



UAP

**UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS**

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

TESIS

**APGAR DE LOS RECIÉN NACIDOS Y TIPO DE CESAREA
EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GUILLERMO
DÍAZ DE LA VEGA ABANCAY 2017.**

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

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
ADELI BRAVO AMPUERO**

**ASESOR:
DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA**

ABANCAY, PERÚ- 2018

DEDICATORIA

A mis padres, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante dándome ejemplos dignos de superación y entrega, gracias a ustedes hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera.

Mis padres, mis hermanos, mi hijo, pareja y amigas. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos más difíciles. A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por haberme acompañado y guiado, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad por haberme dado salud, coraje y haberme permitido llegar a la meta en esta tesis.

Universidad

Agradezco mucho por la ayuda de mis maestros, y a la universidad en general por todo lo anterior en conjunto con todos copiosos conocimientos que me han otorgado.

RESUMEN

La tesis titulada: “Apgar de los recién nacidos y tipo de cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2017”, tuvo como objetivo comparar el promedio del APGAR de los recién nacidos de mujeres con cesárea electiva con respecto al de cesárea por urgencia, atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega durante los meses de Marzo a Junio del 2017. La metodología de la investigación utilizada es observacional, retrospectiva, transversal y analítica, de nivel relacional y diseño no experimental transeccional. La muestra estuvo constituida por 152 mujeres que tuvieron parto por cesárea en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay durante los meses de Marzo a Junio del 2017, la cual se obtuvo mediante el muestreo aleatorio simple. Se utilizó como técnica la documentación y como instrumento una ficha de recolección de datos, la información fue procesada en el Software estadístico IBM SPSS Statistics versión 22. Resultados: Existe una diferencia significativa al nivel 0,001 (bilateral) al 95% de confianza, entre el promedio de APGAR al 1er minuto de los recién nacidos por cesárea electiva con respecto al promedio de APGAR al 1er minuto de los recién nacidos por cesárea de urgencia de las mujeres atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay. Los resultados de esta investigación indican que las diferencias en el puntaje del Apgar de los recién nacidos por cesárea es significativamente distinta según tipo de cesárea, obteniéndose puntajes más bajos en los recién nacidos por cesárea de urgencia.

Palabras claves: Apgar, Cesárea, Valoración clínica del recién nacido, parto abdominal

ABSTRACT

The thesis entitled: "Apgar of newborns and type of cesarean section in women treated in the Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2017", aimed to compare the average APGAR of newborns of women with elective cesarean section with respect to of caesarean section due to urgency, attended at the Guillermo Díaz de la Vega Hospital during the months of March to June 2017. The research methodology used is observational, retrospective, transversal and analytical, relational level and non-experimental transectional design. The sample consisted of 152 women who had a cesarean delivery in the Guillermo Díaz de la Vega Abancay Hospital during the months of March to June 2017, which was obtained by simple random sampling. The documentation was used as a technique and as a data collection card, the information was processed in the IBM SPSS Statistics statistical software version 22. Results: There is a significant difference at the 0.001 level (bilateral) to 95% confidence, between the average of APGAR at the first minute of the newborns by elective cesarean section with respect to the average of APGAR at the first minute of the newborns by emergency cesarean section of the women attended at the Regional Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Abancay. The results of this investigation indicate that the differences in Apgar score of newborns by caesarean section is significantly different according to the type of cesarean section, obtaining lower scores in newborns by emergency caesarean section.

Key Words: Apgar, Cesarean section, Clinical assessment of the newborn, abdominal delivery.

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	13
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.2.1 Delimitación temporal.....	16
1.2.2 Delimitación geográfica	16
1.2.3 Delimitación social	16
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
1.3.1 Problema principal.....	16
1.3.2 Problemas secundarios.....	17
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
1.4.1 Objetivo general	17
1.4.2 Objetivos específico	17
1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.5.1 Hipótesis general	18
1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION	18
CAPÍTULO II.....	21
MARCO TEÓRICO	21

2.1	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	21
2.1.1	Antecedentes internacionales	21
2.1.2	Antecedentes nacionales	23
2.2	BASES TEÓRICAS	26
2.2.1	Cesárea	26
2.2.1.1	Clasificación.....	27
2.2.1.2	Indicaciones	29
2.2.1.3	Clasificación de la urgencia (6).	30
2.2.2	Morbilidad Fetal por Cesárea	31
2.2.3	Test de APGAR.....	32
2.3	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	36
CAPÍTULO III.....		39
METODOLOGIA.....		39
3.1	TIPO DE LA INVESTIGACIÓN	39
3.2	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
3.3	POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	40
3.3.1	Población	40
3.3.2	Muestra	40
3.4	VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES	42
3.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
3.5.1	Técnicas.....	43
3.5.2	Instrumentos	43
3.6	PROCEDIMIENTOS	43
CAPITULO IV		45
RESULTADOS		45
4.1	RESULTADOS DESCRIPTIVOS	45
4.2	CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS	56
4.3	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	58
CONCLUSIONES		61

RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS.....	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Criterios de la puntuación de Apgar.	33
Tabla 2.- Edad de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.	46
Tabla 3.- Estado civil de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.	47
Tabla 4.- Escolaridad de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.	48
Tabla 5.- Ocupación de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.	49
Tabla 6.- Gravidéz de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.	50
Tabla 7.- Tipo de cesárea de las mujeres atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.	51
Tabla 8.- Media e intervalos de confianza del APGAR de los recién nacidos por cesárea electiva atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017.	52
Tabla 9.- Media e intervalos de confianza del APGAR de los recién nacidos por cesárea de urgencia atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017.	53
Tabla 10.- Media e intervalos de confianza del APGAR de los recién nacidos según tipo de cesárea atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017.	54
Tabla 11.- Pruebas de normalidad del APGAR al 1er. minuto según tipo de cesárea atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017.	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Promedio de edad y desviación estándar de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de Marzo a Junio del 2017.	46
Gráfico 2.- Estado civil de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.	47
Gráfico 3.- Escolaridad de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.	48
Gráfico 4.- Ocupación de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.	49
Gráfico 5.- Gravidéz de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.	50
Gráfico 6.- Tipo de cesárea de las mujeres atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.	51
Gráfico 7.- Media e intervalos de confianza del APGAR de los recién nacidos por cesárea electiva atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017.	52
Gráfico 8.- Media e intervalos de confianza del APGAR de los recién nacidos por cesárea de urgencia atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017.	53
Gráfico 9.- Media e intervalos de confianza del APGAR de los recién nacidos según tipo de cesárea atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017.	54
Gráfico 10.- Pruebas de normalidad del APGAR al 1er. minuto según tipo de cesárea atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017.	56

INTRODUCCIÓN

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. Años más tarde se hicieron estudios para determinar si esta calificación podría servir como un indicador pronóstico de asfixia, de tal manera que se realizó una clasificación de asfixia perinatal con base en el Apgar, que no fue la idea original de su autora; así, una puntuación de 4 a 6 al primer minuto indicaba asfixia moderada y de 0 a 3 asfixia severa; este criterio se incluyó en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); describiéndose la siguiente clasificación: recién nacido sin depresión cuando el Apgar es de 7 a 10 puntos a los cinco minutos, depresión moderada con 4 a 6 puntos y depresión severa con 3 puntos o menos.

Por otra parte la frecuencia de los nacimientos por vía abdominal se han incrementado en todo el mundo, el Perú no es ajeno a esta tendencia; sin embargo, este procedimiento obstétrico ha traído nuevos problemas de salud tanto materno como fetales, además que en algunos estudios reportan que el incremento se debe en su mayoría por petición de la paciente a pesar de no existir indicación médica para la misma. Se ha expresado que la morbilidad neonatal incrementa en 1.5% en los RN (recién nacidos) obtenidos vía abdominal, lo que indica una relación directa entre la vía de nacimiento y la patología neonatal; sin embargo, esta cifra no es totalmente confiable debido a que incluye embarazos de alto riesgo. La muerte

neonatal es inversamente proporcional a la edad gestacional; es por ello que la cesárea electiva es un procedimiento el cual se debe valorar a partir de la 37 semana de gestación, ya que se ha observado que es a partir de esa edad donde la morbimortalidad disminuye.

La cesárea puede tener un impacto negativo sobre la salud del recién nacido. De ahí, la importancia de que las mujeres gestantes conozcan los riesgos asociados a esta vía de culminación del parto. Es aquí donde cabe resaltar el papel del profesional obstetra, quien como parte del equipo de salud y responsable de la salud materna, tiene a su cargo el desarrollo de actividades destinadas a concientizar a las gestantes sobre los beneficios y riesgos de esta cirugía.

Es por ello que el presente estudio titulado “Apgar de los recién nacidos y tipo de cesarea en mujeres atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay, 2017”, tiene como objetivo comparar el promedio del Apgar de los recién nacidos de mujeres con cesárea electiva con respecto al de cesárea por urgencia.

Para mayor entendimiento del presente estudio de investigación, se ha dividido en cuatro capítulos, los mismos que son:

Capítulo I: en este se detalla el planteamiento del problema a través de la descripción de la realidad problemática, delimitación, formulación del problema el cual está planteada de la siguiente manera...., los objetivos propuestos y la formulación de la hipótesis que se pretende contrastar para culminar con la justificación de la investigación.

Capítulo II. Marco teórico, dentro del cual se describe y analiza los antecedentes de estudio relacionados a la línea de investigación, el fundamento teórico existente sobre las variables de estudio, así como la definición de términos básicos.

Capítulo III: Metodología, concerniente a los procedimientos, formas y modos principales asumidos para la ejecución de la investigación, los métodos, las técnicas e instrumentos para la recolección de datos y su posterior procesamiento e interpretación utilizando el método correspondiente.

Capítulo IV: Resultados, donde se presenta utilizando estadística descriptiva e inferencial, en el cual también se presenta para el contraste de hipótesis el ritual de la significancia estadística y su posterior discusión de resultados.

Como producto del trabajo de investigación se formularon conclusiones y recomendaciones relacionadas a la línea de investigación, finalmente para salvaguardar la originalidad del trabajo se da a conocer las referencias bibliográficas utilizadas, además de los anexos correspondientes que respaldan esta investigación.

El trabajo de investigación se pone a disposición de los lectores de la comunidad universitaria, sector salud y comunidad científica con la finalidad de contribuir en el conocimiento de esta línea de investigación y se tome como referencia para posteriores investigaciones en la región.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La cesárea es el método para la extracción del feto a través del corte de la pared uterina (histerotomía) y de la pared abdominal (laparotomía). Originalmente fue diseñada como un procedimiento para extracción del feto en casos de urgencia, debido al aumento en la seguridad de los procedimientos quirúrgicos actualmente ha llegado a ser una técnica electiva para el nacimiento (1).

A pesar de existir claras diferencias entre países respecto de la frecuencia de las cesáreas, en los últimos años la atención de los nacimientos mediante este procedimiento ha aumentado en prácticamente todo el mundo y se prevé un crecimiento cada vez más importante (2).

Las cesáreas pueden clasificarse, desde el punto de vista clínico, como justificadas o injustificadas. En el primer caso se trata de un procedimiento obligado e imprescindible para resguardar la salud de la madre y del producto. Aun cuando hay bastante consenso entre los obstetras sobre la

mayor parte de las causas justificadas, una fracción de éstas es todavía motivo de controversia. Sin embargo, el debate actual se centra principalmente en aquellas condiciones en las cuales no hay una razón clínica evidente que justifique realizar la operación cesárea y son ellas las que más contribuyen, en la actualidad, a elevar las cifras de cesáreas en todo el mundo (2).

En el Perú durante el 2017, el 64% de las parturientas tuvieron un parto normal, es decir 267 mil 283 partos se desarrollaron de manera espontánea, por vía vaginal sin ninguna complicación; en el mismo período el 36% de las gestantes tuvieron partos distócicos, de estos el 35,4% corresponden a partos por cesárea; existiendo regiones que presentan porcentajes por encima del promedio nacional de mujeres que dieron a luz mediante cesárea, siendo Tumbes con el 49,8% y Tacna con el 47,2% las regiones que tuvieron alguna complicación en el parto (2). Habiendo diferencias porcentuales según el tipo y la categoría del hospital, así en el Instituto Nacional Materno Perinatal se reportó un 44,5% de nacimientos por cesárea (3).

Mientras que a nivel de la región Apurímac para los meses mencionados del 2017 se reportó una tasa de cesárea de 30,3% (2)

La puntuación de APGAR es la primera prueba para evaluar a un recién nacido inmediatamente después del nacimiento y tiene como objetivo detectar posibles problemas en el estado físico del neonato y para determinar cualquier necesidad inmediata de cuidados médicos adicionales o tratamientos de emergencia, de ser el caso. Por lo general, esta prueba se administra al recién nacido en dos momentos, la primera vez un minuto después del nacimiento y la segunda vez, cinco minutos después del nacimiento (2).

Según el reporte del Ministerio de Salud, la prueba de APGAR aplicada a los recién nacidos durante el 2017, indicó que el 80% de los neonatos nacieron sin complicaciones físicas que requirieran atención adicional o cuidados especiales, mientras que el 19% nació en óptimas condiciones. Menos del 1% de los neonatos requirió algún tipo de atención (2).

La valoración del APGAR en el Instituto Materno Perinatal durante el año 2016 nos indica que un 93,5% de recién nacidos tuvieron puntajes mayores a 7, y solo un 6,5% puntajes menores de 6 (3). Pero no se encuentran datos por tipo de parto y menos por tipo de cesárea.

Durante el embarazo se producen cambios anatómicos y funcionales, que provocan en las mujeres situaciones fisiológicas de gran riesgo que generan descompensaciones, en la mayoría de casos severas, causadas por diversas patologías que ocasionan altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, con el consecuente deterioro secundario en el producto de la concepción y cuya resolución del problema está en culminar el parto por la vía abdominal.

Se conjetura que el aumento en las cesáreas sin justificación clínica preocupa a las autoridades sanitarias y a los prestadores de servicios de salud de los diferentes países porque sus efectos más importantes pueden ser la exposición a riesgos innecesarios a la madre y al producto reflejado en puntajes bajos del APGAR en los recién nacidos lo que traería consigo incremento de los costos de la atención médica.

En el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de la ciudad de Abancay no está claro como el tipo de cesárea incide sobre el puntaje de APGAR, por lo que esta investigación trata de establecer si existe asociación significativa entre el tipo de cesárea y el puntaje del APGAR de los recién nacidos.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación temporal

El presente estudio se llevó a cabo en los meses Marzo a Junio del 2017 por considerar un periodo que permitirá establecer los objetivos planteados.

1.2.2 Delimitación geográfica

Esta investigación se realizó en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay es un hospital del segundo nivel de atención – con categoría II-2 ubicado en el departamento de Apurímac provincia de Abancay esta institución pertenece al Ministerio de Salud.

1.2.3 Delimitación social

El grupo social objeto de estudio fueron las gestantes que tuvieron parto por cesárea y sus recién nacidos atendidos en el servicio de gineco obstetricia durante los meses de Marzo a Junio del 2017.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema principal

¿Existirán diferencias en el promedio del APGAR de los recién nacidos según tipo de cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017?

1.3.2 Problemas secundarios

¿Cuál es el promedio del APGAR, el error estándar de la media y los intervalos de confianza para la media de los recién nacidos de mujeres con cesárea electiva, atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017?

¿Cuál es el promedio del APGAR, el error estándar de la media y los intervalos de confianza para la media de los recién nacidos de mujeres cesareadas por urgencia, atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017?

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general

Comparar el promedio del APGAR de los recién nacidos según el tipo de cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.

1.4.2 Objetivos específico

Estimar el promedio del APGAR, el error estándar de la media y los intervalos de confianza para la media de los recién nacidos de mujeres con cesárea electiva, atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega

de Marzo a Junio del 2017.

Estimar el promedio del APGAR, el error estándar de la media y los intervalos de confianza para la media de los recién nacidos de mujeres cesareadas por urgencia, atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.

Describir las características sociodemográficas de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.

1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis general

Los promedios del APGAR de los recién son significativamente diferentes según tipo de cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.

1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION

La presente investigación contribuirá con incrementar el conocimiento sobre la posible asociación entre el tipo de cesárea con la vitalidad del recién nacido valorado a través del test de APGAR.

Las principales beneficiadas con la investigación serán las gestantes y sus recién nacidos de la región Apurímac, así como los profesionales de la salud que laboran en el área de neonatología y gineco obstetricia quienes necesitan

datos de referencia en su trabajo diario, con la finalidad de mejorar el nivel de salud en nuestra población y dadas las dificultades acerca del comportamiento de indicadores como el índice de APGAR en este medio.

Los resultados obtenidos serán de utilidad para las direcciones de epidemiología, atención integral de salud, dirección de hospitales, jefaturas de servicio para que tomen decisiones basadas en evidencia científica y contribuyan a revertir el problema del incremento de cesáreas con sus consiguientes riesgos para la madre y su recién nacido. Así como también en la práctica clínica donde los pediatras y neonatólogos puedan discutir con los ginecoobstetras las indicaciones no estrictamente medicas de la operación cesárea, dado el marcado daño que esta provoca entre muchos otros sobre la salud neonatal.

Además con los resultados de esta investigación se podrá contribuir con reducir los porcentajes de morbilidad materna y neonatal y contribuir con el incremento positivo de los indicadores sanitarios.

En vista que en los últimos años se ha reportado un aumento de la tasa de cesárea y que en la mayoría de instituciones están por encima de lo recomendado por la organización mundial de la salud, además se ha de señalar que un gran número de las indicaciones de las cesáreas electivas no son de causa medica estricta lo que incrementa la tasa de cesárea trayendo consigo complicaciones maternas y neonatales. De ahí la importancia de este trabajo la cual implicó reconocer las diferencias en el promedio del APGAR del recién nacido según el tipo de cesárea, con la finalidad de establecer el comportamiento de la variable APGAR en estos dos grupos de pacientes

para poder tomar medidas que nos permitan identificar las complicaciones derivadas de la ocurrencia de eventos adverso que no sólo daña al recién nacido sino también a su entorno, además de ser un estudio interesante, novedoso y con un diseño metodológico apropiado, en el cual se minimizo los sesgos. Por otra parte la importancia clínica se da porque existen escasos estudios que se hayan ocupado específicamente de este tema.

Finalmente por medio del presente trabajo y sus aportes se pretende guiar el estudio posterior en este ámbito de la salud y así beneficiar al binomio madre-hijo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.

En la búsqueda de antecedentes referidos a la línea de investigación, se han encontrado los siguientes:

2.1.1 Antecedentes internacionales

Alvarez Cordoví, Alexis y Bartutis Bonne, Effer en su trabajo realizado en el hospital general universitario “Carlos Manuel de Céspedes” de Bayamo, en el año 2011, con el **objetivo** de identificar la morbilidad materna y neonatal relacionada con la cesárea primitiva.

Material y Método: estudio analítico, caso-control, univariado en el servicio de Obstetricia del hospital general universitario “Carlos Manuel de Céspedes” de Bayamo desde el 1ro de enero hasta el 30 de junio de 2011. Las variables, morbilidad materna, bajo peso al nacer, Apgar bajo a los 5 minutos de vida y morbilidad neonatal fueron analizadas utilizando frecuencias absolutas, relativas y la razón de productos

cruzados (OR), con un nivel de significación del 5% para determinar el grado de asociación de cada una con la cesárea primitiva.. Obteniendo como **resultados** que: la endometritis resultó la complicación materna más importante, constituida factor de riesgo (OR=1,080) y de asociación estadística (p 0,001). Dentro de la morbilidad neonatal, se destacaron el edema pulmonar y la broncoaspiración de líquido amniótico meconial como las complicaciones más frecuentes (OR= 5,374) (OR=4,134) (p 0,001); los factores de riesgos presentes fueron el distrés transitorio y la hipoxia (OR=2,526) (OR=1,808).

Conclusiones: el índice de cesáreas primitivas fue elevado en el período estudiado. La endometritis resultó ser factor de riesgo y de significación estadística. Dentro de la morbilidad neonatal, se destacaron el edema pulmonar y la broncoaspiración de líquido amniótico meconial como las complicaciones más frecuentes, constituyendo factor de riesgo el distrés transitorio y la hipoxia.(5)

Rubio-Romero, Jorge et al, en un artículo de revisión realizado en el año 2014, cuyo **objetivo** fue identificar la tendencia de la tasa de cesárea, la clasificación, los riesgos materno-perinatales, los factores asociados a dicha tasa y proponer estrategias para racionalizar el uso de cesáreas en Colombia. **Material y Método:** se realizó una revisión de las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) de 1998 a 2013 para estimar la tasa de cesárea, y de las bases de datos Medline vía PubMed, The Cochrane Library, Medline, Embase, Lilacs y OVID, con los términos “cesarean section”,

“rate”, “maternal mortality”, “neonatal mortality”, “maternal risk”, “perinatal risk”, “trial of labor”, “vaginal birth after cesarean”, “education”, “audit”, “second opinion”, “strategy”, “multiple strategy” y “multifaceted intervention” para identificar revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios clínicos pertinentes publicados en los últimos diez años en inglés o español. Los resultados y las conclusiones fueron discutidos en consenso no formal de expertos realizado el día 9 de mayo de 2014 en Bogotá D.C y socializados en el XIX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología realizado los días 29 al 31 de mayo de 2014 en Medellín, Colombia. Obteniendo como **resultados** que: la tasa de cesáreas en Colombia pasó de 24,9 % en 1998 a 45,7 % en 2013. La cesárea incrementa el riesgo de muerte, las complicaciones maternas graves y la morbilidad respiratoria neonatal comparada con el parto vaginal.

Factores médicos, socioculturales y económicos incrementan el uso de la cesárea. Las estrategias multifacéticas demuestran mayor efectividad para reducir la tasa de cesárea. **Conclusiones:** se deben promover estrategias como educación continua, auditoría, mejoramiento de la calidad e involucrar otros actores sociales para generar un cambio cultural y racionalizar el uso de la cesárea en Colombia.(7).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Arana Lucio, en su trabajo realizado en el Hospital Belen de Trujillo, en el año 2014, con el **objetivo** de Determinar los factores de riesgo asociados a puntaje Apgar bajo al nacer en el Hospital Belen de Trujillo.

Material y Método: Se llevó a cabo 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. Obteniendo como **resultados** que: El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo fueron: prematuridad (OR: 4.26; $p < 0.01$), bajo peso al nacer (OR: 3.41; $p < 0.05$) preeclampsia (OR: 4; $p < 0.05$), expulsivo prolongado (OR: 2.96; $p < 0.01$), líquido amniótico meconial (OR: 4.06; $p < 0.05$), cesárea (OR: 3.52; $p < 0.01$). **Conclusiones:** 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.(6)

Torres Derly, en su trabajo “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. **Material y Método:** Se realizó una investigación analítica, retrospectiva de tipo caso control en 160 recién nacidos en el servicio de neonatología del Hospital de Ventanilla periodo de julio a diciembre del 2016 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 $p < 0.05$.

Obteniendo como **resultados** que: El análisis estadístico encontró que 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), líquido 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). **Conclusiones:** 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.(7)

Carpio Eveling, en su trabajo “Factores relacionados con Apgar bajo al nacer en neonatos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco, 2014”, con el **objetivo** de Determinar los factores que se relacionan con APGAR bajo al nacer en neonatos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2014. **Material y Método:** 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. Obteniendo como **resultados** 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%). **Conclusiones:** Se evidenció resultados estadísticamente significativos a través de la prueba chi cuadrado (χ^2) lo que nos permite 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 cesárea y presentación podálica con una significancia estadística de ($P \leq 0,05$). (8)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Cesárea

“La cesárea es el método para la extracción del feto a través del corte de la pared uterina (histerotomía) y de la pared abdominal (laparotomía). Originalmente fue diseñada como un procedimiento para extracción del feto en casos de urgencia, debido al aumento en la seguridad de los procedimientos quirúrgicos actualmente ha llegado a ser una técnica electiva para el nacimiento” (5).

Por otra parte la cesárea se puede definir como: “una intervención

quirúrgica mayor mediante la cual se extrae un feto viable a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y otra en la pared uterina (histerotomía)” (6).

El aumento de las cesáreas tiene repercusiones en diferentes niveles, tales como costos hospitalarios, incremento en días de hospitalización, uso de medicamentos y el aumento de la morbilidad materna con implicaciones en la población (9).

Aunque controversial, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología ha sugerido que es ético para un obstetra el realizar una cesárea electiva si considera que el parto por cesárea promueve la salud de la madre y el feto más que un parto vía vaginal (9).

2.2.1.1 Clasificación

Clásicamente, se agrupan en indicaciones maternas, fetales y mixtas, según quien sea el supuesto beneficiado de la intervención. También, según el momento de su indicación se clasifican en electivas, sin intentar el trabajo de parto, e intraparto (o de recurso) si se indican una vez iniciado el trabajo del parto. Según el estado clínico de la madre y/o el feto se clasifican en emergentes, urgentes o programadas (6).

Tipos de cesárea según el momento de su indicación.

- a) Cesárea electiva:** es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención

programada.

Si bien es difícil de cuantificar, se cree que de 4 a 18% de todas las cesáreas se realizan por elección materna o, en su caso, por angustia relacionada con el trabajo de parto, por la incertidumbre y el dolor que éste produce, lo que a su vez hace que la paciente y su familia presionen al médico para la terminación “más controlada”, como la cesárea “cuasi” electiva, con un trabajo de parto breve y frecuentemente inducido (7). Las razones aducidas por las pacientes y el equipo de salud que prefiere la cesárea electiva son el mayor control (tiempo, lugar, conveniencia) de la terminación del embarazo y el temor al trabajo de parto, así como al daño vaginal y perineal, incluidos la incontinencia anal y urinaria y el riesgo fetal en el trabajo de parto y el nacimiento. Hasta ahora, la cesárea se vincula con mayores riesgos para la madre que el parto vaginal (8).

La percepción de la paciente es que la cesárea electiva le proporciona ventajas como: disminución de hemorragia postparto, menor incontinencia urinaria, menor morbilidad fetal, reducción en la posibilidad de encefalopatía hipóxica isquémica y menores lesiones producidas durante el parto vaginal, como la parálisis del plexo braquial (9). El aumento de la edad materna al primer embarazo, los embarazos en pacientes con problemas de infertilidad, los embarazos

múltiples y la madre trabajadora que “planea” su condición laboral y personal contribuyen a esta “epidemia de cesárea”, que según la tendencia actual, llegó para quedarse (10).

b) Cesárea en curso de parto o de recurso: Se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvica fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni para el feto.

c) Cesárea urgente: Es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente (6).

Las indicaciones para una cesárea de urgencia varían desde un estado fetal comprometido a situaciones menos urgentes como la desproporción cefalopélvica o falta de progresión del trabajo de parto.

2.2.1.2 Indicaciones

Las indicaciones principales son la sospecha de compromiso fetal y la “falta de progresión” durante el trabajo de parto (7) .

Para otros autores las indicaciones la clasifican en:

Absolutas, aquellas cuyos beneficios son incuestionables según la información disponible sufrimiento fetal agudo, placenta previa oclusiva, situación transversal, prolapso de cordón, abruptio placentae, etc.

Relativas, aquellas cuya práctica es objeto de controversia presentación podálica, cesárea anterior, distociadinámica, etc.

2.2.1.3 Clasificación de la urgencia (6).

En Reino Unido, además de clasificar la operación como electiva o de emergencia, el National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (NCEPOD), autorizado por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) y el Royal College of Anaesthetists (RCA) han catalogado su grado de urgencia, resultando de ello 4 categorías:

1. Riesgo de vida inmediato para la madre o el feto.
2. Compromiso materno o fetal con riesgo de vida no inmediato.
3. Sin compromiso materno o fetal pero con necesidad de acelerar el parto.
4. Parto programado entre la madre y el equipo médico (electivo).

Esta clasificación ha probado ser segura y fue adoptada por los Servicios de Maternidad (7).

2.2.2 Morbilidad Fetal por Cesárea

Wagner (9) indica que “la cesárea per se es un potente factor de riesgo de padecer distrés respiratorio en niños prematuros y de otras formas de éste en fetos maduros”.

Además, se ha evidenciado “otro riesgo comúnmente aceptado en la bibliografía es la precipitación en la práctica de la cesárea con un aumento de prematuridad, siendo ambos, prematuridad y distrés respiratorio, causas mayores de morbimortalidad neonatal” (10).

La morbimortalidad neonatal incrementa en 1.5% en los RN (recién nacidos) obtenidos vía abdominal, lo que indica una relación directa entre la vía de nacimiento y la patología neonatal; sin embargo, esta cifra no es totalmente confiable debido a que incluye embarazos de alto riesgo (11). La muerte neonatal es inversamente proporcional a la edad gestacional; es por ello que la cesárea electiva es un procedimiento el cual se debe valorar a partir de la 37 semana de gestación, ya que se ha observado que es a partir de esa edad donde la morbimortalidad disminuye (11), (12).

Antes de las 39 semanas de gestación, se encuentra una mayor frecuencia de problemas respiratorios, sobre todo en las pacientes con edad gestacional dudosa. Estos riesgos se pueden minimizar al utilizar la amniocentesis y evaluar la madurez pulmonar fetal (17)

Existe la evidencia que existe un riesgo más alto de la mortalidad neonatal para cesárea que para parto vaginal espontáneo (18).

Según algunos autores, el aumento en los índices de partos por cesárea en hospitales está asociado con un incremento en la morbilidad, tanto

en las madres como en los recién nacidos, sin ningún beneficio general evidente.

2.2.3 Test de APGAR

Es una escala heteroadministrada que valora y gradúa la salud del recién nacido. Se evalúan cinco características de fácil identificación (respiración, frecuencia cardíaca, color, reflejo de irritabilidad y tono muscular) y se les asigna un valor entre 0 y 2. En la actualidad, el puntaje de Apgar sigue siendo relevante para la evaluación de los neonatos (18). Sin embargo, en publicaciones recientes se ha demostrado que la asignación del puntaje se ve afectada por la falta de uniformidad de las definiciones usadas por los profesionales, lo cual da lugar a amplias variaciones entre los distintos observadores (19).

Utilidad del Apgar

La puntuación de Apgar ha sido utilizada en todo el mundo como un índice de salud en el período neonatal inmediato por más de 60 años. Su capacidad para evaluar la necesidad de, y la respuesta a la reanimación ha llevado a su incorporación en guías nacionales y políticas de la OMS. En virtud de sus asociaciones con la mortalidad a corto y a largo plazo, el puntaje de Apgar también se utiliza como un resultado indirecto temprano en las diversas estrategias diseñadas para lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad infantil (17).

Sistema de puntuación de Apgar

La anestesista Virginia Apgar fue la primera en proponer en el año 1952 un sistema de puntos para evaluar el estado del recién nacido en los primeros minutos siguientes al nacimiento (Tabla 1.2). A partir de ese momento, este sistema de puntuación comenzó a utilizarse en todas las salas de parto por ser un método con el que se determina fácilmente y con rapidez el estado clínico del recién nacido y la efectividad de la reanimación o resucitación (20).

Tabla 1.- Criterios de la puntuación de Apgar.

Signo	Puntuación		
	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente (sin pulso)	Inferior a 100 latidos por minuto	Normal (superior a 100 latidos por
Esfuerzo respiratorio	Ausente (sin respiración)	Respiración lenta o irregular, llanto débil	Ritmo y esfuerzo normales llanto adecuado
Tono muscular	Sin movimiento, tono laxo	Brazos y piernas flexionados con poco movimiento	Activo, movimientos espontáneos
IRRITABILIDAD REFLEJA	Ausente (sin respuesta a la estimulación)	Leve gesto facial o muecas discretas ante la estimulación	Se retira, estornuda, tose o llora ante la estimulación
ASPECTO	Coloración azul-	Color normal (pero manos y	Color normal por todo el cuerpo

Interpretación del Puntaje del Apgar: 8-10 es normal

4-7 depresión leve–moderada 0-3 depresión severa

En años recientes, se empezó a utilizar el término de “Apgar bajo” cuando la calificación era igual o menor a 6, a los minutos 1 y 5, con fines de vigilar alguna mala evolución desde el punto de vista neurológico y se agregó el término de «recuperado» cuando el puntaje era igual o mayor a 7, a los 5 minutos o «no recuperado» menor a 7, a los 5 minutos, y si a estos pacientes se les toma una gasometría, se adiciona el término de “con o sin repercusión gasométrica” cuando presentan valores normales o menores a lo normal, respectivamente. A los neonatos con esta última característica se les denomina “de alto riesgo neurológico” (25).

No se debe utilizar el APGAR para decidir intervención en el recién nacido, su mayor utilidad es como pronóstico de función neurológica.

El momento más apropiado para efectuar la primera observación fue determinado por Apgar con pruebas llevadas a cabo inmediatamente después del nacimiento, a los 30 s, al minuto y más; observó que el momento más bajo de la puntuación fue el cercano a los 60 s, por lo que estableció realizarlo en el primer minuto de vida por ofrecer una medida de la transición inmediata a la vida extrauterina, y a los 5 min por constituir una medida de la capacidad del neonato para recobrase del estrés del nacimiento y adaptarse a la vida extrauterina. La primera puntuación se asigna 1 min después del nacimiento; cuando la cabeza y los pies del recién nacido sean bien visibles se comenzará a medir 1 min completo y se asignará en este momento la puntuación obtenida; el

mismo criterio se emplea para la puntuación a los 5 min, la que se mide 4 min después de la puntuación anterior. Los puntos deben ser asignados en ambos casos por el mismo observador (médico o enfermera reanimadora) (20).

La sensibilidad del test de Apgar también ha sido estudiada y se ha encontrado que es de 46,7% (Apgar < 6 y pH <7,20) con una especificidad de 90 % (20). Silverman (21), al definir "asfixia como Apgar < 7 y pH <7,20 encuentra una sensibilidad de 43,5% y una especificidad de 81%".

La evaluación del 1er minuto, tiene valor diagnóstico y el que se hace a los 5 minutos tiene valor pronóstico, entre más baja es la puntuación de Apgar, peor pronóstico neurológico o mayor mortalidad perinatal. Si la puntuación es ≥ 8 (niño normal) se mantiene junto a la madre.

Muchas mujeres al someterse a una cesárea en algunas ocasiones por propia elección, no conocen el riesgo que este procedimiento puede generar en sus futuros embarazos (25). Los riesgos asociados a una cesárea previa no solo afectan la morbilidad materna, el feto también está en riesgo (25). Es importante recalcar que los neonatos de madres con antecedente de cesárea previa, tienen un riesgo aumentado de prematurez, bajo peso y talla para la edad gestacional y óbitos fetales de causa no clara (26) (27). Igualmente el riesgo de requerimiento de ventilación mecánica, sepsis en recién nacido, hipoglicemia e ingreso a UCIN se encuentra incrementado entre 1.8 y 4.2 de los nacimientos a las 37 sem y en 1.3 y 2.1. (28).

La cesárea está clínicamente indicada cuando existe un riesgo

significativo de consecuencias adversas para la madre o el producto, si no se realiza la intervención en un momento determinado. Los neonatos nacidos por cesárea poseen cuentas de Apgar bastante bajas; el bajo conteo podría ser un efecto derivado de la anestesia y del parto por cesárea, o el recién nacido podría haber estado sufriendo antes de nacer, pues muchas de sus indicaciones se relacionan en alguna medida con el sufrimiento fetal agudo, el RCIU, el hematoma retroplacentario, las presentaciones viciosas, entre otras (32).

La asociación entre el bajo peso al nacer y el antecedente de cesárea igualmente documentado, ha sido relacionada con el parto normal y el instrumentado, encontrando diferencias significativas con respecto a la cesárea, siendo en esta última donde con mayor frecuencia se observan OR aumentados (29).

Así como se ha demostrado que la cesárea puede provocar complicaciones maternas en los subsecuentes embarazos, también los neonatos pueden mostrar eventos no deseados, dentro de los cuales se encuentran los puntajes de Apgar inferiores a 6 a los 5 minutos que están relacionados con compromiso serio de la salud neonata

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Apgar:** El test de Apgar es un examen clínico de neonatología, empleado en la recepción pediátrica, donde el médico clínico pediatra o neonatólogo certificado realiza una prueba medida en 5 estándares sobre el recién nacido para obtener una primera valoración simple (macroscópica), y clínica del estado general del neonato después del parto.

- **Cesárea programada o electiva:** Es la que se realiza antes del comienzo del trabajo de parto con indicación clínica específica y con el fin de evitar los riesgos de este sobre la madre y/o feto.
- **Cesárea de urgencia inmediata:** Es aquella que debe realizarse en un plazo máximo de 15 minutos para evitar morbilidad fetal y/o materna.
- **Cesárea de urgencia relativa:** Es aquella que permite un mayor lapso de espera al no existir un riesgo inmediato de morbilidad materno-fetal.
- **Malas condiciones obstétricas:** Conjunto de condiciones en las que ninguna por separado justificaría una cesárea, pero que coincidiendo todas en una paciente hacen justificable la indicación de cesárea.
- **Operación cesárea:** Extracción del feto y placenta mediante incisión uterina transabdominal. Es considerada como un procedimiento de cirugía mayor.
- **Riesgo materno-fetal:** posibilidad de mal término del proceso embarazo- parto.
- **Sufrimiento fetal:** hipoxia fetal, situación en que el feto ha perdido sus reservas de oxígeno y comienza a caer en acidosis.

- **Recién nacido:** Un neonato o recién nacido es un bebe que tiene 27 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es de nivel relacional.

De acuerdo a la intervención de la investigadora, el estudio fue de tipo 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.

Es retrospectiva por que los datos no fueron recolectados a propósito de la investigación, sino que fueron transcritos de las historias clínicas, lo cual corresponde a fuentes secundarias.

Es transversal por que la variable principal de estudio y los instrumentos que se aplican a la muestra fueron medidas durante un solo momento en el tiempo.

Es analítico ya que el análisis estadístico fue bivariado y se puso a prueba hipótesis asociativas.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación toma como diseño el no experimental transeccional correlacional. Estos diseños describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. A veces, únicamente en términos correlacionales, otras en función de la relación causa-efecto (causales) (38).

Su esquema correspondiente es el siguiente:

X1-----Y1

Dónde:

X1: Tipo de cesárea

Y1: Apgar del recién nacido

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1 Población

La población objeto de estudio estuvo constituida por 250 gestantes que tuvieron parto por cesárea en los meses de Marzo a Junio de 2017 en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de la ciudad de Abancay.

3.3.2 Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el algoritmo para una media en población finita o conocida, siendo:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * S^2}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * S^2}$$

Marco muestral

	N =	250
Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0,050
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2 =$	0,975
Z de $(1-\alpha/2)$	$Z (1 - \alpha/2) =$	1,960
Desviación estándar	s =	1,023
Varianza	$s^2 =$	1,047
Precisión	d =	0,102

Tamaño de la muestra n = 151,7

La muestra representativa de la investigación es del tipo probabilístico, es la técnica de muestreo en que todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser seleccionadas. Las unidades de estudio, fueron seleccionados a través de la técnica de selección aleatoria estos valores se consideraron del marco lista de la población.

El procedimiento empleado fue el siguiente:

- Se asignó un número a cada individuo de la población total a ser estudiada.
- A través de números aleatorios generados con un ordenador, se eligió tantos sujetos como sea necesario para completar el tamaño de la muestra requerida para el trabajo de investigación.

3.4 VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

Variable asociada	Dimensiones	Indicadores	Índices
Tipo de Cesárea	Electiva Urgencia	Reporte operatorio en la historia clínica	Cesárea electiva Cesárea de urgencia
Variables de supervision (estudio)	Dimensiones	Indicadores	Índices
Puntaje del Apgar del recién nacido de parto por cesárea.	Puntaje del Apgar del recién nacido de parto por cesárea programada. Puntaje del Apgar del recién nacido de parto por cesárea de urgencia	Color de piel Esfuerzo respiratorio Tono muscular Irritabilidad refleja Ritmo cardiaca	0 – 10 PUNTOS
Variables de caracterización	Dimensiones	Indicadores	Índices
Características sociodemográficas	Edad de la Madre	Fecha de nacimiento	Años
	Estado civil	Condición civil reportada en la historia clínica materna perinatal.	Soltera Conviviente Casada Viuda
	Escolaridad	Ultimo año de estudios culminado reportado en la historia clínica materno perinatal.	Analfabeta Primaria Secundaria Superior no universitaria Superior universitaria
	Ocupación	Tipo de ocupación u empleo reportada en la historia clínica materno perinatal	Ama de casa Comerciante Empleada Otros.....
	Gravidez	Numero de gestaciones previas incluida la actual reportada historia clínica materna perinatal.	Nuligesta Multigesta

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1 Técnicas

El presente trabajo de investigación utilizó la técnica documental con el registro de datos de la historia clínica y el libro de partos, carnet perinatal del recién nacido para lo cual se solicitó el permiso respectivo correspondiente a las autoridades del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay.

3.5.2 Instrumentos

Para el levantamiento de la información se utilizó una ficha para la recolección de datos de las historias clínicas y carnet perinatal de los recién nacidos, el cual fue sometido el contenido y constructo mediante el juicio de expertos, los resultados fueron ingresados a una base de datos SPSS para la tabulación y procesamiento respectivos.

3.6 PROCEDIMIENTOS

Para el cumplimiento del objetivo del presente trabajo se realizó las siguientes coordinaciones y procedimientos:

- Se solicitó al comité de investigación de la universidad Alas Peruanas filial Abancay para que brinde las facilidades en la ejecución del presente trabajo de investigación, una vez aceptada se procedió a realizar el estudio.
- Se diseñó el instrumento para recolectar las variables en estudio como el Apgar de los recién nacidos y tipo de cesarea en mujeres atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017, el mismo que

fue validada por el juicio de expertos y mediante una prueba piloto tomada a pacientes gestantes que tuvieron su parto en la mencionada institución las mismas que fueron excluidas del estudio al momento de su aplicación.

- Se solicitó un oficio al comité de investigación de la universidad Alas Peruanas- Filial Abancay, para la autorización de la recolección de la información requerida dirigida al director del Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega Abancay.
- Una vez obtenida la autorización, se realizó la coordinación con los encargados del servicio de gineco-obstetricia y estadística para solicitarle las facilidades para la recolección de la información requerida.
- Las pacientes gestantes fueron seleccionadas para la población y muestra tomando en cuenta los criterios de selección.
- Se procedió a recopilar la información hasta completar la muestra requerida, durante este procedimiento no se presentaron inconvenientes.
- Se procedió a verificar y codificar toda información obtenida para luego ser tabulada en el programa Excel 2010, para luego ser ingresadas al programa estadístico SPSS 20 (IBM SPSS Statistics), el cual mostro los resultados a través de tablas y figuras estadísticas las cuales fueron interpretadas y analizadas.
- Se realizó el análisis y la redacción del informe final del trabajo de investigación.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

La investigación está referida al APGAR de los recién nacidos en las cesareadas programadas y urgencia atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017.

Esta investigación tuvo como propósito Comparar el promedio del APGAR de los recién nacidos de mujeres cesareadas programadas y de urgencias, atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega durante los meses de Marzo a Junio del 2017.

La información correspondiente se recogió a través de las fichas de observación documentada; en este instrumento se consideraron ítems relacionados a las variables y dimensiones de estudio.

Se debe indicar que los resultados estadísticos se utilizaron para redactar la discusión de la investigación, contrastando los contenidos del marco teórico y los estudios realizados por otros investigadores.

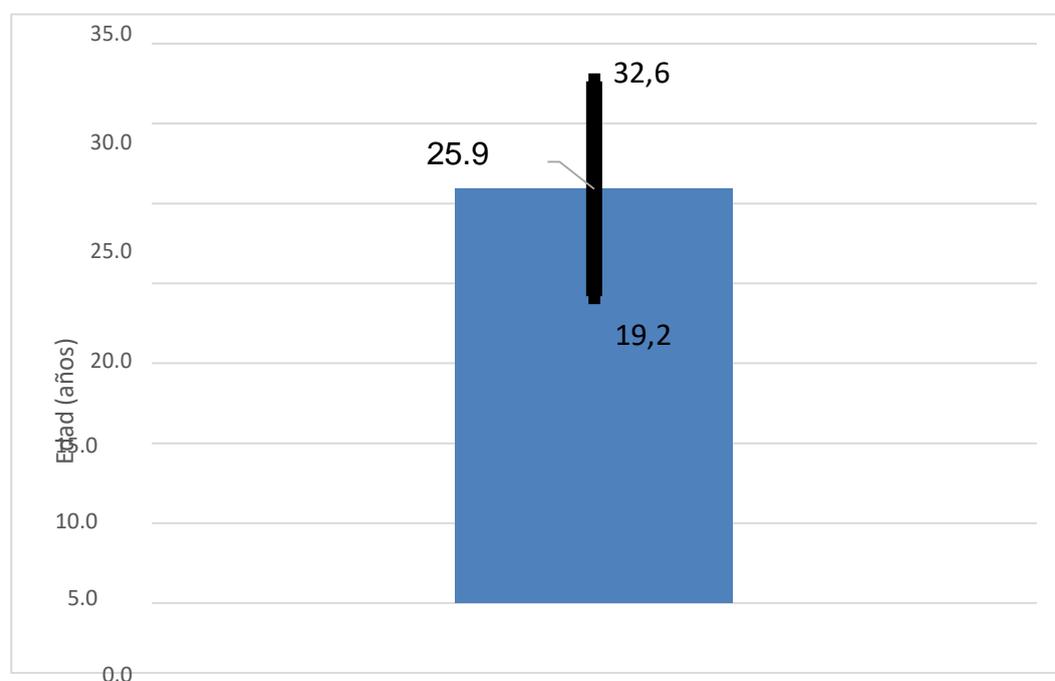
A continuación se presentan en detalle los resultados estadísticos obtenidos.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 2.- Edad de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.

Estadísticos de edad	Valores
Media	25,9
Desviación estándar	6,7
Mínimo	14
Máximo	43

Gráfico 1.- Promedio de edad y desviación estándar de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de Marzo a Junio del 2017.



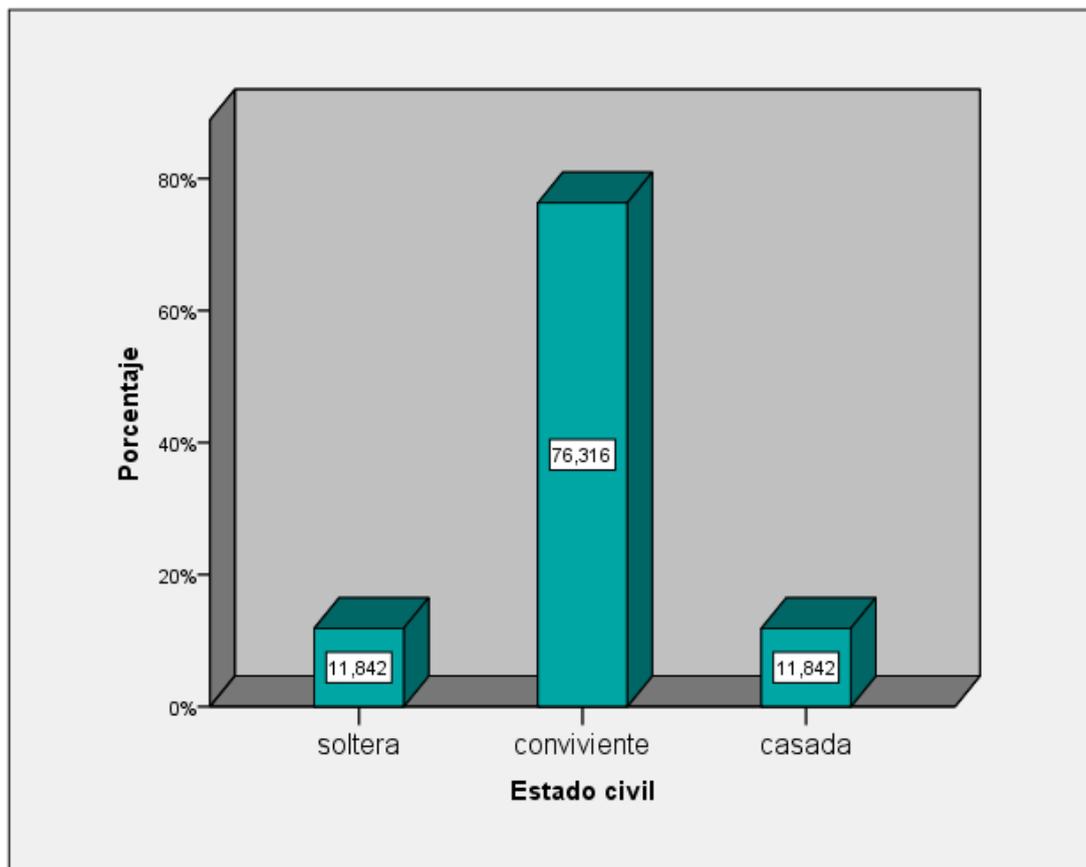
Mujeres cesareadas

De la tabla Nro. 1, se tiene que la edad mínima de las madres es de 14 años, en tanto que el promedio de edades es de 25.92 años, así mismo la mayor edad de las madres es de 43 años. Además, las edades se dispersan en 6.71 años respecto de la edad promedio.

Tabla 3.- Estado civil de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.

Estado civil	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Soltera	18	11,8
conviviente	116	76,3
Casada	18	11,8
Total	152	100,0

Gráfico 2.- Estado civil de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.

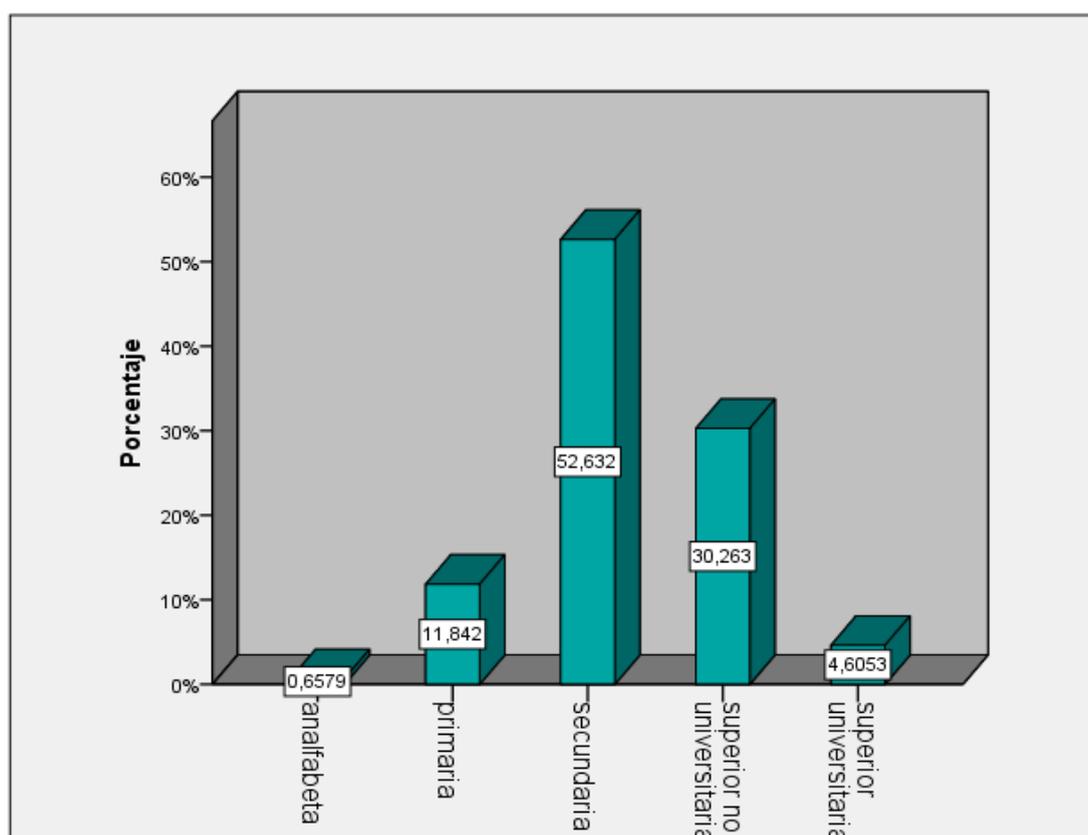


En el cuadro se aprecia que más de tres cuartas partes de las madres tiene estado civil conviviente, con porcentajes menores y similares son madres cuyo estado civil es soltera o casada.

Tabla 4.- Escolaridad de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.

Grupo de edad	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Analfabeta	1	,7
Primaria	18	11,8
Secundaria	80	52,6
superior no universitaria	46	30,3
superior universitaria	7	4,6
Total	152	100,0

Gráfico 3.- Escolaridad de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.

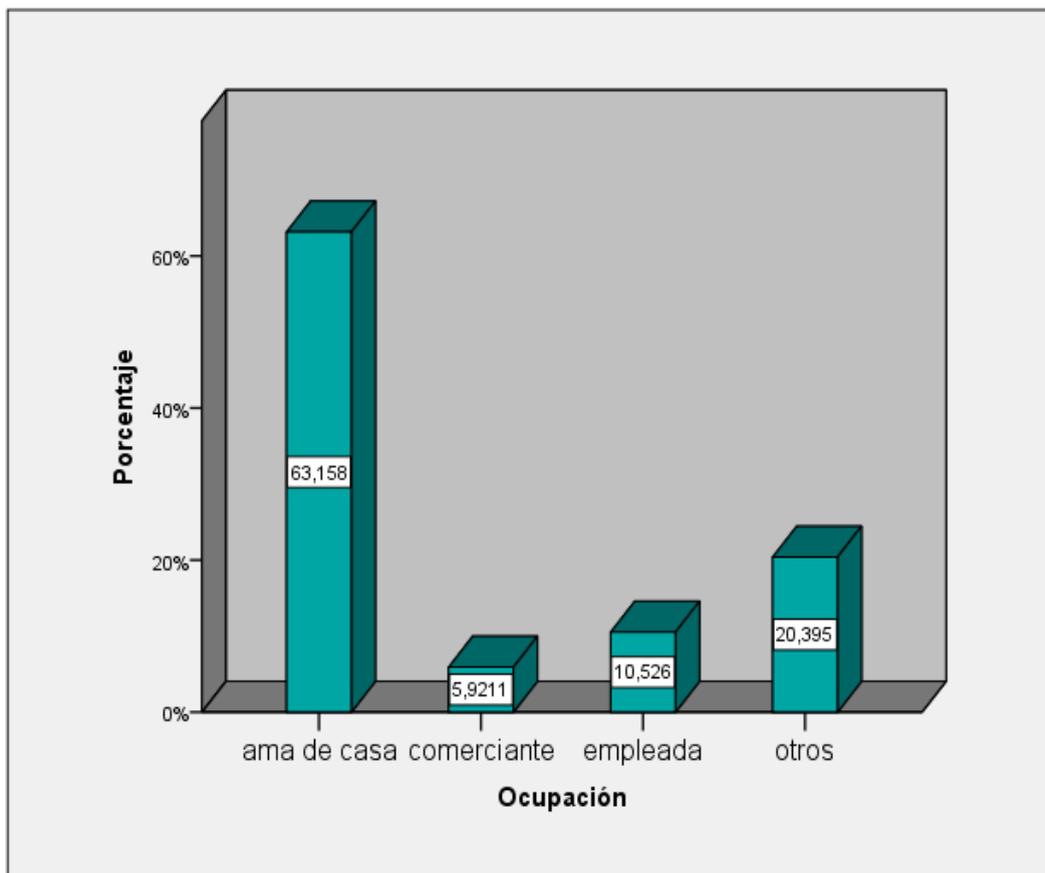


De la tabla Nro. 3, referido a la escolaridad se observa que, más de la mitad de madres tiene una escolaridad de secundaria, seguido por el 30.3% de madres cuya escolaridad es superior no universitaria y el 11.8% de madres tiene una escolaridad de primaria.

Tabla 5.- Ocupación de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.

Grupo de edad	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Ama de casa	96	63,2
Otros	31	20,4
empleada	16	10,5
Comerciante	9	5,9
Total	152	100,0

Gráfico 4.- Ocupación de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.

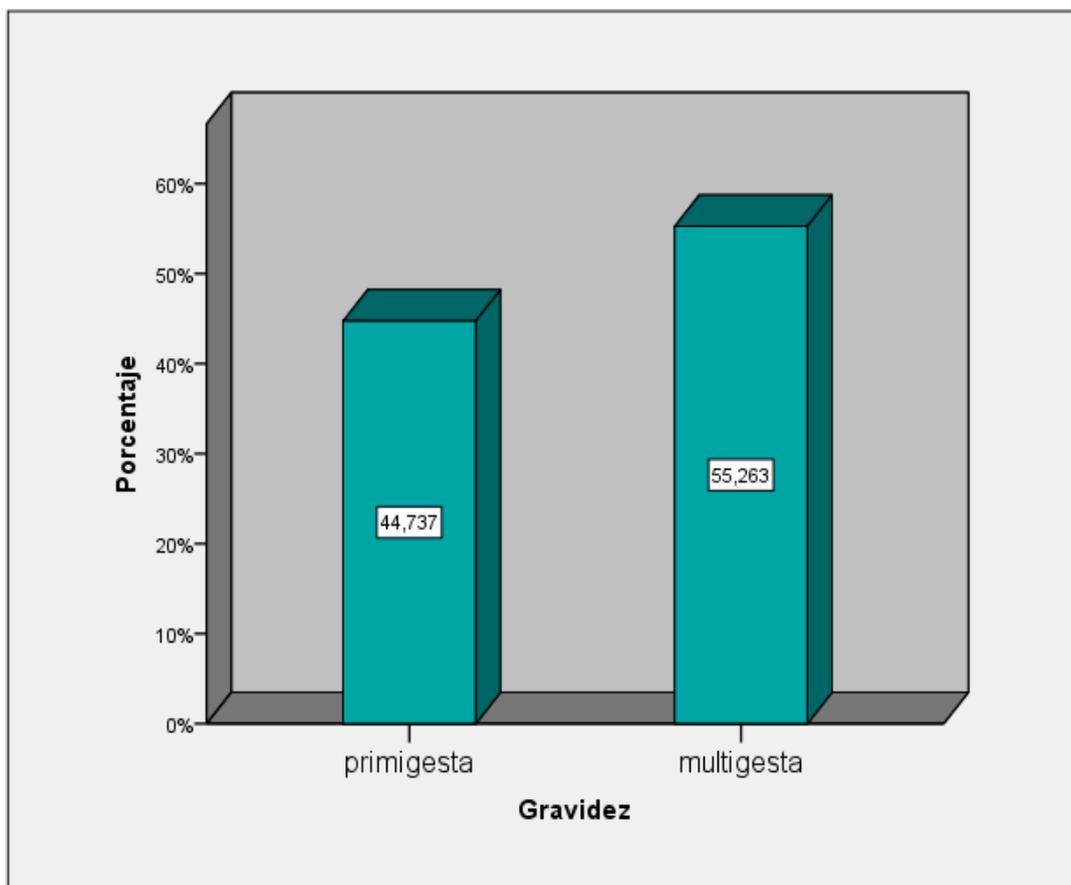


En el cuadro se observa que el 63% está representado por madres de ocupación ama de casa, seguido por el 20.4% de madres de otra condición y finalmente representado por el 10.5% de madres de condición empleada.

Tabla 6.- Gravidez de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.

Grupo de edad	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Primigesta	68	44,7
Multigesta	84	55,3
Total	152	100,0

Gráfico 5.- Gravidez de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.



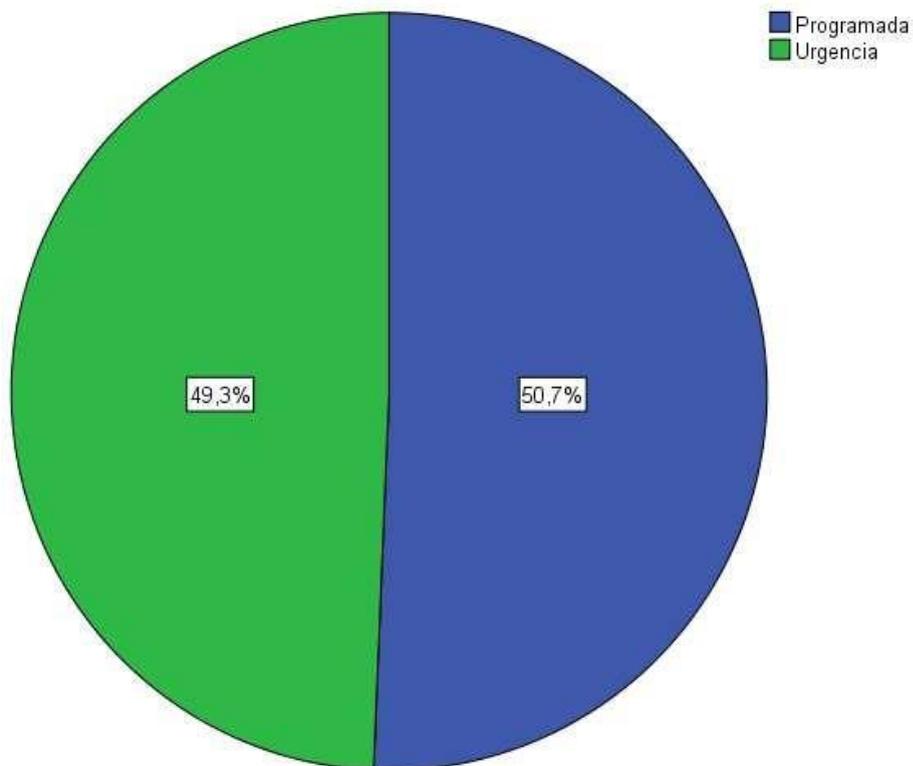
En el cuadro se observa gestantes multigestas con 55.3% seguido por el 44.7% de gestantes primigestas.

TIPO DE CESÁREA

Tabla 7.- Tipo de cesárea de las mujeres atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.

Tipo de cesárea	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Electiva	77	50,7
Urgencia	75	49,3
Total	152	100,0

Gráfico 6.- Tipo de cesárea de las mujeres atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017.



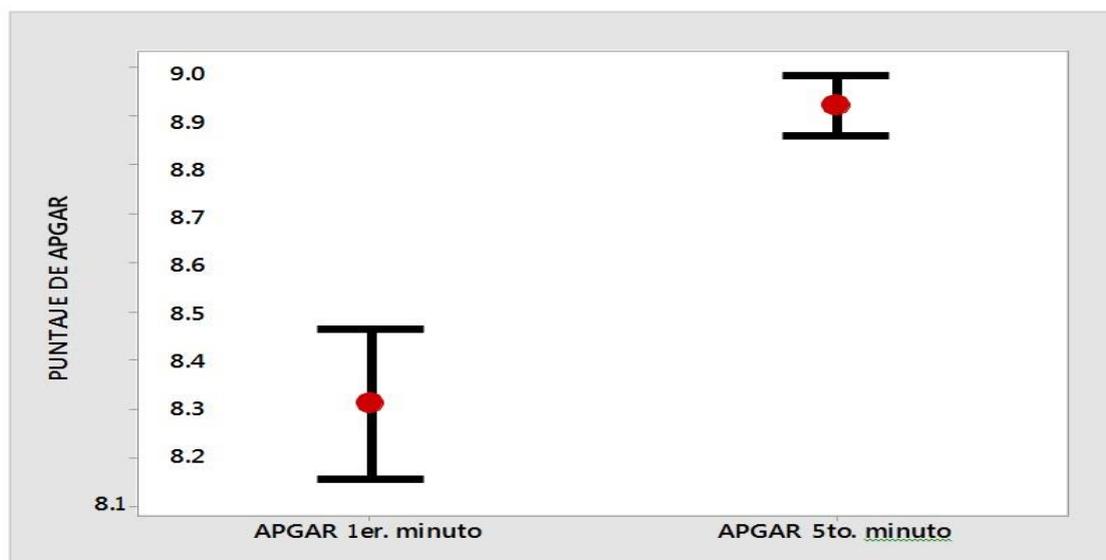
En el grupo de mujeres estudiadas se observa proporciones similares según tipo de cesárea sea electiva o de urgencia.

APGAR DEL RECIÉN NACIDO

Tabla 8.- Media e intervalos de confianza del APGAR de los recién nacidos por cesárea electiva atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017.

Medidas	APGAR del recién nacido (Cesárea electiva)	
	1er minuto	5to. minuto
Media=	8,31	8,92
Error Estándar=	0,077	0,031
IC 95% Límite Inferior=	8,16	8,86
IC 95% Límite Superior=	8,46	8,98

Gráfico 7.- Media e intervalos de confianza del APGAR de los recién nacidos por cesárea electiva atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017.

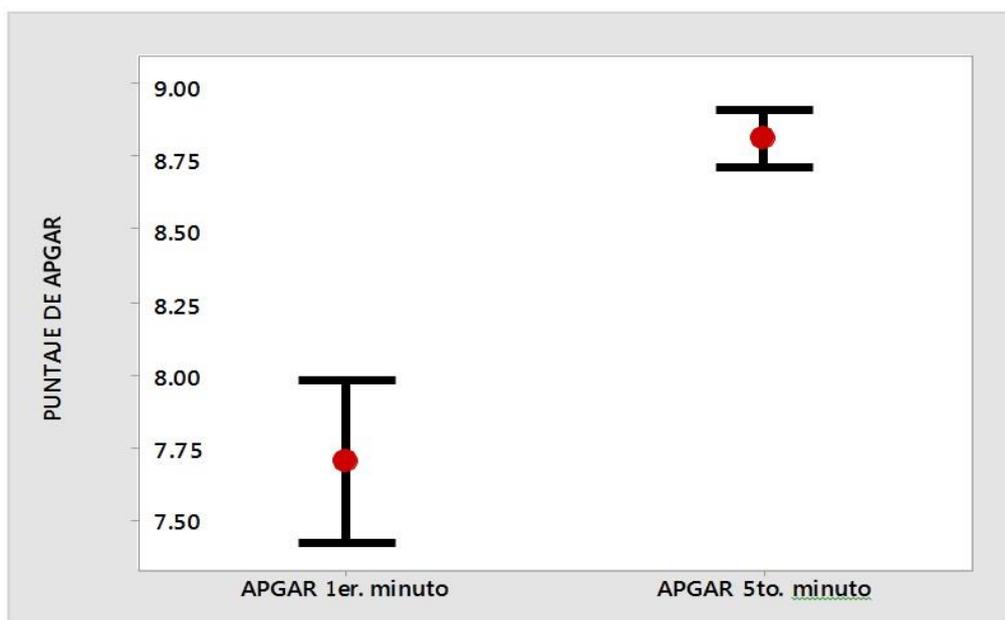


El promedio del puntaje del APGAR al 1er. minuto de los recién nacidos por cesárea electiva atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay en el año 2017 fue de 8,31; el 95% de estos recién nacidos tuvieron un puntaje del APGAR entre 8,16 y 8,46. Mientras que el promedio del puntaje del APGAR al 5to minuto fue de 8,92 el 95% de estos recién nacidos tuvieron un puntaje del APGAR entre 8,86 y 8,98.

Tabla 9.- Media e intervalos de confianza del APGAR de los recién nacidos por cesárea de urgencia atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017.

Medidas	APGAR del recién nacido (Cesárea de urgencia)	
	1er minuto	5to. minuto
Media=	7,71	8,81
Error Estandar=	0,14	0,049
IC 95% Límite Inferior=	7,44	8,71
IC 95% Límite Superior=	7,98	8,91

Gráfico 8.- Media e intervalos de confianza del APGAR de los recién nacidos por cesárea de urgencia atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017.



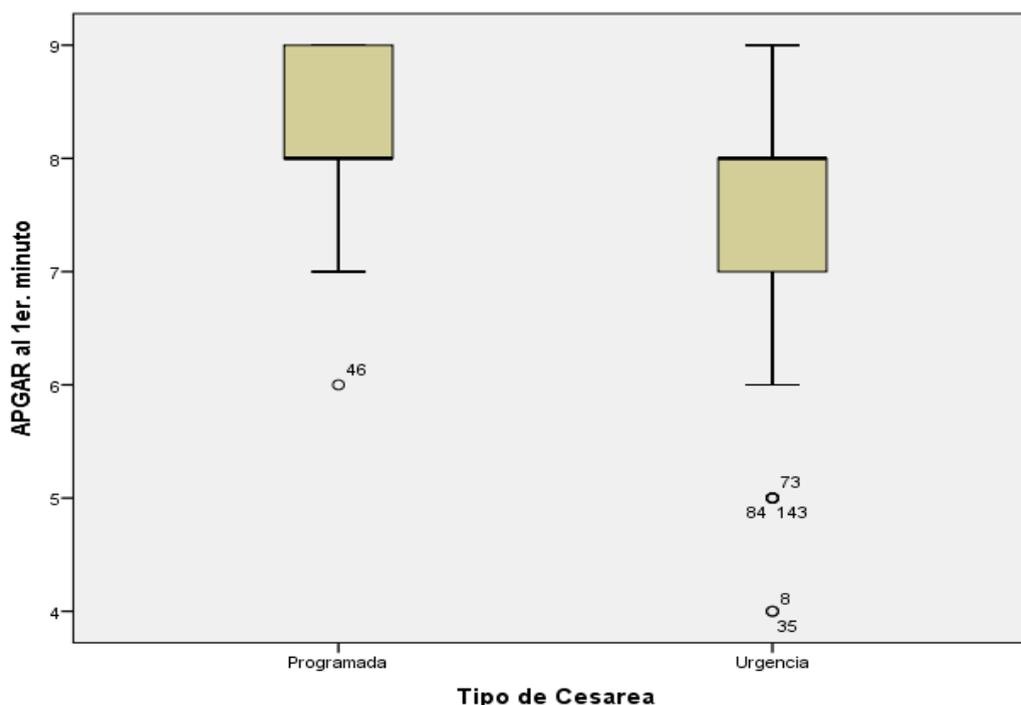
El promedio del puntaje del APGAR al 1er. minuto de los recién nacidos por cesárea de urgencia atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay en el año 2017 fue de 7,71; el 95% de estos recién nacidos tuvieron un puntaje del APGAR entre 7,44 y 7,98. Mientras que el promedio del puntaje del APGAR al 5to. minuto fue de 8,81 el 95% de estos recién nacidos tuvieron un puntaje del APGAR entre 8,71 y 8,91.

COMPARACIÓN DEL APGAR DEL RECIÉN NACIDO

Tabla 10.- Media e intervalos de confianza del APGAR de los recién nacidos según tipo de cesárea atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017.

APGAR al 1er. Minuto del recién nacido	Tipo de Cesárea	
	Electiva	Urgencia
Media=	8,31	7,71
Error Estandar=	0,077	0,14
IC 95% Límite Inferior=	8,16	7,43
IC 95% Límite Superior=	8,46	7,99

Gráfico 9.- Media e intervalos de confianza del APGAR de los recién nacidos según tipo de cesárea atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017.



Como podemos observar en la presente tabla, la media de la variable “APGAR al 1er. minuto” en los dos grupos de comparación (“Cesárea electiva” / “Cesárea de urgencia”) es más elevada en el grupo de Cesárea electiva (8,31 con un IC95% entre 8,16 y 8,46) que en el grupo de Cesárea de urgencia (7,71 con un IC95% entre

7,43 y 7,99). La diferencia puntual de estas medias es: $8,31 - 7,71 = 0,6$.

0,6 puntos de APGAR es más alta en pacientes con Cesárea electiva; y los IC95% de las medias en ambos grupos se superponen en un rango muy corto (el que va desde 7,99 a 8,16). Es probable que ambas medias sean estadísticamente diferentes y que podamos concluir que las dos variables (APGAR al 1er. minuto y Tipo de Cesárea) están asociadas en la población de la que proviene la muestra.

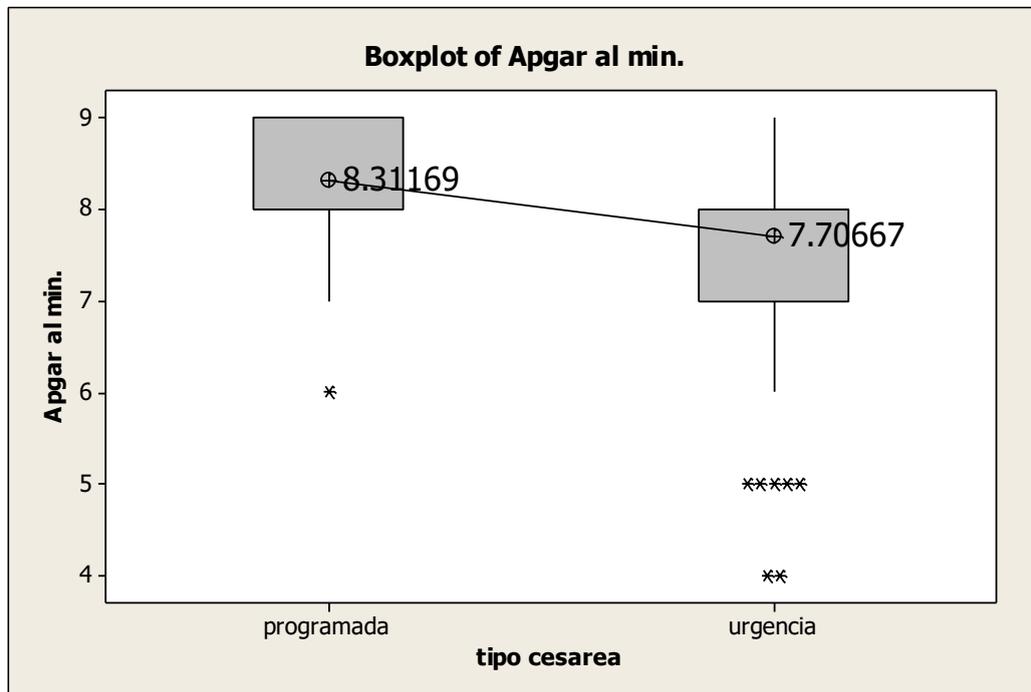
Tabla 11.- Pruebas de normalidad del APGAR al 1er. minuto según tipo de cesárea atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017.

Tipo de	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
APGAR al 1er. minuto Programada	,263	77	,000	,771	77	,000
Urgencia	,302	75	,000	,805	75	,000

De los resultados de las pruebas de normalidad no podemos asumir la normalidad de la variable cuantitativa “APGAR al 1er. minuto” en ambos grupos (“Cesarea electiva” / “Cesarea de urgencia”).

Los resultados de las pruebas de normalidad muestran que en los grupos de las “cesáreas electivas” y “cesáreas de urgencia”, la variable “APGAR al 1er. minuto” no se distribuye según una ley normal, ya que la “p” asociada a los contrastes K-S (0,000) y S-W (0,000) da por debajo del nivel de significación alfa prefijado (0,05). Esto nos obliga a tomar un camino diferente en el análisis de la relación entre estas dos variables, optando por pruebas no paramétricas.

Gráfico 10.- Pruebas de normalidad del APGAR al 1er. minuto según tipo de cesárea atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2017.



El gráfico de caja para la distribución de la variable APGAR al 1er. minuto en cada grupo de la variable Tipo de cesárea, nos muestra una mayor dispersión de los valores de APGAR al 1er. minuto en el grupo “cesáreas de urgencia” y una tendencia, así mismo, a mostrar valores más bajos de APGAR al 1er. minuto en este último grupo

4.2 CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS

Planteamiento de hipótesis

H0: Los promedios del APGAR de los recién nacidos de mujeres con cesárea electiva y de urgencia atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017, no son significativamente distintas.

H1: Los promedios del APGAR de los recién nacidos de mujeres con cesárea

electiva y de urgencia atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017, son significativamente distintas.

Nivel de significancia

(alfa) $\alpha = 5\% = 0,05$

Estadístico de prueba

U de Mann-Whitney

Lectura del p-valor

U de Mann-Whitney= 2061,0, Valor de p= 0,1%

Con una probabilidad de error de 0,1%, los promedios del APGAR de los recién nacidos de mujeres con cesárea electiva y de urgencia atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017, son significativamente distintas.

Toma de decisiones

Los promedios del APGAR de los recién nacidos de mujeres con cesárea electiva y de urgencia atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017, son significativamente distintas.

Interpretación

En la muestra estudiada se encuentra que el promedio de APGAR al 1er minuto de los recién nacidos por cesárea electiva es diferente al promedio de APGAR al 1er minuto de los recién nacidos por cesárea de urgencia; ya que la media de APGAR al 1er minuto de recién nacidos por cesárea electiva y de

urgencia son estadísticamente similares al nivel de significación $\alpha = 0,05$).

4.3 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Marzo a Junio del 2017, nuestro estudio encontró proporciones similares según tipo de cesárea sea electiva o de urgencia. Con esta tendencia podríamos afirmar que independientemente de la condición de salud de la gestante el porcentaje de cesáreas sea de urgencia o electiva seguirán con frecuencias similares mientras no se identifique el riesgo y se tenga embarazos de alto riesgo y casos de pacientes gestantes que presentan eventos que amenazan su vida y la de su producto. Por ello es necesario revisar las guías de práctica clínica hospitalaria y las indicaciones para realizar la cesárea según la condición clínica de la gestante y su producto. Este resultado es similar a lo que se reporta en la bibliografía donde se establece que del total de nacimientos que ocurran en un establecimiento de salud, los partos por operación cesárea no deben sobrepasar el 15%, pero la realidad es otra ya que se tiene tasas de dicha operación hasta del 60%.

El puntaje de APGAR constituye el sistema de evaluación inmediata del neonato más empleado en la actualidad; es poca la evidencia de buena calidad que nos aporta datos sobre la valoración del APGAR en los recién nacidos de parto por operación cesárea. Según nuestros resultados en los recién nacidos por cesárea electiva el promedio del APGAR evaluado al minuto de nacer y a los cinco minutos se encuentra catalogado en el rango de vigoroso. Muy a pesar de tener valores positivos la cesárea, aun electiva y

hecha en embarazos a término, implica mayores riesgos para la madre y el niño, y no debe ser ofrecida como una vía de nacimiento más segura que el parto vaginal. Los estudios a nivel internacional reportan valores menores del APGAR de los recién nacidos por cesárea cuando se les compara con partos por vía vaginal, pero existen estudios nacionales donde reportan que no existe relación entre el puntaje APGAR al primer minuto y el tipo de cesárea (2).

Las indicaciones para una cesárea de urgencia varían desde un estado fetal comprometido a situaciones menos urgentes como la desproporción cefalopélvica o falta de progresión del trabajo de parto. En nuestros resultados encontramos que el promedio del APGAR del recién nacido se encuentra en el límite de la categoría vigoroso; muy a pesar de la accesibilidad a estos datos, existen escasos estudios que buscan la posible relación entre el tipo de parto por cesárea de urgencia y los promedios del APGAR del recién nacido, habiéndonos llamado la atención que a pesar del incremento de la tasa por esta causa no se encuentre como una línea de investigación en nuestro medio. Por otra parte en el caso de cesárea de urgencia un enfoque multidisciplinario es fundamental para asegurar un mejor resultado a la madre y el feto, así como una experiencia agradable a la paciente.

En la presente investigación se reportó que el promedio del APGAR al 1er. minuto es menor en el grupo de cesárea de urgencia comparado con el grupo de cesárea electiva; y el contraste de hipótesis encontró asociación significativa entre las variables APGAR al 1er. minuto y Tipo de Cesárea. Estos resultados difieren con lo reportado por Puma (2) quien no encuentra

relación entre el puntaje APGAR al primer minuto y el tipo de cesárea. Pero concuerdan con otros estudios a nivel internacional donde reportan que en la cesárea de urgencia el APGAR del recién nacido tiene puntajes más bajos, esto por supuesto tiene factores predisponentes por el mismo hecho de la decisión de realizar una operación de este tipo es por el riesgo que corre la gestante o su feto.

CONCLUSIONES

Primero: Existe una diferencia significativa al nivel 0,001 (bilateral) al 95% de confianza, entre el promedio de APGAR al 1er minuto de los recién nacidos por cesárea electiva con respecto al promedio de APGAR al 1er minuto de los recién nacidos por cesárea de urgencia de las mujeres atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay.

Segundo: El promedio de Apgar al minuto de los recién nacidos de parto por cesárea electiva encontrado fue de 8,31, con IC 95% que van de 8,16 a 8,46, mientras que a los cinco minutos fue de 8,92.

Tercero: El promedio de Apgar al minuto de los recién nacidos de parto por cesárea de urgencia fue de 7,71, con IC 95% que van de 7,44 a 7,98, mientras que a los cinco minutos fue de 8,81.

Cuarto: Las características sociodemográficas de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega fueron: promedio de edad de 25,9 años, tres cuartas partes tienen estado civil conviviente, mayoritariamente tienen un buen grado de escolaridad, más de la mitad son ama de casa, predominan las multigestas en relación a las primigestas y la frecuencia de cesares según tipo son similares.

RECOMENDACIONES

Realizar estudios en la misma línea de investigación en el nivel relacional buscando relación entre las variables de caracterización como la edad por etapas de vida, el estado civil, el grado de escolaridad, ocupación y gravidez.

Para determinar si existen diferencias en las frecuencias según tipo de cesárea, ejecutar estudios con una muestra más representativa.

Se requiere estudios más profundos a fin de investigar con mayor claridad la prevalencia de cesárea en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega, así como la prevalencia por tipo de cesárea.

Plantear estudios en el nivel descriptivo donde se busque estimar un parámetro del promedio de Apgar según tipo de cesárea.

La valoración del puntaje del Apgar por sí mismo está sujeta a subjetividades del examinador, por lo que es necesario que los evaluadores realicen dicho procedimiento con la mayor veracidad posible, para obtener resultados con menor sesgo.

Para evitar sesgos, se recomienda realizar estudios con datos primarios, en la cual el investigador debe realizar las mediciones.

Plantear estudios que contemplen a la variable tipo de cesárea como determinante para el Apgar bajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez P, Hernández J, García J, Islas E. Cesárea: beneficios y riesgos. Rev Invest Med Sur Mex. 2009; 8(4): p. 181-184.
2. Garrido F, Puentes E. Síntesis Ejecutiva. Nacimientos por cesárea en México.
3. Síntesis Ejecutiva. México: Secretaria de Salud, Dirección General de Planeación Estratégica; 2010.
4. Ministerio de Salud. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015. Registrados en línea. Informe anual. Lima: MINSA, Oficina General de Tecnologías de la Información; 2016.
5. Salud Md. Boletín estadístico 2015-2016. Informe Anual. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal, Oficina de Estadística e informática; 2016.
6. Alvarez-Cordoví A, Bartutis-Bonne E. Morbilidad materna y neonatal en la cesárea primitiva. Multimed. 2013; 17(4).
7. Rubio-Romero J, Fonseca-Pérez J, Molina S, Buitrago M, Zuleta J, Ángel-Müller E, et al. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [en línea]. 2014; 65(2): p. 139-151.
8. 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 de pregrado. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2014.
9. Torres D. 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 de Pregrado. Lima: Universidad Ricardo

Palma, Facultad de Medicina Humana; 2016.

10. Carpio E. Factores relacionados con Apgar bajo al nacer en neonatos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco, 2014. Tesis de Pregrado. Huánuco: Universidad de Huánuco, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
11. Morales PHJ, García J, Islas E. Cesárea: beneficios y riesgos. *Rev Invest Med Sur. Mex.* 2009; 8(4): p. 181-184.
12. Foradada C. Reflexiones sobre la cesárea. *Matronas Prof.* 2006; 7(1): p. 5-13.
13. Martínez G. Criterios para el manejo de cesárea de urgencia. *Revista Mexicana de Anestesiología.* 2013; 36: p. S159-S162.
14. Wax J, Cartin A, Pinette M, Blackstone J. Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstet Gynecol Surv.* 2004; 59(8): p. 601-616.
15. Belizan J, Althabe F, Cafferata M. Health consequences of the increasing caesarean, section rates. *Epidemiology.* 2007; 18(4): p. 485-486.
16. Declercq E, Menacker F, Macdorman M. Maternal risk profiles and the primary cesarean rate in the United States, 1991-2002. *Am J Public Health.* 2006; 96(5): p. 867-872.
17. Jonguitud A. Cesárea electiva: repercusión en la evolución respiratoria. *Ginecol. Obstet Mex.* 2011; 79(4): p. 206-213.
18. SERVEI DE MEDICINA MATERNOFETAL – ICGON – HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA. [Documento].; 2012 [cited 2017 Mayo 15. Available from: <https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/obstetricia/cesarea.pdf>.
19. Simm A, Mathew D. Caesarean section: techniques and complications. *Obstetrics, Gynaecology Reproductive Medicine.* 2008; 18(4): p. 94-98.

20. Wagner M. Pursuing the birth machine: the search for appropriate birth technology. Sydney: ACE Graphics; 1994.
21. Wagner M. Choossing caesarean section. Lancet. 2000; 356: p. 1677-1680.
22. Signore C, Klebanoff M. Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean. delivery. Clin Perinatol. 2008; 35: p. 361-371.
23. Lee M, D'Alton M. Cesarean delivery on maternal request: The impact on the, mother and newborn. Clin Perinatol. 2008; 35: p. 505-518.
24. Morrison JRJ, Milton P. Neonatal respiratory morbidity and the mode of delivery a. term: influence of timing of elective cesarean section. Br J Obstet Gynaecol. 1995; 102: p. 101-106.
25. Salinas H, Naranjo B, Pastén J, Retamales B. Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. Revista HCUCh. 2007; 18: p. 168-178.
26. Casey B, McIntire D, Leveno K. The continuing value of the Apgar score for the. assessment of newborn infants. N Engl J Med. 2001; 344: p. 467-471.
27. Lopriore E, Von-Burk F, Walther F, De-Beaufort A. Correct use of the Apgar score for. resuscitated and intubated newborn babies: questionnaire study. Br Med J. 2004; 329: p. 144.
28. Stamatina D, Mackay SJP, Scott N. Análisis del riesgo de mortalidad neonatal, infantil y por causa en relación al puntaje de Apgar. Lancet. 2014; 384: p. 1749-1755.
29. Valdés-Armenteros R, Reyes-Izquierdo D. Examen clínico al recién nacido. Primera. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
30. American Academy of Pediatrics. Committe on Fetus and Newborn. Use and abuse. of theApgar score. Pediatrics. 2005; 2005: p. 1148-1149.

31. Hübner M, Ramírez R, Muñoz H. Asfixia neonatal evaluada a través del test de Apgar y ph de vena umbilical. *Rev Pediatr.* 1991; 34: p. 166-170.
32. Silverman F, Suidan J, Wasserman J, Clarel A, Young B. The Apgar score: is it enough? *Obstet Gynecol.* 1985; 66: p. 331-336.
33. SILVER, RM et al. Maternal Morbidity Associated With Multiple Repeat Cesarean. Deliveries. *Obstet Gynecol.* 2006; 107(6): p. 1226-1136.
34. KENNARE R, TUCKER G, HEARD A, CHAN A. Risks Of Adverse Outcomes In The Next. Birth After A First Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 2007; 109(2): p. 270-276.
35. YEE W, AMIN H, WOOD S. Elective Cesarean Delivery, neonatal intensive care unit. admission and Respiratory Distress. *Obstet Gynecol.* 2008; 111(4): p. 823-828.
36. TITA, A, et al. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal. Outcomes. *N Engl J Med.* 2009; 360(2): p. 111-120.
37. Wendy M, Harish M. Elective Cesarean Delivery, neonatal Intensive Care Unit. Admission, and Neonatal Respiratory Distress. *Obstetrics and Gynecology.* 2010; 111: p. 823-828.
38. HEMMINKI E, SHElLEY J, GISSLER M. Mode of delivery and problems in subsequent. births: A register-based study from Finland. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 193(1): p. 1231-1238.
39. Hernandez,R; Fernandez,C; Baptista,M. Metodología de la investigación. Sexta ed. Rocha M, editor. Mexico D.F.: McGRAW-HILL/Interamericana editores. S.A. de C.V.; 2014.
40. Puma L. Características clínicas del recién nacido por tipos de parto en el Hospital Militar Regional Arequipa 2005-2013. Tesis de Pregrado. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Medicina Humana; 2014.

41. Rodríguez-Bonito R. Manual de neonatología. Segunda ed. México, D.F.:
McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2011.

ANEXOS

TITULO: APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS Y TIPO DE CESAREAN EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA ABANCAY 2017.

PREGUNTA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES				TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	DISEÑO METODOLÓGICO
			Variable	Dimensiones	Indicador	Índice		
¿Existirán diferencias en el promedio del APGAR de los recién nacidos según tipo de cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de marzo a junio del 2017?	Comparar el promedio del APGAR de los recién nacidos según el tipo de cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de marzo a junio del 2017.	Los promedios del APGAR de los recién son significativamente diferentes según tipo de cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de marzo a junio del 2017.	APGAR DEL RECIEN NACIDO	ASPECTO	0= Coloración azul-grisácea o palidez por todo el cuerpo 1= Color normal (pero manos y pies azulados) 2= Color normal por todo el cuerpo (manos y pies rosados)	0 – 10 puntos	Técnica: Documentación Instrumentos: Ficha de recolección de datos	Diseño: No experimental transeccional descriptivo. Tipo: Básica, observacional, retrospectiva, transversal, descriptiva. Nivel: Descriptivo Método: Cuantitativo Población: 250 mujeres que tuvieron parto por cesarea Muestra: Total de mujeres que tuvieron parto por cesarea de marzo a junio del 2017 Procesamiento de la información: Estadística descriptiva para variables categóricas a través de cuadros de distribución de frecuencias, gráficos de barras simples, y para variables numéricas medidas de tendencia central y dispersión, además diagramas de caja y bigotes, contraste de hipótesis con técnica estadística paramétrica a través de la T de Student para una muestra.
PEGUNTA ESPECIFICO	OBJETIVO ESPECIFICO	HIPOTESIS ESPECIFICO		ESFUERZO RESPIRATORIO	0= Ausente (sin respiración) 1= Respiración lenta o irregular, llanto débil 2= Ritmo y esfuerzo normales llanto adecuado			
¿Cuál es el promedio del APGAR, el error estándar de la media y los intervalos de confianza para la media de los recién nacidos de mujeres con cesárea electiva, atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de marzo a junio del 2017?	Estimar el promedio del APGAR, el error estándar de la media y los intervalos de confianza para la media de los recién nacidos de mujeres con cesárea electiva, atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de marzo a junio del 2017.			TONO MUSCULAR	0= Sin movimiento, tono laxo 1= Brazos y piernas flexionados con poco movimiento 2= Activo, movimientos espontáneos			
¿Cuál es el promedio del APGAR, el error estándar de la media y los intervalos de confianza para la media de los recién nacidos de mujeres cesareadas por urgencia, atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de marzo a junio del 2017?	Estimar el promedio del APGAR, el error estándar de la media y los intervalos de confianza para la media de los recién nacidos de mujeres cesareadas por urgencia, atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de marzo a junio del 2017.		TIPO DE CESAREA	IRRITABILIDAD REFLEJA	0= Ausente (sin respuesta a la estimulación) 1= Leve gesto facial o muecas discretas ante la estimulación 2= Se retira, estornuda, tose o llora ante la estimulación	Electiva Urgencia Años Soltera, conviviente, casada, viuda Analfabeta, primaria, secundaria, superior no universitaria, superior universitaria. Ama de casa, comerciante, empleada y otros Nuligesta y multigesta.		
¿Cuál es el promedio del APGAR, el error estándar de la media y los intervalos de confianza para la media de los recién nacidos de mujeres cesareadas por urgencia, atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de marzo a junio del 2017?	Estimar el promedio del APGAR, el error estándar de la media y los intervalos de confianza para la media de los recién nacidos de mujeres cesareadas por urgencia, atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de marzo a junio del 2017.			RITMO CARDIACA	0= Ausente (sin pulso) 1= Inferior a 100 latidos por minuto 2= Normal (superior a 100 latidos por minuto)			
¿Cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de marzo a junio del 2017?	Describir las características sociodemográficas de las mujeres cesareadas atendidas en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega de marzo a junio del 2017.			CESAREA	En el momento que se presenta			
				EDAD DE LA MADRE	Fecha de nacimiento			
				ESTADO CIVIL	Condición civil reportada en la historia clínica materna perinatal.			
			ESCOLARIDAD	Ultimo año de estudio culminado, reportado en la historia clínica materna perinatal.				
			OCUPACIÓN	Tipo de ocupación reportada en la historia clínica				
			GRAVIDEZ	Número de gestación previas incluida la actual, reportada en la historia clínica materna perinatal.				

Dr. Wilson Mollocondo Flores
INGENIERO QUÍMICO
CIR. 64511

Dr. Esp. Soriano Telle Juaranca
COORDINADOR DE LOS APAROS GINECOLOGIA

Zulma Diana Cuatro
OBSTETRA
COP 7170

APAGAR DE LOS RECIÉN NACIDOS Y TIPOS DE CESARES EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA DE MARZO - JUNIO 2017

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Características sociodemográficas	Respuesta
Edad de la MadreAños
Estado civil	1) Soltera () 2) Conviviente () 3) Casada () 4) Viuda ()
Escolaridad	1) Analfabeta () 2) Primaria () 3) Secundaria () 4) Superior no universitaria () 5) Superior universitaria ()
Ocupación	1) Ama de casa () 2) Comerciante () 3) Empleada () 4) Otros.....
Gravidez	1) Primigesta () 2) Multigesta ()
APGAR DEL RECIEN NACIDO	Índices
a) PUNTAJE DEL APGAR DEL RECIEN NACIDO DE PARTO POR CESAREA PROGRAMADA.puntos
b) PUNTAJE DEL APGAR DEL RECIEN NACIDO DE PARTO POR CESAREA DE URGENCIApuntos

Dr. Wilson J. Mollocondo Flores
 INGENIERO ESTADISTICO
 CIP - 64611

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 FILIAL ABANCAY
 Dr. Esp. Soriano Torre Huaranca
 COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRIA

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 FILIAL ABANCAY
 Zulma Davila Quiroga
 OBSTETRA
 COP 7170 65



JUICIO DE EXPERTOS

VALIDES DE CONTENIDO: JUICIO DE EXPERTOS

Estimados juez experto: De la Universidad Alas Peruanas

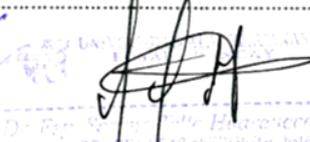
Teniendo como base de criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marca con una (x) según corresponda a la pregunta.

CRITERIOS	(x)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X	
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X	
3. La estructura del instrumento es adecuado	X	
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formulados (claras y entendibles).	X	
5. Los ítems(preguntas) del instrumento responde a la operacionalizacion de la variable	X	
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X	
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	X	
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación	X	

SUGERENCIAS:.....


 Zulma Durán Quiroga
 OBSTETRA
 COP 7170


 Dr. Exp. Wilson J. Mollocondo Flores
 INGENIERO EN ESTADÍSTICA


 Dr. Wilson J. Mollocondo Flores
 INGENIERO EN ESTADÍSTICO
 CIP - 64511



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

INFORME METODOLÓGICO Nro.001-2018-ST-GT-D-FMHyCS-UAP

A : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA

DE : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA

ASUNTO : INFORME DE TESIS DE LA BACHILLER BRAVO AMPUERO
ADELI

FECHA : 12 DE JUNIO DE 2018

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área metodológica con el tema de "APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS Y TIPO DE CESAREA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GUILLERMO DIAS DE LA VEGA DE 2017", presentado por la bachiller en Obstetricia, BRAVO AMPUERO ADELI, la cual tiene el calificativo APTO para su sustentación y se eleva el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

UNIVERSIDAD AGRARIA DEL PERÚ
Dr. Esp. Sosimo Tello Huarancca
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA

DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA
ASESOR METODOLOGICO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

INFORME TEMÁTICO Nro.001-2018-ST-GT-D-FMHyCS-UAP

A : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA

DE : OBST. ISELA MARY CÁRDENAS RAYMONDI
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS ASESOR
TEMATICO

ASUNTO : INFORME DE TESIS DE LA BACHILLER BRAVO AMPUERO
ADELI

FECHA : 12 DE JUNIO DE 2018

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área temática con el tema de **"APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS Y TIPO DE CESAREA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GUILLERMO DIAS DE LA VEGA DE 2017"**, presentado por el bachiller en Obstetricia, **BRAVO AMPUERO ADELI**, la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

OBST. ISELA MARY CÁRDENAS RAYMONDI

ASESOR TEMÁTICO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

INFORME ESTADÍSTICO Nro.001-2018-ST-GT-D-FMHyCS-UAP

A : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA

DE : ING. WILSON MOLLOCONDO FLORES
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS ASESOR
ESTADISTICO

ASUNTO : INFORME DE TESIS DE LA BACHILLER BRAVO AMPUERO
ADELI

FECHA : 12 DE JUNIO 2018

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área estadística con el tema de **"APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS Y TIPO DE CESAREA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GUILLERMO DIAS DE LA VEGA DE 2017"**, presentado por la bachiller en Obstetricia, **BRAVO AMPUERO ADELI**, la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente


Dr. Wilson J. Mollocondo Flores
INGENIERO ESTADÍSTICO
CIP - 64611

ING. WILSON MOLLOCONDO FLORES

ASESOR ESTADÍSTICO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

CARTA DE PRESENTACION

A: DR. JORGE PONCE SUAREZ

DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL GUILLERMO
DIAS DE LE VEGA

CON ATENCION: Dr. Edison VIVANCO QUINTE

ASUNTO: AUTORIZACION PARA RECOLECTAR DATOS DE LAS
HISTORIAS CLINICAS PERINATALES Y/O SISTEMA INFORMATICO Y/O
ENTREVISTA A PACIENTES PARA EL TRABAJO DE INVEYSIGACION.



Abancay, 04 DE JULIO del 2017

Es grato dirigirme a Usted para saludarle cordialmente y a la vez comunicarle que la alumna **Adeli Bravo Ampuero** realizara su trabajo de investigación que lleva por título "**Apgar de los recién nacidos y tipo de cesarea en mujeres atendidas en el Hospital Guillermo Dias de la Vega de 2017**".

Para lo cual se necesita la autorización correspondiente.

Sin otro particular hago propicia la oportunidad para reiterarle mi estima personal.

Atentamente

UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
Abancay

Lic. Obst. Judith Aiquipa Torre
COORDINADORA GENERAL E.P. OBSTETRICIA

Cortar Copiar Copiar formato Portapapeles Fuente Alineación Ajustar texto Combinar y centrar General Número Formato condicional Dar formato como tabla Norma Celda

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
3						1 prim	1cesarea- electiva									
4						2 mul	2 cesarea- urgencia	apgar								
5							tipo	electiva								
6		edad	estad	escol	ocupa	gravides		min	5 min							
7	n	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8		color	cardiaca	irritabilidad	tono muscular	esfuerzo	
8	1	26	2	4	1	1		1	8	9	2	1	1	2	2	
9	2	26	2	3	4	2		1	8	8	1	2	2	2	2	1
10	3	32	3	3	2	2		2	8	9	2	2	1	2	2	1
11	4	20	1	4	1	1		1	8	9	2	2	1	2	2	1
12	5	21	2	3	1	2		1	7	9	2	2	1	1	2	1
13	6	32	3	3	1	2		2	9	9	2	2	2	1	2	2
14	7	22	2	4	1	2		1	8	9	2	2	1	2	2	1
15	8	28	2	3	1	2		2	4	9	1	1	1	0	2	1
16	9	14	2	2	4	1		1	8	9	2	2	1	2	2	1
17	10	21	2	2	1	1		1	7	8	1	2	1	2	2	1
18	11	29	2	3	1	2		1	8	9	2	2	1	2	2	1
19	12	32	2	3	1	2		1	8	9	2	2	1	2	2	1
20	13	32	2	3	2	2		2	7	8	1	2	2	1	2	1
21	14	16	2	3	1	1		2	9	9	2	2	2	2	2	1
22	15	28	2	5	4	1		2	8	9	2	1	2	2	2	1
23	16	29	2	3	1	2		2	8	9	1	2	2	1	2	2
24	17	25	2	4	1	2		2	9	9	1	2	2	2	2	2
25	18	21	2	3	4	1		2	8	9	2	1	1	2	2	2
26	19	24	2	4	1	2		1	9	9	1	2	2	2	2	2
27	20	40	2	3	1	2		1	9	9	1	2	2	2	2	2
28	21	21	3	3	1	1		1	9	9	2	2	2	1	2	2
29	22	35	3	4	4	2		2	9	9	2	2	1	2	2	2
30	23	32	2	3	2	2		1	8	9	1	2	2	2	2	1
31	24	30	3	3	1	2		2	9	9	2	2	2	2	2	1
32	25	25	2	4	1	2		2	8	9	2	2	1	2	2	1
33	26	32	2	3	4	2		2	7	9	1	2	1	2	2	1

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Ayuda ABBYY FineReader 12 Nitro Pro 10 ¿Qué desea hacer?

Cortar Copiar Copiar formato Portapapeles Fuente Alineación Ajustar texto Combinar y centrar General Número Formato condicional Dar formato como tabla Normal Celda de

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
34	27	24	2	3	1	2		2	7	9	1	2	1	2	1	
35	28	23	2	2	1	2		1	8	9	1	2	2	1	2	
36	29	17	2	3	2	1		2	9	9	2	2	2	2	1	
37	30	21	2	3	1	1		1	9	9	2	2	2	2	1	
38	31	16	2	3	4	1		2	8	9	2	1	2	2	1	
39	32	19	1	3	1	1		1	8	9	1	2	2	2	1	
40	33	22	2	4	4	1		2	8	9	2	2	1	2	1	
41	34	19	2	3	1	1		1	9	9	2	2	2	2	1	
42	35	17	1	3	4	1		2	4	8	0	1	1	1	1	
43	36	19	2	3	4	1		2	8	9	2	1	2	2	1	
44	37	18	1	3	1	1		2	8	9	1	2	2	2	1	
45	38	23	2	4	4	1		1	9	9	2	2	2	2	1	
46	39	35	3	5	4	2		2	8	9	2	2	2	1	1	
47	40	36	2	3	1	2		1	8	9	1	2	2	2	1	
48	41	28	2	3	1	1		2	9	9	1	2	2	2	2	
49	42	36	2	2	1	2		1	8	9	2	2	2	1	1	
50	43	26	2	4	1	1		2	8	9	1	2	2	2	1	
51	44	43	3	2	1	2		2	9	9	2	2	2	2	1	
52	45	16	1	3	4	1		1	8	9	1	2	2	2	1	
53	46	20	2	4	1	1		1	6	8	1	2	1	1	1	
54	47	26	2	3	1	2		2	8	9	2	1	2	2	1	
55	48	32	3	2	1	2		2	9	9	2	2	2	2	1	
56	49	20	2	3	1	2		2	7	8	2	1	1	2	1	
57	50	31	3	4	1	2		1	9	9	2	2	2	2	1	
58	51	25	2	2	1	1		1	8	9	1	2	2	2	1	
59	52	35	2	4	1	2		2	9	9	2	2	2	2	1	
60	53	35	2	4	1	2		2	8	9	1	2	2	2	1	
61	54	28	2	4	4	2		1	7	9	1	2	1	2	1	
62	55	28	2	4	1	2		2	8	9	2	2	2	1	1	
63	56	31	2	4	1	2		1	8	9	1	2	1	2	2	
64	57	20	2	4	2	1		2	8	9	1	2	2	2	1	

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Ayuda ABBYY FineReader 12 Nitro Pro 10 ¿Qué desea hacer?

Cortar Copiar Copiar formato Pegar Portapapeles Fuente Alineación Ajustar texto Combinar y centrar General Número Formato condicional Dar formato como tabla Normal Celda de

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
65	58	35	2	3	1	2		1	8	9	1	2	1	2	2	
66	59	41	2	4	4	2		2	5	8	1	1	1	1	1	
67	60	19	1	3	4	2		2	9	9	1	2	2	2	2	
68	61	27	3	4	1	2		1	9	9	1	2	2	2	2	
69	62	17	2	3	1	1		1	8	9	1	2	1	2	1	
70	63	23	3	3	1	1		1	8	9	1	2	2	1	2	
71	64	24	2	5	1	1		2	7	8	1	1	1	2	2	
72	65	19	2	3	1	1		2	7	9	1	2	1	2	1	
73	66	27	2	4	4	1		1	8	9	2	2	2	1	1	
74	67	20	1	4	1	1		2	8	9	2	1	2	1	2	
75	68	24	1	5	4	1		1	8	9	1	2	2	1	2	
76	69	25	2	3	1	2		1	9	9	2	2	2	2	1	
77	70	35	2	3	1	2		1	8	9	2	2	2	1	1	
78	71	22	2	3	1	2		1	8	9	2	2	1	2	1	
79	72	41	2	2	1	2		1	9	9	2	2	2	2	1	
80	73	18	2	3	1	1		2	5	8	1	1	1	1	1	
81	74	18	1	4	4	1		1	8	9	2	2	1	2	1	
82	75	18	2	3	1	1		1	9	9	2	2	2	2	1	
83	76	20	2	3	4	1		2	7	8	1	2	1	2	1	
84	77	27	3	4	3	1		1	8	9	2	2	1	2	1	
85	78	20	2	3	1	2		1	8	9	2	2	1	2	1	
86	79	26	2	4	4	1		1	9	9	2	2	2	2	1	
87	80	18	2	3	1	1		2	5	8	1	1	1	1	1	
88	81	25	2	2	1	2		2	8	9	2	2	2	1	1	
89	82	15		3	5	1		1	8	9	1	2	2	1	2	
90	83	23	2	3	1	1		1	9	9	1	2	2	2	2	
91	84	20	3	4	1	2		2	5	7	2	1	1	1	1	
92	85	37	2	3	1	1		2	8	9	1	2	2	2	1	
93	86	38	3	3	1	2		1	9	9	1	2	2	2	2	
94	87	38	2	3	3	2		1	9	9	1	2	2	2	2	
95	88	21	2	4	4	1		1	9	9	1	2	2	2	2	

Archivo

Inicio

Insertar

Diseño de página

Fórmulas

Datos

Revisar

Vista

Ayuda

ABBYY FineReader 12

Nitro Pro 10

¿Qué desea hacer?


 Cortar
 Copiar
 Copiar formato

Portapapeles

Calibri 11 A A

 N K S
 Fuente

Fuente



Alineación

Ajustar texto

Combinar y centrar

General

 % 000
 Número

Número



Formato condicional



Dar formato como tabla

Norma

Celda

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
96	89	29	3	3	1	2	2	8	9		2	2	2	1	2
97	90	23	2	3	4	1	1	8	9		1	2	2	1	1
98	91	38	2	3	4	2	1	8	9		1	2	2	1	2
99	92	33	2	3	1	2	1	8	9		1	2	1	2	2
100	93	28	2	3	1	2	2	8	9		1	2	1	2	2
101	94	26	2	3	4	2	2	9	9		2	2	1	2	2
102	95	20	2	3	1	2	1	9	9		1	2	2	2	2
103	96	34	2	3	1	2	1	8	9		1	2	2	1	2
104	97	22	2	4	1	2	2	9	9		2	2	1	2	2
105	98	38	2	3	1	2	2	8	9		2	2	1	2	1
106	99	23	2	5	4	1	2	8	9		1	2	1	2	2
107	100	18	1	2	1	1	2	7	9		1	2	2	1	1
108	101	35	2	2	1	2	2	8	9		2	1	2	2	1
109	102	24	2	4	4	2	1	8	9		1	2	1	2	2
110	103	21	2	3	1	1	1	7	8		1	2	1	2	1
111	104	21	2	3	1	2	1	8	9		2	2	1	2	1
112	105	20	1	3	2	1	2	9	9		2	2	2	2	1
113	106	23	2	4	3	1	2	8	9		1	2	2	2	1
114	107	27	2	3	1	1	1	8	9		2	2	1	2	1
115	108	31	2	2	1	2	2	8	9		2	2	1	2	1
116	109	25	1	2	1	1	2	8	9		1	2	2	2	1
117	110	16	1	3	4	1	1	9	9		2	2	2	2	1
118	111	33	2	3	1	2	2	7	8		1	2	1	2	1
119	112	23	2	3	1	2	1	8	9		1	2	1	2	1
120	113	24	2	3	1	2	2	7	8		2	1	1	2	1
121	114	26	2	3	4	1	2	8	9		2	1	1	2	2
122	115	26	2	3	1	2	2	8	9		2	2	1	2	1
123	116	22	2	3	1	2	1	7	9		1	2	1	2	1
124	117	25	2	4	4	1	1	9	9		2	2	1	2	2
125	118	23	2	3	1	2	1	9	9		2	2	2	2	1
126	119	22	1	4	4	2	1	9	9		2	2	1	2	2

GALERIA DE FOTOS



