

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Principales factores de riesgo en recién nacidos a término que
recibieron RCP en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza,
Arequipa 2024**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Koc Romero, Mei Lin Yudith

ORCID: 0009-0008-2006-6900

Valdivia Velasquez, Lucero del Carmen

ORCID: 0009-0009-3899-1296

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor (a):

Dr. Taco Cornejo, Justo Enrique

ORCID: 0009-0007-6121-620X

Arequipa – Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 21 de Marzo del 2025

Dictamen: 013768-C-EPMH-2025

Visto el borrador del expediente 013768, presentado por:

2018824112 - VALDIVIA VELASQUEZ LUCERO DEL CARMEN

2018222872 - KOC ROMERO MEI LIN YUDITH

Titulado:

**PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO QUE RECIBIERON RCP
EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**29318266 - GUTIERREZ MORALES JAVIER HERBERT
DICTAMINADOR**



**40374914 - ALPACA CANO CESAR GUILLERMO
DICTAMINADOR**



**29703252 - CAM HURTADO DE MIRANDA YOICE ELIA
DICTAMINADOR**



Principales factores de riesgo en recién nacidos a término que recibieron RCP en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	www.inmp.gob.pe Fuente de Internet	3%
2	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad De Cuenca Trabajo del estudiante	1%
5	es.slideshare.net Fuente de Internet	1%
6	www.mayoclinic.org Fuente de Internet	1%
7	web.eneo.unam.mx Fuente de Internet	1%
8	www.reproduccionasistida.org Fuente de Internet	1%
9	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%
10	Submitted to Universidad Andrés Bello Trabajo del estudiante	1%

Dedicatoria

A nuestros padres por ser nuestros guías, fortaleza y la mayor inspiración. Su amor incondicional, sacrificio y enseñanzas han sido la base sobre la que hemos construido nuestros sueños, mostrándonos que el esfuerzo, la perseverancia y la humildad son la clave del éxito. A nuestras familias, por su confianza, palabras de aliento y por recordarnos siempre que todo es posible con dedicación. A nuestros maestros, cuyo conocimiento y paciencia sembraron en nosotras la pasión por aprender y crecer. Y a nuestros amigos, por su alegría, apoyo incondicional y por hacer que cada desafío sea más llevadero con su compañía. A todos ustedes, gracias por ser parte fundamental de este logro.



Agradecimientos

Expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la realización de esta tesis. A nuestros profesores y tutores, por su paciencia, guía y dedicación, por compartir su conocimiento y por motivarnos a superar cada desafío con esfuerzo y compromiso. A nuestras familias, por su amor inagotable, su confianza en nosotras y su constante motivación, brindándonos el apoyo necesario para alcanzar nuestras metas. Al Hospital Regional Honorio Delgado Espinosa y a la Universidad Católica de Santa María por brindarnos las facilidades para realización de nuestra tesis. A cada persona que, de alguna manera, contribuyó a nuestro crecimiento académico y personal, ofreciéndonos palabras de aliento y ayuda en los momentos difíciles, les agradecemos profundamente. Este logro no habría sido posible sin ustedes, y siempre llevaremos su apoyo y enseñanzas.



RESUMEN

Hay mucho por mejorar en Salud Pública, ya que las defunciones neonatales con buen peso al nacer fueron de 32%, mientras que el 77% de las defunciones ocurrieron en la primera semana. Siendo necesario reducir la mortalidad neonatal identificando factores relacionados a ello. El propósito fue determinar los principales factores de riesgo relacionados a los recién nacidos a término que recibieron RCP en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2024. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo de diseño no experimental descriptivo. La muestra se compuso 174 neonatos que recibieron RCP al nacer. La técnica usada fue el análisis documental. Los resultados demostraron que, el 51.2% de las gestantes presenta un periodo intergenésico entre 0 y 2 años entre sus embarazos, siendo que el 42.0% no presentó antecedentes ginecológicos ni obstétricos, el antecedente ginecológico de mayor frecuencia fue la vulvovaginitis (4.0%), el antecedente obstétrico de mayor frecuencia fue ser cesareada anteriormente (16.1%). Así mismo, se encontró que el 50% de los recién nacidos fueron atendidos por medio de la estimulación táctil seguido de la ventilación a presión positiva (35.6%), se encontró que, el 15.4% de los recién nacidos requirió una evaluación APGAR a los 10 minutos, siendo la mayor ocurrencia parto la infección del tracto urinario (24.7%) y el 16.7% de los antecedentes intraparto corresponden a expulsión prolongada, y la presencia de líquido verde fluido (14.4%), el diagnóstico del bebé con mayor ocurrencia fue el síndrome de dificultad respiratoria (43.7%) y la depresión neonatal (10,8%). Se concluyó que, los principales factores presentes en neonatos que recibieron RCP al nacer fueron, un periodo intergenésico de 0 a 2 años, antecedentes gineco obstétricos de vulvovaginitis y de cesárea anterior, la ruptura prematura de membranas, infección de tracto urinario, obesidad materna y gestante añosa, además, se presentó circular simple y expulsión prolongada.

Palabras clave: Recién nacido, RCP, periodo intergenésico.

ABSTRACT

There is much room for improvement in Public Health, since neonatal deaths with good birth weight were 32%, while 77% of deaths occurred in the first week. It is necessary to reduce neonatal mortality by identifying related factors. The purpose was to determine the main risk factors related to term newborns who received CPR at the Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital, Arequipa 2024. The study had a quantitative approach with a descriptive non-experimental design. The sample consisted of 174 neonates who received CPR at birth. The technique used was documentary analysis. The results showed that 51.2% of the pregnant women had an inter-gestational period between 0 and 2 years between their pregnancies, 42.0% had no gynecological or obstetric history, the most frequent gynecological history was vulvovaginitis (4.0%), and the most frequent obstetric history was a previous cesarean section (16.1%).

Likewise, it was found that 50% of the newborns were attended by means of tactile stimulation followed by positive pressure ventilation (35.6%), it was found that 15.4% of the newborns required an APGAR evaluation at 10 minutes, with the greatest occurrence of urinary tract infection (24.7%) and 16.7% of the intrapartum history corresponded to prolonged expulsion, and the presence of green fluid (14.4%). 7% and 16.7% of the intrapartum history corresponded to prolonged expulsion, and the presence of green fluid (14.4%), the infant diagnosis with the highest occurrence was respiratory distress syndrome (43.7%) and neonatal depression (10.8%). It was concluded that the main factors present in neonates who received CPR at birth were an inter-gestational period of 0 to 2 years, a gynecological-obstetric history of vulvovaginitis and previous cesarean section, premature rupture of membranes, urinary tract infection, maternal obesity and elderly pregnant women, as well as simple circular and prolonged expulsion.

Key words: Newborn, CPR, intergestational period.

ÍNDICE

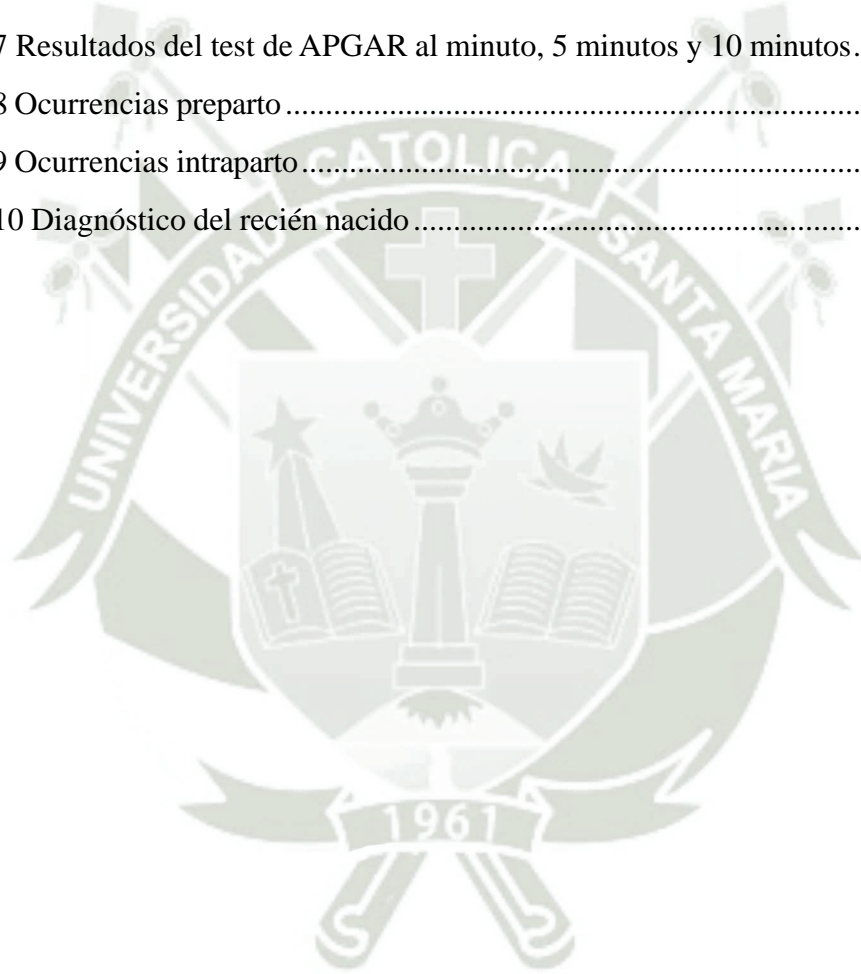
DEDICATORIA	
AGRADECIMENTOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Determinación del problema.....	3
1.2. Enunciado del problema	3
1.3. Descripción del problema	3
1.4. Operacionalización de variables e indicadores	4
1.5. Justificación	4
2. OBJETIVOS.....	5
2.1. Objetivo general	5
2.2. Objetivos específicos	5
3. MARCO TEÓRICO	5
3.1. Conceptos básicos.....	5
3.2. Revisión de antecedentes investigativos	11
4. HIPÓTESIS	12
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	13
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	14
1.1. Técnicas	14
1.2. Instrumentos	14
1.3. Materiales de verificación.....	14
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	14
2.1. Ámbito.....	14
2.2. Unidades de estudio.....	14
2.3. Temporalidad	14
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	15
3.1. Organización.....	15
3.2. Recursos.....	15

CAPÍTULO III RESULTADOS.....	16
1. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	17
2. DISCUSIÓN.....	29
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
ANEXOS	37



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Datos sociodemográficos de la madre.....	17
Tabla 2 Datos gestacionales.	18
Tabla 3 Datos relacionados al método DCC.....	19
Tabla 4 Periodo intergenésico.	20
Tabla 5 Antecedentes ginecológicos y obstétricos.	21
Tabla 6 Datos del bebé al nacer	22
Tabla 7 Resultados del test de APGAR al minuto, 5 minutos y 10 minutos.....	23
Tabla 8 Ocurrencias parto	24
Tabla 9 Ocurrencias intraparto.....	26
Tabla 10 Diagnóstico del recién nacido.....	27



INTRODUCCIÓN

La salud del bebé y de la madre es la prioridad en los servicios de neonatología y obstetricia. A lo largo de nuestros estudios universitarios y de nuestras prácticas en distintos establecimientos, esta ha sido un área que nos ha causado particular interés debido a los casos que hemos visto y atendido y que han tenido una especial significancia para nosotras. Luego, como resultado de nuestra experiencia, deseo de contribuir a la preservación de la vida de los neonatos y reducir su índice de mortalidad, surgió la idea de investigar los principales factores de riesgo que conllevan a la necesidad de utilizar Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) en los recién nacidos, así como conocer las características perinatales presentes en estos casos y si la incidencia es mayor en partos vaginales o en cesáreas.

En el Perú, hay mucho por mejorar en Salud Pública, siendo una de las áreas que requiere mejora, la de neonatología. Según las estadísticas, en el año 2022, la proporción de defunciones neonatales con buen peso al nacer fue de 32%, mientras que el 77% de las defunciones neonatales ocurrieron en la primera semana de vida. Además, la proporción de mortalidad neonatal evitable fue 21% a nivel nacional para un total de 509 defunciones, los departamentos de Cajamarca, Madre de Dios, Lima Provincia y Ancash reportaron proporciones entre 30% y 39%. Asimismo, se observó también una tendencia de mayor mortalidad en neonatos de sexo masculino, con 57% (1). Finalmente, la mortalidad neonatal por asfixia para el año 2023 fue la cuarta causa de muerte neonatal en el país (2), lo que indica que es necesario seguir tomando medidas para contrarrestar estas estadísticas, a favor de la salud y el bienestar de los recién nacidos y de sus familias y de la Salud Pública del Perú.

Por lo anterior, es necesario reducir la mortalidad neonatal, y para ello, el primer paso es identificar los factores de riesgo relacionados a la necesidad de usar la Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) neonatal, lo cual permitirá llevar a cabo las medidas correctivas necesarias e implementar políticas de mejora para combatir la mortalidad neonatal.

Para lograr disminuir la mortalidad infantil es indispensable crear estrategias para prevenir la asfixia en el periodo perinatal, mediante la identificación y tratamiento oportuno de las condiciones que afectan el bienestar fetal (3). Para combatir esta realidad, la presente investigación busca determinar cuáles son los principales factores de riesgo, en recién nacidos, que conllevan a la necesidad de realizar el proceso de Reanimación Cardio Pulmonar neonatal.

Tanto en Arequipa como en estudios nacionales e internacionales, se identifican factores de riesgo comunes asociados a la necesidad de RCP en recién nacidos a término. La falta de control prenatal adecuado, complicaciones obstétricas y condiciones maternas preexistentes son determinantes clave en ambos contextos. Sin embargo, es importante considerar las particularidades locales, como el acceso a servicios de salud y las prácticas obstétricas regionales, que pueden influir en la prevalencia y manejo de estos factores de riesgo. A nivel internacional, la literatura destaca factores adicionales como la asfixia perinatal, identificada como una de las principales causas de mortalidad neonatal, especialmente en contextos con acceso limitado a servicios especializados; la diabetes gestacional y preexistente, que incrementa el riesgo de hipoglucemia neonatal y dificultad respiratoria; las complicaciones durante el parto, como presentación anormal del feto, trabajo de parto prolongado o el uso de intervenciones como fórceps y ventosas; enfermedades infecciosas como el VIH, malaria y sífilis no tratadas, frecuentes en países de ingresos bajos y medios; y la prematuridad o bajo peso al nacer, que también afecta a recién nacidos a término con restricción del crecimiento intrauterino



1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

En el Perú, hay mucho por mejorar en Salud Pública, siendo una de las áreas que requiere mejora, la de neonatología. Según las estadísticas, en el año 2022, la proporción de defunciones neonatales con buen peso al nacer fue de 32%, mientras que el 77% de las defunciones neonatales ocurrieron en la primera semana de vida. Además, la proporción de mortalidad neonatal evitable fue 21% a nivel nacional para un total de 509 defunciones, los departamentos de Cajamarca, Madre de Dios, Lima Provincia y Ancash reportaron proporciones entre 30% y 39%. Asimismo, se observó también una tendencia de mayor mortalidad en neonatos de sexo masculino, con 57% (1). Finalmente, la mortalidad neonatal por asfixia para el año 2023 fue la cuarta causa de muerte neonatal en el país (2), lo que indica que es necesario seguir tomando medidas para contrarrestar estas estadísticas, a favor de la salud y el bienestar de los recién nacidos y de sus familias y de la Salud Pública del Perú.

Por lo anterior, es necesario reducir la mortalidad neonatal, y para ello, el primer paso es identificar los factores de riesgo relacionados a la necesidad de usar la Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) neonatal, lo cual permitirá llevar a cabo las medidas correctivas necesarias e implementar políticas de mejora para combatir la mortalidad neonatal.

Para lograr disminuir la mortalidad infantil es indispensable crear estrategias para prevenir la asfixia en el periodo perinatal, mediante la identificación y tratamiento oportuno de las condiciones que afectan el bienestar fetal (3). Para combatir esta realidad, la presente investigación busca determinar cuáles son los principales factores de riesgo, en recién nacidos, que conllevan a la necesidad de realizar el proceso de Reanimación Cardio Pulmonar neonatal.

Tanto en Arequipa como en estudios nacionales e internacionales, se identifican factores de riesgo comunes asociados a la necesidad de RCP en recién nacidos a término. La falta de control prenatal adecuado, complicaciones obstétricas y condiciones maternas preexistentes son determinantes clave en ambos contextos. Sin embargo, es importante considerar las particularidades locales, como el acceso a servicios de salud y las prácticas obstétricas regionales, que pueden influir en la prevalencia y manejo de estos factores de riesgo. A nivel internacional, la literatura destaca factores adicionales como la asfixia perinatal, identificada como una de las principales causas de mortalidad neonatal, especialmente en contextos con acceso limitado a servicios especializados; la diabetes gestacional y preexistente, que incrementa el riesgo de hipoglucemia neonatal y dificultad respiratoria; las complicaciones durante el parto, como presentación anormal del feto, trabajo de parto prolongado o el uso de intervenciones como fórceps y ventosas; enfermedades infecciosas como el VIH, malaria y sífilis no tratadas, frecuentes en países de ingresos bajos y medios; y la prematuridad o bajo peso al nacer, que también afecta a recién nacidos a término con restricción del crecimiento intrauterino (4,5).

1.2. Enunciado del problema

¿Qué factores de riesgo se presentan en los recién nacidos a término en quienes se aplicó RCP neonatal en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2024?

1.3. Descripción del problema

1.3.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Neonatología
- Línea: Salud Materno-Infantil

1.4. Operacionalización de variables e indicadores

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Factores de riesgo relacionados a los recién nacidos a término	Ficha de recolección de datos	Factores de riesgo prenatales: 1. Hipertensión materna 2. Preeclampsia 3. Eclampsia 4. Polihidramnios 5. Oligohidramnios 6. Gestación múltiple 7. Hidropesía fetal 8. Anemia fetal 9. Macrosomía fetal 10. Restricción del crecimiento intrauterino 11. Diabetes materna 12. Infección materna 13. Actividad fetal disminuida
		Factores de riesgo intraparto: 1. Parto con fórceps 2. Parto con ventosa 3. Parto de nalgas 4. Terapia materna con magnesio 5. Desprendimiento prematuro de la placenta 6. Hemorragia intraparto 7. Corioamnionitis 8. Distocia de hombros 9. Síndrome de aspiración de meconio 10. Prolapso del cordón umbilical
Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) neonatal	Ficha de recolección de datos	¿Hubo necesidad de llevar a cabo la Reanimación Cardio Pulmonar en el bebé? Sí/No Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿Cuál fue el resultado de la reanimación? Positivo/Negativo

1.5. Justificación

La investigación aportará conocimiento valioso y actualizado sobre los factores de riesgo relacionados a reanimación neonatal. Asimismo, contribuye al incremento de conocimiento científico sobre el tema, y permite, posteriormente, llevar a cabo acciones que favorezcan y protejan la salud de los neonatos y de sus familias.

Los resultados de la investigación beneficiarán, en primer lugar, al gran número de pacientes de neonatología en Arequipa, especialmente en el Sector Público, lo que permitirá disminuir la incidencia de complicaciones neonatales en los partos, favoreciendo el bienestar de los neonatos y de sus familias, las cuales se caracterizan por disponer de bajos recursos económicos. Además, también beneficia a los establecimientos salud y profesionales que laboran en ellos, permitiéndoles brindar una mejor atención a los pacientes.

El éxito de la investigación permitirá implementar nuevas políticas con respecto al área de neonatología y tomar las medidas preventivas y correctivas necesarias, así como mejorar en la identificación y tratamiento oportuno y efectivo de los neonatos, lo cual contribuirá a combatir la mortalidad neonatal en nuestra sociedad.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo de mayor frecuencia presentes en los recién nacidos a término que recibieron RCP en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2024.

2.2. Objetivos específicos

- Determinar los antecedentes gineco obstétricos de las madres de los recién nacidos a término que recibieron RCP en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2024.
- Describir los datos del bebé al nacer y los resultados del test de APGAR de los recién nacidos a término que recibieron RCP en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2024.
- Describir las ocurrencias pre e intraparto de los recién nacidos a término que recibieron RCP en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2024.
- Detallar los principales diagnósticos de los recién nacidos a término que recibieron RCP en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2024.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos básicos

Factores de riesgo asociados a la aplicación de Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) neonatal.

Un factor de riesgo es cualquier rasgo o situación identificable de un individuo o conjunto de individuos que se ha vinculado con un incremento en la posibilidad de sufrir, desarrollar o estar particularmente expuesto a un proceso crítico. Estos factores de riesgo, que pueden ser biológicos, ambientales, conductuales, socioculturales, económicos, pueden, al combinarse entre sí, potenciar el impacto individual de cada uno, generando un fenómeno de interacción (6).

Los factores de riesgo en la infancia se categorizan en factores de riesgo prenatales y factores de riesgo durante la gestación. Dentro de los factores de riesgo prenatales se incluyen: edad gestacional inferior a 36 semanas, edad gestacional superior o igual a 41 semanas (estos no serán considerados en esta investigación), preeclampsia o eclampsia, hipertensión materna, gestación múltiple, anemia fetal, polihidramnios, oligohidramnios, hidropesía fetal, macrosomía fetal, restricción del crecimiento intrauterino y cuidado prenatal inexistente (7); diabetes materna, entre otras enfermedades (5).

Entre los factores de riesgo intraparto figuran: parto por cesárea de emergencia, parto con fórceps o ventosa, parto de nalgas u otra anomalía, anestesia materna general, terapia materna con sulfato de magnesio, desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia

intraparto, corioamnionitis, distocia de hombros, líquido amniótico teñido de meconio (Síndrome de aspiración de meconio), prolapso del cordón umbilical (7).

Factores de riesgo prenatales. A continuación, se definen los factores de riesgo prenatales que serán incluidos en la presente investigación, para un mayor entendimiento que cualquier persona interesada en el tema, y no solamente de quienes tienen conocimientos de Medicina Humana.

Hipertensión materna: se refiere a la elevada tensión arterial de la madre durante la gestación. La presión arterial se refiere a la fuerza que la sangre aplica contra las paredes arteriales. Durante la gestación, la hipertensión puede provocar dificultades tanto a la madre como al recién nacido (8).

Preeclampsia: es presión arterial por encima de 140/90mmHg. Los signos de daño hepático o renal que se presentan en mujeres después de la semana 20 del embarazo. Si bien es poco frecuente, la preeclampsia también puede presentarse en una mujer después del parto, con mayor frecuencia dentro de las 48 horas. Esto se denomina preeclampsia posparto. (9). La preeclampsia afecta a las arterias que suministran sangre a la placenta. Si la placenta no recibe la cantidad suficiente de sangre, el bebé puede recibir un nivel inadecuado de sangre y oxígeno, y menos nutrientes (10).

Eclampsia: es una afección que se presenta en mujeres embarazadas con preeclampsia. La eclampsia es una afección poco frecuente pero grave que se presenta en la segunda mitad del embarazo. La eclampsia ocurre cuando una persona con preeclampsia presenta convulsiones durante el embarazo. Estas convulsiones son causadas por una actividad cerebral anormal (11). Entre las complicaciones de la eclampsia se encuentran: desprendimiento prematuro de la placenta, problemas de coagulación de sangre, accidente cerebrovascular, parto prematuro que lleva a complicaciones en el bebé, muerte del bebé y muerte materna (12).

Polihidramnios: se refiere a la acumulación excesiva de líquido amniótico, que es la composición que envuelve al bebé en el útero durante la gestación. La presencia de polihidramnios se presenta en aproximadamente el 1 o 2 por ciento de las gestaciones. Los casos de polihidramnios suelen ser leves y se originan debido a una acumulación progresiva de fluido amniótico durante la segunda parte de la gestación. El polihidramnios severo puede provocar problemas respiratorios, un parto prematuro y otros signos y síntomas relacionados (13).

Oligohidramnios: es una enfermedad médica que se distingue por una reducción anómala en la cantidad de líquido amniótico que envuelve al embrión. Este fluido es esencial para el correcto crecimiento del feto, dado que ofrece protección y amortiguación, y contribuye al desarrollo de los distintos sistemas de la anatomía fetal. La identificación precoz y el tratamiento adecuado son cruciales para evitar posibles problemas materno-fetales durante la gestación o el nacimiento del bebé (14).

Gestación múltiple: se refiere a la gestación simultánea de dos o más embriones uterinos. Cuando se produce un embarazo gemelar, se le denomina monocigoto o bicigoto, dependiendo de si se origina en uno o dos óvulos (15).

Hidropesía fetal: se distingue por la acumulación de líquido en dos o más cavidades, manifestando diversos síntomas hemodinámicos tales como hinchazón, ascitis y derrame pleural o pericárdico. Igualmente, se percibe como una enfermedad de pronóstico incierto, asociada a una baja edad gestacional al nacer, un bajo puntaje de Apgar, una severa acidosis y la presencia de derrame pericárdico. Puede provocar la muerte del feto y del neonato, en un rango de 50 a 80% de los pacientes diagnosticados, en un estimado de entre el 50 y el 80% de los casos diagnosticados (16).

Anemia fetal: es una enfermedad que se caracteriza por una disminución progresiva de los glóbulos rojos en la sangre fetal disminuyendo así el nivel de hemoglobina y

hematocrito. La disminución grave de eritrocitos puede ocasionar un fallo cardíaco en vida fetal y, en consecuencia, la muerte antes del nacimiento. Además, la Anemia grave tiene un riesgo alto de daño neurológico y secuelas a largo plazo (17).

Macrosomía fetal: se trata de un padecimiento en el que un recién nacido es más grande que el promedio, llegando a pesar entre 3,800 y 4,500 gramos; lo que puede ocasionar complicaciones en el parto y afecciones graves de salud para el bebé después del nacimiento, como baja de azúcar, dificultades respiratorias, ictericia y problemas congénitos (18).

Restricción del crecimiento uterino: este concepto se refiere a un recién nacido que no está evolucionando al ritmo habitual dentro del útero. Estos recién nacidos tienen una mayor probabilidad de padecer ciertos problemas de salud, tanto durante la gestación como posterior al nacimiento, que comprenden: bajo peso al nacer, bajo nivel de glucosa en la sangre al nacer, baja resistencia a las infecciones, alto número de glóbulos rojos, dificultades para mantener la temperatura corporal y un riesgo elevado de nacer muertos (19).

Diabetes materna: es la diabetes que se detecta inicialmente durante la gestación (gestación). Similar a otros tipos de diabetes, la diabetes gestacional influye en cómo las células emplean el azúcar (glucosa). Dentro de las complicaciones que pueden impactar al recién nacido, se incluyen exceso de peso al nacer, nacimiento prematuro, problemas respiratorios severos, hipoglucemia, obesidad, fallecimiento fetal intrauterino y, con el paso del tiempo, diabetes tipo 2 (20).

Infección materna: las infecciones maternas frecuentes (p. ej., infecciones urinarias o respiratorias) no suelen ser complicadas. Sin embargo, algunas infecciones aumentan el riesgo de morbilidad o mortalidad materna o fetal. Las anomalías congénitas u otros trastornos agudos o crónicos (p. ej., pérdida de la audición o la visión o problemas del neurodesarrollo) en un niño pueden ser causadas por ciertas infecciones, como, por ejemplo: sífilis congénita, rubeola congénita, toxoplasmosis congénita, hepatitis B neonatal, infección neonatal por el virus de herpes simple, o infección congénita por citomegalovirus (21).

Actividad fetal disminuida: La actividad del feto puede reducirse frente a circunstancias molestas para el interior del útero materno. El movimiento fetal nos indica que el desarrollo neurológico y muscular es adecuado. En cambio, si el feto reduce su actividad, se incrementa la probabilidad de complicaciones perinatales. Si la placenta no cumple su función adecuadamente y no garantiza el suministro de alimentos u oxígeno al feto, podría surgir una reducción en la actividad fetal. No obstante, también hay situaciones maternas que pueden causar una percepción reducida de los movimientos (22).

Factores de riesgo intraparto

Parto por cesárea: Se lleva a cabo una intervención quirúrgica, que implica efectuar una incisión en el abdomen y el útero para simplificar la expulsión del feto. La cesárea puede establecerse para un día específico (estipulado) antes del comienzo del proceso de parto, debido a razones de salud de la madre o del feto. Igualmente, puede ser señalado en el trabajo de parto por razones fetales, maternas o mixtas (desproporción pelvi-fetal, posición del parto, cambio en la dilatación cervical, etc.). Si se presume un riesgo materno o fetal que necesite la terminación rápida de la gestación, ya sea previa o durante el parto, se denomina cesárea urgente. La cesárea emergente se presenta cuando existe un peligro vital para la madre y/o el feto (23).

Parto por fórceps o ventosa: en los partos vaginales difíciles, cuando la madre no puede empujar más y el bebé no sale, se utilizan unas pinzas. Estas pinzas, llamadas fórceps, se colocan en la cabeza del niño y ayudan a sacarlo. No obstante, su uso no es habitual. Por otra parte, la ventosa obstétrica es un instrumento que al igual que el fórceps, ayuda a

extraer el feto por el canal vaginal. La ventosa obstétrica se emplea en situaciones problemática, para evitar la cesárea. Además, hay que tener en cuenta que el bebé debe haber avanzado lo suficiente antes de proceder a usar la ventosa (24).

Parto de nalgas: es un escenario donde el recién nacido está en una posición invertida dentro del útero durante el parto, es decir, con las nalgas o los pies dirigidos hacia el canal de parto en vez de la cabeza. Los peligros vinculados a este tipo de parto incluyen: distocia de cabeza última, o sea, la cabeza del bebé puede quedarse atrapada tras la salida del resto del cuerpo, lo que podría provocar una compresión del cordón umbilical, lo que podría disminuir el aporte de oxígeno al bebé y provocar problemas; sufrimiento fetal (el cordón umbilical puede ser comprimido durante el parto, lo que disminuye la provisión de oxígeno (25,26).

Anestesia materna general: es un procedimiento que se utiliza para realizar una cesárea de urgencia en el parto. La finalidad de su uso es garantizar la seguridad tanto de la madre como del feto. Sin embargo, existe el riesgo de que la anestesia pueda causar daño conductual o teratogénesis en el feto (27).

Terapia materna con magnesio: El sulfato de magnesio es efectivo en el tratamiento y prevención de la eclampsia, aunque puede causar efectos adversos en la mujer o el bebé, tales como dificultades respiratorias, disminución de la cantidad de orina (lo que podría perjudicar los riñones) en dosis altas y podría requerir la administración de personal con experiencia (28).

Desprendimiento prematuro de la placenta: La placenta es una estructura que se forma en el útero durante la gestación. El desprendimiento de placenta ocurre cuando la placenta se desprende de las paredes internas del útero antes del nacimiento del bebé, lo que puede privarlo de oxígeno y nutrientes, y causar una hemorragia intensa en la madre. Frecuentemente, el desprendimiento de la placenta surge de forma inmediata, si no se atiende, amenaza tanto a la madre como al bebé. En ciertas situaciones, puede ser necesario un nacimiento prematuro (29).

Hemorragia intraparto: hace referencia a cualquier volumen (mL) de pérdida de sangre vinculada a la cirugía. Si la hemorragia supera los 1,000 mL, pese al tratamiento inicial con medicamentos uterotónicos, se le llama hemorragia obstétrica (30).

Corioamnionitis: es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen. Es una infección que puede ocurrir antes del parto, durante el mismo o después del mismo. Puede ser aguda, subaguda o crónica. La corioamnionitis se asocia con enfermedad pulmonar crónica en el bebé. La corioamnionitis crónica se asocia con muy bajo peso al nacer y desarrollo cerebral deficiente en el bebé prematuro. (31).

Distocia de hombros: consiste en la dificultad en el desprendimiento espontáneo de los hombros tras la salida de la cabeza fetal. Además, se precisa de maniobras obstétricas para conseguir la expulsión completa del feto, las cuales van desde las más simples hasta las más complejas y se han de realizar de manera secuencial. Una rápida actuación es crucial para su adecuada resolución (32).

Síndrome de aspiración de meconio: El meconio es una sustancia suave, de tonalidad verde intensamente oscura, casi negra, que empieza a desarrollarse en el intestino fetal, representando las primeras expulsiones del neonato. Sin embargo, a veces, durante la gestación, el meconio puede ser liberado, combinándose con el líquido amniótico que envuelve al bebé. En esta situación, puede presentarse el síndrome de aspiración de meconio (SAM) cuando el neonato aspira esta combinación de meconio y líquido amniótico y se dirige a las vías respiratorias (33).

Prolapso del cordón umbilical: El prolapso del cordón umbilical se produce cuando el cordón umbilical del feto se desliza a través del cuello uterino y entra en la vagina después de que la madre rompe la bolsa y antes de que el bebé descienda por el canal de parto.

Durante el parto, el cordón umbilical prolapsado puede ser comprimido por el cuerpo del bebé, y dado que el cordón umbilical transporta sangre de la placenta al bebé, el prolapso del cordón puede comprometer el suministro de oxígeno del bebé. En caso de ocurrir esta eventualidad, es esencial un tratamiento rápido por parte de un profesional médico. Cuanto más se demore, mayor será el riesgo de complicaciones, como desprendimiento de placenta, sangrado excesivo, lesiones fetales y muerte fetal (34).

Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) neonatal. Es un procedimiento de rescate que se realiza cuando los latidos o respiraciones de un infante han cesado. Esto puede ocurrir tras ahogarse, experimentar sensación de ahogo, sufrir asfixia u otras lesiones (35). Igualmente, el propósito de la Reanimación Neonatal no solo es prevenir la muerte del neonato, sino también prevenir las secuelas neurológicas causadas por la asfixia durante el nacimiento. La Reanimación Neonatal elemental previene hasta un 30% de las muertes neonatales (36).

El RCP neonatal no es tan común en neonatos, sin embargo, cuando se realiza, es crucial que los profesionales de la salud posean el conocimiento y actitud apropiados para llevar a cabo este procedimiento, que debe realizarse de forma oportuna y eficiente para evitar complicaciones futuras (37). Según la Organización Mundial de la Salud (38), el 90% de los neonatos pasan de la vida intrauterina a la extrauterina sin problemas, y necesitan escasa o ninguna asistencia para empezar a respirar de forma natural y constante. No obstante, cerca del 10% de los neonatos requieren algún tipo de ayuda para empezar a respirar al nacer y solo cerca del 1% podría requerir medidas de reanimación intensivas para sobrevivir. Se detallan a continuación los procedimientos de la Reanimación Cardio Pulmonar en neonatos.

Según la Guía de procedimiento de Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) neonatal del MINSA (4), el procedimiento se divide en pasos generales antes del nacimiento y después del mismo. Los pasos habituales previos al nacimiento comprenden: detectar los factores de riesgo prenatal; ampliar la anamnesis con la madre o familiar directo (si es necesario); completar los datos con el profesional Gineco Obstetra acerca de la edad de gestación prevista, si el líquido amniótico es claro, o si existe algún factor de riesgo adicional; coordinar, identificar al líder y asignarles los roles y funciones a los miembros del equipo de RCP; evitar la pérdida de calor, garantizando un entorno térmico neutro; contar con campos o toallas previamente calentadas adecuadas para la acogida y secado del neonato; y supervisar la temperatura corporal del neonato y mantenerla entre 36.5 °C y 37.5 °C, instalando un sensor de temperatura.

Pasos iniciales: Se inicia situando al bebé bajo una fuente de calor, ya sea una cuna radiante o una servocuna, y manteniendo una temperatura ambiente de 24° a 26°. Posteriormente, se seca al neonato con campos previamente calentados y se sustituye por otro campo seco. A continuación, se estimula con delicada fricción la espalda en la columna dorso lumbar y las extremidades, o con ligeras palmaditas en las plantas de los pies durante unos segundos si el infante no comienza a respirar. Después, se sitúa correctamente al bebé, manteniendo la cabeza y el cuello ligeramente extendidos para asegurar una correcta permeabilidad de la vía respiratoria. Luego, se aspira con delicadeza las secreciones, inicialmente de la boca y posteriormente de las fosas nasales, prestando especial atención a lateralizar la cabeza para aspirar las secreciones que, debido a su gravedad, se acumulan en los carrillos. Al finalizar los primeros pasos, preferentemente antes de los 30 segundos, se mide la frecuencia cardíaca y la existencia de esfuerzo respiratorio, registrando la FC por auscultación en 6 segundos y multiplicándola por 10 (4).

Ventilación a presión positiva (VPP): se realiza si el recién nacido presenta frecuencia cardíaca menor de 100 latidos por minuto, se encuentra en apnea o el esfuerzo respiratorio

es insuficiente luego de haber realizado los pasos iniciales. La VPP se realiza usando un equipo de resucitación manual con pieza en "T" o bolsa autoinflable con manómetro y válvula de PEEP; usando mascarilla facial correspondiente a la edad gestacional.

La frase "el minuto de oro" subraya la importancia de finalizar los pasos preliminares, reevaluar y iniciar la ventilación (si se requiera) en este primer instante de vida. Se programa el oxígeno con FiO_2 en 0.21 - 0.30, dependiendo del caso, y se modificará conforme se requiera para cumplir con los objetivos de saturación de oxígeno. En el recién nacido a término, la VPP comienza con FiO_2 de 0.21, en cambio, en el recién nacido prematuro, que tiene menos de 30 semanas de gestación, la VPP comienza con FiO_2 de 0.21 - 0.30. (Hay evidencia en publicaciones que indican un aumento en los riesgos cuando se inicia con FiO_2 de 0,21). Siempre que se emplee oxígeno adicional, este debe ser reducido progresivamente tan pronto como se restablezca la FC o se logren los objetivos de SO_2 acorde a la edad posnatal. Es necesario proporcionar la VPP con una frecuencia de 40 - 60 ventilaciones por minuto, y una presión que permita elevar el tórax de manera suave, previniendo los peligros de barotrauma y/o volutrauma. Se realiza una evaluación a los 15 segundos de comenzar la VPP, si no se consiguen movimientos torácicos, se implementan las acciones correctivas conocidas como MR.SOPA, teniendo en cuenta 2 a 3 ventilaciones por cada etapa de corrección hasta conseguir que el tórax se expanda y prevenir la extensión del tiempo de hipoxia. En la revisión más reciente, se toma la decisión de intubar al bebé si no ha logrado una ventilación eficaz. Después, se mide la frecuencia cardíaca tras 30 segundos de VPP efectiva que consigue movilizar el tórax, registrando el esfuerzo respiratorio y el SO_2 . Amplie la FiO_2 si no alcanza las metas de SO_2 . Si la frecuencia cardíaca mejora y supera los 100 latidos por minuto, el infante presenta un buen esfuerzo respiratorio, se interrumpe gradualmente la VPP y se monitorea que la SO_2 esté dentro de los límites de saturación. Si el esfuerzo respiratorio es apropiado pero la SO_2 no alcanza los niveles objetivo, se puede suministrar O_2 mediante una cánula binasal (CBN), una máscara facial y un CPAP con un dispositivo de reanimación manual con pieza en T según se requiera (4).

Intubación endotraqueal: Antes de llevar a cabo las compresiones torácicas, si no se consigue una ventilación efectiva que aumente el tórax, a pesar de haber implementado acciones correctivas de la VPP, la FC no mejora, sigue reduciéndose o se encuentra por debajo de 60 pulsaciones por minuto. El tamaño correcto del tubo endotraqueal (TET) para cada neonato puede calcularse considerando la edad del embarazo. A continuación, se establece la profundidad del TET (calculada desde la punta del tubo hasta los labios), se determina midiendo la longitud desde la base del tabique nasal hasta el trago, añadiendo 1 cm. Después, se verifica la localización del TET en la vía respiratoria a través de un capnógrafo colorimétrico, se eleva el tórax, se realiza una auscultación a nivel axilar para verificar el flujo de aire y se certifica la mejoría en la FC. Si existen interrogantes, es conveniente efectuar una laringoscopia directa y observar el lugar de inserción del TET. Al final, se restringe la duración de los intentos de intubación a 30 segundos. Si aún así, la frecuencia cardíaca es inferior a 60 lpm, inicie un masaje cardíaco. Considere la opción de neumotórax (4).

Masaje cardíaco / Compresiones torácicas: Se señalan si la frecuencia cardíaca del infante continúa siendo inferior a 60 pulsaciones por minuto tras un mínimo de 30 segundos de VPP. Los neonatos que no reaccionan a la ventilación, suelen presentar niveles de oxígeno extremadamente bajos en la sangre, una considerable acidosis y un flujo sanguíneo deficiente en las arterias coronarias. Por lo tanto, la función del corazón se deteriora severamente, y resulta esencial optimizar el flujo sanguíneo de la arteria coronaria para recuperar la función del corazón. Para administrar las compresiones torácicas, se colocan los pulgares sobre el esternón, en el centro, justo por debajo de la línea imaginaria que

conecta los pezones del bebé. Se rodea el torso con ambas manos, usando los dedos para dar soporte a la espalda. La frecuencia es de 90 compresiones por minuto. La depresión rítmica del esternón comprime el corazón contra la columna vertebral, empuja la sangre y aumenta la presión arterial en la aorta. Cuando se libera la presión del esternón, el corazón se vuelve a llenar de sangre y esta fluye en las arterias coronarias. Al comprimir el tórax y ventilar los pulmones, ayuda a restaurar el flujo de sangre oxigenada al músculo cardíaco y a los pulmones (7).

Medicamentos: se refiere a la administración de fármacos como la adrenalina, se aplica cuando el ritmo cardíaco del neonato no excede las 60 pulsaciones por minuto, y tras ejecutar los procedimientos previos de reanimación cardiopulmonar (39). La adrenalina causa contracciones en las arterias a través de receptores alfa-adrenérgicos. Las contracciones durante la RCP elevan la presión diastólica en la aorta, lo que incrementa el flujo de sangre coronaria y la posibilidad de que la circulación espontánea vuelva a funcionar (37). Asimismo, si la dosis se suministra por vía intravenosa o intraósea, la dosis inicial es de 0,02 mg/kg (0,2 ml/kg). El rango de dosis recomendado es de 0,01 a 0,03 mg/kg (0,1 a 0,3 ml/kg), y se prepara en una jeringa de 1 ml. En cambio, si la dosis se suministra por vía endotraqueal, la dosis sugerida es de 0,1 mg/kg (1 ml/kg). El rango de dosis recomendado es de 0,05 a 0,1 mg/kg (0,5 a 1 ml/kg), y se prepara en una jeringa de 3 a 5 ml (7).

Por todo lo mencionado, en cada parto, el profesional de la salud debe estar listo para acoger al recién nacido. Por esta razón, es crucial reconocer los factores de riesgo presentes en el neonato y, en función de esto, elegir el personal, los recursos y equipos requeridos. Además, es necesario prever posibles problemas y organizar una respuesta colectiva (7).

3.2. Revisión de antecedentes investigativos

Ramos et al. (40) plantearon un estudio con el propósito de identificar factores que procuran la hospitalización del recién nacido, dicho estudio fue no experimental cuantitativo, con una muestra de 106 historias clínicas, la recolección de datos se efectuó por medio de la ficha de recolección de datos. Los resultados determinaron que un factor principal es el nacimiento en la semana 37 de gestación, así mismo, encontraron presencia de sufrimiento fetal agudo en el 15%, siendo que el 8.3% de los recién nacidos recibieron resucitación cardiopulmonar. Concluyeron que los factores relevantes son el sexo, la edad gestacional y los antecedentes de parto vaginal y presencia de meconio.

Gutiérrez et al. (41) desarrollaron un estudio con el propósito de detallar los factores de riesgo maternos relacionados a la mortalidad perinatal, el estudio contó con una muestra de 764 casos de muerte perinatal, diseñado de forma no experimental observacional analítico, aplicaron la técnica de la revisión documental. Los resultados determinaron que, los factores maternos relacionados a la mortalidad del neonato son principalmente la edad de la gestante (gestante añosa), bajo nivel de instrucción y residencia en provincia, considerando también mínimos controles perinatales (6 controles como máximo), rotura de membranas prematura y el parto pretérmino. Se concluyó que los factores de riesgo determinados son predictivos de la mortalidad perinatal.

Jaime e Ynfantes (42) aplicaron un estudio con el fin de conocer los factores maternos y perinatales asociados al APGAR del recién nacido. El estudio contó con un diseño no experimental de nivel descriptivo y temporalidad transversal, la muestra se compuso de 160 gestantes evaluadas por medio de la ficha de recolección de datos. Los resultados revelaron que, el 5% de los recién nacidos presentó depresión moderada o severa en su evaluación APGAR, siendo que el 15% presentó algún problema relacionado al cordón umbilical y el 1.9% presentó características específicas en el líquido amniótico, de los factores maternos, se indicó que, 29.4% tuvo edades diferentes al rango de 20 a 35 años,

el 0.6% presentó desprendimiento prematuro de placenta y el 1.2% presentó rotura de membranas previa. Se concluyó que, el puntaje APGAR está significativamente asociado con el peso del recién nacido, el rompimiento prematuro de membranas y el desprendimiento de la placenta.

Bohórquez (43) llevó a cabo una investigación de enfoque cuantitativo y diseño no experimental con el objetivo de determinar factores de riesgo capaces de influenciar el APGAR del recién nacido, dicho estudio se planteó con una muestra de 196 recién nacidos. Los resultados revelaron presencia de preclamsia en el 31.0% de las gestantes, así mismo, se evidenció circular doble en el 21.0% de casos, agregando la presencia de sufrimiento fetal y expulsión prolongada. De acuerdo con los resultados del APGAR, el 3% obtuvo un puntaje menor a lo esperado en su evaluación del primer minuto. El estudio concluyó que, los datos sociodemográficos negativos están relacionados con mayor riesgo alimenticio de la madre, lo que repercute directamente en el desarrollo del feto.

Castro y Oviedo (44) pretendieron analizar los factores asociados a la asfixia neonatal, en consecuencia, se planteó una investigación de enfoque cuantitativo no experimental y nivel correlacional. Dicha investigación contó con una muestra compuesta por 121 recién nacidos, dividiendo la muestra en dos grupos, casos de investigación y casos control. Los resultados determinaron que, los factores de riesgo se asocian con la edad materna menor a 18 años, presencia de hipertensión, diabetes gestacional, meconio e infección de las vías urinarias. Además, se mencionó presencia de ruptura prematura de membranas, captación de embarazo tardía y distocia. Se concluyó que, los factores primordiales son la edad materna, hipertensión, meconio, nacimiento por cesárea, captación tardía del embarazo, circulares reductibles, bajo peso al nacer y Sarnat de grado II

4. HIPÓTESIS

Los factores de riesgo de mayor presencia en recién nacidos a término que recibieron RCP probablemente son la ausencia de controles prenatales y la presencia de circular simple, en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2024.



CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

En esta investigación, aplicó el método del análisis documental. Arias (2020) describe el análisis de documentos como un procedimiento de revisión que se lleva a cabo para recopilar información del contenido del documento. Los documentos deben ser fuentes fundamentales y primordiales que permiten al investigador recopilar información y presentar sus hallazgos para finalizar el estudio (45). Por lo que para este estudio se hizo la revisión de 348 historias clínicas que incluyen historias clínicas de las madres y recién nacidos incluidos en el estudio.

1.2. Instrumentos

La herramienta de la ficha de registro documental facilita la recopilación de información y datos de las fuentes que se están examinando. Estas fichas se crean y diseñan considerando la información que se busca adquirir para el estudio, y no hay un modelo uniforme (45).

1.3. Materiales de verificación

Para recopilar la información requerida, se utilizó una ficha de recolección de datos, la cual consta de cuatro secciones: datos generales de la madre, características obstétricas, factores de riesgo asociados a Reanimación Cardio Pulmonar neonatal y la necesidad de uso de Reanimación Cardio Pulmonar neonatal.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito

La investigación se desarrolló desde el enfoque cuantitativo, no experimental, dentro del paradigma positivista. Como la muestra fue evaluada una sola vez, se trata de un estudio de corte transversal y sin manipulación de las variables (46).

2.2. Unidades de estudio

Todos los casos que presentan similitudes entre un grupo de personas forman la población, por lo que simbolizan la suma total de la variable estudiada (46). El desglose de la investigación se realizó con una población compuesta por 3510 nacimientos llevados a cabo durante todo el año 2024 en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, de la ciudad de Arequipa, lugar donde se llevó a cabo la investigación.

Criterios de inclusión:

- Recién nacidos a término que recibieron RCP al nacer en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, durante el año 2024

Criterios de exclusión:

- Recién nacidos que no recibieron RCP al momento del nacimiento.
- Recién nacidos que fueron atendidos en otros hospitales.
- Recién nacidos prematuros o postérmino.

La muestra elegida es un segmento de todo el grupo que tiene características similares y se elige de forma que pudiera ser estadísticamente representativa. Por lo tanto, las conclusiones serán aplicables a la población en general (46).

La muestra se encontró compuesta por 174 recién nacidos, quienes recibieron RCP al momento del parto, para la determinación de la muestra se hizo uso del muestreo no probabilístico por conveniencia, tomado así los datos de interés para la investigación que si cumplieron con los criterios de inclusión.

2.3. Temporalidad

El estudio aplicó una temporalidad de tipo transversal, ya que, el recojo de los datos se llevó a cabo una sola vez por individuo en el periodo de tiempo del año 2025.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

La información obtenida fue trasladada a una base de datos y luego fue procesada matemáticamente con ayuda de los programas Microsoft Excel y SPSS. Se usaron tablas de porcentaje, para expresar la estadística descriptiva.

3.2. Recursos

Para el desarrollo de la investigación se requirió:

Recursos humanos: Las tesis que llevaron a cabo la recolección de datos y el estudio de estos.

Recursos materiales: Movilidad, impresora, hojas, lapiceros, USB, laptop.

Recursos institucionales: Universidad Católica de Santa María, Hospital Regional Honorio Delgado Espinosa.

Recursos financieros: El estudio fue autofinanciado por las investigadoras.





CAPÍTULO III RESULTADOS

1. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Tabla 1

Datos sociodemográficos de la madre.

		N	(%)
Edad	Menor de 18 años	12	6.9
	Entre 19 y 34 años	119	68.4
	Entre 35 y 39 años	33	19.0
	Entre 40 y 44 años	9	5.2
	Mayor de 45 años	1	0.6
Grado de instrucción	Primaria	9	(5.2)
	Secundaria	98	(56.3)
	Superior	67	(38.5)
Ocupación	Ama de casa	113	(64.9)
	Estudiante	21	(12.1)
	Profesional	3	(1.7)
	Negocio propio	37	(21.3)

Al revisar los datos sociodemográficos de las madres, se encontró que: respecto a la edad, el 68.4% tuvo edades entre 19 y 34 años, el 19.0% de 35 a 39 años, el 6.9% menor de 18 años, el 5.2% de 40 a 44 años y el 0.6% mayor de 45 años.

De acuerdo con el grado de instrucción, el 56.3% de las gestantes tienen grado de instrucción de nivel secundario, el 38.5% estudios a nivel superior y el 5.2% nivel primario.

Sobre la ocupación de las gestantes, se encontró que, el 64.9% refirió ser ama de casa, el 21.3% tienen un negocio propio, el 12.1% es estudiante y el 1.7% ejerce su profesión.

Tabla 2

Datos gestacionales.

		N	(%)
Procedencia	Arequipa	136	(78.2)
	Mollendo	12	(6.9)
	Cusco	3	(1.7)
	Majes	3	(1.7)
	La joya	16	(9.2)
	Caravelí	2	(1.1)
	Yura	2	(1.1)
Edad de gestación	38 semanas	61	(35.1)
	39 semanas	52	(30.5)
	40 semanas	60	(34.5)
Número de control prenatal	0 - 5 controles	14	(8.0)
	6 - 10 controles	132	(75.9)
	Más de 10 controles	28	(16.7)

Sobre la información recaudada respecto a los datos gestacionales de la madre, se encontró que; el 78.2% de las gestantes proviene de la ciudad de Arequipa, el 9.2% desde La Joya, el 6.9% de Mollendo, el 1.7% tanto de Cusco como de Majes y el 1.1% de Caravelí y Yura.

Respecto a la edad gestacional de la madre, se encontró que, el 35.1% fue intervenido a las 38 semanas, el 34.5% a las 40 semanas, el 30.5% a las 39 semanas.

Al analizar el número de control prenatal de las gestantes, se encontró que, el 75.9% de las gestantes tuvo entre 6 y 10 controles, el 16.7% tuvo más de 10 controles prenatales y el 8.0% entre 0 a 5 controles.

Tabla 3

Datos relacionados a la fórmula obstétrica.

		N	(%)
Número de gestación actual	1ra gestación	64	(36.8)
	2da gestación	51	(29.3)
	3ra gestación	38	(21.8)
	4ta gestación	9	(5.2)
	5ta gestación	8	(4.6)
	6ta gestación	4	(2.3)
Número de partos a termino	0 partos	1	(0.6)
	1 parto	81	(46.6)
	2 partos	48	(27.6)
	3 partos	33	(19.0)
	4 partos	8	(4.6)
	5 partos	2	(1.1)
Número de partos pretérmino	No	173	(99.4)
	Si	1	(0.6)
Molas, ectópicos y abortos	0	133	(76.4)
	1	28	(16.1)
	2	11	(6.3)
	3	1	(0.6)
	4	1	(0.6)
Número de hijos actual	1 hijo	83	(47.7)
	2 hijos	48	(27.6)
	3 hijos	32	(18.4)
	4 hijos	7	(4.0)
	5 hijos	3	(1.7)
	6 hijos	1	(0.6)

Al analizar los datos relacionados a la fórmula obste se encontró que, el 36.8% de las gestantes se encuentra en su primer proceso de gestación, el 29.3% en el segundo proceso de gestación, el 21.8% en su tercera gestación, el 5.2% en su cuarta gestación, el 4.6% en su quinta gestación y el 2.3% en su sexta gestación.

Sobre el número de partes llevados a término se encontró que, el 46.6% ha culminado un parto, el 27.6% dos partos, el 19.0% tres partos, el 4.6% cuatro partos, el 1.1% cinco partos y el 0.6% tanto 0 como 6 partos.

Se encontró también que el 99.4% no tuvo partos pretérminos y el 0.6% sí. Sobre embarazos ectópicos, abortos o molas, el 76.4% no refiere incidencias, el 16.1% refirió haber sufrido en una ocasión de alguno de estos diagnósticos, el 6.3% dos veces y el 0.6% tres y cuatro veces.

Al analizar el número de hijos de cada gestante, se encontró que, el 47.1% tiene un hijo, el 27.6% dos hijos, el 18.4% tres hijos, el 4.0% cuatro hijos, el 1.7% cinco hijos y el 0.6% tiene tanto 6 hijos como ningún hijo.

Tabla 4*Periodo intergenésico.*

	N	(%)
0 - 2 años	89	(51.2)
3 – 5 años	36	(20.8)
6 – 10 años	35	(20.0)
11 – 15 años	11	(6.2)

Al analizar el periodo intergenésico de las madres gestantes se encontró que, el 51.2% presentó entre 0 a 2 años de periodo intergenésico, el 20.8% entre 3 y 5 años, el 20.0% entre 6 a 10 años, el 6.2% entre 11 a 15 años y el 1.8% más de 16 años.



Tabla 5

Antecedentes ginecológicos y obstétricos.

	N	(%)
No presenta antecedentes	73	(42.0)
Antecedentes ginecológicos	Condilomatosis genital	2 (1.2)
	Corioamnionitis	1 (0.6)
	Endometriosis	1 (0.6)
	Exostosis sacra	1 (0.6)
	Miomectomía	1 (0.6)
	Ovario poliquístico	1 (0.6)
	Pelvis estrecha	4 (2.3)
	Tabique vaginal	1 (0.6)
	Vaginosis	1 (0.6)
	Vulvovaginitis	7 (4.0)
Antecedentes obstétricos	Aborto previo	26 (14.9)
	Aborto recurrente	10 (5.7)
	Amenaza de parto prematuro	1 (0.6)
	Tricesareada anterior	1 (0.6)
	Bicesareada anterior	13 (7.5)
Cesárea anterior	28 (16.1)	

Al analizar los antecedentes ginecológicos y obstétricos de las gestantes, se encontró que, el 42.0% no presentó antecedentes, sobre los antecedentes ginecológicos, el 4.0% presentó vulvovaginitis, el 2.3% pelvis estrecha, el 1.2% condilomatosis genital y el 0.6% corioamnionitis, endometriosis, exostosis sacra, miomectomía, ovario poliquístico, tabique vaginal y vaginosis.

Respecto a los antecedentes obstétricos, el 16.1% cesárea anterior, el 14.9% aborto previo, el 7.5% bicesareada anterior, el 5.7% aborto recurrente y el 0.6% amenaza de parto prematuro, tricesareada anterior.

Tabla 6

Datos del bebé al nacer.

		N	(%)
Sexo	Masculino	108	(62.1)
	Femenino	66	(37.9)
Peso al nacer	Menor a 1000g	0	(0.0)
	Menor a 1500g	0	(0.0)
	Menos a 2500g	7	(4.0)
	2500g – 2999g	19	(10.9)
	3000g – 3999g	130	(74.7)
	Mayor a 4000g	18	(10.3)
Tipo de parto	Vaginal	68	(39.1)
	Cesárea	106	(60.9)
RCP	Si	174	(100.0)
Tipo de atención	Ventilación a presión positiva	62	(35.6)
	Tubo endotraqueal	10	(5.7)
	Estimulación táctil	87	(50.0)
	Presión positiva continua	15	(8.6)
Contacto entre la madre y el bebé al nacer post RCP	Si	46	(26.4)
	No	128	(73.6)

Al revisar los datos del recién nacido, se encontró que, respecto al sexo, el 62.1% es de sexo masculino y el 37.9% de sexo femenino. sobre el peso al nacer, se encontró que, el 74.7% presentó peso adecuado, el 10.9% tuvo un peso entre 2500g a 2999g, el 10.3% tuvo un peso macrosómico y el 4.0% tuvo bajo peso

Del tipo de parto se encontró que, el 60.9% nació por cesárea y el 39.1% nació por parto natural. La totalidad de los nacidos recibió RCP.

Sobre el tipo de atención que recibió el recién nacido, se encontró que, el 50.0% recibió estimulación táctil, el 35.6% recibió ventilación a presión positiva, el 8.6% presión positiva continua y el 5.7% fue atendido con el tubo endotraqueal.

De la totalidad de recién nacidos, el 73.6% no tuvo contacto con su madre en la primera hora de vida y el 26.4% sí.

Tabla 7

Resultados del test de APGAR al minuto, 5 minutos y 10 minutos.

	APGAR 1 minuto		APGAR 5 minutos		APGAR 10 minutos	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
0 - 3 puntos	23	13.3	4	2.3	0	0
4 - 6 puntos	71	40.7	10	5.7	4	2.2
7 - 10 puntos	80	46.0	160	92.0	23	13.2

Al revisar la evaluación APGAR practicada a los recién nacidos, se encontró que, sobre el APGAR en el primer minuto de vida, el 46.0% obtuvo entre 7 y 10 puntos, el 40.7% entre 4 y 6 puntos y el 13.3% entre 0 y 3 puntos.

Al analizar la puntuación del test de APGAR a los 5 minutos de nacido, se encontró que, el 92.0% tuvo entre 7 y 10 puntos, el 5.7% entre 4 y 6 puntos y el 2.3% entre 0 y 3 puntos. Sobre los datos del APGAR aplicado a los 10 minutos de nacido, se detalló que, el 13.3% tuvo entre 7 y 10 puntos y el 2.2% entre 4 y 6 puntos.

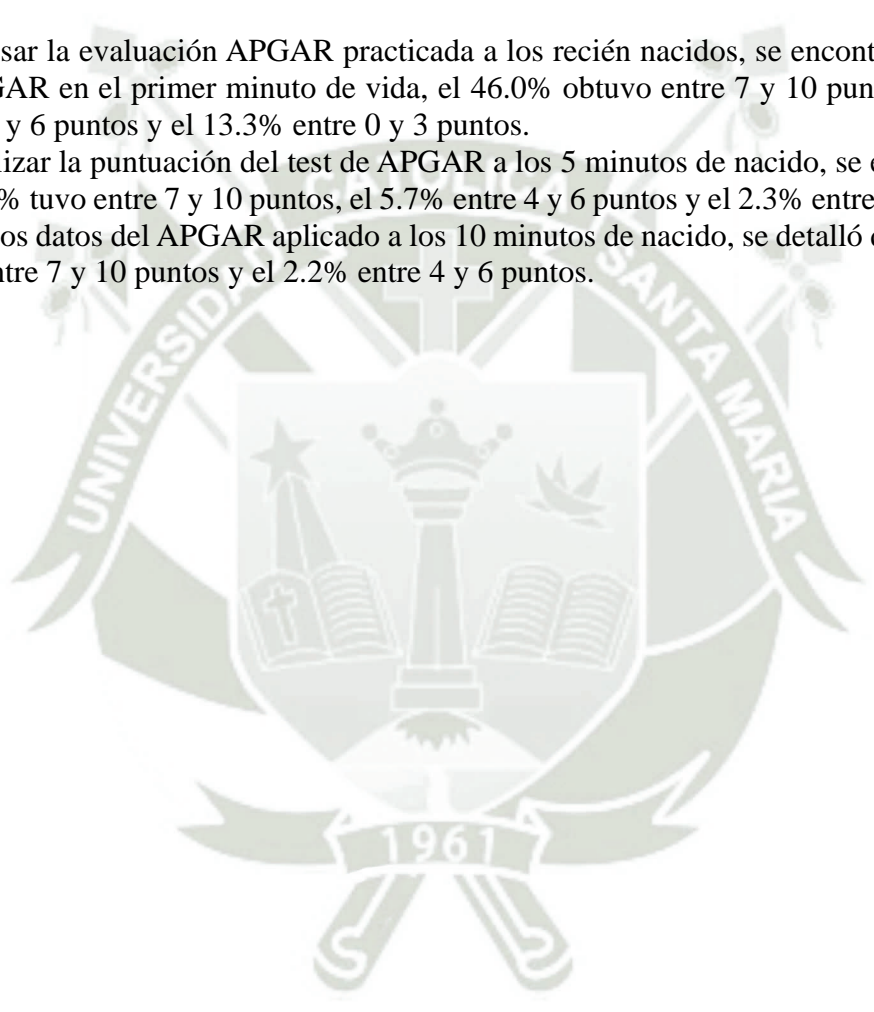


Tabla 8
Ocurrencias preparto.

		N	(%)
Factores placentarios	Acretismo placentario	1	(0.6)
	Anhidramnios	1	(0.6)
	Brevedad de cordón	1	(0.6)
	Desprendimiento de placenta	2	(1.1)
	Oligohidramnios	8	(4.5)
	Placenta previa	1	(0.6)
	Polihidramnios	1	(0.6)
	Retraso del crecimiento intrauterino	6	(3.4)
	Ruptura prematura de las membranas	19	(10.9)
	Senescencia placentaria	1	(0.6)
Malformaciones	Anencefalia	1	(0.6)
	Atresia duodenal	1	(0.6)
	Macrocefalia	1	(0.6)
	Tetralogía de Fallot	1	(0.6)
	Ventriculomegalia	1	(0.6)
Antecedentes maternos infecciosos	Condilomatosis	1	(0.6)
	Corioamnionitis	1	(0.6)
	Diarrea materna	1	(0.6)
	Infección del tracto urinario	43	(24.7)
	Pielonefritis	3	(1.7)
	ITU activa	2	(1.1)
	ITU tercer trimestre	1	(0.6)
	Rinofaringitis	1	(0.6)
	Sífilis	2	(1.1)
Sinusitis	1	(0.6)	
Antecedentes maternos no infecciosos	Adicción a sustancias	1	(0.6)
	Amenaza de aborto	1	(0.6)
	Amenaza de parto pretérmino	4	(2.3)
	Anemia	3	(1.7)
	Colecistitis crónica	1	(0.6)
	Colestasis intrahepática	1	(0.6)
	Diabetes	2	(1.1)
	Estado hipertensivo del embarazo	2	(1.1)
	Gestación en vías de prolongación	2	(1.1)
	Gestante adolescente	6	(3.4)
	Gestante añosa	25	(14.4)
	Hipotiroidismo	1	(0.6)
	Leucocituria materna	1	(0.6)
	Madre con comunicación interventricular	1	(0.6)

	Madre con paresia de hemicuerpo derecho	1	(0.6)
	Mioma materno	1	(0.6)
	Obesidad materna	29	(16.7)
	Plaquetopenia materna	1	(0.6)
	Preeclampsia	7	(4.0)
	Sin controles prenatales	6	(3.4)
	Talla baja materna	4	(2.3)
	Bradycardia	2	(1.1)
	Circular simple	30	(17.2)
	Doble circular	11	(6.3)
	Triple circular	1	(0.6)
	Hiporreactividad fetal	1	(0.6)
Factores fetales	Linfangioma fetal gigante	1	(0.6)
	Macrosomía	13	(7.5)
	Presentación podálica	8	(4.6)
	Posición oblicua	3	(1.7)
	Sufrimiento fetal	2	(1.1)
	Taquicardia fetal	3	(1.7)

Al revisar la información sobre la ocurrencia preparto, se encontró que, respecto a los factores placentarios, el 10.9% refirió ruptura prematura de las membranas, el 4.5% presentó oligohidramnios, el 3.4% refirió retraso del crecimiento intrauterino, el 1.1% presentó desprendimiento placentario y el 0.6% pudo demostrar acretismo placentario, anhidramnios, brevedad de cordón, placenta previa, polihidramnios o senescencia placentaria.

Respecto a la presencia de malformaciones, el 0.6% presentó entre anencefalia, atresia duodenal, macrocefalia, tetralogía de Fallot o ventriculomegalia.

Sobre los antecedentes maternos infecciosos, el 24.7% presentó infección del tracto urinario, el 1.7% pielonefritis, el 1.1% infección del tracto urinario activa o sífilis y el 0.6% refirió condilomatosis, corioamnionitis, diarrea materna, ITU tercer trimestre, rinofaringitis o sinusitis.

Al revisar los antecedentes maternos no infecciosos, el 16.7% de las gestantes presentó obesidad materna, el 14.4% fue gestante añosa, el 4.0% refirió preeclampsia, el 3.4% refirió ausencia de control prenatal o ser gestante adolescente, el 2.3% presentó talla baja materna o amenaza de parto pretérmino, el 1.7% demostró anemia, el 1.1% refirió diabetes, estado hipertensivo el embarazo o gestación en vías de prolongación y el 0.6% presentó adicción a sustancias, amenaza de aborto, colecistitis crónica, colestasis intrahepática, hipotiroidismo, leucocituria materna, comunicación interventricular, paresia de hemicuerpo derecho, mioma materno o plaquetopenia materna.

Sobre los factores fetales, se encontró que, el 17.2% presentó circular simple, el 7.5% demostró macrosomía, 6.3% presentó doble circular, el 4.6% refirió presentación podálica, el 1.7% presentó posición oblicua o taquicardia fetal, el 1.1% refirió bradicardia o sufrimiento fetal y el 0.6% presentó triple circular, hiporreactividad fetal o linfangioma fetal gigante

Tabla 9
Ocurrencias intraparto.

		N	(%)
Parto normal	No presentó ocurrencias	116	66.7
	Expulsivo prolongado	29	(16.7)
	Distocia vaginal	1	(0.6)
	Presentación compuesta	2	(1.1)
	Distocia funicular	4	(2.3)
	Presentación de bregma	1	(0.6)
	Parto distócico	Dilatación estacionaria	12
Atonía uterina		1	(0.6)
Detección del descenso de presentación		1	(0.6)
Presentación de cara		1	(0.6)
Sufrimiento fetal		1	(0.6)
Uso de fórceps		1	(0.6)
Líquido verde	Espeso	16	(9.2)
	Fluido	25	(14.4)

Al revisar las ocurrencias intrapartos, se encontró que, el 66.7% no presentó ocurrencias en el parto.

Respecto a las ocurrencias en el parto distócico, se encontró que, el 16.7% presentó expulsión prolongada, el 6.9% presentó dilatación estacionaria, el 2.3% presentaron distocia funicular, el 1.1% presentó presentación compuesta y el 0.6% pudo demostrar distocia vaginal, presentación de bregma, atonía uterina, descenso de presentación, presentación de cara, sufrimiento fetal o uso de fórceps.

Respecto a la presencia de líquido verde, se encontró que, el 14.4% presentó líquido verde fluido y el 9.2% refirió líquido verde espeso.

Tabla 10

Diagnóstico del recién nacido.

		N	(%)
Malformaciones congénitas	Anencefalia	1	(0.6)
	Cardiopatía	2	(1.1)
	CIA	1	(0.6)
	Hidrocefalia	1	(0.6)
	Hipertrofia ventricular izquierda	1	(0.6)
	Linfangioma torácico	1	(0.6)
	Macrocefalia	1	(0.6)
	Malformación cardiaca	2	(1.1)
	Micrognatia	1	(0.6)
	Miocardopatía	1	(0.6)
	Conducto arterioso persistente	3	(1.7)
	PEVA bilateral	1	(0.6)
	Soplo sistólico	1	(0.6)
	Tetralogía de Fallot	1	(0.6)
	Ventriculomegalia	1	(0.6)
Trauma obstétrico	Caput succedaneum	7	(4.0)
	Cefalohematoma	4	(2.3)
	Equimosis	1	(0.6)
	Fractura de clavícula	2	(1.1)
	Máscara equimótica	2	(1.1)
	Parálisis de Erb	1	(0.6)
	Trauma obstétrico	9	(5.2)
Infección neonatal	Corioamnionitis	1	(0.6)
	Sepsis neonatal	5	(2.9)
Alteración del peso fetal	Bajo peso al nacer	1	(0.6)
	Desnutrición fetal	1	(0.6)
	Macrosomía fetal	11	(6.3)
	Retraso de crecimiento intrauterino asimétrico	7	(4.0)
Dificultad respiratoria	Hipertensión pulmonar	1	(0.6)
	Neumonía congénita	3	(1.7)
	Neumotórax izquierdo	1	(0.6)
	Síndrome de dificultad respiratoria	76	(43.7)
	Síndrome de aspiración de meconio	2	(1.1)
	Taquipnea transitoria del recién nacido	32	(18.4)
Depresión neonatal	Depresión cardiorrespiratoria	2	(1.1)
	Depresión neonatal	15	(8.6)
	Depresión respiratoria	21	(11.1)
Hipoxia neonatal	Encefalopatía hipóxico isquémica	12	(6.9)
	Hipoxia leve	2	(1.1)

	Hipoxia neonatal	7	(4.0)
	Hipoxia perinatal	3	(1.7)
Asfixia neonatal	Asfixia neonatal	7	(4.0)
	Asfixia perinatal	6	(3.4)
Hipoglicemia	Hipoglicemia	2	(1.1)
Incompatibilidad Rh	Incompatibilidad Rh	1	(0.6)
Policitemia	Policitemia	2	(1.1)
Trombosis de vena cava inferior	Trombosis de vena cava inferior	1	(0.6)

Al revisar la información sobre el diagnóstico del bebé se encontró que, de las malformaciones congénitas, el 1.7% presentó conducto arterioso persistente, el 1.1% refirió cardiopatía o malformación cardiaca, el 0.6% presentó anencefalia, CIA, hidrocefalia, hipertrofia ventricular izquierda, linfagioma torácico, macrocefalia, micrognatia, miocardiopatía, PEVA bilateral, soplo sistólico, tetralogía de Fallot o ventriculomegalia.

Sobre el trauma obstétrico, se encontró que, el 5.2% presentó trauma obstétrico, el 4.0% caput succedaneum, el 2.3% refirió cefalohematoma, el 1.1% presentó fractura de clavícula o máscara equimótica y el 0.6% presentó equimosis o parálisis de Erb. Sobre la infección neonatal, el 0.6% refirió corioamnionitis.

Al observar las alteraciones del peso, se encontró que, el 6.3% presentó macrosomía fetal, el 4.0% refirió retraso de crecimiento intrauterino asimétrico, el 2.9% presentó sepsis neonatal y el 0.6% demostró bajo peso al nacer o desnutrición fetal.

Sobre las dificultades respiratorias, el 43.7% presentó síndrome de dificultad respiratoria, el 18.4% demostró taquipnea transitoria, el 1.7% presentó neumonía congénita, el 1.1% tuvo síndrome de aspiración de meconio, el 0.6% presentó hipertensión pulmonar o neumotórax izquierdo.

Sobre la depresión neonatal, el 8.6% presentó depresión neonatal y el 1.1% refirió depresión cardiorrespiratoria o depresión respiratoria.

Sobre la hipoxia neonatal, el 6.9% demostró signos de encefalopatía hipoxicoisquémica, el 4.0% presentó hipoxia neonatal, el 1.7% hipoxia perinatal y el 1.1% hipoxia leve.

Respecto a la asfixia neonatal, el 4.0% demostró asfixia neonatal y el 3.4% asfixia perinatal. El 1.1% refirió hipoglicemia, el 0.6% demostró incompatibilidad Rh, el 1.1% presentó policitemia y el 0.6% refirió trombosis de ven cava inferior.

2. DISCUSIÓN

El objetivo general de la investigación consistió en determinar los factores de riesgo de mayor frecuencia presentes en los recién nacidos a término que recibieron RCP en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2024. Con este propósito en mente, se planteó la hipótesis que dicta que, probablemente los factores de riesgo de mayor presencia en recién nacidos que recibieron RCP son la ausencia de controles prenatales y la presencia de circular simple, en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2024.

De los datos de investigación, se pudo extraer que, los factores presentes de mayor frecuencia en neonatos que recibieron RCP al nacer fueron, un periodo intergenésico de 0 a 2 años (51.2%) (Tabla 4), antecedente ginecológico de vulvovaginitis (4.0%), como antecedente obstétrico, se encontró cesárea anterior (16.1%) (Tabla 5), entre las ocurrencias parto se encontró, la ruptura prematura de membranas (10.9%), la infección de tracto urinario (24.7%), la obesidad materna (16.7%) y gestante añosa (14.4%), además, se presentó circular simple (17.2%) (Tabla 8), presentando expulsión prolongada en 16.7% (Tabla 9).

La mayor parte de madres cuyos hijos requirieron RCP tenían edades entre 19 a 34 años (68.4%), así mismo, contaban con un grado de instrucción de nivel secundario (56.3%), siendo su ocupación el hogar (64.9%) (Tabla 1). Además, se encontró que, el 78.2% de las gestantes radican en la ciudad de Arequipa, alumbrando con una edad de gestación de 38 semanas, siendo el 75.9% quienes tuvieron entre 6 y 10 controles prenatales (Tabla 2). Requiere atención el periodo intergenésico de 0 a 2 años en el 51.2% de las gestantes (Tabla 4). Estos datos se asemejan a los resultados expuesto por Ramos et al. (40) quienes explicaron que el parto durante la semana 37 representa un factor de riesgo a los menores, siendo uno de las posibles afecciones la necesidad de la práctica de resucitación cardiopulmonar, por otro lado, Gutiérrez et al. (41) evidencio que los problemas asociados con el nacimiento de un neonato también están ligados con la edad de gestación de la madre, en especial en edades superiores a los 35 años, considerando también el bajo grado de estudios y la ausencia o reducida presencia de controles prenatales, al mismo tiempo, Jaime e Ynfantes (42) explicaron que las edades diferentes del periodo de entre 20 y 35 años corresponden a un factor de riesgo durante el embarazo, lo que podría dar lugar a diferentes afecciones asociadas al periodo de gestación como el desprendimiento de membranas prematuro así como su ruptura. Al mismo tiempo Castro y Oviedo (44) explicaron que la edad de la madre no solo afecta el desarrollo del bebé, sino que puede influir incluso en su desarrollo orgánico, enfocándose en especial en las madres menores a los 18 años. Los resultados difieren de los encontrados por Bohórquez (43), ya que dicho autor menciona que la preclamsia es uno de los factores principales al causar daño al bebé.

Ante el objetivo específico de determinar los antecedentes ginecológicos y obstétricos de las madres de los recién nacidos que recibieron RCP, se encontró que, el antecedente ginecológico de mayor recurrencia en las gestantes fue la vulvovaginitis (4.0%). Respecto a los antecedentes obstétricos, se encontró antecedentes de cesárea anterior (16.1%) y presencia de aborto previo (14.9%) (Tabla 5). De acuerdo con algunos autores, la presencia de antecedentes gineco obstétricos no debe generar mayor repercusión en el desarrollo saludable del neonato, sin embargo, se expresa que el sufrimiento fetal puede presentarse por la falta de conocimiento del embarazo, debido a la detección tardía del mismo, siendo los pocos controles prenatales considerado un factor importante de riesgo (40,41,42,43,44).

Con el objetivo de describir los datos del bebé al nacer y los resultados del test de APGAR, encontró que, el 62.1% de los nacimientos fueron bebés de sexo masculino, con un peso adecuado (74.7%), siendo el 60.9% de ellos nacidos por parte tipo Cesárea, habiendo sido el 100% de los neonatos sometidos a resucitación cardiopulmonar y recibiendo atención por ventilación a presión positiva (35.6%) sin poder mantener contacto con la madre al nacer (73.6%) (Tabla 6). Sobre la evaluación APGAR realizada a los recién nacidos, se encontró que, al llevar a cabo la evaluación al minuto de nacido, el 46.0% de los recién nacidos presento una puntuación de entre 7 y 10 puntos, durante la segunda evaluación APGAR en el minuto cinco de vida, se encontró que, el 92.0% de los recién nacidos presentaba entre 7 y 10 puntos, siendo que el 2.3% aún presentaba puntajes entre 0 y 3 puntos, al realizar la evaluación APGAR de 10 minutos, se encontró que, solo el 15.4% de los recién nacidos requirieron la tercera evaluación, siendo que el 13.2% presentó entre 7 y 10 puntos (Tabla 7). Ante estos resultados y sobre los datos del bebé al nacer, Ramos et al. (40) mencionaron que, el sexo del neonato está presente como factor de riesgo, relacionando este factor directamente con la edad gestacional, así mismo, reportaron que el sufrimiento fetal se encuentra presente por condiciones asociadas al periodo de gestación. Respecto a la puntuación APGAR, Jaime e Ynfantes (42) detallaron que, alrededor del 5% de los recién nacidos demuestran puntuaciones APGAR bajas durante la evaluación al minuto de vida, explican también que estas respuestas inferiores a la media se pueden deber a condiciones asociadas al parto, como el tipo de parto o la presencia de complicaciones durante el nacimiento. De la misma forma Bohórquez (43) mencionó que la presencia de resultados APGAR bajos durante el primer minuto de vida son explicados en gran medida por características asociadas al parto, como la presencia de circular simple o doble y expulsión prolongada, adicionalmente mencionó que la alimentación de la madre también repercute notablemente en dicha evaluación.

Al procurar comprobar el objetivo específico que dicta, describir las ocurrencias pre e intraparto de los recién nacidos a término que recibieron RCP, se encontró que, dentro de las ocurrencias pre parto, sobre los factores placentarios, el 10.9% presentó ruptura prematura de membranas, el 14.4% de las gestantes presentó como antecedentes maternos no infecciosos ser gestante añosa, así mismo, el 24.7% presentó antecedentes maternos infecciosos como infección del tracto urinario, el 17.2% presentó un factor fetal de circular simple y el 7.5% tuvo factores fetales como macrosomía (Tabla 8). Respecto a las ocurrencias intraparto se encontró que, el 66.7% de nacimientos fue catalogado como parto normal, dentro de los partos distócicos se encontró que el 16.7% presentó expulsión prolongada, además, hubo presencia de líquido verde fluido en el 14.4% y liquido espeso en el 9.2% de las gestantes (Tabla 9). Al respecto, Ramos et al. (40) indicaron que el ser gestante añosa ya representa un factor de riesgo importante, pues representa un riesgo para la gestante como para el bebé, mencionando también que el sufrimiento fetal se presenta en relación con la expulsión prolongada. De igual forma, Gutiérrez et al. (41) mencionan que la edad juega un rol importante en el proceso de gestación, agregando que la ruptura temprana de membrana y la presencia de parto pretérmino son indicadores de alerta. A diferencia de lo encontrado, Jaime e Ynfantes (42) encontraron que una incidencia constante es la presencia de circular simple, misma que puede afectar la oxigenación del menor y poniendo en riesgo su vida, adicionalmente, reportaron la presencia liquido con meconio. Castro y Oviedo (44) mencionaron que la presencia de hipertensión como síntoma preparto representa alarma, sin embargo, encontraron que los síntomas intrapartos de mayor frecuencia fueron la presencia de meconio y la presencia de circular simple, así como, el bajo peso al nacer.

Al procurar detallar los principales diagnósticos de los recién nacidos, se encontró que, sobre malformaciones congénitas, se encontró que, el 1.7% presentó conducto arterioso

persistente, sobre los datos acerca del trauma obstétrico, el 4.0% demostró signos de caput succedaneum, estando presente la corioamnionitis en el 0.6%, respecto a las alteraciones del peso, el 6.3% presentó macrosomía fetal. Sobre las dificultades respiratorias presentes, el 43.7% demostró signos de síndrome de dificultad respiratoria, con una depresión neonatal en el 8.6% de nacidos, siendo la encefalopatía hipoxicoisquémica la hipoxia de mayor presencia, además, se encontró asfixia neonatal en el 4.0% de recién nacidos. Al respecto, Ramos et al. (40) registro poca presencia de diagnósticos médicos en el recién nacido, siendo que solo el 8.3% de los neonatos requirió resucitación cardiopulmonar, siendo el diagnóstico de mayor ocurrencia la presencia de sufrimiento fetal (Tabla 10). De acuerdo con Jaime e Ynfantes (42) los diagnósticos asociados con el cordón umbilical son de mayor recurrencia, considerando la presencia de circular simple, doble y cordón umbilical corto, al igual que características especiales sobre el líquido amniótico (coloración o presencia de meconio). Bohórquez (43) encontró presencia constante de problemas asociados con el cordón umbilical, así como problemas respiratorios al momento del parto. Por su parte Castro y Oviedo (44) mencionaron que el consumo de líquido placentario y la presencia de meconio fueron los diagnósticos de mayor frecuencia en los recién nacidos.



CONCLUSIONES

- Primera.** Los factores de riesgo presentes con mayor frecuencia en neonatos que recibieron RCP al nacer fueron, un periodo intergenésico de 0 a 2 años (51.2%), la infección de tracto urinario (24.7%), la obesidad materna (16.7%) y gestante añosa (14.4%), entre las ocurrencias preparto se encontró, la ruptura prematura de membranas (10.9%), además, se presentó circular simple (17.2%), presentando expulsión prolongada(16.7%).
- Segundo.** El antecedente ginecológico de mayor presencia fue la vulvovaginitis (4.0%), y en los antecedentes obstétricos hubo presencia de cesárea anterior (16.1%).
- Tercero.** El 62.1% de los nacimientos fue de sexo masculino, con un peso adecuado (74.7%), el 60.9% nació por cesárea, además 35,6% recibió ventilación a presión positiva y 73,6% estuvo sin poder mantener contacto con la madre al nacer post RCP. Sobre la evaluación APGAR se encontró que, la evaluación al minuto de nacido mostró que el 46.0% de los recién nacidos presento una puntuación entre 7 y 10, durante la evaluación al minuto cinco, el 92.0% presentaba evaluaciones entre 7 y 10 puntos, al realizar la evaluación a los 10 minutos en el 15.4% de los recién nacidos, el 13.2% presentó resultados entre 7 y 10 puntos.
- Cuarto.** Dentro de las ocurrencias preparto, sobre los factores placentarios, el 10.9% presentó ruptura prematura de membranas, el 14.4% de las gestantes presentó como antecedentes maternos no infecciosos ser gestante añosa, así mismo, el 24.7% presentó antecedentes maternos infecciosos como infección del tracto urinario, el 17.2% tuvo factores fetales como circular simple. Respecto a las ocurrencias intraparto se encontró que, el 66.7% de partos fue catalogado como parto normal, dentro de los partos distócicos se encontró que el 16.7% presentó expulsión prolongada, además, hubo presencia de líquido verde fluido en el 14.4% y líquido espeso en el 9.2% de las gestantes.
- Quinto.** En cuanto a los principales diagnósticos de los recién nacidos que recibieron RCP se encontró síndrome de dificultad respiratoria (43,7%), depresión neonatal en un 10,8%, hipoxia neonatal en un 6,8% y 6.9% con el diagnóstico de encefalopatía hipóxico isquémica, asfixia neonatal en un 7,4%, en la categoría de trauma obstétrico (9,7%), malformaciones congénitas (11,1%), recién nacidos con alteración de peso fetal (14,4%) con un 6,3% de diagnóstico de macrosomía.

RECOMENDACIONES

- Primero.** Se recomienda brindar la información encontrada a los médicos del servicio de neonatología y obstetricia para conocer los principales factores de riesgo presentes en nuestra población, con ello estar preparados y capacitar a todo el personal para brindar un adecuado RCP neonatal, además de dar un adecuado seguimiento a las gestantes que se les haya detectado algún factor de riesgo para prevenir complicaciones al momento del nacimiento.
- Segundo.** Se sugiere mayor énfasis para concientizar a la población sobre las complicaciones relacionadas a sus antecedentes gineco obstétricos, además de fomentar una adecuada planificación familiar y la importancia de acudir a los controles prenatales.
- Tercero.** Se recomienda la adecuada obtención de datos de los neonatos, con una capacitación constante al personal de salud responsable de la atención del recién nacido, para identificar y prevenir de manera oportuna posibles complicaciones perinatales.
- Cuarto.** Se sugiere mayor pericia al momento de la recolección de datos para las historias clínicas de las gestantes con el fin de facilitar futuros estudios y permitir el desarrollo de esta línea de investigación. Al hospital se sugiere un mejor sistema para archivar las historias clínicas de todos los recién nacidos y sus madres para asegurar una óptima recolección de datos en el caso de futuras investigaciones.
- Quinto.** Se recomienda al personal de salud tener un consenso acerca de los diagnósticos de alta, para identificar a los recién nacidos que necesiten seguimiento tras haber recibido RCP neonatal y poder establecer un plan de acción para evitar posibles complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud MINSA. Boletín epidemiológico Volumen 31-SE52 Semana epidemiológica (del 25 al 31 de diciembre 2022). ; 2023.
2. Ministerio de Salud [MINSA]. Documento técnica: plan de docencia de Reanimación Cardiopulmonar neonatal, dirigido al personal de salud del I, II y III nivel de atención de las regiones priorizadas. Lima: Ministerio de Salud [MINSA], Lima; 2024.
3. Rodríguez A. Reanimación Neonatal. Manual de apoyo para el taller. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2022.
4. Ministerio de Salud [MINSA]. Guía de procedimiento de Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) neonatal. Lima: Ministerio de Salud [MINSA], Lima; 2022.
5. Iriondo M, Burón E, Thió M, Aguayo J, Salguero E, Fernández J. Reanimación neonatal. Asociación Española de Pediatría; 2008.
6. Academia Europea de Pacientes sobre Innovación Terapéutica [EUPATI]. Los factores de riesgo social en los adolescentes salvadoreños: ambiente familiar, conocimiento en sexualidad, pertenencia a grupos sociales, rendimiento académico, económico y cultural. Diversitas: Perspectivas en Psicología. 2022; 18(2): p. 4-19.
7. Weiner G, Zaichkin J. Libro de texto para la reanimación neonatal. 8th ed. Estados Unidos: American Academy of Pediatrics; 2022.
8. Medline Plus. Medline Plus. [Online].; 2024 [cited 2025 01 06. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/highbloodpressureinpregnancy.html>.
9. Jacobson J. Medline Plus. [Online].; 2024 [cited 2025 01 17. Available from: <https://medlineplus.gov/ency/article/000898.htm>.
10. León J. Proceso atención de enfermería en paciente de 34 años con diagnóstico de preeclampsia. Universidad Técnica de Babahoyo; 2022.
11. Cleveland Clinic. Cleveland Clinic. [Online].; 2022 [cited 2025 01 17. Available from: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/24333-eclampsia>.
12. Medline Plus. Medline Plus. [Online].; 2024 [cited 2025 01 06. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000899.htm>.
13. Segovia S. Conducta obstétrica en primigesta adolescente de 13 años de edad embarazada de 36, 6 semanas con polihidramnios. Universidad Técnica de Babahoyo; 2021.
14. Portugal J. Alteraciones del líquido amniótico: oligohidramnios severo. Universidad José Carlos Mariátegui; 2024.
15. Ministerio de Salud [MINSA]. Guías técnicas para la atención, diagnóstico y tratamiento de 10 condiciones obstétricas, en el marco del plan esencial de Aseguramiento Universal. Lima: Ministerio de Salud [MINSA]; 2011.
16. Roldán M, Vergaray D. Hidropesía fetal y enfermedad hemolítica del feto y el recién nacido. Actualización. Ciencia y Salud. 2021; 6(2): p. 5-15.
17. Top Doctors. Top Doctors. [Online].; 2023 [cited 2025 01 06. Available from: <https://www.topdoctors.cl/diccionario-medico/anemia-fetal/>.
18. Centro Médico ABC. Centro Médico ABC. [Online].; 2021 [cited 2025 01 03. Available from: <https://centromedicoabc.com/padecimientos/macrosomia-fetal/>.

19. Family Doctor. Family Doctor. [Online].; 2020 [cited 2025 01 07. Available from: <https://es.familydoctor.org/condicion/retraso-del-crecimiento-intrauterino-es/>.
20. Mayo Clinic. Mayo Clinic. [Online].; 2022 [cited 2025 01 07. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/gestational-diabetes/symptoms-causes/syc-20355339>.
21. Muñoz J. MSD Manuals. [Online].; 2024 [cited 2025 01 07. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/enfermedades-infecciosas-en-el-embarazo>.
22. Gómez M. Gómez Roig. [Online].; 2023 [cited 2025 01 07. Available from: <https://www.gomezroig.com/movimientos-fetales/>.
23. Escola Salut San Joan de Déu. Escola Salut San Joan de Déu. [Online].; 2021 [cited 2025 01 06. Available from: <https://escolasalut.sjdhospitalbarcelona.org/es/consejos-salud/embarazo/conoce-distintos-tipos-parto>.
24. Rodrigo A, Paraíso B, Barranquero M, Oviedo O. Reproducción Asistida Org. [Online].; 2023 [cited 2025 01 06. Available from: <https://www.reproduccionasistida.org/parto/>.
25. Parto Natural Madrid. Parto Natural Madrid. [Online].; 2024 [cited 2025 01 07. Available from: <https://partonaturalmadrid.es/parto-de-nalgas/>.
26. Ruiz C. Web Consultas. [Online].; 2023 [cited 2025 01 07. Available from: <https://www.webconsultas.com/embarazo/el-parto/parto-vaginal-de-nalgas-cuando-se-puede-realizar-y-riesgos>.
27. Melaku L. Physiological Changes in the Pregnancy and Anesthetic Implication during Labor, Delivery, and Postpartum. *The Open Anesthesia Journal*. 2022; 16(1).
28. Cochrane Iberoamérica. Cochrane Iberoamérica. [Online].; 2023 [cited 2025 01 06. Available from: <https://es.cochrane.org/es/news/que-efectos-tiene-el-tratamiento-con-sulfato-de-magnesio-en-las-mujeres-con-preeclampsia-y>.
29. Mayo Clinic. Mayo Clinic. [Online].; 2022 [cited 2025 01 06. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/placental-abruption/symptoms-causes/syc-20376458>.
30. Vázquez J. Hemorragia intraparto y lesión renal aguda en pacientes con finalización del embarazo mediante cesárea. *Ginecología y obstetricia de México*. 2020; 88(4): p. 223-229.
31. Fowler J, Simon L. National Library of Medicine. [Online].; 2023 [cited 2025 01 17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532251/>.
32. Nogales F, Aguilar E, Ballesteros I. Distocia de hombros en paritorio: a propósito de un caso. *Revista Científico-Sanitaria SANUM*. 2021; 5(1).
33. Añaza S. Reproducción Asistida Org. [Online].; 2023 [cited 2025 01 06. Available from: <https://www.reproduccionasistida.org/sindrome-de-aspiracion-de-meconio/>.
34. De Bellefonds C. What to expect. [Online].; 2022 [cited 2025 01 17. Available from: <https://www.whattoexpect.com/pregnancy/pregnancy-health/complications/cord-prolapse.aspx>.

35. Medline Plus. Medline Plus. [Online]. [cited 2025 01 02. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000011.htm#:~:text=RCP%20corresponde%20a%20las%20siglas,ahogo%2C%20asfixia%20u%20otras%20lesiones>.
36. Antuña M. Top Doctors México. [Online].; 2024. Available from: <https://www.topdoctors.mx/diccionario-medico/reanimacion-neonatal-basica-y-avanzada/>.
37. Pule F, Puli D. Conocimientos y actitudes del profesional de enfermería sobre Reanimación Cardio Pulmonar neonatal en dos hospitales del austro del Ecuador, 2023-2024. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2024.
38. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Organización Mundial de la Salud [OMS]. [Online]. [cited 2025 01 17. Available from: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/IND-CH-14-04-OPERATIONAL-GUIDANCE-2009-eng-Manual.pdf>.
39. Ticliahuanca Y. Conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar neonatal y actitudes de la enfermera en el Instituto Nacional de Lima, 2023. Lima: Universidad norbert Wiener, Lima; 2023.
40. Ramos Tarrillo E, Ramos Tarrillo M, Cabrera E, Tenorio J, Bustamante L. Factores neonatales que predisponen la hospitalización del recién nacido con bajo peso en Chota Cajamarca. Ciencia Nor@ndina. 2024; 7(2).
41. Gutiérrez R, Cuadra M, Alarcón R, Alarcón J, Chávez T. Factores de riesgo maternos de mortalidad perinatal en el Hospital Belén de Trujillo 2012 - 2021. Revista de Investigación Estadística. 2024; 6(1).
42. Jaime W, Ynfantes B. Factores perinatales y maternos del recién nacido relacionados con el Apgar al nacer en un hospital público, Nuevo Chimbote. Tesis de licenciatura. Nuevo Chimbote: Universidad Nacional del Santa, Escuela Profesional de Enfermería; 2023.
43. Bohórquez C. Factores de riesgo que influyen en la puntuación del test de Apgar en el recién nacido atendido en el hospital Dr. Rafael Serrano López, La Libertad. Tesis de licenciatura. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, Carrera de Enfermería; 2021.
44. Castro X, Oviedo J. Factores de riesgo asociados a asfixia neonatal en recién nacidos atendidos en el hospital escuela Carlos Roberto Huembes, durante el periodo enero 2020 y enero 2022. Tesis doctoral. Nanagua: Universidad de Ciencias Médicas, Carrera de medicina y cirugía; 2023.
45. Arias J. Técnicas e instrumentos de Investigación Científica Arequipa: Enfoques Consulting EIRL; 2020.
46. Hernández - Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2018.

ANEXOS
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombres y apellidos: _____

Edad: _____ **Fecha:** _____

N° Historia Clínica: _____

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad de la madre (en años): _____

2. Grado de instrucción

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior Universitaria
- d) Ninguna
- e) Otra: _____

3. Ocupación

- a) Ama de casa
- b) Estudiante
- c) Profesional
- d) Negocio propio

4. Estado Civil

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

5. Lugar de procedencia

- a) Arequipa
- b) Lima
- c) Otra ciudad del Perú: _____
- d) País extranjero: _____

II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

- Edad gestacional (en semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Número de gestaciones previas: _____
- Número de hijos pretérmino: _____
- Periodo intergenésico (en meses): _____
- Número de abortos: _____
- Antecedentes gineco
obstétricos: _____
- _____
- _____
- _____

III. Factores de riesgo asociados a Reanimación Cardio Pulmonar neonatal

	¿Se presentó alguno de los siguientes factores de riesgo prenatales?	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Hipertensión materna			
2	Preeclampsia			
3	Eclampsia			
4	Polihidramnios			
5	Oligohidramnios			
6	Gestación múltiple			
7	Hidropesía fetal			
8	Anemia fetal			
9	Macrosomía fetal			
10	Restricción del crecimiento intrauterino			
11	Diabetes materna			
12	Infección materna			
13	Actividad fetal disminuida			
	¿Se presentó alguno de los siguientes factores de riesgo intraparto?	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Parto con fórceps			
2	Parto con ventosa			
3	Parto de nalgas			
4	Terapia materna con magnesio			
5	Desprendimiento prematuro de la placenta			
6	Hemorragia intraparto			
7	Corioamnionitis			
8	Distocia de hombros			
9	Síndrome de aspiración de meconio			
10	Prolapso del cordón umbilical			

IV. Necesidad de uso de Reanimación Cardio Pulmonar neonatal

1	¿Hubo necesidad de llevar a cabo la Reanimación Cardio Pulmonar en el bebé?		
		SI	NO
2	Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿Cuál fue el resultado de la reanimación?		
		POSITIVO	NEGATIVO