

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**INDUCCION CON OXITOCINA EN EL TRABAJO DE PARTO Y EL APGAR  
DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL  
PERIODO ENERO – ABRIL 2014**

**PROYECTO PRESENTADO POR:  
LINDA BRIGUITTE ORTIZ LOPEZ**

**PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**PUCALLPA – PERU  
2016**

## INDICE

CARATULA .....	I
INDICE .....	II
DEDICATORIA .....	IV
AGRADECIMIENTO .....	V
RESUMEN .....	VI
ABSTRACT .....	VII
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPITULO I.....	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	6
1.2.1. Problema Principal .....	6
1.2.2. Problemas Secundarios.....	6
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	7
1.3.1 Objetivo General.....	7
1.3.2 Objetivos Específicos .....	7
1.4 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1.4.1 Hipótesis General .....	8
1.4.2 Hipótesis Secundaria .....	¡Error! Marcador no definido.
1.4.3 Variables.....	8
1.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	9
1.5.1 Tipo de Investigación .....	9
1.5.2 Nivel de Investigación .....	9
1.5.3 Método.....	9

<b>1.6 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>10</b>
<b>1.6.1 Población .....</b>	<b>10</b>
<b>1.6.2 Muestra.....</b>	<b>10</b>
<b>1.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.10</b>	
<b>1.7.1 Técnicas de recolección de datos.....</b>	<b>10</b>
<b>1.7.2 Técnicas de Procesamiento de Datos .....</b>	<b>11</b>
<b>1.8 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1.1 Antecedentes .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1.2 Marco Teórico .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1.3 Definición de Términos Básicos .....</b>	<b>22</b>
<b>PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>25</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>41</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>52</b>

## **DEDICATORIA**

A mi Dios, por ser el eje en toda mi vida,  
A mis padres por ser mi sustento,  
y a mi pequeña hija Dasha Narely  
Quienes me motivan

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por permitir mi existencia y gracias a ello poder cumplir con mi más anhelado sueño de ser profesional

Y a los docentes de la Universidad Alas Peruanas quienes me impartieron sus conocimientos.

Así también a mis padres por su apoyo incondicional, y a mi hija Dasha Narely por ser mi inspiración.

## RESUMEN

**Introducción:** Los motivos para realizar una inducción al parto son debido al riesgo de la madre o el feto, por complicaciones propias del embarazo como trastornos hipertensivos, pre-eclampsia, embarazo prolongado, ruptura prematura de membrana, entre otros. El índice Apgar al primer minuto constituye un índice de depresión, reflejando el estado cambiante del recién nacido. La persistencia de puntuaciones bajas de Apgar nos indica la necesidad de realizar esfuerzos terapéuticos adicionales para revertir el grado de severidad del neonato

**Materiales y Método:** Es un estudio transversal, retrospectivo y correlacional. Se usó una ficha de recolección de datos de las historias clínicas de 312 pacientes que fueron inducidas por oxitocina en el Hospital Regional de Pucallpa

**Resultados:** De la población estudiada 166 (53.21%) de las mujeres tenían entre 20 y 35 años. Así como, 206 (66,03%) de ellas indicaron convivir con sus parejas. Se encontró asociación entre las características del líquido amniótico y el motivo de inducción por oxitocina siendo el 82(72,81%) debido a la ruptura prematura de membranas. Los niveles de APGAR al minuto y los motivos de la inducción de la oxitocina nos reflejan una asociación entre sí (Z: -1.80; IC: [0.98-0.99]), al igual que la edad (Z: 9.90; IC: [1.0001 – 1.002]), la Paridad (Z: 1.70; IC: [1.002 - 1.003]), el líquido amniótico (Z: -3.30; IC: [0.992-0.993]) y la vía del parto (Z: -9.40; IC: [0.998-0.999]) **Conclusión:** Se observa una relación entre el puntaje bajo de APGAR al minuto y los motivos de inducción por oxitocina.

## ABSTRACT

**Introduction:** The reasons for a labor induction are because the high risks of the mother or the fetus, as complications of the pregnancy like hypertensive disorders, pre-eclampsia, prolonged pregnancy, and premature rupture of membranes. The Apgar score in the first minute is a depression index, reflecting the changing state of the newborn. The persistence of low Apgar scores indicates the need for additional therapeutic efforts to reverse the severity of the newborn

**Materials and Methods:** A cross-sectional, retrospective correlational study. A form of data collection from medical records of 312 patients who were induced by oxytocin in the Hospital Regional de Pucallpa.

**Results:** In the study 166 (53.21%) of the women were between 20 and 35 years old. And 206 (66.03%) of them reported living with their partners. An association between the characteristics of the amniotic fluid and the reasons for induction of oxytocin being the 82 (72.81%) due to premature rupture of membranes. The Apgar score in the first minute and the reasons for the induction of oxytocin reflect an association between them (Z: -1.80 CI [0.98-0.99]), age (Z: 9.90, CI: [1.0001 - 1002]), amniotic fluid (Z: -3.30 CI [0992-0993]) and the birth canal (Z: -9.40, CI [0998-0999])

**Conclusion:** There is an association between a high score of Apgar in a minute and the induction by oxytocin

## INTRODUCCIÓN

Durante el trabajo de parto se pueden presentar problemas de importancia, tanto para la madre como del feto, demandando la necesidad de reducir la duración del mismo <sup>1,2</sup>. Un trabajo de parto que acompaña de manera prolongada a un cérvix desfavorable, está relacionado con el incremento en la incidencia de corioamnionitis, cesáreas, endometritis e infecciones neonatales <sup>3</sup>.

De esta forma, las mujeres con un cérvix desfavorable, son un motivo para la inducción del parto solo con oxitocina que puede resultar en un embarazo prolongado o una cesárea de emergencia <sup>4,5</sup>.

La inducción al parto se considera una intervención común en la práctica en obstetricia<sup>4</sup>. Por lo general los motivos para realizar estos procedimientos se incrementan cuando existe un riesgo de la madre o el feto, como hipertensión, pre-eclampsia, diabetes, embarazo prolongado, ruptura prematura de membrana, sospecha del desprendimiento de la placenta, o la restricción del crecimiento fetal<sup>4,5</sup>.

El puntaje de APGAR es considerado una evolución del recién nacido por un lapso de tiempo definido después del nacimiento que se basa en funciones vitales como la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tono muscular, reflejos al paso del catéter nasal y su coloración, la cual refleja el estado del niño al nacer. Por lo que en un estudio realizado por Ovalles, L y colaboradores acerca de la incidencia y el pronóstico de los recién nacido con un apgar bajo al nacer, se observó que de los 3 368 niños registrados en el estudio, el 16% de ellos presentaron un puntaje de APGAR bajo al nacer, siendo la principal causa el sufrimiento fetal agudo con un líquido amniótico teñido de meconio, dentro de las características de la vía de parto se observó que aquellos recién nacidos con puntaje bajo el 52.2% fueron a través de parto vaginal y 47.8% por cesárea <sup>6</sup>.

Los estudios que evalúan la inducción de partos en distintas poblaciones de gestantes presentan resultados inconclusos con respecto a los fármacos usados durante el proceso de inducción del trabajo de parto. Asimismo, no existe una uniformidad sobre los valores reportados del índice de Apgar de los recién nacidos<sup>7</sup>.

Por lo que se plantea que el siguiente trabajo refleje la situación del Hospital Regional de Pucallpa, expresando las características más resaltantes y la relación que presenta los índices de la puntuación del APGAR y los motivos por los cuales se realizó la inducción por oxitocina.

## CAPITULO I

### 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

Según la Sociedad Americana de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés) en las últimas dos décadas la tasa de inducción del trabajo de parto se ha duplicado en los Estados Unidos, llegando a más del 22%<sup>8</sup>. La inducción del parto se ha practicado desde la antigüedad, pero se transformó en una práctica más habitual a partir de 1948, cuando Theobald y colaboradores<sup>9</sup> describieron la oxitocina, extraída de la hipófisis posterior, como responsable del inicio natural del trabajo de parto<sup>9,10</sup>.

De esta forma, muchos son los métodos que se pueden utilizar para inducir el parto. Dentro de los cuales existen tres tipos de medicamentos que permiten estimular las contracciones uterinas: los alcaloides del ergot, las prostaglandinas y la oxitocina, simulando la acción de la hormona oxitocina<sup>1</sup>.

La oxitocina es considerada un fármaco de uso rutinario en obstetricia. Empleado como un inductor, regulador y para prevenir hemorragias postparto, tanto en el manejo activo del parto como en cesáreas. Reduce la hemorragia al inducir la activación de receptores acoplados a la proteína G localizados en el

miometrio y la decidua, provoca contracciones rápidas y duraderas que aumentan el tono basal del miometrio <sup>11,12</sup>.

El empleo de la oxitocina o de cualquier otro tipo de inducción del parto presenta riesgos comparados con los de proceder directamente a una cesárea. La principal desventaja de la oxitocina es que en ocasiones actúa lentamente <sup>(13,7)</sup>, siendo poco efectivo cuando el cuello uterino es inmaduro <sup>14</sup>, pero la principal ventaja es que puede interrumpirse con rapidez <sup>13,7</sup>.

Las contracciones provocadas por la oxitocina, presionan la cabeza del feto contra el cuello uterino repetidamente, contribuyendo al adelgazamiento del cuello uterino. Pero el efecto de la oxitocina sola, no ha demostrado ser totalmente satisfactorio para borrar el cuello uterino en las mujeres que necesitan un aumento de la mano de obra <sup>15,16</sup>.

Se han realizado estudios con respecto a la eficacia, efectividad, seguridad o costos de la oxitocina y su comparación con otros métodos de inducción. Así mismo, muchos estudios reportan similitud entre los efectos colaterales durante la inducción del parto o reflejados en recién nacidos a través de la puntuación del Apgar <sup>2</sup>.

En el año de 1964 un extenso estudio demostró que el puntaje Apgar a los cinco minutos de vida es considerado como un predictor en la supervivencia neonatal y del desarrollo neurológico <sup>17,18</sup>. El índice de Apgar se considera importante para valorar el estado general del recién nacido en los primeros minutos de vida, dicho test comprende cinco parámetros (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, coloración, tono muscular y respuesta a los estímulos), y si el índice es menor a 7 (apgar bajo) el estado del recién nacido es considerado como no satisfactorio <sup>19</sup>.

El puntaje de Apgar fue desarrollado para identificar rápidamente a los recién nacidos que necesitaban reanimación. Mostrando una notoria relación con la morbilidad y mortalidad posteriores <sup>18</sup>. El índice Apgar al primer minuto constituye un índice de depresión, y las puntuaciones posteriores, a los cinco minutos o posteriores, reflejan el estado cambiante del recién nacido y la suficiencia de las maniobras de reanimación. La persistencia de puntuaciones bajas de Apgar indica la necesidad de realizar esfuerzos terapéuticos adicionales y el grado de severidad del neonato <sup>20</sup>. De esta forma, en una revisión de estudios revela que el Apgar bajo al primer minuto de vida puede llegar al 14,6% de los recién nacidos, y a los cinco minutos al 4,9% <sup>7</sup>.

Por lo que, si el Apgar permanece bajo a los 10, 15 ó 20 minutos, se considera que el impacto neurológico en los sobrevivientes es cada vez peor. Al contrario, una rápida normalización del Apgar a los 5 minutos, indica que la asfixia probablemente no ha sido suficientemente grave como para producir daño neurológico permanente <sup>18,21</sup>.

Se han realizado diferentes tipos de estudios con que evalúan la inducción de partos en distintas poblaciones de gestantes, pero los resultados son inconclusos con respecto a los fármacos usados durante el proceso de inducción del trabajo de parto. Asimismo, no se ha encontrado uniformidad en los valores reportados del índice de Apgar de los recién nacidos, ni en los instantes en los cuales se evalúan <sup>7</sup>.

El presente estudio a realizar tiene como propósito principal evaluar la relación entre la inducción del trabajo de parto con oxitocina y el APGAR del recién nacidos en el Hospital Regional de Pucallpa.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema Principal**

¿Cuál es la relación entre la inducción con oxitocina en el trabajo de parto y el APGAR < 7 del recién nacido en el Hospital Regional de Pucallpa en el período Enero – abril 2014?

### **1.2.2. Problemas Secundarios**

- ✓ ¿Qué porcentaje de gestantes registraron uso de oxitocina para la inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Pucallpa en el período enero – abril 2014?
- ✓ ¿Qué condiciones obstétricas/médicas presentaron las gestantes que recibieron inducción de trabajo de parto con oxitocina en el Hospital Regional de Pucallpa en el período enero– abril 2014?
- ✓ ¿Qué características presentó el líquido amniótico en las gestantes que recibieron la inducción de trabajo de parto con oxitocina en el Hospital Regional de Pucallpa en el período enero– abril 2014?
- ✓ ¿Cuál fue el Apgar de los recién nacido de gestantes inducidas con oxitocina en el trabajo de parto en el Hospital Regional de Pucallpa en el período enero – abril 2014?.

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar si la inducción con oxitocina en el trabajo de parto se relaciona con el APGAR < de 7 del recién nacido en el Hospital Regional de Pucallpa en el período enero – abril 2014

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Cuantificar el porcentaje de gestantes que registraron uso de oxitocina como Inducción del trabajo de parto en el Hospital Regional de Pucallpa en el período enero – abril 2014.
- ✓ Conocer las condiciones obstétricas/médicas que presentaron las gestantes que recibieron inducción de trabajo de parto con oxitocina en el Hospital Regional de Pucallpa en el período enero – abril 2014.
- ✓ Establecer las características que presentó el líquido amniótico en las gestantes que recibieron inducción de trabajo de parto con oxitocina en el Hospital Regional de Pucallpa en el período enero– abril 2014.
- ✓ Cuantificar el Apgar de los recién nacido de gestantes inducidas con oxitocina en el trabajo de parto en el Hospital Regional de Pucallpa en el período enero – abril 2014.

## **1.4 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1 Hipótesis General**

- ✓ El trabajo de parto inducido por oxitocina se relaciona con el Apgar < de 7 en el recién nacido en el Hospital Regional de Pucallpa en el período enero – abril 2014.
  
- ✓ El trabajo de parto inducido por oxitocina no se relaciona con el Apgar < de 7 en el recién nacido en el Hospital Regional de Pucallpa en el período enero – abril 2014.

### **1.4.3 Variables**

#### **Variable Independiente**

Inducción del Trabajo de Parto con Oxitocina

#### **Variable Dependiente**

APGAR del Recién Nacido.

## **1.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de investigación corresponde a un estudio de tipo **transversal, retrospectivo** y de nivel de investigación de tipo **correlacional**.

### **1.5.1 Tipo de Investigación**

Según el periodo y secuencia del estudio, es de tipo transversal, pues se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. Según el tiempo de los hechos y registro de la información es un estudio de tipo retrospectivo, pues los hechos ocurrieron antes del diseño de estudio.

### **1.5.2 Nivel de Investigación**

El nivel de Investigación, se enmarca en un estudio descriptivo correlacional, porque actúan en el presente; miden y evalúan con precisión el grado de relación que existe entre dos conceptos o variables en un grupo de sujetos durante la investigación.

### **1.5.3 Método**

El método a utilizar en la investigación será el deductivo, ya que determina la relación entre las variables de estudio.

## **1.6 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.6.1 Población**

La población conformada durante el año 2014 fue de **1117** pacientes que acudieron a la sala de partos del servicio de gineco – obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa. Sin embargo, la población de nuestro estudio está conformada por sólo **312** pacientes quienes se les realizaron la inducción de trabajo de parto con oxitocina durante el periodo Enero – Abril 2014

### **1.6.2 Muestra**

En el presente estudio no se aplicó una la formula muestral estadística ya que se decidió trabajar con el número total de la población, siendo esta de 312 pacientes.

## **1.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **1.7.1 Técnicas de recolección de datos**

En el presente estudio cuenta con una ficha de recolección de datos los cuales recogerán los datos de las historias clínicas del Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo de enero – abril 2014, la ficha se encuentra estructurada por 2 secciones: El primero que contiene datos generales sobre el paciente acerca de su edad, lugar de procedencia, estado civil, ocupación y grado de instrucción. La segunda sección comprende sobre los datos gineco – obstétricos que han sido recolectados de las pacientes inducidas al trabajo de parto por oxitocina, el motivo por el que se le realizó dicho procedimiento, asimismo las características del líquido amniótico, vía del parto, puntaje del APGAR al minuto y a los cinco minutos, Paridad y el capurro por semanas.

### 1.7.2 Técnicas de Procesamiento de Datos

Los datos obtenidos durante la recolección de datos fueron registrados en una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel V2013. Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico STATA 11.0. En el cual se describe los resultados mostrando en frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se usaron medianas y rango intercuartílico, de ser necesario, al no presentar una distribución normal (Shapiro-Wilk $<0,05$ ). Para la estadística inferencial se utilizó Chi-cuadrado y razón de prevalencia para variables cualitativas y U de Mann Whitney para las variables cuantitativas. Se consideró como significativo valores de  $p<0,05$ .

### 1.8 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio refleja la necesidad de conocer la relación de inducción del trabajo de parto con oxitocina en el Hospital Regional de Pucallpa por diversos motivos y su relación con el Apgar del recién nacido. Debido a que es un procedimiento que se observa a menudo y no se ha cuantificado. Asimismo debido a que no se encontró trabajos publicados o conocidos en la región de Ucayali.

Las inducciones del trabajo de parto se ha incrementado dramáticamente durante los últimos 10 años en el Perú y el 80% aproximadamente de ellas son realizadas por alguna complicación materna<sup>16,18</sup>.

Los reportes encontrados sobre los beneficios de la oxitocina en la inducción del parto <sup>7, 11, 12,13</sup> así mismo como los efectos colaterales y desventajas de su uso inadecuado <sup>7, 13, 14, 15, 16,47</sup>, han sido identificados en una cantidad limitada. A diferencia de los estudios comparativos que se realizaron con oxitocina frente a otros fármacos<sup>48-51</sup>.

De esta forma, con el presente estudio se planea obtener los resultados sobre el uso de la oxitocina y su relación con el bajos de APGAR, brindando un mejor panorama y conocimiento para el personal de salud, sobre medidas preventivas en el uso de la oxitocina en la inducción del trabajo de parto y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1 Antecedentes

###### INTERNACIONALES

En el trabajo de **León-Pérez A; Ysidrón-Yglesias E**, titulado Factores relacionados con el Apgar bajo al nacer cuyo objetivo era mostrar el comportamiento de algunos factores relacionados con el puntaje de Apgar bajo al nacer en el Hospital Materno de referencia nacional de Asmara en Eritrea. **MÉTODOS:** se realizó una investigación analítica prospectiva de tipo caso control de las embarazadas que tuvieron recién nacidos con un Apgar igual o menor de 3 puntos en el quinto minuto de vida en el Hospital Ginecobstetricia de referencia nacional de Asmara, Eritrea, desde el 20 de noviembre de 2006 hasta el 20 de noviembre de 2007. **RESULTADOS:** 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 en esta institución.

**CONCLUSIONES:** los factores más relacionados con el alto índice de Apgar bajo al nacer en esta institución fueron: 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 <sup>22</sup>.

En el trabajo de **Fajardo-Rodríguez O, Humaran-Martínez I y Piloto-Morejón M**; Inducción del parto con oxitocina, prostaglandinas o ambas. Se realizó un estudio transversal, prospectivo y analítico en el período de junio-noviembre de 1996 en el Hospital Provincial Gineco-obstétrico “Justo Legón Padilla” de Pinar del Río. Para comparar algunos aspectos de la inducción del parto mediante prostaglandinas, oxitocina o ambas. Se estudiaron todas las pacientes sometidas a inducción del parto (n = 460): 407 con oxitocina; 34 con misoprostol y 19 con la combinación de ambos fármacos. Se analizaron las variables: incidencia por meses, fármacos utilizados, edad gestacional, causa de la inducción, vía del nacimiento, características del líquido amniótico y puntaje de Apgar. Los resultados se agruparon en cuadros y se realizó análisis estadístico como porcentaje y chi cuadrado, con un nivel de significación de  $p < 0,05$ . Los principales resultados fueron: 14,7 % de índice total de inducciones en el período estudiado y sus principales causas, en general: la hipertensión arterial, la rotura prematura de las membranas ovulares, el oligohidramnios y el embarazo prolongado. En el embarazo pretérmino, las principales causas fueron: la hipertensión arterial, la rotura prematura de las membranas ovulares y la interrupción por causa genética. Hubo un alto índice de cesáreas (33,4 %) y se destacaron como sus principales causas: el sufrimiento fetal agudo (35,1 %) y la desproporción céfalo-pélvica (23,4 %). La intensificación del meconio (labor de parto vs. nacimiento) se observó en el 30 % cuando se usó oxitocina solamente y en

el 14 % cuando se utilizaron prostaglandinas solamente. No hubo diferencias significativas en el Apgar del recién nacido al comparar los diferentes métodos de inducción utilizados <sup>23</sup>.

En el Hospital docente **Gineco-Obstétrico "América Arias "diciembre 2002** se realizó un estudio retrospectivo de 87 gestantes que fueron inducidas con oxitocina y tuvieron recién nacidos con puntaje bajo de Apgar al nacer. El universo de estudio comprendió a todas las gestantes que tuvieron recién nacidos con Apgar al nacer por debajo de 6 puntos al minuto y a los 5 minutos. En el universo en el estudio, al minuto, el 56,32 % de los neonatos estaban moderadamente deprimidos, es decir con un Apgar entre 4-6, mientras que el 43,68 % estaban severamente deprimidos. A los 5 min de vida el 6,89 % aún se encontraba severamente deprimido, el 34,49 % estaban moderadamente deprimidos mientras que el 58,62 % ya tenían un Apgar por encima de 7 puntos <sup>24,25</sup>.

## **NACIONALES**

En el trabajo de **Raygada J, Mere J, Roncal J**; sobre la inducción del parto con oxitocina vs misoprostol, tenían como objetivo evaluar las características y complicaciones del trabajo de parto inducido con misoprostol intravaginal versus oxitocina endovenosa, en gestantes a término con ruptura prematura de membranas sin evidencia de trabajo de parto espontáneo, este estudio demostró con la revisión de historias clínicas de 92 gestantes a término en condiciones para ser inducidas, evaluando los efectos de la oxitocina endovenosa en 49 pacientes según protocolo vs misoprostol intravaginal en 43 pacientes, teniendo resultados de inducciones exitosas, con los que respectaba a las complicaciones no hubo significancia estadística ( $p = 0.62$ ) con respecto al puntaje de Apgar de los recién nacido tanto para el grupo de la oxitocina como para el grupo de misoprostol, no observándose casos de depresión neonatal en ninguno de los dos grupos <sup>26</sup>.

En el trabajo de **MINCHÓN M, Carlos**, titulado Efecto de la inducción del parto con oxitocina en el Apgar bajo del recién nacido, se evaluó el efecto de la oxitocina en la inducción del trabajo de parto sobre el Apgar bajo en recién nacidos de madres adolescentes, jóvenes y añosas en el Hospital Belén de Trujillo. El estudio de cohortes histórico comprendió 4816 partos registrados en el Sistema Informático Perinatal, 1043 madres adolescentes, 3160 jóvenes y 613 añosas; 2089 partos fueron conducidos con oxitocina. Los datos se procesaron con SPSS 17 y con EPIDAT 3.1 el análisis estratificado, reportándose frecuencia de Apgar bajo, razón de riesgo y prueba de homogeneidad de Mantel-Haenzsel. Los resultados mostraron significancia estadística del efecto de la oxitocina sobre el Apgar bajo al primer minuto en nacidos de madres adolescentes (IC95%: 0,321-0,813) y en neonatos de madres jóvenes (IC95%: 0,202-0,893) al quinto minuto, también sobre la persistencia del Apgar bajo (IC95%: 0,199-0,807) en éstos últimos <sup>27</sup>.

En el trabajo presentado por **MINCHÓN M, Carlos**, Titulado Efecto de la oxitocina en el Apgar bajo en recién nacidos prematuros y a término indica que El Apgar al primer minuto de vida constituye un índice de depresión y a los cinco minutos o posteriores reflejan la insuficiencia de las maniobras de reanimación, la necesidad de realizar esfuerzos terapéuticos adicionales y habitualmente la gravedad del problema subyacente del neonato. En su trabajo se evalúa el efecto de la oxitocina en el Apgar bajo en prematuros y nacidos a término en el Hospital Belén de Trujillo-Perú. El estudio observacional transversal comprendió 4812 partos de gestantes de 15 años o más y con hasta 42 semanas de gestación, atendidos en el periodo mayo 2005 - mayo 2008. Los datos se procesaron con PASW Statistics 18 y EPIDAT 3.1. La oxitocina fue empleada en 2088 partos y en 12% de los partos nacieron prematuros. El Apgar bajo estuvo presente al primer minuto de vida en el 7.52% de recién nacidos y a minuto 5 en el 1.37%. La oxitocina constituye un factor protector contra el Apgar bajo solo al 5' (RR=0.453,

IC95%: 0.261-0.784), lo cual fue determinado empleando estimaciones confidenciales de Mantel-Haenszel (M-H). El análisis estratificado que se realizó indicó que el efecto protector de la oxitocina es estadísticamente significativo en prematuros tanto al primer minuto (RR=0.593, IC95%: 0.395-0.892) como al quinto minuto (RR=0.346, IC95%: 0.144-0.830) de vida de los recién nacidos <sup>28</sup>.

**Justo león. (2012 )** Se realizó en el Hospital Provincial Huaraz Inducción del parto con oxitocina.. Realizaron un estudio transversal, prospectivo y analítico en el período de junio- noviembre de 2012 en el Hospital Provincial Gineco-obstétrico de Huaraz“. Para identificar algunos aspectos de la inducción del parto con oxitocina. Se estudiaron todas las pacientes sometidas a inducción del parto (n = 460): 407 con oxitocina. Se analizaron las variables: incidencia por meses, fármacos utilizados, edad gestacional, causa de la inducción, vía del nacimiento, características del líquido amniótico y puntaje de Apgar.

Hubo un alto índice de cesáreas (33.4%) y se destacaron como sus principales causas: el sufrimiento fetal agudo (35.1) y la desproporción céfalo pélvica (23,4%). La intensificación del meconio, se observó en el 30% cuando se usó la oxitocina. No hubo diferencias significativas en el Apgar <sup>29</sup>.

## **LOCALES**

Dentro del departamento de Ucayali no se encuentran muchos estudios publicados acerca de relación del uso de oxitocina en el trabajo de parto y el APGAR del recién nacido. Sin embargo existen reportes realizados por el Ministerio de la Salud, a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), el cual indica que en el Departamento de Ucayali el 78.1% de la población tuvo en relación al último nacimiento de la gestante, el haber sido atendida en algún establecimiento de salud <sup>30</sup>

Así mismo, el Ministerio de Salud, a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), reportaron que, el 70.9% de la población gestante en general del Departamento de Ucayali había cumplido con al menos seis atenciones pre natales y haber recibido el paquete básico de atención <sup>31</sup>.

### **2.1.2 Marco Teórico**

La inducción del parto es una de las técnicas más utilizada en Obstetricia. Se trata de un procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas por medios mecánicos, médicos o ambos, en un intento de que el parto tenga lugar por vía vaginal. La inducción puede ser electiva o terapéutica cuando la continuación del embarazo suponga un riesgo para la madre y/o el feto <sup>29</sup>.

En la actualidad, la aparición de métodos cada vez más eficaces y seguros de inducción y el progreso de la medicina perinatal, hacen de esta técnica un método eficaz y de uso cada vez más extendido en la práctica obstétrica, alcanzando en algunos casos tasas superiores al 20%. En cualquier caso, siempre que se decida finalizar un embarazo mediante una inducción es necesario sentar correctamente la indicación, elegir cuidadosamente el momento y el método y establecer una cuidadosa relación riesgo-beneficio<sup>30</sup>.

Existe, en general, una buena correlación entre el resultado de una inducción y las condiciones obstétricas en que ésta se lleva a cabo. La utilización de un índice como el propuesto por Bishop permite establecer, sobre todo en multíparas, un pronóstico bastante aproximado. Así, cuando el índice de Bishop es >7, la cifra de éxitos se sitúa entre el 95-99%, con un índice de 4-6, en el 80-85%<sup>31</sup>.

## INDICACIONES:

**Inducción terapéutica:** Se considera indicada la inducción del parto cuando los beneficios de finalizar la gestación para la salud de la madre y el feto son mayores que los beneficios de permitir que el embarazo continúe, siempre que no existan contraindicaciones y se cumplan las condiciones adecuadas para realizar dicha conducta. Se aceptan como indicaciones terapéuticas aquellas situaciones clínicas en que el embarazo debe finalizar en un período de tiempo razonablemente corto. Cuando la situación clínica refleja que la gestación debe finalizar con rapidez o que la evolución vaginal del parto no es razonable con un cierto grado de seguridad, es preferible la realización de una cesárea. Se consideran indicaciones terapéuticas:

- Complicaciones médicas y del embarazo.
- Rotura prematura de membranas.
- Corioamnionitis.
- Sospecha de riesgo fetal.
- Muerte fetal.
- Embarazo prolongado <sup>32</sup>

**Inducción electiva:** Es la iniciación del trabajo del parto por conveniencia de una persona en un embarazo a término y sin indicaciones médicas. Es necesario recordar que si se emprende una inducción electiva se debe ser muy riguroso en las condiciones:

- Embarazo a término con madurez fetal.
- Ausencia de complicaciones médicas u obstétricas.
- Ausencia de antecedentes de intervenciones sobre el cuerpo uterino.
- Ausencia de signos de pérdida del bienestar fetal.
- Presentación cefálica.
- Ausencia de sospecha de desproporción pélvico-cefálica
- Puntuación en el test de Bishop  $\geq 7$ . <sup>33</sup>

## **TEST DE APGAR**

Es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento, mientras que el puntaje al minuto 5 le indica al médico qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno.

El examen en raras ocasiones se puede hacer 10 minutos después del nacimiento

### **Razones por las que se realiza el examen**

Este examen se hace para determinar si un recién nacido necesita ayuda con la respiración o está teniendo problemas cardíacos<sup>34</sup>.

### **Valores normales**

El índice de APGAR se basa en un puntaje total de 1 a 10. Cuanto más alto sea el puntaje, mejor será la evolución del bebé después de nacer.

Un puntaje de 7, 8 o 9 es normal y es una señal de que el recién nacido está bien de salud. Un puntaje de 10 es muy inusual, ya que casi todos los recién nacidos pierden un punto por pies y manos azulados, lo cual es normal después del nacimiento<sup>35</sup>.

La prueba de APGAR será realizada por un profesional de la salud. Se examinará en el recién nacido:

- Esfuerzo respiratorio
- Frecuencia cardíaca
- Tono muscular

- Reflejos
- Color de la piel<sup>35</sup>

A cada una de estas categorías se le da un puntaje de 0, 1 ó 2 dependiendo del estado observado.

**Esfuerzo respiratorio:**

- Si el bebé no está respirando, el puntaje es 0.
- Si las respiraciones son lentas o irregulares, el puntaje del bebé es 1 en esfuerzo respiratorio.
- Si el bebé llora bien, el puntaje respiratorio es 2.

**La frecuencia cardíaca se evalúa con el estetoscopio. Esta es la evaluación más importante:**

- Si no hay latidos cardíacos, el puntaje del bebé es 0 en frecuencia cardíaca.
- Si la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 1 en frecuencia cardíaca.
- Si la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 2 en frecuencia cardíaca.

**Tono muscular:**

- Si los músculos están flojos y flácidos, el puntaje del bebé es 0 en tono muscular.
- Si hay algo de tono muscular, el puntaje del bebé es 1.
- Si hay movimiento activo, el puntaje del bebé es 2 en tono muscular.

**Respuesta a las gesticulaciones (muecas) o reflejo de irritabilidad es un término que describe la respuesta a la estimulación, como un leve pinchazo:**

- Si no hay reacción, el puntaje del bebé es 0 en reflejo de irritabilidad.
- Si hay gesticulaciones o muecas, el puntaje del bebé es 1 en reflejo de irritabilidad.
- Si hay gesticulaciones y una tos, estornudo o llanto vigoroso, el puntaje del bebé es 2 en reflejo de irritabilidad.

**Color de la piel:**

- Si el color de la piel es azul pálido, el puntaje del bebé es 0 en color.
- Si el cuerpo del bebé es rosado y las extremidades son azules, el puntaje es 1 en color.
- Si todo el cuerpo del bebé es rosado, el puntaje es 2 en color.<sup>36</sup>

### **2.1.3 Definición de Términos Básicos**

#### **Inducción del parto**

La inducción del parto es una de las técnicas más utilizada en Obstetricia se trata de un procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas por medios mecánicos, médicos o ambos, en un intento de que el parto tenga lugar por vía vaginal. La inducción puede ser electiva o terapéutica cuando la continuación del embarazo suponga un riesgo para la madre y/o el feto<sup>(37)</sup>.

## **Oxitocina**

La oxitocina, una neurohormona que se origina en el hipotálamo y se secreta en el lóbulo posterior de la glándula hipofisaria, es el fármaco más utilizado para la inducción del parto en los embarazos viables. Este octapéptido se secreta de manera pulsátil, hecho que se refleja en la marcada variabilidad observada en las determinaciones minutadas de los niveles plasmáticos maternos de oxitocina. La vida media de la oxitocina es de 10 a 12 minutos <sup>38</sup>.

## **Frecuencia Cardíaca Fetal**

Número de latidos cardíacos por minuto del feto, se considera normal a valores que van entre 120 – 160 latidos por minuto

## **Asfixia neonatal**

La dificultad que existe para la llegada de oxígeno al organismo de este, ya sea durante o poco antes del nacimiento. Hay un trastorno del mecanismo de la respiración, con detención o irregularidad de los movimientos respiratorios, acompañados frecuentemente de cianosis (asfixia azul) o gran palidez (asfixia pálida)<sup>39</sup>.

## **Corioamnionitis**

La corioamnionitis es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen; también se denomina infección intra amniótica, infección ovular o amnionitis y puede ir acompañada de una ruptura prematura de membranas o con el saco amniótico completo.

Se asocia a una mayor morbilidad materna y neonatal. Puede causar Parto pre término, donde las complicaciones son más frecuentes <sup>40</sup>.

### **Embarazo prolongado**

Se designa como embarazo prolongado (EP) a todo aquel cuya duración es mayor de 294 días o 42 semanas. Su frecuencia de presentación según los reportes de la literatura fluctúa entre el 4-14% para las 42 semanas y entre 2-7% para las 43 semanas de edad gestacional<sup>41</sup>.

### **Ruptura prematura de membranas:**

La ruptura prematura de membranas (RPM) es un trastorno que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico se rompe más de una hora antes del inicio del trabajo de parto. Una RPM se prolonga cuando se produce más de 18 horas antes del trabajo de parto. La ruptura de membranas es prematura cuando se produce antes del primer período del parto o período de dilatación. La ruptura prematura de membranas suele ser causada por una infección bacteriana, por el tabaquismo o por un defecto en la estructura del saco amniótico, el útero o cérvix y también por las relaciones sexuales y la presencia de dispositivos Intrauterinos (DIU). En algunos casos, la ruptura se puede curar espontáneamente, pero en la mayoría de los casos de RPM, el trabajo de parto comienza en las primeras 48 horas. Cuando esto ocurre, es necesario que la madre reciba tratamiento para evitar una posible infección en el recién nacido<sup>42</sup>.

### **Trastorno Hipertensivo del embarazo:**

La definición de hipertensión arterial (HTA) en el embarazo no es uniforme, pero en la actualidad se prefieren los valores absolutos de presión arterial sistólica (PAS) = 140 mmHg y de presión arterial diastólica (PAD) = 90 mmHg como criterios de HTA. Es necesario confirmar las cifras de PA elevadas en más de 2 lecturas con diferencia de 4 h, como mínimo<sup>43</sup>.

## CAPÍTULO III

### PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

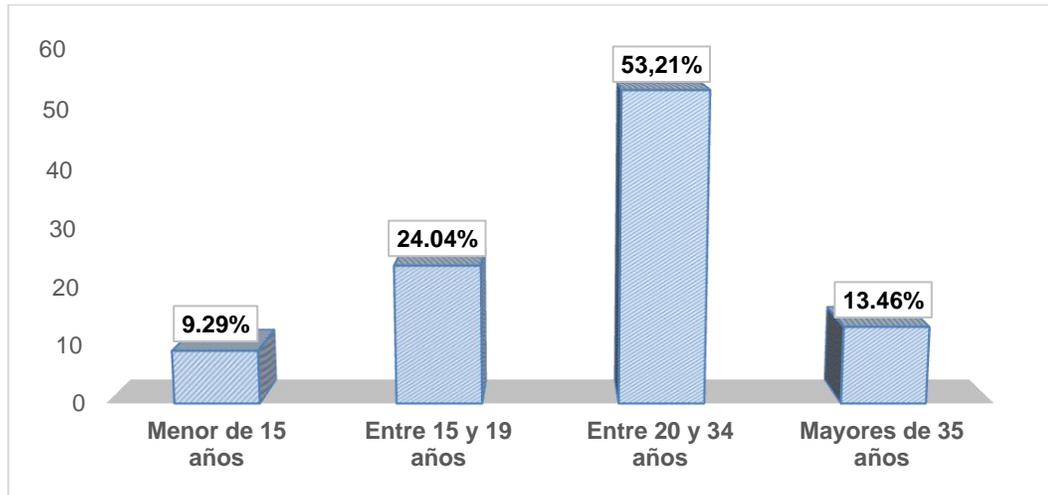
**TABLA N° 01**  
**CARACTERÍSTICAS DE LA EDAD EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA**

Variable	N	%
Edad (*)		
Menor de 15 años	29	9.29%
Entre 15 a 19 años	75	24.04%
Entre 20 y 34 años	166	53.21%
Mayor igual de 35 años	42	13.46%

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos de las historias clínicas

En la **Tabla N°01**, nos muestra las características de la edad de las gestantes en el periodo enero - abril 2014 que fueron atendidos en el Hospital Regional de Pucallpa, de los cuales 29 (9.29%) de la población eran menores de 15 años, 75(24.04%) tenían entre 15 a 19 años, 166 (53.21%) entre 20 y 35 años de edad y sólo 42 (13.46%) eran mayores de 35 años.

**GRÁFICO Nº 01**



**FUENTE:** Ficha de recolección de datos de las historias clínicas.

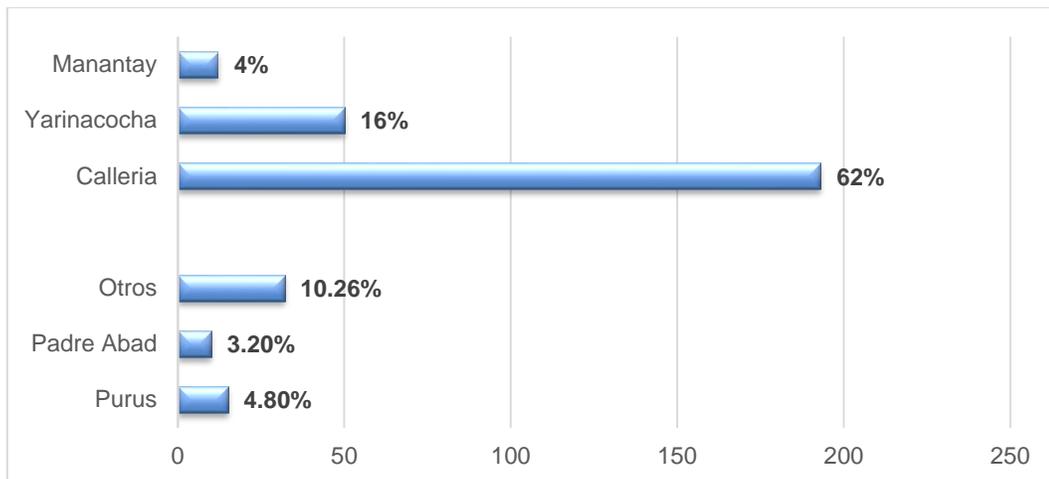
**TABLA N°02**  
**CARACTERISTICAS DEL LUGAR DE PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA**

Variable	N	%
<b>Lugar de procedencia</b>		
Yarinacocha	50	16.03%
Callería	193	61.86%
Manantay	12	3.85%
Padre Abad	10	3.21%
Purus	15	4.81%
Otros	32	10.26%

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos de las historias clínicas.

En la **Tabla N°02**, nos refleja que, dentro de las características del lugar de procedencia el 82% de la población refirió ser de la provincia de Coronel Portillo, contando dentro de ellas que el 62% provenía del distrito de Callería, 16% del distrito de Yarinacocha y 4% del distrito de Manantay. Así como el 5% del total provenía de la provincia de Purus y tan sólo el 3% de la provincia de Padre Abad.

**GRÁFICO N° 02**



**TABLA N°03**

**CARACTERISTICAS DEL ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA**

Variable	N	%
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	58	18.59%
Casado	48	15.38%
Conviviente	206	66.03%

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos de las historias clínicas.

En la **Tabla N° 03**, demuestra que, 58 (18.59%) de las mujeres atendidas eran solteras, 48 (15,38%) de las mujeres estaban casadas, en contraste con 206 (66,03%) que indicaron ser convivientes.

**GRAFICO N°03**



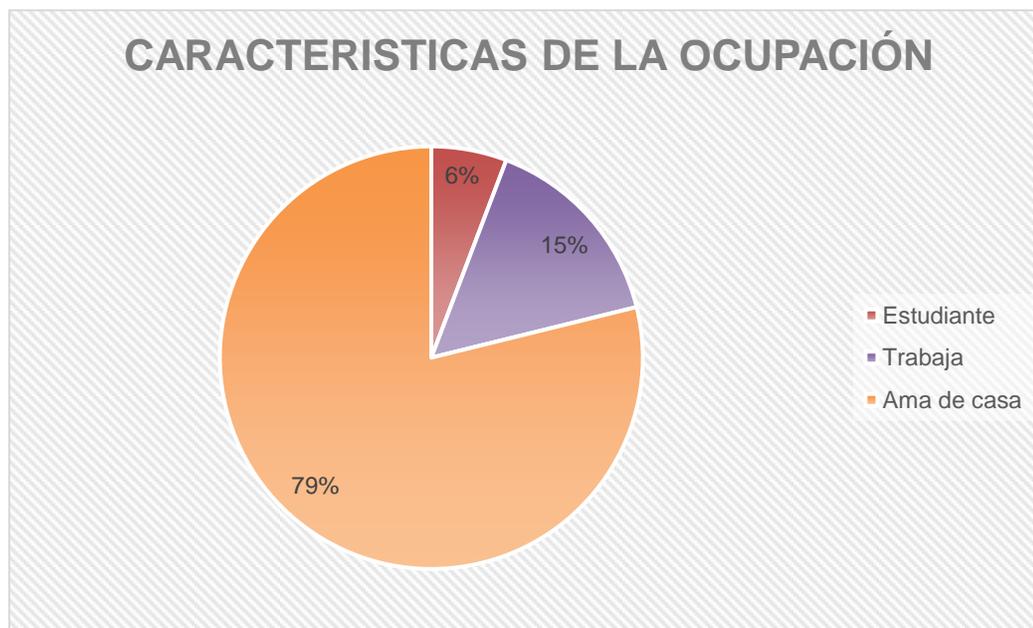
**TABLA N°04**  
**CARACTERISTICAS DE LA OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA**

Variable	N	%
<b>Ocupación</b>		
Estudiante	18	5.77%
Trabaja	48	15.38%
Ama de casa	246	78.85%

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos de las historias clínicas.

En la **Tabla N°04**, se puede observar que 18 (5,77%) de la población estudiada indicaron no contar con una ocupación y ser estudiantes, al igual que, 246 (78,85%) que mencionaron ser amas de casa, en contraste con 48 (15,38%) de la población que indico que trabaja.

**GRÁFICO N°04**



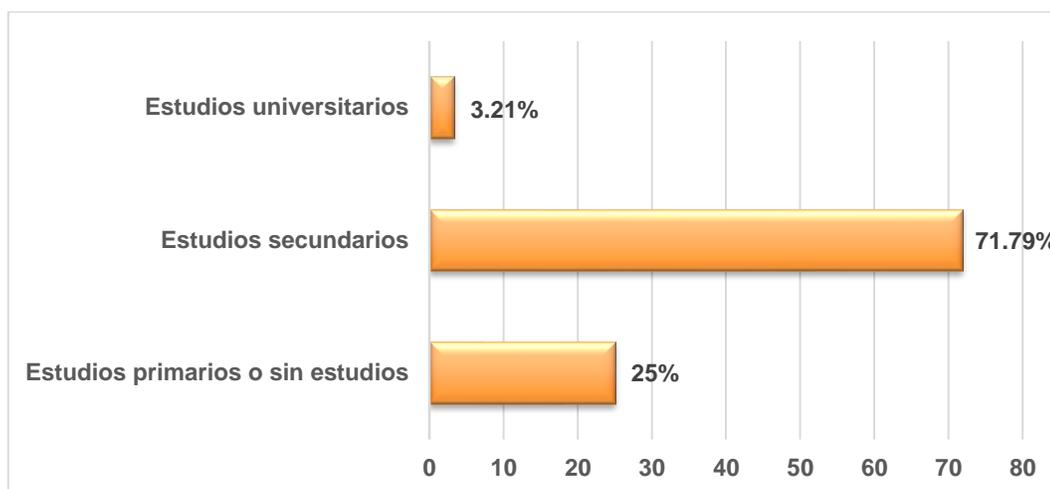
**TABLA N°05**  
**CARACTERISTICAS DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA**

Variable	N	%
<b>Grado de Instrucción</b>		
Estudios primarios o sin estudios	78	25%
Estudios secundarios	224	71.79%
Estudios universitarios	10	3.21%

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos de las historias clínicas.

En la **Tabla N° 05** , donde explica las características del grado de instrucción nos muestra que 78(25%) de las gestantes sólo contaban con estudios primarios o no habían realizado estudios, 224 (71,79%) indico contar con estudios secundarios y sólo 10 (3.21%) de ellas refirió contar con estudios universitarios.

**GRAFICO N°05**



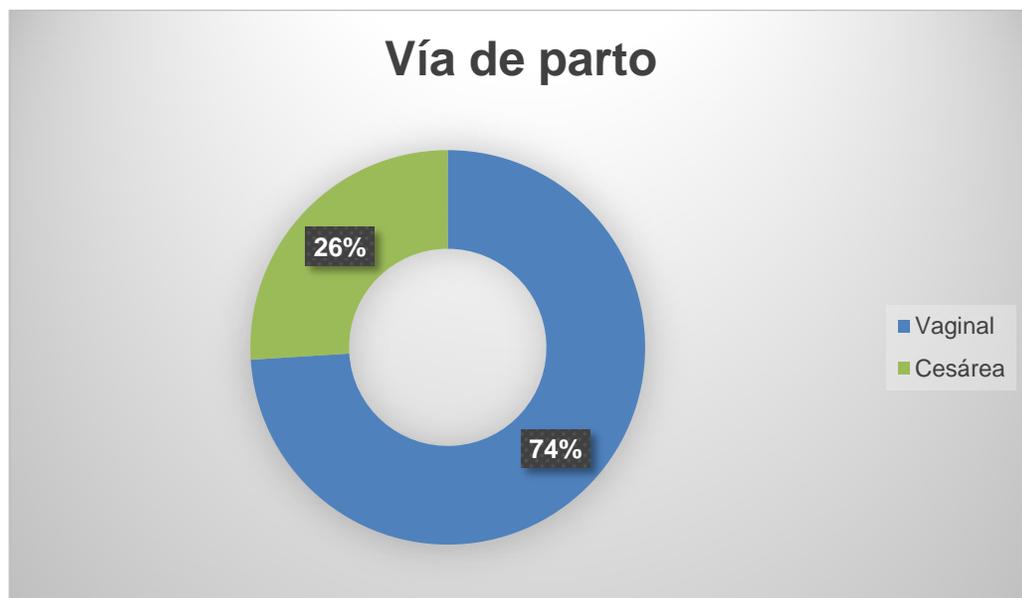
**TABLA N°06**  
**CARACTERISTICAS DE LA VIA DEL PARTO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA**

Variable	N	%
<b>Vía de Parto</b>		
Vaginal	202	64.74%
Cesárea	110	35.26%

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos de las historias clínicas.

En la **Tabla N° 06**, se observó que 202(73,74%) de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa fueron a través de parto vaginal y 110 (26,26%) se les realizó cesárea.

**GRAFICO N°06**  
**CARACTERISTICAS DE LA VIA DEL PARTO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA**



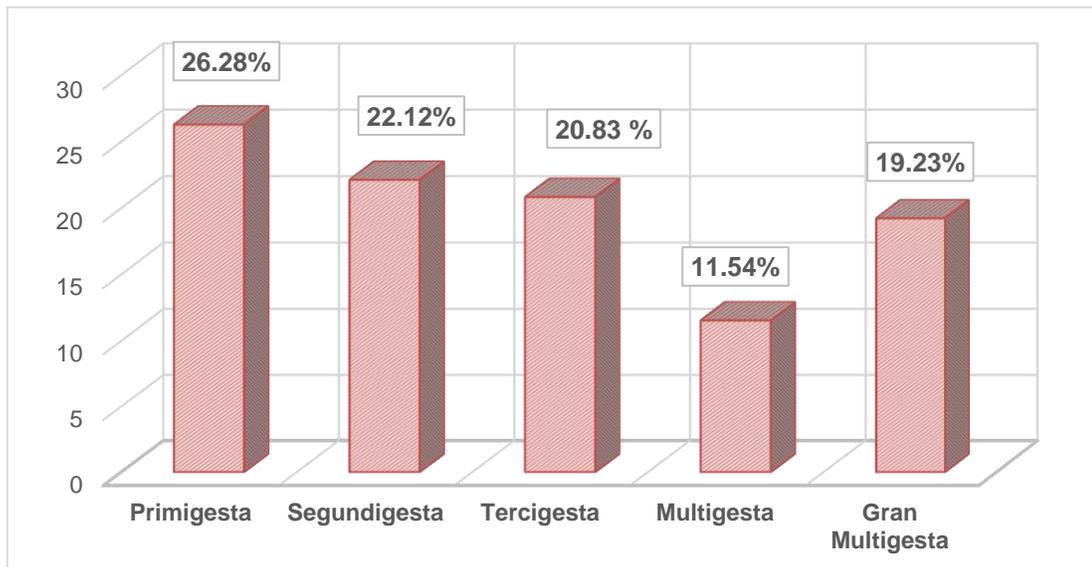
**TABLA N°07**  
**CARACTERISTICAS DE LA PARIDAD EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA**

Variable	N	%
<b>Paridad</b>		
Primigesta	82	26.28%
Segundigesta	69	22.12%
Tercigesta	65	20.83%
Multigesta	36	11.54%
Gran multigesta	60	19.23%

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos de las historias clínicas.

En la **Tabla N° 07**, con respecto a las características de Paridad se encontró que, 82(26,28%) de las gestantes eran primigesta, 69(22.12%) segundigesta, 65(20.83%) tercigesta, 36(11.54%) refirieron ser multigestas y 60(19.23%) eran gran multigesta.

**GRAFICO N°07**  
**CARACTERISTICAS DE LA PARIDAD EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA**



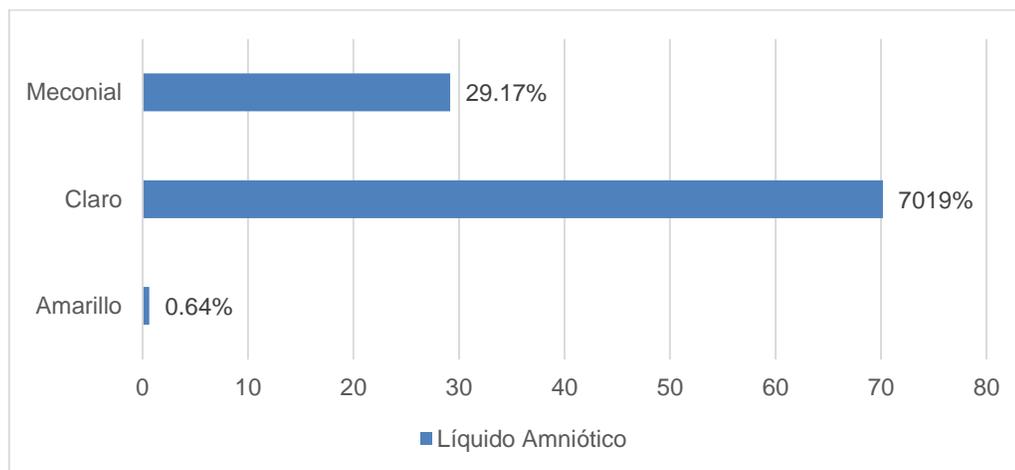
**TABLA N° 08  
CARACTERISTICAS DEL LIQUIDO AMNIOTICO EN LA POBLACIÓN  
ESTUDIADA**

Variable	N	%
<b>Líquido Amniótico</b>		
Claro	219	70.19%
Amarillo	2	0.64%
Meconial	91	29.17%

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos de las historias clínicas.

En la **Tabla N°08**, muestran las características del líquido amniótico donde se observa que 219 (70,19%) eran de coloración clara, así como 91(29,17%) eran de coloración meconial y sólo 2(0.64%) eran de color amarillo.

**GRAFICO N° 08**



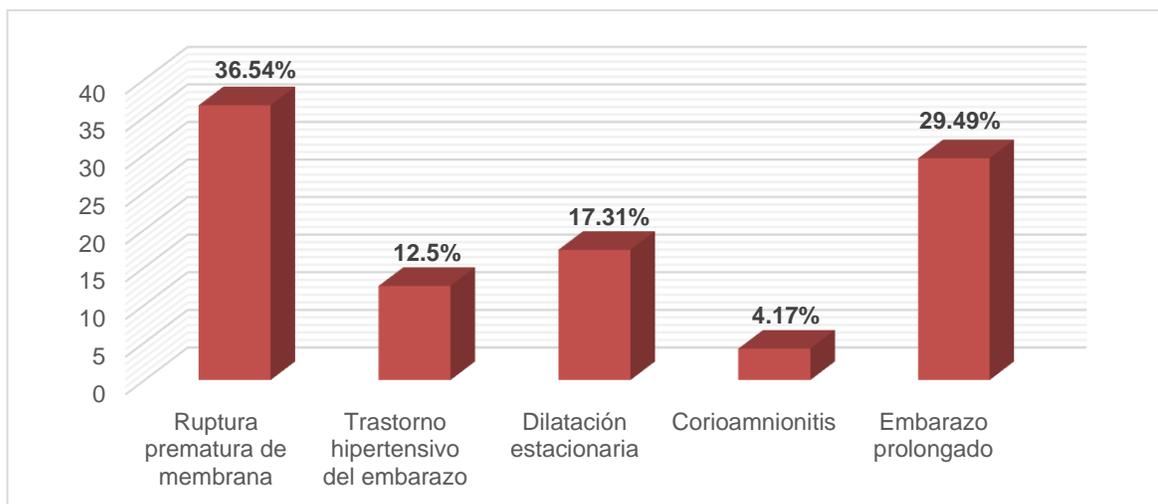
**TABLA N°09**  
**MOTIVO DE LA IDUCCIÓN DEL PARTO CON OXITOCINA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA**

Variable	N	%
<b>Inducción de parto – Motivo</b>		
Ruptura prematura de membranas	114	36.54%
Trastorno hipertensivo del embarazo	39	12.50%
Dilatación estacionaria	54	17.31%
Corioamnionitis	13	4.17%
Embarazo prolongado	92	29.49%

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos de las historias clínicas.

En la **Tabla N° 09**, expresa los motivos por los cuales se realizó la inducción con oxitocina, en dónde se encontró que la ruptura prematura de membranas era una la primera causa con 114(36.54%) casos, seguido de un embarazo prolongado 92 (29,49%), dilatación estacionaria 54(17,31%), trastorno hipertensivo del embarazo 39(12,50%) y una corioamnionitis 13(4,17%).

**GRAFICO N°09**



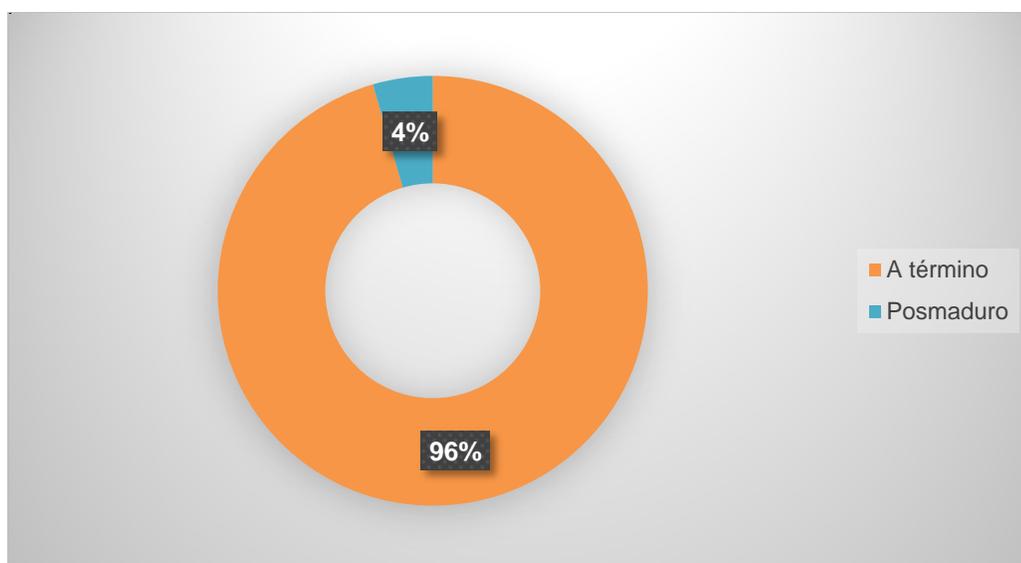
**TABLA N°10**  
**CARACTERISTICAS DEL CAPURRO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA**

Variable	N	%
<b>Capurro</b>		
A término ( Entre 37 a 41 semanas)	298	95.51%
Post maduro (42 semanas a más)	14	4.49%

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos de las historias clínicas.

En la **Tabla N° 10** señala que 298(95.51%) según el capurro se encontraban a término, entre las 37 a 41 semanas de gestación. Y sólo 14(4.49%) de los casos fueron post maduros, con 42 semanas a más de gestación.

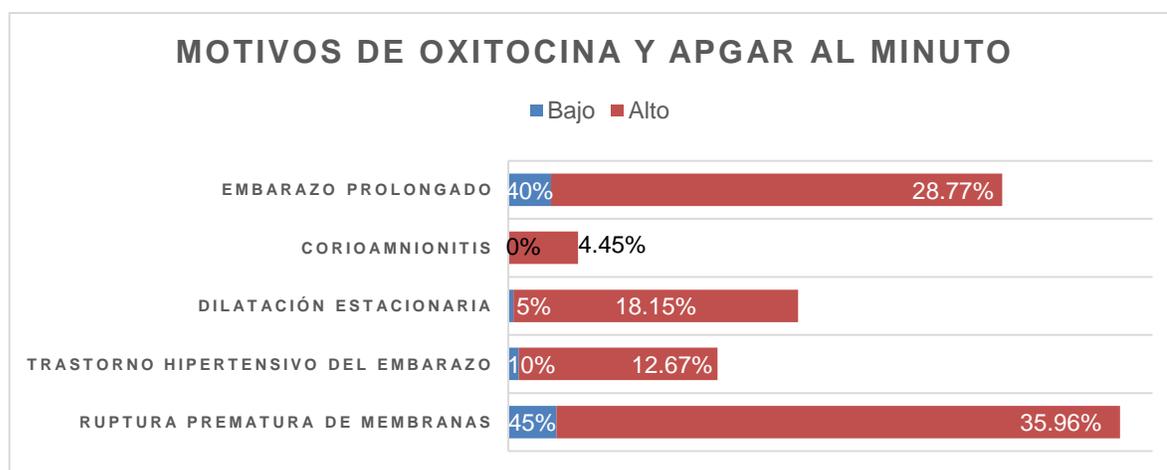
**GRAFICO N°10**



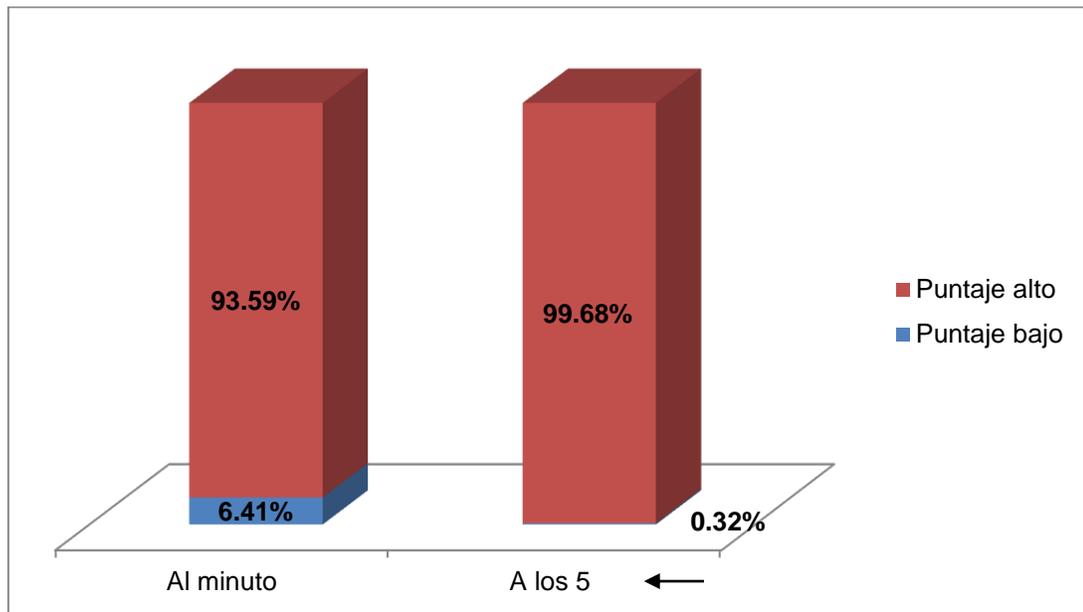
**TABLA 11**  
**ANALISIS DE EL MOTIVO DE INDUCCION POR OXITOCINA Y EL APGAR AL MINUTO**

	APGAR al minuto		Chi2
	Bajo	Alto	P
<b>Motivo – Inducción de oxitocina</b>			
Ruptura prematura de membranas	9 (45%)	105 (35.96%)	<b>0.00</b>
Trastorno hipertensivo del embarazo	2 (10%)	37 (12.67%)	
Dilatación estacionaria	1 (5%)	53 (18.15%)	
Corioamnionitis	0 (0%)	13 (4.45%)	
Embarazo prolongado	8 (40%)	84 (28.77%)	

En la **tabla Nº 11** donde refleja los niveles de APGAR al minuto y los motivos de inducción por oxitocina encontramos que una ruptura prematura de membranas presentaron un puntaje alto 105 (35.96%), el trastorno hipertensivo del embarazo, dilatación estacionaria, corioamnionitis y un embarazo prolongado mostraron 37 (12.67%), 53 (18.15%), 13 (4.45%) y 84(28.77%) respectivamente. Presentando una asociación significativa ( $p < 0.05$ ) con el análisis estadístico de Chi 2.



**GRAFICO Nº 12**  
**NIVELES DE APGAR (APARIENCIA, PULSO, GESTICULACIÓN, ACTIVIDAD Y RESPIRACIÓN) AL MINUTO Y LOS CINCO MINUTOS SEGÚN SU PUNTAJE**



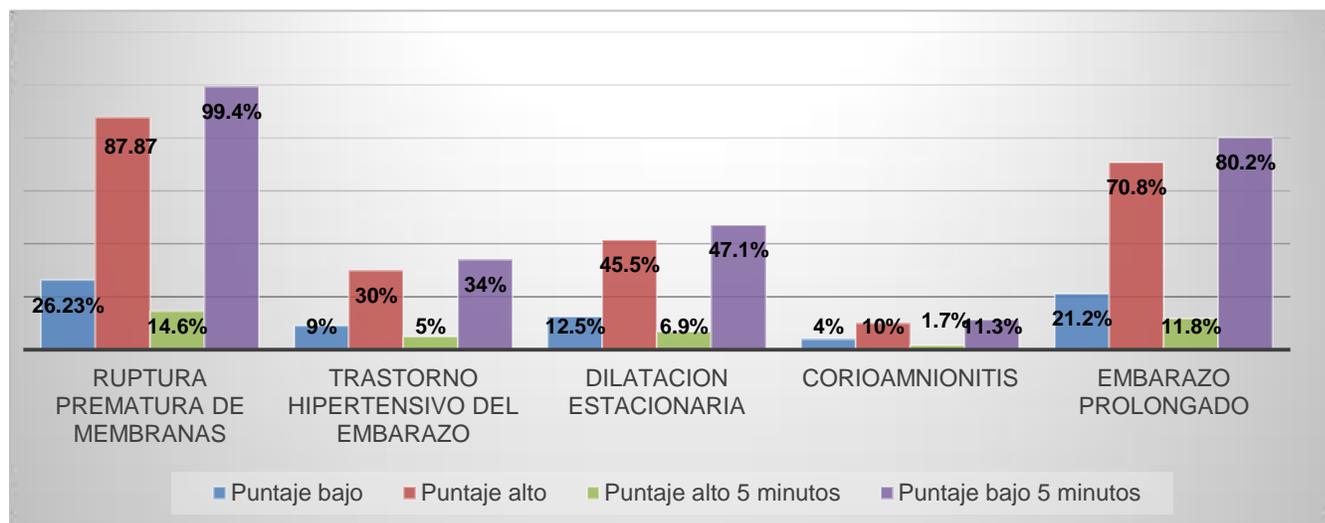
En el **Gráfico Nº 11**, refleja la relación estadísticamente significativa (**P<0.05**) que hay entre los puntajes de APGAR al minuto y APGAR a los cinco minutos. Mostrando que del 6,41% de los neonatos con puntuación baja de APGAR sólo el 0,32% de ellos conservaban dicha puntuación. Siendo el 99,68% de los neonatos los cuales reflejaban una puntuación alta a los cinco minutos.

**TABLA N° 13**

**TABLA DE FRECUENCIAS DE MOTIVOS DE INDUCCION POR OXITOCINA Y PUNTAJE DE APGAR AL MINUTO Y CINCO MINUTOS**

Motivo - Inducción de oxitocina	APGAR al minuto		APGAR a los cinco minutos	
	Bajo	Alto	Alto	Bajo
Ruptura prematura de membranas	23 (26.3%)	91 (87.7%)	14 (14.6%)	100 (99.4%)
Trastorno hipertensivo del embarazo	9 (9%)	30 (30%)	3 (5%)	36 (34%)
Dilatación estacionaria	9 (12.5%)	45 (41.5%)	4 (6.9%)	50 (47.1%)
Corioamnionitis	4(3%)	9 (10%)	3 (1.7%)	10 (11.3%)
Embarazo prolongado	27 (21.2%)	65 (70.8%)	16 (11.8%)	76 (80.2%)

En la Tabla N°13, muestra la frecuencia de motivos de inducción por oxitocina y el puntaje de APGAR al minuto y cinco minutos, siendo la Ruptura prematura de membrana con 87.7% y 99.4 % al minuto con una puntuación alta y a los cinco minutos con una puntuación baja, respectivamente aquellos quienes presentan mayor frecuencia en comparación con los otros motivos como el trastorno hipertensivo del embarazo y el embarazo prolongado. La corioamnionitis con un 4% de puntuación baja de APGAR al minuto y 1.7% de puntuación alta a los cinco minutos son los que presentaron menores frecuencias.



**TABLA 14**

**ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO CON EL MOTIVO DE INDUCCIÓN DE OXITOCINA Y EL APGAR AL MINUTO**

	Líquido Amniótico			Análisis estadístico
	Claro	Amarillo	Meconial	P*
<b>Motivo – Inducción de oxitocina</b>				
Ruptura prematura de membranas	83 (72.81%)	2 (1.75%)	29 (25.44%)	0.00
Trastorno hipertensivo del embarazo	31 (79.49%)	0 (0%)	8 (20.51%)	
Dilatación estacionaria	39 (72.22%)	0 (0%)	15 (27.78%)	
Corioamnionitis	0 (0%)	0 (0%)	13 (100 %)	
Embarazo prolongado	66 (71.74%)	0 (0%)	26 (28.26%)	
<b>APGAR al minuto</b>				
Puntaje de 1 a 3	11 (5.02%)	0 (0%)	9 (9.89%)	0.004
Puntaje de 4 a 6	27 (12.33%)	0 (0 %)	25 (27.47%)	
Puntaje mayor de 7	181 (82.65%)	2 (100%)	57 (62.64%)	

\* La prueba de Chi2 se le aplico a las variables de líquido amniótico, motivo de inducción de oxitocina y APGAR al minuto

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos de las historias clínicas.

Se encontró además, asociación significativa (**p<0.05**) entre las características del líquido amniótico dentro de los motivos por los cuales se realizó la inducción de oxitocina, en donde el 82(72,81%), 66(71,74%) y 39 (72,22%) del líquido amniótico claro era debido a la ruptura prematura de membranas, el embarazo prolongado y una dilatación estacionaria respectivamente.

Entre los niveles de APGAR al minuto y su relación entre las características del líquido amniótico, se encontró una asociación estadísticamente significativa (**p<0.05**), en donde un puntaje mayor de 7 en APGAR al minuto se presenta en 181 (82,65%), 2 (100%) y 57 (62,64%) de los casos registrados con líquido de color claro, amarillo y respectivamente. Así como los puntajes de 1 a 3 de APGAR al minuto reflejaron 11(5,02%) y 9 (9,89%) de líquido de coloración clara, amarillo y meconial, respectivamente.

**TABLA 15**  
**ANÁLISIS BIVARIADO DEL APGAR AL MINUTO CON VARIABLES ASOCIADAS.**

	APGAR al minuto		Análisis estadístico		
	Bajo	Alto	Z	IC	P >  z
Motivo – Inducción de oxitocina					
Ruptura prematura de membranas	9 (45%)	105 (35.96%)			
Trastorno hipertensivo del embarazo	2 (10%)	37 (12.67%)			
Dilatación estacionaria	1 (5%)	53 (18.15%)	<b>-1.80</b>	<b>[0.98 – 0.99]</b>	<b>0.00</b>
Corioamnionitis	0 (0%)	13 (4.45%)			
Embarazo prolongado	8 (40%)	84 (28.77%)			
Edad					
Menor de 15 años	4 (20%)	25 (8.56%)			
Entre 15 y 19 años	4 (20%)	71 (24.32%)	<b>9.90</b>	<b>[1.001 – 1.002]</b>	<b>0.00</b>
Entre 20 y 35 años	8 (40%)	158 (54.11%)			
Mayor de 35 años	4 (20%)	38 (13.01%)			
Paridad					
Primigesta	8 (40%)	74 (25.34%)	<b>1.70</b>	<b>[1.002 – 1.003]</b>	<b>0.00</b>
Multigesta	12 (60%)	218 (74.66%)			
Líquido amniótico					
Claro	11 (55%)	208 (71.23%)			
Amarillo	0 (0%)	2 (0.68%)	<b>-3.30</b>	<b>[0.992– 0.993]</b>	<b>0.00</b>
Meconial	9 (45%)	82 (28.08%)			
Vía del parto					
Vaginal	12 (60%)	190 (65.07%)	<b>-9.40</b>	<b>[0.998 – 0.999]</b>	<b>0.00</b>
Cesárea	8 (40%)	102 (34.93%)			

**Z: Porcentaje de confiabilidad IC: Índice de confiabilidad 95%.**

**FUENTE:** Ficha de recolección de datos de las historias clínicas.

Finalmente, en la **Tabla N°15** nos muestra que, el análisis bivariado demostró que los niveles de APGAR al minuto y los motivos de la inducción a la oxitocina, la edad, paridad, líquido amniótico y la vía del parto presentaron una asociación estadísticamente significativa (**p<0.05**). Los niveles de APGAR al minuto y los motivos de la inducción de la oxitocina nos reflejan una asociación entre sí (**Z: -1.80; IC: [0.98-0.99]**), al igual que la edad (**Z: 9.90; IC: [1.0001 – 1.002]**), la paridad (**Z: 1.70; IC: [1.002 - 1.003]**), el líquido amniótico (**Z: -3.30; IC: [0.992-0.993]**) y la vía del parto (**Z: -9.40; IC: [0.998-0.999]**)

## CONCLUSIONES

El presente estudio realizado podemos concluir lo siguiente:

1. El porcentaje de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo de enero – abril del 2014 que recibieron inducción en el trabajo de parto con oxitocina fue del 27,93%.
2. Las condiciones obstétricas/médicas que tenían las gestantes fueron que el 82(26,28%) eran a través de parto vaginal y 230 (73,72%) por cesárea. Con respecto a las características de paridad se encontró que, 82(26,28%) de las gestantes habían tenido un solo parto, 69(22.12%) habían tenido dos partos, 65(20.83%) contaban con tres partos, 36(11.54%) refirieron ser multigestas y 60(19.23%) eran gran multigesta. Además de que, la causa principal por la que recibieron inducción en el trabajo de parto con oxitocina fue una ruptura prematura de membranas con 114(36.54%) casos, seguido de un embarazo prolongado 92 (29,49%), dilatación estacionaria 54(17,31%), trastorno hipertensivo del embarazo 39(12,50%) y una corioamnionitis 13(4,17%).
3. Las características del líquido amniótico encontrándose una asociación significativa (**p<0.05**) entre esta variable y los motivos por los cuales se realizó la inducción de oxitocina, en donde el 82(72,81%), 66(71,74%) y 39 (72,22%) del líquido amniótico claro era debido a la ruptura prematura de membranas, el embarazo prolongado y una dilatación estacionaria respectivamente. Así mismo, una coloración meconial se vio reflejada en 13(100%) de los casos presentados que se debieron a corioamnionitis. Entre los niveles de APGAR al minuto y su relación entre las características del líquido amniótico, se encontró una asociación estadísticamente significativa (**p<0.05**), en donde un puntaje mayor de 7 en APGAR al minuto se presenta en 181 (82,65%), 2

(100%) y 57 (62,64%) de los casos registrados con líquido de color claro, amarillo y meconial, respectivamente.

4. Con respecto a nuestra hipótesis principal podemos concluir lo siguiente , que al cuantificar el puntaje de APGAR de los recién nacidos en las gestantes que recibieron inducción de trabajo de parto con oxitocina se encontró que, los niveles de APGAR al minuto y los motivos de la inducción de la oxitocina nos reflejan una asociación entre sí (**Z: -1.80; IC: [0.98-0.99]**). Siendo de esta forma el 35.96% de los casos debido a una ruptura prematura de membranas con un puntaje alto de APGAR, al igual que, los trastornos hipertensivos del embarazo (12.67%), una dilatación estacionaria (18.15%), corioamnionitis (4.45%) y un embarazo prolongado (28.77%) que también demostraron contar con una puntuación de APGAR alta.

## RECOMENDACIONES

El presente trabajo de investigación recomienda lo siguiente:

1. Ampliar los estudios expuestos en esta tesis a un diseño prospectivo, profundizando la muestra con mujeres que se le realizaron la inducción del trabajo de parto con oxitocina y aquellas con las que no se les realizó la inducción, para obtener un análisis más completo sobre las características entre ellas.
2. Mejorar el modelo de la ficha de recolección de datos utilizado en esta tesis ampliando las características epidemiológicas y las obstétrico/médicas, incluyendo la cantidad de líquido amniótico, frecuencia cardíaca fetal, frecuencia respiratoria fetal, tono muscular fetal, coloración de la piel del feto, respuesta a estímulos fetales.
3. Realizar un estudio prospectivo y transversal, así como la creación de un instrumento que permita analizar la coloración y la cantidad del líquido amniótico, con la edad de las gestantes.
4. Extender los estudios expuestos en esta tesis a otros tipos de estudios con relación al puntaje bajo y alto de APGAR, los motivos de la inducción por oxitocina y otros fármacos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ucker L Farmacología en Enfermería. 2ª ed. [en línea]. Madrid: Harcourt; 2000. [fecha de acceso 15 de Julio del 2015]. URL disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=XpHLCYmOuXcC&pg=PA460&dq=oxitocina+trabajo+de+parto#v=onepage&q=oxitocina%20trabajo%20de%20parto&f=false>
2. Minchón Medina C. Efecto de la inducción del parto con oxitocina en el Apgar Bajo del recién nacido. UCV - Sci. 2009;1(1):102–9
3. Raygada, José; Mere, Juan; Roncal J. Misoprostol vs oxitocina en la inducción del parto en la ruptura prematura de membranas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2001
4. Fonseca L, Wood HC, Lucas MJ, Ramin SM, Phatak D, Gilstrap III LC, et al. Randomized trial of preinduction cervical ripening: misoprostol vs oxytocin. Am J Obstet Gynecol 2008;199(3) 305.e1-5.
5. Brindley BA, Sokol RJ. Induction and augmentation of labor: basis and methods for current
6. El Sedeek MSh, Awad EE, ElSebaey SM. Evaluation of postpartum blood loss after misoprostol-induced labor. BJOG 2009;116(3):431–5.
7. Stichting Perinatale RegistratieNederland. Perinatal care in theNetherlands (Generic). 2004;2008
8. Ovalles LI, Solano IS, Muñoz M, Bello P, Rodriguez-Grullón J, Diloné M. Incidencia y pronostico de recién nacidos con apgar bajo al nacer. Acta Médica Dominic. 1997;19(5):185–8.

- 9.** Minchón Medina C. Efecto de la inducción del parto con oxitocina en el Apgar bajo del recién nacido. UCV - Sci. 2009;1(1):102–9.
- 10.** ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician - Gynecologists, Obstet Gynecol 2009; 107: 114 (2 Pt 1).
- 11.** Theobald GW. Oxytocic agents. Br Med J 1960 Feb 6; 5170:413-5.
- 12.** Canaval, Hoover; Ortiz E. Uso del Misoprostol en obstetricia y ginecología. Federación Lationamericada de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. May 2013
- 13.** Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyananjarassri K, Islam QM. Uso profiláctico de alcaloides del cornezuelo de centeno en la etapa expulsiva del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd
- 14.** Palacio FJ, Morillas F, Fornet I, Bermejo L, Cantalejo F. Eficacia de la oxitocina a dosis bajas en cesáreas electivas. Rev Esp Anestesiol Reanim [Internet]. Elsevier; 2011;58(1):6–10. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0034-9356\(11\)70691-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0034-9356(11)70691-0)
- 15.** Chacón A. Misoprostol versus oxitocina en la inducción del parto y la maduración cervicouterina. Obstetricia. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [en línea]. 2006. [fecha de acceso 16 de Julio del 2015]; LXVI (587) 53-59. URL disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/587/art9.pdf>.

- 16.** Nápoles D. Alternativas en las desviaciones del parto. MEDISAN. [en línea]. 2005. [fecha de acceso 15 de Julio del 2015]; 9(2). URL disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9\\_2\\_05/san13205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san13205.htm).
- 17.** Mercer B, Pilgrim P, Sibai B. Labor induction with continuous low-dose oxytocin infusion: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 1991;77(5):659–63.
- 18.** Balci O, Mahmoud AS, Ozdemir S, Acar A. Induction of labor with vaginal misoprostol plus oxytocin versus oxytocin alone. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. International Federation of Gynecology and Obstetrics; 2010;110(1):64–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.02.004>
- 19.** Drage JS, Kennedy C, Schwartz BK. The Apgar score as an index of neonatal mortality. A report from the collaborative study of cerebral palsy. *Obstet Gynecol* 1964; 24: 222-30.
- 20.** Laffita B Alfredo. Factores que influyen en el Apgar bajo al nacer, en el Hospital América Arias de la Habana, Cuba, 2000. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* [revista en la Internet]. 2005 [citado 2015 Jul 18]; 70( 6 ): 359-363.
- 21.** Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262005000600002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000600002&lng=es)
- 22.** Seguranyes G. Enfermería maternal. [en línea]. Barcelona: Elsevier; 2000. [fecha de acceso 17 de Julio del 2015]. Disponible [http://books.google.com.pe/books?id=LP2npUVKINEC&pg=PA234&dq=apgar del recién nacido#v=onepage&q=&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=LP2npUVKINEC&pg=PA234&dq=apgar+del+recien+nacido#v=onepage&q=&f=false)
- 23.** Cloherty J, Eichenwald E, Stark A. Manual de cuidados neonatales. 4ª ed. [en línea]. México: Masson, S.A.; 2005. [fecha de acceso 16 de Julio del 2015]. URL disponible en:

[http://books.google.com.pe/books?id=\\_sPRBoN0\\_usC&pg=PA79&dq=apgar+1+5#v=onepage&q=apgar%201%205&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=_sPRBoN0_usC&pg=PA79&dq=apgar+1+5#v=onepage&q=apgar%201%205&f=false)

**24.** Freeman JM, Nelson KB. Intrapartum asphyxia and cerebral palsy. *Pediatrics* 1988; 82(2): 240-9.

**25.** Armando León Pérez; EglisYsidrónYglesias. Factores relacionados con el Apgar bajo al nacer. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2010;36(1) 25-35

**26.** Fajardo Rodríguez O, Humaran Martínez I y Piloto Morejón M; Inducción del parto con oxitocina, prostaglandinas o ambas Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Ernesto (CHE) Guevara de la Serna” Hospital Docente Ginecoobstétrico “Justo Legón Padilla” Pinar del Río *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2001;27(2):135-40.

**27.** Penning S., DO, Garite T.J., MD. Tratamiento del Sufrimiento Fetal. *Clínicas de Obstetricia y Ginecología*. 1999 Jun; 26(2): 259-274.

**28.** Votta RA, Parada OH. *Obstetricia*. 5ta. Edición. Buenos Aires: Editorial López, 1992; cap. 6.3:547-554.

**29.** Raygada J, Mere J, Roncal J, misoprostol vs oxitocina en la inducción del parto en la ruptura prematura de membranas, vol N°47 *gineco obstetricia (Peru)* 2001; 47(4); 219-225

**30.** Minchón M, Carlos, Efecto de la inducción del parto con oxitocina en el Apgar bajo del recién nacido, *UCV - Scientia Vol. 1 N° 1, Peru – 2009 pag. 102 – 109*

**31.** ENDES. Proporción de parto institucional al primer trimestre 2015 [Internet]. Ministerio de Salud. 2015 [cited 2015 Nov 20]. Available from:

[http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle\\_indbosc.asp?lcind=6&lcobj=1&lcper=1&lcfr=14/10/2015](http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbosc.asp?lcind=6&lcobj=1&lcper=1&lcfr=14/10/2015)

**32.** ENDES. Proporción de gestantes que recibieron 6 o más controles al primer trimestre 2015 [Internet]. Ministerio de Salud. 2015 [cited 2015 Nov 20]. Available from:

[http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle\\_indbosc.asp?lcind=7&lcobj=1&lcper=1&lcfr=14/10/2015](http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbosc.asp?lcind=7&lcobj=1&lcper=1&lcfr=14/10/2015)

**33.** Minchón C, Vizconde T, Minchón D y Díaz J, Efecto de la oxitocina en el Apgar bajo en recién nacidos prematuros y a término Oxytocinefect's in the low Apgar scores in premature and term newborns. Volumen 8, número 2, agosto 2011 revista ECIPERÚ pag 167 – 171

**34.** Husslein P, Fuchs A, Fuchs F. Oxytocin and the initiation of human parturition. I. Prostaglandin release during induction of labor by oxytocin. *Am J Obstet Gynecol* 2011;141:688-93

**35.** Wing DA, Farinelli CK. Abnormal labor and induction of labor. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al, eds. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies* *Obstet Gynecol* 2014;54:344

**36.** Távora-Orozco, Chavez S, Grossman D. Disponibilidad y uso obstétrico del Misoprostol en los países de América Latina y El Caribe. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2008; 54: 253-263..

**37.** Alfirevic Z, Weeks A. Misoprostol oral para la inducción del trabajo de parto. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane plus*, 2010:1 (versión impresa ISSN 1745-9990). Oxford: Update Software Ltd.

- 38.** Méndez D. Misoprostol en la inducción y fase latente del trabajo de parto. Rev Cubana Obstet Ginecol v. 32 n. 2 Ciudad de la Habana Mayo-ago.2006 (versión impresa ISSN 0138-600X)
- 39.** ACOG Practic Bulletin. Clinical management guidelines for Obstetrician Gynecologists 2009; 107.
- 40.** Gabbe: Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, 5th ed. 2007 Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier
- 41.** Valenti E. A. Clases de Obstetricia. Editorial Ascune, 2009. Buenos Aires Argentina.
- 42.** Valenti E. A. Guías de manejo: Inducción al trabajo de parto. RevHosp Mat Inf Ramón Sardá 2012; vol.21 (2): 75-91.
- 43.** Monleón J, Perales A, Domínguez R, Mínguez J. Maduración cervical con gel de prostaglandina E2. Posible efecto miometrial. ClinInvest Gin Obstet 2012;19,198- 201.
- 44.** González N, Trujillo J, Carrancho M. Rotura uterina tras la aplicación de Gel E2 intracervical. Clin Invest Gin Obstet 2013;20,234-9.
- 45.** Frogoletto F Jr, Lieberman E, Lang J, Cohen A, Barss V, Ringer S. A clinical trial of active management of labor. N Engl J Med 2005;333:745-50.
- 46.** UK Amniotomy Group. A multicentreran domised trial or amniotomy in spontaneus first labor term. ObstetGynecol 2014;100:307-9.

- 47.** Sánchez Ramos J, Martínez Benavides M. Maduración cervical e inducción al parto. En: Manual de Asistencia al Parto y Puerperio Normal. Cap 26, pág 571-595. Fabre E. (ed). Zaragoza. 2006.
- 48.** ACOG Technical Bulletin. Induction of labor. *Int J Gynecol Obstet* 2006;53:65-72.
- 49.** Simpson KR, Atterbury J. Trends and issues in labor induction in the United States: implications for clinical practice. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2003;32(6):767–79. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=14649598>
- 50.** Martin, J. A., Hamilton, B. E., Ventura, S. J., Menacker, F., & Park, M. A. (2002). Births: Final data for 2001. *National Vital Statistics Report*, 51(2), 1-103.
- 51.** Zhang, J., Yancey, M. K., & Henderson, C. E. (2002). U. S. National trends in labor induction, 1989-1998. *Journal of Reproductive Medicine*, 47(2), 120-124
- 52.** Wa, Campbell a J. Dangers of oxytocin-induced labour to fetuses. *Br Med J*. 1974;3(5931):606–7.
- 53.** Fonseca L, Wood HC, Lucas MJ, Ramin SM, Phatak D, Gilstrap LC, et al. Randomized trial of preinduction cervical ripening: misoprostol vs oxytocin. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(3).
- 54.** Cárcamo, José Arnulfo; Maldonado, Manuel; Navarro L. Misoprostol para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto. *Rev Med Hondur*. 1994;62:1–7.

**55.** Erazo-Santos, Gérman; Salmerón-Laínez B. Prostaglandina E2 (Pristin MR) versus oxitoxina en la inducción del trabajo de parto. Rev Medica Post UNAH. 1999;4(2):112–6.

**56.** Paz-Rubio, Jamilette; Lezama-Rios S. Misoprostol versus oxitocina en la inducción del trabajo de parto. Rev Medica Post UNAH. 2002;7(1):7–11.



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA  
**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

**RELACIÓN ENTRE LA INDUCCION CON OXITOCINA EN EL TRABAJO DE PARTO Y EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO ENERO – ABRIL 2014**

**I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

**1). EDAD**

- a) < 15
- b) 15 a 19 años
- c) 20 a 34 años.
- d) ≥ 35 años.

**2). PROCEDENCIA**

- a) Callería.
- b) Yarinacocha.
- c) Manantay.
- d) Padre Abad
- e) Purus
- f) Otros

**3) .ESTADO CIVIL:**

- a) Soltera.
- b) Casada.
- c) Conviviente.
- d) Viuda.
- e) Divorciada

#### **4) GRADO DE INSTRUCCIÓN**

- a) Ilustrada
- b) Primaria Completa
- c) Primaria Incompleta
- d) Secundaria Completa
- e) Secundaria Incompleta
- f) Superior completa
- g) Superior Incompleta

#### **5) OCUPACIÓN**

- a) Estudiante.
- b) Empleada dependiente
- c) Empleada Independiente
- c) Ama de casa
- d) Otros

### **II.- DATOS GINECO-OBSTETRICOS**

#### **PARIDAD**

- a) Primigesta
- b) Segundigesta
- c) Tercigesta
- d) Multigesta
- e) Gran Multigesta

#### **EDAD GESTACIONAL**

- a) 37- 38
- b) 39-40
- c) 41-42
- d)  $\geq 42$

### **III. INDICACION DE INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO CON OXITOCINA**

MOTIVO:

**VI. FRECUENCIA CARDIACA FETAL**

- a) 120-160 LPM
- b) < 120 LPM
- c) > 160 LPM

**LIQUIDO AMNIÓTICO**

- a) Claro
- b) Amarillo
- c) Verdoso (Meconial)
- d) Sanguinolento

**VÍA DE PARTO**

- a) Vaginal.
- b) Abdominal.

**VII. APGAR DEL RECIEN NACIDO**

**APGAR AL MINUTO**

- a) 0
- b) 1-3
- c) 4-6
- d)  $\geq 7$

**APGAR A LOS 5 MINUTOS**

- a) 0
- b) 1-3
- c) 4-6
- d)  $\geq 7$

**VIII. CAPURRO: \_\_\_\_\_ SEMANAS**

<b>Tabla 1. Sistema de puntuación de Bishop</b>				
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Dilatación (cm.)</b>	0	1-2	3-4	>5
<b>Borramiento (%)</b>	0-30	40-50	60-70	80-100
<b>Consistencia</b>	Firme	Intermedia	Blanda	
<b>Posición</b>	Posterior	Media	Anterior	
<b>Altura de la cabeza</b>	-3	-2	-1, -0	+1, +2

## PARAMETROS Y CRITERIOS DE VALORACION

### Los cinco criterios de APGAR

	0 puntos	1 punto	2 puntos
Color de la piel	todo azul	extremidades azules	normal
Frecuencia cardíaca	0	menos de 100	más de 100
Reflejos e irritabilidad	sin respuesta a estimulación	mueca / llanto débil al ser estimulado	estornudos / tos / pataleo al ser estimulado
Tono muscular	ninguna	alguna flexión	movimiento activo