



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
RESIDENTADO MEDICO



**FACTORES ASOCIADOS A PARTO DISTÓCICO EN GESTANTES
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO
OBSTERICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ
BUTRON DE PUNO EN EL AÑO 2020**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PRESENTADO POR:

ADDERLY ALFREDO MONROY MUCHO

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN:**

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PUNO – PERÚ

2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROG. S.E. RESIDENTADO MEDICO
COORDINACION DE INVESTIGACIÓN

ACTA DE EVALUACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION

.....
TITULO DEL PROYECTO:

FACTORES ASOCIADOS A PARTO DISTÓCICO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON DE PUNO EN EL AÑO 2020

RESIDENTE:

ADDERLY ALFREDO MONROY MUCHO

ESPECIALIDAD:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Los siguientes contenidos del proyecto se encuentran adecuadamente planteados

CONTENIDOS	ADECUADAMENTE PLANTEADOS	
	SI	NO
Caratula	✓	
Índice	✓	
1. Título de la investigación	✓	
2. Resumen	✓	
3. Introducción	✓	
3.1. Planteamiento del problema	✓	
3.2. Formulación del problema	✓	
3.3. Justificación del estudio	✓	
3.4. Objetivos de investigación (general y específicos)	✓	
3.5. Marco teórico	✓	
3.6. Hipótesis	✓	
3.7. Variables y Operacionalización de variables	✓	
4. Marco Metodológico	✓	
4.1. Tipo de estudio	✓	
4.2. Diseño de Contrastación de Hipótesis	✓	
4.3. Criterios de selección	✓	
4.4. Población y Muestra	✓	
4.5. Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos.	✓	
5. Análisis Estadístico de los Datos	✓	
6. Referencias bibliográficas	✓	
7. Cronograma	✓	
8. Presupuesto	✓	
9. Anexos	✓	



Observaciones:

NINGUNA

En merito a la evaluación del proyecto investigación, se declara al proyecto:

a) APROBADO (X)

Por tanto, debe pasar al expediente del residente para sus trámites de titulación.

Puno, a los 31 días del mes de Mayo del 2021



 Dr. Julian Salas Portocarrera
DIRECTOR
PROG. S.E. RESIDENTADO MÉDICO

c.c. Archivo



INDICE	
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
A. Introducción.	8
B. Enunciado del problema.	10
C. Delimitación de la Investigación.	10
D. Justificación de la investigación.	11
CAPITULO II: REVISION DE LITERATURA	12
A. Antecedentes	12
B. Marco teórico.	16
CAPITULO III: HIPOTESIS, OBJETIVOS Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	21
A. Hipótesis	21
1. General	21
2. Específicas.....	21
3. Estadísticas o de trabajo	21
B. Objetivos	22
1. General	22
2. Específicos	22
C. Variables y Operacionalización de variables:	22
CAPITULO IV: MARCO METODOLOGICO	25
A. Tipo de investigación:	25
B. Diseño de investigación:	25
C. Población y Muestra.	25
1. Población:.....	25
2. Tamaño de muestra:	25
3. Selección de la muestra:	26
D. Criterios de selección.	26
1. Criterios de inclusión.....	26
2. Criterios de exclusión	27
E. Material y Métodos:	27
F. Instrumentos y procedimientos de recolección de datos.	27
1. Instrumentos:.....	27



2. Procedimiento de recolección de datos:.....	27
G. Análisis estadístico de datos.	27
H. Aspectos éticos:.....	30
CAPITULO V: CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO.	31
A. Cronograma:.....	31
B. Presupuesto:	31
CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	32
CAPITULO VII: ANEXOS.....	37
Ficha de recolección de datos.....	37



RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno en el año 2020. **Metodología:** El estudio será observacional, analítico y retrospectivo, de diseño de casos y controles. La población será todas las gestantes adolescentes que tuvieron parto vaginal. Se conformaran dos grupos de estudio, uno de casos y el otro de controles, el grupo de casos estará constituido por las adolescentes que presentaron distocias en el trabajo de parto, y el grupo de los controles estará constituido por las adolescentes que no presentaron distocias; para los casos no se realizará cálculo de tamaño de muestra, y para los controles se tomará un control por cada caso; para los casos la selección de la muestra será no probabilista, por conveniencia; y para los controles será probabilística por muestreo aleatorio sistemático. Para la recolección de datos se utilizará una ficha preelaborada, validada por juicio de expertos. Para el análisis estadístico la información será ingresada a una base de datos diseñada en el programa Excel 2010; y el análisis se hará en el programa SPSS versión 21; se trabajará con un nivel de confianza de 95%, y un error máximo permitido del 5% ($p < 0.05$): primero se evaluará la distribución normal de las variables mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov: si las variables son cuantitativas y tienen distribución normal, se calculará el promedio y la desviación estándar; y si la variable no tiene distribución normal se calculara la mediana y el rango intercuartil; si las variables son cualitativas se calculará las frecuencias absolutas y frecuencias relativas; para evaluar los factores de riesgo asociados a parto distócico, se calculará el Odds Ratio (OR), el intervalo de confianza (IC) y el valor de p de Fisher; para evaluar la asociación de las variables intervinientes con el parto distócico, para variables cuantitativas y con distribución normal se calculará la t de student para muestras independientes, y para variables cuantitativas que no presenten distribución normal se calculara la U de Mann Whitney para muestras independientes. No se utilizará el consentimiento informado.

PALABRAS CLAVE: Adolescentes, distócico, factores, parto, riesgo



ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with dystocic delivery in pregnant adolescents treated in the obstetric gynecological service of the Manuel Núñez Butron Regional Hospital in Puno in 2020. **Methodology:** The study will be observational, analytical and retrospective, with a case-control design. The population will be all adolescent pregnant women who had vaginal delivery. Two study groups will be formed, one of cases and the other of controls. The group of cases will be made up of the adolescents who presented dystocias in labor, and the group of controls will be constituted by the adolescents who did not present dystocia; For the cases, no sample size calculation will be performed, and for the controls, a control will be taken for each case; for the cases the selection of the sample will be non-probabilistic, for convenience; and for controls it will be probabilistic by systematic random sampling. For data collection, a pre-prepared file will be used, validated by expert judgment. For the statistical analysis, the information will be entered into a database designed in the Excel 2010 program; and the analysis will be done in the SPSS version 21 program; We will work with a confidence level of 95%, and a maximum permissible error of 5% ($p < 0.05$): first, the normal distribution of the variables will be evaluated using the Kolmogorov Smirnov test: if the variables are quantitative and have a normal distribution, the average and standard deviation will be calculated; and if the variable does not have a normal distribution, the median and the interquartile range will be calculated; if the variables are qualitative, the absolute frequencies and relative frequencies will be calculated; To assess the risk factors associated with dystocic delivery, the Odds Ratio (OR), the confidence interval (CI) and Fisher's p value will be calculated; To evaluate the association of the intervening variables with dystocic delivery, for quantitative variables with normal distribution, the Student's t-test will be calculated for independent samples, and for quantitative variables that do not present a normal distribution, the Mann Whitney U will be calculated for independent samples. Informed consent will not be used.

KEY WORDS: Adolescents, dystocic, factors, childbirth, risk



CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Introducción.

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS señala que la etapa de la adolescencia se encuentra entre los 10 y los 19 años.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación), entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo (entre los días 12 a 16 tras la fecundación) (1).

El embarazo adolescente es un problema de salud pública, debido a que son las condiciones socioculturales las que han permitido un incremento de su prevalencia, siendo más frecuentes en sectores de nivel socioeconómicos bajo, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad; es así que se ha constituido en una causa frecuente de consultas en los hospitales (2).

Se observa un número creciente de madres adolescentes que sufren diversos impactos negativos para su integración social. El embarazo adolescente en el contexto latinoamericano ha creado un círculo vicioso de desigualdad que impide a las mujeres y a sus hijos salir de la pobreza (3).

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud a nivel mundial, debido a las complicaciones y riesgos que implica para la madre y el niño, así como por su repercusión social; se considera que más del 80 % de los embarazos en las adolescentes son no deseados o no planificados, a raíz de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos y producto de una relación débil de pareja, y en muchos casos fortuita y ocasional, donde la mayoría de las veces el padre es también un adolescente (4).



La OMS en el 2015, señaló que a nivel mundial anualmente se presentan 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años embarazados y 2 millones de adolescentes menores de 15 años. La tasa más elevada se encuentra en África Subsahariana con 115 nacimientos por mil adolescentes, seguidas por América Latina y el Caribe con 64 nacimientos por mil adolescentes y Asia Meridional con 45 nacimientos por mil adolescentes. Las tasas más bajas se encuentran en países con alto nivel de desarrollo económico con 7 nacimientos por mil adolescentes (5).

En América Latina, la elevada incidencia de embarazos en adolescentes es solo superada por África y tiene una marcada tendencia al incremento, esto se presenta porque alrededor del 50 % de las adolescentes entre 15-19 años de edad tienen vida sexualmente activa, por otro lado se ha reportado que el 10 % del inicio de las relaciones sexuales se da a partir de los 12 años de edad. Unos tres millones de adolescentes se someten a abortos inseguros cada año, y 108 de cada mil jóvenes son madres adolescentes (6).

En el Perú, la proporción de madres adolescentes fue de 12.6% en el 2018; y se menciona que el embarazo en adolescentes, está relacionada con la mortalidad materna, así tenemos que en el Perú en el 2017 se registraron 377 muertes maternas, de las cuales el 15.9% fueron menores de 19 años, y el 8% en mujeres entre los 11 a 17 años (7).

Por otro lado debemos mencionar que la edad menor de 20 años en embarazadas constituye un factor de riesgo para complicaciones en el embarazo parto y puerperio; muchos estudios plantean que los riesgos de las gestaciones en adolescentes están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y que el trabajo de parto en ocasiones es distócico, por cesárea, instrumentado o por presentaciones viciosas. Otros estudios mencionan en las adolescentes aumenta la frecuencia de partos distócicos, prolongados y las cesáreas, que las causas más frecuentes de estas últimas son la enfermedad hipertensiva y las desproporciones céfalo-pélvicas, Otras investigaciones señalan que el índice de cesáreas fue de 17.7% en las adolescentes y que el 21 % de las adolescentes tuvieron partos distócicos y una alta incidencia de instrumentación con fórceps y cesáreas (8).



El parto distócico se puede presentar en l adolescentes, el cual se define como parto anormal o disfuncional, es aquel que presenta complicaciones y dificultades mediante el trabajo de parto como tal, esta interrupción puede deberse tanto a factores de la madre como del feto que puede presentar anomalías funcionales o anatómicas.

Se considera importe detectar oportunamente los factores que potencialmente se puedan asociar a parto distócico en las adolescentes, para poder intervenir en su eliminación o disminución y evitar complicaciones y la muerte de la adolescente gestante.

B. Enunciado del problema.

GENERAL

¿Cuáles son los factores asociados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno en el año 2020?

ESPECIFICOS

1. ¿Cuáles son los factores fetales asociados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno en el año 2020?
2. ¿Cuáles son los factores maternos asociados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno en el año 2020?
3. ¿Cuáles son los factores ovulares asociados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno en el año 2020?

C. Delimitación de la Investigación.

El estudio se realizara en el hospital Manuel Núñez Butron de Puno, en el periodo Abril del 2021 a Diciembre del 2023. El hospital se encuentra ubicado en el distrito de



Puno, de la Provincia de Puno, de la Región Puno, es de referencia de los establecimientos de la zona sur de la región. El hospital cuenta con las cuatro especialidades básicas, y además con algunas otras subespecialidades; atiende por emergencia las 24 horas. Es un hospital docente, donde se encuentra internos de medicina y otras carreras profesionales, además se realiza docencia de residentado médico. El hospital cuenta con el servicio de gineco obstetricoa, y trabajan en este servicio 9 ginecólogos especialistas y 4 médicos residentes.

D. Justificación de la investigación.

El trabajo de parto es un proceso fisiológico, que da lugar al nacimiento de un recién nacido; pero muchas veces se presentan dificultades en esta etapa, lo que origina las situaciones que se conocen como parto distócico, las cuales incrementan el riesgo de morbimortalidad materna y perinatal¹. La Organización Mundial de Salud, señala que cada que cada día mueren en todo el mundo 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el parto distócico; y muchas de ellas son adolescentes. Por otro lado se menciona que la mayor frecuencia de muertes se presentan en países de ingresos económicos bajos (9).

Por otro lado tenemos que en el hospital Manuel Núñez Butrón de Puno no se ha realizado ninguna investigación sobre los factores asociados a parto distócico en adolescentes, por lo que se considera necesario investigar dichos factores para contribuir con nuevos conocimientos para los profesionales de la salud y con esto puedan actuar de forma preventivo promocional incidiendo en aquellos factores que puedan modificarse y así se pueda disminuir las complicaciones en las gestantes adolescentes.



CAPITULO II: REVISION DE LITERATURA.

A. Antecedentes

INTERNACIONALES.

Quintero P (2016) en Cuba realizo un estudio cuyo objetivo fue caracterizar los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga" de Pinar del Río. Fue un estudio descriptivo y transversal, en el periodo del 2014 al 2015; ingresaron al estudio 132 adolescentes. Encontró mayor frecuencia en el grupo de 15 a 19 años; las adolescentes de 10 a 14 años no tenían información previa sobre el tema; los antecedentes obstétricos fueron aborto, anemia, partos previos e hipertensión arterial; la morbilidad, en el grupo de 10 a 14 años fue anemia, cesárea, infección vaginal e hipertensión inducida por el embarazo; y en el grupo de 15 a 19 años fue infección vaginal, anemia y desnutrición; el parto eutócico fue el más frecuente, y el grupo de 10 a 14 años fue el parto distócico; la mayoría reciben apoyo de la familia; pero las parejas de las adolescentes prestan poca ayuda. Concluyo que el embarazo en la adolescencia es una patología social (8).

Bustamante A, et al (2012) en Ecuador, llevo a cabo un estudio con el objetivo de conocer la frecuencia e indicación de cesárea en pacientes adolescentes embarazadas entre 13 y 19 años, en el Hospital "PABLO ARTURO SUÁREZ" en el periodo de enero del 2006 a diciembre del 2011. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo; ingresaron a la muestra 408 adolescentes entre 13 y 19 años, sometidas a cesárea. Encontraron que las indicaciones de cesárea fueron desproporción cefalopélvica (21.8%), distocias de presentación (9.1%), compromiso de bienestar fetal (8.5%), preeclampsia (4.7%), macrosomía fetal (3.9%), placenta previa (1.9%), malformaciones fetales (0.7%); el 51.8% tenían entre 17 y 19 años, el 69.7% fueron mestizas, tenían instrucción secundaria el 82.4%, residencia urbana el 91.2%, nivel social medio el 58.8%. Concluyeron que la principal indicación para cesarea fue desproporción cefalopélvica (10).



NACIONALES

Carrasco A et al (2020) realizo un estudio en Cajamarca con el objetivo de determinar la incidencia del parto distócico en adolescentes y su relación con la hospitalización del neonato, se llevó a cabo en el hospital Regional Docente de Cajamarca. Fue un estudio fue descriptivo y correlacional; ingresaron a la muestra 94 adolescentes y 43 neonatos. Encontraron una incidencia de hospitalización neonatal de 44.35%; las causas de hospitalización fueron patologías respiratorias (15 casos), otras patologías (13 casos), recién nacido prematuro extremo (7 casos); los neonatos fueron hospitalizados en el área de Neo Intermedio (35 casos) por una asociación de distocias por otros factores. Concluyeron que la incidencia de complicaciones fue elevada (11).

Vera E (2019) realizo un estudio en Tarapoto cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a distocia de trabajo de parto en pacientes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto en el periodo 2016 a 2018. Fue un estudio de casos y controles, ingresaron a la muestra 50 casos y 50 controles. Encontró que la nuliparidad, la desproporción céfalo pélvica, la estrechez pélvica no son factores asociados a distocia de trabajo de parto; por otro lado determinó que la gestación adolescente se considera un factor asociado a distocia de trabajo de parto (12).

Caldas A, et al (2019) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación que existe entre los factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro, La Merced, 2017. Fue un estudio de tipo básico, cuantitativo; de diseño no experimental, de corte transversal; ingresaron a la muestra 42 adolescentes sometidas a cesárea. Encontraron que existe asociación estadística significativa entre las variables: antecedentes obstétricos, complicaciones del embarazo y parto y cesáreas en adolescentes ($X^2_c: 10.717 > X^2_t: 5.99$). Concluyeron que las variables antecedentes obstétricos, complicaciones del embarazo y parto están asociada a cesarea en adolescentes (13).

Pinzas H (2016) realizo un estudio en Lima con el objetivo de determinar las principales complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes en el servicio de Ginecología y Obstetricia de Hospital Vitarte en el periodo de enero a octubre del 2015.



Fue un estudio descriptivo retrospectivo. Encontró que el 87.80% tuvieron entre 17 y 19 años (adolescencia tardía), el 81.20% procedía de zona rural, el 69.60% tenían secundaria completa, el 76% fueron convivientes, el 91.20% fueron amas de casa; las complicaciones obstetricas en la cesárea fueron 51.60%, y en el parto vaginal fueron 48.4%; el 34.80% presentaron desproporción feto pélvica, el 30% tuvieron distocia funicular, el 18% sufrimiento fetal agudo. Concluyeron que el embarazo en adolescentes es frecuente en la población de las zonas rurales, convivientes y con una instrucción de secundaria completa; la complicación más frecuente fue la desproporción feto pélvica (14).

Vela G (2014) realizo un estudio en Tarapoto con el objetivo de determinar la relación existente entre el embarazo en adolescentes y el tipo de parto. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, retrospectivo, analítico y transversal; ingresaron a la muestra 100 gestantes adolescentes. Encontraron que el 77% tienen edades entre 16 a 19 años, el 75%; han tenido un parto a término, el 93% han tenido parto espontáneo; y no existe una relación significativa entre las adolescentes embarazadas y el tipo de parto tiempo de gestación. Concluyo que no existe relación significativa entre edad de embarazo y tipo de parto (15).

Manzano G (2011) realizo un estudio para determinar los factores asociados a cesarea iterativa en el hospital Sergio E. Bernales desde enero 2005 a diciembre 2009. Fue un estudio de diseño transversal y descriptivo; ingresaron a la muestra 584 partos de adolescentes multigestas, de las cuales 264 correspondieron a cesáreas iterativas. Encontraron una incidencia de 45% de cesarea iterativas; la edad promedio fue de 18.2; el factor de riesgo fue la desproporción céfalo-pélvica (Ora: 166.39; IC: 60.25 – 459.53; $p < 0.001$), y los factores protectores fueron el número de hijos vivos (Ora: 0.18; IC: 0.01– 0.04; $p < 0.001$) y abortos (Ora: 0.08; IC: 0.04– 0.16; $p < 0.001$). Concluyo que la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes multigestas, fue de 45%. Asociado a desproporción cefalopélvica (16).



REGIONALES.

Chambi F (2018) realizó un estudio en Juliaca con el objetivo de determinar los factores asociados a complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca entre junio a diciembre 2018. Fue un estudio transversal y analítico, con diseño no experimental; la muestra fue de 95 madres adolescentes. Encontró que el 77.9% de madres adolescentes presentaron complicaciones, el 67.4 de recién nacidos presentaron complicaciones perinatales, el 2.1% se encontraban en la adolescencia temprana, el 38.7% estaban en la adolescencia media y 59.0% fueron de la adolescencia tardía; la principal complicación obstétrica fue anemia (13.5%); la principal complicación perinatal fue síndrome de distrés respiratorio (32.8%); encontró asociación entre complicaciones obstétricas o perinatales con controles prenatales < 6 (OR:4.85, IC:1.04-22.48, $p:0.02$) y (OR:6.25, IC:1.71-22.87, $p:0.001$) respectivamente; se encontró asociación entre la complicación obstétrica con bajo peso al nacer (OR:7.4, IC:1.93-58.87, $p:0.022$), pretérmino (OR:8.46, IC:1.06-67.01, $p:0.01$), pequeño para la edad gestacional (OR:8.0, IC:1.01-63.66, $p:0.017$). Concluyo que la mayor proporción de gestantes fueron adolescentes en edad tardía, la principal complicación obstétrica fue la anemia, y la perinatal el síndrome de distrés respiratorio; el factor asociado a complicaciones obstétricas y perinatales fue el control prenatal en número menor a 6; y las complicaciones perinatales asociadas a complicación obstétrica fueron bajo peso al nacer, recién nacido pre término y pequeño para la edad gestacional (17).

Chambi C (2017) realizó un estudio en Juliaca con el objetivo de determinar las complicaciones materno perinatales del embarazo en madres adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Junio - Agosto 2017. Fue un estudio de diseño transversal, de nivel explicativo; el tamaño de muestra fue de 60 adolescentes. Encontró que el 83% tuvieron gestaciones a término y el 17% de pre término; las complicaciones maternas fueron desgarros perineales (27%), vía del parto vaginal (67%), ruptura prematura de membranas (25%), anemia (67%), infección urinaria (80%), y esta tuvieron influencia con el tipo de embarazo; las complicaciones perinatales fueron síndrome de dificultades respiratoria (15%), sufrimiento fetal (16%), bajo peso al nacer (16%), Apgar bajo (15%), y estas tenían influencia con el embarazo en madres



adolescentes. Concluyo que las complicaciones maternas fueron desgarros perineales, ruptura prematura de membranas, cesáreas, anemia e infecciones; y las perinatales fueron síndrome de dificultad respiratoria, sufrimiento fetal, bajo peso al nacer y Apgar bajo (18).

B. Marco teórico.

Embarazo en adolescentes:

Se define como el embarazo que ocurre durante la etapa de la adolescencia, dicho de otra manera, el embarazo que tiene lugar en mujeres desde la menarquia hasta los 19 años de edad, con independencia de la edad ginecológica (19).

Parto distócico:

El trabajo de parto alterado (o distócico) se caracteriza por avanzar con una lentitud anormal como consecuencia de contracciones uterinas ineficientes, posición o presentación fetal anormal, pelvis ósea con diámetros inadecuados y anomalías de las partes blandas pélvicas de la gestante. Se dice que es más frecuente en las mujeres nulíparas y se acompaña de una considerable morbimortalidad materna así como también perinatal como resultado de infecciones, ruptura uterina y partos operativos (20).

Distocias Maternas.

a) Distocias del canal pélvico (21).

Refiere la alteración en el parto debido al tamaño, forma y/o inclinación de la pelvis materna, esto interrumpe de forma abrupta la evolución del mecanismo; cabe recalcar que, una pelvis normal tiene longitud terminal o innominada de 19.5 a 21 centímetros la misma que se divide en tres partes, las cuales son: la porción sacra, ilíaca y púbica.

Reconocer que, dentro de nuestra anatomía, no todos somos iguales es el paso fundamental para entender dichos trastornos que se presentan en el embarazo, es por



ello que varios autores han clasificado a la pelvis según criterios, se clasifican en cuatro tipos:

- Ginecoide:

La morfología de la pelvis ginecoide es la más adecuada para la evolución espontánea del parto vaginal; la presentación se introduce en la pelvis haciendo coincidir la sutura sagital con el diámetro transversal o con uno de los diámetros oblicuos del estrecho superior; el parto evoluciona con rotación interna a posición occipito-anterior. La pelvis ginecoide se caracteriza por:

Diámetro antero- posterior similar al transversal. Sacro en posición normal, cara anterior cóncava. Paredes laterales, rectas o paralelas. Ángulo subpúbico abierto. Estrecho superior de forma redondeada u ovalada.

- Androide o infundibuliforme:

Es una pelvis que recuerda a la masculina y se caracteriza por: Diámetro antero-posterior algo menor que el transversal. Sacro inclinado hacia adelante. Paredes laterales convergentes. Espinas ciáticas muy prominentes. Ángulo subpúbico cerrado. El estrecho superior tiene forma triangular con base posterior.

- Antropoide:

Se caracteriza por: Diámetro antero- posterior mayor que el transversal. Sacro largo y recto dirigido hacia atrás. Paredes laterales algo convergentes. Espinas ciáticas poco prominentes. Ángulo subpúbico algo estrecho.

- Platipeloide:

Se caracteriza por: Diámetro antero-posterior menor que el transversal. Sacro corto y dirigido hacia atrás. Paredes laterales rectas. Espinas ciáticas prominentes. Ángulo subpúbico abierto. El estrecho superior tiene forma ovalada con predominio transversal.

b) Distocias de tejidos blandos. (22)



Se asocia a órganos que colindan con el polo fetal en el desarrollo y proceso de la gestación, como, por ejemplo: la matriz, el cuello uterino, vagina, vulva y periné, entre algunas de estas malformaciones, tenemos:

- Hipertrofia de cuello: resulta del aumento y alargamiento de la consistencia uterina.
- Tumores en la vagina: si el quiste no es muy voluminoso permite la expulsión de feto.

c) Distocias por embarazos múltiples.

El embarazo múltiple es la gestación simultánea de 2 o más fetos in útero, es considerado de alto riesgo obstétrico y constituye un reto para el obstetra y el neonatólogo por la alta incidencia de morbilidad materno fetal y perinatal que le acompañan (23).

Distocias fetales

Dicha problemática se enfoca en las actitudes fetales existentes en el periodo de gestación, adicionando la situación, presentación y posiciones en la que se encontrará, lo que conllevará a obtener patologías dadas por el mismo. Entre los riesgos más comunes que conlleva esta patología, encontramos:

- a) Presentación fetal: es considerada la parte del cuerpo fetal que descansará directamente sobre la pelvis para poder ser expulsado del vientre materno, la presentación fetal normal o conocida también como cefálica, refiere cuando el feto se encuentra mirando hacia atrás y de cabeza, mientras que, la presentación podálica, señala que el feto se encuentra con las nalgas situadas en la zona pélvica de expulsión; por lo que es imposible facilitar el trabajo de parto y se deben realizar otras maniobras (24).
- b) Malformaciones: Las malformaciones congénitas corresponden a alteraciones de la forma o estructura de un órgano o parte de la anatomía, como resultado de un desarrollo intrínsecamente anormal, ya sea desde la concepción o desde muy temprano en la embriogénesis. están ligados a un defecto anatómico que puede ser congénito o por algún daño materno a causa de medicamentos u otras drogas,



repercutiendo de esta manera en el organismo como los intestinos, órganos sexuales y cara del feto (25).

- c) Macrosomía: que significativamente es la descripción del feto que pesará más de 4000 gr al nacer (26).
- d) Hidrocefalia: refiere el líquido cefalorraquídeo acumulado, lo que ocasiona una obstrucción circulatoria y causa dilataciones en los ventrículos.
- e) Mielomeningocele: deficiente desarrollo en la médula espinal, lo que ocasiona la comúnmente llamada espina bífida.

Distocias ovulares y otros factores.

a) Distocias por Placenta. (27)

- DPP: comúnmente conocido como desprendimiento prematuro de placenta, va arraigado a la separación parcial o completa entre las paredes internas del útero y la matriz misma; esto dificulta el pase de oxígeno y bloquea a los nutrientes que deberían llegar al feto.
- PP: comúnmente conocido como placenta previa, refiere el crecimiento anormal de la placenta en el útero, la antes mencionada crece en la parte más baja de la matriz hasta llegar a la abertura del cuello uterino, lo que obstruye la salida fetal en el trabajo de parto; existen diferentes formas de PP, entre ellas tenemos: placenta previa marginal: donde la placenta se encuentra al lado del cuello uterino mas no cubre la abertura cervical, placenta previa parcial: donde cubre una parte de la abertura cervical y placenta previa completa: la placenta cubre toda la abertura cervical.
- Inducción del parto: es un procedimiento que consiste en iniciar contracciones uterinas antes del trabajo de parto, para obtener un parto vía vaginal a un ritmo más rápido. Este procedimiento se puede realizar de dos maneras: la rotura prematura de membranas y la administración de oxitocina.

b) Distocias por cordón umbilical (28).

- Circular de cordón: se manifiesta con el enredo del cordón umbilical en el cuello del feto; según estudios se reconoce que el cordón umbilical está en constante movimiento durante la gestación y logra enredarse y desenredarse con el movimiento fetal, el problema se desenlaza al momento en que el cordón se enreda,



- se aprieta y no puede soltarse del cuello, esto conllevando a que el feto comience a presentar hipoxia e hipoxemia por lo que debe procederse a la expulsión del mismo.
- Prolapso de cordón umbilical: se define como prolapso a la caída del cordón umbilical, la cual queda por delante del cuello uterino; dicho proceso se presenta una vez iniciado el parto y se da en muy pocas ocasiones; el cordón puede quedar atrapado contra el cuerpo del feto siendo este comprimido y ocasionando la pérdida de oxígeno fetal en el trabajo de parto.
 - Hematomas en el cordón umbilical: patología poco frecuente, que se localiza cerca al ombligo y se produce por la rotura de la vena umbilical; en su mayoría suelen ser pequeños y van asociados a cordones cortos, infecciones amnióticas y cuando suelen ser grandes, se asocian a secuelas neurológicas. Lo que ocasiona dicho problema es hipoxia fetal o hipovolemia.
- c) Distocias por líquido amniótico. (29)
- Oligohidramnios: poco líquido amniótico que se puede encontrar en el proceso de gestación; en muchas ocasiones dicha patología, se logra desarrollar en el primer mes de embarazo.
 - Polihidramnios: es lo contrario a mantener niveles bajos de líquido amniótico, en éste caso se presenta de manera excesiva. Por lo general a mayor de dos litros; dicho trastorno puede ser ocasionado por malformaciones en el feto, gesta múltiple, diabetes gestacional.

Para realizar una evaluación diferenciada de ambas patologías, se toma en cuenta: la producción de orina y secreciones pulmonares del feto, aquello es lo que hará el aumento o disminución de líquido amniótico.

- d) Distocias por membranas.
- RPM: la rotura prematura de membranas refiere el rompimiento de fuente antes de la semana 37 de gestación, el riesgo que conlleva dicho proceso se enfoca en infecciones intraamnióticas, sepsis fetal, presentación fetal anormal y desprendimiento prematuro de placenta (30).



CAPITULO III: HIPOTESIS, OBJETIVOS Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

A. Hipótesis

1. General

Los factores asociados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno en el año 2020, son de tipo fetal, materno y ovular

2. Especificas

1. Los factores fetales asociados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno en el año 2020, son presentación anomala, malformaciones y macrosomía.
2. Los factores maternos asociados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno en el año 2020, son tipo de pelvis y embarazo múltiple
3. Los factores ovulares asociados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno en el año 2020, son DPP, RPM, distocia de cordón, y distocia de hidramnios

3. Estadísticas o de trabajo

Ho: Factores fetales asociados = presentación anomala, malformaciones y macrosomía.

Ha: Factores fetales asociados \neq presentación anomala, malformaciones y macrosomía.

Ho: Factores maternos asociados = tipo de pelvis y embarazo múltiple.

Ha: Factores maternos asociados \neq tipo de pelvis y embarazo múltiple.



Ho: Factores ovulares asociados = DPP, RPM, distocia de cordón, y distocia de hidramnios.

Ha: Factores ovulares asociados \neq DPP, RPM, distocia de cordón, y distocia de hidramnios.

B. Objetivos

1. General

Determinar los factores asociados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno en el año 2020

2. Específicos

1. Identificar los factores fetales asociados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno en el año 2020.
2. Precisar los factores maternos asociados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno en el año 2020.
3. Describir los factores ovulares asociados a parto distócico en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron de Puno en el año 2020.

C. Variables y Operacionalización de variables:

Variable dependiente:

- Parto distócico

Variables independientes:

- Factores fetales: Presentación fetal, malformaciones, macrosomía, mielomeningocele.



- Factores maternos: Tipo de pelvis, hipertrofia de cuello, tumor vaginal, embarazo múltiple.
- Factores ovulares: Desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, inducción de parto, alteración de cordón, cantidad de hidramnios, ruptura prematura de membranas.

Variables intervinientes:

- Edad, Estado civil, procedencia, IMC, enfermedades asociadas al embarazo.

Operacionalización de variables:

VARIABLES	Indicador	Unidad/ Categoría	Escala	Tipo de variable
V. Dependiente				
Parto distócico	Historia clínica	Si No	Nominal	Cualitativa
V. independientes				
Presentación fetal	Historia clínica	Cefálica Podálica Otra	Nominal	Cualitativa
Malformaciones fetales	Historia clínica	Anencefalia Microcefalia Otras	Nominal	Cualitativa
Macrosomia	Historia clínica	Si No	Nominal	Cualitativa
Mielo meningocele	Historia clínica	Si No	Nominal	Cualitativa
Tipo de pelvis	Historia clínica	Androide Ginecoide Otra	Nominal	Cualitativa
Hipertrofia de cuello	Historia clínica	Si No	Nominal	Cualitativa
Tumor vaginal	Historia clínica	Si No	Nominal	Cualitativa
Embarazo múltiple	Historia clínica	Si No	Nominal	Cualitativa
DPP	Historia clínica	Si No	Nominal	Cualitativa
Placenta previa	Historia clínica	Si No	Nominal	Cualitativa



Inducción del parto	Historia clínica	Si No	Nominal	Cualitativa
Alteración del cordón	Historia clínica	Si No	Nominal	Cualitativa
Cantidad de hidramnios	Historia clínica	Oligohidramnios Polihidramnios	Nominal	Cualitativa
RPM	Historia clínica	Si No	Nominal	Cualitativa

V. interviniente

Edad materna	Años	< 11 11 a 19	De razón	Cuantitativa
Estado civil	Historia clínica	Soltera Casada Conviviente	Nominal	Cualitativa
Procedencia	Historia clínica	Urbana Rural	Nominal	Cualitativa
IMC	Kg/m ²	numero	De razón	Cuantitativa
Enfermedades asociadas	Historia clínica	Pre eclampsia Eclampsia Diabetes	Nominal	Cualitativa



CAPITULO IV: MARCO METODOLOGICO

A. Tipo de investigación:

El estudio será de tipo observacional, analítico y retrospectivo. Observacional porque solo se observará, en forma retrospectiva, la ocurrencia de los eventos y no se manipulará ninguna variable; analítico porque se evaluará la asociación de los factores fetales, maternos y ovulares con el parto distócico en adolescentes, y retrospectivo porque la información se recopilará de sucesos acontecidos en el pasado.

B. Diseño de investigación:

El estudio será de diseño de casos y controles, los casos serán las adolescentes que presentaron distocias en el trabajo de parto, y los controles serán las adolescentes que no presentaron dichas distocias.

C. Población y Muestra.

1. Población:

Todas las gestantes adolescentes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en el año 2020.

2. Tamaño de muestra:

Para analizar los factores de riesgo para parto distócico en adolescentes, se conformarán dos grupos de estudio, uno de casos y el otro de controles, el grupo de casos estará constituido por las adolescentes que presentaron distocias en el trabajo de parto, y el grupo de los controles estará constituido por las adolescentes que no presentaron dichas distocias.

Tamaño de muestra para casos: No se realizará cálculo de tamaño de muestra ya que ingresarán al estudio todas las gestantes adolescentes con diagnóstico de parto distócico durante el periodo de estudio.

Tamaño de muestra para controles: No se calculará tamaño de muestra, debido a que se ingresará un control por cada caso.



3. Selección de la muestra:

Para los casos:

La selección de la muestra será no probabilista, por conveniencia; ya que ingresarán al estudio todas las adolescentes que ya fueron diagnosticadas como parto distócico.

Para los controles:

La selección de la muestra será probabilística por muestreo aleatorio sistemático, se procederá de la siguiente manera: se hará un listado de todas las adolescentes que hayan tenido parto normal luego se calculará el intervalo de selección (k), seguidamente se selecciona un número al azar entre 1 y k, ese número se busca en el listado de adolescentes con parto normal, y ese será el primer control que ingresa al estudio, luego al número del primer control seleccionado se le suma el valor de k, y el número resultante será el segundo control que ingresa al estudio, y así se repite este procedimiento en forma sucesiva hasta llegar al número de controles requerido, que será el mismo número de casos; la fórmula a utilizar para el muestreo sistemático será:

$$k = \frac{N}{n}$$

k: intervalo de selección

N: Total de adolescentes con parto normal

n: Total de adolescentes con parto distócico

D. Criterios de selección.

1. Criterios de inclusión

- Destante de 10 a 19 años.
- Con diagnóstico de parto distócico.
- Atendida en el servicio de gineco obstetricia del hospital Manuel Núñez Butron de Puno
- Atendida en el año 2020



2. Criterios de exclusión

- Gestante con edad mayor a 19 años.
- Con Historias clínicas con datos incompletos

E. Material y Métodos:

Por ser un estudio retrospectivo, y los datos serán obtenidos de la historia clínica, no se realizara ningún método para diagnóstico.

Para la recolección de la información se utilizara el método de revisión documental, debido a que se revisaran las historias clínicas de las participantes en el estudio.

F. Instrumentos y procedimientos de recolección de datos.

1. Instrumentos:

Se usará una ficha de recolección de datos preelaborada, en la cual se consignarán los datos de las variables en estudio, que fue elaborada en base a otros estudios, la cual será validada por juicio de expertos especialistas en ginecología y obstetricia del hospital Manuel Núñez Butron de Puno.

2. Procedimiento de recolección de datos:

Para la recolección de datos se solicitará la autorización de la Dirección del hospital, y de la oficina de estadística.

Luego de determinar los pacientes que ingresaran al estudio, se solicitaran las historias clínicas, las cuales serán revisadas por el investigador, y se procederá al llenado de la ficha de recolección de datos.

G. Análisis estadístico de datos.

La información de las variables registradas en la ficha será ingresada a una base de datos diseñada en el programa Excel 2010; y para el análisis estadístico se utilizara el



programa SPSS versión 21; y se trabajará con un nivel de confianza de 95%, y un error máximo permitido del 5% ($p < 0.05$).

Primero se evaluará la distribución normal de las variables, para lo cual se utilizará la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov.

Si las variables son cuantitativas y tienen distribución normal, se calculará el promedio y la desviación estándar; y si la variable no tiene distribución normal se calculará la mediana y el rango intercuartíl.

Si las variables son cualitativas se calculará las frecuencias absolutas y frecuencias relativas.

Para evaluar los factores de riesgo asociados a parto distócico, se calculará el Odds Ratio (OR), el intervalo de confianza (IC) y el valor de p de Fisher.

FACTOR EN ESTUDIO	PARTO		
	DISTOCICO	NORMAL	
PRESENTE	A	B	A+B
AUSENTE	C	D	C+D
	A+C	B+D	

Dónde:

A: Parto distócico y factor en estudio presente

B: Parto normal y factor en estudio presente

C: Parto distócico y factor en estudio ausente

D: Parto normal y factor en estudio ausente

Odds ratio:

$$OR = \frac{A * D}{C * B}$$

P de Fisher:

$$p = \frac{(A + B)! (C + D)! (B + C)! (A + C)}{n! A! B! C! D!}$$

Interpretación: Si OR es mayor a 1, el IC no contiene la unidad, y el valor de p es menor a 0.05, el factor en estudio está asociado como riesgo a parto distócico.

Para evaluar la asociación de las variables intervinientes riesgo con el parto distócico, para variables cuantitativas y con distribución normal se calculará la t de student para muestras independientes, y para variables cuantitativas que no presenten distribución normal se calculara la U de Mann Whitney para muestras independientes.

T de student:

$$t = \frac{\bar{X} - \bar{Y}}{\sqrt{\frac{(n-1)\hat{S}_1^2 + (m-1)\hat{S}_2^2}{n+m-2}} \sqrt{\frac{1}{n} + \frac{1}{m}}}$$

Dónde:

n: tamaño de muestra parto distócico

m: tamaño de muestra parto normal

\bar{X} : promedio de la variable en el parto distócico

\bar{Y} : promedio de la variable en el parto normal

\hat{S}_1 : desviación estándar de la variable en parto distócico

\hat{S}_2 : desviación estándar de la variable en el parto normal

Interpretación: Si el valor de valor t calculado es mayor que el valor t de la tabla, se rechaza la hipótesis nula; si el valor de t calculado es menor que el valor t de la tabla, no se puede rechazar la hipótesis nula.

U de Mann Whitney.



$$U1 = n1n2 + \frac{n1(n1 + 1)}{2} - R1$$

$$U2 = n1n2 + \frac{n2(n2 + 1)}{2} - R2$$

Dónde:

$n1$ y $n2$: tamaño de muestra en parto distócico y parto normal respectivamente

$R1$ y $R2$: suma de los rangos de las observaciones del parto distócico y parto normal respectivamente.

Interpretación: Si el valor de valor U calculado es mayor que el valor U de la tabla, se rechaza la hipótesis nula; si el valor de U calculado es menor que el valor U de la tabla, no se puede rechazar la hipótesis nula. El estadístico U será el menor valor comparando $U1$ y $U2$.

H. Aspectos éticos:

El estudio será retrospectivo, de revisión de historias clínicas, por lo que no se necesita utilizar el consentimiento informado; pero si se tendrá en consideración la confidencialidad de la información



CAPITULO V: CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO.

A. Cronograma:

ACTIVIDAD	2021				
	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
1. Planteamiento del Problema y revisión de Bibliografía					
2. Elaboración del proyecto					
3. Presentación del Proyecto					
4. Recolección de datos					
5. Procesamiento de datos					
6. Elaboración de informe Final					
7. Presentación del Informe final					

B. Presupuesto:

GASTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO (S/)	COSTO TOTAL (S/)
PAPEL BOND 80 grs.	MILLAR	4	20.00	80.00
FOTOCOPIADO	CIENTO	5	20.00	100.00
LAPICEROS	UNIDAD	10	3.00	30.00
LAPIZ	UNIDAD	10	1.00	10.00
ASISTENCIA ESTADISTICA	UNIDAD	1	1000.00	1000.00
MOVILIDAD LOCAL	UNIDAD	200	20.00	4000.00
TOTAL				5220.00

El estudio será autofinanciado por el investigador.



CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Menéndez G, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 [citado 2021 May 07]; 38(3): 333-342. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es.
2. Rojas E. Factores de riesgo asociados con el embarazo en adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2018. Tesis pregrado. Universidad Ricardo Palma. Lima Peru [Internet]. 2019. [citado 2021 May 07]. Disponible en:
<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1816/EROJAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Venegas M, Valles B. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2019 [citado 2021 Mayo 07]; 21(83):e109-e119. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300006&lng=es.
4. González R, Martínez A, Martínez A, Martínez O, Mariño E. Riesgos biopsicosociales en gestantes adolescentes: propuesta de evaluación en el nivel primario. MULTIMED Rev Médica Granma [Internet]. 2016 [citado 18 Nov 2017]; 20(1). Disponible en:
<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/141>.
5. Pinzónn Á, Ruiz Á, Aguilera P, Abril P. Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2018 [citado 2021 Mayo 07]; 83(5): 487-499. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000500487&lng=es.
6. Cortés A, Chacón D, Álvarez A, Soto Y. Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar y en la sociedad. Rev Cubana Medicina General Integral [Internet]. 2015 [citado 2021 May 07]; 31(3): 376-383. Disponible en:
<http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/68>



7. Gil F. Embarazo y mortalidad materna en adolescentes en el Perú. Boletín Epidemiológico del Perú [Internet]. 2018 [citado 2021 May 07]; 27 (24): 514-517. Disponible en:
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/24.pdf>.
8. Quintero P. Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga". Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2016 [citado 2021 Mayo 07]; 42(3): 262-273. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000300002&lng=es.
9. Colan L, Barreto M, Ayala F, Leon E, Torres E. Factores asociados al parto distócico en gestantes atendidas en hospital público de Lima. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2018 [citado 2021 May 07]; 7(2):37-40. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/download/116/120/>
10. Bustamante A, Zapata O. Frecuencia e indicación de cesárea en las adolescentes entre 13 y 19 años de edad atendidas en el hospital "Pablo Arturo Suárez" de la ciudad de Quito, en el período enero del 2006 hasta diciembre del 2011. Tesis pregrado. Universidad Central del Ecuador. Quito Ecuador [Internet]. 2012. [citado 2021 May 07]. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2120/1/T-UCE-0006-54.pdf>
11. Carrasco A, Chomba D. Incidencia del parto distócico en adolescentes y su relación con la hospitalización del neonato, octubre 2019 a marzo 2020 en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Tesis pregrado. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Cajamarca Peru [Internet]. 2020. [citado 2021 May 07]. Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1432>
12. Vera E. Factores asociados a distocia del trabajo de parto, hospital II-2 Tarapoto, 2016 – 2018. Tesis pregrado. Universidad Cesar Vallejo. Trujillo Perú [Internet]. 2019. [citado 2021 May 07]. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40368/Vera_LEE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Caldas A, Aguilar G. Factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro,



- la Merced – 2017. Tesis pregrado. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Cerro de Pasco Peru [Internet]. 2019. [citado 2021 May 07]. Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/908/1/TESIS%20OBST%20CALDAS%20Y%20AGUILAR%20OKREPOSITORIO.pdf>
14. Pinzas H. Complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Vitarte en el año 2015. Tesis pregrado. Universidad Ricardo Palma. Lima Perú [Internet]. 2016. [citado 2021 May 07]. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/722/Pinzas_h.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Vela G. Embarazo en adolescentes y su relación con el tipo de parto en el hospital Santa Gema de Yurimaguas. Julio- Diciembre 2013. Tesis pregrado. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto Perú [Internet]. 2014. [citado 2021 May 07]. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/1328/ITEM%4011458-1045.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Manzano G. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Rev Horiz Med [Internet]. 2011 [citado 2021 May 07]; 11(2):75. Disponible en: https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2011_2/Art3_Vol11_N2.pdf
17. Chambi F. Factores asociados a complicaciones obstetricas y perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de junio a diciembre 2018. Tesis pregrado. Universidad Nacional del Altiplano. Puno Perú [Internet]. 2019. [citado 2021 May 07]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11151/Chambi_Mamani_Franz.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Chayña C. Complicaciones materno perinatales del embarazo en madres adolescentes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano junio - agosto 2017. Tesis pregrado. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Juliaca Peru [Internet]. 2017. [citado 2021 May 07]. Disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/1393/tesis.pdf?sequence=3&isAllowed=y>



19. Mancilla J. Embarazo en adolescentes: Vidas en riesgo. *Perinatol. Reprod. Hum.* [Internet]. 2012 [citado 2021 May 07]; 26(1): 05-07. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000100001&lng=es.
20. López J. Controles prenatales y su asociación con el parto distócico en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo enero - diciembre 2016. Tesis pregrado. Universidad Ricardo Palma. Lima Peru [Internet]. 2018. [citado 2021 May 07]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1170/tesis%20L%C3%93PEZ%20SI%C3%91A%20HECHO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Carvajal H, Chambi G, Vaca S. DESCRIPCIÓN ANATÓMICA DE LA PELVIS OBSTÉTRICA Y EXAMEN PELVIMÉTRICO EN MUJERES EMBARAZADAS. *Arch. Boliv. Med.* [Internet]. 2012 [citado 2021 May 07]; 18(86): 37-52. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05252012000200005&lng=es.
22. Nápoles D, Montes de Oca A, Couto D. Tratamiento activo con oxitocina y rotura artificial tardía de membranas en la distocia de fase latente del trabajo de parto. *MEDISAN* [Internet]. 2014 [citado 2021 May 07]; 18(11): 1550-1559. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100010&lng=es.
23. Romero M, Hernández M, Fasolino A, Hernández M, Maturana D. Complicaciones feto-neonatales del embarazo múltiple. Análisis embriológico. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2015 [citado 2021 May 07]; 75(1): 013-024. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000100003&lng=es.
24. Grillo C, Bautista A, Diosa M. Atención del parto con feto en presentación pelviana: revisión de la semiología, el mecanismo y la atención del parto. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2019 [citado 2021 May 07]; 70(4):253-265. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v70n4/2463-0225-rcog-70-04-00253.pdf>



25. Donoso, B., Oyarzún, E. Anomalías congénitas. Medwave [Internet]. 2012. [citada 2020 Jan 27] 12(9): e5537. Disponible en:
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Puest aDia/Practica/5537>
26. Agudelo V, Parra B, Restrepo S. Factores asociados a la macrosomía fetal. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2019 [citado 2021 May 07]; 53: 100. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100290&lng=en.
27. Martinelli G, García É, Santos E, Gama S. Edad materna avanzada y su asociación con placenta previa y desprendimiento de placenta: un metaanálisis. Canalla. Saúde Pública [Internet]. 2018 [citado 2021 May 07]; 34 (2): e00206116. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000202001&lng=en.
28. Martínez J, Gálvez A. Resultados perinatales tras un prolapso de cordón mantenido. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2014 [citado 2021 May 07]; 60(1): 75-78. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000100013&lng=es.
29. Del Bianco E, Reyna E, Guerra M, Torres D, Mejía J, Aragón J et al. Valor predictivo del índice de líquido amniótico en las complicaciones neonatales. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2012 [citado 2021 May 07]; 72(4): 227-232. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400003&lng=es.
30. Gutiérrez M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2018 [citado 2021 May 07]; 64(3): 405-414. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014&lng=es.



CAPITULO VII: ANEXOS.

ANEXO 1

Ficha de recolección de datos

**FACTORES ASOCIADOS A PARTO DISTÓCICO EN GESTANTES
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTERICIA
DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON DE PUNO EN EL
AÑO 2020**

1. Nombre:

2. N° Historia Clínica:

3. Edad de la adolescente: años

4. Estado civil:

Soltera ()

Casada ()

Conviviente ()

Otro:

5. Procedencia:

Rural ()

Urbana ()

6. Peso: Kg, Talla: m, IMC: Kg/m²

7. Enfermedades asociadas:

Pre eclampsia ()

Eclampsia ()

Diabetes ()

Otra

8. Parto distocico:

Si ()

No ()

9. Presentacion fetal:



Cefálica ()

Podálica ()

Otra.....

10. Malformaciones fetales:

Ninguna ()

Anencefalia ()

Microcefalia ()

Otra:

11. Macosomia fetal:

Si ()

No ()

12. Mielo meningocele:

Si ()

No ()

13. Tipo de pelvis:

Androide ()

Ginecoide ()

Otra:

14. Hipertrofia de cuello:

Si ()

No ()

15. Tumor vaginal:

Si ()

No ()

16. Mielo meningocele:

Si ()

No ()

17. Embarazo múltiple:



Si () cuantos?

No ()

18. Desprendimiento prematuro de placenta:

Si ()

No ()

18. Placenta previa:

Si ()

No ()

19. Inducción del parto:

Si ()

No ()

20. Alteración del cordón:

Si () Cual?

No ()

21. Cantidad de hidramnios:

Oligohidramnios ()

Polihidramnios ()

22. Ruptura prematura de membranas:

Si ()

No ()