 casos), indica que de las cesáreas primarias el 30% corresponde a mujeres de 12-16 años y 20-34 años de edad, y en aquellas mujeres de 2 o más cesáreas con un valor de (40%), y un (37%) que está entre las edades de 17-19 años

de edad, mientras que en la raza en general refleja que el (49.7%) de mujeres son mestizas, del medio donde provienen el (72.4%) de zona urbano, por último se identifica también el grado de formación académica con un valor de (59.3%) tienen una formación académica secundaria.

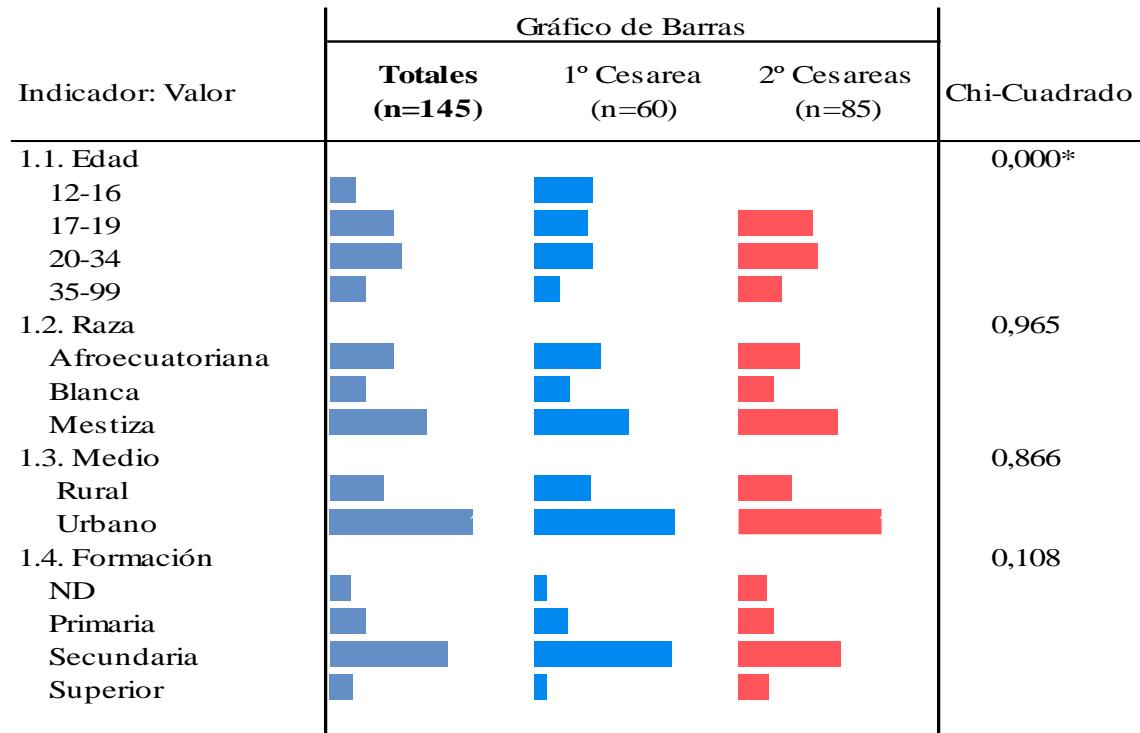


Figura 1. Perfil sociodemográfico de los partos distócico

Fuente: Elaboración propia.

ANALISIS: en el grafico 1, se observa el análisis de las variables sociodemográficas de los cuales la se encuentra una pequeña diferencia significativa de edades entre las cesáreas primaria y anteriores en edad de 12 a años (0.000*), mientras que en las otras variables no existe diferencia significativa es decir que no representa un factor forma parte de un parto distócico.

Tabla 2.

Perfil de antecedentes de las madres que con partos por distócico

Indicador: Valor	Casos			Frecuencia		
	Totales (n=145)	1° Cesarea (n=60)	2° Cesareas (n=85)	Totales (n=145)	1° Cesarea (n=60)	2° Cesareas (n=85)
2.1. Controles del embarazo						
0-0	3	2	1	2,1%	3,3%	1,2%
1-3	13	6	7	9,0%	10,0%	8,2%
4-5	25	10	15	17,2%	16,7%	17,6%
6-9	104	42	62	71,7%	70,0%	72,9%
2.2. Partos anteriores						
0	28	26	2	19,3%	43,3%	2,4%
1	47	28	19	32,4%	46,7%	22,4%
>1	70	6	64	48,3%	10,0%	75,3%
2.3. Cesareas anteriores						
0	60	60	-	41,4%	100,0%	0,0%
1	31	-	31	21,4%	0,0%	36,5%
2-3	54	-	54	37,2%	0,0%	63,5%
2.4. Complicaciones del embarazo						
Inf. de vía urinaria	87	36	51	60,0%	60,0%	60,0%
Anemia	48	24	24	33,1%	40,0%	28,2%
Infeccion vaginal	4	2	2	2,8%	3,3%	2,4%
Inf. de trans. sexual	3	2	1	2,1%	3,3%	1,2%
Diabetes Gestacional	2	-	2	1,4%	0,0%	2,4%
Cardiopatía	1	-	1	0,7%	0,0%	1,2%

Fuente: Elaboración propia.

ANALISIS: En la tabla 2, se observan en cuanto a los controles prenatales el (71.7%) se han realizado más de 6 controles, en lo referente a la cantidad de partos anteriores se señala que el (75.3%) representa aquellas mujeres con 2 o más cesárea anteriores por ende este tercero o último parto sigue siendo por cesárea, en caso de mujeres con cesáreas primarias el (46.7%) ya tuvieron un parto anterior natural por lo que el segundo parto se dio por cesárea por alguna complicación durante o antes del parto, el 43.3% representa de aquellas que tuvieron embarazo por primera vez y su parto fue por cesárea y el 10.0% de mujeres que ya han tenido algunos partos naturales que este último también fue cesárea, el siguiente caso de cesáreas anteriores indica de mujeres que estuvieron un parto por cesáreas primario en (100.0%) y el (63.5%) de mujeres que ya han tenido 2-3 partos de cesáreas anteriores por la misma razón el siguiente será igual, y las complicaciones que se dan durante el proceso del embarazo se encontró que entre las complicaciones más alta y prevalente: infecciones de vías urinaria, con un (60.0%) tanto en mujeres que con primera cesáreas y aquellas que ya han tendido una o más cesáreas, a esto le sigue la anemia con un valor de más alto (40.0%) en mujeres con primera cesárea que en aquellas

que han tenido de uno a más partos por cesárea (28.2%), no se han detectado caso de diabetes gestacional y cardiopatía en mujeres con primera cesáreas pero no quiere decir que en próximo embarazo no pueda detectarse.

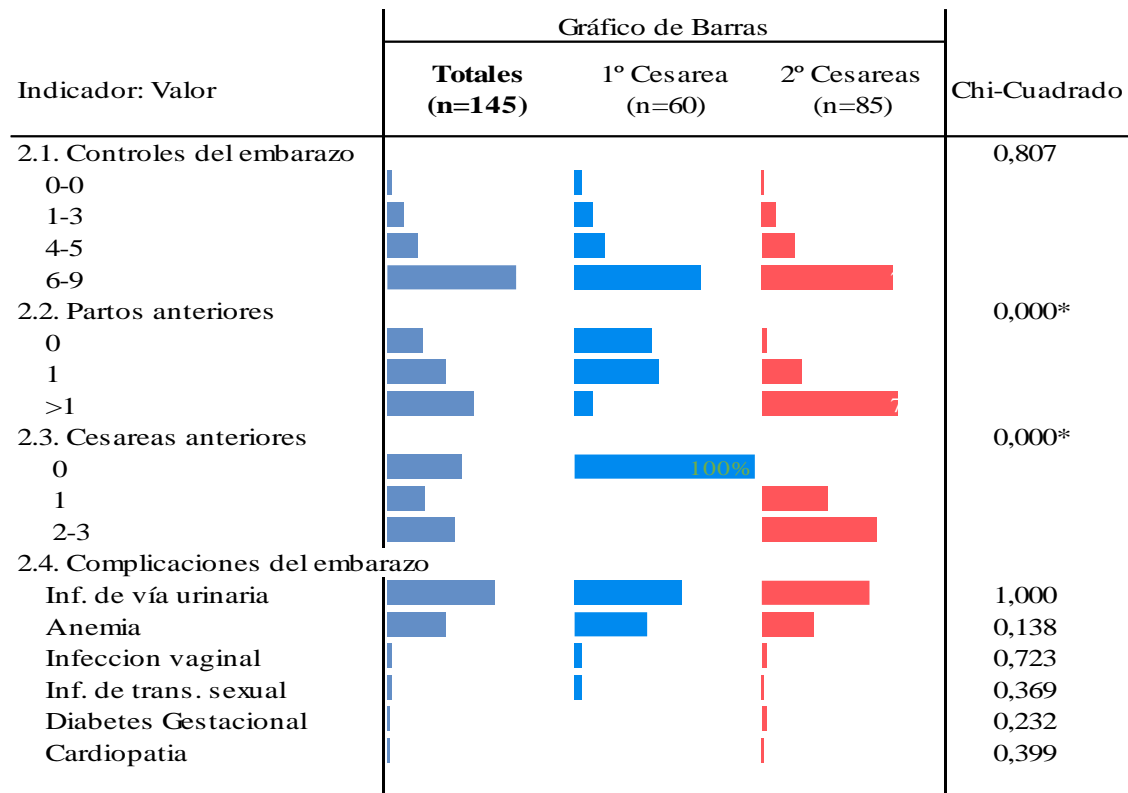


Figura: 2 Perfil de antecedentes de las madres que con partos por distócico

Fuente: Elaboración propia.

ANÁLISIS: En el grafico 2, se observa el análisis 4 antecedentes de las pacientes controles de embarazo, partos anteriores cesáreas anteriores y complicaciones del embarazo de las cuales solo 2 hacen una diferencia significativa, partos anteriores y cesáreas anteriores (0.000*) que pueden ser factor de un parto distócico

Tabla 3.

Factores que desencadenan partos distócicos

Indicador: Valor	Casos			Frecuencia		
	Totales (n=145)	1º Cesarea (n=60)	2º Cesareas (n=85)	Totales (n=145)	1º Cesarea (n=60)	2º Cesareas (n=85)
3. Causas de la cesarea						
Cesareas anteriores	79	-	79	54,5%	0,0%	92,9%
Preeclampsia	29	14	15	20,0%	23,3%	17,6%
Desp. cefalo pelvica	15	13	2	10,3%	21,7%	2,4%
Distocia podalica	14	8	6	9,7%	13,3%	7,1%
Expulsivo prolongado	12	10	2	8,3%	16,7%	2,4%
Oligohidramnio	7	5	2	4,8%	8,3%	2,4%
Macrosomia fetal	5	5	-	3,4%	8,3%	0,0%
Cordon umbilical	4	1	3	2,8%	1,7%	3,5%
Liquido meconial	4	4	-	2,8%	6,7%	0,0%
Distocia de hombro	3	2	1	2,1%	3,3%	1,2%
Inf. de trans. sexual	3	2	1	2,1%	3,3%	1,2%

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS: En esta tabla 3, se observan causas de cesáreas que se justifica con algún tipo de diagnóstico médico, de las cuales 79 mujeres que declaran en cesáreas anteriores (0.0%) están en las que fueron cesárea primaria es decir que su actual cesárea fueron otras causas, pero aquellas que tuvieron actualmente parto cesárea debido a los antecedentes de cesáreas anteriores en un valor de (92.9%), es decir que las siguientes causas de cesáreas más relevantes se dan en cesárea primaria, a esto le sigue la preeclampsia en un (23.3%), desproporción céfalo pélvica en un (21.7%), expulsivo prolongado (16.7%), macrosomia fetal (8.3%) y liquido meconial en un (6.7%).

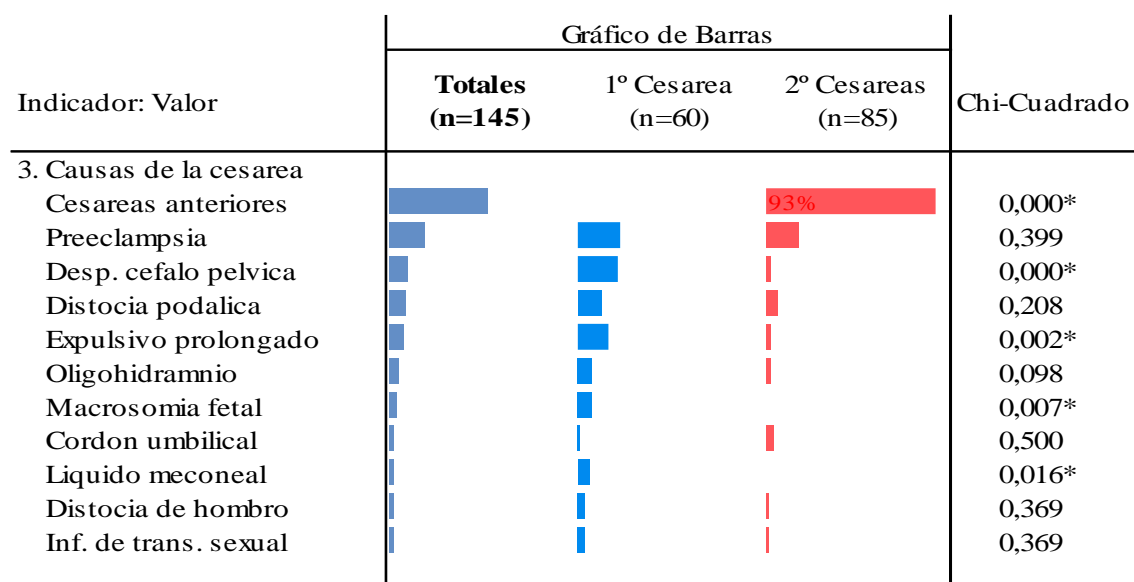


Figura 3. Factores que desencadenan partos cesáreos o distócico

Fuente: Elaboración propia.

ANÁLISIS: De acuerdo a los descrito en gráfico 3, en relación con las causas de una cesárea, donde demuestra que existe unas diferencias significativas de las variables entre las cesáreas anteriores y desproporción céfalo pélvica (0.000), expulsivo prolongado (0.002), macrosomia fetal (0.007) y líquido meconal (0.016), lo que señala que pueden ser factores de riesgo para un parto distócico.

Tabla 4.

Complicaciones por edad en primeros partos distócico

Edad	Preclamsia	1° Cesarea (n=60)				
		Desp.Cefalopelvica	Oligohidramnio			
12-16		11,1%		38,9%		11,1%
17-19		18,8%		18,8%		6,3%
20-34		27,8%		16,7%		5,6%
35-99		50,0%		0,0%		12,5%

Fuente: Elaboración propia.

ANÁLISIS: En la tabla 4, se refleja las complicaciones que produjeron una cesárea primaria distribuido por grupos etarios y se observa un valor muy alto en la preeclampsia en (50.0%) en mujeres añosas es decir de 35 años en adelante ya que las mujeres en más mayores más riesgo de presentar enfermedades crónicas vasculares, le sigue las complicaciones por desproporción céfalo pélvica en un valor de (38.9%) en adolescentes de 12 – 16 años de edad ya que no existe el crecimiento y desarrollo corporal como el de una mujer adulta y en las complicaciones por oligohidramnios con un (12.5%) en grupo etario de mujeres con 35 años en adelante que está relacionado con aquellas mujeres que sufrieron de preeclampsia ya que son unas de las causas que puede causar perdida del líquido amniótico

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

Dentro de los factores sociodemográficos se determinó diferencias significativas en la edad con respecto a los partos distócicos dando un total de (35.9%) de complicaciones en el parto en mujeres de 20-34 años de edad, en el que se clasificó madres con primeras cesarias y madres con cesareas previas como se observa en la tabla 1, donde se determinó que el un valor significativo de (30.0%) de cesareas primarias y (0.0%) cesareas previas en edades de 12-16 años, es decir existe un índice alto de adolescente que por su corta edad presentan complicaciones durante su embarazo, Medrano 2018, revela que la edad que mas prevalece las complicaciones de parto fue la comprendida entre 18 a 19 años en (57%) de 15 a 19 años (39%) y 12 a 14 años (4%), mientras que Rojas y Vargas 2018 señalan que la edad promedio es (27.87%) de 20 a 34 años y (8.2%) de 15 a 19 años.

Los resultados establecidos por Espinoza y Leime 2017 donde se hallaron datos en el cual la etnia más predominante es la meztiza (73%), en el nivel de instrucción las embarazadas alcanzaron el nivel de secundaria de (56%) al igual que Ruano 2018 con (42%), mientras que Reyes 2016 indica que el (46%) de las embarazadas viven en sectores urbanos, datos similares a lo referente en nuestra investigación el grupo étnico con el (49.7%) raza mestiza, el (72.4%) de madres provienen de zonas urbanas y con respecto a la formación académica este grupo de mujeres embarazadas el (59.3%) cursaron la secundaria, es decir que estos factores no inciden en los partos distócicos que se que de dieron en las embarazadas que asistieron a dicha institución.

Respecto a los antecedentes de las madres como las complicaciones que se desarrollaron durante el embarazo los estudios realizados por Castro 2018, se encontró las I.V.U en un (40%), pero con un bajo valor en la anemia (8%), al igual que los estudios de Loor 2018, en el que señala que el mayor índice de las enfermedades encontradas en su estudio fue la I.V.U. (88.89%), coincidiendo con los resultados obtenidos en la investigación ver tabla 2, también indicaron sobre las enfermedades que mas prevalencia tuvieron durante su gestación como las I.VU. (60.0%) y la anemia con el (33.1%), el cual mediante el control prenatal de diagnosticaron y se trataron a tiempo para evitar riesgo durante el parto, la salud y vida materno-infantil.

Mientras que en los partos anteriores se encontraron mujeres que han tenido de 2 o más partos anteriores cesáreas o natural con un (48.3%), siguiendo con las que tuvieron 1 parto anterior (32.4%) y aquellas que no han tenido ningún parto (19.3%), por lo tanto en esta investigación, explica aquellas pacientes que han tenido cesárea previas su próximo parto será con el mismo procedimiento, también señala de aquellas pacientes con cesáreas primarias (43.3%) es decir que nunca han tenido un parto, cuya cesárea actual fue motivada por algún tipo de complicaciones estos datos están relacionados a los determinados por López 2015 quien indica en sus resultados mujeres de 2 o más partos con (67.9%), mientras que López en su investigación señala que aquellas que han tenido un parto anterior están en (32.1%). Según las cesáreas anteriores estudiadas en esta investigación se obtuvo de las cesáreas primarias están en un (100.0%) y pacientes que si han tenido cesáreas anteriores en (63.5%), mientras López 2015 indica que el (56.0%) son cesáreas primarias y el (40.0%) son de cesáreas iterativas, lo que indica que los valores reflejados en nuestro estudio son muy altos ya que supera notablemente lo recomendado por la (OMS, 2016) incidencia menor o igual al 5 o 15%, estos resultados reflejados en nuestro estudio determinan que pacientes con cesárea primaria fueron motivadas por algún tipo de complicación que se presentó en el proceso del parto y aquellas que a pesar de presentar alguna complicación durante el parto lo que motivó a una cesárea fue cesáreas previas.

Siguiendo los factores que desencadenan los partos distócicos ver tabla 3, según resultados de nuestro estudio se distribuyó por cesáreas primarias y cesáreas anteriores en un (92.9%) lo que significa que a pesar de que se mostraron complicaciones en niveles muy bajos durante su embarazo su mayor motivo a una cesárea fueron por sus antecedentes, por tanto los siguientes datos analizados se basarán en cesáreas primarias donde prevalecen las causas de distocia, la preeclampsia con un resultado de (23.3%), en relación con Reyes 2016, indica que la preeclampsia sobresale en un (16%), Medrano 2018, identificó la preeclampsia en (14.4%), otras causas esta desproporción cefalo pélvica en un (21.7%), el cual indica que la pelvis no alcanzó su crecimiento y desarrollo aumentado así el riesgo de parto distócico, en los estudios de Medrano 2018, la desproporción cefalo pélvica está en (23.7%), a diferencia de Espinosa y Leime 2017 demuestra pacientes con desproporción cefalo pélvica en el (8%), a esto le sigue la expulsión prolongada en un (16.7%) por lo que representa la segunda fase del parto, es decir los pujos realizados por las pacientes, valor diferente al de Álvarez 2016, como

prevalencia de las distocias expulsivo prolongado (6.9%), este factor causa dificultad al momento del parto ya que está relacionado con ciertos factores como la desproporción cefalo pélvica en el cual dificulta la salida del bebé por el canal vaginal de tal manera que provocan una cesarea, y factores psicológicos como la ansiedad, preocupación o el miedo en las embarazadas al momento del alumbramiento, la macrosomía fetal en un (8.3%), datos similares a Carpio 2015, en el que halló en su investigación macrosomía fetal en un porcentaje de (6.5%), la macrosomía la podemos definir como un feto grande que es decir que tiene un peso mayor a 4.5 kg el cual puede estar relacionado con el peso de la madre, aumento contable del IMC, genética, feto masculino entre otros, pero el factor por el que más prevalece es por la diabetes gestacional, a esto lo podemos relacionar con la desproporción cefalo pélvica lo cual se encontró en un (21.7%) ya que el conducto pélvico es insuficiente para permitir el paso del feto debido a su tamaño, y por último tenemos el líquido meconial en niveles no muy altos en este estudio (6.7%), no se encontraron datos bibliográficos en nuestro estudio respecto a esta causa, pero a pesar de que no tuvo un alto índice, provocó en las pacientes atendidas en hospital un parto distócico ya que el meconio fue liberado en interior del saco amniótico, lo que podría provocar una asfixia en el feto y por esta razón se debe realizar la cesarea inmediata.

Según las causas de distocia distribuidas por grupo etario ver tabla 4, se encontraron en esta investigación una de las causas más prevalente esta la preeclampsia con un (50.0%) en mujeres mayores de 35 años en adelante ya que aumentan las probabilidades de que durante el embarazo y después del mismo, tanto el feto como la madre sufran de problemas de salud y cause riesgo en la vida de ambos, luego se encuentran las desproporciones cefalopélvicas en adolescentes de 12 a 16 años de edad (38.9%) común en mujeres muy jóvenes debido a la falta de crecimiento y desarrollo de la pelvis lo que significa que como su abertura es muy pequeña impide el paso de la cabeza del feto por el canal vaginal, y la corta estatura de las mismas y por último tenemos oligohidramnios que significa la falta de líquido amniótico (12.5%) es un factor que no depende de la edad de la mujer pero es este caso como son madres mayores las que la padecieron forma parte de una de las complicaciones que se dan a partir de esa edad, ya que es el líquido amniótico que protege y ayuda al feto durante su desarrollo, evitando complicaciones materno-infantiles, a diferencia de los estudios realizados por Medrano 2018, el que refiere que dentro de los factores estudiados solo existe el (9.3%) de esos casos (Medrano, 2018).

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Las distocias representan una de las causas mas relevantes de cesáreas, ya que esta complicación hace imposible un parto por via vaginal , poniendo en riesgo la vida de la madre y del bebé, sin embargo la O.M.S recomienda que la tasa de nacimientos por cesárea en un país debe oscilar entre 5 y 15%, por tanto durante esta iventigación siguiendo los objetivos planteados se encontró que, dentro de los factores que desencadenan partos distócico en mayor frecuencia corresponden a las cesáreas anteriores, preeclampsia, deproporción céfalo pélvica, expulsión prolongada, líquido meconial y por último macrosomia fetal, mientras que el grupo etario en el que se encontraron con mayor frecuentacia las causas de distocias, la preeclampsia en mujeres de 35 a mas años de edad, deproporción céfalo pélvica en adolescentes de 12 a 16 años de edad y oligohidramnios (falta de liquido amniotico) en mujeres añosas de 35 a mas años y jovenes de 12 a 16 años de edad.

En relación con las características sociodemográficas investigadas en este estudio se determinó la edad como un factor principal ya que se encontraron madres muy adolescentes el cual fue una de las causas de complicaciones durante el parto, mientras que la etnia, el lugar de procedencia y la formación académica no se evidenció en relación con las complicaciones del parto, y dentro de las enfermedades más prevalentes que se encontraron durante el desarrollo del embarazo se identificaron las infecciones de vías urinarian y la anemia que pudieron incidir partos distócico en aquellas madres que asistieron al Hospital Delfina Torres de Concha. .

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

- Se sugiere al personal de salud que trabaja en las distintas áreas del Hospital General Delfina Torres de Concha, que informe de manera correcta sobre los distintos signos de alarma ante una complicación durante el embarazo y crear conciencia acerca de la edad adecuada para llevar un embarazo, y cuáles son las medidas de prevención durante el mismo.
- Seguir realizando las campañas de prevención y tratamiento con el fin de prevenir enfermedades que se puedan desarrollar antes, durante y después del embarazo tomando en cuenta las patologías que se presentaron en la investigación.
- Captación de embarazadas y charlas educativas en los centros y Subcentro de salud, que incentiven a las pacientes a una buena calidad de vida, a disfrutar su maternidad sin futuras complicaciones, orientación a las familias sobre educación sexual, planificación familiar y patologías más comunes para bajar el índice de embarazos en adolescentes.
- Los estudiantes de la especialidad de enfermería deberían realizar más estudios acerca de los factores que pueden ocasionar un parto distócico, tomando en cuenta como referencia esta investigación ya que es un problema que está afectando actualmente a las embarazadas.

REFERENCIAS

- Agudo, A. D., Alejandrina, R., & Salinas Ponce, D. M. (2013). Determinación de riesgo perinatal en embarazadas que asisten a consulta externa del sub-centro de salud " El Valle", Cuenca 2013 (Bachelor's thesis).
- Alvarez, C. R. (2016). Principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del callao durante el periodo julio del 2014 – julio del 2015.
- Alvaro Chiquito, O. (. (2015). Factores de riesgo gineco-obstetricos de las pacientes preeclámpicas en el Hospital Materno Infantil Mariana de Jesus .
- Anchaluisa, L., & Verónica, I. (2015). (2015). Proceso de atención en enfermería en adolescentes en complicaciones obstétricas atendidas en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el periodo Enero-Diciembre 2014 .
- Arguello, J. J., & Sánchez, L. A. (2017). Causas que inciden en la realización de cesáreas en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda durante el segundo semestre del año 2015, en relacion al indicador establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Obtenido de <http://dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/1740/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Aucapiña, Maria ; Condo, Rosa & Salinas, Diana;. (2013). *Determinación de riesgo perinatal en embarazadas que asisten a consulta externa del sub-centro de salud "El Valle", Cuenca 2013*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4858>
- Cáceres, M. F. (2016). El control prenatal: una reflexión urgente. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 60(2), 165-170.
- Calva, karina; & Esparza , Luis. (2015). Determinar los factores de riesgo obstétrico más comunes en las mujeres gestantes internadas en el servicio de gineco obstetricia, del Hospital Regional Isidro Ayora en el periodo de enero a julio de 2014. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13488/1/trabajo%20de%20tesis%20LUIS%20ESPARZA.pdf>
- Carpio, W. V. (2015). *Operación cesárea: incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de Essalud-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012*. Obtenido de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1183/3/Carpio_wv.pdf
- Cartuche, E., & Rolando, L. (2015). Determinar los factores de riesgo obstétrico más comunes en las mujeres gestantes internadas en el servicio de gineco obstetricia, del Hospital Regional Isidro Ayora en el periodo de enero a julio de 2014 (Bachelor's thesis). 2. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13488/1/trabajo%20de%20tesis%20LUIS%20ESPARZA.pdf>

- Castro , S. E. (26 de Marzo de 2018). *Enfermedades asociadas al embarazo en primigestas atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo Septiembre-Febrero 2017*. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8021>
- Castro, J. R. (15 de Septiembre de 2016). Complicaciones mas frecuente del post-parto que se presnetan en el Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas. Obtenido de <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/856/1/CASTRO%20ESCOBAR%20JOSELYN%20ROMINA.pdf>
- Cevallos, C. Y., & Chamba, B. Y. (2014). Estudio realizado en el Subcentro de Salud N° 10 de la Parroquia Chongon de Guayaquil desde el 1 de Junio 2012 al 30 de Junio del 2013 (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermería). Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/8749>
- Díaz, C. N. (2015). Obtenido de Factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2011: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4147/D%C3%ADaz_rc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Espinosa, O. P., & Leime, M. C. (2017). Prevalencia y principales causas de cesárea en el Hospital General Delfina Torres de Concha período de tiempo Enero-Diciembre 2016. 11-12.
- Garcés, H. W., Clavel, C. Y., Bandera, Á. E., & Fayat, S. D. (2014). FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONES PERINATALES DE LA PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA.
- Gonzales, M. D. (2016). Indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes durante el periodo 2014.
- Jaramillo, D. R., & Jaramillo, D. A. (2017). Obtenido de Parto distócico y factores relacionados en pacientes atendidas en el área de gineco-obstericiadel Hospital "Vicente Corral Moscoso", enero del 2016, Cuenca-Ecuador.: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26951/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
- JURADO, O. N. (2015). *Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes*. Obtenido de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/8686/24338460-2014.pdf?sequence=1>
- Lemache, A. I. (2015). Proceso de atención en enfermería en adolescentes en complicaciones obstétricas atendidas en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el periodo Enero-Diciembre 2014 (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. E.
- León , K. P. (2014). *Factores relacionados a la indicación de operación cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2013*. Obtenido de <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/4687/63.0627.OP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Ley de Seguridad Social. (31 de Marzo de 2011). *Título III DEL SEGURO GENERAL DE SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR*. Obtenido de http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_segu.pdf
- Ley Orgánica de la Salud. (24 de Enero de 2012). *Capítulo III De la salud sexual y la salud reproductiva*. Obtenido de http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf
- Loor , G. M. (s.f.). *Causas de primera cesárea en mujeres adolescentes primigestas y su relación con la etnia e*.
- Loor, G. M. (Octubre de 2018). *“Causas de primera cesárea en mujeres adolescentes primigestas y su relación con la etnia, en el servicio de ginecología del hospital san vicente de paúl de la ciudad de ibarra, en el período comprendido entre enero del 2017 a diciembre del 2017.”*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15418/Tesis%20Causas%20de%20ces%C3%A1reas%20en%20adolescentes%20primigestas%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20la%20etnia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- López , E. F. (2015). Aspectos epidemiológicos en pacientes cesareadas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 5. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/307/M-21256.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Medina , j. L. (2016). FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015. Obtenido de http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/555/Medina_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Medrano, S. (2018). Factores clínicos asociados a distocia en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 01 de septiembre del 2016 al 01 de Septiembre del 2017. 2. Obtenido de <http://distancia.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/943/MEDRANO%20SANCHEZ%2cSilvia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- MSP. (2012-2015). *Boletín nacimientos por cesarea*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/BOLET%C3%8DN-CESAREAS.pdf>
- MSP. (2013 - 2016). *Boletín Nacimiento por Césareas 2013 - 2016*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2015/01/Boletin-Nacimientos-por-Ces%C3%A1reas-2012-2016.pdf>
- MSP. (14 de Agosto de 2015). 00005283. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_00005283_2015%2014%20ago.pdf
- MSP. (2015). *Control prenatal*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
- MSP. (21 de Diciembre de 2015). *Sección cuarta mujeres embarazadas*. Obtenido de Constitución de la República del Ecuador: <http://www.turismo.gob.ec/wp->

content/uploads/2016/02/CONSTITUCI%C3%93N-DE-LA-REP%C3%9ABLICA-DEL-ECUADOR.pdf

- MSP. (2017). Obtenido de Normativa sanitaria para la certificación como amigos de la madre y del niño, a los establecimiento de salud del Sistema Nacional de Salud, que atiendan partos: <http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/AM-108-y-Norma.pdf>
- Nápoles, M. D., & Montes de Oca, G. A. (2012). Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto.
- OMS. (7 de Noviembre de 2016). *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- OMS. (Septiembre de 2016). *Mortalidad materna*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- OMS. (16 de Septiembre de 2018). *Mortalidad materna*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- OPS. (2016). *Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción*. Obtenido de http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf
- Paredes, J. C. (2015). *Características de las cesareas atendidas en el Hospital II-2 de Tarapoto 2014*. Obtenido de http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4053/Julio_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Plan Nacional Buen Vivir. (2013-2017). *Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población*. Obtenido de Plan Nacional Buen Vivir: https://www.unicef.org/ecuador/Plan_Nacional_Buen_Vivir_2013-2017.pdf
- Reyes, P. S. (2016). *Factores de riesgo obstétrico en embarazadas que acuden al Hospital Delfina Torres De Esmeraldas (Doctoral dissertation, Ecuador-PUCESE-Escuela de Enfermería)*., <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/890/1/REYES%20ARBOLEDA%20%20PAULETT.pdf>.
- Rojas , M. D., & Vargas, C. S. (2018). *Características epidemiológicas y factores asociados a la cesárea en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui de Agosto 2016 a Julio 2017*. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1479/TITULO%20-%20Vargas%20Arzubiaga%2c%20Carla%20Stephany.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Romero, G. G., Río, L. J., Salim, C. P., & De León, P. P. (2007). *Factores de riesgo asociados con el parto distócico*. Obtenido de medigraphic Artemisa: <https://pdfs.semanticscholar.org/a4fd/311779ea7cb6fc41b4a38d127e38f8891266.pdf>
- Ruano, O. E. (2018). *Enfermedades asociadas al embarazo en primigestas atendidas en el Hospital San Luis de Otavalo Septiembre-Febrero 2017*. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8021/1/06%20ENF%20936%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>

- Salazar, M., Pacheco, J., Scaglia, L., Lama, J., & Munaylla, R. (2015). La edad materna avanzada como factor de riesgo de morbilidad materna y perinatal. *Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia*, 45(2), 124-130.
- Salud, O. M. (10 de Abril de 2015). *Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos*. Obtenido de Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos
- Tirado, L. C. (25 de Mayo de 2017). *Gestante añosa como factor asociado a distocia de labor de parto en el Hospital Belen de Trujillo*. Obtenido de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2696>
- Trabajo, C. d. (8 de Noviembre de 2017). *Título II De la protección a la maternidad, a la paternidad y a la vida familiar*. Obtenido de LIBRO II DE LA PROTECCIÓN A LOS TRABAJADORES : http://www.dt.gob.cl/m/1620/articles-95516_recurso_1.pdf

ANEXO A

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVOS	VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALAS	INSTRUMENTO
Determinar los factores que desencadenan parto distócico en las embarazadas que asisten al Hospital General Sur Delfina Torres de Concha	Factores de riesgo	Cantidad de exposiciones que pueden multiplicarse para formar un producto	Tipos de factores	Cesáreas anteriores Preeclampsia Desproporción cefalopélvica Expulsión prolongada Líquido meconial Macrosomía fetal	Encuesta e historias clínicas
Identificar en que grupo etario se presenta con mayor frecuencia.	Edad de la gestante	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo	Número de años de vida cumplidos	12-16 17-19 20-34 35 o más años de edad	Encuesta e historia clínica
Determinar las características sociodemográficas de las embarazadas que presentan partos distócicos	Etnia	Son los modos en que las personas desarrollan su existencia, enmarcadas por particularidades individuales, y por el contexto histórico, político, económico y social en el que les toca vivir.	Tipos de etnia	Afro-ecuatoriano Blanca Mestizo Indio	Encuesta e historia clínica

	Lugar de procedencia	es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.	Tipo de procedencia	Urbano Rural	Encuestas e historia clínica
	Formación académica	Refleja una línea temporal a lo largo de la que la persona ha podido cursar unos estudios determinados	Nivel de escolaridad de la muestra	ND Primaria Secundaria Superior	Encuestas e historia clínica
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Números de años cumplidos de vida	12-16 17-19 20-34 35 o más años	Encuestas e historia clínica

<p>Identificar las enfermedades más frecuentes de las madres embarazadas durante el desarrollo del embarazo</p>	<p>Tipos de enfermedades durante el desarrollo del embarazo</p>	<p>Puede tener problemas debido a un problema de salud que tenía antes de quedar embarazada. También puede desarrollar una condición durante el embarazo.</p>	<p>Antecedentes de la madre</p>	<p>Infecciones de vías urinarias Anemia Infección vaginal Infección de transmisión sexual Diabetes gestacional Cardiopatía</p>	<p>Encuestas e historia clínica</p>
---	---	---	---------------------------------	--	-------------------------------------

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE ESMERALDAS



ANEXO B

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Objetivo: La presente encuesta tiene el fin de identificar los factores que desencadenan parto distócico en las embarazadas que asistes al Hospital General del Sur Delfina Torres de Concha el cual pone en riesgo la vida y saluda tanto de la madre como del bebe.

Cuestionario de la Encuesta

Fecha:

Características personales:

1. Edad actual

- 12 – 16 años _____
- 17- 19 años _____
- 20 – 34 años _____
- 35 años en adelante _____

2. Tipo de etnia

- Afro-ecuatoriana
- Blanca
- Mestiza
- India
- Mulata

3. Lugar de procedencia

- Rural
- Urbano

4. Nivel de instrucción de educación

- Primaria
- Secundaria
- Superior

- Ninguna

5. ¿Cuántos controles prenatales se ha realizado en su actual embarazo?

- 1 - 3 controles
- Más de 5 controles
- 4 - 5 controles - Ninguno

6. ¿Cuántos partos ha tenido? (multíparas, primíparas, nulípara)

- 1 embarazos
- 2 o más embarazos
- Ninguno

7. ¿Cuántos cesáreas anteriores ha tenido?

- 1 cesáreas
- 2 a 3 cesáreas - Ninguno

8. ¿Presenta algunas de estas enfermedades desde su embarazo?

- I.T.S. (Enf. de transmisión sexual)
- Diabetes gestacional____ - Anemia_____
- IVU (infecciones urinarias) __ - (cardiopatía)_____
- Infección vaginal____ - Ninguna

9. Motivo por el cual su parto ha sido o será a través de una cesárea.

- Preeclampsia - desproporción pélvica
- macrosomia fetal - Enfermedad de transmisión sexual
- Problemas de cordón umbilical - liquido meconal
- Trastorno del líquido amniótico - Distocia de hombros
- Distocia de presentación podálica - Cesárea anterior
- Expulsivo prolongado