

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIGESTAS
Y SU RELACIÓN CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO A
TÉRMINO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO
DE YARINACocha-PUCALLPA. 2018”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

TESISTAS

Bach. Janeth Talía, LOAYZA BERRIO

Bach. Jhodith Jhovana, PUENTE AYALA

ASESORA

Dra. Mitsi Marleni, QUIÑONES FLORES

HUÁNUCO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios

Porque siempre está presente en nuestras vidas, cuidándonos, protegiéndonos e iluminándonos con su sabiduría.

A nuestros padres

Por estar siempre apoyándonos en todos los momentos de nuestras vidas más difíciles para alentarnos a seguir adelante y cumplir con todos nuestros sueños y metas trazadas en nuestras vidas.

Janeth Talía

Jhodith Jhovana

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a Dios por permitirnos llegar a este momento de nuestra existencia y por habernos brindado seguridad y confianza; sin él nada es posible.

Agradecemos a nuestros padres ya que a lo largo de toda nuestra vida nos han apoyado, han motivado nuestra formación académica, creyeron en nosotras en todo momento y no dudaron de nuestras habilidades, gracias por dejarnos la más grande herencia que es haber podido estudiar.

Es grato expresar nuestro agradecimiento a las autoridades del Hospital Amazónico de Yarinacocha, y en especial al Departamento de Gineco Obstetricia por el apoyo que nos brindaron para hacer posible este estudio.

Agradezco a mi Alma Mater “Universidad Nacional Hermilio Valdizán” y a la Escuela Profesional de Obstetricia por ser el centro de nuestra formación profesional.

De manera especial a la Dra: Mitsi Marleni, Quiñones Flores, por su acertada y paciente orientación en todas y cada una de las etapas de desarrollo de la presente investigación.

Y a todos los que nos apoyaron de alguna u otra forma en nuestros estudios superiores y en la realización de la presente tesis. A todos, Gracias.

Janeth Talía
Jhodith Jhovana

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN.....	x
SUMMARY.....	xi
INTRODUCCION.....	xii

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema.....	17
1.2. Formulación del problema.....	22
1.2.1. Problema general.....	22
1.2.2. Problema específico.....	22
1.3. Objetivos.....	23
1.3.1. Objetivo General.....	23
1.3.2. Objetivos Específicos.....	23
1.4. Justificación e importancia de la investigación.....	23
1.5. Limitaciones de la investigación.....	24

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Revisión de estudios realizados.....	25
2.1.1 Antecedentes a nivel internacional.....	25

2.1.2 Antecedentes a nivel nacional.....	28
2.1.3 Antecedentes a nivel local.....	37
2.2. Conceptos fundamentales.....	37
2.3. Marco situacional.....	54
2.4. Definición de términos básicos.....	56
2.5. Formulación de Hipótesis.....	57
2.6. Sistema de variables.....	57
2.7. Definición Operacional de variables, Dimensiones e Indicadores.....	59

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación.....	61
3.2. Nivel de investigación.....	62
3.3. Diseño de la investigación	62
3.4. Universo, Población y Muestra.....	62
3.5. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	64
3.5.1. Fuente.....	64
3.5.2. Técnica.....	64
3.5.3. Instrumento.....	64
3.5.4. Validación del instrumento.....	64
3.6. Procedimientos de recolección de datos.....	65
3.6.1. Autorización.....	65
3.6.2. Proceso de recolección de datos.....	65

3.7. Procesamiento y presentación de datos.....	65
3.7.1. Presentación de datos.....	65
3.7.2. Presentación de datos.....	66
3.8. Análisis e interpretación de datos.....	66

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo.....	67
4.2. Análisis inferencial.....	82
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	84
CONCLUSIONES.....	87
RECOMENDACIONES.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS.....	94

INDICE DE TABLAS

TABLA 01: Edad de las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018	67
TABLA 02: Lugar de procedencia de las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018	68
TABLA 03: Estado civil de las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018	69
TABLA 04: Grado de instrucción de las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018	70
TABLA 05: Duración del periodo expulsivo de las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018	71
TABLA 06: Uso de oxitocina en las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018	72
TABLA 07: Realización de episiotomía en las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018	73
TABLA 08: Puntuación del test de Apgar al minuto de los recién nacidos atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018	74
TABLA 09: Puntuación del test de Apgar a los cinco minutos de los recién nacidos atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018	75
TABLA 10: Edad gestacional por Capurro de los recién nacidos atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018	76
TABLA 11: Peso de los recién nacidos atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018	77
TABLA 12: Observación del líquido amniótico en la atención del parto de las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018	78
TABLA 13: Recién nacidos que presentaron circular de cordón al momento del parto atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018	79
TABLA 14: Comparación entre la duración del periodo expulsivo y la puntuación de Apgar al minuto	80
TABLA 15: Comparación entre la duración del periodo expulsivo y la puntuación de Apgar a los cinco minutos	81

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Grafico 01. Edad	67
Grafico 02. Lugar de procedencia	68
Grafico 03. Estado civil	69
Grafico 04. Grado de instrucción	70
Grafico 05. Duración del periodo expulsivo	71
Grafico 06. Uso de oxitocina	72
Grafico 07. Realización de episiotomía	73
Grafico 08. Puntuación del test de Apgar al minuto	74
Grafico 09. Puntuación del test de Apgar a los cinco minutos	75
Grafico 10. Edad gestacional por Capurro	76
Grafico 11. Peso de los recién nacidos	77
Grafico 12. Líquido amniótico	78
Grafico 13. Circular de cordón	79

LISTA DE ACRONIMOS

APGAR	: Actividad, Pulso, Gesticulaciones, Aspecto y Respiración.
RN	: Recién nacido
OMS	: Organización Mundial de la Salud.
MINSA	: Ministerio de Salud.
SEGO	: Sociedad Española de ginecología y obstetricia
ACOG	: Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos
H_a	: Hipótesis de investigación
H₀	: Hipótesis nula
TGD	: Triple gradiente descendente
ASIS	: Análisis de situación de salud
UM	: Unidades Montevideo

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo conocer la relación de la duración del periodo expulsivo en primigestas y el Apgar del recién nacido a término, atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018. El estudio fue relacional, observacional, retrospectivo, transversal y analítico durante el periodo 2018. Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, la muestra estuvo conformada por 254 historias clínicas. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos (historias clínicas), se realizó un análisis bivariado y para el análisis inferencial con la prueba estadística Chi cuadrado cuyo valor p es < de 0.05. Dichos resultados fueron: con periodos expulsivos mayores a 30 minutos existe 2,4% de recién nacidos con Apgar menor a 7 al minuto y 0,4% de recién nacidos con Apgar menor a 7 a los 5 minutos. Se concluyó que la duración del periodo expulsivo en primigestas se relaciona de manera significativa en los resultados del Apgar, con periodos expulsivos de 1 a 2 horas existe 0,4% de recién nacidos con Apgar de 0-3 al minuto y 0,4% de recién nacidos con Apgar de 4-6 a los 5 minutos.

Palabras claves: Duración del periodo expulsivo/puntuación de Apgar

SUMMARY

The objective of the investigation was to know the relationship between the duration of the expulsive period in primigestas and the Apgar of the term newborn, treated at the Amazon Hospital of Yarinacocha-Pucallpa. 2018. The study was relational, observational, retrospective, cross-sectional and analytical during the 2018 period. A simple random probabilistic sampling was performed, the sample consisted of 254 medical records. The instrument used was the data collection sheet (medical records), a bivariate analysis was performed and for the inferential analysis with the Chi-square statistical test whose p-value is <0.05 . These results were: with expulsive periods greater than 30 minutes, there is 2.4% of newborns with Apgar less than 7 per minute and 0.4% of newborns with Apgar less than 7 at 5 minutes. It was concluded that the duration of the expulsive period in primigestas is significantly related to the results of the Apgar, with expulsive periods of 1 to 2 hours there are 0.4% of newborns with Apgar from 0-3 per minute and 0.4% of newborns with Apgar 4-6 at 5 minutes.

Keywords: Duration of the expulsion period / Apgar score

INTRODUCCIÓN

Desde siempre, el momento del trabajo de parto, el parto propiamente dicho y el nacimiento de un nuevo ser han sido percibidos por nuestra especie como una situación crítica. Esto se debe a los riesgos que este maravilloso proceso fisiológico conlleva, correspondiendo aún hoy al período de mayor morbimortalidad a la que cada individuo se enfrenta potencialmente en toda su vida. El logro como resultado de un parto de un recién nacido con el menor riesgo posible para su desarrollo futuro siempre ha sido el empeño principal de los profesionales de la salud.¹

Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tiene por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos.

El trabajo de parto se divide en tres periodos, el primero corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino; el segundo a la expulsión del feto y el tercer periodo consiste en la salida de los anexos fetales (placenta y membranas).²

El parto puede adoptar múltiples variedades y ahí que podemos clasificar los partos de diferentes maneras; en primer lugar, suele distinguirse entre parto eutócico, que sería el que transcurre según patrones de absoluta normalidad, el parto distócico, en el que se presenta cualquier anomalía que le hace discurrir fuera de los cauces normales.³

Las contracciones del músculo uterino suministran la fuerza y presión que borra, dilata el cuello, expulsa el feto y la placenta. Las contracciones de los músculos toraco-abdominales (esfuerzos de pujo) cooperan en la expulsión del feto.²

En 1954, Friedman estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto, para lo cual planteó una curva normal de dilatación sigmoidea y de descenso hiperbólico. Dividió el período de dilatación en dos fases: la latente y la activa del trabajo de parto. La primera puede prolongarse hasta 20 horas en nulíparas y 14 en multíparas, pero con 6,4 y 4,8 horas como promedio, respectivamente; aquí las contracciones siguen un patrón regular, aunque de baja intensidad y duración, con dilatación cervical muy lenta, por lo que su trazo y la curva son casi planos.⁴

Primer período

Es el periodo que transcurre desde su comienzo hasta que se produce la dilatación completa del cuello alcanzando un diámetro de 10 cm. Es el período más largo del parto, comprendiendo así dos fases: borramiento y dilatación propiamente dicha del cuello.

El borramiento suele iniciar durante la fase latente, antes de la fase activa del parto. Y también es frecuente, sobre todo en las multíparas, que haya previamente al trabajo activo una cierta dilatación del cuello. A partir del inicio clínico del parto, borramiento y dilatación se realizan de manera sucesiva en las primíparas, mientras que en las multíparas son hasta cierto punto fenómenos simultáneos, por lo menos hasta que se alcanza una dilatación de unos 4-5cm.

Segundo periodo

Es el periodo que transcurre entre el final de la dilatación del cuello uterino y la salida total del feto al exterior.

Desde el comienzo del periodo expulsivo hasta el final, las contracciones uterinas son más fuertes, duraderas y frecuentes. Lo habitual es que la actividad uterina se mantenga y que contracciones de 60-70mmHg, con una duración clínica de 60 segundo, se sucedan cada dos o tres minutos.

La duración del periodo expulsivo es relativamente breve. Por término medio dura unos 20 minutos en la múltipara y unos 45 minutos en la primípara, lo habitual era considerar que en cualquier caso el expulsivo no debería durar más de dos horas y si tal limite se alcanzaba debería de recurrirse a la extracción fetal con maniobras operatorias.

Tercer periodo

Una vez extraído el niño comienza el periodo de alumbramiento. En principio la actitud será expectante. Hay que aguardar que la placenta se desprenda y para saber que esto ha sucedido, se recurre a los signos de desprendimiento. Tras comprobar que la placenta se ha desprendido, se solicita a la paciente que haga esfuerzos para contraer la prensa abdominal a fin de lograr la expulsión de aquella al exterior.³

El período más crucial de la vida humana corresponde a las primeras 24 horas que siguen al nacimiento. En este periodo la morbilidad y la mortalidad son elevadas, por lo que es necesario prevenir y conocer los factores de riesgo que puedan interferir en su normal desarrollo.⁵

La mayoría de los embarazos y partos tienen una evolución fisiológica y se trata de un evento normal; lo que caracteriza el periodo neonatal es la adaptación a la vida extrauterina.⁶

En 1952, la Dra. Virginia Apgar desarrolló un sistema de evaluación sencilla y aplicación rápida para determinar las condiciones clínicas al nacimiento de los neonatos; la evaluación se realizaba al minuto de nacimiento; sin embargo, posteriormente se empezó a valorar a los 5 minutos con fines pronósticos de mortalidad a corto y mediano plazo; así, un puntaje de 7 o más determina buenas condiciones del neonato: a menor puntaje mayor deterioro. El puntaje Apgar consiste en evaluar 5 características fácilmente identificables (frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja, y color) y asignarle a cada una de ellas un valor de 0 a 2. Un valor de 7 o mayor indica que la condición del neonato es buena o excelente, se realiza al minuto y a los 5 minutos, de los 2 scores, el de los 5 minutos es considerado como el mejor predictor de sobrevivencia en la infancia.⁷ Por tal motivo, la investigación se organizó en cuatro capítulos. En el primero comprende fundamentación y planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos, justificación e importancia y limitaciones del estudio.

El segundo capítulo se compone por el marco teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, conceptos fundamentales para el sustento del problema, marco situacional, términos básicos, formulación de hipótesis, identificación de variables y definición operacional de variables, dimensiones e indicadores.

En el tercer capítulo se expone la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: nivel de investigación, tipo de estudio, diseño de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnica de procesamiento y análisis de datos.

En el cuarto capítulo tenemos el análisis de los resultados descriptivos y los resultados inferenciales.

Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones.

También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

La organización mundial de la salud (OMS) indica que las primíparas cuentan con una duración media del expulsivo de aproximadamente 45 minutos. La asociación entre un período expulsivo prolongado con hipoxia fetal y acidosis fue un incentivo para acortar el expulsivo del parto incluso en la ausencia de esfuerzo materno o problemas fetales".⁸

El acortamiento del periodo expulsivo de manera intencionada produce un aumento del parto instrumental y éste, a su vez, está relacionado con un incremento de la morbilidad materna y neonatal.⁹

Por lo que, la duración del período expulsivo es relativamente breve. Por término medio dura unos 20 minutos en la múltipara y unos 45 minutos en la primípara. Normalmente lo habitual era considerar que en cualquier caso el expulsivo no debería durar más de 2 horas y si tal límite se alcanzaba debería recurrirse a la extracción fetal con maniobras operatorias. Mientras otros consideran que no debería permitirse una hora de expulsión, la escuela de Caldeyro Barcia estima que no existen riesgos para el feto en períodos expulsivos más prolongados, siempre que a la mujer se le permita pujar a su albedrío, sin instalar a unos esfuerzos excesivos en cada contracción.³

Según Williams el periodo expulsivo comienza cuando se completa la dilatación uterina y termina con el nacimiento del feto. Su duración

promedio se aproxima a 50 min en nulíparas, y alrededor de 20 min en multíparas, pero es muy variable (Kilpatrick y Laros, 1989)

La segunda fase puede prolongarse de manera anormal en una paciente con estrechez pélvica, un feto grande o esfuerzos para la expulsión inadecuados debido a analgesia para conducción o sedación. Robinson et al. (2011) encontraron que el incremento en el índice de la masa corporal materna no interfiere con la segunda fase del trabajo de parto.¹⁰ Morales Panez en su estudio del 2011; La duración del período expulsivo depende de varios factores, como la paridad, la edad de la madre, la posición de la paciente durante el mismo (vertical, litotomía, lateral), la utilización o no de analgesia epidural (tipo y concentración del anestésico) el comienzo de su aplicación, el tipo de administración ya sea continúa o intermitente.¹¹

Según la sociedad española de ginecología y obstetricia (SEGO) la duración clínica aproximada de este periodo es de 60 minutos en nulíparas y de 30 minutos en multíparas. este concepto ha cambiado desde la introducción de la analgesia en el parto, se considera normales los tiempos de 2 horas de expulsivo en primigestas y de 1 hora en multíparas.¹²

Según el colegio americano de obstetras y ginecologos (ACOG) el expulsivo prolongado se define de cuando su duración sobrepasa en las nulíparas las 3 horas con epidural, y las 2 horas sin epidural; y en gestantes multíparas, su duración es mayor de 2 horas con epidural, y 1 hora sin epidural. Sin embargo, si existe una progresión continúa del

descenso y no hay evidencia de afectación fetal (frecuencia cardiaca), se podría prolongar más tiempo el expulsivo sin incrementar la morbilidad neonatal.¹³

En la actualidad a nivel mundial, el Apgar bajo es uno de los problemas que está generando la morbimortalidad neonatal y deterioro neurológico, el cual presenta diferentes cifras según el desarrollo de los países y de los regímenes en el área de salud integral y educación⁵. Se han definido múltiples factores relacionados con Apgar bajo al nacer especialmente durante el período prenatal, con patologías asociadas a la salud materna, con situaciones acontecidos durante el periparto y fundamentalmente las características individuales del neonato.¹⁴

Se evalúa al nacer la puntuación de Apgar y se señala en el mundo que el 10 % de los recién nacidos requieren en algún momento maniobras de resucitación al nacer, por presentar diversos grados de depresión; y aunque es variable lo reportado por diferentes autores, en cuanto a la incidencia de Apgar bajo al nacer, la mayoría coincide en plantear una elevada incidencia, se comporta de 1-1,5 % en recién nacidos a término y un 7 % en pretérminos.¹⁵

Señaló que en el mundo el 10 % de los recién nacidos requieren en algún momento maniobras de resucitación al nacer, por presentar diversos grados de depresión. “El Test de Apgar ha demostrado a través de los años ser de gran utilidad para evaluar la condición física del recién nacido al momento de nacer y determinar la necesidad inmediata de

cualquier emergencia médica, pero no sólo está relacionado con la supervivencia, sino que también con una serie de enfermedades”¹⁶

El 90% de los recién nacidos (RN), no requieren ninguna intervención para hacer la transición de la vida intra a la extrauterina. En este periodo (primeras 4-6 horas de vida) es que se producen una serie de cambios fisiológicos que son fundamentales para garantizar la supervivencia del nuevo ser.¹⁷

Según Williams la calificación del Apgar, es un recurso clínico útil para identificar a aquellos recién nacidos que necesitan reanimación, así como valorar la eficacia de cualquier medida relacionada.

La calificación de Apgar al minuto refleja la necesidad de reanimación inmediata y a los 5 minutos, y en particular el cambio de la calificación entre los minutos 1 y 5 es un útil índice de la eficacia de los esfuerzos de reanimación. La calificación a los 5 minutos también tiene importancia para el pronóstico de la supervivencia neonatal; en conclusión, el sistema de calificación de Apgar es tan relevante para predicción de la supervivencia neonatal como lo fue hace 50 años.¹⁸

La mayoría de las muertes neonatales son evitables llevando a cabo intervenciones eficaces y basadas en evidencias para la atención de las madres y los recién nacidos antes, durante e inmediatamente después del parto. Estas intervenciones deben ser aplicadas a las familias, las comunidades y las unidades de salud, en el marco del continuo del proceso de atención.¹⁹

Investigadores de la Universidad Católica de Chile consideran que la asfixia ocurre en el 85 % durante el parto, período expulsivo, y que se expresa clínicamente al nacer como una depresión cardiorrespiratoria, que si no es tratada oportunamente agravará esta enfermedad. Otros estudios clínicos le han dado importancia a la infección y algunas enfermedades maternas, considerando que estas parecen aumentar el efecto de la asfixia.²⁰

El ministerio de salud (MINSA) durante el 2012, de acuerdo a información proporcionada por el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Perinatal Neonatal de la Dirección General de Epidemiología (SNVEPN) en Perú, reporta a la asfixia (16%) dentro de las principales causas de muerte neonatal relacionadas con morbilidad que afecta a la madre durante la gestación y en el momento del parto.²¹ Para la población de parturientas de bajo riesgo, este período expulsivo, en posición semisentada tiene una duración mediana (p₅₀) de 15 minutos (Schwarcz 1987).²

Un recién nacido cuyo estado neonatal es considerado normal es aquel cuya edad gestacional se encuentra entre las 37 y 42 semanas, su peso es el adecuado para la edad gestacional, es decir, está comprendido entre los percentiles 10-90, carece de patología presente o probable y presenta una buena adaptación a la vida extrauterina. Aproximadamente entre un 80-85% de los RN se encuentran en esta situación, considerándose por tanto RN sanos.²²

Son estas razones que ha llevado a que se plantee una interrogante, que será el centro de la presente investigación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Qué relación existe entre la duración del periodo expulsivo en primigestas y el Apgar del recién nacido a término atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ❖ ¿Cuáles son las características socio-demográficos de las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018?
- ❖ ¿Cuál es la duración del periodo expulsivo en primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018?
- ❖ ¿Cuál es el Apgar al minuto de los recién nacidos a término atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa. 2018?
- ❖ ¿Cuál es el Apgar a los cinco minutos de los recién nacidos a término atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Conocer la relación de la duración del periodo expulsivo en primigestas y el Apgar del recién nacido a término atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018.

1.3.2. Objetivos Específicos

- ❖ Determinar las características socio-demográficos de las primigestas.
- ❖ Identificar la duración del periodo expulsivo en primigestas.
- ❖ Precisar el Apgar al minuto de los recién nacidos a término.
- ❖ Precisar el Apgar a los cinco minutos de los recién nacidos a término.

1.4. Justificación e importancia de la investigación

En base a las teorías existentes, estudios realizados y además a las experiencias desarrolladas durante las prácticas clínicas preprofesionales sabemos que la duración del periodo expulsivo en primigestas es variable y se le realiza la puntuación de Apgar a todo recién nacido vivo, que una puntuación del test de Apgar bajo nos indica que el recién nacido tuvo una depresión por diversos factores.

Entonces la presente investigación se justifica por las siguientes razones: es para incrementar conocimientos sobre la atención del trabajo de parto, periodos del trabajo de parto sobre todo la duración del segundo periodo del trabajo del parto y también sobre la puntuación del

test de Apgar del recién nacido, siendo de mucha ayuda en el ámbito nacional, regional e internacional.

Concientizar a todos las obstetras, encargados directos de la atención del parto, es ahí donde realizamos maniobras, técnicas y estrategias para evitar posibles complicaciones tanto materno y neonatal, evitando así que la paciente termine en cesárea innecesaria.

En cuanto al recién nacido, saber evaluar la puntuación del test de Apgar lo cual está dentro de la atención inmediata y nos compete realizarlo porque muchas veces en las zonas alejadas del país no contamos con especialistas; el presente estudio servirá como punto de referencia para conocer la relación que existe entre la duración del periodo expulsivo y el Apgar del recién nacido.

Asimismo, ayudará a crear nuevos instrumentos para ser aplicados por otros investigadores y servirá como referencia bibliográfica para la realización de futuros trabajos.

1.5. Limitaciones de la investigación

En el desarrollo de esta investigación se han presentado las siguientes limitaciones:

- Ausencia de antecedentes a nivel local por la cual esta investigación será de mucha utilidad para otros estudios.
- Falta de financiamiento por parte del Hospital Amazónico de Yarinacocha y otras instituciones.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Revisión de estudios realizados

2.1.1. Antecedentes a nivel internacional

En Nicaragua en el año 2016, Peña Chavarría,²³ realizó un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a asfixia perinatal, hospital alemán nicaraguense, Managua, en el período enero a junio 2015”, con el objetivo de analizar los principales factores asociados a la asfixia al nacimiento, el estudio fue analítico, tipo caso control. La muestra estuvo constituida por el número de recién nacidos vivos durante el periodo de estudio (40 casos, y 80 controles con relación 1:2) seleccionados por conveniencia; siendo un estudio de 2 controles por cada caso. Teniendo como hipótesis que los factores de riesgo intraparto y los del periodo del expulsivo representan el mayor riesgo para desarrollar asfixia al nacer”. Concluyó que los factores de riesgo intraparto y del período expulsivo fueron los más frecuentes y los que más influyeron en el desarrollo de asfixia y también indica que la hipótesis planteada al inicio del estudio ha sido corroborada al obtener los resultados de los factores que influyeron en el desarrollo de las asfixias, siendo los más frecuentes, los presentes en el período intraparto y en el período del expulsivo.

En Cuba en el año 2011, Bandera, Goire y Cardona,²⁴ desarrollaron un estudio titulado “Factores epidemiológicos y APGAR bajo al nacer

en el Hospital Materno Provincial Docente Mariana Grajales Coello”, con el objetivo de identificar la posible asociación causal entre el índice de Apgar bajo y algunos factores epidemiológicos. Se realizó un estudio analítico, observacional de tipo caso-control, relacionado con algunos factores epidemiológicos que inciden en la ocurrencia de Apgar bajo al nacer. Fueron identificados como casos, la totalidad de los recién nacidos 71 con puntaje de Apgar al minuto inferior a 7, se seleccionaron 142 controles, 2 controles por cada caso estudiado. Los resultados que obtuvieron fueron: la edad materna y la edad gestacional al parto, el meconio en el líquido amniótico, las anomalías del cordón umbilical, el parto distócico y la restricción del crecimiento intrauterino están relacionados con el índice de Apgar bajo al nacer. Concluyeron que la depresión al nacer se asoció causalmente con las anomalías del cordón umbilical y el líquido amniótico meconial, teniendo asociación significativa la desnutrición fetal intrauterina, la edad gestacional al parto < 37 semanas y > 42 semanas y la presentación fetal distócica.

En África en el año 2010, Armando L. e Ysidrón I.,²⁵ realizaron un estudio titulado “Factores relacionados con el Apgar bajo al nacer del Hospital Materno de Referencia Nacional de Asmara-Eritea”, cuyo objetivo fue mostrar el comportamiento de algunos factores relacionados con el puntaje de Apgar bajo al nacer. Se realizó un estudio analítico, prospectivo, de tipo caso-control de las embarazadas que tuvieron recién nacido con un Apgar igual o menor de 3 puntos. Los resultados indicaron que la duración del trabajo de parto y del

período expulsivo, el modo de comienzo y terminación del parto, el uso de oxitocina, los antecedentes obstétricos desfavorables, las patologías crónicas asociadas al embarazo, el meconio en el líquido amniótico, la edad gestacional al parto y el peso del recién nacido están relacionados con el índice de Apgar bajo al nacer. Concluyeron que el antecedente de hipoxia perinatal anterior, la enfermedad hipertensiva gravídica, el uso de oxitocina en cualquier momento del trabajo de parto, el mayor tiempo de duración del período expulsivo, la presencia de líquido amniótico meconial y el recién nacido con bajo peso al nacer son factores más relacionados con el alto índice de Apgar bajo al nacer.

En Chile en el año 2007, Salvo, Flores, Alarcón, Nachar y Paredes,²⁶ desarrollaron un estudio titulado “Factores de riesgo de test de Apgar bajo en recién nacidos en el Hospital Santiago Oriente”, cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo maternos, perinatales y neonatales asociado a un puntaje de Apgar bajo. Se realizó un análisis multivariado con un modelo de regresión logística para identificar los factores de riesgo, se analizaron los datos de 57 241 recién nacido. Tuvieron como resultados 1167 presentaron un Apgar ≤ 3 al minuto (2,1%) y 291 presentaron además un puntaje ≤ 5 a los 5 minutos (0,5%). Los factores de riesgo de Apgar bajo estadísticamente significativos fueron: RN de muy bajo peso, malformaciones congénitas mayores, RN pequeño para la edad gestacional, RN pre término, embarazo de 42 semanas, expulsivo prolongado, fórceps, desprendimiento placentario y líquido amniótico con meconio. En tanto,

concluyeron que los factores de riesgo de Apgar bajo deben ser considerados para un adecuado manejo perinatal.

2.1.2. Antecedentes a nivel nacional

En Lima en el año 2017; Mejia Jara y Daniel Alonso²⁷, realizaron un estudio titulado: “relación de circular de cordón y Apgar en recién nacidos a término de parto eutócico atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho. Enero – Julio 2017”, con el objetivo de determinar la relación que existe entre circular de cordón y Apgar en recién nacidos a término. Fue un estudio descriptivo y retrospectivo que se realizó en una muestra de 265 neonatos; el instrumento que se utilizó fue una ficha de recolección de datos y para el análisis de la confiabilidad se utilizó la prueba de alfa de Crombach, consiguiendo un coeficiente de confiabilidad de 0.95 y en cuanto a los análisis de los datos recopilados y las asociaciones, se aplicó la prueba de correlación de Pearson y el Coeficiente de contingencia con un rango de confiabilidad de 95%. como resultado en la mayoría se presentó circular simple con un 78,11% luego le sigue el circular doble con un 20,38%, la mayoría de recién nacidos obtuvieron un puntaje de entre 7-10 con un 95,06, le sigue un 4,53% de casos de recién nacidos con Apgar 4-6 y por último un 0,38% de recién nacidos con Apgar de entre 0 y 3. La mayoría de recién nacidos con circular de cordón simple, tuvo un Apgar de 7 a 10 con un 97,1%, en el caso del circular doble, se encuentra un 90,7% de recién nacidos con Apgar al minuto de entre 7 a 10, y un 9,3% de recién nacidos con depresión moderada (4 a 6), en el circular triple el 50% de

recién nacidos resulto ser vigoroso, mientras que el otro 50% obtuvo depresión moderada. Concluyeron que existe relación entre el circular de cordón y Apgar en recién nacidos a término.

En Cajamarca del 2017; Dwany Coba,²⁸ realizó una investigación sobre “trabajo de parto disfuncional y Apgar del recién nacido en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca de marzo a agosto del 2017”; con el objetivo de determinar la relación del trabajo de parto disfuncional y el Apgar del recién nacido. Fue estudio de naturaleza transversal, descriptivo, correlacional; en 155 mujeres que presentaron un trabajo de parto disfuncional; el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos y para el análisis estadístico se hizo uso la prueba de Chi Cuadrado. Como resultado obtuvo que el 43,2% de mujeres pertenecen al grupo de edad de 25 a 34 años y el 56,8% a la zona rural, el 51% fueron multíparas, el 46,5% pertenece al grupo sin periodo intergenésico y el tipo de parto que predominó fue la cesárea 60%. El Apgar de los RN al minuto fue: el 60,6% nació en buenas condiciones (7 a 10), el 20,0% tuvo asfixia moderada (4 a 6) y un 10,3% presentó asfixia grave (0 a 3). El Apgar a los 5 minutos fue: 78,7% nació en buenas condiciones, el 16,1% tuvo asfixia moderada, el 5,2% presentó asfixia grave. La mayoría de mujeres presentó alteraciones de la fase activa (60%) mientras que en menor proporción presentaron parto precipitado (11.6%). De las madres con alteraciones de la fase activa el 26,4% tuvo asfixia grave al minuto y el 7,8% a los 5 minutos. De los RN producto de expulsivo

prolongado el 33,6% nació con asfixia grave al minuto y el 9,1% a los 5 minutos. De los partos precipitados el 39,3% y el 57,1% tuvieron asfixia grave al minuto de vida y a los 5 minutos respectivamente. Concluyó que existe una relación significativa entre las variables trabajo de parto disfuncional y Apgar del recién nacido.

En Lima en el 2016; Torres Derly,²⁹ realizó un estudio sobre “factores de riesgo asociados a score de APGAR bajo en el servicio de neonatología del hospital de ventanilla de julio a diciembre del 2016” con el objetivo de determinar los factores de riesgo que se asocian a score de Apgar bajo en el servicio de Neonatología del Hospital de Ventanilla con el métodos: una investigación analítica, retrospectiva de tipo caso control en 160 recién nacidos en el servicio de neonatología del Hospital de Ventanilla, divididos en 2 grupos:80 recién nacidos con Apgar <7 y 80 con Apgar ≥7.Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS V 22.0 utilizando para el análisis OR con IC95%, y la prueba chi -cuadrado $p < 0.05$. Se encontraron los siguientes resultados como los factores de riesgo fueron el embarazo adolescente (OR=3.6 $p < 0.003$), ITU en gestantes (OR=4.0 $p < 0.000$), Preeclampsia (OR=4.5 $p = 0.015$), cesárea (OR=2.33 $p < 0.020$), prematuridad (OR=4.0 $p < 0.012$), bajo peso al nacer (OR=5.5 $p < 0.016$), liquido meconial espeso (OR=8.2 $p < 0.002$) circular de cordón (OR= 4.9 $p < 0.00$), control prenatal deficiente (OR= 4.5 $p = 0.00$). Concluyó que los factores de riesgo que se asocian a score de Apgar bajo al nacer fueron el embarazo adolescente, la Preeclampsia, ITU en gestante, el tipo de parto

“Cesárea”, el líquido meconial espeso, la prematuridad, el bajo peso al nacer, el circular de cordón y la atención prenatal deficiente.

En Iquitos en el año 2016; Bach. Patsy Flores,³⁰ Realizó un estudio sobre “Factores de Riesgo asociados a Apgar Bajo en Recién Nacidos atendidos en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García; enero-mayo 2016”; con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a Apgar Bajo en recién nacidos atendidos en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García. Fue un estudio de tipo no experimental de diseño analítico caso-control; La muestra de casos estuvo conformada por 39 recién nacidos con Apgar Bajo <7 puntos, La muestra de controles estuvo conformada por 39 Recién Nacido con Apgar Normal, se tomará un control por cada caso. Obtuvo como resultado, las características maternas que guardan relación con factores de riesgo de Apgar Bajo en recién nacidos fueron: las gestantes adolescentes (OR=1.289), gestantes añosas (OR=1.914), estudios secundarios (OR=1.696), gestantes con < 6 APN (OR=1.425) y no APN (OR=1.542). Las complicaciones presentes durante el embarazo que fueron factor de riesgo para presentar Apgar Bajo en Recién nacido fueron la Hipertensión inducida por el embarazo (OR=1.488) y Parto Prolongado (OR=1.000). Las características del recién nacido que guardan relación con factores de riesgo de Apgar Bajo fueron Bajo peso al nacer (OR=11.400) y pretérmino por capurro (OR= 3.438). Concluyó que existe asociación entre factores de riesgo materno con Apgar bajo, dentro de los factores de riesgo maternos considerados: Edad, grado

de instrucción, controles prenatales, infecciones, trastornos hipertensivos del embarazo, parto prolongado, bajo peso al nacer y recién nacido pretérmino por capurro.

En Chiclayo en el año 2014, Arbildo Muñoz y Ramirez Echeandia,³¹ realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo a Apgar bajo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes, cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo a Apgar bajo, es un diseño de investigación no experimental, de carácter retrospectivo comparativo de casos y control. Resultados: el análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo fueron: placenta previa (OR:17,11; $p<0.01$), desprendimiento prematuro de placenta (OR: 9,77; $p<0.01$), liquido meconial verde espeso (OR: 9,9; $P<0.01$), desproporcion cefalopelvica (OR: 3.11; $p<0.01$), trabajo de parto prolongado (OR: 8.88; $p<0.01$), alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal (OR: 2.78; $p<0.05$). Concluyeron que la placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, liquido meconial verde espeso, desproporcion cefalopelvica, trabajo de parto prolongado y las alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal son factores de riesgo a Apgar bajo al nacer.

En Trujillo en el año 2014. Arana,³² realizó un estudio sobre “Factores de riesgo asociados a puntaje de Apgar bajo al nacer en neonatos del hospital belén de Trujillo periodo enero 2009 - diciembre 2013”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a puntaje Apgar bajo al nacer. Se realizó un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de

estudio estuvo constituida por 84 neonatos según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: con y sin puntaje Apgar bajo al nacer. El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo fueron: prematuridad, bajo peso al nacer, la preeclampsia, el periodo expulsivo prolongado, el líquido amniótico meconial y la cesárea. Concluyó que la prematuridad, el bajo peso al nacer, la preeclampsia, el expulsivo prolongado, el líquido amniótico meconial y la cesárea son factores de riesgo asociados a puntaje APGAR bajo al nacer.

Huánuco en el año 2014, CARPIO Eveling,³³ realizó un estudio sobre “factores relacionados con Apgar bajo al nacer en neonatos atendidos del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco”. Con el objetivo de determinar los factores que se relacionan con Apgar bajo al nacer. Se realizó un estudio relacional, observacional, retrospectivo, transversal y analítico durante el periodo 2014. La población estuvo conformada por 2065 historias clínicas de neonatos y 2065 Historias Clínicas de madres. Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, la muestra fue 360 historias clínicas de neonatos y 360 historias clínicas de las madres del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano nacidos durante el periodo 2013. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos y se realizó un análisis bivariado y para el análisis inferencial con la prueba estadística Chi cuadrado. Como resultado se obtuvo que los factores maternos que se relacionaron significativamente con Apgar bajo al

nacer fueron: La edad materna: < 15 años o > 35 años (16,9%), patologías maternas asociadas al embarazo: hipertensión arterial (16,7%), infección urinaria (12,2%), preeclampsia (13,1%), anemia (8,1%) y placenta previa (2,8%), parto cesárea (20,8%) y presentación podálica (15%). Concluyó que se evidenció resultados estadísticamente significativos a través de la prueba chi cuadrado lo que le permitió aceptar la hipótesis alterna y concluir que los factores maternos que se relacionan con Apgar bajo al nacer son: La edad materna: < 15 años o > 35 años, patologías maternas asociadas al embarazo: hipertensión arterial, infección urinaria, pre-eclampsia, anemia y placenta previa, parto por cesárea y presentación podálica con una significancia estadística de ($P \leq 0,05$).

En Huánuco en el año 2013, Romero y Flores,³⁴ realizaron un estudio, titulado "Periodo expulsivo en primigestas adolescentes relacionado al test de Apgar. Hospital Manuel Higa Arakaki Satipo – 2013, con el objetivo de determinar la influencia de la duración del periodo expulsivo en primigestas adolescentes en la relación del test de Apgar del recién nacido. Realizaron un estudio descriptivo relacional, observacional, retrospectivo, transversal y binario. Como resultado obtuvieron: datos demográficos, edad de 17 años tuvo un porcentaje de 35%, estado civil el 67% de adolescentes son convivientes, en el grado de instrucción termino primaria. Duración del periodo expulsivo normal de 10 a 29 minutos tuvo un 90%, y expulsivo patológico de 60 a 119 minutos un 4%. Puntuación de test de Apgar normal de 9 a 10

fue de 46%, y el Apgar patológico de 4 a 6 fue de 4%. Concluyeron que el tiempo de duración del periodo expulsivo influye significativamente en la puntuación de Apgar en el recién nacido.

En Lima en el año 2011, Melgarejo y Morales,³⁵ realizaron un estudio, titulado “Duración del periodo expulsivo en gestantes adolescentes de 15 a 19 años y la adaptación neonatal inmediata del recién nacido a término en relación a la puntuación de Apgar Instituto Nacional Materno Perinatal”, con el objetivo de determinar si la duración del periodo expulsivo tiene una influencia sobre la adaptación neonatal inmediata del recién nacido a término. Realizaron un estudio descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal. Como resultado obtuvieron, una frecuencia de 55 % de recién nacidos con una puntuación de Apgar menor a 7 al minuto con duración del expulsivo mayores a los 30 minutos y la frecuencia de recién nacidos con APGAR menores a 7 al minuto en pacientes adolescentes con duración del periodo expulsivo menores a los 30 minutos, solo existe un 2.2% del total de partos, 33% de recién nacidos con puntuación de Apgar menor a 7 a los 5 minutos con duración del expulsivo mayor a los 30 minutos, y un porcentaje de 67% con Apgar adecuado. Aquellas adolescentes que tuvieron un periodo expulsivo entre 4 a 29 minutos. 4 recién nacidos presentan una puntuación de Apgar menor a 7, representando un 2% del total de partos. Concluyeron que la duración del periodo expulsivo influye de manera significativa en los resultados del Apgar, con periodos expulsivos mayores a 30 minutos existe 36.8 veces más

riesgo de recién nacidos con APGAR menor a 7 al minuto y 10.4 veces más riesgo de APGAR menor a 7 a los 5 minutos. En el estudio no se encontró periodos expulsivos prolongados.

En Huánuco en el 2011, Vargas y Lastra,³⁶ desarrollaron un estudio titulado “Factores que influyen en el APGAR bajo al nacer en los neonatos del Hospital Carlos Showing Ferrari 2008-2010” cuyo objetivo fue determinar qué factores maternas y neonatales influyen en el Apgar bajo al nacer en los neonatos, realizaron un estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico de tipo caso control. La población estuvo conformada por 2620 historias clínicas de neonatos, con una muestra de 328 Historias Clínicas, seleccionando 82 historias clínicas para los casos y otras 82 historias clínicas para los controles, realizaron un análisis bivariado. Presentaron como resultados que los factores que influyen en el Apgar bajo al nacer fueron: 34,1% de madres de procedencia rural 23,2% madres adolescentes; 11,0% de madres con pre-eclampsia, 46,3% tuvieron parto distócico, 37,8% parto inducido y en cuanto a los neonatos fueron: 8,5% de neonatos con edad gestacional pre-término y 28% de neonatos con bradicardia. concluyeron que el Apgar bajo al nacer se encuentra relacionado con los factores sociodemográficas de la madre como: la madre de procedencia rural, factores biológicos: las madres adolescentes, factores patológicos: madres con eclampsia; características obstétricas: tipo de parto distócico, trabajo de parto inducido y

finalmente con los factores neonatales como: neonatos con edad gestacional pre-término y neonatos con bradicardia.

2.1.3. Antecedentes a nivel local

En nuestro medio no se han encontrado otras investigaciones similares a este estudio.

2.2. Conceptos fundamentales

Trabajo de parto

Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos.

El trabajo de parto se divide en tres periodos el primero corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino; el segundo a la expulsión del feto, y el tercer periodo consiste en la salida los anexos fetales (placenta y membranas).

Las contracciones del músculo uterino suministran la fuerza y presión que borra, dilata el cuello, expulsa al feto y la placenta. Las contracciones de los músculos toraco- bdominales (esfuerzos de pujo) cooperan en la expulsión del feto.

a. Fenómenos activos del trabajo de parto

Estudio fisiológico de la contracción uterina. Se realiza por métodos topográficos internos y externos.

Características

- Intensidad: elevación de presión en las contracciones.
- Frecuencia: número de contracciones en 10 minutos.

- Actividad uterina: producto de la intensidad por la ciencia.
- Tono: menor valor de la presión entre las contracciones.
- Trabajo uterino: suma de las intensidades de las contracciones de todo el parto medidas en mm Hg.

Actividad. Primeras semanas:

- Pequeñas contracciones frecuentes
- Contracciones de Braxton Hicks; una por hora.
- Después de las 30 semanas: mayor frecuencia e intensidad de las contracciones de Braxton Hicks.
- A las 36 semanas: 15 a 20 UM (comienzo del parto).
- A las 39 semanas: 30 a 40 UM.
- Trabajo de parto: se inicia con una actividad de 80 a 100 UM y hacia el final del parto llega a 250 UM.

No existe límite definido entre embarazo, parto y parto; se inicia cuando la actividad es de 80 a 100 UM y el cuello presenta 2 cm de dilatación. La onda contráctil comienza en las zonas denominadas "marcapasos", ubicadas cerca de la implantación de las trompas, y se caracteriza por un triple gradiente descendente (TGD):

El sentido descendente de la propagación de la onda; la duración y la intensidad de la contracción disminuye a medida que se aleja de los marcapasos.

Este TGD es de importancia para lograr la dilatación del cuello, y esta coordinación entre las distintas partes del útero es característica de la dinámica normal.

El estudio clínico de la contracción uterina durante el trabajo de parto. Iniciación franca, a veces insidiosa. Presenta contracciones involuntarias, rítmicas y dolorosas caracterizadas por: frecuencia: comienzan cada 20 a 25 minutos; al final cada 2 a 3 minutos; duración: de 15 a 20 segundos a 40 a 50 segundos; Cada contracción presenta tres periodos: incremento, acmé y decremento. Acción de la prensa abdominal. No es indispensable, pero es importante (la necesidad de pujar aparece cuando la bolsa o la presentación apoya en el piso de la pelvis.

b. Fenómenos pasivos del trabajo de parto

Desarrolla del segmento inferior. Borramiento y dilatación del cuello. En la nulípara el borramiento precede a la dilatación; en la multípara son simultáneos³⁷.

Etapas del parto

En todo parto que evolucione por vía vaginal se suceden tres periodos: periodo de dilatación, periodo expulsivo y de alumbramiento. Y ello sucede independientemente de cual sea la presentación fetal. Lo que variara en cada caso, según la parte fetal que se presente, son los movimientos que ejecuta el feto; estos movimientos son los que se conocen como mecanismo del parto.³

I. Primer periodo del trabajo de parto (Periodo de dilatación)

Es el periodo del parto que transcurre desde su comienzo hasta que se produce la dilatación completa del cuello. Es el periodo más se dice

que la dilatación es completa cuando el cuello llega a dilatarse tanto como para permitir el paso del feto a su través. En un parto a término con feto bien desarrollado, la dilatación completa se alcanza cuando el diámetro del cuello es de unos 10 cm.

El periodo de dilatación comprende dos fases: borramiento y dilatación propiamente dicha del cuello.

El borramiento suele iniciar durante la fase latente, antes de la fase activa del parto. Y también es frecuente, sobre todo en las multíparas, que haya previamente al trabajo activo una cierta dilatación del cuello.³

Contracciones

Al principio son poco intensas (apenas alcanza los 30 mmHg) y, escasamente dolorosas. Sin embargo, progresivamente se hacen más intensas hasta llegar a superar los 50 mmHg.³

Friedman inició un abordaje científico (1954) al describir un patrón sigmoideo característico del trabajo de parto mediante la graficación de la dilatación del cuello uterino con respecto al tiempo. Este método gráfico basado en observaciones estadísticas cambió la atención del trabajo de parto.

Se definen dos fases de la dilatación del cuello uterino. La fase latente corresponde a la división preparatoria y la fase activa a la de dilatación. Friedman subdividió la fase activa en fase de aceleración, de máxima pendiente y fase de desaceleración

➤ **Fase latente**

Definido por Friedman (1972), corresponde al momento en que la madre percibe contracciones regulares. La mayor parte de las mujeres termina entre los 3 y 5 cm de dilatación, un umbral que puede ser clínicamente útil porque define los límites de la dilatación, más allá de los cuales es de esperar un trabajo de parto activo.

Las curvas de trabajo de parto de nulíparas en quienes se diagnosticó el proceso a partir de su ingreso hospitalario, más que desde el inicio de las contracciones regulares.

Fase latente prolongada

Friedman y Sachtleben (1963) la definieron mayor de 20 h en la mujer nulípara y de 14 h en la multípara.

La condición desfavorable del cuello uterino, es decir, la existencia de tejido grueso, sin borramiento o dilatación, y el trabajo de parto falso. Después de la sedación intensa, 85% de las mujeres evoluciona hacia un trabajo de parto activo. En otro 10% las contracciones uterinas cesan, un trabajo de parto falso.

Friedman (1972) informó que la prolongación de la fase latente no influye de forma adversa sobre las tasas de morbilidad o mortalidad fetales o maternas, pero Chelmow et al. (1993) objetaron la creencia sostenida durante muchos años de que la prolongación de la fase latente es benigna.

➤ **Fase activa**

El avance del trabajo de parto en nulíparas tiene importancia particular, ya que estas curvas revelan un cambio rápido en la velocidad de la pendiente de dilatación del cuello uterino entre los 3 y 5 cm. Por consiguiente, se puede considerar de manera confiable que la dilatación del cuello uterino de 3 a 5 cm o mayor, en presencia de contracciones uterinas, es representativa del umbral del trabajo de parto activo.

Según Friedman (1955), la duración promedio de la fase activa del trabajo de parto en nulíparas fue de 4.9 h. Sin embargo, la desviación estándar de 3.4 h es amplia; también observó que las multíparas avanzaban algo más rápido en la fase activa del trabajo de parto, con una velocidad normal mínima de 1.5 cm/h. El descenso comienza en la fase tardía de la dilatación activa, que inicia entre los 7 y 8 cm en las nulíparas y se acelera después de los 8 cm³⁸.

Según SEGO: La velocidad de dilatación es muy variable según la paridad.

En nulípara la velocidad es de 1,2 cm/h, y en multíparas entre 1,2-1,5 cm/h.

Dentro de este periodo se distinguen varias fases:

- Fase de aceleración; desde los 2 cm de dilatación hasta los 4 cm.

- Fase de máxima velocidad; desde los 4 cm hasta los 9 cm de dilatación.
- Fase de desaceleración; desde los 9 cm hasta la dilatación completa.

La conducta ante una evolución normal en el periodo de fase activa se basa en dos pilares fundamentales: Uno es el control de la dinámica uterina, y otro en la valoración de la progresión del parto teniendo en cuenta el estudio clínico de la pelvis materna, dilatación cervical, posición de la cabeza fetal y altura de la presentación en relación a los planos de HODGE, anotando de forma periódica estos datos en el partograma.

Se recomienda intervenir en el curso espontáneo del parto sólo si se diagnostica una progresión inadecuada del descenso y/o la dilatación.³⁹

II. Segundo periodo del trabajo de parto (Periodo expulsivo)

Esta fase comienza cuando se completa la dilatación del cuello uterino y termina con el nacimiento del feto.

Su duración promedio se aproxima a 50 min en nulíparas, y alrededor de 20 min en multíparas, pero es muy variable. En una mujer con paridad mayor que cursó antes con dilatación de la vagina y el perineo, es posible que dos o tres esfuerzos para la expulsión una vez alcanzada la dilatación del cuello uterino sean suficientes para completar el nacimiento. Por el contrario, la segunda fase puede prolongarse de manera anormal en una mujer con estrechez pélvica,

un feto grande o esfuerzos para la expulsión inadecuados debido a analgesia de conducción o sedación.³⁸

Según la guía de prácticas clínicas y procedimientos en obstetricia y perinatología, se dice periodo expulsivo cuando la dilatación está completa y cuando la mujer siente una gran urgencia de pujar la duración máxima es de 2 horas en nulíparas y 1 hora en múltiparas.⁴⁰

Según la SEGO; La duración clínica aproximada de este periodo es de 60min en nulípara y de 30 min en múltiparas. Este concepto ha cambiado desde la introducción de la analgesia en el parto; se considera normales los tiempos de 2 horas de expulsión en primigestas y de 1 hora en múltiparas.³⁹

Control de la evolución del período expulsivo

Se controlarán las contracciones uterinas y el descenso de la presentación. En los casos en que la bolsa amniótica esté íntegra y no progrese el período de expulsión, se realizará una amniotomía, valorando el color y calidad del líquido amniótico. Si la progresión del expulsivo es adecuada, se respetará la integridad de la bolsa amniótica.

La duración de este período es controversial, pero en general se considera normal hasta 2 horas en primíparas y hasta 1 hora en múltiparas (en el caso de analgesia raquídea peridural se aumenta 1 hora respectivamente). A partir de este tiempo se hará diagnóstico de período expulsivo prolongado y la atención deberá ser realizada por el Ginecotocólogo.⁴¹

III. Tercer periodo del trabajo de parto (Periodo placentario normal, alumbramiento)

Es el periodo comprendido entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. En este lapso la placenta se separa de su inserción y se expulsa junto con las membranas ovulares.

La vigilancia y los cuidados obstétricos y del estado general materno son fundamentales. En este período se producen la mayoría de las hemorragias graves, que representan una de las principales causas obstétricas directas de muerte materna.

Tiempos del alumbramiento (tercer periodo del parto)

Este período comprende cuatro etapas: el desprendimiento de la placenta; el desprendimiento de las membranas; el descenso; la expulsión.

a) Desprendimiento de la placenta: Tan pronto como el feto se desprende el útero se retrae para adaptarse a su menor contenido.

No obstante, todavía la placenta permanece un tiempo adherida a él. Pero a continuación del nacimiento, sobre la retracción señalada se agregan fuertes contracciones rítmicas indoloras con una intensidad de alrededor de 50 mm Hg y frecuencia que varía entre 3 y 5 cada 10 minutos ejercen presión sobre la placenta; esta actividad contráctil demora un término medio de 6 minutos, denominado tiempo corporal y será el motivo fundamental del desprendimiento de la placenta.

El plano de desprendimiento de la placenta asienta en la capa más superficial de la esponjosa; de tal modo la parte profunda de ésta permanece fija en la decidua, mientras que su parte superficial sale adherida a la superficie de cotiledones y aparece sobre éstos como una membrana de color grisáceo brillante, de aspecto barnizado, que recubre toda la cara materna de la placenta.

El mecanismo por el que puede desprenderse la placenta se verifica de dos maneras distintas:

- Baudeloeque-Schultze; responde al proceso recientemente descrito. En él la placenta inicia su desprendimiento en el centro de su zona de inserción, con la consiguiente hemorragia: ésta, al intensificarse, se convierte en el hematoma retro - placentario, que termina de desprender la placenta invirtiéndola y alojándose en su concavidad; la placenta así desprendida y empujada por el hematoma descrito es expulsada al exterior por su cara fetal, y tras ella la acumulación de sangre del citado hematoma retro-placentario.
- Baudelocque-Duncan; se cumple al iniciarse el desprendimiento en el borde de la placenta extenderse hacia el centro de la misma: al expulsarse aparecerá primero, el borde de la placenta. La pérdida sanguínea será notoria desde que se inicia el desprendimiento, antes de la expulsión.

- b) Desprendimiento de las membranas:** las membranas se desprenden por idéntico proceso; finalmente, el mismo peso de la placenta, en su descenso, terminará de desprenderlas por simple tironeamiento. El proceso finaliza luego de expulsada la placenta
- c) Descenso de la placenta:** Desprendida la placenta, ésta desciende del cuerpo al segmento y de aquí a la vagina. La atonía vaginal por el parto reciente hace que en este tramo la placenta suele quedar detenida algún tiempo.
- d) Expulsión de la placenta:** Posteriormente pueden presentarse dos situaciones:
- La absolutamente normal; es que se repitan algunos pujos y estos, con el agregado del peso de la placenta y el hematoma retro placentario terminen la expulsión placentaria hasta el exterior.
 - La placenta desprendida; continúa allí alojada en la vagina, por lo que es menester extraerla de la misma con ayuda manual.³⁷

Evolución clínica del alumbramiento (tercer periodo del parto)

Los fenómenos fisiológicos señalados tienen correlación con determinadas expresiones clínicas que denuncian la producción sucesiva de los distintos tiempos estudiados.

Fenómenos subjetivos. Inmediatamente después de la expulsión del feto la observación exterior muestra a la mujer tranquila durante un lapso variable de algunos minutos, llamado período de reposo clínico, puesto que, como se ha señalado. Luego la mujer siente de nuevo el

dolor de las contracciones del desprendimiento, en medio de fenómenos más incómodos que dolorosos la placenta se elimina al exterior.

Fenómenos objetivos. Ya vistos van acompañados de otros fenómenos físicos.

La palpación muestra a nivel del útero modificaciones de volumen, situación, forma y de consistencia. De inmediato al parto, por retracción del miometrio, el fondo del útero se sitúa al nivel del ombligo, el órgano asciende unos 5 o'6 cm cuando la placenta desprendida cae al segmento inferior.

Medición del útero muestra una disminución de volumen durante las contracciones, el que se recupera pasadas las mismas, y una reducción permanente después de la expulsión.

Durante el curso del alumbramiento se produce siempre una pérdida de sangre que es en promedio de unos 300 ml; cuando esta pérdida sobrepasa los 500 ml se considera hemorragia del posparto.³⁷

Test de APGAR

El sistema de calificación que describió en 1952 la Dra. Virginia Apgar es todavía una herramienta clínica útil para identificar a los recién nacidos que requieren reanimación y valorar la efectividad de cualquier medida reanimadora. Se valora cada una de las cinco características identificables con facilidad: frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color, y se le asigna un valor de 0 a 2.

La puntuación total, con base en la suma de los cinco componentes, se determina al minuto y a los cinco minutos después del nacimiento. En los recién nacidos deprimidos, la calificación puede calcularse a intervalos de 5 minutos hasta obtener una calificación de Apgar a los 20 min.

La calificación de Apgar al minuto refleja la necesidad de reanimación inmediata. La calificación a los cinco minutos, y en particular el cambio de la calificación entre los minutos 1 y 5, es útil el índice de la eficacia de los esfuerzos de reanimación. La calificación de Apgar a los 5 minutos también tiene importancia para el pronóstico de la supervivencia neonatal, dado que se relaciona de modo estrecho con el estado del recién nacido en la sala de partos (Apgar, 1958).

Un puntaje menor a 7 indica una condición fisiológica anormal, pero no implica una patología específica. El parámetro principal del Apgar que nos orientará, si el neonato necesita reanimación es el esfuerzo respiratorio y por lo tanto podemos decir que si obtuvo un puntaje de 0-3 presentó depresión respiratoria severa, 4-6, depresión respiratoria moderada y mayor de 7 es un Apgar normal.

Varios factores pueden modificar las calificaciones de Apgar, incluidos las malformaciones fetales, los prematuros, fármacos maternos e infección.

Una calificación de Apgar de 3 a los 5 minutos tiene escasa relación con los resultados neurológicos adversos futuros, por lo que se calculan también las calificaciones a los 10, 15 y 20 minutos cuando el resultado persiste en 3 o menos (Freeman, 1988; Nelson, 1981).

Es importante señalar que la calificación de Apgar sola no puede establecer la hipoxia ni la asfixia como causa de parálisis cerebral; un recién nacido que sufre asfixia próxima al nacimiento lo bastante grave para causar una lesión neurológica aguda manifiesta la mayor parte de los signos siguientes:

- 1) Acidemia marcada con $\text{pH} < 7$ en la sangre del cordón y deficiencia de base ≥ 12 mmol/L
- 2) Calificación de Apgar de 0 a 3 persistente por 10 min o más
- 3) Manifestaciones neurológicas como convulsiones, coma o hipotonía.
- 4) Disfunción orgánica múltiple: cardiovascular, gastrointestinal, hemática, pulmonar o renal.

Como podemos observar el Apgar valora parámetros fisiológicos (frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio y color) y parámetros neurológicos (tono muscular e irritabilidad refleja).¹⁸

A continuación, definiremos cada parámetro del Apgar y como valorarlo.

- a) Color:** La coloración cianótica de un bebé al momento del nacimiento se debe a su alta capacidad para transportar oxígeno y su relativamente bajo contenido de saturación de oxígeno. En la vida intrauterina el feto respira por la placenta y la circulación fetal funciona para servir el intercambio gaseoso a través de la placenta. Aquí se preservará la sangre mayormente oxigenada a estructuras más vitales, corazón, cerebro, sistema nervioso central. Al momento del nacimiento con el inicio de la respiración pulmonar, se produce una readecuación de la circulación fetal que permite el intercambio

gaseoso a nivel pulmonar, es por esto que los bebés nacen siempre cianóticos. El color al momento del nacimiento se valora mediante la observación, la cianosis puede presentarse en las extremidades. Es por eso que no existe Apgar 10/10, ya que el neonato pierde puntaje en el parámetro del color, ya que todos nacen con coloración cianótica por lo antes expuesto.

b) El esfuerzo respiratorio. Considerando como el signo más importante del score de Apgar, es el segundo signo en desaparecer cuando el bebé sufre depresión respiratoria, marca el inicio de la respiración pulmonar y con ello el inicio del proceso de adaptación cardio-circulatoria neonatal.

La forma de evaluación del esfuerzo respiratorio es mediante la observación de la ventilación del recién nacido, que puede ir desde apnea, ser muy irregular o regular. Es el parámetro que nos indicará o nos ayudará a decidir si iniciamos reanimación.

c) Tono muscular e irritabilidad. Ambos constituyen los signos neurológicos del score de Apgar, que desaparecen en tercero y cuarto lugar respectivamente. Las alteraciones del tono muscular traducen los cambios metabólicos (acidosis mixta) y circulatorios (hipotensión) que afectan la función del músculo estriado esquelético. Por otro lado, la ausencia de irritabilidad refleja el agotamiento de los mecanismos de compensación hacia el cerebro por falta de aporte de oxígeno. El tono muscular se puede evaluar de varias formas, la más práctica es observar la postura del recién nacido, que normalmente se encuentra

semi-flexionado, realizar movimientos pasivos o cuando se observa totalmente extendido y flácido traduce a un tono ausente. Podemos observar la regresión del miembro que puede ser lenta o rápida. La irritabilidad refleja se evalúa con el secado enérgico, en la espalda del bebé y percutiendo o dando palmaditas en el talón; el recién nacido puede responder presentando llanto, muecas o gesticulaciones o bien no dar ninguna respuesta.

d) Frecuencia cardíaca. Esto es el último signo del score de Apgar en desaparecer en un recién nacido deprimido, ya que el recién nacido al igual que en el feto tienen una mejor capacidad adaptativa a situaciones de hipoxia, gracias a su menor utilización energética tisular y al mayor contenido de glicógeno del músculo cardíaco, lo que le permite mantener la función cardíaca por períodos más prolongados que el adulto.

Cabe señalar que el puntaje del Apgar puede ser influenciado bajo ciertas circunstancias:

- **Drogas:** sulfato de magnesio, diazepam, anestésicos, etc. que deprimen el centro respiratorio.
- **Malformaciones congénitas:** hernia diafragmática del sistema nervioso central (anencefalia), cardiopatías, etc.
- **Prematuridad:** Es importante señalar que hay que considerar el puntaje del Apgar en los prematuros tomando en cuenta su inmadurez neuromotora, ejemplo: Se debe dar puntaje al mínimo movimiento del miembro, mínima gesticulación o mueca⁴².

En la evaluación del Apgar se recomienda:

- Realizarlo en el orden CETIF (color, esfuerzo respiratorio, tono, irritabilidad y frecuencia cardíaca), ya que es el orden como se pierde el Apgar fisiológicamente.
- Realizarlo al minuto y luego a los cinco minutos y se hace un tercer Apgar a los diez minutos si no alcanza los siete puntos a los cinco minutos.

Parámetros del Test de APGAR

- **Puntaje de 7 a 10 (excelente condición)**

Un bebé con una puntuación de siete o superior en la prueba tras haber transcurrido un minuto después del nacimiento es considerado un bebé con buena salud y con un puntaje de Apgar normal. Son considerados neonatos vigorosos, con buen tono muscular, respiran espontáneamente y con una frecuencia cardíaca mayor a 100 por minuto, a este conjunto de neonatos no necesitan ningún tipo de reanimación neonatal después del nacimiento y por consiguiente procederán con los cuidados de rutina propios en un RN.

- **Puntaje de 4 a 6 (Moderadamente deprimido)**

Con una puntuación entre cuatro y seis tras realizar la prueba de Apgar después de transcurrir el minuto indica que el bebé necesita atención inmediata, son neonatos que necesitan reanimación neonatal ya que necesitan despejar las vías respiratorias mediante la succión de los conductos respiratorios u

oxígeno con máscara facial para ayudarlo a respirar y luego inicien con respiración espontánea, además de presentar frecuencia cardíaca menor de 100 por minuto y es necesario realizar la estimulación.

- **Puntaje de 0 a 3(Severamente deprimido)**

Un recién nacido con una puntuación de Apgar inferior a tres, puede requerir una atención médica avanzada y medidas tales como administración de oxígeno, medicamentos son neonatos que se encuentran severamente deprimidos y presentan frecuencia cardíaca menor a 60 por minuto son pálidos, sin esfuerzo respiratorio se requieren realizar reanimación con bolsa y tubo endotraqueal, masaje cardíaco y medicación y será necesario la observación en la unidad de cuidados intensivos. Estos neonatos tienen mayor probabilidad de mortalidad.⁴³

2.3. Marco situacional

Según ASIS la Mortalidad neonatal

El Perú tiene grandes brechas en mortalidad neonatal, el 38.5 % de los productos fallecidos en la etapa neonatal fueron complicaciones en el periodo perinatal neonatos con un peso menor 2500 gramos, el 23.1% de los neonatos según historia clínica fallecieron por sepsis neonatal el 15.4% por mal formación congénita, el 10.3% fallecieron por enfermedades del sistema respiratorio, el 7.7% por síndrome de aspiración meconial esto se debe a la falta de prevención y manejo inadecuado del R. N. las condicionantes fueron las emergencias

obstétricas, infección, multiparidad, edad materna, infecciones, los condicionantes fueron inadecuado control prenatal, manejo durante labor del parto.

El parto normal es uno de los mejores predictores de supervivencia neonatal, El 71.8% de las muertes neonatales nacieron por parto eutócico, el 28.2% por cesárea.

Según ASIS con respecto al parto

En el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2017 en el Servicio de Obstetricia se han producido 3,241 egresos hospitalarios, lo que representa el 35.2% del total de egresos, observando que, dentro de las diez primeras causas, el parto único espontáneo es la primera causa con un total de 2,660 egresos registrados al año, seguido del parto por cesárea 773 egresos y el falso trabajo de parto.

Según ASIS respecto del recién nacido

En el Hospital Amazónico durante el año 2017 en el Servicio de Neonatología se han producido 445 egresos hospitalarios, lo que representa el 4.8 % del total de egresos, observando que dentro de las diez primeras causas, la sepsis bacteriana del recién nacido es la primera causa con un total de 346 atenciones, seguido de ictericia neonatal (54), prematuridad extrema, otras hipoglicemias neonatales, infección neonatal de las vías urinarias, síndrome de aspiración neonatal, otros recién nacidos pre término, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, feto y recién nacidos afectados por enfermedades infecciosas parasitarias de la madre, incompatibilidad del feto y recién nacido.

2.4. Definición de términos básicos

- **Parto a término:**

Es el que acontece en condiciones normales cuando el embarazo tiene entre 37 y 41 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.

- **Parto normal:**

Es el proceso fisiológico que pone fin al embarazo por el cual se produce la salida desde el útero al exterior, a través del canal del parto, un feto, vivo o muerto, seguido de sus anejos ovulares.

- **Trabajo de parto:**

Se define como la secuencia coordinada y efectiva de las contracciones uterinas que dan como resultado el borramiento y la dilatación del cuello uterino y el descenso del feto para culminar con la expulsión por la vagina del producto de la concepción.

- **Periodo expulsivo:**

El Período expulsivo es el segundo estadio del parto y comprende el intervalo de tiempo que transcurre entre la dilatación y el borramiento cervical completo (10cm y 100% respectivamente), y la salida del feto al exterior.

- **Recién nacido a término:**

Está definido por aquellos recién nacidos de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.

- **Puntaje Apgar:**

Sistema clínico que permite la valoración del grado de depresión del sistema cardiorespiratorio del neonato inmediatamente después del nacimiento. Considerándose un Apgar bajo al puntaje (< 7 puntos) en el recién nacido.

2.5. Formulación de Hipótesis

Hipótesis:

H_a: La duración del periodo expulsivo en primigestas tiene relación con el Apgar del recién nacido a término atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha.

H₀: La duración del periodo expulsivo en primigestas no tiene relación con el Apgar del recién nacido a término atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha.

2.6. Sistema de variables

– dimensiones e indicadores

Variables:

- Variable Independiente: Periodo expulsivo

Dimensión: Fase del parto

Indicador: Duración del periodo expulsivo

- Variable Dependiente: Apgar del recién nacido a término

Dimensión: Test de Apgar

Indicador: Puntuación del Test de Apgar al minuto y a los cinco minutos

- Variables intervinientes:
 - ✓ Edad materna
 - ✓ Lugar de procedencia
 - ✓ Estado civil
 - ✓ Grado de instrucción
 - ✓ Uso de oxitocina
 - ✓ Realización de la episiotomía
 - ✓ Edad Gestacional por Capurro
 - ✓ Peso del recién nacido
 - ✓ Características del líquido amniótico
 - ✓ Circular de cordón

2.7. Definición operacional de variables, dimensiones e indicadores

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE		DIMENSION	INDICADOR	CATEGORIA O VALOR FINAL	TIPO	MEDICION DE VARIABLE	FUENTE	ÍTEM EN EL INSTRUMENTO
variable independiente	PERIODO EXPULSIVO	Fase del parto	Duración del periodo expulsivo	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 10 min • 10 min- 29 min • 30 min – 1 hora • 1 hora – 2 horas • Mayor de 2 horas 	Cuantitativo	Intervalo	Historia clínica	2.1
Variable dependiente	APGAR DEL RECIEN NACIDO A TERMINO	Test de Apgar	Puntuación del test de Apgar Al minuto y a los cinco minutos	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 3 • 4 – 6 • 7-10 	Cuantitativo	Intervalo		3.1 y 3.2
Variables intervinientes	CARACTERÍSTICAS MATERNAS	SOCIO-DEMOGRAFICOS	Edad materna	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 15años • 16 - 19años • 20 - 34años • ≥ 35 años 	Cuantitativo	De Razón		1.1
			Lugar de procedência	<ul style="list-style-type: none"> • Yarinacocha • Manantay • Calleria • Otros 	Cualitativo	Nominal		1.2
			Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente 	Cualitativo	Nominal		1.3

			Grado de Instruional	<ul style="list-style-type: none"> • Sin instrucción • Primaria • Secundaria • Sup.no univ. • Superior Universitario 	Cualitativo	Ordinal		1.4
			Uso de oxitocina	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativo	Nominal		2.2
			Realización de episiotomía	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativo	Nominal		2.3
			Edad Gestacional por Capurro	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 36ss • 37ss a 41ss • ≥ 42ss 	Cuantitativo	Ordinal		3.3
			Peso del Recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> • 1000 - 1499 • 1500 - 2499 • 2500 - 3999 • 4000 gr. a más 	Cuantitativo	Ordinal		3.4
			Características del líquido amniótico (Color)	<ul style="list-style-type: none"> • Claro • Verde claro fluido • Verde meconial • amarillento 	Cualitativo	Nominal		3.5
			Circular de cordón	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativo	Nominal		3.6
	CARACTERÍSTICAS NEONATALES	DATOS DEL RECIÉN NACIDO						

CAPITULO III

3. MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo de investigación

- **Según la intervención del investigador**

Observacional: Ya que no existe intervención alguna por parte del investigador, y solo buscamos medir el fenómeno de acuerdo a la ocurrencia de los hechos.

- **Según la planificación de la toma de datos**

Retrospectivo: Porque los datos no fueron recolectados a propósito de la investigación, sino que fueron transcritos de las historias clínicas, lo cual corresponde a fuentes secundarias.

- **Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio**

Transversal: Porque la variable principal de estudio y los instrumentos que se aplican a la muestra fueron medidas durante un solo momento en el tiempo.

- **Según el número de variables de interés**

Analítico: El análisis estadístico por lo menos es bivariado; porque plantea y pone a prueba hipótesis, su nivel más básico establece la asociación entre factores.⁴⁴

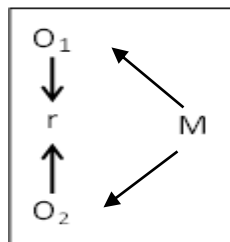
3.2. Nivel de investigación

La presente investigación corresponde al nivel relacional, porque se interesa en la determinación del grado de relación existente entre dos o más variables de interés en una misma muestra de sujetos.⁴⁴

3.3. Diseño de la investigación

Para esta investigación se utilizó el diseño Correlacional – Retrospectivo.

Cuya representación gráfica es la siguiente.



LEYENDA:

M = Población muestral

O₁ = Periodo expulsivo

O₂ = Apgar al minuto y a los cinco minutos

r = Relación entre variables

Ámbito:

La investigación se realizó en el Hospital Amazónico, Jr. Aguaytia n°605, del distrito de Yarinacocha, Provincia de Coronel Portillo y departamento de Ucayali -Perú.

3.4. Universo, Población y Muestra

Determinación del universo, población

La población estuvo constituida por 744 primigestas.

Selección de la muestra

Se incluyó a todas las primigestas de manera aleatorio simple, que fueron atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el año 2018.

Tipo de muestreo:

Es probabilístico, aleatorio simple:

Tamaño de muestra:

En el cálculo del tamaño muestral se utilizó la fórmula de cálculo de muestras para estimación de proporciones de una sola población, siendo.

FORMULA PARA POBLACION FINITA (CONOCIDA)

$$n = \frac{Z^2 N \cdot P \cdot q}{E^2 (N - 1) + Z^2 P \cdot q}$$

Donde:

n: Población

Z=1,96(valor en la tabla de distribución normal estándar

correspondientemente a un nivel confianza de 95%)

p=0,5(probabilidad de tener el factor a investigar, cuando no conoce la proporción ni por antecedentes, se considera 50 %).

q=1-p=1-0,5=1,05(probabilidad de no tener el factor a investigar, que se consideraría también 50%)

E=0,05(error máximo permisible o precisión que se considera frecuentemente 5%)

$$n = \frac{(1.96)^2 x(744)(0.5)^2}{(0.05)^2(744-1) + (1.96)^2(0.5)^2}$$

$$n = 253.57$$

$$n = 254$$

Por tanto, la muestra estuvo conformada por 254 primigestas.

3.5. Técnicas e instrumento de recolección de datos

3.5.1. Fuente

Fuente Primaria: Una vez definida la muestra se procedió a la recolección de datos en un formulario realizado por el autor.

La fuente de información es directa, ya que utilizamos únicamente la ficha de recolección de datos (historias clínicas) donde se registró la información.

3.5.2. Técnica

La técnica utilizada fue el análisis documental.

3.5.3. Instrumento

Se utilizó una ficha de recolección de datos (historias clínicas) que estuvo constituido por 13 ITEMS en lo cual se describen los datos sociodemográficos, datos obstétricos y datos del recién nacido.

3.5.4. Validación del instrumento

El instrumento fue validado por 5 jueces expertos profesionales de la investigación.

3.6. Procedimientos de recolección de datos

Para el estudio se realizó los siguientes procedimientos:

3.6.1. Autorización

Para realizar el trabajo de campo de la presente investigación, se presentó una solicitud de permiso dirigido a la Dirección del Hospital Amazónico de Yarinacocha, para lo cual fue necesario una entrevista y presentación de una solicitud para el consentimiento de recolección de datos de las historias clínicas materno perinatal del año 2018 de dicha institución.

3.6.2. Proceso de recolección de datos

Una vez aprobado el proyecto de investigación y de acuerdo al cronograma de actividades se procedió a la recolección de datos, teniendo en cuenta el flujograma establecido. Se realizó la ubicación del marco muestral, luego se ubicó la muestra de estudio en el área de historias clínicas materno perinatal, se realizó el muestreo aleatorio simple para seleccionar a las primigestas en estudio y, se realizó el llenado correcto de las fichas de recolección de datos.

3.7. Procesamiento y presentación de datos

3.7.1. Procesamiento de datos

Una vez que se obtuvo la información a través de la recolección de datos (historias clínicas) estos se procesaron haciendo el uso de las técnicas básicas de la estadística mediante programas

como: SPSS versión 24 el que nos permitió tabular la información, También se utilizó el programa de Excel para elaborar los gráficos de barra y sectores; las tablas de frecuencia absolutas, relativas; porcentajes, y la prueba de hipótesis con el Chi cuadrado. Finalmente se trasladó al programa de WORD para ser presentados y ser interpretados.

3.7.2. Presentación de datos

Para la descripción y análisis explicativo de los resultados se presentaron haciendo el uso de tablas y gráficos estadísticos.

3.8. Análisis e interpretación de datos

- **Análisis descriptivo**

Se detallaron las características de cada una de las variables en estudio, de acuerdo al tipo de variable en el caso de las categóricas se utilizaron las medidas de frecuencia y sus respectivos porcentajes. Además, se elaboraron gráficos de sectores y barras para facilitar la comprensión en cada caso, se trató de que el estímulo visual sea simple, resaltante y fácilmente comprensible.

- **Análisis inferencial**

Se realizó este análisis inferencial en la comprobación de la hipótesis de investigación, se utilizó el Chi cuadrado de independencia para la prueba de hipótesis de la investigación y en las asociaciones se consideraron significativas porque la posibilidad a equivocarse fue de menos al 5% ($p < 0.05$).

CAPITULO IV

4. ANALISIS DE RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

Tabla 01: Edad de las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

<i>Edad</i>	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>≤ 15 años</i>	31	12,2
<i>16 - 19 años</i>	136	53,5
<i>20 - 34 años</i>	87	34,3
<i>≥ 35 años</i>	00	0,0
<i>Total</i>	254	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En cuanto a la edad en riesgo de las primigestas en estudio, se pudo apreciar que el 12,2 % que representan 31 gestantes, presentaron las edades \leq a 15 años, no teniendo ninguna gestante \geq de 35 años.

GRÁFICO N°01

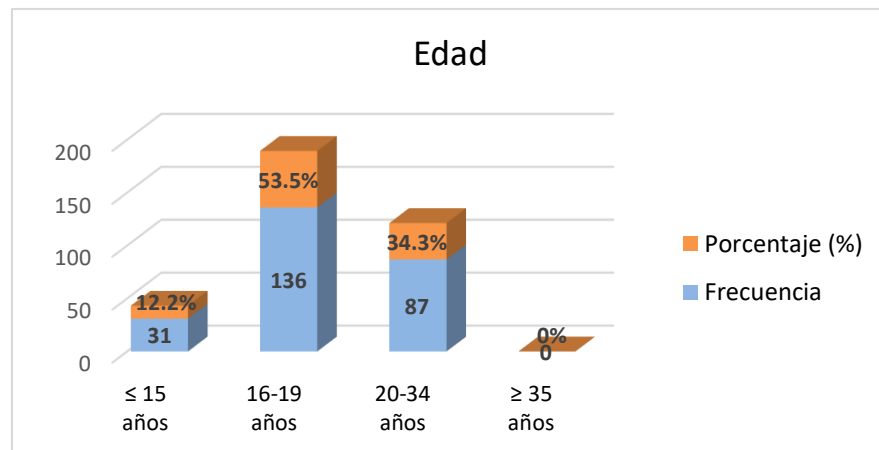


Tabla 02: Lugar de procedencia de las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

<i>Lugar de procedencia</i>	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>Yarinacocha</i>	95	37,4
<i>Calleria</i>	41	16,1
<i>Manantay</i>	19	7,5
<i>Otros</i>	99	39,0
<i>Total</i>	254	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

Al estudiar las características socio-demográficas de las primigestas en estudio, se encontró que el 39,0 % que representan a 99 madres, procedieron de otros distritos, mientras que el 37,4% que representan a 95 madres procedieron del distrito de Yarinacocha, perteneciente a nuestra jurisdicción, siendo así que estos dos grupos tienen mayor frecuencia.

GRÁFICO N°02

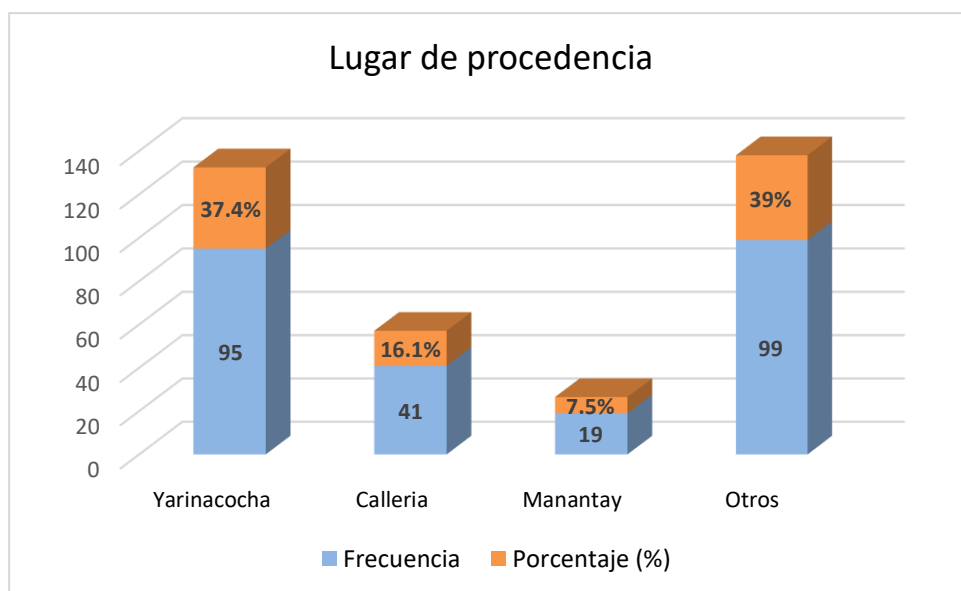


Tabla 03: Estado civil de las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

<i>Estado civil</i>	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>Soltera</i>	51	20,1
<i>Conviviente</i>	193	76,0
<i>Casada</i>	10	3,9
<i>Total</i>	254	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

Al analizar las características socio-demográficas de las primigestas en estudio predomina un mayor porcentaje el 76,0 % que representan a 193 gestantes que contaban con el estado civil de conviviente.

GRÁFICO N°03

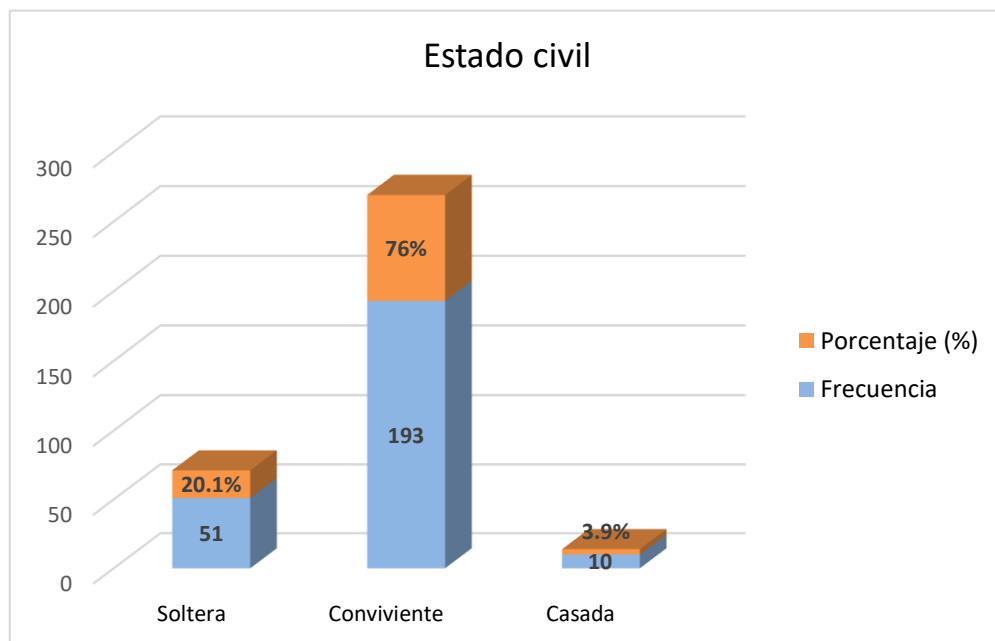


Tabla 04: Grado de instrucción de las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>Sin instrucción</i>	0	0
<i>Primaria</i>	26	10,2
<i>Secundaria</i>	171	67,3
<i>Superior No universitaria</i>	39	15,4
<i>Superior Universitaria</i>	18	7,1
<i>Total</i>	254	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

Con respecto al grado de instrucción ninguna de las primigestas en estudio era analfabeta, observando un mayor porcentaje de gestantes con educación secundaria (67,3); solo un 22.5% tiene educación superior, Lo que nos indica que la falta de escolaridad no es un principal factor de predisposición en esta investigación.

GRÁFICO N°04

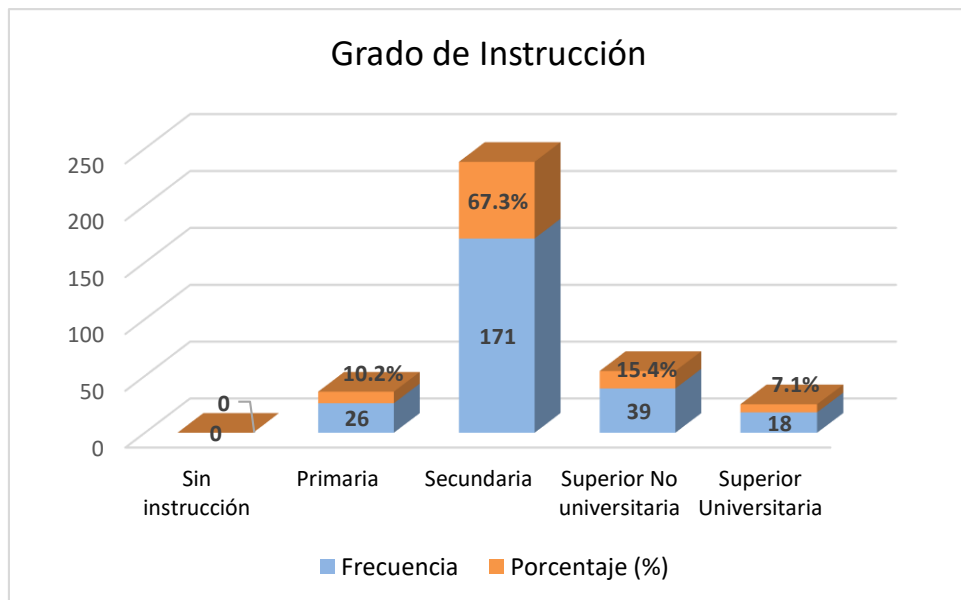


Tabla 05: Duración del periodo expulsivo de las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

Duración de periodo expulsivo	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>Menor de 10 minutos</i>	115	45,3
<i>10 min - 29 minutos</i>	115	45,3
<i>30 min -1 hora</i>	19	7,5
<i>1 hora - 2 horas</i>	5	2,0
<i>Mayor de 2 horas</i>	0	0,0
<i>Total</i>	254	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En relación a la duración del periodo expulsivo, se observa que el mayor porcentaje (90.6%) de las primigestas tuvieron un expulsivo menor a 30 minutos y el 2,0 % de las primigestas tuvieron un expulsivo de 1 a 2 horas, no hallándose expulsivos mayores a 2 horas.

GRÁFICO N°5

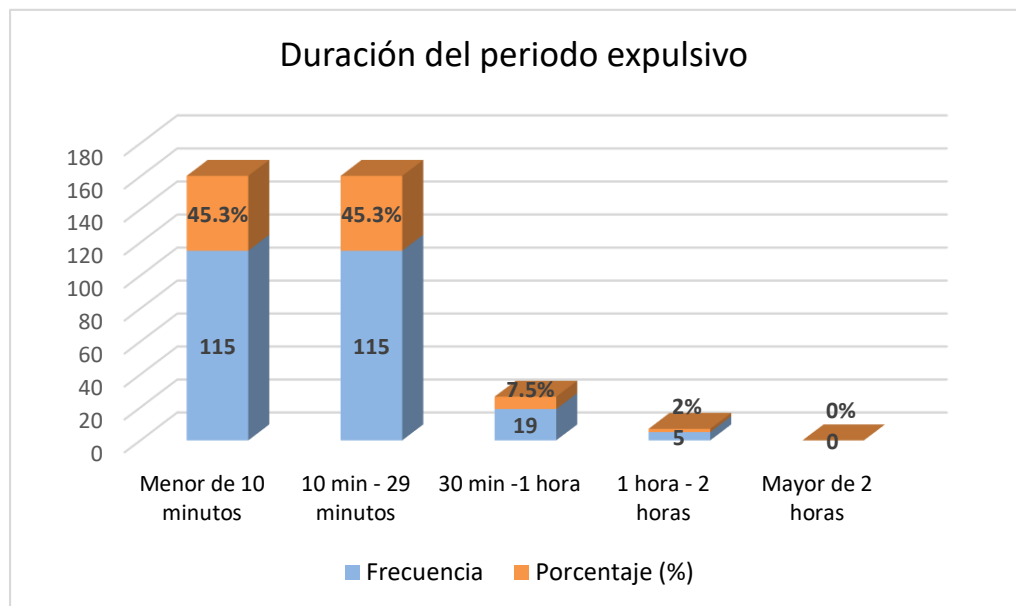


Tabla 06: Uso de oxitocina en las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

<i>Uso de oxitocina</i>	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>Si</i>	190	74,8
<i>No</i>	64	25,2
<i>Total</i>	254	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la tabla 06, se observa que en el periodo intraparto a un 74,8% que representan a 190 gestantes se colocaron oxitocina.

GRÁFICO N°06

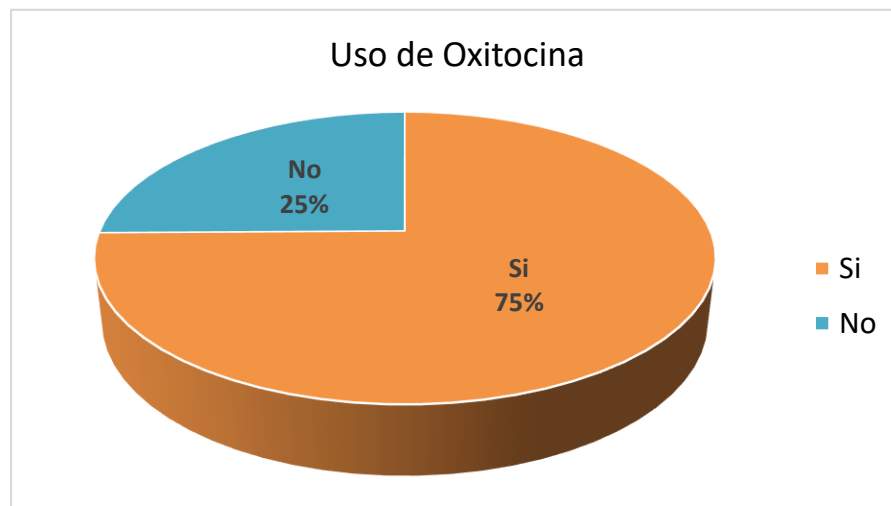


Tabla 07: Realización de episiotomía en las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

<i>Realización de episiotomía</i>	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>Si</i>	169	66,5
<i>No</i>	85	33,5
<i>Total</i>	254	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la tabla 07, se observa que al 66,5% que representan a más de la mitad de las primigestas en estudio, se le realizó la episiotomía para tratar de ampliar el canal vaginal y de esa forma poder acortar el periodo expulsivo.

GRÁFICO N°07



Tabla 08: Puntuación del test de Apgar al minuto de los recién nacidos atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

<i>Puntuación del test de APGAR al minuto</i>	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>Puntaje 0 – 3</i>	1	0,4
<i>Puntaje 4 – 6</i>	17	6,7
<i>Puntaje 7 – 10</i>	236	92,9
<i>Total</i>	254	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

Del total de recién nacidos, 236 que representan a 92.9% de recién nacidos tuvieron un puntaje de Apgar al minuto de 7 a 10. Se observa un menor porcentaje de recién nacidos con puntuación de Apgar menor a 7.

GRÁFICO N°08

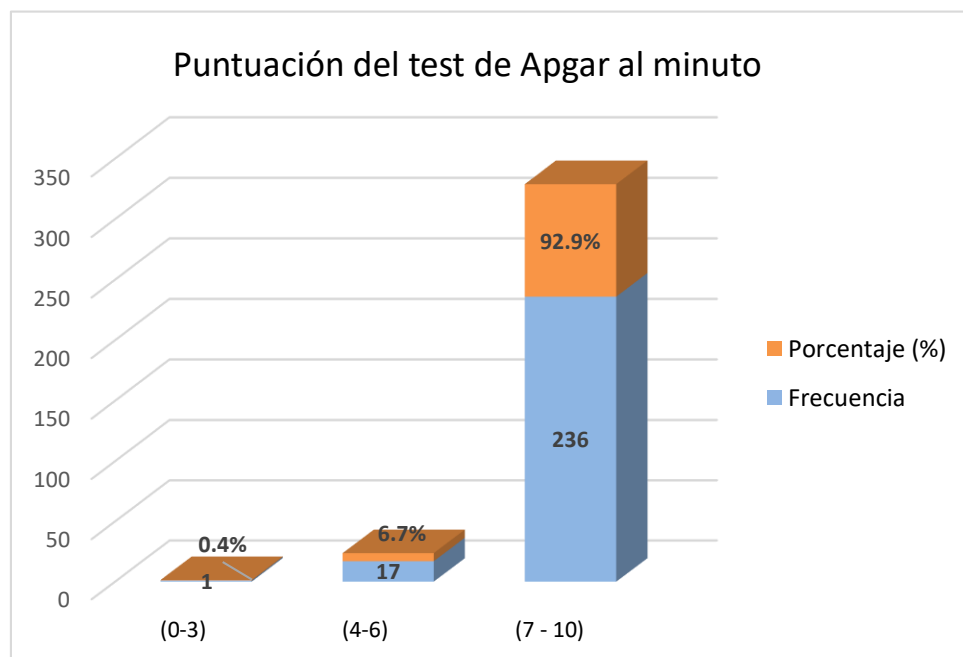


Tabla 09: Puntuación del test de Apgar a los cinco minutos de los recién nacidos atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

<i>Puntuación del test de APGAR a los 5 minutos categórica</i>	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>Puntaje 0 - 3</i>	00	0,0
<i>Puntaje 4 - 6</i>	2	0,8
<i>Puntaje 7 - 10</i>	252	99,2
<i>Total</i>	254	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En relación a la puntuación de Apgar a los cinco minutos se observa un 0.8% que representan a 2 recién nacidos, con un puntaje de Apgar de 4 a 6.

GRÁFICO N°09

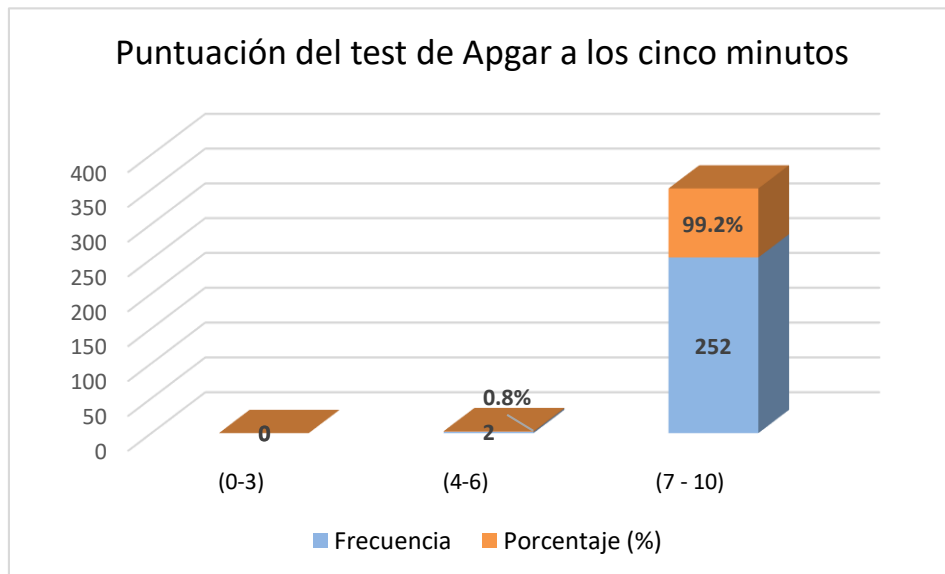


Tabla 10: Edad gestacional por Capurro de los recién nacidos atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

<i>Edad gestacional por Capurro</i>	Frecuencia	Porcentaje (%)
≤ 36ss	00	0,0
37ss a 41ss	253	99,6
≥ 42ss	1	0,4
<i>Total</i>	254	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

Del total de las primigestas en estudio, se presentaron 253 primigestas que tuvieron recién nacidos a término según capurro correspondiendo al 99,6%, y solo una primigesta tuvo un recién nacido pos término que equivale al 0,4%. Resultando en este estudio, que los índices de mayor frecuencia son los recién nacidos a término.

GRÁFICO N°10

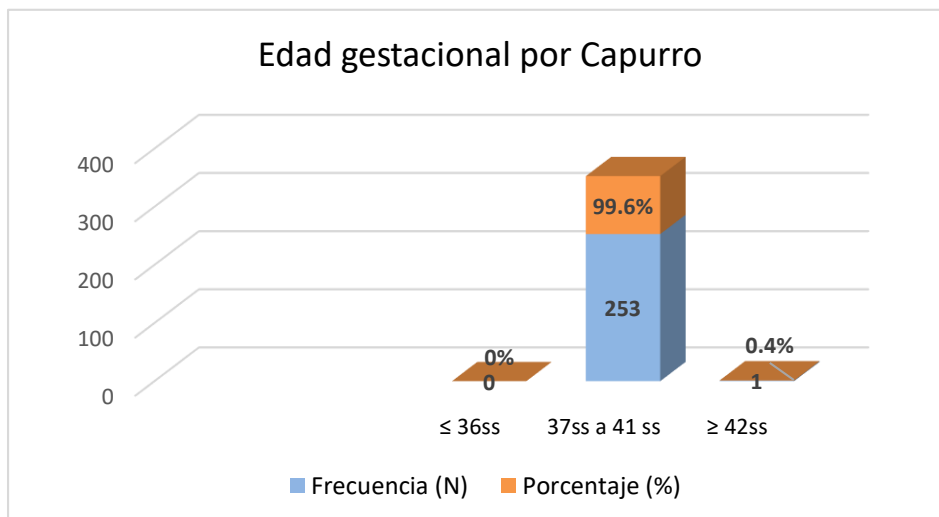


Tabla 11: Peso de los recién nacidos atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

Peso del recién nacido	Frecuencia	Porcentaje (%)
1000grs-1499grs	00	0,0
1500grs-2499 grs	4	1,6
2500grs-3999grs	250	98,4
4000 grs. a más	00	0 ,0
<i>Total</i>	254	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

Al evaluar el peso de los recién nacidos, se pudo apreciar que el 98.4% que representan a 250 neonatos presentaron un peso entre 2500grs a 3999grs, y solo el 1.6% que representan a 4 neonatos presentaron un peso entre 1500grs a 2499grs, observándose que no hubo neonatos con pesos mayores o iguales a 4000grs y menores o iguales a 1499grs.

GRÁFICO N°11

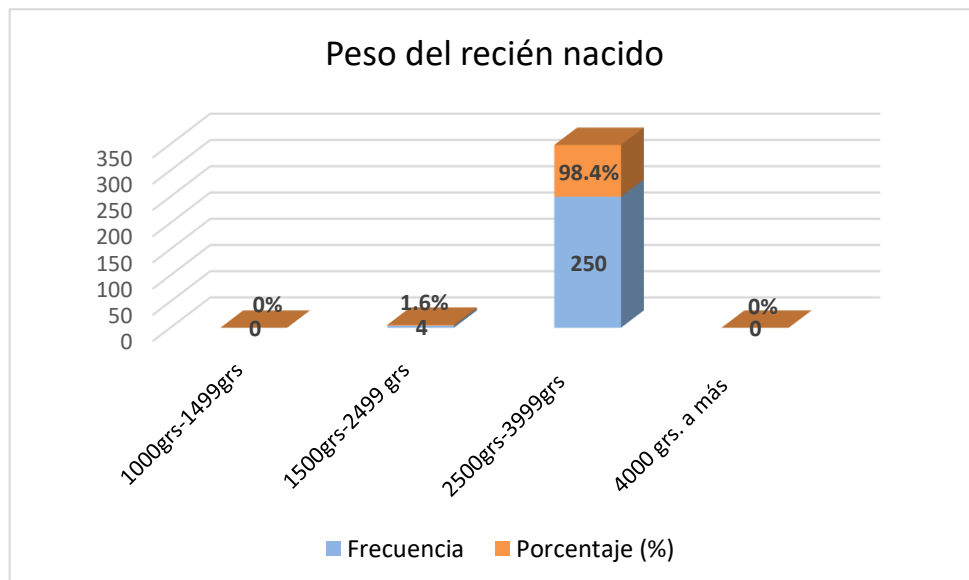


Tabla 12: Observación del líquido amniótico en la atención del parto de las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

<i>Líquido amniótico</i>	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>Claro</i>	217	85,4
<i>Verde claro fluido</i>	21	8,3
<i>Verde meconial</i>	16	6,3
<i>Amarillento</i>	0	0,0
<i>Total</i>	254	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la tabla 12, se observa que el 85.4% de recién nacidos presentaron líquido amniótico claro y solo el 6.3% presentaron líquido verde meconial.

GRÁFICO N°12

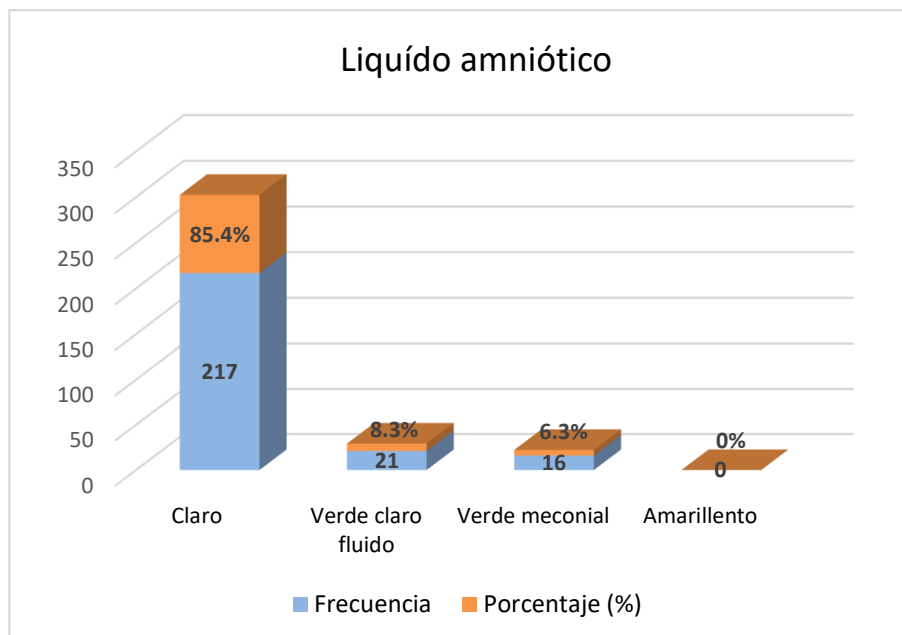


Tabla 13: Recién nacidos que presentaron circular de cordón al momento del parto atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

<i>Circular de Cordón</i>	Frecuencia	Porcentaje (%)
<i>Si</i>	45	17,7
<i>No</i>	209	82,3
<i>Total</i>	254	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

Los recién nacidos que presentaron circular de cordón en el momento del parto representan el 17.7% del total.

GRÁFICO N°13

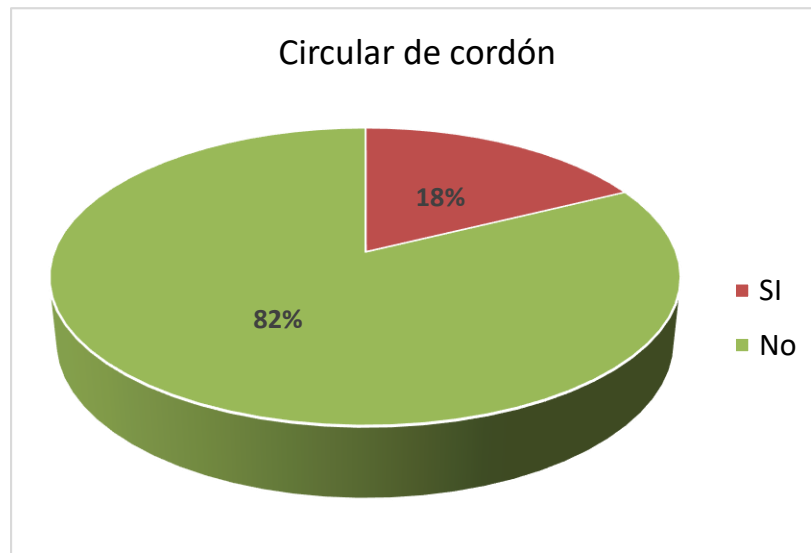


Tabla 14: Comparación entre la duración del periodo expulsivo y la puntuación de Apgar al minuto

			Puntuación del test de APGAR al minuto			Total
			Puntaje 0 – 3	Puntaje 4 – 6	Puntaje 7 - 10	
Duración del Periodo Expulsivo	Menor a 10 min	Recuento	0	4	111	115
		% del total	0,0%	1,6%	43,7%	45,3%
	10 min a 29 min	Recuento	0	8	107	115
		% del total	0,0%	3,1%	42,1%	45,3%
	30 min a 1 hora	Recuento	0	5	14	19
		% del total	0,0%	2,0%	5,5%	7,5%
	1 hora a 2 horas	Recuento	1	0	4	5
		% del total	0,4%	0,0%	1,6%	2,0%
Total		Recuento	1	17	236	254
		% del total	0,4%	6,7%	92,9%	100,0%

Interpretación:

De los recién nacidos con Apgar menor de 7 al minuto, el 4,7% tuvieron una duración de periodo expulsivo menor de 30 minutos.

Mientras que un 85,8% tuvieron un Apgar mayor de 7 al minuto, con una duración de periodo expulsivo menor a 30 minutos.

De los recién nacidos con Apgar menor de 7 al minuto, 2,4% tuvieron un periodo expulsivo mayor a 30 minutos.

Por último, de los recién nacidos con Apgar mayor de 7 al minuto, el 7,1% tuvieron una duración del periodo expulsivo mayor a 30 minutos.

Con esto se concluye que a mayor duración del periodo expulsivo menor será la puntuación de Apgar.

Tabla 15: Comparación entre la duración del periodo expulsivo y la puntuación de Apgar a los cinco minutos

			Puntuación del test de APGAR a los cinco minutos		Total
			Puntaje 4 - 6	Puntaje 7 - 10	
Duración del Periodo Expulsivo	Menor a 10 min	Recuento	0	115	115
		% del total	0,0%	45,3%	45,3%
	10 min a 29 min	Recuento	1	114	115
		% del total	0,4%	44,9%	45,3%
	30 min a 1 hora	Recuento	0	19	19
		% del total	0,0%	7,5%	7,5%
	1 hora a 2 horas	Recuento	1	4	5
		% del total	0,4%	1,6%	2,0%
Total		Recuento	2	252	254
		% del total	0,8%	99,2%	100,0%

Interpretación:

De los recién nacidos con Apgar menor de 7 a los cinco minutos, el 0,4% tuvieron una duración de periodo expulsivo menor de 30 minutos.

Mientras que un 90,2% tuvieron un Apgar mayor de 7 a los cinco minutos con una duración de periodo expulsivo menor a 30 minutos.

De los recién nacidos con Apgar menor de 7 a los cinco minutos, 0,4% tuvieron un periodo expulsivo de 1 a 2 horas.

Por último, de los recién nacidos con Apgar mayor de 7 a los cinco minutos, el 9,1% tuvieron una duración del periodo expulsivo mayor a 30 minutos.

Con esto se concluye que, a mayor duración del periodo expulsivo, menor será la puntuación de Apgar.

4.2. Análisis inferencial

Contratación y prueba de hipótesis según la no paramétrica a través de la significancia Chi-Cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	63,861 ^a	6	,000
N de casos válidos	254		
a. 7 casillas (58,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,02.			

H_a: El Apgar al minuto está relacionado a la duración del período expulsivo.

H₀: El Apgar al minuto es independiente a la duración del período expulsivo.

El Chi² con un valor de 63.86 y con 6 grados de libertad, tiene una significancia de 0.00, valor menor a 0.05, valor que nos permite rechazar la hipótesis nula. Concluir que la variable Apgar al minuto está relacionado con la duración del período expulsivo, por ende, aceptamos la hipótesis alterna que el Apgar al minuto está relacionado a la duración del periodo expulsivo.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,699 ^a	3	,000
N de casos válidos	254		
a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.			

Ha: El Apgar a los cinco minutos está relacionado a la duración del período expulsivo.

Ho: El Apgar a los cinco minutos es independiente a la duración del período expulsivo.

El Chi² con un valor de 24.69 y con 3 grados de libertad, tiene una significancia de 0.00, valor menor a 0.05, valor que nos permite rechazar la hipótesis nula. Concluir que la variable Apgar a los cinco minutos está relacionado con la duración del período expulsivo, aceptando la hipótesis alterna que el Apgar a los cinco minutos está relacionado a la duración del periodo expulsivo.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con el estudio realizado se pretendió investigar si la duración del periodo expulsivo tiene relación con el Apgar del recién nacido a término; así como identificar la duración del periodo expulsivo en primigestas y evaluar el Apgar al minuto y a los cinco minutos del recién nacido a término. Se realizó una valoración estadística de 254 casos mediante el cálculo de coeficiente de correlación, en el Hospital Amazónico de Yarinacocha.

En cuanto a la relación de la duración del período expulsivo y el Apgar al minuto se evidencia que existe una frecuencia del 2,4% de recién nacidos con una puntuación de Apgar menor a 7 al minuto con duración del expulsivo mayores a los 30 minutos, esto podría coincidir con un estudio realizado por Armando L. e Ysidron.⁽²⁵⁾ en el cual la duración del periodo expulsivo demorado fue condicionante de puntuaciones de Apgar bajo al nacimiento.

En nuestro estudio se encontró una frecuencia del 0,4% de recién nacidos con puntuación de Apgar menor a 7 a los 5 minutos con duración del expulsivo mayor de 1 a 2 horas; este resultado concuerda con el estudio de Melgarejo y Morales⁽³⁵⁾. En cuyo trabajo también se encontró asociación significativa entre la puntuación de Apgar a los 5 minutos en adolescentes.

Según Arana⁽³²⁾ en su estudio, expulsivo prolongado es uno de los factores de riesgo asociados a puntaje de Apgar bajo al nacer. en nuestro estudio esto no se corrobora porque no se encontraron ningún caso de expulsivos mayor a las 2 horas.

En cuanto a datos sociodemográficos en el estudio de Romero y Flores⁽³⁴⁾, mencionan que el 67% de las pacientes presentan el estado civil de conviviente lo cual podemos ver que coincide con nuestros datos siendo un 76% de pacientes con ese estado civil. En cuanto al periodo expulsivo en primigestas relacionado al test de Apgar, con resultados de duración del periodo expulsivo normal de 10 a 29 minutos tuvo un 90%, y expulsivo patológico de 60 a 119 minutos un 4%. Puntuación de test de Apgar normal de 9 a 10 fue de 46%, y el Apgar patológico de 4 a 6 fue de 4%. concluyeron que el tiempo de duración del periodo expulsivo influye significativamente en la puntuación de Apgar de acuerdo a los resultados, de esta manera podemos decir que en nuestro estudio estamos considerando expulsivos prolongados en primíparas mayor de 2 horas por lo que no hemos encontrados expulsivos patológicos de acuerdo a los resultados obtenidos, pero si podemos decir que coincide en cuanto a mayor duración del periodo expulsivo menor será el Apgar del recién nacido.

En el estudio de Melgarejo y Morales⁽³⁵⁾, la duración del periodo expulsivo influye de manera significativa en los resultados del Apgar, con periodos expulsivos mayores a 30 minutos existe 36.8 veces más riesgo de recién nacidos con Apgar menor a 7 al minuto y 10.4 veces más riesgo de Apgar menor a 7 a los 5 minutos. En el estudio no se encontró periodos expulsivos prolongados lo que coincide con el resultado de nuestro estudio. Esto se puede deber a que en el Hospital amazónico de Yarinacocha las pacientes

con periodos expulsivos prolongados pasan a sala de operaciones para culminar el parto.

Finalmente debido a que el estudio de investigación realizado corresponde a un nivel de investigación relacional en cual se planteó el problema general: ¿Qué relación existe entre la duración del periodo expulsivo en primigestas y el Apgar del recién nacido a término atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018?, se sugiere continuar con el estudio con un nivel de investigación explicativo de tipo casos-control y cohorte.

CONCLUSIONES

1. La duración del periodo expulsivo en primigestas se relaciona de manera significativa en los resultados del Apgar, con periodos expulsivos de 1 a 2 horas existe 0,4% de recién nacidos con Apgar de 0-3 al minuto y 0,4% de recién nacidos con Apgar de 4-6 a los 5 minutos.
2. En cuanto a las características sociodemográficas, el 53,5%, de las primigestas tenían las edades de 16-19 años, el 37,4% de las pacientes pertenecían a Yarinacocha y el 39% acudieron al Hospital procedentes de otras jurisdicciones, en cuanto, al estado civil el 76%, son convivientes y el 67,3% del total de las pacientes en estudio presentaron un grado de instrucción de secundaria ya sea completa e incompleta.
3. De las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, un gran porcentaje (98%), tuvieron una duración normal del parto, solo hubo un 2%(5) de pacientes que presentaron una duración del expulsivo de 1 hora a 2 horas, no encontrándose periodos expulsivos prologados.
4. La puntuación del test de Apgar al minuto de los recién nacidos atendidos en el Hospital Amazónico, un 92,9%(236) de recién nacido tuvieron un puntaje de Apgar de 7 a 10 y un 0,4 %(1) presentaron un puntaje de Apgar de 0 a 3.
5. La puntuación del test de Apgar a los cinco minutos de los recién nacidos atendidos en el Hospital Amazónico, un 99,2%(252) de recién nacidos tuvieron un puntaje de Apgar de 7 a 10, y un 0,8%(2) presentaron un puntaje de Apgar de 4 a 6.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a futuros estudiantes que tengan interés en continuar con el estudio siempre deseando que haya una mejora continua del mismo; por lo tanto, la realización de estudios no solo en el Hospital amazónico de Yarinacocha, sino, también en los diferentes hospitales del país; para que de esta manera se pueda realizar un análisis comparativo. Con ello optimizar el manejo de estas pacientes.
- La asociación entre las variables de estudio debe ser tomadas en cuenta como base para desarrollar estrategias preventivas que minimicen la aparición Apgar bajo al nacer.
- Se sugiere cumplir con los protocolos de atención para este grupo de pacientes y así poder estandarizar criterios y manejos para mejorar la calidad de atención. De este modo participar en la disminución de la tasa de morbimortalidad maternoneonatal.
- Mayor cobertura en atención institucional del parto por personal capacitado, en control prenatal por personal capacitado, en programa de planificación familiar además de programas de nivel de atención primaria en la detección precoz de los factores de riesgo materno que se han asociado al Apgar bajo.
- Solucionar el problema en la organización del almacenamiento de historias clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botella J, Clavero Núñez JA. El parto normal I – II. En su: Tratado de ginecología. 14 ed. Barcelona: Diaz de Santos, 1999:201 – 38.
2. R.Schwarcz, R. Fescina, C. Duverges. Trabajo de Parto. Obstetricia. 6ta ed. Buenos Aires, Argentina:El Ateneo; 2009.
3. Usandizaga JA, De la Fuente P, et al. Parto Normal. Obstetricia y Ginecología. 1ra ed. Madrid, España: Marbán; 2010.
4. Sheen PW, Hayashi RH. Vigilancia gráfica del trabajo de parto: Líneas de alerta y de acción. Clin Obstet Ginecol (México). 1987; 1:31– 8
5. Ticona M, Huanco D. Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: factores de riesgo. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2010; 70(5):313-317.
6. Mie I, Sachiyo Y, Wahyu R, Fiona M, Simón C, Alegría E, Colin M. En Organización Mundial de la Salud. Los niveles de mortalidad neonatal de 193 países en el año 2009 con las tendencias desde 1990: un análisis sistemático de los avances, proyecciones y prioridades. Catalogación por la Biblioteca de la OMS; 2011.
7. Gomella C. Neonatología. Tercera edición. México D.F. Panamericana; 1997.
8. OMS. Cuidados en el Parto Normal. Guía Práctica OMS; Duración del periodo expulsivo (citado 06 de mayo del 2017). Disponible en la URL: http://www.holistika.net/parto_natural/oms/cuidados_en_el_parto_normal_guia_practica_oms.asp#42
9. A. Hernández Martínez, I. García Serrano, A. Pascual Pedreño, T. Salinas Adelantado Influencia de la duración del expulsivo sobre la morbilidad neonatal (2004) (citado 08 de mayo del 2017). Disponible en la URL: [file:///C:/Users/User/Downloads/vol5n18pag14-18%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/vol5n18pag14-18%20(3).pdf)
10. Williams. Obstetricia. Segunda fase del trabajo de parto. (pag:447). 23ª ed. China: Mc GRAW-HILL Education; 2015.
11. Morales Panez, Nilda Mabel y Melgarejo Javier, Deysi Erika. Duración del periodo expulsivo en gestantes adolescentes de 15 a 19 años y la adaptación neonatal inmediata del recién nacido a término en relación a la puntuación de APGAR INMP - periodo (setiembre - noviembre 2010); 2011.

12. Bajo Arenas Jm; Melchor Marcos Jc; Merce Lt; fundamentos de obstetricia (SEGO) "Periodo expulsivo"; pág. (363); Madrid; 2007.
13. PROTOCOLO EXPULSIVO PROLONGADO. Disponible en la URL: <http://docplayer.es/11682363-Expulsivo-prolongado.html>
14. Sueli M. Mortalidad neonatal en el Estado de Santa Catarina, Brasil. Rev. Cub. Enfermer.2013; 29(3):150-158.
15. Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer (2011) (citado 10 de mayo del 2017). Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300004
16. Rodríguez A, Balesten J, Pagarizabal E. Factores maternos que influyen en la depresión neonatal. Rev. Cub. Obstet. Ginecol. 2002; 29(1):1-7.
17. Minsa. Protocolo de Atención del Recién Nacido de Bajo Riesgo. Parte 5. Pág. 9 (2012)(citado el 12 de mayo del 2017). Disponible en la URL: http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-antiores&alias=347-v-normas_y_protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-y-puerperio&Itemid=235
18. Williams OBSTETRICIA, Cunningham.Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman, Casey, Sheffield. puntuación de Apgar. Ed.24. Pag:627, Derechos Reservados © 2015, 2011, 2006, 2002, 1998, 1994, 1990, 1986, 1970, 1962, respecto a la décima edición en español por, McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.
19. Factores de riesgo asociados a mortalidad neonatal en el servicio de neonatología del hospital materno infantil Fernando Vélez Paiz de enero de 2010 a diciembre de 2013. Br. Karina del Socorro Olivas Sánchez Br. Romell Abdell Alvarado Mendoza. Managua, 2015. Disponible en la URL: <http://repositorio.unan.edu.ni/1379/1/63592.pdf>
20. Lic. Yuleimis M .V, Dra. Irka L, Dra. C. María del Carmen V A, Depresión neonatal en el neonato a término relacionada con factores maternos. Hospital Ginecoobstétrico de Guanabacoa, 2009.Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas.vol.30 no.4 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2011.
21. Mortalidad neonatal en el Perú y en sus departamentos 2011 – 2012. MINISTERIO DE SALUD Dirección General de Epidemiología. Disponible en la URL: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/Mortalidad_neonatal11_12.pdf

22. Martín Castillo, M; Alonso Benedí, AM; De Pedro Picazo, B; Ramón Arbués, E. Cuidados del Recién Nacido en la Sala de Partos. ENE. Revista de Enfermería. vol. 5, n3 – dic 2011. Disponible en la URL: <file:///C:/Users/PC.01/Downloads/32-126-1-PB.pdf>.
23. Peña Chavarría. “factores de riesgo asociados a asfixia perinatal, hospital alemán nicaragüense, Managua, en el período enero a junio 2015”. (tesis para optar al título de pediatra) Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua;2016. Disponible en URL: <http://repositorio.unan.edu.ni/3025/1/77308.pdf>
24. Bandera N, Goire M, Cardona O. Factores epidemiológicos y APGAR bajo al nacer en el Hospital Materno Provincial Docente Mariana Grajales Coello. (Cuba) 2011; vol.37 no.3. Disponible en la URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300004
25. LEÓN PEREZ, Armando e YSIDRON YGLESIAS, Eglis. Factores relacionados con el Apgar bajo al nacer. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [online]. 2010, vol.36, n.1, pp. 25-35. ISSN 1561-3062. Disponible en la URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000100005
26. Salvo, Flores, Alarcón, Nachar y Paredes; Factores de riesgo de test de Apgar bajo en recién nacidos en el Hospital Santiago Oriente”; 2007. Disponible en la URL: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062007000300003>
27. Mejía Jara y Daniel Alonso, Relación de circular de cordón y APGAR en recién nacidos a término de parto eutócico atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho. Enero - Julio 2017; Disponible en la URL: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1873>
28. Dwany Coba Correa, Eglis. TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL Y APGAR DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. 2017(TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA). Disponible en la URL: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1786/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Torres Alarcón Derly, título “factores de riesgo asociados a score de APGAR bajo en el servicio de neonatología del hospital de ventanilla de julio a diciembre del 2016” (TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL MEDICO CIRUJANO), Lima-Peru.2017.

30. Patsy Geminis Coni Flores Vilca. TITULO: Factores de Riesgo asociados a Apgar Bajo en Recién Nacidos atendidos en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García; Enero-Mayo 2016(TESIS PARA OBTAR EL TIRULO PROFESIONAL DE OBSTETRA). Disponible en la URL: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/188/FLORES-1-Trabajo-Factores.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Arbildo Muñoz y Ramirez Echeandia; “Factores de riesgo a Apgar bajo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo; 2014. Disponible en la URI: <http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/594>
32. Arana L. factores de riesgo asociados a puntaje APGAR bajo al nacer en neonatos del hospital belén de Trujillo periodo enero 2009-diciembre 2013 [Tesis para Optar al Título profesional de médico cirujano]. Universidad Privada Antenor Orrego: Perú; 2014. Disponible en URL: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/452/1/ARANA_LUCIO_FACTORES_RIESGO_PUNTAJE_APGAR.pdf
33. Carpio Chávez, Eveling Gabriela “FACTORES RELACIONADOS CON APGAR BAJO AL NACER EN NEONATOS ATENDIDOS DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO HUÁNUCO, 2014”.(PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERIA). DISPONIBLE EN LA URL: <https://docplayer.es/52382812-Universidad-de-huanuco.html>
34. Romero Adama y Flores del Carpio; título Periodo expulsivo en primigestas adolescentes relacionado al test de Apgar. Hospital Manuel Higa Arakaki Satipo – 2013; Disponible en URL: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/512>
35. Melgarejo A y Morales B. Duración del periodo expulsivo en gestantes adolescentes de 15 a 19 años y la adaptación neonatal inmediata del recién nacido a término en relación a la puntuación de APGAR INMP periodo (setiembre -noviembre 2010). [Tesis de pregrado]. Lima – Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en la URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2968/Melgarejo_id.pdf?sequence=1&isAllowed=y
36. En Huánuco en el 2011 Vargas y Lastra³⁴, desarrollaron un estudio titulado “Factores que influyen en el APGAR bajo al nacer en los neonatos del Hospital Carlos Showing Ferrari 2008-2010”
37. R.Schwarcz, R. Fescina, C. Duverges. Parto Normal. Obstetricia. 6ta ed. Buenos Aires, Argentina:El Ateneo; 2009.

38. Williams. Obstetricia. "Segunda fase del trabajo de parto". Pág. (384-392-468); McGRAW-HILLINTER AMERICANO EDITORES, S.A de C.V.23ª edición. México; 2006-2011.
39. Bajo Arenas Jm; Melchor Marcos Jc; Merce Lt; fundamentos de obstetricia (SEGO) "Periodo expulsivo"; pag (358-363); Madrid; 2007.
40. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología.Trabajo de parto prolongado. INMP. Lima 2010. Pag.236. Disponible en la URL: https://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=650t.pdf&nombre=650t...
41. GUÍAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio, "periodo expulsivo", pag:86; Dr. Rafael Aguirre (responsable de la guía) DPES – DIGESA - MSP Uruguay 2014.
42. El valor del score de apgar para la evaluación de infantes recién nacidos. Disponible en la URL: <http://www.intermedicina.com/Avances/Pediatria/APE24.htm>
43. 53. Chiquito C, Meza F. Op Cit, p. 35.
44. Seminario de investigación científica, sinopsis del libro 2012, metodología de investigación científica para las ciencias de la salud. Dr. José Súpo,pg(1, 2, 3, 18).www.seminariosdeinvestigacion.com

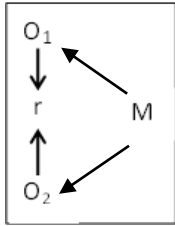
ANEXOS

ANEXO N°1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIGESTAS Y SU RELACIÓN CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha-PUCALLPA.2018

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACION /MUESTRA	DISEÑO METODOLOGICO	INSTRUMENTOS RECOLECCION DE DATOS	TÉCNICA ESTADISTICO
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Qué relación existe entre la duración del periodo expulsivo en primigestas y el Apgar del recién nacido a término atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>¿Cuáles son las características socio-demográficas de las primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018?</p> <p>¿Cuál es la duración del período expulsivo en primigestas atendidas en el Hospital Amazónico de</p>	<p>OBJETIVO GENERAL.</p> <p>Conocer la relación de la duración del periodo expulsivo en primigestas y el Apgar del recién nacido a término atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar las características socio-demográficas de las primigestas. ❖ Identificar la duración del periodo expulsivo en primigestas. ❖ Precisar el Apgar al minuto de los recién nacidos a término. 	<p>HIPOTESIS GENERALES</p> <p>H_a: La duración del periodo expulsivo en primigestas tiene relación con el Apgar del recién nacido a término atendidas en el Hospital Amazónico.</p> <p>H₀: La duración del periodo expulsivo en primigestas no tiene relación con el Apgar del recién nacido a término atendidas en el Hospital Amazónico.</p>	<p>V.DEPENDIENTE</p> <p>Apgar del recién nacido a término</p> <p><u>Indicadores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Puntuación del test de Apgar al minuto y a los cinco minutos <p>V. INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Periodo expulsivo <p><u>Indicadores:</u></p> <p>Duración del periodo expulsivo</p> <p>V. de interes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad materna • Lugar de procedencia • Estado civil • Grado de instrucción 	<p>LA POBLACIÓN DE ESTUDIO:</p> <p>Está constituida por 744 primigestas atendidas durante el año 2018.</p> <p>TIPO DE MUESTREO:</p> <p>Probabilístico</p> <p>LA MUESTRA:</p> <p>Quedará constituida por un grupo de primigestas</p> $n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$ <p>Dónde: N = Total de la población</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACION</p> <p>Retrospectivo Transversal: Analítico</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACION</p> <p>Relacional</p> <p>DISEÑO DE LA INVESTIGACION</p> <p>Para esta investigación se utilizó el diseño Correlacional – Retrospectivo. Cuya representación gráfica es la siguiente.</p> <p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Deductivo</p>	<p>TÉCNICA:</p> <p>Documental</p> <p>INSTRUMENTO:</p> <p>Ficha de recolección de datos. (historias clínicas)</p>	<p>Prueba de hipótesis se realizará con Chi cuadrada y la correlación de Pearson.</p>

<p>Yarinacocha-Pucallpa.2018?</p> <p>¿Cuál es el Apgar al minuto de los recién nacidos a término atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa. 2018?</p> <p>¿Cuál es el Apgar a los cinco minutos de los recién nacidos a término atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018?</p>	<p>❖ Precisar el Apgar a los cinco minutos de los recién nacidos a término.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Uso de oxitocina • Realización de episiotomía • Edad Gestacional por Capurro • Peso del Recién nacido • Características del líquido amniótico (Color) • Circular de cordón 	<p>$Z_{\alpha}=1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%)</p> <p>$p=$ proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)</p> <p>$q= 1 - p$ (en este caso 1-0.05 = 0.95)</p> <p>$d =$ precisión (en su investigación use un 5%).</p>	<p>ESQUEMA:</p>  <p>LEYENDA:</p> <p>M = Muestra</p> <p>O₁ = Observación de la Var. Independiente.</p> <p>O₂ = Observación de la variable dependiente.</p> <p>r = relación entre variables.</p>		
--	---	--	---	---	---	--	--

ANEXO N°2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE		DIMENSION	INDICADOR	CATEGORIA O VALOR FINAL	TIPO	MEDICION DE VARIABLE	FUENTE	ÍTEM EN EL INSTRUMENTO
variable independiente	PERIODO EXPULSIVO	Fase del parto	Duración del periodo expulsivo	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 10 min • 10 min- 29 min • 30 min – 1 hora • 1 hora – 2 horas • Mayor de 2 horas 	Cuantitativo	Intervalo	Historia clínica	2.1
Variable dependiente	APGAR DEL RECIEN NACIDO A TERMINO	Test de Apgar	Puntuación del test de Apgar Al minuto y a los cinco minutos	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 3 • 4 – 6 • 7-10 	Cuantitativo	Intervalo		3.1 y 3.2
Variables intervinientes	CARACTERÍSTICAS MATERNAS	SOCIO-DEMOGRAFICOS	Edad materna	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 15años • 16 - 19años • 20 - 34años • ≥ 35 años 	Cuantitativo	De Razón		1.1
			Lugar de procedência	<ul style="list-style-type: none"> • Yarinacocha • Manantay • Calleria • Otros 	Cualitativo	Nominal		1.2
			Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente 	Cualitativo	Nominal		1.3

			Grado de Instruccion	<ul style="list-style-type: none"> • Sin instruccion • Primaria • Secundaria • Sup.no univ. • Superior Universitario 	Cualitativo	Ordinal	1.4
			Uso de oxitocina	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativo	Nominal	2.2
			Realización de episiotomía	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativo	Nominal	2.3
	CARACTERÍSTICAS NEONATALES	DATOS DEL RECIÉN NACIDO	Edad Gestacional por Capurro	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 36ss • 37ss a 41ss • ≥ 42ss 	Cuantitativo	Ordinal	3.3
			Peso del Recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> • 1000 - 1499 • 1500 - 2499 • 2500 - 3999 • 4000 gr. a más 	Cuantitativo	Ordinal	3.4
			Características del líquido amniótico (Color)	<ul style="list-style-type: none"> • Claro • Verde claro fluido • Verde meconial • amarillento 	Cualitativo	Nominal	3.5
			Circular de cordón	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativo	Nominal	3.6

ANEXO N°3N° ficha:
/

Fecha: /

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Duración del periodo expulsivo en primigestas y su relación con el Apgar del recién nacido a término atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

I. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1.1. Edad materna

- a) \leq 15 años
- b) 16 – 19 años
- c) 20 - 34 años
- d) \geq 35 años

1.2. Lugar de procedencia:

- a) Yarinacocha
- b) Calleria
- c) Manantay
- d) Otros

1.3. Estado Civil

- a) Soltera
- b) Conviviente
- c) Casada

1.4. Grado de instrucción

- a) Sin instrucción
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Sup.No Univ.
- e) Sup. Univ.

II. DATOS OBSTETRICOS:

2.1. Duración del periodo expulsivo

- a) Menor de 10 min
- b) 10 min-29 min
- c) 30 min- 1 hora
- d) 1 hora – 2 horas
- e) Mayor de 2 horas

2.2. Uso de oxitocina

- a) Si
- b) No

2.3. Realización de la episiotomía

- a) Si
- b) No

III. DATOS DEL RECIÉN NACIDO

3.1. Puntuación del test de Apgar al minuto

- a) Puntaje 0-3
- b) Puntaje 4-6
- c) Puntaje 7 - 10

3.2. Puntuación del test de Apgar a los 5 minutos

- a) Puntaje 0-3
- b) Puntaje 4-6
- c) Puntaje 7 - 10

3.3. Edad gestacional según Capurro

- a) ≤ 36 ss
- b) 37ss a 41ss
- c) ≥ 42 ss

3.4. Peso del recién nacido

- a) 1000grs-1499grs
- b) 1500grs-2499 grs
- c) 2500grs-3999grs
- d) 4000 grs. a más

3.5. Característica del líquido amniótico

- a) Claro
- b) Verde claro fluido
- c) Verde meconial
- d) Amarillento

3.6. Circular de cordón

- a) Si
- b) No



**ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR
INSTRUMENTOS
OPINIÓN DE JUECES REVISORES**



Título de la investigación: Duración del periodo expulsivo en primigestas y su relación con el APGAR del recién nacido a término, atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

JUEZ REVISOR: Dra. Maque Ponce, Mary Luisa

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(X)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(X)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	(X)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	(X)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(X)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(X)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	(X)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(X)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(X)	()
TOTAL	20	

OBSERVACIONES:.....
.....
.....

Dra. Mary MAQUE PONCE
DNI 22487425
TELEF. 962576108



**ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR
INSTRUMENTOS
OPINIÓN DE JUECES REVISORES**



Título de la investigación: Duración del periodo expulsivo en primigestas y su relación con el APGAR del recién nacido a término, atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

JUEZ REVISOR: Mg. Carrillo y Espinoza, Carlos A

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	<input checked="" type="checkbox"/>	()
3. La secuencia de presentación es óptima	<input checked="" type="checkbox"/>	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	<input checked="" type="checkbox"/>	()
TOTAL	20	

OBSERVACIONES:.....
.....
.....

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
 Dirección Regional de Salud
 Hospital Regional "Hermilinda Valdizán Medrano"

CARLOS CARRILLO Y ESPINOZA
 OBSTETRA
 COP: 5377

TELEF. 962654882



**ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR
INSTRUMENTOS
OPINIÓN DE JUECES REVISORES**



Título de la investigación: Duración del periodo expulsivo en primigestas y su relación con el APGAR del recién nacido a término, atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

JUEZ REVISOR: Mg. Tueros Espinoza, Julio

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(X)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(X)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	(X)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	(X)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(X)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(X)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	(X)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(X)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(X)	()
TOTAL	20	

OBSERVACIONES:.....
.....
.....

Tueros Espinoza

.....
Mg. Julio C. Tueros Espinoza
OBSTETRA
COP: 3134
.....

TELEF. 06278286
962599684



**ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR
INSTRUMENTOS
OPINIÓN DE JUECES REVISORES**



Título de la investigación: Duración del periodo expulsivo en primigestas y su relación con el APGAR del recién nacido a término, atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

JUEZ REVISOR: Mg. Córdova Ruiz, Ruth Lida

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(2)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(2)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(2)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	(2)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	(2)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(2)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(2)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	(2)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(2)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(2)	()
TOTAL	20	

OBSERVACIONES:

.....

.....

Ruth Córdova
 Opsta. Mg. Ruth L. Córdova Ruiz
 UNHEVAL HCO
 DOCENTE

TELEF. 962074722



**ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR EL
INSTRUMENTO
OPINIÓN DE JUECES REVISORES**



Título de la investigación: Duración del periodo expulsivo en primigestas y su relación con el APGAR del recién nacido a término, atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018

JUEZ REVISOR: Dra. Jeri Guerra, Antonia

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(X)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(X)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	(X)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	(X)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(X)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(X)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	(X)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(X)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(X)	()
TOTAL	20	


OBSERVACIONES:.....
.....
.....

Dra: Antonia *JERI GUERRA*
DNI 22424381
TELEF... 918 512 832

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quién suscribe Dra. Jeri Guerra, Antonia, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **"Duración del periodo expulsivo en primigestas y su relación con el APGAR del recién nacido a término, atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018"** elaborado por las alumnas: Loayza Berrio Janeth Talía, Puente Ayala Jhodith Jhovana reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huánuco, 28 de marzo 2019



DNI 22424381
DRA. ANTONIA E. FERNI GUERRA

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quién suscribe Mg. Córdova Ruiz, Ruth Lida, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **"Duración del periodo expulsivo en primigestas y su relación con el APGAR del recién nacido a término, atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018"** elaborado por las alumnas: Loayza Berrio Janeth Talía, Puente Ayala Jhodith Jhovana reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huánuco, 28 de marzo 2019




Objeto: Mg. Ruth L. Córdova Ruiz
UNHEVAL HCO
DOCENTE

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quién suscribe Dra. Maque Ponce, Mary Luisa, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **"Duración del periodo expulsivo en primigestas y su relación con el APGAR del recién nacido a término, atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018"** elaborado por las alumnas: Loayza Berrio Janeth Talía, Puente Ayala Jhodith Jhovana reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huánuco, 28 de marzo 2019


Dra. Mary Maque Ponce
DOI 22487475

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quién suscribe Mg. Carrillo y Espinoza Carlos A, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **"Duración del periodo expulsivo en primigestas y su relación con el APGAR del recién nacido a término, atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018"** elaborado por las alumnas: Loayza Berrio Janeth Talía, Puente Ayala Jhodiith Jhovana reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huánuco, 28 de marzo 2019

 GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano"



CARLOS CARRILLO Y ESPINOZA
OBSTETRA
COP: 5377

DN/ 22518950

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quién suscribe Mg. Tueros Espinoza, Julio mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **"Duración del periodo expulsivo en primigestas y su relación con el APGAR del recién nacido a término, atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa.2018"** elaborado por las alumnas: Loayza Berrio Janeth Talía, Puente Ayala Jhodith Jhovana reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huánuco, 28 de marzo 2019


Mg. Julio C. Tueros Espinoza
OBSTETRA
COP: 3134

DNI: 06278286



RESOLUCIÓN 082-2018-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 27 de marzo de 2018.

VISTO:

La solicitud N° 03981616, con registro N° 203, de fecha 15.ENE.2017;

CONSIDERANDO:

Que, las alumnas de la Facultad de Obstetricia LOAYZA BERRIO Janeth Talía y PUENTE AYALA Jhodith Jhovana, solicitan nombramiento del Asesor de Tesis";

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, Capítulo IV de la Modalidad de Tesis, Art. 14° señala: "El alumno que va a obtener el título profesional por la modalidad de tesis debe presentar (...), solicitando al Decano de la Facultad el nombramiento de un Asesor de Tesis (...);


Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, Capítulo V del Asesor de Tesis, Art. 29° señala: "El asesor deberá trabajar conjuntamente con el alumno para planificar el proceso de asesoría, esto es, clarificar los propósitos de la asesoría y elaborar la estrategia de trabajo, la lista de actividades a realizar, el cronograma para cumplir dichas actividades y el sistema de verificación de logros. Además definirá un compromiso de trabajo que deberá cumplirse de acuerdo a lo pautado. En resumen, es el responsable del contenido y calidad de la tesis", y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **NOMBRAR** a la **Mg. Mitsi QUIÑONES FLORES, Asesora de Tesis** de las alumnas **LOAYZA BERRIO Janeth Talía y PUENTE AYALA Jhodith Jhovana**, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de investigación.
- 2° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN
 FACULTAD DE OBSTETRICIA

 Dra. Mary L. Maque Ponce
 DECANA

Distribución:

Asesor
 Interesadas
 Archivo
 MMP/mgr



“Año de la Lucha contra la corrupción y la impunidad”
UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 163-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 24 de Abril de 2019

VISTO:

La solicitud N° 0475916 de fecha 22.ABR.2019 presentado por las alumnas Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA, quienes solicitan la emisión de Resolución de regularización de aprobación de exclusividad de tema, en ocho (08) folios;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 082-2018-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 27.MAR.18 se nombra a la Dra. Mitsi QUIÑONES FLORES como Asesora de las alumnas Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del trabajo de Investigación;

Que, las alumnas Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA, solicitan regularizar exclusividad de tema para el Proyecto de Investigación titulado: “DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIGESTAS Y SU RELACIÓN CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha – PUCALLPA. 2018”, elaborado durante el curso de Seminario de Tesis;

Que, con Proveído N° 409-2019-UNHEVAL-FOBST-D de fecha 22.ABR.2019 se remite a la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, para que informe sobre la exclusividad de tema de las mencionadas estudiantes,

Que, con Oficio N° 009-DIU/FOBST-UNHEVAL-2019 de fecha 23.ABR.2019 la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, opina PROCEDENTE la exclusividad de tema;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Obstetricia, establece que la elaboración de su Proyecto de Investigación para acceder al Título Profesional requiere del patrocinio de un asesor, de tal modo que garantice la calidad del trabajo, desde la elaboración del proyecto hasta la redacción del documento final;

Que, siendo el proceso misional 01.3 del Sistema de Gestión de Calidad – UNHEVAL y siendo el indicador FI-PM-01.3.3 un indicador de calidad que requiere el Registro del número de participación como Asesores de tesis por docente, corresponde el registro a la Comisión de Grados y Títulos, y;

Que, estando a las atribuciones conferidas a la Decana Interina de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 0002-2016-UNHEVAL-RI., de fecha 07 marzo de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** en vías de regularización la exclusividad el título de Proyecto de Investigación: **“DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIGESTAS Y SU RELACIÓN CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha – PUCALLPA. 2018”**, de las alumnas **Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA** y queda registrado en el cuaderno de Actas del Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia, asesoradas por la Dra. Mitsi QUIÑONES FLORES.
- 2° **DISPONER** que la Comisión de Grados y Títulos, registre el número de participación como Asesor del Proyecto de Tesis por docente.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”
 FACULTAD DE OBSTETRICIA
 DECANO
 Dra. Mary L. Maque
 DECANO

Regístrese, comuníquese y archívese.

Distribución:

Asesora, Interesadas, Com GyT, Archivo
 Sec/RSC



"Año de la Lucha contra la corrupción y la impunidad"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 206-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 22 de mayo del 2019

VISTO:

La solicitud N° 0476829 de fecha 15.MAY.19 presentado por las alumnas Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución N° 163-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 24.ABR.2019 se aprobó como exclusividad el título de Proyecto de Investigación: "DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIGESTAS Y SU RELACIÓN CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA- PUCALLPA.2018", de las alumnas Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA;

Que, mediante Resolución N°082-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 27.MAR.2019 se nombró a la Mg. Mitsi Marlene QUIÑONES FLORES como Asesora de Tesis de las alumnas Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA, para la elaboración de su Proyecto de Investigación, así como la orientación de su desarrollo;

Que, con Informe N° 001—2019-DA-MMQF-UNHEVAL/FOBST de fecha 26.MAR.2019 la Mg. Mitsi Marlene QUIÑONES FLORES, asesora de las alumnas Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA, informa que se ha concluido con la asesoría del proyecto de tesis titulado: "DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIGESTAS Y SU RELACIÓN CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA- PUCALLPA.2018", presentada por las alumnas en mención;

Que, las alumnas de la Facultad de Obstetricia Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA, presentaron un (01) ejemplar del Proyecto de Tesis arriba indicado para su aprobación;

Que, con Informe N° 001-2019-C-A-RP/-JIPJ/FOBST-UNHEVAL de fecha 15.ABR.2019 la Dra. Isabel Prado Juscamaíta y con Informe N° -004-2019-JEX/FOBST-UNHEVAL-CFP de fecha 12.ABR.2019 la Dra. Clara Fernandez Picón, Comisión Revisora Ad Hoc del Proyecto de Tesis titulado: "DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIGESTAS Y SU RELACIÓN CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA- PUCALLPA.2018", de las alumnas de la Facultad de Obstetricia Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA, indican que se encuentra APTA para su aprobación y ejecución;

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, en su Capítulo IV de la modalidad de la tesis, Art. 18° dice: Emitida la Resolución de Decanato, el alumno(a) procederá a desarrollar su Proyecto de Tesis en un tiempo mínimo de sesenta (60) días hábiles. Si no lo desarrollara en un plazo de catorce meses, debe presentar un nuevo Proyecto de Tesis, y

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** el proyecto de tesis titulado: "**DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIGESTAS Y SU RELACIÓN CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA- PUCALLPA.2018**", de las alumnas **Janeth Talía LOAYZA BERRIO** y **Jhodith Jhovana PUENTE AYALA**, asesoradas por la **Mg. Mitsi Marlene QUIÑONES FLORES**.
- 2° **INSCRIBIR** el Proyecto indicado en el libro correspondiente de la Unidad de Investigación de la Facultad, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir del 15.ABR.2019.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD OBSTETRICIA

.....
Dra. Mary L. Maque Ponce
DECANA

DISTRIBUCIÓN:

DUIFO, asesora, interesadas y archivo.
Sec/CPH



"Año de la Lucha contra la corrupción y la impunidad"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 097-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 29 de marzo del 2019

VISTO:

La Solicitud N° 0471177 de fecha 01.ABR.2019 presentada por las alumnas de la Facultad de Obstetricia Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA;

CONSIDERANDO:

Que, en el Art. 14° del Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL señala: " Con el informe del asesor de Tesis será remitido a una comisión Revisora Adhoc, integrado por dos docentes...";

Que, mediante Resolución N° 082-2018-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 27.MAR.2018, se nombró a la Mg. Mitsi QUIÑONEZ FLORES como Asesora de Tesis de las alumnas de la Facultad de Obstetricia Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA, para la elaboración de su Proyecto de Investigación, así como la orientación de su desarrollo.

Que, las alumnas de la Facultad de Obstetricia Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA solicitan la revisión, aprobación y designación de su proyecto de tesis, adjuntando el informe de la Asesora de Tesis; asimismo adjunta 02 ejemplares del proyecto: "DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIGESTAS Y SU RELACION CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO A TERMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha-PUCALLPA.2018";

Que, siendo el proceso misional 01.3 del Sistema de Gestión de Calidad – UNHEVAL y siendo el indicador F1-PM-01.3.2 un indicador de calidad que requiere el Registro del número de participación como jurado de tesis por docente, corresponde el registro a la Comisión de Grados y Títulos, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1°** **DESIGNAR** la Comisión Ad Hoc para revisión del proyecto de tesis: "**DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIGESTAS Y SU RELACION CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO A TERMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha-PUCALLPA.2018**", presentado por las alumnas de la Facultad de Obstetricia **Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA** integrado por las siguientes docentes:

Dra. Isabel PRADO JUSCAMAITA
Dra. Clara FERNANDEZ PICON

Especialista del Aspecto Metodológico
Especialista del Aspecto Temático

- 2°** **DISPONER**, que los docentes designados informen al Decano acerca de la suficiencia del Proyecto de Tesis en un plazo que no exceda los quince días hábiles.

- 3°** **DISPONER** que la Comisión de Grados y Títulos, registre el número de participación como jurados de tesis por docente.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Distribución:

Comisión
 CGyTFOBST
 Asesor
 Interesadas
 Archivo.
 Sec/RSC

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
 FACULTAD DE OBSTETRICIA
 Dra. Mary L. Yaque S.C.
 Decana



"Año de la Lucha contra la corrupción y la impunidad"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 297-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 10 de Julio del 2019

VISTO:

La Solicitud N° 0479151 de fecha 08.JUL.2019 presentado por las exalumnas Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA;

CONSIDERANDO:

Que, en el Art. 17° del Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL señala: "Una vez que el tesista ha elaborado el Borrador de Tesis, con el visto bueno de su Asesor, y obtenido el grado de bachiller, solicitará al Decano, en el Formato Único de Trámite, se designe al Jurado de Tesis, adjuntando a su solicitud, la copia de la resolución que aprueba el Proyecto de Tesis y cuatro (04) ejemplares del Borrador de Tesis, un ejemplar para cada miembro del Jurado". Art. 18° señala: "El Jurado de Tesis es designado por el Decano, integrado por cuatro (04) profesores ordinarios: tres (03) serán titulares y un (01) accesitario. El Jurado se compone de: Presidente, Secretari y Vocal. De los cuales dos son especialistas del tema de la Tesis y un especialista en metodología de la investigación. El de mayor categoría y precedencia preside dicho Jurado";

Que, las ex alumnas de la Facultad de Obstetricia Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA; solicitan designación del tercer jurado para la revisión del Informe final del Proyecto de Investigación titulado: "DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIGESTAS Y SU RELACIÓN CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA-PUCALLPA. 2018", bajo el asesoramiento del Dra. Mitsi Marlene QUIÑONES FLORES, quien informa la culminación del Informe final del Proyecto de Investigación y que cumple con los estándares exigidos del Reglamento de Grados y Títulos y se encuentra en condiciones de ser revisado por el Jurado de Tesis;

Que, siendo el proceso misional 01.3 del Sistema de Gestión de Calidad – UNHEVAL y siendo el indicador F1-PM-01.3.2 un indicador de calidad que requiere el Registro del número de participación como jurado de tesis por docente, corresponde el registro a la Comisión de Grados y Títulos, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

1° DESIGNAR Jurados de la Tesis titulada: "**DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIGESTAS Y SU RELACIÓN CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA- PUCALLPA. 2018**", de las ex alumnas de la Facultad de Obstetricia **Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA**, debiendo el jurado estar integrado de la siguiente manera, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.

PRESIDENTE	:	Dra. Justina Isabel PRADO JUSCAMAITA
SECRETARIA	:	Dra. Clara FERNANDEZ PICON
VOCAL	:	Mg. Ruth Lida CORDOVA RUIZ
ACCESITARIO	:	Mg. Julio Constantino TUEROS ESPINOZA

2° DISPONER, que los docentes designados informen al Decano acerca de la suficiencia del borrador del Proyecto de Tesis en un plazo que no exceda los quince días hábiles.

3° DISPONER que la Comisión de Grados y Títulos, registre el número de participación como jurados de tesis por docente.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD OBSTETRICIA

.....
Dra. Mary L. Maque Ponce
 DECANA

Distribución: Jurados, Asesor, Interesados, Com. GyT y Archivo.



RESOLUCIÓN N° 312-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 26 de Julio del 2019

VISTO:

La Solicitud N° 00443034 de fecha 25.JUL.2019 presentado por las ex alumnas Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA y Oficio N°221-2019-UNHEVAL/FOBST-DDA;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N°297-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 08.JUL.2019 se designa al jurado examinador de la Tesis titulada: "DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIGESTAS Y SU RELACIÓN CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA- PUCALLPA. 2018", de las bachilleres alumnas Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA;

Que, los miembros de Jurado de Tesis después de haber realizado la revisión de dicha tesis informan que se encuentra APTA para ser sustentada, dado que se ajusta a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL;

Que con Solicitud N° 00443034 de fecha 25.JUL.2019, las ex alumnas Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA y con solicitan se le declare expeditas y se le fije fecha y hora de sustentación de tesis y con Oficio N°221-2019-UNHEVAL/FOBST-DDA, la Directora del Departamento Académico de la Facultad de Obstetricia, informa que la Dra. Clara Fernandez Picon, se encuentra con Licencia los días 24, 25 y 26 de julio del 2019;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, en el Capítulo IV, de la Modalidad de Tesis, en su art. 25° dice: "Una vez que los miembros del Jurado hubieran informado al Decano acerca de la suficiencia del trabajo de tesis, el Decano emitirá la resolución fijando día, hora y lugar para la sustentación...", y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **DECLARAR** expedito las bachilleres de la Facultad de Obstetricia **Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA** para la sustentación de tesis.
- 2° **FIJAR fecha, hora y lugar** de sustentación de la tesis Titulada: "**DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIGESTAS Y SU RELACIÓN CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA- PUCALLPA. 2018**", de las bachilleres **Janeth Talía LOAYZA BERRIO y Jhodith Jhovana PUENTE AYALA**, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
DÍA : Viernes 26 de Julio del 2019
HORA : 04:30 pm.
LUGAR : Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia.
- 3° **Habilitar** al **Mg. Julio Constantino TUEROS ESPINOZA** en reemplazo de la Dra. Clara FERNANDEZ PICON en la conformación del jurado, en consecuencia reconstituir el jurado de la siguiente manera:
 PRESIDENTE : Dra. Justina Isabel PRADO JUSCAMAITA
 SECRETARIA : Mg. Julio Constantino TUEROS ESPINOZA
 VOCAL : Mg. Ruth Lida CORDOVA RUIZ
- 4° **DISPONER** que los docentes designados deberán ceñirse a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
 FACULTAD OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Maque Ponce
 DECANA

DISTRIBUCIÓN:
 Jurados, Asesora, Interesadas, Publicación y archivo.
 Sec/CPH

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

CONSTANCIA DE ACEPTACION PARA EJECUTAR
PROYECTO DE INVESTIGACION

QUIEN SUSCRIBE:

DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL AMAZÓNICO.

HACE CONSTAR:

Que, las ex Internas de Obstetricia **PUENTE AYALA Jhodith Jhovana**, identificada con DNI N° 71608078 y **LOAYZA BERRIO Janeth Talía**, identificada con DNI N° 76860326, egresadas de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán – Huánuco, han sido aceptadas para realizar la ejecución del Proyecto de Investigación y Tesis, con el título: DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIGESTAS Y SU RELACIÓN CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO , ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha – PUCALLPA. 2018

Se expide el presente documento a solicitud de las interesadas para los fines que estimen pertinentes.

Yarinacocha, 03 de mayo del 2019



MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
HOSPITAL AMAZÓNICO
Walter Román Leveau Bartra
DR. WALTER ROMÁN LEVEAU BARTRA
R. E. P. N° 0025 - 2010 - ORU - OR
C.M.P. N° 22230
DIRECTOR EJECUTIVO



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS
HOSPITAL AMAZÓNICO
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRIA
Isabel T. Llapapa Bartra
DRA. ISABEL T. LLAPAPA BARTRA
C. O. P. N° 30223
COORDINADORA DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En la ciudad de Huánuco, a los 26 días del mes de Julio de 2019, siendo las 17.30' Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en la Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: : **"DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIGESTAS Y SU RELACIÓN CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOA-PUCALLPA. 2018"** presentado por la bachiller **Janeth Talía LOAYZA BERRIO**, para obtener el **TÍTULO DE OBSTETRA**, estando integrado por los siguientes docentes:

PRESIDENTE	:	Dra. Justina Isabel PRADO JUSCAMAITA
SECRETARIA	:	Mg. Julio Constantino TUEROS ESPINOZA
VOCAL	:	Mg. Ruth Lida CORDOVA RUIZ

Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

..... 03 Papeleta (S) APROBADOS
 — Papeleta (S) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: 15 y cualitativa de: Bueno

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

En fe, de lo cual firmamos.



 Dra. Justina Isabel PRADO JUSCAMAITA
PRESIDENTE



 Mg. Julio Constantino TUEROS ESPINOZA
SECRETARIA



 Mg. Ruth Lida CORDOVA RUIZ
VOCAL

Asesor: Dra. Mitsi Marleni QUIÑONEZ FLORES



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En la ciudad de Huánuco, a los 26 días del mes de Julio de 2019, siendo las 17.30' Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en la Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: : **"DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PRIMIGESTAS Y SU RELACIÓN CON EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA-PUCALLPA. 2018"**, presentado por la bachiller **Jhodith Jhovana PUENTE AYALA**, para obtener el **TÍTULO DE OBSTETRA**, estando integrado por los siguientes docentes:

PRESIDENTE	:	Dra. Justina Isabel PRADO JUSCAMAITA
SECRETARIA	:	Mg. Julio Constantino TUEROS ESPINOZA
VOCAL	:	Mg. Ruth Lida CORDOVA RUIZ

Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

..... 03 Papeleta (S) APROBADOS
 - Papeleta (S) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: 15 y cualitativa de: Bueno

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

En fe, de lo cual firmamos.



 Dra. Justina Isabel PRADO JUSCAMAITA
PRESIDENTE




 Mg. Julio Constantino TUEROS ESPINOZA
SECRETARIA



 Mg. Ruth Lida CORDOVA RUIZ
VOCAL

Asesor: Dra. Mitsi Marleni QUIÑONEZ FLORES

Secretaria: para el Libro de Acta

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	06/01/2017	1 de 2

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE PREGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos de los autores de la tesis)

Apellidos y Nombres: Loayza Berrio, Janeth Talía

DNI: 76860326 Correo electrónico: janethf.l.b.23@gmail.com

Teléfonos: Casa _____ Celular 954149477 Oficina _____

Apellidos y Nombres: Puente Ayala, Jhodith Jhovana

DNI: 71608078 Correo electrónico: jhovana.p.23@gmail.com

Teléfonos: Casa _____ Celular 913480510 Oficina _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI: _____ Correo electrónico: _____

Teléfonos: Casa _____ Celular _____ Oficina _____

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Pregrado	
Facultad de:	<u>Obstetricia</u>
E. P. :	<u>Obstetricia</u>

Título Profesional obtenido:

Obstetra

Título de la tesis:

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES		
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN	RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
	OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	06/01/2017	2 de 2

«Duración del periodo expulsivo en primigestas y su relación con el Apgar del recién nacido a término, atendidas en el Hospital Amazónico de Yarina cocha - Pucallpa. 2018»

Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor(es):

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya(n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

- () 1 año
 () 2 años
 () 3 años
 () 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: 10/7/2019

Firma del autor y/o autores:



