



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA

TRABAJO ACADÉMICO

TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

PRESENTADO POR

Obsta. HERLINDA IRMA VALENTIN VARGAS

ASESOR

Mg. GILMA ALY ROJAS TELLO

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
SALUD REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN, ALTO
RIESGO OBSTÉTRICO Y MONITOREO FETAL**

MOQUEGUA – PERÚ

2023

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PÁGINA DE JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
RESUMEN	v
ABSTRAC	vi
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN....	1
1.2. JUSTIFICACIÓN	3
1.3. MARCO TEÓRICO.....	4
▪ Generalidades	8
▪ Etiología	15
▪ Diagnóstico y manifestaciones clínicas.....	16
▪ Tratamiento, Evolución y Pronóstico.	18
CAPÍTULO II	23
CASO CLÍNICO.....	23
2.1. OBJETIVO GENERAL	23
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO	23
2.3. DISCUSIÓN.....	28
2.4. CONCLUSIONES	29
2.5. RECOMENDACIONES.....	29
BIBLIOGRAFÍA	32
ANEXOS	36

RESUMEN

El presente trabajo académico titulado “Trabajo de parto prolongado” (TPP), estudiado en el caso clínico del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes (NSM) de Carhuaz, de nivel II-1.

El objetivo de la presente investigación es determinar los factores maternos que se relacionaron al trabajo de parto prolongado del caso clínico de la gestante atendida en el Hospital NSM de Carhuaz.

Los factores maternos relacionados al TPP en este caso clínico, fue la insuficiente atención prenatal, la paridad y las contracciones del útero inadecuada en intensidad, frecuencia y duración.

Se concluye que al identificarse los factores maternos en el caso clínico en estudio se realizó la atención inmediata para corregir el trabajo de parto prolongado, con respecto a la dinámica uterina, el manejo que se realizó fue mediante la Guía de emergencias obstétricas y neonatales y las recomendaciones de la OMS, las cuales consistió en realizar el monitoreo electrónico fetal intraparto (MEFI), y la acentuación para mejorar la dinámica, al no progresar el trabajo de parto por más de 12 horas, la gestante fue referida a un establecimiento de mayor capacidad resolutoria.

Palabras claves: Parto, Trabajo de Parto, Trabajo de Parto Prolongado.

ABSTRAC

The present academic work is entitled "Prolonged labor" (PPT), studied in the clinical case of the Hospital Nuestra Señora de las Mercedes (NSM) of Carhuaz, level II- 1.

The objective of this academic work is to determine the maternal factors that were related to the prolonged labor of the clinical case of the pregnant woman treated at the NSM de Carhuaz Hospital.

The maternal factors related to prolonged labor in this clinical case were inadequate uterine dynamics in intensity, frequency and duration, parity (primiparous) and the number of prenatal care (only one prenatal care).

It is concluded that when the maternal factors were identified in the clinical case under study, immediate care was carried out to correct the prolonged labor, the management that was carried out was according to the recommendations of the WHO, which consisted of performing intrapartum electronic fetal monitoring. (MEFI), and the accentuation to increase the frequency, duration and intensity of uterine contractions, since labor did not progress for more than 12 hours, the pregnant woman was referred to an establishment with a greater capacity for resolution.

Keywords: Birth, Labor, Prolonged Labor.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que un buen porcentaje de las muertes maternas son evitables ⁽⁰¹⁾. El Perú presentó 46.524 gestantes con resultados positivos a SARS – CoV-2 y la cantidad de defunciones en gestantes positivos a SARS-CoV-2 fue de 114 con una tasa de letalidad de 0.25%. En nuestro país la muerte materna se incrementó en el 2020 a un 45.4% en relación al 2019, todo esto se debió a que el sistema sanitario colapsó por la pandemia, retrocedimos 8 años en razón de mortalidad materna. ⁽⁰²⁾

En el 2019 el Perú se encontraba dentro de los 20 países a nivel mundial con mayor disminución de muerte materna, en comparación al 1990 que fue un 72% que se registró como objetivo del Desarrollo del Milenio. ⁽⁰³⁾

Según la OMS, una de las causas de las diferentes muertes maternas es el TPP. Entre las causas latentes con mayor frecuencia son las contracciones uterinas ineficientes, la posición y/o presentación anómala del feto, anomalías

maternales óseas o blandas del piso pélvico.

Se puede decir que al ser difícil la identificación del motivo y/o la causa del fracaso del progreso del trabajo de parto, se está indicando cesáreas primarias como solución al TPP. Esta indicación se observa con mayor frecuencia en madres primíparas.

La OMS tiene como objetivo que se haga una intervención oportuna y adecuada para que el parto en gestantes con TPP concluya de manera vaginal, y así evitar cesáreas precoces. Con este objetivo aprobó la OMS 20 recomendaciones para que se pueda diagnosticar, prevenir y tratar en la primera etapa del proceso del parto. ⁽⁰⁴⁾

Aproximadamente cada año nacen millones a nivel mundial, estos partos- generalmente se producen en mujeres gestantes que no presentan ningún factor de riesgo al inicio y durante el proceso de trabajo de parto. Según las metas propuestas, el Desarrollo Sostenible estableció garantizar y promover una vida sana y bienestar para todos, en todo el grupo etario. Por otro lado, la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), nos presenta ampliamente un enfoque para garantizar que las madres y los recién nacidos logren desarrollarse alcanzando su máximo potencial de vida superando las complicaciones del parto, si se presentaran. Actualmente el concepto del trabajo de parto y parto en si no están estandarizadas. En los últimos veinte años, se viene aplicando diferentes prácticas clínicas dirigidas a la atención del TPP a su vez se viene incrementando constantemente, los que permite comenzar, conducir, estimular, culminar, regular o monitorear el proceso fisiológico buscando que los

resultados para la mujer gestante y el bebé sean adecuados. ⁽⁰⁵⁾

El OMS ha recomendado que se debe implementar el parto institucional con diferentes procedimientos que ayuden a conducir el TPP y/o acelerar un trabajo de parto (TP) lento o para dirigir el proceso fisiológico de un trabajo de parto que avanza de forma normal.

Según la información que emite el boletín epidemiológico del Perú, en la región Ancash el número de muertes maternas al año 2020 se incrementó en un 43.8% en comparación al año 2019.

La OMS refiere que no hay consenso universal sobre la definición de la prolongación del trabajo de parto y se desconoce su incidencia. A su vez se evidencia que una de cada tres primerizas presenta retraso durante el trabajo de parto.

En nuestro caso, venimos realizando un trabajo arduo para garantizar la salud materna, previniendo la morbilidad materna perinatal.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El obstetra está capacitado para realizar la atención de monitoreo materno y fetal durante el proceso de trabajo de parto, vigila la salud del binomio madre-hijo, modificaciones en el cérvix, encajamiento de la cabeza del bebé en la pelvis y el latido cardíaco fetal, identifica de forma oportuna el TPP mediante el uso del partograma de la OMS, donde se observa si la evolución del trabajo de parto se aleja de los parámetros normales sea por la ampliación o demora de la dilatación o del descenso de la cabeza fetal, el Obstetra alerta para tomar acciones oportunas y evitar la exagerada intervención, el TPP está siendo considerado un problema en

salud pública, por el riesgo en todo momento del binomio madre hijo, este trabajo se justifica con las siguientes premisas:

Teórica: Servirá de antecedente a trabajos posteriores, relacionados al tema y además contiene información sobre los métodos y procedimientos para atender oportunamente el TPP, el profesional Obstetra formado o en formación tendrá acceso a esta información, el mismo que es realizado pensando en la prevención de la morbilidad materno-perinatal.

Práctica: Se propondrá soluciones prácticas, tangibles y posibles al problema del análisis del caso clínico en estudio dirigido al obstetra y también que sirva para detectar oportunamente el riesgo en la gestante y reciba una atención con calidad y calidez y al culminar su embarazo pueda ella y el recién nacido estar en las mejores condiciones de salud. Las acciones oportunas contribuyen siempre a reducir la morbilidad materno – perinatal. ⁽⁰⁶⁾

Social: El presente trabajo académico va a contribuir, que la gestante sea atendida adecuadamente y reciba una atención con información actualizada sobre métodos y procedimientos y que la atención sea oportuna durante el trabajo de parto prolongado.

1.3. MARCO TEÓRICO

1.3.1 Antecedentes.

Veintimilla K, (2020) Título: “Factores de riesgo asociados a distocias del mecanismo del parto en gestantes primíparas atendidas en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda”. Portoviejo - Ecuador, realizado en diciembre del año dos mil dieciocho hasta diciembre del año dos mil diecinueve, que tuvo como objetivo

determinar el principal factor de riesgo asociado a distocia del mecanismo de parto en las atenciones realizadas a gestantes primíparas, fue un estudio descriptivo y retrospectivo, con 250 pacientes embarazadas. El factor de riesgo identificado en primíparas durante el mecanismo del parto se presentó con frecuencia en las edades de 20 y 34 años, como segundo factor el nivel de instrucción seguido del lugar de procedencia de zona rural. Se determinó que algunos factores de riesgo variables están ligados a las distocias como: incremento de peso inadecuado en el proceso del embarazo, peso bajo del feto, trabajo de parto prolongado de la primera fase y la inducción de la misma. Se identificó los factores de riesgos variables como la presentación de cara, pelvis estrecha, malformación del útero, presión alta como enfermedad asociada, talla de la madre cuando es menor a 140 cm y también el trabajo de parto mayor a 20 horas. ⁽⁰⁷⁾.

Moreno C. (2019). En su investigación titulado “Factores maternos y fetales asociados a la duración del trabajo de parto”, tuvo como objetivo investigar y analizar como los factores maternos y fetales influyen en la demora del trabajo de parto, este estudio se realizó C.S. tipo B Camino al Sol – Guayaquil - Ecuador, el método empleado fue cuantitativa, no experimental, prospectivo, de tipo analítico aplicado a 83 pacientes, tuvo como resultado obtenido el peso de la madre IMC: Obesa en 33% primigestas y multigesta; el factor de riesgo obtenido relacionado al feto fue macrosomía fetal en 44% y un factor más fue el tiempo del trabajo de parto durante el expulsivo de 51% . Concluyó que es

importante usar el partograma donde se registra el proceso del trabajo del parto y ayuda a que se diagnostique oportunamente algún factor de riesgo ⁽⁰⁸⁾.

Gonzales I. (2019), Título: “Actualizaciones en el manejo de la oxitocina para inducción - conducción del trabajo de parto”. Machala - Ecuador, la hormona noapeptídica producida por el hipotálamo conocido como oxitocina, liberada en el proceso del trabajo de parto en la circulación sanguínea, tiene como función primordial es contraer el miometrio del útero y a nivel de las células mioepiteliales para la secreción láctea de la mama. Con frecuencia se usa en su forma sintética para inducir y conducir el trabajo de parto cuando no avanza su proceso de forma natural, al administrarse de forma intravenosa su respuesta su respuesta es inmediata. El objetivo de este estudio fue poder fundamentar el uso correcto de la oxitocina en la inducción y conducción del trabajo de parto dentro de la atención primaria. El método usado fue revisión de datos en diferentes páginas científicas como Scielo, Pubmed, Cochrane Library y a su vez seleccionar los artículos científicos dentro de los 5 años con respecto al tema estudiado. Llegando a la conclusión que la oxitocina es un fármaco eficaz para la inducción y conducción del trabajo de parto, su forma de uso es a través de la dilución es acorde al esquema trabajado en el hospital de Parkland; se debe aplicar de siguiendo las indicaciones de manera estricta, es importante conocer efectos adversos de la oxitocina que pueden causar hipersensibilidad o alteraciones que repercuten en la salud de la madre y el feto, esto debido al error del cálculo en el goteo, hasta fecha se realiza la maduración del cérvix con la

oxitocina dentro del hospital ⁽⁹⁾.

Mendoza A. (2021), Título: Edad materna (EM), paridad (P), controles prenatales (CP), edad gestacional (EG), peso del recién nacido (PRN) y anemia asociados (A) a trabajo de parto prolongado en pacientes del Hospital III Goyeneche de Arequipa dos mil veinte, el objetivo de este estudio fue determinar la asociación de la EM, P, CP, EG, PRN y A asociados a TPP en los pacientes que acuden al Hospital III Goyeneche de Arequipa, el tipo de estudio fue observacional, transversal, retrospectivo, y su población de 3648 y su muestra de 348 mujeres gestantes, las siguientes frecuencias fue lo que se obtuvo en las gestantes con parto prolongado: el grupo etario fue mayor de 20 y menores de 35 años fue de 8%, la edad gestacional a término de 32.2%, mujeres gestantes nulíparas 21.3%, el control prenatal insuficiente 11.8%, los que tuvieron anemia 14.1%, con recién nacidos el peso mayor 3500 gr 18.7%, los que terminaron en cesárea 25.3%, el estudio concluyó que el TPP está relacionado con el primer embarazo, la anemia, el peso del recién nacido y la finalización del embarazo que se relacionó a parto por cesárea ⁽¹⁰⁾.

Díaz C. (2015) Título: Factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto (DTP) en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz (HVRG) dos mil once, el estudio tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la DTP en gestantes que acuden para atenderse el parto en el HVRG, el método de estudio fue analítico, casuísticas y controles de gestantes, retrospectivo y de corte transversal; la población fue de dos mil cuatrocientos treinta y seis gestantes y con una muestra de 262 controles y 131 casos con diagnóstico de DTP; la fuente fue las historias clínicas de la madre, se llegó a

emplear la ficha de recolección de datos que estuvo validado y fue confiable. Se llegó a aplicar un análisis estadístico descriptivo e inferencial, y el paquete estadístico SPSS for Windows v.22.0., las conclusiones obtenidas fueron, la existencia de factores de riesgo asociados como: preconceptionales (una talla menor a los 1.45 cm, un peso menos de 45 kg, IMC inadecuado, el espacio del tiempo del embarazo actual con respecto al anterior que puede ser corto o muy largo), y antes del parto (EG antes de tiempo, anemia, ecografía anormal, líquido amniótico de menor cantidad a lo normal y Retardo de Crecimiento Intrauterino), y dentro del parto esta la: (estimulación / acentuación, preeclampsia severa y relacionados con el producto: BPN y los relacionados con él bebe: / peso menor o mayor de lo esperado con respecto a la edad gestacional ⁽¹¹⁾).

1.3.2 Conceptos básicos de la enfermedad o evento.

- **Generalidades**

Trabajo de Parto: se denominan al grupo de fenómenos fisiológicos que está enfocado como principal objetivo el nacimiento del feto en buenas condiciones por el aparato genital de la madre. Se considera que el TP está dividido en 3 etapas: la primera etapa se observa el cambio cervical que se borra y dilata, la segunda etapa relacionado al nacimiento del bebe, y la tercera etapa es la expulsión de la placenta con sus membranas y cotiledones ⁽¹²⁾. El parto humano está considerado como el más doloroso difícil y mortal a diferencia de otros animales del planeta ⁽¹³⁾.

Se denomina a la contracción del útero y a los pujos como “fenómenos activos”, y “fenómenos pasivos” al efecto de la contracción uterina en el canal

del parto y sobre el feto. La contracción activa de la pared abdominal, la contracción del útero suministra la fuerza y presión que hará posible el borramiento y dilatación del cérvix del útero, para expulsar al bebe y posteriormente a la placenta. La expulsión del feto será posible a través de la contracción a través del musculo toraco abdominales (asociado al pujo). Se denominan fenómenos activos al desarrollo humano del cerebro que está en correspondencia al lóbulo prefrontal y genera una presentación ajustada al canal de parto el cual está reducido a consecuencia de la bipedestación.

La pelvis sufre muy importantes cambios, como:

Se hace más estrecha (compactarse), para que pueda sostener a un lado la cabeza y tronco y al otro lado como punto de apoyo para los miembros pélvicos; una cadera corta permitirá caminar y correr mejor.

Sera más sinuosa, la pelvis en la entrada tiene diámetros mayores como el transverso y oblicuo, la pelvis media presenta a causa de las espinas ciáticas un estrechamiento (mínimo espacio de la pelvis como dimensión), y el que está a la salida de la pelvis es el diámetro mayor anteroposterior (opuesto a la entrada de la pelvis). Es de suma importancia recordar que la pelvis tiene un canal acodado (curva de Carus), está más que decir que no es rectilíneo.

El cráneo del feto, es el que pone resistencia al canal de parto es el incremento del diámetro frontoccipital, el desarrollo cefálico y craneal será resultado del lóbulo prefrontal y hará que la cabeza sea grande y redonda (macrosomía cefálica).

El feto para ser expulsado sorteara el complejo canal de parto, va encajar en un diámetro oblicuo o transverso, hará flexión para presentar sus diámetros

menores, generalmente tiene que ver con el diámetro biciático, rotará para que coincida el diámetro menor con el anteroposterior del estrecho inferior (en los humanos uno de los rasgos tardíos es la rotación interna de la cabeza); el diámetro mayor del feto es el biacromial y es el más rígido que el toracodorsal (para tener éxito se modificaron el tórax, el alargamiento de las clavículas y la reorganización de la articulación del hombro, para que pueda tener facilidad de nuevas funciones, dejara de utilizar los brazos y manos para caminar), este diámetro realiza movimientos en el canal de parto (rotación interna, rotación externa, desprendimiento), teniendo cuidado de la distocia de hombros, en el estrecho inferior el suboccipucio de la presentación debe engancharse con el subpubis para extenderla desde la articulación atlanto-occipital, para desprenderse y emerger.

Las partes blandas sufren diferentes movimientos contorsionistas de la cabeza, hombros y pelvis del feto, durante en el trabajo de parto debe seguir diferentes direcciones ⁽¹³⁾.

El cuello del cérvix en el embarazo es de estructura resistente, gruesa y firme con la finalidad de contener el peso de su contenido, soporta hasta el final del embarazo más o menos 3500 gr de feto, 500 gr de placenta, líquido amniótico 800 ml. Al final del embarazo el cuello del cérvix va a sufrir diferentes cambios, al inicio se va a reblandecer, hidratar, ablandar y entreabrir, para que después de las contracciones uterinas se borre y se dilate por completo. En este proceso se puede presentar el riesgo de que no suceda o no evolucione de manera correcta “alargamiento”. En la etapa de pródromos de trabajo de parto, ya sea por un proceso sintomático o la impaciencia de la gestante, el

familiar, o incluso del personal médico), ocurre una prolongación de este periodo cuando las horas del trabajo de parto no son comprendidos por el tratante, el cual conlleva que se tome decisiones equivocadas y ponga en riesgo el binomio madre – hijo. Un ejemplo de esto es confundir pródromos de trabajo de parto con trabajo de parto, que incluso por un lado conlleva a iniciar la inducción con oxitocina sin presencia de madurez cervical, por otro lado, forzar una dilatación digital al cuello cervical y que esto conlleve una cesárea por TPP.

El periné de la mujer es una zona que se resiste a que se desprenda la presentación, debido a la forma convergente de diversos músculos que constituyen una especie de cuña. Esta zona muchas veces se lesiona con pequeñas fisuras y / o desgarros de diferentes grados.

La salida de la pelvis es ósea y blanda en dirección anterior, las presentaciones occipito-posteriores, generan que sea difícil la atención del parto, por la misma anatomía de la mujer, ya que se podría lesionar la columna cervical del producto al intentar querer extraerlo o al intentar desenrollar un posible circular de cordón, por lo cual es importante la atención individual, con el respectivo apoyo, razonado y humanizado. Es un riesgo seguir modas, se debe tener la formación necesaria, el personal Obstetra que atiende, debe conocer lo que ha sucedido en el embarazo y el parto a través de la evolución del Homo sapiens, también debe entender de antropología, sociología, psicología, filosofía, historia de la medicina, esto le permitirá que tenga una amplitud teórica para contemplar el vasto e intrincado espacio en el que habita el ser humano y normal, pero sui generis forma de perpetuarla⁽¹³⁾.

El autor indica que, en 1954, Friedman representó haciendo uso de un gráfico

el proceso del trabajo parto donde se relaciona la dilatación del cérvix y el descenso de la presentación en un tiempo determinado. La fase latente y activa está definida en la curva de dilatación con sus respectivas desviaciones.

El TP de acuerdo a su anomalía se clasifica como latente según se produzca la fase, identificándose como latente cuando está se amplía. Friedman hace referencia que a partir de las catorce horas en multíparas y de veinte horas en las nulíparas se considera fase latente prolongada, con el valor promedio de 5,3 y 8,6 horas, según corresponda. Además, se menciona de una alteración del parto más o menos benigna, hasta que Friedman y Neff (1958-1995) demostraron que se presentan las complicaciones materno perinatales cuando la fase latente se amplía, algunas como: APGAR menor al esperado en el primer y quinto minuto, además se puede presentar asfixia y muerte del feto, también puede presentar daños en los ojos, el oído, posteriormente de lenguaje y proceso de aprendizaje, así como un tardío desarrollo neurológico ⁽¹⁴⁾.

Torres, refiere que es muy importante mencionar el antecedente histórico, donde en la Roma antigua se llamaba obstetrix a la partera, que viene del latín *obstare* “estar al lado de”, de ahí que deriva la palabra obstetricia, los obstetras actuales tenemos como herencia no sólo el término etimológico, sino también que al inicio fue un saber empírico, de las mujeres que ayudaban a otras a nacer a sus hijos.

TPP es la detención o enlentecimiento del TP, a pesar de que la contracción uterina tenga frecuencia, duración e intensidad adecuada, sin que el feto por alguna causa mecánica o dinámica prolongándose por encima de las 12 horas. Se observa en la partograma que la curva de alerta se desvía hacia la derecha.

Su frecuencia es de 0.33% a 1.5% de los partos atendidos. Esto se relaciona a la disminución de las contracciones uterinas disminuyen en frecuencia, intensidad y duración. Esto debido a la disminución del metabolismo de la actina para convertirse en miosina y se manifiesta en algunos casos por carencia de las proteínas y/o calorías ⁽¹⁵⁾.

La OMS, menciona que el proceso del TP progresa con lentitud a causa de la alteración en las contracciones uterinas ineficientes, que el feto tenga una presentación o posición anormal y que la pelvis ósea sea inadecuada o presente anomalías de partes blandas pélvicas de la madre, y esto se presenta con mayor frecuencia en nulíparas, que a su vez está relacionado a la morbilidad y mortalidad materno - perinatal teniendo como causalidad las infecciones, ruptura del útero. Sin un consenso Universal, se desconoce la incidencia de la prolongación de la primera fase del TP, solo por evidencias podría sugerirse que 1/3 de gestantes primerizas pueden manifestar demora en el trabajo de parto.

Para que el feto pueda ser expulsado de forma natural desde el útero a la vida extrauterina, el TP y el parto, harán posible este proceso; se dice que esto es un proceso fisiológico de la reproducción humana, podrían aparecer algunas complicaciones materno y / o fetal que de ser diagnosticado de forma oportuna disminuirá la muerte materna y/o perinatal. Por esta razón dejaron la costumbre de los antepasados de que se atiende el parto en casa, y se optó por atenderse los partos en los hospitales maternos y prevenir este problema de salud pública ⁽¹⁶⁾.

El proceso de los periodos del TP y parto es complejo su mecanismo, donde

los factores que intervienen son: los musculares, los nervios, las hormonas, las bioquímicas y las fetales. Es como una cadena donde todo el eslabón es importante y ninguno podría considerarse específico, estos factores contribuyen para que se desencadene el parto y la continuidad del proceso, interrelacionándose acciones que maduran, secretan, excitan, etc., a través de las diferentes cambios en los espacios materno, placentario y fetal. ⁽¹⁷⁾

Según Nápoles, la distocia de las voces griegas *dustokia*, *dus* (anormal) y *tokia* (parto), definen al parto anormal que es considerado como resultado de diferentes anomalías, algunas veces no son muy precisas y algunas otras combinadas, a su vez refiere que se podría predecir como terminara un parto, también hace mención que se debe considerar los múltiples factores que influyen en el proceso y resultado. La Obstetricia como arte, se sustenta sobre bases fundamentales con respecto al diagnóstico (Dx.) y tratamiento (Tto.) de las diferentes distocias, los mismos que hacen que se deba incrementar y mejorar los conocimientos continuamente de las diferentes complicaciones en el trabajo de parto.

Factores de riesgo asociados al TPP:

- Parto en su casa.
- Gestantes con peso, por encima o por debajo de lo normal.
- Gestante adolescente < 15 años de edad.
- Gestante añosa > 35 años de edad.
- Talla de la gestante < a 1.40 cm.

- Abdomen con característica de Péndulo.
- Periodo de gestación (intergenésico) prolongado.
- Cesárea anterior.

▪ **Etiología**

Entre los diferentes factores que causan el TPP, podemos mencionar: inmadurez del cérvix, que el útero no entre en actividad de dinámica uterina, el uso de sedantes o analgésicos en forma excesiva también están relacionados al TPP., entre otras. Es importante mencionar que es el estado del cuello uterino, está relacionado al TPP, si el cuello del útero está completamente maduro cuando se inicia con el TP, esto condiciona un TP más breve.

La OMS dentro de las veinte recomendaciones publicadas, hace mención que puede ser complicado en la práctica clínica identificar la causa del TPP, el mismo que predispone a que se lleve a cabo una cesárea primaria como uno de las indicaciones principales, sobre todo en mamás primerizas y mujeres gestantes nulíparas. Es preocupante la cesárea en mayor de los casos se realiza precozmente, se debe explorar intervenciones menos invasivas y / o cruentas que permitan un parto normal y/o vaginal.

Según la guía de práctica clínica considera estos factores causantes del TPP como emergencias obstétricas:

- La desproporción cefálica con respecto a la pelvis (DCP).
- Que el feto este con presentación o situación fetal mala.
- El efecto de los sedantes uterinos.

- La falta de ingesta de alimentos, en forma muy prolongada.
- La distocia cervical y distocia de las contracciones uterinas.

▪ **Diagnóstico y manifestaciones clínicas**

El diagnóstico diferencial es el falso trabajo de parto.

Dentro de la Fase latente (FL), el diagnóstico se debe realizar teniendo en cuenta el criterio en trabajo de parto, inicialmente a través del examen conocido como tacto vaginal, esto se realiza para detectar el progreso de la dilatación y descenso de la cabeza fetal, se deberá evidenciar la actividad de las contracciones uterinas y además el inicio de la fase activa (FA) del trabajo de parto, en un tiempo determinado por un periodo que no sea mayor de 20 horas en primigestas y 14 horas en gestantes multíparas.

Con el examen del tacto vaginal y el partograma, donde se observe que la línea esta en la curva de alerta, se puede detectar las siguientes alteraciones en la FA:

La fase activa lenta o prolongada, se evidencia que el proceso de la dilatación del cuello del útero progresa con una velocidad menor de 1cm/hora, esto ocurre en mayor de los casos en la FA del TP. Generalmente esta fase se debe considerar la duración del trabajo de parto FA de 12 horas en gestantes primerizas y de 8 horas en gestantes multíparas.

El retraso o demora del descenso o descenso lento, se puede observar que la presentación fetal no desciende como lo esperado, que debería de ser de 1 cm/hora en gestantes nulíparas y en gestantes multíparas debería de ser menos de 2 cm/hora, esto en la FA del trabajo de parto.

La demora en el progreso de la dilatación del cuello del útero, nos hace

referencia a la interrupción o cuando se detiene la dilatación durante la FA en 2 horas a más.

Demora o detención del descenso, esto relacionado a que el progreso en el descenso del polo fetal en una hora o más en gestante nulípara o multípara, sobre todo en el periodo expulsivo.

Alteración en el periodo Expulsivo, es considerado expulsivo prolongado cuando el tiempo es más de una hora en mujeres multíparas y de dos horas en mujeres nulíparas.

El profesional obstetra monitorea y / o vigila la salud de la madre y el feto constantemente, en el proceso del TP, a través de examen del tacto vaginal se identifica las modificaciones del cuello del útero, el descenso de la presentación del feto, simultáneamente monitoriza la vitalidad del feto a través de la frecuencia cardiaca fetal, a su vez con el uso del partograma de la OMS modificada, la misma que facilita identificar la prolongación o detención de la dilatación o descenso de la presentación fetal, se verificara los parámetros normales, el cual alertara para tomar acciones inmediatas y brindar un manejo oportuno y así evitar que se intervenga de forma exagerada, el partograma es una herramienta muy importante durante el monitoreo obstétrico del trabajo de parto y observar la evolución del trabajo de parto.

Es importante observar las manifestaciones clínicas y los casos de riesgo para ser detectadas oportunamente como:

- El tiempo de la fase activa mayor a 12 horas, considerado por su duración como trabajo de parto prolongado.
- Si se observa que en la fase activa la curva se inclina hacia la

derecha, observándose más plana en el partograma, y la curva de dilatación del TP, se acerca a la curva de alerta o riesgo.

- Si el proceso de monitoreo clínico del TP está fuera de lo normal, a su vez la alteración de las contracciones uterinas en intensidad, frecuencia y duración.
- Si la dilatación se detiene y/o el descenso.
- Si en el útero se forma un anillo de contracción doloroso, que podría evidenciarse al examen clínico.
- El agotamiento materno.

▪ **Tratamiento, Evolución y Pronóstico.**

La Guía de práctica clínica del MINSA, indica que el tratamiento del TPP debería iniciarse con medidas generales y preventivas: se debe detectar de forma oportuna en los controles prenatales los factores de riesgo, los signos y síntomas de alarma a través del control estricto del trabajo de parto, la nutrición e hidratación con la ingesta de alimentos que contengan glucosa, esto durante el proceso de trabajo de parto, a su vez propone que el tratamiento del TPP, podría presentar algunos efectos adversos o colaterales, indicando la importancia del uso de oxitocina administrado en dosis fisiológica y así el profesional de salud obstetra pueda controlar estrictamente la administración. Por lo que su uso debe ser en forma racional, evitando el uso indiscriminado el cual podría producir efectos adversos y podría comprometer el bienestar materno – fetal.

Es importante mencionar que previo a la conducción del TPP, se debería

realizar algunos exámenes auxiliares como: ecografía y monitoreo electrónico fetal intraparto ⁽¹⁸⁾.

Se puede considerar algunos procedimientos relacionados a la inducción o acentuación del TP, como estimular el pezón, que causan contracciones uterinas y el inicio del TP, vaciamiento de la vejiga, en algunos lugares aun usan el enema.

En 1810, el profesor Hamilton J. había sugerido desprender la membrana de la placenta a nivel del segmento inferior uterino y después romper por encima de la cabeza fetal. A inicios del siglo XX, se prepararon principalmente para inducir el trabajo de parto con el cornezuelo de centeno, quinina y los extractos de la hipófisis. En 1949, Vigneaud D. logro sintetizar para la inducción el primer agente llamada oxitocina, el cual aisló de manera pura de la neurohipófisis, y describió su estructura molecular. Theobald, Graham, Gange, fueron los que hicieron posible introducir el método de la oxitocina de administración endovenosa, el cuál permitía controlar y prevenir las contracciones prolongadas que causaban ruptura uterina ⁽¹⁹⁾.

Actualmente la oxitocina es el medicamento de primera elección para el manejo del TPP.

Dentro del tratamiento es importante mencionar que para iniciar con el método de administración de oxitocina, para inducir el trabajo de parto, se tendrá en cuenta las recomendaciones que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) donde indican la importancia de la salud integral de la mujer gestante y su bebé, teniendo en cuenta sus aspiraciones, anhelos, deseos,

preferencias, el respeto a su dignidad y autonomía, se debe conducir el trabajo de parto solo si hay una indicación médica clara, donde el valor del beneficio supere el riesgo, en todo momento se cuidara y controlara de forma estricta a las mujeres gestantes que inician la conducción del trabajo de parto.

Puedo decir que conducir el trabajo de parto con oxitocina es adecuada y sólo se debería realizar posterior al descarte de una desproporción cefalopélvica (DCP), esta evaluación es muy importante para todas las mujeres gestantes, sobre todo en las multíparas, no debería aplicarse a mujeres que tengan un feto que tenga una presentación anormal (incluyendo podálica) o mujeres gestantes que tengan cicatriz en el útero, es importante mencionar que este procedimiento de conducir el trabajo de parto con oxitocina podría causar riesgo de hiperestimulación uterina, con riesgo de bienestar fetal y/o uterina.

La institución donde se realiza la conducción de trabajo de parto y TPP, debe contar con instalaciones que facilite realizar el control estricto de la dinámica uterina (frecuencia, duración e intensidad) y la frecuencia cardíaca fetal, a su vez debe contar con la capacidad resolutoria de manejar alguna complicación que se presente durante la conducción del trabajo de parto, incluyendo sus efectos adversos y la posible cesárea de ser necesario.

El conducir el trabajo de parto con oxitocina, disminuye el periodo expulsivo en nulíparas, también cabe decir que se puede evidenciar un riesgo mayor de cesáreas y las complicaciones maternas ⁽²⁰⁾.

Según la Guía de Práctica Clínica, sólo se debería realizar tacto vaginal para determinar estamos en el periodo de trabajo de parto: fase latente o activa

prolongada.

Se debe considerar durante la fase latente prolongada, lo siguiente:

- a) Se descarta si estamos en Falso Trabajo de Parto.
- b) Se brinda a la paciente el soporte psicológico y además de psicoprofilaxis de emergencia.
- c) Se debe posibilitar que la mujer gestante deambule.
- d) El consumo de bebidas calientes y de dieta blanda.
- e) Además del Monitoreo estricto del TP.

Se debe tener en cuenta en la fase activa prolongada, lo siguiente:

- a) Se estimula o conduce el TP con oxitocina, se inicia con 8 gotas dentro de un minuto, de solución de NaCl 9% 1000 cc + Oxitocina 10 UI, se incrementa 4 gotas de dicha solución cada 15 minutos, hasta obtener contracciones uterinas de parámetros adecuados (intensidad, frecuencia y duración) en 10 minutos.
- b) Se debe monitorizar la conducción y/o estimulación durante el TP, teniendo en cuenta la curva de alerta del partograma de la OMS.
- c) Se debe observar la curva del partograma, si se desvía hacia la derecha o si el descenso de la presentación no está evolucionando de forma favorable, se debe considerar la posibilidad de cesárea.

El MINSA afirma, que es considerado como expulsivo prolongado cuando en multíparas es mayor a 1 hora y en nulíparas es mayor a 2 horas: así mismo se debe considerar volver a evaluar a través del examen de tacto vaginal si la pelvis materna es ginecológica y las dimensiones del feto, y el bienestar del feto, si después de realizar todos los exámenes se concluye que es compatible

se debe realizar el parto instrumentado (Vacuum extractum) a cargo de un profesional capacitado, si se fracasa se realiza una cesárea de emergencia.

El pronóstico será favorable si se logra detectar a tiempo y cuando se interviene oportunamente se espera un resultado favorable, todo esto con el objetivo de resguardar el bienestar del binomio madre e hijo.

Se deberá tener en cuenta que se pueden presentar algunas complicaciones materno-fetales por el TPP como las siguientes:

- La hemorragia por desgarro del cérvix:

Se procederá a reparar mediante sutura si es que el desgarro es sangrante con catgut crómico o Vicryl cero y de acuerdo al nivel de complejidad. En algunos casos el sangrado puede cohibirse mediante la comprensión con pinzas.

- La rotura uterina:

Se tendrá en cuenta que esta situación amerita la reparación quirúrgica en sala de operaciones.

- La lesión de partes blandas:

Será suturado en caso se evidencie hemorragia.

- Sufrimiento fetal.

- Asfixia.

- El trauma obstétrico:

Se debe observar las lesiones neurológicas y anatómicas.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores maternos del TPP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Asociar la cantidad de prenatal y el TPP.
- Relacionar la paridad y el TPP.
- Determinar la relación que existe entre la alteración de las contracciones uterinas con el TPP.

2.2. SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

El presente caso clínico, es de una la gestante atendida en el Hospital de Apoyo NSM de Carhuaz de la Red de Salud Huaylas sur de la Dirección Regional de Áncash.

Datos generales:

Iniciales: A.F.A.

Edad: 26 años.

Nivel de Instrucción: Primaria (6°)

Estado civil: conviviente.

Ocupación: ama de casa.

Lugar de procedencia: Acopampa.

Talla: 146 centímetros (cm), peso: 63 kilogramos (kg).

Antecedentes personales y obstétricos:

Gestación Actual: Fecha de Ultima Regla (FUR): 08-10-2017

Fecha Probable de Parto (FPP): 17-07-2018.

Antecedentes familiares: ninguno. Control prenatal: 1 (39 semanas)

Primer control prenatal en el P.S. Acopampa: 13 julio del 2018

Presión Arterial (P/A) 118/70 mmhg, Frecuencia Cardiaca (FC): 76 x´,

Temperatura T°: 36.4 °C, Respiración (R): 20 x´, Peso: 63 kg. Altura Uterina

(AU): 36 cm Situación Posición Presentación (SPP): Longitudinal Cefálico

Derecho (LCD), frecuencia cardiaca fetal (FCF): 142 x´, Movimientos fetales

(MF): ++.

Exámenes auxiliares: hemoglobina (Hb): 14.8 gr/dl., VDRL: negativo, VIH:

negativo, glucosa: 90 ml/dl, Grupo sanguíneo: O, Factor Rh: +, Orina: normal.

Diagnóstico: Primigesta de 39 ss x FUR.

Cita: 20 de julio del 2018.

Evolución del caso:

Unida Productora de Servicios de Salud (UPSS) Emergencia del H.A, Carhuaz:

Fecha: 18 de julio del 2017, Hora: 8:00 am.

Paciente procedente del P.S. de Acopampa, ingresa por emergencia manifestando contracciones uterinas desde más o menos 3 pm el mismo día, niega presencia de signos de alarma del embarazo, con una edad gestacional de 40 ss x FUM.

Es evaluada por Médico y Obstetra de turno encontrado al examen los siguientes hallazgos: FV: P/A: 120/70 mmhg, FC: 76 x', R: 21x', T: 36.5°C.

Abdomen: globuloso con una AU: 33 cm, LCF: 138 x', MF: ++, dinámicauterina (DU): esporádico.

Tacto vaginal (TV): dilatación (D): 0, Membranas (M): Integras, borramiento (B): 93%, Altura de presentación (AP): -2.

Diagnóstico: Primigesta de 40ss x FUM y pródromos de trabajo de parto. Plan: reevaluar cuando mejore dinámica uterina.

Fecha: 18 de julio del 2017, Hora: 17:15 horas.

Gestante procedente de Acopampa, reingresa a la UPSS emergencia, por contracciones uterinas de más o menos 18 horas de regular frecuencia, intensidad y duración, no pérdida de líquido, ni sangrado vaginal.

Antecedentes prenatales: 01 control prenatal a las 39 semanas, control ecográfico no tiene, antecedentes familiares Patológicos no relevantes, Al examen físico

Plan:

Control de Funciones vitales P/A 100/70 mmhg

FC: 80 x'

R: 20 x'

T°: 36 °C.

Examen Obstétrico: AU: 32 cm Feto: SPP: LCD, FCF: 140x', MF: presentes, DU: 3/10 ++ 30", TV: Cérvix centralizado, B: 100%, D: 4 cm M: integras, AP: 0, pelvis Ginecoide.

Impresión Diagnóstica:

- 1.- Gestante de 40 semanas por FUR

2.- Trabajo de Parto fase activa (TPFA)

3.- Hospitalización

Pasa a la UPSS Centro Obstétrico.

UPSS Centro Obstétrico:

Fecha: 18 de julio del 2017, Hora: 17:30 horas

Se ingresa a la gestante con diagnóstico de TPFA, Obstetra de turno realiza el monitoreo en partograma, con D: 4 cm, B: 100%, AP: 0, FCF: 136 x´.

- 18 de julio, 21:30 horas el médico indica inducción del TP, con solución de un litro de cloruro de sodio más oxitocina 10 UI, iniciando con 8 gotas incrementando cada 15 minutos a razón de 4 gotas x minuto.
- 18 de julio, 22:30 horas, gestante con acentuación de 24 gotas, la dinámica uterina es 3/10 ++/+++ 35” FCF 140 x´
- 18 de julio, 22:45 horas se produce ruptura espontánea de membranas, médico de turno evalúa a gestante a las 23:30 horas, DU: 3/10 ++/+++ 40”, FCF: 140 x´, refiere continuar con monitoreo obstétrico y acentuación.
- 19 de julio, 03:30 horas, gestante se encuentra con DU: 3/10 ++ 35”, FCF 140 x´, D: 7, B: 90%, AP: -1, se comunica al médico de turno quien indica en forma verbal continuar con monitoreo obstétrico y acentuación.
- 19 de julio, 5:30 horas Obstetra comunica al médico de turno, de D: 7 cm, B: 90%, AP: 0, MO: R, líquido, claro. DU: 3/10 ++ 35”, FCF 140 x´. Médico indica suspender acentuación y administrar dextrosa 5% 400 cc a chorro luego a XX gotas x´, y reevaluación en 3 horas.
- 19 de julio, 9:30 horas, médico evalúa gestante e indica suspender dextrosa 5%, reevaluar en 3 horas, monitoreo obstétrico fetal, se realiza monitoreo

electrónico fetal, donde concluye que no hay desaceleraciones, variabilidad conservada, MEFI categoría I.

- 19 de julio, 10:30 horas, médico indica acentuación con 12 gotas
- 19 de julio, 11:00 horas, se administra antibioticoterapia de ampicilina 1 gramo endovenoso cada 6 horas y gentamicina 80 miligramos endovenoso cada 8 horas por RPM 12 horas.
- 19 de julio, 12:30 gestante es reevaluada con DU 3/10 ++ 40" FCF: 128 x P/A: 120/70 mmhg, FC: 82 x' FR: 22x' T° 36.9°C, acentuación a 36gotas, T.V. D: 7 cm, B: 90%, AP: 0, M: Rotas, líquido meconial claro, médico indica en forma verbal, continuar con monitoreo obstétrico y acentuación.
- 19 de julio, 15:30 horas, Obstetra comunica al médico de turno que la gestante manifiesta sensación de pujo, evalúa a gestante donde se encuentra DU: 3/10 ++ 35" FCF 120 x' D: 7 cm, B: 90 %, AP: 0, M: rotas, líquido claro.

Médico evalúa a gestante y coordina referencia al Hospital Vitor Ramos Guardia (HVRG) de Huaraz con Dx. Primigesta de 39 semanas por FUR + TPFA + Dilatación estacionaria + Ruptura Precoz de Membrana.

Gestante es trasladada en buenas condiciones, con funciones vitales estables, en aparente buen estado general.

Seguimiento de Parto:

Parto: 19 de julio del 2017, Hora: 18:30 horas, cesárea, con recién nacido vivo de sexo masculino, peso: 3250 gr, PC: 33 cm, PT: 34 cm, T: 49 cm; en el servicio de hospitalización puérpera inmediata presentó hemorragia por atonía uterina, reingreso a sala de operaciones para Histerectomía.

2.3. DISCUSIÓN

▪ Discusión general

Los factores maternos identificados en el caso clínico en estudio, fueron: el número de atención prenatal, paridad y la dinámica uterina inadecuada (intensidad, frecuencia y duración).

▪ Discusión específica

- La gestante del caso clínico, acudió en trabajo de parto con una sola atención prenatal realizado a las 39 semanas, según el estudio realizado por Ventanilla, 2020 en Ecuador, determino que la atención prenatal insuficiente está directamente asociado al trabajo de parto prolongado.
- La gestante del caso clínico en estudio era nulípara, el estudio realizado por Mendoza en el 2021 en Arequipa – Perú, determino la asociación entre la nuliparidad y el TPP.
- En el caso clínico en estudio se observa que el partograma se inclinó a la línea de acción, debido a la alteración de la dinámica uterina en frecuencia, intensidad y duración, según estudio realizado por Moreno en 2019 donde concluye que es importante el uso del partograma para identificar el trabajo de parto prolongado, también Gonzales concluye que el uso de la oxitocina es un fármaco eficaz para la inducción del trabajo de parto, se aplicara de forma correcta según las Guía de emergencia obstétrica y neonatal, para lo cual se realiza la intensificación o conducción del trabajo de parto a través de la infusión de oxitocina 10 UI, diluido en cloruro de sodio 1000 cc iniciando con 4 gotas y añadiendo 4 gotas cada 15 minutos,

para estimular el útero y mejorar la dinámica uterina en frecuencia, duración e intensidad. La técnica se ha utilizado frecuentemente para tratar el trabajo de parto prolongado cuando se determina que la dinámica uterina no cumple con los parámetros adecuados en 10 minutos de intensidad, frecuencia y duración. .

2.4. CONCLUSIONES

▪ Conclusión general

Al identificar los factores de riesgo materno en el caso clínico estudiado, se actuó de forma oportuna para mejorar la atención del trabajo de parto prolongado de forma integral, el manejo que se realizó fue según las recomendaciones de la OPS, además se observó que la pelvis era ginecológica, así mismo el punto principal del cráneo estuvo sobre la estación cero, por lo que se continuo con el monitoreo materno fetal intraparto, esperando el progreso del trabajo de parto.

▪ Conclusión específica

- Concluimos que la insuficiente atención prenatal de la gestante está asociado al trabajo de parto prolongado, ya que la gestante solo una atención prenatal realizado próximo a la FPP, esto hace que la falta de orientación y consejería que se realiza en cada atención prenatal la gestante acuda al establecimiento de salud con temor.
- La paridad de la gestante está directamente relacionada al TPP.
- Se determinó que la alteración de la dinámica uterina está directamente relacionada con el trabajo de parto prolongado.

2.5. RECOMENDACIONES

▪ Recomendación general

Es importante que la gestante acuda a solicitar atención inmediata al establecimiento de salud más cercano, para que inicie la atención prenatal, para que se pueda garantizar que la gestante tenga una atención prenatal reenfocada, y poder identificar de forma oportuna los factores de riesgo maternos relacionados al TPP.

Recomendación específica

- La insuficiente atención prenatal, es un factor que se puede prevenir, se debe promocionar las atenciones que cada gestante tiene derecho de recibir de forma oportuna, con calidad y calidez en cualquier establecimiento de salud a nivel nacional, que está orientado a gestantes, por los servicios de los establecimientos de salud del MINSA, el cual es gratuito, independiente al tipo de seguro que tenga la gestante. La NTS N°105-MINSA/DGSP.V.01, está enfocado en contribuir a la reducción de la morbimortalidad materno perinatal, el cual enfoca una atención integral de salud a la mujer durante el periodo preconcepcional, concepcional (prenatal, natal y postnatal).
- Se sabe que el periodo del trabajo de parto debe ser no mayor de 20 horas en primíparas y 14 horas en múltiparas, al pasar este tiempo los factores que se identifique se pueden asociar a un trabajo de parto prolongado, diferentes estudios demuestran que la nuliparidad es un factor de TPP, sabiendo esto se debe hacer un monitoreo fetal intraparto, para identificar algún factor de riesgo y de ser posible corregir de forma oportuna para evitar complicaciones en el parto y postparto.
- Al identificar el TPP a causa de la alteración de la dinámica uterina en frecuencia, duración e intensidad, además de administrar oxitocina de forma

endovenosa como indica la Guía de emergencias obstétricas y neonatales, también se debe tener en cuenta el brindar una atención intercultural del TP y TPP, que debe ser con el acompañamiento del familiar, el consumo de infusión, masaje, incluso se debe considerar la musicoterapia, el cual tiene un efecto positivo en el tiempo adecuado del TP, así como en la disminución del umbral de dolor de la gestante⁽²¹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú. Boletín epidemiológico del Perú. [Publicación periódica en línea] 2019. Octubre [citada: 2021 junio 15]; 28 (52): [aproximadamente 1340 pp.].

Disponible en <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/52.pdf>

2. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. [Publicación en línea] 2020. Marzo. [citada 2021 junio 20]; 13(1): [aproximadamente 10 pp.].

Disponible en <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE162021/03.pdf>

3. Salud Md. Programa Presupuestal 0002 Lima – Perú; 2019. Anexo 2. In 024–2016-Ef/50.01 Rdn; Directiva N° 002-2016-Ef/50.01.

4. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto, © Organización Mundial de la Salud [en línea]. Ediciones de la OMS; 2015. [Citado: 2021 julio 07].

Disponible en https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf.

5. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud [en línea]. Licencia: CC BY-NC-SA; 2019 [citado: 2021 julio 18].

Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>

6. Revista peruana de investigación materno perinatal. [publicación periódica en línea] 2021. Abril [citada: 2021 agosto 10]; 10 (2): [aproximadamente 10 pp.].

disponible en <https://doi.org/10.33421/102>

7. Veintimilla K y Ledezma M. Factores de riesgo asociados a distocias del mecanismo del parto en gestantes primíparas atendidas en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda – Ecuador-2019. REVISTA DE CIENCIAS DE LA SALUD. Artículo, 2020; 4(2):1-8. Disponible: <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay>.
8. Moreno M. y Orrola L. Factores maternos y fetales asociados a la duración del trabajo de parto. [Tesis para optar el grado de Obstetra]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Obstetricia; 2019.
9. Gonzales I. Actualizaciones en el manejo de la oxitocina para inducto - conducción del trabajo de parto”. Machala – Ecuador; 2019.
10. Mendoza A. Edad materna, paridad, controles prenatales, edad gestacional, peso del recién nacido y anemia asociados a trabajo de parto prolongado en pacientes del Hospital III Goyeneche de Arequipa 2020. [Tesis para optar el Título Profesional de: Médico Cirujano]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021.
11. Díaz C. Factores de riesgo asociados a las distocias del trabajo de parto en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2011. [Tesis para optar el título de Magister en Salud sexual y reproductiva]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
12. Fescina – Schwarcz – Durvergues. Obstetricia.7º edición Ciudad Autónoma de Buenos Aires: El Ateneo, 2016.
13. Torres L. Parto: mecanismo, clínica y atención [en línea]. 2º edición México: Editorial Manual moderno S.A.; 2015. [citado: 2021 agosto 30].

Disponible en www.manualmoderno.com

14. Nápoles D. Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto, MEDISAN Artículo de revisión, 2012; 16(5): 736.

15. Ministerio de Salud, Guías de Práctica clínica para la Atención de emergenciasobstétricas según nivel de capacidad resolutive. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima, 2007.

16. Nápoles D, Couto D, Montes A, Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto [Publicación periódico en línea] 2012. Enero [citada 2021 octubre 5]; 16 (5): [aproximadamente 736 pp.].

Disponible en http://tesis.repo.sld.cu/83/1/Danilo_Napoles.pdf

17. Alvarez C. Principales Indicaciones de Cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao durante el Periodo Julio del 2014- Julio del 2015 [Tesis para optar el título de médico cirujano].Callao: Universidad Ricardo Palma Facultad de medicina; 2016.

Disponible en <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/475>.

18. Instituto Materno Perinatal, Guías de Práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y perinatología, 2018.

19. Rodríguez A. Guía de manejo inducción del trabajo de parto. Hospital Occidente de Kennedy [en línea]. Bogotá: secretaria distrital de salud de Bogotá, D.C.; 2000. [citado 2021 octubre 07].

Disponible en [http://\Carlos\c carlos\Windows\Escri \(saludcapital.gov.co\)](http://\Carlos\c carlos\Windows\Escri (saludcapital.gov.co))

20. Revista Peruana Obstetricia y Enfermería [Publicación periódica en línea] 2017, Enero [citado 2021 octubre 10]; 12(1): [aproximadamente 25 pp.].

Disponible en <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/952>.

21. Minaya M. Efecto de la musicoterapia durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante abril – junio 2015 [en línea]. Lima. 2015.

Disponible en <http://hdl.handle.net/20.500.12672/4360>

22. MINSA, Norma Técnica de Salud N°105 – MINSA/DGSP.V.01.,

23. Universidad Cesar Vallejo, Referencias estilo Vancouver. Adaptación del manual de Vancouver. Lima, 2017.

24. Revista de Ginecología y Obstetricia de México (ginecologiyobstetricia.org.mx) Rábago J. Álvarez A. Castelazo L., Estado actual de la Inducción Médica del Parto. México 2009. [citado 2022 noviembre 11]; 90(1).