

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**FACTORES MATERNOS Y PERINATALES RELACIONADOS
CON LA DEPRESIÓN EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL
ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE. 2017**

PRESENTADO POR:

Bach. MANCO VILCHERRES, Milagros Alexandra

ASESORA:

Dra. SERRANO VALDERRAMA, Luz Carmen

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

NUEVO CHIMBOTE- PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



Revisado y V° B° de:

Dra. SERRANO VALDERRAMA, Luz Carmen

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



DRA. ISABEL MORGAN ZAVALETA
PRESIDENTA

MS. YOLANDA RODRIGUEZ BARRETO
SECRETARIA

Dra. SERRANO VALDERRAMA, Luz Carmen

INTEGRANTE

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el aula Multimedia de la Escuela de Enfermería, siendo las 12:00 horas del día 14 de diciembre de 2018, dando cumplimiento a la Resolución N° 243-2018-UNS-FC, se reunió el Jurado Evaluador presidido por Dra. Isabel Morgan Zavaleta, teniendo como miembros a Ms. Yolanda Rodríguez Barreto (secretario) (a), y Dra. Carmen Serrano Valderrama (integrante), para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Licenciada en Enfermería, realizado por el, (la), (los) tesista (as).....

Milagros Alexandra María Vilcherra

quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada:

Factores Maternos y perinatales relacionados con la depresión en recién nacidos. Hospital Eleazar Gozman Borón. Nuevo Chimbote. 2017.

Terminada la sustentación, el, (la), (los) tesista (as)s respondió (ieron) a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El Jurado, después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como sobresaliente, asignándole un calificativo de 20 puntos, según artículo 103° del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Santa, vigente (Resolución N° 492-2017-CU.-R-UNS)

Siendo las 13:00 horas del mismo día se dió por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del Jurado en señal de conformidad.

Nombre: Dra. Isabel Morgan Zavaleta

Presidente

Nombre: Ms. Yolanda Rodríguez Barreto

Secretario

Nombre: Dra. Carmen Serrano Valderrama

Integrante

Distribución: Integrantes J.E (), tesistas () y archivo (02).



DEDICATORIA

A DIOS, y a la VIRGEN DE GUADALUPE

por haberme otorgado una familia unida, por ser mis guías en todo momento de mi vida, darme sabiduría y fortaleza para las decisiones que tomaba cada día para lograr mis metas satisfactoriamente.

A MIS PADRES, PEDRO Y MILAGROS, A

MI ABUELITA ANA, quienes han creído siempre en mí, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio, enseñándome a valorar todo lo que tengo. Por estar conmigo en los momentos de mi formación profesional.

*A la memoria de **MI MADRINA**, la lic.*

Gladys Manco *quien fue enfermera asistencial del Hospital ESSALUD de Cajamarca y me apoyó en la decisión de mi vocación profesional que había elegido, por ser mi guía y un ejemplo a seguir, demostrando ser una buena enfermera.*

LA AUTORA

AGRADECIMIENTO

A la Dra. SERRANO VALDERRAMA, Luz Carmen, por su apoyo y orientación en el desarrollo de mi tesis, una profesional admirable que, gracias a sus excelentes enseñanzas durante mi formación como estudiante, pude lograr muchos objetivos en la carrera de enfermería; y tener cierto interés con la neonatología. Agradecerle por la paciencia, por su tiempo de dedicarle a mi trabajo para que pueda finalizarlo con éxito, y por llegarme a tenerme la confianza. Por todo lo anterior expresado, Dios la cuide y proteja siempre.

AGRADECIMIENTO

A MI ALMA MATER LA UNIVERSIDAD NACIONAL

DEL SANTA, que nos permitió formarnos en lo personal

y profesionalmente, y poder lograr mis metas con éxito.

A LAS DOCENTES DE LA ESCUELA DE

ENFERMERIA de la Universidad Nacional del Santa

por sus enseñanzas humanísticas, ética, tecnológica y

científica, que son la base de nuestra formación

profesional, demostrando en la práctica, los

conocimientos.

A LAS LICENCIADAS EN OBSTETRICIA QUE

LABORAN EN CENTRO OBSTETRICO DEL

HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, por las

facilidades brindadas para la ejecución de la presente tesis.

Alexandra

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	vi
INDICE GENERAL.....	viii
INDICE DE TABLAS.....	ix
INDICE DE GRAFICOS.....	x
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	13
OBJETIVOS:.....	37
OBJETIVO GENERAL.....	37
OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	37
HIPOSTESIS:.....	37
II. MARCO TEORICO.....	39
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	49
IV. RESULTADOS.....	62
V. DISCUSIÓN:.....	87
VI- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	104
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:.....	107

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01 FACTORES MATERNOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE. 2017	62
TABLA N°02 FACTORES PERINATALES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE. 2017	64
TABLA N°03 DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON. NUEVO CHIMBOTE. 2017	53
TABLA N°04 FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON. NUEVO CHIMBOTE.2017.	65
TABLA N°05 FACTORES PERINATALES RELACIONADOS CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRON. NUEVO CHIMBOTE.2017.	67

INDICE DE GRAFICOS

	Pág.
GRAFICO N°1 DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMAN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE.2017.	66
GRAFICO N°8 FACTORES MATERNOS: Edad relacionada con la Depresión en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017.	69
GRAFICO N°9 FACTORES MATERNOS: Grado de instrucción Materna relacionada con la depresión en recién nacidos.Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017.	70
GRAFICO N°10 FACTORES MATERNOS: Residencia relacionada con la depresión en recién Nacidos.Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017.	71
GRAFICO N°11 FACTORES MATERNOS: Control prenatal relacionada con la depresión en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017.	72
GRAFICO N°12 FACTORES MATERNOS: Paridad relacionada con la depresión en recién nacidos Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017.	73
GRAFICO N°13 Factores Maternos: Tipo de parto relacionada con la depresión en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017.	74
GRAFICO N°14 FACTORES MATERNOS: Enfermedad hipertensiva del embarazo relacionada con la depresión en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017.	75
GRAFICO N°15 FACTORES MATERNOS: Placenta previa relacionada con la depresión en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017.	76

GRAFICO N°16	FACTORES MATERNOS: Desprendimiento prematuro de placenta relacionada con la depresión en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017.	77
GRAFICO N°17	FACTORES MATERNOS: Rotura prematura de membranas relacionada con la depresión en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017.	78
GRAFICO N°18	FACTORES MATERNOS: Infección de vías urinarias relacionada con la depresión en recién nacidos.Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017.	79
GRAFICO N°19	FACTORES PERINATALES: Sexo relacionada con la depresión en recién nacidos.Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017.	81
GRAFICO N°20	FACTORES PERINATALES: Distocias de presentación relacionada con la depresión en recién nacidos.Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017.	82
GRAFICO N°21	FACTORES PERINATALES: Circular de cordón relacionada con la depresión en recién nacidos.Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017	83
GRAFICO N°22	FACTORES PERINATALES: Edad Gestacional relacionada con la depresión en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017.	84
GRAFICO N°23	FACTORES PERINATALES: Peso al nacer relacionada con la depresión en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017	85
GRAFICO N°24	FACTORES PERINATALES: Liquido amniótico relacionada con la depresión en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017	86

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, tiene como objetivo general conocer los factores maternos y perinatales relacionados con la depresión en recién nacidos. Nuevo Chimbote, 2017. La población estuvo constituida por 240 madres y sus recién nacidos. Se aplicó el instrumento ficha de análisis de contenido sobre factores maternos, perinatales y depresión en recién nacidos. El procesamiento y análisis de datos fue mediante software especializado SPSS en dos niveles: Descriptivo y analítico. Llegando a las siguientes conclusiones:

1. Factores maternos: 39.2% edad más de 35 años, 40,8% secundaria, 44,6% urbano marginal, 46.3% menos de 6 controles prenatales, 51,7% primíparas; 60,8% parto distócico, 20.4% eclampsia, 9.2% placenta previa; 8.8% desprendimiento prematuro de placenta (DPP); 37.5% rotura prematura de membranas (RPM) y 6,7 % infección de vías urinarias.
2. Factores perinatales: 60,4% sexo masculino, 12,5% distocias de presentación, 32.9% circular de cordón deslizable, 42.9 término, 34,6% bajo peso al nacer y 18.8% líquido meconial.
3. En depresión, 17.9% presentaron severa, 37.5% moderada y 44.6% no presentaron depresión en recién nacidos.
4. Existe relación estadística significativa entre factores maternos: edad, grado de instrucción, residencia, tipo de parto, enfermedad hipertensiva del embarazo. No existe relación estadística con control prenatal, paridad, placenta previa, DPP, RPM e infección de vías urinarias.
5. Existe relación estadística significativa en factores perinatales y depresión en recién nacidos: sexo, edad gestacional, peso y líquido amniótico. No existe relación con distocias de presentación y circular de cordón.

Palabras claves: Factores maternos, perinatales, y depresión en recién nacidos

ABSTRACT

The present research work is descriptive, correlational cross-sectional, has as a general objective to know the maternal and perinatal factors associated with depression in newborns. New Chimbote, 2017. The population was composed of 240 mothers and their newborns. The instrument was administered tab of analysis of content on maternal factors, perinatal and depression in newborns. The processing and analysis of data was using specialized software SPSS at two levels: Descriptive and analytical. Arriving at the following conclusions:

1. Maternal factors: 39.2 per cent aged more than 35 years, 40.8% secondary, 44.6% urban marginal, 46.3% less than 6 prenatal controls, 51.7% primiparas; 60.8% difficult calving, 20.4% eclampsia, 9.2% placenta previa; 8.8% premature detachment of placenta (DPP); 37.5% premature rupture of membranes (RPM) and 6,7 % for urinary tract infection.
2. Perinatal factors were: 60.4% males, 12.5% dystocia of presentation, 32.9% circular of bead slide, 42.9 Term, 34.6% low birth weight and 18.8% meconium fluid.
3. Depression, 17.9% had severe, 37.5% moderate and 44.6% did not present depression in newborns.
4. There is a statistically significant relationship between maternal factors: age, level of education, residence, type of delivery, hypertensive disease of pregnancy. There is no statistical relationship with prenatal care, parity, placenta previa, DPP, RPM and infection of the urinary tract.
5. There is a statistically significant relationship in perinatal factors were and depression in newborns: sex, gestational age, weight and amniotic fluid. There is no relationship with dystocia of presentation and circular of bead.

Key words: Maternal and perinatal factors, and depression in newborn infants.

I. INTRODUCCIÓN

El crecimiento de una nueva vida durante nueve meses en el útero de una mujer es un fenómeno biológico asombroso. La creación de una vida es algo realmente complejo, aproximadamente 130 millones de mujeres de todo el mundo experimentan cada año el gozo de tener una vida en su vientre. (Brewer & Bhattacharya, 2011)

Cuando se produce la concepción, los cambios hormonales en el cuerpo de la madre preparan al útero para la implantación y posterior desarrollo del embrión esta etapa dura de 38 a 40 semanas desde el momento de la fecundación. La mujer embarazada reprime su sistema inmunitario para asegurar que su cuerpo no rechace al feto, esto implica que es más sensible a ciertas infecciones, enfermedades y sufrir complicaciones por lo cual los profesionales de salud recomiendan a las futuras madres controles prenatales para evitar riesgos potenciales tanto para la madre como el feto. (Perez Sanchez & Donoso Siña, 2011)

El control prenatal son acciones y procedimientos que los profesionales de salud realizan para prevenir, tratar y diagnosticar posibles factores que puedan condicionar muerte materna o fetal. El objetivo es lograr que la gestación culmine exitosamente con la madre y que el recién nacido no tenga ninguna complicación. La gestación de la madre se controla mensualmente y aumentan las visitas al centro de salud, cuando la fecha de parto esta próxima. (Brewer & Bhattacharya, 2011) (Perez Sanchez & Donoso Siña, 2011)

Para algunas embarazadas la probabilidad de padecer daño determinado es mayor que otras. Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados que pueden llegar a un máximo necesario solo para aquellas con alta probabilidad. La asociación de un factor de riesgo no siempre está definida. Un factor de riesgo es la característica biológica, social o ambiental que, al estar presente, se asocia con un aumento de la probabilidad de que la madre, el feto o el recién nacido puedan sufrir algún daño. Desde el punto de vista médico, daño es la morbimortalidad que puede experimentar un individuo como consecuencia de la acción del factor de riesgo. Estos factores de riesgo se basan en características individuales o sociodemográficas desfavorables, historia reproductiva. Existen exámenes en los controles prenatales que previenen futuras complicaciones para la madre, feto y recién nacido como por ejemplo el análisis de orina para detectar infecciones del tracto urinario que pueden provocar partos prematuros, análisis de sangre para detectar enfermedades de transmisión sexual que, sin tratamiento podrían transmitir al feto o durante el parto, también se podría detectar madres con diabetes gestacional o anemia, el control de la presión arterial puede avisar también sobre afecciones de preemclapsia. (Nassif, 2012) (Leveno, Cunningham, & Bloom, 2011)

En relación a los factores maternos que podrían influir en la incidencia de depresión en recién nacido tenemos según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en 2014 el embarazo adolescente en el Perú subió al 14,6 % en los últimos 14 años, la maternidad temprana creció en un 1 % el porcentaje de adolescentes que ya son madres y 0,6 % en las que quedan embarazadas por primera vez. La edad materna es un factor que se asocia debido a los cambios

psicosociales que ocurren en cada etapa de vida en la mujer, es así que los hijos de aquellas menores de 20 años pueden presentar un alto riesgo, las que tienen entre 20 y 34 años un bajo riesgo, y las que son mayores de 34 años presentan un riesgo intermedio. La edad materna en cierta forma guarda relación con el grado de tolerancia y responsabilidad, mujeres que su edad es mayor de 35 años presentan mayores riesgos, patologías o complicaciones en el embarazo como hipertensión, siendo estos riesgos para el bebé. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015) (Chore Ramirez, 2012)

El conocimiento materno es un conjunto de conceptos, ideas, principios y hechos que adquiere por medio de una educación ya sea formal e informal, acerca de medidas a tener en cuenta para evitar enfermedades y complicaciones, el tener un conocimiento es un medio eficaz que constituye cambios de actitudes y mejoramiento del nivel de vida; la madre es la principal proveedora de asistencia sanitaria a la familia debe poseer un conocimiento suficiente que le permita tener mejores condiciones para así enfrentar con responsabilidad los cuidados. (Arias Altamirano & Orozco, 2017)

El grado de instrucción es el factor que más influencia tiene sobre la morbimortalidad infantil, si es deficiente induce a tomar decisiones o conductas inapropiadas llevando a soluciones tardías, pudiendo conducir a serias complicaciones e incluso la muerte del menor. (Nakandakari G, De la Rosa C, & Jaramillo S , 2012)

Las familias que viven en zonas rurales no poseen todos los servicios básicos para vivir, algunos no cuentan con agua, desagüe, luz, o viven muy alejados de

puestos o Centros de Salud, que contribuirían a no tener una atención adecuada y oportuna, como por ejemplo el control prenatal (CPN) y cuando llega el momento del parto, el estar en zonas alejadas y no llegar a tiempo trae como consecuencia que tanto la madre y el recién nacido puedan presentar patologías que como consecuencia exista una muerte materno-infantil por el limitado acceso a los servicios de salud. (Del Valle Cacela, 2010) (Pérez Porto , s.f.)

También se tiene factores prenatales gestacionales como enfermedades que presenta la madre antes o durante el embarazo y las complicaciones que puede padecer. La hipertensión arterial en el embarazo son trastornos que complican alrededor del 10% de los embarazos. Sus formas severas, la preeclampsia y eclampsia, representan alrededor del 4,4% de todos los nacimientos. (Alvarado Alva, 2014)

En el embarazo pueden ocurrir complicaciones obstétricas como las hemorragias en el primer trimestre o segundo trimestre; la hemorragia es el sangrado producido en el embarazo, el cual, es causante de morbilidad e incluso mortalidad perinatal y materna. Dentro de ellas se encuentra la placenta previa la cual se define como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. En el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), que es el mayor centro de referencia del Ministerio de Salud (MINSA) del Perú, se encontró una incidencia de 0,8 a 1,02% de todos los partos ocurridos entre los años 2007 y 2008. (Perez Aliaga, 2010)

El desprendimiento prematuro de placenta se define como la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, ocurriendo esto antes de la

expulsión fetal. Se desencadena a consecuencia de una hemorragia en la interfase decidua-placenta y su definición queda limitada para gestaciones mayores de 20 semanas. Entre el 0,4 y 0,64% del total de partos ocurridos en el INMP entre los años 2007 y 2008. La mortalidad materna fue menor a 1% y la mortalidad perinatal aproximadamente 20 a 35% . (Alvarado Alva, 2014) (Zamorano Nieves, 2015)

La ruptura prematura de membranas (RPM), se define como la rotura de las membranas ovulares, después de las 21 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto. Cuando la rotura prematura de membrana ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino. (Ministerio de salud Pública, 2008)

Al nacer, el organismo del recién nacido debe experimentar una serie de cambios anatómicos, fisiológicos, metabólicos y bioquímicos; además de la capacidad que tenga para adaptarse al medio ambiente. Natural o no, **cualquier tipo de parto conlleva una serie de posibles complicaciones**. Esto no significa que el parto deba ser tomado como algo peligroso o tener miedo a él, sino que un parto es un proceso natural en el que debemos tomar medidas que previenen complicaciones. Existen riesgos que afectan a la salud del feto como circular de cordón, se calcula que un 30 o 40 % por ciento de los bebés se presentan con una vuelta de cordón en el momento del parto, esta complicación afecta al recién nacido presentando un depresión moderado o severo. (Calwin, 1992)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Recién Nacido es el que tiene menos de 28 días”. Los 28 primeros días de vida son los que comportan un

mayor riesgo de muerte para el niño. El periodo de recién nacido comienza en el nacimiento (independientemente de la edad gestacional) y comprende el primer mes de vida. Durante este tiempo se producen importantes transiciones fisiológicas en todos los órganos y sistemas. El recién nacido empieza a ventilar y llora casi inmediatamente después de nacer, lo que indica el establecimiento de respiración activa. (J. Marcadante, Kliegman, & E. Behrman, 2013)

Cuando la mujer está en trabajo de parto, la oxigenación fetal depende de la extracción de oxígeno desde el espacio intervilloso de la placenta, sitio donde llega la sangre materna oxigenada. Durante las contracciones uterinas del trabajo, el flujo de sangre materna hacia el espacio intervilloso se reduce, disminuyendo momentáneamente el aporte de oxígeno al feto. Los fetos sanos, pueden tolerar esta reducción transitoria, del aporte de oxígeno sin problemas, pero si el flujo es interrumpido el feto presentará problemas. Diferentes situaciones fisiopatológicas pueden reducir la oxigenación fetal, involucrando factores maternos, ovulares y fetales. (Perez Sanchez & Donoso Siña, 2011) (J. Marcadante, Kliegman, & E. Behrman, 2013)

La depresión en el recién nacido es un problema clínico que conduce a una alta mortalidad y afectación neurológica. Anualmente cerca de 4 millones de recién nacidos son afectados por este problema clínico en todo el mundo y el 50% de estos fallece o presenta secuelas neurológicas. El término depresión en recién nacidos o depresión al nacer se refiere a una puntuación de Apgar baja inicialmente con recuperación posterior; en cambio la Asfixia perinatal asume:

hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica. (Los peques, 2014)

Normalmente la mayoría de los niños nacen vigorosos, pero aproximadamente el 10 % de los recién nacidos requieren de algún tipo de asistencia para iniciar la respiración al nacer, y cerca del 1 % necesita medidas complejas de reanimación para sobrevivir. El objetivo de la asistencia médica será suprimir la causa que provocó la depresión y sus consecuencias, pues un fallo en esta puede conllevar a problemas para toda la vida. La depresión del recién nacido en el acto del nacimiento ha sido ampliamente estudiada por numerosos autores, con intención de minimizar las causas que llevan al niño a este trastorno. (Montero Vizcaíno, Balleste López, & Vizcaíno Alonso, 2009) (Alvarado Alva, Manual de Neonatología, 1995) (Douglas Cunningham, Fabien Gabriel, & Gomella, 2011)

El test de Apgar es una evaluación del recién nacido en los primeros minutos de su vida, que se ha utilizado para decidir conductas y tener un pronóstico; El Apgar fue creado por un médico especializada en anestesia y pediatría, Virginia Apgar, es el método más utilizado para evaluar la salud de los recién nacidos y ha reducido considerablemente la mortalidad infantil en el mundo. En 1953, Virginia publicó los estudios que había desarrollado sobre la primera escala de valoración de la vitalidad de recién nacido, denominada luego “prueba del Apgar”. Hoy en día este test se aplica a todos los recién nacidos en dos momentos, un minuto después del parto y, nuevamente, a los 5 minutos después del mismo (en ocasiones también a los diez minutos). Esta prueba evalúa cinco aspectos simples de los recién nacidos: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, presencia de

reflejos, tono muscular y color, dándole a cada uno una puntuación de cero a dos. El puntaje sumatorio (Apgar Score) va del 0 a 10. Si el bebé obtiene un puntaje de 3 o menos, se considera que su estado de salud es crítico, si el puntaje es de 4 a 6 se clasificará como “bastante bajo”, y si el puntaje es de 7 a 10, se considerará que el estado de salud es normal. Actualmente se denomina como Depresión severa (0-3), Depresión moderada (4-6) y Normal (no deprimido) (7-10). La puntuación del Apgar es un método útil para evaluar al recién nacido, esta prueba nos ayuda para la intervención más adecuada en la cual no se debe retrasar la implementación de ninguna maniobra terapéutica oportuna. (Villanueva Meyer, 2015)

El sistema de puntuación de Apgar permite valorar la gravedad de la depresión respiratoria y neurológica en el momento del nacimiento mediante la puntuación de ciertos signos físicos. Todo recién nacido debería valorarse exactamente al primer minuto y a los cinco minutos después del nacimiento para anotar ambas puntuaciones. La puntuación máxima de 10 es poco frecuente; cuanto más baja sea la puntuación, más deprimido se hallará el recién nacido (menor o igual a 3 indica una depresión severa). Las puntuaciones bajas, sobre todo a los 5 minutos predicen con mayor probabilidad una lesión neurológica residual o la muerte neonatal, aunque la mayoría de los recién nacidos con una puntuación baja de Apgar a los 5 min sobreviven y son normales, una puntuación baja de Apgar puede estar causada tanto por asfixia perinatal o respiratoria como por depresión neurológica debida al paso transplacentario de anestésicos administrados a la madre. Un recién nacido con una puntuación baja de Apgar debido a asfixia perinatal aparecerá cianótico o pálido y presentará una función cardiaca

disminuida y una presión arterial baja, mientras que un recién nacido deprimido por los anestésicos es probable que presente un color y una presión arterial normales en el momento del nacimiento. (Instituto de evaluación tecnológica en Salud, 2016).

El nacimiento de bebés deprimidos es una de las principales causas de morbilidad perinatal en el ámbito mundial y nacional; siendo de esta manera un problema de salud pública de gran importancia. En 2016; el 75% de recién nacidos fallecieron durante la primera semana de vida y cerca de un millón de recién nacidos fallecieron el primer día de vida asociados a la falta de asistencia de calidad durante el embarazo, el parto o inmediatamente después del parto. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

En el mundo la depresión en recién nacidos o depresión al nacer es una de las causas de mortalidad, tal es el caso que los eventos se presentan en la etapa fetal; teniendo como datos que el 5% ocurre antes del inicio de trabajo de parto, 85% durante el parto y 10% durante el período neonatal; si los profesionales de salud son competentes en la asistencia del niño con depresión se podría evitar más muertes perinatales.

Si bien la depresión en recién nacidos ha disminuido a nivel mundial debido a los cambios en la atención prenatal, los cuidados perinatales, el seguimiento del bienestar fetal, y la atención al parto que conllevan a una detección precoz de los factores de riesgo, que permiten actuar; sigue teniendo prevalencia en muchos países.

Un estudio en el Perú sobre “Morbimortalidad en neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología procedentes de alojamiento conjunto y emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón-Puno (octubre del 2016- febrero del 2017)”, de los 209 recién nacidos hospitalizados que cumplían con los criterios de inclusión, se obtuvo: con respecto al tipo de parto: el 34,45% (n=72) fueron resultado de parto vaginal, mientras que el 65,55% (n=137) fueron resultado de parto por cesárea. Con respecto al sexo: el 53,59% (n=112) fueron de sexo femenino, el 46,41% (n=97) fueron de sexo masculino. Con respecto a la edad al momento de ingreso al servicio de neonatología: Recién nacidos de 0-24 horas de vida n=123 que corresponde a 58,85%; recién nacidos de 24 horas de vida a 1 semana de vida n=47 que corresponde a 22,49%; recién nacidos con más de una semana de vida n=39 que corresponde a 18,66 %. Con respecto al peso del recién nacido: los recién nacidos con peso menor de 2500 representaron un 22,01% (n=46); recién nacidos con peso 2500 a 4000 g representaron el 69,38% (n=145); recién nacidos con más de 4000 g representaron un 8,61% (n=18). Con respecto a la edad gestacional: los recién nacidos pre-término representaron un 20,10% (n=42); recién nacidos a término representan el 72,73%(n=152); recién nacidos post-término representan el 7,18% (n=15). Con respecto al Apgar al nacimiento: los recién nacidos con depresión severa menor o igual a 3 fue de 1,30% (n=6); los recién nacidos con depresión moderada de 4-6 puntos representaron el 31,17% (n=67.53); los recién nacidos con Apgar normal de 7-10 puntos representaron el 67.53% (n=312). (Apaza Canaza, 2017)

EN EL AMBITO INTERNACIONAL: Existen estudios relacionados con la depresión en recién nacidos.

EL SALVADOR, (Amaya Claros, Arevalo Cerón, & Lopez Paz, 2004) Investigaron Factores prenatales e intraparto relacionados con puntaje de Apgar bajo en Hospital Nacional Zacamil. Se encontró que durante el año 2004 se asistieron un total de 3027 partos de los cuales 44 casos tuvieron Apgar 6 o menos representando una frecuencia de 1.4%. De los neonatos con Apgar bajo al minuto se encontró una tasa de recuperación satisfactoria mayor al 80% a los 5 minutos. Se concluyó: edad materna de 20 a 24 años con 40,9%, con 63,6% primiparidad, con 45,5% ningún control prenatal, parto vaginal con 61,4%; en recién nacido 65,9% sexo masculino, con 88,6% recién nacido a término, con 75% peso de 2500- 3999, con líquido 63,6% amniótico claro. Presentaron un Apgar de 4-6 con 88,6%. La mayor incidencia se observó en neonatos de término con peso entre rangos normales. Se concluyó que la edad materna, primiparidad, control prenatal incompleto o ausente, distocias de parto y cesáreas son factores de riesgo que el recién nacido presente Apgar bajo.

CUBA, (Cárdenas Peña , 2004). En su investigación, “Algunos factores de riesgo que inciden en los niños con Apgar bajo en el Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna” en el período de enero – diciembre del año 2004”, En el estudio encontramos un total de 30 casos con Apgar bajo para un 0.7%, el mayor número se presentó en la gestación a término con 66.6% ($p > 0.05$), con un 86.6% cuyo peso osciló entre 2500 y 3999 gramos ($p < 0.001$), las cesáreas continúan detrás de los partos eutócicos con un 40.0% ($p < 0.05$), se

mantuvo la hipertensión arterial como enfermedad más frecuente con 40.0% al igual que la presencia de líquido amniótico meconial con 60% ($p < 0.05$), se encontró solo un 33.3% de casos con período expulsivo demorado ($p < 0.05$), un 46.6% de recién nacidos presentaron alteraciones foliculares ($p < 0.001$) y se observaron anomalías cardiotocográficas en un 56.6% ($p < 0.05$).

URUGUAY. (2005) (Silvera Jeffrey , Borbonet, & Moraes, 2005). en su investigación “Atención neonatal el Recién Nacido deprimido severo a término”, se analizaron un total de 26 historias clínicas, llegando a la conclusión, la elevada mortalidad y morbilidad de los recién nacidos de término deprimidos severos. Se concluye que el 71% de recién nacidos al primer minuto eran deprimidos y el 14% de recién nacidos fueron deprimidos severos; también se observó la elevada incidencia de alteraciones de gases en sangre durante la asistencia ventilatoria y alteraciones en el metabolismo de la glucosa. Se destaca el alto porcentaje de convulsiones y ausencia de realización de estudio electroencefalográfico en un número importante de recién nacidos. La elaboración de un protocolo de asistencia adecuado a la realidad asistencial local, y teniendo en cuenta los resultados de la auditoria de historias clínicas, podría mejorar la calidad de atención, disminuir la morbimortalidad y los costos de la asistencia.

ESTADOS UNIDOS, (Genzel Boroviczény , Hempelman, & Martinez, 2006). en su investigación “Valor predictivo del puntaje de Apgar de 1 minuto para la supervivencia a las 23 a 26 semanas de edad gestacional” En lo cual concluyeron que, a pesar de la reanimación con éxito, los niños entre 23 y 26 semanas tienen un muy pobre pronóstico para la supervivencia cuando se presenta con

bradicardia, cianosis y no esfuerzos respiratorios (1-min Apgar = 1) al nacer. Según nuestros datos, iniciar un tratamiento activo para un bebe de 23 semanas con bradicardia y apnea del sueño es casi siempre sin éxito, mientras que, en 26 semanas de gestación, la posibilidad de supervivencia es más alta que la probabilidad de muerte.

CUBA, (Arena Bautista, 2006).En su estudio “Recién nacido severamente deprimido, incidencia y mortalidad. Hospital Eusebio Hernández 2004-2005”, de los cuales se estudiaron 80 casos de recién nacidos con Apgar bajo, a los cuales se les aplicó reanimación en los primeros cinco minutos de vida y se evaluó la supervivencia. Se obtuvo como resultado que los neonatos de bajo peso y de menor edad gestacional presentaron una elevada mortalidad perinatal, representada principalmente por los defectos congénitos y la asfixia, por lo que recomendamos insistir en una atención prenatal y perinatal intensiva (30).

CHILE, (Salvo F, Flores A, Alarcón R, & Colab, 2007) Investigaron “Factores de Riesgo de Test de Apgar bajo en recién nacidos”, Se analizan los datos de 57 241 recién nacidos (RN), entre los años 1997 y 2004. Se obtuvo 1 167 presentaron un Puntaje de Apgar A < 3 al minuto (2,1%) y 291 presentaron además un puntaje < 5 a los 5 minutos (0,5%). Los factores de riesgo de Puntaje bajo estadísticamente significativos fueron: RN de muy bajo peso, malformaciones congénitas mayores, RN pequeño para la edad gestacional, RN pretérmino, embarazo de 42 semanas, expulsivo prolongado, fórceps, desprendimiento placentario y líquido amniótico con meconio.

CUBA. (León Perez & Ysidrón Iglesias, 2010) Investigaron sobre Factores relacionados con el puntaje de Apgar bajo al nacer en el Hospital Materno de Referencia Nacional de Asmara en Eritrea. Resultados: La duración del trabajo de parto y del período expulsivo, el modo de comienzo y terminación del parto, el uso de oxitocina, los antecedentes obstétricos desfavorables, las patologías crónicas asociadas al embarazo, el meconio en el líquido amniótico, la edad gestacional al parto y el peso del recién nacido están relacionados con el índice de Apgar bajo o depresión al nacer. Los factores más relacionados con el alto índice de Apgar bajo al nacer en esta institución fueron: el antecedente de hipoxia perinatal anterior, la enfermedad hipertensiva gravídica, el uso de oxitocina en cualquier momento del trabajo de parto, el mayor tiempo de duración del período expulsivo, la presencia de líquido amniótico meconial y el recién nacido con bajo peso al nacer.

CUBA. (Bandera Fisher, Goire Caraballo, & Cardona Sanchez, 2011). En su investigación “Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer”. Se concluyó que la edad materna fue inferior a 20 años con 23,9% y la edad gestacional de 37 semanas a 42 semanas al parto con 77,5%, el meconio en el líquido amniótico con 32,4%, las anomalías del cordón umbilical 32,4%, el parto distócico con 56,3% y la restricción del crecimiento intrauterino están relacionados con el índice de Apgar bajo al nacer. La depresión al nacer se asoció causalmente con las anomalías del cordón umbilical y el líquido amniótico meconial, teniendo asociación significativa la desnutrición fetal intrauterina, la edad gestacional al parto < 37 sem y 42 sem y la presentación fetal distócica. Se comprobó que al

actuar en el diagnóstico temprano y de certeza de un CIUR se lograría un mejor y mayor impacto en la población expuesta.

ESTADOS UNIDOS (Casey , McIntire, & Levene K, 2011). En su investigación “El valor del puntaje de Apgar para la evaluación del recién nacido, 2011”, los resultados fueron, el puntaje del APGAR al minuto resulta menor para predecir la muerte neonatal que después de los 5 minutos. En Recién Nacidos (RN) prematuros, el APGAR, a los 5 minutos está relacionado con la edad gestación; sin embargo, con Apgar menor a 3, la mortalidad fue independiente de la edad gestacional. En RN a término, la tasa de mortalidad estaba relacionada con el puntaje de Apgar a los 5 minutos independientemente de la edad gestacional. Una combinación de puntaje de Apgar a los 5 minutos de 0 a 3 y valores de pH igual o menor a 7, incrementan el riesgo de mortalidad neonatal en RN pretérmino y a término. Este riesgo incrementado persistió cuando la mortalidad entre los RN con Apgar a los 5 minutos de 0 a 3, pH menor o igual a 7 o ambos se comparó con RN con Apar a los 5 minutos de 7 a 10 y Ph mayor a 7.

BRASIL, (Oliveira, Thomé, Viera, & Colab, 2012) En su estudio “Apgar y la Mortalidad Neonatal en el Hospital de la Zona sur de Sao Paulo. Brasil”. Fueron 7094 nacimientos, había 139 muertes, 58,3% en la primera semana, 3,6% Apgar <4 a 1 minuto. Hubo una asociación positiva entre la mortalidad y esto varía significativamente con la disminución de cantidades de hasta 2.000 g de peso. En el peso de grupo < 1.000 g, la asociación de Apgar < 4 a 1 minuto con una tasa de mortalidad era tres veces mayor que el grupo g 1000 a 1500 y 35 veces mayor que en el grupo > 3,000 g. Entre los recién nacidos con Apgar de 8 a 10, la mortalidad

entre bajo peso al nacer fue dos veces mayor que el peso > 2.499 g. La prematuridad y el sufrimiento fetal se asocian con la muerte neonatal temprana; y las malformaciones de la mortalidad tardía sufrimiento fetal. El valor predictivo de muerte cuando la puntuación Apgar < 4 variada, en función del peso, a partir de 62,74% en el <1.000 g en 5,5% en el grupo de > 3.000 g. Conclusiones: La puntuación de Apgar fue mostrado en los factores epidemiológicos y la atención del parto, la mortalidad neonatal y se asoció con muy bajo peso al nacer.

BRASIL, (Assuncao , Alvarez, Ibidi, & Colab, 2012)En su investigación “Puntajes de Apgar bajo a los 5 minutos en una población de bajo riesgo: materna y factores obstétricos y resultado postnatal”, se obtuvo el período de expulsión prolongado (OR: 3,3, IC 95%: 1,3-8 3) se asociaron con Apgar < 7 en el minuto 5; así como con insuficiencia respiratoria al nacimiento (OR: 3,0, IC 95%: 1,3-6,9), intubación traqueal (OR: 2,5, IC 95%: 1,2-4,8), necesidad De la UTI neonatal (OR: 9,5, IC 95%: 6,7-16,8) y encefalopatía hipóxico-isquémica (OR: 14,1, IC 95%: 3,6-54,7). Ninguna otra variable prénatal se asoció con Apgar <7 en el minuto 5 (p <0,05). Se llegó a la conclusión que la desaceleración tardía y período expulsivo prolongado están asociados con Apgar < 7 en el 5 ° minuto en población obstétrica de bajo riesgo; situación relacionada con mayor riesgo de insuficiencia respiratoria en el parto, necesidad de soporte ventilatorio y encefalopatía hipóxico-isquémica.

CUBA, (Álvarez Gómez, Ruíz Hernández, & Hernández Núñez, 2014)En su investigación “Factores influyentes en la Depresión en Santa Cruz”. Los resultados que se obtuvieron fueron: la depresión al nacer fue más frecuente en hijos de madres mayores de 35 años (43,48 %), blancas (42,39 %) y con

antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo en el 25 % y 18,48 % respectivamente; la circular del cordón (45,65 %), la preeclampsia (25 %) y la rotura prematura de las membranas (14,13 %) fueron las afecciones del embarazo que más se presentaron; el nacimiento a término fue el más representado (57,61 %) y la cesárea la vía del parto más frecuente (44,57 %); la mayoría de los recién nacidos deprimidos fueron masculinos (57,61 %) y con peso normal al nacer (46,74 %).

EN EL AMBITO NACIONAL:

LIMA, (Rodríguez Samanillo, 2005) en su investigación “Factores de Riesgo Obstétricos para Apgar Bajo a los 5 minutos en Recién Nacidos a término. Instituto Especializado Materno Perinatal, los resultados que se obtuvieron fueron la incidencia de Apgar bajo a los 5 minutos en recién nacidos a término con 0.8% presentaron depresión moderada y 0.6% depresión severa. Los principales factores de riesgo para Apgar bajo a los 5 minutos fueron: parto podálico vía vaginal (OR 4.4), segundo gemelar (OR 4.12) y desprendimiento 4 prematuro de placenta (OR 2.8). El tabaquismo, drogadicción, alcoholismo, primiparidad, edad materna > 35 años, nacimiento nocturno, primer gemelar, bajo peso al nacer, macrosomía fetal, y sufrimiento fetal agudo también fueron factores de riesgo significativos para Apgar bajo a los 5 minutos. En este estudio el riesgo social, el parto por cesárea y la analgesia epidural no se asociaron con Apgar bajo a los 5 minutos en recién nacidos a término. Conclusiones: Diversos factores obstétricos se asocian con Apgar bajo a los 5 minutos en recién nacidos a término.

TRUJILLO, (Rodríguez Zúñiga, 2009) Investigó Macrosomía fetal, desprendimiento prematuro de placenta, bajo peso al nacer y sufrimiento fetal agudo como factores de riesgo obstétricos para Apgar bajo a los 5 minutos en recién nacidos a término en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2009. Resultados: De 50 pacientes que presentaron Apgar bajo a los 5 minutos, 30 (60%) tuvo sufrimiento fetal agudo, 11 (22%) presentó bajo peso al nacer, 3 (6%) tuvieron macrosomía fetal, ninguno presentó Desprendimiento prematuro de placenta; luego se observó que el sufrimiento fetal presentó un alto grado de asociación para ser factor de riesgo obstétrico presentando un $X^2= 5.316$, $p<0.05$; con un OR=4.42 y un IC (95%)= 1'15-16.96. Conclusiones: El sufrimiento fetal agudo y el bajo peso al nacer son factores de riesgo obstétrico para Apgar bajo a los 5 minutos en recién nacidos a término.

TRUJILLO, (Arana Alvarez, 2014) En su investigación, “Factores de riesgo asociados a puntaje Apgar bajo al nacer en neonatos del Hospital Belén de Trujillo período enero 2009-diciembre 2013. 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; $p<0.01$) se llegó a la conclusión que La prematuridad, el bajo peso al nacer, la preeclampsia, el expulsivo prolongado, el líquido amniótico meconial y la cesárea son factores de riesgo asociados a puntaje Apgar bajo al nacer.

HUÁNUCO, (Carpio Chávez, 2014). En su investigación “Factores relacionados con Apgar bajo al nacer en neonatos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco, 2014. Se concluyó que la edad materna < 15 años o > 35 años presentó un 28,3%, grado de instrucción con 44,7%, madres que residen en zona rural con 50%, hipertensión arterial con 23,1% , parto cesárea con 51,9% , infección urinaria con 26,7%, preeclampsia con 16,7%, placenta previa con 4,4%, en factores del neonato se presentó el sexo masculino con 51,1%, neonato termino con 68,3%, peso adecuado al nacer 66,7% y se presentó un Apgar bajo menor de 7 con 28,3%. Los antecedentes fueron 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 cesáreo (20,8%) y presentación podálica (15%). Se concluyó: La edad materna: < 15 años o > 35 años, patologías maternas asociadas al embarazo: hipertensión arterial, infección urinaria, pre-eclampsia, anemia y placenta previa, parto cesáreo y presentación podálica con una significancia estadística de ($P \leq 0,05$).

CHICLAYO, (Arbildo Muñoz & Ramirez Echendía, 2015) Investigaron Factores de riesgo a Apgar bajo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, período enero – diciembre, 2014. Resultados: se concluyó que en los neonatos el sexo masculino fue 68,5%, edad gestacional a termino con 68,5% y peso adecuado con 63,1%. El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo fueron: placenta previa (OR=17,11; $p < 0.01$), desprendimiento prematuro de placenta (OR=9.77; $p < 0.01$), líquido amniótico

meconial verde espeso (OR=9,9; $p<0.01$), desproporción cefalopélvica (OR=3.11; $p<0.01$), trabajo de parto prolongado (OR=8.88; $p<0.01$), alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal (OR=2.78; $p<0.05$). Conclusiones: La placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta, el líquido amniótico meconial, la desproporción cefalopélvica, el trabajo de parto prolongado y las alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal son factores de riesgo a Apgar bajo al nacer.

LIMA, (Vilcapaza Yucra , 2016) En su investigación “Factores de riesgo asociados a puntaje de Apgar bajo en el servicio de Neonatología del Hospital Dos de Mayo, julio 2015-diciembre 2016, teniendo como resultado que las madres de 18 a 35 años presentan un 75,9 %, grado de instrucción secundaria completa con 53,01 %, parto distócico con 54,2%; en neonatos se presentó sexo masculino con 54,8 %, edad gestacional a término con 98,8% y peso adecuado con 86,7%. Las variables que resultaron asociadas a puntaje de Apgar bajo fueron: la cesárea como vía de parto ($p = 0$, OR: 7.71 [3.06 -19.43]), líquido amniótico meconial ($p = 0$ OR: 11.89 [4.17-33.90]), presentación anómala ($p = 0$, OR: 2.88 [1.03 - 8.02]) y la educación materna inadecuada, entendida como secundaria incompleta ($p = 0$, OR: 4.76 [1.93 -11.69]).

LIMA, (Torres Alarcón , 2017). En su investigación “Factores de riesgo asociados a score de Apgar bajo en el servicio de neonatología del hospital de Ventanilla de julio a diciembre del 2016”. Se concluyó que en factores maternos: edad e 20 a 35 años presento 66,3%, preeclampsia con 15%, infección de vías urinarias con 46,8% cesárea con 35%, control deficiente con 51,2% líquido amniótico con 17,5%, en los factores del neonato presentó que un 54,4% fue sexo masculino, peso adecuado 88,1% prematuridad con 17,5%, circular de cordón

38,8%, liquido meconial 17,5. Los neonatos presentaron Apgar normal con 50% depresión moderada con 39,4% y depresión severa con 10,6%. Los factores de riesgo asociados al Apgar fueron el embarazo adolescente (OR=3.6 p<0.003), ITU en gestantes (OR=4.0 p <0.000), Preeclampsia (OR=4.5 p=0.015), cesárea (OR=2.33 p<0.020), prematuridad (OR=4.0 p <0.012), bajo peso al nacer (OR=5.5 p <0.016), liquido meconial espeso (OR=8.2 p<0.002) circular de cordón (OR= 4.9 p<0.00), control prenatal deficiente (OR= 4.5 p =0.00).

AMBITO LOCAL: Solo se encontró investigaciones relacionadas al Apgar.

(Serrano Valderrama, 2007) En su estudio: Tipos de Apgar del recién nacido asociado a la edad gestacional del recién nacido pretérmino en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón durante los años 2005 al 2006. Los resultados obtenidos fueron: El 95.8% de recién nacidos pretérminos son prematuros y solo el 4.2% son recién nacidos inmaduros. El 77.1% de Recién nacidos pretérminos presentaron un Apgar Bueno (7-10 puntos), el 16.7% una Depresión Moderada (4-6 puntos) y el 6.3% una asfixia (0-3). Si existió una relación estadística significativa p = 0.031 entre el tipo de Apgar relacionado a la edad gestacional del recién nacido pre término (45).

(Román Reyes & Rosales Santos, 2013) En su estudio “Antecedentes sociales y obstétricos maternos relacionados al Apgar del Recién Nacido Pretérmino. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2012”, los resultados fueron el 48.5% de las madres tienen entre 20 años, el 58,3% estudió nivel secundario; el 97,1% con pareja, el 38,8% residen en zona urbana, el 93,2% no consume sustancias toxicas, el 57,3% son multíparas, el 60,2% presentaron control prenatal

inadecuado, el 52,4% tienen intervalo intergenésico mayor de dos años, el 66% no presentaron antecedentes patológicos, el 79,6% e recién nacidos fueron pretérminos leves, el 61, 2% no registraron antecedentes en embarazados anteriores y el 63,1% no presentaron complicaciones obstétricas. El 86,4% de recién nacido pretérmino presentaron apgar normal (7-10 puntos); el 87% depresión moderada (4-6 puntos) y el 4,9% depresión severa (0-3 puntos). No se encontró relación estadística significativa al relacionar los antecedentes sociales y obstétricos maternos con el Apgar del recién nacido pretérmino.

(Marquez Castro, 2017) en su investigación “Antecedentes maternos y del recién nacido relacionados con el Apgar al nacer. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote. 2016”, es de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal. Llegando a las siguientes conclusiones: El 67,6% de las madres tienen entre 20-35 años, el 59,4% con instrucción secundaria, el 54,5% viven en asentamientos humanos, el 76,2% tienen pareja, el 76,6% no consume sustancias tóxicas, el 59,4% eran multíparas, el 77,5% presentaron menos de 6 CPN, el 58,2% tuvieron parto distócico, el 48% tuvieron intervalo intergenésico mayor de 2 años, el 93% no usaron medicamentos, el 72,5% no presentaron antecedentes patológicos, el 54,9% no tuvieron complicaciones obstétricas. El 54,5% de recién nacidos fueron del sexo masculino, el 75,8% fueron a término, el 66,4% tuvieron peso normal y el 82% no presentaron meconio al nacer y. El 79,1% de los recién nacidos presentaron Apgar normal, el 16,4% depresión moderada, el 4,5% depresión severa. No existe asociación estadística significativa entre los antecedentes maternos y el Apgar al nacer. Sí existe asociación estadística significativa entre la

edad gestacional, peso al nacer y meconio al nacer. No existe asociación significativa entre el sexo y el Apgar al nacer.

La depresión neonatal es un problema que se presenta en el nacimiento, los profesionales de salud valoran al recién nacido mediante el Test de Apgar, cuando el puntaje es de 4 a 6 por más de 5 minutos, se considera depresión moderada, si es menor de 3, se considera depresión severa, en algunos casos cuando este problema persiste, tiene una mayor incidencia de asfixia, que puede complicarse en una encefalopatía hipóxica isquémica que a lo largo plazo puede conllevar a una parálisis cerebral infantil o problemas neurológicos; múltiples factores de riesgo durante los periodos de gestación y proceso del parto, incluyendo los factores maternos y del recién nacido, han sido asociados por la Atención prenatal, siendo algunos de estos características prevenibles. (Organización Mundial de la Salud, 2004)

La mortalidad del recién nacido, en las primeras horas desde su nacimiento sigue siendo un tema importante para los profesionales de salud. Es responsabilidad del profesional de enfermería el cuidado inmediato y mediano del recién nacido. (Ministerio de Salud, 2015)

Según el Boletín estadístico de nacimiento en el Perú (2015); la puntuación del Apgar en el primer minuto los recién nacidos presentaron 80% puntaje mayor o igual de 7; 19% de los recién nacidos presentaron puntaje de 4 a 6 y 1% presentaron depresión severa; a los cinco minutos los recién nacidos presentaron los mismos datos estadísticos respectivamente. (Ministerio de Salud, 2015)

Durante mis prácticas pre-profesionales, en el servicio de neonatología y Obstetricia (sala de partos) en el Hospital Regional Eleazar Guzmán en Nuevo Chimbote, he tenido la oportunidad de observar que los nacimientos en recién nacidos deprimidos tienen alto riesgo de enfermar o morir, y es cada vez más frecuente el número de casos. En el nacimiento se producen los cambios más importantes en la adaptación al medio extrauterino y el profesional de enfermería debe actuar de manera rápida al dar la atención inmediata al recién nacido.

Por lo anteriormente expuesto y dado la importancia para el profesional de enfermería en el área del recién nacido y para las gestantes, se formula el siguiente problema:

¿CUÁL ES LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LOS FACTORES MATERNOS Y PERINATALES CON LA DEPRESIÓN EN RECIEN NACIDOS.HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN.NUEVO CHIMBOTE.2017?

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Conocer los factores maternos y perinatales relacionados con la depresión en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote. 2017.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los factores maternos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017
- Identificar los factores perinatales. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017
- Identificar la depresión en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017
- Determinar los factores maternos y perinatales relacionados con la depresión en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote.2017

HIPOSTESIS:

Implícita

El presente trabajo de investigación es importante porque permite conocer diversos factores de riesgo maternos y perinatales que influyen en la depresión en el recién nacido, el mismo que permitirá plantear estrategias que contribuyan a reducir el riesgo de muerte.

Los resultados permitirán ampliar los conocimientos y trabajar en el enfoque preventivo – promocional con las madres gestantes invitándolas que se acerquen al Hospital cuando se trate de un embarazo de riesgo.

El profesional de enfermería tendrá conocimientos de datos actuales en relación a los factores de riesgo que influyen en el RN, el cual servirá de base para brindar cuidados de calidad y atención eficiente y eficaz a los recién nacidos con depresión al nacer.

Contribuirá para tomar acciones y cuidado de enfermería que ayuden a disminuir la morbi-mortalidad por depresión en recién nacidos. Los beneficiarios de este trabajo serán las futuras madres, niños, familias, así como la comunidad en general y el Estado.

Para las enfermeras especializadas en el servicio de Unidad de cuidados intensivos neonatales les permitirá tomar medidas preventivas en el cual podrán disponer de recursos como materiales y equipos anticipadamente para la atención y cuidado del recién nacido con riesgo de Apgar bajo y que conlleve a depresión y finalmente en algunos casos asfixia.

Para las licenciadas en enfermería jóvenes, que sea un estímulo para que continúen estudiando con la especialización en esta área y sean recursos valiosos en los cuidados en los recién nacidos deprimidos.

Para las futuras madres que tendrán conocimiento sobre qué factores pueden presentarse en la etapa de gestación que pueda producir que su bebé pueda presentar depresión al nacer.

II. MARCO TEORICO

El presente trabajo de investigación se sustenta en el **enfoque de Riesgo**, que es un método epidemiológico que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos de población específicos, el cual se basa en la equidad según el cual los recursos limitados se utilizan para aquellos que más lo necesitan; también ayuda a determinar prioridades de salud y es una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Además, intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que más la requieran; por lo que se puede afirmar que es un enfoque no igualitario, pues discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención. (Suárez Ojeda, 1992)

Este enfoque asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos mayor probabilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen a un individuo o grupo a adquirir la enfermedad o daño; la prevención primaria, cambia el efecto asegurando la presencia de programas si el problema se presenta (enfermedad); la prevención secundaria, está orientada a detectar la enfermedad en estadios tempranos para poder evitar la propagación; y la prevención terciaria comprende el tratamiento o la rehabilitación a las personas quienes estén enfermos, por lo cual se interviene para ralentizar la progresión o complicaciones de la enfermedad y finalmente mejorar la salud. (Dominguez Mon, 2000)

El enfoque de riesgo tiene una hipótesis, la cual se basa en que la medición de riesgo debe ser exacta, por lo cual se comprenderá adecuadamente las necesidades de atención a la persona, familia y comunidades, que finalmente beneficiará la

efectividad de las actividades o intervenciones del personal de salud contribuyendo a mejorar la calidad de atención. (Organización Mundial de la Salud, 1999)

El enfoque de riesgo es vital para la investigación de salud en la atención materno-infantil; pues no todas las madres o recién nacidos tienen la misma probabilidad de presentar riesgos; por el contrario, esta probabilidad es más alta en algunos individuos; por lo cual se puede establecer una gradiente de necesidades que abarca desde un mínimo, para individuos en bajo riesgo, a un máximo para aquellos con una alta probabilidad de sufrir un deterioro de la salud en un futuro. (Sotelo Figueroa, 1993)

Un punto esencial en el desarrollo de las investigaciones sobre enfoque de riesgo consiste en determinar metas orientadas a reconocer los factores que llevan a resultados no deseados. Se eligen daños que sean adecuados para emplear el enfoque de riesgo y entre las características se sugiere que siempre tenga un grado de conocimiento de la cadena etiológica de los daños, ya que, si la prevalencia de los daños es muy alta, existan posibilidades de intervenir y reducir los daños. (Krauskopf, 2002)

El enfoque de riesgo está compuesto por los siguientes componentes: Riesgo/protectores, vulnerabilidad y probabilidad (factor de daño o beneficio) (Castillo Salgado, 1999)

Un **Factor de riesgo/protector**; son en realidad características que presentan una relación significativa con un determinado resultado no deseado, denominados también síntomas o causas que a lo largo pueden ser identificables antes de que

ocurra una enfermedad o circunstancia. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos, etc.) son guías ya que su identificación oportuna de necesidades permite que nuestro sistema de salud logre una intervención necesaria y se llegue a un aumento de cobertura y la calidad de atención. Factores protectores; son aquellas características, hechos o situaciones propias de la persona o de su entorno que eleva su capacidad para hacer frente a la adversidad o disminuye la posibilidad de desarrollar en desajustes psicosocial aun con la presencia de factores de riesgo. (Sotelo Figueroa, 1993)

En el presente estudio los factores maternos y perinatales son factores de riesgo que puede ocasionar o evitar la depresión en recién nacidos.

FACTORES MATERNOS:

La edad materna; la adecuada edad para que una gestación se desarrolle sin complicaciones está comprendida entre los 20 y 30 años de edad, las edades donde mayores complicaciones se presentan en menores de 20 años y mayores de 35 años siendo partos pre términos. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2002) (Enrique Donoso, & Carvajal, 2014)

Grado de instrucción; el nivel educativo que ha alcanzado la persona en este caso, las madres. La educación es importante porque mediante más alto sea el grado que llegue a obtener mayor será el conocimiento. Hoy en día la educación sigue siendo lejana para pueblos lejanos, llegando incluso solo a primaria, sin poder superarse y enfrentar situaciones de pobreza, enfrentando enfermedades y no tener recursos. Una mujer gestante con un grado de instrucción mayor podrá

tomar mejores decisiones respecto a su salud y llevar un embarazo saludable. (Instituto Nacional de Estadística e informática, 2011)

Residencia; el lugar donde habita la mujer gestante. Hay tres tipos de residencia: rural, asentamiento Humano (AA. HH) y urbano. El rural es aquel donde viven alejadas de la ciudad de los centros de salud, educación e información; asentamiento humano es un tipo de residencia donde las madres viven con su familia cerca de la ciudad, generalmente se compone de una comunidad; urbano es una parte de la ciudad, que están organizadas que pueden presentar cierta homogeneidad en función de la actividad económica de los habitantes, del lugar de procedencia. (Instituto Nacional de Estadística e informática, 2018)

Control prenatal, son procedimientos que tienen como acción prevención, diagnóstico y tratamiento condiciones patológicas que pueden presentar durante la gestación; que, con un control mayor de 6, se podría evitar las complicaciones presentan y es un riesgo tanto para la madre y el feto. (Agencia de Cooperación e internal del Japón, 2011)

Paridad, cuando una mujer ha dado a luz (partido) ya sea vía vaginal o cesárea uno o más productos (vivos o muertos) que pesan más de 500 gr; un embarazo múltiple se considera como una sola paridad. La clasificación es la siguiente primípara: mujer que ha parido una vez, múltipara: mujer que ha parido dos o más veces (Lombardia Prieto, 2018)

Tipo de parto, tenemos el eutócico, el cual es un evento o proceso fisiológico, en el que la mujer culmina la gestación a término alrededor de las 37 semanas y

42 semanas. El inicio de este proceso es espontáneo y tiene períodos que cuando las condiciones uterinas alcanzan la frecuencia, intensidad y duración adecuada la dilatación cervical y el borramiento del cérvix el feto puede pasar por el canal vaginal sin complicaciones; el mayor de los casos termina este proceso sin complicaciones; por otro lado el distócico, se realiza cuando la gestante no puede tener un parto eutócico (normal); se puede presentar complicaciones que requieren de la intervención quirúrgica, para que la salud tanto de la madre y del feto sean sin riesgos; para llegar a este tipo de parto, se presentan complicaciones puede ser fetales o maternos. (López Siña., 2017)

Enfermedad Hipertensiva del embarazo, cuando una mujer gestante presenta presión arterial alta, sistólica mayor de 140 y diastólica 90. La gestante puede presentar preemclapsia o eclampsia. (Lapidus, 2010)

Preeclampsia, es una complicación que solo ocurre en el embarazo presentando los siguientes síntomas como presión arterial, proteína en la orina e hinchazón en las manos y pies; **eclampsia** son convulsiones similares a una crisis epiléptica aparecidas en el contexto de una preeclampsia. Son un riesgo vital y pueden ocurrir antes, durante o después del parto. (Lapidus, 2010)

Placenta previa, es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio interno o muy cerca del mismo. Existen cuatro tipos de placenta previa: **Tipo I**, Implantación baja de la placenta. La placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo que el borde de la placenta no llega al orificio interno, pero se encuentra en estrecha proximidad; **tipo II**, Placenta previa marginal, la placenta llega al margen del orificio cervical interno,

pero no lo sobrepasa; Tipo III, la placenta cubre parcialmente el orificio interno; Tipo IV, el OCI está cubierto por completo por la placenta. (Botella LLusia, 1993)

Desprendimiento prematuro de placenta, también conocido como abruptio placentae, es la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada. Es considerado como la segunda causa más frecuente de hemorragias en el segundo y tercer trimestre de gestación. Su gravedad a menudo depende del tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y la atención recibida. (Rodríguez , Félix García, & Sánchez-Vegazo, 2011)

Rotura prematura de membranas, se define como la rotura de las membranas amnióticas que sucede antes del inicio espontaneo del trabajo de parto. Si ocurre antes de las 37° semanas, se llama RPM pretérmino y en casos que ocurre en la 24° semana de gestación, hablamos de RPM antes de la viabilidad fetal. (Vigil de Gracia , Pérez Wuff, & Delgado Gutierrez, 2011)

Infección de vías urinarias, una de las enfermedades más comunes en la gestación; la complicación podría ser pielonefritis, bajo peso al nacer, parto prematuro y rotura prematura de membranas. (Arredondo García, Amábile Cuevas, & Pacheco Gahbler, 2010)

FACTORES PERINATALES, son características que pueden influenciar favorable o desfavorablemente en la depresión al recién nacido lo cual tenemos: sexo, distocias de presentación, circular de cordón, edad gestacional al nacer, peso al nacer, edad gestacional y líquido amniótico. (Silva Echevarria & Canelos García, 2012)

Sexo, características fisiológicas, biológicas, físicas, anatómicas que clasifican a los seres humanos como hombre y mujer. (López Moratalia & Marcuello, 1999)

Distocia de presentación, puede presentarse es un tamaño anormalmente grande o una posición que dificultan el parto. El diagnóstico se realiza mediante el examen, la ecografía o la respuesta al trabajo de parto. El tratamiento se realiza mediante maniobras físicas de reposicionamiento del feto, parto operatorio por vía vaginal o cesárea. (Mercado Pedroza, 2011)

Circular de cordón, normalmente en el feto se enrolla alrededor del cuello, también puede enrollarse en otras partes de su cuerpo, pero no es muy común. Se clasifica en dos: deslizable, no deslizable. (Bustamante, Parra, Diaz Yunez, & colab, 2011).

Edad gestacional, **edad** del feto expresado en semanas, se calcula desde el primer día de la última regla de la madre. Durante la gestación, el bebe crece y se desarrolla en el útero de la madre que dura entre 38 a 42 semanas, al momento del parto la función de la edad gestación es ver en qué semana se encuentra el recién nacido, se puede clasificar: pretérmino menor de 37 semanas, a término de 37 a 42 semanas y post-término mayor de 42 semanas. (Garcia Alix & Quero, 2012)

Peso al nacer, el peso del recién nacido se toma después de haber nacido. Esto se relaciona con la alimentación que tuvo la madre durante el embarazo, sobre este factor influyen diferentes factores que lo pueden llegar a afectar como el estado nutricional de la madre. Se clasifica en extremadamente bajo peso al nacer (EBPN) entre 500 a 999 gramos; muy bajo peso al nacer (MBPN) entre 1000 a 1499 gramos; bajo peso al nacer (BPN) entre 1500 a 2499 gramos; peso adecuado

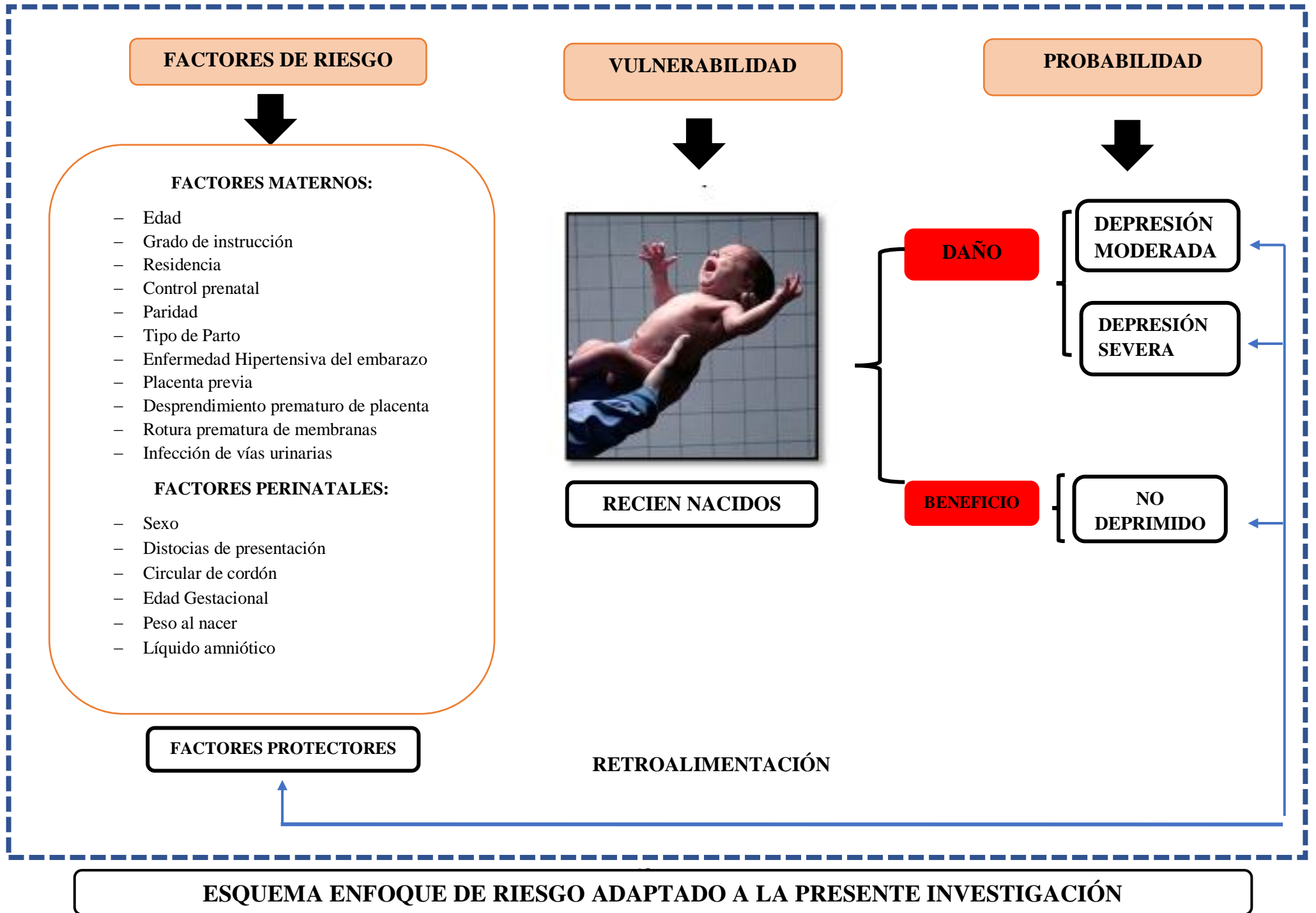
entre 2500 a 3999 gramos; macrosómico entre 4000 gramos a más. (L. Paisán , I. Sota , & O. Muga , 2008)

Líquido amniótico, es un fluido que se produce dentro del útero durante el embarazo, cumple con la función de proteger o cuidar al feto. Este líquido le permite realizar movimientos, mantener su temperatura, está compuesto mayormente por agua y proteínas, vitaminas y células que provienen del feto (por la piel); su color es amarillento o cristalino; cuando las contracciones empiezan hacen que la bolsa tienda a bajar al cuello uterino lo cual produce que se rompa y salga el líquido, se le conoce también como romper fuente. En algunos casos cuando hay presencia de sufrimiento fetal o se pasa de las 42 semanas se vuelve verdoso oscuro, por la presencia de meconio que es el contenido fetal que expulsa el feto. Lo cual puede producir en algunos casos problemas de oxígeno (Meritano Javier, Soledad Pietro, Valeria Di, & colab, 2010)

Vulnerabilidad, se define como la medida de susceptibilidad intrínseca, extrínseca de una persona a sufrir un daño a la salud y tener dificultad de recuperarse. Para el estudio de investigación, son los recién nacidos al nacer constituyen la Vulnerabilidad (Araujo González, 2015)

Probabilidad, del daño o beneficio. Es la medición de la posibilidad de que ocurra un evento, ya sea favorable o desfavorable cuando se conocen sus diferentes opciones. Daño es el resultado o situación no deseada en función del cual se mide el riesgo. Beneficio es el factor o característica que actúa como un agente protector.

Para efectos de la investigación, el daño es que el recién nacido presente depresión moderada o severa con un puntaje menor de 7 puntos al 1er minuto. En contraste los recién nacidos sin depresión o no deprimidos, se considera un beneficio para la salud, que están relacionadas a los factores maternos y perinatales que se constituyen como factores protectores de salud. (Sotelo Figueroa, 1993)



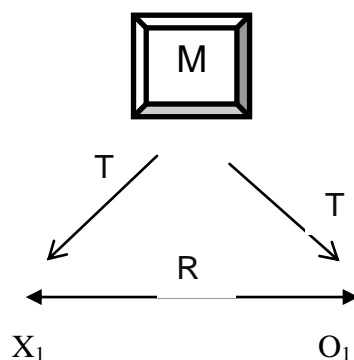
III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Método de estudio

El presente proyecto de investigación es de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal.

- **Descriptivo:** Porque para efectos del presente estudio, se observa los fenómenos tal y como se dan su contexto.
- **Correlacional:** Porque pretende determinar la relación que existe entre sus dos fenómenos para luego describir en función a sus objetivos.
- **De corte transversal:** Porque se identificará las características de la unidad de análisis en un momento dado y de inmediato se procederá a la descripción y análisis de los mismos.

Esquema:



M: Madres puérperas y recién nacidos

X₁: Factores maternos y perinatales

O₁: Depresión al nacer

R: Relación

t: Año 2017

3.2. POBLACIÓN

UNIVERSO:

Estará conformada por todos los recién nacidos y madres puérperas que se encuentren hospitalizados en el servicio de neonatología en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, en el período enero 2017 - diciembre 2017.

UNIDAD DE ANALISIS:

Constituida por la madre y el recién nacido atendido en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote.

MARCO MUESTRAL:

Libro de Censo del Servicio Obstétrico y Libro de Neonatología donde se registran las madres que alumbraron a recién nacidos con edad gestacional y peso al nacer. Respectivamente en el otro libro datos del recién nacido.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ❖ Madres puérperas atendidas en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón.
- ❖ Recién nacidos registrados en el Libro de Censo en el Servicio de Neonatología durante el periodo enero 2017 -diciembre 2017
- ❖ Recién nacidos pretérmino, término y postérmino.
- ❖ Recién nacidos de ambos sexos
- ❖ Recién nacidos que hayan nacido por parto vaginal y cesárea

DISEÑO MUESTRAL:

Estuvo conformada por 133 madres y sus recién nacidos atendidos en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón durante el periodo Enero 2017- Diciembre 2017.

3.3. ASPECTOS ÉTICOS:

Se dará cumplimiento a los principios éticos como la autonomía, Beneficencia, no maleficencia y justicia.

- a) **AUTONOMIA:** Este concepto se está abriendo paso en nuestro entorno cultural, con muchas implicaciones referentes a la capacidad de tomar decisiones de las personas.
- b) **BENEFICENCIA Y NO MALEFICENCIA:** Es la búsqueda de bienestar de las personas que participan en la investigación, evitando acciones que puedan causar daño, disminuyendo los posibles aspectos adversos y maximizando los beneficios
- c) **JUSTICIA:** Comprende el uso racional de los recursos disponibles que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud, que apunta no solo a los ciudadanos necesarios con base en la dignidad de la persona, sino a las obligaciones de una macrobiótica justa de la responsabilidad frente a la vida amenazada y los derechos de futuras generaciones.
- d) **INTEGRIDAD CIENTÍFICA:** es la acción honesta y veraz en el uso y conservación de los datos que sirven en base a una investigación, así como en el análisis y comunicación de sus resultados.
- e) **ANONIMATO Y CONFIDENCIALIDAD:** privacidad de la identificación de la persona, garantizar que la información es accesible solamente para aquellos autorizados en la investigación.
- f) **RESPONSABILIDAD:** el investigador tiene una responsabilidad social científica. Es deber y responsabilidad personal del investigador considerar cuidadosamente las consecuencias que la realización y la decisión de su investigación implica para los participantes y para la sociedad en general.

3.4. DEFINICION Y OPERALIZACIÓN DE VARIABLES:

A. VARIABLE INDEPENDIENTE:

➤ FACTORES MATERNOS

Definición conceptual: Características sociales y biológicas, de la madre que están relacionados a un nacimiento o alumbramiento con un recién nacido deprimido. Se estimó los siguientes factores maternos. (Carrera Riva Palacio, 2016)

○ EDAD:

Definición Conceptual: Tiempo de existencia expresado en años de la madre gestante al momento del parto. (Enrique Donoso, & Carvajal, 2014)

Definición Operacional: Mediante la escala ordinal:

- Menor o igual de 19 años
- De 20 a 34 años
- Mayor o igual de 35 años

○ GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Definición conceptual: Estudios alcanzados por la madre a lo largo de su vida. (Instituto de Estadística de Cataluña, 2001)

Definición operacional: Se medirá a escala nominal:

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Técnico
- Superior

○ **RESIDENCIA:**

Definición conceptual: Lugar o localidad donde habita permanentemente la madre. (Perez Porto & Gardey, 2010)

Definición operacional: mediante la escala nominal:

- Urbano
- Urbano marginal
- Rural

○ **CONTROL PRENATAL (CPN)**

Definición conceptual: Serie de visitas al centro de salud con la finalidad de prevenir, hacer un diagnóstico y tratamiento oportuno a los factores que puedan condicionar morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (Iyo Alberti, 2015)

Definición operacional: Mediante la escala ordinal:

- Mayor de 6 controles prenatales
- Menor de 6 controles prenatales
- Ninguno

○ **PARIDAD**

Definición conceptual: Mujer que ya ha tenido más de una vez un parto. (Caño Moscol, , 2013)

Definición operacional: Mediante la escala nominal:

- Primípara
- Multipara

○ **TIPO DE PARTO:**

Definición conceptual: Se clasifica en dos tipos. El parto eutócico es aquel que es por vía vaginal y parto distócico es cuando requiere de una intervención quirúrgica por distocias o complicaciones maternas o fetales. (Cañamero de León, 2017)

Definición operacional: mediante la escala nominal:

- Eutócico (Vaginal)
- Distócico (Cesárea)

○ **ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO (E.H.E)**

Definición conceptual: El embarazo puede inducir una hipertensión arterial en mujeres previamente normotensa o agravar una hipertensión preexistente; lo cual ocasiona complicaciones maternas y fetales. (Alvarado Alva, Apuntes de Obstetricia, 2014)

Definición operacional: Mediante la escala nominal.

- Preemclapsia
- Eclampsia
- No presenta

○ **PLACENTA PREVIA (P.P):**

Definición conceptual: Cuando la placenta está adherida en la parte baja del útero y puede ser parcial o total en el cuello uterino.

Definición operacional: Mediante la escala nominal. (Clínica ADAM, Especialidades Médicas, 2017)

- Presenta

- No presenta

○ **DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA (DDP):**

Definición conceptual: Complicación donde la placenta se separa parcial o totalmente de la pared uterina antes del parto. (F. Hacker, C. Gambone, & J. Hobel, 2011)

Definición operacional: Mediante la escala nominal:

- Presenta

- No presenta

○ **ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)**

Definición conceptual: Cuando el saco amniótico se rompe, y se prolonga cuando se produce 18 horas antes del trabajo de parto. (Sociedad Española de Ginecología y obstetricia, 2012)

Definición operacional: Mediante la escala nominal

- Presenta

- No presenta

○ **INFECCION DE VIAS URINARIAS:**

Definición conceptual: Patologías más comunes en el embarazo por la proliferación de bacterias. (Sweet MD & S. Gibbs, 2009)

Definición operacional: Mediante la escala nominal:

- Presenta

- No presenta

➤ **FACTORES PERINATALES:**

Definición conceptual: Son complicaciones que se presentan desde las 22 semanas de gestación hasta los 7 primeros días del recién nacido. Se consideró los siguientes factores. (Torres Morales & Granados, 2010)

○ **SEXO:**

Definición conceptual: Son características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre y mujer. (Barba Pan, 2014)

Definición operacional: Mediante la escala nominal:

- Masculino
- Femenino

○ **DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN:**

Definición conceptual: La distocia fetal puede producirse cuando el feto es demasiado grande para el estrecho de la pelvis o está mal posicionado (p. ej., presentación podálica o de nalgas). La presentación fetal normal es de vértice, con el occipucio hacia adelante. (Mercado Pedroza, 2011)

Definición operacional: Mediante la escala nominal:

- Presenta
- No presenta

○ **CIRCULAR DE CORDÓN:**

Definición conceptual: es una complicación que se presenta en el embarazo y también en el parto; en la cual el cordón umbilical se enrolla alrededor del cuello del feto. (Bastida, 2009)

Definición operacional: mediante escala nominal:

- Deslizable
- No deslizable
- No presenta

○ **EDAD GESTACIONAL:**

Definición conceptual: Es la duración del embarazo que se mide en semanas; desde el primer día del último ciclo de la regla o menstruación (FUR o FUM). (Garcia Alix & Quero, 2012)

Definición operacional: mediante la escala ordinal:

- RN. Pretérmino: menor de 37 semanas
- RN. Término: 38 semanas a 41 semanas
- RN. Postérmino: 42 semanas a más

○ **PESO AL NACER:**

Definición conceptual: Es el peso que le toman inmediatamente después de nacer. (L. Paisán , I. Sota , & O. Muga , 2008)

Definición operacional: Mediante la escala nominal:

- Extremadamente bajo al nacer

- Muy bajo peso
 - Bajo peso
 - Peso adecuado
 - Macrosómico
- **LIQUIDO AMNIOTICO:**
- Definición conceptual:** el líquido amniótico es claro y amarillento que rodea al feto dentro del útero y está contenido en el saco amniótico; cuando se presenta sufrimiento fetal, o la gestación paso de 42 semanas, se presenta meconio; que es de color verdoso y consistencia viscosa; compuesto por moco y restos de la capa superficial de la piel. (Usandizaga Berguiristáin & De la Fuente Pérez , 2010)
- Definición operacional:** Mediante la escala nominal:
- Normal
 - Meconio

B. VARIABLE DEPENDIENTE:

- **DEPRESIÓN EN RECIEN NACIDOS**
- Definición conceptual:** cuando el recién nacido presenta hipoxia (falta de oxígeno) al nacer, lo cual conduce a una alta mortalidad y afectación neurológica en algunos casos, con ayuda del Test de Apgar; evalúa al recién nacido al primer minuto de vida y a los cinco minutos. (Salud y enfermedad, 2017) (Asociación Americana de Pediatría., 2008)

Definición operacional: Mediante escala ordinal:

- ✓ Depresión severa: 0 a 3 puntos
- ✓ Depresión moderada: 4-6 puntos
- ✓ No deprimido: 7 -10 puntos

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección y obtención de los datos para el presente estudio se utilizó la técnica análisis de contenidos mediante el cual se obtuvo la información del libro de censos de ingresos de las madres puérperas y de los recién nacidos.

A. FICHA DE CONTENIDO DE FACTORES MATERNOS:

Este instrumento de investigación fue elaborado por los investigadores, Bernaola, K y Liñán, M y adaptado a la presente investigación, consta de 11 ítems los cuales permitieron recolectar los factores maternos entre ellos tenemos: edad, grado de instrucción, residencia, control prenatal, paridad, tipo de parto, enfermedad hipertensiva en el embarazo, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura prematura de membranas, infección de las vías urinarias (ANEXO N°1)

B. FICHA DE CONTENIDO DE FACTORES PERINATALES:

El presente instrumento ha sido elaborado y modificado en base al trabajo de investigación de Marquéz, M y modificado para la presente investigación, consta de 6 ítems en el cual se puede recolectar: sexo

(masculino o femenino), edad gestacional, peso al nacer, meconio al nacer y depresión en recién nacidos (ANEXO N°2).

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Los instrumentos de la recolección de datos fueron validados mediante el criterio de juicio de expertos integrados por los licenciados en enfermería y otros profesionales de salud con experiencia en el tema.

La validez de los ítems se evaluó mediante la prueba de correlación de PEARSON ($r=0.38$) y la confiabilidad con la prueba de coeficiente de Alfa de Crombach ($\alpha=0.68$)

3.6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

El presente trabajo de investigación se realizó en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Para llevar a cabo la recolección de datos se coordinó para solicitar el permiso con la jefa del departamento de enfermería y del servicio de obstetricia para su conocimiento y autorización correspondiente para tener acceso a la información requerida, para hacer uso del libro de censos y luego se aplicó la ficha de recolección de datos. Las fichas de recolección de datos (anexo N° 01 y anexo N° 02) fueron llenados por la investigadora, los datos que no se encontraron se utilizó otras historias clínicas.

3.7. TECNICAS DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento, interpretación y análisis de los datos se realizó utilizando la prueba de independencia de criterios con un nivel de significancia del 5% ($<0,05$) a través del Programa Software SPSS, en sus 2 niveles previa codificación de los datos obtenidos.

El análisis estadístico.

- **Nivel Descriptivo:** Los resultados están presentados en tablas unidimensionales, cifras absolutas y relativas, media aritmética, frecuencia relativa y simple.
- **Nivel analítico:** Tablas bidimensionales, para determinar la relación entre la variable en estudio, se realizará la prueba estadística no paramétrica Criterios chi cuadrado (χ^2), se considerará el Nivel de significancia de la probabilidad de equivocarse menos del 5% ($T < 0,05$); medidas de asociación epidemiológica (ODA RATTION). Las gráficas estadísticas se realizarán en Software Excel.

IV. RESULTADOS

**TABLA N° 1: FACTORES MATERNOS, HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN
BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE, 2017.**

FACTORES MATERNOS	Fi	Hi
EDAD		
Menor o igual de 19	72	30.0
De 20 a 35 años	74	30.8
Mayor de 35 años	94	39.2
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Analfabeta	22	9.2
Primaria completa	58	24.2
Secundaria completa	98	40.8
Técnico superior	34	14.2
Superior	28	11.7
RESIDENCIA		
Urbano	58	24,2
Urbano Marginal	107	44,6
Rural	75	31,3
CONTROL PRE NATAL		
Mayor 6 controles prenatales	22	9.2
Menor 6 controles prenatales	111	46.3
Ninguno	107	44.6
PARIDAD		
Primípara	116	51.7
Múltipara	124	48.3
TIPO DE PARTO		
Eutócico	94	39,2
Distócico	146	60.8
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO		
Preeclampsia	58	24.2
Eclampsia	49	20.4
No presenta	133	55,4

PLACENTA PREVIA		
Presenta	22	9,2
No presenta	218	90,8
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA		
Presenta	21	8.8
No presenta	219	91.3
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		
Presenta	90	37.5
No Presenta	150	62.5
INFECCIONES DE VIAS URINARIAS		
Presenta	16	6.7
No Presenta	224	93,3
TOTAL	240	100,0

Fuente: Historias clínicas de madres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia.

**TABLA N° 2: FACTORES PERINATALES, HOSPITAL ELEAZAR
GUZMÁN BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE, 2017.**

FACTORES PERINATALES	fi	Hi
SEXO		
Masculino	145	60.4
Femenino	95	39,6
DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN		
Presenta	31	12.5
No Presenta	209	87.1
CIRCULAR DE CORDON		
Deslizable	79	32,9
No Deslizable	33	13.8
No Presenta	128	53.3
EDAD GESTACIONAL		
Pretérmino	83	34.6
Termino	103	42.9
Postérmino	54	22.5
PESO AL NACER		
Extremadamente bajo peso al nacer	3	1.3
Muy bajo peso al nacer	15	6.3
Bajo peso al nacer	82	34,6
Peso adecuado	121	50.4
Macrosómico	19	7.9
LIQUIDO AMNIOTICO		
Normal	195	81.3
Meconial	45	18.8
TOTAL	240	100,0

Fuente: Historia clínica de la madre y del recién nacido

**TABLA N° 3: DEPRESIÓN EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL
ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE,
2017.**

DEPRESIÓN AL NACER	Fi	hi
Depresión Severa	43	17,9
Depresión Moderada	90	37,5
No deprimido	107	44,6
TOTAL	240	100,0

Fuente: Historia clínica de la madre y del recién nacido

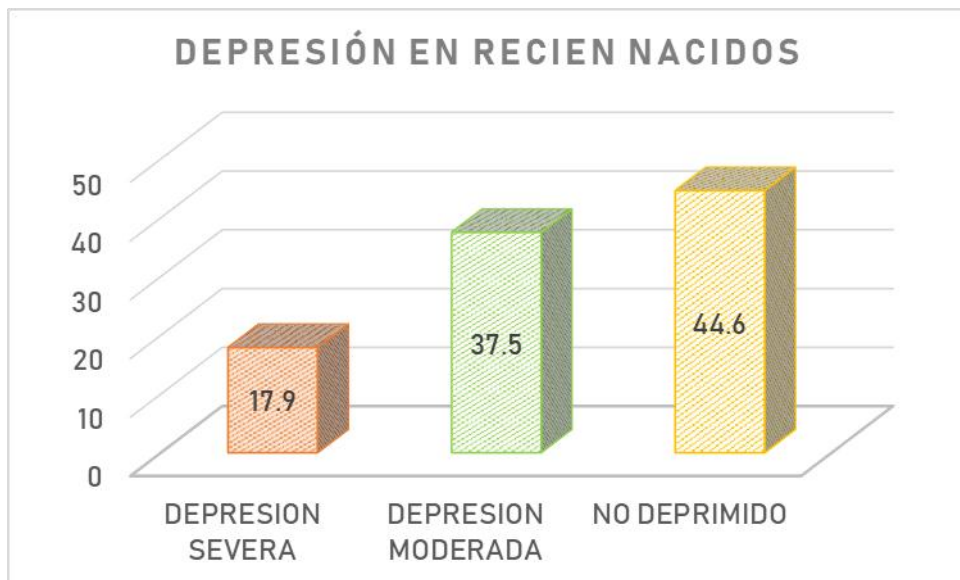


GRÁFICO N° 1: FACTORES PERINATALES: DEPRESIÓN EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2017

TABLA N° 4: FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN EN RECIÉN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2017

FACTORES MATERNOS	DEPRESIÓN EN RECIÉN NACIDOS						TOTAL	
	DEPRESION SEVERA		DEPRESIÓN MODERADA		NO DEPRIMIDOS			
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	fi	hi
EDAD								
Menor de 19 años	16	22.2	24	33.3	32	44.4	72	30
De 20 A 34 años	19	25.7	24	32.4	31	41.9	74	30.8
Mayor o igual de 35 años	8	8.5	42	44.7	44	46.8	94	39.2
X² = 10.231 GL = 4 P = 0,037 SIG								
GRADO DE INSTRUCCIÓN								
Analfabeta	8	36.4	4	18.2	10	45.5	22	9.17
Primaria	12	20.7	18	31.0	28	48.3	58	24.2
Secundaria	14	14.3	50	51.0	34	34.7	98	40.8
Técnico	4	11.8	9	26.5	21	61.8	34	14.2
Superior	5	17.9	9	32.1	14	50.0	28	11.7
X² = 19.564 GL = 8 P = 0,012 SIG								
RESIDENCIA								
Urbano	6	10.3	15	25.9	37	63.8	58	24.2
Urbano Marginal	21	19.6	41	38.3	45	42.1	107	44.6
Rural	16	21.3	34	45.3	25	33.3	75	31.3
X² = 12.943 GL = 4 P = 0,012 SIG								
CONTROL PRENATAL								
Mayor de 6 CPN	13	12.1	47	43.9	47	43.9	107	9.2
Menor de 6 CPN	24	21.6	37	33.3	50	45.0	111	46.3
Ninguno	6	27.3	6	27.3	10	45.5	22	44.6
X² = 6.237 GL = 4 P = 0.182 NO SIG								
PARIDAD								
Primípara	22	19	35	30.2	59	50.9	116	51.67

Múltipara	21	16.9	55	44.4	48	38.7	124	48.33
X² = 5.338 GL = 2 P = 0.069 NO SIG								
TIPO DE PARTO								
Eutócico	20	21.3	24	25.5	50	53.2	94	39.17
Distócico	23	15.8	66	45.2	57	39.0	146	60.83
X² = 9.444 GL = 2 P = 0.009 SIG								
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO								
Preeclampsia	10	17.2	38	65.5	10	17.2	58	24.2
Eclampsia	10	20.4	23	46.9	16	32.7	49	20.2
No Presenta	23	17.3	29	21.8	81	60.9	133	55.4
X² = 41.490 GL = 4 P = 0.000 SIG								
PLACENTA PREVIA								
Presentan	7	31.8	8	36.4	7	31.8	22	9.2
No Presentan	36	16.5	82	37.6	100	45.9	218	90.8
X² = 3.506 GL = 2 P = 0.173 NO SIG								
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA								
Presentan	4	19.0	6	28.6	11	52.4	21	8.8
No Presentan	39	17.8	84	38.4	96	43.8	219	91.3
X² = 0.820 GL = 2 P = 0.664 NO SIG								
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS								
Presentan	22	24.4	33	36.7	35	38.9	90	37.5
No Presentan	21	14.0	57	38.0	72	48	150	62.5
X² = 4.499 GL = 2 P = 0.105 NO SIG								
INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS								
Presentan	2	12.5	6	37.5	8	50.0	16	6.7
No Presentan	41	18.3	84	37.5	99	44.2	224	93.3
X² = 0.394 GL = 2 P = 0.821 NO SIG								
TOTAL	43	100.0	90	100.0	107	100.0	240	100.0

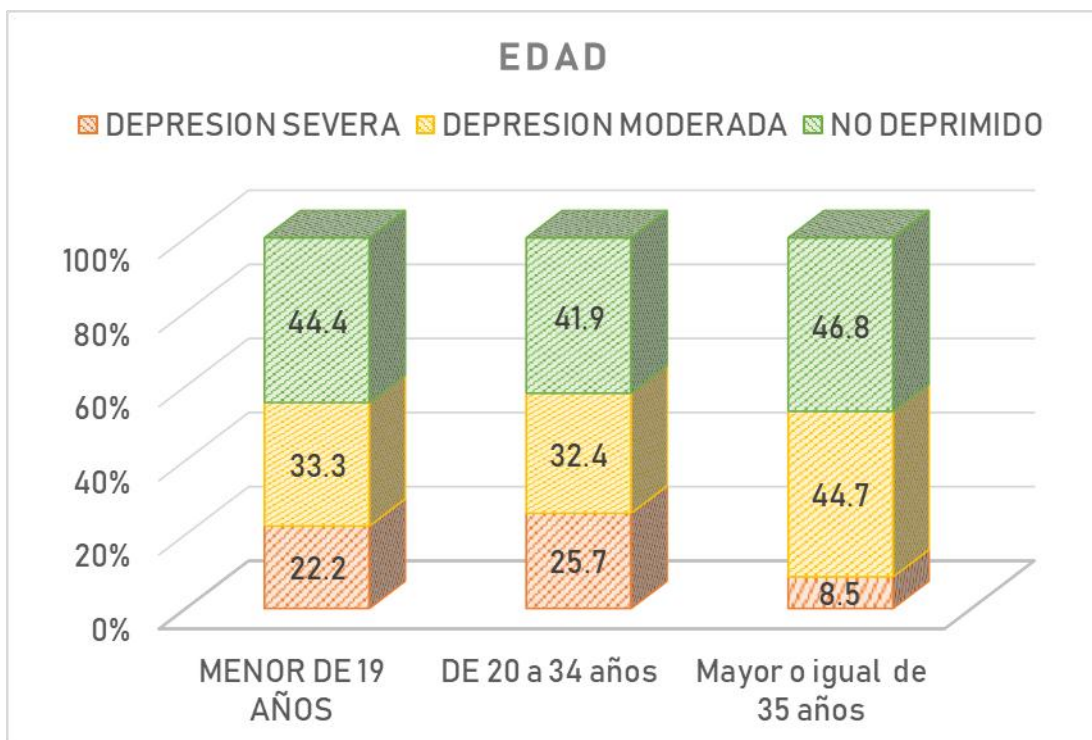


GRÁFICO N°2: FACTORES MATERNOS: EDAD RELACIONADA CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE. 2017.

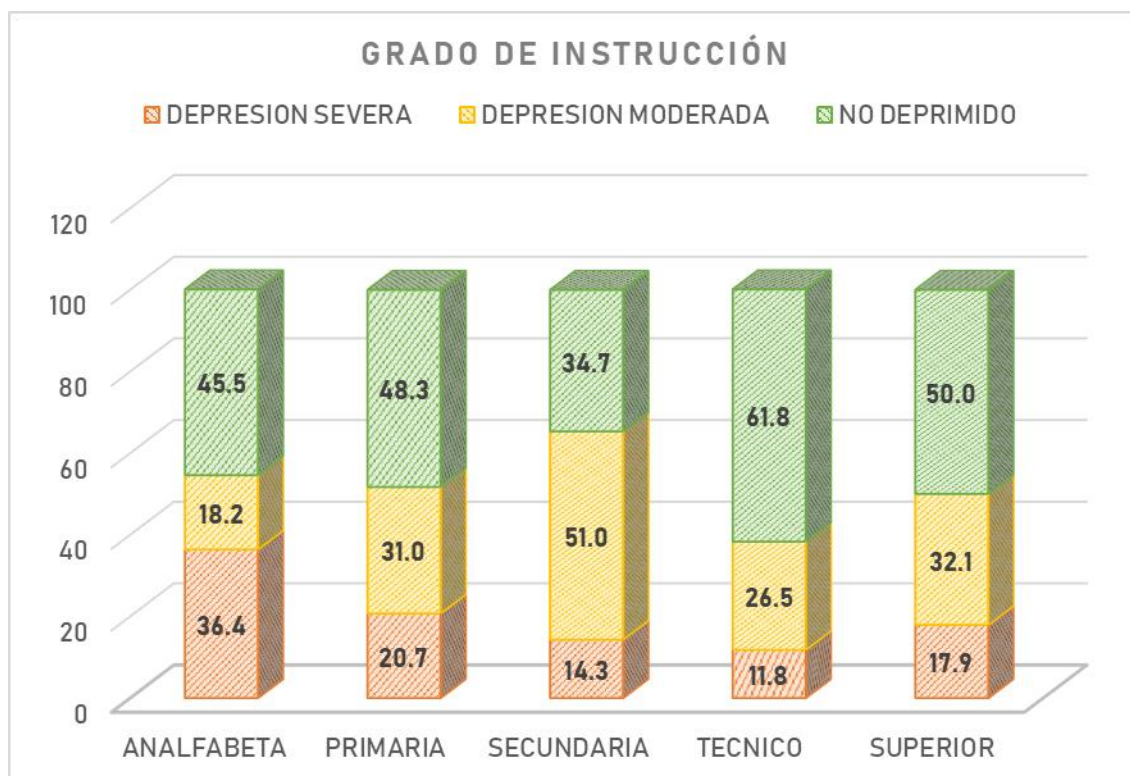


GRÁFICO N° 3: FACTORES MATERNOS: GRADO DE INSTRUCCIÓN RELACIONADA CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE. 2017.

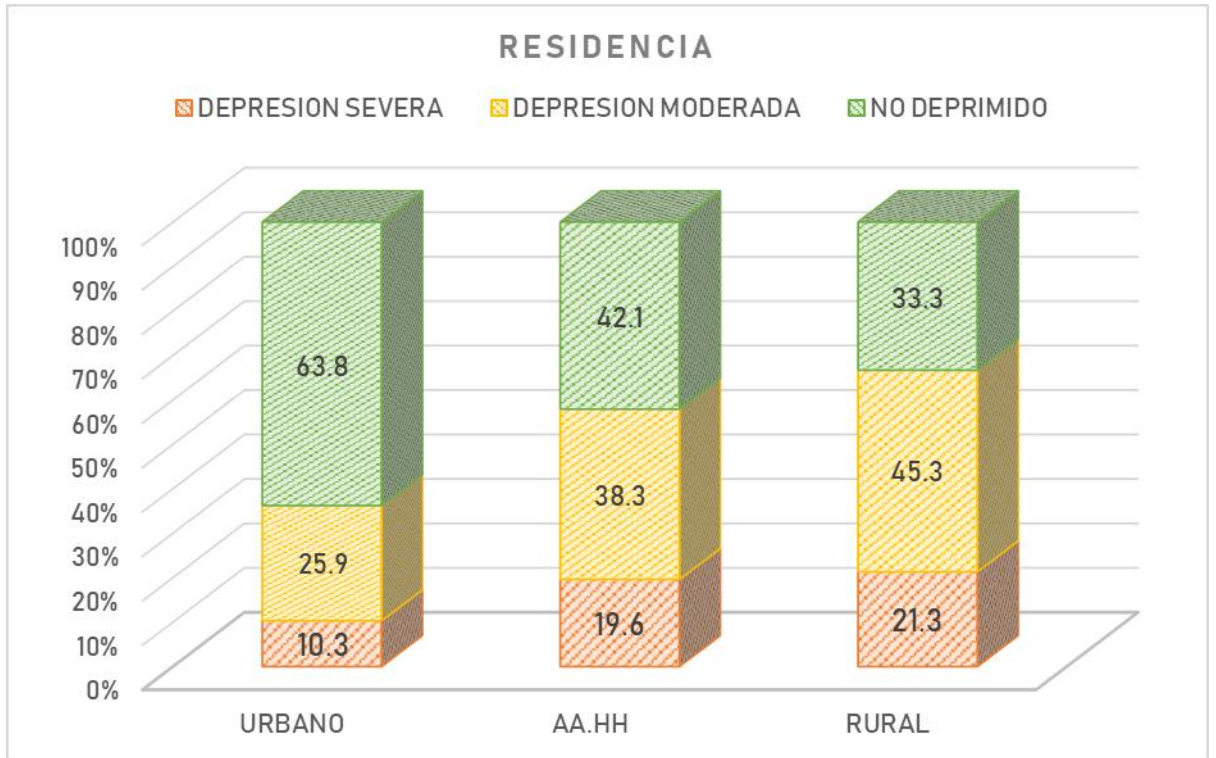


GRÁFICO N°4: FACTORES MATERNOS: RESIDENCIA RELACIONADA CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE. 2017.

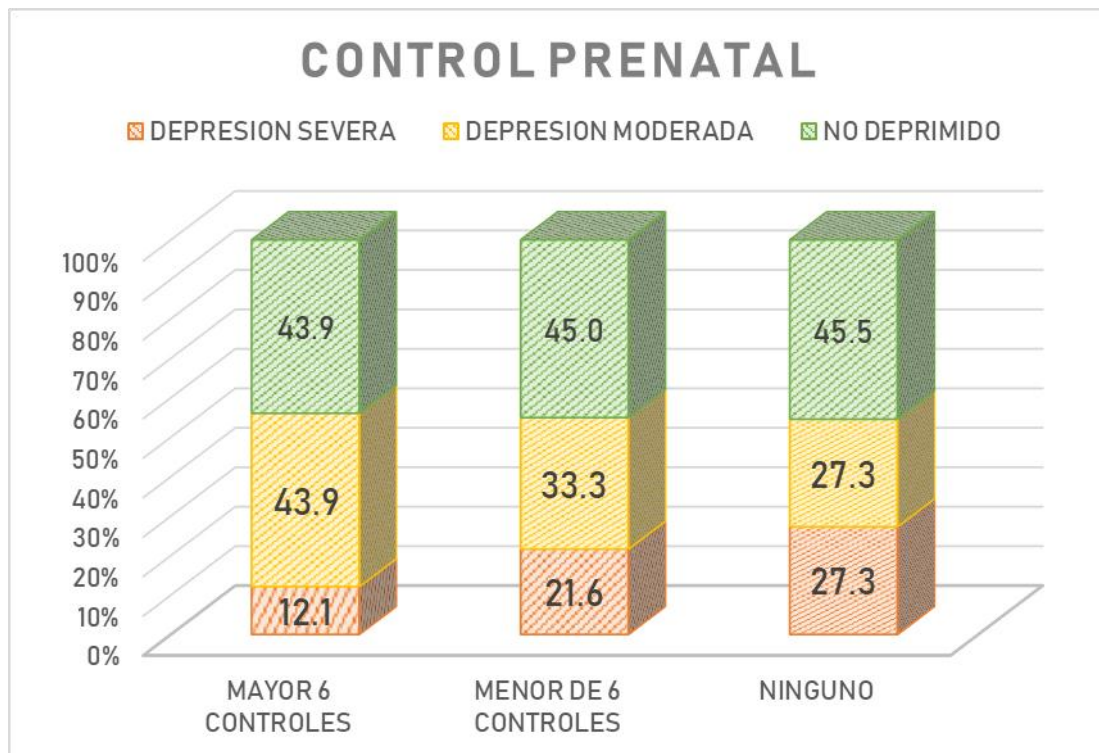


GRÁFICO N°5: FACTORES MATERNOS: CONTROL PRENATAL RELACIONADA CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE.2017.

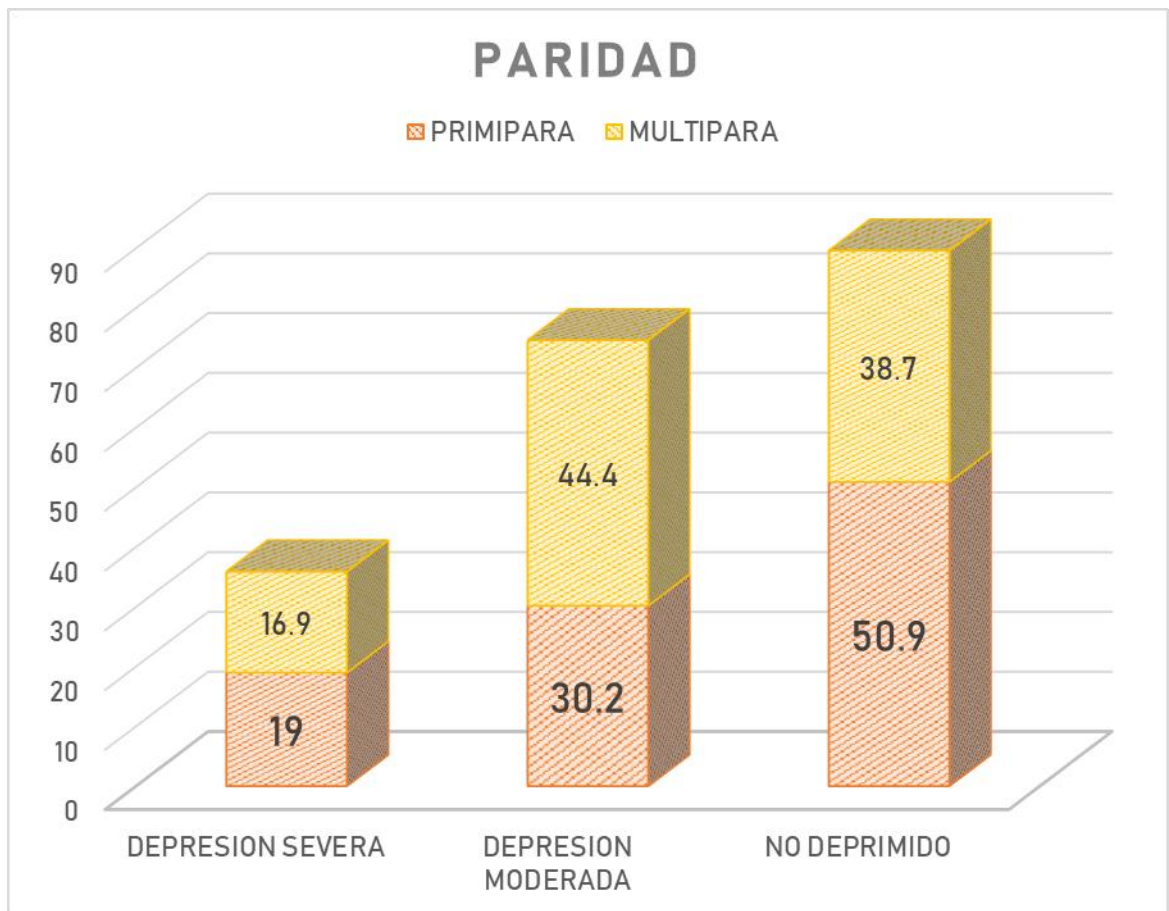


GRÁFICO N°6: FACTORES MATERNOS: PARIDAD RELACIONADA CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE. 2017.

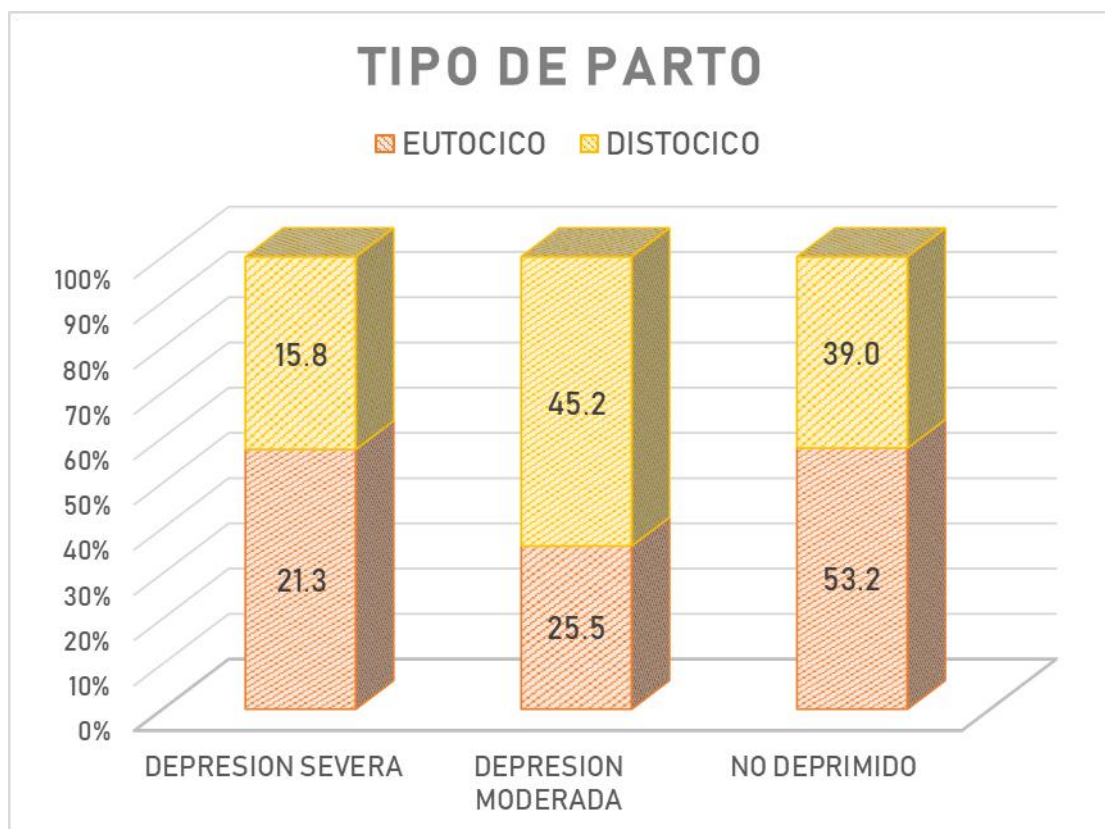


GRÁFICO N°7: FACTORES MATERNOS: TIPO DE PARTO RELACIONADA CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2017.

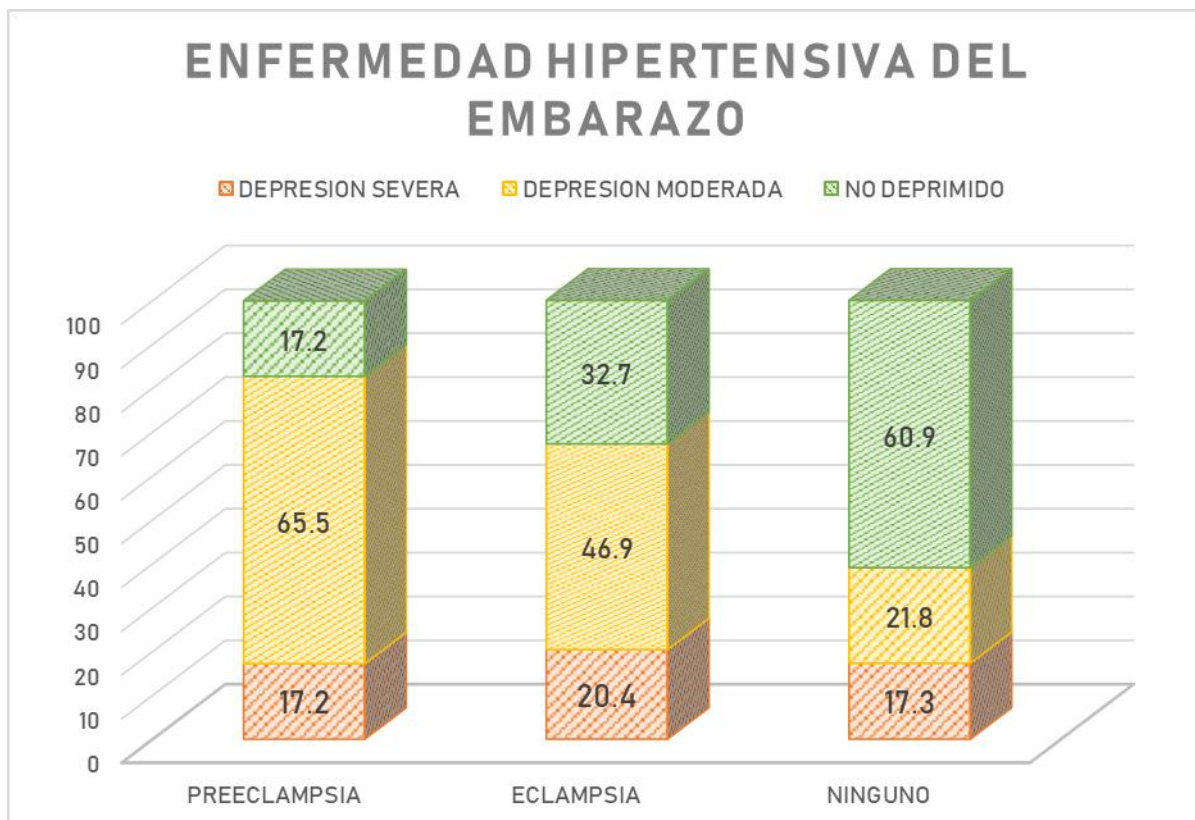


GRÁFICO N° 8: FACTORES MATERNOS: ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO RELACIONADA CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2017.

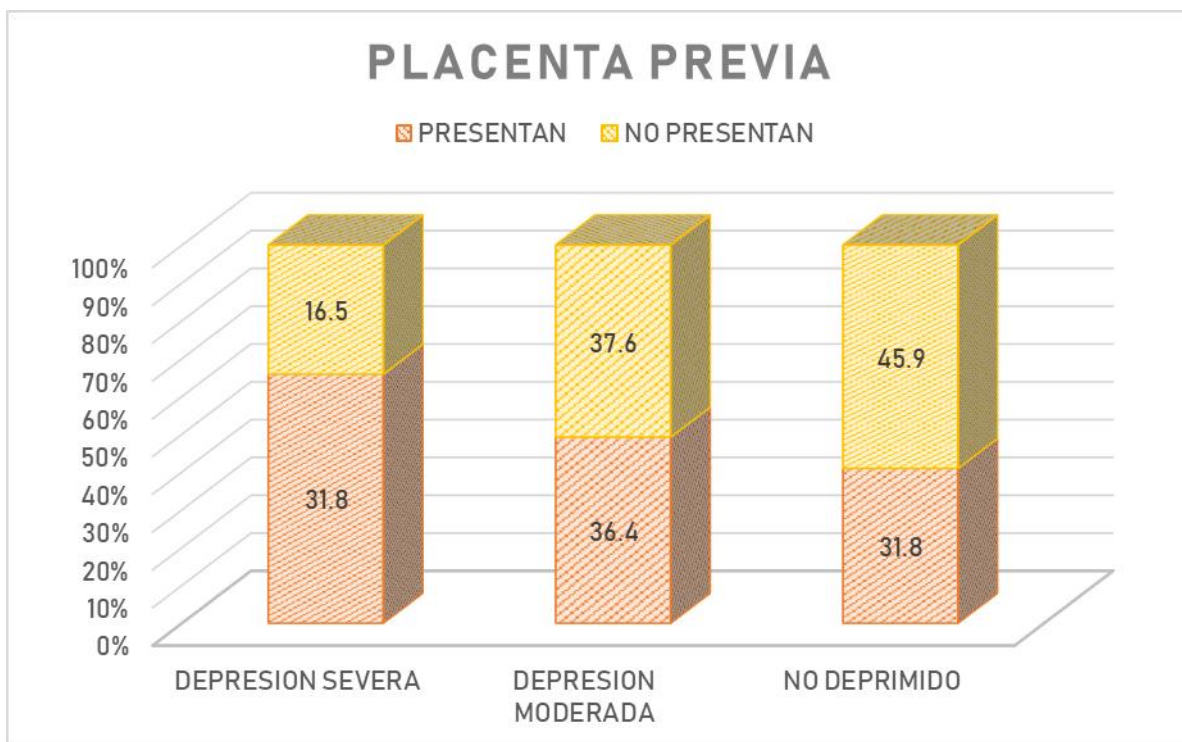


GRÁFICO N° 9: FACTORES MATERNOS: PLACENTA PREVIA RELACIONADA CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2017.

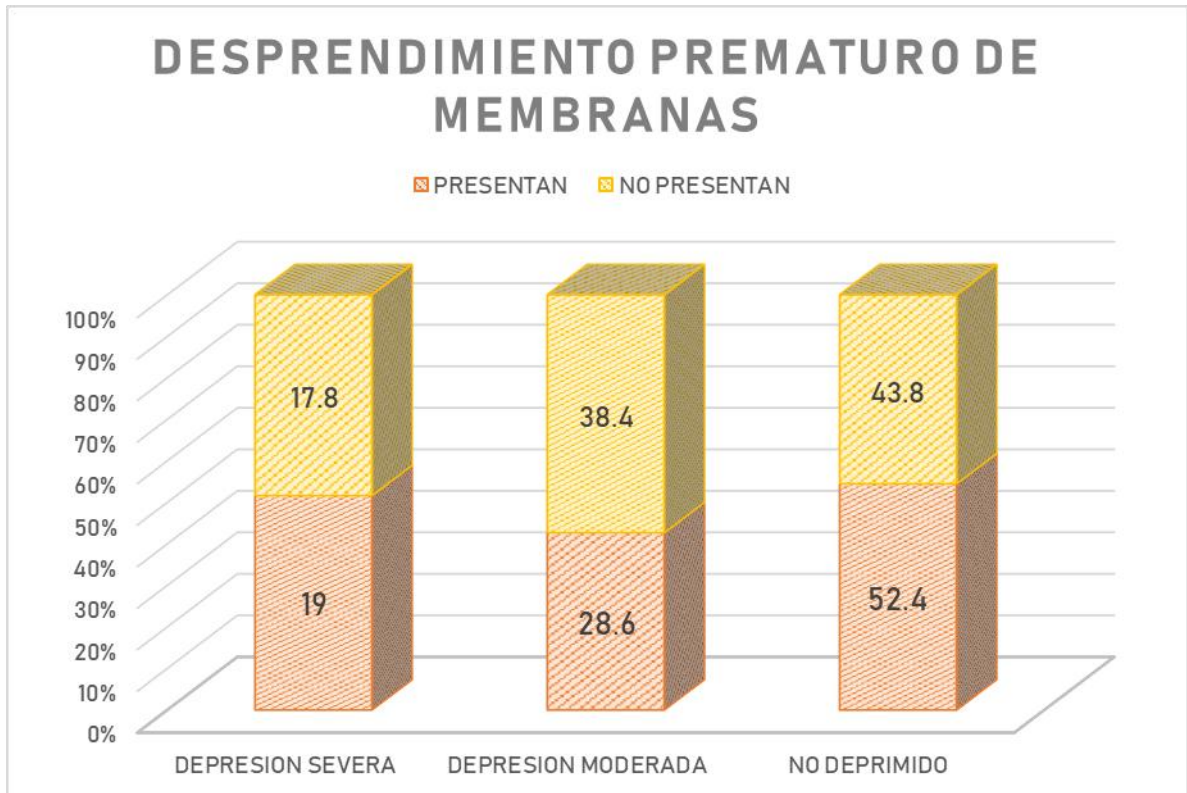


GRÁFICO N° 10: FACTORES MATERNOS: DESPRENDIMIENTO PREMATURO RELACIONADA CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2017.

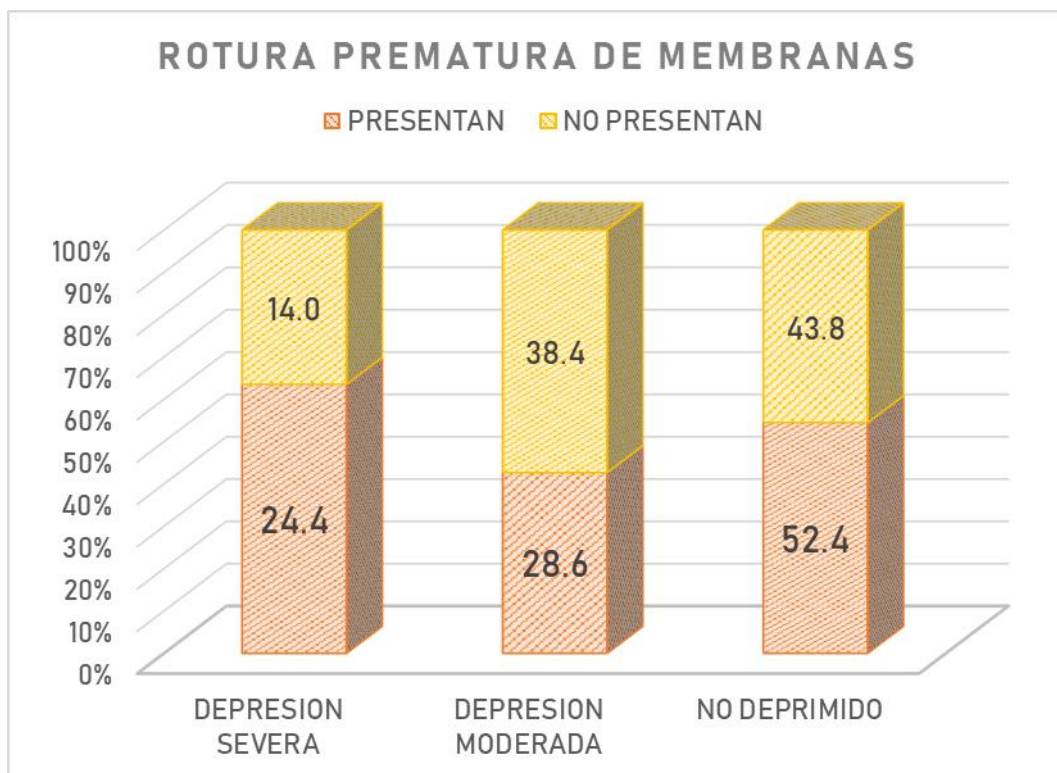


GRÁFICO N°11: FACTORES MATERNOS: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS RELACIONADA CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2017.

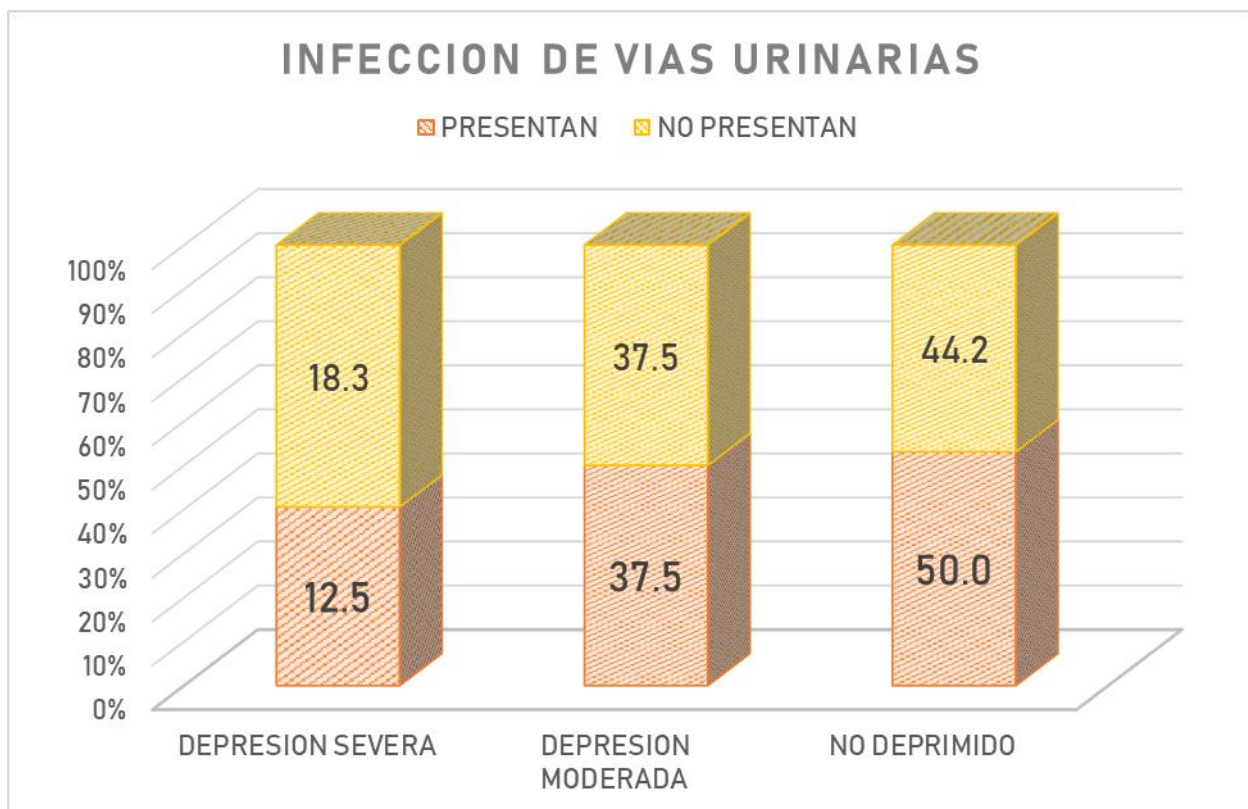


GRÁFICO N° 12: INFECCION DE VIAS URINARIAS RELACIONADA CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2017.

TABLA N°5: FACTORES PERINATALES RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2017

FACTORES PERINATALES	DEPRESIÓN EN RECIÉN NACIDOS						TOTAL	
	DEPRESION SEVERA		DEPRESIÓN MODERADA		NO DEPRIMIDOS		fi	hi
	fi	hi	fi	hi	fi	hi		
SEXO								
Masculino	36	24.8	51	35.2	58	40.0	145	60.4
Femenino	7	7.4	39	41.1	49	51.6	95	39.6
X² = 12.020 GL = 2 P = 0,002 SIG								
DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN								
Presentan	6	19.4	16	51.6	9	29.0	31	12.9
No presentan	37	17.7	74	35.4	98	46.9	209	87.1
X² = 3.863 GL = 2 P = 0.145 NO SIG								
CIRCULAR DE CORDÓN								
Deslizable	16	20.3	34	43.0	29	36.7	79	32.9
No deslizable	6	18.2	17	51.5	10	30.3	33	13.8
No presenta	21	16.4	39	30.5	68	53.1	128	53.3
X² = 9.170 GL = 4 P = 0.057 NO SIG								
EDAD GESTACIONAL								
Pretérmino	22	26.5	27	32.5	34	41.0	83	34.6
Termino	13	12.6	32	31.1	58	56.3	103	42.9
Postérmino	8	14.8	31	57.4	15	27.8	54	22.5
X² = 19.552 GL = 4 P = 0.001 SIG								
PESO								
Extremadamente bajo peso al nacer	2	66.7	1	33.3	0	0.0	3	1.3
Muy bajo peso al nacer	3	20.0	12	80.0	0	0.0	15	6.3
Bajo peso al nacer	11	13.4	35	42.7	36	46	82	34.2
Peso Adecuado	23	19.0	35	28.9	63	52.1	121	50.4
Macrosómico	4	21.1	7	36.8	8	42.1	19	7.9
X² = 24.908 GL = 8 P = 0.002 SIG								
LIQUIDO AMNIOTICO								
Normal	32	16.4	65	33.3	98	50.3	195	81.3
Meconial	11	24.4	25	55.6	9	20.0	45	18.8
X² = 13.640 GL = 2 P = 0.001 SIG								
TOTAL	43	100.0	90	100.0	107	100.0	240	100.0

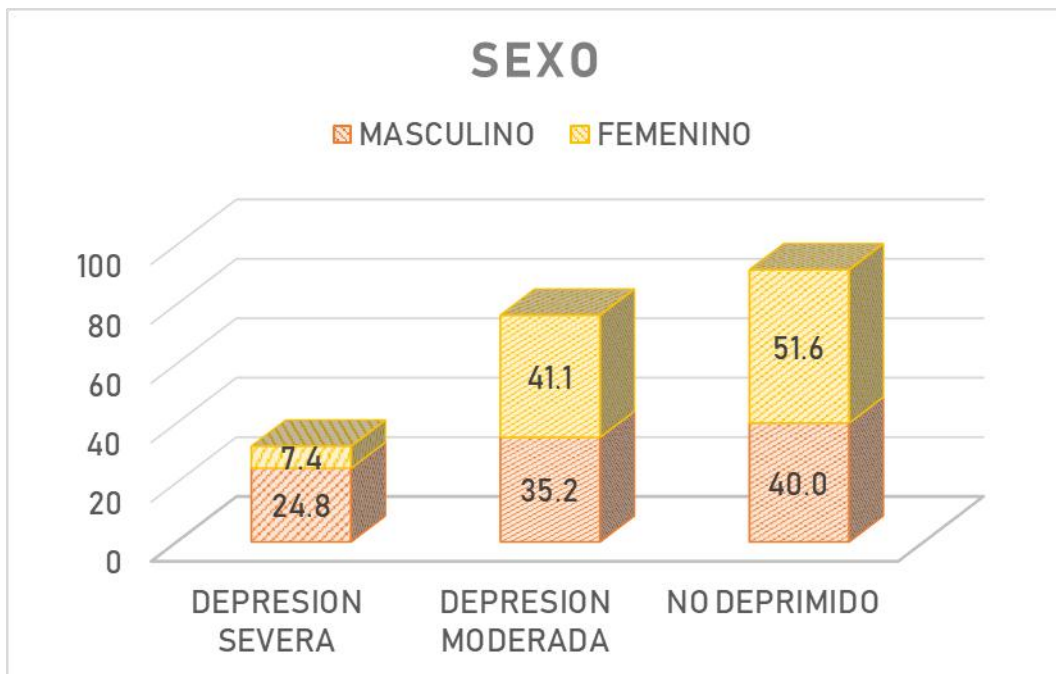


GRÁFICO N° 13: FACTORES PERINATALES. SEXO RELACIONADO CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS.. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE.2017.

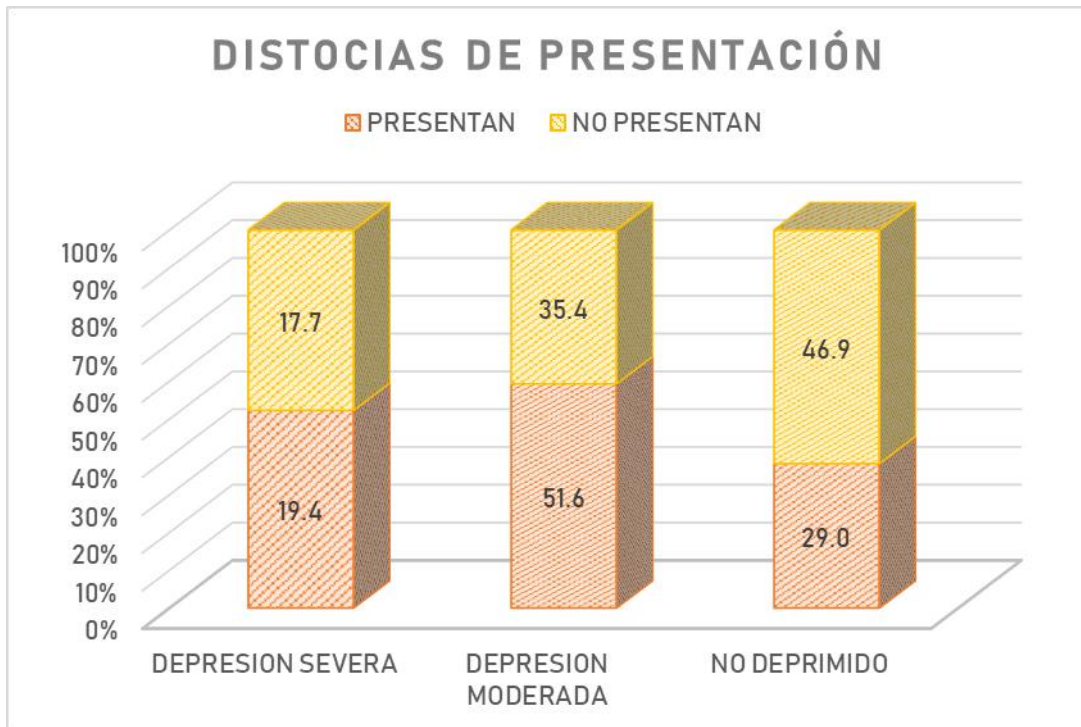


GRÁFICO N° 14: FACTORES PERINATALES: DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN RELACIONADA CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2017.

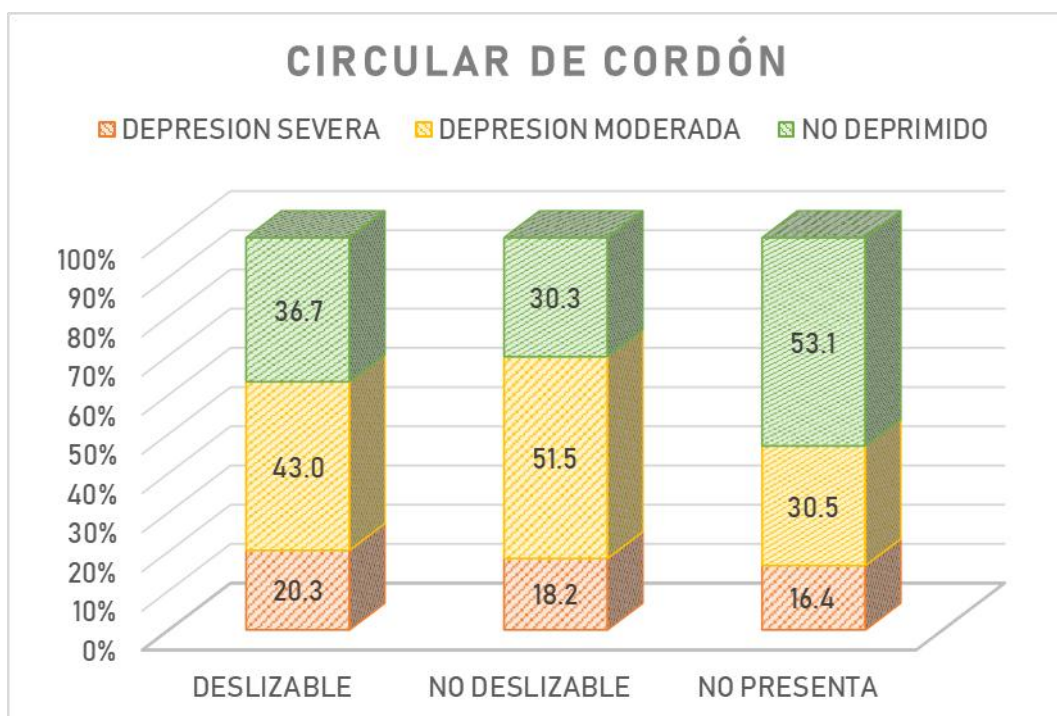


GRÁFICO N° 15: FACTORES PERINATALES: CIRCULAR DE CORDON RELACIONADA CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2017.

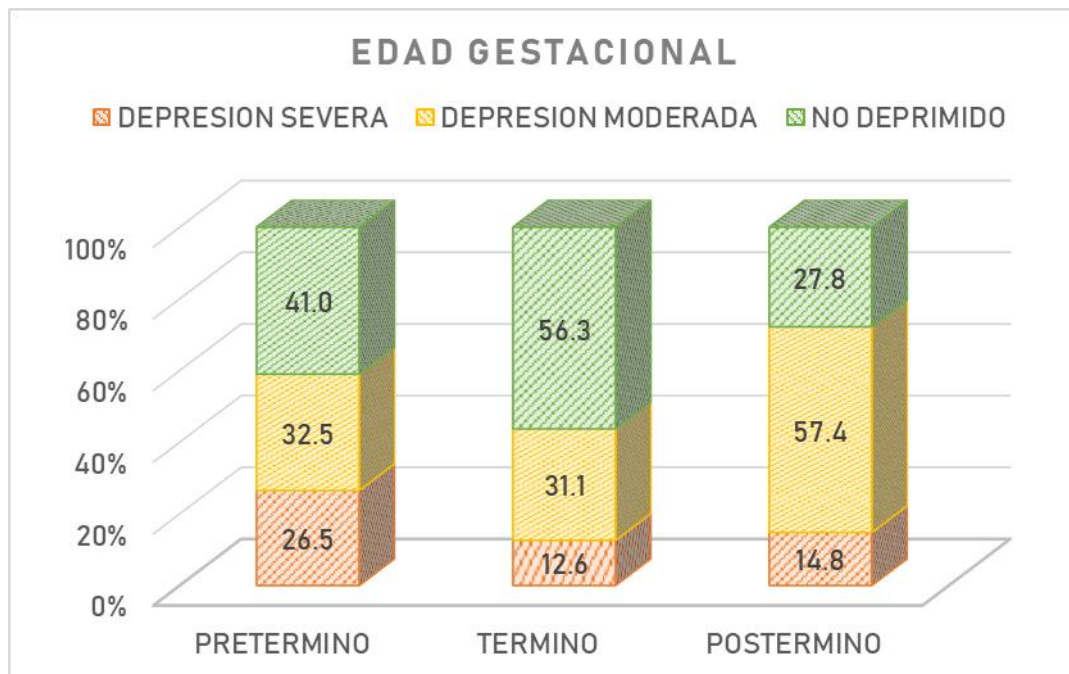
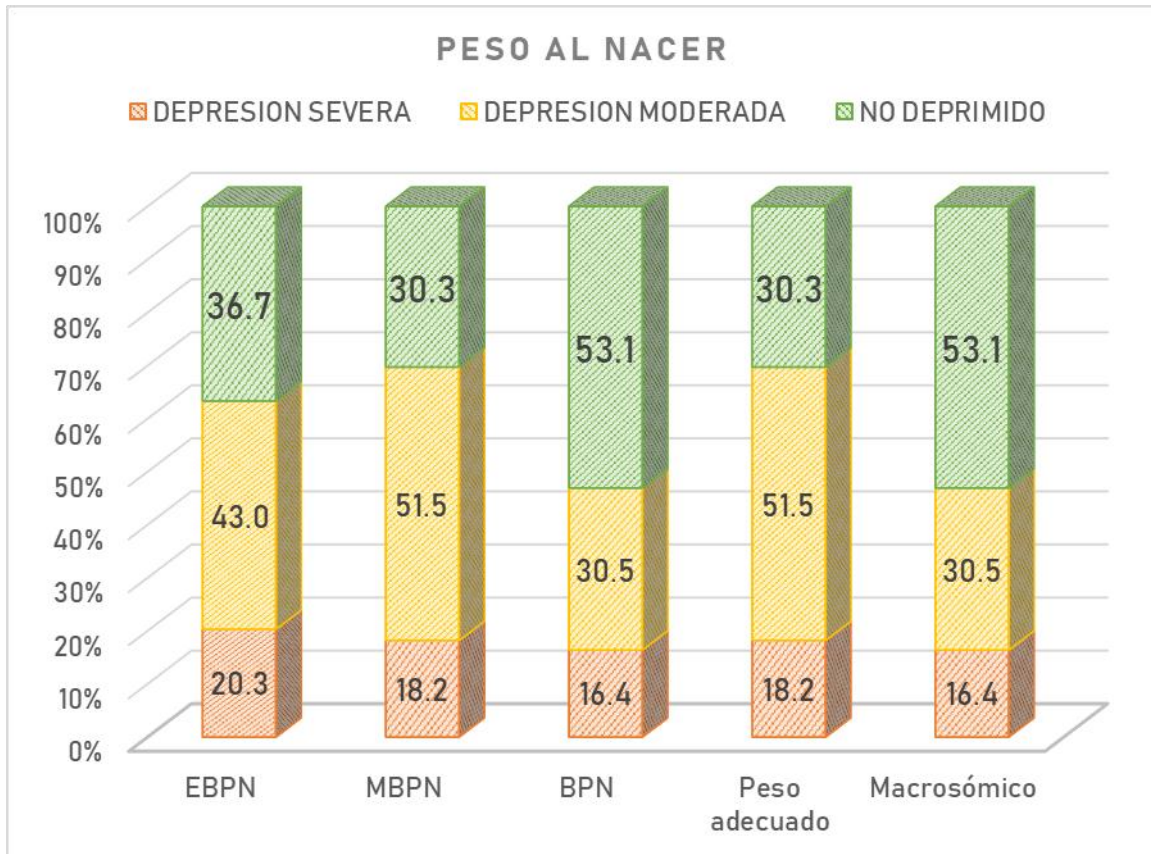


GRÁFICO N°16: FACTORES PERINATALES: EDAD GESTACIONAL RELACIONADA CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2017.



**GRÁFICO N°17 FACTORES PERINATALES: PESO AL NACER
RELACIONADA CON LA DEPRESION EN RECIEN
NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN.
NUEVO CHIMBOTE, 2017.**

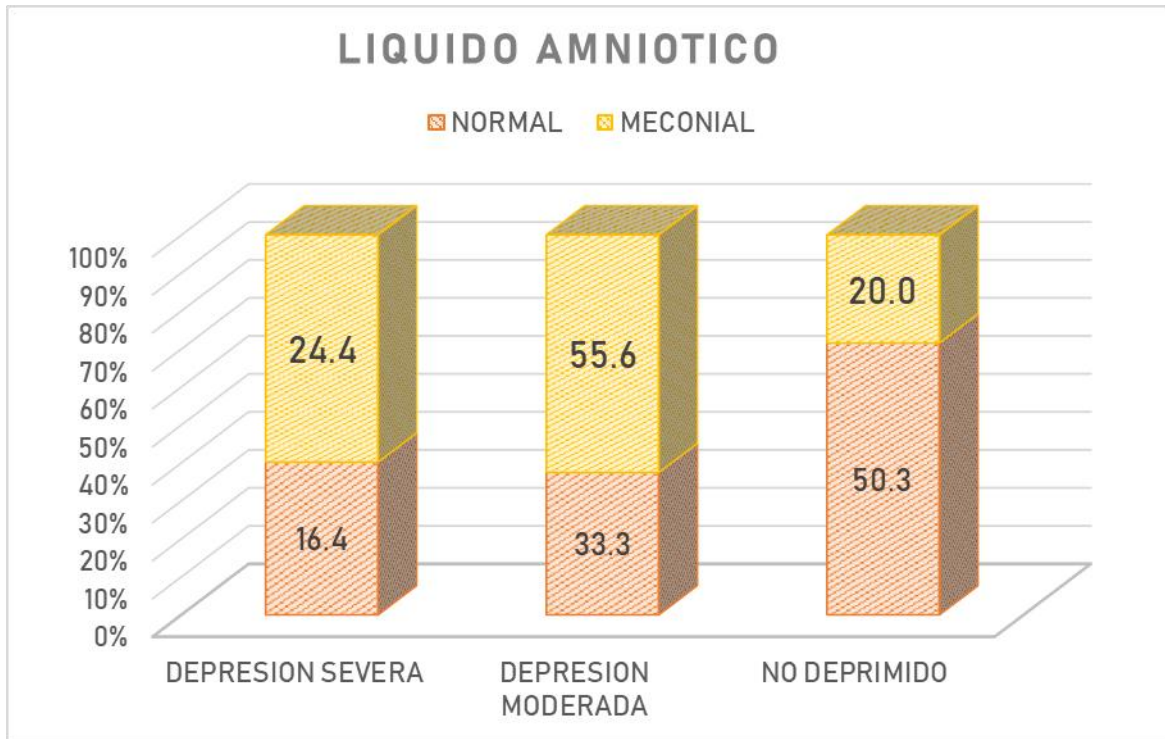


GRÁFICO N°18: FACTORES PERINATALES: LIQUIDO AMNIOTICO RELACIONADA CON LA DEPRESION EN RECIEN NACIDOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2017.

V. DISCUSIÓN:

TABLA N°01 sobre Factores maternos. Hospital “Eleazar Guzmán Barrón”. Nuevo Chimbote. 2017, tenemos que el 39.2% de las madres son mayores de 35 años, el 40.8% tienen secundaria completa, el 44,6% residen en Urbano Marginal, el 46.3% tienen menos de 6 controle prenatales, el 51,7% son primíparas, el 60.8% son de tipo distócico.

Dentro de las patologías durante la gestación, tenemos que el 24.2% presentó preeclampsia, el 20.4% eclampsia, el 9.2% presentaron placenta previa, el 8.8% presentaron desprendimiento prematuro de placenta, el 37.5% presentaron rotura prematura de membranas y el 6,7% no presentaron infección de vías urinarias.

Los resultados obtenidos son semejantes a Amayo, A; Arévalo, A; López quienes investigaron “Factores prenatales e intraparto relacionados con puntaje de Apgar bajo en Hospital Nacional Zacamil” cuyos resultados son similares con el 63,6% de las madres que fueron primíparas. (Amaya Claros, Arevalo Cerón, & Lopez Paz, 2004)

Similar también con los resultados la investigación de Álvarez, C; Ruiz, M; Hernández, J; y colab. quienes en su estudio “Factores influyentes en la Depresión en Santa Cruz” encuentran que sus resultados en la edad materna, son madres mayores de 35 años con 43,8% y presentaron parto distócico con un 44,57%. (Álvarez Gómez, Ruíz Hernández, & Hernández Núñez, 2014)

Nuestros resultados también concuerdan con Román, G; Rosales, K quienes en su tesis “Antecedentes sociales y obstétricos maternos relacionados al Apgar del Recién nacido pretérmino”; concluyeron que el 58,3% de estudios de las madres

son secundarios, el 60,2% presentaron un control inadecuado; pero difieren con edad materna entre los 20 años con 48,5%, y con zona urbana presentando 38,8%. (Román Reyes & Rosales Santos, 2013)

Los resultados de la investigación tienen similitud con Márquez, M. en su investigación “Antecedentes maternos y del recién nacido relacionados con el Apgar al nacer. Hospital Eleazar Guzmán Barrón” encontró que el 59,4% presenta grado de instrucción secundaria, 54,5% viven en urbano marginal, el 77,5% presentaron menos de 6 controles prenatales, el 58,2% tuvieron parto distócico, pero difiere con edad materna con 67,6% en madres que tienen entre 20-35 años y multiparidad con 59,4%. (Marquez Castro, 2017)

Según la literatura e investigaciones sobre los factores maternos que se asocian a la depresión al nacer en recién nacidos, la enfermedad hipertensiva en el embarazo; presión arterial alta o casos como preemclapsia y eclampsia en la madre son complicaciones que se asocian con la prematuridad, lo cual no permite que el feto llegue a las 38 semanas de gestación y culmine su desarrollo correctamente viéndose afectada el desarrollo del sistema respiratorio al momento del nacimiento, asimismo la infección de tracto urinario en las gestantes también se relaciona con prematuridad y la rotura prematura de membranas.

TABLA N°2: En los factores perinatales. Hospital Eleazar Guzmán, 2017. Tenemos que el 60.4% de los recién nacidos son del sexo masculino, el 87.1% no presenta distocias de presentación; el 53.3% no presenta circular de cordón, 42.9% fueron a término, el 50.4% tuvo peso adecuado y con 81.3% los recién nacidos presentaron líquido amniótico normal.

Los resultados obtenidos son semejantes con Amaya, A; Arévalo, A, López, E, quienes en su estudio “Factores prenatales e intraparto relacionados con puntaje de Apgar bajo en Hospital Nacional Zacamil” cuyos resultados encontraron que el 65,9% fueron de sexo masculino. (Amaya Claros, Arevalo Cerón, & Lopez Paz, 2004)

En su estudio Bandera, N; Goire, M; Cardona, M sobre “Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer” también tiene semejanza cuyos resultados fueron 77,5% recién nacidos con edad gestacional de 37 semanas a 42 semanas y difiere con el resultado de cordón umbilical con 32,4%. (Bandera Fisher, Goire Caraballo, & Cardona Sanchez, 2011)

Nuestros datos concuerdan con Álvarez, C; Ruiz, M; Hernández, J, quienes en su estudio sobre los “Factores influyentes en la Depresión en Santa Cruz” hallaron que el 57,61% fueron de sexo masculino, peso adecuado con 46,74% y recién nacidos a término con el 57,61%. (Álvarez Gómez, Ruíz Hernández, & Hernández Núñez, 2014)

También tienen similitud con Carpio, G en su estudio “Factores relacionados con Apgar Bajo al nacer en neonatos atendidos del Hospital Regional Hemilio

Valdizan Medrano, Huánuco, 2014”, muestran recién nacidos con 51,1% sexo masculino, peso adecuado con 66,7% y difiere con 15% de los recién nacidos tuvieron presentación posición podálica (distocia de presentación). (Carpio Chávez, 2014)

Los resultados obtenidos tienen similitud con Arbildo, M, Ramírez, J, quienes investigaron “Factores de riesgo a Apgar bajo en el Hospital Docente Las Mercedes. Chiclayo, periodo enero-diciembre 2014”, encontrando que el 51,1% sexo masculino, peso adecuado con 66,7% . (Arbildo Muñoz & Ramirez Echendía, 2015)

Asimismo, la investigación de Torres, D. “Factores de riesgo asociados a puntaje de Apgar bajo en el servicio de neonatología del Hospital Dos de Mayo, julio 2015-diciembre-2016”, tiene semejanza con los resultados obtenidos, con 54,4% sexo masculino, adecuado peso al nacer con 88.1% y liquido meconial con 17,5% ; pero difieren con 38,8% con circular de cordón, prematuridad con 17,5% (Torres Alarcón , 2017)

Nuestro estudio no guarda relación con la investigación de Rodríguez, F, acerca de “Macrosomía fetal, desprendimiento prematuro de placenta, bajo peso al nacer y sufrimiento fetal agudo como factores de riesgo obstétricos para Apgar bajo a los 5 minutos en recién nacidos a términos en el Hospital Belén de Trujillo, en el cual, los resultados fueron recién nacido con bajo peso al nacer con 22%, y 6% de los recién nacidos presentaron macrosomía. (Rodríguez Zúñiga, 2009)

Según la literatura e investigaciones con los resultados encontrados, el sexo masculino tuvo el mayor porcentaje en casos de niños con depresión al nacer, y

que en la mayoría tuvo similitud con edad gestacional a término y adecuado peso al nacer, coincidiendo con Marquéz, M. (Marquez Castro, 2017)

Un estudio, realizado por el British Medical Journal que fue publicado en la página “Salud”, recolectó datos de recién nacidos entre masculino y femenino dando como resultado que la culminación del parto sin presentar complicaciones es con el sexo femenino, a diferencia del sexo masculino que tiene más probabilidad de realizar una cesárea, si bien es cierto los recién nacidos varones tienen un peso mayor que las de sexo femenino, los autores del estudio, no pueden dar una explicación a ciencia cierta, de manera que aun las causas no estas claras en porque los recién nacidos masculinos tienen más probabilidad de nacer deprimidos ya sea moderada o severa. (Salud. Ediciones el pais. S.L., 2003)

TABLA N° 3: En la depresión en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán, 2017.

Tenemos que de los 240 recién nacidos el 17.9% presentaron depresión severa ,el 37.5% depresión moderada y 44.6% no presentaron depresión al nacer (no deprimidos).

En los resultados obtenidos por Amaya, A; Arévalo, A; López, E, en su estudio “Factores prenatales e intraparto relacionados con puntaje de Apgar bajo en el Hospital Nacional de Zacamil”, observamos que difieren con los resultados de su investigación con 88,6% recién nacidos deprimidos. (Amaya Claros, Arevalo Cerón, & Lopez Paz, 2004)

La investigación de Carpio, G titulada “Factores relacionados con Apgar Bajo al nacer en neonatos atendidos del Hospital Regional Hemilio Valdizan Medrano, Huánuco, 2014”, presentaron un apgar menor de 7 con 28,3%. (Carpio Chávez, 2014)

Los resultados difieren con los de Salvo, H; Flores, J; quienes en su estudio “Factores de Riesgo de Test de Apgar bajo en recién nacidos” encontraron resultados de Apgar menor de 3 fue de 2.1% y a los cinco minutos 0,5%. (Salvo F, Flores A, Alarcón R, & Colab, 2007)

Nuestros resultados son similares con los de Márquez, M; quién en su tesis “Antecedentes maternos y del recién nacido relacionados al nacer” los resultados fueron 16,4% depresión moderada, 4.5% depresión severa y el 79.1% de los recién nacidos no tuvieron depresión al nacer. (Marquez Castro, 2017)

La adaptación neonatal al medio externo o extrauterino es un proceso secuencial y depende de múltiples variables o factores; no todos los recién nacidos, tienen la misma adaptación apenas nacen, algunos nacen deprimidos y con ellos posibles problemas neurológicos y alta mortalidad.

Si bien hoy en día la depresión neonatal o depresión al nacer en el recién nacido ha disminuido en algunos países, es necesario seguir con los controles prenatales, bienestar fetal y atención en el parto, que conlleva una detección precoz en los factores de riesgo, y se podrá actuar a tiempo.

Las complicaciones según la literatura, pueden dañar áreas del cerebro esenciales, puesto que la falta de oxígeno en estos primeros minutos de vida es suficiente para causar un daño leve neuronal que puede afectar en algunos niños en el futuro su capacidad cognitiva, como también algunos pueden sufrir de crisis epilépticas en raros casos. (Maley. J, 2009)

TABLA N° 4: sobre Factores maternos relacionados con la depresión en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote. 2017.

En relación a la edad, observamos que el 25.7 % de las madres mayores de 20 a 35 años presentaron recién nacidos con depresión severa y el 44,7% de madres mayores de 35 años presentaron recién nacidos con depresión moderada y el 46.8% de madres mayores de 35 años sus recién nacidos no presentaron depresión al nacer. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Machado, respecto a la edad materna planteo que el Apgar bajo o recién nacidos deprimidos ocurre con frecuencia en las madres que tienen menor de 20 años, afirmación que contrasta con el resultado, al no haberse encontrado asociación con la edad materna adolescente, debido a que según la literatura en esta edad los órganos reproductivos, están propensas a complicaciones o traumas en el parto viéndose afectado el recién nacido. (Machado J., 2005)

Las madres mayores de 35 años, según las investigaciones son propensas a complicaciones como enfermedad hipertensiva en el embarazo, no logrando llegar a término su embarazo por lo que el recién nacido en muchos casos, no termina completamente desarrollado todos sus sistemas. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015) (Chore Ramirez, 2012)

En **nivel de instrucción**, el 36.4% de las madres sin grado de instrucción (analfabetas) tuvieron recién nacidos con depresión severa ,el 51.0% de madres con grado de instrucción secundaria sus recién nacidos presentaron depresión moderada y el 61.8% de madres con grado técnico no presentaron recién nacidos deprimidos. Sí existe relación significativa entre ambas variables.

La investigación es similar con Vilcapaza, L; teniendo como resultado el grado de instrucción secundaria asociada a depresión en recién nacidos. (Vilcapaza Yucra , 2016)

Los grados de instrucción se consideran como factor protector, según la literatura la educación es necesaria porque mediante más alto sea el grado que llegue a obtener mayor será el conocimiento, lo cual ayudaría a las madres a comprender y tomar conciencia de los cuidados que debe tener en la gestación para prevenir posibles complicaciones que puedan afectar la vida del recién nacido. (Nakandakari G, De la Rosa C, & Jaramillo S , 2012)

En **residencia**, observamos que el 21.3% de las madres que residen en zona rural, tuvieron recién nacidos con depresión severa, el 45.3 de las madres que también residen en zona rural tuvieron recién nacidos con depresión moderada y el 63.8% de las madres que residen en zona urbana no presentaron recién nacidos deprimidos. Si existe relación significativa entre ambas variables.

La realidad que se vive en nuestro país es que muchos de los asentamientos humanos no tienen los servicios básicos, lo cual es un factor de riesgo para la salud de la gestante, considerando también la distancias a los centros de salud, que, en casos de urgencia, el tiempo que demore en llegar puede ser perjudicial tanto para la madre como el bebé.

En **Control prenatal (CPN)**, tenemos que el 27.2% de las madres que no tuvieron ningún control prenatal sus recién nacidos presentaron depresión severa ,el 43.9% con madres mayor de 6 controles sus recién nacidos presentaron

depresión moderada y 45.5% de las madres que no realizaron ningún control no tuvieron recién nacidos deprimidos. No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

La investigación de Amayo, A, Arévalo, A; López, E, coinciden con los resultados del estudio en la relación significativa en control prenatal, asimismo Torres, D también tuvo una asociación con Apgar bajo que hoy es denominado como depresión en recién nacidos o depresión al nacer. (Amaya Claros, Arevalo Cerón, & Lopez Paz, 2004)

El control prenatal es un conjunto de acciones que se realizan las gestantes, puesto que tiene como objetivo una adecuada salud materna, y que el desarrollo del feto sea normal y así obtener un recién nacido en las mejores condiciones, para que tenga una adaptación adecuada. Se considera que un buen control prenatal debe ser mayor de 6 asistencias.

En la **paridad** tenemos que, el 19.1% de las madres primíparas tuvieron recién nacidos con depresión severa, el 44.4% de las multíparas sus recién nacidos presentaron depresión moderada y el 50.9% de las madres primíparas no presentaron recién nacidos deprimidos. No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

La investigación de Rodríguez, A Balestena, J y Pagarizabal, E; quienes en su estudio “Factores maternos que influyen en la depresión neonatal” observamos que no coinciden a los resultados no teniendo relación significativa con la depresión en recién nacidos. (Rodríguez Núñez & Balestena Sánchez, 2000)

En el **tipo de parto** tenemos que el 21,3% de las madres presentaron un parto eutócico y tuvieron recién nacidos con depresión severa, el 45.2% que tuvieron

parto distócico presentaron depresión moderada y el 53.2% de las madres que tuvieron parto eutócico no tuvieron recién nacidos deprimidos. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

La investigación de Amayo A, Arévalo, J, López, E, quienes en su estudio “Factores prenatales e intraparto relacionados con puntaje de Apgar bajo en Hospital Nacional de Zacamil; los resultados contrastan con 61,4% madres que tuvieron parto eutócico y sus recién nacidos presentaron depresión al nacer. (Amaya Claros, Arevalo Cerón, & Lopez Paz, 2004)

El parto distócico (cesárea) es un procedimiento que ayuda al feto a nacer mediante una cirugía, lo cual puede traer complicaciones tanto a la madre como al recién nacido, dándose casos de hemorragia, infecciones y en recién nacidos son extraídos inadvertidamente lo cual su proceso de adaptación del sistema respiratorio no se completa y pueden presentar problemas respiratorios. (López Siña., 2017)

Estudios comparativos entre cesáreas programadas, cesáreas por motivos no inherentes al feto y parto eutócico han demostrado un 50% de los valores de Apgar son más bajos, requieren frecuentemente asistencia respiratoria y otros son admitidos a unidad de cuidados intensivos (Ricci A, Perucca P, & Altamirano A., 2004)

En **enfermedad hipertensiva del embarazo**, observamos que el 20.4% de las madres que presentaron preeclampsia tuvieron recién nacidos con depresión severa, el 65.5% de las madres que presentaron preeclampsia tuvieron recién nacidos con depresión moderada y el 60.9% 5 de las madres que no presentaron

presentaron ninguna patología tuvieron recién nacidos sin depresión . Si existe relación estadística entre ambas variables.

Por lo tanto, la investigación coincide con Arana, Alvarez; con relación en preeclampsia con el apgar bajo que equivale a recién nacido deprimido. (Arana Alvarez, 2014)

En otros estudios la hipertensión arterial tuvo mayor asociación con depresión al nacer, de manera que es el principal síntoma de que una mujer puede sufrir enfermedad hipertensiva del embarazo, y un riesgo de mortalidad tanto para ella como para su bebé, por lo tanto, al ser diagnosticada, tiene que ser referida a un centro de alta complejidad para su tratamiento oportuno. (Peralta Ticona, 2017)

En **placenta previa**, observamos que el 31.8% de las madres que presentaron placenta previa tuvieron recién nacidos con depresión severa , el 37.6% de las madres que que no presentaron placenta previa tuvieron recién nacidos con depresión moderada y el 45.9% de las madres que no presentaron esta patología sus recién nacidos no presentaron depresión al nacer. No existe relación significativa entre ambas variables.

Los estudios que contrastan los resultados de esta investigación son de Carpio, G, quien es su estudio “Factores relacionados con Apgar Bajo al nacer en neonatos atendidos del Hospital Regional Hemilio Valdizan Medrano, Huánuco, 2014” en el cual la complicación placenta previa se asocia con la depresión en recién nacidos; de igual modo, Arbildo, M; Ramírez, J, que en su estudio “Factores de riesgo a Apgar bajo en el Hospital Docente Las Mercedes. Chiclayo, periodo enero-diciembre 2014”, se observó que, la placenta previa es un factor de riesgo a

Apgar bajo al nacer lo que equivale a depresión en recién nacidos. (Carpio Chávez, 2014) (Arbildo Muñoz & Ramirez Echendía, 2015)

La placenta previa es una complicación que puede traer problemas a los recién nacidos, como prematuridad, siendo una causa de mortalidad fetal.

En **desprendimiento prematuro de placenta**, observamos que el 19.0% de las madres que no presentaron esta patología tuvieron recién nacidos con depresión severa, asimismo el 38,4% de las madres no presentaron esta patología y sus recién nacidos presentaron depresión moderada y el 45.9% igualmente no presentaron desprendimiento prematuro de placenta y sus recién nacidos no tuvieron depresión al nacer. No existe relación significativa entre ambas variables.

La investigación contrasta con Salvo, H; Flores, J; Alarcón, J, quienes en su estudio “Factores de riesgo de test de apgar bajo en recién nacidos” donde el desprendimiento prematuro de placenta se asocia con recién nacidos deprimidos; igualmente el estudio de Arbildo, M; Ramirez, J, también tuvo asociación el desprendimiento prematuro de placenta con recién nacidos deprimidos. (Salvo F, Flores A, Alarcón R, & Colab, 2007) (Álvarez Gómez, Ruíz Hernández, & Hernández Núñez, 2014)

El desprendimiento prematuro de placenta, es una complicación que se conoce como la separación parcial o total del útero, causando en el feto problemas en cuanto a la respiración y la alimentación, lo cual conlleva a un nacimiento prematuro y alta tasa de mortalidad. (Rodríguez , Félix García, & Sánchez-Vegazo, 2011)

En la **rotura prematura de membranas**, el 24.4% de las madres que presentaron esta patología tuvieron recién nacidos con depresión severa y el 38,0% de las madres que no presentaron, tuvieron recién nacidos con depresión moderada, por ultimo el 48% no tuvieron esta patología y sus recién nacidos no presentaron depresión al nacer.No existe relación significativa entre ambas variables.

En **infección de vías urinarias**, tenemos que el 18.3% de las madres que no presentaron ITU, tuvieron recién nacidos con depresión severa,el 37.5% de las madres con ITU, tuvieron recién nacidos con depresión moderada y el 50% de las madres con ITU, sus recién nacidos no presentaron depresión al nacer. No existe relación significativa entre ambas variables.

La infección del tracto urinario se relaciona con la ruptura prematura de membranas, debido a que las bacterias logran entrar y en algunos casos producir infecciones y también puede causar la prematurez en el bebé. (Arredondo García, Amábile Cuevas, & Pacheco Gahbler, 2010)

TABLA N° 5, sobre Factores perinatales relacionados a la depresión en recién nacidos. Hospital Eleazar Guzmán. Nuevo Chimbote, 2017. Se observó que en relación al sexo el 24.8% de recién nacidos masculinos presentaron depresión severa, y 41.7% presentaron depresión moderada y el 51.6% de sexo femenino no presentaron depresión al nacer. Si existe relación significativa entre ambas variables.

En **distocias de presentación**, el 19.4% presentaron distocias de presentación y los recién nacidos presentaron depresión severa , el 51.6% de los recién nacidos que presentaron distocias,tuvieron depresión moderada y el 53.1% que no

presentaron distocias fueron no deprimidos. No existe relación significativa entre ambas variables.

La investigación contrasta con Rodríguez, L y Carpio G, en su investigación la presentacio podálica y el parto con esa posición del feto tiene asociación con el Apgar bajo al nacer o también recién nacidos deprimidos. (Rodríguez Samanillo, 2005) (Carpio Chávez, 2014)

En **circular de cordón**, tenemos que el 20.3% de los recién nacidos que presentaron cordón umbilical deslizable tuvieron depresión severa y el 51.5% que presentaron cordón umbilical no deslizable presentaron depresión severa y el 53.1% que no presentaron esta complicación, los recién nacidos no presentaron depresión al nacer. Si existe relación significativa entre ambas variables.

El estudio de Torres, D, contrasta con la investigación dando como resultado circular de cordón tiene relación significativa con la depresión en recién nacidos. (Torres Morales & Granados, 2010)

El estudio de Acosta, M “Circular de cordón y el Apgar en el recién nacido en el hospital Carlos Ianfranco la Hoz Julio – Diciembre. 2015; coincide con los resultados de la investigación al no tener asociación con la depresión en recién nacidos. (Garfias, 2015)

El circular de cordón presenta dos tipos deslizable y no deslizable, cuando esto sucede, es necesario prever que el recién nacido, no sufra hipoxia, pues al momento del parto, el cordón puede asfixiarlo. (Bustamante, Parra, Diaz Yunez, & colab, 2011)

En **edad gestacional**, el 26.5% de los recién nacidos pretérmino, presentaron depresión severa, el 57.4% de los recién nacidos posttermino presentaron depresión moderada y el 56.3% de los recién nacidos no presentaron depresión al nacer. Si existe relación significativa entre ambas variables.

La investigación coincide con el estudio de Serrano, C, “Tipos de Apgar del recién nacido asociado a la edad gestacional del recién nacido pretérmino en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón durante los años 2005 al 2006, donde existe relación significativa entre el Apgar relacionado a la edad gestacional del recién nacido pretérmino. (Serrano Valderrama, 2007)

La investigación coincide con Salvo, H; Flores, J; Alarcón, J y colab quienes en su estudio “Factores de Riesgo de Test de Apgar bajo en recién nacidos” que en sus resultados los pretérminos tienen asociación con al nacer. (Salvo F, Flores A, Alarcón R, & Colab, 2007)

En el **peso**, observamos que el 66.7% de recién nacidos tuvieron extremadamente bajo peso al nacer y presentaron depresión severa ;el 42.7% tuvieron bajo peso al nacer presentado depresión moderada y el 52.1% presentaron peso adecuado y no presentaron depresión. Si existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Nuestros resultados de investigación contrastan con Leon Perez, Ysidrón Yglesias; en sus resultados el recién nacido con bajo peso tiene asociación con el Apgar bajo al nacer lo que equivale a depresión en el recién nacido. (León Perez & Ysidrón Iglesias, 2010)

Asimismo, difiere con la investigación Oliveira, T; Thomé, F; Viera, P y colab. sobre “Apgar y la Mortalidad Neonatal en el Hospital de la Zona Sur de Sao

Paulo”. Brasil” en la cual el bajo peso al nacer tuvo relación con la depresión en recién nacidos. (Oliveira, Thomé, Viera, & Colab, 2012)

En **liquido amniótico** tenemos que el 24.4% que presentaron liquido normal tuvieron depresión severa, 55.6% de los recién nacidos presentaron liquido meconial dando como resultado que el recién nacido tuviera depresión moderada y el 50.3% de los recién nacidos presentaron liquido normal y no presentaron depresión al nacer. Si existe relación significativa entre ambas variables

La investigación coincide con Arana, Alfonso, L quien, en su estudio “Factores de riesgo asociados a puntaje de apgar bajo al nacer en neonatos del Hospital Belén de Trujillo periodo enero 2009-diciembre 2013” quienes obtuvieron resultados que el líquido amniótico meconial, estuvo asociada con depresión al nacer. (Arana Alvarez, 2014)

Del mismo modo, Arbildo, M; Ramírez, J en su investigación “Factores de riesgo a Apgar bajo en el Hospital Docente Las Mercedes. Chiclayo, periodo enero-diciembre 2014” presentaron en sus resultados liquido meconial tuvo relación con la depresión en recién nacidos. (Arbildo Muñoz & Ramirez Echendía, 2015)

Igualmente, Vilcapaza, L en su estudio “Factores de riesgo asociados a puntaje de Apgar bajo en el servicio de Neonatología del Hospital Dos de Mayo, julio 2015-diciembre 2016 presentaron resultados donde el líquido meconial tuvo asociación con el Apgar bajo al nacer o depresión en recién nacidos. (Vilcapaza Yucra , 2016)

El meconio generalmente esta en los intestinos del feto, hasta después del nacimiento, pero en ocasiones como sufrimiento fetal y en el caso de que se pasan las semanas de gestación es expulsado al liquido amniótico antes del parto, el

meconio es directamente toxico para el epitelio pulmonar y perjudica la capacidad tensioactiva endógeno para reducir la tensión superficial, como consecuencia comprometiendo la relación ventilación- perfusión y finalmente el recién nacido nacería deprimido. (Meritano Javier, Soledad Pietro, Valeria Di, & colab, 2010)

VI- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES:

- Factores maternos: 39.2% edad más de 35 años, 40,8% secundaria, 44,6% urbano marginal, 46.3% menos de 6 controles prenatales, 51,7% primíparas; 60,8% parto distócico, 20.4% eclampsia, 9.2% placenta previa; 8.8% desprendimiento prematuro de placenta (DPP); 37.5% rotura prematura de membranas (RPM) y 6,7 % infección de vías urinarias.
- Factores perinatales: 60,4% sexo masculino, 12,5% distocias de presentación, 32.9% circular de cordón deslizable, 42.9 término, 34,6% bajo peso al nacer y 18.8% líquido meconial.
- En depresión, 17.9% presentaron severa, 37.5% moderada y 44.6% no presentaron depresión en recién nacidos.
- Existe relación estadística significativa entre factores maternos: edad, grado de instrucción, residencia, tipo de parto, enfermedad hipertensiva del embarazo. No existe relación estadística con control prenatal, paridad, placenta previa, DPP, RPM e infección de vías urinarias.
- Existe relación estadística significativa en factores perinatales y depresión en recién nacidos: sexo, edad gestacional, peso y líquido amniótico. No existe relación con distocias de presentación y circular de cordón.

6.2. RECOMENDACIONES

- Capacitar continuamente al equipo de profesionales de salud para que se brinde una atención eficiente, en calidad y oportuna hacia la gestante y el recién nacido.
- El profesional de enfermería que labora en centro de salud debe ser observadora y reconocer los factores de riesgo que presentan las gestantes y actuar tomando medidas preventivas para referir a la paciente a hospitales de capacidad resolutive.
- El profesional de enfermería debe realizar talleres educativos a las mujeres gestantes para prevenir aquellos factores de riesgo que siguen siendo en la actualidad causas de muerte materno- perinatal, y factores de riesgo que predispone que un recién nacido presente complicaciones por presentar depresión al nacer y como consecuencias con daño neurológico.
- Realizar un oportuno y adecuado control prenatal para los diagnósticos de patologías maternos fetales, tomando conductas adecuadas para que el recién nacido no presente depresión al nacer.
- Realizar un análisis de diagnóstico situaciones de las zonas donde hay mas carencia de profesionales de salud, y asi poder identificar a gestantes en situación de riesgo para un control adecuado y si en caso se presenta una complicación realizar una oportuna referencia en cuanto a las redes de servicio de salud para no aumentar la morbi-mortalidad perinatal.
- Seguir realizando investigaciones de depresión en recién nacidos, con el objetivo de observar si aumenta los casos de depresión en recién nacidos y

que factores de riesgo siguen relacionándose para actuar y evitarlo en el futuro.

- Para conocimiento de las profesionales de salud que harán su externado en poblaciones donde no hay suficientes recursos, lo cual les dará conocimiento para poder identificar los riesgos tanto de la madre y del feto, y referir oportunamente a un hospital de mayor complejidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Agencia de Cooperación e internal del Japón. (2011). Control prenatal, proyecto materno infantil. Guatemala.

Alvarado Alva, J. (1995). *Manual de Neonatología*. Lima: AMP ediciones.

Alvarado Alva, J. (2014). *Apuntes de Obstetricia*. Lima: AMP ediciones.

Álvarez Gómez, C., Ruíz Hernández, J., & Hernández Núñez, C. (2014). *Factores influyentes en la Depresión en Santa Cruz*. Cuba.

Amaya Claros, A., Arevalo Cerón, R., & Lopez Paz, E. (2004). *Factores prenatales e intraparto relacionados con el puntaje de Apgar bajo en Hospital Nacional Zacamil*. El Salvador.

Apaza Canaza, M. (2017). *Morbimortalidad en neonatos hospitalizados en el servicio de neonatología procedentes de alojamiento conjunto y emergencia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno (octubre del 2016- febrero del 2017)*. Puno.

Arana Alvarez, L. (2014). *Factores de riesgo asociados a puntaje de apgar bajo al nacer en neonatos del Hospital Belén de Trujillo periodo enero2009 diciembre 2013*. Trujillo.

Araujo González, R. (2015). Vulnerabilidad y riessgo de salud: ¿dos conceptos concomitantes? *Novedades en población*.

Arbildo Muñoz, M., & Ramirez Echendía, J. (2015). *Factores de riesgo de Apgar Bajo en el Hospital Regional Docente Las Mercedes-Chiclayo, periodo enero-diciembre 2014*. Chiclayo.

- Arena Bautista, C. (2006). *ncidencia y mortalidad del Recién Nacido severamente deprimido en el Hospital Ginecobstétrico “Eusebio Hernández” durante los años 2004-2005*. Cuba.
- Arias Altamirano, C. A., & Orozco, F. (2017). *Conocimiento, actitudes y prácticas en control prenatal relacionadas a la salud oral y embarazo de mujeres que acuden a consulta externa del Hospital Gineco Obstetrico Isidro Ayala*. Euador .
- Arredondo García, J., Amábile Cuevas, A., & Pacheco Gahbler, C. (2010). *Diagnostico y tratamiento antibacteriano de infecciones urinarias*. Science for a better life.
- Asociación Americana de Pediatría. (2008). Obtenido de Puntuación del Apgar: www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-pdf-13113569-S300
- Assuncao , E., Alvarez, j., Ibidi, S., & Colab. (2012). *Puntajes de Apgar bajo a los 5 minutos en una población de bajo riesgo: materna, y factores obstetricos y resultado postnatal*. Brasil.
- Barba Pan, M. (2014). *About español*. Obtenido de Diferencia entre sexo y género: <https://www.aboutespanol.com/definicion-de-sexo-genero-y-sexismo-1271572>
- Bastida, A. (2009). *Bebe y mas*. Obtenido de La vuelta del Cordón Umbilical.
- Bandera Fisher, N., Goire Caraballo, M., & Cardona Sanchez, O. (2011). *Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer* . Cuba.
- Botella LLusia, J. (1993). *Placenta previa fisiología y patologia*. Madrid, España: Diaz de los Santos.

- Brewer, S., & Bhattacharya, S. (2011). *El embarazo, guía ilustrada desde la concepción hasta el parto*. Gran Bretaña: DK.
- Bustamante, Z. C., Parra, A. G., Diaz Yunez, I., & colab. (2011). Pronóstico perinatal de los fetos con circular de cordón en relacion en la via del parto. *Redalyc*, vol 62 N°4.
- Calwin, J. (1992). Valoracion de riesog en medicina perinatal clinicas. *Revista Obstetrica y ginecologica*, 305-314.
- Caño Moscol, , D. A. (2013). *Factores que influyen en la multiparidad en adolescentes de 14 a 19 años, atendidas en la Consulta Externa del Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, en el periodo del 6 de septiembre del 2012 a febrero 2013*. Ecuador.
- Cañamero de León, S. (2017). *Guiainfantil.com*. Obtenido de Tipos de parto para la mujer embarazada: <https://www.guiainfantil.com/articulos/parto/tipos-de-parto/>
- Cárdenas Peña , R. (2004). *algunos factores de riesgo que inciden en los niños con Apgar bajo en el Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna” en el período de enero – diciembre del año 2004*. . Cuba.
- Carpio Chávez, E. G. (2014). *Factores relacionados con Apgar bajo al nacer en neonatos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, Huánuco, 2014*. Huánuco.
- Carrera Riva Palacio, A. G. (2016). *Infogen. Revista Mensual*. Obtenido de Riesgo materno durante el embarazo.: <http://infogen.org.mx/riesgos-maternos-durante-el-embarazo-2/>

- Casey , M., McIntire, D., & Levene K. (2011). *El valor del puntaje de Apgar para la evaluacion del recién nacido, 2011*. Estados Unidos.
- Castillo Salgado , C. (1999). Manual sobre el enfoque de riesgo materno-infantil. *Organización Panamericana de la Salud*.
- Chore Ramirez, C. (2012). *Madres adolescentes en Perú*. Obtenido de Monografia.com.
- Clinica ADAM, Especialidades Médicas*. (2017). Obtenido de Placenta previa:
<https://www.clinicadam.com/salud/5/000900.html>
- Del Valle Cacela, V. (2010). *Humanium*. Obtenido de Pobreza infantil:
<https://www.humanium.org/es/pobreza-infantil/>
- Dominguez Mon, A. (2000). El enfoque de riesgo en la atención materno- infantil, análisis antropologico de la nocion riesgo, Hospital Materno infantil Ramón Sardá.
- Douglas Cunningham, M., Fabien Gabriel , E., & Gomella, T. (2011). *Neonatologia, Tratamientos, procedimientos, problemas durante la guardia, enfermedades y fármacos* (6 ed.). Mexico: Mc. Grahwill.
- Enrique Donoso,, J., & Carvajal, J. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista Médica de Chile*.
- F. Hacker, N., C. Gambone, J., & J. Hobel, C. (2011). *Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore* (5 ed.). España: Manual Moderno.

- García Alix, A., & Quero, J. (2012). *La Evaluación de la edad Gestacional*. España: Díaz de Santos.
- Garfias, D. (2015). *Circular de cordón y el Apgar en el recién nacido en el Hospital Ianfranco la Hoz Julio-Diciembre 2015*. Lima.
- Genzel Boroviczény, O., Hempelman, J., & Martínez, A. (2006). *Valor predictivo del puntaje de Apgar de 1 minuto para la supervivencia a las 23 a 26 semanas de edad gestacional*. Estados Unidos.
- Instituto de evaluación tecnológica en Salud. (2016). *Evaluación escala de Apgar*. Bogotá.
- Instituto de Estadística de Cataluña. (2001). *Web de estadística de Cataluña*. *Idescat*. Obtenido de Grado de instrucción: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=765&m=m&lang=es>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2002). Obtenido de Factores de riesgo, características, tendencias de la salud materno infantil en madres de 15 a 18 años y de 25 a 29 años.
- Instituto Nacional de Estadística e informática. (2011). *Promedio de años de estudios y nivel de educación logrado*. Chile.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). Obtenido de Madres adolescentes en Perú: <http://rpp.pe/peru/actualidad/inei-embarazo-adolescente-en-peru-sube-al-146-noticia-815582>
- Instituto Nacional de Estadística e informática. (2018). *Condiciones de vida en el Perú*. Perú.

- Iyo Alberti, F. (2015). *Controles Prenatales y Puntaje de Apgar menor de 7 como Determinantes de Sepsis Neonatal Temprana. Hospital Nacional Dos de Mayo. 2014. LIMA.*
- J. Marcdante, K., Kliegman, R., & E. Behrman, R. (2013). *Nelson Tratado de Pediatría* (Vol. 1). España: Elsevier.
- Krauskopf, D. (2002). El enfoque de riesgo en la atención de salud. *Organizacion Internacional del trabajo.*
- L. Paisán, G., I. Sota, B., & O. Muga, Z. (2008). El recién nacido de bajo peso. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología, 9-15.*
- Lapidus, A. (2010). *Guia para el diagnostico y tratamiento de la hipertensión del embarazo. Argentina.*
- León Perez, A., & Ysidrón Iglesias, E. (2010). *Factores relacionados con el Apgar bajo al nacer en el Hospital Materno de Referencia Nacional de Asmara de Eritrea. Cuba.*
- Leveno, K., Cunningham, G., & Bloom, S. (2011). *Williams Obstetricia* (23 ed.). México: México.
- Lombardia Prieto, J. (2018). *Ginecología y obstetricia. Manual de consulta rápida* (2 ed.). Argentina.
- López Moratalia, N., & Marcuello, A. C. (1999). *Sexo, Género, identidad sexual y sus patologías. España: Cuadernos de Bioética.*

- López Siña,, J. A. (2017). *Controles prenatales y su asociación con el parto distócico en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo enero - diciembre 2016*. Lima.
- Los peques. (2014). Obtenido de Depresion neonatal:
<http://www.peques.com.mx/depresion-neonatal.htm>
- Machado J., C. (2005). *Factores Maternos, neonatales y comunitarios que influyen en la mortalidad neonatal. Brasil*. Brasil.
- Maley. J, P. (2009). *elmundo.es*. Obtenido de Menos inteligentes si no respiran al nacer:
<https://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/04/20/psiquiatriainfantil/1240252912.html>
- Marquez Castro, M. (2017). “*Antecedentes maternos y del recién nacido relacionados con el Apgar al nacer. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote. 2016*”. Nuevo Chimbote.
- Mercado Pedroza, M. E. (2011). Obstetricia integral. Siglo XXI. En *Distocias de presentación* (págs. 282-286). España.
- Meritano Javier, A., Soledad Pietro, M., Valeria Di, S., & colab. (2010). Síndrome de dificultad respiratoria asociado a líquido amniótico meconial en recién nacidos de término y posttérmino: Incidencia, factores de riesgo y morbimortalidad. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón*.
- Ministerio de Salud. (2015). Boletín estadístico de nacimientos en el Perú. (2, Ed.)
- Ministerio de salud Pública. (2008). *Ruptura prematura de membranas*. Ecuador.

- Montero Vizcaíno, Y., Balleste López, I., & Vizcaíno Alonso, M. (2009). *Depresión neonatal en el neonato a término relacionada con factores maternos. Hospital Ginecoobstétrico de Guanabacoa. Cuba.*
- Nassif, J. C. (2012). *Obstetricia fundamentos y enfoque práctico* (1 ed.). Bogotá: Medica Panamericana.
- Nakandakari G, M., De la Rosa C, D., & Jaramillo S, J. (2012). Grado de instrucción de embarazadas adolescentes. *Artículo Original.*
- Oliveira, T., Thomé, F., Viera, P., & Colab. (2012). *Apgar y la mortalidad neonatal en el Hospital de la zona sur de Sao Paulo. Brasil.*
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Obtenido de Mortalidad infantil: Perfil Epidemiológico de las defunciones por asfixia del recién nacido.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Obtenido de Reducción de la Mortalidad de recién nacidos.
- Organización Mundial de la Salud, (. (1999). Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil.
- Peralta Ticona, V. (2017). *Factores de riesgo asociados a puntaje de apgar bajo en el servicio de neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez. Butrón de enero a diciembre del año 2017. Puno.*
- Perez Aliaga, C. (2010). Hemorragias en la segunda mitad del embarazo. *Rev Per Ginecol Obste*, 18-22.
- Pérez Porto, J. (s.f.). *Definición.DE*. Obtenido de Procedencia: <https://definicion.de/procedencia/>

- Perez Porto , J., & Gardey, A. (2010). *Definicion.DE*. Obtenido de Residencia:
<https://definicion.de/residencia/>
- Perez Sanchez, A., & Donoso Siña, E. (2011). *Obstetricia*. Chile: Mediterraneo.
- Ricci A, P., Perucca P, E., & Altamirano A., R. (2004). *Nacimiento por parto vaginal despues de una cesarea. Prueba de trabajo de parto versus cesarea selectiva. una complicación*. Chile.
- Rodríguez , M., Félix García, J., & Sánchez-Vegazo, M. (2011). *Doppler fetal y desprendimiento prematuro de placenta*. España.
- Rodríguez Núñez, A., & Balestena Sánchez, J. (2000). *Factores maternos que influyen en la depresión neonatal*. Cuba.
- Rodríguez Samanillo, L. (2005). *Factores de riesgo obstétricos para Apgar bajo a los 5 minutos en recién nacidos a término : Instituto Especializado Materno Perinatal*. Lima.
- Rodríguez Zúñiga, F. (2009). *Macrosomía Fetal, Desprendimiento Prematuro De Placenta, Bajo Peso Al Nacer Y Sufrimiento Fetal Agudo Como Factores De Riesgo Abstétricos Para Apgar Bajo Los 5 Minutos En Recien Nacidos A Término En El Hospital Belén De Trujillo*. Trujillo.
- Román Reyes, G., & Rosales Santos, K. L. (2013). *Antecedentes sociales y obstétricos maternos relacionados al apgar del recién nacido pretérmino. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2012*. Nuevo Chimbote.

- Salud y enfermedad.* (2017). Obtenido de Definición de depresión neonatal:
<http://salud.fdctimes.com/esp-conditions-treatments/esp-depression/1008058761.html>
- Salud. Ediciones el pais. S.L.* (2003). Obtenido de Las niñas causan menos complicaciones medicas en el parto que los niños.
- Salvo F, H., Flores A, J., Alarcón R, J., & Colab. (2007). *Factores de riesgo de test de Apgar bajo en recién nacidos.* Chile.
- Serrano Valderrama, C. (2007). *Tipos de Apgar del recién nacido asociado a la edad gestacional del recién nacido pretérmino en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón durante los años 2005 al 2006.* Nuevo. Chimbote.
- Silva Echevarria, J., & Canelos García, M. (2012). *Factores de riesgo prenatales, natales y postnatales de parálisis cerebral infantil en niños atendidos en el servicio de neurología del Hospital Pediátrica Baca Ortiz.* Ecuador.
- Silvera Jeffrey , F., Borbonet, D., & Moraes, M. (2005). *Atención neonatal del recién nacido deprimido severo de término.* Uruguay.
- Sociedad Española de Ginecología y obstetricia. (2012). Rotura prematura de membranas. Protocolos asistenciales en Obstetricia. *Prosego.*
- Sotelo Figueroa, J. M. (1993). *El enfoque de riesgo y la mortalidad materna una perspectiva americana.* Cuba.
- Sweet MD, R. L., & S. Gibbs, R. (2009). *Infectious Diseases of the Female Genital Tract.* US: Wolters Klawe.

- Suárez Ojeda, E. (1992). El enfoque de riesgo en la atención perinatal y materno infantil. *Bol Of Sanit Panam* .
- Torres Alarcón , D. (2017). *Factores de riesgo asociados a score de Apgar Bajo en el servicio de neonatología del Hospital de Ventanilla de Julio a diciembre del 2016*. Lima.
- Torres Morales , P., & Granados, D. E. (2010). *Factores de riesgo perinatal, signos neurológicos blandos*. Mexico.
- Usandizaga Berguristáin, J., & De la Fuente Pérez , P. (2010). *Obstetricia* (1 ed.). España: Marban.
- Vigil de Gracia , P., Pérez Wuff, J., & Delgado Gutierrez, J. (2011). *Guía clínica de Federación Iatinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología. Ruptura prematura de membranas*. España.
- Vilcapaza Yucra , L. (2016). *Factores de riesgo asociados a puntaje de Apgar bajo*. Lima.
- Villanueva Meyer, M. (2015). Virginia Apgar, Pionera de la Neonatología. *Galenus, revista para medicos de Puerto Rico*.
- Zamorano Nieves, M. (2015). *DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERTA*. *Servicio de Obstetricia y ginecologia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves*. Granada.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

E.P. ENFERMERIA

FICHA DE ANALISIS DE CONTENIDO

(ANEXO N°1)

FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON LA DEPRESION

AL NACER

A) FACTORES MATERNOS:

1. EDAD:

- a) Menor de 19 años
- b) De 20 a 34 años
- c) Mayor o igual de 35 años

2. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Técnico
- e) Superior

3. RESIDENCIA:

- a) Urbano
- b) Asentamiento Humano
- c) Rural

4. CONTROL PRENATAL

- a) Mayor de 6 controles prenatales
- b) Menor de controles prenatales
- c) Ninguno

5. MULTIPARIDAD

- a) Primipara
- b) Multípara

6. TIPO DE PARTO

- a) Eutócico
- b) Distócico

7. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO (E.H.E)

- a) Preeclampsia
- b) Eclampsia
- c) No presenta

8. PLACENTA PREVIA

- a) Presenta
- b) No presenta

9. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP)

- a) Presenta
- b) No presenta

10. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

a) Presenta

b) No presenta

11. INFECCION DE VIAS URINARIAS:

c) Presenta

d) No presenta

FICHA DE ANALISIS DE CONTENIDO

(ANEXO N°2)

FACTORES PERINATALES:

1. SEXO

a) Masculino

b) Femenino

2. DISTOCIAS DE PRESENTACION

a) Presento

b) No presento

3. CIRCULAR DE CORDON

c) Deslizable

d) No deslizable

e) No presenta

4. EDAD GESTIONAL AL NACER

a) RN. Pretérmino menor de 37 semanas

b) RN. A término 38 semanas a 41 semanas

c) RN. Post término 42 semanas a mas

5. PESO AL NACER

a) Extremadamente bajo al nacer

b) RN. Muy bajo peso

c) RN. Bajo peso

d) RN. Peso normal

e) Macrosómico

6. LÍQUIDO AMNIÓTICO

a) Normal

b) Meconial

FICHA DE ANALISIS DE CONTENIDO

DEPRESION EN RECIEN NACIDOS

DEPRESIÓN AL NACER

a) Depresión severa: 0 a 3 puntos

b) Depresión moderada: 4-6 puntos

c) No deprimido 7-10 puntos