



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRIZ**

TEMA:

**DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN DURANTE EL PARTO Y SU
RELACIÓN CON LA MORBI-MORTALIDAD MATERNO-FETAL EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL MARTÍN
ICAZA, PRIMER SEMESTRE, 2018**

AUTOR:

MARÍA BELÉN ANDRADE MACÍAS

TUTOR:

Dr. CARLOS EMILIO PAZ SÁNCHEZ Msc.

**BABAHOYO-LOS RÍOS-ECUADOR
2018.**



TEMA:

**DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN DURANTE EL PARTO Y SU
RELACIÓN CON LA MORBI-MORTALIDAD MATERNO-FETAL EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL MARTÍN
ICAZA, PRIMER SEMESTRE, 2018**

AUTOR:

MARÍA BELÉN ANDRADE MACÍAS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. ORELLANA GAIBOR HUGOLINO, MCS
DECANO O DELEGADO (A)

DR. BERMEO NICOLA CESAR AUGUATO, MSC
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)

LCDA. BERNAL MARTÍNEZ ELSA MARÍA, MSC
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO (A)

AB. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIA GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **Dr. Carlos Emilio Paz Sánchez**, en calidad de Docente - Tutor del estudiante Sr. **María Belén Andrade Macías**, el mismo que está matriculado en la modalidad del Proyecto de Investigación (Modalidad Tesis), con el tema, **DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN DURANTE EL PARTO Y SU RELACIÓN CON LA MORBI-MORTALIDAD MATERNO-FETAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL MARTÍN ICAZA, PRIMER SEMESTRE, 2018**, de la Carrera de Obstetricia, de la Escuela de Obstetricia, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 19 días del mes de Septiembre del año 2018



Dr. Carlos Emilio Paz Sánchez

CI: 0908455603

17/09/18
0071



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Enfermería
Carrera de Enfermería

Por medio del presente dejo constancia de ser la autora del Proyecto de Investigación (Modalidad Tesis) titulado:

**DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN DURANTE EL PARTO Y SU RELACIÓN CON
LA MORBI-MORTALIDAD MATERNO-FETAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL GENERAL MARTÍN ICAZA, PRIMER SEMESTRE, 2018**

Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizó, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.


María Belén Andrade Macías
1208002129

Fecha: 19 de Septiembre del 2018

*17/09/18
OCT 18*

Urkund Analysis Result

Analysed Document: PI-ANDRADE-MACIAS.docx (D41525091)
Submitted: 9/17/2018 6:56:00 PM
Submitted By: cpaz@utb.edu.ec
Significance: 9 %

Sources included in the report:

MELVILLE BUSTOS TATIANA SUSANA..pdf (D37418224)
<https://es.m.wikipedia.org/wiki/Distocia>
<http://yakitadistocia.blogspot.com/p/distocias-maternas.html>
http://www.ingesa.mssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual_EIR_Matronas_Vol_5.pdf
<https://www.slideshare.net/Luis123Ro/distocias-del-parto-78646594>
<https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/distocia-fetal>
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26951/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
<http://diccionario.sensagent.com/Distocia/es-es/>

Instances where selected sources appear:

20



Dr. Carlos Paz Sanchez

Tutor



María Belén Andrade Macias

Autor

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	I
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN (inglés y español)	VI
INTRODUCCIÓN	VII
CAPITULO I	
1 PROBLEMA	
1.1 Marco Contextual	1
1.1.1 Contexto Internacional	1
1.1.2 Contexto Nacional.	1
1.1.3 Contexto Regional.	2
1.1.4 Contexto Local y/o Institucional	2
1.2 Situación problemática	3
1.3 Planteamiento del Problema	4
1.3.1 Problema General	4
1.3.2 Problemas Derivados	4
1.4 Delimitación de la Investigación	5
1.5 Justificación	6
1.6 Objetivos	8
1.6.1 Objetivo General	8
1.6.2 Objetivos Específicos	8
CAPITULO II	8
2 MARCO TEÓRICO	9
2.1 Marco teórico	34
2.1.1 Marco conceptual	35
2.1.2 Antecedentes investigativos	41
2.2 Hipótesis	42
2.2.1 Hipótesis general	42

2.2.2	Hipótesis específicas	42
2.3	Variables	43
2.3.1	Variables Independientes	43
2.3.2	Variables Dependientes	43
2.3.3	Operacionalización de las Variables	44
CAPITULO III		
3.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	45
3.1	Método de investigación	45
3.2	Modalidad de la investigación	45
3.3	Tipo de Investigación	46
3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de la Información	46
3.4.1	Técnicas	46
3.4.2	Instrumento	46
3.5	Población y Muestra	47
3.5.1	Población	47
3.5.2	Muestra	47
3.6	Cronograma del proyecto	48
3.7	Recursos	49
3.7.1	Recursos humanos	49
3.7.2	Recursos económicos	49
3.8	Plan de tabulación y análisis	50
3.8.1	Base de datos	50
3.8.2	Procesamiento y análisis de los datos	50
CAPITULO IV		
4	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	51
4.1	Resultados obtenidos de la investigación	57
4.2	Análisis e interpretación de datos	58
4.3	Conclusiones	62
4.4	Recomendaciones	64
CAPITULO V		
5	PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN	66

5.1	Título de la Propuesta de Aplicación	66
5.2	Antecedentes	67
5.3	Justificación	68
5.4	Objetivos	69
5.4.1	Objetivos generales	69
5.4.2	Objetivos específicos	69
5.5	Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación	
	69	
5.5.1	Estructura general de la propuesta	70
5.5.2	Componentes	71
5.6	Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación	73
5.6.1	Alcance de la alternativa	73
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
	ANEXOS	78

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, ya que sin el, no podría lograr ni alcanzar mis objetivos y mis sueños, sin el no podría hacer nada, el es mi amparo y mi fortaleza.

A mis padres por apoyarme en toda mi etapa estudiantil, en especial a mi Padre, quien ah estado conmigo en las buenas, en las malas y en las peores, me hace muy feliz ser su hija.

A mi Madre que a pesar de yo no ser la mejor hija, yo se que en el fondo de su corazón, esta feliz y orgullosa de mi.

A mi Tío Martín, mi Mama a mi Mamita y en especial a mi Ñaña, quien ah sido mi pilar fundamental en toda mi vida, en todo momento, gracias a ella soy lo que soy.

A mi esposo quien a estado conmigo en una de las etapas mas difíciles de mi vida, gracias por comprenderme y apoyarme siempre.

A mi hermanito Pipa quien lo quiero con mi corazón.

Gracias a todos ellos, sin ellos no podría haber alcanzado esta meta.

María Belén Andrade Macías.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a mi DIOS por bendecirme y guiarme para lograr mi meta, y cumplir mi sueño tan anhelado, dándome sabiduría y fortaleza para poder superar las adversidades y diversos obstáculos presentados en el camino, que gracias a él fueron solucionadas con éxito.

Son muchas las personas que conforman parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, algunos de ellos están aquí conmigo y otras en mi recuerdos y pensamientos constantes, quiero agradecerles infinitamente por formar parte de mí y por todo lo que me han brindado.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. Carlos Paz, y a la Dra. Anita Pasos, por su importante aporte y participación activa en el desarrollo del presente trabajo.

A mis padres, mis tías, mi esposo y familiares en general, por el apoyo y amor brindado, que me demostraron en cada momento estando orgullosos de mí y esto fue un incentivo para lograr los objetivos propuestos.

Finalmente agradezco a cada una de las personas que de una u otra manera colaboraron con la culminación de mi carrera

María Belén Andrade Macías.

RESUMEN

Trabajo de parto alterado o lento se caracteriza por el trabajo de parto que progresa con lentitud anormal debido a contracciones uterinas ineficaces, presentación o posición fetal anormal, hueso inadecuado de la pelvis o anomalías de los tejidos blandos pélvicos de la madre. Es más común en mujeres nulíparas y se acompaña de una considerable morbilidad y mortalidad materna y perinatal como resultado de infecciones, ruptura uterina y partos quirúrgicos. Difundir estrategias obstétricas para reducir la distocia de presentación durante el parto asociada con la morbilidad y mortalidad materno-fetal en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General Martín Icaza, primer semestre de 2018. El presente trabajo se basó en artículos médicos, revistas, revisión bibliográfica en google académico

Las distocias de presentación son complicaciones que básicamente empeoran el pronóstico del parto, predisponen a los pacientes a someterse a cesáreas por emergencia, aunque no pueden evitarse, si pueden ser diagnosticados tempranamente y en algunos casos correctos (profesionales con experiencia). En nuestro medio, este problema ha causado altas tasas de morbilidad y mortalidad materno-fetal, principalmente debido a embarazos en adolescentes, que es un factor de riesgo modificable. Como recomendación principal, todas las mujeres embarazadas deben realizar controles prenatales adecuados y oportunos. Es recomendable que el personal de salud tome las medidas y precauciones debidas al momento de realizar la ecografía, para determinar la posición fetal, así como el peso y la altura fetal, logrando así un parto exitoso y evitando las cesáreas de emergencias.

Palabras Claves

Morbi-mortalidad en las distocias de presentación.

SUMMARY

Altered or slow labor is characterized by labor that progresses with abnormal slowness due to ineffective uterine contractions, abnormal fetal presentation or position, inadequate pelvic bone, or abnormalities of the mother's soft pelvic tissues. It is more common in nulliparous women and is accompanied by considerable maternal and perinatal morbidity and mortality as a result of infections, uterine rupture and surgical deliveries. Disseminate obstetric strategies to reduce presentation dystocia during delivery associated with maternal-fetal morbidity and mortality in pregnant women treated at the Martín Icaza General Hospital, first semester of 2018. The present work was based on medical articles, journals, bibliographic review in academic googleDisorders of presentation are complications that basically worsen the prognosis of delivery, predispose patients to undergo emergency caesarean sections, although they can not be avoided, if they can be diagnosed early and in some cases correct (experienced professionals). In our environment, this problem has caused high morbidity and maternal-fetal mortality rates, mainly due to pregnancies in adolescents, which is a modifiable risk factor. As a main recommendation, all pregnant women should perform adequate and timely prenatal check-ups. It is recommended that the health personnel take the measures and precautions due at the time of performing the ultrasound, to determine the fetal position, as well as the weight and fetal height, thus achieving a successful delivery and avoiding emergency cesareans

Keywords

Morbidity, mortality, presentation dystocia

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una de las fases naturales de la vida reproductiva de la mujer, la cual representa un fenómeno no tan sólo biológico, sino también psicológico y social, la cual amerita cuidados especiales. La atención a la mujer embarazada y su descendencia constituye un sector especializado de los cuidados médicos, comprendiendo el cuidado prenatal, perinatal y posnatal. El cuidado materno infantil efectivo, es uno de los motores primordiales para el desarrollo integral de cada país, y tanto la optimización de la salud materna como la reducción de la mortalidad infantil son parte de las Metas del Ministerio de Salud Pública.

El trabajo de parto alterado o trabajo de parto lento se caracteriza por un avance lento anormal del trabajo de parto 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 morbimortalidad materna y perinatal como resultado de infecciones, ruptura uterina y partos operativos.

Como resultado de la falta de consenso universal sobre qué define la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto, no se sabe exactamente cuál es su incidencia. Hay evidencia que sugiere que hasta un tercio de las primerizas presentan retraso de la primera etapa del trabajo de parto.

Las distocias hacen referencia a todas las causas que pueden alterar un parto fisiológico, constituyendo uno de los principales objetos de estudio, y atención en la práctica ginecológica y obstétrica, debido a que comprometen

la vida de la madre, y el feto de manera simultánea. Las distocias son la causa más frecuente de cesáreas, ya que por definición involucran la incapacidad para llevar a cabo el parto vaginal. Por lo tanto, las distocias acarrear un riesgo inherente de mayor morbimortalidad materno infantil, al igual que mayores gastos económicos directos e indirectos, asociados a cuidados médicos rutinarios y complicaciones.

De esta problemática nace la importancia de explorar los factores de riesgo, vinculados con las distintas distocias, a fin de refinar la práctica médica cotidiana, a través de la identificación de poblaciones en riesgo, con la intención de reducir la frecuencia de complicaciones perinatales y morbimortalidad materna e infantil. No obstante, en territorio ecuatoriano, esta problemática en lo que se refiere a salud pública, no recibe la debida atención por parte de investigadores para la búsqueda de soluciones. Por tal motivo, el propósito de esta investigación, es conocer la prevalencia de partos distócicos y sus factores asociados en pacientes atendidas en el área de gineco-obstetricia del hospital "Martin Icaza ", durante el primer semestre 2018, Babahoyo, Ecuador.

CAPITULO I.

1. PROBLEMA.

1.1 Marco Contextual.

1.1.2 Contexto Internacional.

Un trabajo realizado en Chile redacta que los últimos informes respecto del aumento de la tasa de cesáreas señalan que se mantiene como primera indicación el sufrimiento fetal agudo (22%), seguido de falla de progreso de trabajo de parto (20%), cicatriz de cesárea previa (14%) y presentación podálica (11%) (Salinas P, Naranjo, Pasten M, & Retamales).

1.1.3 Contexto Nacional.

Un estudio realizado en la Universidad san Francisco de Quito, se evidencio que el porcentaje de cesáreas (83,96%) en el Hospital de los Valles en 7 veces lo recomendado por la OMS (10 %-15%) y con 40 puntos porcentuales a nivel nacional.

Teniendo en cuenta que al ser un hospital de especialidades, sirve como referencia para varios centros de salud que se encuentran a su alrededor. También, al comparar con el porcentaje de cesáreas injustificadas (8,75%), se observa que más del 90% de los casos de cesárea está justificados y

cuentan con los datos clínicos necesarios para respaldar la decisión del médico (Salud C. d., 2015)

1.1.4 Contexto Regional.

En la pagina de estadísticas del ministerio de salud publica a nivel de zona 5 2017 se reporto un total de 23.681 partos de los cuales partos normales fueron 17.512, mientras que las cesáreas fueron 6.169

1.1.5 Contexto Local Y/O Institucional.

En el Hospital General Martin Icaza en el área de Ginecología hay 30 camas, en el cual se atienden 570 pacientes por día, en ginecología, en el área de emergencia y consulta externa, 70 son gestantes de manera que las pacientes que presentaron distocias de presentación fueron 10.

El Hospital Martín Icaza cuenta con una diversidad de servicios como son Medicina General, Gineco-Obstetricia, Cardiología, Odontología, Cirugía, Pediatría, Traumatología, Fisiatría, consulta externa, emergencia, hospitalización, clínica del VIH, hemoteca, banco de leche materna y servicio social.

El Hospital Martín Icaza fue fundado en el año 1862 en la actualidad, el hospital cuenta con 156 años de funcionamiento laborar e institucional

1.2 Situación Problemática

Las distocias de presentación durante el trabajo de parto están ligadas a la anomalía del mecanismo del parto, lo cual interfiere en la evolución fisiológica del parto, entre las causas tenemos: anomalías de las fuerzas expulsivas –motor del parto-, anomalías de la pelvis ósea de la madre –canal del parto-, anomalías en la aptitud fetal –objeto del parto.

1.3 Planteamiento del Problema.

1.3.1 Problema General.

¿Cuales son las distocias de presentación durante el parto y su relación con la morbi-mortalidad materno-fetal en gestantes atendidas en el hospital general Martín Icaza, primer semestre, 2018?

1.3.2 Problemas Derivados.

1. ¿Cómo disminuir la relación de las distocias de presentación durante el parto con la morbi-mortalidad materno-fetal en gestantes atendidas en el hospital general Martín Icaza, primer semestre, 2018?

1.4 Delimitación de la Investigación

- **Delimitación Espacial:** El presente trabajo de investigación esta realizado en el Hospital Martin Icaza el mismo que se basará en distocias de presentación durante el parto y su relación con la morbi-mortalidad materno-fetal en gestantes

- **Delimitación temporal:** Primer semestre 2018

1.5 Justificación

La prevención de la morbilidad y mortalidad materna, es considerada un objetivo como un objetivo fundamental para las autoridades en salud pública, teniendo y atendiendo a las necesidades de estas poblaciones mas necesitadas y de mayor vulnerabilidad.

Por determinado motivo, el diagnóstico del estado de la salud materno en cada una de las comunidades, es una actividad primordial, teniendo como objetivo principal la planificación, y desarrollo de actividades de calidad y especificas

El estudio de la morbimortalidad materno fetal y las distocias de presentación durante el parto tienen como principal análisis la retribución a la comunidad, la cual constituye e incluye el interés clínico de este estudio. Ecuador al ser un país en vías de desarrollo, estas actividades consisten en mayor importancia, en donde el personal de Salud pública se enfrenta ah diversas situaciones de las cuales se debe estar preparado.

Por otra parte tenemos las causa de los partos distócicos, teniendo como meta para los entes de la Salud Publica, realizar un diagnostico oportuno y eficaz, al momento de examinar a la paciente el cual contribuirá, tanto a la paciente como al producto, teniendo así como finalidad velar la salud materno fetal para evitar la morbi-mortalidad materno fetal

Se obtuvieron datos interesantes del Hospital Martín Icaza de Babahoyo, al momento de realizar la investigación adecuada, en donde se pudo observar que las distocias de presentación están íntimamente relacionadas a las anomalías al momento de hacer el diagnostico, presentando así la presentación podálica y teniendo de la misma manera que las pacientes gestantes adolescentes tiene un alto índice de incidencia de las distocias de presentación y la morbi-mortalidad materno fetal

Como recomendación al personal de Salud Pública, realizar la detección oportuna y eficaz de las presentaciones, al momento de realizar las actividades como son las ecografías, tanto en el primer, segundo y tercer trimestre.

Al realizar las maniobras de Leopold. Se tiene como objetivo en nuestra investigación presentar y dar a conocer mediante trípticos, charlas educativas a las pacientes gestantes, y a su familia, para que puedan conocer que deben realizar los controles oportunos, en todos los trimestres del embarazo para tener así la contribución de las pacientes, para evitar así la morbimortalidad materno fetal

1.6 Objetivos.

1.6.1 Objetivo General.

Establecer las distocias de presentación durante el parto y su relación con la morbi-mortalidad materno-fetal en gestantes atendidas en el hospital general Martín Icaza, primer semestre, 2018

1.6.2 Objetivos Específico.

1. Determinar las distocias de presentación durante el parto y su relación con la morbi-mortalidad materno fetal en gestantes atendidas en el hospital general Martín Icaza, primer semestre, 2018.
2. Difundir las estrategias Obstétricas que permiten disminuir la relación de las distocias de presentación durante el parto con la morbi-mortalidad materno-fetal en gestantes atendidas en el hospital general Martín Icaza, primer semestre, 2018.

CAPITULO II.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 Marco teórico.

Hay varias anomalías del trabajo de parto 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 y de la pelvis (Gary Cunningham, 2014).

Los factores de riesgo que se deben determinar para obtener un parto humanizado en buenas condiciones son identificar los trastornos

hipertensivos, asma bronquial no controlada, fibrosis quística, hemoglobinopatías o trastornos hematológicos, bebé con encefalopatía neonatal, preclampsia, eclampsia. Debido a la variedad de factores involucrados en el trabajo de parto y muchas anomalías que pueden afectarlos, las distocias son un grupo de fenómenos, con múltiples riesgos distintos para cada una. Sin embargo, las distocias son, en su mayoría, prevenibles o tratables, pudiendo obtener un parto exitoso en la mayoría de los casos, con atención capacitada y oportuna (Zolotor, 2014).

A continuación, se describen las distocias y los factores de riesgo para las mismas, según el elemento alterado en el trabajo de parto.

Epidemiología

Internacionalmente, no existen estadísticas epidemiológicas de la frecuencia de partos anormales, probablemente debido a lo subjetivo que resulta el diagnóstico exacto. En los Estados Unidos, entre un 25-30 % de los partos son por cesárea, de los cuales la distocia representa un tanto como un 60 %. (Lyo, 2017)

Por ello, la frecuencia de distocia estadounidense es aproximadamente 10 %. La distocia de hombros es menos frecuente, con una prevalencia de unos 5 casos por cada 1000 alumbramientos. La distocia de presentación es uno de los pocos casos en la que resulta considerablemente difícil intervenir con el fin de reducir la tasa de cesárea. (Alinas, 2014)

Frecuencias de las contracciones.

Hace pocos días comentábamos que a lo largo del embarazo se producen diferentes tipos de contracciones, con diferentes características y funciones. Hoy profundizaremos un poco más en el tema y hablaremos de algo que preocupa mucho a las embarazadas: cómo diferenciar las contracciones falsas de las contracciones de parto.

Según cómo sean las contracciones se puede valorar si el parto ha comenzado o no. La frecuencia, intensidad y duración de las contracciones

son parámetros que ayudan a determinar que el momento ha llegado. (Rovati, Cómo diferenciar las contracciones falsas de las contracciones de parto, 2018)

Normalmente hablamos de contracciones para referirnos a las contracciones de parto, pero hay varios tipos de contracciones, cuya función y características varían a lo largo del embarazo.

Pero antes de hablar de las contracciones en el embarazo, tenemos que conocer al órgano responsable de que éstas se produzcan: el útero. Es un músculo liso capaz de contraerse y ejercer la presión suficiente como para expulsar al bebé en el momento del parto. Tiene, como todos los tejidos formados por fibras musculares, una fase de contracción y otra de relajación. (Rovati, Tipos de contracciones, 2018)

En la práctica no es fácil asegurar que el parto ha comenzado. Es habitual que las madres lleguen al hospital quejándose de contracciones frecuentes e incluso dolorosas, y después se compruebe que el cuello uterino no se ha modificado. Esto se conoce como falso trabajo de parto.

En otros casos, hay mujeres que no sienten las contracciones hasta que hay una dilatación de hasta tres centímetros. Hay un acuerdo casi general para considerar que una mujer está de parto cuando tiene contracciones de forma rítmica cada siete minutos y el cuello está borrado en un 50% y presenta una dilatación de dos centímetros. (Corralo, Contracciones Uterinas, 2016)

Duración de las contracciones

Las contracciones tienen un inicio, un final y una pausa después, que te permite relajarte y coger fuerzas para la siguiente.

Al principio son irregulares y poco frecuentes, pero se hacen más seguidas a medida que avanza el parto: de cada 10 minutos, a cada 6, 4, 3 (trabajo de parto) o 2 minutos (al final de la dilatación). (International, 2018)

En cambio, las verdaderas contracciones de parto van aumentando en intensidad (entre 30 mmHg y 50 mmHg), se producen cada períodos regulares con una frecuencia de 3 a 5 contracciones cada 10 minutos. También va aumentando su duración. Cuando estás de parto, se dan al menos 2 ó 3 contracciones intensas de una duración aproximada de entre 40 y 60 segundos cada 10 minutos.

Otra señal que puede ayudar a identificar unas de otras es el lugar en el que se sienten las contracciones. Las falsas suelen sentirse en el bajo abdomen y en las ingles, mientras que las verdaderas comienzan en la espalda y se irradian hacia delante extendiéndose hacia la parte baja del abdomen. (Rovati, Cómo diferenciar las contracciones falsas de las contracciones de parto, 2018)

Anomalías de distocia dinámica

No se puede hablar de distocias dinámicas sin valorar antes el resto de parámetros que pueden alterar el progreso del parto, como son la capacidad pélvica, el canal blando, y el tamaño y estática fetal, ya que muchas de las distocias dinámicas no son primarias sino que surgen como consecuencia de alteraciones en dichas variables. Las distocias dinámicas son aquellas producidas por la existencia de una actividad uterina defectuosa, ineficaz o inapropiada para conseguir la dilatación cervical y/o el descenso de la presentación. (Sáez, 2016)

Hipodinámicas:

Disminución de la contractilidad uterina. Pueden ser:

Primarias: Se observa al inicio del parto y se confunde con los falsos dolores de parto

Secundarias: al final del periodo y en el expulsivo

Hiperdinámicas:

Aumento de la contractilidad uterina. Pueden ser:

Primaria: sufrimiento fetal

Hipersistolía (intensidad y duración superior a la fase del parto)

Taquisistolia (frecuencia más de 5 en 10 min).

Hipertonía (tono mas de 12 mmHg (Camacho, 2015)

Anomalías del desarrollo fetal.

Los distintos procedimientos que en la actualidad estudian el desarrollo fetal durante el embarazo y permiten la detección antenatal y la prevención de múltiples defectos congénitos, constituyen la base del denominado "diagnóstico prenatal" (Ramirez, 2018).

Las malformaciones congénitas son en muchos países la causa de mortalidad infantil, enfermedad crónica y discapacidad. Las discapacidades crónicas traen consigo un gran impacto en los afectados, sus familias, los sistemas de salud y la sociedad. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, las malformaciones del feto representan 1 de cada 33 lactantes. Se estiman 3,2 millones de discapacidades anualmente. La detección precoz de estas patologías por los métodos de diagnósticos utilizados durante el embarazo en los tiempos actuales es fundamental. Con ellos se pueden implementar terapias oportunas y eficaces para muchos de estos problemas embrionarios. (Garcia, 2017).

Se calcula que cada año 303.000 recién nacido fallecen durante las primeras cuatro semanas de vida en el mundo debido a anomalías congénitas. Las anomalías congénitas pueden ocasionar discapacidades crónicas con gran impacto en los afectados, sus familias, los sistemas de salud y la sociedad. Los trastornos congénitos graves más frecuentes son las malformaciones cardíacas, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down. Las anomalías congénitas pueden tener un origen genético, infeccioso o ambiental, aunque en la mayoría de los casos resulta difícil identificar su causa. Es posible prevenir algunas anomalías congénitas; por ejemplo hay medidas de prevención fundamentales como la vacunación, la ingesta suficiente de ácido fólico y yodo mediante el enriquecimiento de alimentos

básicos o el suministro de complementos, así como los cuidados prenatales adecuados (Salud O. M., 2016)

Anomalías de Presentación.

Durante el trabajo de parto y el parto mismo, su bebé debe pasar a través de sus huesos pélvicos para llegar a la abertura vaginal. El objetivo es encontrar el camino más fácil para salir. Ciertas posiciones del cuerpo hacen que el bebé tenga una forma más pequeña, lo que facilita el paso de su bebé por este pasaje estrecho. La mejor posición para que el bebé pase por la pelvis es con la cabeza hacia abajo y el cuerpo encarando la espalda de la madre. Esta posición se conoce como posición occipital anterior. (Medicine, 2016)

La presentación se refiere a la parte del cuerpo del feto que sale primero por el canal del parto. Aunque generalmente la cabeza sale en primer lugar, a veces lo hacen las nalgas o un hombro. (Merck, 2018)

Las presentaciones cefálicas deflexionadas y la presentación podálica son más problemáticas, en tanto los diámetros fetales ofrecidos a la pelvis menor son mayores. Estas anomalías deben diagnosticarse durante la fase expulsiva del trabajo de parto, pues tienden a resolverse espontáneamente con las contracciones uterinas (Cevallos Zúñiga C, 2015)

Presentación de Hombros

La distocia de los hombros ocurre cuando la cabeza de un bebé pasa por la vagina durante el nacimiento, pero sus hombros se atorán dentro de la madre. Esto puede ser riesgoso para ambos la madre y el bebé. Distocia significa un "parto o alumbramiento lento o difícil."

Mientras que existen factores de riesgo para la distocia de los hombros, los profesionales de la salud por lo general no pueden predecir o evitarla. En la mayoría de los casos se descubre una vez el parto ha comenzado. Si su

bebé es más grande que lo usual (conocido como macrosomía) antes de nacer, su profesional puede que le recomiende tener un parto por cesárea. Esta es una cirugía por la cual su bebé nace a través de un corte que se hace en el abdomen y útero. (Narcesano, 2018)

Cuando ocurre esta complicación, el médico prueba rápidamente varias técnicas para desatascar el hombro y lograr que el bebé nazca por vía vaginal. Algunas veces, cuando se han intentado estas técnicas se han lesionado los nervios del brazo del bebé, o los huesos del brazo o la clavícula del bebé pueden sufrir fracturas. Existe la posibilidad de hacer una episiotomía (una incisión que amplía la abertura de la vagina) para facilitar el alumbramiento. Si estas técnicas son infructuosas, el bebé puede ser empujado hacia atrás dentro de la vagina y realizar una cesárea. Si ninguna de estas técnicas funciona, el bebé puede morir. (Julie S. Moldenhauer M. A., 2017)

Realizar las maniobras que busquen el desprendimiento de los hombros para su extracción en el orden siguiente:

Maniobra de McRoberts: Consiste en flexionar con fuerza los muslos de la paciente hacia el abdomen, en varias oportunidades, para disminuir o rectificar la angulación sacrolumbar y que se bascule la sínfisis del pubis en dirección cefálica, con lo que se debe liberar el hombro impactado al fraccionarlo sin mucha fuerza. Eficaz en el 90% de los casos. (todos, 2018)

La posición de McRoberts (MR) logra como maniobra inicial y única, una resolución de al menos el 43% de los casos de DH. La posición de MR no incrementa las dimensiones de la pelvis materna, sólo modifica su morfología, y su combinación con la compresión supra púbrica corresponde al manejo inicial de toda distocia de hombros. A diferencia de la litotomía, ha mostrado que reduce dos veces la fuerza de compresión del hombro sobre el pubis materno, favoreciendo el desplazamiento del hombro a través del pubis y el subsecuente desprendimiento de la cabeza fetal explicándose así la potencialidad del MR para prevenir una eventual DH.

En la prevención de la DH, el uso de la posición de MR durante el desprendimiento del feto, presenta plausibilidad biomecánica e incluso podría reducir otras lesiones no asociadas a DH, como la fractura de clavícula y parálisis braquial. En consideración a las repercusiones clínicas, éticas y médico legales, recomendamos el consentimiento informado para definir la posición final materna en la asistencia del parto. (Sócrates Aedo, 2017)

Maniobra de Hibbard (presión suprapúbica): Se debe presionar con fuerza, con una mano, sobre el hombro enclavado, encima del pubis. No se debe traccionar la cabeza fetal ni estirar el cuello. No aplicar presión sobre el fondo uterino, esto encaja aún más el hombro y puede ocasionar una rotura uterina. (todos, 2018)

Maniobra de Woods o del atornillado:.

Consiste en aplicar presión en la escápula del hombro anterior en dirección al esternón para conseguir aducción de los hombros y reducir el diámetro biacromial. Esta maniobra desplaza los hombros del diámetro anteroposterior a un diámetro anteroposterior a un diámetro oblicuo más ancho y permite así su desprendimiento. (EcuRed, 2017)

Maniobra de Jacquemier:

Consiste en introducir la mano apropiada por la espalda del feto para tomar el antebrazo y extraer el brazo posterior; entonces el hombro y el brazo anterior descienden. Es una maniobra con mucho riesgo de provocar rotura uterina, por lo que no debe efectuarse si el feto ha muerto. No hay diferencias entre la extracción del brazo posterior y la maniobra de rotación, por consiguiente pueden usarse indistintamente, teniendo en cuenta el juicio clínico y la experiencia del operador. (todos, 2018)

Presentación de Nalgas

El parto de nalgas o en presentación podálica está considerado como un parto distócico, es decir, parto patológico, por lo que se realiza la cesárea segmentaria ante esta presentación. En Europa, generalmente, la opinión es que el parto en presentación podálica es un parto normal aunque menos frecuente, con más complicaciones que el parto en cefálica y que requiere asistencia especializada, pues en casi todos se precisa una ayuda manual. Presentación podálica es aquella en la que la parte que se encaja o pretende encajarse en la pelvis de la madre es la parte podálica del feto (nalgas, nalgas y pies, pies). La presentación podálica es la segunda más frecuente de las presentaciones, después de la cefálica de vértice, y se diagnostica en el 3% de los partos (entre 2,5% y 4,5%). (Huespe, 2017)

La mayoría de los bebés se moverá en la posición por el parto un par de semanas antes del nacimiento, con la cabeza moviendo más cerca del canal de parto. Cuando esto no sucede, las nalgas y/o los pies del bebé se posicionarán para estar dado a luz primero. Esto se conoce como “la presentación de nalgas.” (Pregnancy A. , 2018)

En la posición de nalgas, esta parte del cuerpo del bebé está hacia abajo. Hay unos cuantos tipos de posición de nalgas:

- Posición de nalgas completa significa que el bebé viene con las nalgas primero y con las rodillas flexionadas.
- Posición de nalgas franca significa que las piernas del bebé se estiran hacia arriba, con los pies cerca de la cabeza.
- Posición podálica significa que una pierna está más abajo sobre el cuello uterino de la madre. (Medline, 2016)

Usted tiene más probabilidades de tener un bebé en posición de nalgas si:

- Entra en trabajo de parto prematuro

- Tiene un útero de forma anormal, miomas o demasiado líquido amniótico
- Tiene más de un bebé en la matriz
- Tiene placenta previa (cuando la placenta está en la parte inferior de la pared uterina, bloqueando el cuello del útero) (Medline, 2016)

¿Cómo es un parto seguro en el caso de un bebé que está de nalgas?

En la mayoría de los casos, un parto por cesárea planeado es lo más seguro para el bebé. Si su feto todavía está de nalgas cerca de la fecha estimada de parto, su médico probablemente programe una cesárea. Si la está ayudando una partera, ella la remitirá a un médico para una cesárea programada.

En casos poco comunes, es posible que la cesárea para un parto de nalgas no se recomiende o que ni siquiera sea posible. Por ejemplo, si el trabajo de parto de nalgas avanza muy rápidamente, un parto vaginal podría ser la única opción. Durante un parto de gemelos en el cual el primer bebé está cabeza abajo y el segundo está de nalgas, puede ser mejor que ambos bebés nazcan por vía vagina (Enciclopedia, 2018)

- Nalgas completa: Aquí, las nalgas están apuntando hacia abajo con las piernas dobladas por las rodillas y los pies cerca de las nalgas.
- Nalgas franca (“Frank breech”): En esta posición, las nalgas del bebé están dirigidas al canal de parto, con sus piernas se pega directamente en frente de su cuerpo y los pies cerca de la cabeza.
- Presentación podálica: En esta posición, uno o ambos de los pies del bebé apuntan hacia abajo y entregará antes que el resto del cuerpo. (Pregnancy A. , 2018)

Presentación de Cara:

Pocos ginecólogos han podido atender un parto en presentación de cara. En efecto, los fetos suelen flexionar el cuello de manera que presentan la nuca para entrar en el canal del parto. De esta manera el diámetro de la cabeza fetal alcanza los 11,9 cm y puede atravesar la pelvis materna. Cuando los fetos no flexionan el cuello y en lugar de presentar el “cogote” presentan la cara, el diámetro es de 12,6 cm por lo que el paso a través de la pelvis materna se ve dificultado. (Millet, 2017)

Diagnostico Presentación de cara.

Palpación.

Occipital muy prominente, depresión características entre cabeza y el dorso fetal (golpe de hacha), y mentón en el lado contrario. (Orlando, 2017)

Auscultación.

El foco fetal se ausculta más alto que en las presentaciones de vértice y con mucha intensidad; se percibe mejor en el lado de las pequeñas partes fetales. (Orlando, 2017)

Tacto vaginal.

Bolsa de aguas voluminosas, presentación alta por mala adaptación de la presentación a la pelvis, se toca el mentón y la gabela a lo lejos. La nariz constituye el punto de reparo de la presentación, la forma de pirámide triangular con 2 orificios que no se deforman por el edema es accesible, y no se confunde con nada. El punto de regencia que designa la presentación es el mentón. (Orlando, 2017)

Presentación Cefálica

La mayoría de los bebés está en posición cefálica en el momento de nacer, es decir su cabeza se encuentra hacia abajo, muy cerca de la pelvis. Además, dentro de la presentación cefálica pueden darse otros dos subtipos: posterior y anterior.

La presentación cefálica anterior es aquella en la que la espalda del bebe está pegada al vientre de su madre. Por el contrario, en la presentación cefálica posterior la espalda del bebe está cerca de la espalda de su madre. Por lo general, la presentación en posterior suele implicar partos más largos e intensos, porque la postura del bebé hace que sea menos flexible a la hora de adaptarse a la curva del canal de parto. Esto no es indicación de cesárea: el parto puede ser perfectamente por vía vaginal, pero es posible que se alargue, puesto que el descenso del bebé es algo más costoso. (nuestro E. P., 2017)

Presentación Transversa

En rigor, se distinguen dos tipos de presentaciones: cefálica y podálica. Sin embargo, tomando también como referencia la situación del feto, es decir, la relación que guarda el eje longitudinal del feto con el eje longitudinal del útero, se debe incluir la situación transversa, que es aquella en la que el eje mayor del feto forma un ángulo de 90° con el eje del útero.

En esta posición, el bebé tiene su cabeza en uno de los lados del vientre de su madre y el trasero en el lado contrario.

Esta posición es muy habitual hacia la mitad del embarazo, pero los bebés suelen girarse según va avanzando la gestación. Alrededor de un 1% de los bebés a término presentan la situación transversa. Al contrario que un bebé de nalgas, un bebé en transversa no puede nacer vaginalmente, puesto que sufriría lesiones graves y hay un riesgo muy elevado de muerte tanto para la madre como para el hijo. (nuestro E. p., 2017)

Movimientos cardinales durante el parto

En el momento en que el bebé ha alcanzado la pelvis de la mamá, se dan una serie de movimientos que permiten al bebé recorrer la pelvis ósea y blanda. Estos movimientos son los movimientos cardinales. Los movimientos cardinales se refieren a los cambios de posición en la cabeza del bebé durante su paso por el canal del parto.

Los movimientos cardinales son de carácter rotacional. De este modo el bebé podrá ir superando las asimetrías propias de la morfología ósea de la pelvis de la mamá en relación a su cuerpo. (Woman, 2016)

Se describen siete movimientos cardinales:

- Encajamiento,
- Descenso
- Flexión
- Rotación interna,
- Extensión
- Rotación externa
- Expulsión

Anomalías de posición Fetal

La posición se refiere a si el feto está mirando hacia atrás (hacia la espalda de la madre, es decir, boca abajo cuando la madre está tumbada boca arriba) o hacia delante (con la cara hacia arriba). Una posición menos habitual, es con la cabeza hacia adelante, y las presentaciones anormales, incluyen las de la cara, frente y hombros.

Entre otras presentaciones tenemos, la presentación de cara, en donde el cuello se arquea hacia atrás, de manera que lo primero que se presenta es la cara. En la presentación de frente, el cuello se arquea menos y la frente se presenta primero. Por lo general, el feto no permanece en presentación

de cara o de frente; a menudo se corrige solo. Si no ocurre así, pueden utilizarse fórceps o ventosa, o realizar una cesárea. (Julie S. Moldenhauer M. M.)

Anomalías asociados a partos múltiples.

Cada vez se producen más partos múltiples en los países desarrollados. El trabajo muestra además por primera vez que tanto los nacimientos de fetos muertos como la muerte neonatal precoz son más comunes en gestaciones múltiples con defectos congénitos que en gestaciones simples con anomalías de este tipo. Además, los padres de embarazos múltiples son menos dados a optar por un aborto antes un diagnóstico prenatal negativo, sin embargo, los datos son llamativos. El riesgo de anomalías congénitas fue un 27% más alto en partos múltiples que sencillos. (mundo, 2018)

Distocias del Canal de Parto:

- **Anomalías de las Partes Óseas:** Dentro de las distocias mecánicas merecen explicación aparte las distocias óseas. Están provocadas por malformaciones de la forma de los huesos de la pelvis que reducen las dimensiones de la pelvis materna y dificultan el descenso del feto. Existen diversas clasificaciones de las distocias óseas, aunque en nuestro medio la mayor parte de las veces son secundarias a fracturas, generalmente por accidentes de tráfico. La existencia de una anomalía pélvica, no indica necesariamente que el parto vaginal sea imposible, por lo que es preferible hablar de desproporción céfalo pélvico que es un término usado con frecuencia en la clínica y referido cuando el obstetra ha decidido hacer una cesárea. En la desproporción cefalopélvica existe una discordancia entre el tamaño de la pelvis materna y el de la cabeza del feto. Esta puede ocurrir por tres posibles razones: Los diámetros de la pelvis sean reducidos. La cabeza fetal sea muy grande o existen deflexiones o malas

presentaciones fetales que impidan el encajamiento adecuado de la cabeza. (Sant, 2016)

Distocias de las Fuerzas Expulsivas.

Para que ocurra un trabajo de parto normal, las contracciones uterinas deben mantener un tono, intensidad, frecuencia y coordinación normal, junto con la presencia del pujo voluntario de la madre. Las contracciones uterinas efectivas nacen de un tono basal, que oscila entre 8-12 mmHg y alcanzan una intensidad de hasta 60 mmHg; con una frecuencia de 2-5 contracciones cada 10 minutos. Además, las contracciones uterinas efectivas son coordinadas, iniciando en el fondo uterino y dirigiéndose en dirección descendente hacia el segmento uterino. Cada uno de estos elementos puede verse alterado para dar origen a distocias (Van Hamont D, 2017)

Anomalías de la Intensidad y Frecuencia de las Contracciones de Uterinas.

Cuando las contracciones uterinas no son suficientemente fuertes o frecuentes, el trabajo de parto puede prolongarse, y si bien suele finalizar sin complicaciones, predispone al desarrollo de corioamnionitis, hemorragias del alumbramiento, y fatiga materna. Los factores de riesgo para la disfunción uterina hipotónica incluyen las posiciones fetales anormales, la desproporción feto pélvica, sobre distensión uterina por poli hidramnios, multiparidad, embarazos múltiples y otras causas de aumento del volumen del feto, la presencia de tumores uterinos, el período integenésico reducido (menor a dos años), enfermedades maternas crónicas y factores emocionales (Caiza, 2015)

En contraparte, la disfunción uterina hipertónica, ocurre cuando las contracciones uterinas exceden la intensidad o frecuencia normal y también suelen ser descoordinadas. Estas se asocian a sufrimiento

fetal y prolongación del trabajo de parto. El principal factor de riesgo para este fenómeno es la nuliparidad, además de la estática fetal anormal, desproporción feto pélvica, desprendimiento prematuro de placenta, hipertensión gestacional y presencia de tumores, cicatrices en el cuerpo o fondo uterino (Caiza, 2015)

Distocias de origen materno

- Enfermedades maternas
- Enfermedades propias de la gestación.
- Enfermedades coincidentes con la gestación, pero que no dependen de ella.
- Enfermedades anteriores a la gestación
- Alteraciones del canal del parto (distocias mecánicas)
- Alteraciones anatómicas congénitas de la pelvis (pelvis estrechas)
- Alteraciones adquiridas de la pelvis (traumatismos).
- Alteraciones congénitas o adquiridas del canal blando.
- Alteraciones del motor del parto (distocias dinámicas) (Motor del parto = contracciones de la musculatura uterina)
- Alteraciones de la intensidad de las contracciones (hipodinamias e hiperdinamias).
- Alteraciones de la frecuencia de las contracciones (hiposistolias e hipersistolias).
- Alteraciones de la coordinación de las contracciones. (Huespe, 2017)

Enfermedades maternas.

Durante el embarazo, las infecciones son una complicación común. En esta etapa, las mujeres pueden ser más susceptibles a los efectos de la infección porque su sistema inmune está suprimido naturalmente.

Las infecciones pueden provocar problemas para el feto en desarrollo y poner en riesgo la salud de la madre. Su tratamiento en las enfermedades maternas como las infecciones es la cesárea segmentaria (Health, 2018)

Motor del parto.

El motor del parto es el útero, que a través de unas contracciones características, provoca la dilatación del cuello uterino (cérvix), desde dentro hacia fuera. Complementariamente, la contracción de la musculatura abdominal de la madre puede contribuir al proceso. La mujer puede reforzar la fuerza expulsiva de la contracción, empujando con la musculatura abdominal, que se conoce con el nombre de "pujo" (voluntarias). La contracción uterina es el resultado de las contracciones acompañadas de las fibras miométricas. Las fibras musculares uterinas van a ser capaces de adquirir una disposición que provoca que se produzcan las contracciones características del parto y además unas van de un sentido a otro y de otro sentido a otro. (Cevallos, 2014)

Distocias de origen fetal

- Disminución de la polaridad vertical de la cavidad uterina.
- Movilidad fetal aumentada o disminuida
- Estrecho pélvico obstruido
- Malformaciones fetales.
- Grandes múltiparas, placentación alta en el fondo o baja en la pelvis, miomas, prematuridad, poli hidramnios, TPP, hidrocefalia. (Vizcaino, 2017)

Factores maternos.

- Nuliparidad
- Pelvis estrechas
- Malformaciones uterinas.
- Factores fetales.
- Prematuridad.
- Gestación multifetal.
- Anomalías fetales.
- Cordón corto. (Huespe, 2017)

Polihidramnios/oligoamnios.

El diagnóstico de la presentación es necesaria cuando la gestante está en trabajo de parto es la solución contenida en la cavidad amniótica. El líquido amniótico (LA) es un fluido vital de gran importancia en el normal desarrollo y crecimiento embriofetal ya que su composición y volumen reflejan el estado tanto materno como fetal pues la atención y la asistencia deben variar si la presentación es podálica, ya que será primordial la presencia del médico y la asistencia manual al nacimiento. El diagnóstico se hace aplicando las maniobras de Leopoldo, por tacto vaginal, y si existen dudas, por ecografía. (Huespe, 2017)

Entre los factores que influyen a las distocias de presentación, tenemos:

- Macrosomía fetal

El embarazo humano tiene una duración de entre 37 y 40 semanas aproximadamente. En ocasiones el parto se retrasa más de lo previsto por motivos no muy conocidos aún. Podemos considerar que un embarazo se ha alargado en exceso a partir de la semana 42, aunque ya a partir de la semana 40 los controles médicos se incrementan y muchos ginecólogos son partidarios de provocar el parto de forma controlada para proteger a la madre y al feto de riesgos evitables. Uno de estos riesgos es que el feto siga

creciendo y ganando peso sin necesidad, lo que puede tener repercusiones negativas en el desarrollo del parto, y ocasionar problemas al bebé más adelante. (Corralo, Causas de la macrosomía fetal, 2018)

La expresión «macrosomía fetal» se utiliza para describir a un recién nacido significativamente más grande que el promedio. Un bebé diagnosticado con macrosomía fetal tiene un peso de más de 8 libras y 13 onzas (4 kilogramos) al momento de nacer, independientemente de su edad gestacional. Alrededor del 9 por ciento de los bebés en todo el mundo pesan más de 8 libras y 13 onzas al nacer.

Sin embargo, los riesgos asociados con la macrosomía fetal aumentan en gran medida. (Research, 2018)

La macrosomía fetal es el exceso de tamaño de un feto. En general, el tamaño del feto durante todo el desarrollo intrauterino es bastante parecido en todos los embarazos, pero las variaciones de tamaño entre los recién nacidos son tan normales como las diferencias de peso y altura en los adultos, por lo que se han acordado unos valores que se puedan aplicar a todos los recién nacidos. La macrosomía fetal se puede definir con dos valores:

Peso al nacimiento superior a 4500 gramos. Si el peso del bebé es superior a 4000 gramos ya podemos considerarlo demasiado grande, y puede tener afecciones parecidas a las que se describen más adelante. (Corralo, Macrosomia Fetal, 2017)

- Obesidad materna

Esta condición en la edad reproductiva es particularmente importante para mujeres que desean ser madres en un futuro cercano, ya que su estado nutricional y su alimentación tienen un impacto profundo en el futuro estado de salud y nutrición del bebé que vendrá en camino.

Antes del embarazo, las mujeres obesas ($IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$) tienen mayor dificultad para embarazarse en comparación con las mujeres de peso normal ($IMC < 25 \text{ Kg/m}^2$). También, ahora es conocido que el IMC (índice de masa corporal) antes del embarazo de la madre junto con la prevención de una ganancia excesiva de peso son los mayores determinantes de la salud de ella y el bebé en formación. (Mazariegos, 2017)

La obesidad en el embarazo es un conflicto para la salud pública, pues incrementa los riesgos obstétricos y neonatales. El sobrepeso en la mujer en edad fértil ha aumentado el doble en los últimos 30 años, y el número de gestantes con obesidad también se encuentra en aumento. El sobrepeso y la obesidad materna están asociados a múltiples complicaciones principalmente trastornos hipertensivos y Diabetes Gestacional además de otras como ser aborto espontáneo, parto pretermino, muerte fetal intrauterina, macrosomía fetal, alteraciones del trabajo de parto y mayor tasa de cesáreas. (Bustillo, 2016)

Complicaciones originadas en la obesidad durante el embarazo

Tener sobrepeso u obesidad antes y durante el embarazo aumenta el riesgo de complicaciones en el embarazo. Las mujeres obesas tienen un mayor riesgo de aborto involuntario y también aumenta el riesgo de parto prematuro o muerte temprana. Por otra parte, las complicaciones en el parto son una consecuencia comúnmente observada en las madres obesas, lo que aumenta la probabilidad de parto por cesárea de emergencia.

Las mujeres obesas también suelen tener dificultades para iniciar y mantener la lactancia. Además, los bebés nacidos de mujeres obesas son más propensos a tener defectos congénitos (por ejemplo, espina bífida, defectos del corazón). (GeoSalud, 2015)

• Diabetes mellitus

Tanto si la producción de insulina es insuficiente como si existe una resistencia a su acción, la glucosa se acumula en la sangre (lo que se

denomina hiperglucemia), daña progresivamente los vasos sanguíneos (arterias y venas) y acelera el proceso de arteriosclerosis aumentando el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular: angina, infarto agudo de miocardio (así como sus complicaciones y la mortalidad posterior al infarto) y la muerte cardíaca súbita. El riesgo cardiovascular de una persona diabética de padecer un evento cardiovascular se iguala al de una persona no diabética que haya tenido un infarto.

También incrementa la posibilidad de enfermedad cerebrovascular o afectación de las arterias periféricas. Para entrar en el cerebro la glucosa no necesita insulina, ya que penetra directamente desde la sangre. Mantener unos niveles constantes de glucosa en la sangre (entre 60-110 mg/dl) evita que se produzcan daños a nivel del sistema nervioso. (corazon, 2017)

La diabetes durante el embarazo aumenta la morbimortalidad materna y fetal. Los neonatos tienen riesgo de distrés respiratorio, hipoglucemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, policitemia e hiperviscosidad. El mal control de una diabetes previa o gestacional durante la organogénesis (hasta alrededor de las 10 semanas de la gestación) aumenta el riesgo de malformaciones congénitas mayores y de aborto espontáneo. El mal control de la diabetes después de ese momento aumenta el riesgo de macrosomía fetal (en general, definida como un peso fetal > 4000 g o > 4500 g en el momento del nacimiento), preeclampsia, aborto espontáneo y distocia de hombros. Sin embargo, la diabetes gestacional puede producir una macrostomia fetal aunque la glucosa sanguínea se mantenga normal. (Lara A. Friel, 2016)

Diabetes Mellitus en el embarazo Tipo 1:

Hay mucho que considerar al intentar embarazarse o estar embarazada siendo una mujer con diabetes tipo 1. Existe, por supuesto, el deseo maternal de hacer todo lo que puedas por tu futuro bebé para que pueda tener la mejor vida posible. Un embarazo ideal es el embarazo a término completo y sin complicaciones, siendo el resultado un bebé saludable y feliz.

Tener diabetes tipo 1 no significa que no puedes tenerlo; solo significa que tienes que ser más observadora, más preparada debido a mayores riesgos relacionados con esta enfermedad. Pero eres una persona con diabetes tipo 1, así que ya sabes que hacer. De hecho, lo has estado haciendo desde el “día D”. ¡Así que respira profundo y confía en ti!

Todos los embarazos corren el riesgo de tener complicaciones, pero tener diabetes tipo 1 te hace más susceptible a unos riesgos específicos. (Strand, 2017)

Diabetes Mellitus en el embarazo Tipo 2:

La diabetes mellitus tipo 2 es un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia (nivel alto de azúcar en la sangre) en el contexto de resistencia a la insulina y falta relativa de insulina;² en contraste con la diabetes mellitus tipo 1, en la que hay una falta absoluta de insulina debido a la destrucción de los islotes pancreáticos.³ Los síntomas clásicos son sed excesiva, micción frecuente y hambre constante. La diabetes tipo 2 representa alrededor del 90 % de los casos de diabetes, con el otro 10 % debido principalmente a la diabetes mellitus tipo 1 y la diabetes gestacional. Se piensa que la obesidad es la causa primaria de la diabetes tipo 2 entre personas con predisposición genética a la enfermedad (aunque este no es el caso de las personas con ascendencia de Asia Oriental). (Wikipedia, 2018)

- Parto prolongado.

También conocido como falta de progreso o embarazo prolongado, se produce cuando el parto dura aproximadamente 20 horas o más si eres primer madre, y 14 horas o más si usted previamente ha tenido otro hijo. Una fase latente prolongada ocurre durante la primera etapa del parto. Puede ser agotado y emocionalmente drenado, pero conduce complicaciones muy raramente.

Sin embargo, parto prolongado durante la fase activa de parto, puede ser motivo de preocupación. Si usted experimenta falta de progreso, su médico

comenzará a ejecutar las pruebas para determinar la causa. (Pregnancy E. A., 2015)

Tratamiento del Parto prolongado:

Oxitocina, Cesárea por desproporción fetopelviana o disfunción hipotónica intratable. A veces, parto instrumentado durante la segunda etapa del trabajo de parto. Si la primera y segunda etapa del trabajo de parto procede lentamente y el peso fetal es < 5.000 g (< 4.500 g en mujeres diabéticas), el trabajo de parto puede potenciarse con oxitocina, que es el tratamiento de la disfunción hipotónica. Si se restablece el progreso, el trabajo de parto puede proceder. Si no, puede haber una desproporción fetopelviana o una disfunción hipotónica intratable, y puede requerirse una cesárea. En un trabajo de parto en la segunda etapa, maniobras con fórceps o un extractor por vacío pueden ser apropiadas después de valorar el tamaño fetal, la presentación y la estación (2 cm por debajo de las espinas isquiáticas maternas [+2] o más bajo) y también la pelvis materna. La disfunción uterina hipertónica es difícil de tratar, pero el reposicionamiento, los tocolíticos de acción corta (p. ej., terbutalina 0,25 mg IV 1 vez), interrumpir la oxitocina si está usándose y los analgésicos pueden ayudar. (Moldenhauer, 2017)

Macrosomia fetal:

Se considera que alrededor del 5% de los recién nacidos pesan más de 4.000 gramos y un 0,05% más de 4.500 gramos, y se denominan macrosómicos. El feto macrosómico, por su mayor volumen, puede causar distocia del estrecho superior al no permitir el descenso y el encajamiento, o en el estrecho inferior, dando origen a la distocia de hombros (Schwarcz, 2017)

Macrosomía fetal en Madre no Diabética:

La macrosomía fetal (peso al nacer igual o mayor de 4 000, 4 200, 4 250, 4 500 gramos) constituye una indudable condición de riesgo para la embarazada y su hijo. A pesar de que se reconoce unánimemente que existe una relación de tipo causal entre la diabetes mellitus y la macrosomía, la mayoría de tales perinatos nacen de gestantes no diabéticas. De hecho, han sido identificados factores diversos, que pueden condicionar ese patrón de crecimiento, y así se citan: rasgos de carácter hereditario (genes de la obesidad y leptina, su estructura químico-proteica), edad materna avanzada, malnutrición por exceso en la captación, según el índice de masa corporal (IMC); ganancia exagerada de peso materno durante el embarazo; paridad numerosa; antecedente de hijos macrosómicos; bajo nivel de actividad física; edad gestacional al parto; sexo del perinato y obesidad materna. (MsC. Abelardo Salvador Toirac Lamarque, 2015)

Aunque se han propuesto diversos sistemas para su predicción,⁹⁻¹¹ el diagnóstico prenatal continúa siendo un ejercicio de valor "pobre" o "impreciso".^{12,13} En suma, resulta imprescindible que para cada población e individuo se practique una acuciosa valoración epidemiológica y clínica de los progenitores -- básicamente, la madre -- y del perfil clínico-ecográfico del crecimiento fetal, que proporcione al médico generalista y al obstetra-perinatólogo el acercamiento necesario a una presunción diagnóstica útil que, a su vez, permita estructurar la conducta adecuada.

Hidrocefalia:

La hidrocefalia también puede presentarse después de nacer. Esto se llama hidrocefalia adquirida. Puede ocurrir a cualquier edad. Las causas pueden incluir traumatismos en la cabeza, derrames cerebrales, infecciones, tumores y hemorragia cerebral. (Rockville Pike, 2018).

El líquido cefalorraquídeo, generalmente, fluye a través de los ventrículos y cubre el cerebro y la columna vertebral. Sin embargo, la presión de

demasiado líquido cefalorraquídeo que se produce a causa de la hidrocefalia puede dañar los tejidos cerebrales y provocar una variedad de deterioros en la función cerebral.

La hidrocefalia puede aparecer a cualquier edad, pero generalmente se presenta en bebés y en adultos de 60 años o más. El tratamiento quirúrgico para la hidrocefalia puede restaurar los niveles de líquido cefalorraquídeo en el cerebro y mantenerlos normales. Por lo general, se requieren diversas terapias para controlar los síntomas o los deterioros funcionales que se generan a causa de la hidrocefalia. (Clinic, 2017)

¿Cómo se trata la hidrocefalia?

A pesar de los avances tecnológicos logrados hasta el momento, el tratamiento de la hidrocefalia en ocasiones es un reto. Siendo necesario el manejo por médicos expertos con buen criterio para abordar a pacientes portadores de esta enfermedad.

El tratamiento más frecuentemente utilizado en la actualidad es la colocación de un tubo de silicona (Sistema de derivación de LCR), específicamente diseñado para drenar el líquido acumulado en el cráneo y desviarlo a otra parte del cuerpo, en la mayoría de las veces al abdomen, donde este se eliminara a través del torrente sanguíneo.

Desgraciadamente el sistema de derivación tiene una vida media útil de aproximadamente 2 a 3 años, lo que quiere decir que, en este tiempo el paciente requerirá una nueva intervención quirúrgica para cambiar el sistema por uno nuevo. (Fdez, 2018)

Gemelos unidos o siameses:

La mitad de los casos de embarazos gemelares presenta ambos bebés en posición cefálica, mientras que la otra mitad presenta al primer bebé en esa posición y al segundo de nalgas. Dada esa situación (y aunque la posición puede variar tras la salida del primero) es importante asegurarse de que en el sitio elegido para dar a luz se atiendan partos de nalgas. El 20% restante comprende casos tales como presentaciones del primer bebé en posición podálica o partos múltiples de más de dos bebés en cuyo caso se debe

evaluar, como se ha reseñado anteriormente, la salud materno-fetal y las opciones reales de que disponga la mujer de ser atendida según la formación de los profesionales disponibles. Actualmente en España es poco común, por no decir casi inviable que un parto de más de dos bebés ocurra por vía vaginal. En otros países del mundo dichos partos son posibles, situación que confirma una limitación más bien geográfica y de formación profesional y no de existencia de patología en todos los casos de nacimientos múltiples que ocurren por cesárea (Noble, 2015)

Actualmente, con el uso de la ecografía, el embarazo gemelar (o de 3 o más fetos) se diagnostica precozmente, hacia la semana 5 en la ecografía vaginal, donde se puede observar la existencia de una o varias imágenes; si se utiliza una ecografía abdominal el diagnóstico se retrasa 1 semana. Según las características de la ecografía se podrá confirmar también el tipo de embarazo gemelar. El aumento de peso de la mujer que presenta un embarazo gemelar es mayor que el embarazo único, siendo, en general, de aproximadamente 14-15 kilogramos. En el caso de trillizos el aumento de peso es más acusado, entre 19 y 23 kilogramos.

Posiblemente sea el útero el órgano que sufre lógicamente más cambios para poder albergar dos o más fetos. Este crecimiento aumentado se pone de manifiesto ya a partir de los siete meses, donde el volumen del embarazo gemelar es igual que el de un embarazo único al final de la gestación. (ginecologica, 2016)

2.1.1 Marco conceptual.

Hay varias anomalías del trabajo de parto que interfieren con el avance ordenado del parto espontáneo.

Anomalías

Defectos congénitos son también conocidos como “defectos de nacimiento” y son alteraciones estructurales o funcionales, visibles o no, que están presentes desde el nacimiento. En general, son de una severidad tal que suelen ser detectados durante los primeros días después del nacimiento e, incluso, en muchas ocasiones prenatalmente. Debido a su gravedad y frecuencia tienen un alto impacto en la salud pública materno-infantil y, para algunas de ellas, existe un potencial importante para la prevención primaria. (Nación, 2018)

Congénitos

Son también conocidos como “defectos de nacimiento” y son alteraciones estructurales o funcionales, visibles o no, que están presentes desde el nacimiento. En general, son de una severidad tal que suelen ser detectados durante los primeros días después del nacimiento e, incluso, en muchas ocasiones prenatalmente. Debido a su gravedad y frecuencia tienen un alto impacto en la salud pública materno-infantil y, para algunas de ellas, existe un potencial importante para la prevención primaria. (Argentina, 2018)

Contracciones:

Las contracciones son movimientos musculares en el útero que preparan tu cuerpo para el nacimiento de tu bebé. El útero es un músculo, y como tal, tiene una fase de contracción y otra de relajación. Al contraerse, se produce presión en la parte superior de tu útero. La presión se extiende hacia todo el órgano para empujar al bebé hacia el canal cervical, que conecta el útero a la vagina.

La señal más clara de que estás experimentando una contracción es el endurecimiento de tu abdomen. Si son contracciones de parto verdadero, lo más probable es que también sientas dolor. (Español., 2017)

Deflexión:

Extensión de la cabeza del feto durante el parto. (Lasa, 2017)

Detección:

Detección es el producto de la acción de detectar, o sea de localizar algo que es difícil de observar a simple vista, o de advertir; es lo que no se muestra evidente.

La detección de todo tipo de problemas es sumamente importante para encarar tareas de resolución. La detección de fallas en aparatos o maquinarias, antes de que sean sus consecuencias irreversibles, se logra con el mantenimiento preventivo. (Deconceptos.com, 2018)

Discapacidad:

Las discapacidades dificultan la realización de las actividades cotidianas normales. Pueden limitar lo que puede hacer física o mentalmente. Discapacidad no significa incapacidad y no es una enfermedad. La mayoría de las personas con discapacidades puede trabajar, jugar, aprender y gozar de una vida saludable y plena, y de hecho lo hacen. Los aparatos para movilidad asistida y la tecnología asistencial pueden hacer más fáciles las tareas diarias. (Plus, 2017)

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 (Willians Obstetricia 24 edicion, 2015)

Descenso vaginal:

El descenso vaginal es una enfermedad donde los órganos internos que integran la vagina salen a través del introito o entrada de ésta. Cuando la mujer empieza a presentar un cuadro de pesadez vaginal, salida involuntaria de la orina, dolor en las caderas, estreñimiento, gases vaginales, dolor en las relaciones sexuales y humedad, se puede diagnosticar que padece de descenso. A pesar de estas indeseables consecuencias, hoy en día las mujeres pueden seguir una serie de hábitos preventivos. (Guzman, 2016)

Embarazo:

El embarazo es el periodo mediante el cual se gesta y desarrolla un embrión, este lapso de tiempo es de aproximadamente 9 meses en seres humanos, en animales, existe una variedad muy nutrida de tiempos en los cuales se desarrolla el feto. El embarazo comienza a transcurrir desde que el espermatozoide fecunda el ovulo, el espermatozoide es donado por el hombre o macho y el ovulo es aportado por la mujer. Durante el embarazo se incluyen una serie de interacciones entre los nutrientes que aporta la madre y el feto, se desarrollan todo tipo de mecanismos a fin de darle a la cría forma y seguridad.

El embarazo representa una compleja sintomática en la hembra, en el caso de los humanos, la ausencia del periodo menstrual es la característica mas común para identificar un embarazo, los estudios que se realizan para comprobar que se trata de una gestación son básicamente con los fluidos como la orina o líquidos que expulsa la mujer por la vagina, ya que la llegada de un bebe a la barriga de mama representa un importante cambio en la química del cuerpo. (Concepto definicion.de, 2017)

Embrionarios:

El desarrollo embrionario o embriogénesis es el proceso por el cual el embrión se forma y se desarrolla. En mamíferos, el término se refiere principalmente a las primeras etapas del desarrollo prenatal, mientras que los términos feto y desarrollo fetal describen etapas posteriores. La embriogénesis comienza con la fertilización del óvulo (óvulo) por una célula espermática (espermatozoide). Una vez fertilizado, el óvulo se conoce como un cigoto, una sola célula diploide. El cigoto sufre divisiones mitóticas sin crecimiento significativo (un proceso conocido como escisión) y la diferenciación celular, lo que lleva al desarrollo de un embrión multicelular. (conceptodedefinicion.de, 2018)

Fórceps:

Es una herramienta obstétrica que intenta simular el mecanismo de un parto normal. Dispone de dos palas o ramas de metal que, el sector medio, se articulan entre sí. En un extremo presenta los mangos, mientras que en el otro dispone de cucharas curvas que se adaptan a la cabeza del niño y a la curvatura de la pelvis de la mujer. Lo que permite el fórceps, en definitiva, es el desarrollo de un parto vaginal asistido, en el cual el médico recurre al instrumento para mover al niño en la vía del parto y guiarlo hacia el exterior. De manera simultánea, la madre se encarga de empujar. (Porto, 2017)

Incidencia:

En la terminología científica, especialmente en el ámbito de la epidemiología, se usa este término en referencia a la presencia de una enfermedad en el conjunto de una población determinada. (Morrie, 2018)

Infecciones:

Las infecciones o enfermedades infecciosas son el producto de la invasión de un microorganismo o microbio patógeno al organismo, los cuales

aprovechan los recursos de este para su propia existencia y multiplicación. De esta manera afectan al organismo completo.

El agente invasor puede entrar por la boca, por una herida en la piel o mucosas, y alterar las funciones del organismo. La fiebre es uno de los principales síntomas de las infecciones, y aparece en un período de tiempo corto. (Romero, 2018)

Malformación:

La malformación congénita es un defecto en la anatomía del cuerpo humano, o en el funcionamiento de los órganos o sistemas del mismo, que se manifiesta desde el momento del nacimiento. ... Según en qué momento del desarrollo del feto actúe, el defecto afectará a un órgano u otro, y con diferente gravedad y pronóstico (Jimenez, 2017)

Morbilidad:

El término morbilidad es un término de uso médico y científico y sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones. (Cusma, 2016)

Morbimortalidad:

Para entender de qué se trata la morbimortalidad, debemos desmenuzar esta palabra en dos partes: por un lado, tenemos la parte “morbi” que proviene de morbilidad y hace referencia a la cantidad de personas que enferman en una población determinada en un lapso determinado, por ejemplo en un año. Por otro lado, tenemos la parte “mortalidad” que se refiere a la cantidad de muertes o defunciones que se registraron en una población determinada y en un período temporal determinado. Así, podemos concluir

que la morbimortalidad es la muerte causada por enfermedades. A partir de esto, podemos obtener datos interesantes, aunque también lamentables o alarmantes, respecto a la calidad del sistema de salud, ya sea estatal o privado, o más bien el sistema de salud en su conjunto en un país o región determinada. (Cusma, 2016)

Mortalidad:

El termino Mortalidad se refiere en parte a la calidad de mortal; es decir, de lo que ha de morir o está sujeto a la muerte, todo lo contrario a la vida. La mortalidad en el ámbito demográfico, es la relación que existe entre el número de defunciones ocurridas durante un tiempo determinado, por lo general un año, y la población total de una entidad geográfica cualquiera. El fenómeno de la mortalidad se expresa a través de la tasa o índice de mortalidad, la cual puede definirse como el número de muertos por cada mil habitantes en relación con la población total a lo largo de un periodo establecido. Se suele expresar en tanto por ciento o tanto por mil. (Definistas, 2015).

Posición:

Esta misma posición anatómica estándar, si el cuerpo está situado en una mesa de disección, implica que lo que con anterioridad observaba hacia delante pasa a mirar hacia arriba, mientras que lo que observaba hacia atrás, mira actualmente hacia abajo.

Además de la citada podemos establecer que existen una serie de posiciones anatómicas que están consideradas como fundamentales o más importantes. (definicion.de, 2017)

2.1.2 Antecedentes investigativos.

La distocia fetal es un problema o una posición que obstruye el parto. El diagnóstico se realiza mediante el examen, la ecografía o la respuesta al trabajo de parto. El tratamiento se realiza con diferentes maniobras físicas de reposicionamiento del feto, parto operatorio por vía vaginal o cesárea. (Julie S. Moldenhauer M. M., 2017)

Las tasas de cesáreas están aumentando de manera acelerada en los últimos años (Yudkin PL, 2014). Si bien conocemos que existen diferencias geográficas, en Latinoamérica tanto en el aumento de las tasas (Notzon FC, 2015). Por esta razón es motivo de controversia la relación entre la elevada tasa de operación cesárea y los índices de morbilidad y mortalidad perinatal, teniendo aún dudas acerca de los potenciales efectos adversos de la intervención, la mayoría de los estudios apuntan a un efecto real en las siguientes gestaciones, especialmente cuando estas se resuelven por la vía vaginal (Lydon-Rochelle M, 2014)

Como uno de los factores que influyen en las distocias de presentación, es en un mayor porcentaje en adolescentes, la revista Cubana de Obstetricia y Ginecología enfatiza en el tema, Se realiza un extenso análisis sobre las características inherentes a las adolescentes embarazadas, y se enfatiza en los riesgos del embarazo en esta etapa de la vida. Se destacan, entre otros, aspectos relacionados tanto con la morbilidad materna como con la perinatal. Se concluye que sólo con una política orientada a la educación sexual y sanitaria de las nuevas generaciones podría lograrse en el futuro mejorar los indicadores relacionados con la incidencia de embarazos en esta etapa de la vida, para mejorar así los resultados perinatales. (Quiroz, 2016).

2.2 Hipótesis.

2.2.1 Hipótesis general.

Las distocias de presentación durante el parto están íntimamente relacionadas a la morbi-mortalidad materno-fetal en gestantes atendidas en el Hospital General Martín Icaza, primer semestre, 2018.

2.2.2 Hipótesis específicas.

1. Las distocias de presentación durante el parto y se relacionan con la morbi-mortalidad materno fetal en gestantes atendidas en el hospital general Martín Icaza, primer semestre, 2018.
2. Si se difunden las estrategias Obstétricas se disminuiría la relación de las distocias de presentación durante el parto con la morbi-mortalidad materno-fetal en gestantes atendidas en el hospital general Martín Icaza, primer semestre, 2018.

2.3 Variables.

2.3.1 Variables Independientes.

- Morbi-mortalidad Materno y fetal.

2.3.2 Variables Dependientes.

- Distocias de Presentación.

2.3.3 Operacionalización de las variables.

Variable	Definición conceptual	Dimensión o categoría	indicador	Índice
Morbi-mortalidad materno y fetal	“Morbi” que proviene de morbilidad y hace referencia a la cantidad de personas que enferman en una población determinada, y “mortalidad” que se refiere a la cantidad de muertes o defunciones que se registraron en una población determinada. Así, podemos concluir que la morbimortalidad es la muerte causada por enfermedades (Cusma, 2016)	Procesos patológicos	MATERNO Anomalías de la pelvis ósea. Ruptura Uterina. FETALES Oligoamnios Meconio	% de pacientes atendidas por distocias de presentación
Distocias de Presentación	El término distocia significa de forma literal <i>trabajo de parto difícil</i> 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 (Willians Obstetricia 24 edición, 2015)	Procesos patológicos	Presentaciones distócicas: De cara Podálica Cefálica De Hombros	% de pacientes atendidas por distocias de presentación

CAPITULO III.

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de investigación

EL presente trabajo se baso en artículos médicos, revistas, revisión bibliográfica en google académico.

Se elaboro el marco teórico en base a la información de bases de datos de revistas indexadas existentes en google, se solicito autorización para acceder a archivos, se observo los datos obtenidos se selecciono en base a las variables y se sometió a las pruebas estadísticas

3.2 Modalidad de investigación:

La investigación sobre distocias de presentación durante el parto y su relación con la morbi-mortalidad materno-fetal en gestantes atendidas en el hospital general Martín Icaza, primer semestre, 2018 es descriptiva, retrospectiva, observacional.

3.3 Tipo de Investigación:

La investigación sobre distocias de presentación durante el parto y su relación con la morbi-mortalidad materno-fetal en gestantes atendidas en el hospital general Martín Icaza, primer semestre, 2018 es de tipo no experimental-cuantitativa

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información

3.4.1 Técnicas:

Observación de las bases de datos de estadística del Hospital Martín Icaza y revisión bibliográfica de las bases de datos de revistas indexadas y en la web.

3.4.2 Instrumento:

Hoja de datos de Excel en el que se vaciara la información contenida en la base de datos de área de estadística del hospital Martín Icaza de acuerdo a las variables de estudio.

3.5 Población y Muestra de Investigación

3.5.1 Población.

Conformado por la cantidad de pacientes que se atendieron en el Hospital Martín Icaza durante el primer semestre del 2018 aproximadamente 430 pacientes diarios, tanto en el área de consulta externa, y emergencia.

3.5.2 Muestra.

En el Hospital General Martín Icaza se atendieron 180 pacientes, que presentarían Distocias de Presentación durante el parto durante el primer semestre del 2018. La muestra se obtuvo de la base de datos del Hospital el mismo que se basó en las estadísticas para la realización del presente proyecto.

3.7 Recursos.

3.7.1 Recursos humanos.

RECURSOS	NUMERO
Tesista	1
Área de estadística del Hospital Martín Icaza.	1
Estadístico.	1
Tutor.	1

3.7.2 Recursos económicos.

Recursos	Inversión
Internet	28
Copias B/N - Color	15
Impresiones	20
Transporte	17
Alimentación	20
Anillado	2
Alquiler de equipo de informática	3
TOTAL	105

3.8 Plan de tabulación y análisis.

Para el análisis estadísticos de los datos acerca de las distocias de presentación y su relación a la morbimortalidad materna y neonatal se realizo la observación de las bases de datos de estadística del Hospital Martin Icaza, se utilizó una matriz en el programa de cálculo de Microsoft Excel en el cual se utilizo una hoja de datos donde se determino las variables de estudio previamente identificadas para poder obtener los resultados de la investigación de acuerdo a los objetivos de estudio.

3.8.1 Base de datos.

En una Hoja de datos de Excel se organizaron 180 registros de usuarias atendidas en la sala de ginecoobstetricia del Hospital General Martin Icaza que presentaron distocias de presentación durante su trabajo de parto de acuerdo a las variables de estudio. Lo que permitió observar el comportamiento de los datos e identificar las principales distocias y relacionarlas a la morbi-mortalidad materna y fetal.

3.8.2 Procesamiento y análisis de los dato.

El procesamiento de datos para la identificación de las principales distocias de presentación y poder relacionarlas a la morbimortalidad materna y neonatal se utilizaron tablas para la representación grafica de los datos de las variables en estudio.

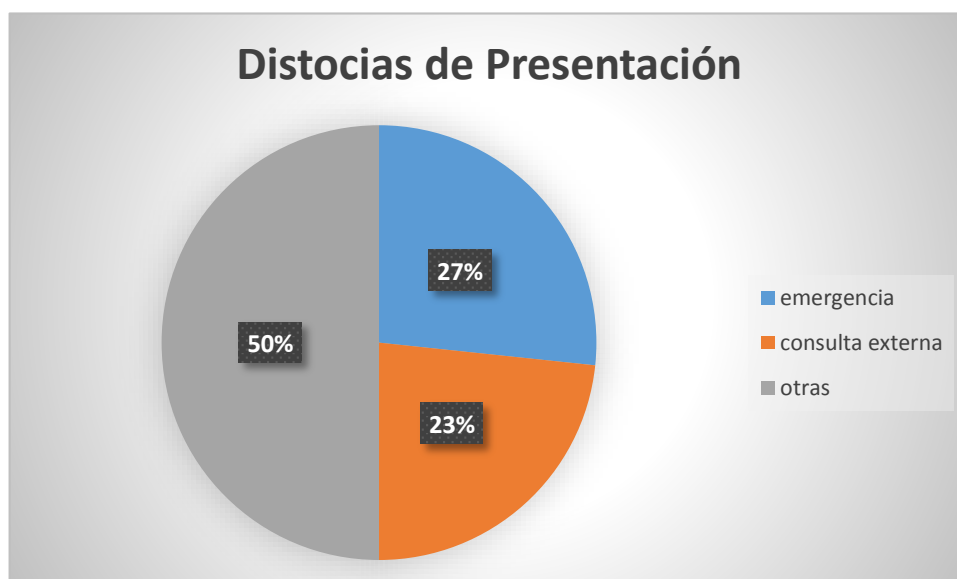
CAPITULO IV

4 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1 Resultados obtenidos de la investigación.

Grafico#1

Durante el periodo de estudio (Enero 2018- a Junio 2018), se obtuvieron 430 pacientes gestantes en el área de ginecología, tanto en consulta externa como en emergencia de las cuales 180 presentaron distocias de presentación lo cual representa el 41,86%.

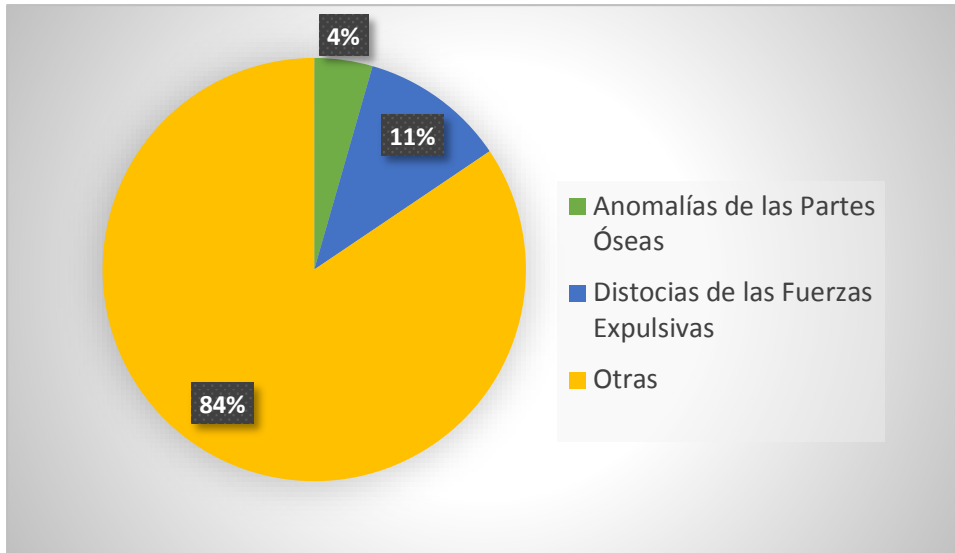


FUENTE: Archivos de estadística Hospital General Martín Icaza

ELABORADO: Autor

Grafico#2

DISTOCIAS DE CANAL DEL PARTO



Durante el periodo de estudio (Enero 2018- a Junio 2018), se obtuvieron 430 pacientes gestantes en el área de ginecología, tanto en consulta externa como en emergencia de las cuales 180 presentaron distocias de presentación lo cual representa el 18%. En esta grafica se observan las anomalías producidas por las distocias de presentación debido al canal del parto, de los presentes casos estudiados el 5% presentaron anomalías de las partes óseas, el 11% distocias de las fuerzas expulsivas.

FUENTE: Archivos de estadística Hospital General Martín Icaza

ELABORADO: Autor

Grafico#3

DISTOCIAS DE ORIGEN FETAL

Las malformaciones fetales, tamaño fetal, es un factor predisponente que originan las distocias de presentación durante el parto, debido a estos factores mediante el siguiente grafico demostraremos el índice de aquellos.



El Grafico# 3 representa el 8% el tamaño fetal, y el 3% malformaciones fetales.

Debido a estas se recomienda realizar ecografías oportunas y eficaces durante y antes el trabajo de parto, mediante controles prenatales, ecografías mensuales, del profesional de la salud capacitado.

FUENTE: Archivos de estadística Hospital General Martín Icaza

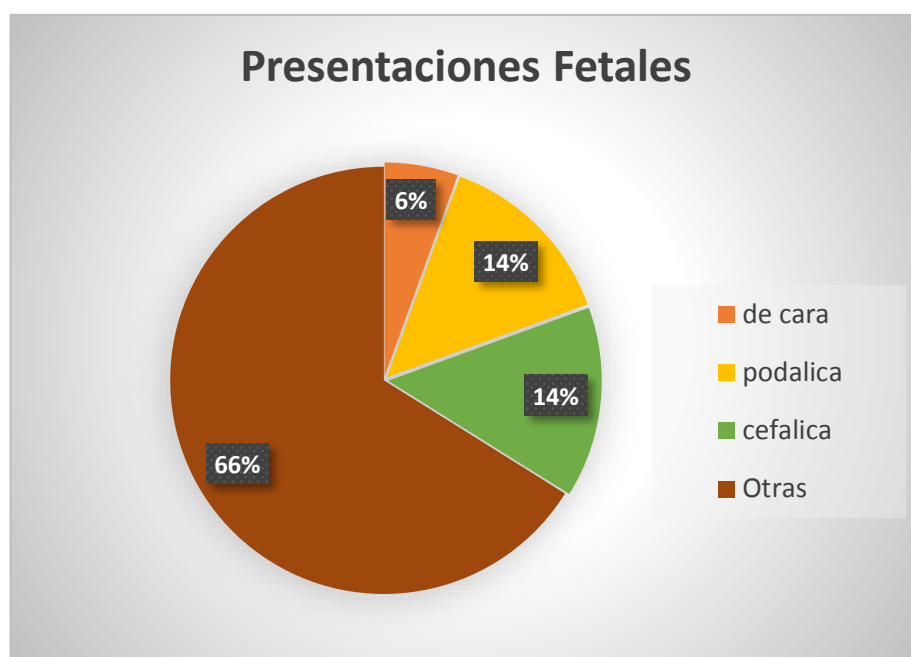
ELABORADO: Autor

Grafico#4

PRESENTACIONES FETALES

El parto de nalgas se considera como un parto distócico, es decir, parto patológico, por lo que se procede a realizar la cesárea segmentaria ante esta presentación.

Durante el parto se presentan las diferentes distocias, tanto posición cefálica, podálica, de cara



En el grafico # 4 demuestra que la posición cefálica tiene un 14%, Podalica con un 14%, y la presentación de cara un 6%.

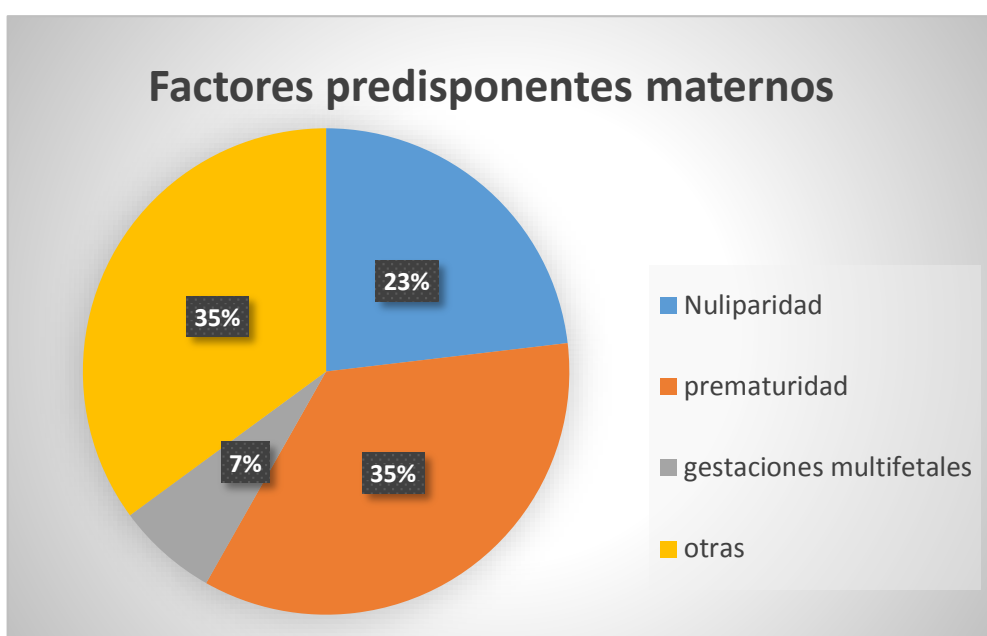
FUENTE: Archivos de estadística Hospital General Martín Icaza

ELABORADO: Autor

Grafico # 5

FACTORES PREDISPONENTES MATERNOS

Los factores que influyen en las distocias de presentación, es la nuliparidad, prematuridad y gestaciones multifetales. A continuación explicaremos mediante la grafica el porcentaje en nuestra investigación



El Grafico#5 la Nuliparidad tiene un 17%, la prematuridad el 26%,mientras que el 5% fueron gestaciones multifetales

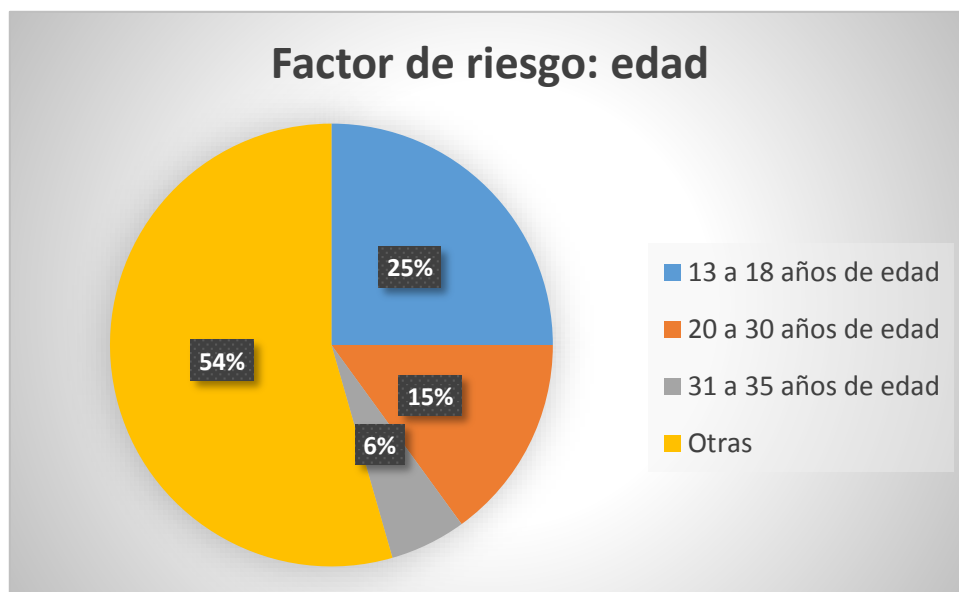
FUENTE: Archivos de estadística Hospital General Martín Icaza

ELABORADO: Autor

Gráfico # 6

FACTOR DE RIESGO: EDAD

Podemos observar en el grafico # 5 que la gran cantidad de pacientes adolescentes gestantes de 13 a 18 años, seguido por grupo de pacientes gestantes de 20 a 30 años. Mientras que las gestantes con la edad de 31 a 35 años de presentaron un índice menor.



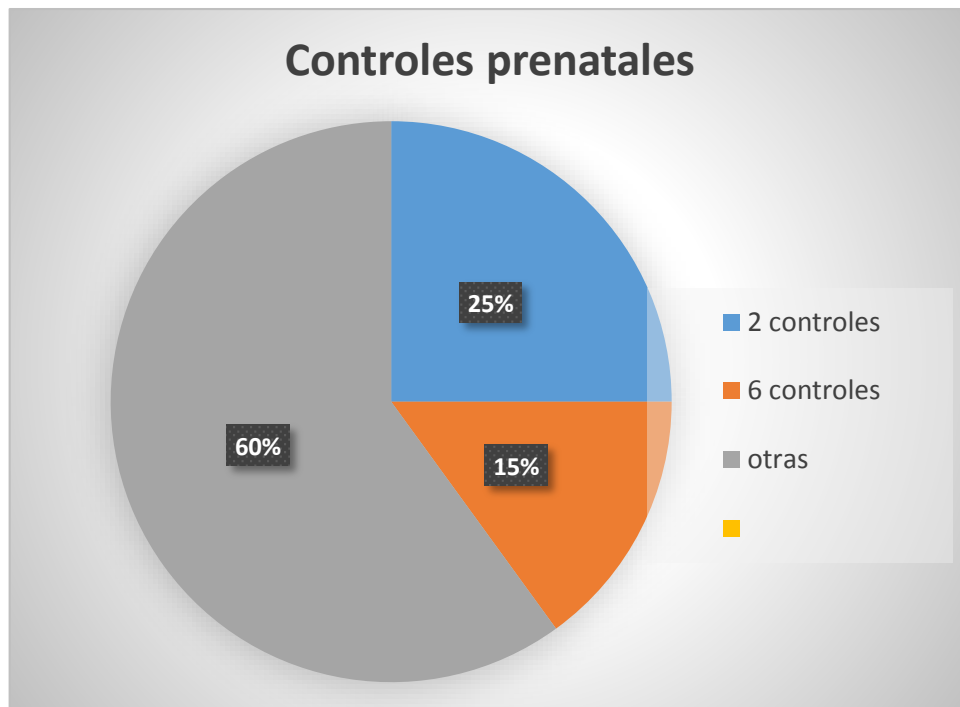
En la presente grafica se observan los factores de riesgo por las distocias de presentación debido al canal del parto, de los presentes casos estudiados el 25% fueron pacientes de 13 a 18 años de edad, el 15% de 20 a 30 años de edad, el 6% de 31 a 35 años de edad

FUENTE: Archivos de estadística Hospital General Martín Icaza

ELABORADO: Autor

Gráfico N# 7.

CANTIDAD DE CONTROLES PRENATALES QUE RECIBIERON LAS GESTANTES.



En el presente gráfico podemos observar que el promedio de consultas en la que acudieron las gestantes al centro de salud, de las cuales, las que se realizaron 2 controles fueron el 25%, mientras que las que se realizaron 6 controles fueron el 15%.

FUENTE: Archivos de estadística Hospital General Martín Icaza

ELABORADO: Autor

4.2 Análisis e interpretación de datos

- **Gráfico Nº 1:** Durante el periodo de estudio (Enero 2018- a Junio 2018), se obtuvieron 430 pacientes gestantes en el área de ginecología, tanto en consulta externa como en emergencia de las cuales 180 presentaron distocias de presentación lo cual representa el 41,86%.

Mientras que en una investigación realizada en el Hospital de Loja se obtiene como resultados 210 pacientes presentaron distocias de Presentación teniendo como alto porcentaje el índice de incidencia en nuestras pacientes gestantes ecuatorianas.

- **Gráfico Nº 2:** En esta grafica se observan las anomalías producidas por las distocias de presentación debido al canal del parto, de los presentes casos estudiados el 5% presentaron anomalías de las partes óseas, el 11% distocias de las fuerzas expulsivas.

Realizando la comparación con un Proyecto de Tesis ejecutado en Chile se concluyo que las anomalías de las partes es tiene un índice menor ya que se realiza una detección oportuna, al momento de examinar a la paciente, teniendo como porcentaje un 4% por anomalías de las partes óseas, mientras que las distocias de las fuerzas expulsivas, debido a la anormalidad o a la falta de colaboración al momento del parto no se realiza de manera existosa teniendo un 20% de incidencia

- **Gráfico N° 2:** representa el 8% el tamaño fetal, y el 3% malformaciones fetales. Debido a estas se recomienda realizar ecografías oportunas y eficaces durante y antes el trabajo de parto, mediante controles prenatales, ecografías mensuales, del profesional de la salud capacitado.

Las malformaciones fetales es uno de los problemas mas comunes que suelen presentarse al momento de la gestación, mientras no son identificados en correcto estadio tiene un efecto colateral como son las distocias de presentación, al momento de realizar la comparación con investigaciones y proyectos similares a nuestro tema, concluimos que las distocias de tamaño fetal tiene un índice del 15% en América Latina

- **Gráfico N° 4:** En el grafico # 3 demuestra que la posición cefálica tiene un 14%, Podalica con un 14%, y la presentación de cara un 6%.

Debido a que los factores que influyen las distocias de presentación en un alto porcentaje son las inadecuadas posiciones fetales, como podemos conocer hay varios tipos de distocias de presentación como son la podálica, cefálica, transversa y de cara.

Realizando los estudios respectivos en un proyecto de Estudio en la Universidad de Guayaquil obtuvimos que la presentación podálica presenta un 20%, mientras que la presentación de cara tiene un índice igual a nuestra investigación del 6% siendo el menos frecuente

- **Gráfico N° 5:** la Nuliparidad tiene un 17%, la prematuridad el 26%, mientras que el 5% fueron gestaciones multifetales.

Un estudio realizado en la Universidad de Guayaquil nos demuestra que las gestaciones multifetales, es decir parto gemelar tiene un índice de incidencia en nuestras pacientes, mientras que la prematuridad tiene alto porcentaje debido a que las gestaciones en adolescentes precoces ah ido aumentando de manera impresionante, a pesar de que el ministerio de Salud Publica, realiza charlas y medidas preventivas tantos en los centros educativos, como en los centros de Salud

- **Gráfico N° 6:** En la presente grafica se observan los factores de riesgo por las distocias de presentación debido al canal del parto, de los presentes casos estudiados el 25% fueron pacientes de 13 a 18 años de edad, el 15% de 20 a 30 años de edad, el 6% de 31 a 35 años de edad.

Una vez más tenemos y concluimos que nuestras adolescentes es un grupo de vulnerabilidad, teniendo así como factor de riesgo su edad

- **Gráfico N° 7:** En el presente grafico podemos observar q el promedio de consultas en la que acudieron las gestantes al centro de salud, de las cuales, las que se realizaron 2 controles fueron el 25%, mientras que las que se realizaron 6 controles fueron el 15%.

La falta de controles adecuados es un factor que tiene mayor influencia en nuestra población, debido a esto se realizan visiotas domiciliarias, en todos los subcentros de nuestro País, aun así las pacientes no toman las debidas precauciones adecuadas durante su gestación, El centro de Salud Montalvo se atienden 500 embarazadas

durante el primer semestre del 2018 teniendo como resultados que aquellas pacientes tienen un déficit de control adecuado y oportuno durante su gestación, concluyendo con un índice del 23% de pacientes que no se realizan los controles adecuados, oh empiezan su control ya en un periodo avanzado de su embarazo.

De esta manera refiriéndolas a centro de Salud de Mayor Complejidad como es el Hospital Martín Icaza.

4.3 Conclusiones

- Se encontró que las anomalías producidas por las distocias de presentación debido al canal del parto, de los presentes casos estudiados el 5% presentaron anomalías de las partes óseas, como es la estreches pélvica, que dificultan al momento del parto mientras que el 11% distocias de las fuerzas expulsivas.
- Las distocias de origen fetal es un factor predisponente que originan las distocias de presentación, debido a estos factores es importante la valoración oportuna durante el parto teniendo como índice el 8% su tamaño fetal y el 3% malformaciones fetales
- El antecedente principal de las distocias de presentación por lo general es causado por las presentación podálica teniendo como resultado de los estudios realizados el 14%, mientras que la posición de cara tiene un 6%
- Durante el estudio se pudo diferenciar que de distocias de presentación durante el parto en adolescentes de 13 a 18 años de edad, durante el periodo del primer semestre del 2018 Enero 2018 a Junio del 2018 fue de 25%
- Se diferencio que las pacientes de entre 20 y 35 años de edad, presentan un menor porcentaje de presentar distocias presentación durante el parto, teniendo como resultado el 15% de 20 a 30 años y el 6% de 31 a 35 años de edad

- El antecedente de nuliparidad se evidencio en un 23%, mientras que la prematuridad sigue prevaleciendo en un 35 %, se observó que la frecuencia embarazos gemelares tiene muy poco incidencia teniedo un 7%.
- Se evidencio que mientras mayor sea el número de controles prenatales que se realice la gestante menor es el riesgo de presentar distocias presentación
- Teniendo como resultado el 25% en donde las pacientes se realizaron 2 controles y el 15% 6 controles prenatales.

4.4 Recomendaciones

- La incidencia de las distocias de presentación durante el parto y su relación con la morbi mortalidad materno fetal, tiene mayor incremento en pacientes gestantes adolescentes, de tal manera se deberían dar mas charlas a aquellos grupos de pacientes para evitar riesgos durante su embarazo, y las distocias de presentación
- En las anomalías de las partes oseas es un factor que influyen a las distocias de presentación, es recomendado realizar la detección de la estreches pélvica mediante la palapacion, ecografías.
- Distocias de origen fetal se debe analizar de manera oportuna tan to el peso la talla y si presenta alguna malformación o patología el producto antes del nacimiento mediante las maniobras, ecografías del personal de Salud autorizado.
- El antecedente principal de las distocioas de presentación es la presentación podálica se puede detectar dicha posición antes del momento del parto, obteniendo asi una cesarea segmentaerea programada y no un parto distosico y traumatico de emergencia.
- Es evidente que las distocias de presentación en pacientes de 20 a 35 años de edad presentarían un menor porcentaje de distocias de presentación
- Como recomendación primordial, todas las gestantes deben realizarse los controles 'prenatales adecuados y oportunos, fecha a fecha para evitar asi presentar diferentes tipos de anomalías durante el embarazo y el parto, es

aconsejable para el personal de salud tomar las medidas adecuadas y precauciones debidas tanto al momento de realizar las ecografías, para determinar la posición fetal, logrando así un parto exitoso y evitando las cesáreas de emergencias

CAPITULO V.

5 PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN.

5.1 Título de la Propuesta de Aplicación

“DIFUNDIR ESTRATEGIAS OBSTÉTRICAS PARA EVITAR LA MORBI-MORTALIDAD EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARTÍN ICAZA PRIMER SEMESTRE 2018”

5.2 Antecedentes

En el primer nivel de atención es de vital importancia para el grupo prioritario las embarazadas, los controles prenatales, ya que están destinados a la prevención mediante el cuidado integral, al diagnóstico precoz de aquellas patologías que son comunes en el embarazo y que generan complicaciones matenofetales, y por último el correcto tratamiento que permita corregir las anomalías con el fin de reducir riesgos de complicaciones en la madre y el feto, y así llegar a la fecha del parto en óptimas condiciones. (Cabanilla, 2014)

Se recomienda el rastreo ecográfico en cada trimestre de la gestación para determinar en cada uno los parámetros necesarios, en el primer trimestre para establecer número de fetos, vitalidad embrionaria y edad gestacional, en el segundo trimestre para descartar malformaciones fetales y en el tercer trimestre para identificar presentación, localización y posición definitiva, además del bienestar fetal, (Orleiro, 2009)

Se ha demostrado y diversos estudios que la prevención temprana hacia cualquier patología es la mejor medida correctiva para los problemas de salud publica, por esta razón se ha puesto empeño en la promoción de programas encaminados a difundir información orientadora, a toda la ciudadanía especialmente a los grupos prioritarios (niños, embarazadas, ancianos y personas con capacidades especiales), con la finalidad de reducir los índices de morbimortalidad en el país. (Samaniegos, 2015)

5.3 Justificación

Por medio de la investigación realizada se logró obtener tenemos resultados que demostraron la gran incidencia de casos de distocias de presentación fetal que estuvieron relacionadas con morbilidad materno-fetal en el Hospital Martín Icaza, en el primer semestre del 2018.

La realización de este proyecto sobre el parto distócico, contribuirá a considerar la importancia que tiene la intervención del profesional en obstétrica, para el diagnóstico oportuno y el manejo del parto con distocia de presentación, de tal manera que constituyen con un aporte significativo en la reducción de índices de morbilidad por esta causa,

Para lograr este propósito, se planteó como una posible solución a esta problemática el difundir estrategias obstétricas para evitar la morbilidad en gestantes atendidas en el Hospital Martín Icaza primer semestre 2018, mediante la socialización de información que ayude a comprender a las gestantes la importancia de los controles prenatales.

5.4 Objetivos

5.4.1 Objetivos generales

Difundir estrategias Obstétricas para disminuir las distocias de presentación durante el parto asociadas a morbi-mortalidad materno-fetal en gestantes atendidas en el Hospital General Martin Icaza, primer semestre 2018.

5.4.2 Objetivos específicos

- Identificar los factores que interviene e influyen a las distocias de presentación
- Socializar mediante material didáctico y charlas informativas, acerca de la importancia en realizar controles prenatales tempranamente para prevenir las complicaciones materno-fetales por distocias de presentación.
- Incentivar al personal de salud a realizar las maniobras de leopold y a solicitar ecografías obstétricas en cada atención prenatal a las gestantes.

5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación

5.5.1 Estructura general de la propuesta.

La posible implementación del sistema de acciones de llevara a cabo en tres fases:

Fase inicial:

- Selección y análisis de la población idónea a la que se dirige el objetivo de la propuesta.
- Desarrollo e implementación de las estrategias obstétricas establecidas para el tipo de población seleccionada.

Fase intermedia:

- Capacitación al personal de salud integrante de la unidad hospitalaria.
- Promoción de la propuesta.

Fase final:

- Ejecución de la propuesta: socialización de las medidas preventivas, a cargo de la parte técnica destinada a difundir la información.

- Evaluación y análisis de los resultados al término de la ejecución de la propuesta de aplicación.

5.5.2 Componentes.

Recursos:

- Humanos:
Personal profesional médico capacitado, perteneciente a la institución de salud.
- Materiales:
Materiales didácticos destinados a la interacción con el usuario.
- Económicos:
Autogestión.
- Mobiliarios:
Muebles pertenecientes a la unidad de salud.
- Edificación:
Unidad hospitalaria – área de ginecobstetricia.

Beneficiarios directos:

- Área administrativa
- Médicos profesionales de la salud

Beneficiarios indirectos:

- Gestantes.
- Familiares de dichos gestantes.

Contenidos Temáticos:

- a) Controles prenatales oportunos
- b) Ecografías obstétricas diagnosticadas a tiempo
- c) Charlas preventivas

Metodología:

- a) Trípticos y panfletos.
- b) Charlas comunitarias.

Cronograma de la propuesta:

1. Dar a conocer los diferentes tipos de distocias
2. Causas de las distocias de presentación
3. Controles prenatales adecuados
4. Visitas domiciliarias

5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación

5.6.1 Alcance de la alternativa.

Las distocias de presentación son complicaciones que básicamente empeoran los pronósticos del parto y predisponen a las pacientes a ser sometidas a cesáreas por emergencia, si bien no se puede evitar que se presenten, si se pueden diagnosticar a tiempo y en algunos casos corregir (profesionales experimentados). En nuestro medio esta problemática ha ocasionado índices altos de morbilidad materno-fetal, a causa de principalmente los embarazos en adolescentes, lo que es un factor de riesgo modificable.

De acuerdo a esto se puede deducir que si se promueve en primera instancia los embarazos en adolescentes se contribuiría a reducir gran parte de la incidencia por este factor, y los casos restantes que se sujetan a causas inevitables, podrían ser diagnosticados precozmente.

Entonces esta propuesta está dirigida a las embarazadas en general y especialmente a aquellas que cursen con el principal factor de riesgo (madres adolescentes), priorizando en cada intervención la importancia de: primero la anticoncepción en mujeres menores de edad que tienen vida sexual reproductiva y en segundo lugar la asistencia periódica a los controles prenatales con especial atención en la solicitud de repeticiones ecográficas en las debidas semanas para el diagnóstico oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

- Alinas, H. C. (2014). Se puede reducir el índice de cesárea?
- Argentina, R. d. (2018). Introducción a la genética.
- Arteaga E, S. S. (2016). *Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loret.*
- Bustillo, A. L. (2016). *Sobrepeso y Obesidad en el Embarazo: Complicaciones y Manejo.*
- Cabanilla, L. (2014). Cuidados Integrales del Embarazo. *Medicine INTERLOC.*, 23-34.
- Caiza. (2015). Complicaciones materno fetales asociadas a la preeclampsia.
- Camacho, Y. (2015). *Distocias Maternas.*
- Campos Z, S. M. (2015). *Historia Ciênc Saúde.*
- Cevallos Zúñiga C, C. G. (2015). *Identificación de factores de riesgo asociados con el parto distócico.*
- Cevallos, C. (2014). *El parto.*
- Clinic, M. (2017). *Hidrocefalia.*
- conceptodedefinicion.de. (2018). *Definición de Desarrollo Embrionario.*
- Conceptodefinicion.de. (2017). *Defición embarazo.*
- corazon, F. e. (2017). *Diabetes mellitus.*
- Corralo, D. S. (2016). *Contracciones Uterinas.*
- Corralo, D. S. (2017). *Macrosomia Fetal.*
- Corralo, D. S. (2018). *Causas de la macrosomía fetal.*
- Cusma, R. (2016). *definicion abc.*
- David Jaramillo, A. J. (2016). *PARTO DISTÓCICO Y FACTORES RELACIONADOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.*
- Deconceptos.com. (2018). Obtenido de <https://deconceptos.com/general/deteccion>.
- definicion.de. (2017). *Posicion Anatomica.*
- Definistas. (2015). Mortalidad. *Venemedica.*

EcuRed. (2017). *paso a paso para manejar las distocias de hombros.*

Enciclopedia, H. (2018). *Presentación de nalgas y parto de nalgas.*

Español., J. d. (2017). *Contracciones de parto como son y cómo se sienten.*

Fdez, D. E. (2018). *Hidrocefalia.*

Garcia, P. M. (2017). *eres mama.*

Gary Cunningham, K. L. (2014). *Williams. Obstetricia, 24e.*

GeoSalud, o. E. (2015). *Obesidad en la mujer embarazada.*

ginecologica, D. m. (2016). *Embarazo multiple.*

Guzman, J. V. (2016). *El descenso vaginal. Editora Listin Diario.*

Health, S. C. (2018). *Descripción general de infecciones maternas y fetales.*

Huespe, M. (2017). *Polihidramnios y oligoamnios.*

International, e. M. (2018). *Contracciones de parto, ¿son las de verdad?*

Jimenez, M. A. (2017). *Malformaciones Congenitas. Revista Saliud y bienestar.*

Julie S. Moldenhauer, M. A. (2017). *Distocia de hombro.*

Julie S. Moldenhauer, M. M. (2017). *Ginecologia y Obstetricia.*

Lara A. Friel, M. P.-F. (2016). *Diabetes mellitus durante el embarazo (diabetes gestacional).*

Lasa, D. A. (2017). *Portales medicos .*

LenoirWijnkoop, v. d. (2015). *Health economic modeling to assess short costs of maternal overweight, gestational diabetes, and related .*

Lydon-Rochelle M, H. V. (2014). *Obstet Gynecol.*

Lyo, P. L. (2017). *Medicine.com.*

Mazariegos, M. (2017). *Obesidad materna y sus repercusiones antes, durante y después del embarazo.*

McClure EM, S. S. (2016). *Stillbirth in developing countries: a review of causes, risk factors and prevention strategies.*

Medicine, L. (2016). *Presentaciones de Parto.*

Medline, B. N. (2016). *Parto de Nalgas.*

Merck, M. M. (2018). *Associate Professor of Clinical Obstetrics and Gynecology in Surger.*

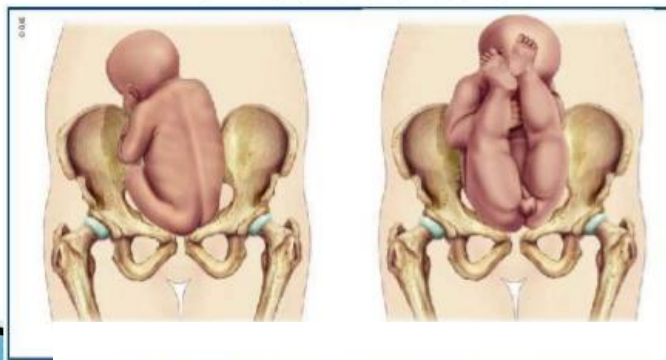
Millet, D. A. (2017). *Parto en presentacion de Cara.*

Moldenhauer, J. S. (2017). *Trabajo de Parto prolongado.*

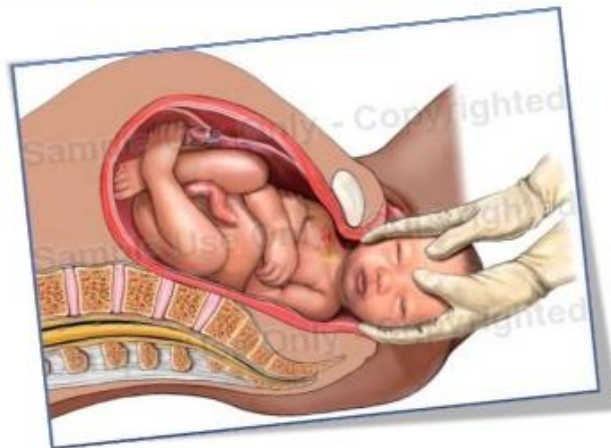
- Morrie, S. (2018). Definición de Incidencia.
- MsC. Abelardo Salvador Toirac Lamarque, M. V. (2015). *Fetal macrosomia in non-diabetic mothers. Minimal characterization* .
- mundo, E. (2018). Unidad Editorial Información General S.L.U.
- Nación, M. d. (2018). *Las anomalías congénitas*.
- Nápoles Méndez D, C. N. (2014). *Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto*.
- Narcesano. (2018). Parto vaginal.
- Nations, U. (2015). *The Millennium Development Goals Repor*. Obtenido de [http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20PR%](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20PR%20PR%20PR%20PR.pdf)
- Noble, E. (2015). *"Having twins (and more)"*.
- Notzon FC, P. P. (2015). *Comparison of national caesarean section rates*.
- nuestro, E. P. (2017). *El Parto es nuestro*. Obtenido de <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/cefalica>
- nuestro, E. p. (2017). Transversa.
- Orlando, R. R. (2017). *Ciencias Medicas - Presentaciones de Cara*.
- Orleiro, Z. (2009). Rastreo Ecografico. *Imagen del Producto*, 1-98.
- Plus, B. n. (2017). *Discapacidades*.
- Porto, J. P. (2017). *Definición de fórceps*.
- Pregnancy, A. (2018). *Partos de nalgas*.
- Pregnancy, E. A. (2015). *Parto prolongado*.
- Quiroz, D. J. (2016). revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia. *scielo*.
- Ramirez. (2018). *Anomalías Fetales- Obstetricia*.
- Research, M. F. (2018). *Macrosomia fetal*.
- Rockville Pike, B. (2018). MedlinePlus.
- Romero, M. (2018). *Eres Mama*.
- Ronel D, W. A. (2015). *Risk factors and pregnancy outcome in* .
- Rovati, L. (2018). *Cómo diferenciar las contracciones falsas de las contracciones de parto*.
- Rovati, L. (2018). *Tipos de contracciones*.
- Sáez, T. B. (2016). *Distocias dinámicas conductas* .

- Salinas P, H., Naranjo, B., Pasten M, J., & Retamales, B. (s.f.). *Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención.*
- Salud, C. d. (2015). *incidencia y principales indicaciones de cesáreas y parto por vía vaginal en los hospitales.*
- Salud, O. M. (2016). Anomalías Congénitas.
- Samaniegos, K. (2015). Salud pública y la promoción preventiva. *Salud y Hogar*, 5-6.
- Sant, R. (2016). Puleva.
- Schwarcz, D. (2017). Obstetricia.
- Sócrates Aedo, J. L. (2017). *Utilidad de la maniobra de McRoberts en el desprendimiento del hombro fetal anterior retenido en el parto vaginal.*
- Soma-PillayP, Nelson-Piercy C, Tolpanneh, Mebazaa A. (2016). Physiological changes in pregnancy. *Cardiovasc J Afr*, 89-94.
- Strand, N. H. (2017). *Diabetes en el embarazo tipo 1 y como minimizarlos .*
- todos, C. d. (2018). Distocia de Hombros.
- Van Hamont D, Z. P. (2017). *Labor Dystocia as First Presentation of Pelvic .*
- Vizcaino, G. U. (2017). *Distocias Fetales.*
- Wikipedia. (2018). *Diabetes mellitus tipo 2.*
- Willians Obstetricia 24 edicion.* (2015).
- Woman, F. (2016). *El trabajo de parto y los movimientos cardinales.Un gran protagonista: el bebé .*
- Yudkin PL, W. L. (2014). *Risk of unexplained stillbirth at different gestational ages.*
- Zolotor, C. (2014). *Update on Prenatal Care.*

▶ DISTOCIA MATERNA Y FETAL



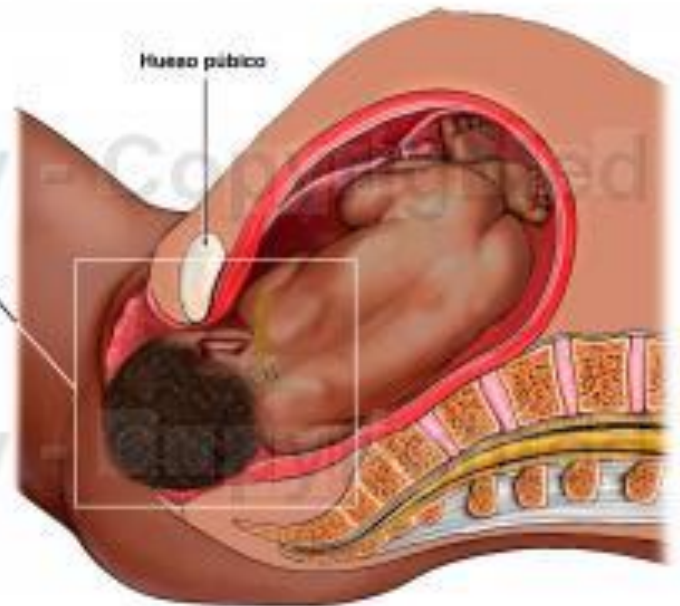
DISTOCIA DE HOMBROS



Parto vaginal con lesión en el nervio del plexo braquial (distocia de hombros)



Distocia de hombros con lesión del plexo braquial.



Vista (corte) sagital de un útero totalmente desarrollado

Problema General	Objetivo general	Hipótesis general
¿Cuales son las distocias de presentación durante el parto y su relación con la morbi-mortalidad materno-fetal en gestantes atendidas en el hospital general Martín Icaza, primer semestre, 2018?	Establecer las distocias de presentación durante el parto y su relación con la morbi-mortalidad materno-fetal en gestantes atendidas en el hospital general Martín Icaza, primer semestre, 2018	Las distocias de presentación durante el parto están íntimamente relacionadas a la morbi-mortalidad materno-fetal en gestantes atendidas en el Hospital General Martín Icaza, primer semestre, 2018
Problemas derivados	Objetivos específicos	Hipótesis específica
¿Cuales son las distocias de presentación durante el parto y su relación con la morbi-mortalidad materno fetal en gestantes atendidas en el hospital general Martín Icaza, primer semestre, 2018?	<p>Determinar las distocias de presentación durante el parto y su relación con la morbi-mortalidad materno fetal en gestantes atendidas en el hospital general Martín Icaza, primer semestre, 2018</p> <p>Difundir estrategias obstétricas que permiten disminuir la relación de las distocias presentación durante el parto y su relación con la morbi-mortalidad fetal en gestantes atendidas en el hospital general Martín Icaza, primer semestre, 2018</p>	<p>Las distocias de presentación durante el parto y se relacionan con la morbi-mortalidad materno fetal en gestantes atendidas en el hospital general Martín Icaza, primer semestre, 2018</p> <p>Si se difunden estrategias obstétricas se disminuiría las distocias de presentación durante el parto se relacionan con la morbi-mortalidad fetal en gestantes atendidas en el hospital general Martín Icaza, primer semestre, 2018</p>

INDICE DE CUADROS.

Cuadro1. Operacionalizacion de las variables	44
Cuadro2. Matriz de actividad	48
Cuadro3. Recursos humanos	49
Cuadro4. Recursos económicos	49
Cuadro5. Matriz de contingencia	81

INDICE DE GRAFICOS.

Grafico 1. Distocias del canal del parto	51
Grafico 2. Distocias de origen fetal	52
Grafico 3. Factores predisponentes maternos	53
Grafico 4. Factores de riesgo: edad	54
Grafico 5. Controles prenatales	55



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 CARRERA DE OBSTETRICIA
 UNIDAD DE TITULACION



APROBACION DEL TUTOR

Yo, **Dr. Carlos Paz**, en calidad de tutor del perfil o tema del proyecto de investigación (primera etapa): **DISTOCIAS DE PRESENTACION DURANTE EL PARTO Y SU RELACION CON LA MORBI-MORTALIDAD MATERNO-FETAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA PRIMER SEMESTRE 2018**, elaborado por la estudiante **María Belén Andrade Macías**, de la carrera de **Obstetricia**, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que apruebo, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 5 días del mes de Julio del año 2018

Firma del Docente - Tutor

Dr. Carlos Paz

CI: 0902455693

María Belén Andrade Macías

1208002129

*Recab
 07/07/18
 [Signature]*



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 5 de Julio del 2018

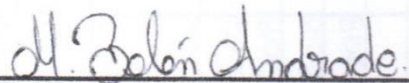
Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **María Belén Andrade Macías**, con cédula de ciudadanía **1208002129**, egresado(a) de la Carrera de **Obstetricia**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de tema o perfil del proyecto: **"DISTOCIAS DE PRESENTACION DURANTE EL PARTO Y SU RELACION CON LA MORBI-MORTALIDAD MATERNO-FETAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA PRIMER SEMESTRE 2018"**, el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: **Dr. Carlos Paz**

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,



María Belén Andrade Macías
C.I 1208002129

*Recibido
05/07/2018
M.T.A.*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (CIDE)



RUBRICA PARA EVALUAR PERFILES DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

“DISTOCIAS DE PRESENTACION DURANTE EL PARTO Y SU RELACION CON LA MORBI-MORTALIDAD MATERNO-FETAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL MARTIN ICAZA PRIMER SEMESTRE 2018

TEMA DE INVESTIGACIÓN:
 NOMBRE DE LOS PROPONENTES: María Belén Andrade Macías

NIVEL DE DOMINIO

No.	Criterios de evaluación	Competente			Puntos	
		1	3	5		
1	Idea o tema de Investigación	El tema de investigación es relevante y pertinente a perfil de la carrera. En su formulación refleja la ejecución de un proceso de investigación y establece la relación de al menos dos variables.	El tema de investigación es relevante y pertinente al perfil de la carrera. Pero en su formulación no refleja la ejecución de un proceso de investigación y establece la relación de al menos dos variables.	El tema de investigación no es relevante pero si es pertinente al perfil de la carrera.	El tema de investigación no es relevante y no responde al perfil de la carrera.	4
2	Planteamiento del problema (Descripción breve del hecho problemático)	Planteamiento del problema contiene una descripción breve y clara del hecho problemático y cuenta con la delimitación del tema, así como del problema de forma clara, pero no precisa.	El proyecto cuenta con la delimitación del tema, así como el planteamiento del problema de forma clara, pero no precisa.	El proyecto solo cuenta con la delimitación del tema o el planteamiento del problema de forma clara y precisa.	El proyecto no cuenta con delimitación del tema ni planteamiento del problema.	4
3	Problema (General)	Desarrolla interrogantes que se derivan de la justificación y planteamiento del problema que darán solución a la investigación y que estén estrechamente relacionados con su hipótesis.	Desarrolla interrogantes que no se derivan de la justificación y planteamiento del problema pero que darán solución a la investigación y que están estrechamente relacionados con su hipótesis.	Desarrolla interrogantes que se derivan de la justificación y planteamiento del problema que darán solución a la investigación pero no están relacionados con su hipótesis.	Las interrogantes propuestas no se relacionan con la investigación.	4
4	Objetivo (General)	Los objetivos son claros y precisos, permiten saber hacia donde se dirige y lo que se espera de la investigación. Son posibles de cumplir, medir y evaluar.	Se definen los objetivos y permiten de alguna manera saber hacia donde se dirige la investigación, aunque son difíciles de medir y evaluar.	Se establecen objetivos para la investigación, pero no permiten determinar si los resultados son medibles y si responden a las necesidades planteadas.	Se establecen de alguna manera los objetivos, pero no son claros, no es posible medirlos o evaluarlos.	4
5	Justificación.	Se explica las razones por las que se hará la investigación y el contenido a desarrollar.	Se explica las razones por las que se hará la investigación, sin el contenido a desarrollar.	Se explica las razones por las que se hará la investigación limitadamente, sin el contenido a desarrollar.	Se omite la explicación de las razones por las que se hará la investigación y el contenido a desarrollar.	4

08/07/18
 08/07/18
 08/07/18



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 5-7-2018

REGISTRO DE TUTORÍAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dr. Carlos José Sánchez de FIRMA:

TEMA DEL PROYECTO: Debates de presentación conducente al parto y su relación con la mortalidad materna - se tal en gestantes atendidas en el Hospital General Obispo Estroza primer semestre 2018

NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES: Delosia Gabín Andrade Olvera

CARRERA: Obstetricia

Pag. N°

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
1	11-3-2018	Revisión en clase de la bibliografía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%		
1	13-6-2018	Revisión de la presentación del tema	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%		
1	18-6-2018	Organización del trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40%		
1	20-6-2018	Revisión del trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60%		
1	25-6-2018	La probación del trabajo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%		

Lcda. Lilian Muñoz Solorzano. MSc.
 COORDINADORA TITULACIÓN
 CARRERA DE LABORATORIO OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, DR. CARLOS EMILIO PAZ SANCHEZ, en calidad de Tutor del Tema del Proyecto de investigación (Segunda Etapa): "DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN DURANTE EL PARTO Y SU RELACIÓN CON LA MORBI-MORTALIDAD MATERNO-FETAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL MARTÍN ICAZA, PRIMER SEMESTRE, 2018" elaborado por el (los) estudiante(s): **María Belén Andrade Macías**, de la Carrera de Obstetricia de la Escuela de Obstetricia, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 20 días del mes de agosto del año 2018

Firma del Docente - Tutor
DR. CARLOS EMILIO PAZ SANCHEZ Msc.

CI:



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 20 de Agosto del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **María Belén Andrade Macías**, con cédula de ciudadanía **1208002129**, egresado(a) de la Carrera de **Obstetricia**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la **Segunda etapa** del Proyecto de Investigación con el tema del proyecto: **"DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN DURANTE EL PARTO Y SU RELACIÓN CON LA MORBI-MORTALIDAD MATERNO-FETAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL MARTÍN ICAZA, PRIMER SEMESTRE, 2018"**, el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: **Dr. Carlos Paz**

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

María Belén Andrade Macías
C.I 1208002129

Recibido
20-08-2018



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



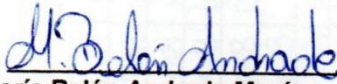
Babahoyo, 20 de agosto del 2018

Obst. Liliam Muñoz Solorzano MSc.
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN DE LA ESCUELA DE
OBSTETRICIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **María Belén Andrade Macías**, con cédula de ciudadanía 1208002129, egresada de la Carrera de **Obstetricia**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la segunda etapa del tema del proyecto: "**DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN DURANTE EL PARTO Y SU RELACIÓN CON LA MORBIMORTALIDAD MATERNO-FETAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL MARTÍN ICAZA, PRIMER SEMESTRE, 2018**" adjuntando los documentos requeridos para efecto del mismo.

Atentamente,


María Belén Andrade Macías
CI,1208002129

17/08/18
2018



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERIODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 20-8-2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (SEGUNDA ETAPA)

DOCENTE TUTOR: Dr. Carlos Emilio Ten Sanchez

FIRMA:

OBJETO: Estudios de prevalencia de parto por cesárea en la mujer embarazada materna total en el Hospital General de la UTEB a principios de mayo del 2018

ESTUDIANTE: Estudiante de Obstetricia

Obstetricia

Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	Docente	FIRMAN	Estudiantes
		Presencial	Virtual				
1-7-2018	Revisión del oficio conceptual	✓		30%			Bolin Andrade
1-7-2018	Monitoreo de ejecución problemática	✓		30%			Bolin Andrade
1-7-2018	Redacción de los problemas derivados	✓	✓	30%			Bolin Andrade
3-7-2018	Realización de las determinaciones de la investigación	✓		30%			Bolin Andrade
5-7-2018	Organización del oficio por escrito	✓		40%			Bolin Andrade
7-7-2018	Verificación de los resultados	✓		40%			Bolin Andrade
9-7-2018	Verificación de la organización de los resultados	✓		15%			Bolin Andrade
1-8-2018	Verificación de la metodología de la investigación	✓	✓	40%			Bolin Andrade
1-8-2018	Organización de la segunda fase	✓		30%			Bolin Andrade
1-8-2018	Organización de la segunda fase del proyecto	✓		100%			Bolin Andrade

Pag. No. 1

Dr. Carlos Solorzano, MSc
 CARRERA DE OBSTETRICIA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION**



Babahoyo, 19 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **María Belén Andrade Macías**, con cédula de ciudadanía **120800212-9**, egresada de la Escuela de Obstetricia, Carrera Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados del Proyecto de Investigación (Modalidad Tesis), tema: **DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN DURANTE EL PARTO Y SU RELACIÓN CON LA MORBI-MORTALIDAD MATERNO-FETAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL MARTÍN ICAZA, PRIMER SEMESTRE, 2018**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente

M. Belén Andrade
María Belén Andrade Macías
CI. 120800212-9

*17/09/18
ALINA*

