

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**ACENTUACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO.**  
**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2022**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**OBSTETRA**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER:**

Huamán Roncal, Marcos Jhulinio

**ASESORA:**

M.Cs. Obsta. Alfaro Revilla, Silvia

**CAJAMARCA- PERÚ**

**2023**

## CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

- Investigador: **Bachiller Marcos Jhulinio Huamán Roncal**  
DNI: 74634418  
  
Escuela Profesional/Unidad UNC: ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
- Asesor: **M.Cs. Obsta. Silvia Alfaro Revilla**  
  
Facultad/Unidad UNC: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
- Grado académico o título profesional al que accede:  
 Bachiller     Título profesional     Segunda especialidad  
Maestro     Doctor
- Tipo de Investigación:  
 Tesis     Trabajo de investigación     Trabajo de suficiencia profesional  
 Trabajo académico
- Título del Trabajo de Investigación:  
**ACENTUACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2022**
- Fecha de evaluación del Software antiplagio: 30/5/2024 - 10:15 PM GMT - 5
- Software antiplagio: **TURNITIN**
- Porcentaje de Informe de Similitud: **11 %**
- Código Documento: **oid:3117:358330936**
- Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 3 de junio del 2024



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
  
**Dra. Martha Vicenta Abanto Villar**  
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN (U)



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En Cajamarca, siendo las 15.00 del 22 de MARZO del 2021, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente 6E-205 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada: ACENTUACIÓN DE TRABAJO DE PARTO Y APGAR DE RECIÉN NACIDO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2022

del (a) Bachiller en Obstetricia:

MARCOS JHULINIO HUAMAN RONCAL

Siendo las 16:15 del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: APROBADO, con el calificativo de: 18, con lo cual el (la) Bachiller en Obstetricia se encuentra APTO para la obtención del Título Profesional de: OBSTETRA.

Table with 2 columns: Miembros Jurado Evaluador (Nombres y Apellidos) and Firma. Rows include Presidente (Obsta. Silvia J. Sanchez), Secretario(a) (Obsta. Marieta M. Lerama Torres), Vocal (Obsta. Juana F. Quinones Cruz), Accesitaria, Asesor (a) (Obsta. Silvia Alfaro Revilla), and Asesor (a).

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)
REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)
DESAPROBADO (10 a menos)

Copyright © 2024 by  
Marcos Jhulinio Huamán Roncal  
Derechos Reservados

**SE DEDICA A:**

Mis padres y hermanos por todo el apoyo brindado y haberme encaminado con su ejemplo en el camino del bien y la superación.

**Jhulinio**

### **SE AGRADECE A:**

Dios, por acompañarme y guiarme siempre en el viaje de la vida. Mi madre por su fuente de amor infinito. Mi padre por su esfuerzo interminable. Mis hermanos por ser mi complemento. Mis maestras por compartirme sus conocimientos, en especial a mi asesora Silvia Alfaro Revilla. La Universidad Nacional de Cajamarca y a mi querida Escuela Académico Profesional de Obstetricia por haber sido el hogar durante mi formación universitaria. Las autoridades del Hospital Regional Docente de Cajamarca por haberme permitido de realizar mi estudio en dicha institución.

Por último, a cada una de las personas que contribuyeron con un granito de arena para ser hoy un hombre de provecho.

**Jhulinio**

<b>ÍNDICE</b>	
<b>RESUMEN .....</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA .....</b>	<b>10</b>
1.1. Definición y delimitación del problema.....	10
1.2. Formulación del problema .....	12
1.3. Objetivos .....	12
1.4. Justificación de la investigación.....	13
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>14</b>
2.1. Antecedentes .....	14
2.2. Bases teóricas.....	17
2.3. Marco conceptual referencial.....	25
2.4. Hipótesis .....	25
2.5. Variables .....	25
2.6. Operacionalización de variables .....	27
<b>CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>28</b>
3.1. Diseño y tipo de estudio .....	28
3.2. Área de estudio y población .....	28
3.3. Muestra y tamaño de la muestra .....	29
3.4. Unidad de análisis .....	29
3.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	29
3.6. Consideraciones éticas de la investigación .....	30
3.7. Técnicas de recolección de datos.....	30
3.8. Descripción del instrumento de recolección de datos .....	30
3.9. Validez y Confiabilidad .....	31
3.10. Procesamiento y análisis de datos .....	31
3.11. Control de calidad de datos.....	32
<b>CAPITULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>33</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>48</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>55</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de las gestantes con trabajo de parto acentuado. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2022 .....	<b>33</b>
<b>Tabla 2.</b> Características de los recién nacidos de gestantes con trabajo de parto acentuado. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2022 .....	<b>36</b>
<b>Tabla 3.</b> Características obstétricas de las gestantes con trabajo de parto acentuado. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2022.....	<b>37</b>
<b>Tabla 4.</b> Dosis de oxitocina usadas en las acentuaciones de trabajo de parto. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2022 .....	<b>40</b>
<b>Tabla 5.</b> Apgar de recién Nacidos de gestantes con trabajo de parto acentuado. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2022 .....	<b>42</b>
<b>Tabla 6.</b> Relación entre la acentuación del trabajo de parto y el Apgar de recién nacidos al minuto. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2022 .....	<b>43</b>
<b>Tabla 7.</b> Relación entre la acentuación del trabajo de parto y el Apgar de recién nacidos a los 5 minutos. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2022 .....	<b>45</b>



## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre la acentuación del trabajo de parto y el Apgar de los recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2022. Es un estudio de tipo no experimental, descriptivo, correlacional, retrospectivo de corte trasversal. Fue realizada con una población y muestra de 92 historias clínicas de gestantes. Los resultados sociodemográficos arrojaron que el 75% de las gestantes tuvo una edad de entre 18 a 35 años, el 78,3% era conviviente, el 40,2% alcanzó estudios de nivel secundario, el 70,7% es ama de casa, el 80,4% profesa la religión católica, y el 52,2% procede de una zona urbana. Referente a las características del recién nacido se encontró un 50% de cada sexo, el 93,5% alcanzó un peso entre 2500 a 4000 gramos. En cuanto a las características obstétricas, el 52,2% fue nulípara, el 77,2% tuvo un inicio de trabajo de parto espontáneo, en tanto que el 22,8% fue inducido. Correspondiente a la dosis de oxitocina, el 40,2% utilizó dosis que van desde los 0,5 a 6 mUI/min. Referente al Apgar al primer minuto el 96,7% registro un puntaje de 7 a 10, mientras que a los 5 minutos el porcentaje para dicho puntaje fue del 98,9%. Respecto a la asociación entre factores se ha encontrado relación significativa ( $p < 0,05$ ) entre la acentuación del trabajo de parto y el Apgar al minuto de nacer en los recién nacidos, con nivel de significancia de 0,05, según la prueba estadística del Chi-cuadrado con 95% de confiabilidad. Asimismo, se calculó la prueba de correlación Rho de Spearman que dio como resultado  $Rho = -0,079$ , indicando que existe correlación negativa entre la acentuación del trabajo de parto y el Apgar al primer minuto de nacer, igualmente al quinto minuto ha encontrado una relación significativa ( $p < 0,05$ ), con nivel de significancia de 0,05, según la prueba estadística del Chi-cuadrado con 95% de confiabilidad y con la prueba de correlación Rho de Spearman se obtuvo un  $Rho = -0,114$ , indicando igualmente una correlación negativa entre la acentuación del trabajo de parto y el Apgar a los 5 minutos. Se concluye que existe una correlación significativa entre la acentuación del trabajo de parto con oxitocina y el Apgar del recién nacido tanto al primer como al quinto minuto.

**PALABRAS CLAVE:** Acentuación de trabajo de parto, oxitocina, Apgar de recién nacido

## ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between the accentuation of labor and the Apgar of newborns treated at the Cajamarca Regional Teaching Hospital during the year 2022. It is a non-experimental, descriptive, correlational, retrospective study. cross. It was carried out with a population and sample of 92 medical records of pregnant women. The sociodemographic results showed that 75% were between 18 and 35 years old, 78.3% lived in a free union, 40.2% reached the level of secondary education, 70.7% are housewives, 80.4% profess the Catholic religion and 52.2% come from urban areas. Regarding the characteristics of the newborn, 50% of each sex were found, 93.5% reached a weight between 2500 to 4000 grams. Regarding obstetric characteristics, 52.2% were nulliparous and 46.7 were multiparous, 77.2% had a spontaneous onset of labor, while 22.8% required induced labor. Corresponding to the maximum dose of oxytocin, 40.2% used doses ranging between 0.5 and 6 mIU/min. Regarding the Apgar at the first minute, 96.7% registered a score of 7 to 10, while at 5 minutes the percentage for said score was 98.9%. Regarding the association between factors, a significant relationship ( $p < 0.05$ ) has been found between the accentuation of labor and the Apgar one minute after birth in newborns, with a significance level of 0.05, according to the test statistics. of the Chi-square with 95% reliability. Likewise, Spearman's Rho correlation test was calculated, which resulted in  $Rho = -0.079$ , indicating that there is a negative correlation between the accentuation of labor and the Apgar in the first minute of birth, and at the fifth minute a relationship was found. significant. ( $p < 0.05$ ), with a significance level of 0.05, according to the Chi-square statistical test with 95% reliability and with Spearman's Rho correlation test, a  $Rho = -0.114$  was obtained, also indicating a negative correlation between the accentuation of labor and Apgar at 5 minutes. It is concluded that there is a significant correlation between the accentuation of labor with oxytocin and the newborn's Apgar in both the first and fifth minutes.

**KEYWORDS:** Accentuation of labor, oxytocin, newborn Apgar.

## INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se aborda el tema de la acentuación de trabajo de parto con oxitocina y el Apgar del recién nacido. La acentuación de trabajo de parto es un procedimiento recurrente que se realiza en el campo de la obstetricia, con la finalidad de mantener una evolución normal del trabajo de parto a través del control de la dinámica uterina. A lo largo del tiempo se han utilizado diferentes métodos, que van desde lo mecánico hasta lo farmacológico. La oxitocina en la actualidad es el medicamento conductor más utilizado debido a su eficacia y disponibilidad, sin embargo, aún no se tiene en claro los efectos negativos que podría provocar tanto en la madre como en el feto, y además no existe un consenso a nivel mundial respecto a las dosis utilizadas al momento de la acentuación. (1)

Por otra parte, el Apgar es una herramienta práctica que mide la adaptabilidad y la vitalidad del neonato, evalúa parámetros como la frecuencia respiratoria, la irritabilidad, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular y la coloración cutánea. El Apgar por sí solo tiene limitaciones para diagnosticar asfixia neonatal, sin embargo, un Apgar con puntaje bajo se relaciona con algunas morbilidades que se manifiestan ya sea a corto o largo plazo (2). A nivel mundial el Apgar bajo al nacer oscila entre el 1 y el 1,5 % y en el Perú es alrededor del 4 %, las cifras pueden aumentar dependiendo de los factores de riesgos (3,4). Al momento de buscar una relación fisiológica entre ambos aspectos, el punto de partida que se menciona en la literatura médica viene a ser la hipoxia que produce la contracción del músculo uterino al momento de reconocer la oxitocina, este proceso en situaciones fuera de lo fisiológico afectaría indirectamente al feto, propiciando condiciones adversas para su bienestar. (1)

Por lo mencionado el propósito de esta investigación fue verificar si existe algún tipo de relación entre dichas variables en nuestro contexto (Hospital Regional Docente de Cajamarca).

El estudio está estructurado de la siguiente manera, el capítulo uno detalla el planteamiento del problema, el capítulo dos el marco teórico concerniente a las variables del estudio, el capítulo tres la metodología de la investigación y en el capítulo cuatro se presentan el análisis y discusión de resultados. Finalmente, tenemos las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

## **CAPÍTULO I:**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1. Definición y delimitación del problema**

A lo largo del tiempo se han utilizado diversos métodos para acentuar el trabajo de parto, que van desde métodos mecánicos hasta farmacológicos. Este último es el que más se utilizan actualmente, especialmente la oxitocina. La acentuación del trabajo de parto, es un procedimiento muy utilizado en la actualidad, a nivel mundial el promedio de aplicación es alrededor del 10% del total de partos, con variaciones que va desde un 1,5 a un 32%, dependiendo del país y la región (5). Europa, muestra una gran variabilidad con respecto a las estadísticas de la acentuación del trabajo de parto, con cifras promedio cercanas al 7%. España llama la atención, ya que tienen una de las tasas más altas de Europa con un 32% (6). En el Reino Unido se estima un porcentaje promedio del 20%. (4)

En Estados Unidos durante las últimas décadas se han acentuado hasta el 23,3% del total de partos y dicha cifra está en aumento, mientras que en México la cantidad de acentuaciones son alrededor del 14 %. El uso de medicamentos como la oxitocina puede acarrear consecuencias tanto para la madre como para el feto, es por ello la preocupación de algunos países, por ejemplo, Cuba en el año 2006 prohibió la acentuación con fármacos, retomándose 6 años después (4,6).

En el Perú, la oxitocina es el medicamento más utilizado para este procedimiento, no se conocen cifras actuales y exactas de acentuación, pero en la última década se ha reportado que al 20% de las gestantes se le administró oxitocina para la inducción del parto y al 35% para acentuación (6). En la localidad de Cajamarca el porcentaje de acentuaciones varía entre el 15 al 20 %, de acuerdo a los datos recopilados para la presente investigación el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2022 se registró 115 acentuaciones, lo que representa el 15% del total de partos.

El uso de fármacos como la oxitocina en la acentuación de trabajo de parto esta teóricamente respaldado por la mayoría de investigaciones, las cuales concluyen que este procedimiento es inocuo para la salud del recién nacido, incluso brindaría un factor protector cuando se trata de valorar el riesgo beneficio, sin embargo, otros estudios más recientes refieren una relación con el Apgar bajo del neonato en el primer minuto, especialmente en nulíparas.

En 1952, Virginia Apgar publicó su investigación y recomendaba evaluar la necesidad de reanimación de los recién nacidos mediante la observación sistemática de cinco parámetros (color de la piel, pulso, reflejos, tono muscular y respiración del recién nacido). Este sistema describe la vitalidad del recién nacido después de la salida del canal del parto, y su cambio de un minuto a cinco minutos. Las puntuaciones por debajo de 7 indican que el recién nacido requieren algunas medidas para lograr que pueda respirar. Una puntuación de tres o menos indica que el recién nacido necesita reanimación inmediata para evitar la asfixia neonatal y por ende la muerte neonatal. (4,7, 8).

A nivel mundial el Apgar bajo al nacer oscila entre el 1 y el 1,5 % de los recién nacidos a término y el 7 % de los bebés prematuros. El 5% y el 10% de los neonatos son reanimados o requieren algún tipo de asistencia al momento de su nacimiento (3). Actualmente mueren más de 4 millones de neonatos por año y de estos el 25% mueren por asfixia especialmente en la etapa temprana de período neonatal. En países con mayor desarrollo económico, el índice de asfixia severa en la etapa perinatal es de uno por cada mil recién nacidos vivos, mientras que en naciones del tercer mundo como los países de Sudamérica las tasas suelen ser más elevadas (9).

En Latinoamérica el Apgar bajo varía entre 1 a 5%, de los cuales al menos el 46.3% padece de alguna morbilidad. La Organización Panamericana de la Salud estima que en Latinoamérica mueren por año más de 200 000 recién nacidos mueren dentro de los 28 días posteriores al nacimiento. La mayoría de las muertes ocurren dentro del periodo neonatal temprano especialmente en poblaciones rurales e indígenas y el 85% de las muertes neonatales se deben causas prevenibles como la asfixia perinatal y la infección. (10). Del número total de recién nacidos que experimentan asfixia el 15% a 20% mueren en la etapa de vida neonatal y 25% de los que logran sobrevivir tienen algún tipo de deterioro neurológico como parálisis cerebral, alteraciones de conducta y epilepsia (11).

En el Perú, el Apgar bajo es alrededor del 4,1% en el primer minuto y está estrechamente relacionado con la mortalidad neonatal. En el año 2022 las muertes neonatales de niños con peso adecuado (>2500 g) fueron alrededor del 33%, sin embargo, las defunciones neonatales prematuras han aumentado de un 62.6% en 2011 a un 71% en el 2019 (9), el 38% de las defunciones neonatales se produjeron dentro de las primeras 24 horas de vida relacionadas principalmente con la asfixia y el manejo del parto. en un porcentaje similar ocurren las muertes neonatales entre los días 1 y 7 de vida relacionado con asfixia e infecciones, mientras que la mortalidad tardía es de un 21% (12).

En Cajamarca se notificaron 55 muertes neonatales lo que representa el 50 % menos comparado con el año 2021 que registro 115 defunciones. Se asume que las cifras son similares en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (13). A raíz de esta problemática se plantea la siguiente pregunta de investigación.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre la acentuación del trabajo de parto y el Apgar de los recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2022?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Identificar la relación entre la acentuación del trabajo de parto y el Apgar de los recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2022.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar sociodemográficamente a las gestantes del estudio
- Caracterizar a los recién nacidos del estudio
- Identificar algunas características obstétricas de las gestantes del estudio
- Identificar las dosis de oxitocina usadas en las acentuaciones de trabajo de parto.

- Determinar las puntuaciones de Apgar de los recién nacidos

#### **1.4. Justificación de la investigación**

La acentuación del trabajo de parto se realiza con la finalidad de alcanzar una actividad uterina adecuada y de esa manera producir dilatación del cérvix y descenso fetal. En ese sentido diversos estudios concluyen que la acentuación de parto viene a ser un factor protector para la vitalidad del recién nacido, sin embargo, otras investigaciones obtienen resultados adversos, especialmente con la utilización de la oxitocina. Es por ello mi interés de investigar respecto al tema en nuestro contexto.

El presente estudio es valioso porque nos brindará información respecto a la acentuación del trabajo de parto y el Apgar de recién nacido en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, de esa manera nos permitirá ampliar el panorama referente a la frecuencia de acentuación de parto, los valores de Apgar de los recién nacidos, el tiempo y las dosis de oxitocina utilizadas al momento de una acentuación y la relación de las variables en estudio.

Es importante mencionar también que la acentuación de parto es un procedimiento que se observa a menudo, sin embargo no se ha registrado estudios similares en la localidad de Cajamarca que nos brinden una información respecto al tema.

Los beneficios de la investigación se lograrán indirectamente a través de la información encontrada la cual permitirá brindar una mejor manejo y atención institucional para que de esta manera contribuya con la disminución de la morbimortalidad neonatal. Beneficiando así a la población cajamarquina en especial a la madre y su recién nacido. Además, los resultados obtenidos servirán de base para futuras investigaciones relacionados con dichas variables.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**Cortez V, Peñate M. (El Salvador, 2022)**, en su investigación evaluó la incidencia de Apgar bajo de los recién nacidos en quienes se utilizó con oxitocina durante la conducción. Estudio de tipo no experimental descriptivo, con una población de 97 recién nacidos cuyas madres fueron acentuadas con oxitocina, de los cuales solo se eligieron 31 para la muestra. Como resultado se obtuvo que el 100 % de recién nacidos alcanzó un Apgar mayor a 6. Se concluyó que de las diferentes variables que fueron comparadas y analizadas, no se observa ningún parámetro que tenga más relevancia en cuanto a incidir en puntuaciones bajas de Apgar al minuto y 5 minutos (14).

**Espada X, Ojeda F (Cataluña, 2021)**, en su estudio analizó los resultados del parto y neonatales en gestantes expuestas a oxitocina en mujeres de bajo riesgo, en el Hospital General de Granollers 2016-2017. El estudio fue de tipo analítico retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 322 gestantes de bajo riesgo. Como resultados se encontró que las madres que recibieron oxitocina durante el trabajo de parto obtuvieron en mayor porcentaje un Apgar menor de 7 al minuto (56,3%;  $p = 0,15$ ). Sin embargo, a los 5 minutos la puntuación de Apgar menor a 7 fue más prevalente en los recién nacidos cuyas madres no recibieron oxitocina (66,7%;  $p = 0,13$ ). Concluyéndose que la administración de oxitocina durante el trabajo de parto para mujeres de bajo riesgo puede conducir a peores resultados del parto (15).

**Yac E. (Baja California, 2020)**, tuvo como objetivo analizar el grado de asociación de uterotónicos en la conducción de trabajo de parto con puntaje de Apgar bajo al nacer en el Hospital General Tijuana. Investigación de tipo, retrospectivo, observacional, analítico de casos y controles en la que se estudiaron 22 casos (62.9 %) y 13 controles (37.1 %). No se encontró relación alguna entre las variables principales, dependiente e independiente. En conclusión, el uso de oxitocina y misoprostol para la inducción de trabajo de parto no afecta significativamente el Apgar del neonato (16).



### 2.1.2. Antecedentes nacionales

**Pimentel J. (Lima 2019)**, en su estudio determino la relación que existe entre la acentuación con oxitocina en primigestas y el Apgar en recién nacidos a término de parto eutócico en el hospital San Juan de Lurigancho de Enero a Julio del 2018, es un estudio descriptivo, retrospectivo realizado a 113 gestantes, se encontró como resultados de todas las primigestas atendidas de parto eutócico, el 47.9% fueron sometidas a acentuación durante el trabajo de parto, de manera general se halló que existe una correlación inversa entre las variables, es decir, si una gestante se le acentúa con oxitocina se obtiene un puntaje de Apgar bajo en el recién nacido al primer minuto. ( $p=0.005$ ), en conclusión, la acentuación con oxitócica en primigestas repercute en el puntaje de Apgar al primer minuto en recién nacidos a término de parto eutócico (18).

**Curioso Y. (Huacho 2019)**, en su investigación el objetivo fue determinar los factores de riesgo relacionados a un puntaje de Apgar bajo a los 5 minutos en recién nacidos a término del Hospital General de Huacho desde el año 2016 al 2018. El tipo de estudio fue analítico, de tipo casos y controles, la muestra estuvo conformada por 69 recién nacidos. En los resultados se muestran que los factores asociados con el Apgar bajo son el líquido amniótico meconial, cesárea como vía de parto, presencia de retardo de crecimiento intrauterino y presencia de malformaciones congénitas mayores. En conclusión, el Apgar en neonatos bajo depende de varios factores, fetales y las condiciones del parto (21).

**Coello P. (Lima 2017)**, en su estudio determinó las diferencias entre las gestantes con y sin conducción del parto con oxitocina, respecto a los resultados maternos, atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU). el diseño de la investigación fue de tipo descriptivo, comparativo y retrospectivo. La muestra estuvo distribuida en 80 casos y 80 controles. Resultados: Se observó mayor número de nulíparas, El periodo expulsivo en nulíparas presentó diferencia estadísticamente significativa. La cesárea fue más requerida en los casos. La principal complicación materna de los casos fue la hemorragia postparto, 19.6% y en los controles, el desgarró de 1° y 2° grado, 19.1%. Conclusión: La conducción del parto afecta el periodo expulsivo, genera mayor riesgo de presentar cesáreas y complicaciones maternas. (22)

### 2.1.3. Antecedentes locales

**Pérez D. (Chota, 2019)**, realizó su investigación referente a los factores de riesgo que influyen en el Apgar bajo en el neonato atendido en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota en el 2019. El estudio es correlacional de tipo no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada de 274 recién nacidos, como resultados se obtuvieron que los factores de riesgo que influyen en el Apgar bajo al minuto son el sufrimiento fetal según, características del líquido amniótico según, el expulsivo prolongado; y circular de cordón. No se considera como factor influyente a la acentuación con oxitocina. En conclusión, los aspectos que más influyen en un Apgar bajo son el periodo expulsivo prolongado y los factores de riesgo fetales. (23)

No se encontraron más estudios actuales relacionadas a las variables en estudio en la región de Cajamarca.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Acentuación de trabajo de parto**

Generación artificial de contracciones uterinas adecuadas durante un trabajo de parto de inicio espontáneo o inducido. Cuando el beneficio para el binomio madre y feto es mayor que el de continuar la gestación. El objetivo es lograr una frecuencia de 3 contracciones cada 3 minutos, de 50 a 60 mmHg de intensidad, sin elevar el tono del útero por encima de los 20 mmHg y con una duración de 60 a 90 segundos, evitando la sobrestimulación uterina (25).

### **2.2.2. Método farmacológico en la acentuación de trabajo de parto**

El método a utilizar en la acentuación del parto depende específicamente de la dinámica uterina y las condiciones del cuello uterino para lo cual se utiliza el score de Bishop, referencia universal, difundida y aceptada, que permite calificar si el cérvix uterino es favorable o desfavorable. Los parámetros a evaluar son la dilatación, la posición y la consistencia del cérvix uterino además de la altura de la presentación. Una puntuación de igual o mayor a 5 significa un cuello uterino favorable, por lo tanto, en estos casos se puede realizar dicha acentuación. Generalmente se utiliza la oxitocina diluida en cristaloides por vía endovenosa (24).

### **2.2.3. Oxitocina**

La oxitocina es una hormona de naturaleza proteica estructuralmente similar a la vasopresina y es secretada por la glándula pituitaria posterior. La estimulación de los

receptores de oxitocina en el miometrio conduce a contracciones miométriales. La concentración de estos receptores aumenta con la edad gestacional y el parto y es mayor en el fondo de ojo que en el segmento uterino inferior (1).

Se usa generalmente en situaciones donde las condiciones cervicales son favorables, con finalidad de acentuar la dinámica uterina insuficiente y cooperar con la dilatación del cérvix. Para administrar dicho medicamento es importante tener en cuenta cirugías uterinas previas, paridad, la estática fetal y el estado de vitalidad fetal (24).

### **Farmacodinamia de la oxitocina**

la administración exógena de oxitocina produce contracciones uterinas periódicas que se pueden demostrar por primera vez aproximadamente a las 20 semanas de gestación. La capacidad de respuesta del miometrio aumenta a medida que avanza la edad gestacional hasta las 34 semanas, momento en el que se estabiliza hasta que comienza el trabajo de parto espontáneo, cuando aumenta rápidamente. Los aumentos en la sensibilidad miométrial se deben principalmente a aumentos en los sitios de unión del receptor de oxitocina miométrial. La activación del receptor desencadena eventos de señalización que estimulan las contracciones, principalmente elevando los niveles de calcio intracelular (1,39).

### **Administración y contraindicaciones**

La administración intravenosa de oxitocina es preferible a la administración intramuscular porque es más efectiva, la dosificación probablemente sea más precisa y el inicio de acción es más rápido, pero la inyección intramuscular es una alternativa aceptable para pacientes que no tienen acceso intravenoso. La hipersensibilidad al medicamento es la única contraindicación de uso (1).

#### **2.2.4. Indicaciones de acentuación**

Para realizar el procedimiento de acentuación de parto debe tomarse en cuenta tanto las condiciones maternas como fetales ya que las mismas no suelen tener un carácter absoluto, debiendo tenerse en cuenta la paridad, la edad gestacional, el estado cervical, las membranas ovulares, la madurez pulmonar y la vitalidad fetal. Dentro de las causas más comunes para indicación de acentuación de parto tenemos:

#### **Hipodinamia**

Es la principal causa de acentuación, la dinámica uterina es inestable e ineficaz por lo tanto se prosigue a administrar dosis bajas y se aumenta hasta que el progreso del trabajo de parto sea normal o la actividad uterina alcance al menos 200 a 250 unidades Montevideo (es decir, la fuerza máxima de las contracciones en mmHg medida por un monitor interno multiplicada por su frecuencia cada 10 minutos). Esto equivale aproximadamente a

contracciones que son al menos moderadamente fuertes a la palpación, que ocurren cada dos o tres minutos (tres a cuatro contracciones cada 10 minutos) y que duran al menos 60 segundos. La aparición de efectos adversos, como anomalías sostenidas de la FCF o taquisistolia, debe llevar a una reducción de la dosis hasta que se resuelvan (1).

#### **2.2.5. Procedimiento de la acentuación**

- Indicar a la gestante colocarse en posición decúbito lateral, la paciente debe estar conectado a un monitor electrónico de forma constante durante toda la acentuación.
- La acentuación deberá realizarse con una dilución de 10UI de oxitocina en 1 litro de cloruro de solución salina.
- La administración de oxitocina será vía endovenosa con ayuda bomba de infusión. Para régimen de dosis bajas se empezará con 0.5 mUI/min con un incremento gradual de 1 a 2 mUI/min cada 15 a 40 minutos según se requiera. Para régimen de dosis altas se iniciará con 6 mUI/min con un incremento progresivo de 3 a 6 mUI/min cada 15 a 40 minutos.
- No se debe administrar por encima de las 20 mUI/min en cualquiera de los casos (25).
- La elección del régimen dependerá de la dinámica uterina, si la hipodinamia es pronunciada se recomienda utilizar dosis altas, caso contrario simplemente será necesario empezar con dosis bajas.

#### **2.2.6. Regímenes de dosis de la acentuación**

El Instituto Nacional Materno Perinatal establece dos regímenes de dosis para la acentuación de trabajo de parto, las de dosis bajas y altas, dichos regímenes inician con una dosis de 0.5 y 6 mUI/min respectivamente. No existe diferencia significativa referente a los logros de dichos regímenes, la evidencia disponible es insuficiente para permitir una conclusión clara sobre si el uso de un régimen de dosis alta versus uno bajo altera la tasa de natalidad por cesárea o altera sustancialmente otros resultados maternos o neonatales, (25).

#### **2.2.7. Contraindicaciones de la acentuación**

Se deben tener en cuenta la situación de cada paciente para decidir si es necesario o no la acentuación de trabajo de parto, pero de manera genera las contraindicaciones son las mismas que se emplean para llevar acabo un para el parto con evolución normal. Entre ellas tenemos la desproporción pélvica, pelvis materna estrecha, embarazo múltiple,

distocias de presentación, situación transversa u oblicua, cesáreas previas. placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, insuficiencia placentaria severa (25)

### **2.2.8. Riesgos de la acentuación**

Una acentuación de parto bien controlada el riesgo de que surja una complicación es mínimo. sin embargo, es importante evaluar bien la condición de paciente. Entre las complicaciones más comunes tenemos hiperestimulación de la dinámica uterina, atonía postparto, compromiso fetal, rotura uterina, mayor riesgo de parto quirúrgico y fallo en lograr el trabajo de parto (24).

### **2.2.9. Apgar del recién nacido**

El Apgar es un score de evaluación donde se valoran en diferentes tiempos algunos parámetros de vitalidad del recién nacido, es importante para determinar si necesita alguna maniobra de reanimación. Es un examen clínico simple que se realiza generalmente inmediatamente después del nacimiento y luego a los 5 minutos, basándose en un puntaje de 1 a 10. Un puntaje total de 7 a 10 significa que el recién nacido se encuentra en un proceso de adaptación normal, un puntaje de 4 a 6 refiere que está en un estado de depresión moderada y de 0 a 3 en depresión severa. Alrededor del 90% de los recién nacidos tienen una puntuación de Apgar a los cinco minutos entre 7 y 10 y, por lo general, no requieren más intervención. Los recién nacidos con una puntuación de Apgar en este rango tienen respiración o llanto espontáneos, buen tono muscular y buena complejión, Su uso esta estandarizado en varios países del mundo. (26)

En el siguiente cuadro se detallan las puntuaciones y parámetros del Apgar.

	<b>0 puntos</b>	<b>1 punto</b>	<b>2 puntos</b>
<b>A</b> Apariencia	Cianosis generalizada	Cianosis distal	Rosado
<b>P</b> Pulso	Ausente	FC < 100 lpm	FC > 100 lpm
<b>G</b> Gesticulación	No responde a estímulos	Muecas / llanto débil	Tos / llanto fuerte
<b>A</b> Actividad	Hipotonía muscular	Flexión moderada	Movimientos activos
<b>R</b> Respiración	No respira	Irregular / débil	Regular / llanto

0 – 3 puntos: Severamente deprimido  
4 – 6 puntos: Moderadamente deprimido  
7 – 10 puntos: Buen estado de adaptación

*Fuente: Norma Técnica de Atención Integral de la salud Neonatal. MINSA (2015)*

### **Parámetros del Apgar**

Los parámetros que se evalúan en el score Apgar son la frecuencia respiratoria, esfuerzo respiratorio, tono muscular, respuesta a estímulos y color de piel, son aspectos clínicos fácilmente reconocibles y prácticos de evaluar.

### **Esfuerzo respiratorio:**

Al momento del nacimiento el neonato ingresa el aire a sus pulmones, el oxígeno llega a nivel alveolar donde se produce por primera vez el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono. Los pulmones sufren un proceso de expansión y el recién nacido mantiene una respiración fuerte, debido a una rápida disminución de la resistencia pulmonar. La frecuencia respiratoria normal es de 40 a 60 respiraciones por minuto y debe contarse durante un minuto completo. La taquipnea puede ser un signo de enfermedad respiratoria o cardíaca. La apnea puede ser secundaria a la exposición a medicamentos maternos durante la anestesia o sedación, también comprende un signo de deterioro neurológico o sepsis. Respecto a la puntuación se le asigna un puntaje de 0, cuando las respiraciones son irregulares o lentas, el puntaje que se asigna es 1. Si se observa llanto fuerte, la puntuación correspondiente será de 2, la mayoría de recién nacido al momento de respirar realizan algunas pausas, esto es completamente fisiológico siempre y cuando el tiempo de dicha pausa no supere los 20 segundos (26).

### **Frecuencia cardíaca**

Un ritmo cardíaco normal en recién nacidos está entre 120 y 160 latidos por minuto, pero algunos recién nacidos a término pueden disminuir a 85 a 90 latidos por minuto durante el sueño. La diferencia entre la frecuencia cardíaca de un neonato con otro está determinada por varios factores: la edad gestacional, la hipoxia, la acidosis o si la madre había recibido anestesia durante el parto. La evaluación del pulso se puede realizar mediante la auscultación con un estetoscopio o la observación de pulsaciones visibles en la región de la próstata y el examen del cordón umbilical, referentemente se prefiere utilizar el estetoscopio. Si no hay latidos, el puntaje en frecuencia cardíaca se valora con 0, si la frecuencia cardíaca es inferior a 100 latidos por minuto se asignará un puntaje de 1, por último, si el pulso es mayor a 100 latidos por minuto, el puntaje es de 2 (26).

### **Tono muscular**

En la evaluación del recién nacido normal, encontramos que las extremidades están parcialmente flexionadas y los movimientos suelen ser espontáneos y simétricos. Sin embargo un pequeño porcentaje de neonatos presenta hipotonía la cual está relacionada a la exposición a medicamentos o fiebre materna durante el trabajo de parto, también está relacionado con la edad gestacional y los cambios metabólicos. En estos casos el tono muscular se manifiesta con debilidad, movimientos irregulares o incluso sin movimiento ante ciertos estímulos. Si los músculos están débiles y flácidos, la puntuación de tono muscular del recién nacido es 0. Si hay algo de tono muscular, obtiene una puntuación de 1. Por último, si el neonato manifiesta un movimiento activo se le asigna 2 puntos (26).

### **Irritabilidad refleja**

Respuesta a las gesticulaciones (muecas) o reflejo de irritabilidad es un término que describe la respuesta a la estimulación, como un leve pinchazo: Este componente del test de Apgar se mide por medio de la estimulación táctil, que producen movimientos y actitudes corporales; se puede utilizar mecanismos como utilizar una sonda para succionar las narinas y la oro faringe con lo que se producen gestos, estornudos, llanto vigoroso o tos. Si estas no se producen o son débiles sugieren una alteración neurológica (27).

### **La coloración cianótica**

se debe a una determinada cantidad de hemoglobina saturada o cuando hay presencia de metahemoglobina en la sangre arterial. La cantidad de hemoglobina saturada existente se demuestra con la curva de disociación donde se determina la relación que hay entre la presión parcial de O<sub>2</sub> (P<sub>50O<sub>2</sub></sub>) y el % de la hemoglobina saturada su alta capacidad para transportar oxígeno y su relativamente bajo contenido de saturación de oxígeno, cuando la

P50O2 es > de 60 mmHg se produce un aumento pequeños de la hemoglobina saturada; mientras que cuando la P50O2 es de 10 a 40 mmHg hay una gran disminución de la hemoglobina saturada, 17 habiendo un aumento grande del oxígeno que llegue a los tejidos periféricos dificultando su entrega. El valor de la P50O2 puede ser alterado por cambios en la temperatura; si hay una disminución de la temperatura corporal del recién nacido la curva de disociación tiende a desviarse a la izquierda por lo que capta mucho más rápido el oxígeno pudiendo saturar desproporcionadamente la hemoglobina y dificultando la entrega de oxígeno a los tejidos periféricos. Por lo tanto, el manejo del recién nacido debe ser óptimos teniendo los cuidados y el ambiente adecuados. Si el color de la piel es azul pálido, el puntaje del bebé es 0 en color. Si el cuerpo del bebé es rosado y las extremidades son azules, el puntaje es 1 en color. Si todo el cuerpo del bebé es rosado, el puntaje es 2 en color (27).

### 2.3. Marco conceptual referencial

**Acentuación:** generación artificial de contracciones uterinas adecuadas durante un trabajo de parto de inicio espontaneo o inducido (25).

**Dosis efectiva:** es la dosis máxima de oxitocina para lograr contracciones adecuadas. Es variable en cada gestante (1).

**Trabajo de parto:** es un proceso de culminación del embarazo en donde el útero empieza a manifestar contracciones que ayudan a que el cuello uterino se dilate y se borre, lo que permite que el feto se mueva a través del canal de parto (25).

**Apgar:** es un Score de evaluación donde se valoran en diferentes tiempos algunos parámetros de vitalidad del recién nacido, es importante para determinar si necesita alguna maniobra de reanimación (26).

### 2.4. Hipótesis

- H1: la acentuación del trabajo de parto se relaciona significativamente con el Apgar de recién nacido atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2022.
- Ho: la acentuación del trabajo de parto no se relaciona significativamente con el Apgar de recién nacido atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2022.



## **2.5. Variables**

### **2.5.1. Variable 01**

Acentuación de trabajo de parto

### **2.5.2. Variable 02**

Apgar del recién nacido

## **2.6. Operacionalización de variables**



## CAPITULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Diseño y tipo de estudio

El presente trabajo de investigación es no experimental, descriptivo, correlacional, retrospectivo de corte transversal.

**No experimental**, porque no se manipulará deliberadamente la acentuación de trabajo de parto y el Apgar del recién nacido en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2022.

**Descriptivo**, porque describirá las variables tal cual se han presentado en la realidad, respecto a la acentuación de trabajo de parto y el Apgar del recién nacido en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2022

**Correlacional**, porque se buscará determinar la relación entre la acentuación de trabajo de parto y el Apgar del recién nacido, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2022.

**Retrospectivo**, porque los datos obtenidos corresponderán a fechas anteriores al estudio.

**Transversal**, porque se recolectarán la información en un determinado momento con una población definida.

#### 3.2. Área de estudio y población

##### 3.2.1. Área de estudio

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, que se encuentra localizado en la ciudad de Cajamarca en el Jr. Larry Johnson N° 775, barrio Mollepampa. Dicho establecimiento es el principal hospital de la región y actualmente se encuentra categorizado como II-2, en él se brinda atención integral y especializada en todos los cursos de vida.

##### 3.2.2. Población

La población estuvo constituida por todas las historias clínicas de gestantes que fueron sometidas al procedimiento de acentuación de trabajo de parto con oxitocina, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. De acuerdo a los registros estadísticos de dicho establecimiento el número de partos inducidos durante el periodo de enero a diciembre del 2022 fue de 115, sin embargo, solo 92 cumplieron con los criterios de inclusión.

### **3.3. Muestra y tamaño de la muestra**

Debido al número reducido de la población se consideró como muestra a todas las historias clínicas de gestantes a las que se les realizó el procedimiento de acentuación de trabajo de parto con oxitocina, en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el periodo de enero a diciembre del 2022.

### **3.4. Unidad de análisis**

Estuvo conformada por cada una de las historias clínicas de las gestantes cuyo trabajo de parto fue acentuado con oxitocina en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el periodo de enero a diciembre del año 2022.

### **3.5. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión**

- Historia clínica de gestantes de cualquier grupo etario.
- Historia clínica de gestantes con indicación de acentuación del trabajo de parto con oxitocina.
- Historia clínica de gestantes con parto vaginal y a término.

#### **Criterios de exclusión**

- Historia clínica de gestante con óbito fetal.
- Historia clínica de gestante con parto por cesárea.
- Historia clínica de gestante con parto prematuros y postérmino.
- Historia clínica de gestante con distocias de origen materno o fetal.
- Historia clínica de gestante con complicaciones obstétricas.

### 3.6. Consideraciones éticas de la investigación

Esta investigación se fundamenta en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

**Principio de beneficencia:** los datos recogidos utilizados en la presente investigación y no fueron prestados por otro tipo de investigaciones, los resultados de la investigación fueron alcanzados a las autoridades competentes para su conocimiento y así poder tomar acciones.

**No maleficencia:** evitar realizar acciones o eventos que causen daño al ser humano, la información obtenida será empleada exclusivamente para fines investigativos.

**Confidencialidad:** la información recogida de las historias clínicas se mantuvo bajo estricta discreción y solo será usada para fines de investigación.

### 3.7. Técnicas de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la revisión de registros existentes, mediante una ficha de recolección de datos. Para la recolección de la información se siguieron los siguientes pasos:

En primer lugar, se presentó la solicitud de permiso correspondiente al director del Hospital Regional Docente de Cajamarca, con el fin de acceder a la información de las historias clínicas que se encuentran en el archivo central general del mencionado Hospital.

Una vez obtenido el permiso, se procedió a realizar la selección y revisión de cada una de las historias clínicas, se registró la información en la ficha de recolección de datos, posteriormente se procedió al análisis de los mismos. Por último, se realizó la interpretación y la discusión teniendo en cuenta los resultados de otros estudios.

### 3.8. Descripción del instrumento de recolección de datos

El instrumento para la presente investigación correspondió a una ficha de recolección, llenado con datos de las historias clínicas de cada gestante.

En el instrumento recopilaron datos generales, sociodemográficos, datos obstétricos, datos de la acentuación de trabajo de parto, Apgar y datos generales de recién nacido y estructuró de la siguiente manera:

1. Datos generales, donde se registró el número de ficha de recolección de datos y el número de Historia clínica.
2. Datos sociodemográficos de la gestante: Edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, religión y lugar de procedencia.
3. Datos Obstétricos: la paridad, el periodo intergenésico y la forma de inicio de trabajo de parto.
4. Acentuación de trabajo de parto: dosis efectivas de oxitocina administrada en los regímenes de baja dosis y alta dosis.
5. Datos del Recién Nacido: sexo y peso
6. Apgar de recién nacido: puntaje total al primer y quinto minuto de vida.

### **3.9. Validez y Confiabilidad**

#### **3.9.1. Validez**

Se determinó por medio de juicio de expertos, donde se contó con peritos en obstetricia dedicados especialmente al campo clínico. Los profesionales en mención tienen una amplia experiencia en el tema, cuentan con grado de magister o tienen alguna especialidad.

#### **3.9.2. Confiabilidad**

Se realizó mediante una prueba estadística piloto (Coeficiente Alfa de Cronbach), el cual arrojó un resultado de 0,715, garantizando así la estabilidad y congruencia del estudio.

**Prueba estadística piloto:** La ficha de recolección de datos se aplicó a 20 historias clínicas, dicha información se utilizó para la determinación de confiabilidad del instrumento mediante la prueba estadística del Coeficiente alfa de Cronbach.

### **3.10. Procesamiento y análisis de datos**

#### **3.10.1. Procesamiento**

El procesamiento se realizó de forma manual, una vez recopilado los datos, el procesamiento electrónico de la información se ejecutó a través del programa SPSS versión 21, Microsoft Excel para Windows y Microsoft Word 2016 a fin de generar una base de datos. Luego se procedió a sistematizar los resultados mediante tablas simples y de contingencia, frecuencias absolutas y relativas, analizado con indicadores estadísticos. Por último, se aplicó la prueba de significancia estadística Chi-Cuadrado, para evaluar la asociación entre las variables.

### **3.10.2. Análisis de datos**

Para la interpretación y análisis se realizó en dos fases las cuales se detallan a continuación:

**Fase descriptiva:** se describió los resultados de la asociación entre la acentuación de trabajo de parto y la puntuación de Apgar del recién nacido, en base a los datos estadísticos obtenidos. Finalmente se contrastó con el marco conceptual y los resultados de investigaciones previas.

**Fase inferencial:** se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado con un nivel de significancia de 95% y un error máximo tolerable de 5% ( $>0.05$ ), para verificar la relación estadística entre la acentuación de trabajo de parto y la puntuación de Apgar al primer y a los 5 minutos.

### **3.11. Control de calidad de datos**

La calidad de los datos estuvo sujeta a la funcionalidad del instrumento de recolección de datos, verificado a través de la prueba de criterio de jueces expertos, indicando que el instrumento fue válido y confiable. Además, se asumió un 95% de confiabilidad de los resultados ya que los datos fueron recolectados por el mismo autor de la investigación.

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

**Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes con trabajo de parto acentuado. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2022**

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad (años)</b>		
Menores de 18 años	12	13.0
Entre 18 a 35 años	69	75.0
Mayor de 35 años	11	12.0
<b>Estado civil</b>		
Soltera	9	9.7
Conviviente	72	78.3
Casada	11	12.0
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	37	40.2
Secundaria	38	41.3
Superior	17	18.5
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	65	70.6
Estudiante	11	12.0
Trabajadora independiente	8	8.7
Trabajadora dependiente	8	8.7
<b>Religión</b>		
Católica	74	80.4
No católica	18	19.6
<b>Procedencia</b>		
Rural	44	47.8
Urbana	48	52.2
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: ficha de recolección de datos

En la presente tabla se muestran los factores sociodemográficos de las gestantes cuyos trabajos de parto fueron acentuados con oxitocina, atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, de ellas el 75% registraba una edad entre 18 a 35 años, rango de edad adecuado para la reproducción, en tanto que el 12 y 13% corresponde a adolescentes y gestantes añosas respectivamente, con un valor mínimo de 16 años y un máximo de 42, cabe mencionar que los dos últimos son



grupos etarios de alto riesgo. Estos resultados coinciden con Yac (México, 2020) quien informó una edad media de 23 años de las gestantes de su estudio, con un mínimo de 15 años y un máximo de 41 (16). Cabe mencionar que existe un grupo considerable de gestantes de alto riesgo por edad materna. En el caso de las adolescentes están más propensas a ser sometidas a procesos de acentuación de parto, pues la mayoría de ellas atraviesan por su primera gestación y la información bibliográfica refiere que una de las causas importantes para la acentuación de parto es la nulíparidad (4). Igualmente, diversos estudios indican que las gestantes mayores de 35 años también constituyen un factor de riesgo para Apgar bajo (23).

En relación al estado civil el 78.3% son gestantes que conviven con su pareja, el 12% son casadas y el 9,7% solteras. Estos valores son similares con los resultados obtenidos por Quispe, en su investigación realizada el Lima encuentra que el 87,5% de gestantes son convivientes (19). Esta predominancia en el estudio difiere con los datos publicados en el último censo del 2017 realizado por el INEI, donde predomina la población soltera con un 38.5 y tan solo el 26,7% de la población es conveniente (29). No se encontraron estudios que relacionen directamente dicha característica con las variables de estudio, sin embargo, se considera importante el apoyo de la pareja durante el desarrollo del embarazo y más aún en el momento del parto.

En cuanto al grado de instrucción la mayoría de gestantes curso el nivel primario y secundario en un 40.2% y 42.3% respectivamente y tan solo un 17% alcanzo el nivel superior. Esto coincide con el estudio de Yac quien reporto que el 50.5% de su población realizo estudios secundarios y el 5.3 % superiores (16). Dichos resultados nos muestran que en el Perú existe un bajo de grado de analfabetismo, según el INEI en 2017 reporto que la cobertura de alfabetización en peruanos mayores de 15 años es de 94,1 y específicamente en la sierra es alrededor del 90%. Sin embargo, pocas personas, sin embargo, tan solo el 14% concluyo estudios superiores. Esto es un reflejo de la desigualdad social que existe en nuestra región, las poblaciones rurales especialmente no tienen acceso a una educación de calidad o los recursos económicos son insuficientes para continuar con una educación superior. El nivel educativo bajo o el analfabetismo se convierte en un factor importante cuando se habla de factores de riesgo durante el embarazo, ya que la gestante esta propensa a la desinformación o mal información de temas relacionados con el embarazo, por ejemplo, a veces se le es difícil identificar signos de alarma de alguna complicación obstétrica.

En lo que respecta a ocupación el 70,6% es ama de casa, el 12% estudia, en su mayoría el nivel superior, el 8,7 % trabaja de manera dependiente al igual que las que trabajan de manera independiente. Esto se correlaciona con los resultados de Quispe, quien encontró que el 71,9% es ama de casa y un 7.8% son estudiantes (19). Estos resultados nos dan a entender que aún se mantiene el patriarcado, la mujer en la sociedad cumple sigue cumpliendo el rol de ama de casa, esta característica está estrechamente relacionado con el nivel de educativo ya que la mayor parte de la población del estudio que laboraba ha alcanzado estudios de nivel superior. No se relaciona directamente con las variables de estudio, pero es importante resaltar que algunos tipos de trabajos, especialmente donde se requiere esfuerzo físico, predisponen a que la gestante adquiera alguna complicación en el parto (30), por ende, la realización de algunos procedimientos como la acentuación de trabajo de parto aumenta.

Referente a la religión el 100% de la población profesa alguna religión, el 80,4% es católica, el 19.6% no católica, no se encontraron estudios que considere esta característica como parte del estudio para contrastar. Pero desde mi punto de vista considero que es importante tomar en cuenta este aspecto, ya que algunas religiones no están de acuerdo con la realización de procedimientos o el uso de algún medicamento, por lo que dificultan el manejo del trabajo de parto, afortunadamente en mi investigación no se identificó algún caso parecido.

En cuanto a la procedencia se identificó que un 52,2% de la población es urbana y un 47,8% rural, cifras casi equitativas y parecidas a las de Laines y Urbina quienes encontraron un 41,7% de población urbana y un 58,3% de rural (20). El cuanto a la distribución poblacional se puede afirmar que ha ido cambiando con el tiempo, actualmente los pobladores de la zona rural optan por migrar a las ciudades con el fin de tener mejor calidad de vida. De cierto modo dicho fenómeno es positivo en cuanto a servicios de salud se refiere, ya que los de la zona urbana tienen un mayor acceso por la cercanía y el nivel de resolución de los establecimientos de salud, caso contrario en la zona rural son de menor nivel y a veces están ubicadas a largas distancias de las viviendas, por lo que se convierte en factor determinante al momento de alguna emergencia. Por ejemplo, las acentuaciones de trabajo de parto es un procediendo que solo se puede realizar en establecimientos de II nivel, por lo que la población de la zona rural tiene que ser referida. Con respecto al Apgar, Flores (Iquitos 2017) encontró en su estudio que la procedencia no es un factor de riesgo para el Apgar bajo. (31).

**Tabla 2. Características de los recién nacidos de gestantes con trabajo de parto acentuado. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2022**

<b>Características de los recién nacidos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	46	50.0
Femenino	46	50.0
<b>Peso (g)</b>		
Menor 2500	5	5.4
De 2500 a 4000	86	93.5
Mayor a 4000	1	1.1
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: ficha de recolección de datos

A continuación, se analizan las características del recién nacido cuya madre ha sido sometida a procesos de acentuación de trabajo de parto, se ha creído conveniente considerar el sexo y el peso.

Con lo que respecta al sexo se encontró una distribución de un 50% tanto para hombres y mujeres, esto concuerda con los resultados de Curioso, ya que en su estudio la población de recién nacidos predomina levemente el sexo masculino con un 50,7 %, y un 49,3% de mujeres (21). Los neonatos del sexo masculino como los del sexo femenino suelen tener el mismo riesgo de sufrir una complicación durante la etapa perinatal, esto lo confirma Delgado y bravo (32). sin embargo, referente al Apgar, el estudio de Acero, Ticona y Huanco, informa que los neonato de sexo masculino tienen mayor probabilidad de presentar Apgar bajo, Jaime e Ynfantes también coinciden con dichos resultados (54%) (33,34). Curiosamente en este estudio los tres neonatos que presentan depresión severa y moderada correspondían del sexo masculino.

Con lo que respecta al peso el 93.5% presentan peso adecuado (2500 a 2400 g) al nacimiento, no obstante, se registra un 5.4% de neonatos con peso menor a 2500 gramos (bajo peso), y en un porcentaje menor, el 1,1% con un peso alto al nacimiento (>4000g). Estas cifras son similares a los de Yac quien obtuvo entre sus resultados el 3,2 % con bajo peso, el 88.4 % apropiados y el 8.4 % elevado al momento de nacer (16). El bajo peso del recién nacido presenta mayor riesgo de Apgar bajo según Acero, Ticona y Huanca (4), así mismo lo corrobora Chilipio,

Atencio y Santillan, en su estudio concluyen que el bajo peso fue el principal factor de riesgo para Apgar bajo a los 5 minutos (35). En el presente estudio se registró tan solo un neonato con depresión severa y también tenía bajo peso, lo que nos da a entender que mientras más bajo peso presente un neonato mayor será su vulnerabilidad.

**Tabla 3. Características obstétricas de las gestantes con trabajo de parto acentuado. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2022**

<b>Características Obstétricas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Paridad</b>		
Nulíparas	48	52.2
Múltipara	43	46.7
Gran múltipara	1	1.1
<b>Periodo intergenésico</b>		
Corto	12	13.0
Adecuado	16	17.4
Largo	16	17.4
No Aplica	48	52.2
<b>Inicio de trabajo de parto</b>		
Espontáneo	71	77.2
Inducido	21	22.8
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: ficha de recolección de datos

En la presente tabla se muestran los resultados referentes a las características obstétricas de las gestantes cuyo trabajo de parto fue acentuado, se ha omitido la edad gestacional ya que se trabajó solo con gestantes a término (mayor o igual a 37 hasta las 41 semanas de edad gestacional), con la finalidad de no alterar los valores del Apgar del recién nacido, ya que la prematuridad es un factor de riesgo determinante para Apgar bajo. (33)

Con lo que respecta a la paridad el 52,2% se encontraron en condición de nulíparas, el 46.7% había tenido al menos un parto y tan solo 1.1% registraban más de 6 partos (Gran múltiparas). Esto no coincide con Espinoza (Nicaragua, 2018) ya que entre sus resultados de su investigación se encuentra menos cantidad de nulíparas (43,9%), al igual que Laines y Urbina, su población de nulíparas solo representa el 16,7%, por lo que deducimos que la frecuencia de acentuación de parto en nulíparas con respecto a las múltiparas es variable (17, 20). Pimentel en su estudio encuentra una relación significativa entre la acentuación de parto con oxitocina en primigestas y algunos parámetros del Apgar como el esfuerzo respiratorio y la respuesta a estímulos del neonato durante el primer minuto de vida,

mientras que Hidalgo, Hidalgo y Rodríguez (España 2016) no identifica diferencias significativas en entre el Apgar de recién nacidos de primíparas versus múltiparas a los 5 minutos (18, 36).

Referente al periodo intergenésico aplica únicamente para para multigestas, por lo que solo se trabajó con el 47,8% de la población, donde el 17,4% mantuvo un periodo adecuado (2 a 5 años), el mismo porcentaje aplica para los que tuvieron un periodo largo (mayor de 5 años) y por último el 13% tuvo un periodo corto (menor de 2 años). De acuerdo a algunos estudios las complicaciones materno fetales aumentan dependiendo el periodo intergenésico, especialmente en el periodo corto. Dentro de las principales complicaciones tenemos por ejemplo prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, rotura prematura de membranas, anemia, etc (37). De ser esto cierto el perdido intergenésico se convierte en un factor de riesgo indirecto ya que el bajo peso y la prematuridad se relacionan directamente con el Apgar bajo, además de que predispone el uso de oxitocina en algunos casos de rotura prematura de membranas, donde se requiera inducción o acentuación de trabajo de parto.

En cuanto al Inicio de trabajo de parto el 77,2% fue de inicio espontaneo y el 22,8% inducido, dichos datos no se correlacionan con los de Yac, dado que en su estudio se halló que el 77,9 % de gestantes recibieron inducción, un porcentaje cuantioso en comparación de mis resultados (16). Ambos resultados son válidos, puesto que son contextos diferentes y además no existe una estandarización a nivel mundial en lo que concierne a normativas de procedimientos como la inducción o acentuación de trabajo de parto. en su estudio concluyen que inicio espontaneo de trabajo de parto es más seguro, y más aún si ha tenido un parto vaginal previo (38). Esto se sustenta fisiológicamente ya que diversas teorías refieren que el inicio del parto se da cuando el organismo está completamente preparado y se suscitan fenómenos como el aumento y disminución de algunas hormonas maternas y fetales, el aumento de la cantidad de receptores de oxitocina en el útero, etc. (39). Caso contrario en las inducciones se corre el riesgo de fallo o peor aún de presentarse alguna complicación. Laines y Urbina en su estudio concluyeron que las principales complicaciones de la inducción de trabajo con oxitocina son el sufrimiento fetal, hiperdinamia uterina, parto precipitado, atonía uterina en el post parto, prolapso de cordón umbilical y la muerte fetal (20).

**Tabla 4. Dosis de oxitocina administrada a las gestantes durante la acentuación de trabajo de parto. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2022**

<b>Dosis de Oxitocina</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
De 0.5 a 5 mUI/min.	37	40.2
De 6 a 8 mUI/min.	26	28.3
De 9 a 11 mUI/min.	6	6.5
De 12 a 14 mUI/min.	11	12.0
De 15 a 16 mUI/min.	8	8.7
De 17 a 20 mUI/min.	4	4.3
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100.0</b>

Fuente: ficha de recolección de datos

En el siguiente cuadro se muestran las dosis de oxitocina administrada a las gestantes durante el proceso de acentuación. El procedimiento que se emplea en el Hospital Regional Docente de Cajamarca es en base la guía de práctica clínica del Instituto Nacional Materno Perinatal (2018), el cual refiere que se deben diluir 10 UI de oxitocina en 1L de solución salina, y empezar la infusión endovenosa de 0,5mUI/min para regímenes de dosis bajas y 6mUI/min para regímenes de dosis altas e ir aumentando progresivamente la dosis hasta alcanzar un patrón adecuado de contracciones uterinas (3 contracciones en 10 minutos con una duración de 40 segundos e intensidad de 2 a 3 cruces), a dicha dosis le llamaremos como dosis máxima de oxitócica (25). En tal sentido los resultados del presente estudio arrojaron que el 40,2% recibió dosis de entre 0.5 a 6 mUI/min perteneciente al régimen de dosis baja, el 28,3% entre 6 a 9 mUI/min, el 6,5% entre 9 a 12, el 12,0% entre 12 a 15, el 8,7% entre 15 a 17 y en un menor porcentaje de 4,3% dosis que van desde las 17 a 20 mUI/min, correspondiente al régimen de dosis altas. El máximo de dosis que se puede utilizar en una acentuación es de 40 mUI/min, sin embargo, el valor máximo que se registró en este estudio fue de 20 mUI/min. Estos resultados no concuerdan con los obtenidos por Espinoza, ya que en su estudio la concentración utilizada fue de 5 UI de oxitocina en 1000 ml de solución, y en las dosis de oxitocina el 70,5% utilizó de 2 a 4 mUI/min y el 4,9% de 8 a 10 mUI/min, de igual manera con Pimentel en la que su población usó dosis entre 0.5 a 8 mUI/min, similar a Juárez (4 a 8 mUI/min) (17).

Esto se debe a las diferencias sobre las normas técnicas de salud ya son contextos diferentes, aun así, las dosis máximas tienen una gran diferencia, siendo el Perú donde más dosis de oxitocina se utiliza en dichos procedimientos. Actualmente en

la nueva guía de práctica clínica del Instituto Materno Perinatal (2023) recomienda iniciar la acentuación, con 0.5 mUI/min y como máximo se puede administrar hasta de 20 mUI/min, dosis bastante menor a la que se utilizan, sin embargo, algunos establecimientos de salud aún no se adecuan completamente.

El uso de oxitocina mal controlado durante el trabajo de parto puede acarrear complicaciones como la hiperestimulación uterina, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina y asfixia fetal (25). Juárez refiere en su estudio que esto se debe principalmente a la carencia de guías técnicas precisas y a que el personal de salud administra inadecuadamente la oxitocina en un parto de curso normal, cuando debería administrarse en fase la latente del parto de curso lento (22). Los factores de riesgo que pueden complicar la inducción son gestante añosa, obesa, feto con alto peso (> 4000 g) y morbilidades maternas como la diabetes mellitus (6). En conclusión bien es cierto el uso de oxitocina es necesario en algunos casos, sin embargo, se tiene que realizar con minuciosidad ya que lo estudios antes señalados indican que el mal uso de oxitocina puede ser perjudicial.



**Tabla 5. Puntaje de Apgar de recién Nacidos de gestantes con trabajo de parto acentuado. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2022**

<b>Puntaje de Apgar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>APGAR al 1 minuto</b>		
0 a 3 puntos	1	1.1
4 a 6 puntos	2	2.2
7 a 10 puntos	89	96.7
<b>APGAR a los 5 minutos</b>		
0 a 3 puntos	0	0.0
4 a 6 puntos	1	1.1
7 a 10 puntos	91	98.9
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: ficha de recolección de datos

En la presente tabla se logra evidenciar los puntajes de Apgar de los recién nacidos tanto al minuto como a los 5 minutos.

Con lo que respecta al primer minuto se obtuvo que el 96,7% registro un puntaje de entre 7 a 10 punto lo que significa que la mayoría de recién nacidos no tuvieron depresión al momento del parto, además el 2,2% tuvo depresión moderada y tan solo el 1,1% de depresión severa. Esto se correlaciona con los resultados del estudio de Pimentel, donde el 96.4% obtuvo un puntaje adecuado, el 2,6% un puntaje correspondiente a depresión moderada y el 0.88% a depresión severa (18). Mientras que, Cortes y Peñate en su investigación no registraron ningún tipo depresión (puntaje de Apgar menor a 7) (14). Espinoza encontró en los recién nacidos de gestantes que se le administro oxitocina, que el 99.2 % presentaron un puntaje de 7 u 8 al primer minuto, y en un menor porcentaje de su población que corresponde al 0.8% registraron puntajes menores de 7 (17). Juárez reporto en su investigación el 93,7% de neonatos que tenían Apgar de entre 7 a 10 puntos (22).

En cuanto al quinto minuto el 98,9% obtuvo un puntaje de Apgar adecuado (7 a 10) punto, el 1.1% una puntuación de entre 4 a 6 puntos y no se registró ningún caso de depresión severa. Dichos datos son parecidos a los de Pimentel en donde el 99.1% de su muestra presenta un Apgar mayor o igual a 7, y tan solo el 0.9 con puntajes desfavorables. Sin embargo no se correlacionan con las estadísticas de Yac ya que entre sus resultados obtuvo que el 59% tenía un Apgar normal y el otro

41% depresión (puntaje menor a 7), Juárez del mismo país reporto en su investigación el 96.4% de neonatos que tenían Apgar de entre 7 a 10 puntos (16,22).

A nivel mundial e los recién nacidos a término el Apgar bajo es inferior al 1.5%, en el Perú según Acero esta cifra alcanza hasta el 4,1% y puede aumentar ante la existencia de factores de riesgos (4). En ese sentido la mayoría de estudios analizados anteriormente concuerdan con las estadísticas teóricas y se correlacionan con los datos encontrados en el presente estudio.

El Apgar bajo es consecuencia de varios factores tanto maternos como fetales, según Acero los resultados de los factores que se asocian a Apgar bajo son la prematuridad, el bajo peso, el sexo masculino y la cesárea (4). Chilipio, Atencio y Santillan concluyen que al Apgar bajo persistente a los 5 minutos se relaciona la edad gestacional pretermo, la aspiración de líquido meconial, las malformaciones congénitas (35).

Por último es importante mencionar que el Apgar es una herramienta importante al momento de valorar la vitalidad del recién nacido, puesto que constituye la expresión directa de la condición fisiológica del neonato, su ventaja radica en lo práctico y simple que es a la hora de valorar los parámetros, aun así, valorar aspectos como el color, el tono y la irritabilidad refleja, se convierte en una prueba de cierto modo subjetiva, por lo que necesita de una minuciosidad al momento de evaluar al recién nacido.

**Tabla 6. Relación entre acentuación del trabajo de parto y Apgar de recién nacidos al minuto. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2022**

Acentuación del trabajo de parto (Dosis de Oxitocina)	APGAR al primer minuto						Total	
	Depresión severa		Depresión moderada		Normal			
	n	%	n	%	n	%	n	%
De 0.5 a 5 mUI/min.	0	0.0	0	0.0	37	40.2	37	40.2
De 6 a 8 mUI/min.	0	0.0	1	1.1	25	27.2	26	28.3
De 9 a 11 mUI/min.	1	1.1	0	0.0	5	5.4	6	6.5
De 12 a 14 mUI/min.	0	0.0	1	1.1	10	10.9	11	12.0
De 15 a 16 mUI/min.	0	0.0	0	0.0	8	8.7	8	8.7
De 17 a 20 mUI/min.	0	0.0	0	0.0	4	4.3	4	4.3
Total	1	1.1	2	2.2	89	96.7	92	100.0

Chi-cuadrado= 18.489                      p=0.047                      p<0.05  
Rho= -0.079

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla 6, se observa que, el 40,2% de los recién nacidos presentaron un Apgar normal, a los cuales se les ha administrado de 0.5 a 6 mUI/min dosis de oxitocina, el 1.1% de los recién nacidos con depresión severa se les incrementó la dosis entre 6 a 15 UI/min dosis de oxitocina, de igual manera al 1,1% de los recién nacidos con depresión moderada se les incremento la dosis entre 9 a 12 mUI/min lo que indica que el recién nacido con depresión (Apgar bajo) al minuto de nacer se le administro mayor dosis efectiva de oxitocina para la acentuación del trabajo de parto. Se ha encontrado relación significativa ( $p < 0.05$ ) entre la acentuación del trabajo de parto y el Apgar al minuto de nacer en los recién nacido, con nivel de significancia de 0.05, según la prueba estadística del Chi-cuadrado con 95% de confiabilidad. Asimismo, se calculó la prueba de correlación Rho de Spearman que dio como resultado  $Rho = -0.079$ , indicando que existe correlación negativa entre la acentuación del trabajo de parto y el Apgar al primer minuto de nacer.

Los resultados obtenidos difieren con los de Yac, el cual no encontró una correlación significativa entre el uso de oxitocina en la acentuación y Apgar neonatal al primer minuto ( $r = 1.004$ ;  $p > .05$ ) (16), Hidalgo ( $p = 0,672$ ) y Espada ( $p = 0,15$ ) tampoco hallan una relación significativa. En el contexto nacional, Pimentel entre sus conclusiones determina una relación significativa con la irritabilidad refleja ( $p = 0.004$ ), mas no con el pulso, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular y la coloración de piel (parámetros del test de Apgar) (18). Laines y Urbina en su estudio concluyen que una de las complicaciones del uso de oxitocina en el parto es el sufrimiento fetal lo que se expresa en Apgar bajo (20). Concuerda con la investigación de

Espinoza ya que halló más casos de Apgar bajo en gestantes que recibieron oxitocina que las que no (17). Nozar y Taringo, no encuentran relación entre dichas variables al igual que Cortez y Peñate. (14,20).

**Tabla 7. Relación entre la acentuación del trabajo de parto y el Apgar de recién nacidos a los 5 minutos. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2022**

Acentuación del trabajo de parto (Dosis de Oxitocina)	APGAR al quinto minuto				Total	
	Depresión moderada		Normal			
	n	%	n	%	n	%
De 0.5 a 5 mUI/min.	0	0.0	37	40.2	37	40.2
De 6 a 8 mUI/min.	0	0.0	26	28.3	26	28.3
De 9 a 11 mUI/min.	1	1.1	5	5.4	6	6.5
De 12 a 14 mUI/min.	0	0.0	11	12.0	11	12.0
De 15 a 16 mUI/min.	0	0.0	8	8.7	8	8.7
De 17 a 20 mUI/min.	0	0.0	4	4.3	4	4.3
Total	1	1.1	91	98.9	92	100.0
Chi-cuadrado= 14.491		p=0.013		p<0.05		
Rho: -0.114						

Fuente: ficha de recolección de datos

En la tabla 7, se observa que, el 40.2% de los recién nacidos presentaron un Apgar normal, a los cuales se les ha administrado de 0.5 a 6 mUI/min dosis de oxitocina, el 1.1% de los recién nacidos con depresión moderada se les incrementó la dosis entre 9 a 12 mUI/min dosis de oxitocina, lo que indica que el recién nacido con depresión (Apgar bajo) a los 5 minutos de nacer se le administro mayor dosis efectiva de oxitocina para la acentuación del trabajo de parto. Se ha encontrado relación significativa ( $p < 0.05$ ) entre la acentuación del trabajo de parto y el Apgar al minuto de nacer en los recién nacido, con nivel de significancia de 0.05, según la prueba estadística del Chi-cuadrado con 95% de confiabilidad. Asimismo, se calculó la prueba de correlación Rho de Spearman que dio como resultado  $Rho = -0.114$ , indicando que existe correlación negativa entre la acentuación del trabajo de parto y el Apgar a los 5 minutos de nacer.

Cortez y Peñate difieren con estos resultados, puesto que en su investigación concluyen que no hay una relación significativa entre el uso de oxitocina y el Apgar neonatal al quinto minuto (14). Pimentel entre sus conclusiones determina que no hay una relación relevante entre la oxitocina administrada a primigestas con cada uno de los parámetros del Apgar (16). Hidalgo también concuerda con estos últimos investigadores (36).

Como podemos observar en ambos cuadros tanto al minuto como a los 5 minutos los resultados son similares, sin embargo existe bastante controversia entre los

demás estudios, ya que algunos hallaron una relación significativa entre las variables, mientras que otros no. Pese a ello es coherente deducir que frente al uso de medicamentos como la oxitocina en cualquier momento de la gestación implica un riesgo para el recién nacido. Para poder dar una posible explicación fisiológica al resultado recurriremos a la literatura obstétrica, la cual nos indica que la oxitocina es una hormona endógena liberada al momento del trabajo de parto y es responsable directo de las contracciones uterinas. La oxitocina exógena administrada por vía endovenosa tiene el mismo efecto, al llegar al útero contrae las fibras musculares lisas dificultando el flujo sanguíneo que se dirige hacia la placenta y luego al feto (39). Si bien es cierto el objetivo es lograr un patrón similar al de las contracciones naturales, sin embargo, no siempre se cumple, debido a que las condiciones materno fetales son muy variables y más aún cuando se tratan de diferentes contextos.

Por último, con los resultados obtenidos, queda demostrado que se cumple la hipótesis alternativa del presente trabajo de investigación: La acentuación del trabajo de parto se relaciona significativamente con el Apgar de los recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2022.

## CONCLUSIONES

En cuanto a las características sociodemográficas de las gestantes, se concluye que la mayoría tiene una edad que comprende desde los 18 a 35 años, el estado civil que predomina es conveniente al igual que el grado de instrucción secundaria, la ocupación ama de casa, la religión católica y un poco más de la mitad procede de la zona rural.

En las características del recién nacido, el 50% corresponde al sexo masculino y el otro 50% al femenino, además el 93.5% tienen un peso normal que va desde los 2500 a 4000 gramos.

Referente a las características obstétricas, se determinó que hubo más nulíparas (52.2%) que múltiparas, con un periodo intergenésico en su mayoría adecuado y largo (17.4% cada uno). El 77.2% tuvo un inicio de trabajo de parto espontáneo.

Durante las acentuaciones el rango de dosis efectivas de oxitocina más utilizadas abarca desde los 0.5 mUI/min hasta los 5 mUI/min, que corresponde al 40.2% de la población en estudio.

Las puntuaciones de Apgar tanto al minuto como a los 5 minutos predominó el puntaje adecuado de 7 a 10 (96.7% y 98.9% respectivamente). Tan solo se identificó a 3 neonatos con depresión entre moderada y severa (<7 puntos).

Se concluye que existe una correlación significativa ( $p < 0,05$ ), entre la acentuación de trabajo de parto con oxitocina y el Apgar de recién nacido tanto al primer como al quinto minuto.

## RECOMENDACIONES

A las autoridades del Hospital Regional Docente de Cajamarca se recomienda la actualización de normativas internas que regulen el uso adecuado de oxitocina en base a estudios actualizados, y le permita al profesional de salud realizar los procedimientos de acentuación con el mínimo riesgo de complicaciones tanto para la madre y el producto de la gestación.

A los obstetras en general que laboran en la atención del trabajo de parto, realizar de manera cautelosa la acentuación con oxitocina, considerando no solo la normativa vigente respecto a la acentuación de trabajo de parto, sino también teniendo en cuenta la condición de la gestante.

A las autoridades de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, fomentar la investigación científica desde los primeros ciclos académicos, crear grupos donde se involucre a los estudiantes y adquieran una cultura investigativa. Además, realizar cursos o talleres de actualización en Obstetricia donde se aborden temas como el uso de a oxitocina.

A los futuros investigadores de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, realizar más investigaciones relacionados al uso de medicamentos en Obstetricia como la oxitocina y sus relaciones con aspectos materno-fetales. De esa manera nos permitan ampliar los conocimientos y mejorar nuestra formación profesional.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, Casey B, Sheffield J. Obstetricia. 25ª edición. New York: McGrawHill Interamericana Editores; 2019.
2. Arteta S. Victorino M. Factores de riesgo relacionados con Apgar bajo y complicaciones neonatales. Tesis para optar el título profesional de Especialista en Pediatría. Barranquilla. Universidad Libre Seccional Barranquilla; 2023. [Citado el 01/02/2024], disponible en: <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/27260/ARTETA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Bandera N, Goire M, Cardona O. Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2018 [citado el 09-07-2023]; 37(3): p. 1-4. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n3/gin04311.pdf>
4. Acero S, Ticona M, Huanco D. Resultados perinatales del recién nacido con Apgar bajo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2002–2016. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Internet]. 2019 [citado 2023 Jul 09]; 65(1): p. 1-4. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S230451322019000100004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322019000100004)
5. Chaviguri L, Olaya D. Complicaciones de la inducción en el trabajo de parto de gestantes atendidas en el Hospital Carlos Tupppia Garcia Godos 2018. Tesis para optar el título de especialista en: Emergencia y Alto Riesgo Obstetrico. Universidad Nacional de Huancavelica, 2020. [Citado el 09-02-2023], disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f2dd9960-457a-42f1-8770-22b93c23991d/content>
6. Hernández J, Vergara M, Beltrán J, Calderón E, Caldiño F, Castilla A. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. Ginecologia y Obstetricia de Mexico. [Internet]. 2017. 85(5): p. 1. [Citado el 09-01-2024], disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S030090412017000500314](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030090412017000500314)
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Asfisia Neonatal. 2013. [Citado el 06-07-2023], disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/632GRR.pdf>
8. Bandera N, Goire M, Cardona O. Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2011 [citado el 09-07-2023]; 37(3): p. 1-4. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n3/gin04311.pdf>

9. Chevez A, Díaz N, Sánchez F. Correlación de la valoración de Apgar con los parámetros de la gasometría arterial evaluados en sangre arterial de cordón umbilical. Revista de Sanidad Militar de México [Internet]. 2016; 70: p. 576-581. [Citado el 09-07-2023], disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2016/sm166k.pdf>
10. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño, Washington; 2008. [Citado el 17-07-2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/38849/download?token= NJeyPJo>
11. Rincón I, Riesgo L, Pinilla I, Rodríguez V. Factores de riesgo asociados a asfixia perinatal en el Hospital Universitario Méderi, 2010-2011. Revista Ciencia Salud [Internet]. 2017. 15(3): p. 345-356. [Citado el 09-07-2023], disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v15n3/1692-7273-recis-15-03-00345.pdf>
12. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades en el Perú; 2022. volumen 31 - Semana Epidemiológica (del 25 al 31 de diciembre 2022) [Citado el 06-07-2023], disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_202252\\_31\\_153743.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202252_31_153743.pdf)
13. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades- Morbimortalidad Neonatal. Semana epidemiológica 08 – 2022. [Citado el 06-07-2023], disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE08/mneonatal.pdf>
14. Cortez V, Peñate M. Incidencia de Apgar bajo en recién nacidos de madres con oxitocina durante trabajo de parto. Tesis para optar al título de: especialista en Ginecología y Obstetricia. El Salvador. Universidad del Salvador. 2022. [ Citado el 01/02/2024], disponible en: <https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/28444/1/696-11106840.pdf>
15. Espada X, Ojeda F. Administración de oxitocina en mujeres de bajo riesgo, un análisis retrospectivo de los resultados del parto y neonatales en el Hospital General de Granollers 2016-2017. Revista Int J Environ Res Salud Pública [Internet]. 2021 [citado 2023 Jul 09]; 18(8): p. 1-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8074312/>
16. Yac E. "Apgar Bajo al Nacer Asociado a la Inductoconducción del Trabajo de parto en Embarazos Únicos a Terminó en el Hospital General Tijuana. Tesis para optar el diploma de Especialidad en Ginecología y Obstetricia. Mexicali: Universidad Autónoma de Baja California; 2020. [Citado el 19-07-2023], disponible en: <https://repositorioinstitucional.uabc.mx/server/api/core/bitstreams/0d653488-0012-44e2-b1af-4d98325f8e7a/content>

17. Espinoza B. Uso de oxitocina y sus complicaciones al compararlas con la evolución natural del parto en pacientes ingresadas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido de octubre a diciembre 2017. Tesis para obtener la especialidad de Ginecología y obstetricia. Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2018. [Citado el 03-07-2023], disponible en <https://repositorio.unan.edu.ni/9705/1/98838.pdf>
  
18. Pimentel J. Acentuación con oxitocina en primigestas y su relación con el puntaje Apgar en recién nacidos a término de parto eutócico, Hospital San Juan de Lurigancho, enero – julio 2018. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en obstetricia. Lima: Universidad Federico Villareal; 2019. [Citado el 03-07-2023], disponible en: [https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/2925/UNFV\\_PIMENEL\\_RODRIGUEZ\\_JAHAIIRA\\_YARUMI\\_TITULO\\_PROFESIONAL\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/2925/UNFV_PIMENEL_RODRIGUEZ_JAHAIIRA_YARUMI_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  
19. Quispe K. Trabajo de Parto Disfuncional como Factor Asociado a Apgar Bajo en Neonatos Atendidos en el Hospital Nacional Docente Madre Niño san Bartolomé 2018. Tesis para optar el título de médico cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2019. [Citado el 17-07-2023], disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1810/KQUISPE.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
  
20. Laines R, Urbina D. Complicaciones de la inducción en el trabajo de parto de gestantes atendidas en el Hospital Carlos Tupppia Garcia Godos, 2018. Para optar el título de especialista en: emergencia y alto riesgo obstétrico. Huancavelica. Universidad Nacional de Huancavelica, 2020. [Citado el 03-07-2023], disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f2dd9960-457a-42f1-8770-22b93c23991d/content>
  
21. Curioso P. Factores de Riesgo Asociado Con Apgar Bajo a los 5 minutos en Recién Nacidos a Término del Servicio de Neonatología del Hospital General de Huacho durante el 2016 – 2018. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2019. [Citado el 17-07-2023], disponible en: <https://repositorio.unifsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/2458/CURIOSO%20YARLEQUE%20PAUL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  
22. Juárez P. Resultados maternos de las gestantes con y sin conducción del trabajo de parto con oxitocina, atendidas en el hospital nacional Hipólito Unanue. Tesis para optar el título profesional de licenciada en Obstetricia lima. Perú Universidad San Martin de Porres. 2017. [Citado el 03-07-2023], disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2550/Juarez\\_Patricia.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2550/Juarez_Patricia.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
  
23. Pérez D. Factores de riesgo que influyen en el Apgar bajo del recién nacido. Hospital José Hernán Soto Cadenillas - chota. 2019. Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra. Universidad Nacional de Cajamarca; 2019. [Citado el 19-07-2023], disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/3768/TESIS%20>

[DEYSI%20MARIBEL%20PEREZ%20SILVA%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

24. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Actualización del Consenso de Obstetricia: Inducción al trabajo de Parto. 2019, [Citado el 19-07-2023], disponible en: [http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion\\_Consenso\\_2019\\_Trabajo\\_de\\_Part.pdf](http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_Consenso_2019_Trabajo_de_Part.pdf)
25. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología - 2018: Inducción y Acentuación de Parto. Pag 272. [Citado el 06-07-2023], disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3318.pdf>
26. Torres D. Factores de riesgo asociados a score Apgar bajo en el servicio de Neonatología del Hospital de Ventanilla. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017. [Citado el 02-07-13], disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/958/1/Torres%20Alarc%C3%B3n%20Derly%20Roc%C3%ADo\\_2017.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/958/1/Torres%20Alarc%C3%B3n%20Derly%20Roc%C3%ADo_2017.pdf)
27. Biblioteca Nacional de medicina de los EEUU. (MedlinePlus). La prueba del Apgar. Artículo original. New York; 2016. [Citado el 01-07-23], disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003402.htm>
28. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud Para la atención integral de Salud Neonatal. Lima, 2015. [Citado el 06-07-2023], disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3281.pdf>
29. Instituto Nacional de estadística e informática. Perú: Cambios en el estado civil o conyugal 1981- 2017. Lima 2020. [Citado el 06-07-2023], disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1742/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1742/Libro.pdf)
30. Taboada E, Manzanera E, Mercedes M. Condición laboral asociada a complicaciones en el embarazo en noreste de México. Revista Medicina y Seguridad del Trabajo.[Internet]. 2017. 60(237): p. 2-5 [Citado el 20-01-2024], disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2014000400002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000400002)
31. Flores P. Factores de Riesgo asociados a Apgar Bajo en Recién Nacidos atendidos en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García; Enero-Mayo 2016. Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra. Iquitos: Universidad Científica del Peru; 2017. [Citado el 02-07-13], disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/188/FLORES-1-Trabajo-Factores.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. 1. Bernal D, Bravo B, Placencia L, Solorzano S. Prevalencia de morbilidad neonatal. Higia de la Salud. [Internet]. 2020. 3(2): p. 2,3. [Citado el 20-01-2024], disponible en : <file:///C:/Users/Marisol/Downloads/481-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4177-1-10-20220225.pdf>

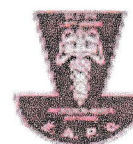
33. Acero V, Ticona M, Huanco D. Resultados perinatales del recién nacido con Apgar bajo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2002–2016. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. [Internet]. 2019. 65(1): p. 2-5 [Citado el 20-01-2024], disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322019000100004#:~:text=EI%20Apgar%20bajo%20se%20presenta,neonatal%20para%20enfermar%20y%20morir](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000100004#:~:text=EI%20Apgar%20bajo%20se%20presenta,neonatal%20para%20enfermar%20y%20morir)
34. Jaime V, Ynfante B. Factores perinatales y maternos del recién nacido relacionados con el Apgar al nacer en un hospital público. 2018. Tesis para obtener el título profesional de licenciada en enfermería. Nuevo Chimbote. Universidad Nacional del Santa. 2020. [Citado el 09-02-2023], disponible en: <https://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14278/4308/52779.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
35. Chilipio M, Atencio K, Santillan J. Predictores perinatales de APGAR persistentemente bajo a los 5 minutos en un hospital peruano, *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. [Internet]. 2021. 21(1): p. 2-5 [Citado el 20-01-2024], disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312021000100040](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000100040)
36. Hidalgo P, Hidalgo M, Rodrigues M. Estimulación del parto con oxitocina: efectos en los resultados obstétricos y neonatales. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. [Internet]. 2017. 24(1): p. 2-6 [Citado el 20-01-2024], disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/RVcQ6KDq65jfXSnmyfyctRq/?format=pdf&lang=es>
37. López J, Cabrales J, Fuentes J. Reanimación del neonato con Apgar bajo. *Hospital Fray Bartolomé de las Casas-Guatemala*. *Correo científico Médico*. [Internet]. 2018. 27(2): p. 1. [Citado el 09-07-2023], disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4772>
38. Arango C, Lopez M, Rios J. Parto vaginal exitoso y resultados maternos y perinatales en pacientes con antecedente de cesárea y prueba de trabajo de parto. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia*. [Internet]. 2022. 73(4): p. 369–377.. [Citado el 09-01-2024], disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9856610/>
39. Schwarcz R, Duverges C, Díaz G, Fescina R. *Obstetricia*. Séptima Edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires Argentina 2016.
40. Nozar M, Taringo J. Factores asociados con bajo puntaje de Apgar en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*. [Internet]. 2019. 6(1): p.2-5. [Citado el 09-01-2024], disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2301-12542019000100063](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542019000100063)

# ANEXOS





UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DEL ESTUDIO "ACENTUACIÓN DE TRABAJO DE PARTO Y APGAR DE RECIEN NACIDO"

INVESTIGADOR: HUAMÁN RONCAL, MARCOS JHULINIO

Instrucciones: Marcar con un aspa (x) dentro del recuadro, de acuerdo a la información de la Historia Clínica.

<b>I. DATOS GENERALES:</b>	
INSTITUCIÓN:	
Nº FICHA:	Nº HCL:

<b>II. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS</b>	
<b>1. EDAD:</b> Menor 18 años <input type="checkbox"/> Entre 18 a 35 años <input type="checkbox"/> Mayor de 35 años <input type="checkbox"/>	
<b>2. ESTADO CIVIL:</b> Soltera <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
<b>3. GRADO DE INSTRUCCIÓN:</b> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>	
<b>4. OCUPACIÓN:</b> Ama de casa <input type="checkbox"/> Trabajadora independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabajadora dependiente <input type="checkbox"/>	
<b>5. RELIGIÓN:</b> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	
<b>6. LUGAR DE PROCEDENCIA:</b> Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>	

<b>III. DATOS OBSTÉTRICOS</b>	
<b>7. PARIDAD:</b> Primípara <input type="checkbox"/> Multipara <input type="checkbox"/> Gran multipara <input type="checkbox"/>	
<b>8. PERIODO INTERGENÉSICO:</b> Adecuado <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	
<b>9. INICIO DE TRABAJO DE PARTO:</b> Espontaneo <input type="checkbox"/> Inducido <input type="checkbox"/>	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



IV. ACENTUACIÓN DE TRABAJO DE PARTO

10. DOSIS DE OXITOCINA:

4-8 mUI/min.

13- 16 mUI/min.

21-24 mUI/min.

29- 32 mUI/min.

37-40 mUI/min.

9-12 mUI/min.

17-20 mUI/min.

25-28 mUI/min.

33- 36 mUI/min.

V. DATOS DEL RECIÉN NACIDO

11. SEXO

Masculino

Femenino

12. PESO

2,500-4000 gramos.

> 4000 gramos.

< 2500 gramos

VI. APGAR DE RECIEN NACIDO

13. PUNTAJE TOTAL AL MINUTO

0 a 3 puntos

4 a 6 puntos

7 a 10 puntos

14. PUNTAJE TOTAL A LOS 5 MINUTOS

0 a 3 puntos

4 a 6 puntos

7 a 10 puntos



**ALFA DE CRONBACH**  
**ESCALA: TODAS LAS VARIABLES**

**Resumen del procesamiento de casos**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Casos</b>	Valido	20	100,0
	Excluido	0	0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variantes del procedimiento

**ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD**

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.715	14

El Alfa de Cronbach se encuentra en 0.715, interpretándose como una confiabilidad **ACEPTABLE**.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**  
**CARTILLA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS**




Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ		<i>CRISTINA JANCHER FERNANDEZ</i>
2.	PROFESIÓN	<i>OBSTETRA</i>
	TÍTULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	<i>MAESTRÍA: GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD</i>
	ESPECIALIDAD	<i>ALTO RIESGO OBSTETRICO</i>
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	<i>6 AÑOS</i>
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	<i>HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA</i>
	CARGO	<i>OBSTETRA ASISTENCIAL</i>
3. Título de la investigación: <b>ACENTUACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2022</b>		
4. NOMBRE DEL TESISISTA: <b>MARCOS JHULINIO HUAMAN RONCAL</b>		
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN		Determinar la relación entre la acentuación del trabajo de parto y el Apgar del recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2022.
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: El instrumento para la presente investigación corresponderá a una ficha de recolección, la cual se llenará con datos de las historias clínicas de cada gestante. El instrumento recopilará datos generales, sociodemográficos, datos obstétricos, datos de la acentuación de trabajo de parto, Apgar y datos generales de recién nacido.		
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.		

**CARTILLA DE VALIDACION DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS**

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
											*****
1	X		X		X		X		X		
2	X		X		X		X		X		
3	X		X		X		X		X		

4	X	X	X	X	X	X		
5	X	X	X	X	X	X		
6	X	X	X	X	X	X		
7	X	X	X	X	X	X		
8	X	X	X	X	X	X		
9	X	X	X	X	X	X		
10	X	X	X	X	X	X		
11	X	X	X	X	X	X		
12	X	X	X	X	X	X		
13	X	X	X	X	X	X		
14	X	X	X	X	X	X		
15	X							
16								
17								
<b>Aspectos Generales</b>						<b>Si</b>	<b>No</b>	*****
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario						X		
Los ítemes permiten el logro del objetivo de la investigación						X		
Los ítemes están distribuidos en forma lógica y secuencial						X		
El número de ítemes es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítemes a añadir						X		
<b>JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:</b>								
<b>APLICABLE</b> <input checked="" type="checkbox"/>		<b>APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES</b> <input type="checkbox"/>					<b>NO</b>	
<b>APLICABLE</b> <input type="checkbox"/>								
Fecha:	Firma:	E mail:	Teléfono:					
11/01/2024	 Cristina Sanchez Hernandez OBSTETRA C.O.P. 24641	Onisper-29-05@hotmail.com	946919966					





**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**  
**CARTILLA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS**



Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

<b>1. NOMBRE DEL JUEZ</b>		<i>JUANA QUIÑONES CRUZ</i>
<b>2.</b>	<b>PROFESIÓN</b>	<i>OBSTETRA</i>
	<b>TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO</b>	<i>MAESTRO EN CIENCIAS</i>
	<b>ESPECIALIDAD</b>	<i>SALUD PUBLICA</i>
	<b>EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)</b>	<i>35 años</i>
	<b>INSTITUCIÓN DONDE LABORA</b>	<i>HOSPITAL II CAJAMARCA - ESSALUD</i>
	<b>CARGO</b>	<i>OBSTETRA ASISTENCIAL</i>
<b>3. Título de la investigación: ACENTUACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2022</b>		
<b>4. NOMBRE DEL TESISISTA: MARCOS JHULINIO HUAMAN RONCAL</b>		
<b>5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN</b>	Determinar la relación entre la acentuación del trabajo de parto y el Apgar del recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2022.	
<b>6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: El instrumento para la presente investigación corresponderá a una ficha de recolección, la cual se llenará con datos de las historias clínicas de cada gestante. El instrumento recopilará datos generales, sociodemográficos, datos obstétricos, datos de la acentuación de trabajo de parto, Apgar y datos generales de recién nacido.</b>		
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.		

**CARTILLA DE VALIDACION DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS**

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
											*****
1	X		X		X		X		X		
2	X		X		X		X		X		
3	X		X		X		X		X		

4	X	X	X	X	X	X		
5	X	X	X	X	X	X		
6	X	X	X	X	X	X		
7	X	X	X	X	X	X		
8	X	X	X	X	X	X		
9	X	X	X	X	X	X		
10	X	X	X	X	X	X		
11	X	X	X	X	X	X		
12	X	X	X	X	X	X		
13	X	X	X	X	X	X		
14	X	X	X	X	X	X		
15	X							
16								
17								
<b>Aspectos Generales</b>						<b>Si</b>	<b>No</b>	*****
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario								
Los ítemes permiten el logro del objetivo de la investigación								
Los ítemes están distribuidos en forma lógica y secuencial								
El número de ítemes es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítemes a añadir								
<b>JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:</b>								
APLICABLE	<input checked="" type="checkbox"/>	APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES	<input type="checkbox"/>	NO				
APLICABLE	<input type="checkbox"/>							
Fecha:	Firma:	E mail:	Teléfono:					
10/11/2023		Juana.florq@gmail.com	942647827.					



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**  
**CARTILLA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS**



Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ		Christian E. Tufiño Huaman
2.	PROFESIÓN	Obstetra
	TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Magister en Gestion en servicio de salud
	ESPECIALIDAD	Alto Riesgo obstetrico
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	07
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	HRDC
	CARGO	Obstetra
3. Título de la investigación: ACENTUACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2022		
4. NOMBRE DEL TESISTA: MARCOS JHULINIO HUAMAN RONCAL		
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN		Determinar la relación entre la acentuación del trabajo de parto y el Apgar del recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2022.
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: El instrumento para la presente investigación corresponderá a una ficha de recolección, la cual se llenará con datos de las historias clínicas de cada gestante. El instrumento recopilará datos generales, sociodemográficos, datos obstétricos, datos de la acentuación de trabajo de parto, Apgar y datos generales de recién nacido.		
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.		

**CARTILLA DE VALIDACION DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS**

Ítem	Claridad en la redacción		Coherenci a interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
											*****
1	✓		x		x		✓		x		
2	✓		✓		✓		✓		x		
3	✓		✓		x		✓		✓		



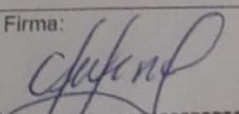
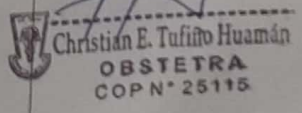
4									
5	✓		✗		✗		✓		✗
6	✓		✗		✗		✓		✓
7	✓		✓		✗		✓		✓
8	✓		✗		✗		✓		✗
9	✓		✗		✗		✓		✓
10	✓		✗		✗		✓		✗
11	✓		✗		✗		✓		✗
12	✓		✗		✓		✓		✓
13	✓		✗		✓		✓		✗
14	✓		✗		✓		✓		✗
15	✓		✗		✗		✓		✗
16	✓		✗		✓		✓		✗
17	✓		✗		✗		✓		✗

Aspectos Generales Si No

El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	✓	
Los ítemes permiten el logro del objetivo de la investigación	✓	
Los ítemes están distribuidos en forma lógica y secuencial	✓	
El número de ítemes es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítemes a añadir	✓	

JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:

APLICABLE      
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES      
 NO

Fecha:	Firma:  	E mail: <i>ch.2@hotmail.com</i>	Teléfono: <i>976012665</i>
--------	---	---------------------------------	----------------------------

**SOLICITO: PERMISO PARA ACCESO  
A HISTORIAS CLÍNICAS**

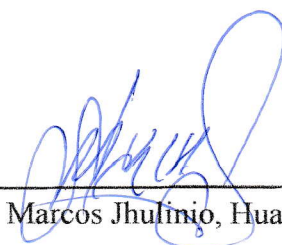
**SEÑOR:**

**Dr. JHONY EDUARDO BARRANTES HERRERA**

**DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA**

Yo Marcos Jhulinio Huamán Roncal, Identificado con DNI N° 74634418, domiciliado en Av. San Martín, distrito Cajamarca, provincia Cajamarca y departamento de Cajamarca, con correo electrónico institucional mhuamanr16\_1@unc.edu.pe, teléfono N° 929519385, ante usted con el debido respeto me presento y expongo: Que, en afán de aplicar mi proyecto de tesis titulado: “**ACENTUACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2022**”, asesorado por la Docente M.Cs. Obsta. Silvia Alfaro Revilla, solicito a usted permiso para acceder a la información de las historias clínicas. Agradezco la atención a la presente solicitud.

Cajamarca, 01 de noviembre del 2023



---

Marcos Jhulinio, Huamán Roncal

Bachiller en Obstetricia.