

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
MONITOREO FETAL Y ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA



TESIS

“Riesgos obstétricos relacionados a la valoración Apgar en recién nacidos a término. Hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari – Huánuco, 2019”

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN MONITOREO FETAL Y ECOGRAFÍA
OBSTÉTRICA

AUTORA: Gómez León, Antonia

ASESORA: Sinche Alejandro, Marisol

HUÁNUCO – PERÚ

2022

U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud publica
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2018-2019)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

D

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: segunda especialidad en alto riesgo obstétrico

Código del Programa: P40

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 25575942

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22489669

Grado/Título: Magister en gestión publica

Código ORCID: 0000-0001-5710-8424

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Marcelo Armas, Maricela Luz	Doctora en ciencias de la salud	04049506	0000-0001-8585-1426
2	Palacios Zevallos, Julia Marina	Doctora en ciencias de la salud	22407304	0000-0002-1160-4032
3	Ballarte Baylon, Natalia	Magister en ciencias de la educación docencia en educación superior e investigación	22486754	0000-0002-0795-9324

H



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco siendo las 8:00 horas del día 05 del mes de NOVIEMBRE en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Títulos de la Segunda Especialidad, de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, se reunió el jurado calificador integrado por los siguientes docentes:

Presidenta : DRA. MARICELA MARCELO ARMAS
Secretario : DRA. JULIA PALACIOS ZEVALLOS
Vocal : MG. NATALIA BALLARTE BAYLON

Nombrados mediante Resolución Nº 2272-2022-D-FCS-UDH de fecha 30 de noviembre del 2022 para evaluar la Tesis intitulada: "**RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS A LA VALORACIÓN APGAR EN RECIÉN NACIDOS A TERMINO HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI – HUÁNUCO, 2019**", presentado por doña Antonia GOMEZ LEON, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: Exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las interrogantes formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADA Por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de BUENO.

Siendo las 9:30 horas del día 05 del mes de NOVIEMBRE del año 2022, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

DRA. MARICELA MARCELO ARMAS

SECRETARIA

DRA. JULIA PALACIOS ZEVALLOS

VOCAL

MG. NATALIA BALLARTE BAYLON



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

Yo, Marisol Sinche Alejandro, asesor(a) del Programa Académico Obstetricia y designado(a) mediante documento: Resolución N° 801-2019—D-FCS-UDH del (los) estudiante(s) Antonia Gómez León de la investigación titulada “RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS A LA VALORACIÓN APGAR EN RECIEN NACIDOS A TÉRMINO. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI – HUÁNUCO, 2019”

Puedo constar que la misma tiene un índice de similitud del 14% verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Antiplagio Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 12 de Diciembre de 2022

Sinche Alejandro, Marisol
DNI: 22489669
Código ORCID: 0000-0001-5710-8424

TESIS

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%	16%	2%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	dspace.uniandes.edu.ec Fuente de Internet	4%
2	www.unicef.org Fuente de Internet	3%
3	www.buenastareas.com Fuente de Internet	2%
4	www.unsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	1library.co Fuente de Internet	2%
6	www.scielo.cl Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	1%
8	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	<1%



Sinche Alejandro, Marisol
DNI: 22489669
Código ORCID: 0000-0001-5710-8424

DEDICATORIA

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad y a mi hija por ser el motivo de mi inspiración y motivación para superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor, y mantener una visión de éxito en su vida mediante el estudio continuo. La Investigadora.

AGRADECIMIENTO

A nuestros docentes de la Universidad de Huánuco, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra especialidad quienes nos han enseñado con su paciencia, y su rectitud como docente.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT.....	IX
INTRODUCCIÓN.....	X
CAPITULO I.....	11
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	12
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	13
1.3. OBJETIVOS.....	13
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	13
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.4. TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
CAPITULO II.....	15
MARCO TEÓRICO	15
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	15
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	15
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	17
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	19
2.2. BASES TEÓRICAS	21
2.2.1. RIESGOS OBSTÉTRICOS	21
2.2.2. VALORACIÓN DEL APGAR	24
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	24
2.3.1. RIESGOS OBSTÉTRICOS	24
2.3.2. APGAR.....	25
2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	25
2.5. VARIABLES.....	25
2.5.1. VARIABLE 1.....	25

2.5.2. VARIABLE 2.....	25
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	26
CAPITULO III.....	27
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	27
3.1.1. ENFOQUE	27
3.1.2. NIVEL.....	27
3.1.3. TIPO.....	27
3.1.4. DISEÑO	27
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	28
3.2.1. POBLACIÓN	28
3.2.2. MUESTRA.....	28
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 28	
3.3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
3.3.2. INTERPRETACIÓN DE DATOS Y RESULTADOS.....	29
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	29
CAPITULO	30
RESULTADOS.....	30
4.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD OBSERVADA	30
4.2. ESTADÍGRAFOS DE LA INVESTIGACIÓN	37
DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos Basales: Edad.....	30
Tabla 2. Datos Basales: Paridad.....	31
Tabla 3. Datos Basales: Edad Gestacional.....	32
Tabla 4. Datos Basales: Tipo de Parto	33
Tabla 5. Riesgo Obstétrico: Antes del Parto	34
Tabla 6. Riesgo Obstétricos Durante el Parto.....	35
Tabla 7. Valoración Apgar	36
Tabla 8. cruzada Riesgo Obstétrico Antes del Parto*Apgar	37
Tabla 9. Pruebas de Chi-cuadrado 1	37
Tabla 10. cruzada Riesgo Obstétricos Durante el Parto*Apgar	38
Tabla 11. Pruebas de Chi-cuadrado 2	38

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Datos Basales: Edad	30
Figura 2. Datos Basales: Paridad	31
Figura 3. Datos Basales: Edad Gestacional	32
Figura 4. Datos Basales: Tipo de Parto	33
Figura 5. Riesgo Obstétrico: Antes del Parto	34
Figura 6. Riesgo Obstétricos Durante el Parto Tabla 7. Valoración Apgar .	35
Figura 7. Valoración Apgar	36

RESUMEN

Investigación denominada “Riesgos obstétricos relacionados a la valoración Apgar en recién nacidos a término. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Huánuco, 2019”; el objetivo fue relacionar el riesgo obstétrico con la valoración Apgar, específicamente identificar los datos basales, identificar los riesgos obstétricos en la población gestante, e identificar la puntuación Apgar en los recién nacidos; diseño fue no experimental descriptivo, nivel correlacional, tipo transversal y retrospectivo, muestra 82 expedientes clínicos. Resultados: 1. Datos basales de la gestante, edad adolescente (1%), adulta (87%), añosa (12%); paridad: primípara (51%), multípara (31%), gran multípara (18%); edad gestacional: menos de 37 semanas (6%), 37 a 40 semanas (82%), mayor de 40 semanas (12%); tipo de parto: eutócico (71%), distócico (29%). 2. Riesgo Obstétrico antes del parto: cesárea anterior [OR= 9,79], embarazo post término [OR= 2,45], Enfermedad Hipertensiva del Embarazo [OR= 4,89], RCIU [OR= 8,27]. Riesgo Obstétrico durante el parto: expulsivo prolongado [OR= 4,89], incompatibilidad céfalo pélvica [OR= 6,53], sufrimiento fetal agudo [OR= 8,16]. 3. Valoración Apgar, adecuado (78%), depresión moderada (18%), depresión severa (4%). La hipótesis fue probada mediante el $\chi^2 = 18,462$ para los riesgos obstétricos antes del parto y $\chi^2 = 16,596$ para los riesgos obstétricos durante el parto. Concluyendo que: Los riesgos obstétricos están relacionados a la valoración del Apgar en recién nacidos a término. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Huánuco, 2019.

Palabras Clave: riesgo obstétrico, Apgar, valoración del Apgar, gestantes, recién nacidos.

ABSTRACT

Research called "Obstetric risks related to Apgar assessment in term newborns. Carlos Showing Ferrari Maternal and Child Hospital - Huánuco, 2019"; The objective was to relate the obstetric risk with the Apgar assessment, specifically to identify the baseline data, identify the obstetric risks in the pregnant population, and identify the Apgar score in newborns; The design was non-experimental, descriptive, correlational level, cross-sectional and retrospective, it shows 82 clinical records. Results: 1. Baseline data of the pregnant woman, adolescent age (1%), adult (87%), elderly (12%); parity: primiparous (51%), multiparous (31%), great multiparous (18%); gestational age: less than 37 weeks (6%), 37 to 40 weeks (82%), greater than 40 weeks (12%); type of delivery: eutocic (71%), dystocic (29%). 2. Obstetric Risk before delivery: previous cesarean section [OR = 9,79], post-term pregnancy [OR= 2,45], Hypertensive Disease of Pregnancy [OR=4,89], IUGR [OR=8,27]. Obstetric risk during delivery: prolonged delivery [OR = 4,89], cerebrospinal incompatibility [OR=6,53], acute fetal distress [OR = 8,16]. 3. Apgar score, adequate (78%), moderate depression (18%), severe depression (4%). The hypothesis was tested using $\chi^2 = 18,462$ for obstetric risks before delivery and $\chi^2 = 16,596$ for obstetric risks during delivery. Concluding that: Obstetric risks are related to Apgar assessment in term newborns. Carlos Showing Ferrari Maternal and Child Hospital - Huánuco, 2019.

Key Words: obstetric risk, Apgar score, Apgar score, pregnant women, newborns.

INTRODUCCIÓN

Los riesgos están presentes en el embarazo y son la puerta de entrada a posibilidades de sufrir daño en la salud de la embarazada, y como consecuencia de ello la puntuación del Apgar del recién nacido podría estar disminuido; los indicadores estudiados en esta investigación se manifiesta con índices altos en los siguientes casos con posibilidades de riesgo: Cesárea anterior, embarazo postérmino, enfermedad hipertensiva del embarazo, restricción de crecimiento intrauterino, expulsivo prolongado, incompatibilidad céfalo pélvica, sufrimiento fetal agudo; cuando son contrastados en relación causal, resulta con los indicadores de depresión moderada del recién nacido con un 18%, y con depresión severa con un 4%. Esta investigación permite a los profesionales de salud en atención materna y perinatal entender con claridad la importancia de una atención prenatal adecuada, completa, precoz, periódica y continua para la detección temprana de los posibles factores de riesgo; siendo así, podrían tomar acciones de prevención antes de la ocurrencia de patologías, también posibilita realizar visitas domiciliarias con el fin de evitar futuras complicaciones en la madre y en su recién nacido; cuando el neonato nace con Apgar bajo o moderado, la madre se enfrenta a una serie de eventos con su niño, que van desde disminución de competencias cognitivas, retraso en el desarrollo psicomotor, retraso en su crecimiento, entre otros sucesos; entonces es de vital importancia cuidar a la gestante.

Esta investigación está plasmado por capítulos que incluyen desde el problema hasta las referencias bibliográficas.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las complicaciones obstétricas están asociadas a embarazos de riesgo, en ellas ubicamos patologías como la enfermedad hipertensiva del embarazo y la restricción de crecimiento intrauterino que comprometen el flujo útero placentario, o aquellas que podían desencadenar el parto antes de tiempo, o los ocasionados por falta de oxigenación adecuada durante el proceso del parto como el sufrimiento fetal agudo; de ser así el resultado es un producto con una pobre adaptación al medio extrauterino y puntaje de Apgar bajo al nacer.

La puntuación del Apgar es un test de puntuación que se realiza al recién nacido con la finalidad de brindar un puntaje que nos reporte la situación de salud inmediatamente después del parto, es utilizado a nivel mundial. Hace 50 años se viene utilizando, luego de ser propuesto por Virginia Apgar. Después de medio siglo, se puede decir que el test es de gran utilidad para los profesionales que atienden el parto y al producto de la gestación. La puntuación en escala bajo puede ser significativo de pronóstico neurológico reservado. Las características vitales tales como frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio y función neuromuscular refleja el pronóstico en términos de sobrevivencia de los neonatos incluso en los prematuros extremos. En conclusión el test de Apgar medio siglo después de haber sido propuesto sigue siendo relevante y vigente.¹

Virginia Apgar en 1952 desarrolló un sistema para evaluar la condición de los neonatos nacidos en el Hospital Sloane de mujeres en la ciudad de New York, concibió un sistema de puntaje como un método rápido para evaluar el estado clínico del recién nacido al 1º minuto de vida y decidir la necesidad de una intervención precoz para establecer la respiración. Un segundo informe evaluando un mayor número de pacientes fue publicado en 1958. Este sistema de puntaje permitió una valoración estandarizada del recién nacido después del nacimiento.

Este sistema de evaluación propuesto por ella significó, tener una persona que atendiera a los neonatos en las sala de partos.²

A nivel mundial, en los países de bajos ingresos, la tasa media de mortalidad neonatal es de 27 muertes por cada 1 000 nacimientos, según el informe. En los países de altos ingresos, esa tasa es de 3 muertes por cada 1 000. Los recién nacidos de los lugares más peligrosos para dar a luz tienen hasta 50 veces más probabilidades de morir que aquellos que nacen en los lugares más seguros.³

En el Perú de acuerdo a la ENDES 2016, la tasa media de mortalidad neonatal es de 10 muertes por cada 1 000 nacidos vivos. Sin embargo, en la sierra y en la selva la cifra es mayor: 14 por cada mil nacidos vivos en la sierra y 12 en la selva.⁴

El informe también señala que 8 de los 10 lugares más peligrosos para nacer se encuentran en África subsahariana, donde es mucho menos probable que las mujeres embarazadas reciban asistencia durante el parto debido a la pobreza, el conflicto y la fragilidad de las instituciones. Si para 2 030 se alcanzara en cada país una tasa de mortalidad neonatal similar al promedio que se registra en los países de altos ingresos, se podrían salvar 16 millones de vidas. ⁵

En la práctica se constata que la valoración del Apgar bajo a los 5 minutos tiene una importante asociación con la morbimortalidad neonatal. Sin embargo, existen muy pocas investigaciones sobre la magnitud global del problema en el caso de los resultados neonatales adversos en la primera semana de vida en recién nacidos a término con Apgar bajo.⁶

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los riesgos obstétricos relacionados a la valoración del Apgar en recién nacidos a término? ¿Hospital Materno Infantil Carlos Show-ing Ferrari – Huánuco, 2019?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuáles son los datos basales de la gestante en estudio?
2. ¿Cuáles son los riesgos obstétricos en la población de gestantes?
3. ¿Cuánto es la puntuación Apgar en recién nacidos de madres estudiadas?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Relacionar los riesgos obstétricos y la valoración del Apgar en recién nacidos a término. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Huánuco, 2019.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los datos basales de la gestante en estudio.
2. Identificar los riesgos obstétricos en la población de gestantes.
3. Identificar la puntuación Apgar en recién nacidos de madres estudiadas.

1.4. TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Teóricamente, el siguiente estudio estuvo dirigido a investigar las complicaciones obstétricas que llevan a un puntaje Apgar desfavorable en los recién nacidos a término. La importancia de del trabajo es que brinda datos indicadores de los embarazos en riesgo conllevan a la puntuación desfavorable del Apgar en los recién nacidos; con estos datos los Profesionales encargados de evaluar a los neonatos tienen un horizonte más claro para atender la complicación en estos niños, siendo así podrán tomar la respectivas medidas de protección hacia los recién nacidos. La población beneficiaria es la madre, el niño nacido, Ginecólogos, Obstetras, Neonatólogos, Pediatras y los Directivos Hospitalarios. Los Profesionales de

Salud podrán mejorar el nivel de atención, dado que los indicadores son de enfoque de riesgo en la comunidad.

Técnicamente, identificamos la asociación de la valoración del Apgar bajo en las variables y la repercusión que estos tendrán en los recién nacidos (antecedentes obstétricos desfavorables, edad gestacional, tipo de parto, duración del período expulsivo, presencia de líquido amniótico meconial, peso del recién nacido) en las pacientes objeto de estudio.

Práctica, la presente investigación sirve para enfocarse con mayor énfasis en los riesgos obstétricos, ya que estos pueden ser susceptibles a modificarse, interviniendo de manera adecuada en la atención prenatal, el éxito de la misma reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Por ello se le brinda el valor clínico ayudando a planificar la adecuada atención con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal.

El Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferarri, Amarilis de Huánuco, se beneficia, porque tendrá datos claros para intervenir y así disminuir los índices de morbilidad neonatal, lo cual repercutirá favorablemente en los indicadores de nuestra Región Huánuco.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

María Fernanda Nozar, Josefina Tarigo, y Verónica Fiol, en Uruguay el año 2019 realizaron la investigación denominada: Factores asociados con puntaje bajo de Apgar en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell, los autores tuvieron el objetivo de determinar los factores que se asociaban a este evento. El diseño fue analítico: Estudios casos y controles, retrospectivo. Resultados: Hubo un total de 12 528 neonatos con la edad gestacional adecuada, sin embargo muestrearon sólo 34 niños con Apgar a los 5 minutos menor o igual a 5. Los factores que no se asociaron fueron: Edad, adolescente, estado civil, 32,3 % nuliparidad, 2,9% asma, 2,9% uso de drogas, 14,7% ITU, 26,5% EHE, 2,9% RCIU, 2,9% Pre término, 23,5% RPM y los asistenciales al nacimiento del neonato. Lo que presentaron asociación fueron: Diabetes 26,5%. Parto vaginal 32,3%. Sospecha de hipoxia fetal 35,3%. Analgesia obstétrica 14,7%. Ligadura tardía de cordón umbilical 35,3%. Concluyendo que: Los factores que se asocian pueden ser evitables.⁷

Marta Rondón Tapia, Eduardo Reyna Villasmil B, Jorly Mejía Montilla C, et al., realizaron una investigación en Venezuela el año 2019, el tema fue Tinción del líquido amniótico por meconio y resultante neonatal en embarazos de riesgo, el objetivo planteado por los investigadores fue establecer la asociación entre ambas variables, realizaron el estudio de diseño experimental con grupos de control y prospectivo, la población objeto de estudio fueron: grupo A 389 casos de líquido amniótico meconio espeso, grupo B 276 casos de líquido amniótico con meconio claro y grupo C 103 casos con líquido amniótico con meconio terminal; el grupo de control D estaba compuesto por 621 neonatos con líquido amniótico claro. Los resultados fueron: Los neonatos presentaron puntajes de Apgar al minuto y a los 5 minutos significativamente menores comparado con el grupo D ($p < 0,001$).

Concluyendo que la atención pediátrica en la sala de parto fue en forma significativamente más frecuente en el grupo con neonatos que tuvieron líquido amniótico con meconio espeso ($p < 0,001$).⁸

Alfredo Laffita Batista, et al., en Cuba, estudiaron el Apgar bajo al nacer y eventos del periparto, en el Hospital docente Gineco obstétrico "América Arias"; con el objetivo de conocer los eventos obstétricos que llevan al Apgar bajo; utilizando diseño descriptivo; los resultados fueron: trabajo de parto espontáneo 40% y nacimientos partos distócicos 60%. La recuperación a los cinco minutos del Neonato con Apgar bajo fueron en menor proporción, concluyendo que el diagnóstico y manejo de las distocias del parto debe ser de inmediato.⁹

Rabiel Cárdenas Peña, et al., en Cuba, investigaron el tema: Factores de riesgo para el APGAR bajo al nacer; el objetivo fue conocer los causantes del Apgar bajo; un estudio descriptivo, retrospectivo, la muestra de 4 291 casos; resultados: Apgar bajo 0,7%, el mayor número se presentó en la gestación a post término 66,6%; 86,6% con peso osciló entre 2 500 y 3 999 gramos; las cesáreas primitivas continúan detrás de los partos eutócicos con un 40,0%; hipertensión arterial 40,0%; presencia de líquido amniótico meconial 60%; 33,3% período expulsivo prolongado; 46,6% recién nacidos con alteraciones foliculares; otros: anomalías cardiotocográficas 56,6%.¹⁰

Armando León Pérez, et al. Cuba, investigaron: Factores relacionados con el Apgar bajo al nacer; objetivo fue conocer los factores asociados a la puntuación; diseño descriptivo, transversal. Resultados: la duración del trabajo de parto disfuncional, período expulsivo prolongado, uso de oxitocina para inducir el parto, antecedentes obstétricos desfavorables, patologías crónicas asociadas al embarazo, meconio en el líquido amniótico, edad gestacional prolongado, peso del recién nacido están relacionados con el índice de Apgar bajo al nacer. Conclusiones: la presencia de factores mencionados conlleva a la puntuación baja del Apgar en los neonatos estudiados.¹¹

Norma Bandera Fisher; Magalis Goire Caraballo; Omara Cardona Sánchez; Cuba; Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer; objetivo fue identificar la posible asociación causal entre ambas variables, estimar el riesgo atribuible; el diseño utilizado fue analítico observacional tipo caso control; resultados: edad materna y la edad gestacional al parto, meconio en el líquido amniótico, anomalías del cordón umbilical, parto distócico y restricción del crecimiento intrauterino están relacionados con el índice de Apgar bajo; concluyendo que: la depresión al nacer se asoció causalmente con las anomalías del cordón umbilical y el líquido amniótico meconial, teniendo asociación significativa la desnutrición fetal intrauterina, la edad gestacional al parto < 37 y >42 semanas y la presentación fetal distócica.¹²

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Víctor Díaz Guevara; Tarapoto, el año 2018, investigaron sobre: Factores de riesgo para la puntuación de Apgar bajo en el servicio de neonatología del Hospital II – 2 Tarapoto; estudio de diseño no experimental analítico: casos y controles; con el objetivo de determinar la influencia de los factores riesgo para la puntuación de Apgar bajo; muestra 311 expedientes clínicos; Resultados: Porcentaje elevado de embarazos en adolescente entre 15 y 16 años, prematuridad y bajo peso al nacer, Apgar bajo 0,9% relacionado al peso neonatal menos de 1000 gr., Apgar bajo 9,4% asociado a la prematuridad. Concluyendo que los factores de riesgo maternos, obstétricos y del recién nacido influyen en el Apgar bajo al nacer, siendo los de mayor influencia la prematuridad y el bajo peso al nacer.¹³

Valentín Peralta Ticona; Puno- 2017, realiza la investigación denominada: Factores de riesgo asociados a puntaje de Apgar bajo en el servicio de neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón; cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al Apgar bajo; diseño analítico: casos y controles, con una población de 188 neonatos, 94 casos para cada grupo. Resultados, las variables con asociación significativa fueron: cesárea con tres veces

más de riesgo de presentar Apgar bajo OR = 3,266. Sufrimiento fetal cuatro veces más de riesgo OR = 4,561. Presentación anómala seis veces más riesgo OR = 6,449. Enfermedad Hipertensiva del Embarazo tres veces más de posibilidad de presentar Apgar bajo OR = 3,964. Tinción meconial representando diez veces de riesgo OR = 10 en relación a los neonatos que tuvieron presencia del líquido amniótico claro. Conclusiones: El sufrimiento fetal, cesárea, presentación fetal anómala, líquido amniótico meconial, enfermedades hipertensivas del embarazo, son los factores que se asocian al puntaje de Apgar bajo.¹⁴

Dany Coba Correa; Cajamarca, el año 2017, realiza la investigación titulada: Trabajo de parto disfuncional y Apgar del recién nacido; con el objetivo de determinar la relación entre ambas variables; diseño no experimental descriptivo, nivel correlacional, muestra 155 mujeres. Resultados: 43,2% en edades de 25 a 34 años. 56,8% pertenecientes a zona rural. Antecedentes Gineco Obstétricos: trabajo de parto disfuncional 69,7%. 51% multíparas, cesárea 60%. Apgar neonatal al minuto fue: 60,6% buenas condiciones (7 a 10), 20,0% asfixia moderada (4 a 6) y 10,3% asfixia grave (0 a 3). Apgar a los 5 minutos fue: 78,7% buenas condiciones, 16,1% asfixia moderada, 5,2% asfixia grave. El 80% de RN pesó entre 2500 a 4000 gramos y 52,9% fueron de sexo masculino. Alteraciones de la fase activa 60% y parto precipitado 11,6%. Fase latente prolongada 18,2% con asfixia grave al minuto de vida y 7,1% a los 5 minutos. Alteraciones de la fase activa 26,4% tuvo asfixia grave al minuto y 7,8% a los 5 minutos. De los RN producto de expulsivo prolongado 33,6% nació con asfixia grave al minuto y el 9,1% a los 5 minutos. De los partos precipitados el 39,3% y el 57,1% tuvieron asfixia grave al minuto de vida y a los 5 minutos respectivamente. Conclusión: existe una relación significativa entre las variables trabajo de parto disfuncional y Apgar del recién nacido.¹⁵

Henry Aquilino Pierre Ortiz Correa; Lima, el año 2017, investigaron sobre: Factores de riesgo asociados a un score Apgar bajo en neonatos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Sergio E. Bernaldes;

diseño no experimental analítico: casos - controles, la muestra fue 108 neonatos, 54 casos con Apgar menor 7 y 54 controles con Apgar mayor a 7. Resultados: 43,5% cesárea y 56,5% parto eutócico. 41,6% con el antecedente obstétrico de sufrimiento fetal agudo. Factores de riesgo pre eclampsia OR: 3,070; líquido amniótico meconial OR: 10,359; prematuridad OR: 4,278; bajo peso al nacer OR: 3,105. Conclusiones: Pre eclampsia, líquido amniótico meconial, prematuridad y bajo peso al nacer están asociados a un score Apgar bajo al 1 minuto.¹⁶

Lisbeth Vilcapaza Yucra; Lima, el año 2017, investiga el tema: Factores de riesgo asociados a puntaje de Apgar bajo en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo; estudio no experimental analítico: casos con puntaje bajo y controles sin puntaje bajo, muestra 166 neonatos. Resultados: Cesárea siete veces más riesgo OR: 7,71. Líquido amniótico con meconio once veces más riesgo R: 11,89. Presentación anómala dos veces más riesgo OR: 2,88. Secundaria incompleta OR: 4,76. Conclusiones: La cesárea, líquido amniótico meconial, presentación anómala y secundaria incompleta son factores de riesgo asociados a puntaje de Apgar bajo al nacer.¹⁷

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Gaby Lastra Pujay, Hady Vargas; Huánuco – 2017, realizaron la investigación denominada: Factores que influyen en el Apgar bajo al nacer de los neonatos del Hospital Carlos Showing Ferrari, Amarilis – Huánuco; con el objetivo determinar los factores maternas y neonatales influyentes en el Apgar bajo en los neonatos; estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico de tipo caso control, muestra 82 historias clínicas para los casos y 82 historias clínicas para los controles Apgar adecuados; obtuvieron los siguientes resultados: 1. Factores influyentes en el Apgar bajo al nacer fueron: 34,1% de madres de procedencia rural. 23,2% madres adolescentes. 11,0% de madres con pre-eclampsia. 46,3% tuvieron parto distócico. 37,8% parto inducido. Factores neonatales: 8,5% con edad gestacional pre término. 28% de neonatos con bradicardia. Concluyendo que: La procedencia rural, adolescentes, con eclampsia, parto distócico, trabajo de parto inducido y

neonatos con edad gestacional pre término, con bradicardia son factores asociados al Apgar bajo.¹⁸

Fiorella Rafaelo Converso; Huánuco – 2016, realizó la investigación denominada: Factores Maternos relacionados con el Apgar bajo al nacer en neonatos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco; con el objetivo determinar la relación entre variables; estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico, muestra de 500 historia clínicas neonatales. Los resultados indican que los factores maternos que se relacionan con el Apgar bajo al nacer fueron: Cesárea, sin atención prenatal, líquido amniótico meconial, sin monitoreo fetal, la duración de trabajo de parto (prolongado), diabetes, hipertensión arterial, infección del tracto urinario. Concluyendo que: los factores maternos guardan relación estadísticamente significativos con el Apgar bajo.¹⁹

Joanne Kimberly Albornoz Hinostroza, Lucía Adriana Núñez Asado, Sinthia Elen García Aquino; Huánuco – 2016, investigaron sobre: El control prenatal, la cesárea y la prematuridad como factores asociados a la mortalidad perinatal en el Hospital Regional "Hermilio Valdizán Medrano", con el objetivos de determinar las características de asociación entre las variables mencionadas; estudio observacional analítico: casos y controles, muestra 171 pacientes de los cuales 57 fueron casos y 114 controles. Resultados: Edad gestacional pre término y post término OR=29,90. Control prenatales incompleto OR=7,12. Analfabetismo/instrucción primaria OR=1,94. Peso del recién nacido alterado OR=12,15. Apgar a los 5 minutos menos de siete OR=109,10. No se asoció la cesárea. Conclusión: edades extremas, analfabeta, peso alterado del recién nacido y el puntaje bajo Apgar a los 5 minutos están asociados a la mortalidad perinatal.²⁰

Eveling Gabriela Carpio Chávez; Huánuco. Factores relacionados con Apgar bajo al nacer en neonatos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco; Objetivo: determinar los factores que se relacionan con Apgar bajo; estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico, muestra 360 historias clínicas de neonatos y 360 historias clínicas de las madres. Resultados: edad materna menor a 15 años o mayor a 35 años (16,9%), hipertensión arterial (16,7%), infección

urinaria (12,2%), pre eclampsia (13,1%), anemia (8,1%), placenta previa (2,8%), parto cesárea (20,8%) y presentación podálica (15%). Conclusiones: evidenciaron que los factores maternos que se relacionan con Apgar bajo al nacer son: edades extremas, infección urinaria, pre eclampsia, anemia, placenta previa, parto cesárea y presentación podálica.²¹

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. RIESGOS OBSTÉTRICOS

Es toda la característica asociada a una probabilidad mayor de sufrir un daño en la salud durante el embarazo, parto o puerperio.²² Entonces el factor de riesgo es la circunstancia, atributo o característica que aumenta la probabilidad de enfermar.²³

Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante. La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo.²⁴

Desde el punto de vista perinatal las patologías asociadas a la morbimortalidad, son las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias de atención prenatal, están orientadas a la prevención y diagnóstico y oportuno y tratamiento de patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados; las siguientes patologías pueden presentarse:

1. Amenaza de Aborto

Consiste en un cuadro clínico caracterizado por sangrado de origen endouterino, generalmente escaso, que se presenta en las primeras 22

semanas de gestación, acompañado de dorsalgia y dolor tipo cólico menstrual. Al examen obstétrico se encuentra el cuello largo y cerrado.²⁵

La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como: “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos”. Este peso corresponde a una edad gestacional entre 20-22 semanas. El aborto puede ser espontáneo o inducido (provocado). Se calcula que 20-30% de las gestaciones terminan en aborto espontáneo; sin embargo, hay estudios que indican una incidencia de aborto entre 40-50% y aun hasta 80% de todas las gestaciones cuando se incluyen embarazos muy tempranos.

2. Infección del Tracto Urinario

La infección del tracto urinario se define como la invasión microbiana del aparato urinario que sobrepasa la capacidad de los mecanismos de defensa del huésped, produce alteraciones morfológicas o funcionales y una respuesta inmunológica no siempre evidenciable.²⁶

La infección del tracto urinario, infección de orina o infección urinaria, es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga, uretra y riñón o también como la presencia de 100000 o más unidades formadores de colonia de bacterias por ml de orina obtenida por chorro medio.²⁷

Infección del Tracto Urinario y Embarazo, la infección del tracto urinario constituye una de las patologías más frecuentes en la práctica clínica. Son las complicaciones que con mayor frecuencia aparecen, entre al 5 al 10% de todos los embarazos.²⁸

3. Cistitis

La cistitis en el embarazo se considera una Infección del Tracto Urinario primaria pues no se desarrolla a partir de una bacteriuria asintomática previa. Se define como una infección que afecta a la pared vesical, que cursa con síndrome miccional sin alteración del estado general.

4. Bacteriuria asintomática

Se define como la presencia de bacterias patógenas en la orina, a un nivel significativo, en ausencia de síntomas clínicos. La frecuencia de bacteriuria asintomática es variada dependiente de la región, si se incluye *Ureaplasma* y *Gadnerella vaginalis*. La mayoría de los datos epidemiológicos referidos al embarazo muestran que la bacteriuria durante el embarazo presenta unas cifras que no difieren significativamente de la incidencia de dicho problema en las mujeres no gestantes, pero sexualmente activas.²⁹

5. Pielonefritis Aguda

Es una infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones, que suele presentarse durante el segundo y tercer trimestre de la gestación y es casi siempre secundaria a una bacteriuria asintomática no diagnosticada o tratada incorrectamente, y que ocasiona signos y síntomas muy floridos que alteran el estado general de la paciente. Es la indicación más común de hospitalización durante el embarazo.³⁰ Se asocia a morbilidad materna y fetal importante, siendo la forma más severa de infección del tracto urinario y la indicación más común de hospitalización durante la gestación. Debe ser considerada, por tanto, como una situación seria, ya que pueden aparecer complicaciones como distrés respiratorio y choque séptico (15-20% cursan con bacteriemia). Además puede asociarse a parto pre término y crecimiento intrauterino restringido.

6. Ruptura Prematura de Membranas

Rotura de las membranas cori amnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto.³¹

7. Peso al Nacer

Es el peso de un recién nacido, la cual debe de relacionarse con la edad gestacional. Un feto que se halle dentro del rango normal de peso para su edad gestacional se considera apropiado para la edad

gestacional, mientras que el que nace por encima o por debajo del límite definido, está expuesto a complicaciones tanto para su salud como para la de su madre.³²

8. Parto distócico

Parto con progreso anormal debido a inadecuada interacción de los factores que intervienen en él y que culmina por vía vaginal y/o abdominal.³³

9. Expulsivo prolongado

Se denomina cuando el tiempo de la expulsión del feto sobre pasa los 30 minutos.³⁴

2.2.2. VALORACIÓN DEL APGAR

Sistema de puntaje como un método rápido para evaluar el estado clínico del recién nacido al 1º minuto de vida y decidir la necesidad de una intervención precoz para establecer la respiración. Este sistema de puntaje permitió una valoración estandarizada del recién nacido después del nacimiento. El puntaje de Apgar incluye 5 componentes: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color, cada uno de los cuales recibe un puntaje de 0, 1 y 2. Actualmente el puntaje se determina a los 1 y 5 minutos después del nacimiento. El puntaje de Apgar continúa siendo un método rápido y conveniente para reportar el estado del recién nacido y su respuesta a las maniobras de resucitación. El puntaje de Apgar ha sido utilizado de manera inapropiada en recién nacidos de término para predecir secuelas neurológicas específicas.³⁵

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.3.1. RIESGOS OBSTÉTRICOS

Eventos que posibilitan la presencia en un daño en la salud de la mujer embarazada.

2.3.2. APGAR

Sistema de puntaje como un método rápido para evaluar el estado clínico del recién nacido.

2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

Hipótesis de Investigación - Hⁱ

Los riesgos obstétricos están relacionados a la valoración del Apgar en recién nacidos a término. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Huánuco, 2019.

Hipótesis Nula - H⁰

Los riesgos obstétricos no están relacionados a la valoración del Apgar en recién nacidos a término. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Huánuco, 2019.

Indicador Epidemiológico: Odds ratio

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE 1

Riesgos Obstétricos

2.5.2. VARIABLE 2

Valoración Apgar

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	Variable	Dimensiones	Indicadores	Criterios de medición
VARIABLE 1	Riesgos Obstétricos	Antes del parto	1. Cesárea anterior 2. EHE 3. Oligo hidramnios 4. Embarazo post término 5. Embarazo pre término 6. Poli hidramnios 7. RCIU 8. RPM 9. Otra patología	Cualitativo Nominal
		Durante el parto	1. Dilatación estacionaria 2. Distocia de presentación 3. Distocia funicular 4. Expulsivo prolongado 5. Incompatibilidad céfalo pélvica 6. Macrosomía fetal 7. Sufrimiento fetal agudo 8. Otra patología	
VARIABLE 2	Apgar	Clasificación	Normal	Cualitativo Nominal
			Depresión leve	
			Depresión severa	
Interviniente	Edad	Años cronológicos	Adolescente Adulta Añosa	Cualitativo Nominal
	Paridad	Número de hijos paridos	Primípara Multípara Gran Multípara	
	Edad gestacional	Tiempo de gestación	Pre término Término Post término	
	Tipo de parto	Vía de parto	Eutócico Distócico	

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. ENFOQUE

Deductivo Porque va de lo general a lo particular.

3.1.2. NIVEL

Correlacional³⁶, porque relaciona los riesgos obstétricos con la valoración Apgar.

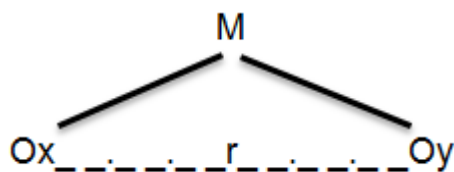
3.1.3. TIPO

El estudio transversal porque los datos fueron recolectados en una sola ocasión y retrospectivo porque los hechos fueron pasados.³⁷

3.1.4. DISEÑO

No experimental Descriptivo³⁸ este diseño se originaron en el campo de las ciencias de la salud donde se utilizaron dos variables.

Diagrama



Donde

M= Muestra

Ox= riesgos obstétricos

Oy= valoración del Apgar

r = representa la relación de ambas variables

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Estuvo constituida por el total de partos atendidos distócicos y eutócicos del año 2019, siendo $N = 1\ 782$.³⁹

3.2.2. MUESTRA

Para la selección de la muestra utilizamos el muestreo no probabilístico, bajo la modalidad intencionada con las que cumplieron los criterios de selección, $n = 82$ gestantes.

- **Criterios de selección:** gestante con riesgo obstétrico y neonato.
- **Unidad de Análisis:** listas gestantes con riesgos obstétricos y neonatos.
- **Unidad de Muestreo:** relación de gestantes con riesgos obstétricos y neonatos.

3.2.2.1. Delimitación geográfica, temporal y temática

El estudio íllevamos a cabo en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”, ubicado en el Distrito de Amarilis, Provincia y Región Huánuco.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica. - Estudio documental: Historias Clínicas Maternas, Sistema Informático Perinatal Materno e Informe Médico Neonatal.

Instrumentos: Ficha de recolección de datos, para describir los hechos tras de los datos, las historias clínicas perinatales están validadas, aprobadas y con la confiabilidad que del Ministerio de Salud del Perú.

3.3.2. INTERPRETACIÓN DE DATOS Y RESULTADOS

En la investigación, utilizamos la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad.

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Autorización, gestionamos los permisos respectivos. Identificamos: los casos maternos y neonatales, y el registro SIP. Aplicación de instrumentos, realizamos utilizando el instrumento. Digitación, una vez obtenida la información digitamos una base de datos en el programa SPSS 24, la cual ingresamos diariamente, para luego ser analizado. Archivo, toda la documentación es custodiada. Interpretación de datos y resultados, realizamos la revisión de los datos en forma crítica, cada uno de los instrumentos utilizados; asimismo el control de calidad. Seguido a ello, efectuamos la codificación de los datos según las variables del estudio, llevamos a cabo la clasificación de los datos. La estadística realizamos chi cuadrado de asociación y la medición del riesgo en obstetricia mediante el indicador epidemiológico Odds ratio.

Aspectos éticos, la presente investigación realizamos con protección de seres humanos sujetos a investigación, clasificadas “Ningún Riesgo”.⁴⁰

CAPITULO

RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD OBSERVADA

Los resultados sistematizados en tablas estadísticas y figuras, los mismos que facilitan el análisis e interpretación de datos.

Tabla 1. Datos Basales: Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Adolescente	1	1,2	1,2	1,2
	Adulta	71	86,6	86,6	87,8
	Añosa	10	12,2	12,2	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

Interpretación

La tabla y figura 1, muestran las edades de las gestantes estudiadas, siendo el de mayor frecuencia la edad adulta [71(87%)].

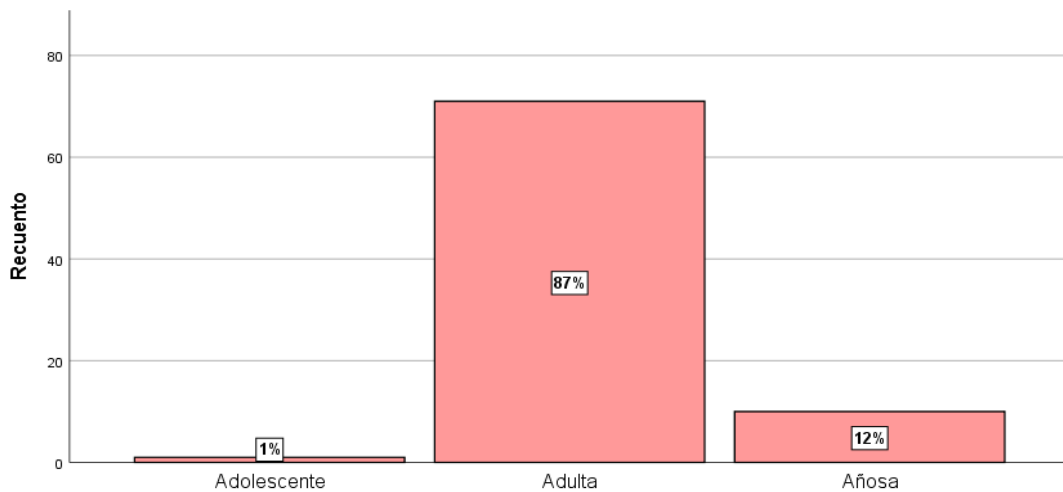


Figura 1. Datos Basales: Edad

Tabla 2. Datos Basales: Paridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primípara	42	51,2	51,2	51,2
	Múltipara	25	30,5	30,5	81,7
	Gran Múltipara	15	18,3	18,3	100,0
Total		82	100,0	100,0	

Interpretación

La tabla y figura 2, muestran la paridad, donde mayormente ubican las primíparas [42(51%)], seguido de las múltiparas [25(31%)], y menor cifras se ubica las gran múltiparas [15(18%)].

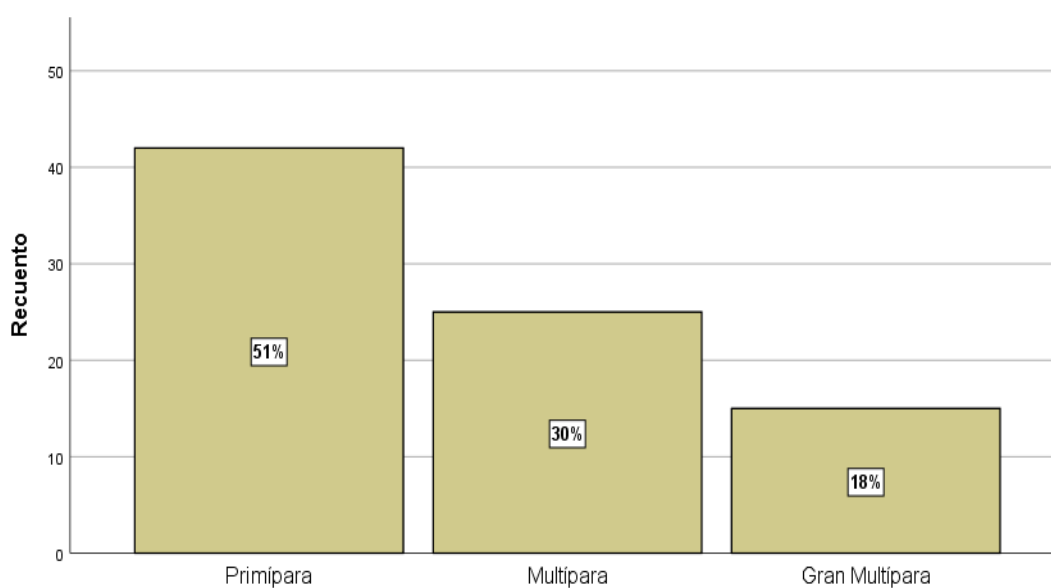


Figura 2. Datos Basales: Paridad

Tabla 3. Datos Basales: Edad Gestacional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 37 semanas	5	6,1	6,1	6,1
	37 a 40 semanas	67	81,7	81,7	87,8
	Mayor de 40 semanas	10	12,2	12,2	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

Interpretación

La tabla y figura 3, muestran la edad gestacional de las gestantes estudiadas, donde el mayor número se concentra en la edad gestacional a término entre las semanas 37 a 40 [67(82%)], seguido de los embarazos mayores de 40 semanas [10(12%)] y en menor número los menores de 37 semanas [5(6%)].

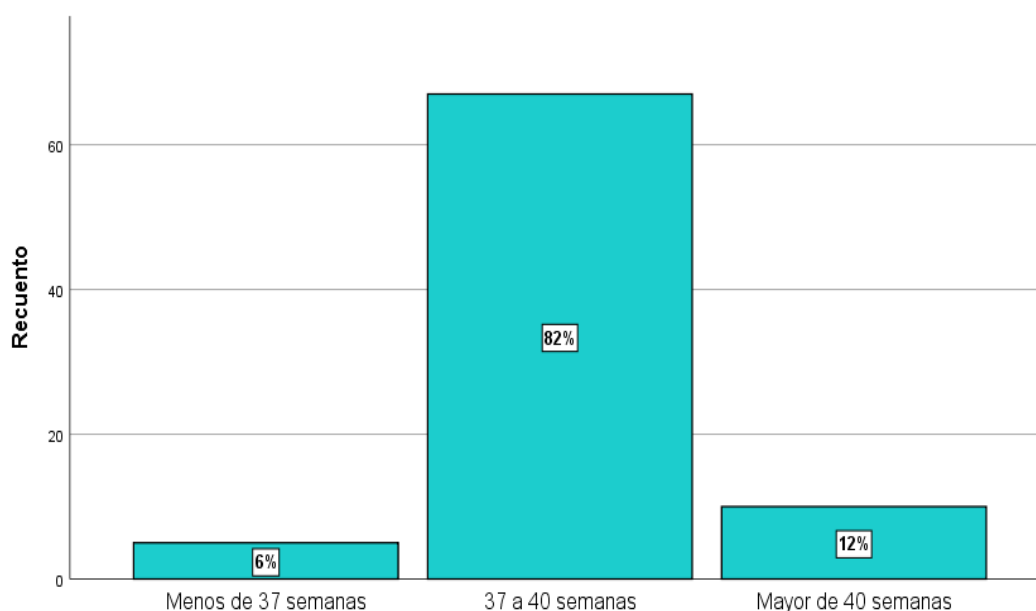


Figura 3. Datos Basales: Edad Gestacional

Tabla 4. Datos Basales: Tipo de Parto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Eutócico	58	70,7	70,7	70,7
	Distócico	24	29,3	29,3	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

Interpretación

La tabla y figura 4, muestran el tipo de parto, donde el mayor número fue los partos eutócicos [58(71%)], y en menos proporción fueron los partos distócicos [24(29%)].

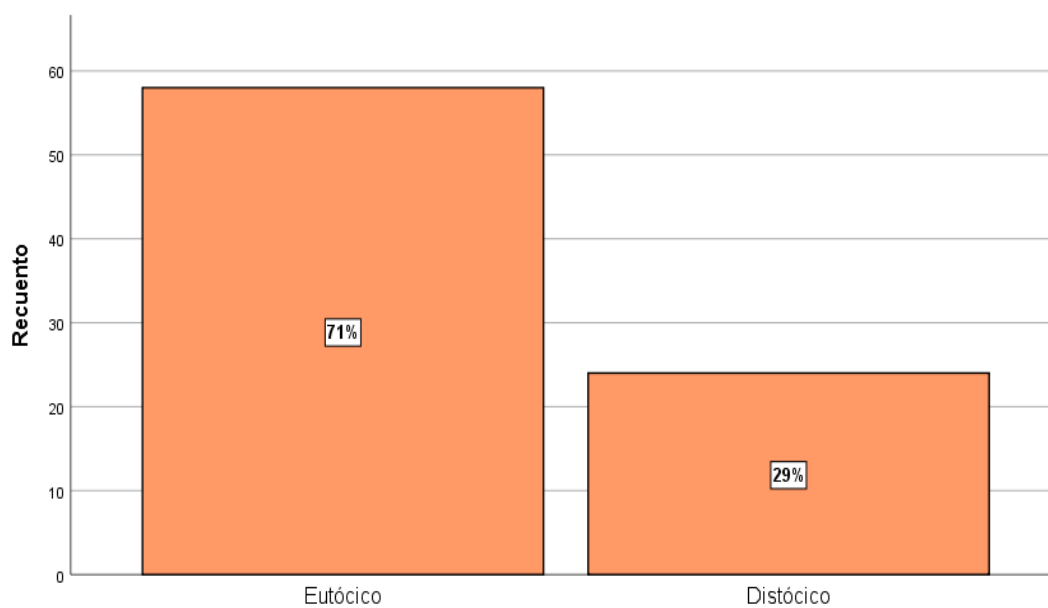


Figura 4. Datos Basales: Tipo de Parto

Tabla 5. Riesgo Obstétrico: Antes del Parto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	Cesárea Anterior	7	8,5	14,3	14,3
	EHE	8	9,8	16,3	30,6
	Oligo hidramnios	2	2,4	4,1	34,7
	Embarazo post término	11	13,4	22,4	57,1
	Embarazo pre término	6	7,3	12,2	69,4
	Poli hidramnios	3	3,7	6,1	75,5
	RCIU	2	2,4	4,1	79,6
	RPM	10	12,2	20,4	100,0
	Total	49	59,8	100,0	
Perdidos	Sistemas	33	40,2		
	Total	82	100,0		

Interpretación

La tabla y figura 5, muestran el riesgo obstétrico antes del parto, donde el embarazo post término es el de mayor porcentaje [11(13%)], y en menos porcentaje fueron la RCIU [2(2%)] y oligo hidramnios [2(2%)].

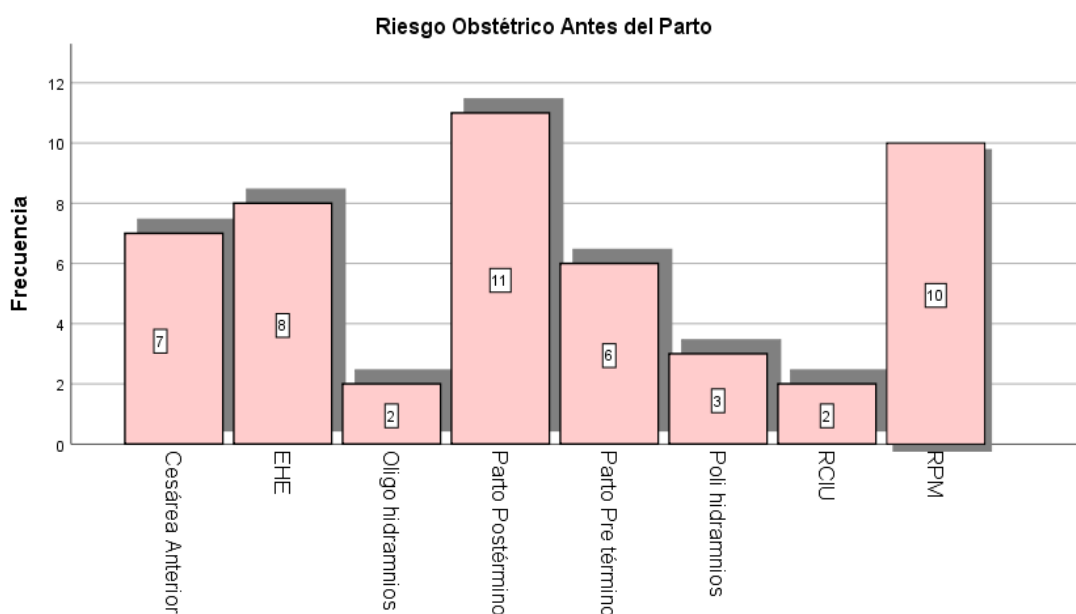
**Figura 5.** Riesgo Obstétrico: Antes del Parto

Tabla 6. Riesgo Obstétricos Durante el Parto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válidos	Dilatación estacionaria	2	2,4	6,1	6,1
	Distocia de presentación	4	4,9	12,1	18,2
	Distocia funicular	3	3,7	9,1	27,3
	Expulsivo prolongado	8	9,8	24,2	51,5
	Incompatibilidad céfalo pélvica	5	6,1	15,2	66,7
	Macrosomía fetal	7	8,5	21,2	87,9
	Sufrimiento Fetal Agudo	4	4,9	12,1	100,0
	Total	33	40,2	100,0	
Perdidos	Sistema	49	59,8		
Total		82	100,0		

Interpretación

La tabla y figura 6, muestran el riesgo obstétrico durante el parto, donde el expulsivo prolongado es el mayor número de casos [8(10%)], y en menos casos la dilatación estacionaria [2(2%)].

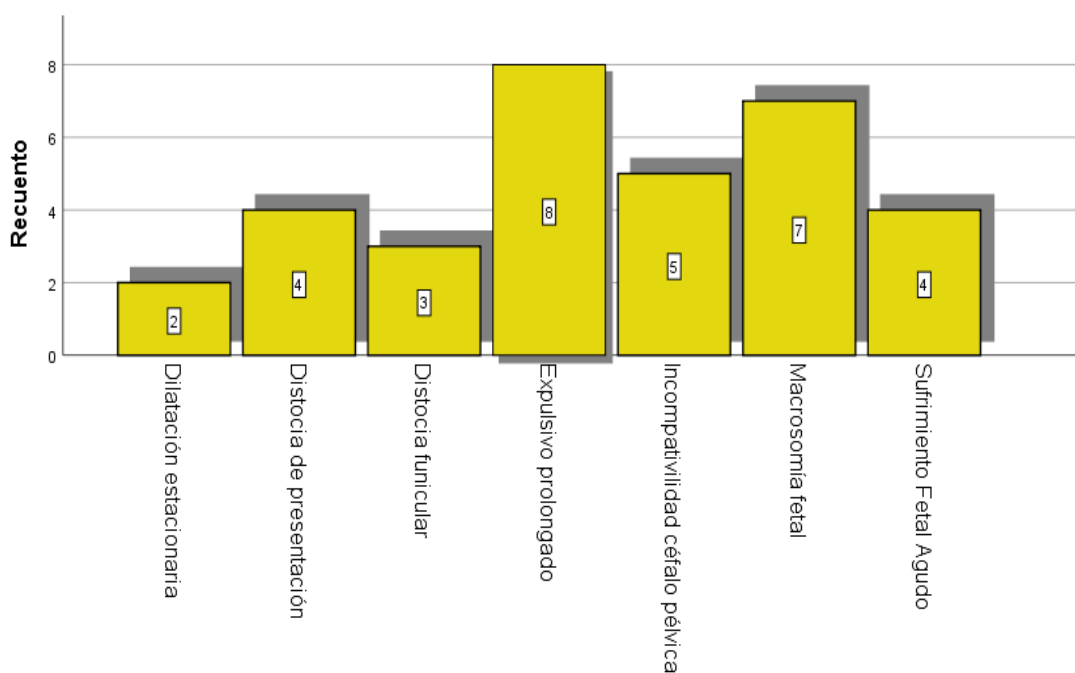
**Figura 6.** Riesgo Obstétricos Durante el Parto

Tabla 7. Valoración Apgar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Adecuado	64	78,0	78,0	78,0
	Depresión moderada	15	18,3	18,3	96,3
	Depresión severa	3	3,7	3,7	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

Interpretación

La tabla y figura 7, muestran la valoración Apgar, donde la mayoría de neonatos tuvieron la valoración de adecuado [64(78%)], luego se presenta la valoración depresión moderada [15(18%)], y menos casos de depresión severa [3(4%)].

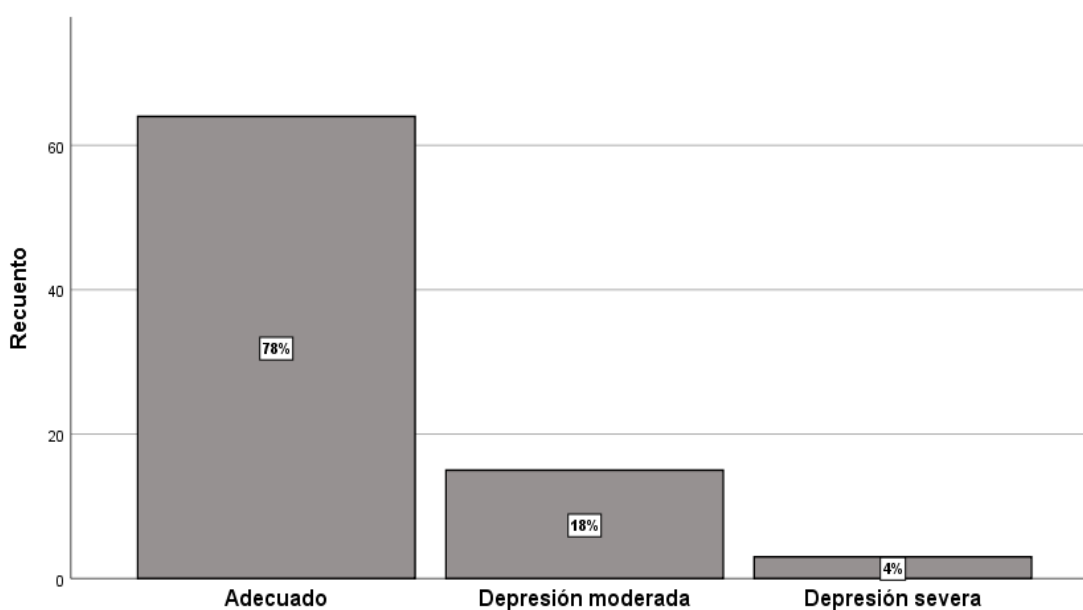


Figura 7. Valoración Apgar

4.2. ESTADÍGRAFOS DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla 8. cruzada Riesgo Obstétrico Antes del Parto*Apgar

		Cesárea Anterior	EHE	Oligo hidramnios	Embarazo post término	Embarazo pre término	Poli hidramnios	RCIU	RPM	
Apgar	Adecuado	6	6	2	4	5	3	0	5	3
	Depresión moderada	1	2	0	6	1	0	1	4	1
	Depresión severa	0	0	0	1	0	0	1	1	3
Total		7	8	2	11	6	3	2	1	4
									0	9

Tabla 9. Pruebas de Chi-cuadrado 1

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,462	14	,00187
Razón de verosimilitud	18,710	14	,00176
Asociación lineal por lineal	3,320	1	,068
N de casos válidos	49		

Interpretación.-

En la tabla 1, muestra los valores del Apgar y el riesgo obstétrico antes del parto, en la cual muestra la posibilidad de sufrir un daño en los casos: Cesárea anterior [OR= 9,79], Enfermedad Hipertensiva del Embarazo [OR= 4,89], embarazo post término [OR= 2,45], embarazo pre término [OR= 8,16], Restricción de Crecimiento Intrauterino [OR= 8,27], y Ruptura Prematura de Membranas [OR= 1,96]. En cuanto a la prueba estadística $\chi^2_c = 18,462 > \chi^2_t = 3,1618$., motivo por el cual existe asociación entre ambas variables.

Tabla 10. cruzada Riesgo Obstétricos Durante el Parto*Apgar

		Dilatación estacionaria	Distocia de presentación	Distocia funicular	Expulsivo prolongado	Incompatibilidad céfalo pélvica	Macrosomía fetal	Sufrimiento Fetal Agudo	
Apgar	Adecuado	1	4	3	2	4	4	0	18
	Depresión moderada	1	0	0	5	1	3	3	13
	Depresión severa	0	0	0	1	0	0	1	2
	Total	2	4	3	8	5	7	4	33

Tabla 11. Pruebas de Chi-cuadrado 2

Recuento	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,596	12	,00165
Razón de verosimilitud	21,015	12	,00050
Asociación lineal por lineal	3,630	1	,057
N de casos válidos	33		

Interpretación.

En la tabla 10 muestra los valores del Apgar y el riesgo obstétrico durante el parto, en la cual muestra la posibilidad de sufrir un daño en los casos: Dilatación estacionaria [OR= 1,63], expulsivo prolongado [OR= 4,89], incompatibilidad céfalo pélvica [OR= 6,53], Macrosomía fetal [OR= 2,18], y sufrimiento fetal agudo [OR= 8,16]. En cuanto a la prueba estadística $\chi^2_c = 16,596 > \chi^2_t = 3,1618$., acepta la hipótesis de asociación entre ambas variables.

DISCUSIÓN

En la presente investigación, presentamos los resultados obtenidos, las cuales están siendo contrastadas con las investigaciones vertidas en los antecedentes:

En los datos basales: Las gestantes son de edad adulta 87% en las cuales no hubo asociación como factor de riesgo, en discordancia con la investigación de Nozar, Tarigo y Fiol donde mencionan que la variable edad no está asociado al puntaje bajo del Apgar en los recién nacidos y en concordancia con la investigación de Dany Coba donde la edad más frecuente es de 25 a 34 años.

En cuanto a la paridad el ser primípara 51% es diferente a la encontrada por Dany Coba donde refieren que las multíparas 51% son más frecuente de presentar neonatos con bajo Apgar.

Así mismo la edad gestacional al momento del parto, menor a 37 semanas 6% y mayor de 40 semanas 12% estuvieron presentes, en concordancia con lo vertido por los autores Bandera, Goire y Cardona donde la edad gestacional al parto se relaciona con el puntaje alterado del Apgar.

Con respecto al tipo de parto presentado fue eutócico 71% y distócico 29% al ser contrastados con la investigación de Batista vemos que son diferentes, ya que el autor menciona que la embarazadas tuvieron un parto espontaneo en el 40% y distócicos el 60%.

En la investigación encontramos los riesgos obstétricos antes del parto: cesárea anterior [OR= 9,79], tal aseveración no guarda coincidencia con la demostrada con el autor Peralta Ticona donde encentra [OR= 3,266].

En cuanto a la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo tenemos [OR= 4,89] la que es concordante con los datos encontrados por el investigador Peralta Ticona donde refiere [OR= 3,964], la misma similitud fue encontrado por el autor Ortiz, indicando [OR= 3,070].

Así mismo, el parto post término es encontrado [OR= 2,45], la cual es completamente discordante con los datos vertidos los autores Albornoz, Núñez y García, donde obtuvieron [OR= 29,90].

Sobre el parto pre término, tenemos [OR= 8,16], tal aseveración no guarda coincidencia con la demostrada con el autor Ortiz Correa donde encuentra [OR= 4,278].

Los investigadores Bandera, Goire y Cardona, manifiestan en su investigación que existe asociación lineal entre la Restricción de Crecimiento Intrauterino con el Apgar bajo, la cual es similar a nuestra investigación ya que existe más de ocho veces de tener riesgo de que la RCIU linde con el Apgar patológico, datos congruentes con los encontrados con los autores Peralta Ticona [OR= 10] y Ortiz [OR= 10,359].

En los resultados encontrados de riesgo obstétrico durante el parto, tenemos la dilatación estacionaria [OR= 1,63] que guarda relación con los datos del investigador Rafaelo Converso.

Con respecto al expulsivo prolongado [OR= 4,89] guarda relación con los datos de la investigación de Cárdena Peña, et al., y León, et al.

En cuanto a la patología de Sufrimiento Fetal Agudo [OR= 8,16] es congruente con los encontrados por los investigadores Nozar, Tarigo y Fiol, así mismo es similar al vertido por el investigador Vilcapaza [OR= 11,89], y difiere de los encontrados por Peralta [OR= 4,561].

CONCLUSIONES

1. Los datos basales de la gestante en estudio fueron:
 - a. La edad adulta se ubica con mayor porcentaje.
 - b. La primípara tiene el porcentaje más elevado.
 - c. La edad gestacional con patología de tiempo, antes de término se encuentra presente en porcentaje bajo, mientras que mayor a las 40 semanas duplica su porcentaje.
 - d. El tipo de parto predominante fue el eutócico.
2. Los Riesgo Obstétrico en la población de gestantes: antes del parto el Odds ratio incrementado, cesárea anterior, enfermedad hipertensiva del embarazo y restricción de crecimiento intrauterino. Durante el parto Odds ratio elevado fueron: expulsivo prolongado, incompatibilidad céfalo pélvica y sufrimiento fetal.
3. La puntuación Apgar denominado adecuado en recién nacidos presentaron el porcentaje más elevado, la denominación depresión moderada fue quince casos y depresión severa tres casos.

Relacionamos los riesgos obstétricos antes y durante el parto, y la valoración Apgar patológico, resultando que los riesgos obstétricos están relacionados a la valoración del Apgar en recién nacidos a término. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Huánuco, 2019; probado mediante la prueba estadística χ^2 ; motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al personal de salud encargado de la salud materna, realizar seguimiento mediante el radar epidemiológico a toda gestante que cumpla las características siguientes: edad adulta, primípara, con mayor énfasis antes de las semana 37 y después de la semana 40.
2. Sugerimos al personal de brigadas en visitas domiciliarias, brindar seguimiento estricto a las gestantes con comorbilidad: cesárea anterior, EHE, RCIU, talla baja, y sobre peso por posible incompatibilidad céfalo pélvica.
3. Se recomienda al personal de salud que atiende al neonato, brindar las atenciones inmediatas con el especialista, esta atención puntual debe de realizarse a todo neonato que provenga de madre con factor de riesgo, evitando así pérdidas del minuto de oro en el recién nacido.

Al todo profesional de la salud en obstetricia, dedicado a atender a la gestante, realizar acciones de educación temprana y fichaje antropológico para que acudan al Establecimiento de Salud oportunamente al momento del parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hübner M. Test de Apgar. Después de medio siglo ¿sigue vigente?. Rev. médica de Chile; 2002:130.
2. Apgar V. Una propuesta de nuevo método de evaluación del recién nacido. Rev. Anesthesia and Analgesia USA.1953; 32 (8): 260.
3. El mundo no está cumpliendo con los recién nacidos. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2018.
4. Mortalidad perinatal. Lima: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar; 2016.
5. El mundo no está cumpliendo con los recién nacidos. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2018.
6. Factores de Riesgo de la Mortalidad Perinatal en el Perú. Lima: Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. 2003; 49 (4): 227 – 236.
7. Nozar F, et. al. Factores asociados con bajo puntaje de Apgar en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Rev. An Facultad Med (Univ Repúb Urug). 2019; 6(1):35-44
8. Rondón M, Reyna E, Mejía J, et. al. Tinción del líquido amniótico por meconio y resultante neonatal en embarazos de riesgo. Rev. Perú. ginecol. obstet. 2019; 65 (1):215.
9. Laffita A, et al. Apgar bajo al nacer y eventos del periparto. Cuba; 2002.
10. Cárdenas R, et al. Factores de riesgo para el Apgar bajo al nacer. Cuba; 2004.
11. León A, et al. Factores relacionados con el Apgar bajo al nacer. Cuba; 2010.
12. Bandera N, Caraballo G, Cardona M. Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2011; 37 (3): 322.

13. Díaz V. Factores de riesgo para la puntuación de Apgar bajo en el servicio de neonatología del Hospital II – 2 Tarapoto: estudio de casos y controles. Perú, Tarapoto; 2018.
14. Peralta V. Factores de riesgo asociados a puntaje de Apgar bajo en el servicio de neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Perú, Puno; 2017.
15. Coba D. Trabajo de parto disfuncional y Apgar del recién nacido. Perú, Cajamarca; 2017.
16. Aquilino H, Ortiz P. Factores de riesgo asociados a un score Apgar bajo en neonatos atendidos en el servicio de neonatología del Hospital Sergio E. Bernales. Perú, Lima; 2017.
17. Vilcapaza L. Factores de riesgo asociados a puntaje de Apgar bajo en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Perú, Lima; 2017.
18. Lastra G, Vargas H. Factores que influyen en el Apgar bajo al nacer de los neonatos del Hospital Carlos Showing Ferrari, Amarilis – Huánuco. Perú, Huánuco; 2016.
19. Rafaelo F. Factores Maternos relacionados con el Apgar bajo al nacer en neonatos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco. Perú, Huánuco; 2016.
20. Albornoz J, Núñez L, García S. El control prenatal, la cesárea y la prematuridad como factores asociados a la mortalidad perinatal en el hospital regional "Hermilio Valdizán Medrano". Perú, Huánuco; 2016.
21. Carpio E. Factores relacionados con Apgar bajo al nacer en neonatos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco. Perú, Huánuco; 2014.
22. Schwarcz R, Duverges T, Diaz E, et al. Obstetricia: Alto Riesgo Perinatal. 4° ed. Argentina. 1990; pp. 125.

23. Villalva J. Factor de Riesgo. Chile; 1995.
24. Herrear V, Oliva J, et al. Riesgo Reproductivo. Chile. 2016; 11(1): 25.
25. Ochoa. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Rev. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32(1).
26. Cifuentes R. Obstetricia de Alto Riesgo. 7 ed. Colombia: Distribuna; 2014.
27. Ponce M. Características de la Infección del Tracto Urinario recurrente en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2008.
28. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, et al. Obstetricia de Williams. 22° ed. México: McGraw- Hill Interamericana; 2006.
29. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales en Obstetricia: Infección urinaria y gestación. España. 2013; 8 p.
30. Pigrau J. Infección del tracto urinario. Madrid: Salvat; 2013.
31. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima: Ministerio de Salud. Perú; 2007.
32. Arias F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. Mosby. 2 ed. España; 1995.
33. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima: Ministerio de Salud. Perú; 2007.
34. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima: Ministerio de Salud. Perú; 2007.
35. Alba J. El Puntaje de Apgar. Rev. FLASGO. Uruguay; 2004.

36. Supo J. Seminarios de Investigación Científica. Sinopsis del libro 2014. Perú, Arequipa. 2014. pp. 3.
37. Supo J. Seminarios de Investigación Científica. Sinopsis del libro 2014. Perú, Arequipa. 2014. pp. 5.
38. Supo J. Seminarios de Investigación Científica. Sinopsis del libro 2014. Perú, Arequipa. 2014. pp. 6.
39. Supo J. Seminarios de Investigación Científica. Sinopsis del libro 2014. Perú, Arequipa. 2014. pp. 7.
40. Estadística: Software egresos. Huánuco: Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Amarilis; 2019.
41. Manual de procedimientos de la oficina de protección de seres humanos sujetos a investigación. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2002; pp. 18-22.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Gómez A. Riesgos obstétricos relacionados a la valoración Apgar en recién nacidos a término. Hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari – Huánuco, 2019 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2023 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXOS 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

“RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS A LA VALORACIÓN APGAR EN RECIEN NACIDOS A TÉRMINO. CENTRO DE SALUD PERÚ COREA – HUÁNUCO, 2019”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGIA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuáles son los riesgos obstétricos relacionados a la valoración del Apgar en recién nacidos a término. Centro de Salud Perú Corea – Huánuco, 2019?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Relacionar los riesgos obstétricos y la valoración del Apgar en recién nacidos a término. Centro de Salud Perú Corea – Huánuco, 2019.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL:</p> <p>Los riesgos obstétricos están relacionados a la valoración del Apgar en recién nacidos a término. Centro de Salud Perú Corea – Huánuco, 2019.</p>	<p>DISEÑO DE LA INVESTIGACION:</p> <p>DISEÑO: No experimental Descriptivo</p>
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>¿Cuáles son los datos basales de la gestante en estudio?</p> <p>¿Cuáles son los riesgos factores obstétricos en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Perú Corea?</p> <p>¿Cuánto es la puntuación Apgar en recién nacidos de madres atendidas en el Centro de Salud Perú Corea?</p>	<p>OBJETIVO ESPECÍFICO:</p> <p>Identificar los datos basales de la gestante en estudio.</p> <p>Identificar los riesgos obstétricos en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Perú Corea.</p> <p>Identificar la puntuación Apgar en recién nacidos de madres atendidas en el Centro de Salud Perú Corea.</p>	<p>Hipótesis nula:</p> <p>Los riesgos obstétricos están relacionados a la valoración del Apgar en recién nacidos a término. Centro de Salud Perú Corea – Huánuco, 2019.</p>	<p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Científico</p> <p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: Transversal y prospectivo.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN: correlacional</p> <p>TÉCNICA MUESTRAL: No probabilístico intencionada</p> <p>MUESTRA 82 expedientes de SMP</p> <p>TÉCNICA: Revisión documental de las historias clínicas.</p> <p>INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos.</p>



ANEXOS 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Código:.....

Fecha: ___ / ___ / ___

Título: “RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS A LA VALORACIÓN APGAR EN RECIEN NACIDOS A TÉRMINO. CENTRO DE SALUD PERÚ COREA – HUÁNUCO, 2019”

Objetivo: Relacionar los riesgos obstétricos y la valoración del Apgar en recién nacidos a término. Centro de Salud Perú Corea – Huánuco, 2019.

I. DATOS BASALES:

1. Edad:

- a. Adolescente
- b. Adulta
- c. Añosa

2. Paridad:

- a. Primípara
- b. Multípara
- c. Gran Multípara

3. Edad gestacional:

- a. Pre término (menos de 37 semanas)
- b. Término (37 a 40 semanas)
- c. Post término (más de 40 semanas)

4. Tipo de parto:

- a. Eutócico
- b. Distócico

II. Riesgos Obstétricos

5. Antes del Parto:

- a. Cesárea Anterior: si () no ()
- b. EHE: si () no ()
- c. Oligo hidramnios: si () no ()
- d. Embarazo post término: si () no ()
- e. Embarazo pre término: si () no ()
- f. Poli hidramnios: si () no ()
- g. RCIU: si () no ()
- h. RPM: si () no ()
- i. Otra patología: _____

6. Intra Parto:

- a. Dilatación estacionaria: si () no ()
- b. Distocia de presentación: si () no ()
- c. Distocia funicular: si () no ()
- d. Expulsivo prolongado: si () no ()
- e. Incompatibilidad céfalo pélvica: si () no ()
- f. Macrosomía fetal: si () no ()
- g. Sufrimiento fetal agudo: si () no ()
- h. Otra patología: _____

III. Valoración Apgar:

- 1. Apgar adecuado (10 a 8 puntos)
- 2. Apgar depresión moderada (4 a 7 puntos)
- 3. Apgar depresión severa (0 a 3 puntos)

Observaciones: _____