



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TEMA

**FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA PUNTUACIÓN DEL
TEST DE APGAR EN EL RECIÉN NACIDO ATENDIDO EN EL HOSPITAL
DR. RAFAEL SERRANO LÓPEZ, LA LIBERTAD. 2020.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

BOHÓRQUEZ PALMA CESÁR AUGUSTO

TUTORA

LCDA. AIDA GARCIA RUIZ, Msc.

PERÍODO ACADÉMICO

2021-1

TRIBUNAL DE GRADO



Lcdo. Milton González Santos, Mgtr.
**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



Lcda. Alicia Cercado Mancero, PhD.
**DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA**

A handwritten signature in blue ink.

Lcda. Sara Barros Rivera. MSc.
DOCENTE DE ÁREA

A handwritten signature in blue ink.

Lcda. Aida Garcia Ruiz. MSc.
TUTOR

A large, stylized handwritten signature in blue ink.

Abg. Victor Manuel Coronel Ortiz, Mgtr.
SECRETARIO GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Proyecto de Investigación: FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA PUNTUACIÓN DEL TEST DE APGAR EN EL RECIÉN NACIDO ATENDIDO EN EL HOSPITAL DR. RAFAEL SERRANO LOPÉZ, LA LIBERTAD. 2020. Elaborado por el Sr. BOHÓRQUEZ PALMA CÉSAR AUGUSTO, estudiante de la CARRERA DE ENFERMERÍA. FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del Título de LICENCIADO EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, lo APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente.



Lcda. Aida Garcia Ruiz, MSc.

TUTORA

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios por haberme brindado la salud necesaria para poder culminar esta meta trazada hace años atrás.

A mi querida Universidad Estatal Península de Santa Elena, quien me abrió las puertas de su templo de saber para poder formarme con todos los conocimientos de excelencia brindada por sus catedráticos desde la Carrera de Enfermería.

A mis amados padres Ana y Enrique por todos sus esfuerzos realizados en el transcurso de este tiempo, por ser el pilar fundamental dentro de mi vida personal y estudiantil, quienes con su ejemplo me han sabido direccionar por el camino del bien.

A mis hermanas, abuelitos y familia en general, por a ver estado pendiente de mí en todo este proceso universitario con palabras de aliento para poder culminar mi etapa profesional.

César Augusto Bohórquez Palma

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena por haberme permitido crecer tanto personal como profesionalmente.

Al Hospital Dr. Rafael Serrano López, quien con todo el personal que lo conforman me supieron dar la oportunidad para desarrollar todas mis habilidades como profesional, además de permitirme recabar la información necesaria para realizar mi investigación.

A la carrera de Enfermería, desde su directora hasta toda su planta de docentes quienes en cada clase impartida brindaban todos sus conocimientos para forjar excelentes profesionales.

César Augusto Bohórquez Palma.

DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de mi responsabilidad, el Patrimonio intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

A handwritten signature in black ink, reading "Cesar Augusto". The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke extending to the right.

Bohórquez Palma César Augusto

CI: 0923282495

4.4.5.	Leyes del Ministerio de Salud Pública	19
5.	Hipótesis	20
5.1.	Identificación de variables.....	20
5.2.	Matriz de Operacionalización de variables	21
CAPÍTULO III.....		23
6.	DISEÑO METODOLÓGICO	23
6.1.	Tipo de investigación	23
6.2.	Metodología de la investigación.....	23
6.3.	Población y muestra	23
6.4.	Tipo de muestreo	24
6.5.	Técnicas de recolección de datos.....	25
6.6.	Instrumento de recolección de datos	25
6.7.	Aspectos éticos	25
CAPÍTULO IV		26
7.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	26
7.1.	Análisis e interpretación de los resultados	26
7.2.	Comprobación de la hipótesis	42
7.3.	Conclusiones.....	43
7.4.	Recomendaciones	44
8.	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	45
9.	ANEXO	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Factores de riesgo que influyen en la puntuación de Apgar	10
Tabla 2 Test de Apgar	13
Tabla 3 Modos adaptativos y procesos de afrontamiento de Callista Roy	15
Tabla 4 Operacionalización de las variables	21

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Edad de la madre	26
Gráfico 2 Grado de instrucción.....	27
Gráfico 3 Estado civil	28
Gráfico 4 Procedencia.....	29
Gráfico 5 Paridad de la madre	30
Gráfico 6 Frecuencia del control prenatal.....	31
Gráfico 7 Edad gestacional de la población de estudio	32
Gráfico 8 Enfermedades hipertensivas gestacionales	33
Gráfico 9 Múltiples riesgos presentados por las madres en el parto.....	34
Gráfico 10 Características del liquido amniótico.....	35
Gráfico 11 Circular de cordón umbilical	36
Gráfico 12 Prematuridad prematuros extremos	37
Gráfico 13 Vía de nacimiento	38
Gráfico 14 Características del recién nacido	39
Gráfico 15 Clasificación del recién nacido según peso y edad gestacional.....	40
Gráfico 16 Valoración Apgar.....	41

RESUMEN

Fue muy importante conocer el estado del recién nacido al nacer y su desarrollo en las primeras horas de vida, durante este tiempo, es posible identificar la mayoría de los problemas de adaptación que pueden surgir, como trastornos termorreguladores, trastornos respiratorios y trastornos neurológicos. La escala de Apgar se utiliza para evaluar la vitalidad y el estado físico de un bebé recién nacido. La evaluación de 5 minutos es el mejor predictor de morbilidad y mortalidad neonatal. El objetivo de la investigación fue determinar los factores de riesgos que influyen en la puntuación del test de Apgar en el recién nacido atendido en el Hospital Dr. Rafael Serrano López. La Libertad. 2020. La metodología utilizada en la investigación es de tipo deductiva-analítica, con enfoque cuantitativo. Como resultado se obtuvo que: El 38% de las madres son solteras, siendo un 46% pertenecientes a la zona rural, de las cuales el 37% son multíparas, se evidenció que el 31% tuvo riesgo de preeclampsia siendo uno de los principales factores de riesgos materno fetales, acompañado de un alto índice de sufrimiento fetal y expulsivo prolongado; se comprobó que un 21% presentó circular doble de cordón umbilical. En cuanto al test de Apgar el 36% presentó una puntuación de 7 a 10 durante el primer minuto de vida, se resalta que hubo un 3% de niños que obtuvieron una puntuación de 0 a 3 durante el 1 minuto de vida, manteniéndolo así hasta el minuto 5. Las conclusiones investigativas destacaron que la mayoría de madres pertenecieron a estratos sociales económicamente deprimidos, situación que, repercute directamente en la capacidad de cuidado y atención tanto higiénica como alimenticia lo cual se traduce en mayores riesgos en el desarrollo integral del feto y por consecuencia en una mayor probabilidad de situaciones de riesgo para el recién nacido.

Palabras claves: Test de Apgar, Neonato, Mortalidad neonatal, factores de riesgo maternos fetales, Salud Pública

ABSTRACT

It was very important to know the state of the newborn at birth and its development in the first hours of life, during this time, it is possible to identify most of the adaptation problems that may arise, such as thermoregulatory disorders, respiratory disorders and neurological disorders. The Apgar scale is used to assess the vitality and fitness of a newborn baby. The 5-minute assessment is the best predictor of neonatal morbidity and mortality. The objective of the research was to determine the risk factors that influence the Apgar test score in the newborn treated at the Dr. Rafael Serrano López Hospital. Freedom. 2020. The methodology used in the research is deductive-analytical, with a quantitative approach. As a result, it was obtained that: 38% of the mothers are single, 46% belonging to the rural area, of which 37% are multiparous, it was evidenced that 31% had a risk of pre-eclampsia being one of the main factors maternal fetal risks, accompanied by a high rate of fetal and prolonged expulsive suffering; It was found that 21% had a double circular umbilical cord. Regarding the Apgar test, 36% presented a score of 7 to 10 during the first minute of life, it is highlighted that there were 3% of children who obtained a score of 0 to 3 during 1 minute of life, maintaining it until minute 5. The investigative conclusions highlighted that the majority of mothers belonged to economically depressed social strata, a situation that directly affects the capacity for care and attention, both hygienic and food, which translates into greater risks in the integral development of the fetus and consequently in a greater probability of risk situations for the newborn.

Keywords: Apgar test, Neonate, Neonatal mortality, maternal fetal risk factors, Public Health

INTRODUCCIÓN

El Test de Apgar se utilizó desde la década del 50 del siglo pasado, siendo desarrollado por la pediatra y anestesista estadounidense Virginia Apgar con la finalidad de garantizar un examen clínico efectivo en el cual se evaluaran parámetros como el tono muscular, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, reflejos y color de la piel de forma tal que se pudiese abarcar toda la información clínica necesaria para determinar de forma efectiva el nivel de adaptación del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación.

Los factores de riesgo que influyen en la puntuación del test de Apgar inician con la madre y las complicaciones que pueda presentar desde la gestación hasta el momento de la labor de parto, es por ello que se decidió caracterizar en la población de estudio sus antecedentes obstétricos, además de identificar los factores de riesgos materno fetales que de una u otra manera influyen al evaluar el puntaje del test de Apgar

Tal situación posee una mayor repercusión negativa en países en vías de desarrollo como Ecuador con una tendencia remarcada desde principios de la década del 90 del siglo pasado a la disminución en la natalidad, razón por la cual se hace imprescindible el desarrollo y materialización de medidas de control diagnóstico que permitan una reducción efectiva de la mortalidad neonatal.

Es importante destacar que el Test de Apgar se revela como una herramienta clínica de vital importancia al momento de determinar el pronóstico y la pervivencia del recién nacido de forma tal que puedan tomarse las medidas necesarias para intervenir en caso de necesidad, además es importante tomar en cuenta que el test es expedito y económico aspectos claves para garantizar una atención integral al recién nacido.

Del mismo modo debe destacarse la efectividad del test como herramienta efectiva para lograr una disminución significativa de la mortalidad infantil desde su creación hasta el presente, sin que se verifique la existencia de otro test dirigido a la evaluación clínica del recién nacido que pueda igualarlo en efectividad y practicidad.

La presente investigación se compone de cuatro capítulos que abarcan la totalidad de elementos investigativos referentes a los factores de riesgo que influyen en la

puntuación del test de Apgar en el recién nacido, como se desarrolla en el capítulo I el planteamiento y formulación del problema, así como también el objetivo general y objetivos específicos de la investigación y del mismo modo la justificación de la misma.

Por su parte en el capítulo II se aborda el marco teórico que abarca el marco referencial y la fundamentación teórica que se compone a su vez de los factores asociados a la mortalidad neonatal, el neonato, el test de Apgar y su caracterización, la mortalidad neonatal y la clasificación de la muerte neonatal; por otra parte, en el capítulo también se aborda la fundamentación de la enfermería y el proceso de formación del enfermero a partir del modelo de cuidados de Virginia Henderson.

Del mismo modo en el capítulo III se plasma el diseño metodológico, el tipo de estudio a ser desarrollado, la metodología de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumento de recolección de datos utilizados en la investigación, así como también los aspectos éticos a ser observados en el desarrollo investigativo.

Finalmente, el capítulo IV aborda la presentación de resultados investigativos, así como también el análisis e interpretación de los resultados derivados de la investigación de forma tal que los mismos permitan una valoración crítica de los factores de riesgo que influyen en la puntuación del test de Apgar en el recién nacido atendido en el Hospital Dr. Rafael Serrano López, ubicado en la ciudad La Libertad para el año 2020. Finalmente se exponen las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

1. El problema:

1.1. Planteamiento del problema

Un estudio sobre los factores de riesgo para una prueba de Apgar en recién nacidos muestra que el estado adaptativo del neonato puede cambiar en función de diversos factores considerados de alto riesgo, como embarazo precoz, hipertensión durante el embarazo, disminución del crecimiento intrauterino, consumo excesivo de oxitocina durante el parto, trastornos fetales, aspiración de meconio, estos factores, entre otros, resultan de un puntaje de Apgar bajo (Salvo, 2017).

Virginia Apgar, especialista en anestesia obstétrica y pediátrica en 1952 crea el test como medida universal en el que establece el estado del niño posterior al parto, valorando la variación de 1 a 5 minutos lo cual es un indicador de la respuesta a la RCP (reanimación cardiopulmonar) realizada por un profesional de la salud, si el resultado es menor a 7. El método se basa en la evaluación de 5 características (frecuencia cardíaca, tracto respiratorio, tono muscular, irritabilidad recurrente y color) y se asignó a cada uno un valor de 0 a 2. Un valor ≥ 7 indica un buen estado del recién nacido (Díaz, 2018).

La Organización Mundial de Salud, (OMS) indica que en todo el mundo hubo alrededor de 2,5 millones de muertes infantiles durante los primeros 30 días de nacido, alrededor de 7.000 muertes por día y de 1 a 6 millones en los días posteriores por dificultades en el parto, adaptabilidad y maduración. Cabe señalar que en 2000 había 7,6 por 1000 nacidos vivos, y en 2017 entre 2,7 y 1000 recién nacidos, el mínimo, lo que representa una disminución significativa del 64% (OMS, 2019). Por otro lado, en una investigación se menciona que la reducción de la mortalidad estuvo estrechamente relacionada con factores excretorios como el uso correcto de la prueba de Apgar, la evaluación correcta en las visitas prenatales y la respuesta rápida a las complicaciones posparto (Valdés, 2017).

En América Latina y el Caribe en 2016, alrededor de 1.000 recién nacidos murieron antes del primer mes de vida, lo que representa el 52% de las muertes de niños

menores de 5 años en los primeros 28 días. El número de casos sugiere que la mortalidad neonatal es un gran problema de salud pública y que, por tanto, las condiciones que provocan las muertes neonatales pueden ocasionar daños irreversibles y discapacidad a los supervivientes (Proaño, 2019).

En Perú, la tasa de mortalidad infantil es del 52,9% de la población, lo que constituye un problema de salud pública; sin embargo, la mortalidad perinatal ha disminuido considerablemente en los últimos años. En 2018, la incidencia fue de 17.5 por mil nacidos vivos, de los cuales el 25% murió por parto prematuro, el 24% por infecciones perinatales y el 13% por súplica durante el parto. Que el 40% de las muertes peruanas se pueden evitar con atención médica (Cornejo & Romero, 2019).

En Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) registró un total de 71.007 muertes infantiles, un aumento de 1,2 respecto al año anterior, excluyendo la mortalidad infantil de 6,1 por cada 1.000 nacidos vivos, un aumento significativo en el país, este es un número muy preocupante debido a la evaluación inadecuada del recién nacido al nacer (INEC, 2018).

Por otro lado, La UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) menciona que la tasa de mortalidad materna fue de 70,4 por cada 100.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil fue de 10,1 por cada 1.000 nacidos vivos, según el Plan Nacional Desarrollo el gobierno ecuatoriano ha logrado su objetivo de reducir la mortalidad materna e infantil a través de programas que ayudan a salvar la vida de madres e hijos (Cornejo & Romero, 2019).

El Hospital Dr. Rafael Serrano López actualmente funciona con una institución de segundo nivel de atención en salud, que tras la pandemia del SARS-COV-19 presta sus servicios especializados en ginecología, obstetricia, pediatría y neonatología, emergencia obstétrica y hospitalización. En el transcurso de las prácticas pre profesionales dentro del hospital se logró observar puntuaciones de APGAR bajo; según los datos del Sistema de Atención Integral de Salud (SAIS) en lo que va del año 2020 (enero a noviembre) el número de casos de nacidos vivos fue 3193 de los cuales 336 nacieron prematuros y con un puntaje bajo en el test de Apgar.

Esto se debe por diferentes causas, entre las cuales: aspiración meconial, neumonía, hipertensión pulmonar persistente (HPPN), por lo que requirieron hospitalización en UCIN, y otros fueron referidos a otros centros de salud de mayor complejidad por no constar el hospital con recursos de alta tecnología para su mejor atención. El origen de las causas fue desencadenado principalmente por factores de riesgos, tales como: partos prolongados que de una u otra manera terminaban en sufrimiento fetal y el uso excesivo de oxitocina, medicamento utilizado para inducir la labor de parto.

1.2. Formulación del problema

¿Qué factores de riesgo influyen en la puntuación del Test de Apgar en el recién nacido atendido en el Hospital Dr. Rafael Serrano López, La Libertad 2020?

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Determinar los factores de riesgos que influyen en la puntuación del test de Apgar en el recién nacido atendido en el Hospital Dr. Rafael Serrano López. La Libertad. 2020.

2.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar los aspectos sociodemográficos de la población de estudio.
- Relacionar los antecedentes obstétricos de las pacientes atendidas en la institución de salud.
- Identificar los factores de riesgos maternos fetales que influyen en la puntuación baja del test de Apgar.
- Evaluar el puntaje del test de Apgar en los recién nacidos atendidos en el Hospital.

3. Justificación

La mortalidad neonatal es un problema muy grave en todo el mundo, con una alta incidencia de más de 10 millones de muertes infantiles al año, incluidos 3,9 millones de recién nacidos. Más importante aún, la mayoría de estas muertes se pueden prevenir incluso con recursos limitados. Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo identificar diversos factores de riesgo mediante la Escala de Calificación Neonatal de Apgar, que describe la condición de un recién nacido después del nacimiento entre 1 y 5 minutos de vida (Farinango, 2018).

Además, posee un enfoque práctico, ya que el estudio de Apgar se profundiza al analizar los problemas existentes en el centro médico con respecto a la tasa de mortalidad infantil y evaluarlos adecuadamente. El desarrollo del estudio revelará el uso de las pruebas de Apgar en los profesionales sanitarios y el correcto uso de esta herramienta para una valoración precisa y oportuna de los recién nacidos.

El estudio es socialmente significativo porque beneficiará a las mujeres embarazadas mediante la identificación temprana de factores de riesgo maternos y neonatales supervisados en este entorno de atención domiciliaria porque, si la prueba de Apgar se evalúa e interpreta adecuadamente, también incluirá la mortalidad neonatal. Contribuir a una institución pública centrada en el desarrollo de intervenciones centradas en estrategias para mejorar la salud materna mediante la identificación temprana de factores de riesgo que afectan la salud materna (Martínez, Vargas, & Mini, 2019).

CAPÍTULO II

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Fundamentación referencial

En la revisión documental, a través de investigaciones sobre del test de Apgar y los factores de riesgo se pudo analizar y construir los siguientes apartados:

Chambilla, et al., (2020) identificaron factores de riesgo asociados con niveles bajos de Apgar al nacer en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Para este estudio, llevaron a cabo un estudio de casos y controles que incluyó a todos los bebés vivos en la sala de partos. Se trataba de lactantes con una puntuación de Apgar de menos de 7 por minuto y un grupo de control con una puntuación de Apgar de 7 a 10. Informan que nacieron 34.618 productos vivos, de los cuales 1.513 tenían una puntuación de Apgar de menos de 7 por minuto, que fue de 1513 4,4%, pasando de 5,5% en 2009 a 4% en 2017, con tendencia decreciente.

Encontraron la baja incidencia de Apgar al nacer fue del 4,4%. Los factores de riesgo socioeconómico incluyeron la edad materna de 35 años o más (OR = 1,4) y el estado civil soltero (1,3). Factores de riesgo obstétrico: polihidramnios (11,9), diabetes mellitus (4,7), malformación fetal (3,4), hemorragia del tercer trimestre (3,3), factores de riesgo de parto: parto prematuro (6,6), factores de riesgo perinatal: bajo peso al nacer (10,9) recién nacido prematuro (9.0), anomalías congénitas (7.3), retraso del crecimiento intrauterino (6.1) y apego (2, 3) (Gamboa, 2018).

Pérez (2019) en un estudio centrado en identificar los factores de riesgo que contribuyen a una puntuación de Apgar baja, hicieron una propuesta no experimental de una correlación descriptiva. La muestra contiene 274 lactantes. Cuando encontraron que el 27% de las madres están en el grupo de edad de 20 a 24 años, el 20,4% de las madres están en el grupo de edad de 25 a 29 años; el 31,4% ha completado la secundaria; El 78,5% dijo vivir juntos, el 71,5% procedía del campo; el 62% de las madres nacieron primero; 85,8% - durante todo el período electoral; el 86,5% había completado más de 6

servicios prenatales y el 70,1% ya había sido remitido a primeros auxilios prenatales; asimismo (50%) hubo mujeres y hombres respectivamente; el 94,2% tenían peso normal. El Apgar anotó 7-10 minutos al 88,3% y el Apgar a los cinco minutos al 96,4%

En un estudio retrospectivo y descriptivo, el objetivo fue identificar los principales factores de riesgo obstétrico en gestantes, determinar el puntaje APGAR para cada recién nacido y correlacionar los factores de riesgo con el puntaje APGAR actualmente asignado. Hubo 224 bebés en el universo que recibieron una muestra de 40 bebés a tiempo completo, bebés de madres con problemas de salud subyacentes y registros médicos completos. Con base en los resultados obtenidos, se concluyó que los principales factores de riesgo obstétrico identificados en el grupo de estudio fueron la hipertensión arterial con 42% y los factores placentarios con 25% como causas de una pequeña variación en APGAR. Aparte de solo 40 casos examinados, el 67% de los recién nacidos tiene puntuaciones APGAR bajas (4-6 puntos) y el 33% tiene menos de 3 puntos APGAR (Quezada, 2018).

Congmei et al., (2019) en un estudio sobre factores de riesgo perinatal para una puntuación de Apgar baja al minuto en recién nacidos a término. Realizamos un análisis retrospectivo de datos clínicos, maternos y neonatales en 10,550 lactantes de 37 semanas a 41 días de embarazo, incluidos 10,550 en este estudio, lo que resultó en 339 lactantes tuvieron puntuaciones de Apgar de bajo peso (3, 2%). después de 1 minuto (puntuación <7), de estos, 321 (94,7%) fueron ingresados en el servicio de neurología para seguimiento o tratamiento adicional. El análisis multivariado mostró que la educación, el índice de masa corporal, la edad gestacional, la obstetricia patológica, la fase prolongada del segundo trabajo de parto, el parto con fórceps o la extracción con ventosa, el peso del recién nacido, el sexo y los líquidos del recién nacido, el líquido amniótico teñido con meconio eran factores de riesgo independientes para evaluación de Apgar en 1 minuto <7.

4.2. Fundamentación teórica

4.2.1. Factores de riesgo maternos asociados al test de Apgar.

La OMS (2021) plantea que un factor de riesgo es una situación, particularidad o peligro en el que se encuentre inmerso un individuo creciendo así la posibilidad de enfrentarse a una afección o lesión. Muchos factores de riesgo influyen en las causas de muerte materna e infantil en los recién nacidos. Por lo que, cabe mencionar que la mortalidad infantil sigue siendo una problemática a nivel mundial que ha crecido exponencialmente a lo largo de los años.

Ente los factores maternos se mencionan los siguientes:

- **Hipertensión durante el embarazo:** (presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg y presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg). Estas complicaciones incluyen preeclampsia y eclampsia (Garrido, 2018).
- **Límite de tamaño del embarazo (RCIU):** diferencias fisiológicas relacionadas con las características maternas como el peso, la altura, la etnia, el sexo, la dieta y otros factores como el tabaquismo, la presión arterial y el azúcar y otras patologías materna.
- **Oxitocina durante el trabajo de parto:** La oxitocina se usa para aumentar la actividad materna durante el trabajo de parto para permitir que se libere a través del canal de parto (Quezada, 2018).
- **Aborto de larga duración:** es el tiempo que transcurre entre la extirpación completa del útero y el nacimiento del feto. El tiempo de licencia puede ser de hasta una hora para las mujeres con mala salud y de hasta media hora para una variedad de mujeres heterosexuales (Valdés, 2017).
- **Insuficiencia fetal aguda:** esta es una patología que se presenta durante el trabajo de parto, que tiene una progresión rápida, es una enfermedad metabólica compleja por desprendimiento de placenta, que provoca cambios en la homeostasis fetal y provoca daño tisular o muerte fetal (Gutiérrez, 2019).

Factores perinatales y neonatales:

- **Presencia de meconio en el líquido amniótico:** el meconio se excreta primero en las heces del recién nacido y tiene un color ligeramente amarillo a verde negruzco.

El síndrome de dificultad respiratoria asociado con la secreción de líquido amniótico en el líquido meconial es más común en los recién nacidos a término (Torres, 2016).

- **El cordón umbilical unilateral es preciso:** informes de salud, el término cordón occipital se define como una complicación del embarazo en la que el cordón umbilical envuelve el cuello fetal en uno o más pliegues. Esto puede conducir a una disminución del flujo sanguíneo, transporte de oxígeno, desarrollo y movimiento fetal y complicaciones durante el parto.
- **Recién nacido con bajo peso al nacer:** El bajo peso al nacer es menos de 2500 g, lo que ha sido durante mucho tiempo un importante problema de salud pública con una serie de consecuencias inmediatas, a corto y largo plazo (Zeledón & Dávila, 2017).
- **Prematuridad:** un bebé nacido antes de la semana 37 de gestación se considera vivo. A los recién nacidos prematuros se los cataloga según la edad gestacional, las cuales pueden ser: extremadamente prematuros <28 semanas, muy tempranos de entre 28 a 32 semanas, medianos y prematuramente tardíos de 32 a 37 semanas (OMS, 2018).
- **Cesárea:** La cesárea es un procedimiento quirúrgico que permite el nacimiento del feto mediante una incisión que se realiza en la pared abdominal, más conocido como laparotomía y en el útero como histerectomía, se realiza cuando se presentan complicaciones en el parto por vía vaginal, también se lo realiza de manera urgente cuando el embarazo representa un riesgo tanto para el feto como para la madre (Zúniga, 2019).

Tabla 1

Factores de riesgo que influyen en la puntuación de Apgar

Factores de riesgo maternos	Factores de riesgo perinatales y neonatales
Estados hipertensivos en el embarazo.	Presencia de líquido amniótico meconial.
Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).	Circular de cordón.
Oxitocina durante la labor de parto.	Recién nacido de bajo peso al nacer.
Periodo expulsivo prolongado.	Prematuridad.
	Cesárea.
	Sufrimiento fetal agudo.

Elaborado por: César Bohórquez Palma.

4.2.2. Neonato

Un recién nacido es un bebé el que posee 27 días entre el nacimiento por parto natural o cesárea, el concepto de esta etapa es crucial porque es una etapa de vida muy corta. Sin embargo, los cambios ocurren rápidamente y pueden tener graves consecuencias para la vida de un bebé recién nacido. La mayoría de las anomalías congénitas y genéticas se pueden detectar dentro de los primeros 30 días de vida, pero no todas las anomalías genéticas aparecerán en su clínica durante el trabajo de parto, pero con el tratamiento adecuado, la mayoría puede detectar, prevenir y curar la afección (Pérez-Díaz & Rosas-Lozano, 2018).

Según la OMS (2020) se considera neonato a un niño menor de 28 días. Los primeros 28 días de vida representan el mayor riesgo de muerte de un bebé. Por esta razón, es muy importante proporcionar una nutrición y un cuidado adecuados durante este tiempo para darle a su bebé la oportunidad de sobrevivir y sentar las bases de una vida saludable. Es un período de tiempo relativamente corto durante el cual se adapta gradualmente a su entorno para sobrevivir, por esta razón, es muy importante proporcionar una nutrición y un cuidado adecuados durante este tiempo para darle a su bebé la oportunidad de sobrevivir y sentar las bases de una vida saludable (Proaño, 2019).

4.2.3. Test de Apgar y su caracterización

El test de Apgar evalúa la vitalidad del niño y la valora objetiva y cuantitativamente, utilizando cinco criterios, el nivel de madurez y el buen estado fisiológico del recién nacido. Estos criterios son: medición de la frecuencia cardíaca, respuesta o agilidad respiratoria, tono muscular, irritabilidad recurrente (paso a través de la sonda nasal) y color de la piel. A cada uno de los parámetros examinados se le asigna una puntuación de 0 a 2 y la suma de cada uno de ellos recibe el índice de Apgar (Díaz, 2018).

También afirman que la Dra. Apgar ganó reputación y valor diagnóstico hace 65 años en la evaluación descriptiva de la condición clínica de un bebé recién nacido. Una puntuación <6 en el primer minuto de vida indica la necesidad de una reanimación cardiopulmonar vigorosa. A los 5 minutos de edad, la prueba de Apgar tiene valor pronóstico y, si es <7, indica la posibilidad de complicaciones neurológicas. El índice de

Apgar también se utiliza como signo de ansiedad fetal; el déficit de sufrimiento fetal se diagnostica cuando el índice de Apgar neonatal es ≥ 7 por minuto y ≥ 9 después de 5 minutos (Garrido, 2018).

Pérez (2019) se refiere a que la valoración en la fase de entrega inmediata debe confirmar:

- **Edad gestacional del recién nacido.** La edad gestacional de acuerdo con Martínez, et al., (2019) se registra después de una evaluación física directa al lactante, mismas que se establecen de la siguiente manera:
 - Pretérmino: < a 37 semanas.
 - A término: entre 37 - 41 semanas.
 - Post término: ≥ 42 semanas.
- **Peso del recién nacido.** Se define como el peso que se ha ganado en el cuidado directo del lactante y se clasifica de la siguiente manera:
 - Extremo bajo peso al nacer: Menor de 1000 g.
 - Muy bajo peso al nacer: 1000 g-1499 g
 - Bajo peso al nacer: 1500 g – 2499 g
 - Adecuado peso: 2500 g -3900 g
 - RN macrosómico: >4000 g (Intriago, 2019)
- **Correlación peso - Edad gestacional.** Existe una correlación entre el peso corporal y la edad del bebé, y se clasificó en el estudio de la siguiente manera:
 - Gestos apropiados para la edad (SGA): aquellos entre el percentil 10 y 90.
 - Edad pequeña para transportar (SGA): uno por debajo del percentil 10.
 - Mayor para la edad gestacional (GEG): uno por encima del percentil 90 (30) (Congmei , Xia , & Fangjie , 2019).

La prueba de Apgar es una herramienta ampliamente utilizada para evaluar la condición del recién nacido después del nacimiento en los primeros 5 minutos de vida. El resultado final de la prueba es la suma de los valores obtenidos para los 5 parámetros, cada uno anotado de 0 a 2 (siendo 0 el más desfavorable). Esto significa que cuanto mayor sea la puntuación de Apgar, mejor se adaptará a la vida ectópica del recién nacido. Por este motivo, se evalúan los siguientes:

- Frecuencia cardíaca

- Respiración
- Tono muscular
- Reflejos
- Color de la piel (Gamboa, 2018)

El resultado de la prueba se utiliza para determinar si se deben seguir las maniobras de reanimación neonatal en las siguientes direcciones:

Apgar de 0 a 3: dificultades marcadas para adaptarse a la vida Extrauterina; recién nacido intensamente deprimido.

Apgar de 4 a 6: dificultades moderadas, recién nacido moderadamente deprimido.

Apgar de 7 a 10: ausencia de dificultades, estado satisfactorio (Barrera, 2017).

Tabla 2
Test de Apgar

Criterio	0 puntos	1 punto	2 puntos
Color de la piel	Tono azul	Extremidades azules	Normal
Frecuencia cardiaca	Ausente	Menos de 100	Más de 100
Reflejos e Irritabilidad	Sin respuesta a estímulos	Mueca / llanto débil al ser estimulado	Estornudos/ tos / pataleo al ser estimulado
Tono muscular	Ninguna	Alguna flexión	Movimiento activo
Respiración	Ausente	Débil o irregular	Fuerte

Fuente: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, (2014).

4.2.4. Mortalidad neonatal

La mortalidad neonatal es un acontecimiento que se da dentro de las primeras cuatro semanas de vida. Los porcentajes de fallecer de un neonato son más elevados en la primera semana de vida, esto se debe a un sinnúmero de enfermedades que condicionan su crecimiento y oportunidades de vida. La enfermedad está asociada con la mortalidad

infantil, que está relacionada con muchos factores que conducen a la muerte de un bebé en las primeras cuatro semanas de vida (Hernández, 2015).

Según la OMS (2020) alrededor del 75% de fallecimientos neonatales se dan dentro de los primeros siete días de nacimiento, a su vez dentro de las primeras 24 horas de vida ocurren cerca de un millón de decesos neonatales. En 2017, la mayoría de las muertes neonatales fueron nacimientos prematuros, complicaciones del nacimiento (incluida la asfixia perinatal), infecciones y defectos de nacimiento. Desde el final del período neonatal hasta los primeros 5 años de vida, la neumonía, la diarrea, los defectos de nacimiento y la malaria son las principales causas de muerte. La desnutrición es uno de los principales factores que hacen que los niños sean más vulnerables a enfermedades graves.

4.2.5. Clasificación de la muerte neonatal

Los elementos metodológicos propuestos siempre deben tenerse en cuenta para lograr la autopsia de la más alta calidad y potencialmente rentable mediante el uso de protocolos informados y conclusiones basadas en modelos. Dependiendo de los modelos utilizados, las causas de muerte se diagnostican según los criterios de los certificados de defunción utilizados por la Organización Mundial de la Salud (2020) de la siguiente manera:

- **Causa directa de muerte (DMC):** una enfermedad o afección que conduce a la muerte directa.
- **Causas medias de muerte (DMO):** causas, historial médico o afecciones médicas que causaron directamente la muerte.
- **Causa principal de muerte (CMM):** enfermedad o trauma que desencadena procesos patológicos que conducen directamente a la muerte.
- **Causa Contribuyente de Muerte (CCM):** otras enfermedades graves que contribuyeron a la muerte pero que no estaban relacionadas con la enfermedad o el proceso patológico que la provocó.

4.3. Fundamentación de enfermería

En el estudio de las primeras civilizaciones, ya fue posible identificar a los miembros de la comunidad responsables de la implementación de las tareas relacionadas con la protección de la vida y el cuidado del hombre. Según Intriago (2019) el cuidado se basa en dos principios teóricos; adaptación y sistemas humanos: la adaptación mencionada en la teoría de Callista Roy señala que es un proceso de vida universal, el feto debe pasar por una serie de eventos fisiológicos que incluyen: temperatura, alimentación, adaptación respiración de una vida independiente mejor conocida como vida ectópica

Tabla 3

Modos adaptativos y procesos de afrontamiento de Callista Roy

• Modos adaptativos	• Mecanismo de afrontamiento
<ul style="list-style-type: none">• Función fisiológica: Implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación.• Autoconcepto: Se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo.• Función de Rol: Implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación concreta.• Interdependencia: Implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo).	<ul style="list-style-type: none">• Regulador: controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas.• Cognitivo: regula el autoconcepto, la función del rol y la interdependencia.

Fuente: Valencia et al., (2016)

4.3.1. Proceso Enfermero con el modelo de cuidados de Virginia

Henderson

En los últimos años, la profesión de enfermería ha surgido en la ciencia de la enfermería y se está alejando cada vez más del modelo biomédico de manejo de enfermedades, la enfermería se ha convertido en una ciencia que tiene en cuenta las necesidades y respuestas humanas (Quezada, 2018). Para lograr el desarrollo disciplinar de la profesión, fue necesario crear un marco teórico conceptual sobre el cual fundamentar los principios y objetivos de la profesión. Además de crear un marco teórico conceptual, era necesario adaptar el método científico utilizando su propia metodología para resolver las tareas de enfermería competentes.

La integración del proceso de enfermería (PE) en la práctica diaria como método científico de gestión y administración de enfermería es fundamental para el desarrollo de la disciplina de enfermería. Además, apoya la eficacia de las enfermeras al llevarlas a alcanzar sus objetivos y fomentar el pensamiento crítico (Hernández, 2015). Se define como un método organizado y sistemático de gestionar la atención individual, estos pasos se realizan en una secuencia específica para garantizar el mejor tratamiento posible para una persona con necesidades médicas cambiantes. Sin embargo, es un sistema de planificación de la atención.

La relación entre el Modelo Conceptual de Virginia Henderson y el Proceso de Enfermería es el Modelo de Henderson que es una guía clave en la implementación del proceso de enfermería. Esto significa que la evaluación de las necesidades humanas con un modelo teórico (en este caso el modelo teórico, el modelo de Virginia Henderson se centra en los datos objetivos y subjetivos a recolectar y su organización (Pastuña & Jara, 2020).

Estos datos interesantes también se identifican para comprender una situación dependiente de la entidad en relación a las 14 necesidades básicas que establece el modelo conceptual (Hernández, 2015).

- **Valoración:** Se evalúan las necesidades de los pacientes. Esto incluye la recopilación y el análisis de datos adecuados. La evaluación se basa en la respuesta de un individuo a las 14 necesidades de Virginia Henderson en términos de actitudes físicas, mentales y sociales.

- **Diagnóstico:** El diagnóstico de enfermería se encuentra en una etapa crítica en la interpretación de los resultados de la evaluación, las conclusiones se extraen sobre la base de los datos recopilados. El factor causal se define como la causa de la dificultad (concepto tomado del modelo conceptual de Virginia Henderson). La fuente de las dificultades puede ser la fuerza, la falta de recursos, la falta de conocimiento o voluntad, esto significa que los problemas se identifican basándose en fuentes conocidas de dificultad (Torres, 2016).
- **Planificación:** Fase de consenso en la que se establecen los objetivos a conseguir con el paciente. Las actividades del cuidador también están influenciadas por las dificultades experimentadas por el paciente. Por lo tanto, dependiendo del tipo de atención brindada, el cuidador determinará cómo reemplazar, apoyar o dar seguimiento. Por lo tanto, los objetivos de independencia se determinan sobre la base de las fuentes de dificultad identificadas.
- **Ejecución:** Esto incluye brindar atención, reevaluar al paciente y comunicar la estrategia de atención (Torres, 2016).
- **Evaluación:** Su objetivo es determinar si la causa del problema se ha eliminado o reducido al volver a examinar al paciente. Descubra qué nivel de dependencia o independencia alcanzará el plan de cuidados.

4.4. Marco legal

4.4.1 Constitución de la República Del Ecuador

Capítulo tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

El Artículo 32 señala que la salud es observada por el Estado ecuatoriano como un derecho universal, accesible a todos sin que se tome en cuenta aspectos como etnia, raza, religión u otros aspectos diferenciadores, estableciendo de esta forma la importancia de la salud para el desarrollo social e individual.

El Art. 43. garantiza una atención prioritaria entorno a la salud integral de las mujeres embarazadas, así como en el parto y posparto. Mientras que el Art. 45 señala que

las niñas, niños y adolescentes explican que los niños son los principales sujetos de derechos garantizando la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Se establece y reconoce al embarazo como una etapa de riesgo en la vida de la mujer, razón por la cual el Estado establece un conjunto de acciones dirigidas a precautelar de forma integral a las embarazadas, destacando del mismo modo la atención especial dirigida a la embarazada adolescente dado su mayor nivel de vulnerabilidad, así como también queda en evidencia el compromiso del Estado a precautelar la vida desde la concepción.

4.4.2. Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2021

Eje 1: Derechos para todos durante toda la vida, en Metas 2021 plantea:

- Reducir la razón de mortalidad materna de 44,6 a 36,2 fallecimientos por cada 100 000 nacidos vivos a 2021.
- Reducir la tasa de mortalidad infantil de 8,95 a 6,8 por cada 1 000 nacidos vivos a 2021.

4.4.3. Código de la Niñez y de la Adolescencia

El Art. 25 indica el compromiso del Estado con la atención prioritaria priorizando la materialización de la Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) como alternativa viable y adecuada para garantizar la salud integral de la madre y niño durante el embarazo y el parto de forma tal que se logre una disminución efectiva de la tasa de mortalidad materna-infantil y neonatal.

4.4.4. Ley Orgánica de la Salud

El Art. 22 establece como obligatoria la atención prioritaria para las emergencias obstétricas, así como la administración de transfusiones a las embarazadas que así lo requieran sin que esta acción pueda condicionarse a compromisos económicos, destacándose de esta forma el compromiso del Estado con la disminución de la mortalidad materna-infantil y neonatal.

El Art. 20.- Derecho a la vida establece de la ilegalidad de cualquier acto, acción u omisión que atente contra la vida, estableciéndose la inviolabilidad de la misma desde el momento de la concepción.

El Art. 27.- Derecho a la salud indica que los niños, niñas y adolescentes se contemplan dentro de la legislación vigente como principales sujetos de derecho, de ahí que no se permita ningún tipo de acción de índole físico, mental, psicológico y sexual que pueda afectar el desarrollo integral de los mismos.

El Art. 30.- Obligaciones de los establecimientos de salud evidencia que la atención a la madre y recién nacido está garantizada por la legislación vigente al determinarse la obligatoriedad de todo centro de salud sea público o privado a cuidar y atender a la madre y recién nacido hasta el momento en que las condiciones de salud les permitan subsistir fuera de las instalaciones médicas.

4.4.5. Leyes del Ministerio de Salud Pública

Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia N° 129 en su Art. 1 indica que el Estado asume la atención durante el embarazo, parto y postparto de la madre y recién nacido, así como también garantiza el acceso a programas de salud sexual y reproductiva, que permitan desarrollar estrategias de planificación familiar que respondan a las necesidades de los ciudadanos.

El Art. 2 explica que los costos económicos derivados de la atención y medicamentos demandados durante las etapas de embarazo, parto y post parto serán asumidos por el Estado con la finalidad de garantizar el derecho universal de acceso a la salud, además se establece del mismo modo que la atención médica de los niños menores de 5 años será gratuita.

5. Hipótesis

Los factores de riesgos están asociados con la puntuación del test de Apgar en el recién nacidos atendido en el Hospital Dr. Rafael Serrano López. 2020

5.1. Identificación de variables

Las variables incluidas son:

Factores de riesgo que influyen en la puntuación del test de Apgar en el recién nacido

Variable dependiente: Puntuación del test de Apgar en el recién nacido.

Variable independiente: Factores de riesgo

5.2. Matriz de Operacionalización de variables

Tabla 4 Operacionalización de las variables

Variable dependiente: Puntuación del test de Apgar en el recién nacido

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
				INDICADOR	TÉCNICA
Los factores de riesgos están asociados con la puntuación del test de Apgar en el recién nacidos atendido en el Hospital Dr. Rafael Serrano López. 2020	Variable Dependiente: Puntuación del test de Apgar en el recién nacido.	Sistema clínico que permite la valoración del grado de depresión del sistema cardiorrespiratorio del neonato posterior al nacimiento.	Frecuencia cardiaca	0: Ausente 1: Menos de 100 latido por min. 2: Más de 100 latido por min.	Forma del Test de Apgar
			Respiración	0: Ausente 1: Lenta, irregular, llanto débil 2: Buena, llanto fuerte	
			Tono muscular	0: Flácido 1: Cierta flexión de brazos y piernas 2: Movimiento activo	
			Reflejo	0: Ausente 1: Mueca 2: Mueca, tos o estornudos.	
			Color	0: Azulado o pálido 1: cuerpo rosado, manos y pies azulados. 2: Completamente rosado	

Elaborado por: César Bohórquez.

Variable Independiente: Factores de riesgo

DEFINICIÓN OPERACIONAL					
HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICA
Los factores de riesgos están asociados con la puntuación del test de Apgar en el recién nacidos atendido en el Hospital Dr. Rafael Serrano López. 2020	Variable Independiente: Factores de riesgo	Condiciones que influyen en el puntaje del Apgar y que corresponden a características propias del manejo obstétrico realizado durante la labor de parto.	Condiciones médicas de la madre	<ul style="list-style-type: none"> • Paridad • Controles Prenatales • Edad Gestacional 	Cuestionario de recolección de datos
			Factores maternos	<ul style="list-style-type: none"> • Estados hipertensivos en el embarazo. • Restricción del crecimiento uterino. • Oxitocina durante la labor de parto. • Periodo expulsivo prolongado. • Sufrimiento fetal agudo. 	
			Factores perinatales y neonatales	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de líquido amniótico meconial. • Circular de cordón. • Recién nacido de bajo peso al nacer. • Prematuridad. • Cesárea. 	

Elaborado por: César Bohórquez.

CAPÍTULO III

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. Tipo de investigación

El tipo de estudio es no experimental dado que dentro de la investigación no habrá manipulación de las variables, con un enfoque cuantitativo puesto que se cuantificarán mediante análisis estadísticos los factores de riesgo que influyen en la puntuación del test de Apgar en el recién nacido. También, es descriptiva transversal porque permitirá analizar y describir las variables en un lapso de tiempo estimado.

6.2. Metodología de la investigación

El desarrollo de la investigación se ha centrado en el uso de métodos deductivos para conocer los factores de riesgo que influyen en la puntuación del test de Apgar en el recién nacido. Así, a través del análisis, será posible comparar y establecer conclusiones específicas haciendo la comprobación de hipótesis. Por otro lado, es analítico porque permite estudiar, comparar y analizar variables con la herramienta de validación necesaria para obtener resultados.

6.3. Población y muestra

Para el desarrollo de la investigación la población estuvo compuesta por 400 recién nacidos atendidos en el Hospital Dr. Rafael Serrano López, La Libertad, utilizando la fórmula de población finita como se evidencia a continuación:

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

Dónde:

n = es el tamaño de muestra que se busca determinar

N= es tamaño de población existente: 400 individuos

Z: corresponde al parámetro estadístico (Nivel de Confianza): 1,960

P= probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito): 95,00%

Q= probabilidad de que no ocurra el evento estudiado (fracaso): 5,00%

e = error de estimación máximo aceptado: 5,00%

$$n = \frac{384,16}{0,9975 + 0,9604}$$

$$n = \frac{384,16}{1,9579}$$

$$n = \mathbf{196}$$

Estableciendo que la muestra a encuestar está dada por 196 personas.

Criterios de inclusión

- De acorde a su procedencia urbana y rural
- Todos los grupos etarios

Criterios de exclusión

- Recién nacidos fallecidos

6.4. Tipo de muestreo

La muestra se estableció por muestreo probabilístico aleatorio simple, debido a que se tomó un número determinado de carpetas al azar para posteriormente realizar la recolección de datos

6.5. Técnicas de recolección de datos

La recolección de datos se indagará de fuentes secundarias, ya que los datos se obtendrán por medio de la revisión de historias clínicas, para obtener la información de las variables en este estudio.

6.6. Instrumento de recolección de datos

El instrumento constará de un Cuestionario de recolección de datos, empleado para obtener información de las gestantes y los neonatos, compuesta en 4 series con ítems semiestructurados: La primera parte está compuesta por datos generales de la madre gestante, la segunda parte indica los antecedentes obstétricos, la tercera parte implica los factores de riesgo, y la cuarta parte nos mostrará datos del recién nacido, en donde también incluye información de la puntuación del Test de Apgar, a su vez la información fue recabada de la forma 051 del ministerio de salud pública.

De acuerdo a la prueba de Coeficiente de Aiken realizada por jueces validadores al cual fue sometido el instrumento que se empleara en la presente investigación dio como resultado 0,95 de validez. Además, se desarrolló la prueba de alfa de Cronbach que establece el índice de confiabilidad mostrando el 97%, con lo cual se verifica la viabilidad del instrumento de recopilación de la información.

6.7. Aspectos éticos

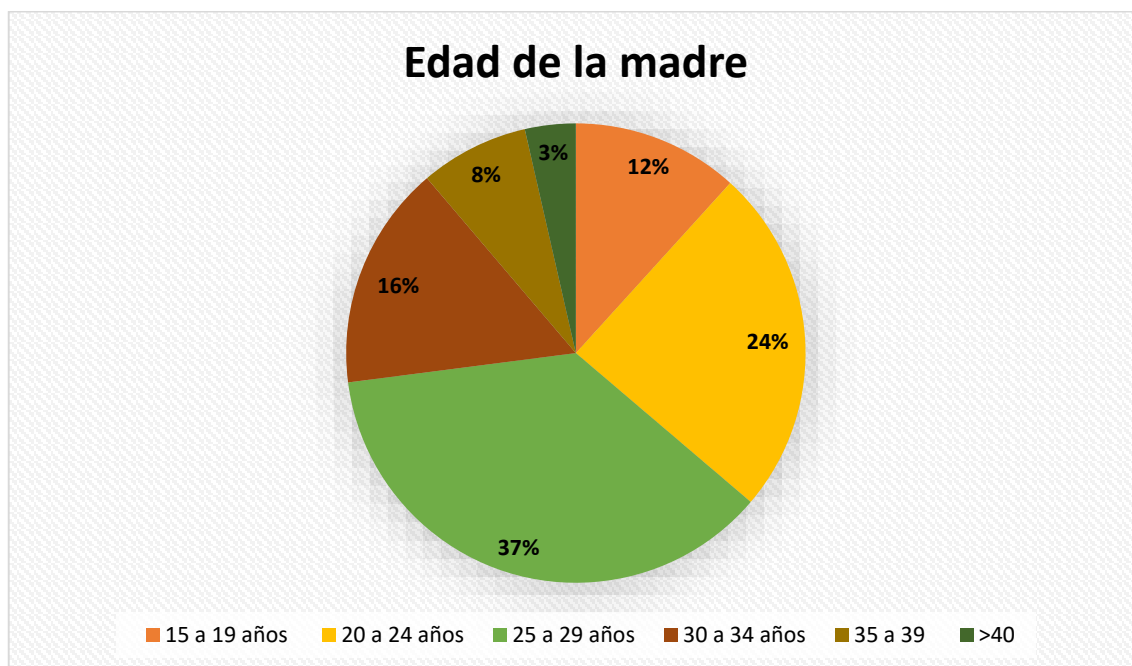
Mediante la elaboración de un oficio se solicitó la autorización de la Dirección y departamento de Investigación del Hospital “Dr. Rafael Serrano López”, se recurrió a la identificación de casos en el departamento de estadística y posterior revisión de historias clínicas y llenado de la ficha técnica de recolección de datos; de la misma forma se respeta y resguarda la intimidad de los datos proporcionados por los participantes manteniendo siempre la confidencialidad de su información personal, cabe recalcar que los datos obtenidos será utilizados únicamente con fines académicos.

CAPÍTULO IV

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

7.1. Análisis e interpretación de los resultados

Gráfico 1 *Edad de la madre*

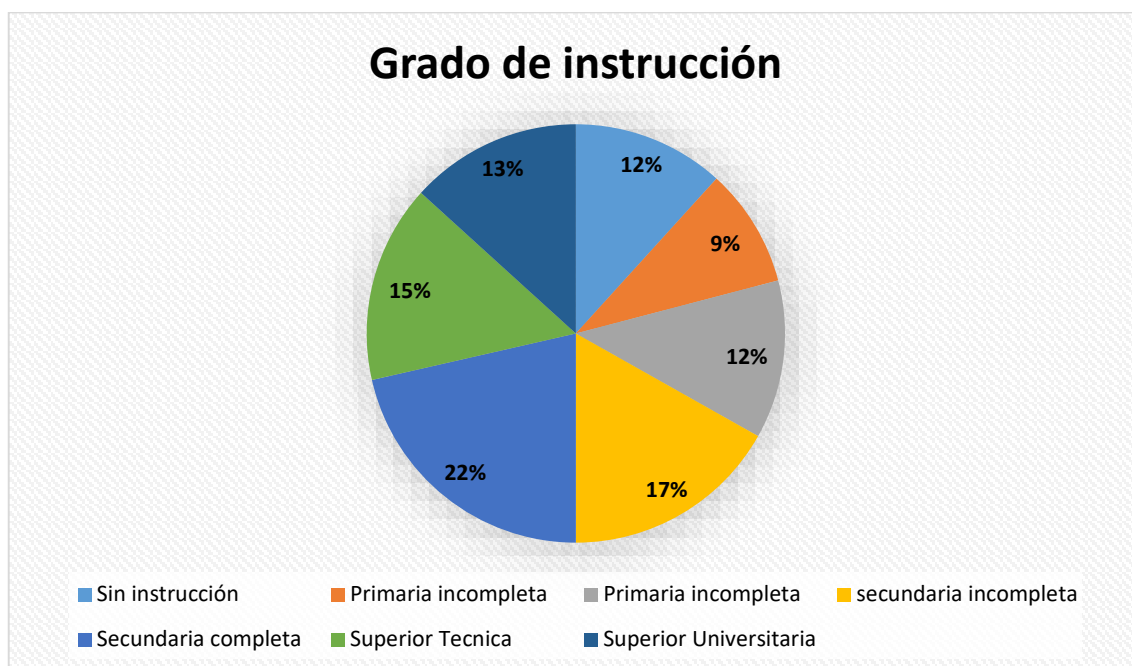


Elaborado por: César Bohórquez.

Como se observa en el gráfico 1, la prevalencia de edad en la población de estudio se sitúa principalmente en los grupos de 25 a 29 años en un 37%, seguido de 24% entre 20 a 24 años, finalizando con un 3% que muestra la edad de >40 años.

En un estudio realizado por Pérez, (2019) menciona que guarda relación con la presente investigación, ya que actualmente los embarazos se producen con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, pues encontraron que el 27% de las madres están en el grupo de edad de 20 a 24 años, el 20,4% de las madres están en el grupo de edad de 25 a 29 años

Gráfico 2 *Grado de instrucción*

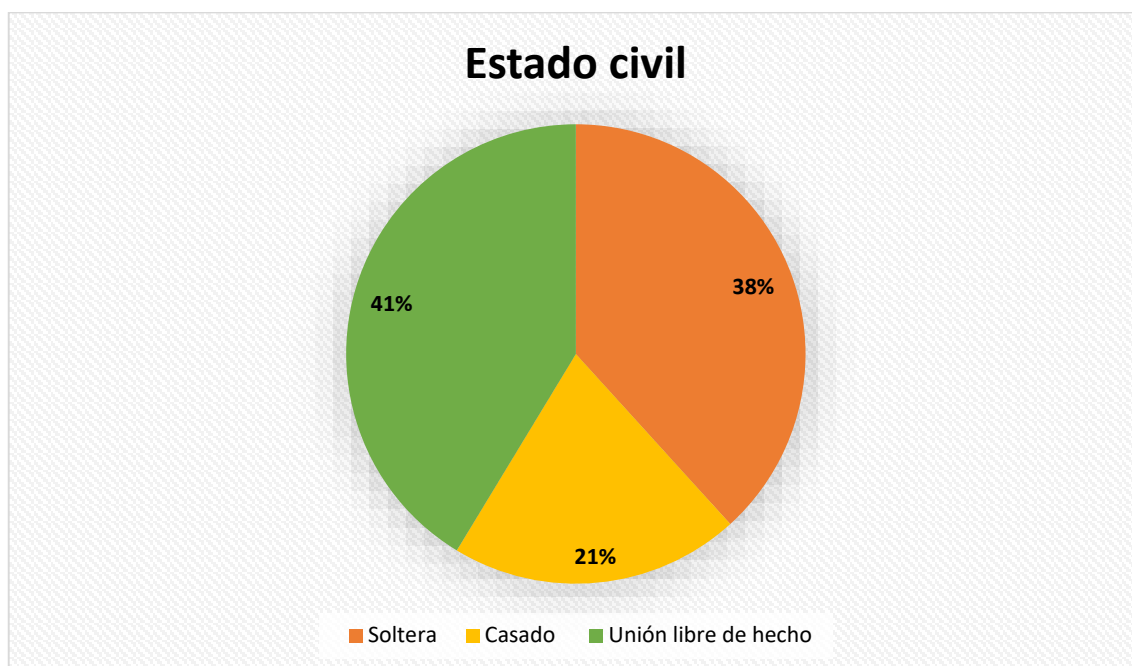


Elaborado por: César Bohórquez.

Con relación al grado de instrucción se evidencia una incidencia en un 22% con la secundaria completa, seguido de la superior técnica en 15%. Sin embargo existe un 9% de madres con un grado de primaria incompleta.

A su vez en un estudio realizado por Vilcapaza (2017) encontró que el 53,01% del total de madres habían culminado la secundaria de forma completa; Coincidiendo con lo expuesto por River, Lara, & Baró (2018) quienes sostienen que el nivel educativo es un elemento clave al momento de valorar los cuidados prenatales que abarcan la nutrición e higiene de la madre durante el embarazo, de ahí que las madres que posean una educación formal generalmente han dado un seguimiento efectivo al embarazo.

Gráfico 3 *Estado civil*

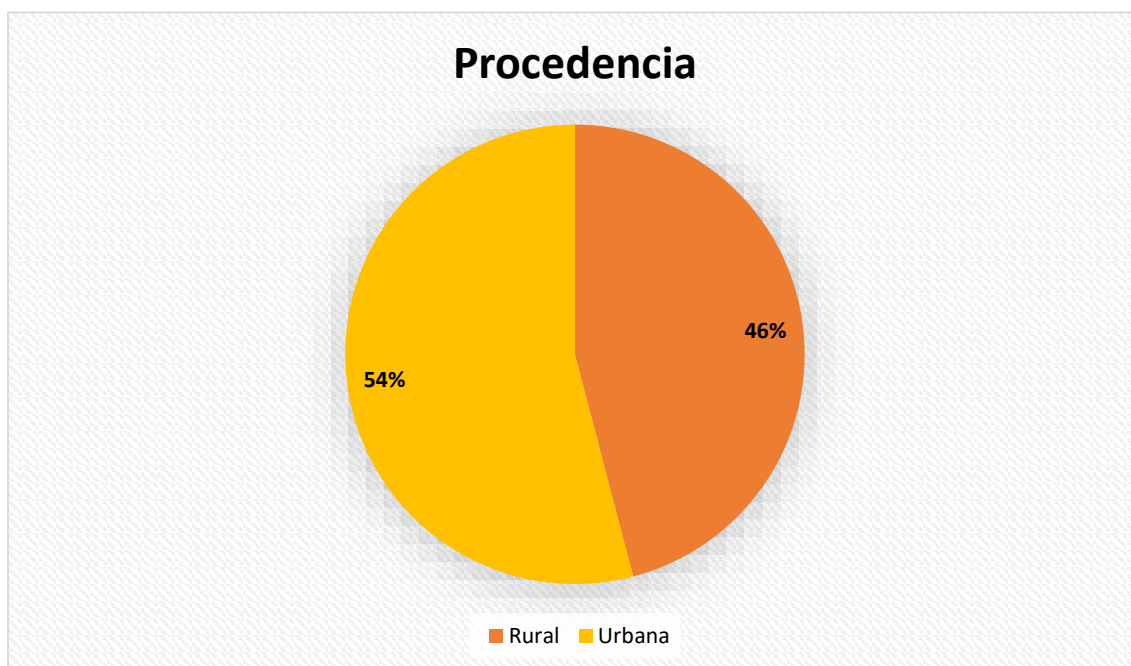


Elaborado por: César Bohórquez.

La figura 3, respecto al estado civil expone que el 41% están dentro de unión libre, seguido de las madres solteras en un 38% y por ultimo las casadas en un 21%.

Según Pérez, (2018) en su estudio centrado en identificar los factores de riesgo que contribuyen a una puntuación de Apgar baja, identifico que el 78,5% de sus encuestadas dijeron vivir juntos en pareja. Por otro lado, hacemos referencia a lo que menciona Pérez, (2019) el estado civil cobra importancia por el acompañamiento que tienen las gestantes casadas o convivientes durante este periodo que disminuye potencialmente el estrés, al saberse protegidas y con un respaldo económico en muchos de los casos.

Gráfico 4 *Procedencia*

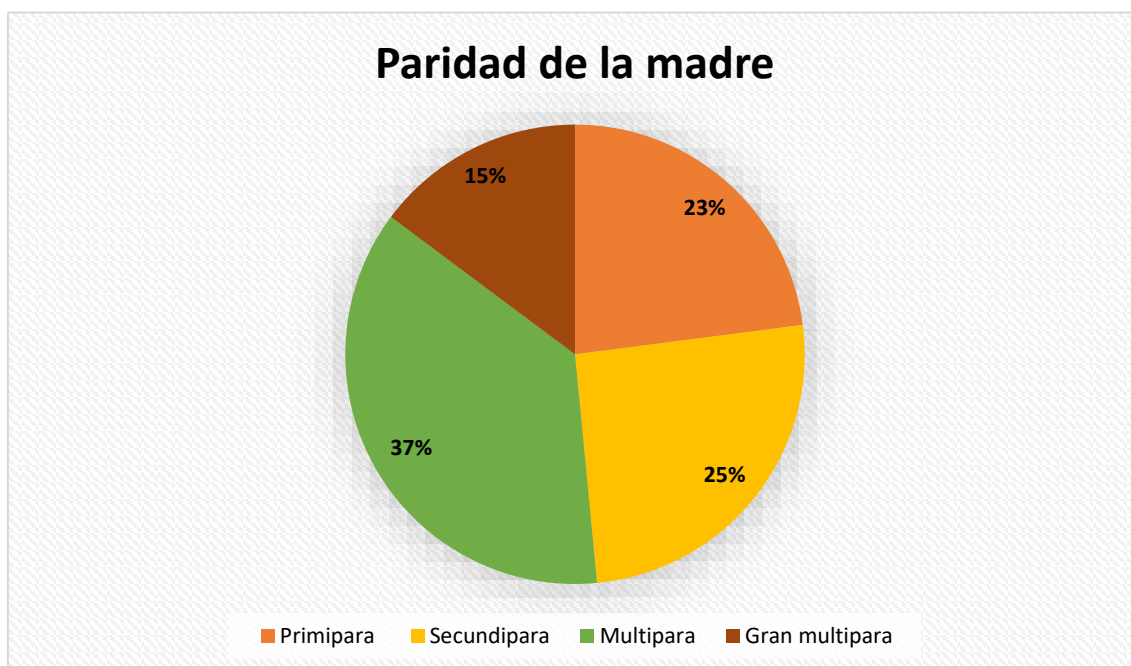


Elaborado por: César Bohórquez.

La procedencia de las madres estuvo constituida principalmente por la zona urbana en un 54%, seguido de las zonas rurales en un 46%.

Cabe destacar que las madres pertenecientes a zonas urbanas poseen mayores oportunidades para acceder a un seguimiento médico sistemático de las diferentes etapas del embarazo de ahí que de acuerdo con Gutiérrez (2019) se puede garantizar un mejor control y por ende anticipar cualquier situación de riesgo que pueda afectar al feto, logrando de esta forma mejores resultados al momento de la labor de parto y por consecuencia en la salud del neonato.

Gráfico 5 Paridad de la madre

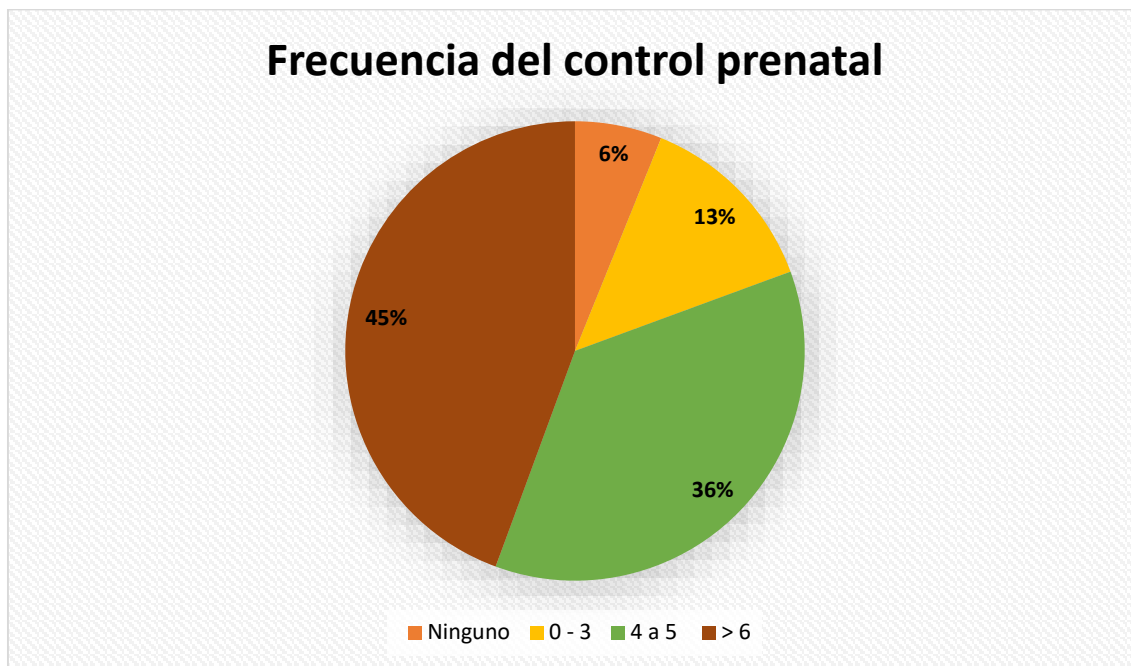


Elaborado por: César Bohórquez

Con relación a los antecedentes obstétricos, la mayoría de las madres son multiparas en un 37%, seguido del 25% secundíparas, 23% primíparas y solo un 15% gran multiparas.

Pérez, (2019) dentro de su investigación logra evidenciar que la mayor cantidad de madres de los recién nacidos, fueron primíparas en el 62%, grupos menores fueron constituidos por secundíparas (20,8%), multiparas (15%) y gran multiparas (2,2%).

Gráfico 6 *Frecuencia del control prenatal*

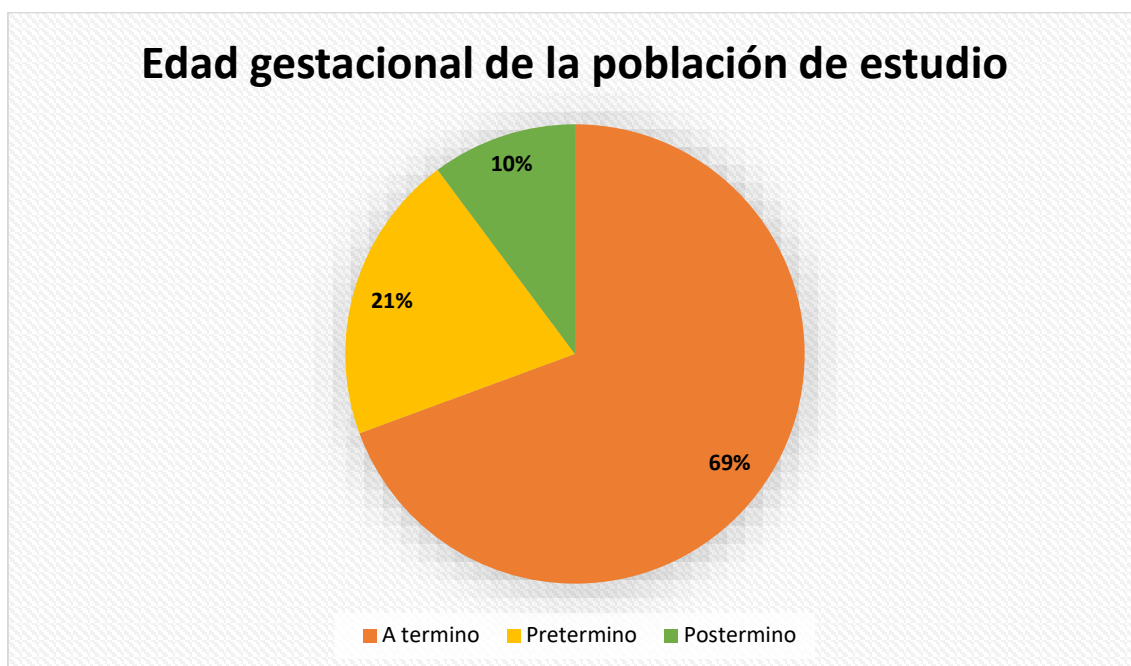


Elaborado por: César Bohórquez

Entorno al número de controles, se evidencia que la mayoría de las madres cumplen con un control prenatal en un 45%, seguido del 36% que menciona haber asistido de entre 4 a 5 controles, mientras que un 6% nunca tuvo controles prenatales, lo que representa un factor de riesgo para la madre y el recién nacido.

Cabe señalar que Farinango (2018) indica que la frecuencia del control prenatal es un indicador clave para garantizar la salud tanto de la embarazada como del feto logrando un seguimiento efectivo que permitirá adoptar acciones y estrategias de control y prevención de enfermedades que afecten a la madre y al neonato.

Gráfico 7 Edad gestacional de la población de estudio

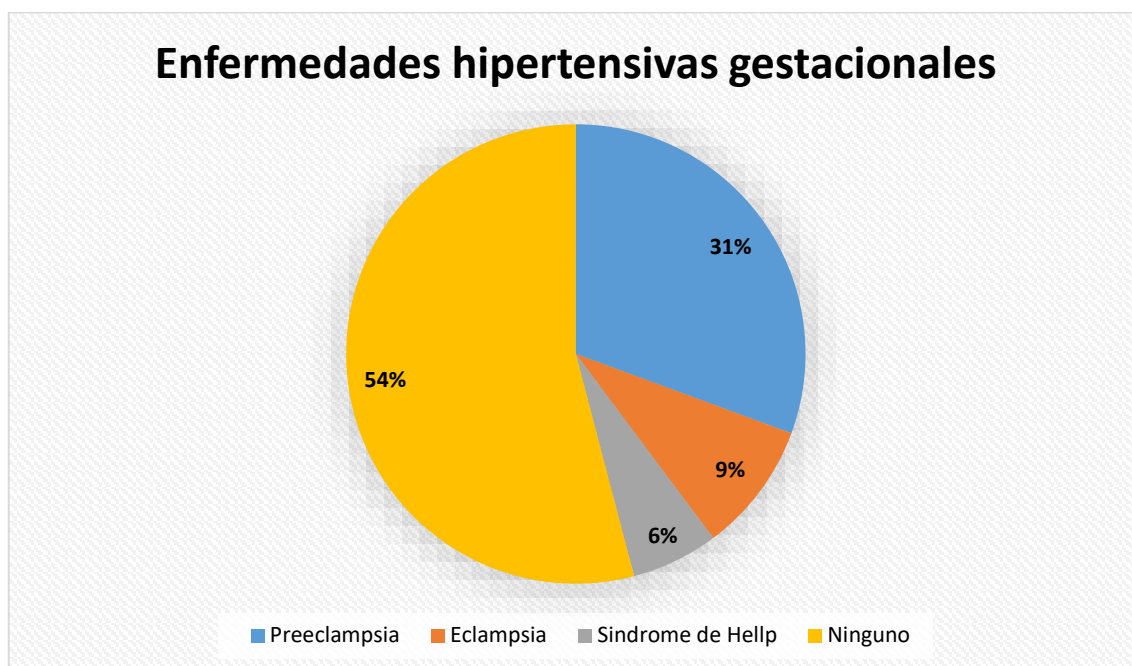


Elaborado por: César Bohórquez

En cuanto a la edad gestacional, la mayoría de las madres cumplieron a totalidad su embarazo en un 69%, seguido del pretérmino en un 21% y en menor medida postérmino en un 10%.

Según datos de la investigación de Pérez (2019) se puede observar que el 85,8% de madres llegaron con un embarazo a término, solamente el 6,6% fueron pre término y el 7,7% post término. Lo cual de acuerdo con Valdés (2017) constituye un elemento positivo para garantizar la salud de la madre y del neonato que el embarazo llegue a término, aunque el mismo no constituye una garantía para evitar posibles complicaciones, sino que atenúa los riesgos existentes.

Gráfico 8 *Enfermedades hipertensivas gestacionales*

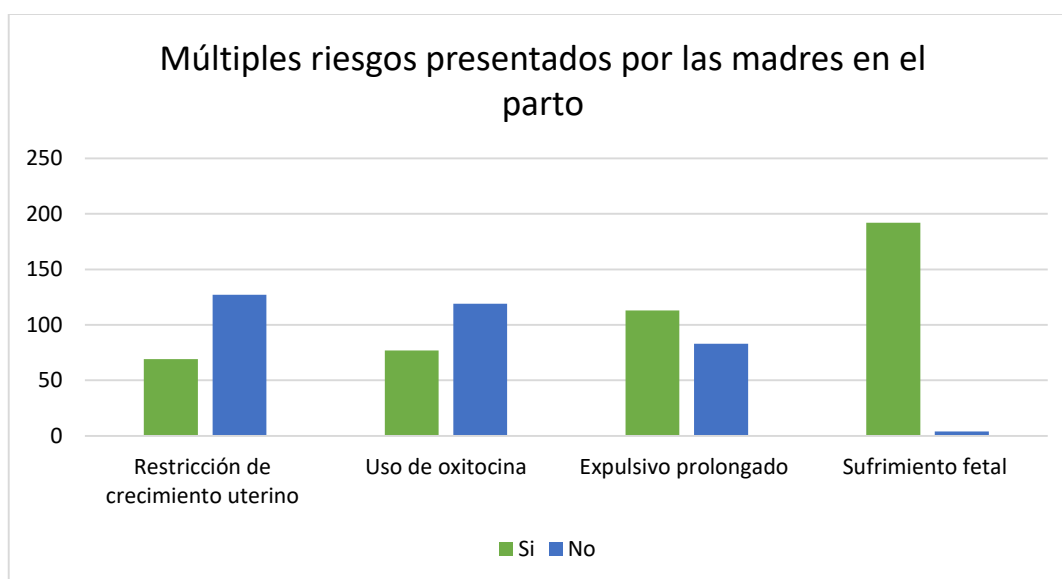


Elaborado por: César Bohórquez

En relación a las enfermedades hipertensivas durante el periodo de gestación, el 54% de las mujeres no presentaron alteraciones en la tensión arterial, sin embargo, el 31% presentaron riesgos de preeclampsia, el 9% manifestaron eclampsia y el 6% presento síndrome de Hellp.

Mediante los datos recabados en la investigación de Ríos (2017) se encontró que existe un porcentaje significativo de hipertensión arterial con un 42% siendo uno de los principales factores de riesgos obstétricos.

Gráfico 9 Múltiples riesgos presentados por las madres en el parto

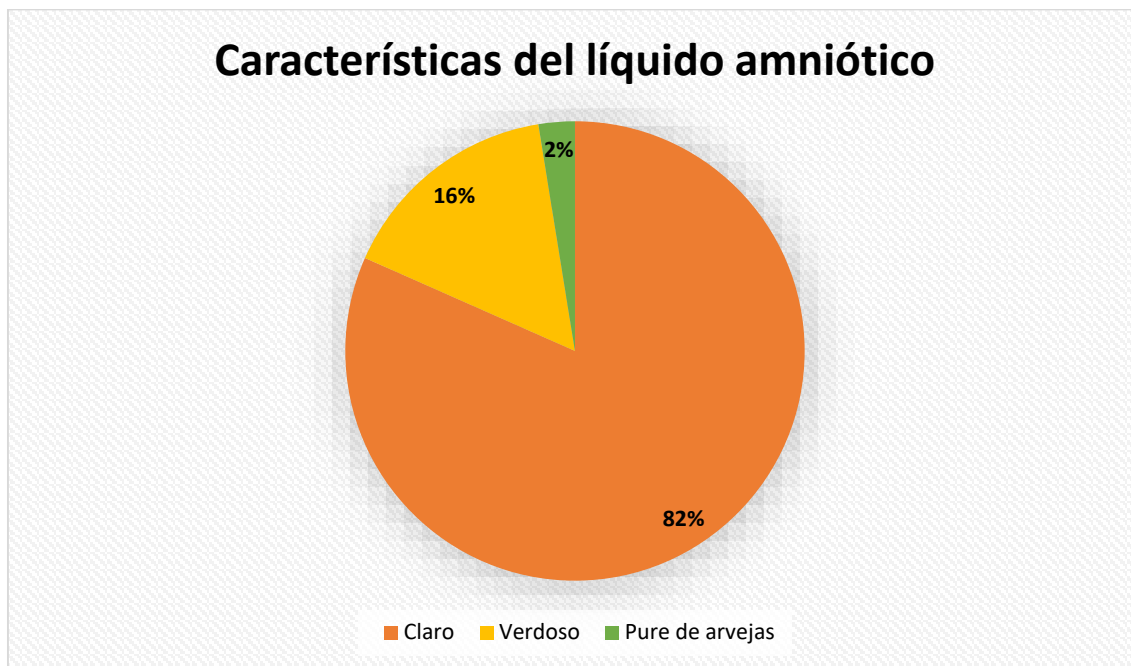


Elaborado por: César Bohórquez

Con respecto a los riesgos que presentaron las madres se evidenció a través de la recolección de datos que el mayor porcentaje de las mujeres presentaron sufrimiento fetal, seguido del expulsivo prolongado; Por otro lado, los riesgos menormente evidenciados fueron la restricción del crecimiento uterino, así como el uso de oxitocina.

Los presentes datos se obtuvieron de la investigación de Pérez (2019) que permiten observar que el 99,3% de recién nacidos no tuvieron restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), solamente el 0,7% presentó este cuadro. En cuanto a sufrimiento fetal, el 83,9% nació en condiciones normales, solamente en el 16,1% se evidenció esta patología, En los datos de la tabla 05 se muestra que solamente en el 2,9% de gestantes se utilizó oxitocina durante el trabajo de parto, en la gran mayoría de ellas (97,1%) no se hizo uso de este uterotónico. En cuanto a la duración del periodo expulsivo, se evidenció que solamente en el 1,5% de casos hubo un expulsivo prolongado, es decir que esta fase duró un tiempo mayor de 2 horas, pero en el 98,5% de parturientas el periodo expulsivo tuvo una duración normal.

Gráfico 10 Características del líquido amniótico

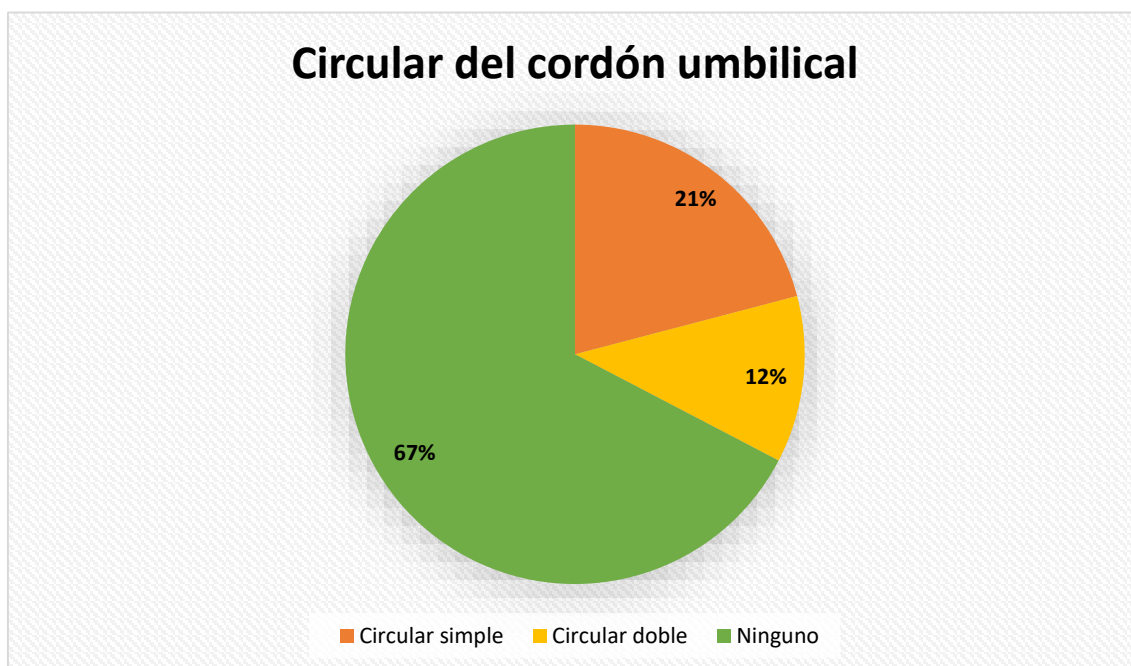


Elaborado por: César Bohórquez

Continuando con los factores de riesgo, la mayoría de las madres presentaron una característica dentro de los rangos normales del líquido amniótico en un 82%, sin embargo, hubo casos donde el 16% fue verdoso y un 2% con aspecto de puré de arvejas.

Pérez (2019) menciona que, al observar las características del líquido amniótico, se evidenció que, en el 82,5% de casos el líquido amniótico fue claro, mientras que en el 17,2% hubo líquido amniótico verdoso y en el 0,4% líquido amniótico como puré de arvejas. Cabe señalar que a pesar de existir rangos normales del líquido amniótico en la mayoría de los neonatos no constituye una garantía de no poseer riesgos subyacentes tal como lo señala Barrera (2017) quien indica que la característica del líquido amniótico no siempre muestra los riesgos a los que están expuestos los fetos de ahí que sea necesario establecer pruebas conjuntas que detecten factores de riesgo ocultos.

Gráfico 11 Circular de cordón umbilical

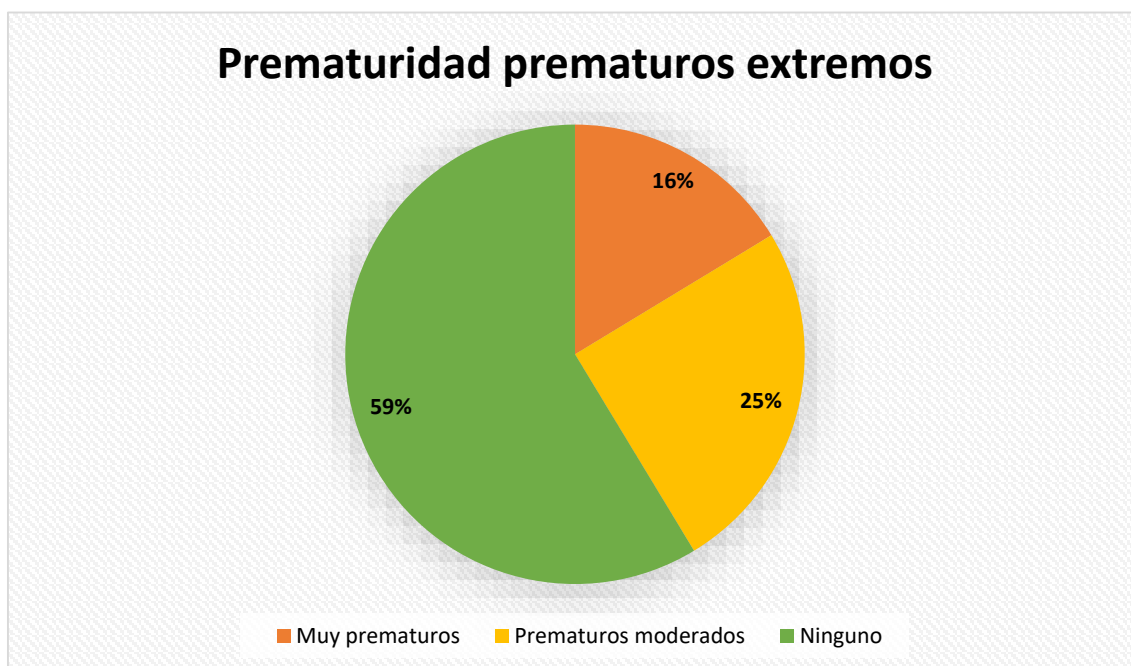


Elaborado por: César Bohórquez.

Por otro lado, se evidenció a través de la recogida de datos que el 67% no tuvo ningún inconveniente con el circular del cordón umbilical lo cual constituye una ventaja, por otro lado, se encontró una incidencia de circular de cordón umbilical simple en un 21% de los partos y 12% presento doble circular.

Respecto a lo que menciona Pérez (2019) las distocias de cordón, el 27% de recién nacidos tuvo circular simple de cordón y el 4% circular doble de cordón

Gráfico 12 Prematuridad prematuros extremos

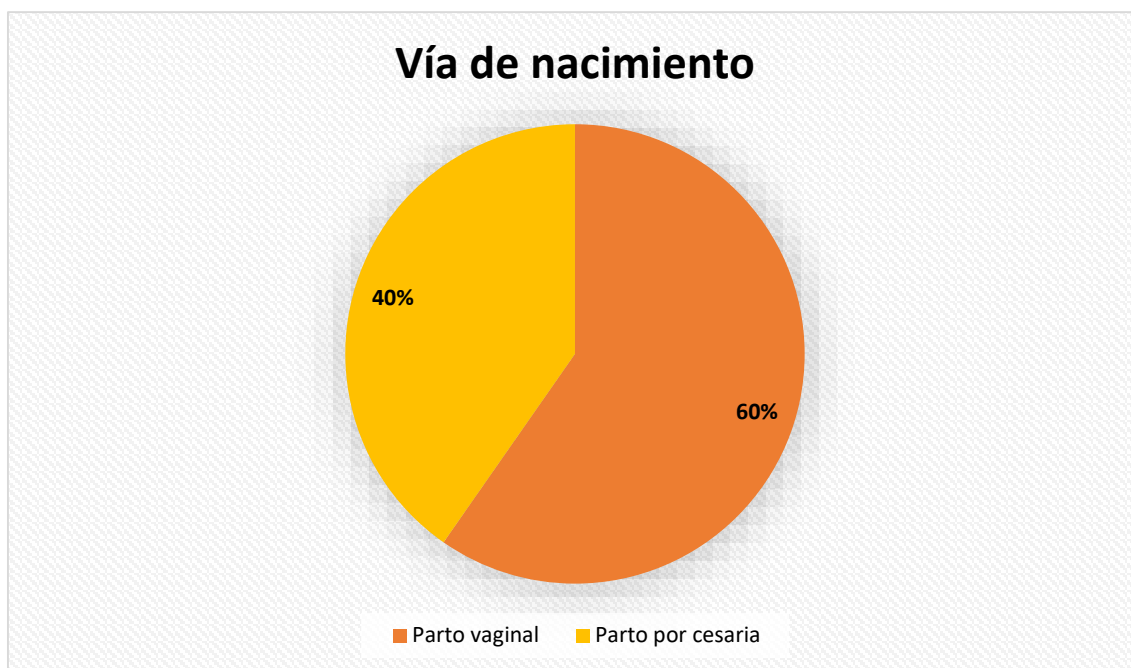


Elaborado por: César Bohórquez

Con relación a los nacimientos pretérminos el 59% No presentó inconvenientes en relación al el 25% que constituyó a prematuros moderados y un 16% de muy prematuros, dejado la mayoría de los partos en un nacimiento a término.

En relación con los nacimientos pretérmino Garrido (2018) señala que los partos prematuros moderados poseen mayor probabilidad de recuperación en un corto plazo mientras que aquellos que fueron a muy pretérmino tienden a complicarse con mayor facilidad lo cual agrava su condición, generalmente lleva a la muerte inminente del recién nacido.

Gráfico 13 *Vía de nacimiento*

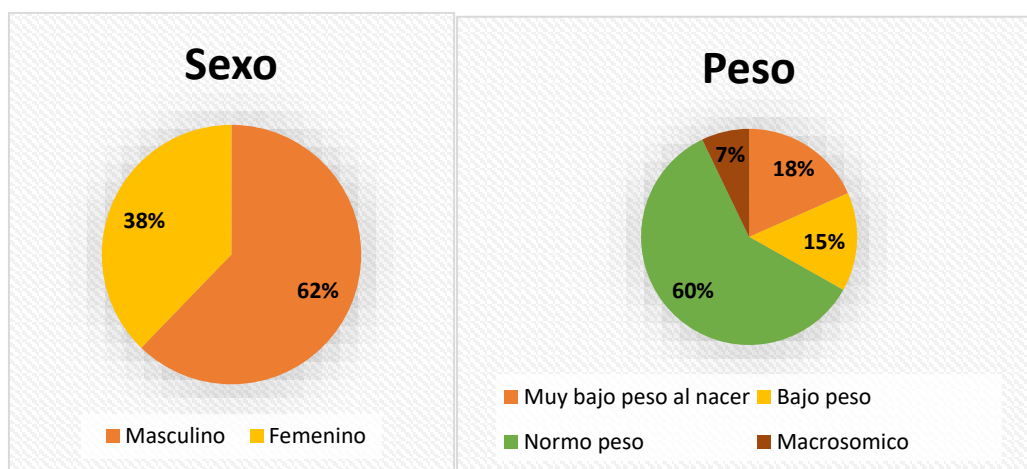


Elaborado por: César Bohórquez.

La mayoría de los trabajos de partos se dieron por vía vaginal en un 60% y por cesárea en un 40%.

En relación a un estudio se menciona que: el 83,6% de neonatos nació por vía vaginal, mientras que el 16,4% lo hizo vía cesárea. Fisiológicamente la vía vaginal es la más recomendada ya que permite una mejor transición del recién nacido a la vida extrauterina, pues es en estos niños en quienes puede llevarse a cabo el reflejo paradójico de Head. (Pérez, 2019)

Gráfico 14 *Características del recién nacido*

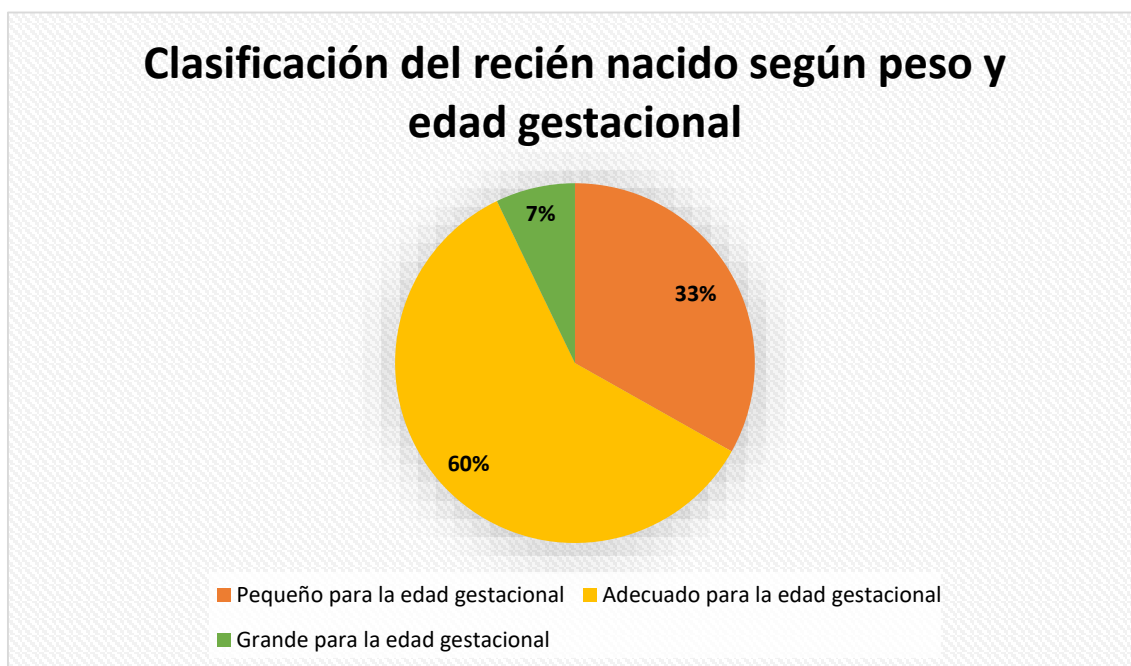


Elaborado por: César Bohórquez.

En torno a las características definitorias del recién nacido, se encontró una prevalencia del género masculino en un 62%, donde la mayoría de los nacimientos tuvieron un peso adecuado en un 60%, sin embargo, se reflejó también, muy bajo peso en 18% y bajo peso al nacer en un 15%, finalizando en macrosómico en 7%.

Lo expuesto se relaciona con lo indicado por Intriago (2019) al señalar que se verifica al menos un 20% de bajo peso al nacer en condiciones económicamente desfavorables, situación que se deriva de una dieta inadecuada que no supe la totalidad de necesidades demandadas por la madre durante las diferentes etapas del embarazo.

Gráfico 15 Clasificación del recién nacido según peso y edad gestacional

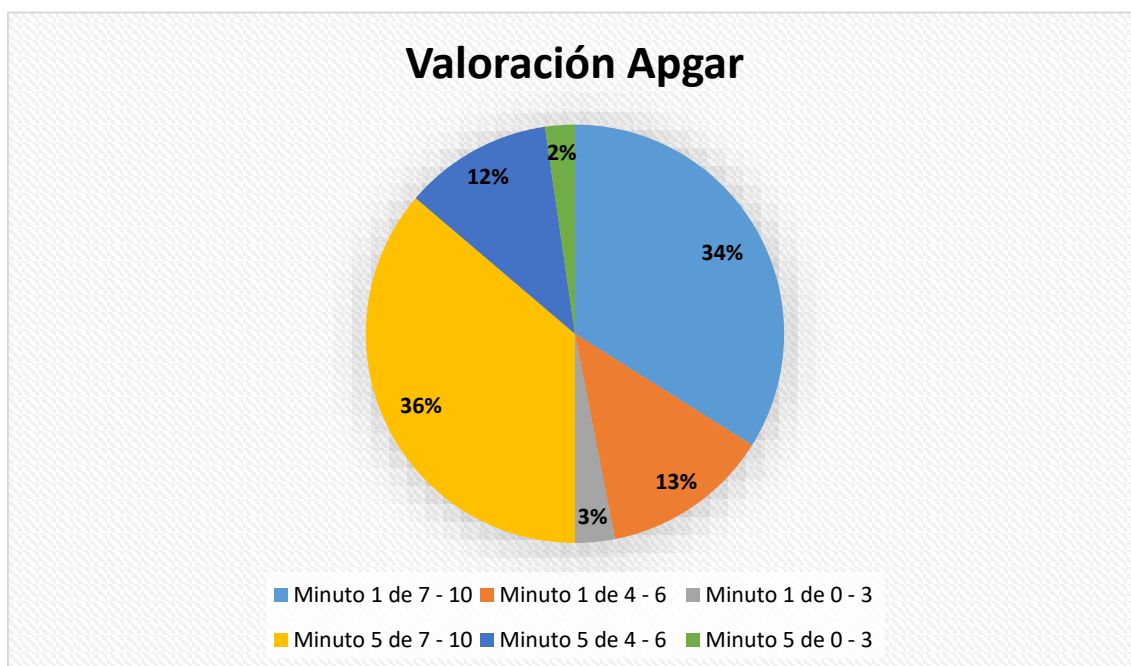


Elaborado por: César Bohórquez.

La clasificación del recién nacido según peso y edad gestacional reveló que, la mayoría estaban dentro del rango adecuado para la edad gestacional en un 60%, mientras que el 33% pequeño y 7% grande para el tiempo de gestación.

Lo cual de acuerdo con Díaz (2018) es negativo tomando en cuenta que se verifica en aproximadamente un 90% de las madres un seguimiento clínico durante todas las etapas del embarazo evidenciando de esta forma el incumplimiento de las medidas adoptadas por el médico tratante para garantizar un peso y nutrición ideal para la madre con el objetivo de evitar un bajo o sobrepeso del neonato.

Gráfico 16 Valoración Apgar



Elaborado por: César Bohórquez.

En el minuto 1 bajo el test de APGAR el 36% de los recién nacidos tuvieron una puntuación entre 7-10, y posterior a los 5 minutos la incidencia mejoró levemente en un 34% de los recién nacidos. Por otro lado, el 13% obtuvieron una puntuación mucho más baja el cual fue de 4-6 en el primer minuto y disminuyó a un 12% en el minuto 5. Por último, los casos más graves fueron en un 3% al minuto de vida y se mantuvo al minuto 5.

Lo expuesto coincide con lo afirmado por Quezada (2018) quien señala que aproximadamente un 30% de los neonatos manifiestan baja puntuación en los primeros 5 minutos de vida al ser sometidos al test de APGAR de forma tal que se verifica un poco probabilidad de adaptación al medio y por ende altas probabilidades de mortalidad neonatal.

7.2. Comprobación de la hipótesis

Se logró comprobar a través de la hipótesis planteada en esta investigación, los factores de riesgos están asociados con la puntuación del test de Apgar en el recién nacido atendido en el Hospital Dr. Rafael Serrano López. 2020, se evidencia que existe una relación entre las variables ya que se encontraron diversos factores de riesgo que conllevaron a que el recién nacido presente una puntuación de test de Apgar bajo. Los cuales se podrán visualizar en el capítulo 4 en su sección de análisis e interpretación de datos.

7.3. Conclusiones

- Se evidenció que la mayoría de las madres tratadas en el Hospital Dr. Rafael Serrano López, presentaron diferentes características sociodemográficas, se logró evidenciar que el grupo etario predominante fue de 25 a 29 años, mismas que ostentan grado de secundaria completa, por otro lado, se encontró un porcentaje significativo de madres solteras, de procedencia en zonas rurales, lo que constituye uno de los principales factores de riesgo para garantizar un seguimiento específico de las diferentes etapas del embarazo, y lograr los requerimientos para asegurar la salud de la madre y feto durante el embarazo.
- Quedó manifestado a partir de la información recabada en la investigación, que la mayoría de las madres son multíparas, además se evidenció una significativa incidencia de embarazos pre término, a su vez la mayoría de madres cumplieron con sus controles prenatales establecidos.
- Entre los factores de riesgos maternos fetales de mayor incidencia que influyen en la puntuación baja del test de Apgar debe señalarse, que muchas de las usuarias presentaron riesgo de preeclampsia, se destaca también el sufrimiento fetal, expulsivo prolongado, así mismo un grupo significativo de recién nacidos presentó circular doble de cordón umbilical; un grupo presento la característica de líquido amniótico verdoso.
- Al indagar sobre el puntaje del test de Apgar en los recién nacidos atendidos en la unidad hospitalaria se observó que es más común la puntuación de 7 a 10 durante el minuto 1 y 5 de vida, sin embargo, se resalta que existió un grupo de niños que mantuvieron puntuación de Apgar relativamente baja en el minuto 1, manteniéndose así en los 5 minutos

7.4. Recomendaciones

- Tomar en cuenta el grado etario de adultas jóvenes para su correcta atención por parte del personal de salud y la procedencia en zonas rurales las cuales condicionan que sean atendidas de forma oportuna, es por ello que los centros de salud a las cuales pertenecen hagan la correcta captación de estas embarazadas para evitar el alza de factores de riesgos maternos fetales.
- A los profesionales encargados de la atención del trabajo de parto, se les sugiere tomar las medidas correctivas de forma inmediata para que el periodo expulsivo se desarrolle en el tiempo normal, pues la estancia del feto en el canal del parto por un tiempo prolongado se constituye en un signo ominoso; de igual forma corregir de manera inmediata el sufrimiento fetal identificado y tomar las medidas necesarias cuando se diagnostique ecográficamente un circular de cordón.
- Desarrollar capacitaciones que estén dirigidas al personal de salud encargado de la labor de parto con referencia a la utilización, ventajas y beneficios del uso del test de Apgar como garantía de un mejor diagnóstico y seguimiento clínico de los neonatos y de esta forma lograr una disminución efectiva en los índices de mortalidad neonatal.

8. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Barrera, L. (2017). *Embarazo de alto riesgo*. Lima: Universidad Católica del Perú.
- Chambilla Colla, A., Ticona Rendón, M., & Huanco Apaza, D. (2020). *Factores de riesgo asociados con Apgar bajo al nacer en el Hospital Hipólito Unanue*. *Revista Médica Basadrina*, 14(2), 29–39. <https://doi.org/10.33326/26176068.2020.2.1012>
- Congmei , Y., Xia , C., & Fangjie , H. (2019). Retrospective analysis of risk factors for low 1-minute Apgar scores in term neonates. *Braz J Med Biol Res*, 52(12).
- Cornejo, A., & Romero, B. (2019). *Factores asociados a la mortalidad neonatal*. Universidad Estatal de Milagro.
- Díaz, G. (2018). *Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Farinango, L. (2018). *Los riesgos asociados con la morbilidad*. Barcelona: Océano.
- Gamboa, R. (2018). *Factores para un embarazo de riesgo*. Costa Rica: Universidad de Ciencias Medicas (UCIMED).
- Garrido, K. (2018). Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia. *Elsevier*, 1-14.
- Gutiérrez, R. (2019). *Factor de riesgo de morbilidad de madres*. México D.F. : Trillas.
- Hernández, C. (2015). *El modelo de Virginia Henderson en la practica de enfermeria*. México D.F.: Universidad de Valladolid.
- Intriago, F. (2019). *Complicaciones en el embarazo*. Tolima: Universidad de Tolima.
- Leiva R. *Indicadores materno perinatales asociados a Apgar bajo en recién nacidos del Hospital Sergio E. Bernales*. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2019. <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1861/RLEIVAGONZALES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). Registro estadístico de defunciones y nacidos vivos. Obtenido de Ecuador en cifras: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2018/Principales_resultados_nac_y_def_2018.pdf
- Martínez, A., Vargas, J., & Mini, E. (2019). Asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos con la muerte fetal tardía: estudio de casos y controles en un hospital de Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 1-10.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Nacimientos prematuros*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Lactante, recién nacido*. Organización Mundial de la Salud .

- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos*. Organización Mundial de la Salud .
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). Las anomalías congénitas son la segunda causa de muerte en los niños menores de 5 años en las Américas. *Organización Panamericana de la Salud*.
- Pastuña, R., & Jara, P. (2020). Búsqueda de la autonomía de enfermería desde la mirada de Virginia Henderson. *Enfermería Investiga*, 5(4).
- Pérez-Díaz, R., & Rosas-Lozano, A. (2018). Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional. *Acta Pediatr Mex.*, 39(1), 23-32.
- Pérez, S. (2019). *Factores de riesgo que influyen en el Apgar bajo del recién nacido. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – chota*. 2019. Obtenido de <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3768/TESIS%20DEYSI%20MARI%20IBEL%20PEREZ%20SILVA%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Proaño, D. (2019). Situación de las muertes neonatales en América Latina. *Revista Fundación de Waall*. Obtenido de <https://fundaciondewaall.org/index.php/2019/09/05/la-situacion-de-las-muertes-neonatales-e-infantiles-en-america-latina/>
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - Senplades (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una Vida*. Obtenido de: https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
- Quezada, F. (2018). *incidencia y factores de riesgo del embarazo adolescente en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Alfredo Noboa Montenegro ,Enero - Diciembre 2018*. Ambato: UNIANDES.
- Salvo, H. F. (2017). *Factores de riesgo de test de Apgar bajo en recién nacidos*. Scielo. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S037041062007000300003&lng=es&nrm=iso
- Ramírez, A. (2019). *Complicaciones en embarazos adolescentes*. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés.
- River, M., Lara , N., & Baró, T. (2018). Asfixia al nacer: factores de riesgo materno y su repercusión en la mortalidad neonatal. *Revista Información Científica*, 97(5).
- Ríos, L. (2017) *Factores de riesgo obstétricos relacionados con recién nacidos a término con APGAR bajo a los 5 minutos atendidos en el Hospital General Isidro Ayora de Loja*. Recuperado de: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19629/1/TESIS%20KRISTEL%20RIOS.pdf>
- Torres, M. (2016). Mortalidad neonatal y características clínicas y epidemiológicas de las defunciones neonatales en el Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2014. *Universidad Ricardo Palma*.
- Valdés, G. (2017). *Neonato y factores de riesgo*. La Habana: BANMED.
- Vilcapaza L. (2017). *Factores de riesgo asociados a puntaje de Apgar bajo en el servicio de neonatología del Hospital Nacional Dos de Mayo*. Recuperado de:

dehttp://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6166/Vilcapaza_yl.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zeledón, C., & Dávila, H. (2017). *Factores maternos asociados a muerte neonatal precoz intrahospitalaria en el servicio de neonatología del HECAM-Matagalpa en el periodo 2014 – 2015*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua .

Zúniga, B. (2019). Clasificación de cesáreas según el modelo de Robson, unidad obstétrica, Hospital General San Felipe, Honduras, abril-junio de 2017. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v70n1/es_2463-0225-rcog-70-01-00019.pdf

9. ANEXO

Anexo 1 Cuestionario de recolección de datos



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

I. DATOS GENERALES DE LA MADRE GESTANTE

Edad:

15 – 19 años	<input type="text"/>	20 – 24 años	<input type="text"/>
25 – 29 años	<input type="text"/>	30 – 34 años	<input type="text"/>
35 – 39 años	<input type="text"/>	+ 40 años	<input type="text"/>

Grado de instrucción

Sin instrucción	<input type="text"/>	Primaria incompleta	<input type="text"/>
Primaria completa	<input type="text"/>	Secundaria incompleta	<input type="text"/>
Secundaria completa	<input type="text"/>	Superior técnica	<input type="text"/>
Superior universitaria	<input type="text"/>		

Estado civil

Soltera	<input type="text"/>	Casada	<input type="text"/>
Unión libre de hecho	<input type="text"/>		

Procedencia

Urbana	<input type="text"/>	Rural	<input type="text"/>
--------	----------------------	-------	----------------------

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Paridad:

Primípara	<input type="text"/>	Secundípara	<input type="text"/>
Múltipara	<input type="text"/>	Gran múltipara	<input type="text"/>

N° de controles prenatales:

Ninguno	<input type="text"/>	0-3	<input type="text"/>
4-5	<input type="text"/>	6+	<input type="text"/>

Atención prenatal

Temprana: (antes de las 14 semanas)	<input type="text"/>
Tardía: (después de las 14 semanas)	<input type="text"/>

Fecha de inicio de atención prenatal:.....

Edad gestacional:

A término	<input type="text"/>	Pretérmino	<input type="text"/>	Postérmino	<input type="text"/>
-----------	----------------------	------------	----------------------	------------	----------------------

III. FACTORES DE RIESGO

Enfermedad hipertensiva gestacional:

Preeclampsia	<input type="text"/>	Criterios de severidad (leve)	<input type="text"/>
Criterios de severidad (grave)	<input type="text"/>	Eclampsia	<input type="text"/>
Síndrome HELLP	<input type="text"/>	Ninguno	<input type="text"/>

Restricción del crecimiento intrauterino

Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
----	----------------------	----	----------------------

Uso de oxitocina durante el trabajo de parto

Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
----	----------------------	----	----------------------

Dosis:..... Vía:.....

Expulsivo prolongado

Si No

Tiempo de duración del periodo expulsivo:.....

Sufrimiento fetal

Si No

Características del líquido amniótico

Claro Verdoso Puré de arvejas

Circular de cordón

Si No

En caso de que la respuesta sea si:

Circular simple Circular doble

Prematuridad:

Si No

En caso de que la respuesta sea si:

Prematuros extremos (menos de 28 semanas)
Muy prematuros (28 a 32 semanas)
Muy prematuros (28 a 32 semanas)

Vía de nacimiento

Parto vaginal Parto por cesárea

III. Datos del recién nacido

Sexo

Masculino

Femenino

Peso del recién nacido:

Muy bajo peso al nacer (> 1,500 g > 1,000 g)

Bajo peso al nacer (< 2500 g > 1,500 g)

Normo peso (2,500 g – 4,000 g)

Macrosómico (> 4,000 g)

Clasificación del recién nacido según peso y edad gestacional

Pequeño para la edad gestacional

Adecuado para la edad gestacional

Grande para la edad gestacional

Apgar al minuto de vida

7-10

4-6

0-3

Apgar a los 5 minuto de vida

7-10

4-6

0-3

Muchas Gracias

Anexo 2. Permiso de la Directora del Hospital Dr. Rafael Serrano López



Anexo 3. Evidencia Fotográfica



Imagen 1. Revisión de historias clínicas materno-neonatales

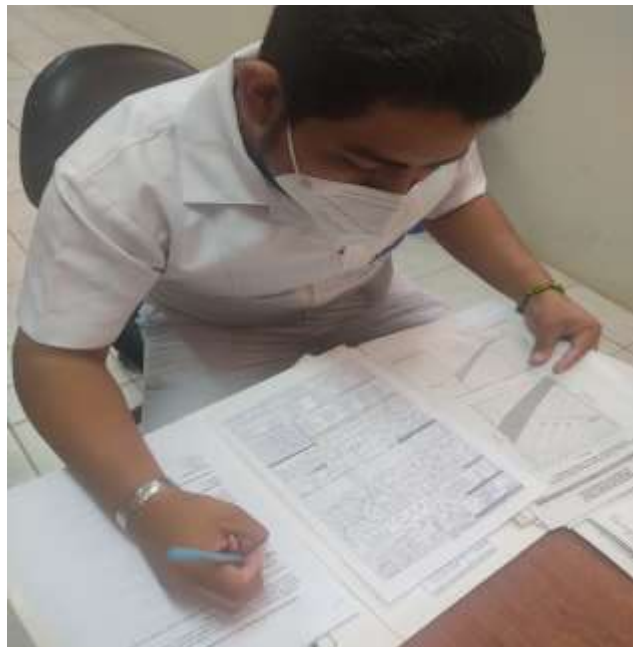


Imagen 2. Aplicación de encuesta mediante la revisión de historia clínica

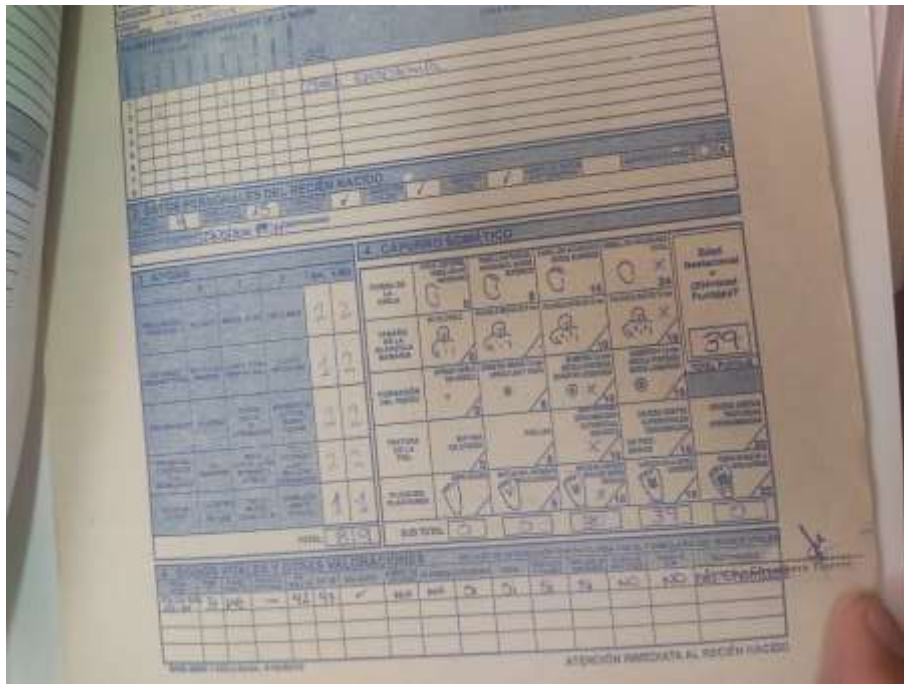


Imagen 3. Verificación del Test de Apgar al minuto y a los cinco minutos.

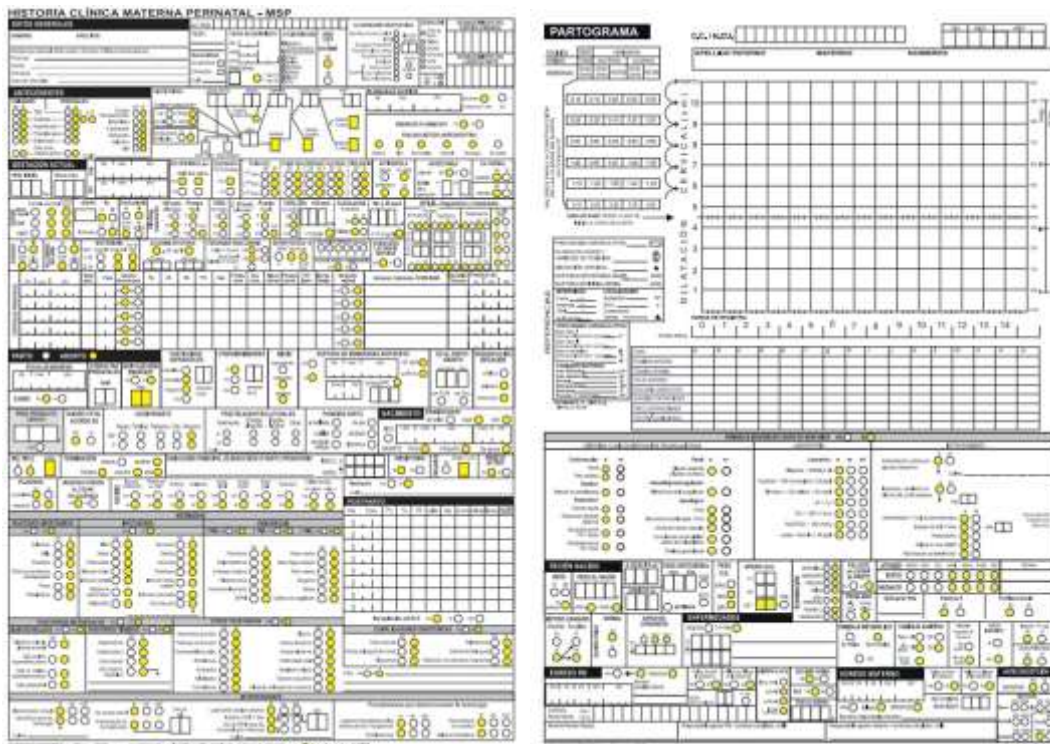


Imagen 4. Forma 051

La Libertad, 30 de mayo de 2021

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado **FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA PUNTUACIÓN DEL TEST DE APGAR EN EL RECIÉN NACIDO ATENDIDO EN EL HOSPITAL DR. RAFAEL SERRANO LÓPEZ, LA LIBERTAD. 2020**, elaborado por **BOHÓRQUEZ PALMA CESÁR AUGUSTO** estudiante de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente trabajo de titulación, se encuentra con el 4 % de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

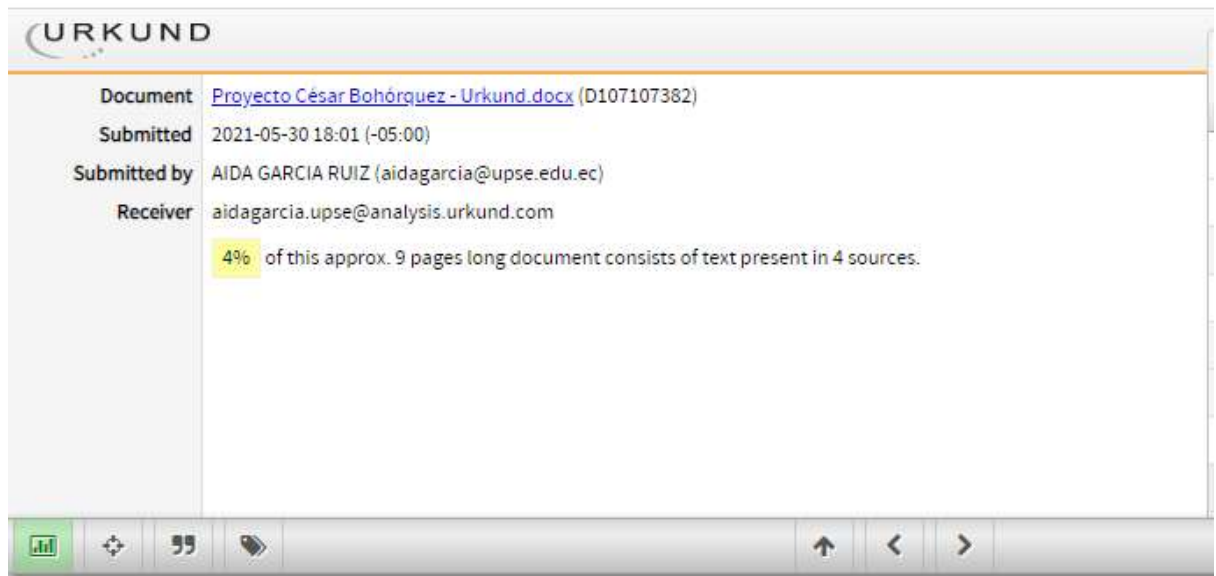
Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,



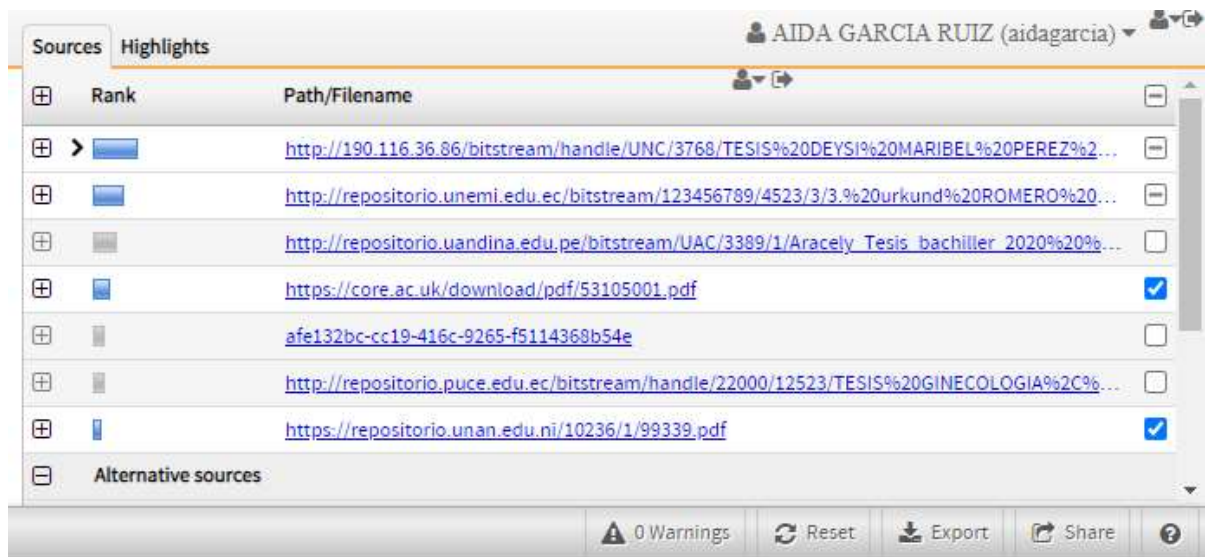
Lcda. Aida Garcia Ruiz, MSc
Tutor de trabajo de titulación

Reporte Urkund.



The screenshot shows the URKUND report interface. At the top, the document is identified as "Proyecto César Bohórquez - Urkund.docx" with ID D107107382. It was submitted on 2021-05-30 18:01 (-05:00) by AIDA GARCIA RUIZ (aidagarcia@upse.edu.ec) to a receiver at aidagarcia.upse@analysis.arkund.com. A summary indicates that 4% of the document's text is derived from 4 sources. The interface includes a toolbar with icons for document analysis and navigation.

Fuentes de similitud



This screenshot displays the 'Sources of Similarity' section. It features a table with columns for 'Rank', 'Path/Filename', and a selection checkbox. The user 'AIDA GARCIA RUIZ (aidagarcia)' is logged in. The table lists several sources, including URLs from various university repositories and a PDF file. Two sources are checked. At the bottom, there are controls for '0 Warnings', 'Reset', 'Export', and 'Share'.

Rank	Path/Filename	
>	http://190.116.36.86/bitstream/handle/UNC/3768/TESIS%20DEYSI%20MARIBEL%20PEREZ%20...	<input type="checkbox"/>
	http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4523/3/3.%20urkund%20ROMERO%20...	<input type="checkbox"/>
	http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/3389/1/Aracely_Tesis_bachiller_2020%20%...	<input type="checkbox"/>
	https://core.ac.uk/download/pdf/53105001.pdf	<input checked="" type="checkbox"/>
	afe132bc-cc19-416c-9265-f5114368b54e	<input type="checkbox"/>
	http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12523/TESIS%20GINECOLOGIA%2C%...	<input type="checkbox"/>
	https://repositorio.unan.edu.ni/10236/1/99339.pdf	<input checked="" type="checkbox"/>