



Facultad De Medicina “Hipólito Unánue”

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL TRABAJO DE PARTO
DISFUNCIONAL EN MULTIGESTAS, HOSPITAL SAN JUAN DE
LURIGANCHO, 2018.”**

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en obstetricia

AUTORA:

Juárez Garma Joyce Victoria

ASESOR:

Vargas Lazo, Miryan

JURADO:

Alvitez Morales Juan Daniel

Marcos Quispe Miriam Paola

Huamani Pedroza Marcelina Daniela

LIMA – PERÚ

2019

*Dedico este trabajo a mis queridos padres IRMA y MIGUEL a mis abuelitos
CARLOS, VICTORIA, JULIA Y RÓMULO, por otorgarme cada elemento y
confiar en mis capacidades para poder seguir adelante en esta hermosa carrera.*

Agradezco a los señores catedráticos de la Facultad de Medicina
“Hipólito Unanue”, por sus enseñanzas y sabidurías en
mi proceso formativo.

TÍTULO

Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.

NOMBRE DEL AUTOR

Juárez Garma Joyce Victoria

INDICE

NOMBRE DEL AUTOR	4
INDICE DE TABLAS	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT	10
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1. Descripción y formulación del problema	13
1.1.1. Formulación Del Problema	15
1.2. Antecedentes.....	16
1.2.1. Antecedentes Internacionales.....	16
1.2.2. Antecedentes Nacionales	17
1.3. Objetivos.....	19
1.3.1. Objetivo general	19
1.3.2. Objetivos específicos.....	19
1.4. Justificación.....	19
1.5. Hipótesis	21
1.5.1. Hipótesis Alterna	21
1.5.2. Hipótesis Nula.....	21
II. MARCO TEÓRICO	22
2.1. Bases Teóricas sobre el tema de investigación.....	22
2.1.1. Definición	22
2.1.2. Fases de la actividad Uterina:	22
2.1.3. Prototipos del trabajo de parto disfuncional:	23
2.1.4. Diagnostico	24
2.1.5. Factores de Riesgo	25
III. MÉTODO.....	28
3.1. Tipo de investigación	28
3.2. Ámbito Temporal y espacial.....	28
3.3. Variables.....	28
3.4. Población y Muestra	28
3.4.1. Descripción de la población.....	28
3.4.2. Criterios de inclusión	29
3.4.3. Criterios de exclusión	30
3.5. Instrumento.....	30

3.6.	Procedimientos	30
3.7.	Análisis de Datos	31
IV.	RESULTADOS	32
V.	DISCUSIONES.....	47
VI.	CONCLUSIONES	49
VII.	RECOMENDACIONES	50
IX.	ANEXOS.....	54
9.1.	Anexo N°1: Matriz de consistencia	54
9.2	Anexo N°2: Operacionalización de variables.....	55
9.3.	Anexo N°3: Carta de Permiso de Proyecto de Investigación para la Unidad Funcional de Investigación del Hospital de San Juan de Lurigancho.	58
9.4.	Anexo N°4: Carta de finalidades para desarrollar estudio de investigación al Jefe del departamento de Gineco – Obstetricia y al Jefe del departamento de la unidad de Estadísticas e Informática.....	59
9.5.	Anexo N°5: Juicio de Expertos: Certificado de Validez de Contenido del Instrumento por Dr. Francisco Zegarra Del Rosario.	60
9.6.	Anexo N° 6: Juicio de Expertos: Certificado de Validez de Contenido del Instrumento por Dr. Jorge Basauri Quiroz.....	61
9.7.	Anexo N°7: Juicio de Expertos: Certificado de Validez de Contenido del Instrumento por Mg Obst Bertha Landa. Manrrano.	62
9.8.	Anexo N°8: Juicio de Expertos: Certificado de Validez de Contenido del Instrumento por Obst Ruth Otarola De La Torre.....	63
9.9.	Anexo N° 9: Instrumento: Ficha de recolección de datos.	64
9.10.	AnexoN°10: Aprobación del proyecto de investigación.....	67

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: *Factores de riesgo sociodemográficos asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018.*

Tabla 2: *Factores de riesgo gineco-obstétrico asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018.*

Tabla 3: *Factores de riesgo fetales asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018.*

Tabla 4: *Fases del Trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018.*

Tabla 5: *Test de chi-cuadrado entre los factores de riesgos y las fases de trabajo de parto disfuncional, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018.*

Tabla 6: *Factores de riesgos asociados al trabajo de parto disfuncional, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018.*

RESUMEN

Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018. **OBJETIVO:** Determinar los factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio observacional, transversal, realizado a 107 gestantes a término atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Los datos se recopilaron a través de una ficha de recolección de datos, el cual fue validado por 3 expertos: 2 Obstetras y 1 Médico Gineco-obstetra. Para el análisis de confiabilidad se aplicó la prueba alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de confiabilidad de 0.905. Se aplicaron estadísticas descriptivas como la distribución de frecuencias representadas en tablas univariadas y bivariadas, así como también en barras agrupadas. Para las inferencias estadísticas se aplicaron la prueba de Chi-Cuadrado y el Coeficiente de contingencia con un nivel de confianza del 95%. **RESULTADOS:** El 75,2% tiene entre 25 y 29 años, el 12,8% y 9,8% tiene entre 30 y 34 y 20 y 24 años, respectivamente. Asimismo, el 0,8% tiene entre 15 y 19 años de edad. Así mismo el 61,6% cursa con secundaria completa, el 28,6% cursa con superior no incompleta, el 7,5% superior universidad y 2,3% cursa con primaria completa. El 61,7% son convivientes, el 22,6% son solteras, el 13,5% son casadas y en poco porcentaje con un 2,3% son separadas. El 69,9% no trabajan y el 30,1% si lo hace. El 94% tiene fueron multigestas y solo el 6% fueron gran multigestas, el 56,4% y 22,5% tiene entre 5 y 6 y 3 y 4 atenciones prenatales, respectivamente. Asimismo, el 6,8% tiene entre 1 y 2 ATP. Así mismo en relación al periodo intergenésico el 47,4% tiene entre 1 a 3 años, el 33,1% menores de 1año, el 19,5% mayor a 3 años. El 54,1% presentaron DCP, mientras que el 45,9% no presentaron. El 69,9% no trabajan y el 30,1% si lo hace. En relación a la frecuencia de la dinámica uterina, el 48,1% tuvo de 3-5 contracciones uterinas, 42,9%

y 9,0% presento de 0-2 C.U y más de 6 C.U. El 43,6% presento una intensidad de (+), el 32,3% presento (+++) y en menor porcentaje 9,0% (++)). Como también el 48,1% la contracción duro entre 20-40 segundos, el 38,3% duro menos de 20 segundos, y solo el 13,5% tuvo una duración mayor de 40 segundos. El 57,1% presento solo de 0-2 contracciones uterinas, el 39,1% presento de 3 - 5 CU y solo el 3,8% presento más de 6 contracciones. El 55,6% no presento macrosomía fetal, mientras que el 44,4% si lo presento. El 63,2% no presento oligohidramnios, mientras que el 36,8% si presento el antecedente. Así también el 97,7% no presento malformaciones fetales, mientras que el 2,3% si lo presento. El 54,1% no presento fase latente prolongada y solo 45,9% si lo presento. Así también el 60,2% no presento fase activa prolongada y solo el 39,8% presentaron fase activa prolongada. **CONCLUSIONES:** Los factores de riesgo tienen asociación al trabajo de parto disfuncional, Hospital San Juan de Lurigancho, Diciembre 2018. ($p < 0.05$).

PALABRAS CLAVES: Factores de riesgo, trabajo de parto disfuncional.

ABSTRACT

Risk factors associated with dysfunctional labor in multigesta, Hospital San Juan de

Lurigancho, 2018. **OBJECTIVE:** To determine the risk factors associated with

dysfunctional labor in multigesta, San Juan de Lurigancho Hospital, 2018.

MATERIAL AND METHOD: Observational study, cross-sectional, carried out to 107

term pregnant women attended at the San Juan de Lurigancho Hospital. The data were

collected through a self-administered questionnaire, which was validated by 3 experts: 2

Obstetricians and 1 Obstetrician-Gynecologist. For reliability analysis, Cronbach's alpha

test was applied, obtaining a reliability coefficient of 0.905. Descriptive statistics were

applied, such as the distribution of frequencies represented in univariate and bivariate

tables, as well as grouped bars. For statistical inferences, the Chi-Square test and the

contingency coefficient were applied with a confidence level of 95%. **RESULTS:**

75.2% are between 25 and 29 years old, 12.8% and 9.8% are between 30 and 34 and 20 and 24 years old, respectively. Likewise, 0.8% are between 15 and 19 years old.

Likewise, 61.6% attended full secondary education, 28.6% studied with a non-complete

superior, 7.5% completed university and 2.3% completed primary education. 61.7% are

living together, 22.6% are single, 13.5% are married and in a small percentage with

2.3% are separated. 69.9% do not work and 30.1% do it. The 94% had multigesta and

only 6% were large multigesta, 56.4% and 22.5% have between 5 and 6 and 3 and 4

prenatal care, respectively. Likewise, 6.8% have between 1 and 2 ATP. Also in relation

to the intergenetic period 47.4% have between 1 to 3 years, 33.1% under 1 year, 19.5%

over 3 years. 54.1% presented PCD, while 45.9% did not present. 69.9% do not work

and 30.1% do it. In relation to the frequency of uterine dynamics, 48.1% had 3-5 uterine

contractions, 42.9% and 9.0% presented 0-2 C.U and more than 6 C.U. 43.6% presented

an intensity of (+), 32.3% presented (+++) and a lower percentage of 9.0% (++) . As also

48.1% contraction lasted between 20-40 seconds, 38.3% lasted less than 20 seconds, and only 13.5% lasted more than 40 seconds. 57.1% presented only 0-2 uterine contractions, 39.1% presented 3 - 5 CU and only 3.8% presented more than 6 contractions. 55.6% did not present fetal macrosomia, while 44.4% presented it. 63.2% did not present oligohydramnios, while 36.8% did present the antecedent. Likewise, 97.7% did not present fetal malformations, while 2.3% presented it. 54.1% did not present prolonged latent phase and only 45.9% if I present it. Likewise, 60.2% did not have a prolonged active phase and only 39.8% had prolonged active phase.

CONCLUSIONS: The risk factors are associated with dysfunctional art work, Hospital San Juan de Lurigancho, December 2018. (p <0.05).

KEY WORDS: Risk factors, dysfunctional labor.

I. INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto y hasta el parto mismo son procesos que se dan de maneras naturales para el nacimiento de un bebé; no obstante, aunque sea un suceso fisiológico, frecuentemente surgen problemas obstétricos o distocias, que aumentan la morbimortalidad materna y perinatal; La Organización Mundial de Salud (OMS) ha apreciado que en la actualidad se han presentado 500 000 muertes maternas al año en todo el mundo, observando que el mayor porcentaje acontece en los países en desarrollo como el nuestro, de las cuales el 8% de aquellas defunciones se debe al trabajo de parto obstruido. (Díaz Rojas, 2015)

Por consiguiente, cuando en el proceso del parto no se da con normalidad y esta varía en su velocidad normal, nos estamos refiriendo a la presencia de un trabajo de parto disfuncional. En primer instante esta se puede reconocer por el retraso de la dilatación con respecto al tiempo, consecutivamente, por la falta de descenso de la presentación.

Sucesivamente de debe iniciar con una investigación de manera rápida las posibles razones de dicha demora.

El trabajo de parto prolongado se asocia a factores causales como la disdinamia en un 30% siendo estas contracciones irregulares o descoordinadas de los marcapasos de la contracción y una inversión del triple gradiente descendente prolongando el parto. Asimismo, está la hipodinamia en un 20%, donde disminuye la dinámica uterina, la diabetes mellitus es otro factor que impresiona a un 10% de gestantes, esto causa el aumento de glucosa que esta puede llevar a una macrosomía fetal y disminución de receptores oxitócicos. (Pimentel Cocalon y Ramírez Quispe, 2017)

En la actualidad una de cada diez mujeres tiene complicaciones durante el proceso del trabajo de parto. Teniendo en cuenta que dichas complicaciones pueden significar un riesgo tanto para el bebé como para la madre.

1.1. Descripción y formulación del problema

En la actualidad el trabajo de parto disfuncional es una importante causa de problemas de mortalidad y morbilidad materna y perinatal.

Así también el trabajo de parto disfuncional se trata de un verdadero problema mundial. En los países de ingresos bajos, una media del 12% presenta esta complicación, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Dentro de un mismo país, las familias más pobres corren un mayor riesgo de un trabajo de parto disfuncional.

Como estos países donde se presenta:

- India: 3 519 100
- China: 1 172 300
- Nigeria: 773 600
- Pakistán: 748 100
- Indonesia: 675 700
- Estados Unidos de América: 517 400
- Bangladesh: 424 100
- Filipinas: 348 900
- República Democrática del Congo: 341 400
- Brasil: 279 300 (OMS 2017)

La organización mundial de la salud (OMS), en su libro titulado Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto en el año 2015, definió que el trabajo de parto alterado o trabajo de parto lento (o distócico) se caracteriza por un trabajo de parto que avanza con una lentitud anormal a causa de contracciones uterinas ineficientes, presentación o posición fetal anormal, pelvis ósea inadecuada o anomalías de las partes blandas pélvicas de la madre. Es más frecuente en las mujeres nulíparas y se acompaña de una considerable morbilidad materna y perinatal como resultado de infecciones, ruptura uterina y partos operativos. (OMS, 2015)

En América Latina, entre el 15% y el 32% de todos los partos por cesárea se atribuyen a una distocia en el T.P. (Álvarez y Huamán, 2016)

Cuningham et al. refiere que hay varias anomalías del T.P. que interfieren con el avance ordenado del parto espontáneo. Por lo general, a éstas se les llama distocias. El término distocia significa de forma literal trabajo de parto difícil y se caracteriza por un avance lento anormal del trabajo de parto. Se origina de cuatro alteraciones aisladas o combinadas. En primer lugar, algunas veces las fuerzas de expulsión son anormales. Por ejemplo, las contracciones uterinas pueden carecer de suficiente intensidad o coordinación como para borrar y dilatar el cuello uterino (disfunción uterina); o bien los esfuerzos de los músculos voluntarios maternos se encuentran alterados durante la segunda fase del trabajo de parto. En segundo lugar, puede haber anomalías fetales de la presentación, la posición o el desarrollo que disminuyen la velocidad del trabajo de parto. También las anomalías de la pelvis ósea materna crean una pelvis estrecha. Por último, se pueden formar alteraciones de los tejidos blandos del aparato reproductor que obstaculizan el descenso fetal. De manera más sencilla, estas anomalías se pueden clasificar desde el punto de vista mecánico en tres categorías que comprenden

anomalías de la fuerza (contractilidad uterina y esfuerzo expulsivo materno); del producto (feto) y del conducto (pelvis). (Cunnigham et al., 2015)

El 86,6% de los últimos nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta (2010) recibieron seis y más visitas de atención prenatal. Este porcentaje fue mayor a lo encontrado en el año 2009 (80,8%). La cobertura de visitas en el área urbana alcanzó el 89,1% y en el área rural (80,3%). Es importante que la primera visita de atención prenatal se realice tempranamente, para detectar situaciones que podrían llevar a mayor riesgo durante periodos posteriores del embarazo y en el parto. El 77,3% de las mujeres tuvieron su primera atención antes de cumplir cuatro meses de embarazo. Los porcentajes difieren si se trata de mujeres que residían en el área urbana (80,2%) o rural (70,1%). (INEI, 2014)

Delimitación del problema

Delimitación espacial

La investigación se realizó en el H.S.J.L., nosocomio que se encuentra ubicado en el departamento de Lima, distrito de S.J.L.

Delimitación temporal

Mi estudio está comprendido durante el periodo del año 2018.

1.1.1. Formulación Del Problema

1.1.1.1. Problema principal

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018?

1.1.1.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográfico asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018?

- ¿Cuáles son los factores de riesgo Gineco obstétricos asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo fetales asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Internacionales

Jaramillo, D, R., & Jaramillo, D, A. en su trabajo de parto distócico y factores relacionados en pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia del hospital “Vicente Corral Moscoso, encontró que la prevalencia del P.D. fue de 21,0% (593 casos). Los siguientes factores se asociaron de manera significativa a la distocia: Embarazo adolescente (OR=1,25; IC95%: 1,01-1,55; p=0,032); edad mayor a 35 años (OR=2,83; 2,01 - 3,97; p < 0,001); gran multíparas (OR=4,10; IC95%: 2,01-8,34; p < 0,001). La procedencia, embarazo pre-término, posttérmino, peso al nacer y diabetes gestacional no se asociaron a la distocia. Llegando a la conclusión que la prevalencia de distocia es elevada, se encuentra asociada a factores maternos y fetales, que deben ser incluidos en las estrategias de manejo y prevención de la distocia, para reducir su prevalencia.

Gaona Díaz, Laura., Peña Sánchez, Katherine., Quevedo López, Laura y Ulloa Hernández, Ana., en su investigación realizado el hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, Bogotá 2017, Identifico la incidencia de distocias en dos hospitales seleccionados durante el año 2015. Llego a la conclusión que la incidencia general de distocia fue de 15.2% (IC: 11-19%). En la USS Victoria y el HMGYS, entre Enero y Diciembre de 2015, fue de 17% (IC 95%: 11,96 – 23,28%) y de 13% (IC 95%: 9,28 – 19,04%), respectivamente. En cuanto a los tipos de distocias, la de

mayor presentación fue la DC en un 55% seguida de la DP en un 24%. A su vez, se determinaron los principales factores de riesgo asociados a esta condición que incluyen la edad materna, primigesta, patologías asociadas a la gestación principalmente la obesidad, sexo del neonato y posición fetal. Se espera que este trabajo sea precursor de futuras investigaciones. Finalmente, es necesario resaltar la importancia de un seguimiento estricto del trabajo de parto, en las IPS que ofrezcan el servicio de ginecología y obstetricia.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Díaz Rojas, Celedonia., investigo en el hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz en el año 2015 sobre los “factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto en gestantes que acuden a la atención del parto en el Hospital “Víctor Ramos Guardia” de Huaraz, 2011”. En la cual demostró que existen factores de riesgo asociados: preconcepcionales (talla < 1.45 cm, peso < 45kg, IMC inadecuado, periodo intergenésico inadecuado), anteparto (EG pretermo, anemia, resultado ecográfico anormal, oligohidramnios y RCIU), intraparto (estimulación/accentuación, preeclampsia severa y relacionados con el producto: BPN y/o macrosómico y peso pequeño y/o grande para la EG).

Puri Gonzales, Jaime, en su estudio sobre Casuística de complicaciones del parto que terminaron en cesárea. hospital regional Hermilio Valdizán Medrano –periodo – 2015 – Huánuco. Los resultados obtenidos fueron: que en el HRHVM durante el año 2015 ocurrieron 2291 partos, de los cuales 1216 correspondieron a los partos eutócicos (vaginales) con el 53%, y 1075 partos distócicos (cesárea) con el 47%, lo que expresa que existe un porcentaje significativo de cesáreas como consecuencia de complicaciones que se presentan. La edad materna que más prevaleció en la casuística de complicaciones de parto que terminaron en cesárea fue la edad de entre

20 a 25 años con un porcentaje de 44%, 393 pacientes con el 62% corresponden a la zona urbana, mientras que 240 pacientes con el 38% son de la zona rural, 322 pacientes que representan el 51% tienen el nivel de educación secundaria, el estado civil de las pacientes en estudio el 64% con 411 pacientes es el de convivientes. el 63% son pacientes multigestas con 401, mientras que el 37% de pacientes son primigestas con 232, el mayor porcentaje de 47% presente el espacio intergenesico normal, el 68% de pacientes con 432 ya tienen más de 2 cesáreas, el 85% con 534 pacientes corresponden a las pacientes no adolescentes, el 84% de pacientes en estudio si tuvieron atención prenatal, el 35% de cesareadas por distocia de canal de parto con 11 pacientes fueron por pelvis límite, sufrimiento fetal, con el 50%, las HIE con el 45%, seguida de la placenta previa con el 19%; cesareadas anteriores con el 89% con 282 pacientes seguidas del expulsivo prolongado con el 6% con 19 pacientes.

Tirado Chima, Ligia., en su investigación titulado Gestante añosa como factor asociado a distocia de labor de parto en el Hospital Belén de Trujillo, donde la frecuencia de gestantes añosas en pacientes con distocia funcional de labor de parto fue 23%. La frecuencia de gestantes añosas en pacientes sin distocia funcional de labor de parto fue 9%. El ser gestante añosa es factor asociado a distocia funcional de labor de parto con un odds ratio de 3.15 el cual fue significativo ($p < 0.05$). El promedio de edad materna fue significativamente mayor en las pacientes con distocia funcional de labor de parto respecto al grupo sin distocia.

López Siña, Jimena., en su trabajo de investigación donde tuvo como Objetivo: Determinar la asociación existente entre número de controles prenatales y parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital Nacional Dos de Mayo del periodo Enero – Diciembre 2016. Donde la asociación existente es

estadísticamente significativa y se traduce en que las gestantes con una cantidad inadecuada de controles prenatales (menor a 6) tienen 12.55 veces más probabilidades de presentar parto distócico. Conclusión: Existe asociación significativa entre el número de controles prenatales insuficientes y parto distócico.

Colan Villegas, Luis., Barreto Munive, Marcela., Ayala Peralta, Felix., Leon Moreto, Elke y Torres Linares, Elke., en su publicación en Lima en el año 2019, Concluyo que la desproporción céfalo pélvica, anomalías de la contracción, distocias de partes blandas e índice de masa corporal; y la macrosomía fetal presentaron una fuerte asociación estadística significativa para parto distócico.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo sociodemográfico asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.
- Identificar los factores de riesgo Gineco obstétricos asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.
- Identificar los factores de riesgo fetales asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.

1.4. Justificación

En América Latina, entre el 15% y el 32% de todos los partos por cesárea se atribuyen a una distocia en el trabajo de parto. Entre las distocias se incluyeron todas

las categorías del llamado parto disfuncional. La cesárea aumenta los costos de salud: un artículo realizado por el CLAP “Epidemias de cesáreas”, señala que América Latina gasta 425 millones de dólares cada año como causa de un exceso de 60,000 cesáreas innecesarias, en comparación con países desarrollados. Datos actuales señalan que existe relación directa de 56 a 78%, entre el riesgo de morbilidad y mortalidad maternas y perinatal con la cesárea. Diferentes estudios han señalado que los niños nacidos por cesáreas presentan un riesgo mayor de presentar dificultad respiratoria (2 a 3 veces) que los nacidos por vía vaginal. (Coba Correa, 2018)

Así mismo uno de los problemas más relevantes son los partos pre términos, por ello el Hospital San Juan de Lurigancho es el único centro hospitalario del distrito, donde se atienden una importante cantidad de partos, es por ello del estudio, porque dará a conocer los factores de riesgo en multigestas que se asocian al trabajo de parto disfuncional, las cuales nos permitirán brindar una mejor atención institucional de conocerse los factores de este problema preocupante en esta jurisdicción y para que de esta es manera disminuya los factores asociados, contribuyendo al desarrollo regional y nacional, finalmente brindando un aporte en el campo del conocimiento para futuras investigaciones.

Importancia

El Presente estudio tiene como finalidad identificar los factores de riesgo en multigestas asociados al T.P.D. en el H.S.J.L., mi investigación es necesaria ya que dará aporte teórico y científico en beneficio al personal de salud, los resultados encontrados en la investigación acerca de los factores de riesgo que predisponen a esta complicación, así como permitir desarrollar actividades preventivas y de orientación a la gestante que accede a los servicios de salud durante la etapa prenatal, el embarazo y el parto, contribuyendo a mejorar el desarrollo regional y nacional porque dará a

conocer los factores de riesgos en multigestas. Siendo de esta manera la investigación un aporte en el campo del conocimiento.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis Alterna

H1: Los factores de riesgo sociodemográficos, gineco obstétricos y fetales se asocian al trabajo de parto disfuncional en multigestas. Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.

1.5.2. Hipótesis Nula

H0: Los factores de riesgo sociodemográficos, gineco obstétricos y fetales no se asocian al trabajo de parto disfuncional en multigestas. Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. Definición

El T.P. se define como el proceso fisiológico en el cual el feto es expulsado del útero hacia el mundo extrauterino mediado por dos vías, una en la que el sistema inmune es el responsable de una serie de cascadas moleculares, y por otra parte una vía influenciada por hormonas tales como el estrógeno y la progesterona que tienen como fin crear una serie de mecanismos que favorezcan la actividad uterina, maduración cervical y la ruptura de las membranas fetales. (Goana, Peña, Quevedo y Ulloa, 2017)

2.1.2. Fases de la actividad Uterina:

En cuanto a la Act. Ute. se presentan 4 fases las cuales se dividen en: fase 0 o de reposo la cual inicia con la misma gestación debido a la inhibición de hormonas como progesterona, prostaciclina, relaxina, óxido nítrico, hormona paratiroidea, lactógeno placentario, calcitonina, adrenomodulina y péptido intestinal vasoactivo lo cual da características de poca actividad contráctil, escasa sensibilidad a la oxitocina y gran resistencia del cérvix a su dilatación.

Fase I o de activación que ocurre en las últimas 3-4 semanas comienza a activarse mediante el aumento de la síntesis de prostaglandinas uterinas, un aumento de las uniones gap miometriales y activación de los receptores de oxitocina; dichos fenómenos preparan el desencadenamiento del parto.

Fase II o de estimulación se describe como el propio parto, caracterizado por una actividad contráctil uterina coordinada y eficaz mediado por la unidad fetoplacentaria a través de reguladores endocrinos, paracrinos y autocrinos, que

determina la dilatación cervical y la expulsión fetal y placentaria. Dicha activación se relaciona con estrógenos y se caracteriza por el aumento de receptores para prostaglandinas y oxitocina. Durante esta fase se distinguen tres periodos, dilatación, expulsión y alumbramiento. El primero se caracteriza por una serie de modificaciones que tiene lugar en el polo inferior del útero y generan que el cérvix se vaya dilatando, y la vez se va distendiendo la vagina, formándose así el canal vagino-cérvico segmentario. El segundo comprende el tiempo que transcurre desde la dilatación completa gracias a que las contracciones son más energéticas y de esta forma el feto progresa y distiende el periné produciendo su salida al exterior. El tercero se entiende desde la salida del feto hasta la expulsión completa de la placenta y las membranas.

Fase III o de involución, en la cual se produce la recuperación completa del aparato genital a su estado pregestacional conocido con el nombre de puerperio; esto ocurre en un tiempo de 7 a 10 semanas. Luego del parto comienza la etapa de involución mediada principalmente por la oxitocina. (Goana, Peña, Quevedo y Ulloa, 2017)

2.1.3. Prototipos del trabajo de parto disfuncional:

Se aconseja utilizar los términos descriptivos, correspondientes a 6 trastornos específicos siguientes:

Tabla 1:
Prototipos del T.P.D.

			Nulípara	Múltipara
1.	Fase latente prolongada		Más de 20 h	Más de 14 h
2.	Fase activa prolongada		Menos de 1,2 cm/h	Menos de 1,5 cm/h

3.	Detención		2 h o más	2 h o más
	secundaria			
4.	Fase	de	Más de 3 h	Más de 1 h
	desaceleración			
	prolongada			
5.	Retraso del descenso		Menos de 1 cm/h	Menos de 2 cm/h
6.	Detención	del	1 h o más	1/2 h o más
	descenso			

Fuente: Manual de Diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología, 1997

2.1.4. Diagnostico

Cuando el progreso del parto se desvía de la velocidad esperada, estamos en presencia de un P.D. Al inicio se reconoce por el retardo de la dilatación con respecto a la unidad de tiempo y, posteriormente, por la falta de descenso de la presentación. Inmediatamente, debe iniciarse la búsqueda de las razones de la demora. En primer lugar, es necesario valorar si las relaciones fetopélvicas estrechas son la causa de la disfunción, bien sea por las dimensiones pélvicas o por el tamaño del producto. Deben considerarse también la situación fetal, la presentación, el grado de flexión de la cabeza y la variedad de posición. La disfunción seria del músculo uterino es más frecuente en las nulíparas y puede caracterizarse por contracciones:

1. Con patrón de mala coordinación.
2. Poco frecuentes.
3. De poca intensidad.

La distocia debida a la act. Ut. incoordinada o disminuida es identificada fácilmente y se tratará si el obstetra puede: (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 1997)

- a) Determinar el momento del comienzo del parto.
- b) Reconocer los límites del parto normal.
- c) Descartar una disfunción mecánica.

d) Reconocer y tener en cuenta el estado fetal.

2.1.5. Factores de Riesgo

La literatura divide los factores de riesgo en:

- Fetales
- Obstétricos
- Sociodemográficos (López Prado, 2017)

2.1.5.1. Factores de riesgos Fetales

Dentro de las alteraciones anatómicas del feto por malformaciones congénitas. Presentaciones anómalas del feto, Malformación y S.F. Materno-fetales Dentro de las maternos-fetales se encuentran:

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

- Mortinato: ocurre cuando muere en el útero durante las últimas 20 semanas del embarazo.

- Un aborto espontáneo es la pérdida fetal en la primera mitad del embarazo.

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

-Preeclampsia: es un trastorno HIE, que se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación. (López Prado, 2017)

-Eclampsia: La eclampsia se define como la aparición de convulsiones, coma o ambos cuadros, sin relaciones con otros trastornos cerebrales durante el embarazo o el puerperio en mujeres con signos y síntomas de preeclampsia, por lo que la paciente puede tener además trastornos funcionales en múltiples órganos y sistemas como cardiovascular, renal, hepático, hema-tológico, desequilibrio hidromineral y alteraciones del sistema nervioso central. (Cunnigham et al., 2015)

2.1.5.2. Factores de riesgos Obstétricos

Los factores obstétricos suelen ser la:

D.C.P.: Se produce cuando la cabeza o el cuerpo de un bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis de la madre. (Cunnigham et al., 2015)

D.P.P.: Es la separación parcial o total de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto. (Cunnigham et al., 2015)

Paridad: La paridad es el número de partos que ha tenido la mujer, además es un factor que mide riesgo obstétrico y eventuales resultados adversos en el recién nacido. De igual manera, la multiparidad también ha sido asociada a resultados adversos explicados principalmente por complicaciones obstétricas o patologías maternas. (Williams, 2015)

Gestación: La gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. (Cunnigham et al., 2015)

Atención prenatal: Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo

y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño. (Schwarcz, 2014)

2.1.5.3. Factores de riesgos Sociodemográficos

Edad: La edad es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo. Cada ser viviente tiene, de manera aproximada, una edad máxima que puede alcanzar. (Cunnigham et al., 2015)

G.I.: Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Se distinguen los siguientes niveles: Primarios y menos. (Cunnigham et al., 2015)

Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas. (Cunnigham et al., 2015)

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Es un diseño de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo.

3.2. Ámbito Temporal y espacial

Este estudio se desarrolló en el H.S.J.L. Lima. Perú, en el año 2019.

3.3. Variables

Variable Independiente

- Factores de riesgo

Variable Dependiente

- Trabajo de parto disfuncional

3.4. Población y Muestra

3.4.1. Descripción de la población

1. Población de estudio: Estará conformada por todos los partos eutócicos atendidos en el H.S.J.L. del 2018. Fueron un total de 2676 partos vía vaginal.

2. Muestra:

Unidad de análisis: Multigestas con trabajo de parto disfuncional.

Tamaño de la muestra: Es PROBABILISTICA, estará conformada por 113 gestantes con trabajo de parto disfuncional, atendidas en el H.S.J.L. del 2018.

A efectos de determinar la muestra de datos, se empleó la siguiente fórmula tomando en cuenta que la información del universo de datos es finita:

Ecuación N° 1

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

n: Muestra

N: Población (2676)

Z α : Constante asociada al nivel de confianza asignado (en el presente caso 1.96 asociado a un nivel de confianza de 95%).

p: Proporción esperada (para el presente caso 0.101)

q: 1-p (0.899)

e: error esperado (5%)

Considerando lo anterior, se obtienen los siguientes resultados:

$$n = \frac{2676 * (1,96)^2 * 0,101 * 0,899}{(0,05)^2 * (2676 - 1) + (1,96)^2 * 0,101 * 0,899}$$

$$n = \frac{935,955}{6,688 + 0,350}$$

$$n = 133$$

Dado lo anterior, se obtiene que la muestra resultante es de 133 gestantes con trabajo de parto disfuncional en el H.S.J.L. en el año 2018.

3.4.2. Criterios de inclusión

- Pacientes multigestas.
- Gestantes a término.
- Gestantes con presentación de vértice.
- Gestante en trabajo de parto.
- Gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho.

3.4.3. Criterios de exclusión

- Gestantes con embarazo pretermino.
- Gestantes con presentación podálico o transverso.
- Historias clínicas incompletas o letra no legible.
- Gestantes no atendidas en el H.S.J.L.

3.5. Instrumento

Se diseñó una **ficha de Recolección de Datos**, de acuerdo a los objetivos del estudio. En la **Ficha de Recolección de Datos**, se elaboró las preguntas según el marco teórico. El instrumento tiene en total 12 preguntas cerradas y abiertas donde se marcan las alternativas que los discentes ameritan que corresponde a su realidad.

Contiene 21 ítems con los siguientes contenidos.

1.- **Factores sociodemográficos** consta de 4 ítems como: Edad, Grado de instrucción, estado civil y ocupación.

3.- **Factores gineco - obstétricos**, consta de 5 ítems como: Paridad, gestación, periodo intergenésico, atención prenatal y dinámica uterina.

4.- **Factores fetales**, consta de 3 ítems como: Macrosomía fetal, Polihidramnios y malformaciones fetales.

3.6. Procedimientos

La información recolectada se digitará en una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 26.0 para Windows y Ms. Excel 2013.

Procedimiento de validación de datos

Los jueces que validaron los instrumentos son los siguientes: el Dr. Jorge L. Basauri Quiroz, Médico G-O, jefe del departamento de gineco-obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho.

Obst. Ruth Otárola de la Torre, Magister en Salud Reproductiva, Obst. asistencial del Hospital San Juan de Lurigancho.

Obst. Bertha Landa Maturrano, Magister en Salud Reproductiva, Obst. asistencial del Hospital San Juan de Lurigancho.

3.7. Análisis de Datos

El registro de datos que están consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos fue procesado utilizando los paquetes estadísticos y presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva: Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas

Estadística Analítica: En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba de Chi cuadrado para las variables cualitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

IV. RESULTADOS

Tabla N° 1

Tabla 1. Factores de riesgo sociodemográficos asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	N°	%
RANGO EDAD		
15-19	1	0,8
20-24	13	9,8
25-29	100	75,2
30-34	17	12,8
40-44	2	1,5
GRADO INSTRUCCIÓN		
Primaria	3	2,3
Secundaria	82	61,6
Superior no universitaria	38	28,6
Superior universitaria	10	7,5
ESTADO CIVIL		
Soltera	30	22,6
Conviviente	82	61,7
Casada	18	13,5
Separada	3	2,3
OCUPACIÓN		
Trabaja	40	30,1
No trabaja	93	69,9
TOTAL	133	100

Los resultados de la Tabla 1 nos muestran los factores sociodemográficos al trabajo de parto disfuncional en multigestas, se puede observar que el 75,2% (100) tenían edades entre 25-29 años, seguido del grupo entre 30-34 años quienes estuvieron representados por un 12,8% (17), el grupo de mujeres entre 20-24 años representan el 9,8% (13), mientras que aquellas que tienen entre 15-19 años y 40-44 años le correspondió 0,8% (1) y 1,5% (2) respectivamente. En cuanto al grado de instrucción, se observó que el 61,6% (82) había culminado secundaria, el 28,6% (38) tuvo un grado superior no

universitario, el 7,5% (10) y el 2,3% (3) representan al grupo con grado de instrucción superior universitaria y primaria respectivamente.

En relación al estado civil, el grupo de mujeres que conviven representan el 61,7% (82), seguido por el grupo de mujeres solteras con el 22,6% (30), las mujeres casadas son el 13,5% (18) y las separadas el 2,3% (3). Asimismo, las mujeres que no trabajan son el 69,9% (93) y las que sí trabajan son el 30,1% (40).

Gráfico N° 1

RANGO DE EDAD

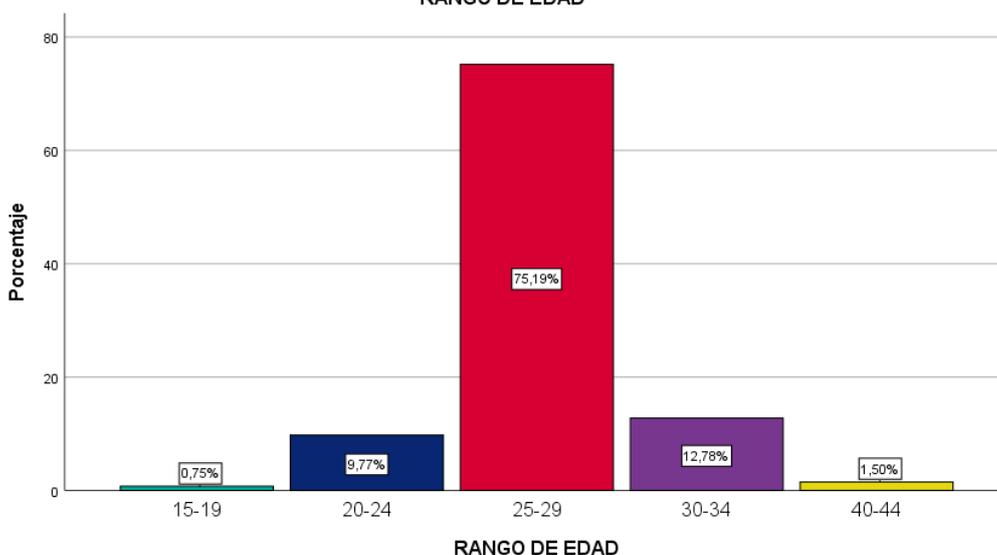


Gráfico N° 1: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según rango de edad, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Gráfico N° 2

GRADO INSTRUCCIÓN

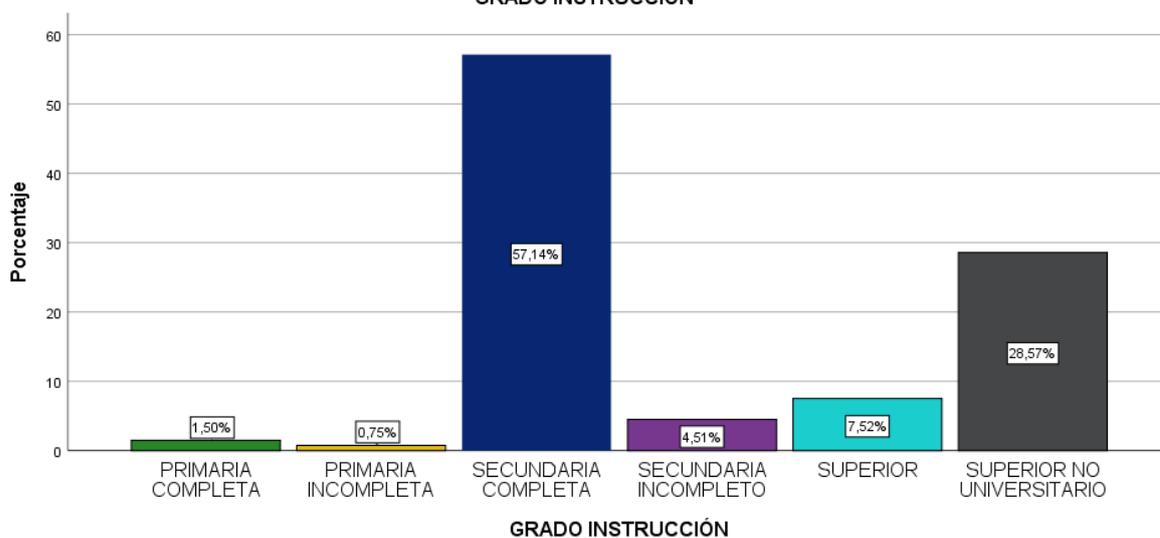


Gráfico N° 2: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según grado de instrucción, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

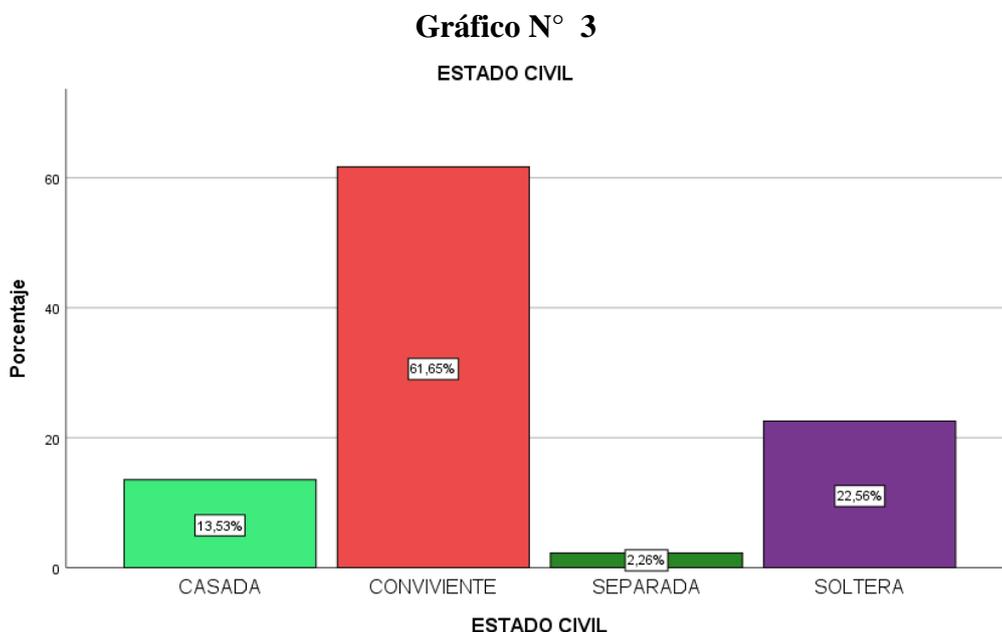


Gráfico N° 3: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según estado civil, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

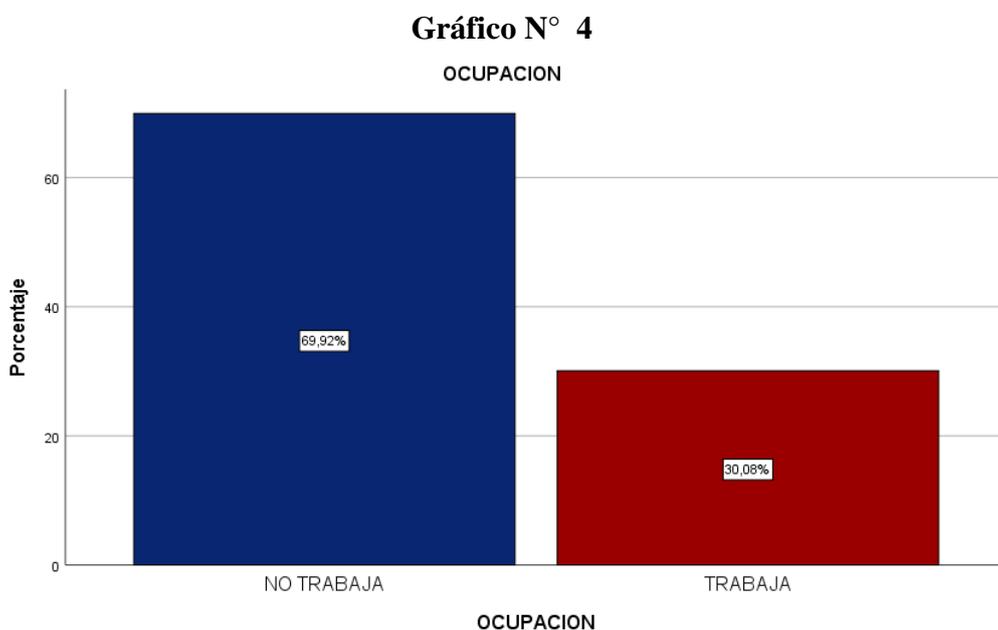


Gráfico N° 4: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según ocupación, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Tabla 2. Factores de riesgo gineco-obstétrico asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018.

FACTORES GINECO-OBSTÉTRICO	N°	%
GESTACIONES		
Multigesta	125	94,0
Gran Multigesta	8	6,0
PARIDAD		
Nulípara	18	13,5
Primípara	42	31,6
Múltipara	66	49,6
Gran múltipara	7	5,3
N° ATENCIONES PRENATALES		
1-2 ATP	9	6,8
3-4 ATP	30	22,5
5-6 ATP	75	56,4
>6 ATP	19	14,3
PERIODO INTERGENÉSICO		
Ausente	44	33,1
< 3 años	63	47,4
> 3 años	26	19,5
DESPROPORCION CÉFALO PÉLVICA		
Presenta	72	54,1
No presenta	61	45,9
DINÁMICA UTERINA (FRECUENCIA)		
0-2 C.U.	57	42,9
3-5 C.U.	64	48,1
6A +	12	9,0
DINÁMICA UTERINA (INTENSIDAD)		
(+)	58	43,6
(++)	32	24,1
(+++)	43	32,3
DINÁMICA UTERINA (DURACIÓN)		
< 20 seg.	51	38,3

FACTORES GINECO-OBSTÉTRICO	N°	%
20 – 40 seg.	64	48,1
> 40 seg.	18	13,5
DESPRENDIMIENTO PREMATURO		
0-2 C.U.	76	57,1
3-5 C.U.	52	39,1
6A +	5	3,8
TOTAL	133	100

Los resultados de la Tabla 3 nos muestran los factores gineco obstétricos al trabajo de parto disfuncional en multigestas. Sobre ello puede verificarse que el 94,0% (125) son multigestas y el 6,0% (8) son gran multigestas. Además, la paridad muestra que el 49,6 (66) son multíparas, el 31,6 (42) son primíparas, el 13,5% (18) son nulíparas y el 5,3% (7) representan a las gran multíparas.

Con relación al número de atenciones prenatales, se observa que el 56,4% (75) tuvieron entre 5 y 6 atenciones, el grupo de mujeres que se atendieron entre 3 y 4 veces representan el 22,5% (30), mientras que aquellas que se atendieron más de 6 veces y aquellas que se atendieron entre 1 y 2 veces le correspondió el 14,3% (19) y 6,8% (9) respectivamente. Sobre el periodo intergenésico debe indicarse que 47,4% (63) fue menor de 3 años, el 33,1% (44) fue ausente y el 19,5% (26) fue mayor de 3 años. De otro lado, respecto de la desproporción céfalo pélvica, el 54,1% (72) si presentaron dicha desproporción, mientras que el 45,9% (61) no la presentaron.

Ahora bien, sobre la frecuencia de la dinámica uterina, se observa que el 48,1% (64) tuvo entre 3 y 5 CU, el 42,9 (57) tuvo entre 0 y 2 CU, y el 9,0% (12) presentó más de 6 CU. En el caso de la intensidad de la dinámica uterina, debe advertirse que el 43,6 (58) alcanzó el (+), el 32,3 (43) alcanzó el (+++) y el 24,1% (32) tuvo de intensidad (++) . Sobre la duración de la dinámica uterina, el 48,1% (64) duró entre 20 y 40 segundos, el 38,3% (51) tuvo como duración menos de 20 segundos y el 13,5% duró más de 40 segundos. Finalmente, respecto del desprendimiento prematuro, el 57,1% (76) tuvo entre 0 y 2 CU, el 39,1% (52) entre 3 y 5 CU y el 3,8% (5) tuvo más de 6 CU.

Gráfico N° 5

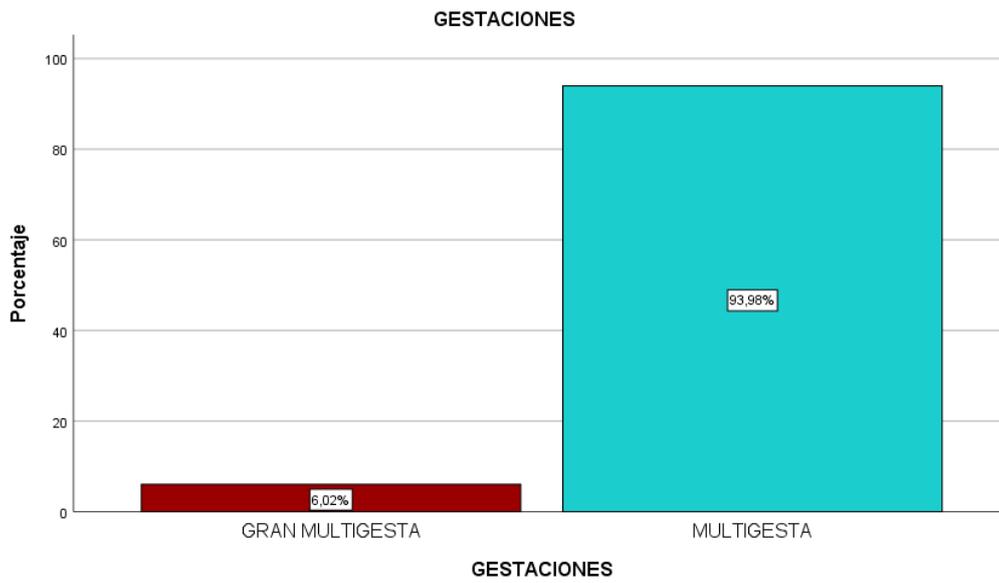


Gráfico N° 5: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según gestaciones, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Gráfico N° 6

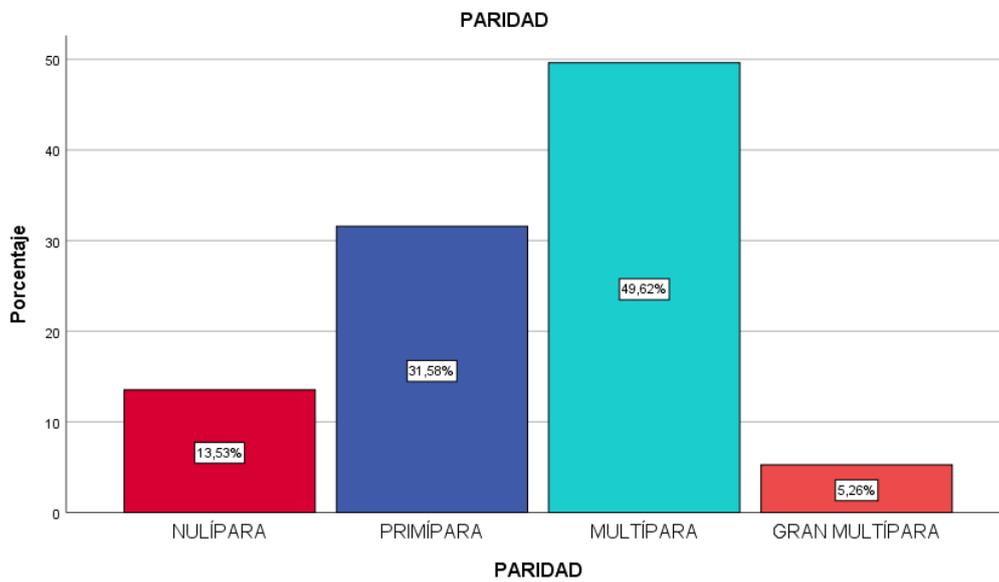


Gráfico N° 6: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según paridad, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Gráfico N° 7

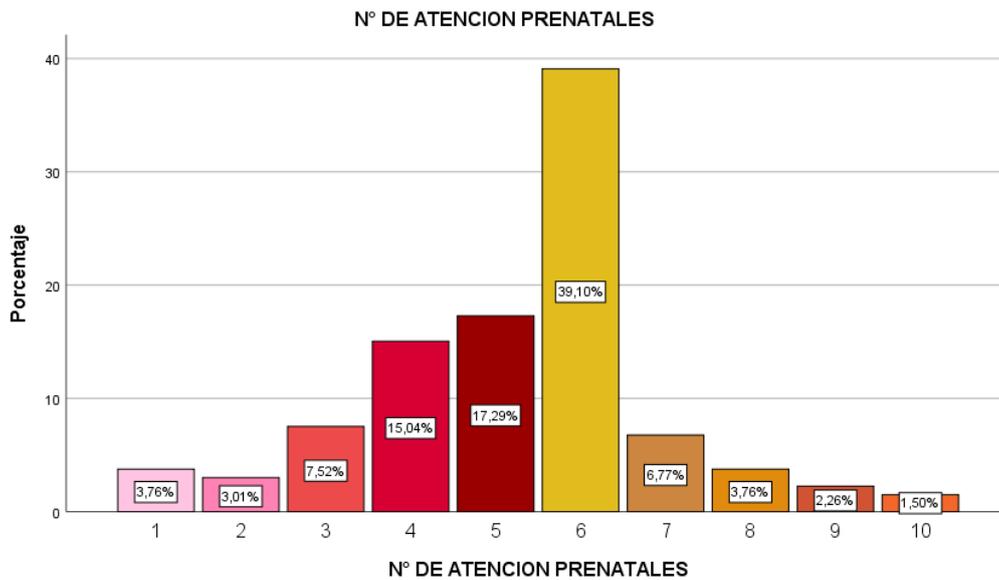


Gráfico N° 7: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según número de atención prenatal, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Gráfico N° 8

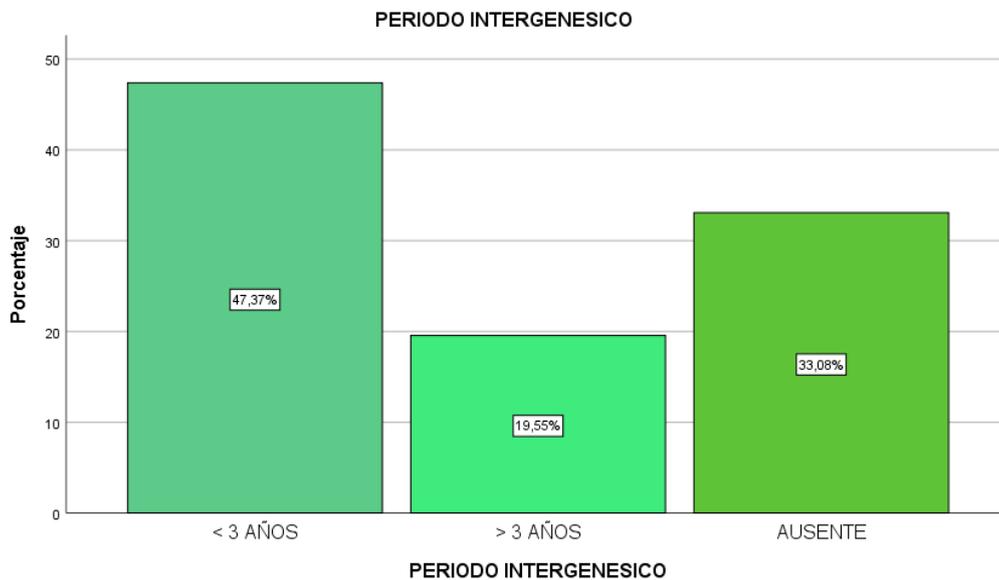


Gráfico N° 8: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según periodo intergenésico, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Gráfico N° 9

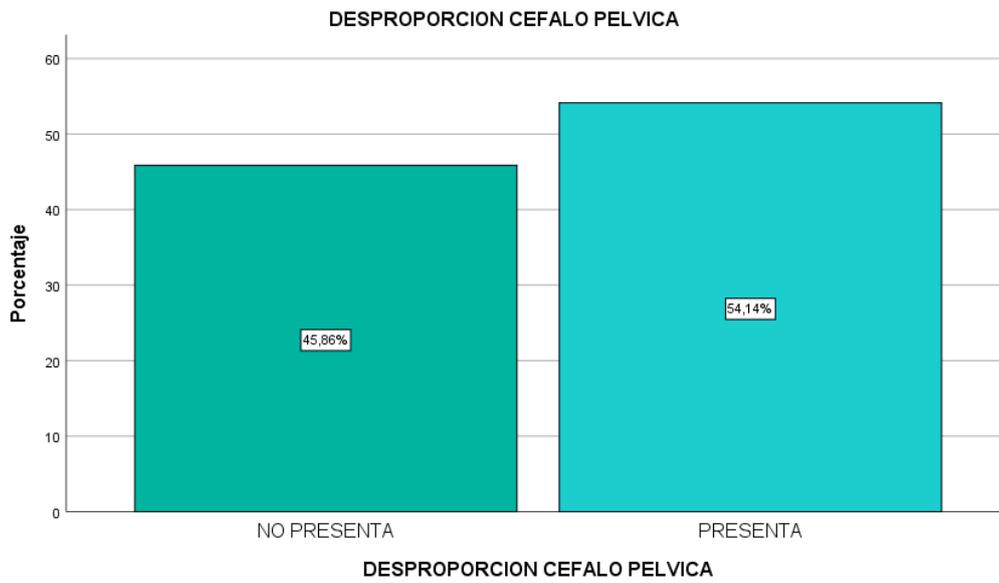


Gráfico N° 9: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según desproporción céfalo pélvica, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Gráfico N° 10

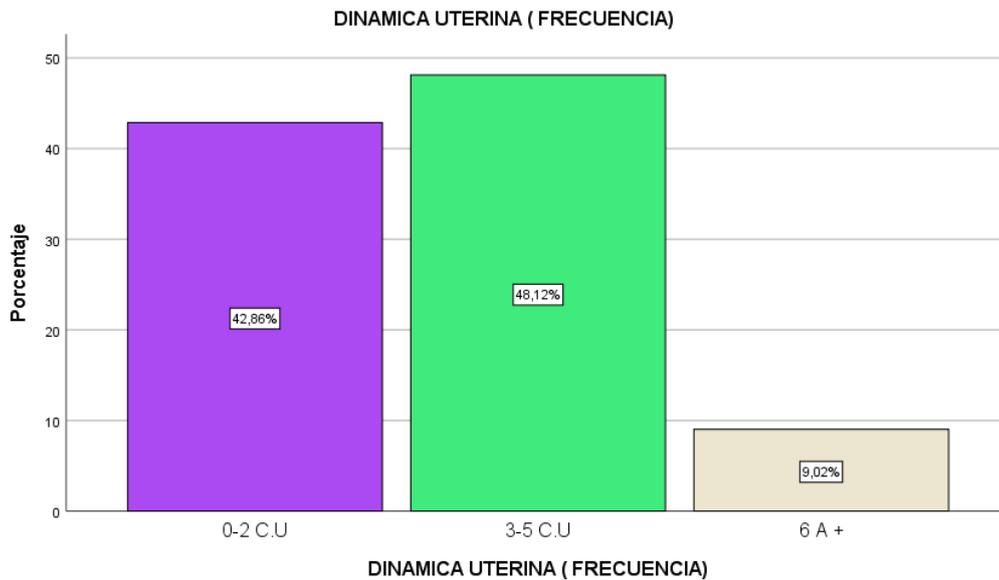


Gráfico N° 10: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según frecuencia de la dinámica uterina, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Gráfico N° 11

DINAMICA UTERINA(INTENSIDAD)

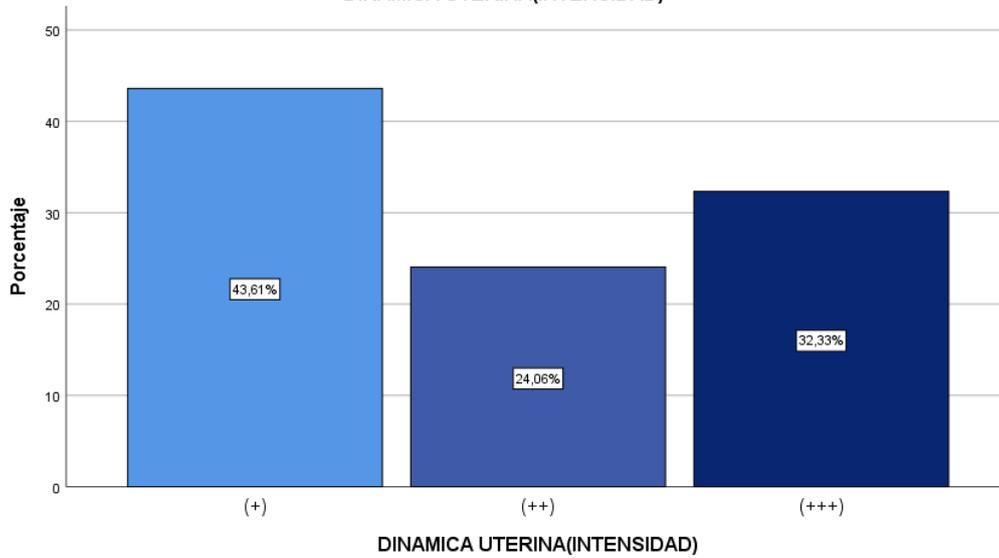


Gráfico N° 11: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según intensidad de la dinámica uterina, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Gráfico N° 12

DINAMICA UTERINA (DURACION)

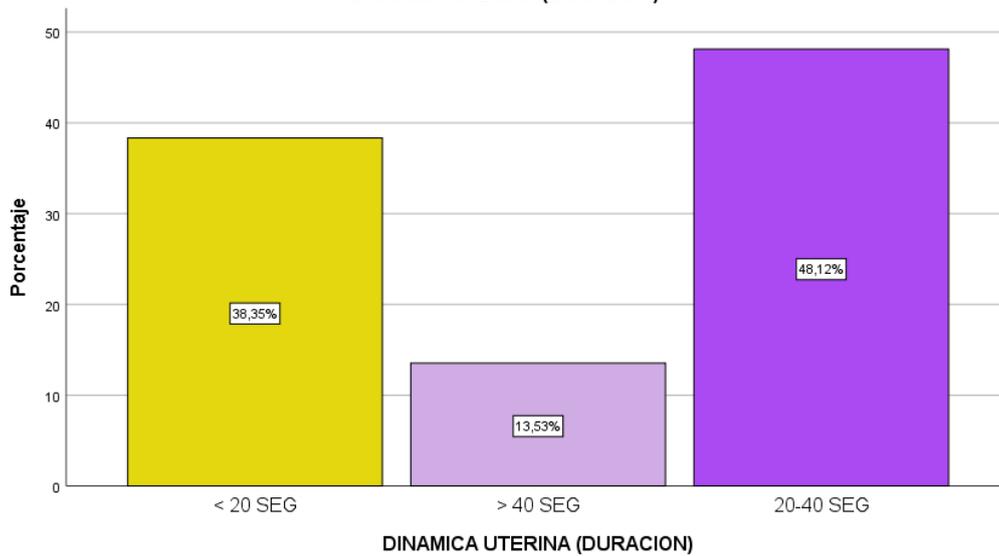


Gráfico N° 12: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según duración de la dinámica uterina, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Gráfico N° 13

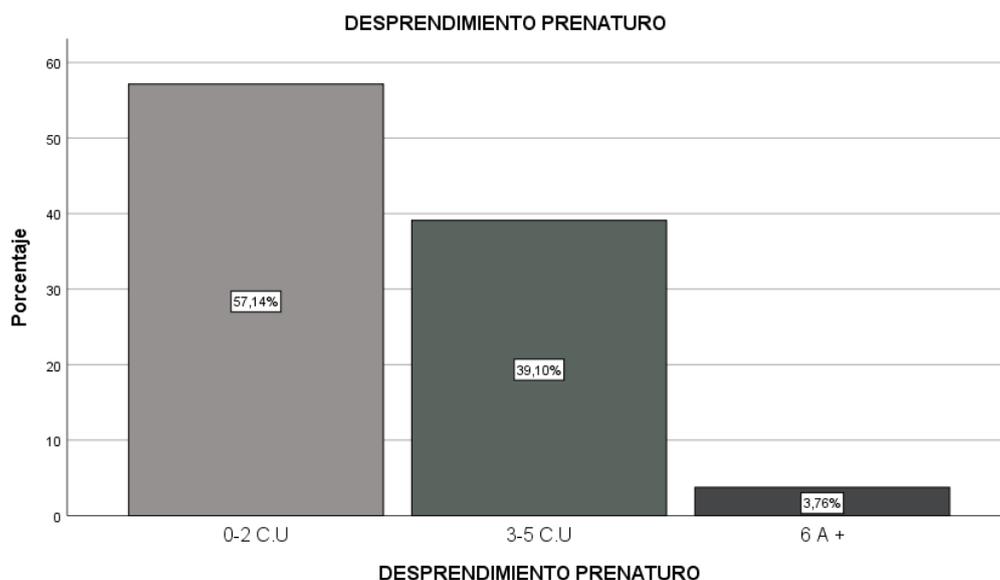


Gráfico N° 13: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según desprendimiento prematuro, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Tabla 3. Factores de riesgo fetales asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018.

FACTORES FETALES	N°	%
MACROSOMIA FETAL		
Presenta	59	44,4
No presenta	74	55,6
OLIGOHIDRAMNIOS		
Presenta	49	36,8
No presenta	84	63,2
MALFORMACIONES FETALES		
Presenta	3	2,3
No presenta	130	97,7
TOTAL	133	100

Los resultados de la Tabla 2 nos muestran los factores fetales al trabajo de parto disfuncional en multigestas. Sobre el particular puede observarse que el 55,6% (74) no presentan macrosomía fetal y el 44,4% (59) sí presenta macrosomía fetal. Con relación al oligohidramnios, el 63,2% (84) no los presentan, pero el 36,8% (49) sí presenta oligohidramnios. Finalmente, sobre las malformaciones fetales, el 97,7% (130) no presenta dichas malformaciones, mientras que el 2,3% (3) sí las presenta.

Gráfico N° 14

MACROSOMIA FETAL

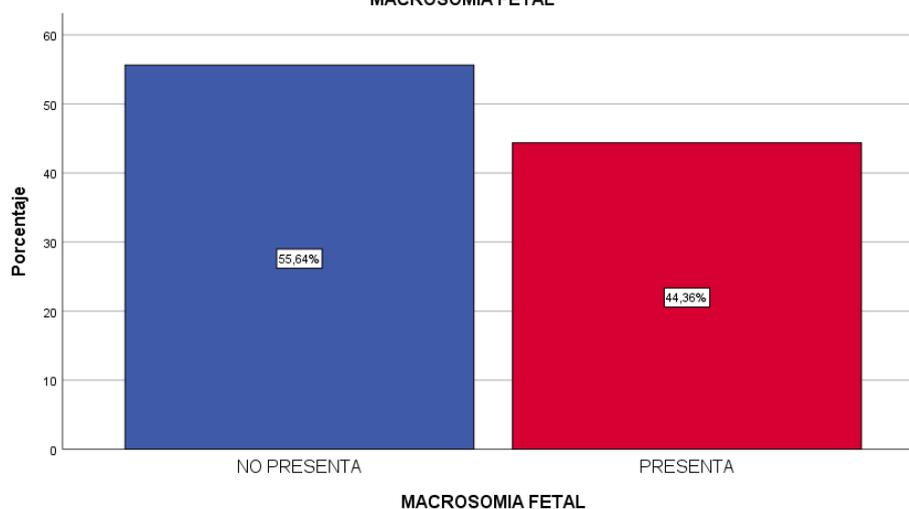


Gráfico N° 14: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según macrosomía fetal, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Gráfico N° 15

OLIGOHIDRAMNIOS

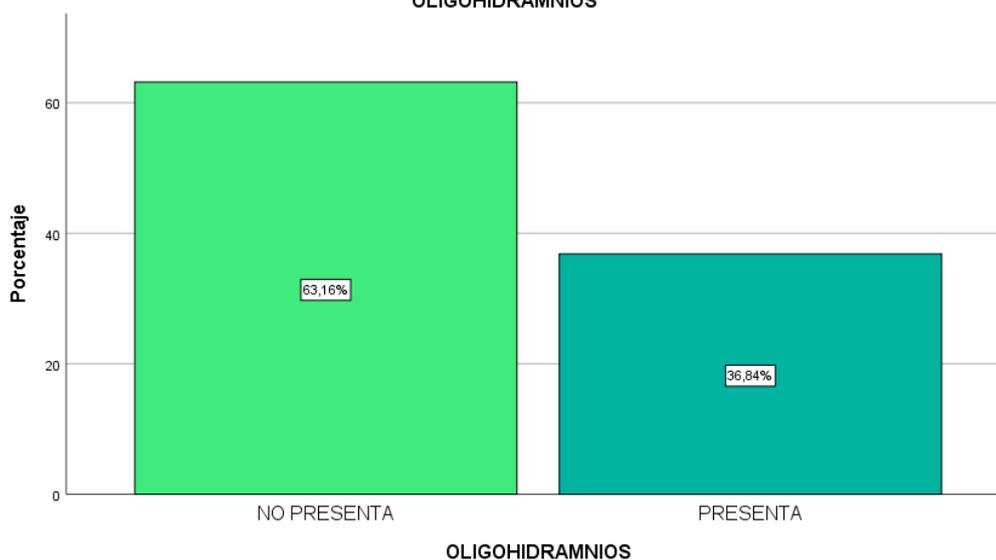


Gráfico N° 15: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según oligohidramnios, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Gráfico N° 16

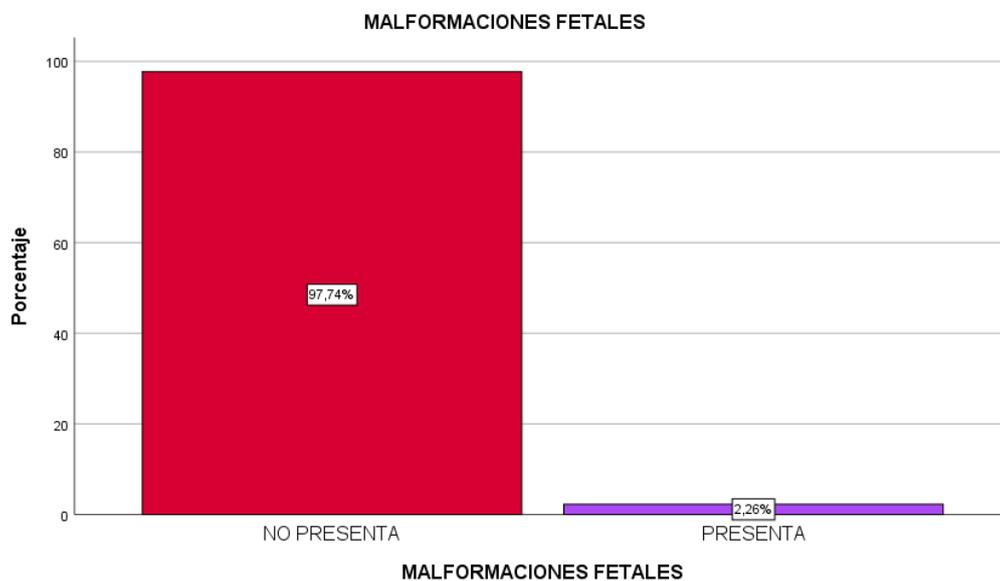


Gráfico N° 16: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según malformaciones fetales, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Tabla 4. Fases del Trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018.

FASES DEL TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL	N°	%
FASE LATENTE PROLONGADA		
Presenta	61	45,9
No presenta	72	54,1
FASE ACTIVA PROLONGADA		
Presenta	53	39,8
No presenta	80	60,2
TOTAL	133	100

Los resultados de la Tabla 4 nos muestran fases del trabajo de parto disfuncional. Sobre el particular puede observarse que el 54,1% (72) no presentan una fase latente prolongada, mientras que el 45,9% (61) sí presenta dicha fase. De otro lado, el 60,2% (80) no presenta fase activa prolongada, pero el 39,8% (53) sí presenta la referida fase.

Gráfico N° 17

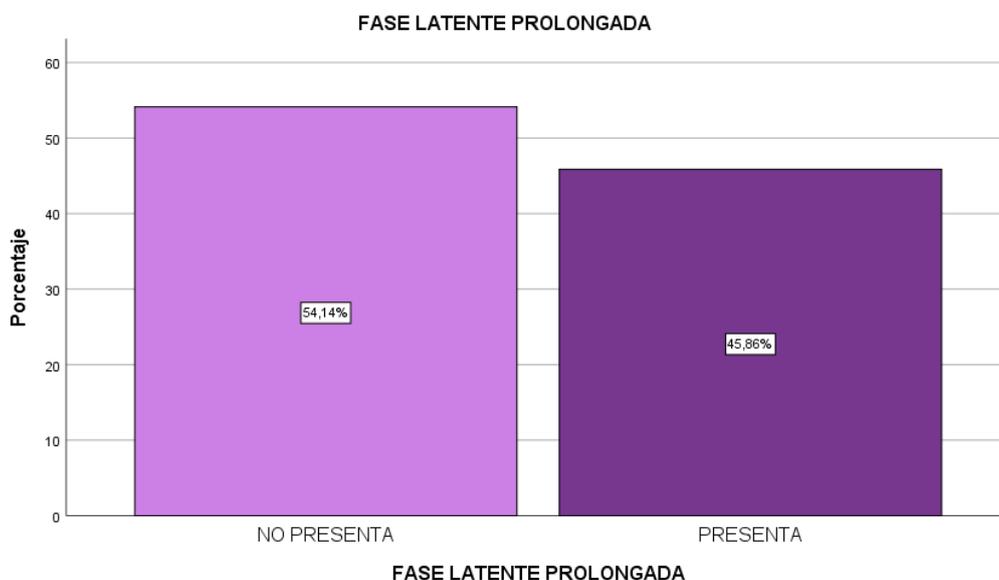


Gráfico N° 17: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según fase latente prolongada del trabajo de parto disfuncional, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Gráfico N° 18

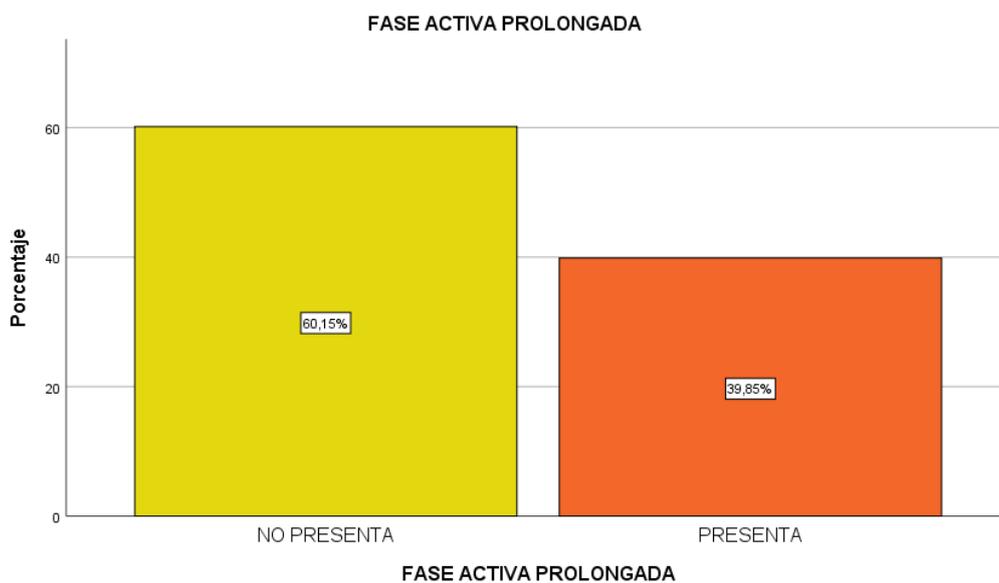


Gráfico N° 18: Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, según fase activa prolongada del trabajo de parto disfuncional, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018. Fuente: Ficha de recolección de datos de las historias clínicas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

Análisis inferencial

Tabla 5. Test de chi-cuadrado entre los factores de riesgos y las fases de trabajo de parto disfuncional, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018.

VARIABLE INDEPENDIENTE	FASE LATENTE PROLONGADA (significación asintótica bilateral)	FASE ACTIVA PROLONGADA (significación asintótica bilateral)
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS		
Rango edad (40%)	0,002	0,003
Grado de instrucción (58,3%)	0,008	0,268
Estado civil (25%)	0,016	0,245
Ocupación (0%)	0,166	0,256
FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS		
Nº Atención prenatales (65%)	0,585	0,306
Gestaciones (50,0%)	0,008	0,022
Paridad (25%)	0,092	0,150
Desprendimiento prematuro (33,3%)	0,001	0,000
Periodo intergenésico (0%)	0,006	0,019
Desproporción céfalo pélvica (0%)	0,490	0,548
Dinámica uterina (frecuencia) (0%)	0,000	0,000
Dinámica uterina (intensidad) (0%)	0,000	0,458
Dinámica uterina (duración) (0%)	0,000	0,789
FACTORES FETALES		
Macrosomía fetal (0%)	0,000	0,007
Oligohidramnios (0%)	0,000	0,002
Malformaciones fetales (50%)	1,000	1,000

Considerando un nivel de significancia de 95%, se verifica que existen variables relacionadas a los factores sociodemográficas, gineco obstétricos y fetales asociadas a la fase latente prolongada y la fase activa prolongada del trabajo de parto disfuncional. Dichas variables se presentan en la Tabla N° 6.

Tabla 6. Factores de riesgos asociados al trabajo de parto disfuncional, Hospital de San Juan de Lurigancho, 2018.

VARIABLE INDEPENDIENTE	FASE LATENTE PROLONGADA (significación asintótica bilateral)	FASE ACTIVA PROLONGADA (significación asintótica bilateral)
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS		
Rango edad (40%)	ASOCIADO	ASOCIADO
Grado de instrucción (58,3%)	ASOCIADO	NO ASOCIADO
Estado civil (25%)	ASOCIADO	NO ASOCIADO
Ocupación (0%)	NO ASOCIADO	NO ASOCIADO
FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS		
N° Atención prenatales (65%)	NO ASOCIADO	NO ASOCIADO
Gestaciones (50,0%)	ASOCIADO	ASOCIADO
Paridad (25%)	NO ASOCIADO	NO ASOCIADO
Desprendimiento prematuro (33,3%)	ASOCIADO	ASOCIADO
Periodo intergenésico (0%)	ASOCIADO	ASOCIADO
Desproporción céfalo pélvica (0%)	NO ASOCIADO	NO ASOCIADO
Dinámica uterina (frecuencia) (0%)	ASOCIADO	ASOCIADO
Dinámica uterina (intensidad) (0%)	ASOCIADO	NO ASOCIADO
Dinámica uterina (duración) (0%)	ASOCIADO	NO ASOCIADO
FACTORES FETALES		
Macrosomía fetal (0%)	ASOCIADO	ASOCIADO
Oligohidramnios (0%)	ASOCIADO	ASOCIADO
Malformaciones fetales (50%)	NO ASOCIADO	NO ASOCIADO

V. DISCUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar los factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018; En la cual se evidencio que ambas variables están relacionadas, lo que coincide con el estudio de **Jaramillo, D, R., & Jaramillo, D, A.** donde la prevalencia de distocia es elevada, se encuentra asociada a factores maternos y fetales, que deben ser incluidos en las estrategias de manejo y prevención de la distocia, para reducir su prevalencia. Así también **Díaz Rojas, Celedonia.**, en su trabajo de investigación se identificaron como factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto, demostró que existen factores de riesgo asociados: preconcepcionales (talla < 1.45 cm, peso < 45kg, IMC inadecuado, periodo intergenésico inadecuado), anteparto (EG pretermo, anemia, resultado ecográfico anormal, oligohidramnios y RCIU), intraparto (estimulación/accentuación, preeclampsia severa y relacionados con el producto: BPN y/o macrosómico y peso pequeño y/o grande para la EG). Por lo mismo **Tirado Chima, Ligia.**, en su investigación titulado Gestante añosa como factor asociado a distocia de labor de parto en el Hospital Belén de Trujillo encontró que la frecuencia de gestantes añosas en pacientes con distocia funcional de labor de parto fue 23%. La frecuencia de gestantes añosas en pacientes sin distocia funcional de labor de parto fue 9%. El ser gestante añosa es factor asociado a distocia funcional de labor de parto con un odds ratio de 3.15 el cual fue significativo ($p < 0.05$). El promedio de edad materna fue significativamente mayor en las pacientes con distocia funcional de labor de parto respecto al grupo sin distocia. Así también coincide con **López Siña, Jimena.**, en su trabajo de investigación donde estudio la asociación existente entre número de controles prenatales y parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia donde las gestantes con una cantidad inadecuada de controles prenatales (menor a 6)

tienen 12.55 veces más probabilidades de presentar parto distócico. También coincide con el estudio de **Colan Villegas, Luis., Barreto Munive, Marcela., Ayala Peralta, Felix., Leon Moreto, Elke y Torres Linares, Elke.**, encontró que los factores maternos, asociados al parto distócico fueron: desproporción céfalo pélvico, anomalías de la contracción, distocias de partes blandas, índice de masa corporal; y como factor fetal fue macrosomía, llegando a la conclusión que la desproporción céfalo pélvica, anomalías de la contracción, distocias de partes blandas e índice de masa corporal; y la macrosomía fetal presentaron una fuerte asociación estadística significativa para parto distócico.

VI. CONCLUSIONES

- En el Hospital San Juan de Lurigancho el factor que se asocia con mayor frecuencia al trabajo de parto disfuncional durante el 2018 fueron los factores gineco-obstétricos.
- Observamos que multigestas con controles prenatales 5-6 dio un resultado de 56.4% y podemos afirmar que influye al final de la gestación causando un parto disfuncional.
- El 94,0% (125) son multigestas y el 6,0% (8) son gran multigestas. La frecuencia de la dinámica uterina, se observó que el 48,1% (64) tuvo entre 3 y 5 CU, el 42,9 (57) tuvo entre 0 y 2 CU, y el 9,0% (12) presentó más de 6 CU. En el caso de la intensidad de la dinámica uterina, debe advertirse que el 43,6 (58) alcanzó el (+), el 32,3 (43) alcanzó el (+++) y el 24,1% (32) tuvo de intensidad (++) .
- El 44.4% de multigestas presentó macrosomia fetal, 36.8% presentó oligodramnios y una cantidad mínima de 2.3% presentó malformaciones fetales, eso indica que influye un 40% en general los factores fetales en un trabajo de parto disfuncional.

VII. RECOMENDACIONES

- Es importante iniciar de manera precoz y oportuna la atención prenatal, porque se puede detectar a tiempo las futuras complicaciones, disminuyendo de esta manera la morbimortalidad materno neonatal.
- Realizar un adecuado monitoreo materno fetal, sobre todo graficar de una manera correcta el partograma, puesto que de esta manera se podrá observar si se presenta un trabajo disfuncional.
- Contar con monitores para poder detectar alteraciones en relación a las características de las contracciones uterinas, las cuales se asocian al trabajo de parto disfuncional.
- Realizar un adecuado llenado de datos en las historias clínicas para que los profesionales de salud puedan tener una información completa.
- Motivar a que se realicen más investigaciones sobre el tema de estudio.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Álvarez, C., y Huamán, G. (2016). *Principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao durante el periodo Julio del 2014 – Julio del 2015*. (Tesis de Medicina). Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. Recuperado de http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/475/%C3%81lvarez_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Colan, L., Barreto, M., Ayala, F., Leon, E., y Torres, F. (2019). Factores asociados al parto distócico en gestantes atendidas en hospital público de Lima. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 7(2), 37-40. Recuperado de <https://doi.org/10.33421/inmp.2018116>.
- Cuningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., Hoffman, B., et al. (2015). *Williams Obstetricia*. 24ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
- Díaz, C. (2015). *Factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2011*. (Tesis de Maestría). Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4147/D%C3%ADaz_rc.pdf?sequence=1.
- Gaona, L., Peña, K., Quevedo, L y Ulloa, A. (2017). *Incidencia de distocias en la unidad de servicios de salud Victoria Subred Centro Oriente de Bogotá D.C y el Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha (Cundinamarca) en el año 2015*. (Tesis). Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A., Bogotá Colombia. Recuperado de <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/775/1/TRABAJO%20FINAL%20DE%20GRADO%20DISTOCIAS%20PDF.pdf>

Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf.

Jaramillo, D., y Jaramillo, D, A. (2017). *Parto distócico y factores relacionados en pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia del hospital “Vicente Corral Moscoso”, Enero del 2015 - junio del 2016, Cuenca-Ecuador*. (Tesis de Medicina). Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, cuenca, Ecuador. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/81603903.pdf>.

López, J. (2018). *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 de Medicina). Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. Recuperado de <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1170/tesis%20L%C3%93PEZ%20SI%C3%91A%20HECHO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

López, F. (2017). *Prevalencia y factores de riesgo asociados a distocias, en pacientes atendidas hospital Aida León de Rodríguez Lara, desde noviembre del 2016 a mayo del 2017. Giron*. (Tesis de Medicina). Facultad de Medicina, Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/reducacue/7517/1/9BT2017-MTI52.pdf>.

- Ministerio de Salud Pública. (1997). *Manual de Diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Parte 5*. Cuba: Ministerio de Salud Pública. Recuperado de <http://www.sld.cu/libros/libros/libro0/parte5.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf.
- Puri, J. (2016). *Casuística de complicaciones del parto que terminaron en cesárea. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – periodo – 2015 – Huánuco*. (Tesis de Licenciatura). Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Huánuco, Huánuco, Perú. Recuperado de <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/164/PURI%20GONZALE%20S%20JAIME.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Tirado, L. (2017). *Gestante añosa como factor asociado a distocia de labor de parto en el Hospital Belén de Trujillo*. (Tesis de Medicina). Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú. Recuperado de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2696/1/RE_MED.HUMA_LIGIA.TIRADO_GESTANTE.A%C3%91OSA_DATOS.PDF.
- Villasís, M., y Miranda, M. (2016). El protocolo de investigación II: los diseños de estudio para investigación clínica. *Rev. Alerg. Méx.*, 63(1), 80-90.

IX. ANEXOS

ANEXO N°1

9.1. Anexo N°1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN				METODOLOGÍA
			VARIABLES	SUBVARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital San Juan de Lurigancho, ¿2018?</p> <p>PROBLEMA ESPECÍFICO</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográfico asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital San Juan de Lurigancho, ¿2018?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo Gineco obstétricos asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital San Juan de Lurigancho, ¿2018?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo fetales asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital San Juan de Lurigancho, ¿2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar son los factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas, Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores de riesgo sociodemográfico asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas. Identificar los factores de riesgo Gineco obstétricos asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas. Identificar los factores de riesgo fetales asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas. 	<p>HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN</p> <p>HIPÓTESIS ALTERNA</p> <p>H1: En qué medida los factores de riesgo se asocian al trabajo de parto disfuncional. Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.</p> <p>HIPÓTESIS NULA</p> <p>H0: En qué medida los factores de riesgo no se asocian al trabajo de parto disfuncional. Hospital San Juan de Lurigancho, 2018.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Factores de riesgo.</p>	<p>Factores de riesgo socio demográficos.</p> <p>Factores gineco-obstétrico</p> <p>Factores fetales</p>	<p>Factores socio demográficos.</p> <p>Factores gineco-obstétrico</p> <p>Factores fetales</p>	<p>Edad Grado de instrucción Estado civil Ocupación</p> <p>Gestaciones Paridad Período intergenésico Atención prenatal DCP Dinámica uterina DPP Preeclampsia</p> <p>Macrosomía fetal Oligohidramnios Malformaciones fetales</p>	<p>1. TIPO: Explicativo, transversal, retrospectivo.</p> <p>2. MÉTODO: Básico, Explicativo, Retrolectiva.</p> <p>3. NIVEL: Descriptivo.</p> <p>4. POBLACIÓN: Fueron 2676 partos a términos.</p> <p>1. MUESTRA PROBABILISTICA. Gestantes con trabajo de parto disfuncional fueron en total 113.</p> <p>2. TÉCNICA: Documentación.</p> <p>3. INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos.</p> <p>4. INSTITUCIÓN: La investigación se llevará a realizar en el Hospital San Juan de Lurigancho en el</p>

ANEXO N°2

9.2 Anexo N°2: Operacionalización de variables

			<p>VARIABLE DEPENDIENTE: Trabajo de parto disfuncional.</p>	<p>Trabajo de parto disfuncional.</p>	<p>Trabajo de parto disfuncional.</p>	<p>Fase latente prolongada.</p> <p>Fase activa prolongada o de dilatación lenta.</p> <p>Detención secundaria de la dilatación.</p> <p>Fase de desaceleración prolongada.</p> <p>Descenso lento.</p> <p>Expulsivo prolongado</p>	<p>periodo enero - diciembre del 2018.</p>
--	--	--	---	---------------------------------------	---------------------------------------	---	--

VARIABLES	SUB VARIABLES	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO	ESCALA	ITEMS	CODIFICACIÓN	INSTRUMENTO	
VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores de riesgo.	Factores socio demográficos.	Factores demográficos.	Características personales como edad, el grado de instrucción y estado civil.	Edad	Cuantitativo	Continúa	1	Según MINSA (Norma técnica P.F. 2017) 15 – 19 años 20 – 24 años 25 – 29 años 30 – 34 años 35 – 39 años 40 – 44 años 45 – 49 años	Ficha de recolección de datos.	
				Grado de instrucción	Cualitativo	Ordinal	1	Analfabeta Primaria incompleta, Primaria completa Secundaria incompleta, Secundaria completa Superior Superior No Univ.		
				Estado civil	Cualitativo	Nominal	1	Soltera Casada Conviviente Viuda Separada		
				Ocupación	Cualitativo	Nominal	1	Trabaja No trabaja		
	Factores gineco-obstétricos	Factores gineco-obstétricos	Factores gineco-obstétricos.	Factores gineco-obstétricos.	Gestaciones	Cuantitativo	Continua	1		Primigesta Multigesta Gran Multigesta
					Paridad	Cuantitativo	Discreta	1		Nulípara Primípara Multípara Gran Multipara
					Atención prenatal	Cuantitativo	Continua	1		1-2 ATP 3-4 ATP 5 – 6 ATP >6 ATP
					Periodo intergenésico	Cuantitativo	Continua	1		Ausente < 3 años >3 años
					Desproporción cefalopélvica	Cualitativo	Continua	1		Presenta No presenta
					Dinámica Uterina	Cuantitativo	Continua	1		Frecuencia: 0-2 Contracciones uterinas

								3-5 Contracciones uterinas 6 a + Intensidad: (+) (++) (+++) Duración: <20 seg. 20-40 seg. >40 seg.	
				Desprendimiento prematuro de placenta.	Cualitativo	Nominal	1	Presenta No presenta	
				Preeclampsia	Cualitativo	Nominal	1	Presenta No presenta	
	Factores Fetales	Factores Fetales	Características fetales.	Macrosomía fetal. Oligohidramnios. Malformaciones fetales.	Cualitativo	Nominal	1	Presenta No presenta	
Variable dependiente: Trabajo de parto disfuncional	Trabajo de parto disfuncional	Trabajo de parto disfuncional.	Fases del trabajo de parto disfuncional.	Fase latente prolongada. Fase activa prolongada o de dilatación lenta. Detención secundaria de la dilatación. Fase de desaceleración prolongada. Descenso lento. Expulsivo prolongado	Cualitativo	Nominal	1	Presenta No presenta	Ficha de recolección de datos.

ANEXO N°3

9.3.Anexo N°3: Carta de Permiso de Proyecto de Investigación para la Unidad Funcional de Investigación del Hospital de San Juan de Lurigancho.



UNIVERSIDAD NACIONAL
FEDERICO VILLARREAL

FACULTAD DE MEDICINA "HIPÓLITO UNANUE"
OFICINA DE GRADOS Y TITULOS
"Año de la Lucha Contra la Corrupción e Impunidad"

El Agustino, 15 de abril del 2019

CARTA N° 020-2019-OGT-FMHU-UNFV.

Doctor
PEDRO PABLO SILVA MARTEL
Director del Hospital SAN JUAN DE LURIGANCHO
Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo y al mismo tiempo hacer de su conocimiento que Don, **JOYCE VICTORIA JUÁREZ GARMA**, alumna de la escuela profesional de obstetricia, ha presentado el proyecto de Investigación titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL EN MULTIGESTAS, HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO. JULIO- DICIEMBRE 2018"

El mencionado proyecto ha sido evaluado y aprobado por el asesor designado. Asimismo, hacemos de su conocimiento que el responsable institucional de este proyecto es el Dra. MIRYAN GLADYS VARGAS LAZO.

Solicitamos a su digna Dirección brinde las facilidades al graduando en mención, a fin de culminar con el desarrollo de la tesis.

Agradeciéndole por el apoyo que brinda a nuestros alumnos, es oportuna para reiterarle mi consideración y estima.

Atentamente,


V° B°
Dr. AUGUSTO AQUILINO DIAZ SANCHEZ
DECANO (I)
FACULTAD DE MEDICINA HIPOLITO UNANUE



Dr. JULIO ALBERTO MANTILLA MARTINEZ
JEFE
OFICINA DE GRADOS Y TITULOS


Dra. MARIA YNES BONZAN RODRIGUEZ
PRESIDENTA
COMITE DE ETICA DE INVESTIGACION

ANEXO N°4

9.4. Anexo N°4: Carta de finalidades para desarrollar estudio de investigación al Jefe del departamento de Gineco – Obstetricia y al Jefe del departamento de la unidad de Estadísticas e Informática.

MEMORANDUM N° 236-2019-UADI-HSJL

A : MC. JORGE LUIS BASAURI QUIROZ
Jefe del departamento de Gineco Obstetricia

MC. HUGO ENRIQUE MARTINEZ RIOS
Jefe del departamento de la Unidad de Estadística e Informática

ASUNTO : FACILIDADES PARA DESAROLLAR ESTUDIO DE INVESTIGACION

FECHA : Canto Grande, 08 de Mayo del 2019

CARGO



Por medio del presente es grato dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente y a la vez hacerle de conocimiento que con la finalidad de desarrollar el Proyecto de Investigación titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL EN MULTIGESTAS, HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2018." Se solicita se brinde las facilidades del caso a la Tesista: JUÁREZ GARMA, JOYCE VICTORIA de la Universidad Nacional Federico Villareal Facultad de Medicina EAP Obstetricia Pre - Grado con la finalidad de Optar el Título de Licenciada en Obstetricia, se aprobó.

- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Agradeciendo su atención al presente quedo de usted no sin antes reiterarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
MC. PORFIRIO F. CHANGA CAMPOS
Jefe (e) de la Unidad de Apoyo
a la Docencia e Investigación



PCH/LBC
CC/Archivo

ANEXO N° 6

9.6. Anexo N° 6: Juicio de Expertos: Certificado de Validez de Contenido del Instrumento por Dr. Jorge Basauri Quiroz.

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
DEL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): DR. JORGE L. BASAURI QUIROZ

Especialidad: GINECO - OBSTETRA

Grado Académico: MAGISTER EN SALUD PÚBLICA
ENTRO LABORAL: HOSPITAL DE SAN JUAN DE LURIGANCHO
 Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

SUGERENCIAS:

.....

MINISTERIO DE SALUD
Directorio de Atención Primaria de Salud - Lima Centro
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
MC. JORGE L. BASAURI QUIROZ
JEFE DEL DPTO. DE GINECO - OBSTETRIA
C.M. 27603 - R.M. 16738

CARGO: JEFE DEL
 DPTO DE GINECO-
 OBSTETRIA EN HSJL.

FIRMA Y COLEGIO DEL JUEZ EXPERTO

Anexo N°7

9.7. Anexo N°7: Juicio de Expertos: Certificado de Validez de Contenido del

Instrumento por Mg Obst Bertha Landa. Manrrano.

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Mg. OBST. BERTHA LANDA MATURRANO

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Titulada: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL EN MULTIGESTAS, HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2018"

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	✓		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
5. Los ítems son claros y entendibles	✓		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

SUGERENCIAS:

- OBSTERIA ASISTENCIAL DEL HOSPITAL SAN J.L
- MAGISTER EN SALUD REPRODUCTIVA

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

BERTHA LANDA MATURRANO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

Anexo N°8

9.8. Anexo N°8: Juicio de Expertos: Certificado de Validez de Contenido del

Instrumento por Obst Ruth Otarola De La Torre.

ESCALA DE CALIFICACIÓN SOBRE EL INSTRUMENTO

DE TESIS DEL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): OBST. RUTH OTAROLA DE LA TORRE

Especialidad: OBSTETRIA

Grado Académico: MAGISTER EN SALUD REPRODUCTIVA

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....
.....

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

RUTH OTAROLA DE LA TORRE
Obstetra Asistencial

SELLO Y FIRMA

Fecha

9.9. Anexo N° 9: Instrumento: Ficha de recolección de datos.



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Facultad de Medicina Hipólito Unánue

INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Factores de riesgo asociados al trabajo de parto disfuncional en multigestas. Hospital San Juan de Lurigancho. Enero - diciembre 2018”.

DATOS PERSONALES:

N° HISTORIA CLÍNICA	
------------------------	--

5. Edad: _____

6. Lugar donde vive actualmente: _____

7. Número de Hijos: _____

1.-DATOS SOBRE LOS FACTORES MATERNOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Factores Demográficos:

Edad	
15 – 19 años	
20 – 24 años	
25 – 29 años	
30 – 34 años	
35 – 39 años	
40 – 44 años	
45 – 49 años	

Grado de instrucción		
Analfabeta		
Primaria	Incompleta	
	Completa	
Secundaria	Incompleta	
	Completa	
Superior		
Superior No Univ.		

Estado civil	
Soltera	
Casada	
Conviviente	
Viuda	
Separada	

Ocupación	
Trabaja	
No trabaja	

2.-DATOS SOBRE LOS FACTORES MATERNOS GINECO-OBSTÉTRICOS:

Gestaciones	
Primigesta	
Multigesta	
Gran Multigesta	

Paridad	
Nulípara	
Primípara	
Múltipara	
Gran Múltipara	

Atención prenatal	
1-2 ATP	
3-4 ATP	
5-6 ATP	
>6 ATP	

Periodo intergenésico	
Ausente	
<3 años	
>3 años	

Desproporción céfalo pélvica	
Presenta	
No presenta	

Desprendimiento prenatal de placenta	
0-2 C.U	
3-5 C.U	
6 a +	

Dinámica uterina Intensidad:	
(+)	
(++)	
(+++)	

Dinámica uterina Duración:	
<20 seg.	
20-40 seg.	
>40 seg.	

Dinámica uterina Frecuencia:	
0-2 C.U	
3-5 C.U	
6 a +	

3.-DATOS SOBRE LOS FACTORES FETALES:

Macrosomía fetal	
Presenta	
No presenta	

Polihidramnios	
Presenta	
No presenta	

Malformaciones fetales	
Presenta	
No presenta	

4.- DATOS SOBRE LAS FASES DEL TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL:

Trabajo de parto disfuncional: Fase latente prolongado.	
Presenta	
No presenta	

Trabajo de parto disfuncional: Fase activa prolongada.	
Presenta	
No presenta	

ANEXO N°10

9.10. Anexo N°10: Aprobación del proyecto de investigación.



UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud
Escuela Académica Profesional de Obstetricia

OBSERVACIONES, RECOMENDACIONES Y/O CONFORMIDAD

Tesis



Lima



Estudiante (a): *Juárez Garma Joyce Victoria*

Título –PT y/o T

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL TRABAJO DE PARTO
DISFUNCIONAL EN MULTIGESTAS, HOSPITAL SAN JUAN DE
LURIGANCHO, 2018.”**

Nombre del Jurado:

Dra. MIRYAN VARGAS LAZO

Observaciones, Recomendaciones y/o Conformidad:

Aspecto Metodológico

Sin observaciones.

Aspecto Temático:

Sin observaciones.

Aspecto Redacción:

Sin observaciones

Pase a la dirección de Grados y títulos para los trámites correspondientes

Miryan Vargas Lazo

Jurado. Firma

12 mayo del 2019