

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMAN GUERRERO



**Controles prenatales y su asociación con el parto  
distócico en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital  
Nacional Dos de Mayo durante el periodo enero -  
diciembre 2016**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO  
PRESENTADO POR LA BACHILLER

Jimena Alejandra López Siña

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas

ASESOR DE TESIS

LIMA – PERÚ

2018

## DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles.

## DEPARTAMENTO Y SECCIÓN ACADÉMICA

Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma

## INSTITUCIONES

Hospital Nacional Dos de Mayo

Universidad Ricardo Palma

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por brindarme salud, fortaleza y sabiduría herramientas necesarias para la realización del presente trabajo.

A mi maravillosa familia quienes me han permitido culminar siete años de carrera de forma satisfactoria.

A Omar, quien me demostró el verdadero significado del amor y el apoyo incondicional.

Así como también agradecer a mi asesor de tesis el cual me brindó las herramientas necesarias para elaborar mi tesis y siempre se mostró dispuesto a apoyarme ante cualquier interrogante.

*Dedicatoria*

Este trabajo es dedicado a mi familia por el apoyo incondicional brindado en todo momento a lo largo de la carrera y sobre todo para un angelito que siempre me bendice desde el cielo: mi abuelita Julita.

## RESUMEN

**INTRODUCCION:** Los controles prenatales (CPN) son considerados como un procedimiento médico-asistencial decisivo que se basan en entrevistar a la gestante, promocionando un modo de vida sano, una detección oportuna y sobretodo la prevención de enfermedades, así como, la orientación para una adecuada planificación familiar con la finalidad de tener una correcta evolución de la gestación y desarrollo del parto. Los CPN inadecuados (menor a 6) condicionan afección del binomio madre-niño al generar partos distócicos, recién nacidos con bajo peso al nacer y multiplicar potencialmente la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal.

**OBJETIVO:** Determinar la asociación existente entre número de controles prenatales y parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital Nacional Dos de Mayo del periodo Enero – Diciembre 2016.

**METODOLOGIA:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles. La muestra fue un total de 200 gestantes del servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital Nacional Dos de Mayo del periodo Enero – Diciembre 2016. Se trabajó en base a las variables: controles prenatales, edad materna, edad gestacional, peso al nacer, número de paridad y parto distócico. Se obtuvieron los datos mediante el libro de registro de nacimientos del servicio de Gineco Obstetricia, a través de la ficha de recolección de datos.

**RESULTADOS:** Se utilizó el estadístico OR para demostrar la existencia de riesgo entre ambas variables. De esa manera se empleó un OR obteniendo como resultado 12.55 (IC 95%: 6.359 y 24.789). El IC no abarca la unidad, lo cual, significa que la asociación existente es estadísticamente significativa y se traduce en que las gestantes con una cantidad inadecuada de controles prenatales (menor a 6) tienen 12.55 veces más probabilidades de presentar parto distócico.

**CONCLUSION:** Existe asociación significativa entre el número de controles prenatales insuficientes y parto distócico.

**PALABRAS CLAVE:** atención prenatal, distocia, edad materna, número de paridad, peso al nacer.

# ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Prenatal check-ups (NPCs) are considered as a decisive medical-care procedure based on interviewing the pregnant woman, promoting a healthy lifestyle, timely detection and above all the prevention of diseases, as well as guidance for an adequate family planning in order to have a correct evolution of the gestation and development of childbirth. Inadequate NPCs (less than 6) condition the mother-child binomial when generating dystocic births, newborns with low birth weight and potentially multiply both maternal and perinatal morbidity and mortality.

**OBJECTIVE:** To determine the existing association between the number of prenatal check-ups and dystocic delivery in the obstetric gynecology service at the National Hospital Dos de Mayo from the January - December 2016 period.

**METHODOLOGY:** Observational, analytical, retrospective study of cases and controls. The sample was a total of 200 pregnant women of Obstetrics and Gynecology at the National Hospital Dos de Mayo from January - December 2016. The variables were worked on: prenatal controls, maternal age, gestational age, birth weight, number of parity and dystocic delivery. The data were obtained through the birth registration book of the Obstetrics and Gynecology service, through the data collection form.

**RESULTS:** The OR statistic was used to demonstrate the existence of risk between both variables. In this way, an OR was used, obtaining as a result 12.55 (95% CI: 6,359 and 24,789). The IC does not cover the unit, which means that the existing association is statistically significant and results in that pregnant women with an inadequate number of prenatal controls (less than 6) are 12.55 times more likely to have dystocic birth.

**CONCLUSION:** There is a significant association between the number of insufficient prenatal controls and dystocic delivery.

**KEYWORDS:** obstetric labor, dystocia, maternal age, parity number, birth weight.

# INDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	1
INDICE DE CONTENIDO.....	1
INDICE DE GRAFICOS.....	3
INDICE DE TABLAS.....	4
I. CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA:.....	7
1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN:.....	7
1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: LINEA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	8
II. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:.....	10
2.2 BASES TEORICAS.....	16
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES.....	21
III. CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	22
3.1: HIPOTESIS: GENERAL Y ESPECÍFICAS.....	22
3.1.1 Hipótesis Alterna.....	22
3.1.2 Hipótesis Nula:.....	22
3.1.3 Hipótesis Específica:.....	22
3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN.....	22
IV. CAPITULO IV: METODOLOGÍA.....	23
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	23
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	23
4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	24
4.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25

4.6 TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS .....	25
V. CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	27
5.1 RESULTADOS .....	27
5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS: .....	39
VI. CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	44
6.1 CONCLUSIONES .....	44
6.2 RECOMENDACIONES: .....	44
BIBLIOGRAFÍA: .....	45
ANEXOS .....	47
ANEXO A .....	48
ANEXO 01: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	48
ANEXO 02: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	50
ANEXO B: .....	51
DOCUMENTOS .....	52
LEGALES .....	52



# INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO NRO 1: PORCENTAJE DE CONTROLES PRENATALES SEGÚN TIPO: INADECUADO (HASTA 5), ADECUADO (6 EN ADELANTE) EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2016.....	27
GRAFICO N°2: PORCENTAJE DE POBLACIÓN SEGÚN LA EDAD MATERNA EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2016. ....	28
GRAFICO N°3: PORCENTAJE DE NUMERO DE PARIDAD EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2016.....	29
GRAFICO N°4: PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS SEGÚN SU PESO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2016. ....	30

# INDICE DE TABLAS

TABLA N°1: Asociación entre el número de controles prenatales y parto distócico. ....	31
TABLA N°2: Asociación entre la edad materna y parto distócico .....	33
TABLA N°3: Asociación entre el número de paridad y parto distócico.....	35
TABLA N°4: Asociación entre el peso al nacer en recién nacidos y parto distócico .....	37



# I. CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el parto distócico es uno de los principales factores que origina morbilidad y mortalidad tanto materna como también perinatal. En donde los frecuentes factores desencadenantes abarcan dinámica uterina ineficaz, anormalidades en la presentación y/o posición fetal, pelvis ósea con dimensiones o estructuras inadecuadas, y alteraciones de tejido blando de la progenitora.<sup>1</sup>

El MINSA (Ministerio de Salud), determina tanto los controles prenatales como la evaluación integral y seguimiento del binomio gestante-feto realizado por el médico, con el propósito de obtener un parto sin complicaciones, evitando la posibilidad de tener partos pre términos, un neonato con retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), un producto pequeño en comparación a la edad de gestación, bajo peso al nacer, sepsis neonatal además de mortalidad tanto materno como perinatal; así como también, el daño potencial en la salud de la madre gestante. Del mismo modo, cataloga los controles prenatales como: adecuados (6 a más), controles prenatales inadecuados (0-5).

Se ha reportado que diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto, dentro de las cuatro causas principales de mortalidad materna encontramos las hemorragias post parto, las infecciones, los trastornos hipertensivos del embarazo y el parto obstruido.<sup>2</sup>

En el Perú la mortalidad materna ha ido en descenso durante los últimos años, de esa manera pasó de 457 defunciones en el año 2010 a 414 defunciones en el año 2015. Siendo Lima, el departamento con la mayor cantidad de defunciones. Del mismo modo la atención prenatal se incrementó entre los años 2009 y 2014 de 94,3% a 96,9%, respectivamente.

En cuanto a las cifras de gestantes controladas, se ha descrito que en el Perú para el año 2008 se obtuvo una cobertura del 57.4% siendo Tumbes el departamento con mayor cobertura (80.6%) y Huancavelica el departamento con menor cobertura (34.6%)<sup>3</sup>

El presente proyecto de investigación está circunscrito dentro de los lineamientos tanto del Ministerio de Salud, como del Instituto de Investigación de Ciencias Biomedicas (INICIB), en el ámbito de salud materno-perinatal y neonatal, el cual es uno de las temas preponderantes en el rubro sanitario de investigación en el Perú. El trabajo de investigación ha sido realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo, nivel III, situado en la provincia de Lima que brinda sus servicios en salud a un importante número de pacientes gestantes de una zona con condición económica baja y media.

Por tal motivo, es de vital importancia llevar a cabo el presente trabajo de investigación pues se basa en plantear y determinar la asociación existente entre los controles prenatales y el parto distócico en gestantes del Hospital Nacional Dos de Mayo.

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA:**

¿Cómo el número de controles pre natales es un factor de riesgo asociado para el desarrollo de parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016?

## **1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN:**

El presente trabajo de investigación pretende demostrar la asociación existente entre el número de controles prenatales y el desarrollo de parto distócico.

Esta idea surge debido a que mediante mi experiencia personal como interna de medicina, durante mi rotación por el departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo pude observar que la mayoría de partos distócicos tenían el antecedente de un inadecuado número de controles prenatales. Por tal motivo tomé la decisión de poder demostrar de manera científica esa asociación.

El trabajo de investigación me servirá para poder demostrar la relación que existe entre un inadecuado número de controles prenatales para el desarrollo de parto distócico, y a la vez ver el impacto que causa tener una gestante no controlada. Ya que no solo está asociado a un parto distócico sino también se relaciona a un aumento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Si bien es cierto en los últimos años la tasa de gestantes controladas ha ido en aumento, aun no se llegan a las cifras deseadas.

Por lo tanto este trabajo ayudará a mejorar los programas de controles prenatales y hacer promoción tanto en el hospital Nacional Dos de Mayo como en los demás nosocomios y de esa manera ayudar a mejorar la tasa de gestantes controladas y contribuir en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

## **1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: LINEA DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo se encuentra ubicado dentro de los lineamientos del Ministerio de Salud (MINSA) y de las prioridades de investigación del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (INICIB): Salud materna perinatal y neonatal: El lugar donde se formuló el problema de investigación fue en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero a Diciembre del año 2016

## **1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la asociación entre número de controles prenatales y parto distócico en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016

### **1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Determinar la asociación entre la edad materna y parto distócico en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016

Determinar la asociación entre el número de paridad y parto distócico en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016

Determinar la asociación entre el peso al nacer en recién nacidos y parto distócico en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016



## II. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

- “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EL PARTO DISTÓCICO”<sup>4</sup>

En este estudio realizado por Gustavo Romero Gutiérrez, en el año 2007, se determinó cuáles son los factores que están relacionados a la aparición de parto distócico, fue un estudio de casos y controles tomando a una población de 750 pacientes donde 250 fueron parto distócico (casos) y 500 fueron parto eutócico (controles). Se obtuvo como resultados que los principales factores de riesgo fueron: edad avanzada, mayor estatura, mayor peso al nacer y baja paridad. Por lo que se concluye que una correcta identificación de estos factores de riesgo durante los controles pre natales pueden prevenir el parto distócico y sus complicaciones.

- 

- “COMPORTAMIENTO DEL EMBARAZO EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS”<sup>5</sup>

Estudio realizado por Matilde Valls Hernández, en el año 2007 donde se evaluó el comportamiento de algunas variables biomédicas y sociodemográficas en mujeres mayores de 40 años. Fue un estudio observacional analítico con una población total de 93 pacientes mayores de 40 años. En los resultados se obtuvo que un 43% tenían sobrepeso, más del 60% tenía el antecedente de haber cambiado de pareja y un 59.1% resultó en un parto distócico. Por lo que se concluye que en este grupo etario es mucho más probable que desencadene en un parto distócico.

- 

- “COMPORTAMIENTO DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN EL POLICLÍNICO "ALEIDA FERNÁNDEZ CHARDIET”<sup>6</sup>

Estudio realizado por Eida Rosa Mariño Membribe entre el periodo de tiempo comprendido del 2005-2008 entre los cuales se llevó a cabo un trabajo de investigación de tipo descriptivo de corte transversal, en una población total de 90 jóvenes adolescentes que se embarazaron y tuvieron su parto durante el periodo en mención. Se



obtuvo como resultado un predominio de la nuliparidad en el 86,7 % de la población adolescente y la distocia del parto en un 44,5 %.

- “CONTROLES PRENATALES Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORBIMORTALIDAD DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL SERGIO BERNALES, ENERO – MAYO 2016”<sup>7</sup>

En este estudio realizado por Oscar Antonio Lozano Ventura de tipo cuantitativo, observacional, analítico relacional, retrospectivo con un grupo poblacional de 2350 recién nacidos en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo comprendido entre los meses de Enero – Mayo 2016, se utilizó el estadístico chi cuadrado para determinar la asociación existente entre las variables controles prenatales y la morbimortalidad en el recién nacido, teniéndose como resultado un  $p= 0,000$  (valor menor a 0,05), el cual concluyó que sí existe dicha asociación. En cuanto a los neonatos con controles prenatales insuficientes (menos de 6) con la morbilidad y mortalidad, se conjeturó un  $OR=52,305$  (IC 95%: 40,786 -67,077) y  $OR=8,175$  (IC 95%: 6,269 - 10,661) respectivamente, concluyendo que la asociación existente entre ambas variables es estadísticamente significativa.

- “FACTORES DE RIESGO PARA EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD “LEONOR SAAVEDRA” - ENERO A MARZO DEL 2015.”<sup>8</sup>

El trabajo de investigación realizado por la licenciada en obstetricia Janeth Mirella Navarro Vera en el año 2015 en el que identifica los principales factores por los cuales las gestantes del centro de salud “Leonor Saavedra” tienen un inicio tardío en sus controles prenatales, fue un proyecto de modelo analítico casos y controles en el cual se obtuvo 37 gestantes que iniciaron sus controles de manera tardía (grupo casos) y 43 gestantes que iniciaron sus controles de manera temprana (grupo control). Encontrando como principales factores asociados a la condición de multigesta, tener problemas de dinero, tener dificultad para acudir al CPN por su trabajo y el antecedente de experiencias negativas en alguna consulta.

- “FRECUENCIA DE CONTROL PRENATAL INADECUADO Y DE FACTORES ASOCIADOS A SU OCURRENCIA.”<sup>9</sup>

La investigación realizada por Claudia Arispe en el año 2011 el cual tuvo como objetivo cuantificar la incidencia de gestantes con control prenatal (CPN) insuficiente y las variables relacionadas a ello. Se llevó a cabo un trabajo con característica descriptivo transversal a través del cual se encuestó a mujeres en el post parto en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el tiempo comprendido de agosto 2010 a enero 2011, y se constató la información contenida en la historia clínica y CLAP. Se determinó CPN insuficiente a la omisión del mínimo número requerido y calendario de visitas establecidas por el MINSA.

Donde se obtuvo como resultado que el porcentaje de CPN inadecuado fue elevado lo cual se asoció con paridad mayor a 2 y gestación no planificada.

- “EVOLUCIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL DURANTE LA GESTACIÓN, EN GESTANTES SANAS INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DE UNA ENTIDAD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN MANIZALES, COLOMBIA, 2010-2013.”<sup>10</sup>

El trabajo de investigación llevado a cabo por JUAN PABLO CAMACHO CALDERÓN y col., en Colombia a lo largo del 2014, tuvo como objeto de estudio 1923 fichas clínicas de mujeres embarazadas con un adecuado número de controles prenatales, teniéndose como resultado que el promedio de la presión arterial tomada a las pacientes mostró una reducción en las tres presiones (sistólica, diastólica y media) mensualmente aunque con mayor significancia en la presión arterial media y diastólica. En relación al trabajo realizado de forma trimestral, obtuvo que no había diferencia sustancial para la presión arterial sistólica entre el primer y el segundo trimestre gestacional, pero sí había diferencia para la media y diastólica.

- “PERCEPCIÓN SOBRE EL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES EN LA E.S.E SAN CRISTÓBAL, BOGOTÁ 2012.”<sup>11</sup>

Trabajo de investigación elaborado por ANDREA DEL PILAR MAYORGA PALACIOS, realizado en Colombia durante el 2012, en el cual empleó una muestra poblacional de 121 gestantes adolescentes. Obtuvo como resultado que la educación impartida desde edades tempranas está altamente relacionado con los embarazos a corta edad.

En relación al estado civil, refiere que las mujeres que se encuentran en edad reproductiva son solteras en su gran mayoría y que los factores familiares, sociales y económicos son influyentes en cuanto a la gestación a edad temprana.

- “CONTROL PRENATAL VS RESULTADO OBSTÉTRICO PERINATAL”.<sup>12</sup>

Trabajo de investigación elaborado por RICO VENEGAS, durante el 2012 México, en donde tuvo como objeto de estudio una muestra de 419 mujeres en el post parto y obtuvo como resultado que en los recién nacidos con más de 20 semanas de edad gestacional la mayoría tuvieron progenitoras con control prenatal adecuado. En ésta población las distocias fueron observadas con mayor frecuencia en gestantes con control prenatal insuficiente o sin control prenatal. Por otra parte, evidenció que las complicaciones en la esfera materna tuvieron similares proporciones tanto en aquellas con control prenatal y como en aquellas sin control.

- “FACTORES DE RIESGO PRENATALES EN LA MUERTE FETAL TARDÍA, HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA, MÉXICO”.<sup>13</sup>

Trabajo de investigación llevado a cabo por GUADALUPE PANDURO y col., en México a lo largo del 2011, en donde obtuvo como resultado que los determinantes de riesgo analizados guardaban relación a una tasa alta de mortalidad fetal (controles prenatales deficientes, evolución tórpida de la gestación, malformaciones congénitas de vital importancia del neonato, entre otras).

- “CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL DE PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN LA CONSULTA DE OBSTETRICIA HOSPITAL “DR. RAFAEL ÁNGEL CALDERÓN GUARDIA”, 2010”.<sup>14</sup>

Investigación perteneciente a LORETTA GIACOMIN CARMIOLO y col., en Costa Rica en el 2010, a través de la cual realizó un trabajo con 360 fichas clínicas de mujeres gestantes con una edad por debajo de los dieciocho años, las cuales asistieron a sus controles prenatales en un establecimiento de salud particular.

Obtuvo como resultado que la morbilidad y mortalidad de mujeres adolescentes en gestación controladas en el hospital es inferior a la registrada por el CLAP del

establecimiento de salud particular. En cuanto al producto, no pudo comprobarse disimilitudes sustanciales respecto a nacimientos pre términos y neonatos (con bajo o muy bajo peso al nacer).

- “CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL CONTROL PRENATAL EN UNA ENTIDAD DE 1º NIVEL, MANIZALES, AÑOS 2005-2007.”<sup>15</sup>

El trabajo de investigación de JUAN ÁLVAREZ y col., realizado en Colombia en el 2009, corresponde a la revisión de 1245 fichas clínicas, mediante las cuales la mayor población atendida con un 78.9% se situaba entre las edades de 18 a 34 años.

- “EL CONTROL PRENATAL Y EL DESENLACE MATERNOPERINATAL.”<sup>16</sup>

Investigación realizada por OSWALDO TIPIANI, en nuestro país durante el 2006, a través de la cual tomó una muestra de 455 mujeres embarazadas, obtuvo como resultado que según el índice de Kessner, 115 mujeres embarazadas llevaron un chequeo prenatal insuficiente y 340 gestantes, un control suficiente. Las gestantes que llevaron un chequeo prenatal insuficiente obtuvieron la probabilidad correspondiente a 6 veces más en recibir un neonato prematuro y 4 veces superior a tener un producto con peso inferior al estimado al nacer.

El estudio dio a conocer significativamente la asociación entre control prenatal insuficiente, prematuridad, y peso bajo al nacer.

- “MODELO DE ATENCIÓN PRENATAL DE BAJO RIESGO”.<sup>17</sup>

Trabajo de investigación realizado por RICARDO ORTIZ y colaboradores, el cual tuvo lugar en Colombia durante el año 2005. Obtuvo como resultado que el esquema de atención de bajo riesgo prenatal está conformada por seis controles en adelante, distribuidos en los niveles de atención: 3 por el médico general, 3 por enfermera especialista u obstetrix y 1 por el médico especialista en gineco-obstetricia.

- “IMPACTO DEL CONTROL PRENATAL EN LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL.”<sup>18</sup>

Investigación llevada a cabo por HÉCTOR SÁNCHEZ y col., en México durante el 2005, trabajando con 407 fichas clínicas de mujeres embarazadas y de neonatos. Los resultados fueron potencialmente importantes al asociar controles prenatales

inadecuados y morbi-mortalidad neonatal, teniendo como consecuencias: síndrome de insuficiencia respiratoria (OR = 3.559, IC = 1.865 a 6.794), bajo peso al nacer (OR = 3.504, IC = 1.861 a 6.597) y prematuridad (OR = 5.044, IC = 2.624 a 9.698).

- “FACTORES ASOCIADOS A PATOLOGÍAS MATERNAS Y PERINATALES EN AUSENCIA DE ATENCIÓN PRENATAL. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. IQUITOS-PERÚ. ENERO-JUNIO 2014”.<sup>19</sup>

El trabajo realizado en la región de Loreto-Perú por ANDREA CRISTINA DEL ROSARIO SAAVEDRA PÉREZ, durante el 2014, obtuvo como resultado que 1720 casos de los 2984 nacidos en dicho hospital por parto (vaginal o cesárea) presentaron falta de controles prenatales a lo largo del periodo gestacional.

- “RELACION ENTRE CONTROL PRENATAL Y MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DURANTE EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2013”.<sup>20</sup>

Estudio realizado en la región de Loreto - Perú por SIRIA AUGUSTA IDROGO TUESTA, en el 2014, a través del cual trabajó con 206 casos y 412 controles; concluyendo: el mayor índice de morbilidad y mortalidad cercano al nacimiento perinatal se encontró en el intervalo de 20 a 35 años de edad. Además, concluyó que las mujeres embarazadas que habitan en las zonas rurales presentan dos veces mayor probabilidad de morbilidad y mortalidad perinatal que las gestantes que habitan en las ciudades. Así mismo, pudo notar que las mujeres embarazadas que llevaron controles prenatales insuficientes (menores a 6), desarrollaron el doble de posibilidad de morbilidad y mortalidad perinatal.

- “CONTROL PRENATAL COMO ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA EN LA MORBIMORTALIDAD NEONATAL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. “LUIS RAZETTI” – BARCELONA, OCTUBRE-DICIEMBRE DEL 2008”.<sup>21</sup>

Trabajo de investigación realizado en España por DÍAZ O., SUELLEN durante el 2009, en el cual consideró una muestra de 268 neonatos, obtuvo como resultado un gran índice de morbi-mortalidad neonatal en las mujeres embarazadas cuyos chequeos

prenatales fueron insuficientes, lo que la llevó a la conclusión de la importancia de los chequeos durante el embarazo.

## 2.2 BASES TEORICAS

- PARTO DISTÓCICO

El trabajo de parto alterado (o distócico) se caracteriza por avanzar con una lentitud anormal como consecuencia de contracciones uterinas ineficientes, posición o presentación fetal anormal, pelvis ósea con diámetros inadecuados y anomalías de las partes blandas pélvicas de la gestante. Se dice que es más frecuente en las mujeres nulíparas y se acompaña de una considerable morbimortalidad materna así como también perinatal como resultado de infecciones, ruptura uterina y partos operativos.<sup>22</sup>

- DISTOCIAS PÉLVICAS:

- Tipos de Pelvis<sup>23</sup>

En los últimos años han disminuido las incidencias de distocias a causa del canal óseo del parto por la disminución de las alteraciones patológicas de la pelvis, como consecuencia de una mejor profilaxis, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades pélvicas, columna vertebral y de las miembros inferiores.

- Pelvis Ginecoide:

Caracterizada por poseer un estrecho superior con forma redondeada, el diámetro transversal máximo localizado aproximadamente a la mitad del conjugado verdadero y tanto el segmento anterior así como el segmento posterior amplios. El arco subpúbico con valor mayor a 85°; las paredes no convergen y los bordes de las espinas ciáticas son romos. Este tipo de pelvis se encuentra con una frecuencia del 50%; y es considerada la más adecuada para el parto vaginal.

- Pelvis Androide.

A nivel del estrecho superior la parte anterior es puntiaguda y angosta. El diámetro transversal máximo coincide con el conjugado verdadero localizándose más cerca del sacro, de modo que la superficie del segmento posterior es mucho mayor que la del segmento anterior. El arco subpúbico es menor de 85°; las paredes laterales son

convergentes y las espinas ciáticas son prominentes. Este tipo de pelvis existe en un 26% de las mujeres y presenta dificultades tanto en el encajamiento como en la rotación en las variedades posteriores.

- Pelvis Antropoide.

El estrecho superior presenta forma ovoidea y el diámetro anteroposterior es mayor que el transversal. Además, el ángulo subpúbico tiene una amplitud media, las paredes pélvicas a menudo convergen, así como también las espinas ciáticas no son prominentes. La frecuencia es de un 18% y predominantemente en la raza negra. Una pelvis antropoide presenta dificultades tanto en el encajamiento y descenso así como en el estrecho inferior y en la rotación de las variedades posterior y transversa.

- Pelvis Platipeloide o Plana.

El estrecho superior es ovalado pero, en oposición de la pelvis antropoide, el diámetro transversal es mayor que el anteroposterior. El ángulo subpúbico se considera mayor de 90°; las paredes laterales son fundamentalmente amplias y las espinas ciáticas no son prominentes. Se observa en un 5% de las mujeres. Una pelvis platipeloide dificulta tanto la rotación interna como el período expulsivo.

Generalmente hay combinación de varios tipos de pelvis, pero lo principal a saber es que cualquier disminución de los diámetros, independientemente del tipo de pelvis, puede originar una distocia pélvica.

- La estrechez pélvica <sup>24</sup>

Puede localizarse a nivel de la entrada a la pelvis, plano medio, o en el plano de salida (estrecho inferior).

- Estrechez del plano de entrada o superior:

Los diámetros importantes son:

- Diámetro conjugado verdadero: Distancia existente entre el promontorio (sacro) y el borde superior de la sínfisis del pubis.

-

- Diámetro conjugado obstétrico: Distancia existente entre el promontorio (sacro) y el sitio más próximo de la cara posterior de la sínfisis del pubis.
- Diámetro conjugado diagonal: Distancia existente entre el promontorio (sacro) y el borde inferior de la sínfisis del pubis (el único que puede ser medido mediante el examen físico). Estrechez pélvica diámetro menor de 11,5 cm.
- Diámetro obstétrico: Se calcula restando 1,5 a 2 cm del diámetro conjugado diagonal y es considerado como el menor del estrecho superior. Estrechez pélvica diámetro menor de 10 cm.

- Estrechez del plano medio:

Limitado por el borde inferior de la sínfisis del pubis, las espinas ciáticas y el sacro, en la convergencia de la 4a y la 5a vértebra. Son causas de distocia a este nivel la prominencia de las espinas ciáticas (diámetro interespinoso menor de 10 cm), la convergencia de las paredes laterales y la estrechez de la escotadura sacrociática. Suelen producir detención persistente del descenso. Se dice que la estrechez del estrecho medio son las que originan las distocias pélvicas de mayor importancia.

- Estrechez del plano de salida o inferior:

Usualmente asociado a estenosis del estrecho medio y debe sospecharse cuando hay prominencia de espinas ciáticas (disminución del diámetro transversal), sacro inclinado predominantemente hacia adelante, diámetro anteroposterior acortado o disminución de la distancia entre a nivel del diámetro intertuberoso (menor de 8 cm).

- ALTERACIONES DE LA PELVIS DEPENDIENTES DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Las pelvis deformadas como consecuencia de diferentes causas como fracturas, parálisis infantil, debilidad muscular por polio, acortamiento de un miembro inferior o amputaciones, desviaciones de la columna, se traducen en alteraciones de los diámetros oblicuos del estrecho superior, dificultando el descenso, encajamiento y rotación de la presentación fetal.



- Distocias de tejidos blandos

Aquellas que tienen su origen a nivel de los tejidos musculares, aponeuróticos que entran en contacto con el polo fetal en el momento del trabajo de parto y pueden ser a nivel de anexos del cuerpo uterino, del cuello uterino, la vagina, la vulva o el periné.

- Distocias ocasionadas por patologías del útero y anexos

Los miomas uterinos localizados a nivel del segmento inferior del útero, y en especial los de la cara posterior, pueden originar obstrucción mecánica en el segmento uterino.

Así como también los quistes ováricos pediculados grandes, mayores de 10 cm, pueden originar obstrucción mecánica y riesgo de ruptura del quiste durante el trabajo de parto. El uso de la ecografía durante los controles prenatales permite identificarlos y practicar una cesárea con la finalidad de no generar un parto distócico.

- Distocias Cervicales

El reblandecimiento normal del cuello originado por las acciones hormonales durante el embarazo y el trabajo de parto, así como la facilidad para acortarse y dilatarse, se alteran fácilmente con las cicatrices cervicales posteriores a desgarros cervicales en partos anteriores, conizaciones, entre otras.

- Distocias vaginales y vulvares

Las cirugías vaginales anteriormente realizadas pueden causar distorsión de los tejidos y riesgos de que la patología anteriormente corregida con el procedimiento quirúrgico pueda volver a aparecer. Las grandes condilomatosis vulvovaginales o perineales pueden sufrir laceraciones y desgarros durante el nacimiento, generando hemorragias severas, y de tal forma ocasionar una franca distocia de tejidos blandos.

Por último, las lesiones como las fistulas recto o vesicovaginales contraindican el parto vaginal por el riesgo de aumentar el daño preexistente, así como también las infecciones locales de transmisión que pongan en peligro al recién nacido.

- CONTROLES PRENATALES<sup>25</sup>

La atención prenatal es una oportunidad fundamental para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las gestantes. Esto incluye la promoción de un modo de vida sano, incluida una nutrición adecuada, detección y

prevención de enfermedades, prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las gestantes que puedan estar sufriendo violencia de pareja.

### Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal<sup>26</sup>

El nuevo modelo de atención prenatal de la OMS, menciona que el número de contactos que debe tener la gestante con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo se incrementa de cuatro a ocho. Datos recientes indican que una mayor frecuencia de contactos prenatales de las gestantes se asocia potencialmente a una disminución de la probabilidad de muertes prenatales.

Esto sucede porque existen más oportunidades para la detección y gestión de los posibles problemas. Se menciona que una atención prenatal con un mínimo de ocho contactos puede reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro visitas.

Se recomienda fundamentalmente a las gestantes tener su primer contacto a las 12 semanas de gestación, y los contactos siguientes a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación.

Así mismo se plantea lo siguiente:

El modelo de atención prenatal con un número mínimo de ocho contactos es recomendado para reducir la mortalidad perinatal y mejorar potencialmente la experiencia de las mujeres con la atención.

El asesoramiento personalizado sobre los hábitos de alimentación saludables y el mantenimiento de la actividad física durante la gestación.

La administración diaria por vía oral a las gestantes de un suplemento que contenga entre 30 y 60 mg de hierro elemental y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, la insuficiencia ponderal al nacer y el parto prematuro.

La vacunación con anatoxina tetánica para todas las mujeres gestantes, en función de su exposición anterior a dicha vacuna, para prevenir la mortalidad neonatal a causa del tétanos.

La realización de una ecografía antes de las 24 semanas de gestación (ecografía temprana) para estimar la edad gestacional, detectar oportunamente anomalías fetales y embarazos múltiples.

La obtención de información de la gestante sobre el consumo de alcohol y otras sustancias (anterior y actual).

## **2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES**

- **PARTO DISTÓCICO:**

Trabajo de parto alterado o trabajo de parto lento caracterizado por un trabajo de parto que avanza con una lentitud anormal a causa de contracciones uterinas ineficientes, presentación o posición fetal anormal, pelvis ósea inadecuada o anomalías de las partes blandas pélvicas de la madre.

- **CONTROL PRENATAL:**

Número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo

- **GESTANTE CONTROLADA:**

Gestante que ha cumplido seis atenciones prenatales y que ha recibido el paquete básico de atención

- **PARIDAD:**

Es el número de embarazos, hijos, abortos, partos, que ha tenido la mujer a lo largo de su vida.

- **MORTALIDAD MATERNA:**

Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales

## III. CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1: HIPOTESIS: GENERAL Y ESPECÍFICAS

#### 3.1.1 Hipótesis Alterna:

- Los controles prenatales están asociados significativamente al parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016.

#### 3.1.2 Hipótesis Nula:

- Los controles prenatales no están asociados significativamente al parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016.

#### 3.1.3 Hipótesis Específica:

- -Existe asociación entre la edad materna y parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016.
- -Existe asociación entre número de paridad y parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016.
- -Existe asociación entre peso al nacer y parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016.

### 3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

Ver Anexo nro.01

## IV. CAPITULO IV: METODOLOGÍA.

### 4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es un estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles.

### 4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está constituida por todas aquellas gestantes atendidas durante el trabajo de parto en el periodo Enero – Diciembre del 2016

La unidad de observación fue el libro de registro actas de nacimientos del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016. Se realizó un muestreo por conveniencia

MUESTRA:

IGUAL NUMERO DE CASOS Y CONTROLES	
Frecuencia de exposición entre los controles	0.4
Odds ratio previsto	3
Nivel de confianza	0.95
Poder estadístico	0.80
Frecuencia de exposición estimada entre los casos	0.67
Valor Z para alfa	1.96
Valor Z para beta	0.84
Valor P	0.53

Tamaño de muestra	100
-------------------	-----

El tamaño total de la muestra fue de 200 pacientes, donde se tomaron 100 gestantes no controladas con parto distócico (casos) y 100 gestantes no controladas con parto eutócico (controles) que fueron atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016.

- Criterios de Inclusión
  - Gestantes que realizaron el trabajo de parto dentro del servicio de gineco obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo.
  - Gestantes en trabajo de parto que fueron registradas en el libro de actas de nacimiento del Hospital Nacional Dos de Mayo.
  - Gestantes en trabajo de parto con los datos suficientes para poder formar parte del estudio.
- Criterios de Exclusión
  - Gestantes cuyos registros estén incompletos
  - Gestantes cuyos registros estén ilegibles

### **4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Ver anexo nro.1

### **4.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Técnica:

Recopilación de datos a través del libro de registros de actas de nacimientos del servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Nacional 2 de Mayo en el año 2016

Selección de datos del libro de registros de actas de nacimientos que contentan los criterios de inclusión y exclusión para su registro y transcripción en la ficha de recolección y base de datos de SPSS

Instrumento:

La ficha de recolección de datos para el análisis de las variables a comparar (controles prenatales, edad materna, edad gestacional, peso al nacer, talla al nacer, parto distócico) fue elaborada por la tesista.

Registro en la base de datos de SPSS

## **4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS**

A través de la Ficha de recolección de datos (ver Anexo nro. 2)

## **4.6 TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS**

Se realizó la transcripción de datos desde las fichas de recolección de datos a la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013.

Posteriormente los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 23, donde se realizaron los análisis respectivos.

Se obtuvieron las frecuencias de las principales variables cualitativas independientes de investigación y su relación con la variable dependiente. Para poder encontrar dicha relación se aplicó la prueba de asociación Odds ratio, con sus intervalos de confianza al 95%, asimismo se procedió a analizar a través del Chi cuadrado, significativo con un  $p < 0.05$ .





# V. CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

## 5.1 RESULTADOS

En el presente capítulo se mostrarán los datos que se recolectaron a través de la ficha de recolección de datos a partir del libro de registro de nacimientos del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo:

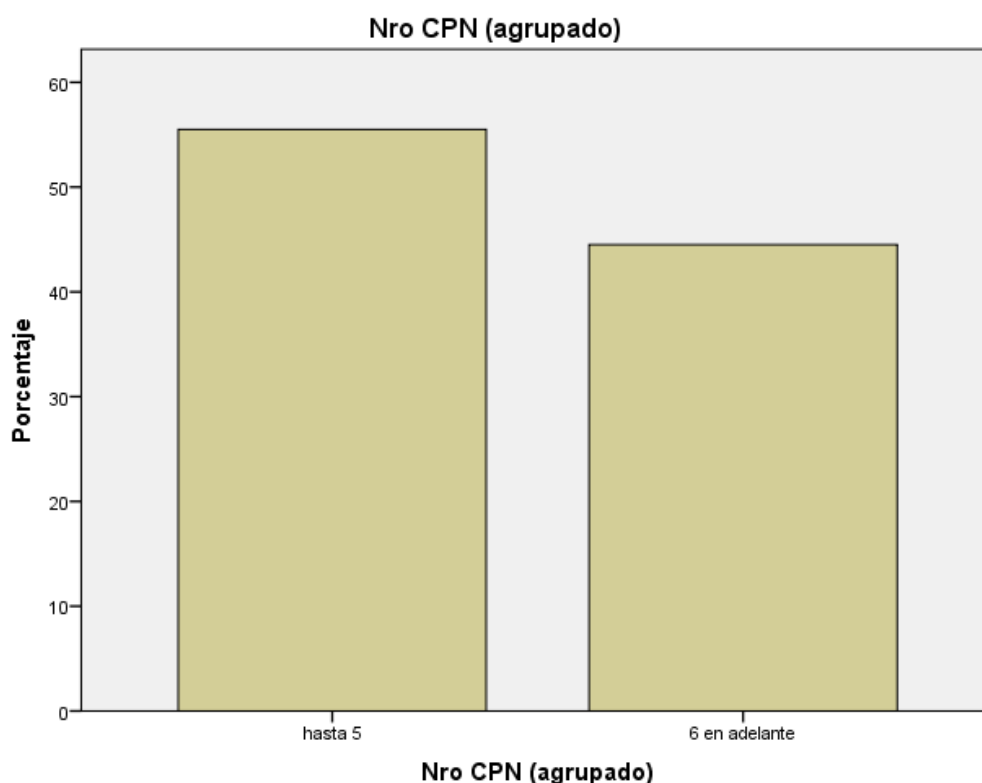


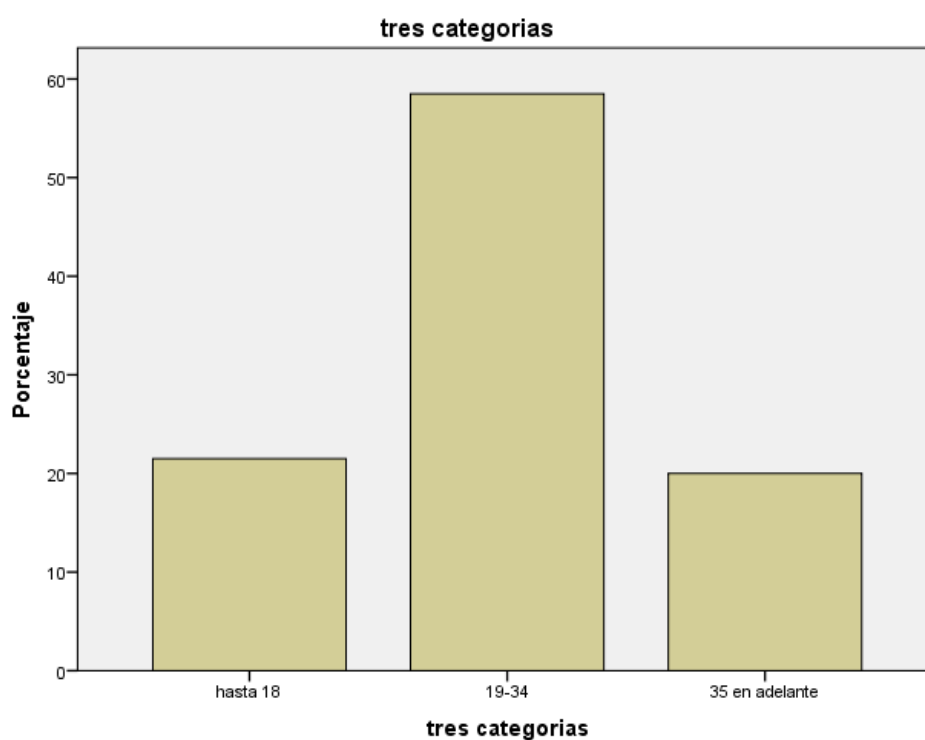
GRAFICO NRO 1: PORCENTAJE DE CONTROLES PRENATALES SEGÚN TIPO: INADECUADO (HASTA 5), ADECUADO (6 EN ADELANTE) EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2016.

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Se estima en porcentaje que los números de controles prenatales hasta 5(inadecuados) fueron de 55%, mientras que de 6 en adelante (adecuados) fue de 45%.

Tres categorías

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido hasta 18	43	21,5	21,5	21,5
19-34	117	58,5	58,5	80,0
35 en adelante	40	20,0	20,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	



**GRAFICO N°2: PORCENTAJE DE POBLACIÓN SEGÚN LA EDAD MATERNA EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2016. FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

Siendo que la edad hasta 18 años (adolescentes) representa un 21.5%. en comparación con la edad de 19 a 34 años que representa un 58.5% y la edad mayor o igual a 35 (gestante añosa) un 20%.

Nro de Paridad (agrupado)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	hasta 1	60	30,0	30,0	30,0
	2 en adelante	140	70,0	70,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

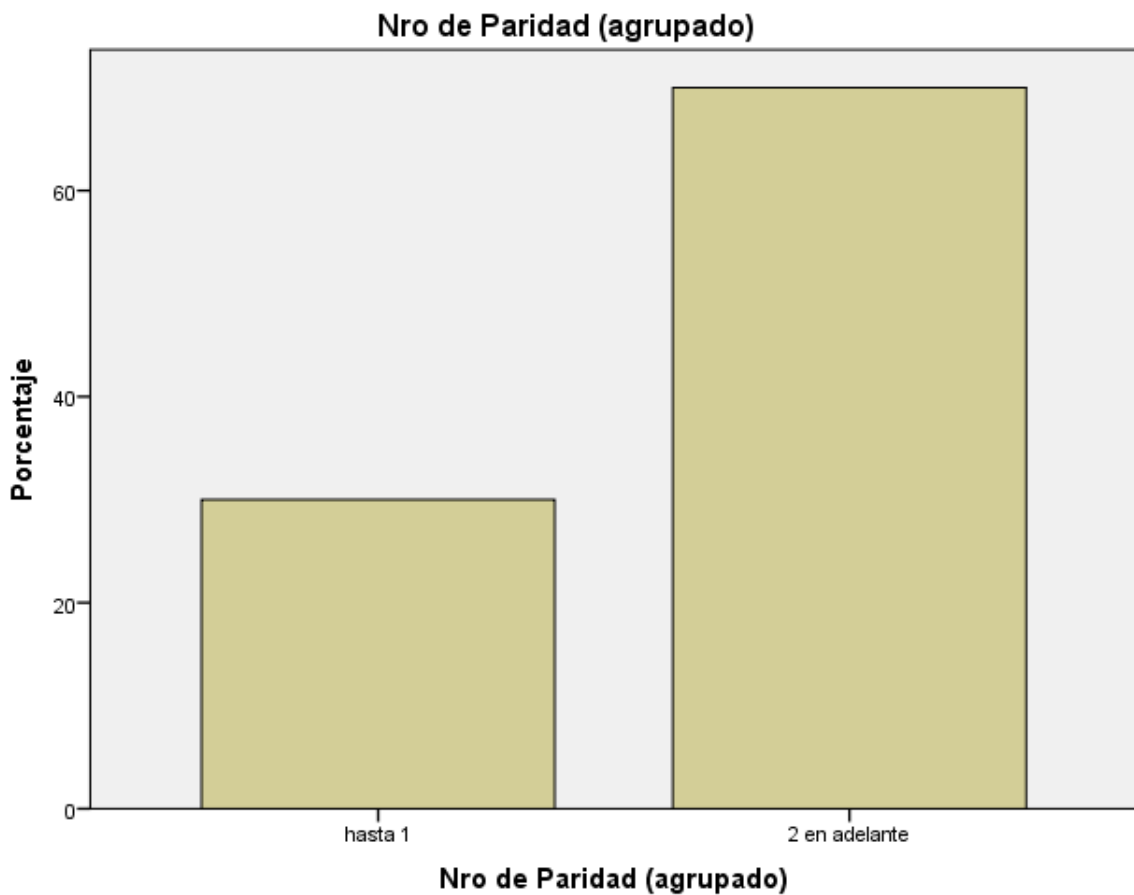


GRAFICO N°3: PORCENTAJE DE NUMERO DE PARIDAD EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2016.

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Siendo Un 30% Hasta 1 Parto Y 70% De 2 Partos En Adelante.

Peso al Nacer (agrupado)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido hasta 2499	7	3,5	3,5	3,5
2500-3999	182	91,0	91,0	94,5
4000 en adelante	11	5,5	5,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

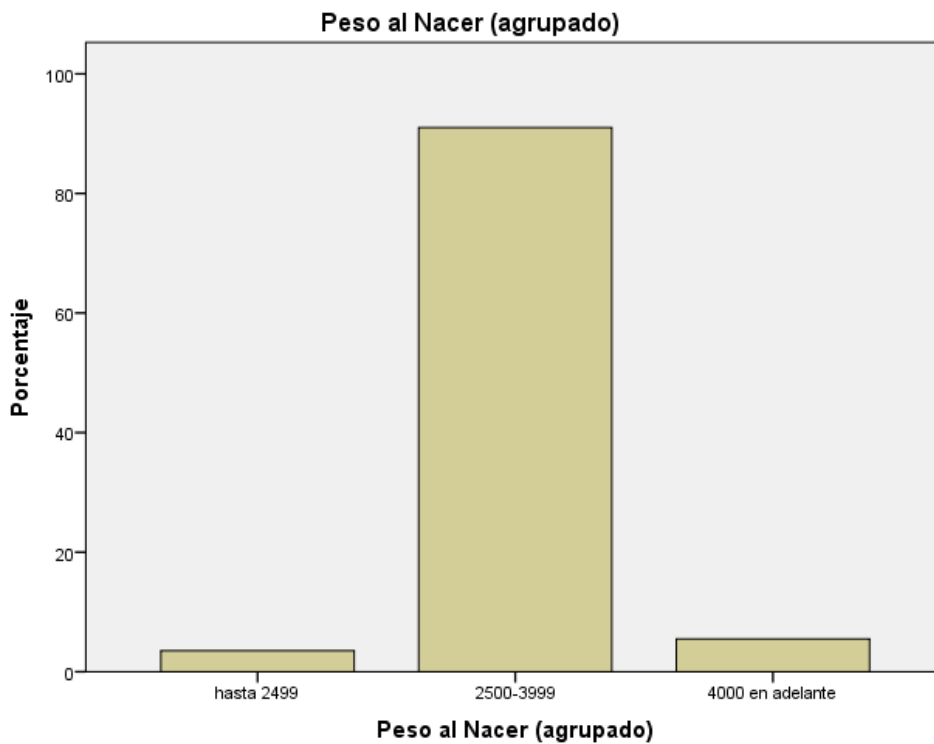


GRAFICO N°4: PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS SEGÚN SU PESO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DURANTE EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2016.

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Obteniendo que hasta 2499gr (bajo peso al nacer) representa un total de 3.5%; mientras que de 2500 a 3999gr representa un 91% y de 4000gr en adelante (macrosómico) representa un 5.5%.

De acuerdo al objetivo general del presente estudio: Determinar la asociación entre los controles prenatales y el parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero-Diciembre 2016 se obtuvo lo siguiente:

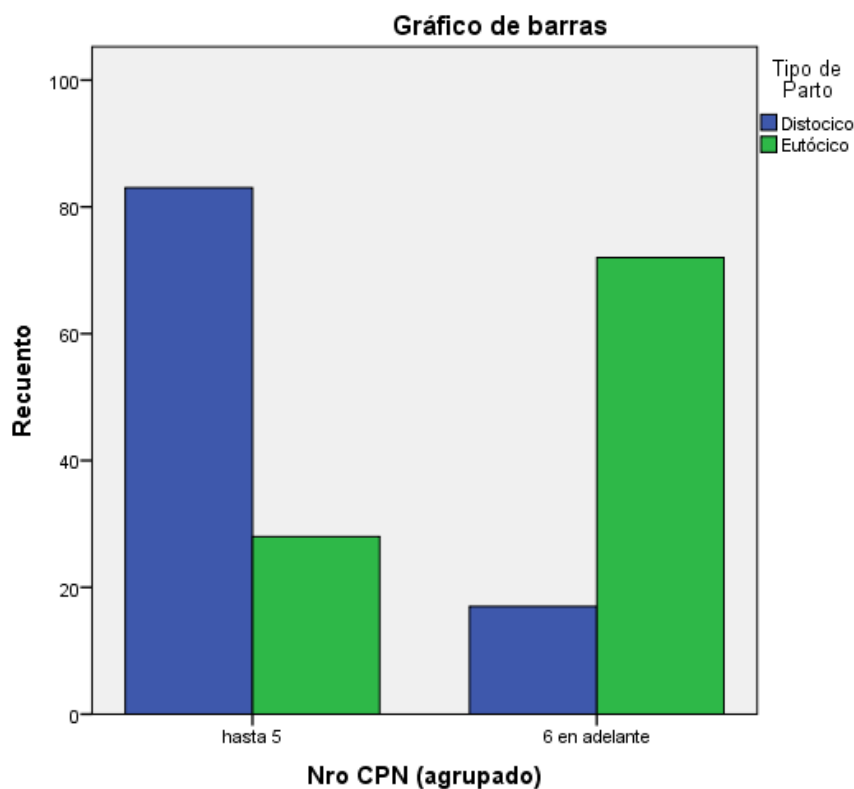
TABLA N°1: Asociación entre el número de controles prenatales y parto distócico.

Tabla cruzada Nro CPN (agrupado)\*Tipo de Parto

			Tipo de Parto		Total
			Distocico	Eutócico	
Nro CPN (agrupado)	hasta 5	Recuento	83	28	111
		% dentro de Tipo de Parto	83,0%	28,0%	55,5%
	6 en adelante	Recuento	17	72	89
		% dentro de Tipo de Parto	17,0%	72,0%	44,5%
Total	Recuento		100	100	200
	% dentro de Tipo de Parto		100,0%	100,0%	100,0%

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Nro CPN (agrupado) (hasta 5 / 6 en adelante)	12,555	6,359	24,789
Para cohorte Tipo de Parto = Distocico	3,915	2,519	6,084
Para cohorte Tipo de Parto = Eutócico	,312	,223	,436
N de casos válidos	200		



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

En la tabla n°1 según el objetivo general: Determinar la asociación entre los controles prenatales y el parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero-Diciembre 2016, se procedió a utilizar el estadístico OR para demostrar si existe o no riesgo entre ambas variables

De esa manera se calculó un OR teniendo como resultado 12.55 (IC 95%: 6.359 y 24.789). El IC no incluye la unidad, lo cual, significa que dicha asociación es estadísticamente significativa.

Por otra parte; el valor del OR, quiere decir que las gestantes con una cantidad inadecuada de controles prenatales (menor a 6) tienen 12.55 veces más probabilidades de presentar parto distócico.

De acuerdo al primer objetivo específico del presente estudio: Determinar la asociación entre la edad materna y parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital en el Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016 se obtuvo lo siguiente:

TABLA N°2: Asociación entre la edad materna y parto distócico

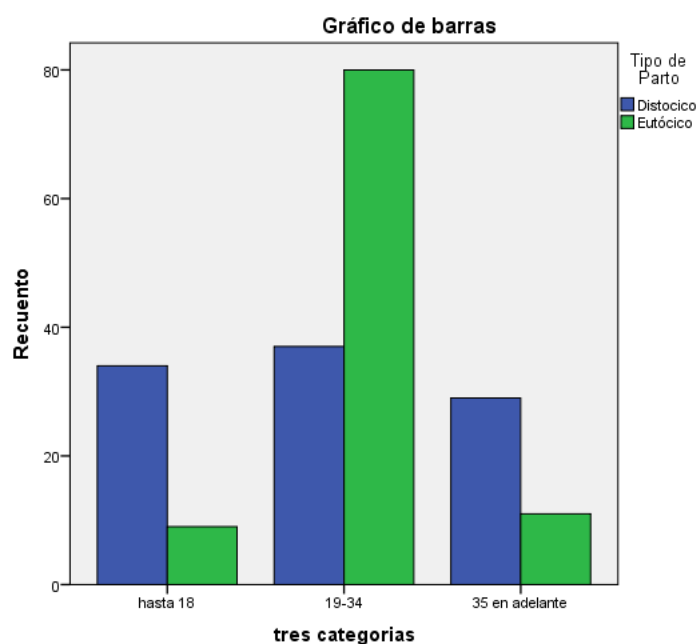
Tabla cruzada tres categorías\*Tipo de Parto

			Tipo de Parto		Total
			Distocico	Eutócico	
tres categorías	hasta 18	Recuento	34	9	43
		% dentro de Tipo de Parto	34,0%	9,0%	21,5%
	19-34	Recuento	37	80	117
		% dentro de Tipo de Parto	37,0%	80,0%	58,5%
	35 en adelante	Recuento	29	11	40
		% dentro de Tipo de Parto	29,0%	11,0%	20,0%
Total	Recuento		100	100	200
	% dentro de Tipo de Parto		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,438 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	40,068	2	,000
N de casos válidos	200		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 20,00.



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

En la tabla n°2 según el primer objetivo específico: Determinar la asociación entre la edad materna y parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016 se utilizó el estadístico chi cuadrado para poder correlacionar las variables de edad con el tipo de parto.

Se obtuvo como resultado que los partos distócicos estaban comprendidos por gestantes con una edad de hasta 18 años en un 34%, gestantes de 19-34 años en un 37% y gestantes de 35 años en adelante en un 29%. Por otra parte los partos eutócicos estaban comprendidos por gestantes con una edad de hasta 18 años en un 9%, gestantes de 19-34 años en un 80% y gestantes de 35 años en adelante en un 11%.

Se obtuvo un p de 0.000% (valor menor a 0.05%) lo que demuestra que sí existe asociación entre la edad materna y el tipo de parto. Así como también el encontrarse en los grupos extremos: adolescentes y añosas representa un factor de riesgo para presentar parto distócico en comparación con el otro grupo etario (19-34 años)

De acuerdo al segundo objetivo específico del presente estudio: Determinar la asociación entre el número de paridad y parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016 se obtuvo lo siguiente:



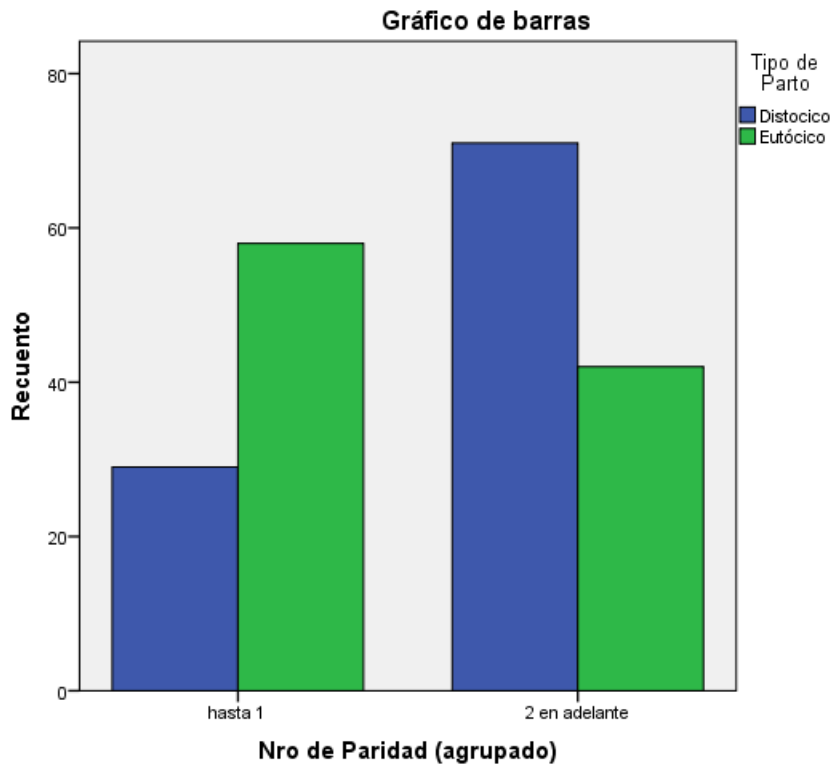
TABLA N°3: Asociación entre el número de paridad y parto distócico

Tabla cruzada Nro de Paridad (agrupado)\*Tipo de Parto

			Tipo de Parto		Total
			Distocico	Eutócico	
Nro de Paridad (agrupado)	hasta 1	Recuento	29	58	87
		% dentro de Tipo de Parto	29,0%	58,0%	43,5%
	2 en adelante	Recuento	71	42	113
		% dentro de Tipo de Parto	71,0%	42,0%	56,5%
Total		Recuento	100	100	200
		% dentro de Tipo de Parto	100,0%	100,0%	100,0%

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Nro de Paridad (agrupado) (hasta 1 / 2 en adelante)	2,296	,164	,532
Para cohorte Tipo de Parto = Distocico	,531	,382	,737
Para cohorte Tipo de Parto = Eutócico	1,794	1,353	2,378
N de casos válidos	200		



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

En la tabla n°3 según el segundo objetivo específico del presente estudio: Determinar la asociación entre el número de paridad y parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016, se procedió a utilizar el estadístico OR para demostrar si existe o no riesgo entre ambas variables.

De esa manera se calculó un OR teniendo como resultado 0.296 (IC 95%: 0.164 y 0.532). El IC no incluye la unidad, lo cual, significa que dicha asociación es estadísticamente significativa.

Por lo que el valor OR quiere decir que el no ser multípara representa un factor protector para disminuir el parto distócico.

Por otra parte; el valor del OR, quiere decir que las gestantes con 2 o más partos (multíparas) tienen 0.296 veces más riesgo de tener un parto distócico que las que tienen hasta 1 parto.

De acuerdo al tercer objetivo específico del presente estudio: Determinar la asociación entre el peso al nacer en recién nacidos y parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016 se obtuvo lo siguiente:

TABLA N°4: Asociación entre el peso al nacer en recién nacidos y parto distócico

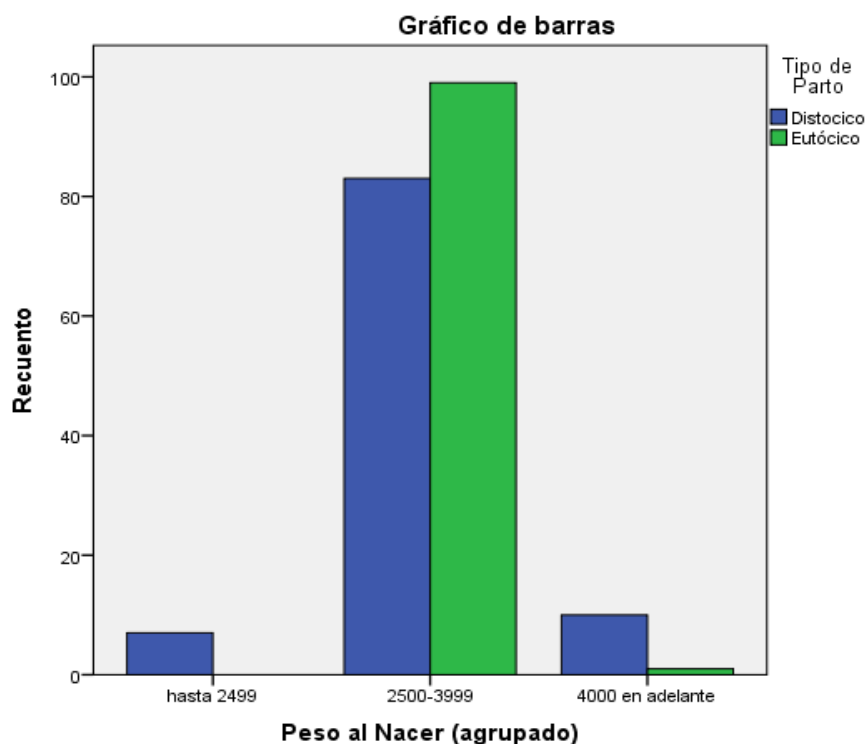
Tabla cruzada Peso al Nacer (agrupado)\*Tipo de Parto

		Tipo de Parto		Total
		Distocico	Eutócico	
Peso al Nacer (agrupado) hasta 2499	Recuento	7	0	7
	% dentro de Tipo de Parto	7,0%	0,0%	3,5%
2500-3999	Recuento	83	99	182
	% dentro de Tipo de Parto	83,0%	99,0%	91,0%
4000 en adelante	Recuento	10	1	11
	% dentro de Tipo de Parto	10,0%	1,0%	5,5%
Total	Recuento	100	100	200
	% dentro de Tipo de Parto	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,770 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	19,660	2	,000
N de casos válidos	200		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,50.



FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

En la tabla n°4 según el tercer objetivo específico del presente estudio: Determinar la asociación entre el peso al nacer en recién nacidos y parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo periodo Enero – Diciembre 2016 se utilizó el estadístico chi cuadrado para poder correlacionar las variables de peso con el tipo de parto.

Se obtuvo que: presentaron parto distócico aquellos recién nacidos cuyo peso fue hasta 2499 gr en un 7%, peso entre 2500-3999 en un 83% y peso de 4000 en adelante en un 10%.

Mientras que parto eutócico aquellos recién nacidos cuyo peso fue hasta 2499 gr en un 0%, peso entre 2500-3999 en un 99% y peso de 4000 en adelante en un 1%. Se obtuvo un p de 0.000% (valor menor a 0.05%) lo que demuestra que sí existe asociación entre la peso del recién nacido y el tipo de parto.

Así como también el encontrarse en los grupos extremos: hasta 2499 gr y 4000 gr en adelante representa un factor de riesgo para presentar parto distócico puesto que la mayor parte de su población o totalidad presenta parto distócico en comparación con el otro grupo (2500-3999) en la cual la gran mayoría presento parto eutócico.

## 5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

El objetivo principal del trabajo expuesto ha sido demostrar la asociación existente entre el número de controles prenatales y el parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo Periodo Enero – Diciembre 2016.

La población total fue de 486 gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo enero diciembre 2016. De las cuales se tomó como muestra significativa a 200 pacientes. Considerando que se excluyeron aquellas cuyas historias clínicas se encontraban con datos incompletos o letra ilegible en el libro de registro de nacimientos de dicho servicio.

Los controles prenatales se definen como el contacto existente entre la paciente y el médico gineco obstetra a lo largo de la gestación, siendo pilar fundamental para el desarrollo adecuado de la misma y la obtención de un producto sin complicaciones.

Según el Ministerio de Salud del Perú se considera controles prenatales adecuados aquellos que son mayor igual a 6, cuando es menor a dicha cantidad, el producto se encuentra con un riesgo potencial de morbilidad neonatal.

De acuerdo a la asociación entre controles prenatales y parto distócico se obtuvo un OR de 12.55 (IC 95%: 6.359 y 24.789). El IC no incluye la unidad, lo cual, significa que dicha asociación es estadísticamente significativa.

Por otra parte; el valor del OR, quiere decir que las gestantes con una cantidad inadecuada de controles prenatales (menor a 6) tienen 12.55 veces más probabilidades de presentar parto distócico.

En comparación con el estudio realizado por Oscar Antonio Lozano Ventura <sup>7</sup> de tipo cuantitativo, observacional, analítico relacional, retrospectivo con población total de 2350 recién nacidos en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante los meses de Enero – Mayo 2016, se utilizó el estadístico chi cuadrado para encontrar si existe o no asociación entre las variables controles prenatales y la morbilidad en el recién nacido, obteniéndose un  $p= 0,000$  (valor menor a 0,05), el cual indicó que sí existe dicha asociación.

En relación a los recién nacidos con menos de 6 controles prenatales con la morbilidad y mortalidad, se calculó un OR=52,305 (IC 95%: 40,786 -67,077) y OR=8,175 (IC 95%: 6,269 -10,661) respectivamente, por lo que ninguno de los dos incluye a la unidad y la asociación es estadísticamente significativo. Se puede concluir que al igual que nuestro trabajo se ha demostrado que un número de controles prenatales insuficientes conlleva a un parto distócico.

Con respecto a la asociación entre la edad materna y parto distócico se obtuvo como resultado que los partos distócicos estaban comprendidos por gestantes con una edad de hasta 18 años en un 34%, gestantes de 19-34 años en un 37% y gestantes de 35 años en adelante en un 29%. Por otra parte los partos eutócicos estaban comprendidos por gestantes con una edad de hasta 18 años en un 9%, gestantes de 19-34 años en un 80% y gestantes de 35 años en adelante en un 11%.

Se obtuvo un p de 0.000% (valor menor a 0.05%) lo que demuestra que sí existe asociación entre la edad materna y el tipo de parto.

Así como también el encontrarse en los grupos extremos: adolescentes y añosas representa un factor de riesgo para presentar parto distócico en comparación con el otro grupo etario (19-34 años)

En comparación con el estudio realizado por Matilde Valls Hernandez <sup>5</sup>, en el año 2007 donde se evaluó el comportamiento de algunas variables biomédicas y sociodemográficas en mujeres mayores de 40 años. Fue un estudio observacional analítico con una población total de 93 pacientes mayores de 40 años.

En los resultados se obtuvo que un 43% tenían sobrepeso, más del 60% tenía el antecedente de haber cambiado de pareja y un 59.1% resultó en un parto distócico. Por lo que se concluye que en este grupo etario es mucho más probable que desencadene en un parto distócico.

Del mismo modo según el estudio realizado por Eida Rosa Mariño Membribe <sup>6</sup> en el año 2010 en el que se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en un universo de 90 adolescentes que se embarazaron y tuvieron su parto en el periodo 2005- 2008. Se

obtuvo como resultados que existió un predominio de la nuliparidad en el 86,7 % de las adolescentes y la distocia del parto se presentó en el 44,5 %

De esta manera podemos observar que tanto nuestro estudio como los dos mencionados anteriormente concluyen que el grupo etario adolescente y gestantes añosas tienen mayor probabilidad de desarrollar parto distócico

En cuanto a la relación existente entre el número de paridad y parto distócico se obtuvo un OR teniendo como resultado 0.296 (IC 95%: 0.164 y 0.532). El IC no incluye la unidad, lo cual, significa que dicha asociación es estadísticamente significativa.

Por lo que el valor OR quiere decir que el no ser múltipara representa un factor protector para disminuir el parto distócico.

Por otra parte; el valor del OR, quiere decir que las gestantes con 2 o más partos (múltiparas) tienen 0.296 veces más riesgo de tener un parto distócico que las que tienen hasta 1 parto.

En comparación con el estudio realizado por Claudia Arispe <sup>9</sup> en el año 2011 el cual tuvo como objetivo Determinar la frecuencia de pacientes con control prenatal (CPN) inadecuado y los factores asociados a dicho evento. Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se entrevistó a puérperas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre agosto 2010 y enero 2011, y se revisó la historia clínica y carnet materno perinatal (CLAP). Se compararon factores epidemiológicos, maternos y socioeconómicos entre grupos de gestantes con CPN adecuado e inadecuado. Donde se obtuvo como resultado que el porcentaje de CPN inadecuado fue elevado. El CPN inadecuado se asoció con paridad mayor a 2 y parto distócico. Lo cual coincide con nuestro resultado obtenido.

Por otro lado, un estudio realizado por Gustavo Romero Gutiérrez <sup>4</sup>, se obtuvo como resultados que los principales factores de riesgo para la aparición de parto distócico fueron: edad avanzada, mayor estatura, mayor peso al nacer y baja paridad.

Observamos que en contraparte con nuestro trabajo este estudio demostró que la baja paridad es un factor de riesgo asociado a parto distócico, mientras que en nuestro

estudio se obtuvo como resultado que la multiparidad es un factor de riesgo asociado a la aparición de parto distócico.

Por último, en cuanto a la relación entre el peso al nacer y parto distócico obtuvimos que presentaron parto distócico aquellos recién nacidos cuyo peso fue hasta 2499 gr en un 7%, peso entre 2500-3999 en un 83% y peso de 4000 en adelante en un 10%. Mientras que parto eutócico aquellos recién nacidos cuyo peso fue hasta 2499 gr en un 0%, peso entre 2500-3999 en un 99% y peso de 4000 en adelante en un 1%.

Se obtuvo un p de 0.000% (valor menor a 0.05%) lo que demuestra que sí existe asociación entre el peso del recién nacido y el tipo de parto.

Así como también el encontrarse en los grupos extremos: hasta 2499 gr y 4000 gr en adelante representa un factor de riesgo para presentar parto distócico puesto que la mayor parte de su población o totalidad presenta parto distócico en comparación con el otro grupo (2500-3999) en la cual la gran mayoría presento parto eutócico.

En comparación con el estudio realizado por Gustavo Romero Gutiérrez <sup>4</sup>, quien obtuvo como resultados que uno de los principales factores de riesgo para parto distócico fue el mayor peso al nacer, lo cual coincide con nuestro estudio realizado.





# VI. CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## 6.1 CONCLUSIONES

- Existe asociación significativa entre el número de controles prenatales insuficientes y parto distócico con un OR de 12.55 (IC 95%: 6.359 y 24.789). El IC no incluye la unidad, lo cual, significa que dicha asociación es estadísticamente significativa.
- Hay asociación significativa entre la edad materna y parto distócico con un p de 0.00% (valor menor a 0.005%). Siendo el grupo más vulnerable las gestantes adolescentes y las gestantes añosas.
- Existe asociación significativa entre el número de paridad y parto distócico con un OR de 0.296 (IC 95%: 0.164 y 0.532). El IC no incluye la unidad lo cual, significa que dicha asociación es estadísticamente significativa.
- Hay asociación significativa entre) el peso al nacer y parto distócico ya que se obtuvo un p de 0.01% (valor menor a 0.05%) Siendo más frecuente los neonatos con menos de 2000 gramos y más de 4000 gramos

## 6.2 RECOMENDACIONES:

- Proporcionar información a las gestantes desde la primera consulta ginecológica acerca de la gran importancia que tiene un temprano control prenatal y las posibles consecuencias que podría ocasionar su incumplimiento, a fin de evitar la afección del binomio madre niño
- Explicar y exhortar a las gestantes, fundamentalmente a aquellas menores de 19 años y las mayores de 35 años, sobre la importancia de un control prenatal adecuado, para así prevenir las posibles complicaciones.
- Realizar charlas a toda gestante durante la consulta gineco-obstétrica, sobre todo a aquellas que han tenido dos o más partos, resaltando la importancia de un correcto número de controles prenatales.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de la Salud 2015. Recomendaciones de la oms para la conducción del trabajo de parto. Disponible en [http://www.who.int/topics/maternal\\_health/directrices\\_OMS\\_parto\\_es.pdf](http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)
2. World Health Organization. 2014. WORLD HEALTH STATISTICS 2014. World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland; 2014
3. Ministerio De Salud Del Perú. MINSA (2015). Mortalidad materna se redujo 10% entre 2010 y 2014. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=16498>
4. Romero Gutiérrez G., Ríos López J., Cortés Salim P. Factores de riesgo asociados con el parto distócico. León – México año 2007
5. Valls Hernandez M. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. México año 2007.
6. Mariño Membribe E. Comportamiento del embarazo en la adolescencia en el policlínico "Aleida Fernández Chardiet" periodo 2005- 2008. La Habana- Cuba.
7. Lozano Ventura O. Controles prenatales y su asociación con la morbimortalidad del recién nacido en el hospital Sergio Bernales, enero – mayo 2016. Lima - Perú
8. Navarro Vera J. Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” -enero a marzo del 2015. Perú – Lima. Universidad Mayor de San Marcos
9. Arispe C., Salgado M., Tang G., Gonzales C. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Lima – Perú. Rev Med Hered 22 (4), 2011 169.

10. Camacho Calderón J., Castaño Castrillón J., Chaves Cerón J., Correa rincón J. Evolución de la tensión arterial durante la gestación, en gestantes sanas inscritas en el programa de control prenatal de una entidad del primer nivel de atención en Manizales, Colombia, 2010:2013. Colombia. Volumen 14 N° 2 - Julio-Diciembre de 2014.
11. Mayorga Palacios A. Percepción sobre el control prenatal de las gestantes adolescentes en la E.S.E San Cristóbal, Bogotá 2012. Universidad Nacional De Colombia. 2012
12. Rico Venegas F., Ramos Frausto. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal. México. Revista electrónica trimestral de enfermería. 2012
13. Guadalupe Panduro J., Pérez Mendoza J. Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2011; 76(3): 169 – 174
14. Giacomini Carmiol L., Leal Mateos M. Características del control prenatal de pacientes adolescentes atendidas en la consulta de obstetricia Hospital “Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia”, 2010. Costa Rica. Acta méd. costarric. Vol 54 (2), abril-junio 2012
15. Álvarez J., Caballero F., Castaño Castrillon J. Cumplimiento de las Actividades de Promoción y Prevención en el Control Prenatal en una Entidad de 1° Nivel, Manizales, años 2005-2007. Universidad De Manizales Facultad De Medicina Centro De Investigaciones.
16. Tipiani O., Tomatis C. El control prenatal y el desenlace maternoperinatal. Perú. Rev Per Ginecol Obstet. 2006;52(4):46-48
17. Ortiz Serrano R., Beltrán Avendaño M. Modelo de atención prenatal de bajo riesgo. Artículo recibido: 13 de mayo de 2005; aceptado: 15 de julio de 2005.
18. Sanchez Nuncio H., Perez Tega G., Perez Rodriguez P. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2005; 43 (5): 377-380.
19. Saavedra Perez A. Factores asociados a patologías maternas y perinatales en ausencia de atención prenatal. Hospital Regional De Loreto. Iquitos-Perú. Enero-Junio 2014. Universidad Nacional De La Amazonía Peruana Facultad De Medicina Humana. 2014
20. Idrogo Tuesta S. Control prenatal y su relacion con la morbimortalidad perinatal en el Hospital Regional De Loreto durante el periodo de Enero A Diciembre del

2013. Universidad Nacional De La Amazonia Peruana Facultad De Medicina Humana. 2014.
21. Díaz O. Control prenatal como antecedente de importancia en la morbimortalidad neonatal Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti" – Barcelona, Octubre-Diciembre Del 2008. España. 2009.
22. Ñañez H, ruiz aI, ángel e, bautista a, Sabogal jc. Distocias. En: Ñañez H, Ruiz AI. Texto de obstetricia y perinatología. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia – Marathon; 1999. p. 103-122.
23. González M, vicens j. Obstetricia. 5a ed. Barcelona: Editorial Masson; 2006.
24. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; Fundamentos de obstetricia; 2007; Madrid, España.
25. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. MINSA (2010). ATENCION DE LA SALUD SEXUAL Y REPDRODUCTIVA EN LOS SERVICIOS DE SALUD 2005 – 2008.
26. Organización Mundial de la Salud 2016. LA OMS SEÑALA QUE LAS EMBARAZADAS DEBEN PODER TENER ACCESO A UNA ATENCIÓN ADECUADA EN EL MOMENTO ADECUADO. Organización Mundial de la Salud. OMS. Ginebra (2016). Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/es/>

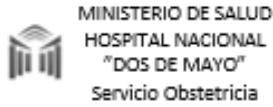
## ANEXO A

### ANEXO 01: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Tipo de Variable	Definición	Valor Final
Controles Prenatales	Cuantitativa de razón	Número de controles prenatales durante el embarazo de los neonatos	0 = 0 – 2 1 = 3 – 5 2 = 6 a más
Edad Materna	Cuantitativa de Razón	Edad cronológica en años al momento del alumbramiento	0 = menos de 19 años 1 = 19 – 34 años 2 = 35 a más
Edad Gestacional	Cuantitativa de Razón	Número de semanas de gestación al momento de alumbramiento.	0 = menos de 37 semanas 1 = 37 – 40 semanas 2 = más de 41 semanas
Peso al Nacer	Cuantitativa de Razón	Número de gramos que pesa un ser vivo al nacimiento	0 = menos de 2500g 1 = 2500 – 3999g 2 = más de 4000g
Número de Paridad	Cuantitativa de Razón	Número de partos que ha tenido una mujer previamente al embarazo actual	0= menos de 2 partos 1=2 partos o más.

Parto Distócico	Cualitativa nominal	Trabajo de parto que avanza con una lentitud anormal	0 = sí 1 = no
-----------------	---------------------	--	------------------

# ANEXO 02: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



## REGISTRO DE NACIMIENTO

A horas..... Del día..... de..... del año 201.....

Nació un..... de  
Doña..... Niño o niña  
de..... años,  
Soltera, Casada, Divorciada o Conviviente  
Con H.C.Nº:..... DNI:..... nacida en el Dpto.....  
Provincia:..... Distrito:.....  
Nacionalidad..... ocupación:..... grado de Instrucción:.....  
La que tiene actualmente  
domiciliada en.....  
Dist..... Prov..... Dpto..... vida conyugal:.....  
Y de Don:..... De..... Años,  
Soltero, Casado, Divorciado o Conviviente  
nacido en el Dist..... Prov..... Dpto.....  
Nacionalidad..... ocupación:..... grado de Instrucción:.....  
La que tiene actualmente  
vida conyugal.....  
Dist..... Prov..... Dpto.....  
Número de embarazos..... ¿hijos vivos?.....  
Hijos muertos:..... Nº abortos.....  
Del nacido-simple..... vida intrauterina..... raza.....  
Gemelo o Trillizos  
Hijo anterior:  vivo  muerto Sexo  M  F fecha de nacimiento:.....  
Peso..... grs. Talla..... cms. Apgar..... Vivo o muerto..... Pc..... Pt.....  
Parto Eutócico  Parto Distócico  Cesárea   
Diagnostico  
1. ....  
2. ....  
3. ....  
Atendido por.....  
C.P.N.  SI  NO  Aro  N  
Nº C.P.N.:   
Observaciones: .....  
Recién nacido.....



ANEXO B:

DOCUMENTOS  
LEGALES