

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**Atención prenatal reenfocada y su relación con
el estado de salud de los recién nacidos,
Hospital de Huaycán – agosto 2017 – junio 2018**

Para optar el título profesional de:

Obstetra

AUTORAS:

Thania Lizbeth ANTICONA RAU

Maybe Marisela ZELAYA MARCELO

ASESORA: Mg. Nelly Adela HILARIO PORRAS

Cerro de Pasco – Perú – 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

Atención prenatal reenforcada y su relación con el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán – agosto 2017 – junio 2018

Sustentado y aprobado ante los miembros del jurado:

Mg. PAITA HUATA, Elsa Lourdes
PRESIDENTE

Mg. Raquel TUMIALÁN HILARIO
MIEMBRO

Mg. ROJAS CHIPANA, Samuel
MIEMBRO

DEDICATORIA

Al Creador, que con su inmensurable amor y su benevolencia nos permite concluir el primer escalón del camino profesional;

A nuestros padres, docentes y a toda nuestra familia, quienes siempre estuvieron junto a nosotras, celebrando nuestros logros.

Thania Lizbeth y Maybe Marisela

AGRADECIMIENTO

Eterna gratitud a la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión que, a través de la Escuela de Formación Profesional de Obstetricia, nos abrió el camino de nuestra superación y el inicio de nuestros éxitos profesionales. Asimismo, a mi asesora, por su paciencia y dedicación en esta labor investigativa

Las Autoras

RESUMEN

La investigación cuyo título: “Atención prenatal reenfocada y su relación con el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán – agosto 2017 – junio 2018”. Tuvo como objetivo general: Determinar la relación que existe entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán – agosto 2017 – junio 2018. La investigación de tipo Básica – cuantitativa; el diseño empleado fue el no experimental, de corte transversal. Se trabajó en una muestra constituida por 72 usuarias, seleccionadas de manera probabilística. Para la recolección de información se empleó como técnica la encuesta y el registro; con sus instrumentos: el cuestionario y la ficha de registro, tomando las historias clínicas como fuente de registro de la atención de las usuarias. El procesamiento de la información y el tratamiento estadístico de la hipótesis, se desarrolló a través del paquete estadístico SPSS v.24 y el Microsoft Excel 2016 para la presentación de cuadros y gráficos.

Las autoras, luego de someter los datos hallados a prueba estadística con el estadístico inferencial, no paramétrico X^2 ; determinaron la existencia de asociación estadística significativa entre las variables: Atención prenatal reenfocada y estado de salud de los recién nacidos. La prueba estadística arrojó un valor $X^2_c = 15.942 > X^2_t = 3.84$ con nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, determinando la relación de dependencia significativa entre ambas variables de estudio.

Palabras clave: Atención prenatal reenfocada, Salud del recién nacido. Apgar.

SUMMARY

The investigation whose title: "Antenatal re-focused attention and his relation with the status of health of the newborn babies, Huaycán's Hospital – August 2017 – June 2018". You had like general objective: Determining the relation that exists between the antenatal re-focused attention and the newborn babies' status of health, Huaycán's Hospital – August 2017 – June 2018.

The Basic investigation of type – quantitative; The employed design was the experimental, transverse- court no. It was worked up in a sign constituted by 72 users, selected of probabilistic way. The opinion poll and the record were used like technique for information retrieval; With his instruments: The questionnaire and the data card, taking from the case histories like source record of the attention of the users.

Information processing and the statistical treatment of the hypothesis, v.24 unrolled through the statistical parcel SPSS itself and the Microsoft Excel 2016 for the presentation of pictures and graphics.

Authors, right after submitting the data found to statistical proof with the statistician inferencial, parametric no X^2 ; They determined statistical significant association's existence between the variables: Antenatal re-focused attention and the newborn babies' status of health. The statistical proof yielded a value $X^2c = 15.942 > X^2t = 3.84$ with level of significancia of $\alpha=0,05$, determining the relation of significant dependence between both variables of study.

Keywords: Antenatal re-focused attention, the newborn baby's Salud. Apgar.

INTRODUCCION

La etapa o momento sumamente crucial del ser humano en esta vida, es aquel que se establece dentro de las primeras 24 horas posteriores a su nacimiento. En esta etapa, las tasas de morbilidad y las de mortalidad son bastante altas; por lo que, es sumamente imprescindible su prevención e intervención en aquellos factores que ponen riesgo e interfieren en su normal desarrollo. ⁽¹⁾

Actualmente, en todo el mundo, el APGAR bajo es uno de los problemas que genera morbi-mortalidad neonatal, evidenciándose deterioro neurológico, el cual presenta diferentes cifras según el nivel de desarrollo de los países y de los regímenes en el área de salud y educación ⁽¹⁾. Se han determinado múltiples causales relacionados con el APGAR bajo al nacer, de manera especial, aquel que corresponde a la etapa prenatal, con patologías asociadas a la salud materna, con situaciones durante el parto y particularmente las características individuales del neonato. ⁽²⁾

Esta etapa está especificada por los antecedentes genéticos de los padres y las patologías que cursa la madre durante el embarazo. Asimismo, se requiere conocer y evaluar el trabajo de parto y la forma en que se dispone. Cuando el recién nacido es evaluado horas o días posteriores al su nacimiento, es imprescindible reconocer su condición al nacimiento, así como su evolución durante sus primeras horas de vida, al que se denomina período de transición. Es en este período donde se

pueden descubrir gran parte de los inconvenientes de adaptación que pueda presentar, entre ellos, alteraciones en la termorregulación, dificultad respiratoria, entre otros. ⁽³⁾

La gran mayoría de los embarazos y partos cursan a través de evolución fisiológica normal; por lo que debe ser asistida y atendida por un profesional obstetra; Razón por la cual, se implementa la atención prenatal reenfocada, cuya finalidad es la de vigilar y evaluar integralmente; tanto a la madre como al feto; para monitorear, prevenir y abordar los factores que pueden condicionar la morbimortalidad del binomio madre – feto, con enfoque de género e intercultural, ello en el marco del respeto a los derechos humanos, debiendo caracterizar a ésta la precocidad, periodicidad, integralidad y de amplia cobertura, iniciándose con la captación antes de las 14 semanas posteriores a la confirmación del embarazo. ⁽⁴⁾

Por tal razón, se desarrolla la presente investigación titulada “Atención prenatal reenfocada y su relación con el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán – agosto 2017 – junio 2018”, el cual tiene por finalidad analizar y evaluar la efectividad de la atención prenatal reenfocada en relación al estado de salud del recién nacido; El mismo que contribuirá a identificar detalladamente los factores asociados al riesgo del no cumplimiento de la integralidad de la atención y sus demás particularidades de parte de la gestante y/o del personal de salud. De la misma manera, proponer su afianzamiento para evitar complicaciones y disminuir los costos en salud; y a fin de disminuir los índices de morbi- mortalidad materno-perinatal.

El presente informe final de investigación consta de nueve apartados; **Introducción, Capítulo I;** Problema de investigación, Identificación y determinación del problema, Delimitación de la investigación, Formulación del problema, Formulación de Objetivos, Justificación y Limitaciones. **Capítulo II; Marco Teórico,**

Antecedentes de estudio. Bases teóricas – científicas, Definición de términos básicos, Formulación de Hipótesis, Identificación de variables, Definición operacional de términos. **Capítulo III: Metodología y Técnicas de Investigación**, Tipo de investigación, Método, Diseño, Población y muestra. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, Técnica de procesamiento y análisis de datos, Tratamiento estadístico, Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos, orientación ética. recolección de datos. **Capítulo IV: Resultados y Discusión**, Descripción del trabajo de campo, presentación, análisis e interpretación de los resultados, prueba de hipótesis, Discusión de resultados. **Conclusiones. Recomendaciones. Referencias Bibliográficas. Anexos.**

INDICE

	Página
CARÁTULA	
PÁGINAS PRELIMINARES	
Acta de Sustentación	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Introducción	vii
Índice	x

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación y Determinación del problema	12
1.2 Delimitación de la Investigación	15
1.3 Formulación del problema	15
1.3.1 Problema General	15
1.3.2 Problemas Específicos	16
1.4 Formulación del Objetivos	16
1.4.1 Objetivo General	16
1.4.2 Objetivos Específicos	16
1.5 Justificación de la Investigación	17
1.6 Limitaciones de la Investigación	18

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio	19
2.2. Bases teóricas – científicas	24
2.3. Definición de términos básicos	40

2.4.	Formulación de Hipótesis	41
2.4.1.	Hipótesis General	41
2.4.2.	Hipótesis Específicos	41
2.5.	Identificación de variables	41
2.6.	Definición Operacional de variables e indicadores	41

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1	Tipo de investigación	44
3.2	Método de Investigación	44
3.3	Diseño de Investigación	45
3.4	Población y muestra	46
3.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
3.6	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	48
3.7	Tratamiento estadístico	48
3.8	Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos	48
3.9	Orientación ética	49

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1	Descripción del trabajo de campo	50
4.2	Presentación, análisis e interpretación de los resultados	50
4.3	Prueba de hipótesis	59
4.4	Discusión de Resultados	63

CONCLUSIONES	69
--------------	----

RECOMENDACIONES	72
-----------------	----

BIBLIOGRAFÍA	74
--------------	----

ANEXOS	79
--------	----

- Instrumentos de Recolección de datos
- Consentimiento informado
- Matriz de consistencia y Operacionalización de variables

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 IDENTIFICACIÓN Y DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Soni Trinidad, Clementina. Gutiérrez Mateos, Anamaría et al (2008) reporta que en el 2008 murieron en el mundo 342,900 mujeres como consecuencia de complicaciones durante las etapas del embarazo, parto y puerperio, éstas originadas por su condición de riesgo grávido-puerperal, así como por intervenciones durante su atención ⁽⁵⁾. El 99% de los decesos ocurrieron en países en desarrollo, en casi todas ellas, fueron originadas por problemas que fueron susceptibles de ser prevenidas; entre ellas, la preeclampsia-eclampsia, hemorragias del parto y el puerperio, sepsis puerperal y las complicaciones del aborto. Estos terribles sucesos se vinculan con la escasa educación de la gestante, limitaciones para acudir oportunamente a los servicios médicos, los cuales están a disposición de la población; en otros contextos, la situación se agrava por la insuficiente accesibilidad y por la limitada atención obstétrica ⁽⁶⁾, ⁽⁷⁾

La morbilidad-mortalidad materna, constituye un indicador de los estados obstétricos; es así que, se estima que por cada muerte de una usuaria obstétrica, aproximadamente cerca de 118 mujeres sufren enfermedad materna grave. ⁽⁸⁾

Velasco-Murillo V (2002) y Rojas A, Cogollo M, et al. (2011), estiman que un 0.1 a 0.9% de las mujeres que cursan el embarazo, demandan de una hospitalización en la unidad de cuidados intensivos. Si a un 70% de las

gestantes se les efectúa una cesárea, puede conjeturarse que ésta contribuiría a desencadenar o a agravar el motivo de su ingreso a dicha unidad de cuidados intensivos ⁽⁷⁾, ⁽⁹⁾. Las patologías que con más alta frecuencia se relacionan son la hemorragia obstétrica y la eclampsia/preeclampsia ⁽¹⁰⁾. El pronóstico suele ser favorable, requiriéndose solo mínimas intervenciones ⁽⁹⁾

En países industrializados, la tasa de morbi-mortalidad materna varía de 3.8 a 12 por cada 1,000 nacimientos. En Latinoamérica sólo se han encontrado estudios en Brasil y Cuba, teniéndose muy pocos reportes al respecto, desconociéndose la magnitud real de dicho problema ⁽¹¹⁾. Del total de muertes maternas en el mundo entero, aproximadamente el 25% suceden en madres adolescentes. En el contexto Latinoamericano, el embarazo en adolescentes, son un factor asociado de forma independiente con mayor riesgo de peligros durante el embarazo ⁽¹²⁾.

Es sumamente importante que, en los últimos veinte años se redujo la mortalidad neonatal en todo el mundo; y por consiguiente en el Perú; aunque más lenta que la reducción de la mortalidad en menores de cinco años. Los índices de mortalidad neonatal (TMN) en nuestro país se redujo en 60%, teniendo antes tasas de 27 muertes/1000 nacidos vivos en 1992 a 11 en el año 2013; por su parte, la tasa de mortalidad en menores de cinco años se redujo en 72%, mostrándose una tendencia de estancamiento entre 2010 y 2012 de la TMN, y evidenciando un incremento en el 2013. Las tasas de la mortalidad neonatal en referencia a la mortalidad infantil fueron en aumento, el cual pasó de un 47% durante el año 1992 a un 69% en el año 2013, continuando la tendencia mundial y convirtiéndose en un elemento “duro” hacia la reducción de la mortalidad infantil. ⁽¹³⁾ ⁽¹⁴⁾

Para evaluar y poner en alerta al sector salud, en abril de 2009 la Dirección General de Epidemiología establece el Subsistema Nacional de Vigilancia

Epidemiológica Perinatal y Neonatal (SNVEPN)⁽¹⁵⁾ con ello disponer de información confiable y oportuna que permita conocer la real y verdadera situación de la morbi-mortalidad peri-neo-natal; estableciéndose así la notificación obligatoria y semanal de todo deceso fetal y neonatal que ocurra en los establecimiento de salud o en la comunidad.

Ticona M. et.al. (2000) en un estudio sobre la mortalidad perinatal, en Hospitales del sur del Perú; mostró que, entre las principales causas de mortalidad neonatal precoz fueron: dificultad respiratoria (35,9%); infecciones (25,2%); encefalopatía hipóxico isquémica (17,6%) y malformaciones congénitas (12,8%). El 57,8% de dichas muertes acontecieron en las primeras 48 horas de vida. Entre las causas principales de mortalidad fetal tardía estuvieron: otras afecciones y las mal definidas (41,3%), complicaciones de la placenta cordón umbilical o membranas (14,2%), hipoxia intrauterina y asfixia (14,2%), malformaciones congénitas (7,8%) y hemorragias (7,3%).⁽¹⁶⁾

La mortalidad perinatal evidencia un retrato del nivel de desarrollo y calidad de salud de las poblaciones; asimismo, permite establecer el estado de salud de los productos de la concepción a través las últimas semanas de vida intrauterina y los 6 días de vida extrauterina.

Conociendo la magnitud de la mortalidad perinatal en el Perú y sus componentes entre ellos: el fetal tardío y neonatal precoz; las causas relacionadas con este período; a parte de ello, compararlas según ubicación, accesibilidad, institución de salud, estratos de pobreza, número de partos; se suma a ello, la calidad y cumplimiento de la atención prenatal; motivo por el cual, aunque algunos auguran éxito, no debemos ser triunfalistas; ya que el proceso salud-enfermedad puede ser inestable por causas multifactoriales, para ello, debemos estar constantemente vigilantes de la evolución del embarazo a través de la intervención precoz, completa, integral como lo establece las

normas de la atención prenatal reenfocada. Por todo ello, se decide ejecutar la investigación titulada “Atención prenatal reenfocada y su relación con el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán – agosto 2017 – junio 2018”.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se desarrolló en el servicio de Gineco–Obstetricia del Hospital Huaycán, ubicada en el cono este de la ciudad de Lima, durante los meses de agosto 2017 a junio de 2018; período que abarca los meses de realización del internado en obstetricia de las tesis. El estudio se avoca a la evaluación del cumplimiento de la intervención en salud a la gestante basándonos en las normas de atención prenatal reenfocada con sus características: precoz, periódica, integral y de amplia cobertura; asimismo, evaluar su efectividad a través del estado de salud del producto evaluado por medio de la valoración del Apgar al minuto de vida extrauterina.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio 2018?

1.3.2 Problemas Específicos

- ¿Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, según periodicidad de la atención?
- ¿Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, según precocidad de la atención?
- ¿Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, según integralidad de la atención?

- ¿Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, según atención completa?

1.4 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio 2018

1.4.2 Objetivos Específicos

- Establecer la relación que existe entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, según periodicidad de la atención
- Establecer la relación que existe entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, según precocidad de la atención
- Establecer la relación que existe entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, según integralidad de la atención
- Establecer la relación que existe entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, según atención completa.

1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Justificación teórica

Desde este punto de vista, el estudio contribuye al enriquecimiento del conocimiento científico en materia de salud pública; así como al irrestricto cumplimiento y reforzamiento de los derechos a la salud sexual y reproductiva; así como, al fomento de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con ello evitar complicaciones materno-perinatales y salvaguardar la vida del binomio madre-niño. Todo ello reforzado con las

teorías, normas y directivas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerios de Salud (MINSA) y el cumplimiento del modelo de atención prenatal reenforcada y los resultados de dicha intervención en la salud de los recién nacidos a través de la valoración su salud a través del Apgar.

Asimismo, esta investigación va a servir de base para la realización de próximas investigaciones que se realicen en el ámbito de la salud.

1.5.2 Justificación práctica

El estudio, desde este punto de vista, aporta los elementos necesarios para abordar el nivel de cumplimiento de las políticas sanitarias de protección al binomio madre-niño, reenfoándose en 1994 luego de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo, el concepto de salud sexual y reproductiva dentro del marco como Derecho de las personas, con pleno compromiso de cumplimiento de los 184 gobiernos asistentes. Siendo una de ellas, el que aborda nuestra investigación, la atención prenatal reenforcada como modelo de intervención abordado de manera precoz, integral y completa.

Asimismo, permite valorar la intervención del profesional en la atención y la evaluación del estado de salud de los recién nacidos como producto de la atención a la madre durante la gestación; a través de la valoración del Apgar al minuto y cinco minutos.

1.5.3 Justificación metodológica

El estudio, en lo referente a este enfoque, se fundamenta en los principios de la salud pública y la búsqueda del bienestar tanto de la madre como del feto durante el embarazo, bajo condiciones estrictas de cumplimiento de las diversas normas establecidas; entre ellas, la estrategia sanitaria nacional de

salud sexual y reproductiva, a través de la intervención oportuna, precoz, integral, completa, humanizada y de calidad.

Asimismo, considerando que la valoración Apgar se constituye en el instrumento de evaluación de mayor uso en nuestro medio, ya sea por su facilidad de aplicación o por su grado de precisión en el diagnóstico de la salud de los recién nacidos, se utilizó como fuente de dicha valoración y diagnóstico en el presente estudio.

1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Dentro del desarrollo del trabajo de investigación se pudo encontrar dificultades en las fechas de trabajo de parto de las usuarias, los cuales no coincidían con la de las investigadoras; por lo que, se remitió a las historias clínicas respectivas, y dentro de ellas, también las dificultades para su recabación correspondiente. Otra de las limitaciones son los recursos económicos y el tiempo que se dedicó a la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. INTERNACIONALES

- A. CORDERO y col. (2012)** en su estudio de investigación cuyo objetivo fue Determinar el nivel de conocimiento de las embarazadas sobre la importancia del control prenatal en el Hospital Dr. Pastor Oropeza de Barquisimeto Estado Lara, en una muestra de treinta (30) puérperas hospitalizadas; siendo sus resultados en relación con la dimensión Control Prenatal se observó que el 100% tiene conocimiento sobre control prenatal. El 90% presenta desconocimiento sobre objetivo primordial del control prenatal. El 100% de la muestra conoce la importancia de la precocidad del control prenatal, asimismo el 100% conoce la influencia de la consulta prenatal en la conservación del estado de salud de la madre y del feto. Por otra parte, el 36,7% consideran que dentro del primer trimestre del embarazo debe llevarse a cabo la primera consulta prenatal; en tanto que el 63,3% afirma que no es necesario realizarla en los meses indicados. El 70% afirma que el control prenatal debe llevarse a cabo con más de seis consultas; mientras que el 30% considera que no es adecuado. El 80% de las puérperas, consideran que el embarazo constituye un riesgo para la madre y el feto; el 20% cree que no lo es. En cuanto al factor biológico, la

presión arterial y la glucosa en sangre, el 100% de las puérperas afirma que es modificable durante el embarazo. Por otra parte, el 83,3% establece que las sustancias nocivas influyen en el desarrollo del bebe; el 16,7% supone que no ⁽¹⁷⁾.

B. Mayorga (2012), estudió la percepción de las gestantes adolescentes respecto al control prenatal, en el Hospital San Cristóbal de Bogotá; en un estudio cualitativo, de tipo exploratorio, de enfoque hermenéutico, a través de la técnica de análisis de contenido a las entrevistas semiestructuradas, cuya muestra estuvo conformada por 12 gestantes adolescentes que asisten al control prenatal cuyas edades están comprendidas entre los 17 y 19 años de edad. El resultado arroja que, el 50% eran bachilleres, de igual manera el restante 50% cursaban el bachillerato. El 50% eran solteras y el 50% vivían en unión libre. Las gestantes adolescentes perciben de forma positiva el control prenatal, las mismas que sienten el deseo de proteger y asumir la responsabilidad de sus hijos. Las gestantes concuerdan que es un programa primordial para el desarrollo óptimo del proceso de gestación, parto y puerperio, en el mismo que encuentran información, apoyo, bienestar y confianza. Los motivos prioritarios para su asistencia a dichos controles son: que el bebé se desarrolle sano y su nacimiento en buen estado de salud ⁽¹⁸⁾.

C. Trejo y Col. (2013) estudiaron los conocimientos de salud materna de las mujeres embarazadas asistentes a los clubes de embarazo del municipio de Tezontepec de Aldama Hgo durante el año 2012, El estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, cuya población fue de 95 mujeres embarazadas que participan en los clubes del embarazo. Los resultados que resaltan son que, El promedio de edad de las participantes es de 20 a 25 años, en un 67% quienes a su vez viven en unión libre. El 50% tiene instrucción secundaria. El 97% se dedica a su casa. Los factores de ocupación y de instrucción, permiten que las participantes embarazadas se integren con

mayor disposición a los diversos clubes del embarazo; Asimismo se identificó que el 62% conoce la importancia del control prenatal; el 96% sabe de los beneficios que aporta el ácido fólico en el proceso del embarazo. El 63% reconoce los alimentos que debe consumir durante el embarazo. El 66% identifica signos de alarma obstétrica; el 84% reconoce las acciones que se implementan en pro de su estado de salud ⁽¹⁹⁾.

D. Alvarado y Col. (2013) realizaron un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar el conocimiento y los factores de riesgo sociales que obstaculizan a las embarazadas a asistir al programa de control prenatal del centro de salud Roberto Cortez – Chinandega. Se encuestó a 43 gestantes, cuyos resultados fueron: En su mayoría las edades oscilan entre 19-25 años, quienes viven acompañadas, de instrucción universitarias, de ocupación amas de casa y con igual número de primigestas y bigestas del área urbana. Las asistentes conocen la importancia y el significado del CPN, reconocen el momento de acudir al CPN, siendo desde que se sospecha un embarazo; Obtuvo también que algunas gestantes no asisten debido a que tienen que cumplir con las labores en el hogar y cuidar a sus otros hijos; del mismo modo, conocen las indicaciones para la preparación del parto, así como los signos de peligro que puede presentarse durante el embarazo; asimismo, reconocen las actividades en cada control, así como la garantía de una buena atención prenatal y el consumo de alimentos adecuados durante el embarazo, con ello establecer un estilo de vida saludable. ⁽²⁰⁾.

2.1.2. NACIONALES Y LOCALES

A. Miñano, M. Trujillo, Perú, (2016); realizó una investigación sobre “Control Prenatal inadecuado como factor asociado a parto pretérmino en pacientes del Hospital Regional Docente De Trujillo”. Planteándose como objetivo:

determinar si el control prenatal inadecuado influye en los casos de parto pretérmino. En un estudio observacional, retrospectivo, de tipo analítico de casos y controles. Con una muestra constituida por 156 gestantes: 52 casos con parto pretérmino y 104 controles. Los resultados fueron que, el 48.1% de gestantes realizo control prenatal inadecuado; en el grupo de casos se observó en 32 gestantes y en 43 de los controles. La incidencia de parto pretérmino fue de 10.7%. El grupo de gestantes con 35 semanas de gestación, cuyo parto fue pretérmino y su control prenatal inadecuado se observó en una frecuencia de 28.1%. Los casos de parto pretérmino moderado tardío se mostraron en primer lugar con 76.9%. Llegando a la conclusión de que el control prenatal inadecuado si es un factor que se asocia a los partos pretérmino⁽²¹⁾

B. Miranda y Col. (2015) realizaron un estudio de tipo descriptiva en el Hospital Distrital Materno Santa Isabel – El Porvenir, durante los meses octubre – diciembre del 2014, con la finalidad de identificar la relación de los factores bio-socio-culturales y la asistencia al control prenatal de las gestantes. En una muestra de 90 gestantes, los resultados fueron: El 74,4% de ellas fueron adultas jóvenes; el 42,2% fueron primíparas; el 46,7% mostró conocimiento medio respecto a importancia del CPN; el 54,4% afirmó adecuada calidad de atención. El 57.8% tuvo CPN adecuado; en tanto que el 42.2%, las tuvo inadecuadas. En el primer trimestre el 58.9% tuvo CPN inadecuados; en el segundo trimestre el 65.6% tuvo CPN adecuados. En el tercer trimestre el 96.7% tuvo CPN adecuados. Concluyendo que No se encontró relación estadísticamente significativa entre los factores bio-socio-culturales y la asistencia al CPN⁽²²⁾.

C. Arispe, C. y colaboradores. Lima, Perú (2011), en su trabajo de investigación “Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia”, con el objetivo de determinar la frecuencia de

pacientes con control prenatal inadecuado y los factores asociados a su ocurrencia. En un estudio descriptivo transversal. Se entrevistó a 384 puérperas del Hospital Nacional Cayetano Heredia; asimismo, se revisó las historias clínicas y el respectivo carné materno perinatal. Los resultados encontrados fueron que, el 66,05% recibieron 6 o más controles prenatales, de ellos sólo el 7,36% tuvo control prenatal adecuado; 145 puérperas tuvieron su primer control prenatal antes de las 12 semanas. Los factores presentes en mayor proporción en el grupo de CPN inadecuado fue la paridad mayor a 2 y la no planificación de la gestación. Concluyéndose que fue elevado el porcentaje de control prenatal inadecuado, el mismo que estuvo asociado con paridad mayor a dos y gestación sin previa planificación ⁽²³⁾.

D. Arana Álvarez, Lucio Alfonso (2014) Trujillo-Perú. En su tesis titulada: “Factores de riesgo asociados a puntaje Apgar bajo al nacer en el Hospital Belén de Trujillo. Período enero 2009-diciembre 2013”, en un estudio analítico, de tipo observacional, de tendencia retrospectivo, de casos y controles. Con una población de estudio conformada por 84 neonatos seleccionados a través de criterios de inclusión y exclusión establecidos, los mismos que fueron distribuidos en dos grupos: con y sin puntaje Apgar bajo al nacer. El análisis estadístico sobre las variables en estudio, entre los factores de riesgo estuvieron: 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; $p < 0.01$). Las conclusiones arribadas luego de concluir la investigación fueron: La prematuridad, el bajo peso al nacer, la preeclampsia, el período expulsivo prolongado, el líquido amniótico meconial y la cesárea, son factores de riesgo asociados a puntaje Apgar bajo al nacer. ⁽²⁴⁾

2.2. BASES TEÓRICAS – CIENTÍFICAS

El estudio de atención prenatal reenforcada y su influencia en la salud del recién nacido, ha buscado comprenderse desde distintos aspectos para comprender de mejor manera el tema. No obstante, para comprender cada una de ellas, primeramente, será importante definir conceptos claves como: Atención prenatal, Atención prenatal reenforcada y evaluación de la salud del recién nacido.

I. ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA ⁽⁴⁾

1. Definición

La atención prenatal reenforcada está definida como la vigilancia y evaluación integral, tanto de la madre como la del feto cuya finalidad es el de prevenir, diagnosticar y tratar los factores que pueden condicionar la morbimortalidad de la madre y del feto; con un enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos

2. Objetivos

Según la norma, debe cumplir con los siguientes objetivos:

- Brindar educación sobre identificación de signos de alarma, parto y puerperio, preparar a la madre para la lactancia y cuidados de la/el recién nacida/o.
- Realizar orientación nutricional y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro.
- Detección de cáncer de cuello uterino y mama.
- Detección de ITS/VIH, información/orientación sobre metodología anticonceptiva.
- Tamizaje de violencia intrafamiliar y su referencia.
- Acompañamiento de la gestante por parte de la pareja o la familia
- Detección y manejo precoz de complicaciones.

- Elaborar el Plan de Parto para la atención institucional.

3. Características de la atención prenatal ⁽²⁵⁾

Esta debe ser precoz, periódica, integral y de amplia cobertura. Precoz, porque debe iniciarse antes de las 14 semanas, con la confirmación del embarazo. Debe ser también periódica y frecuente, cumpliendo la siguiente estructura:

- Hasta las 32 semanas: Mensual
- Durante 33 – 36 semanas: Quincenal
- Desde las 37 semanas: Semanal

Las APN deben ser completamente integrales englobando una serie de actividades a realizar en la madre y el feto. Son de amplia cobertura, ya que debe llegar a todas las gestantes garantizando su atención de acuerdo a sus necesidades de salud en los diferentes niveles de atención.

3.1 Periodicidad de la atención Prenatal Reenfocada ⁽⁴⁾

Se considera como mínimo que una gestante reciba seis atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera:

- La primera antes de las 14 semanas.
- La segunda entre las 14 a 21 semanas.
- La tercera entre las 22 a 24 semanas.
- La cuarta entre las 25 a 32 semanas.
- La quinta entre las 33 a 36 semanas.
- La sexta entre las 37 a 40 semanas.

Este cronograma está establecido por el MINSA (Anexo N° 6) ⁽⁴⁾.

3.2 Registros básicos de la Historia Clínica Materno Perinatal ⁽²⁶⁾

Anamnesis: Se llenarán en la primera consulta, consiste en datos básicos personales, antecedentes familiares, personales y obstétricos registrándolos detalladamente.

Realizar la detección psicosocial: esta consiste en la detección de los impedimentos existentes en la gestante para realizar las atenciones prenatales y problemas de seguridad que incluyen la violencia intrafamiliar. En nuestro país, se denomina Tamizaje de VBG (Violencia Basada en Género).

Examen Físico: se aplicará en la primera atención prenatal y en las subsiguientes. Debe hacerse una exploración minuciosa y completa donde se realizan las siguientes actividades:

- Registro de talla y peso materno.
- Tomar la presión arterial para el diagnóstico de trastornos hipertensivos que complican el embarazo.
- Auscultar posibles edemas, y valoración de reflejos ósteo-tendinosos.

3.3 Examen Obstétrico completo

Se debe realizar la valoración de la edad gestacional, que a su vez se irá registrando en cada atención.

Altura del fondo: la medición se realiza sobre la pared abdominal desde la parte superior de la sínfisis del pubis hasta la parte superior del fondo uterino, previamente la vejiga debe vaciarse.

Ruidos cardiacos fetales: se realiza la auscultación de los latidos fetales con estetoscopio o Doopler desde las 10 semanas y con Pinard desde las 22 semanas, estos varían entre 110 y 160 latidos por minuto.

Movimientos fetales referidos por la gestante u observados durante el examen, a partir de las 22 semanas.

Examen pélvico/cuello uterino: se realiza con un espéculo lubricado y visualizar el cuello uterino y sus características, además se tomará el Papanicolaou (PAP) para identificar anomalías citológicas; se evaluará la pelvis y sus características. A nivel nacional, este va ligado con el examen de mamas.

3.4 Exámenes auxiliares y de laboratorio⁽⁴⁾

Según (MINSA 2013) se debe realizar el registro de la glicemia basal, en ayunas; en valores mayores a 105mg/dl se debe realizar una segunda toma después de doce horas, de persistir esa cifra informar y derivar a un médico especialista.

Además, se tomará la hemoglobina en sangre, grupo sanguíneo y factor Rh; también se realizará tamizaje de VIH/SIFILIS previa consejería.

Los exámenes de urocultivo y examen completo de orina y /o examen de orina con tira reactiva, también se deben realizar y registrar resultados; se realizará un urocultivo periódico en pacientes con antecedentes de ITU o con leucocitos mayor de 10 por campo o que presenten nitritos positivos en los exámenes de orina.

Se debe solicitar ecografía obstétrica antes de las 14 semanas y así confirmar la edad gestacional, en gestantes mayores de 35 años solicitar evaluación del pliegue nucal entre las 11 y 14 semanas; una segunda en el tercer trimestre. Se solicitará prueba de bienestar fetal Test no estresante.

Cuando sea necesario se solicitará: Prueba de Coombs indirecto en gestantes Rh negativo (excepto cuando el padre es Rh negativo), si el resultado es negativo, se repetirá la prueba a la semana 28. Si la gestante no está sensibilizada se deberá administrar 250 mcg de inmunoglobulina anti-D entre las 28 y 34 semanas. Luego del parto confirmado el grupo sanguíneo de la/el recién nacida/o como Rh positivo se deberá aplicar a la madre 250 mcg de inmunoglobulina anti-D en las primeras 72 horas.

3.5 Inmunizaciones completas

Sobre las vacunaciones, la antitetánica se debe administrar a la paciente que no haya sido vacunada al término de la primera consulta, y la segunda dosis a los dos meses de haber recibido la primera dosis. A partir de las 20 semanas la gestante debe recibir una dosis de vacuna contra la influenza.

3.6 Suplementos nutricionales completos

De acuerdo a evaluación descartar desnutrición y orientar sobre medidas higiénico dietéticas. Dar suplemento de ácido fólico (400 mcg) y hierro (60 mg) a todas las gestantes a partir de las 14 semanas hasta el parto. Prescribir calcio 2000 mg al día a partir de las 20 semanas hasta el parto. De considerar inapropiada la ingesta de calcio, recomendar dietas ricas en ese mineral.

3.7 Psicoprofilaxis obstétrica completa

Conjunto de actividades destinados a la preparación de la madre gestante en la preparación de hábitos saludables y actitud positiva frente al embarazo, parto y puerperio logrando un recién nacido optimo con potenciales de desarrollo físico, mental y sensorial; se considera seis actividades por gestante.

3.8 Plan de parto

Es un instrumento utilizado como estrategia efectiva el cual busca detallar, organizar y movilizar los recursos institucionales, familiares, y de la comunidad para la atención oportuna de la gestante en el momento del parto el cual consta de tres entrevistas.

3.9 Evaluación odontológica completa

El MINSA (2013) establece como el conjunto de intervenciones en la gestante en salud bucal, el cual contiene instrucción de higiene oral, profilaxis simple y tratamiento dental realizada por el odontólogo, considerado dos atenciones base.

4. Paquete de atención integral en la Atención Prenatal Reenfocada ⁽²⁷⁾

En resumen, para que una gestante haya cumplido una atención prenatal reenfocada completa debe tener el siguiente paquete básico completo:

- Registro de la Historia Clínica Materno Perinatal: antecedentes familiares, personales y obstétricos.
- Tamizaje de VBG (Violencia Basada en Género).
- Realizar el examen físico y Gineco-obstétrico.
- Realizar toma de PAP (el cual incluye el examen de mamas).
- Análisis de laboratorio completo: glicemia basal, hemoglobina, grupo sanguíneo y Rh, tamizaje para VIH/sífilis (prueba rápida y/o ELISA) / (prueba rápida y/o RPR), urocultivo o examen de orina completa. Se solicitará una primera batería de análisis en la primera consulta, y una segunda en un intervalo de tres meses en el tercer trimestre el cual no incluye grupo sanguíneo y factor Rh.
- Completar hasta la segunda ecografía obstétrica.
- Monitoreo materno fetal en el tercer trimestre.

- Visitas domiciliarias: cuatro etapas; la primera para captar a la gestante, la segunda para recurrir a gestantes que no acuden a sus consultas o en las que se identificó complicaciones, una tercera que cubre la segunda entrevista de plan de parto, y una cuarta que cubre la tercera entrevista del plan de parto.
- Vacuna antitetánica y AH1N1: se debe administrar al término de la primera consulta, y la segunda dosis a los dos meses. A partir de las 20 semanas la gestante debe recibir una dosis de vacuna contra la influenza.
- Administración de ácido fólico, sulfato ferroso, hierro y de calcio.
- Psicoprofilaxis obstétrica completa.
- Plan de parto hasta la tercera entrevista.
- Completar hasta la segunda evaluación odontológica.
- Completar hasta la sexta atención prenatal.

5. Complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes

Una complicación obstétrica es un evento inesperado que se presenta durante el embarazo, parto y/o puerperio, que cuando no se realiza un abordaje adecuado podrían ser susceptibles a evolucionar desfavorablemente y conllevar a un desenlace fatal, pueden quedar secuelas que afecten el desarrollo de vida cotidiano de las mujeres de manera permanente ⁽²⁸⁾. Entonces estas complicaciones obstétricas, se pueden dar durante el parto en los cuales podemos encontrar:

4.1 Complicaciones durante el período de Dilatación

A. De contractibilidad uterina ⁽²⁹⁾

A.1 Hipoactividad uterina: consiste en la disminución de la contractibilidad uterina. Se caracteriza por:

- Hiposistolia: la intensidad contráctil es baja y no supera los 25mmHg.
- Bradisistolia: la frecuencia contráctil es escasa, menor de 2 contracciones en 10 minutos.

A.2 Hiperactividad uterina: se caracteriza por:

- Hipersistolia: intensidad contráctil superior (permanentemente) a 50 mmHg (hasta 80-90)
- Polisistolia: frecuencia superior a 5 contracciones/10 minutos.
- Hipertonía: tono basal superior a 12 mmHg.

B. De tiempo de dilatación ⁽³⁰⁾

- **Fase Latente Prolongada:** no hay inicio de la fase activa por un periodo mayor de 20 horas en primíparas y 14 horas en multíparas.
- **Fase Activa Lenta o Prolongada:** aquí la dilatación cervical avanza con una velocidad menor de 1cm/hora. En promedio se considera si esta fase dura más de 12 horas en primíparas y 8 horas en multíparas.

C. De trastornos hipertensivos ⁽²⁶⁾:

- **Hipertensión Gestacional:** se evidencia elevación de la presión arterial, en ausencia de proteinuria, después de las 20 semanas, o diagnosticada por primera vez en el puerperio.
- **Pre eclampsia:** se presenta después de las 20 semanas con la aparición de hipertensión arterial, asociada a proteinuria.
 - Pre eclampsia leve:** aquella que presenta una presión arterial sistólica <160 mm Hg y diastólica <110 mm Hg y proteinuria cualitativa 1 + (test de ácido sulfosalicílico o tira

reactiva) o cuantitativa mayor de 300 mg y < 2 gramos en orina de 24 horas.

ii. **Pre eclampsia severa:** Aquella pre eclampsia asociada a presión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg y/o diastólica ≥ 110 mm Hg, o a evidencias de daño en órganos blanco. Proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico o tira reactiva) o 2 gramos o más en orina de 24 horas.

- **Rotura Uterina**

Es la solución de continuidad de la pared del útero con o sin expulsión del feto, durante el embarazo o en el trabajo de parto.

4.2 Complicaciones durante el período expulsivo ⁽³¹⁾

A. Desgarro del cuello uterino: a veces estos desgarros pueden extenderse estableciendo cuadros graves acompañados de hemorragias.

B. Desgarro de vagina: pueden comprometer los fondos de saco o vejiga.

C. Desgarros perineales: son las lesiones más frecuentes que comprometen la vagina, vulva y periné en distintos grados:

- **De primer grado:** comprometen la horquilla, mucosa y piel.
- **De segundo grado:** lesionan vagina y periné y desgarran músculos.
- **De tercer grado:** comprometen el esfínter del ano.
- **De cuarto grado:** comprometen el esfínter del ano y se extienden al recto

D. Expulsivo prolongado: cuando dura más de dos horas en nulíparas, y más de una hora en multíparas.

4.3 Complicaciones durante el período de Alumbramiento

A. Retención de placenta y/o membranas: se puede dar de forma total o parcial; por retención de cotiledones y retención de membranas.

B. Inversión uterina: accidente obstétrico que ocurre con muy rara frecuencia después del parto, puede ser parcial o total. Este accidente puede llevar a hemorragias graves que llevan a la paciente a shock hipovolémico.

4.4 Complicaciones durante el período de Puerperio se dan durante las dos primeras horas del periodo de hemostasia.

A. Hemorragias Postparto: originados por traumatismos o por alteraciones patológicas del alumbramiento. Las cifras mayores a 500 c.c. de sangre son consideradas hemorragia. Entre estas podemos encontrar según su origen:

- Hemorragia por traumatismo del canal
- Hemorragia postparto por retención de placenta y/o membranas
- Hemorragia postparto por Atonía uterina

B. Infección puerperal: puede producirse localmente en las heridas de la vulva, vagina, cuello y endometrio y propagarse a regiones vecinas, siguiendo la vía hemática, linfática por vía ascendente, llegando al útero y trompas.

C. Anemia puerperal ⁽³²⁾: es un trastorno en el cual el número de eritrocitos es insuficiente para satisfacer las necesidades fisiológicas, estas varían en función de la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar a la que vive la persona, el tabaquismo y las diferentes etapas del embarazo. Los niveles de anemia en

puérpera según niveles de hemoglobina (g/dL) son los siguientes:

- Leve: 11.0 – 11.9
- Moderada: 8.0 – 10.9
- Severa: < 8.0.

II. SALUD DEL RECIEN NACIDO

1. Recién Nacido

Nacido vivo producto de la concepción, el cual experimenta el primer contacto con la vida extrauterina.

2. Historia del APGAR

En 1952 la Dra. Virginia Apgar, médico anesthesióloga, propuso evaluar la vitalidad de los recién nacidos (RN) en el instante inmediato al nacimiento, ello evaluando cinco signos clínicos objetivos y posibles de describir y, relacionar los resultados con ciertas prácticas anestésicas y obstétricas. Los signos clínicos a evaluarse en los recién nacidos establecidos son:

Frecuencia cardíaca, considerado el más importante en diagnóstico y de pronóstico, Esfuerzo respiratorio. Irritabilidad refleja que se refería a la respuesta a estímulos, Tono muscular y el Color era el signo más insatisfactorio en su evaluación y causaba muchas discusiones entre los observadores. Todos los niños que eran cianóticos al nacer y su remisión obedecía directamente de los dos signos anteriores, siendo ellos, la frecuencia cardíaca y el esfuerzo respiratorio. Fueron muy pocos los niños a quienes se les otorgaba puntaje dos en color y varios recibían cero. Muchos niños por razones no tan claras en esa época, persistían con cianosis de manos y pies a pesar de una excelente ventilación y estar recibiendo adecuadamente oxígeno; cientos de niños al ser

evaluados a los 5 y 10 minutos no lograban puntaje de diez por persistir con cianosis distal ⁽³³⁾

La mayoría de muertes neonatales ocurría dentro de las 24 horas de vida. De tal manera, el estudio de la Dra. Apgar consistió en estandarizar la evaluación de los Recién Nacidos a través de los signos objetivos descritos, haciendo además un análisis del efecto de algunos tipos de anestesia y su relación con el resultado obtenido y las muertes neonatales; por tanto, ingresaron 2096 neonatos, entre los RN de término hubo 65 niños con puntaje entre 0 a 2, de ellos fallecieron un 14% y, entre los niños con puntaje 8 a 10, fallecieron 0,13%. ⁽³³⁾

La Dra. Apgar concluyó que el pronóstico del RN era bueno si obtenía puntaje por encima de tres y era muy pobre si este puntaje era menor. El trabajo fue publicado en la revista *Anestesia and Analgesia* en 1953. Este sistema de evaluación propuesto por ella significó, tener una persona que atendiera a los neonatos en las salas de partos y fue rápidamente adoptado en todos los centros de EEUU y posteriormente en todo el mundo. Al principio Virginia Apgar propuso realizar la valoración un minuto después del nacimiento, como guía para la necesidad eventual de una resucitación, pero insistió en que los médicos no debían esperar el minuto completo para dar la puntuación y resucitar a un bebé que estuviera deprimido. Más tarde decidió realizar la puntuación a intervalos más prolongados para valorar la respuesta de un recién nacido que hubiera requerido alguna maniobra de resucitación. Finalmente, se estandarizó la puntuación APGAR a los cinco minutos del nacimiento, la Dra. Virginia Apgar tuvo la intención que fuera medido por el anesthesiólogo o por la enfermera circulante. ⁽³⁴⁾

Esta puntuación se presentó en el Congreso Internacional de Investigación de Anestesia en 1952, inicialmente hubo resistencia para aceptarla, pero finalmente se aceptó y ahora se usa en todo el mundo. ⁽³⁴⁾

En 1962, a este conjunto de signos se le empezó a llamar “Escala APGAR” ⁽³⁴⁾ y asimismo el pediatra Joseph Butterfield ⁽³⁵⁾, utilizó las letras APGAR para que los estudiantes de medicina lo aprendieran mejor. Se ha llegado a afirmar que, cada niño que nace en algún lugar del mundo, es avaluado y mirado con los ojos de Virginia Apgar.

En todo el mundo a partir de aproximadamente hace 50 años se evalúa a todos los RN al momento inmediato al nacimiento con el test de Apgar. Después de hace medio siglo, se puede afirmar que el test de Apgar es muy útil para conocer la condición del niño en el primer minuto de vida, siendo un antecedente que junto al estado ácido base y la evolución del recién nacido permitirá hacer el diagnóstico de asfixia. ⁽³⁶⁾

3. Definición de Apgar

Es un examen clínico al recién nacido inmediatamente después del nacimiento, en donde el personal de salud realiza una prueba valorando cinco parámetros y obtener una primera valoración simple y clínica sobre el estado general del neonato al minuto y cinco minutos del nacimiento ⁽³⁶⁾

4. Evaluación y calificación del Apgar

4.1 Puntaje de 7 a 10 (Excelente Condición)

Un bebé con una puntuación de siete o superior en la prueba tras haber transcurrido un minuto después del nacimiento, es considerado un bebé con buena salud y con un puntaje de APGAR normal. Son considerados neonatos vigorosos, con buen tono muscular, respiran espontáneamente y con una frecuencia cardíaca mayor a 100 por minuto, a este conjunto de neonatos no necesitan

ningún tipo de reanimación neonatal después del nacimiento y por consiguiente procederán con los cuidados de rutina propios en un RN. ⁽³⁷⁾

4.2 Puntaje de 4 a 6 (Moderadamente Deprimido)

Con una puntuación que va entre los cuatro y seis tras realizar la prueba de APGAR después de transcurrir el minuto, indica que el bebé necesita atención inmediata. Son neonatos que necesitan reanimación neonatal ya que necesitan despejar las vías respiratorias mediante la succión de los conductos respiratorios u oxígeno con máscara facial para ayudarlo a respirar y luego inicien con respiración espontánea, además de presentar frecuencias cardíaca menor de 100 por minuto y es necesario realizar la estimulación. ⁽³⁷⁾

4.3 Puntaje de 0 a 3 (Severamente Deprimido)

Un recién nacido con una puntuación de APGAR inferior a tres, puede requerir una atención médica avanzada y medidas tales como administración de oxígeno, medicamentos son neonatos que se encuentran severamente deprimidos y presentan frecuencia cardíaca menor a 60 por minuto. Son pálidos, sin esfuerzo respiratorio se requieren realizar reanimación con bolsa y tubo endotraqueal, masaje cardíaco y medicación y será necesario la observación en la unidad de cuidados intensivos. Estos neonatos tienen mayor probabilidad de mortalidad. ⁽³⁸⁾

5. Parámetros a evaluar en el Apgar

Generalmente, la evaluación de la puntuación de APGAR se desarrolla dos veces, siendo la primera al cumplir el primer minuto de vida extrauterina (después del nacimiento) y la segunda, a los cinco minutos

luego del nacimiento. Un valor de 7 o mayor indica que la condición del neonato es buena o excelente. De los 2 scores, la valoración que se realiza a los 5 minutos es considerada como el mejor predictor de sobrevivencia del recién nacido. En ocasiones, si existieran problemas graves en relación a la condición del recién nacido y los primeros dos resultados de la prueba, se establece una tercera valoración a los 10 minutos después del nacimiento⁽³⁹⁾. Para dar el puntaje final de APGAR, consiste en evaluar cinco características de valoración al recién nacido en el momento de su nacimiento, las mismas que se definen a continuación:

5.1 Color

La coloración cianótica de un ser al momento del nacimiento, se debe a su adecuada capacidad de transportar oxígeno y su relativamente baja saturación de oxígeno. En la vida intrauterina el feto no realiza ningún esfuerzo respiratorio y lo realiza a través de la placenta. La circulación fetal funciona para servir el intercambio gaseoso a través de la placenta. De esta manera se preservará la sangre mayormente oxigenada en las estructuras más vitales, tales como el corazón, cerebro, sistema nervioso central. Al instante del nacimiento, y con el inicio de la respiración pulmonar, se produce una readecuación de la circulación fetal, el cual permite el intercambio gaseoso a nivel pulmonar, por esta razón, es que los bebés nacen siempre con cierto grado de cianosis. El color del bebé al momento del nacimiento se evalúa a través de la observación, la cianosis puede presentarse en las extremidades. Es por eso que no existe APGAR 10/10, ya que el neonato pierde puntaje en el parámetro del color, ya que todos nacen con coloración cianótica por lo antes sustentado.⁽³⁹⁾

5.2 Esfuerzo Respiratorio

Considerado como el signo más significativo del test de APGAR, es el

segundo signo que desaparece cuando el recién nacido sufre depresión respiratoria, Este signo se evidencia ya que marca la apertura de la respiración pulmonar, con ello se inicia el proceso de adaptación cardio-circulatoria neonatal. La manera de evaluación del esfuerzo respiratorio es a través de la observación de la ventilación del recién nacido, el mismo que puede ir desde una apnea (cese de la respiración) pudiendo ser muy irregular o regular. El esfuerzo respiratorio es el parámetro que nos revelará o nos ayudará en la decisión de iniciar reanimación. ⁽³⁷⁾

5.3 Tono Muscular e Irritabilidad

Ambos constituyen los signos neurológicos dentro de la valoración del test de APGAR, los mismos que desaparecen en tercer y cuarto lugar respectivamente. Las alteraciones del tono muscular traducen los cambios metabólicos (acidosis mixta) y circulatorios (hipotensión) que afectan la función del músculo estriado esquelético. Por otra parte, la ausencia de irritabilidad refleja, el agotamiento de los mecanismos de compensación hacia el cerebro por falta de aporte de oxígeno. El tono muscular se puede evaluar de varias formas, la más práctica es observar la postura del recién nacido, que normalmente se encuentra semiflexionado, realizar movimientos pasivos o cuando se observa totalmente extendido y flácido traduce a un tono ausente. Podemos observar la regresión del miembro el cual puede ser lenta o rápida. La irritabilidad refleja se evalúa luego del secado enérgico, en la espalda del bebé; el recién nacido puede responder presentando llanto, muecas o gesticulaciones o bien no dar respuesta alguna. ⁽³⁷⁾

5.4 Frecuencia Cardíaca

Esto es el último signo de la valoración dentro del test de APGAR en desaparecer en un recién nacido deprimido, debido a que el recién

nacido al igual que en el feto tienen una mejor capacidad adaptativa a situaciones de hipoxia, ello debido a su menor utilización energética tisular y al mayor contenido de glicógeno del músculo cardíaco, lo que le admite mantener la función cardíaca por tiempos más prolongados que el adulto. ⁽³⁷⁾

El Test de APGAR se califica de la siguiente manera:

Factor de APGAR	2	1	0
Frecuencia cardíaca	Normal (superior a 100 latidos por minuto)	Inferior a 100 latidos por minuto	Ausente (sin pulso)
Esfuerzo Respiratorio	Normal	Respiración lenta e irregular	Ausente (sin respiración)
Irritabilidad (Respuesta refleja)	Lo evita, estornuda o tose tras la estimulación	Gesto o mueca facial tras la estimulación	Ausente (sin respuesta a la estimulación)
Actividad(Tono muscular)	Activo, movimientos espontáneos	Brazos y piernas flexionados con poco movimiento	Sin movimiento, tonicidad "blanda"
Apariencia (Coloración de la piel)	Color normal en todo el cuerpo (las manos y los pies rosados)	Color normal (pero las manos y los pies tiene un tono azulado)	Coloración azul-grisácea o palidez en todo el cuerpo

Fuente: Cabero L, Rodríguez D. Capítulo Embarazo y Parto. Obstetricia y Medicina Materno Fetal.

Madrid 2007.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

2.3.1 Atención prenatal Reenfocada:

Según el MINSA (2013) Vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto captada antes de la catorceava semana de gestación, con la finalidad de brindar un paquete básico de atenciones con enfoque de género e interculturalidad ⁽⁴⁾

2.3.1 Recién nacido:

Nacido vivo producto de la concepción, el cual experimenta el primer contacto con la vida extrauterina.

2.3.1 Valoración Apgar:

Valoración clínico realizada al recién nacido inmediatamente después del nacimiento, a través de cinco parámetros: apariencia, actividad, irritabilidad, esfuerzo respiratorio y frecuencia cardíaca, para obtener una valoración clínica del estado general del recién nacido al minuto y cinco minutos inmediatos posteriores al nacimiento ⁽³⁶⁾

2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

2.3.1 Hipótesis General

Existe relación significativa entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio 2018

2.3.2 Hipótesis Específicos

- Existe relación significativa entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, según periodicidad de la atención
- Existe relación significativa entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, según precocidad de la atención
- Existe relación significativa entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, según integralidad de la atención
- Existe relación significativa entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, según atención completa

2.5. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

2.5.1 **Independiente:** Atención prenatal reenfocada

2.5.2 **Dependiente:** Estado de salud de los recién nacidos

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES E INDICADORES

2.5.1 Variable: Atención prenatal reenforcada

- **Definición conceptual:**

Vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones con enfoque de género e interculturalidad.

- **Definición operacional:**

Evaluación de la atención a la gestante y el feto a través de las condiciones de precoz, periódica, integral y completa captadas antes de las catorce semanas de gestación.

2.5.2: Variable: Estado de salud de los recién nacidos

- **Definición conceptual:**

Examen clínico que se realiza al recién nacido inmediatamente después del nacimiento, en la que se valoran cinco parámetros: apariencia, actividad, irritabilidad, esfuerzo respiratorio y frecuencia cardiaca, para obtener una valoración clínica sobre el estado general del recién nacido.

(36)

- **Definición operacional:**

Examen clínico realizado al recién nacido al minuto y cinco minutos después del nacimiento a través de los parámetros de valoración del Apgar: 7-10 (excelente condición); 4-6 (Moderadamente deprimido); 0-3 (severamente deprimido)

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	Escala medición
ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA	A. ATENCIÓN PRECOZ	1. Captación 2. Intervención 3. Diagnóstico 4. Evolución	Ordinal
	B. ATENCIÓN PERIODICA	1. Psicoprofilaxis 2. Atención Pre Natal 3. Plan de Parto 4. Constantes fisiológicas	Ordinal
	C. ATENCIÓN INTEGRAL	1. Obstetricia 2. Odontología 3. Nutrición 4. Inmunizaciones 5. Ayuda al Diagnóstico 6. Medicina-Ginecología 7. Psicología	Nominal/ Ordinal
	D. ATENCIÓN HUMANIZADA	1. Captación 2. Atención/control 3. Seguimiento 4. Evaluaciones	Ordinal
ESTADO DE SALUD DE LOS RECIEN NACIDOS	VALORACION APGAR: 1 minuto	1. Frecuencia cardiaca 2. Esfuerzo respiratorio 3. Actividad/Tono muscular 4. Irritabilidad refleja 5. Apariencia/Color	Razón

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Tomando a Hernández Sampieri ⁽⁴⁰⁾. El estudio se enmarca en el tipo de investigación:

Descriptivo, porque registra los datos tal y como se presentan en la realidad, poniendo de manifiesto las características actuales de las variables.

Correlacional, porque permite determinar la relación existente entre las variables de estudio: Atención prenatal reenfocada y estado de salud de los recién nacidos

Prospectivo, porque la investigación se realiza a partir de, a través del tiempo; en adelante.

Observacional, porque en el desarrollo de la investigación, no existe manipulación de variable alguna

3.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se utilizó los métodos generales de análisis - síntesis e inductivo – deductivo. Como método auxiliar se aplicó el método Estadístico, el cual se basa en el empleo de números, agrupación de los mismos, la comparación de los hechos y la utilización de datos recogidos para formular

leyes. Su base metódica radica en el empleo de números para señalar y presentar los hechos investigados, los que a su vez podrán ser agrupados, clasificados y presentados.

Las conclusiones fueron plasmadas a través de la estadística inferencial, con la prueba de correlación de variables, utilizando la Prueba estadística no paramétrica de la Chi Cuadrada.

3.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño empleado para responder a las preguntas planteadas y comprobar las hipótesis de la investigación, se empleó el diseño No Experimental con corte Longitudinal, recolectando datos en varios momentos y sin manipulación de variable alguna ⁽⁴⁰⁾.

A través de este diseño nos proponemos indagar el cumplimiento de la Atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, para posteriormente analizar la relación existente entre ellas.

Esquema del diseño:

VI	VD		
	T1	T2	Tn
	E1	E2	En

Interpretando el diagrama tenemos:

VI G Grupos elegidos para el estudio

T_{1, 2...} Tiempo 1, 2, 3,...n

VD Variable dependiente.

E_{1, 2...} Evaluación 1, 2,3,...n.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

Teniendo en cuenta la definición de población como el conjunto de los elementos del cual se quiere investigar. La población para el presente estudio lo conforman las 918 usuarias gestantes con Atención prenatal reenfocada y el producto de la concepción del Hospital de Huaycán comprendidos entre agosto 2017 – junio 2018.

MUESTRA

Tomando a Hernández Sampieri ⁽⁴⁰⁾, el cual define como muestra, al subconjunto de la población, el mismo que debe ser seleccionado para integrar el estudio. En la investigación que presentamos, la muestra está constituida por 72 usuarias gestantes con Atención prenatal reenfocada y el producto de la concepción del Hospital de Huaycán captadas entre los meses de setiembre y diciembre de 2017, quienes tuvieron sus partos programados antes del mes de junio de 2018.

La selección de la muestra se realizó bajo técnica estadística no probabilística de tipo intencional.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestante captada entre los meses de setiembre y diciembre de 2017
- Gestante con atención e Historia clínica en el Hospital Huaycán
- Gestante con consentimiento informado
- Gestante con parto institucional

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestante captada fuera de los meses de setiembre y diciembre de 2017
- Gestante sin atención y sin Historia clínica en el Hospital Huaycán
- Gestantes que no dieron consentimiento informado
- Gestante con parto domiciliario

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnicas de recolección de datos.

Tomando a Tamayo ⁽⁴¹⁾ (2004) “Es la parte operativa del diseño investigativo. Hace referencia al procedimiento, condiciones y lugar de la recolección de datos” (p. 211).

El presente estudio utilizó como técnica, la encuesta y el registro, que según Tamayo y Tamayo (2004) “Es aquella que lee el encuestado la serie de interrogantes y/o ítems cuya característica es la estructuración, planificación y completadas por un encuestador frente a quien va respondiendo” (p. 212). El registro, se usa para recabar información de las historias clínicas hospitalarias e historia clínica perinatal, de todas y cada una de las usuarias con atención prenatal reenfocada. Así como, el registro del test de Apgar para la respectiva valoración de los recién nacidos al minuto de vida extrauterina.

3.5.2 Instrumento de recolección de datos

3.5.2.1. Cuestionario para recoger información.

En el estudio se usó el cuestionario, para recabar información socio cultural- económica y algunos datos relevantes de las usuarias, que no se registran en las historias clínicas. Según Rodríguez (2005) “conciernen a una forma concreta de la técnica de observación, logrando que el que investiga centre su atención en aspectos precisos y sean sujetos a determinadas circunstancias” (p. 98).

3.5.2.2. Ficha de registro

Se utilizó la Ficha de Registro para recabar la información que consigna la historia clínica hospitalaria y/o perinatal respecto a monitoreo de cumplimiento de la atención prenatal reenfocada de la gestante; y la valoración del test de Apgar en los recién nacidos.

3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

3.6.1. Aplicación de los instrumentos.

Cuestionario:

Se aplicó en un tiempo aproximado de 15 minutos luego de dar la información sobre el particular, captándolas en su unidad asignada al siguiente día del parto. Se le explicó en primera instancia los objetivos y los propósitos de la investigación; pasando luego de su aceptación a firmar el consentimiento informado.

El Registro

Se tomó la historia clínica perinatal y hospitalaria de las usuarias en la unidad de Obstetricia para pasar al registro de los datos en la ficha respectiva.

3.7 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24; como también el programa Excel 2016.

Por la naturaleza de las variables de estudio, para la prueba de hipótesis se utilizó la estadística del tipo inferencial a través de la prueba no paramétrica de la Chi cuadrada; para con ello, determinar la relación existente entre nuestras variables de estudio.

3.8 SELECCIÓN, VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

3.8.1. Validez por juicio de expertos:

Hernández et al (2010) manifestó que: “La eficacia de un instrumento, a través del cual mide una variable. (p.201).⁽⁴⁰⁾

En el presente estudio, empleamos la historia clínica perinatal y la historia clínica hospitalaria, los cuales son instrumentos validados por los organismos nacionales e internacionales. El cuestionario como instrumento para recoger

información, fue validado a través de juicio de expertos, para recoger información general socio económica de las adolescentes.

3.9 ORIENTACIÓN ÉTICA

Las autoras de la presente investigación, fueron parte de la institución de salud como es el HOSPITAL de HUAYCÁN en calidad de Internas de Obstetricia durante el período agosto de 2017 y junio de 2018. Por lo tanto, como parte del equipo de salud, los datos recolectados y los resultados que se presentan a través del presente informe de tesis, son datos que se consignan y se recaban de fuente primaria, con el respectivo consentimiento informado de las usuarias sometidas a estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

El trabajo fue desarrollado durante los meses de agosto 2017 a junio 2018, período de tiempo en que las autoras de la presente investigación, fueron parte del Hospital de Huaycán calidad de Internas de Obstetricia durante dicho período. Por lo tanto, como parte del equipo de salud, los datos recolectados fueron registrados sistemáticamente durante los turnos programados como internas en el referido hospital; así también como partícipes de los trabajos de parto y la valoración del Apgar en los recién nacidos y/o registrados de las historias clínicas respectivas cuando los turnos asignados no concordaron con el trabajo de parto.

4.2 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se presentan a continuación:

CUADRO N° 01

**FRECUENCIA E INDICADORES GENERALES DE LAS USUARIAS CON
APN REENFOCADA, HOSPITAL DE HUAYCÁN - LIMA, AGOSTO 2017 -
JUNIO 2018**

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	18	25.00
Casada	29	40.28
Conviviente	25	34.72
TOTAL	72	100.00

INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria	6	8.33
Secundaria	42	58.33
Superior	24	33.33
TOTAL	72	100.00

OCUPACIÓN	N°	%
Trabaja	28	38.89
Estudia	18	25.00
Su casa	26	36.11
TOTAL	72	100.00

PARIDAD	N°	%
Primípara	13	18.06
Múltipara	38	52.78
Gran Múltipara	21	29.17
TOTAL	72	100

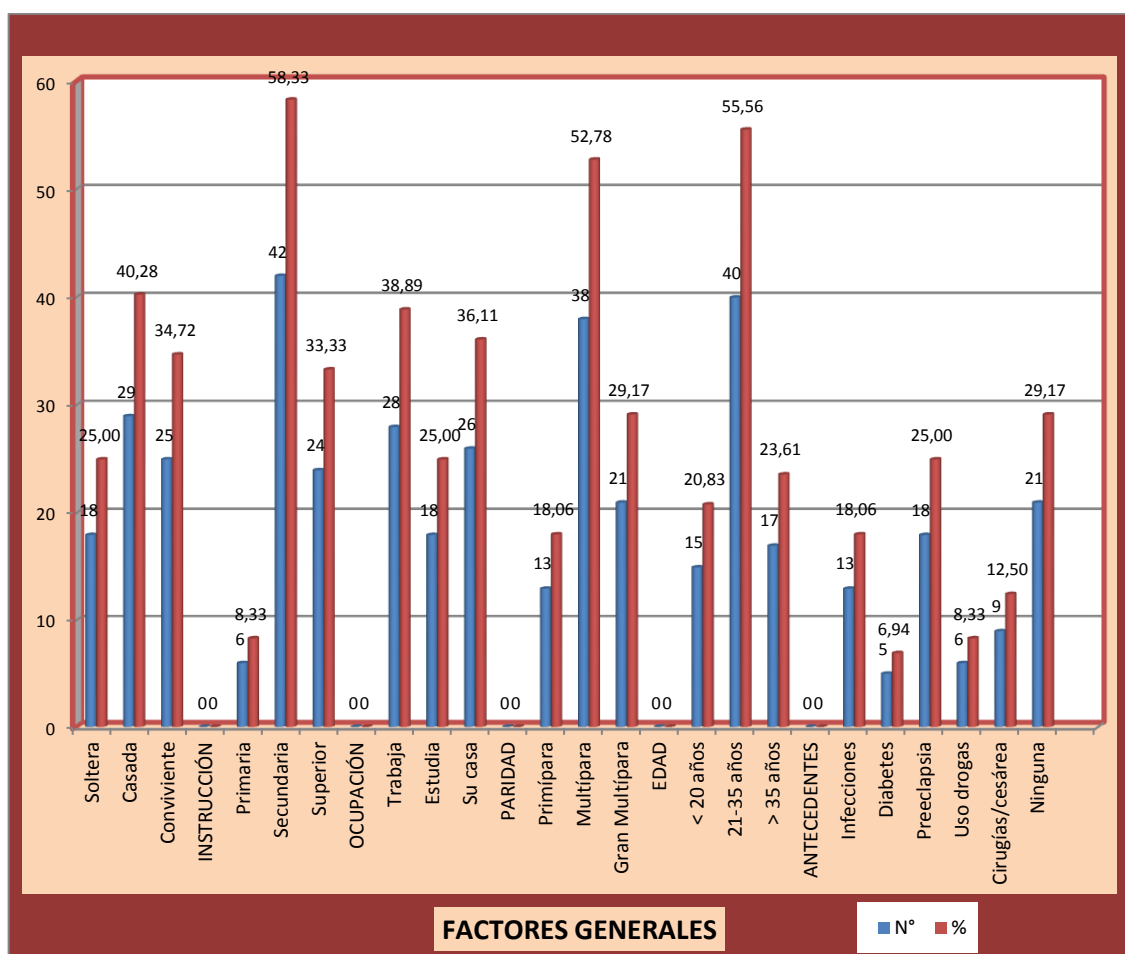
EDAD	N°	%
< 20 años	15	20.83
21-35 años	40	55.56
> 35 años	17	23.61
TOTAL	72	100.00

ANTECEDENTES	N°	%
Infecciones	13	18.06
Diabetes	5	6.94
Preeclampsia	18	25.00
Uso drogas	6	8.33
Cirugías/cesárea	9	12.50
Ninguna	21	29.17
TOTAL	72	100.00

FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 01

FRECUENCIA E INDICADORES GENERALES DE LAS USUARIAS CON APN REENFOCADA, HOSPITAL DE HUAYCÁN - LIMA, AGOSTO 2017 - JUNIO 2018



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 01, se evidencian los factores generales de las usuarias con atención prenatal reenfocada del Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio 2018; del cual podemos extraer lo siguiente:

La edad más frecuente en las usuarias, está comprendida en aquellas que tienen entre 21 – 35 años de edad en un 55,56% (40), comparado con las que tienen más de 35 años en un 23,61% (17), y las que son menores de 21 años en un 20,83% (15); mientras que en el estado civil prima la condición casada con un 40,28% (29),

seguido de la condición conviviente con un 34.72% (25) y las solteras con un 25.00% (18). Las usuarias, en su mayoría, tienen instrucción secundaria con un 58.33% (42), seguidos de un 33.33% (24) quienes tienen instrucción superior y, solo en un 8.33% (6) tienen instrucción primaria.

De la misma manera, la mayoría de ellas, en un 38.89% (28) trabajan, un 36.11% (26) se dedican a su casa, y un 25.00% (18) estudian. Respecto a Paridad, el 52.78% (38) son múltiparas, un 29.17% (21) son gran múltiparas, y el 18.06% (13) son primíparas.

Se evidencia también que, un 29.17% (21) no refieren antecedente patológico alguno; en tanto que un 25.00 (18) refieren a la preeclampsia como antecedente, un 18.06% (13) refieren infecciones; un 12.50% (9) refieren cirugías/cesárea, un 8.33% (6) refieren uso de droga; y un 6.94% (5) refieren diabetes.

CUADRO N° 02

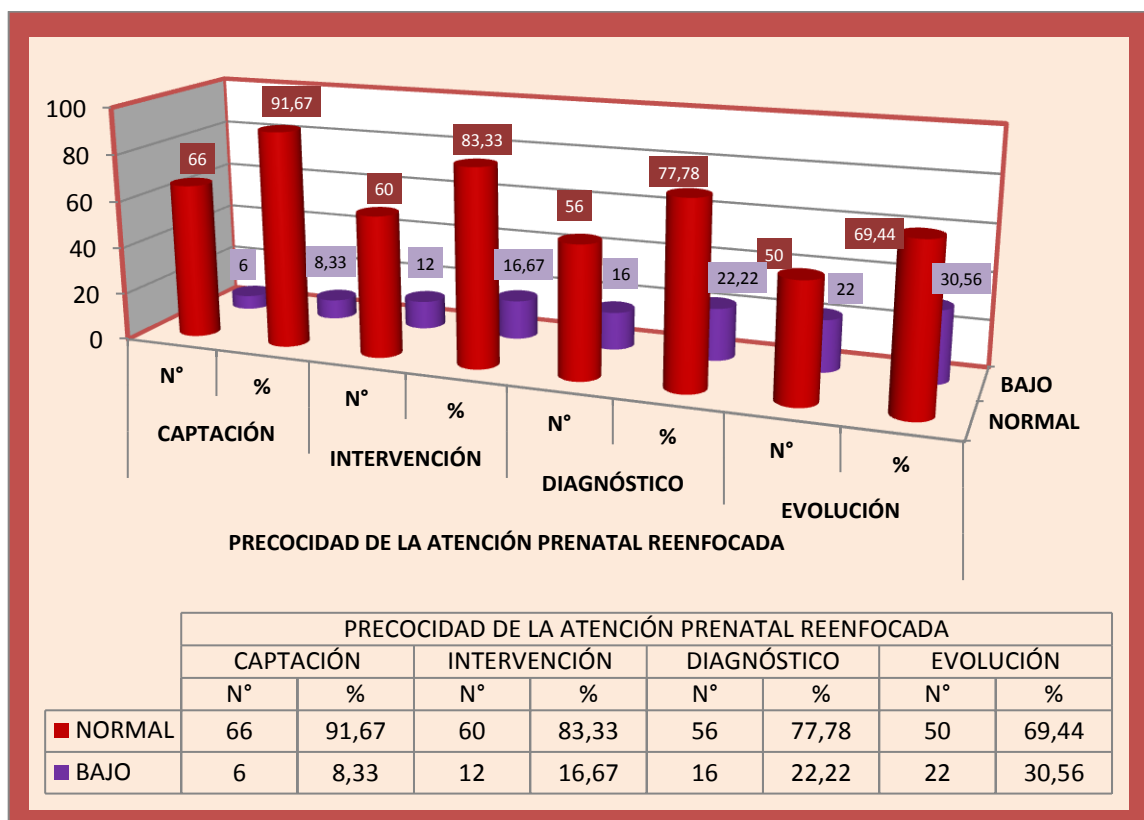
PRECOCIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA EN RELACIÓN A LA VALORACIÓN DEL APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS, HOSPITAL DE HUAYCÁN - LIMA, AGOSTO 2017 - JUNIO 2018

PRECOCIDAD DE LA A.P.N. REENFOCADA	VALORACIÓN DEL APGAR			
	NORMAL		BAJO	
	N°	%	N°	%
CAPTACIÓN	66	91.67	6	8.33
INTERVENCIÓN	60	83.33	12	16.67
DIAGNÓSTICO	56	77.78	16	22.22
EVOLUCIÓN	50	69.44	22	30.56
TOTAL	58	80.56	14	19.44

FUENTE: Historia Clínica - Ficha de registro

GRÁFICO N° 02

PRECOCIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA EN RELACIÓN A LA VALORACIÓN DEL APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS, HOSPITAL DE HUAYCÁN - LIMA, AGOSTO 2017 - JUNIO 2018



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 02, se evidencia la precocidad de la atención prenatal reenfocada en relación a la valoración del Apgar de los recién nacidos, Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio 2018; del cual podemos evidenciar lo siguiente:

El 91.67% (66) de las gestantes fueron captadas precozmente para la atención prenatal reenfocada antes de las 14 semanas; En tanto que un 83.33% (60) fueron intervenidas precozmente. Asimismo, un 77.78% (56) fueron evaluadas y diagnosticadas precozmente; y el 69.44% (50) intervinieron en el transcurso de su evolución de manera precoz.

De la misma manera, se evidencia que el 80.56% (58) de los recién nacidos tienen Apgar > a 7 al minuto, considerándose como Recién nacidos de Normal o excelente condición; en tanto que el 19.44% (14) tuvieron Apgar < a 7 al minuto, considerándose como bajo o deprimidos moderados.

CUADRO N° 03

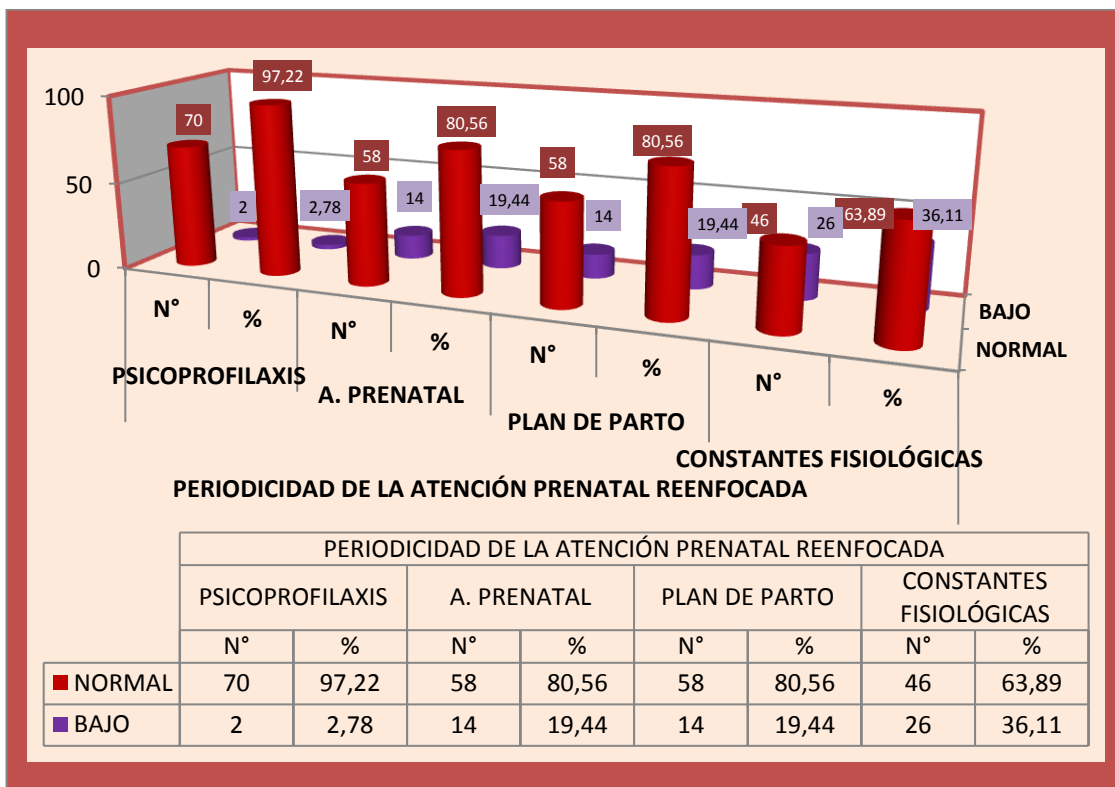
PERIODICIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA EN RELACIÓN A LA VALORACIÓN DEL APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS, HOSPITAL DE HUAYCÁN - LIMA, AGOSTO 2017 - JUNIO 2018

PERIODICIDAD DE LA A.P.N. REENFOCADA	VALORACIÓN DEL APGAR			
	NORMAL		BAJO	
	N°	%	N°	%
PSICOPROFILAXIS	70	97.22	2	2.78
A. PRENATAL	58	80.56	14	19.44
PLAN DE PARTO	58	80.56	14	19.44
CONSTANTES FISIOLÓGICAS	46	63.89	26	36.11
TOTAL	58	80.56	14	19.44

FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 03

PERIODICIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA EN RELACIÓN A LA VALORACIÓN DEL APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS, HOSPITAL DE HUAYCÁN - LIMA, AGOSTO 2017 - JUNIO 2018



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 03, se evidencian la periodicidad de la atención prenatal reenfocada en relación a la valoración del Apgar de los recién nacidos, Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio 2018; del cual podemos evidenciar lo siguiente:

El 97.22% (70) de las gestantes fueron atendidas en Psicoprofilaxis Obstétrica, cumpliendo la periodicidad de la atención prenatal reenfocada referente de manera efectiva; En tanto que un 80.56% (58) cumplieron con la atención prenatal de manera periódica; Asimismo, las gestantes, en igual porcentaje 80.56% (58) cumplieron con el plan de parto; y el 63.89% (46) cumplieron con la periodicidad en la evaluación de sus constantes fisiológicas como control de presión arterial, Control de hemoglobina, y otros tamizajes de laboratorio de manera periódica.

De la misma manera, se evidencia que el 80.56% (58) de los recién nacidos tienen Apgar > a 7 al minuto, considerándose como Recién nacidos de Normal o excelente condición; en tanto que el 19.44% (14) tuvieron Apgar < a 7 al minuto, considerándose como bajo o deprimidos moderados.

CUADRO N° 04

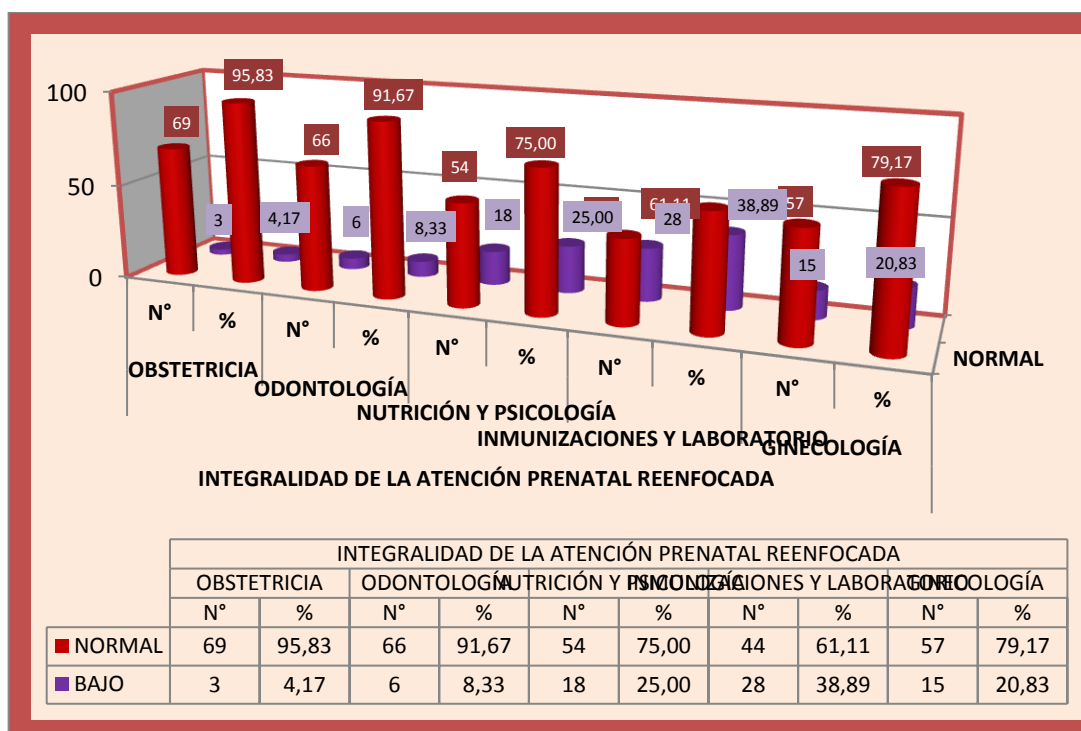
INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA EN
RELACIÓN A LA VALORACIÓN DEL APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS,
HOSPITAL DE HUAYCÁN - LIMA, AGOSTO 2017 - JUNIO 2018

INTEGRALIDAD DE LA A.P.N. REENFOCADA	VALORACIÓN DEL APGAR			
	NORMAL		BAJO	
	N°	%	N°	%
OBSTETRICIA	69	95.83	3	4.17
ODONTOLOGÍA	66	91.67	6	8.33
NUTRICIÓN Y PSICOLOGÍA	54	75.00	18	25.00
INMUNIZACIONES Y LABORATORIO	44	61.11	28	38.89
GINECOLOGÍA	57	80.90	15	19.10
TOTAL	58	80.90	14	19.10

FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 04

INTEGRALIDAD DE LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA EN
RELACIÓN A LA VALORACIÓN DEL APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS,
HOSPITAL DE HUAYCÁN - LIMA, AGOSTO 2017 - JUNIO 2018



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 04, se evidencian la Integralidad de la atención prenatal reenfocada en relación a la valoración del Apgar de los recién nacidos, Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio 2018; del cual podemos evidenciar que:

En cumplimiento de las normas de la Atención Prenatal Reenfocada, el 95.83% (69) de las gestantes fueron atendidas por el servicio de Obstetricia; en tanto que el 91.67% (66) fueron atendidos en los servicios odontológicos; así como, el 75.00% (54) fueron atendidos por los servicios de Nutrición y psicología. De la misma manera el 61.11% (44) cumplieron con la atención en inmunizaciones y laboratorio. En tanto que el 80.90% (57) cumplieron su atención en ginecología.

De la misma manera, se evidencia que el 80.56% (58) de los recién nacidos tienen Apgar > a 7 al minuto, considerándose como Recién nacidos de Normal o excelente condición; en tanto que el 19.44% (14) tuvieron Apgar < a 7 al minuto, considerándose como bajo o deprimidos moderados

CUADRO N° 05

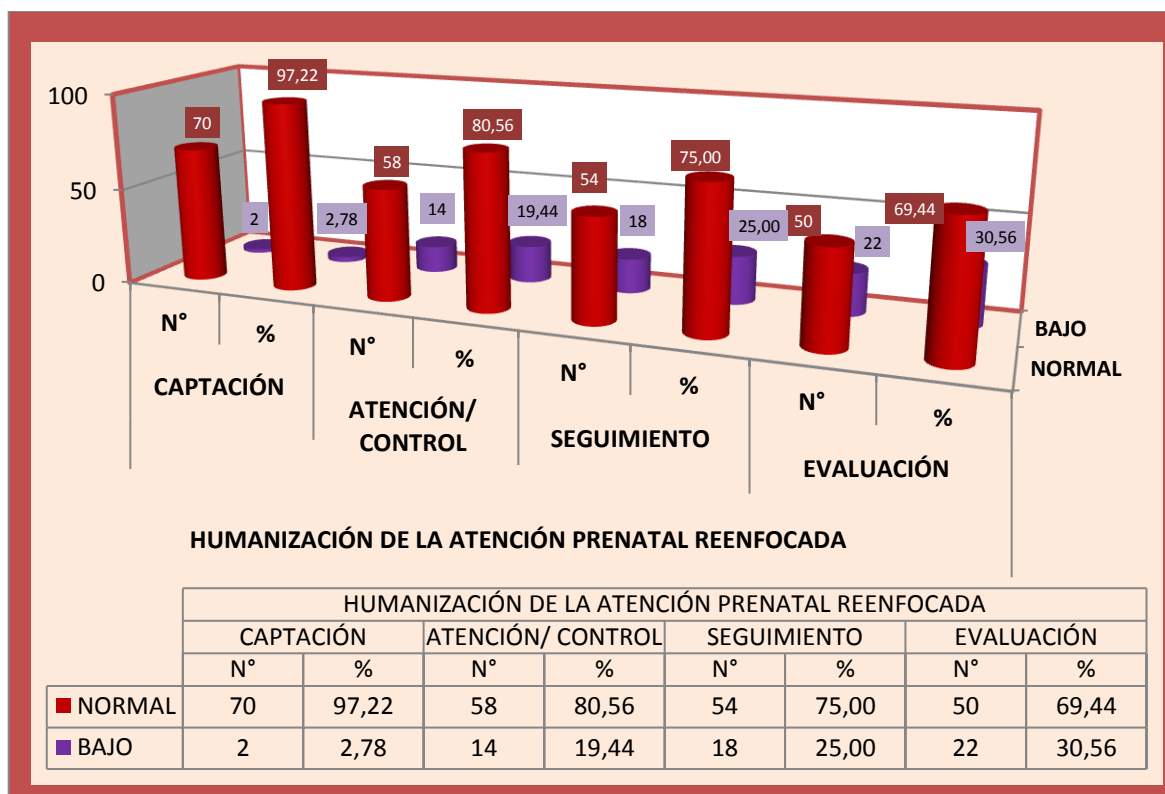
**HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA EN RELACIÓN
A LA VALORACIÓN DEL APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS, HOSPITAL DE
HUAYCÁN - LIMA, AGOSTO 2017 - JUNIO 2018**

HUMANIZACIÓN DE LA A.P.N. REENFOCADA	VALORACIÓN DEL APGAR			
	NORMAL		BAJO	
	N°	%	N°	%
CAPTACIÓN	70	97.22	2	2.78
ATENCIÓN/ CONTROL	58	80.56	14	19.44
SEGUIMIENTO	54	75.00	18	25.00
EVALUACIÓN	50	69.44	22	30.56
TOTAL	58	80.56	14	19.44

FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

GRÁFICO N° 05

**HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA EN RELACIÓN
A LA VALORACIÓN DEL APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS, HOSPITAL DE
HUAYCÁN - LIMA, AGOSTO 2017 - JUNIO 2018**



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 05, se evidencian Humanización de la atención prenatal reenfocada en relación a la valoración del Apgar de los recién nacidos, Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio 2018; del cual podemos evidenciar lo siguiente:

En cumplimiento de las normas de la Atención Prenatal Reenfocada, el 97.22% (70) de las gestantes fueron atendidas de manera humanizada durante la captación; en tanto que el 80.56% (58) de las usuarias refieren que recibieron atención humanizada durante toda la atención y control. Asimismo, el 75.00% (54) refieren que recibieron trato humanizado durante el seguimiento en el embarazo. Y el 69.44% (50) recibieron trato humanizado durante los períodos de evaluación.

De la misma manera, se evidencia que el 80.56% (58) de los recién nacidos tienen Apgar > a 7 al minuto, considerándose como Recién nacidos de Normal o excelente condición; en tanto que el 19.44% (14) tuvieron Apgar < a 7 al minuto, considerándose como bajo o deprimidos moderados

4.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Hipótesis general de la investigación

Ho: No Existe relación significativa entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio 2018

Ha: Existe relación significativa entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio 2018

Al someter las variables de estudio atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio

2018 al respectivo contraste hipotético, haciendo uso de la técnica estadística inferencial no paramétricas de la Chi Cuadrada; se procede a hallar los valores de la X^2_c y la X^2_t respectivamente a través del siguiente cuadro:

CUADRO N° 06

ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA EN RELACIÓN AL ESTADO DE SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS, HOSPITAL DE HUAYCÁN - LIMA, AGOSTO 2017 - JUNIO 2018

	ESTADO DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO	ATENCIÓN PRE NATAL REENFOCADA				TOTAL	
		EFECTIVA		MEDIANAMENTE EFECTIVA		N°	%
		N°	%	N°	%		
VÁLIDOS	EXCELENTE CONDICIÓN	50	69.44	8	11.11	58	80.56
	DEPRIMIDO MODERADO	5	6.94	9	12.50	14	19.44
	TOTAL	55	76.39	17	23.61	72	100.00

FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

Procedemos al **Análisis Estadístico** correspondiente, hallando a través de la estadística inferencial, con la técnica no paramétrica de la Chi² encontramos:

$$\sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

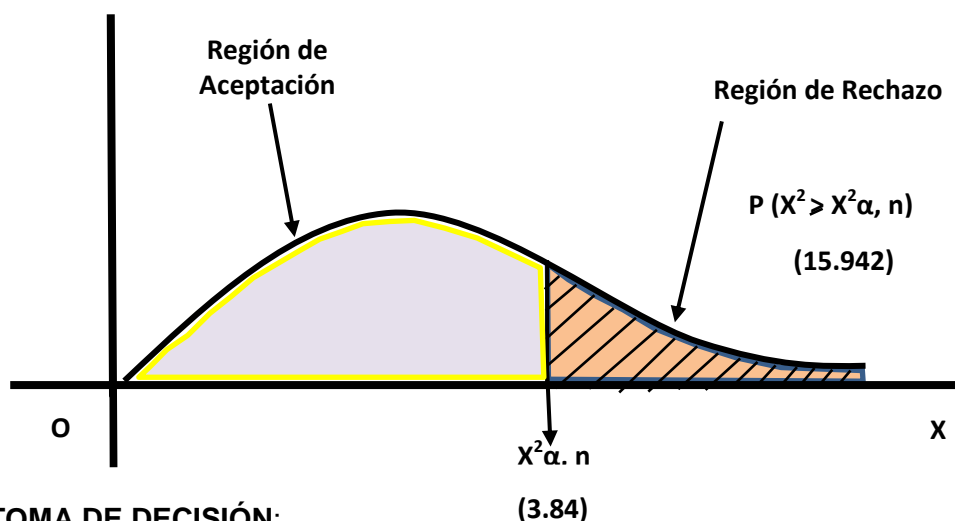
Análisis estadísticos	Valor	gl
x^2_c	15.942 ^a	1
x^2_t	3.84	
N° de casos válidos	72	
α	0.05	

Fuente: Análisis estadísticos del programa software SPSSv24.

Por lo tanto:

$$X^2_c = 15.942 > X^2_t = 3.84 \text{ (gl} = 1, \alpha = 0.05)$$

REGIÓN CRÍTICA:

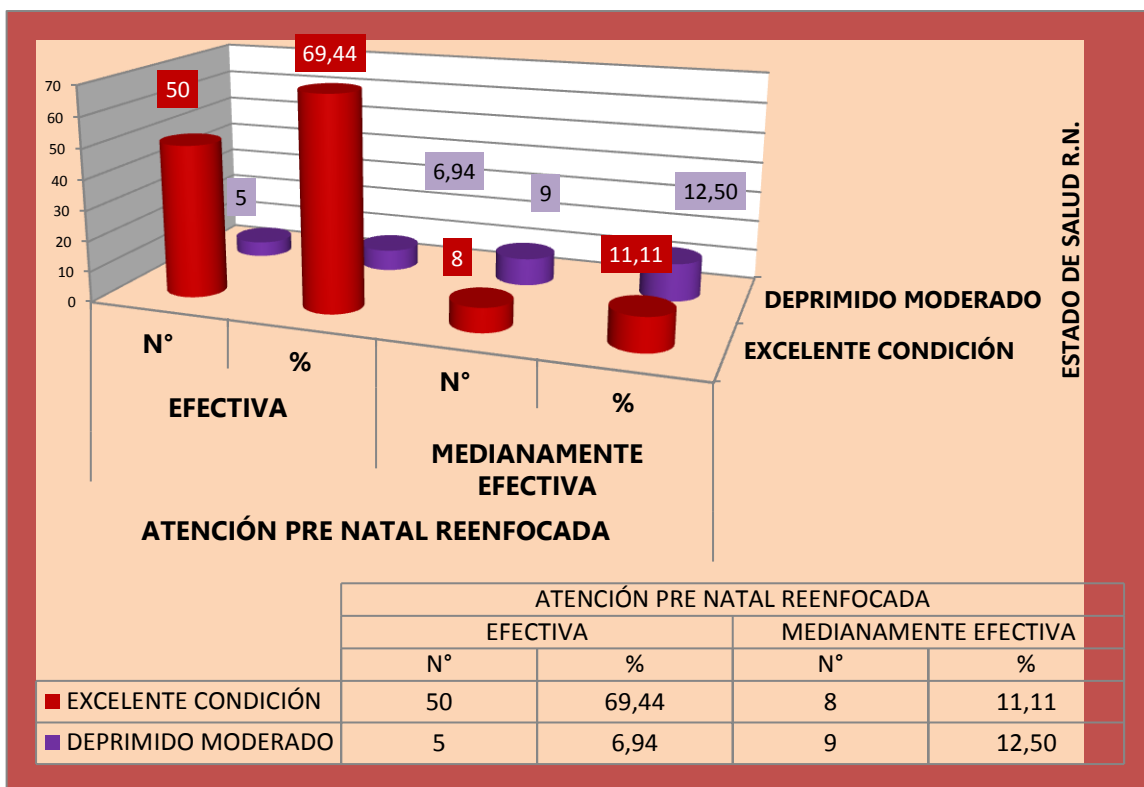


TOMA DE DECISIÓN:

Si $X^2_c > X^2_t \rightarrow$ Ho: Se rechaza
 Ha: Se acepta

GRÁFICO N° 06

ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA EN RELACIÓN AL ESTADO DE SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS, HOSPITAL DE HUAYCÁN - LIMA, AGOSTO 2017 - JUNIO 2018



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 06, se evidencian la atención prenatal reenfocada en relación al estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio 2018; del cual podemos extraer lo siguiente:

En cumplimiento de las actividades de la Atención Prenatal Reenfocada de acuerdo a normas establecidas, en el 76.39% (55) de las gestantes fue Efectiva; en tanto que el 23.61% (17) de las usuarias fue medianamente efectiva

En los recién nacidos, con la valoración del Apgar al minuto, en el 80.56% (58) de los recién nacidos se evidenció Apgar > a 7 al minuto, considerándose como Recién nacidos de Normal o Excelente condición; en tanto que en el 19.44% (14) se evidenció Apgar < a 7 al minuto de nacido, considerándose como recién nacidos moderadamente deprimido.

Luego de hallar por intermedio de la X^2 y su fórmula correspondiente, a través de las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas, una $X^2_c = 15.942$ y una $X^2_t = 3.84$, con 1 grado de libertad y nivel de significancia de $\alpha = 0.05$. Por lo que, teniendo una $X^2_c > X^2_t$, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna, confirmando la existencia de relación estadística significativa entre las variables de estudio, atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio 2018.

4.4 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El Ministerio de Salud (2013) refiere que en nuestro país las mujeres en extrema pobreza mueren debido a complicaciones del embarazo, parto y puerperio; siendo tales complicaciones evitables a través de una intervención oportuna por el equipo de salud.

Tomando en consideración que, la atención prenatal reenfocada es la vigilancia y evaluación integral, tanto de la madre como del feto con la finalidad de intervenir en su prevención, diagnóstico y abordar los factores que pueden condicionar la morbi-mortalidad de la madre y del feto; en base de un enfoque de género e interculturalidad dentro del marco del respeto a los derechos humanos ⁽²⁵⁾; asimismo, la valoración Apgar, es el examen clínico al recién nacido inmediatamente después del nacimiento, a través de una evaluación en la que se valoran cinco parámetros y así obtener la primera valoración de manera simple y clínica respecto al estado general del neonato inmediatamente después del nacimiento ⁽³⁶⁾. Por lo que, en el presente estudio se evaluó el nivel de cumplimiento de la atención en base a las normas de la atención prenatal reenfocada como estrategia de vigilancia y atención integral al binomio madre-niño, y como ésta atención influye en el estado de salud del recién nacido al minuto de vida.

En nuestro estudio a través del cuadro estadístico N° 01, se encuentra que, la edad más frecuente en las usuarias, está comprendida en aquellas que tienen entre 21 – 35 años de edad en un 55,56% (40), pero se encontró, que existe gestantes con alto riesgo, ya que el 44.44% (32) tienen edades menores a 20 años y mayores a 35 años. Por lo que requiere con más razón de un seguimiento permanente.

Se evidenció de la misma manera que, las usuarias, en su mayoría, tienen instrucción secundaria en un 58.33% (42). Pero, también, la mayoría de ellas, en un 38.89% (28) trabajan de manera dependiente, lo que pone en riesgo el cumplimiento de la atención y la integralidad de manera eficiente. Se manifiesta

también que la mayoría son multíparas en un 52.78% (38) lo que pone en riesgo el exceso de confianza por lo que ya fueron capaces de pasar la experiencia de ser madre. Otro riesgo es que, un 70.83% (51) tuvieron algún antecedente o patología. Por lo que, se pone atención a lo mencionado por el Ministerio de Salud del Perú (2012) el cual pone de manifiesto que las tres morbilidades más frecuentes durante el embarazo, son anemia, infección del tracto urinario y obesidad. La anemia materna no solo afecta a la madre, sino también puede afectar al niño por nacer, estando asociada a una disminución de la respuesta inmune. Asimismo, esto se relaciona con lo encontrado por **CORDERO y col. (2012)** que, en su estudio sobre conocimiento de las embarazadas sobre la importancia del control prenatal en el Hospital Dr. Pastor Oropeza de Barquisimeto Estado Lara, refiere que, el 90% de las embarazadas evidencian desconocimiento sobre el objetivo principal del control prenatal, mientras que solo el 10% poseen conocimientos del mismo. Asimismo, el 100% conoce la importancia de la realización de control prenatal precoz y su influencia en el estado de salud del binomio. El 36,7% afirma que la primera consulta prenatal debe efectuarse dentro del primer trimestre del embarazo; mientras que el 63,3% sostiene que no es necesario. El 70% reconoció la importancia de 6 o más controles durante el embarazo. El 80% afirmó que el embarazo constituye un riesgo en la salud de la madre y del feto ⁽¹⁷⁾.

En nuestro estudio se halló que, el 91.67% (66) de las gestantes fueron captadas precozmente para la atención prenatal reenfocada antes de las 14 semanas; En tanto que un 83.33% (60) fueron intervenidas precozmente. Asimismo, un 77.78% (56) fueron evaluadas y diagnosticadas precozmente; y el 69.44% (50) intervinieron en el transcurso de su evolución de manera precoz.

Por su parte, **Mayorga (2012)**, investigó la percepción que tienen las gestantes adolescentes con relación al control prenatal, en el Hospital San Cristóbal de Bogotá; Las gestantes adolescentes atribuyen positivamente al control prenatal, sienten el deseo de proteger y de asumir responsabilidades en el cuidado de sus

hijos. Las gestantes concuerdan que es un programa primordial para el desarrollo óptimo del proceso de gestación, parto y puerperio, en el mismo que encuentran información, apoyo, bienestar y confianza. Los motivos prioritarios para su asistencia a dichos controles son: que el bebé se desarrolle sano y su nacimiento en buen estado de salud ⁽¹⁸⁾.

Las gestantes siendo conscientes y reflexivas, en muchas de ellas, se presentan inconvenientes que hacen que las características de la atención prenatal no se cumplan; es así que, en nuestra investigación se halló que, el 97.22% (70) de las gestantes fueron atendidas en Psicoprofilaxis Obstétrica, cumpliendo la periodicidad de la atención prenatal reenfocada referente de manera efectiva; En tanto que un 80.56% (58) cumplieron con la atención prenatal de manera periódica; Asimismo, las gestantes, en igual porcentaje 80.56% (58) cumplieron con el plan de parto; y el 63.89% (46) cumplieron con la periodicidad en la evaluación de sus constantes fisiológicas como control de presión arterial, Control de hemoglobina, y otros tamizajes de laboratorio de manera periódica. De la misma manera se halló que, en cumplimiento de las normas de la Atención Prenatal Reenfocada, el 95.83% (69) de las gestantes fueron atendidas por el servicio de Obstetricia; en tanto que el 91.67% (66) fueron atendidos en los servicios odontológicos; así como, el 75.00% (54) fueron atendidos por los servicios de Nutrición y psicología. De la misma manera el 61.11% (44) cumplieron con la atención en inmunizaciones y laboratorio. En tanto que el 80.90% (57) cumplieron su atención en ginecología. Lo hallado por **Trejo y Col. (2013)** corrobora lo evidenciado, ya que en ese estudio, identificaron que los conocimientos de salud materna de las mujeres embarazadas participantes en los clubes de embarazo del municipio de Tezontepec de Aldama Hgo 2012, el 62% conocen de la importancia del control prenatal; el 96% conoce los beneficios que aporta el ácido fólico durante el embarazo; el 63% reconoce que alimentos a consumir durante este período; el 66% reconoce los signos de alarma obstétrico del embarazo y parto; el 84% conoce las acciones a ejecutar en beneficio

de su salud ⁽¹⁹⁾. Siendo totalmente conscientes de la importancia de la atención prenatal reenfocada, en nuestro estudio hallamos cierto margen de incumplimiento de la atención, sobre todo en la calidad y humanización de la atención, hallándose en nuestro estudio que el 97.22% (70) de las gestantes fueron atendidas de manera humanizada durante la captación; en tanto que el 80.56% (58) de las usuarias refieren que recibieron atención humanizada durante toda la atención y control. Asimismo, el 75.00% (54) refieren que recibieron trato humanizado durante el seguimiento en el embarazo. Y el 69.44% (50) recibieron trato humanizado durante los períodos de evaluación.

Es así que, lo manifestado por **Miñano, M.** Trujillo, Perú, (2016); en su trabajo de investigación “Control Prenatal inadecuado como factor asociado a parto pretérmino en pacientes del Hospital Regional Docente De Trujillo”, encontró que el 48.1% de gestantes realizó un control prenatal inadecuado, de ellos en el grupo de casos se observó en 32 pacientes y en 43 de los controles. El 10.7%. de los partos fueron pretérmino. El grupo de gestantes con 35 semanas de gestación, cuyo parto fue pretérmino y su control prenatal inadecuado se observó en una frecuencia de 28.1%. Los casos de parto pretérmino moderado tardío se mostraron en primer lugar con 76.9%. Llegando a la conclusión de que el control prenatal inadecuado sí es un factor que se asocia a los partos pretérmino ⁽²¹⁾, en el cual, evidencia la relación existente entre el control prenatal y el parto.

En nuestro estudio halló que, en cumplimiento de las actividades de la Atención Prenatal Reenfocada de acuerdo a normas establecidas, en el 76.39% (55) de las gestantes fue Efectiva; en tanto que el 23.61% (17) de las usuarias fue medianamente efectiva. De igual manera, **Miranda y Col. (2015)** en su estudio en el Hospital Distrital Materno Santa Isabel – El Porvenir, en 2014, encontró que, el 74,4% de las gestantes fueron adultas jóvenes; el 42,2% fueron primíparas; el 46,7% mostró conocimiento medio respecto a importancia del CPN; el 54,4% afirmó adecuada calidad de atención. El 57.8% tuvo CPN adecuado; en tanto que el

42.2%, las tuvo inadecuadas. En el primer trimestre el 58.9% tuvo CPN inadecuados; en el segundo trimestre el 65.6% tuvo CPN adecuados. En el tercer trimestre el 96.7% tuvo CPN adecuados. Concluyendo que No se encontró relación estadísticamente significativa entre los factores bio-socio-culturales y la asistencia al CPN⁽²²⁾.

Mientras que, **Arispe, C. y colaboradores** en su trabajo de investigación “Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia”. en 384 puérperas del Hospital Nacional Cayetano Heredia, encontró que, el 66,05% recibieron 6 o más controles prenatales, de ellos sólo el 7,36% tuvo control prenatal adecuado; 145 puérperas tuvieron su primer control prenatal antes de las 12 semanas. Los factores presentes en mayor proporción en el grupo de CPN inadecuado fue la paridad mayor a 2 y la no planificación de la gestación. Concluyéndose que fue elevado el porcentaje de control prenatal inadecuado, el mismo que estuvo asociado con paridad mayor a dos y gestación sin previa planificación⁽²³⁾.

Respecto a la puntuación Apgar y valoración del estado de salud del recién nacido, en nuestro estudio se halló, que, la valoración del Apgar al minuto, en el 80.56% (58) de los recién nacidos se evidenció Apgar > a 7 al minuto, considerándose como Recién nacidos de Normal o Excelente condición; en tanto que en el 19.44% (14) se evidenció Apgar < a 7 al minuto de nacido, considerándose como recién nacidos moderadamente deprimido. Por su parte, **Arana Álvarez, Lucio Alfonso (2014)** Trujillo-Perú. En su tesis: “Factores de riesgo asociados a puntaje Apgar bajo al nacer en el Hospital Belén de Trujillo. Período enero 2009-diciembre 2013”, encontró que los 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; $p < 0.01$). Las conclusiones a las que llegó fueron: 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. ⁽²⁴⁾

En el epílogo de nuestra investigación y luego de hallar por intermedio de la X^2 y su fórmula correspondiente, a través de las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas, una $X^2_c = 15.942$ y una $X^2_t = 3.84$, con 1 grado de libertad y nivel de significancia de $\alpha = 0.05$. Por lo que, teniendo una $X^2_c > X^2_t$, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna, confirmando la existencia de relación estadística significativa entre las variables de estudio, factores de riesgo asociado a Al someter las variables de estudio atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio 2018

CONCLUSIONES

Primera:

Entre los factores generales maternos se evidenció que, el rango de la edad con mayor frecuencia está comprendida entre 21 – 35 años de edad en un 55,56% (40). El estado civil que mayor se presenta es la casada en un 40.28% (29). Las usuarias, en su mayoría, tienen instrucción secundaria en un 58.33% (42). La mayoría de ellas, en un 38.89% (28) trabajan. Respecto a Paridad, el 52.78% (38) son multíparas. Un 70.83% (51) de las usuarias tuvieron algún antecedente durante embarazos anteriores.

Segunda:

La precocidad de la atención prenatal reenforcada estuvo manifestada por un 91.67% (66) de las gestantes quienes fueron captadas precozmente; en tanto que el 83.33% (60) fueron intervenidas precozmente. El 77.78% (56) fue evaluada y diagnosticadas precozmente; y en el 69.44% (50) se intervino precozmente en el transcurso de la evolución de su embarazo

Tercera:

La periodicidad como característica de la atención prenatal reenforcada estuvo manifestada que un 97.22% (70) de las gestantes cumplieron la periodicidad de la atención en Psicoprofilaxis Obstétrica de manera efectiva. El 80.56% (58) cumplió con la atención prenatal y con la elaboración del plan de parto bajo esta condición de la Atención prenatal reenforcada. El 63.89% (46) cumplió con la periodicidad en

la evaluación de sus constantes fisiológicas como control de presión arterial, Control de hemoglobina y otros tamizajes de laboratorio de manera periódica.

Cuarta:

La integralidad como característica de la atención prenatal reenfocada estuvo manifestada que un 95.83% (69) de las gestantes fueron atendidas por el servicio de Obstetricia; el 91.67% (66) fue atendida en los servicios odontológicos; el 75.00% (54) fue atendida por los servicios de Nutrición y psicología. De la misma manera el 61.11% (44) cumplió con las inmunizaciones y pruebas en laboratorio. Y, el 80.90% (57) cumplió su atención en ginecología.

Quinta:

La humanización como característica de la atención prenatal reenfocada estuvo manifestada que un 97.22% (70) de las gestantes refirió que fue atendida de manera humanizada durante la captación; el 80.56% (58) refiere que recibió atención humanizada durante toda la atención y control. Asimismo, el 75.00% (54) refiere que recibió trato humanizado durante todo el seguimiento de su embarazo. Y el 69.44% (50) recibió trato humanizado durante los períodos de evaluación.

Sexta:

En cumplimiento de las actividades de la Atención Prenatal Reenfocada de acuerdo a normas establecidas, en el 76.39% (55) de las gestantes fue Efectiva; en tanto que el 23.61% (17) de las usuarias fue medianamente efectiva

En los recién nacidos, con la valoración del Apgar al minuto, en el 80.56% (58) de los recién nacidos se evidenció Apgar > a 7 al minuto, considerándose como Recién nacidos de Normal o Excelente condición; en tanto que en el 19.44% (14) se evidenció Apgar < a 7 al minuto de nacido, considerándose como recién nacidos moderadamente deprimido.

Séptima

Existe relación estadística significativa entre las variables de estudio atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio 2018. ($X^2_c = 15.942 > X^2_t = 3.84$; 1 gl. $\alpha = 0.05$)

RECOMENDACIONES

Primera:

Concientizar a las gestantes respecto a los factores generales y antecedentes materno pueden repercutir e influir en el estado de salud de la madre gestante y evolución del embarazo actual y poner en riesgo la vida y la salud del nuevo ser en formación.

Segunda:

Promover un sistema de captación a través de personal asignado especialmente para esta labor; con ello, captar a las gestantes antes de las catorce semanas de gestación y cumplir a cabalidad con su intervención, evaluación, diagnóstico y evolución de manera precoz en su la atención prenatal.

Tercera:

Mejorar el sistema de seguimiento de la atención prenatal reenfocada y estar alertas de todas y cada una de las citas de sus atenciones, evaluación, control y tamizajes; y hacer efectiva la periodicidad de la atención de las gestantes.

Cuarta:

A los profesionales obstetras, liderar el equipo multidisciplinario de la atención prenatal reenfocada, para el logro el cumplimiento de la característica de atención integral a la gestante.

Quinta:

Mejorar la calidad de la atención dentro del marco de humanización de los cuidados a través de todo el tiempo que dure la atención prenatal reenfocada, desde la captación, intervención, evaluación, control, seguimiento, parto y puerperio.

Sexta:

Continuar con el esfuerzo desplegado, aumentando los índices de eficacia de la atención prenatal reenfocada y aumentando la población intervenida, cumpliendo con los derechos del acceso universal a la salud y de calidad de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ticona M, Huanco D. Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: factores de riesgo. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2010; 70(5): p. 313-317.
2. Sueli M. Mortalidad neonatal en el Estado de Santa Catarina, Brasil. Rev. Cub. Enfermer. 2013; 29(3): p. 150-158.
3. Salazar P, Mitelman G, Bahamonde F. El test de Apgar una visión de la acción obstétrica: experiencia de 7 años. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2009; 66(1): p. 7- 42.
4. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. [Online].; 2013 [cited 2018 noviembre 16. Available from: HYPERLINK "http://igss.gob.pe/portal/files/redes-integradas/0002/esssr/nts-n-105-minsa-dgsp-v-01-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-integral-de-salud-materna" <http://igss.gob.pe/portal/files/redes-integradas/0002/esssr/nts-n-105-minsa-dgsp-v-01-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-integral-de-salud-materna>.
5. Soni Trinidad, Clementina. Gutiérrez Mateos, Anamaría. Santa Rosa Moreno, Francisco Javier. Reyes Aguilar Arturo. Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica. Revista Ginecol Obstet Mex. 2015; 83(2): p. 96-103.
6. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, Lopez AD, Lozano R, Murray CJ. Mortalidad Materna para 181 países, 1980-2008: Análisis sistemático hacia el progreso. Millenium Development Goal 5. Lancet. 2010; 375(976): p. 1609-23.
7. Velasco-Murillo V. La mortalidad materna: un problema vigente hasta nuestros días. Rev Med IMSS. 2002; 40(3): p. 185-186.
8. Rojas A, Cogollo M, Miranda J, Ramos E, Fernández J, Bello A. Morbilidad materna extrema en cuidados intensivos obstetricos Cartagena (Colombia)

2006-2008. Rev Obstet Ginecol. Colomb. 2011; 62: p. 131-140.

9. Ramos-de Amorin M, Katz L, Valenca M, Ericsson-Araújo D. Morbilidad materna grave em UTI obstétrica no Recife, região nordeste do Brasil; 2008.
- 10 Al-Suleiman SA, Qutub HO, Rahman J, Rahman MS. Admisiones obstétricas en la unidad de cuidados intensivos: una revisión de 12 años. Arch Gynecol Obstet. 2006; 274: p. 48.
- 11 Dias de Souza JP, Duarte G, BasileFilho A. Mortalidad materna en países en desarrollo. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002; 104(80).
- 12 Organización Mundial De La Salud. La mortalidad maternal en 2008: Estimaciones desarrolladas por UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial Ginebra: Suiza; 2009.
- 13 Organización Mundial de la Salud y UNICEF. Responsabilidad materna para la supervivencia del niño y recién nacida: actualización 2013 Ginebra-Suiza: UNICEF; 2015.
- 14 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013 Lima-Perú: INEI; 2014.
- 15 Ministerio de Salud-Perú. Subsistema nacional de vigilancia epidemiológica perinatal y neonatal Lima: MINSA; 2009.
- 16 Ticona Rendon M., Gonzáles J., Huanco Apaza D., Riega R., Pinto M., et al. Mortalidad perinatal. Estudio colaborativo Institucional. Hospitales del sur del Perú. 2000. Ciencia y Desarrollo. Repositorio digital de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2003;(7): p. 11-121.
- 17 Cordero R.; Alarcón G.; Gómez Y.; Puertas de García M. Conocimiento de las embarazadas sobre la importancia del control prenatal Conocimiento de las embarazadas sobre la importancia del control prenatal. Hospital "Dr. Pastor Oropeza Riera" de Barquisimeto Estado de Lara - Venezuela; 2012. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3947/1/Conocimiento-de-las-embarazadas-sobre-la-importancia-del-control-prenatal.html..>
- 18 Mayorga Palacios Andrea del Pilar. Percepción sobre el Control Prenatal de Las

Gestantes adolescentes en la E.S.E San Cristóbal, Bogotá 2012. Tesis para optar el título de magister en salud pública Universidad Nacional de Colombia; 2012.

- 19 Trejo García Claudia Atala, Maldonado Muñiz Gabriela, Camacho y López Salvador M., García López Margarita. Conocimientos de salud materna en las mujeres embarazadas participantes en los clubes del embarazo del municipio de Tezontepec de Aldama Hidalgo. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2013.
- 20 Alvarado García Anielka Isabel, Izaguirre Pérez Kenia Azucena. Conocimientos y Factores de riesgo sociales que obstaculizan a las embarazadas a asistir al control prenatal, centro de salud Roberto Cortez Chinandega, Agosto-Septiembre 2012 Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Leon: Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería; 2013.
- 21 Miñano, M. Control Prenatal inadecuado como factor asociado a parto pretérmino en pacientes del Hospital Regional Docente De Trujillo”: Tesis de titulación. Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
- 22 Miranda Cabeza Karla Noemí, Plasencia Chávez Linda Paola. Relación De Factores Biosocioculturales y asistencia al Control Prenatal en Gestantes. El Porvenir. 2014. Tesis para optar el título de Lic. Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. 2015.
- 23 Arispe, C., Salgado, M., Tang, M., González, C., y Rojas, J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Revista Médica Herediana. 2011; 22(4): p. 169-175.
- 24 Alvarez Arana, Lucio Alfonso. Factores de riesgo asociados a puntaje Apgar bajo al nacer en el Hospital Belén de Trujillo. Período enero 2009-diciembre 2013 Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo: Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano; 2014.
- 25 Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas, Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva: Lima, Ministerio de Salud. [Online].; 2004 [cited 2018 noviembre 16. Available from: [HYPERLINK "http://www.inppares.org/sites/default/files/Guia%20nacional%20de%25aten](http://www.inppares.org/sites/default/files/Guia%20nacional%20de%25aten)

cion%20SSR.PDF"

<http://www.inppares.org/sites/default/files/Guia%20nacional%20de%atencion%20SSR.PDF>.

26 Cunningham, G.; Leveno, K.; Bloom, S.; Hauth, J.; Rouse, D.; Spong, C. Williams Obstetricia. 23rd ed.: Mcgraw-Hill Interamericana; 2011.

27 Minsiterio de Salud. Resolución Ministerial N° 907-2016/MINSA. Documento Técnico: Definiciones Operacionales y Criterios de programación y de medición de avances de los Programas Presupuestales. [Online].; Publicado 28 de noviembre de 2016 [cited 2018 noviembre 16. Available from: HYPERLINK "ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_907-2016-MINSA.pdf" ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_907-2016-MINSA.pdf .

28 Ministerio de Salud de Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. Normativa 109: Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. [Online].; Abril, 2013 [cited 2018 noviembre 16. Available from: HYPERLINK "https://clasesylibros.files.wordpress.com/2014/07/n-109protcompobst-final.pdf" <https://clasesylibros.files.wordpress.com/2014/07/n-109protcompobst-final.pdf> .

29 Gallego C. Anomalías de la dinámica uterina. Revista electrónica de Portales Médicos.com. [Online].; 2008 [cited 2018 noviembre 16. Available from: HYPERLINK "http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1039/1/Distocias-Anomalias-de-la-dinamica-uterina.html" <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1039/1/Distocias-Anomalias-de-la-dinamica-uterina.html> .

30 Nápoles D. Alternativas en las desviaciones del trabajo de parto [conferencia en línea]. MEDISAN. 2005; 9(2).

31 Mongrut A. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. 5th ed. Lima: Monpress E. I. R. L. ; 2000.

32 Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. VMNIS Sistema de


Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales. 2011; 11(1).

- 33 Garza A, González G. Virginia Apgar: una anesthesióloga fuera de serie. Revista Anestesia en México. 2004; 16(1): p. 32-39.
- 34 Palacios L. Virginia Apgar y la música de cuerdas. Rev. Cien. Salud. 2011; 9(1): p. 99-102.
- 35 Domínguez F. Guía de práctica clínica en neonatología. Rev. Ciencias Médicas. 1999;: p. 515-522.
- 36 Ruiz Yolma. Polisomnografía neonatal en recién nacidos con asfixia severa al nacer. Rev. Cub. Ped. 2000; 72(2): p. 81-86.
- 37 Melgarejo A y Morales B. Duración del periodo expulsivo en gestantes adolescentes de 15 a 19 años y la adaptación neonatal inmediata del recién nacido a término en relación a la puntuación de APGAR I.N.M.P. periodo setiembre -noviembre 2010 Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú: Tesis de pregrado; 2011.
- 38 Chiquito C, Meza F. Seguimiento del estudio sobre el uso de la citicolina en recién nacidos con asfixia perinatal en el área de neonatología del Hospital Rodríguez Zambrano – Manta en el periodo comprendido entre marzo a setiembre del 2007 Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí - Ecuador: Tesis de Pregrado; 2007.
- 39 Hübner M, Juárez M. Test de Apgar: después de medio siglo sigue vigente. Rev. Med. Chile. 2002; 130(8): p. 927.
- 40 Hernández Sampieri R., Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 5th ed. México: McGraw Hill-Interamericana editores S.A.; 2014.
- 41 Tamayo y Tamayo, Mario. El Proceso de Investigación Científica México; 2004.

ANEXOS

ANEXO 01

CARNÉ PERINATAL



MINISTERIO DE SALUD

No. HC

■ = significa ALERTA ■ = requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres: _____

Establ. Origen: _____ No Aplica

DNI (L.E.)N°

Dirección _____

Localidad _____

Departamento _____ Provincia: _____

Distrito _____ Telefono: _____

Establecimiento: _____

AUTOGENERADO:

Ocupación: _____ Edad: <15 >35

Estudios Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior N° Univ. Años aprobados _____

Estado Civil Casada Conviviente Soltera Otros Padre RN: _____

Antecedentes Obstétricos

Gestas Abortos Vaginales Partos Cesareas Nacidos vivos Nacidos muertos Viven Muerto - 1ra sem. Después - 1ra sem.

0 6 + 3
< 2500 g
Gemelar
< 37 Sem.

Fin Gestación Anterior

Terminación: Fecha ____/____/____

Parto Aborto Ectópico Molar Otro No Aplica

Si fue aborto: Tipo de aborto

Incompleto Completo Frusto Séptico Otros No Aplica

RN de mayor peso: g

Antecedentes Familiares

Ninguno Hipertensión Arterial Alergias Neoplasia Anomalías Congénit. TBC Pulmonar Epilepsia Otros Diabetes Entem. Congénitas Gemelares

Antecedentes Personales

Ninguno Diabetes Otras Drogas Aborto habitual Enfem. Congénitas Parto prolong Aborto recurrente Enfem. Infecciosas Pre/Eclampsia Alcoholismo Epilepsia Prematuridad Alergia a medicamentos Hemorra Postparto Reten. placenta Asma Bronquial Hipertensión Arterial Tabaco Bajo Peso al nacer Hoja de Coca TBC Pulmonar Cardiopatía Infertilidad VIH/SIDA Cirugía Pélv.-uterina Neoplasias Otros

Peso y Talla

Peso Habitual: Kg

Talla: cm

Antitética

N° Dosis Previa 1ra 2da

Dosis Sin Dosis N° Aplica

Mes de gestación

Tipo de Sangre

Grupo: A B AB O

Rh: Rh (+) Rh(-) Sen Desc Rh(-) Sen Sen Rh(-) Sen

Psicoprofilaxis

N° de Sesiones

F.U.M.

Fecha Última Menstruación: ____/____/____

Fecha Probable de Parto: ____/____/____

Serología Luética

1 Negativ Positivo No se hizo Fecha: ____/____/____

2 Negativ Positivo No se hizo Fecha: ____/____/____

Hemoglobina

Hb (g %)

1 No se hizo Fecha: ____/____/____

2 No se hizo Fecha: ____/____/____

Exámenes

Clinico: Sin Examen Normal Patológico

Glucosa: Sin Examen Normal Anormal

Mamas Sin Examen Normal Anormal

HIV: Sin Examen Negativo Positivo

PAP: Sin Examen Normal Anormal

Orina: Sin Examen Normal Anormal

BK en esputo: Sin Examen Negativo Positivo No Aplica

Colposc.: Sin Examen Normal Anormal No Aplica

TORCH: Sin Examen Normal Anormal No Aplica

Patologías Maternas (CIE 10)

1. _____ Sin patologías Fechas: ____/____/____

2. _____

3. _____

Otros (CIE 10):

1.

2.

Terminación

Fecha: ____/____/____

Espontánea Cesárea Forceps Vacumm

Atención

Nivel: Primario Domiciliado Secundario Otro Terciario

Parto o Legrado

Parto o Legrado Neonato Parto o Legrado Neonato Parto o Legrado Neonato

Médico Estudiante Enfermera Obstetiz Empírica/Partera Familia Interno Aux de enfermería Otros

Recien Nacido

Sexo: Fem Mas Peso: g <2500 g <1500 g

Talla: mm P.Cef.: mm Temp. °C

No HC RN: _____

NOMBRE RN: _____

Edad por Ex. Físico: sem <37 APGAR: 4 6 0-3

Peso por Edad Gestacional: Adecuado Pequeño Grande

Patologías Recien Nacido

1. _____ Sin patologías Fecha: ____/____/____

2. _____

3. _____

Otros (CIE 10):

1.

2.

ANEXO 02

NORMA TÉCNICA DE SALUD: ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA

ESQUEMA BÁSICO DE LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

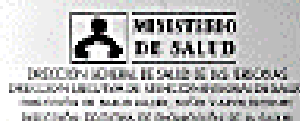
ACTIVIDAD	1ra. Atención < 14 sem	2da. Atención 14-21 sem	3ra. Atención 22-24 sem	4ta. Atención 25-32 sem	5ta. Atención 33-36 sem	6ta. Atención 37-40 sem
Confirmación del embarazo	+					
Orientación/consejería y evaluación nutricional	+					
Anamnesis	+					
Detección de signos de alarma	+	+	+	+	+	+
Medición de la talla	+					
Control del peso	+	+	+	+	+	+
Determinación de la presión arterial, pulso y temperatura	+	+	+	+	+	+
Examen Gineco-Obstétrico	+					
Evaluación clínica de la pelvis	+				+	
Estimación de edad gestacional	+	+	+	+	+	+
Diagnóstico del número de fetos (Ecografía y/o palpación)	+	+	+	+	+	+
Medir altura uterina		+	+	+	+	+
Auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler)		+	+	+	+	+
Evaluación clínica del volumen de líquido amniótico			+	+	+	+
Diagnóstico presentación, situación fetal				+	+	+
Determinar grupo sanguíneo y Rh	+					
Determinación de Hb o Hto	+				+	
Urocultivo o examen de orina completa	+				+	
Detección diabetes gestacional	+			+		
Pruebas de Tamizaje para VIH/SIFILIS (Prueba rápida / ELISA/RPR) previa consejería	+				+	
Proteína en orina (Con tira Reactiva o Ac. Sulfosalicílico)	+	+	+	+	+	+
Vacuna antitetánica		+	+			
Toma de PAP(*)	+					
Evaluación odontostomatológica		+	+			
Evaluación con Ecografía	+		+			
Administración ácido fólico	+					
Bienestar fetal. Test no estresante					+	+
Administración de hierro + ácido fólico		+	+	+	+	+
Administración de calcio			+	+	+	+
Información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación Familiar	+	+	+	+	+	+
Psicoprofilaxis/ Estimulación Prenatal		+	+	+	+	+

* Gestante en condiciones adecuadas para la toma de PAP.



ANEXO 03

FICHA DE PLAN DE PARTO



FICHA DE PLAN DE PARTO

Nombre de la gestante : Nombre del responsable de CPN/visita domiciliar :

Emoción e información :
 Dirección :

Nombre de pareja/compañero : Establecimiento de salud :

Mes de embarazo : Ed / m / a :

Tipo de sangre : Fecha de lavado de Plan de Parto :

Fecha probable de parto : Fecha de actualización de Plan de Parto :

1 ¿ Ha decidido dónde atenderá su parto ?

Hospital Centro de salud Frente de salud Domicilio Otro Especificar

2 ¿ En que posición preferirá dar a luz ?

Enfado ocillo otro especificar

3 Acuerde con la familia : medio de transporte, lugar de ubicación, el tiempo y el costo que significaría utilizar este transporte desde la vivienda hasta el establecimiento de salud.

Transporte	¿ A cuántos personas ?	¿ Cómo se arrienda ?	Hora en llegar a casa	Hora en llegar al establecimiento	Costo	Información adicional (*)
Cauto						
Acémila						
Camión						
Carro						
Motocicla						
Otro (Especificar)						

(*) Dependencia, conectividad por celular, otros.

4 Registre el nombre de las personas que regularicen en el traslado de la gestante/puérpera/recién nacido hacia el establecimiento de salud. Debe comprometerlos, registrando su dirección y el establecimiento de salud al cual acudirán.

Nombre completo del establecimiento(a)	Dirección o referencia	Tipo de servicio
1.-		
2.-		
3.-		
4.-		

NOMBRE DE LA GESTANTE: _____
 EDAD: _____ COMUNIDAD: _____ Dirección de Referencia: _____
 GRUPO SANGUÍNEO: _____ FECHA PROBABLE DE PARTO: _____
 ESTABLECIMIENTO: _____ RED: _____ MICRO RED: _____
 TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ TELÉFONO ALTERNATIVO: _____

FECHA		1ª ENTREVISTA (I TRIMESTRE)	2ª ENTREVISTA (II TRIMESTRE)	3ª ENTREVISTA (III TRIMESTRE)
1	EDAD GESTACIONAL			
2	¿DÓNDE SE ATENDERÁ SU PARTO?	HOSPITAL		
		C.S.		
		P.B.		
		DOMICILIO		
	OTRO			
3	¿QUIÉN ATENDERÁ SU PARTO?			
4	¿EN QUÉ POSICIÓN PREFERE DAR A LUZ?	ECHADA		
		CUCLILLAS		
		ASHUTURADA		
		OTRO		
5	¿CÓMO SE VA A TRANSPORTAR EN EL MOMENTO DEL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?	CARRO		
		ACÉMILA		
		CAMELLA		
		OTRO		
6	¿QUÉ TIEMPO TARDA EN LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?			
7	¿QUIÉN AVISARÁ AL PERSONAL DE SALUD EN EL MOMENTO DEL PARTO U EMERGENCIA?			
8	¿QUIÉN CUIDARÁ DE SUS HIJOS, SU CASA Y ANIMALES DURANTE SU AUSENCIA?			
9	¿ACEPTARÍA IR A LA CASA DE ESPERA U OTRA CERCA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?			
10	¿SABE CUÁNDO DEBE IR A LA CASA DE ESPERA?	SI (FECHA)		
		NO		
11	FIRMA DE LA GESTANTE			
12	FIRMA DE LA PAREJA ACOMPAÑANTE O FAMILIAR			
13	FIRMA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA VISITA			



¿QUÉ PERSONAS LA ACOMPAÑARÁN O AYUDARÁN EN SU TRASLADO AL ESTABLECIMIENTO PARA EL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?

NOMBRE	PARENTESCO	¿DOMINA LENGUA O FLUJE NEGRIBANCO? (SI) (NO)	DNI	FIRMA

¿QUÉ NECESITO PARA MI PARTO?

NOTA: Este plan deberá aplicarse en el 1er. Control pre natal y monitorearse mensualmente en las visitas domiciliarias, para tener el Plan de Parto final en el tercer trimestre.

ANEXO 04

TEST DE APGAR

SIGNOS	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	Ausente	< 100 lpm	>100 lpm
ESFUERZO	Ausente	Llanto débil Hipoventilación	Llanto fuerte, vigoroso
TONO MUSCULAR	Hipotonía	Discreto tono flexor de las extremidades	Tono en flexión, movimientos activos
IRRITABILIDAD REFLEJA	No respuesta	Mueca	Tos estornudo
COLOR	Cianosis, palidez	Acrocianosis, resto sonrosado	Totalmente sonrosado

VALORACIÓN:

Depresión Severa: 0 – 3

Depresión Moderada: 4 – 6

Excelente Condición: 7 – 10

ANEXO 05

CONSTANCIA DE INTERNADO REALIZADO EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN – MAYO 2017 – MAYO 2018”



PERÚ Ministerio de Salud

Hospital de Huaycán

*DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES
*AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL

CONSTANCIA

EL DIRECTOR DEL HOSPITAL DE HUAYCAN

HACE CONSTAR:

Que, la Srta. **ANTICONA RAU, THANIA LIZBETH**, alumna de la Escuela Profesional de **OBSTETRICIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, ha realizado su **INTERNADO I - Comunitario** y su **INTERNADO II - Hospitalario**, en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital de Huaycán, desde el 15 de mayo del 2017 al 15 de mayo del 2018.

Durante su permanencia la mencionada practicante ha demostrado eficiencia, puntualidad, honradez y buen desempeño en las funciones asignadas.

Se otorga la presente constancia a solicitud de la parte interesada, para los fines que estime conveniente, no teniendo validez para tomar acciones en contra del Estado.

Huaycán, 16 de mayo de 2018



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE HUAYCAN
JL
Dr. Jorge Luis Sanchez Veintimilla
O.M.P. 29588
DIRECTOR

HOSPITAL DE HUAYCAN
Av. J.C. Mariátegui S/N Zona "B" Huaycán – Ate
Telf. 3716049/3715979
E-mail:hhuaycan@hotmail.com

ANEXO 06

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma en el presente documento, de manera completamente voluntaria, doy por consentido mi participación de la investigación **“ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD DE LOS RECIEN NACIDOS, HOSPITAL DE HUAYCÁN – AGOSTO 2017 – JUNIO 2018”**

Doy mi consentimiento a la participación voluntaria y consiste en responder algunas preguntas y/o permitir que se realicen en mi persona procedimientos no invasivos, los mismos que no ponen en riesgo mi integridad Física ni emocional. Así mismo, se me informó de los objetivos de la investigación. Los datos que proporcione serán enteramente confidenciales; asimismo, puedo ordenar de la no participación de este estudio en el momento que mi persona así lo determine.

Las internas de Obstetricia ANTICONA RAU, Thania Lizbeth y ZELAYA MARCELO, Maybe Marisela, me explicaron sobre las particularidades como responsables de la investigación que vienen realizando.

Firma del padre y/o apoderado

Firma de la investigadora

Huaycán – Lima, agosto 2017

ANEXO 07

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	DIMENSIÓN	INDICADORES	Escala medición
ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA	Vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones con enfoque de género e interculturalidad.	Evaluación de la atención a la gestante y el feto a través de las condiciones de precoz, periódica, integral y completa captadas antes de las catorce semanas de gestación	A. ATENCIÓN PRECOZ	1. Captación 2. Intervención 3. Diagnóstico 4. Evolución	Ordinal
			B. ATENCIÓN PERIODICA	1. Psicoprofilaxis 2. Atención Pre Natal 3. Plan de Parto 4. Constantes fisiológicas	Ordinal
			C. ATENCIÓN INTEGRAL	1. Obstetricia 2. Odontología 3. Nutrición 4. Inmunizaciones 5. Ayuda al Diagnóstico 6. Medicina-Ginecología 7. Psicología	Nominal/ Ordinal
			D. ATENCIÓN HUMANIZADA	1. Captación 2. Número Atención/control 3. Seguimiento 4. Evaluaciones	Ordinal
ESTADO DE SALUD DE LOS RECIEN NACIDOS	Sistema clínico que permite la valoración del grado de depresión del Sistema cardio-respiratorio del neonato inmediatamente después del nacimiento, a través de cinco parámetros: irritabilidad, apariencia, actividad, esfuerzo respiratorio y frecuencia cardíaca, para obtener una valoración clínica sobre el estado general del recién nacido	Valoración clínica sobre el estado general del recién nacido realizado al minuto y cinco minutos después del nacimiento a través de los parámetros de valoración del Apgar: 7-10 (excelente condición); 4-6 (Moderadamente deprimido); 0-3 (severamente deprimido)	VALORACION APGAR AL MINUTO	1. Frecuencia cardíaca 2. Esfuerzo respiratorio 3. Actividad/ Tono muscular 4. Irritabilidad refleja 5. Apariencia /Color	Razón

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD DE LOS RECIEN NACIDOS, HOSPITAL DE HUAYCÁN – AGOSTO 2017 – JUNIO 2018”

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	MÉTODOS
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio 2018?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación que existe entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio 2018</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe relación significativa entre la atención prenatal reenfocada y el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán - agosto 2017 – junio 2018</p>	<p>INDEPENDIENTE</p> <p>V1: Atención Prenatal</p>	<p>A. ATENCIÓN PRECOZ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación 2. Intervención 3. Diagnóstico 4. Evolución <p>B. ATENCIÓN PERIODICA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoprofilaxis 2. Atención Pre Natal 3. Plan de Parto 4. Constantes fisiológicas <p>C. ATENCIÓN INTEGRAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obstetricia 2. Odontología 3. Nutrición 4. Inmunizaciones 5. Ayuda al Diagnóstico 6. Medicina-Ginecología 7. Psicología <p>D. ATENCIÓN HUMANIZADA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Captación 2. Atención y control 3. Seguimiento 4. Evaluación 	<p>TIPO de Estudio:</p> <p>Investigación Básica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativo <p>MÉTODO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descriptivo correlacional-prospectivo <p>Diseño:</p> <p>Tipo: no experimental de corte transversal</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph LR M[M] --> O1[O1] M --> O2[O2] O1 <--> r O2 </pre> </div> <p>Población</p> <p>La población para el presente estudio lo conforman las 1420 gestantes usuarias del Hospital Huaycán durante el período agosto 2017 a junio 2018.</p> <p>Muestra:</p> <p>Constituida por 72 gestantes usuarias del Hospital Huaycán durante el período setiembre - diciembre 2017 con partos programados</p>
<p>Problemas Específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Existe relación entre la atención 	<p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer la relación que 	<p>Hipótesis Específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe relación significativa entre 			


<p>prenatal reenforcada y el estado de salud de los recién nacidos, según periodicidad de la atención?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Existe relación entre la atención prenatal reenforcada y el estado de salud de los recién nacidos, según precocidad de la atención? • ¿Existe relación entre la atención prenatal reenforcada y el estado de salud de los recién nacidos, según integralidad de la atención? • ¿Existe relación entre la atención prenatal reenforcada y el estado de salud de los recién nacidos, según atención completa? 	<p>existe entre la atención prenatal reenforcada y el estado de salud de los recién nacidos, según periodicidad de la atención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer la relación que existe entre la atención prenatal reenforcada y el estado de salud de los recién nacidos, según precocidad de la atención • Establecer la relación que existe entre la atención prenatal reenforcada y el estado de salud de los recién nacidos, según integralidad de la atención • Establecer la relación que existe entre la atención prenatal reenforcada y el estado de salud de los recién nacidos, según atención completa. 	<p>la atención prenatal reenforcada y el estado de salud de los recién nacidos, según periodicidad de la atención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe relación significativa entre la atención prenatal reenforcada y el estado de salud de los recién nacidos, según precocidad de la atención • Existe relación significativa entre la atención prenatal reenforcada y el estado de salud de los recién nacidos, según integralidad de la atención • Existe relación significativa entre la atención prenatal reenforcada y el estado de salud de los recién nacidos, según atención completa 	<p>DEPENDIENTE</p> <p>V2:</p> <p>Estado de salud de los Recién nacidos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Frecuencia cardiaca 2. Esfuerzo respiratorio 3. Actividad/ Tono muscular 4. Irritabilidad refleja 5. Apariencia /Color <p>Apgar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7-10 (excelente condición) • 4-6 (Moderadamente deprimido) • 0-3 (severamente deprimido) 	<p>Técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta • Observación • Registro <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario • Ficha de Registro • Historia Clínica <p>Métodos De Análisis De Investigación:</p> <p>Estadística descriptiva y Estadística inferencial (X^2)</p>
---	--	--	--	--	---

PCX - Report ANTICONS Y ZELAYA OK FINAL.pdf - Adobe Reader

Archivo Edición Ver Ventana Ayuda

1 / 63 75%

Herramientas Firmar Comentario



Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 20%

Date: martes, abril 30, 2019
Statistics: 3386 words Plagiarized / 17209 Total words
Remarks: Medium Plagiarism Detected - Your Document needs Selective Improvement.

Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA "ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD DE LOS RECIEN NACIDOS, HOSPITAL DE HUAYCÁN – AGOSTO 2017 – JUNIO 2018" TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA TESISTAS: Bach. ANTICONA RAU, Thania Lizbeth Bach. ZELAYA MARCELO, Maybe Marisela ASESORA: Mg.**

HILARIO PORRAS, Nelly Adela PASCO – PERU 2019 UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA / "ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD DE LOS RECIEN NACIDOS, HOSPITAL DE HUAYCÁN – AGOSTO 2017 – JUNIO 2018" TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA TESISTAS: Bach. ANTICONA RAU, Thania Lizbeth Bach.**

ZELAYA MARCELO, Maybe Marisela SUSTENTADO Y APROBADO ANTE LOS

07:25 a.m. 30/04/2019