



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TITULO

**DISTOCIA FUNICULAR Y LA VITALIDAD DE LOS RECIÉN
NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, MARZO-JUNIO 2017**

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

PRESENTADO POR:

Betzabe Ginna Turpo Ramos

ASESOR: Dr. Sosimo Tello Huarancca

Abancay, Perú - 2017

DEDICATORIA

Se dedica este trabajo con todo cariño y amor a mis queridos padres Silvestre Turpo Mamani y Teresa Ramos Aparicio, por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para mi futuro y por creer en mi capacidad, aun en los momentos difíciles siempre han estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

Para mis hermanas quienes con sus palabras de aliento no me dejaron decaer para que siga adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

A las obstetras quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos durante cinco años, a su vez estuvieron apoyándome para lograr que este sueño se haga realidad.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia, por brindarme salud.

Agradezco a mis padres Silvestre y Teresa, por haberme proporcionado la mejor educación para mi vida y sobre todo confiar en mis decisiones.

Agradezco a la universidad alas peruanas por permitirme ser parte y abirme las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera; así mismo agradezco a todas las (os) obstetras que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

RESUMEN

El presente estudio sobre distocia funicular y la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, marzo-junio 2017. Tiene como Objetivo: Determinar la relación que existe entre las distocias funiculares y la vitalidad de los recién nacidos. Material y método: el presente trabajo de investigación es de tipo básica, observacional, prospectiva, transversal, se utilizó como técnica la entrevista y la documentación, como instrumento se utilizó ficha de recolección de datos y cuestionario, y se aplicó a 351 puérperas. Resultados: el análisis estadístico encontró que las distocias funiculares se distribuyen: circular de cordón 20,5%, brevedad de cordón 4,0%, prolapso de cordón 0,3%, y la relación con circular de cordón y la vitalidad del recién nacido, se obtuvo como resultado 20,8% con depresión moderada, brevedad de cordón y la vitalidad del recién nacido, se obtuvo como resultado 50% con depresión severa, prolapso de cordón y la vitalidad del recién nacido, se obtuvo como resultado 100% con depresión severa. Conclusiones: las distocias funiculares y la vitalidad de los recién nacidos se relacionan con significancia estadística para un Apgar bajo al nacer.

PALABRAS CLAVES: distocia funicular: circular de cordón, brevedad de cordón, prolapso de cordón y vitalidad del recién nacido.

ABSTRACT

The present study on funicular dystocia and the vitality of newborns attended at the Regional Hospital Guillermo Díaz De La Vega, March-June 2017. It has as Objective: To determine the relationship between funicular dystocia and the vitality of newborns. Material and method: the present research work is of a basic, prospective, cross-sectional type. The interview and documentation were used as a technique. Data collection and questionnaire were used as instrument, and it was applied to 351 postpartum women. Results: statistical analysis found that funicular dystocia are distributed: cord circular 20.5%, cord brevity 4.0%, cord prolapse 0.3%, and the relationship with cord circular and vitality of the newborn, Resulting in 20,8% with moderate depression, cord brevity and vitality of the newborn, resulted in 50% with severe depression, cord prolapse and vitality of the newborn, was obtained as a result 100% with severe depression. Conclusions: funicular dystocia and vitality of newborns are associated with statistical significance for low Apgar at birth.

KEY WORDS: funicular dystocia: cord circular, cord brevity, cord prolapse and vitality of the newborn.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
INTRODUCCION	xi
CAPITULO I.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	11
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.2.1 DELIMITACIÓN TEMPORAL	14
1.2.2 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA	14
1.2.3 DELIMITACIÓN SOCIAL	14
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL.....	14
1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS	15
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	15
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL	16
1.5.2 HIPÓTESIS SECUNDARIAS.....	17
1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
CAPITULO II.....	18

MARCO TEORICO	18
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.2 BASES TEÓRICAS	23
2.2.1 EVALUACION DEL RECIEN NACIDO	23
2.2.2 PUNTUACIÓN DE APGAR	24
2.2.3 DISTOCIA FUNICULAR	28
2.2.4 GRUPO ETARIO	32
2.2.5 PARIDAD.....	33
2.2.6 CULMINACION DE PARTO	33
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	36
CAPITULO III.....	35
METODOLOGÍA	35
3.1 TIPO DE LA INVESTIGACION.....	35
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION	35
3.3 . POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
3.3.1 . POBLACIÓN.....	36
3.3.2 . MUESTRA.....	36
3.4 VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES	37
3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	38
3.5.1 TECNICAS	38
3.5.2 INSTRUMENTOS.....	38
3.6 . PROCEDIMIENTOS	39
CAPITULO IV	41
RESULTADOS	41
4.1 RESULTADOS	41
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	51

CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXOS	56
INSTRUMENTOS	
MATRIZ DE CONSISTENCIA	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Distribución de puérperas con distocias funiculares	42
Tabla 2.- Puérperas por vitalidad del recién nacido.....	43
Tabla 3.- Puérperas por distocia funicular según la vitalidad del recién nacido.....	44
Tabla 4.- Puérperas por distocia funicular según edad, paridad y vía de último.....	45
Tabla 5.- Puérperas por edad, paridad y vía de culminación de parto según la vitalidad del recién nacido.....	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Distribución de puérperas con distocias funiculares	42
Gráfico 2.- Puérperas por vitalidad del recién nacido.....	43
Gráfico 3.- Puérperas por distocia funicular según la vitalidad del recién nacido.....	44
Gráfico 4.- Puérperas por distocia funicular según edad, paridad y vía de último	45
Gráfico 5.- Puérperas por edad, paridad y vía de culminación de parto según la vitalidad del recién nacido	47

INTRODUCCION

La depresión respiratoria al nacer constituye un problema que ocupa un lugar muy importante como una de las principales causas de mortalidad perinatal en diferentes países, incluido Perú. Por lo que se requiere tomar medidas de urgencia al momento del nacimiento para disminuir la mortalidad neonatal.

Virginia Apgar fue una médico estadounidense que se especializo en anestesia y pediatría. En 1953 estudio, desarrollo y publico la primera escala de valoración de la vitalidad de los recién nacidos, denominada prueba de Apgar. Este test se aplica a todos los recién nacidos en dos momentos tras el parto, al primer minuto y nuevamente a los 5 minutos después del nacimiento, en ocasiones también a los 10 minutos. Esta prueba (escala) evalúa cinco parámetros: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color de piel.

Cada uno de estos parámetros se da una puntuación de 0 a 2 y la suma de los cinco alcanza un puntaje máximo de 10. Si el resultado es de 7 a 10 puntos nos indica que el recién nacido esta vigoroso. Si la puntuación es de 4 a 6 indica que existe una depresión moderada. Si la puntuación es de 0 a 3 indica una depresión severa, por lo que requiere una atención de emergencia.

Durante muchos años, este método ha logrado reducir la tasa de mortalidad y morbilidad, evaluando la vitalidad de los recién nacidos inmediatamente después del parto.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El APGAR es un sistema de calificación es un recurso clínico útil para identificar a aquellos recién nacidos que necesitan reanimación, así como valorar la eficacia de cualquier medida relacionada (Apgar, 1953). Se valora cada una de las cinco características identificables con facilidad: frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color, y se le asigna un valor de 0 a 2. La puntuación total, con base en la suma de los cinco componentes se determina a los minutos 1 y 5 después del nacimiento. (1)

La calificación de Apgar al minuto 1 refleja la necesidad de reanimación inmediata. La calificación al minuto 5, y en particular el cambio de la calificación entre los minutos 1 y 5, es un útil índice de la eficacia de los esfuerzos de reanimación. La calificación de Apgar a los 5 min también tiene importancia para

el pronóstico de la supervivencia neonatal, dado que se relaciona de modo estrecho con el estado del recién nacido en la sala de partos. (1)

El puntaje de Apgar se utilizó inicialmente para determinar los efectos de la presentación fetal, el tipo de parto y la anestesia utilizada en neonatos y para comparar los resultados de la práctica obstétrica, en diferentes hospitales. Según Hübner el uso del puntaje de Apgar no es útil para la predicción del pronóstico neurológico a largo plazo; sin embargo, la poca utilidad del score de Apgar como predictor de desarrollo neurológico (propósito para el que no fue ideado), no disminuye su valor, especialmente en neonatos a término y para definir la necesidad de reanimación o no y eventualmente determinar el riesgo de muerte neonatal. (2)

El score de Apgar es un método ampliamente usado para la rápida evaluación y seguimiento temprano postnatal inmediato del neonato y un Apgar bajo de por sí no constituye evidencia de asfixia intraparto, pero podría estar relacionado con prematuridad, malformaciones congénitas, alteraciones cardíacas o respiratorias, parto distócico, injurias al nacimiento, accidentes de cordón umbilical, infecciones perinatales, sedación materna o anestesia. (2)

Disminuir la mortalidad infantil es un reto trazado a nivel mundial en los últimos años, ya que es considerado además de un problema de salud pública el reflejo del nivel de desarrollo y calidad de salud de la población. Según la Organización Mundial de Salud (OMS) la mortalidad perinatal representa más de la mitad de

la mortalidad infantil en el mundo. En el caso de Perú representa el 52.9%, por lo que se han ido creado estrategias e instrumentos para poder cumplir este objetivo. (3)

Según la OMS la mortalidad infantil (menores de 5 años) ha disminuido de 12.7 millones en 1990 a 5, 9 millones en el 2015, a pesar de ello sigue siendo alta la tasa de mortalidad infantil y de ellos el 75 % se produce durante la primera semana de vida y de un 25 a 45 % se produce en las primeras 24 horas; siendo las causas principales, prematuros (29%), asfixia durante el parto (23%) e infecciones materno perinatales (25%). La OMS sugiere que con intervenciones inmediatas estas cifras pueden disminuir. (3)

En el Perú la mortalidad infantil sigue siendo un problema de salud pública, a pesar de que, en los últimos años esta ha disminuido significativamente; la tasa para el 2012 es de 17.5 por 1000 nacidos vivos, de ellos el 50% representa a la mortalidad neonatal. Siendo las causas principales prematuridad (25%), infecciones materno perinatales (23.5%), asfixia en el parto (14%), malformaciones congénitas letales (11%). El Ministerio de salud del Perú indica que cerca del 40 % de la tasa de muerte neonatal podría evitarse con atención inmediata y oportuna. (3)

Actualmente a pesar de las limitaciones que tiene el Score de Apgar, sigue siendo una herramienta útil y práctica ya que puede indicarnos el momento para tomar acción rápida para una oportuna reanimación neonatal. Hay estudios que

indican que el Score de Apgar bajo puede predecir una eventual mortalidad neonatal y que un Score de Apgar bajo a los cinco minutos y más aún si ambas puntuaciones del primero y los cinco minutos son bajos puede asociarse a parálisis cerebral. (3)

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 DELIMITACIÓN TEMPORAL

El presente estudio se realizó durante los meses de marzo a junio del 2017.

1.2.2 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

El presente estudio tuvo como ámbito espacial el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega de categoría nivel II – 2 perteneciente al ministerio de salud, ubicado en la Av. Daniel Alcides Carrión S/N provincia de Abancay región Apurímac.

1.2.3 DELIMITACIÓN SOCIAL

El presente estudio se realizó en pacientes puérperas que acuden al Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

- ¿Qué relación existe entre las distocias funiculares y la vitalidad de los recién nacido atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, marzo-junio 2017?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuál es la distribución de la frecuencia de las distocias funiculares en pacientes puérperas atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, marzo-junio 2017?
- ¿Cómo es la vitalidad del recién nacido a través del APGAR al minuto en neonatos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, marzo-junio 2017?
- ¿El circular de cordón tiene relación con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, marzo-junio 2017?
- ¿La brevedad del cordón tiene relación con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, marzo-junio 2017?
- ¿El prolapso de cordón tiene relación con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, marzo-junio 2017?
- ¿Cuáles son las características personales y obstétricas de las puérperas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, marzo-junio 2017?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación que existe entre las distocias funiculares y la vitalidad de los recién nacido atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, marzo-junio 2017.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la distribución de la frecuencia de las distocias funiculares en pacientes puérperas atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, marzo-junio 2017.
- Caracterizar la valoración clínica de los recién nacido atendidos en Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, marzo-junio 2017 mediante el puntaje del APGAR al minuto.
- Relacionar el circular de cordón con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, marzo-junio 2017.
- Relacionar la brevedad del cordón con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, marzo-junio 2017.
- Relacionar el prolapso de cordón con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, marzo-junio 2017.
- Describir las características personales y obstétricas de las puérperas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, marzo-junio 2017.

1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL

- Las distocias funiculares se relacionan significativamente con la vitalidad de los recién nacido atendidos en el hospital Regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017.

1.5.2 HIPÓTESIS SECUNDARIAS

- El circular de cordón se relaciona significativamente con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017.
- La brevedad de cordón se relaciona significativamente con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017.
- El prolapso de cordón se relaciona significativamente con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017.

1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo aporta con el conocimiento científico al determinar la relación que existe entre las distocias funiculares y la vitalidad del recién nacido, para poder tomar decisiones oportunas y prevenir complicaciones en éste, contribuyendo a disminuir el índice de mortalidad y morbilidad infantil.

El score de Apgar es una herramienta muy utilizado en nuestro medio para valorar la condición del recién nacido y su necesidad de recibir una pronta reanimación y terapéutica en caso de necesitarla. A pesar de haber otras herramientas que podrían ser útiles, ésta en comparación a otras es mucho más fácil al identificar sus variables y poder aplicarla.

Servirá como línea de base, puesto que la atención al recién nacido tiene que ser óptima y oportuna, ya que los cambios fisiológicos y las complicaciones que

se puedan presentar al momento del parto, puesto que estas se presentan de una manera inesperada.

Con esta investigación se pretende identificar aquellos factores de riesgo maternos, obstétricos y del recién nacido que condicionan a un Apgar bajo.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Aristides Ballester, Ivar (4), en su trabajo “Circular de cordón y su repercusión perinatal.”, realizado en el año 2006, con el objetivo de conocer cuáles son las características y factores asociados a la presencia de circular de cordón y su repercusión perinatal, comparar la edad materna, número de gestas, forma de terminación del embarazo, pesos de los recién nacidos y el puntaje Apgar alcanzado de acuerdo a la presencia o ausencia de circular de cordón. Se concluye que: El 79,9% de las circulares de cordón eran deslizables y el 20,1% no deslizables. De las circulares de cordón que presentaron 1 vuelta de circular el 18,2% no eran deslizables; de las que presentaron 2 vueltas, el 27,3% no eran deslizables; de las que presentaron 3 vueltas, el 27,3% no eran deslizables y de las que presentaron 4 vueltas el 100% no eran deslizables. Tanto en el grupo que presentó circular de cordón como en el grupo sin circular de cordón la edad materna más frecuente corresponde al intervalo de 25 a 34

años. La cantidad de gestas de ambos grupos presento un promedio de 1,9% gestas. Los grupos no presentaron diferencias en la frecuencia de partos vaginales y de cesáreas. El parto instrumental se presentó en el 63,6% del grupo con circular de cordón y en el 36,4% del grupo sin circular de cordón. Los grupos no presentan diferencias significativas en el peso de los recién nacidos. Del total de recién nacidos el 0,007% corresponde a recién nacidos muertos, de los cuales el 66,7% presentaban circular de cordón y el 33,3% no presentaban circular de cordón. De los recién nacidos que tuvieron un puntaje Apgar al 1° minuto de 3 o menos el 33,3% presentaba circular de cordón y de los que tuvieron un puntaje superior a 3 el 49,9% presentaba circular de cordón. De los recién nacidos que presentaron un Apgar a los 5 minutos de 6 o menos, el 66,7% presentaba circular de cordón y de los que tuvieron un puntaje superior a 6 el 49,8% presentaron circular de cordón. Se encontró una relación estadísticamente significativamente entre la presencia de meconio en el líquido amniótico y la presencia de circular de cordón.

Álvarez Gómez, Carlos A. y Col (5), en su trabajo “Factores influyentes en la depresión neonatal en Santa Cruz del Norte”, en el año 2014, con el Objetivo de identificar los factores influyentes en la depresión neonatal. Métodos: se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en el Policlínico Hospital “Alberto Fernández Valdés” durante los años 2003 al 2012, en el municipio Santa Cruz del Norte, provincia Mayabeque. El universo fue de 124 recién nacidos con Apgar, al minuto de nacer, menor de 7 y la muestra de 92 casos escogidos al azar. Los datos se recolectaron mediante un formulario para el análisis de las variables de estudio y se empleó la distribución de

frecuencias, media aritmética, desviación estándar y porcentaje como medidas de resumen. Resultados: la depresión al nacer fue más frecuente en hijos de madres mayores de 35 años (43,48 %), blancas (42,39 %) y con antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo en el 25 % y 18,48 % respectivamente; la circular del cordón (45,65 %), la preeclampsia (25 %) y la rotura prematura de las membranas (14,13%) fueron las afecciones del embarazo que más se presentaron; el nacimiento a término fue el más representado (57,61 %) y la cesárea la vía del parto más frecuente (44,57 %); la mayoría de los recién nacidos deprimidos fueron masculinos (57,61 %) y con peso normal al nacer (46,74 %). Conclusiones: existen múltiples factores que pudieran influir en la depresión al nacer, mucho de los cuales son susceptibles de ser modificados o controlados desde la atención primaria de salud.

Gálvez Díaz, Haydee Raquel (6), en su trabajo "Partos con circulares de cordón umbilical y su influencia en el apgar del recién nacido en el hospital de apoyo integrado – II – Ips Tarapoto", realizado en el año 1991, con los Objetivos: Determinar la frecuencia de presentación de circular de cordón umbilical; Determinar la morbilidad neonatal inmediata a través del índice de apgar. Se presenta el estudio de 315 partos consecutivos de niños viables que produjeron 72 nacimientos con Circular de Cordón Umbilical. El Circular de Cordón Umbilical estuvo presente en el 22.9% del total de nacimientos, la más frecuente disposición fue alrededor del cuello fetal 97.2%, de ellas la Circular Simple y Doble fue del 84.7 y 12.6 por ciento respectivamente las restantes corresponden a Circulares al Cuerpo (2.8%). La longitud promedio del Cordón Umbilical fue de 51cms., y las longitudes promedio de los Circulares Simple y

Doble fue de 53 y 63 cms. respectivamente. Siendo las longitudes mínimas para un Circular Simple, 28 cms., y para la Doble, 63 cms. El Apgar al primer minuto es Alto en el grupo circular con una frecuencia de presentación de 90.3 por ciento y para el No Circular se registran resultados similares, pero al ser analizado en relación con el Tipo de Circular y la Longitud del Cordón se analiza que el Circular Simple al Cuello en modalidad de Longitud Corto es que determina Apgar Bajo (puntaje de 4 - 6). Así mismo registramos nacimientos con pesos entre 2500 - 3999 grs. en el 87.5 por ciento correspondiendo casi el mismo porcentaje de recién nacidos a una Edad Gestacional a Término.

Merino Morán, Shelah Janis (7), en su trabajo “Distocia funicular y depresión neonatal en recién nacidos a término de parto eutócico atendidos en el hospital nacional Sergio E. Bernales – Collique” realizado en el año 2005, donde menciona que la depresión perinatal es un problema clínico que conduce a una alta mortalidad y morbilidad neurológica. Anualmente cerca de 4 millones de recién nacidos son afectados por esta entidad en todo el mundo y el 50% de éstos fallece o presenta secuelas neurológicas. La distocia funicular es una de las principales patologías que se asocia con depresión neonatal. El presente trabajo se realizó en el año 2005 para determinar la relación de distocia funicular y depresión neonatal en recién nacidos a término de parto eutócico atendidos en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, para lo cual se incluyó a todas las gestantes con distocia funicular que desarrollaron algún grado de depresión neonatal en recién nacidos a término de parto eutócico. El presente estudio determinó que el riesgo de presentar algún grado de depresión neonatal es 5 veces mayor cuando existe distocia funicular. La

frecuencia de distocia funicular prevalente fue del 7%. Casi la mitad de los casos con distocia funicular presentó algún grado de depresión neonatal.

Garfias Rodas, Diana Carolina (8), en su trabajo “Circular de cordón y el apgar en el recién nacido en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz”, en el año 2015, con el objetivo de determinar la relación que existe entre el circular de cordón y el Apgar en los recién nacidos atendidos en Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante los meses de julio hasta diciembre de 2015. Material y Métodos: El diseño del estudio fue de tipo retrospectivo, descriptivo correlacional, de corte transversal y enfoque cuantitativo. La población de 1714, la muestra 114 historias clínicas de recién nacidos. Resultados: De todos los partos en el tiempo de estudio, presentaron circular de cordón 21.7% de recién nacidos, predominaron: circular simple 64%; líquido amniótico claro 51%; Apgar al minuto mayor a 7 con 79%; circular simple 86 % y circular doble 77% con Apgar al 1 minuto mayor a 7 siendo resultados significativos con [Chi2 = 6.125 p =0,046]. Apgar al 1 minuto es mayor a 7 con presencia de líquido claro 74%, líquido meconial fluido 11%, líquido meconial espeso 36% siendo resultados significativos con [Chi2 = 40.99 p =0,00]. Líquido claro 69% en circular simple y 31% circular doble siendo resultados significativos con [Chi2 = 10.43 p =0,03]. Conclusión: Al análisis con chi cuadrado y corrección de Yates, se constató existe relación estadísticamente significativa entre las características del líquido amniótico y Apgar al minuto del recién nacido.

Torres Alarcón, Derly Rocío (3), en su trabajo “Factores de riesgo asociados a score de apgar bajo en el servicio de neonatología del hospital de Ventanilla”,

en el año 2016, con el Objetivo de determinar los factores de riesgo que se asocian a score de Apgar bajo en el servicio de Neonatología del Hospital de Ventanilla. Métodos: se realizó una investigación analítica, retrospectiva de tipo caso control en 160 recién nacidos en el servicio de neonatología del Hospital de Ventanilla periodo de julio a diciembre del 2016 divididos en 2 grupos: 80 recién nacidos con Apgar <7 y 80 con Apgar \geq 7. Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS V 22.0 utilizando para el análisis OR con IC95%, y la prueba chi -cuadrado $p < 0.05$. Resultados: el análisis estadístico encontró que los factores de riesgo fueron el embarazo adolescente (OR=3.6 $p < 0.003$), ITU en gestantes (OR=4.0 $p < 0.000$), Preeclampsia (OR=4.5 $p = 0.015$), cesárea (OR=2.33 $p < 0.020$), prematuridad (OR=4.0 $p < 0.012$), bajo peso al nacer (OR=5.5 $p < 0.016$), líquido meconial espeso (OR=8.2 $p < 0.002$) circular de cordón (OR= 4.9 $p < 0.00$), control prenatal deficiente (OR= 4.5 $p = 0.00$). Conclusiones: Los factores de riesgo que se asocian a score de Apgar bajo al nacer fueron el embarazo adolescente, la Preeclampsia, ITU en gestante, el tipo de parto “Cesárea”, el líquido meconial espeso, la prematuridad, el bajo peso al nacer, el circular de cordón y la atención prenatal deficiente.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 EVALUACION DEL RECIEN NACIDO

Una atención adecuada e integral del recién nacido representa el primer paso de una serie de acciones preventivas y anticipatorias esenciales para preservar el derecho a la vida de las personas. (9)

Al examinar inicialmente al recién nacido en la sala de partos, determinar la vitalidad, evidencias de traumatismos obstétricos, problemas de adaptación inmediata, detectar signos de alarma, quejidos palidez, cianosis, apnea, dificultad respiratoria, y cardiovascular, llanto débil, flacidez y defectos congénitos. La adaptación al medio extrauterino es un proceso dinámico de múltiples funciones y con gran variabilidad. El recién nacido con riesgo debe ser observado en las primeras horas de transición y en alojamiento conjunto por la madre y el personal de salud. Si el recién nacido tiene riesgo mediano o alto, es necesario derivarlo a la Unidad de Cuidados Intermedios o a la Unidad de Cuidados Intensivos. Se observa en las primeras horas la actividad, el tono muscular, el color, dificultad respiratoria, la intensidad de la succión, deglución, la micción, y la eliminación del meconio. (10)

2.2.2 PUNTUACIÓN DE APGAR

Este examen, expresa la adaptación cardiorrespiratoria y función neurológica del recién nacido. El puntaje de Apgar consiste en la suma de los puntos asignados (0, 1, 2), a cinco signos objetivos: frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y color de la piel del neonato, se debe realizar al primer y quinto minuto de vida. (10)

El puntaje de Apgar, proporciona un método clínico práctico para cuantificar el estado de vitalidad del recién nacido en el primer minuto y el riesgo del daño neurológico futuro, a través de los puntajes sucesivos. (10)

La calificación de Apgar al minuto 1 refleja la necesidad de reanimación inmediata. La calificación al minuto 5, y en particular el cambio de la calificación entre los minutos 1 y 5, es un útil índice de la eficacia de los esfuerzos de reanimación. La calificación de Apgar a los 5 min también tiene importancia para el pronóstico de la supervivencia neonatal, dado que se relaciona de modo estrecho con el estado del recién nacido en la sala de partos. (1)

Es recomendable realizar una buena evaluación porque de esta depende el pronóstico del neonato. Algunos elementos del puntaje de Apgar como color, irritabilidad refleja y tono son parcialmente independientes de la edad gestacional del recién nacido. Por esta causa, es frecuente que el prematuro normal reciba puntaje de Apgar bajos a pesar de no existir evidencia de anoxia o depresión neurológica. Otros factores, como la sedación o analgesia materna, que reducen el tono y las respuestas reflejas del recién nacido, interfieren con la capacidad predictiva del Apgar, lo que produce un sobre diagnóstico de estados asfícticos. (10)

2.2.2.1 PARÁMETROS DEL TEST DE APGAR

Este sistema de calificación es un recurso clínico útil para identificar a aquellos recién nacidos que necesitan reanimación, así como valorar la eficacia de cualquier medida relacionada (Apgar, 1953). Se valora cada una de las cinco características identificables con facilidad: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color, y se le

asigna un valor de 0 a 2. La puntuación total, con base en la suma de los cinco componentes se determina a los minutos 1 y 5 después del nacimiento. (1)

a) FRECUENCIA CARDIACA

La frecuencia cardiaca normalmente varía entre 120 y 160 latidos por minuto. El ritmo habitualmente regular. Si hay arritmia o taquicardia, investigar la causa. Los soplos son habitualmente funcionales y transitorios, se debe considerar su intensidad, localización y carácter. Palpar los pulsos periféricos y el femoral para descartar ductus arterioso que es frecuente en el prematuro. Ante cualquier duda, la atenta observación y valoración de la evaluación clínica, junto a la radiografía de tórax anteroposterior y oblicua derecha, en el mejor medio para obtener una valoración exacta del problema cardiovascular. (10)

- Frecuencia cardiaca (latidos, pulso): ausente: 0 puntos, menos de 100: 1 punto, 100 o más: 2 puntos.

(9)

b) ESFUERZO RESPIRATORIO

Durante el parto se produce la eliminación forzada de líquido de las vías aéreas del recién nacido más o menos de 30 ml que está dado por las presiones ejercidas por el canal de parto (30 a 160 ml de H₂O) en la caja torácica de este lo que

permite que luego del nacimiento se presente la primera respiración que permite el ingreso del aire hacia los alveolos para que se produzca el intercambio gaseoso y el establecimiento de la capacidad residual. La expansión de los pulmones y mantener la respiración vigorosa; es producido por una caída rápida de la resistencia pulmonar.

(11)

- Esfuerzo respiratorio: ausente: 0 puntos, débil o irregular: 1 punto, llanto vigoroso: 2 puntos. (9)

c) TONO MUSCULAR

Al evaluar al recién nacido, este se encuentra con los miembros semiflexionados, al movimiento encontramos que tiene que ser espontánea y simétrica. El tono se relaciona con la edad gestacional, el manejo de trabajo de parto o los cambios metabólicos, estos pueden producir alteraciones en el tono muscular que se observan cuando el recién nacido esta flácido, con movimientos irregulares o incluso sin movimientos al realizar algún estímulo. (11)

- Tono muscular: flacidez total: 0 puntos, cierta flexión de extremidades: 1 punto, movimientos activos: 2 puntos. (9)

d) IRRITABILIDAD REFLEJA

Este componente del test de Apgar se mide por medio de la estimulación táctil, que producen movimientos y actitudes corporales; se puede utilizar mecanismos como utilizar una

sonda para succionar las narinas y la oro faringe con lo que se producen gestos, estornudos, llanto vigoroso o tos. Si estas no se producen o son débiles sugieren una alteración neurológica. (11)

- Irritabilidad refleja (estimulo nasal): no hay respuesta: 0 puntos, reacción discreta (muecas): 1 punto, llanto, tos o estornudos: 2 puntos. (9)

e) COLOR

La coloración en un recién nacido es dependiente del esfuerzo respiratorio y de la frecuencia cardiaca, es el signo más irregular ya que la coloración cianótica pueden persistir por varios minutos incluso a pesar de recibir oxígeno y ventilación, por lo general los recién nacidos reciben solo 1 punto en el test de Apgar al 1° y 5° minuto. (11)

- Color (piel y mucosas): cianosis total, azul, pálido: 0 puntos, cuerpo rosado, extremidades azules: 1 punto, todo rosado: 2 puntos. (9)

2.2.3 DISTOCIA FUNICULAR

Las enfermedades, anomalías y trastornos del cordón umbilical pueden ser causantes de distocia, con grave repercusión sobre la vitalidad del feto desde que es el camino a través del cual se realizan todos los intercambios entre el feto y la placenta. Aunque no todas sus variedades tienen repercusión sobre él, en general muchas de las distocias que causa, pueden dificultar el flujo sanguíneo y hasta interrumpir la

circulación umbilical con graves consecuencias para el feto como causa de hipoxia y muerte fetal. (12)

2.2.3.1 CIRCULAR DE CORDON

Es frecuente que el cordón se enrede en torno a partes fetales, y esto es más común con los cordones largos. Las asas que se forman en torno al cuello se denominan *circulares al cuello*, y varios estudios grandes informan la existencia de una circular de este tipo en 20 a 34% de los partos, de dos circulares en 2.5 a 5%, y de tres en 0.2 a 0.5%. A medida que el trabajo de parto avanza, las contracciones pueden comprimir los vasos del cordón y producir desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal que persistan hasta que la contracción termina. Durante el trabajo de parto, 20% de los fetos que tiene una circular al cuello cursa con desaceleraciones variables de la frecuencia cardíaca de intensidad moderada o intensa, y también tiene mayor probabilidad de presentar un pH más bajo en la arteria umbilical. Por fortuna, el enrollamiento del cordón en torno al cuello es una causa infrecuente de evolución perinatal adversa. (1)

Su incidencia es favorecida por la movilidad excesiva del feto, por la exagerada longitud del cordón y por exceso de líquido amniótico. Cuando la circular de cordón determina el acortamiento excesivo del mismo, sus consecuencias son las mismas que las del cordón breve. (12)

- El tratamiento de la circular de cordón propiamente dicho solo se puede realizar durante el expulsivo, cuando se objetiva su presencia, pero indirectamente por sus efectos como causa de sufrimiento fetal, el manejo de este puede significar el tratamiento de la circular ajustado como factor etiológico a demostrarse después, como sucede cuando la indicación es la cesárea. (12)
- Durante el parto, cuando se ha producido el desprendimiento de la cabeza, en caso de circular simple se procede a rechazarla por encima de los hombros o por delante de la cabeza, sosteniendo la presentación para que no se desprenda violentamente. En caso de circular ajustada, que dificulta esta maniobra, así como en casos de circular doble y triple se procede a la sección del cordón entre dos pinzas. (12)

2.2.3.2 BREVEDAD DE CORDON

Casi todos los cordones umbilicales tienen entre 50 y 60 cm de longitud y muy pocos son anormalmente cortos o largos. Los cordones cortos pueden asociarse a una evolución perinatal adversa, como restricción del crecimiento fetal, malformaciones congénitas, sufrimiento durante el parto y aumento al doble del riesgo de muerte. (1)

Se denomina cordón breve, cuando el cordón tiene dimensiones por debajo de 20 centímetros. Ocasiona complicaciones en el descenso de la presentación, rotura del cordón y hasta arrancamiento o inversión uterina. Se considera que puede ser causa de desprendimiento prematuro de placenta. Existe la brevedad relativa, cuando por efecto de las circulares sobre el feto, tamaño libre relativamente es corto. (12)

2.2.3.3 PROLAPSO DE CORDON

Se denomina prolapso de cordón al descenso de este por delante de la presentación, pudiendo estar las membranas integras o rotas. Se considera que esta en procúbito cuando están integras y en procidencia cuando están rotas. Se reserva la denominación de laterocidencia cuando el cordón se encuentra anormalmente entre el polo de presentación y la pared del canal pélvico. (12)

- En cuanto a su etiología hay que precisar que se produce como consecuencia de otras anomalías del embarazo y el parto, encontrándolo con frecuencia asociado a situación transversa, favorecido por los mismos causales de esta perturbación, presentación pelviana debido a que el polo de presentación no llena totalmente el conducto del parto, hiperdistensión uterina, pelvis estrecha, hidramnios, placenta previa, presentación alta, rotura prematura de membrana en ciertos casos, etc. (12)

- El diagnóstico se hace a la simple inspección cuando se prolapsa hasta por fuera de la vulva. Con más frecuencia, se encuentra al tacto vaginal, la presencia del cordón ocupando la vagina o a nivel del cuello precediendo la presentación; se identifica por la pulsación de sus vasos que corresponde a la frecuencia cardíaca fetal. En caso de haberse instalado sufrimiento fetal se encontrara la frecuencia disminuida y totalmente ausente en caso de muerte fetal. Tener cuidado para diagnosticar ausencia de latidos, pues durante la contracción pueden quedar totalmente abolidos para reaparecer al cesar esta. (12)
- La consecuencia del prolapso de cordón es su compresión contra las paredes de la pelvis, por el encajamiento y descenso de la presentación, produciendo la interrupción violenta de los intercambios entre madre y feto y la hipoxia consiguiente en el feto que lo llevan al sufrimiento primero y seguidamente a la muerte. (12)
- En el tratamiento debe evitarse maniobras de reposición, que predisponen a la infección y muerte. El tratamiento debe ser la operación cesárea de urgencia, con mucha más razón si se tienen en cuenta sus factores etiológicos. (12)

2.2.4 GRUPO ETARIO

Es una calificación que se aplica a los grupos de personas, y se basan en la edad como carácter distintivo, llamándolos grupos etarios, a los

que comprenden a aquellos que poseen una misma edad cronológica.

(13)

2.2.5 PARIDAD

Número total de recién nacidos a términos, preterminos, abortos y número de hijos vivos actualmente. (11)

a) PRIMIPARA

Mujer que ha tenido un solo parto independiente del número de los embarazos. (11)

b) MULTIPARA

Mujer que ha tenido más de dos partos independientes del número de los embarazos. (11)

c) GRAN MULTIPARA

Mujer que ha tenido más de 6 partos independientes del número de los embarazos. (11)

2.2.6 CULMINACION DE PARTO

Vía de culminación de un embarazo que puede ser vaginal o cesárea.

(1)

2.2.6.1 PARTO POR VIA VAGINAL

Parto es el proceso por el cual se expulsa del útero, el producto de la concepción maduro o casi maduro, ya sea en forma espontánea y fisiológica constituyendo la eutócía o en forma normal o patológica en cuyo caso constituye la distocia.

(12)

Las últimas horas del embarazo humano se caracterizan por contracciones uterinas que producen dilatación cervical y hacen que el feto descienda por el conducto del parto. Mucho antes de estas contracciones enérgicas y dolorosas, hay preparaciones extensas, tanto en el útero como en el cuello uterino, y éstas progresan durante la gestación. En las primeras 36 a 38 semanas del embarazo normal, el miometrio se encuentra en un estado preparatorio, pero todavía sin respuesta. Al mismo tiempo, el cuello uterino comienza una primera etapa de remodelación denominada ablandamiento, aunque mantiene su integridad estructural. Después de esta quiescencia uterina prolongada, hay una fase de transición durante la cual se suspende la falta de respuesta miométrial y el cuello uterino experimenta maduración, borramiento y pérdida de la integridad estructural. Los procesos fisiológicos que regulan el parto y el inicio del trabajo de parto todavía siguen en definición. Sin embargo, está claro que el inicio del trabajo de parto representa la culminación de una serie de cambios bioquímicos en el útero y el cuello uterino. Éstos se deben a señales endocrinas y paracrinas que emanan tanto de la madre como del feto. Sus aportaciones relativas varían entre las distintas especies y son estas diferencias las que complican la aclaración de los factores exactos que regulan el parto humano. (1)

2.2.6.2 CESÁREA

Hoy en día se puede definir como operación cesárea a la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción, vivo o muerto, a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía). Esta definición no incluye la remoción de un feto de la cavidad abdominal en caso de ruptura uterina o en caso de un embarazo abdominal. (14)

- Su incidencia ha aumentado varias veces durante la última década, generalmente de manera innecesaria, por encima del 20% en nuestro medio, lo que la cesárea es una intervención no exenta de morbilidad materna y fetal. La morbilidad materna puede aumentar 3 a 4 veces y la mortalidad perinatal no ha disminuido apreciablemente y, más bien, puede incrementar durante el acto quirúrgico en manos no expertas. (10)
- La operación cesárea se utiliza en líneas generales cuando se halla contraindicado el trabajo de parto o cuando la salida por las vías normales no parece segura o realizable en el tiempo necesario como para prevenir el desarrollo de daño fetal o materno, o de ambos tipos. Hay indicaciones absolutas y relativas, originadas en causas maternas, fetales y mixtas o complejas. (15)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- Apgar: Es un examen rápido para evaluar parámetros que miden la vitalidad del recién nacido al primer minuto de vida.
- Distocia funicular: se considera distocia funicular a toda situación anatómica y/o posicional que conlleva riesgo de trastorno del flujo sanguíneo de los vasos umbilicales.
- Circular de cordón: Se denomina así a las vueltas que el cordón pueda dar alrededor del cuello, aunque puede enrollarse también en otras partes de su cuerpo, independientemente del número de vueltas.
- Cordón breve: Cordones muy cortos (menos de 30 cm) pueden presentar complicaciones al momento del parto.
- Prolapso de cordón: el cordón umbilical cae (se prolapsa) a través del cérvix abierto en la vagina por delante de la presentación

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación es de tipo observacional porque no existe intervención por parte del investigador, prospectiva de corte transversal, ya que este estudio se realizó en el tiempo que se diseñó y se comenzó a realizarse en el presente, pero los datos fueron analizados al culminar el tiempo requerido para la investigación. Básica por que los datos obtenidos servirán como base para que se tome en cuenta como fuente de datos para que otros investigadores puedan recurrir a esta información.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

La investigación tiene como diseño correlacional y transeccional, por que las variables que están relacionadas aportan cierta información explicativa, además sea correlacionado las dimensiones con las variables y las variables entre sí, lo que implica recolectar datos para luego describir la relación.

Su esquema correspondiente es el siguiente:

Esquema:

$$X1 - Y1$$

Donde:

X1 = variable

Y1 = variable

3.3 . POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1 . POBLACIÓN

La población objeto de estudio estuvo constituida por 351 pacientes mujeres puérperas atendidas durante los meses de marzo a junio del 2017 en el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega.

3.3.2 . MUESTRA

No se determinó el tamaño de la muestra, ya que el número de casos representativos son pequeños.

3.4 VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
DISTOCIAS FUNICULARES	CIRCULAR DE CORDON	Reporte de historia clínica	CON CIRCULAR SIN CIRCULAR	CUALITATIV A NOMINAL
	PROLAPSO DE CORDON	Reporte de historia clínica	CON PROLAPSO SIN PROLAPSO	
	BREVEDAD DE CORDON	Reporte de historia clínica	CORDON BREVE CORDON NORMAL	
VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADOR	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
VITALIDAD DEL RECIEN NACIDO	FRECUENCIA CARDIACA	VALORACION DEL APGAR AL MINUTO	0 A 3 : DEPRESIÓN SEVERA	NUMERICA DISCRETA
	ESFUERZO RESPIRATORIO		4 A 6: DEPRESIÓN MODERADA	
	TONO MUSCULAR		7 A 10 : VIGOROSO	
	IRRITABILIDAD REFLEJA			
	COLORACION DE LA PIEL			

VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN	GRUPO DE EDAD	12 a 17 años 18 a 29 años 30 a 49 años	ADOLESCENTE JOVEN ADULTA	CUALITATIVA ORDINAL
	PARIDAD	Primer parto 2 A 5 partos Mayor de 6 partos	PRIMIPARA MULTIPARA GRAN MULTIPARA	CUALITATIVA ORDINAL
	VIA DE CULMINACION DE PARTO	Parto por vía vaginal Parto por cesárea	VAGINAL ABDOMINAL	CUALITATIVA NOMINAL

3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1 TÉCNICAS

La técnica que se utilizó fue la entrevista, ya que la información requerida se obtuvo al entrevistar a la paciente, a su vez se utilizó la técnica documentación, por lo que se tuvo que recurrir al libro de partos para obtener ciertos datos que requería el estudio.

3.5.2 INSTRUMENTOS

El instrumento fue el cuestionario estructurado, a su vez se utilizó el instrumento ficha de recolección de datos, ya que algunos datos fueron recopilados del libro de partos, dicho instrumento fue validado mediante la técnica de juicio de expertos.

3.6 . PROCEDIMIENTOS

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

- Se solicitó al comité de la universidad de la Universidad Alas Peruanas Filial Abancay para que brinde las facilidades en la ejecución del presente trabajo de investigación, una vez aceptada se procedió a realizar el estudio.
- Se elaboró el instrumento para medir la relación que existe entre las distocias funiculares y la vitalidad del recién nacido en pacientes púerperas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Diaz De La Vega Abancay, la misma que fue validada por el juicio de expertos.
- Se solicitó al comité de investigación de la Universidad Alas Peruanas Filial Abancay, para que emitan una carta de presentación dirigida al director general del Hospital Regional Guillermo Diaz De La Vega de Abancay, para obtener una autorización y poder realizar la recolección de datos requerida en dicho nosocomio.
- Una vez obtenida la autorización, se realizó la coordinación con los encargados del área académica del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, y los encargados de los servicios de sala de partos y puerperio para poder realizar la recolección de la información requerida.
- Se procedió a recopilar la información durante el periodo de marzo a junio del 2017, durante el procedimiento no se presentaron inconvenientes.
- Una vez obtenida la información se procedió a verificar y codificar toda la información obtenida, para luego ser tabulada en el programa Excel

2013, para luego ser ingresados al programa estadístico SPSS 22 (IBM SPSS Statistics 22), el cual mostro los resultados a través de tablas y gráficos estadísticos las cuales fueron interpretadas y analizadas.

- Se realizó el análisis y la redacción del informe final del trabajo de investigación.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

La presente investigación está referida a distocias funiculares y la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, en la ciudad de Abancay desde marzo a junio del 2017.

La información correspondiente se recogió a través de las fichas de recolección de datos; en este instrumento se consideran ítems relacionados a las variables y dimensiones de estudio.

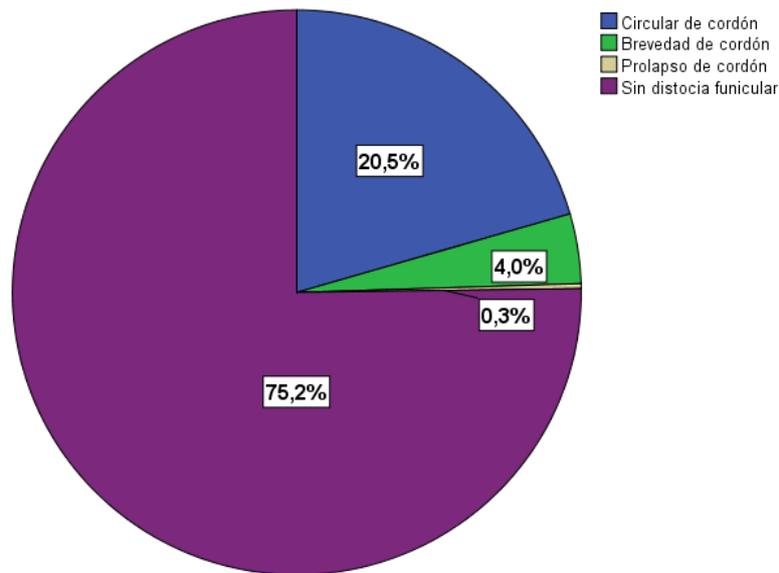
A continuación, se presentan en detalle los resultados estadísticos obtenidos:

Tabla 1.-Distribución de puérperas con distocias foliculares del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega marzo a junio 2017

Distocia folicular	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Circular de cordón	72	20,5	20,5	20,5
Brevedad de cordón	14	4,0	4,0	24,5
Prolapso de cordón	1	,3	,3	24,8
Sin distocia folicular	264	75,2	75,2	100,0
Total	351	100,0	100,0	

Fuente: cuestionario

Gráfico 1.- Distribución de puérperas con distocias foliculares del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega marzo a junio 2017



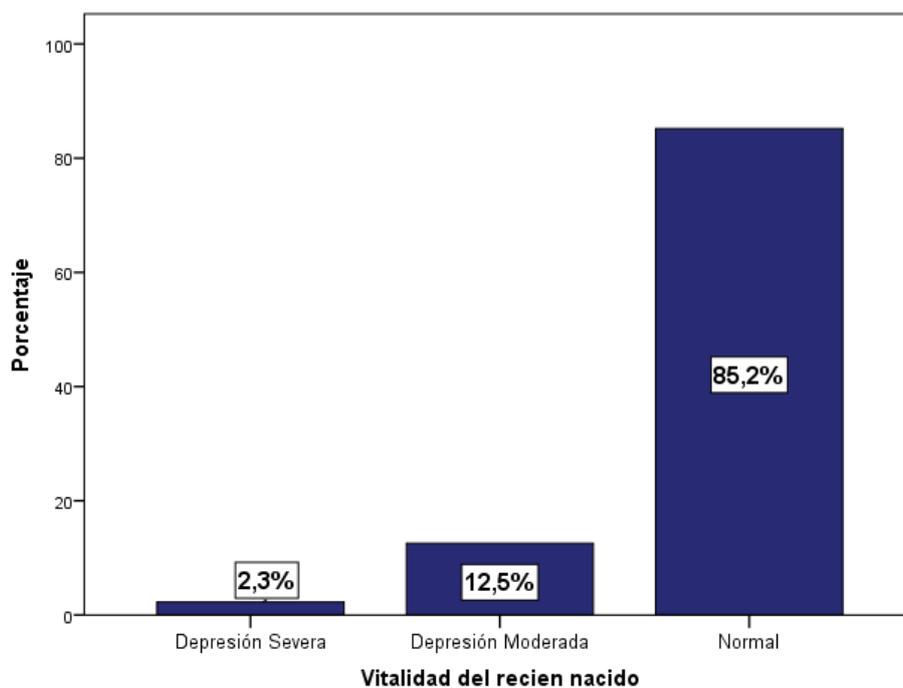
En la tabla se observa que el 75,2% de puérperas no presentaron ningún tipo de distocia folicular, seguido del 20,5% de puérperas presentaron distocia folicular: circular de cordón, el 4,0% de puérperas presentaron distocia folicular: brevedad de cordón, y por último el 0,3% de puérperas presentaron distocia folicular: prolapso de cordón.

Tabla 2.- Puérperas por vitalidad del recién nacido del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega marzo a junio 2017

Vitalidad del recién nacido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Depresión Severa	8	2,3	2,3	2,3
Depresión Moderada	44	12,5	12,5	14,8
Normal	299	85,2	85,2	100,0
Total	351	100,0	100,0	

Fuente: Apgar expandido

Gráfico 2.- Puérperas por vitalidad del recién nacido del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega marzo a junio 2017



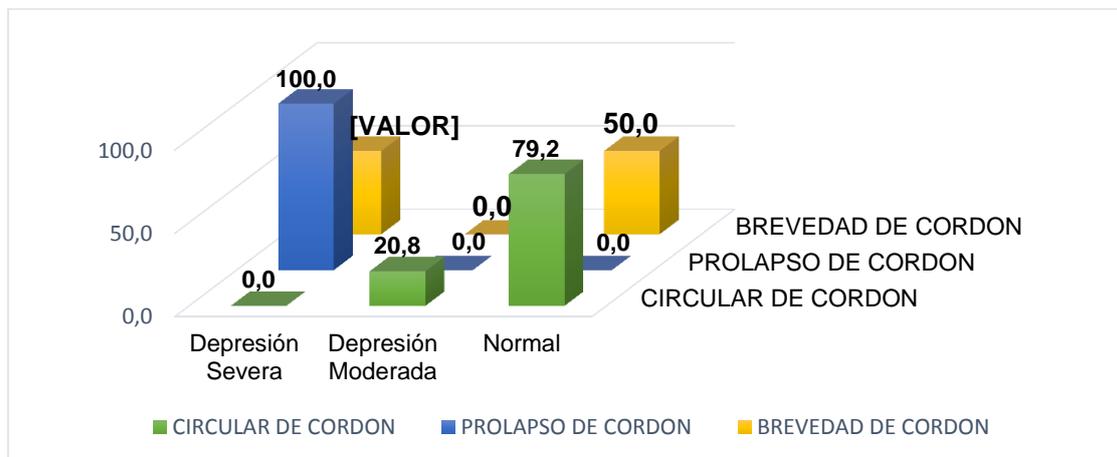
En la tabla se observa que el 85,2% de puérperas sus recién nacidos tuvieron una vitalidad normal, seguido del 12,5% de puérperas sus recién nacidos tuvieron depresión moderada como vitalidad, y por último el 2,3% de puérperas sus recién nacidos tuvieron depresión severa como vitalidad del recién nacido.

Tabla 3.- Puérperas por distocia funicular según la vitalidad del recién nacido del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega marzo a junio 2017

DISTOCIA FUNICULAR	VITALIDAD DEL RECIÉN NACIDO							
	Depresión Severa		Depresión Moderada		Normal		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CIRCULAR DE CORDON	0	,0	15	20,8	57	79,2	72	100,0
PROLAPSO DE CORDÓN	1	100,0	0	,0	0	,0	1	100,0
BREVEDAD DE CORDON	7	50,0	0	,0	7	50,0	14	100,0

Fuente: cuestionario y Apgar expandido

Gráfico 3.- Puérperas por distocia funicular según la vitalidad del recién nacido del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega marzo a junio 2017



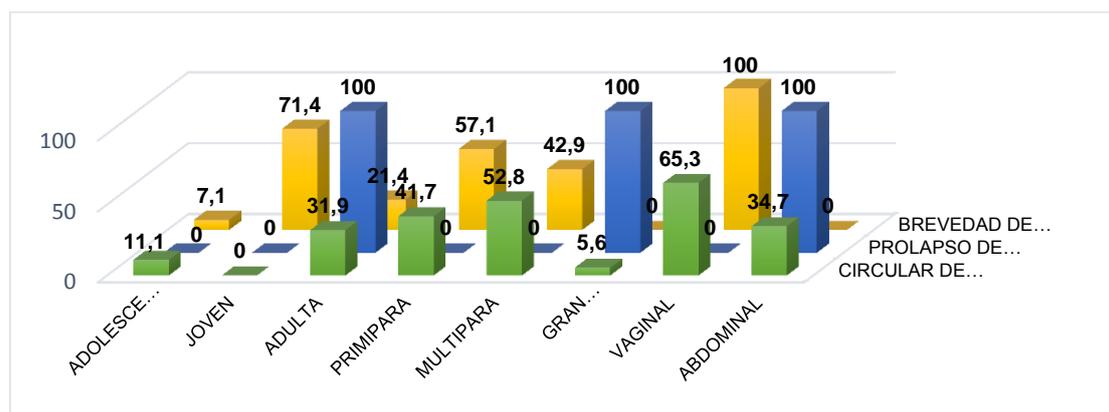
En la tabla se observa que el 100% de las puérperas que presentaron prolapso de cordón, sus recién nacidos tuvieron depresión severa en el Apgar, seguido del 50% de las puérperas que presentaron brevedad de cordón, sus recién nacidos tuvieron depresión severa en el Apgar, y por último el 20,8% de las puérperas que presentaron circular de cordón, sus recién nacidos tuvieron depresión moderada en el Apgar.

Tabla 4.- Puérperas por distocia funicular según edad, paridad y vía de ultimo parto del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega marzo a junio 2017

		CIRCULAR DE CORDON		PROLAPSO DE CORDÓN		BREVEDAD DE CORDON	
		n	%	n	%	n	%
EDAD (GRUPO ETAREO)	ADOLESCENTE	8	11,1	0	,0	1	7,1
	JOVEN	41	56,9	0	,0	10	71,4
	ADULTA	23	31,9	1	100,0	3	21,4
PARIDAD	PRIMIPARA	30	41,7	0	,0	8	57,1
	MULTIPARA	38	52,8	0	,0	6	42,9
	GRAN MULTIPARA	4	5,6	1	100,0	0	,0
VIA DE ÚLTIMO PARTO	VAGINAL	47	65,3	0	,0	14	100,0
	ABDOMINAL	25	34,7	1	100,0	0	,0

Fuente: cuestionario y Apgar expandido

Gráfico 4.- Puérperas por distocia funicular según edad, paridad y vía de ultimo parto del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega marzo a junio 2017



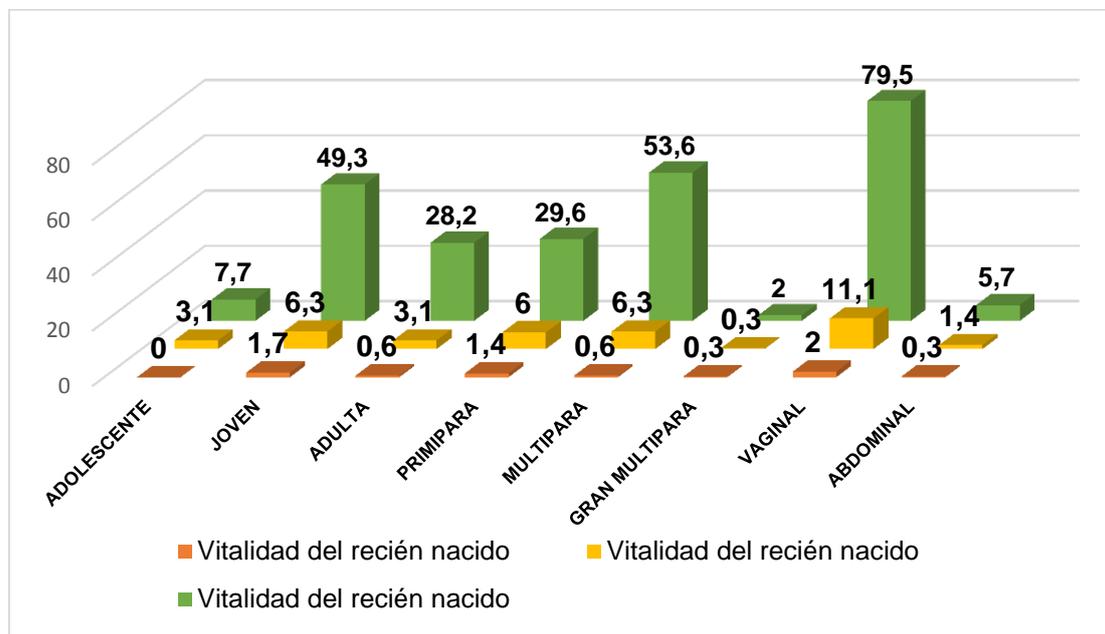
En la tabla se observa que el 100% de las puérperas que presentan prolapso de cordón pertenecen al grupo etario adulta, de paridad gran múltipara, y la vía de culminación de parto fue abdominal, seguido del 71,4% de las puérperas que presentaron brevedad de cordón pertenecen al grupo etario joven, y por último el 65,3% de las puérperas que presentaron circular de cordón la vía de culminación de parto fue vaginal.

Tabla 5.- Puérperas por edad, paridad y vía de culminación de parto según la vitalidad del recién nacido del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega marzo a junio 2017

		Vitalidad del recién nacido					
		Depresión Severa		Depresión Moderada		Normal	
		n	%	n	%	n	%
EDAD (GRUPO ETAREO)	ADOLESCENTE	0	,0	11	3,1	27	7,7
	JOVEN	6	1,7	22	6,3	173	49,3
	ADULTA	2	,6	11	3,1	99	28,2
PARIDAD	PRIMIPARA	5	1,4	21	6,0	104	29,6
	MULTIPARA	2	,6	22	6,3	188	53,6
	GRAN MULTIPARA	1	,3	1	,3	7	2,0
VIA DE ÚLTIMO PARTO	VAGINAL	7	2,0	39	11,1	279	79,5
	ABDOMINAL	1	,3	5	1,4	20	5,7

Fuente: cuestionario y Apgar expandido

Gráfico 5.- Puérperas por edad, paridad y vía de culminación de parto según la vitalidad del recién nacido del Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega marzo a junio 2017.



En la tabla se observa que el 79,5% de las puérperas que tuvieron parto vaginal, sus recién nacidos presentaron Apgar norma, seguido del 6,3% de las puérperas multíparas, sus recién nacidos presentaron depresión moderada en el Apgar, y por ultimo 1,7% de puérperas del grupo etario joven, sus recién nacidos tuvieron depresión severa en el Apgar.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Prueba de hipótesis para distocia funicular: circular de cordón según la vitalidad del recién nacido.

Ho: El circular de cordón no se relaciona significativamente con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017.

H1: El circular de cordón se relaciona significativamente con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,425 ^a	2	,024
Razón de verosimilitud	8,440	2	,015
Asociación lineal por lineal	,674	1	,412
N de casos válidos	351		

En el cuadro se tiene que valor de "sig." Es 0,024 menor al nivel de significancia de 0,050, entonces se rechaza la hipótesis nula (Ho). Por lo tanto podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que existe relación entre la distocia funicular: circular de cordón y la vitalidad del recién nacido en el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega.

Prueba de hipótesis para distocia funicular: brevedad de cordón según la vitalidad del recién nacido.

Ho: La brevedad de cordón no se relaciona significativamente con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017.

H1: La brevedad de cordón se relaciona significativamente con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	149,640 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	45,216	2	,000
Asociación lineal por lineal	53,357	1	,000
N de casos válidos	351		

En el cuadro se tiene que valor de "sig." Es 0,000 menor al nivel de significancia de 0,050, entonces se rechaza la hipótesis nula (Ho). Por lo tanto podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que existe relación entre la distocia funicular: brevedad de cordón y la vitalidad del recién nacido en el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega.

Prueba de hipótesis para distocia funicular: prolapso de cordón según la vitalidad del recién nacido.

Ho: El prolapso de cordón no se relaciona significativamente con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017.

H1: El prolapso de cordón se relaciona significativamente con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significació n exacta (1 cara)	Probabilida d en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	42,998 ^a	2	,000	,023		
Razón de verosimilitud	7,690	2	,021	,023		
Prueba exacta de Fisher	9,911			,023		
Asociación lineal por lineal	17,861 ^b	1	,000	,023	,023	,023
N de casos válidos	351					

En el cuadro se tiene que valor de "sig." Es 0,023 menor al nivel de significancia de 0,050, entonces se rechaza la hipótesis nula (Ho). Por lo tanto podemos afirmar con un nivel de confianza del 95% que existe relación entre la distocia funicular: prolapso de cordón y la vitalidad del recién nacido en el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En este estudio reportamos que la distocia funicular con mayor frecuencia fue circular de cordón con valores de 20,5%. Y en relación entre circular de cordón y vitalidad del recién nacido encontramos valores de 20,8% con depresión moderada, y seguida de brevedad de cordón en relación a la vitalidad del recién nacido con valores de 50% con depresión severa, y por último prolapso de cordón y vitalidad del recién nacido encontramos valores de 100% con depresión severa. Resultados que coinciden son reportados por Aristίδes Ballester Ivar en el 2006 quien realizó un estudio en neonatos e indicó de los recién nacidos que tuvieron un puntaje de Apgar al 1° minuto de 3 o menos el 33,3% presentaba circular de cordón y de los que tuvieron un puntaje superior a 3 el 49,9% presentaba circular de cordón. De la misma manera nuestro estudio es muy similar al reportado por Merino Moran Shelah Janis en el 2005 quien realizó una investigación que titula “distocia funicular y depresión neonatal en recién nacidos a término de parto eutócico atendidos en el hospital nacional Sergio e. vernaes – Collique 2005”, y obtiene resultados que indican que el riesgo de presentar algún grado de depresión neonatal es 5 veces mayor cuando existe distocia funicular, la frecuencia de distocia funicular prevalente fue del 7% casi la mitad de los casos con distocia funicular presentó algún grado de depresión neonatal.

Las limitaciones que se presentaron al realizar el estudio fueron no contar con más antecedentes para elaborar las discusiones en nuestro estudio.

Con los resultados obtenidos y la comparación con los antecedentes podemos decir que las distocias funiculares se relacionan o se asocian a un Apgar bajo al nacer.

CONCLUSIONES

- Al realizar el estudio en pacientes puérperas atendidas en El Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega, de la provincia de Abancay de la región Apurímac, durante los meses de marzo a junio del 2017, las distocias funiculares y la vitalidad de los recién nacidos se relacionan con significancia estadística para un Apgar bajo al nacer.
- La distribución de las frecuencias de las distocias funiculares en pacientes puérperas es de: circular de cordón 20,5%, brevedad de cordón 4,0%, prolapso de cordón 0,3%, y puérperas que no presentaron distocia funiculares es de 75,2%.
- La valoración clínica mediante la vitalidad de los recién nacidos es de: depresión severa 2,3%, depresión moderada 12,5%, y por ultimo normal es de 85,2%.
- Se encontró una relación estadísticamente significativa entre las distocia funicular: circular de cordón y la vitalidad del recién nacido, se obtuvo como resultado 20,8% con depresión moderada.
- Se encontró una relación estadísticamente significativa entre las distocia funicular: brevedad de cordón y la vitalidad del recién nacido, se obtuvo como resultado 50% con depresión severa.
- Se encontró una relación estadísticamente significativa entre las distocia funicular: prolapso de cordón y la vitalidad del recién nacido, se obtuvo como resultado 100% con depresión severa.
- Las características maternas en relación a las distocias funiculares: el 71,4% de puérperas que presentaron brevedad de cordón pertenecen al grupo etario joven, el 52,8% de puérperas que presentaron circular de cordón son multíparas, y el 65,3% de puérperas que presentaron circular de cordón culminaron su parto vía vaginal.

RECOMENDACIONES

- Este estudio deberá ser tomada en cuenta para desarrollar estrategias y herramientas que puedan prevenir complicaciones en el recién nacido, ya sean a corto o largo plazo.
- Ya que existe una asociación entre las distocias funiculares y el Apgar bajo, es necesario que el personal obstetra tenga capacitaciones en RCP neonatal básica y avanzada.
- Se recomienda a la universidad fomentar y continuar realizando este tipo de investigación para dar propuestas de solución a problemas, y así brindar un aporte a la sociedad.
- A partir de la siguiente investigación se debe realizar un trabajo de investigación con una duración de un año o más, a fin de ver mucho mejor los resultados.
- Se propone realizar trabajos de investigación retrospectiva sobre el tema para mejorar la calidad de las variables estudiadas.
- Se recomienda al Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega optimizar en el área de psicoprofilaxis, y trabajar sobre todo con adolescentes, para evitar algún grado de depresión en el recién nacido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Williams. Obstetricia. 23rd ed. Garcia N, editor. Mexico: Mc GRAW-HILL Interamericana editores S.A.; 2011.
2. Rodriguez L. Factores de riesgo obstetricos para apgar bajo a los 5 minutos en recién nacidos a termino. Tesis. Lima: Instituto Eespecializado Materno Perinatal, Lima; 2005.
3. Torres D. Factores de riesgo asociados a score de apgar bajo en el servicio de neonatologia del hospital de Ventanilla de julio a diciembre del 2016. Tesis. Lima: Hospital de Ventanilla, Lima; 2017.
4. Aristides I. Circular de cordon y su repercusión perinatal. Tesis. Rosario: Sanatorio de la mujer, Rosario; 2006.
5. Alvarez C. Factores influyentes en la depresión neonatal en Santa Cruz del Norte. Tesis. La Habana: Hospital de Santa Cruz, La Habana; 2014.
6. Galvez H. Partos con circulares de cordon umbilical y su influencia en el apgar del recién nacido en el hospital de apoyo integrado - III-IPSS Tarapoto 1991. Tesis. Tarapoto: Hospital de apoyo integrado - III-IPSS, Tarapoto; 1992.
7. Merino S. Distocia funicular y depresión neonatal en recién nacidos a termino de parto eutocico atendidos en el hospital Sergio E. Bernales Ccollique 2005. Tesis. Lima: Hospital Sergio E. Bernales, Lima; 2005.
8. Garfías D. Circular de cordon ybel apgar en el recién nacido en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz julio - diciembre 2015. Tesis. Lima: Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, Lima; 2016.
9. Schwarcz R. Obstetricia. 6th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2009.
10. Pacheco J. Ginecologia Obstetricia y Reproduccion. 2nd ed. Perú: Revistas Especializadas Peruanas SAC; 2007.

11. Botero J. Obstetricia y Ginecologia. 7th ed. Bogota: CIB; 2004.
12. Mongrut A. Tratado de Obstetricia Normal y Patologica. 5th ed. Lima: Monpress E. I. R. L.; 2000.
13. Vargas V. Educacion Para la Salud. 1st ed. Arequipa: UNSA; 1999.
14. Cifuentes R. Obstetricia de Alto Riesgo. 6th ed. Cifuentes R, editor. Bogotá: Distribuna LTDA; 2007.
15. Gadow E. Obstetricia. 1st ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2004.

ANEXOS

INSTRUMENTOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Nro. de Ficha:..... Nro. de Historia Clínica:.....

Estimada Señora:

Previo saludo, deseo invitarle a responder el presente cuestionario. Sus respuestas, confidenciales y anónimas, tienen por objeto recoger su importante opinión sobre “DISTOCIA FUNICULAR Y LA VITALIDAD DE LOS RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, MARZO-JUNIO 2017.”

Sra., agradezco su tiempo y colaboración.

Fecha:...../...../.....

¿Cuál es su edad?

.....años

Brevedad de cordón

1 () cordón normal

¿Cuántos partos ha tenido?

2 () cordón breve

1 () Primer parto

2 () 2 – 5 partos

3 () Más de 6 partos

Su último parto fue por:

1 () Parto por vía vaginal

2 () Parto por cesárea

PARTO

Circular de cordón

1 () sin circular

2 () con circular

Prolapso de cordón

1 () sin prolapso

2 () con prolapso

Nro. de Ficha:.....

APGAR EXPANDIDO

SIGNOS	0	1	2	1 MIN	5 MIN
LATIDOS CARDIACOS (auscultar)	NO	MENOS 100X'	MAS 100X'		
ESFUERZO RESPIRATORIO	NO	IRREG LLANTO DEBIL	BUENO LLORA FUERTE		
TONO MUSCULAR	FLACIDO	LEVE FLEXION MIEMBROS	MOVIMIENTO FUERTE		
IRRITABILIDAD REFLEJA A LA SONDA	NO	LEVE MUECAS	TOS O ESTORNUDO		
COLOR	AZUL PALIDO	ROSADOS AZUL DISTAL	ROSADO COMPLETO		

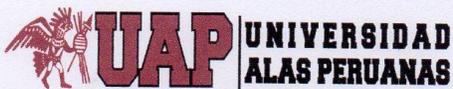
0 A 3: D. SEVERA _____

4 A 6: D. MODERADA _____

7 A 10: NORMAL _____

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO PRINCIPAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLE / DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION
¿Qué relación existe entre las distocias funiculares y la vitalidad de los recién nacido atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017?	Determinar la relación que existe entre las distocias funiculares y la vitalidad de los recién nacido atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017	Las distocias funiculares se relacionan significativamente con la vitalidad de los recién nacido atendidos en el hospital Regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017	DISTOCIAS FUNICULARES <ul style="list-style-type: none"> • CIRCULAR DE CORDON • PROLAPSO DE CORDON • BREVEDAD DE CORDON 	Presencia de circular de cordón reportado en la historia clínica Presencia de prolapso de cordón reportado en la historia clínica Presencia de brevedad de cordón reportado en la historia clínica	CON CIRCULAR SIN CIRCULAR CON PROLAPSO SIN PROLAPSO CORDON BREVE CORDON NORMAL	Tipo: Básica, observacional, prospectiva, transversal, analítica. Nivel: Correlacional Diseño: Correlacional y Transeccional Se recolectan datos y se describe relación (X1 — Y1) Población: 351 puérperas Muestra: Número de casos representativos son pocos, no requiere de muestra. Técnica: Encuesta, documentación Instrumento: Cuestionario, Ficha de recolección de datos Tipo de muestreo: Probabilístico aleatorio sistemático. Método de análisis de datos: Estadística descriptiva a través de cuadros de distribución de frecuencias, cuadros de contingencia gráficos de barras simples y apladas, contraste de hipótesis con técnica estadística no paramétrica a través del Chi cuadrado de homogeneidad, con un nivel de significancia de 0.05.
PROBLEMA ESPECIFICO	OBJETIVO ESPECIFICO	HIPOTESIS ESPECIFICO				
¿Cuál es la distribución de la frecuencia de las distocias funiculares en pacientes puérperas atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017?	Caracterizar la distribución de la frecuencia de las distocias funiculares en pacientes puérperas atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017		VITALIDAD DEL RECIEN NACIDO <ul style="list-style-type: none"> • FRECUENCIA CARDIACA • ESFUERZO RESPIRATORIO • TONO MUSCULAR • IRRITABILIDAD REFLEJA • COLORACION DE LA PIEL 	VALORACION DEL APGAR AL MINUTO	<ul style="list-style-type: none"> • 0 A 3 : DEPRESIÓN SEVERA • 4 A 6: DEPRESIÓN MODERADA • 7 A 10 : VIGOROSO 	
¿Cómo es la vitalidad del recién nacido a través del APGAR al minuto en neonatos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017?	Caracterizar la valoración clínica de los recién nacido atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017 mediante el puntaje del APGAR al minuto	El circular de cordón se relaciona significativamente con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017.				
¿El circular de cordón tiene relación con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017?	Relacionar el circular de cordón con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017.	La brevedad de cordón se relaciona significativamente con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017.				
¿La brevedad del cordón tiene relación con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017?	Relacionar la brevedad del cordón con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017.	El prolapso de cordón se relaciona significativamente con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017.	GRUPO DE EDAD	12 a 17 años 18 a 29 años 30 a 49 años	ADOLESCENTE JOVEN ADULTA	
¿El prolapso de cordón tiene relación con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017?	Relacionar el prolapso de cordón con la vitalidad de los recién nacidos atendidos en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017.		PARIDAD	primer parto 2 A 5 partos Mayor de 6 partos	PRIMIPARA MULTIPARA GRAN MULTIPARA	
¿Cuáles son las características personales y obstétricas de las puérperas atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017?	Describir las características personales y obstétricas de las puérperas atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega, marzo-junio 2017.		VIA DE CULMINACION DE PARTO	Parto por vía vaginal Parto por cesárea	VAGINAL ABDOMINAL	



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Gobierno Regional Apurímac Hospital Guillermo Díaz de la Vega - Abancay TRAMITE DOCUMENTARIO	
N° Registro	2405
Folio	01
Fecha	24/02/17 9.m
Firma	CE

CARTA DE PRESENTACION

DR. JORGE PONCE JUAREZ
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA
VEGA

ASUNTO: PRESENTACION DE TESIS PARA SER EJECUTADO POR LA
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL-ABANCAY

Abancay, 24 de febrero del 2017

Previo un cordial saludo a la vez presentar a la Sta .BETZABE GINNA TURPO RAMOS, Bachiller de la escuela profesional de obstetricia de la universidad alas peruanas filial Abancay, identificada con DNI: N° 46342083, código de estudiante N° 2011151377, quien cumple con los requisitos establecidos en el reglamento de grados y títulos de la facultad de MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD de nuestra universidad por ello recurrimos a su digno despacho para solicitarle se permita realizar la ejecución de su tesis aprobada como: **"DISTOCIA FUNICULAR Y LA VITALIDAD DE LOS RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, MARZO-JUNIO 2017."**(Aplicación de encuestas en el servicio de sala de partos y puerperio), con una duración de 4 meses, estando a la espera de su aceptación de su institución que Ud. Dignamente dirige.

Agradezco su atención las que servirán de complementación en la formación profesional de nuestra estudiante.

Atentamente:

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL ABANCAY

Dr. Jorge Ponce Juárez
COORDINADOR DE ENFERMERIA

Base de datos Excel.

matriz de datos - Excel

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA Nitro Pro 8 Iniciar sesión

A1

	A	B	C	D	E	F	G
1	CARACTERÍSTICAS MATERNAS			CUESTIONARIO		CARACTERÍSTICAS OVULARES	
2	ID	EDAD (GRUPO ETAREO)	PARIDAD	VIA DE ÚLTIMO PARTO	DISTOCIA FUNICULAR: CIRCULAR DE CORDON	DISTOCIA FUNICULAR: PROLAPSO DE CORDON	DISTOCIA FUNICULAR: BREVEDAD DE
3	1	3	2	1	1	1	1
4	2	2	1	1	1	1	1
5	3	2	1	2	2	1	1
6	4	1	1	1	1	1	1
7	5	2	2	1	1	1	1
8	6	1	1	1	1	1	1
9	7	2	1	2	2	1	1
10	8	3	2	1	1	1	1
11	9	2	2	1	1	1	1
12	10	1	1	1	1	1	1
13	11	2	1	1	1	1	1
14	12	1	1	1	1	1	1
15	13	2	1	2	2	1	1
16	14	2	2	1	1	1	1
17	15	1	1	1	1	1	1
18	16	3	2	1	1	1	1
19	17	3	2	1	1	1	1
20	18	3	2	1	1	1	1
21	19	3	1	1	1	1	1
22	20	1	1	1	1	1	1
23	21	3	2	2	2	1	1
24	22	3	2	1	2	1	1
25	23	2	2	1	2	1	1
26	24	2	2	1	1	1	1
27	25	2	1	1	1	1	1
28	26	3	2	1	1	1	2
29	27	3	1	2	2	1	1
30	28	2	1	1	2	1	1
31	29	3	2	1	1	1	1
32	30	2	1	1	1	1	2
33	31	2	1	1	1	1	1

Hoja1

LISTO 63 %

matriz de datos - Excel

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA Nitro Pro 8 Iniciar sesión

A1

	A	B	C	D	E	F	G
1	CARACTERÍSTICAS MATERNAS			CUESTIONARIO		CARACTERÍSTICAS OVULARES	
2	ID	EDAD (GRUPO ETAREO)	PARIDAD	VIA DE ÚLTIMO PARTO	DISTOCIA FUNICULAR: CIRCULAR DE CORDON	DISTOCIA FUNICULAR: PROLAPSO DE CORDON	DISTOCIA FUNICULAR: BREVEDAD DE
319	316	1	1	1	2	1	1
320	317	1	1	1	1	1	2
321	318	2	1	1	2	1	1
322	319	2	1	2	2	1	1
323	320	1	1	1	1	1	1
324	321	2	2	1	1	1	1
325	322	3	2	1	1	1	1
326	323	3	2	1	1	1	1
327	324	2	2	1	1	1	1
328	325	2	2	1	1	1	1
329	326	3	2	1	1	1	1
330	327	2	1	1	2	1	1
331	328	3	2	1	1	1	1
332	329	3	2	1	1	1	1
333	330	2	1	1	1	1	1
334	331	3	2	1	1	1	1
335	332	2	2	1	1	1	1
336	333	3	2	1	1	1	1
337	334	2	2	1	1	1	1
338	335	2	2	1	1	1	1
339	336	2	1	1	1	1	1
340	337	2	2	1	1	1	1
341	338	2	2	1	1	1	1
342	339	1	1	2	2	1	1
343	340	2	1	1	1	1	1
344	341	2	1	1	1	1	1
345	342	2	1	1	1	1	1
346	343	3	2	1	1	1	1
347	344	2	1	1	1	1	1
348	345	3	3	2	2	1	1
349	346	2	1	1	1	1	1

Hoja1

LISTO 63 %

Base de datos SPSS 22

POBLACION 352.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	ID	Númerico	12	0		Ninguna	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
2	EDAD	Númerico	12	0	EDAD(GRUP...	{1, ADOLE...	Ninguna	9	Derecha	Ordinal	Entrada
3	PARIDAD	Númerico	12	0	PARIDAD	{1, PRIMIP...	Ninguna	6	Derecha	Ordinal	Entrada
4	PARTO	Númerico	12	0	VIA DE ÚLTI...	{1, VAGIN...	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
5	CIRCULAR	Númerico	12	0	DISTOCIA FU...	{1, SIN}...	Ninguna	12	Derecha	Nominal	Entrada
6	PROLAPSO	Númerico	12	0	DISTOCIA FU...	{1, SIN}...	Ninguna	12	Derecha	Nominal	Entrada
7	BREVEDAD	Númerico	12	0	DISTOCIA FU...	{1, SIN}...	Ninguna	12	Derecha	Nominal	Entrada
8	LATIDOS	Númerico	12	0	SIGNO: LATID...	{0, NO}...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
9	ESFUERZO	Númerico	12	0	SIGNO: ESFU...	{0, NO}...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
10	TONO	Númerico	12	0	SIGNO: TONO...	{0, FLACID...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
11	IRRITABILI...	Númerico	12	0	SIGNO: IRRIT...	{0, NO}...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
12	COLOR	Númerico	12	0	SIGNO: COLO...	{0, AZUL P...	Ninguna	12	Derecha	Ordinal	Entrada
13	APGAR	Númerico	12	0	VITALIDAD D...	Ninguna	Ninguna	11	Derecha	Ordinal	Entrada
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

Vista de datos **Vista de variables**

POBLACION 352.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 13 de 13 variables

	ID	EDAD	PARID...	PARTO	CIRCULAR	PROLAPSO	BREVEDAD	LATIDOS	ESFUERZO	TONO	IR
1	1	3	2	1	1	1	1	2	2	1	1
2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1
3	3	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1
4	4	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
5	5	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1
6	6	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
7	7	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1
8	8	3	2	1	1	1	1	2	1	1	1
9	9	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1
10	10	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
11	11	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1
12	12	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
13	13	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1
14	14	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1
15	15	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
16	16	3	2	1	1	1	1	2	1	1	1
17	17	3	2	1	1	1	1	2	1	1	1
18	18	3	2	1	1	1	1	2	2	1	2

Vista de datos **Vista de variables**

Fotos de la institución

Imagen 01



Imagen 02

