

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**COMPLICACIONES PERINATALES EN RECIÉN NACIDOS
DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL MARIA
AUXILIADORA EN EL PERIODO 2014-2015.**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

ANDRE WILFREDO MEDINA ACURIO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2017

ASESOR

Dra. ROSSANA PAJUELO BUSTAMANTE.

AGRADECIMIENTO

A Dios, a mis padres y familia por brindarme su apoyo, cuidado y protección a lo largo de mi profesión.

A la Dra. Rossana Pajuelo Bustamante por el tiempo entregado y paciencia para la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

A mi familia por darme la vida y los medios a lo largo de toda mi carrera.

Así mismo a los docentes que ayudaron a formar parte de este estudio transmitiéndome un poco de sus conocimientos y experiencias.

RESUMEN

OBJETIVO: El presente estudio tiene como objetivo determinar en los recién nacidos de madres adolescentes las complicaciones perinatales ocurridos dentro del Hospital María Auxiliadora durante el periodo de mayo 2014 – abril 2015.

METODOLOGÍA: La metodología utilizada en este estudio es descriptiva retrospectiva observacional de manera transversal, para determinar cuáles son las complicaciones perinatales en los recién nacidos de madres adolescentes dentro del Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2014 - 2015, a través del uso estadístico SPSS 17 obteniendo porcentajes acumulados.

RESULTADOS: El total de nuestro estudio compromete 392 partos adolescentes, donde la edad promedio de las madres adolescentes es de 18,6 años, en donde las adolescentes tempranas solo representan el 2,6% del total. El 9,1% de los partos fueron pretérmino y el 27,3% de los partos fueron cesárea. En los recién nacidos con adecuado peso al nacer corresponde al 65,3% del total y solo un 4% de los recién nacidos presento depresión severa. Entre las patologías más frecuentes se obtuvo que el 47,3% presentan sospecha de sepsis neonatal precoz, el 31,2% presenta ictericia patológica, un 12,2% presenta obstrucción intestinal y entre las anomalías congénitas obtenidas en nuestro estudio corresponden al 6.1%.

CONCLUSIÓN: Dentro de nuestro estudio se concluye que entre las complicaciones perinatales más frecuentes, el 47% de los recién nacidos presenta signos clínicos de sospecha de sepsis, el 31% presenta ictericia patológica, 30% de los recién nacidos presentaron bajo peso, cursaron con depresión moderada y severa en un 6% y 4% respectivamente.

Palabras Claves: Complicación perinatal, Recién nacido, Madre adolescente, Sepsis neonatal, Ictericia neonatal, Depresión.

ABSTRACT

OBJECTIVE: This study aims to determine the perinatal complications in newborns of adolescent mothers in the Hospital María Auxiliadora during the period from May 2014 to April 2015.

METHODOLOGY: The methodology used in this study is descriptive retrospective observational cross - sectional, to determine the perinatal complications in newborns of adolescent mothers within the Hospital María Auxiliadora during the period 2014 - 2015, through statistical use SPSS 17 obtaining Accumulated percentages.

RESULTS: The total of our study involved 392 adolescent deliveries, where the average age of adolescent mothers is 18.6 years, where early adolescents represent only 2.6% of the total. 9.1% of deliveries were preterm and 27.3% of deliveries were cesarean. In newborns with adequate birth weight, 65.3% of the total and only 4% of newborns presented severe depression. Among the most common pathologies, 47.3% had a suspicion of early neonatal sepsis, 31.2% had pathological jaundice, 12.2% had intestinal obstruction and among the congenital anomalies obtained in our study they corresponded to 6.1%

CONCLUSION: Our study concludes that among the most frequent perinatal complications, 47% of newborns present clinical signs of suspected sepsis, 31% have pathological jaundice, 30% of infants have low birth weight, Moderate and severe depression by 6% and 4%, respectively.

Key Words: Perinatal Complication, Newborn, Adolescent Mother, Neonatal Sepsis, Neonatal Jaundice, Depression.

PRESENTACIÓN

En la etapa de la adolescencia se experimentan ciertos comportamientos de aislamiento, poca confianza en uno mismo, y muy pobre comunicación con los padres, debido a estas acciones el adolescente intenta buscar opinión, aceptación y consejo por otros adolescentes de su edad que pasan por similar o igual situación donde llegan a someterse a conductas incorrectas, como el de experimentar relaciones sexuales con el sexo opuesto^{1, 2}.

Se considera que la adolescencia es un periodo donde todo individuo sufre complejas variaciones ya sean somáticos, mentales, fisiológicos, sociales y emocionales que llevarán al desarrollo de todo adulto, para tal requieren de toda la vigilancia para una mejor formación^{3, 4, 5, 6, 7, 8}.

La salud reproductiva del adolescente, tiene alto riesgos de adquirir enfermedades de transmisión sexual, por el escaso o nulo conocimiento del uso de anticonceptivos, relaciones sexuales imprevistas sin responsabilidad e inapropiadas, promiscuidad, deficiente consciencia de enfermedades de contagio sexual, por tal estas conductas o practicas optadas por adolescentes serán sumamente riesgosas, por presentar un peligro reproductivo elevado y este peligro está asociado a un embarazo, el riesgo se incrementa, esto desencadenando anemia, enfermedades hipertensivas, y en el neonato: parto pre termino, depresión al nacer, bajo peso al nacer, asfixia, ictericia, enfermedad de membrana hialina, sepsis, estancia hospitalaria prolongada, uso de ventiladores mecánicos^{5, 7, 10, 11}.

El nacimiento de neonatos de madres adolescentes, en un gran porcentaje sucede en países en vías de desarrollo, como es el caso de América Latina donde se reportaron que las cifras ascienden los 3 millones^{11, 12, 14}.

Se reconoce que hubo un incremento potencial en la cantidad de complicaciones y enfermedades neonatales en madres adolescentes. Pérez *et al*, realizaron un estudio comparativo entre 120 gestantes adolescentes y adultas, alrededor de cinco consultorios médicos durante los años enero del 1987 a enero de 1990; que incluían 56 adolescentes menores de 20 años, observándose que en este grupo se presentaron mayor número de partos pre términos y bajo peso en neonatos; es decir menos de 2500 g (88 %).

En Cuba el riesgo de concebir neonatos con peso inferior a 2500gr es dos veces mayor dentro de las adolescentes gestantes menores de 20 años si las comparamos con gestantes de mayor de 20 años de edad^{9,10}.

El trabajo contiene los capítulos siguientes:

- En el capítulo I contiene el planteamiento de la investigación, el problema, los objetivos, la justificación, los alcances y limitaciones de la misma.
- En el capítulo II presenta el marco teórico y los aspectos teóricos relacionados a la investigación, así mismo la hipótesis y variables de este estudio de investigación.
- En el capítulo III se desarrolla los procedimientos metodológicos, el tipo de estudio, la técnica de muestreo, el método para la recopilación de la información e instrumentos para la recopilación de datos, el proceso y análisis de la misma.
- En el capítulo IV se plantea la discusión e interpretación de los resultados obtenidos de esta investigación.
- En el capítulo V presenta las conclusiones y recomendaciones que fueron la finalidad de esta tesis, así como la bibliografía revisada y usada, así mismo los anexos que se consideran de mucha importancia.

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA.....	
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
PRESENTACIÓN	VII
ÍNDICE	IX
LISTA DE TABLAS.....	XI
LISTA DE GRÁFICOS.....	XII
LISTA DE ANEXOS.....	XIII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3.JUSTIFICACIÓN	3
1.4.OBJETIVOS	4
1.4.1. GENERAL.....	4
1.4.2. ESPECIFICOS	4
1.5.PROPÓSITO	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1.ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2.BASE TEÓRICA.....	10
2.3.HIPÓTESIS	14
2.4.VARIABLES	14
2.5.DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	15

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	20
3.1.TIPO DE ESTUDIO.....	20
3.2.ÁREA DE ESTUDIO.....	20
3.3.POBLACIÓN Y MUESTRA	21
3.4.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	22
3.5.DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	22
3.6.PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	22
CAPÍTULO IV:ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	23
4.1.RESULTADOS.....	23
4.2.DISCUSIÓN	34
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
5.1.CONCLUSIONES	38
5.2.RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	40
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS:	43

LISTA DE TABLAS

Tabla N°01: Edad gestacional de los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del 2014-2015.	23
Tabla N°02: Peso de los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.	24
Tabla N°03: APGAR 1 minuto de los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.....	25
Tabla N°04: APGAR a los 5 minutos de los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.	26
Tabla N°05: Sospecha de Sepsis precoz en neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.	27
Tabla N°06: Ictericia patológica en neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.	28
Tabla N°07: Obstrucción intestinal en neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.	29
Tabla N°08: Anomalías congénitas en neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.	30
Tabla N°09: Hidrocefalia en neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.	31

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N°01: Condición de alta de los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.	32
Gráfico N°02: Óbito fetal en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.	33

LISTA DE ANEXO

Anexo N°01: Operacionalización de variables.....	44
Anexo N°02: Instrumento.....	47
Anexo N°03: Validez del instrumento.....	48
Anexo N°04: Matriz de consistencia.....	49
Anexo N°05: Croquis del Hospital María Auxiliadora.....	51
Anexo N°06: Permiso del Hospital María Auxiliadora.....	52

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se han realizado diversos estudios concluyéndose que en la población de adolescentes embarazadas se evidencia alteración en su dinámica familiar debido, a que generalmente estos embarazos no son planificados y por tal tienen implicancias importantes en la vida de la adolescente y en su sociedad. Se relaciona con elevado riesgo materno y escasos resultados perinatales.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) con fines demográficos define al adolescente como todo individuo que mayor 10 años de edad y menor de los 20 años. La adolescencia es un periodo de la vida de todo ser humano singularizado por insondables y variaciones complejas ya sean fisiológicas, psicológicas, anatómicas, y sociales que concluyen en la transformación de quienes hasta ese entonces fueron niños, y ahora en adultos. El embarazo a cualquier etapa, y en especial en la adolescencia, es una fase biopsicosocial que toma importancia por las repercusiones que desencadenaran en el presente como en el futuro de la madre, el niño, y la sociedad. Motivo por que las madres adolescentes en estas edades no han culminado el desarrollo y crecimiento de los órganos del aparato reproductor, por tal motivo las gestantes adolescentes son susceptibles de complicaciones durante el embarazo^{2,12}.

Aunque se presentan modificaciones particulares, se identificó que el 10 % de los recién nacidos de madres adolescentes entre 15 y 19 años tendrán bajo peso al nacer, motivo por que la formación de la adolescente no culmina hasta 4 años después de la menarquia y en el transcurso de esta etapa la gestación considera una sobrecarga nutricional.

En Cuba, en el año 1973, se estima que de cada 100 partos 22 fueron de madres menores de 20 años de edad. En la actualidad, se demuestra en varios estudios, que el porcentaje de madres adolescentes se ha ido incrementando en gran medida^{9,10}.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general:

¿Cuáles son las complicaciones perinatales más frecuentes en neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora de mayo 2014 – abril 2015?

1.2.2 Problemas específicos:

1. ¿Cuáles son las características de los neonatos de madres adolescentes en las dimensiones: Edad gestacional, peso del recién nacido y APGAR al 1° y 5° en el Hospital María Auxiliadora de mayo 2014 – abril 2015?
2. ¿Cuáles son las patologías más frecuentes en los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora de mayo 2014 – abril 2015?
3. ¿Cuál es la frecuencia de enfermedades congénitas en los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora de mayo 2014 – abril 2015?
4. ¿Cuál es la mortalidad neonatal precoz de los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora de mayo 2014 – abril 2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Con el presente estudio descriptivo observacional, tiene la finalidad de conocer en los neonatos de madres adolescentes las complicaciones que puede enfrentar un recién nacido y saber si estas son influenciadas por la edad materna pues muchos estudios han demostrado que la gestación en edades extremas influye en el recién nacido, por tal motivo en esta investigación se estudiara a los neonatos de madres adolescentes de mayo del 2014 a abril del 2015.

1.3.1 Justificación teórica

El presente estudio tiene relevancia teórica por qué no existen estudios previos en el Hospital María Auxiliadora y al establecer las complicaciones perinatales que presenta un recién nacido se determinara si la edad materna influye en el recién nacido; se ha demostrado en estudios que en aquellas adolescentes que cuentan con apoyo psicosocial y un buen control pre natal no se evidencias diferencia o repercusión en el producto desde el punto de vista biológico, en comparación de mujeres embarazadas en etapa adulta.

1.3.2 Justificación metodológica

El presente proyecto será un estudio ético y factible, ya que se trata de revisión de historias clínicas retrospectivamente, sin identificación de las personas sujetas de estudio. Además, será relevante e innovador puesto que no se cuenta con información específica de este grupo en el en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo de tiempo establecido.

1.3.3 Justificación económica social

A partir de los resultados obtenidos se podrán formular nuevas preguntas y posibilidades de respuesta; así mismo se podrán plantear intervenciones para solucionar este importante problema de salud como es la morbi-mortalidad perinatal en productos de madres adolescentes.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. General:

Determinar las complicaciones perinatales más frecuentes en neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015.

1.4.2. Específicos:

1. Determinar las características de los neonatos de madres adolescentes en las dimensiones: Edad gestacional, peso del recién nacido y APGAR al 1° y 5° en el Hospital María Auxiliadora de mayo 2014 – abril 2015
2. Determinar las patologías más frecuentes en los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora de mayo 2014 – abril 2015.
3. Identificar la frecuencia de enfermedades congénitas en los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora de mayo 2014 – abril 2015.
4. Identificar la mortalidad neonatal precoz de los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora de mayo 2014 – abril 2015.

1.5. PROPÓSITO

El embarazo es un periodo de la vida con de diferentes alteraciones, que aunados a los que proporciona la adolescencia puede tener repercusiones adaptativas poco favorables con un cuerpo que aún no está preparado para esta etapa, es así como puede ocurrir muchos riesgos para su propia vida e influenciar en la vida de los menores de los que ahora serán responsables.

En el país, sin importar el nivel de atención en salud que se evalúa, se puede verificar la tendencia descrita en la literatura a encontrar embarazos en adolescentes que están rodeados de causas sociales, ambientales, personales y demás que llevan a incrementar la morbimortalidad de los mismos.

En este estudio se pretende identificar las complicaciones perinatales en neonatos de madres adolescentes, a través de una muestra anual que incluya los criterios planteados debido a que el embarazo adolescente es un problema de salud familiar y social que puede causar efectos en el futuro de las adolescentes y marcarlo de forma tal que impida su desarrollo en la sociedad.

Si a esto se le suma que puede tener repercusiones tanto durante el proceso del embarazo, parto y puerperio y que puede tener secuelas maternas como para el producto y por ende el futuro de una nueva generación productiva que ve limitadas sus opciones de vida y una generación naciente a la cual le espera un futuro incierto.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1. Internacionales

Panduro *et al* – **Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía en el Hospital Civil de Guadalajara –México, en el periodo 2010 a 2011**, estudio tipo caso-control realizado, donde 550 puérperas de menos de 20 años fueron el grupo del caso y 550 puérperas entre 20 a 30 años fueron el grupo control; en tal estudio se concluyó que no existió aumento representativo en muertes fetales ni variación en la evaluación de APGAR. Por el contrario, es de interés afirmar que ello no implica las adversidades que la madre y su hijo enfrentara para sobrevivir²³.

Itali A. *et al* – **Complicaciones perinatales en madres adolescentes en el Hospital Vidal de Argentina durante el año 2008**, siendo un estudio de tipo observacional descriptivo, en la cual se toma el 100 % de las gestaciones que hubo en ese año, siendo 30% gestaciones adolescentes. Las complicaciones perinatales en este grupo de madres adolescentes prevalecen el bajo peso de los neonatos, una puntuación de APGAR inferior a 7 al primer minuto y la prematuridad²⁴.

Gonzales C. *et al* – **Complicaciones perinatales más frecuentes en madres adolescentes en el Hospital de Ginecología de Cuba en el periodo comprendido entre 1995- 1997**, publicado en el año 2000, un estudio de tipo descriptivo comparativo de madres adolescentes y los productos, el grupo comparativo junto similares característica exceptuando solo la edad materna.

Los resultados comentados fueron que en el grupo de adolescentes se presentó 9% de partos pre término y en el grupo comparativo 0.9%, siendo cifras altamente significativas ($p < 0.001$ y $RR = 2.7$ con un I.C de $0.95 < RR < 7.76$)²².

Sin embargo, la presencia de trauma obstétrico, representa el 17,9% en las adolescentes y adultos respectivamente siguiéndole en orden de frecuencia las respiratorias en neonatos con el 8.9% y el 4.6% de madres adolescentes y adultas respectivamente. Con respecto a la parte obstétrica el 28% de las adolescentes tuvieron partos distócicos siendo las alteraciones de la presentación la más frecuente debido a la pelvis estrecha, por el contrario, en las madres adultas 11.1% fueron distócicos²².

Si bien es cierto el Perú forma parte de los países en vías de desarrollo, si se compara con el país Cuba que también es considerado de la misma manera, en este último, el parámetro de bajo peso al nacer no presenta diferencia abismal que, en un país industrializado, por ejemplo, en el año 2000 el índice fue 6,5%, con descenso progresivo durante los próximos años, llegando con un índice de 5.5% en el 2005 y 5,4% el año 2009 (15,16,17). Siendo en este país el embarazo adolescente el principal factor de riesgo de bajo peso del recién nacido con un promedio por debajo de 7%¹⁸.

El peso de un recién nacido sigue siendo el parámetro más importante de un desarrollo y crecimiento satisfactorio, así mismo es el indicador más representativo para evaluar el resultado de un control prenatal, las proyecciones de supervivencia y la salud del recién nacido durante el primer año, por consiguiente, la tasa de bajo peso en los neonatos se considera como indicador importante¹⁵.

Es innegable que el crecimiento y desarrollo repercute en las siguientes generaciones de la población, por consiguiente, es el centro y la prioridad para el médico pediatra desarrollar en su prevención para el futuro de la comunidad¹⁶.

2.1.2 Nacionales

Sandoval P. *et al* - **Complicaciones Perinatales en el embarazo en primigestas adolescentes en el Hospital Sergio Bernales – 2004.** Estudio de caso y control que consistió en puérperas adolescentes de 10 a 19 años y el grupo control estuvo conformado por puérperas de 20 a 29 años, durante el periodo de mayo a octubre del 2004, publicado en el año 2007, concluyéndose que este tipo de complicaciones es muy importante en menores de 16 años, siendo en las adolescentes tardías mucho más relevante y mayor impacto psicológico y social.

Se describe que en los neonatos prematuros, bajo peso al nacer, pequeños para la edad gestacional y el trauma obstétrico fueron los de mayor frecuencia en adolescentes sin embargo la vía de culminación del embarazo fue más frecuente en el grupo control¹⁹.

Urquiza H. *et al* - **Hallazgos perinatales en neonatos de madres adultas y adolescentes del Hospital Nacional San Bartolomé 2002-2003**, siendo un estudio retrospectivo y cohortes, donde se analizó las características perinatales en los recién nacidos de madres adultas y adolescentes atendidos en el hospital. Se obtuvo un muestreo de 182 recién nacidos divididos de forma aleatoria y el otro grupo por recién nacidos de madres adultas siendo los criterios de inclusión neonatos de mujeres adolescentes y neonatos de mujeres, siendo solamente único criterio de exclusión neonatos nacidos de mujeres añosas (mayores de 35 años).

Concluyéndose que las complicaciones perinatales predominaron son más frecuentes en los productos de las adolescentes considerándose la adolescencia como factor de riesgo para la morbilidad neonatal siendo una de las causas principales la sepsis y la hipoglicemia neonatal en este grupo además de presentar mayor predominancia de neonatos pequeños para edad gestacional²¹.

Morales C. *et al* - **Gestantes en adolescencia temprana y tardía en relación a las complicaciones perinatales y el tipo de parto en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el periodo de 1995 a 1997**, estudio analítico observacional comparativo, concluye que un 20,6% de neonatos de madres adolescentes tempranas presentaron algún tipo de complicación perinatal y solo un 14.3% en los neonatos de madres adolescentes tardías, teniendo como la complicación más frecuente el distress respiratorio 16,3% y 14.1% respectivamente²⁴.

Así mismo los neonatos de madres adolescentes tempranas obtuvieron ictericia neonatal como segunda complicación más frecuente con un 16,3%, seguido por sepsis neonatal precoz con 11,6%, que comparándolas con los productos de madres adolescentes tardías la sepsis neonatal ocupa el segundo lugar con 11.6%, seguido de ictericia neonatal en un 10,2%¹⁰.

Licona P. *et al* - **Factores asociados y riesgos en los neonatos de madres adolescentes del Hospital Hipólito Unánue de Tacna de 1992 a 1996**, estudio analítico tipo caso control concluyendo que no solo es importante la edad materna, sino que además implica factores socioculturales pues en sociedades urbanas las consecuencias sociales del embarazo, como la feminización de la pobreza, menor escolaridad, situación conyugal inestable suelen ser graves.

Por tal motivo si se brindase un adecuado control prenatal y apoyo social el embarazo de una mujer adulta desde un aspecto biológico es indistinguible. Los resultados estadísticos de este estudio presentan un mayor riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer, retardo de crecimiento intrauterino y membrana hialina que los recién nacidos de madres adultas¹³.

2.2. BASE TEÓRICA

En toda vida de un ser humano se considera la adolescencia como la etapa con mayor cambios físicos, psicológicos y sociales que debido a su complejidad amerita cada vez mayor atención y cuidado, puesto que el cuerpo humano se transforma en diferentes ídoles que lo llevan hacia la adultez¹.

Es por esto que, en el cuerpo de un adolescente, la evolución biológica está presente a una edad temprana como la menarquia, lo que permite a una adolescente de 11 años ser madre antes del desarrollo adecuado físico como social, por otro lado, la madurez psicosocial proyecta esta etapa hacia edades más avanzadas^{2,3}.

Las transformaciones que ocurren entre la niñez y la adultez contienen características específicas q van cambiando dependiendo de la edad. Durante la adolescencia (10 a 14 años) temprana se manifiestan los caracteres sexuales secundarios y fantasías sexuales, en la adolescencia (15 a 19 años) tardía se incrementa la experimentación sexual que puede culminar en un embarazo^{4, 5, 6}.

Las relaciones sexuales en adolescentes se evidencio con mayor claridad durante los últimos años, lo que desencadena un inicio precoz y no controlado popularmente llamado "revolución sexual" en adolescentes menores de 14 años³.

Diversos estudios enfocados a poblaciones adolescentes demuestran el inicio de las relaciones sexuales con edad promedio entre los 12 años en el sexo masculino y 13 años en el femenino, obteniendo una edad media de inicio menor en el masculino que el femenino⁴.

En la adolescencia es común que exista ignorancia de los riesgos y daños que puedan adquirir al mantener una vida sexual desordenada culminando en embarazo. La maternidad en una adolescencia precoz significa riesgo para la salud de la madre y su producto desde el inicio, puesto que las mayores de las veces no son deseados y/o planificados⁵.

La preocupación por la salud de los adolescentes ha ido ganando adeptos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente define la adolescencia como la etapa que se subdivide en:

- Adolescencia temprana (10 años a 14 años)
- Adolescencia tardía (15 años a 19 años)

Organismos internacionales habían acordado anteriormente que la adolescencia era la etapa comprometida entre los 10 y 19 años de edad, posteriormente en el 2010 el MINSA (Ministerio de Salud) modificó el rango de edad definido entre los 12 años hasta los 17 años, 11 meses y 29 días mediante la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA⁶.

Se tomará como referencia la definición dada por la Organización Mundial de la Salud, pues se considera la más pertinente para el desarrollo de la presente investigación.

Con respecto a la salud, la fecundidad implica riesgos asociados para la madre y al producto, especialmente cuando el embarazo presenta circunstancias adversas como, por ejemplo: enfermedades presentes, carencias nutricionales, entorno familiar o ausencia de pareja ante una situación no planificada o no deseada como el embarazo⁷.

La vulnerabilidad de la madre adolescente es frecuente cuando la cercanía a la menarquía es mayor, motivo que en aquellos que inician en los primeros 5 años post- menarquía toma mayor importancia, pues conduce a una cadena de situaciones que ponen en riesgo salud materna y del producto⁸.

Abordando en los países en vías de desarrollo, el embarazo adolescente sigue siendo asociado a un impedimento para la mujer a mejorar su condición profesional, social y económica, la maternidad a una edad temprana puede ser como una gran limitante para la superación o proyección personal.

En América Latina, la reproducción sexual en jóvenes esta en incremento constante, la mayoría dependientes y/o económicamente comprometidas⁹.

Alrededor de 15 000 000 de mujeres adolescentes dan a luz cada año, siendo solo la quinta parte de los nacimientos ocurren en todo el mundo, ocurriendo en Latinoamérica la mayoría con una cifra de 48 000 000, que representa anualmente el 8% de los partos¹⁰.

Considerando estos parámetros, es necesario evaluar la magnitud del riesgo para un recién nacido presentar algún tipo de complicaciones perinatales, teniendo como fuente la OMS 2011 que en las mujeres menos de 20 años presentan con más frecuencia afecciones perinatales y del recién nacido.

El bajo peso al nacer (BPN) en un recién nacido es una variable que destaca tanto por estar asociado para la edad gestacional así como nacimiento pretérmino, otra variable importante de depresión en un neonato es el APGAR (acrónimo de Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad y Respiración) evaluada mediante una puntuación^{13,14,15}.

Estudios diversos discriminan la ganancia de peso en una gestación, usándola como una variable pronóstica del retardo de crecimiento intrauterino (RCIU)^{10,17}.

En otro estudio citado donde se discute factores de riesgo de mortalidad en neonatos de hospitales del MINSA del Perú, tipo caso control, en los cuales 951 fueron muerte fetal tardía y muerte neonatal precoz y los controles 951 nacidos vivos elegidos al azar, concluyendo que los factores relacionados al neonato tienen asociación significativamente mayor y valor predictivo alto para la mortalidad perinatal, que los factores propios de la madre¹⁴.

Estudios semejantes en hospitales del MINSA del Perú, obteniendo complicaciones como patología neonatal, depresión al nacer, prematuridad y multiparidad suman el 96% de probabilidad predictiva ante la mortalidad perinatal. Así mismo otro factor de riesgo es la culminación del parto en cesárea cuando no existe un control prenatal y puesto en condición de urgencia inclusive cuando existe error diagnóstico con respecto a la edad gestacional dentro de las cesáreas electivas^{13,14}.

En el Perú por ser caracterizado como como país geográficamente por 3 regiones diferentes, se conoce que en la región costa donde existe mayor población concentrada y por ende se produce la mayor cantidad de nacimientos, en la ciudad de Lima obtiene la menor tasa de mortalidad natal en el Perú con 16.6 por cada 1000 nacimientos. La sierra continúa siendo la región q abarca la mayor mortalidad natal con 27,0 por cada 1000 nacimientos¹⁴.

Nuestro objetivo teniendo en cuenta los antecedentes citados, es identificar los recién nacidos de gestantes adolescentes y describir sus características antropométricas, así como la asociación de gestación en la adolescencia con complicaciones perinatales en el Hospital María Auxiliadora de la ciudad de Lima.

2.3. HIPÓTESIS

Este estudio de investigación de complicaciones perinatales en neonatos de madres adolescentes que se realiza en el Hospital María Auxiliadora, del año 2014 al 2015, no cuenta con hipótesis por ser un estudio descriptivo.

2.4. VARIABLES

2.4.1. Dependientes o principal:

- Madre adolescente.
- Recién nacido.

2.4.2. Independientes o secundarias:

- Edad gestacional del neonato.
- Peso del neonato.
- APGAR.
- Sospecha de sepsis neonatal precoz.
- Ictericia neonatal.
- Obstrucción intestinal.
- Enfermedades congénitas.
- Hidrocefalia congénita.
- Óbito fetal.
- Condición de alta.

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

A. Adolescente: Individuo que compromete la edad entre los 10 años y 19 años con 11 meses y 29 días (2,11). Categorizándose según la OMS de esta manera:

- La adolescencia temprana de 10 hasta 14 años.
- La adolescencia tardía de 15 hasta 19 años 11 meses y 29 días.

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

B. Recién Nacido: Comprendido como neonato que cumple los 28 días desde el nacimiento por parto eutócico o distócico (OMS)².

- Recién nacido desde el 1er día del nacimiento hasta los 28 días.

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

C. Edad gestacional por Capurro: Se define como la edad consignada después de la evaluación física inmediata al neonato en base a parámetros clínicos, para nuestro estudio:

- Recién nacido pretérmino: RN menor de 37 semanas completas.
- Recién nacido a término: RN de 37 a 41 semanas completas.
- Recién nacido posttérmino: RN de 42 semanas o más.

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

D. Peso del recién nacido: Se define como el peso inmediato tomado en la atención inmediata del recién nacido, para nuestro estudio, se ha categorizado de esta manera:

- Extremo bajo peso: Menor de 1000g.
- Muy bajo peso: 1000 g - 1499g.
- Bajo peso: 1500 g -2499 g.
- Peso insuficiente: 2500g a 2999 g.
- Adecuado peso: 3000g a 3999 g.
- Peso alto: Mas de 4000g.

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

E. APGAR: Es el examen clínico, en el cual el recién nacido es evaluado al primer minuto, al quinto minuto y algunos a los 10 minutos posteriores al nacimiento, en base a cinco parámetros que son el esfuerzo espiratorio, la frecuencia cardiaca, los reflejos, el tono muscular y la coloración de la piel, por lo cual en nuestro estudio lo hemos categorizado de esta manera:

- APGAR al 1° minuto.
- APGAR al 5° minuto.

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

F. Sospecha de sepsis neonatal precoz: Debido a que el hemocultivo hace el diagnóstico definitivo de sepsis, en este estudio nos basamos en la sospecha en base a parámetros clínicos anormales del neonato, por lo cual lo catalogamos de esta manera:

- Si sospecha de sepsis neonatal.
- No sospecha de sepsis neonatal.

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

G. Ictericia neonatal patológica: Se define como un exceso de bilirrubina (aumenta a $>5\text{mg/dl/día}$ y la bilirrubina directa $>2\text{ mg/dl}$) y aparezca en las primeras 24 horas, debido a múltiples factores que ectoscópicamente se expresa con el color amarillo de piel y conjuntivas del recién nacido, por lo cual lo catalogamos de esta manera:

- Ictericia neonatal presente
- Ictericia neonatal ausente

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

H. Obstrucción intestinal: Se define como la obstrucción que dificulte la progresión del contenido intestinal, presentándose clínicamente en el neonato con vómitos, distensión abdominal y falta de expulsión de meconio, orientándonos al diagnóstico la radiografía de abdomen simple, por lo cual lo hemos categorizado de la siguiente manera:

- Obstrucción intestinal presente en el neonato.
- Obstrucción intestinal ausente en el neonato.

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

I. Enfermedades congénitas: Se define como defectos que tienen implicancias tanto cosméticas y médicas como quirúrgicas. Se ha categorizado en este estudio de la siguiente manera:

- Anomalías congénitas presentes.
- Anomalías congénitas ausentes.

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

J. Hidrocefalia: Definida como el aumento del perímetro cefálico que va en discordancia con las medidas antropométricas normales del neonato, además de tensión y abombamiento en el área de las fontanelas, Por lo cual en este estudio lo hemos categorizado de la siguiente manera:

- Hidrocefalia presente en el neonato.
- Hidrocefalia ausente en el neonato.

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

K. Óbito fetal: Es producto de una muerte fetal aun dentro del útero con un peso que supera los 500 gramos y/o 22 semanas de desarrollo gestacional habiendo alcanzado un desarrollo que en óptimas condiciones hubiera sido posible la vida . Se ha categorizado en nuestro estudio de esta manera:

- Si óbito fetal.
- No óbito fetal.

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta

L. Condición de alta del recién nacido: Egreso del paciente, categorizándose en nuestro estudio de la siguiente manera:

- Alta normal
- Fallecido

El instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos, siendo la variable consignada en la encuesta.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Este estudio, concibe un enfoque cuantitativo de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de diseño transversal

Observacional: Debido a que el investigador fue un simple observador de lo que ha ocurrido en este trabajo de investigación.

Descriptivo: La información usada en este estudio de investigación fue recolectada sin cambiar su entorno ni alterarlo.

Retrospectivo: Debido a que se realiza y se diseña en el pasado, pero los datos se analizan transcurridos un determinado tiempo y se fundamenta en la recolección gradual de los datos

Transversal: Se examinan en una sola ocasión las características de una población para proceder a analizarlas y describirlas.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

Delimitación espacial y temporal

El presente estudio se realiza en neonatos de madres adolescentes en el periodo del 1 de mayo 2014 al 30 de abril del 2015, dentro del Hospital de Apoyo María Auxiliadora con complejidad III-1, ubicado en la Av. Miguel Iglesias N°968, distrito de Villa María del Triunfo, Lima – Perú; por ser un hospital el cual recibe mayor demanda de pacientes gestantes dentro de la región Lima Sur.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población: Constituida por 1122 neonatos de madres adolescentes nacidos en el Hospital María Auxiliadora entre el 1 de mayo 2014 y el 30 de abril del 2015 y cumplen los siguientes criterios:

Inclusión:

- Pacientes gestantes mayores de 10 años de edad.
- Pacientes gestantes menores de 20 años de edad
- Pacientes neonatos de gestantes adolescentes, nacidos dentro del Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015

Exclusión:

- Pacientes gestantes menores de 10 años de edad.
- Pacientes gestantes mayores de 19 años de edad
- Pacientes neonatos de gestantes adolescentes, nacidos del Hospital María Auxiliadora fuera del periodo mayo 2014 – abril 2015

3.3.2. Muestra: Con la ayuda del Departamento de Estadística del Hospital María Auxiliadora, se realizó una revisión inicial de los nacimientos en dicho periodo y se obtuvo como resultado 392 nacimientos que cumplían con criterios tanto de inclusión y exclusión.

Muestreo: No probabilístico por conveniencia.

Tamaño de muestra: La muestra ha sido constituida por 392 pacientes.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Presentando una autorización concebida por el departamento de ética del Hospital María Auxiliadora, se llevará a cabo la recolección a través de un instrumento de recolección de datos creado por el autor en base a los objetivos planteados y a las variables identificadas de esta tesis y será validado por 3 expertos, los datos recolectados de las historias clínicas serán ingresados a una base de datos.

El instrumento constara de 13 ítems:

- Datos de la madre (5 ítems).
- Datos del recién nacido (8 ítems).

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La realización de este estudio y con la finalidad de obtener datos fiables se cumplirá con el siguiente procedimiento Administrativo:

1. Solicitar permiso del Director del Hospital María Auxiliadora y a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación para la ejecución de la misma.
2. Se usará la ficha de recolección de datos en las historias clínicas para los fines del estudio de las madres adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al abril 2015.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se creará para el procesamiento automatizado una base de datos en planillas de Microsoft Excel ® versión 2010. Posteriormente se presentarán los resultados obtenidos en tablas y gráficos estructurados al tipo de variable que representa.

Posteriormente se procederá a su análisis estadístico usando una hoja de datos de los programas estadísticos SPSS versión 17.0.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Tabla N° 01: Edad gestacional de los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
23 - 27 semanas	6	1,5	1,5	1,5
28 - 36 semanas	30	7,7	7,7	9,2
37 - 41 semanas	355	90,6	90,6	99,7
>= 42 semanas	1	,3	,3	100,0
Total	392	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidas de las historias clínicas

INTEPRETACIÓN:

En la tabla N°01 se presenta de las historias clínicas aplicadas en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015 se obtuvo que el 90,5% estuvo en el intervalo de edad gestacional de 37 – 41 semanas, el 7,6% estuvo en el intervalo de edad gestacional de 28 – 36 semanas, el 1,5% estuvo en el intervalo de edad gestacional 23 – 27 semanas, el 0,2% presentó edad gestacional \geq 42 semanas.

Tabla N° 02: Peso de los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.

PESO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Extremo bajo peso al nacer (<1000 g)	7	1,8	1,8	1,8
Muy bajo peso (1000 g – 1499 g)	3	0,8	,8	2,6
Bajo peso al nacer (1500 g -2499 g)	21	5,4	5,4	7,9
Peso insuficiente al nacer (2500 g – 2999 g)	88	22,4	22,4	30,4
Adecuado peso al nacer (3000 g – 3999 g)	256	65,3	65,3	95,7
Peso alto al nacer (> 4000 g)	17	4,3	4,3	100,0
Total	392	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidas madres adolescentes del hospital

INTEPRETACIÓN:

En la tabla N°02 se presenta de las historias clínicas aplicadas en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015 se obtuvo que 256(65,3%) recién nacidos presentó un adecuado peso al nacer, el 22,4% presentó un insuficiente peso, otros 5,4% presentó peso bajo, el 4,3% resultó peso alto al nacer, otros 1,8% presentó un extremo bajo peso, y solo el 0,8% presentó muy bajo peso.

Tabla N° 03: APGAR 1 MINUTO de los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.

APGAR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0 – 3	16	4,1	4,1	4,1
4 – 6	24	6,1	6,1	10,2
7 – 9	352	89,8	89,8	100,0
Total	392	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidas madres adolescentes del hospital

INTEPRETACIÓN:

En la tabla N°03 se presenta de las historias clínicas aplicadas en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015 se obtuvo que el 89,7% de neonatos resultó con 7-9 de APGAR, el 6,1% presentó 4-6 de APGAR y con APGAR de 0-3 sólo representa el 4.1%

Tabla N° 04: APGAR a los 5 MINUTOS de los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.

APGAR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0 – 3	8	2,0	2,0	2,0
4 – 6	8	2,0	2,0	4,1
7 – 9	376	95,9	95,9	100,0
Total	392	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidas de las historias clínicas

INTEPRETACIÓN:

En la tabla N°04 se presenta de las historias clínicas aplicadas en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015 se obtuvo que 376(95,9%) recién nacidos presentó un APGAR de 7 a 9, 8(2,0%) presentó un APGAR de 4 a 6, y otros 8(2,0%) presentó un APGAR de 0 a 3.

Tabla N° 05: Sospecha de Sepsis precoz en los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	330	84,2	84,2	84,2
Si	62	15,8	15,8	100,0
Total	392	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidas madres adolescentes del hospital

INTEPRETACIÓN:

En la tabla N°05 se presenta de las historias clínicas aplicadas en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015 se obtuvo que 330(84.1%) no presentó sospecha de sepsis precoz, y 62(15,8%) si presentó sospecha sepsis precoz.

Tabla N° 06: Ictericia patológica en los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	351	89,5	89,5	89,5
Si	41	10,5	10,5	100,0
Total	392	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidas de las historias clínicas

INTEPRETACIÓN:

En la tabla N°06 se presenta de las historias clínicas aplicadas en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015 se obtuvo que el 89.5% no presentó ictericia patológica, y el 10,5% si presentó ictericia patológica.

Tabla N° 07: Obstrucción intestinal en los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	376	95,9	95,9	95,9
Si	16	4,1	4,1	100,0
Total	392	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidas de las historias clínicas

INTEPRETACIÓN:

En la tabla N°07 se presenta e las historias clínicas aplicadas en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015 se obtuvo que el 95,9% no presentó obstrucción intestinal, y solo el 4,1% si presentó obstrucción intestinal.

Tabla N° 08: Enfermedades congénitas en los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	384	98,0	98,0	98,0
Si	8	2,0	2,0	100,0
Total	392	100,0	100,0	

Fuente: Fuente: Datos obtenidas de las historias clínicas

INTEPRETACIÓN:

En la tabla N°08 se presenta de las historias clínicas aplicadas en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2013 – abril 2014 se obtuvo que el 98% no presentó anomalías congénitas, y solo el 2,0% si presentó anomalías congénitas.

Tabla N° 09 Hidrocefalia en los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.

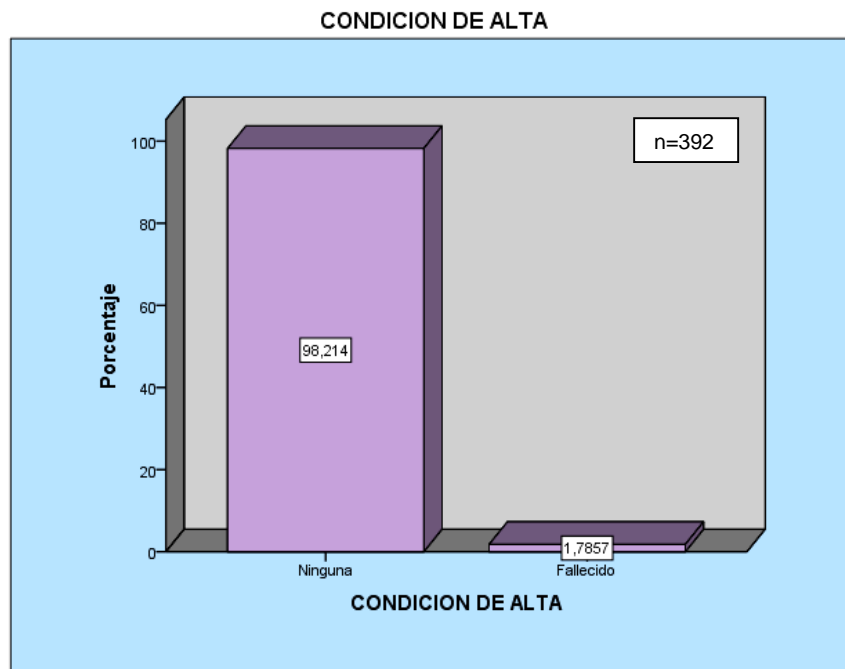
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	388	99,0	99,0	99,0
Si	4	1,0	1,0	100,0
Total	392	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidas de las historias clínicas

INTEPRETACIÓN:

En la tabla N°09 se presenta de las historias clínicas aplicadas en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015 se obtuvo que el 98,9% no presentó hidrocefalia, y solo el 1,0% si presentó hidrocefalia.

Gráfico N° 01: Condición de alta de los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.

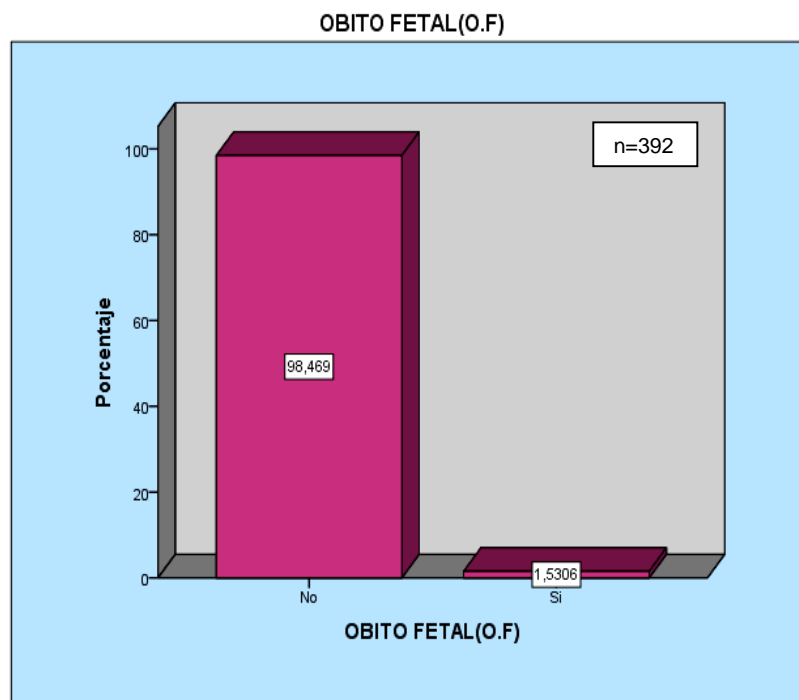


Fuente: Datos obtenidas de las historias clínicas

INTEPRETACIÓN:

En el gráfico N° 01 se presenta de las historias clínicas aplicadas en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014– abril 2015 se obtuvo que el 98,2% su condición alta fue alta normal, y solo el 1,7% su condición fetal fue de fallecidos.

Gráfico N° 02: Óbito fetal en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital María Auxiliadora del año 2014 al 2015.



Fuente: Datos obtenidas de las historias clínicas

INTEPRETACIÓN:

En el gráfico N° 02 se presenta de las historias clínicas aplicadas en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015 se obtuvo que el 98,4% no fueron óbitos fetales, el 1,5% si fueron óbitos fetales.

4.2. DISCUSIÓN

Si bien es cierto en nuestro estudio no se ha pretendido indagar de manera rigurosa las complicaciones maternas y factores de riesgo de las adolescentes gestantes, que podrían repercutir en complicaciones perinatales. Sin embargo, es importante presentar de manera general algunos factores maternos, que hemos analizado.

En la Tabla N°02, en nuestra muestra de adolescentes hubieron 7(1,8%) recién nacidos con extremo bajo peso, 17(4,3%) recién nacidos macrosómicos. Si solo cogemos a los neonatos con peso menor a 2500 gramos que incluya a los de extremo bajo peso se obtiene 119 (31,4%) recién nacidos comparados con aquellos con adecuado peso al nacer 256 (65,3%), se infiere que aquellos neonatos que nacieron con bajo peso llegan a ser la tercera parte de toda nuestra muestra, siendo una cifra obtenida importante.

En relación al peso se cita el estudio realizado por Urbina *et al* "Embarazo en adolescentes ", donde refiere que del 100 % de recién nacidos el 11,9% de estos pesó menos de 2500 g; 84,4% pesó entre 2 500 a 3 999 g y el 3,7% más de 4000g encontrándose una mayor proporción de neonatos con menor peso a los 2500g en las madres adolescentes mejores de 17 años. Por otra parte, hace mención que, en este último grupo mencionado presentó mayoría de nacimientos pretérmino con 36,4% respecto a las adolescentes de 18 y 19 con solo un 13, 2%²⁵.

A propósito del estudio mencionado en nuestra muestra los recién nacidos pretérmino fueron 36 (9,2%), y solo hubo un recién nacido postérmino.

Que las madres adolescentes tengan más predisposición a tener productos con bajo peso está ampliamente estudiado, en nuestro medio existen reportes de esta situación y las condiciones que genera. Carnero *et al* estudiaron una población similar en una institución de referencia

nacional, encontrando asociación entre las madres adolescentes y el recién nacido con bajo peso. Así mismo, Ricalde Manrique *et al* reportaron en su artículo “Recién nacidos con bajo peso en Adolescentes “en una población similar que la prevalencia neonatal con peso bajo fue 10,51 % siendo en las adolescentes de 17-19 años las más frecuentes con 57,4 %.

Por otra parte, un estudio realizado en nuestro país por Germain y Oyarsun que incluyó partos adolescentes desde los años 1995 y 1997, se obtuvo un total de 14 701 partos, donde 732 fueron a adolescentes gestantes divididas en dos grupos, 209 adolescentes tempranas y 2523 adolescentes tardías, así mismo se concluyó que 2159 fueron partos eutócicos y 573 fueron cesárea y se encontró en las adolescentes temprana una mayor incidencia neonatal con bajo peso 12,4% respecto a las adolescentes tardías 9%.

Y que las madres adolescentes presenten menor cantidad de macrosómicos es una condición que ya lo han reportado Arturo Salvador *et al* denotando que puede deberse a las condiciones nutricionales con las que inician las madres, que al ser de un grupo etéreo menor no tienen mucha experiencia para el adecuado cuidado de su gestación.

Dentro del mismo estudio se obtuvo que el grupo mujeres adultas presentaron productos con mayor probabilidad de macrosomía fetal, concordando otro estudio que se realizó en Cuba, quienes confirmaron 2.1 veces mayor probabilidad de macosomía en mujeres mayores de 35 años, esto nos da a entender que aún se necesitan más estudios con un seguimiento de gestantes y su evaluación clínica para determinar macrosomía en las distintas poblaciones, como ser la propia estatura de la madre, ganancia de peso o presencia de sobrepeso.

En la Tabla N°03 y N°04, tenemos que el APGAR al 1', en nuestra población de adolescentes fue 0-3 16(4,1%),4-6 24(6,1%),7-9 352(89,8%). Mientras que el APGAR a los 5', fue de 0-3 8(2%),4-6 8(2%),7-9 352(95,9%).

El test APGAR no solamente se ha usado el cómo indicador de asfixia sino también como indicador de sobrevida neonatal y aún continúa siendo el examen de elección.

El resultado del APGAR al 1 minuto revela el diagnóstico y el pronóstico con un APGAR al minuto 5, muy erróneamente toman mayor interés el APGAR a los 5 minutos y se realiza el diagnóstico del neonato.

Es por ello que se cita el estudio hecho por Flores *et al*, en un grupo de 120 neonatos donde se determina la morbilidad neonatal a término con APGAR bajo recuperado, diagnosticados con base en la calificación igual o menor a 6 al primer minuto e igual o más de 7 a los cinco minutos, además de corroborar el diagnóstico con la gasometría y el perfil de asfixia, concluyéndose que de 29 recién nacidos solo 6 presentaron un PH menor de 6,99, sin ninguna complicación inmediata de asfixia perinatal²².

Sin embargo existe otro estudio realizado por Rodríguez *et al*, donde se toma la calificación del APGAR como predictor y pronóstico de secuelas a largo plazo tal como 4 años , es decir se tomaron 400 recién nacidos de los cuales 156 presentaron APGAR de 5 a 7 en el primer minuto y a los cinco minutos 8 a 9, con perfil de asfixia normal y gasometría normal, se les hizo un seguimiento de 10 años, de los cuales 24,5% presentaron problemas neurológicos el primer año de vida, 27% el segundo año, 37 % el tercer año y 12% el cuarto año de vida. Por lo cual concluyen que la calificación de APGAR debe de ser considerada al quinto minuto pronostica, pero solo por los dos años de vida siguientes²⁶.

Es así que, si bien es cierto en este estudio, el 50% de los neonatos con APGAR <3 se recuperaron al minuto 5, de igual manera el 50% de los neonatos con APGAR <6 se recuperaron al minuto 5, teniendo mejor sobrevida neonatal mientras que los demás, han necesitado soporte médico para poder adaptarse al medio extrauterino conforme pasaron los minutos o alguno de ellos fallecieron.

Comparando este estudio con la de otros autores en relación de un APGAR al 1 y 5 minuto se evidencia una pobre recuperación debido a que en la literatura de los autores citados coinciden en una recuperación de los neonatos con APGAR bajo al minuto 1 debe progresar un 80% al minuto 5, ya que se conoce que durante el nacimiento ocurren eventos múltiples que producen una hipoxia transitoria reversible la misma que repercute en el APGAR por distintos motivos ya sea compresión de la cabeza fetal, compresión y circulares de cordón umbilical entre otros. Mientras que un APGAR persistente bajo al minuto 5 es de origen distinto ya que la causa de hipoxia fetal es de mayor compromiso como un sufrimiento fetal agudo o crónico, accidentes placentarios, malformaciones cardiovasculares o trauma fetal intraparto²⁶.

Es así que tomando en consideración los artículos citados, podemos decir que el 4% y 6% de nuestra muestra tuvo un diagnóstico de depresión severa y moderada respectivamente, mientras que el 4% recuperó el APGAR al quinto minuto, sería importante considerar una evaluación longitudinal de estos pacientes para evaluar secuelas neurológicas posibles a largo plazo, estudio que sería objetivo de otra investigación a posteriori.

Con respecto a las complicaciones perinatales que llevaron a la hospitalización inmediata de los neonatos se encontró con mayor frecuencia 62 (15,8%) casos de sospecha de sepsis neonatal precoz, seguido de 41 (10,5%) casos de ictericia patológica, 16 (4,1%) casos de obstrucción intestinal, 8 (2%) casos de anomalías congénitas 4 (1%) casos de hidrocefalia, lo cual se correlaciona por el orden con el estudio hecho en nuestro país, por Morales *et al* donde afirma que en los neonatos de adolescentes, la sepsis neonatal es la segunda complicación más frecuente (11,4%), ictericia neonatal (10,2%), seguida de trastornos metabólicos (7,2%), problemas infecciosos (7,2%), depresión neonatal (6,4%), malformaciones congénitas (2,8%), neonato prematuro y otras (2,8%)¹⁰.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. Las principales complicaciones perinatales en nuestro estudio en el periodo de tiempo establecido son recién nacidos con sospecha de sepsis neonatal precoz (15,8%), ictericia patológica (10,5%), bajo peso siendo estos el 30% del total de la muestra, considerándose a estos todos aquellos que pesaron menos de 2500 gramos, depresión moderada (6,1 %) y depresión severa (4,1 %).
2. Las características del neonato de madres adolescentes dentro de nuestra muestra que obtuvimos corresponden a partos a término (90,5%), con peso adecuado al nacer (65,3%), APGAR adecuado al 1° minuto (89,7%) y APGAR adecuado al 5° minuto (95,5%).
3. Las patologías más frecuentes en el neonato de madres adolescentes dentro de nuestro estudio y muestra, obtuvimos sospecha de sepsis precoz (15,8%), ictericia patológica (10,5%) y obstrucción intestinal (4,1%).
4. La frecuencia con la que se presentan de las enfermedades congénitas en el recién nacido de madres adolescentes obtenidas dentro de nuestro estudio corresponde al 2.0%, entre ellas la hidrocefalia congénita como la más frecuente (1.0%).
5. La frecuencia de la mortalidad neonatal precoz en el neonato de madres adolescentes dentro de nuestro año de estudio, corresponde al 1.78%; es decir 7 de cada 392 neonatos de madres adolescentes.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Promover programas en salud y educación sexual para concientizar a los adolescentes sobre la responsabilidad de un embarazo y sus consecuencias para su futuro.
2. Realizar un control prenatal estricto evaluando las condiciones biopsicosociales de la madre y el crecimiento del feto durante todo el embarazo.
3. Identificar las gestantes adolescentes que presentan factores predisponentes para un parto pretérmino, así mismo las patologías con alto riesgo y referirlas con alto riesgo obstétrico a la consulta.
4. Realizar un adecuado control periódico ecográfico identificando los signos de peligro de enfermedades congénitas de manera temprana.
5. Capacitar el personal de salud ante las complicaciones de un neonato y prevenir afecciones en la madre y el recién nacido con el fin de disminuir la mortalidad neonatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosselot J. Problemática en la salud del adolescente y joven en América Latina. Pediatría de Menchello, 2ª edición. Editorial Intermédica, 2003.
2. Luengo C. Adolescencia: Definición y características. Embarazo en la adolescencia, Santiago - Chile: ERNAM UNICEF, 2002.
3. Ruoti M et al. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud, 2002.
4. Rico A. Adolescencia: Madres solteras adolescentes. Bogotá: Editorial Colombia LTDA, 2006.
5. Elster AB, The medical and psychosocial impact of a comprehensive care on adolescent pregnancy. JAMA 2009; 235:9043-92.
6. Ministerio de Salud (MINSU). "Prevención del embarazo adolescente". La Salud del adolescente y el joven. Lima-Peru.2010.
7. Belitzky R. et al. Hallazgos perinatales en madres adolescentes: La salud adolescente en América Latina. Washington: OPS, 1997:216 Publicación Científica; 476.
8. Molina R. Salud reproductiva en la adolescencia. Rev. Hosp. 2000; 1:18- 20.
9. Rosell J. et al, Factores de Riesgo del Bajo Peso al Nacer. Revista Cubana Medicina Integral 2006; 12(4):260-5.
10. Morales D, Mejía M. Complicaciones perinatales en neonatos de madres adolescentes en la etapa temprana y la tardía. Revista de Ginec. del Hospital Daniel A. Carrión. 1997; 9 (3):105-34.
11. Díaz G. et al, Factores de riesgo en el peso bajo al nacimiento. Revista Cubana Medicina Integral 2006; 11(3):220-32.
12. López G. Salud reproductiva en las América Latina. Washington OPS, OMS. 2002.
13. Manuel L. Riesgos en el neonato de madre adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2000; 39(1):13-24.

14. Manuel L. et al Mortalidad perinatal: Factores de riesgo en los hospitales del MINSA - Perú. Diagnostico 2011; 37(3):163- 44.
15. Vázquez A. Adolescencia y embarazo: Repercusión social. Revista Cubana Pediatría. 1999; 79(2): 72-9.
16. González H. Gestación adolescente y repercusión en el neonato en un área de salud. CM, Publicación Médica. Mar del Plata - Argentina 1999; 12 (2): 84-8.
17. Bonatti M. Prenatal and postnatal factors affecting short-term survival of very low birth weight infants. Eur. J Pediatr. 2001; 17(1):486.
18. Hernández M. Tabaquismo y bajo peso en neonatos. Revista Cubana Medicina Integral 2009; 25(1):66-7.
19. Sandoval J. Complicaciones perinatales en primigestas adolescentes: Estudio de caso y control. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2006;54(1);23-38.
20. Yu –Tang J. Complicaciones perinatales y vía de parto en neonatos de Madres Adolescentes Tempranas y Tardías, 1995-1997 UNMSM-Lima 2000;61(1):46-50.
21. Urquiza A. et al. Resultados perinatales en neonatos de madres adolescentes y adultas del Hospital Nacional San Bartolomé 2002 – 2003. Tesis de Especialidad de Pediatría 2004.
22. Flores C. et al. Morbilidad en neonatos a término con APGAR bajo recuperado. Revista Mexicana de Pediatría 2012;14(3):111-117.
23. Panduro et al. Gestación adolescente y sus repercusiones perinatales. Revista Mexicana de Obstetricia 2012;80(11):691-710.
24. Itati A. et al. Resultados perinatales en madres adolescentes. Revista Argentina de Pediatría 2008;18(7):2-8
25. Urbina et al. Embarazo en adolescentes “Revista Peruana de obstetricia 2006; 52(1)118-123.
26. Rodríguez et al. La calificación del APGAR y secuelas neurológicas a largo plazo. Revista Mexicana de Neurociencia 2012; 13(5):267-270.

BIBLIOGRAFÍA

1. Molina R y col Resultados de un modelo de atención médica para adolescentes embarazadas. Revista Médica Chile; 113:154-61,1985.
2. Castro Santoro R. Adolescente embarazada: aspectos orgánicos. Embarazos en adolescentes. Diagnóstico 2011. Santiago de Chile: SERNAM UNICEF.
3. Gonzales G. La adolescencia en el Perú. Instituto de Investigaciones de Altura. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1994.
4. Cuba de la Cruz M, Reyes Ávila R. Bajo peso al nacer y edad materna. Revista Cubana Medicina General Integral 2002;8(4):306-10.
5. González de Agüero Laborda R, Fabre González E. Nutrición y Dietética durante el embarazo. Revista Cubana Medicina General Integral 2005.
6. Comité de Genética. El alcohol en la gestación. Arch. Arg. Pediatr. 2006; 94:107-8.
7. Embriofetopatía alcohólica. Casuística neonatal propia en los últimos doce años. AnEspPediatr 2007; 47(4):405-9.
8. Bojani y col "Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes" Revista Argentina de obstetricia 2010;55(2):114-121.
9. Inaki y col "Embarazo en la adolescencia "Manual científico Español de la salud reproductiva de Navarra 2011;26(1):817-835.
10. Perez J, García S. Primigesta adolescente. Rev. Cubana Obstet. Ginec. 1997; 13(1): 45.
11. Távara L. La edad como factor de riesgo en las primerizas. Acta Médica Peruana 1994; 11(4): 36.
12. Torres J. Adolescencia y Embarazo. Toko Ginecol Práctica 1997; 56

ANEXOS



ANEXO N°01: Operacionalización de variables

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS E LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

TÍTULO: COMPLICACIONES PERINATALES EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA EN EL PERIODO 2014-2015.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	TIPO DE RESPUESTA	ESCALA	CRITERIOS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
VARIABLE DEPENDIENTE								
Madre adolescente	Edad ≥ 10 años hasta los 19 años 11 meses 29 días	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La adolescencia temprana (10 - 14 años). ▪ La adolescencia tardía (15 a 19 años 11 meses 29 días). 	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La adolescencia temprana (10 - 14 años). ▪ La adolescencia tardía (15 a 19 años 11 meses 29 días). 	Dicotómica	Nominal	Fecha de nacimiento	Historia clínica
Recién nacido	Edad desde el 1er día de nacimiento hasta los 28 días	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RN masculino ▪ RN femenino 	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RN masculino ▪ RN femenino 	Dicotómica	Nominal	Fecha de nacimiento	Historia Clínica
VARIABLE INDEPENDIENTE								
Edad gestacional del Recién Nacido	Edad consignada después de la evaluación física inmediata al neonato en base a parámetros clínicos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RN pretérmino: ≤ 37 semanas ▪ RN a término: 37 a 41 semanas • RN postérmino: ≥ 42 semanas 	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RN pretérmino: ≤ 37 semanas ▪ RN a término: 37 a 41 semanas ▪ RN postérmino: ≥ 42 semanas 	Politómica	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RN pretérmino: ≤ 37 semanas ▪ RN a término: 37 a 41 semanas ▪ RN postérmino: ≥ 42 semanas 	Historia clínica

VARIABLE INDEPENDIENTE								
Peso del recién nacido	Peso inmediato tomado en la atención inmediata del recién nacido	Extremo bajo peso: <1000g. Muy bajo peso: 1000 g - 1499g. Bajo peso: 1500 g -2499 g. Peso insuficiente al nacer: 2500g a 2999 g. Adecuado peso: 3000g - 3999g. Peso alto: >4000g.	Cuantitativa	Extremo bajo peso: <1000g. Muy bajo peso: 1000 g - 1499g. Bajo peso: 1500 g -2499 g. Peso insuficiente al nacer: 2500g a 2999 g. Adecuado peso: 3000g - 3999g. Peso alto: >4000g.	Politómica	Razón	Peso inmediato al nacer	Historia clínica
APGAR	Examen clínico, en el cual el recién nacido es evaluado al 1° minuto, al 5° minuto del nacimiento	Cinco parámetros: El esfuerzo respiratorio, la frecuencia cardíaca, el tono muscular, los reflejos y el color de piel.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APGAR al 1´. ▪ APGAR al 5´. 	Dicotómica	Ordinal	Esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, tono muscular reflejos y color de piel	Historia clínica
Sospecha de sepsis neonatal precoz	Sospecha en base a parámetros clínicos anormales del neonato.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si sospecha de sepsis neonatal. ▪ No sospecha de sepsis neonatal. 	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si sospecha de sepsis neonatal. ▪ No sospecha de sepsis neonatal. 	Dicotómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si sospecha de sepsis neonatal. ▪ No sospecha de sepsis neonatal. 	Historia clínica
Ictericia neonatal patológica	Exceso de bilirrubina (>5mg/dl diarios y la bilirrubina directa >2 mg/dl) y aparezca en las primeras 24 horas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ictericia neonatal presente ▪ Ictericia neonatal ausente 	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ictericia neonatal presente ▪ Ictericia neonatal ausente 	Dicotómica	Nominal	Criterio de laboratorio y clínico	Historia clínica

VARIABLE INDEPENDIENTE								
Obstrucción intestinal	Obstrucción que dificulte la progresión del contenido intestinal, presentando: vómitos, distensión abdominal y falta de expulsión de meconio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obstrucción intestinal presente en el neonato. ▪ Obstrucción intestinal ausente en el neonato. 	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obstrucción intestinal presente en el neonato. ▪ Obstrucción intestinal ausente en el neonato. 	Dicotómica	Nominal	Criterio clínico y de imágenes	Historia clínica
Enfermedades congénitas	Defectos que tienen implicancias tanto cosméticas y médicas como quirúrgicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anomalías congénitas presentes. ▪ Anomalías congénitas ausentes. 	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anomalías congénitas presentes. ▪ Anomalías congénitas ausentes. 	Dicotómica	Nominal	Criterio clínico	Historia clínica
Hidrocefalia congénita	Aumento del perímetro cefálico que va en discordancia con las medidas antropométricas normales del neonato	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hidrocefalia presente en el neonato. ▪ Hidrocefalia ausente en el neonato. 	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hidrocefalia presente en el neonato. ▪ Hidrocefalia ausente en el neonato. 	Dicotómica	Nominal	Criterios clínicos	Historia clínica
Condición de alta del recién nacido	Egreso del paciente,	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta normal ▪ Fallecido 	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta normal ▪ Fallecido 	Dicotómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta normal ▪ Fallecido 	Historia clínica

ANEXO N°02



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA**



FICHA DE DATOS

I. DATOS DE LA MADRE

- 1) Edad materna: Ocupación: Nivel de instrucción:
Gesta: Para:
- 2) Historia Clínica Neonatal N°:
- 3) # de Controles Pre-Natales: Si No #.....
- 4) Complicaciones de la Gestación.....
- 5) Tipo de Parto: Vaginal: Cesárea:

II. DATOS DEL RECIEN NACIDO

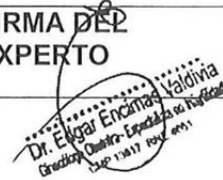
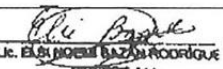
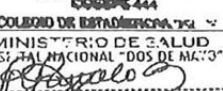
- 1) Peso en gramos:
- 2) Edad Pre término (< 37 semanas)
Edad A término: (≥ 37 semanas – 42 semanas)
Edad Post término (≥ 42 semanas)
- 3) APGAR al 1 minuto.....
- 4) APGAR a los 5 minutos.....
- 5) Tiempo de hospitalización:
Condición del alta: Normal.... Fallecido.... Transferencia....
- 6) Mortalidad a los 7 días.....
- 7) Complicaciones:
- 8) Óbito fetal: Si..... No.....

ANEXO N°03

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

ESCALA DE OPINION DEL EXPERTO

APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICION

Título: COMPLICACIONES PERINATALES EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA EN EL PERIODO 2014-2015							
N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	EXPERTOS					
		A		B		C	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.	✓		✓		✓	
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima.	✓		✓		✓	
3	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.	✓		✓		✓	
4	Los ítems permiten medir el problema de investigación.	✓		✓		✓	
5	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.	✓		✓		✓	
6	El instrumento abarca las variables e indicadores	✓		✓		✓	
7	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.	✓		✓		✓	
TABLA DE IDENTIFICACION DE EXPERTOS							
	APELLIDOS Y NOMBRES	FIRMA DEL EXPERTO					
1	Edgar Encinas Valdivia	 Dr. Edgar Encinas Valdivia Gradado en Medicina - Universidad de Valdivia 1947 1947 1947 1947					
2	Elsa Bazan Rodriguez	 U.C. ELSA BAZAN RODRIGUEZ 40000000 444					
3	Rossana Posuelo Bustomonte	 MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO" C.M.E. 33000 R.N.E. 17102 Jefe del Servicio de Pediatría, Emergencia y Cuidados Críticos					

ANEXO N°04: Matriz de consistencia

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

49

TITULO: COMPLICACIONES PERINATALES EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA EN EL PERIODO 2014-2015					
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><u>Problema General</u> ¿Cuáles son las complicaciones perinatales más frecuentes en neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015?</p>	<p><u>Objetivo general</u> Determinar las complicaciones perinatales en neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015.</p>	<p><u>Hipótesis General</u> Este estudio de investigación, no cuenta con hipótesis por ser un estudio descriptivo.</p>	<p><u>Variable independiente</u> Complicaciones perinatales</p>		<p><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN</u> Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, no experimental de diseño transversal</p>
<p><u>Problemas Específicos</u> 1 ¿Cuáles son las características de los neonatos de madres adolescentes en las dimensiones de Edad gestacional, peso del recién nacido y APGAR al 1° y 5° en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015?</p>	<p><u>Objetivos específicos</u> 1. Determinar las características de los neonatos de madres adolescentes en las dimensiones de Edad gestacional, peso del recién nacido y APGAR al 1° y 5° en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015.</p>		<p><u>Variable independiente</u> Edad Gestacional Peso del recién nacido APGAR</p>	<p><u>INDICADORES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RN pretérmino: ≤ 37 semanas RN a término: 37 - 41 semanas RN postérmino: ≥42 semanas. ▪ Extremo bajo peso: <1000g. Muy bajo peso: 1000 g - 1499g. Bajo peso: 1500 g -2499 g. Peso insuficiente: 2500g a 2999 g. Adecuado peso: 3000g - 3999g. Peso alto: >4000g. ▪ APGAR al 1´. APGAR al 5´ 	<p><u>POBLACIÓN</u> Constituida por todos los pacientes neonatos de madres adolescentes nacidos en el Hospital María Auxiliadora entre el 1 de mayo 2014 y el 30 de abril del 2015.</p> <p><u>MUESTRA</u> Constituida por 392 pacientes</p>

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	INDICADORES
<p>Problemas Específicos</p> <p>2. ¿Cuáles son las patologías más frecuentes en los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>2. Determinar las patologías más frecuentes en los neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015.</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Sospecha de sepsis</p> <p>Ictericia patológica</p> <p>Obstrucción intestinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si sospecha de sepsis neonatal. No sospecha de sepsis neonatal. ▪ Ictericia neonatal presente. Ictericia neonatal ausente. ▪ Obstrucción intestinal presente. Obstrucción intestinal ausente.
<p>3. ¿Cuál es la frecuencia de enfermedades congénitas en neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015?</p>	<p>3. Determinar la frecuencia de enfermedades congénitas en neonatos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015.</p>	<p>Anomalías congénitas</p> <p>Hidrocefalia congénita</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anomalías congénitas presentes. Anomalías congénitas ausentes. ▪ Hidrocefalia presente en el neonato. Hidrocefalia ausente en el neonato.
<p>4. ¿Cuál es la mortalidad neonatal precoz de los recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015?</p>	<p>4. Determinar la mortalidad neonatal precoz de los recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo mayo 2014 – abril 2015</p>	<p>Mortalidad neonatal precoz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta normal ▪ Fallecido

ANEXO N°05

CROQUIS DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA



Ubicación: Avenida Miguel Iglesias 968, Distrito de San Juan de Miraflores, Lima – Perú

Ubicación geográfica: -12.160778, -76.958389

ANEXO N°06

SOLICITUD DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

SOLICITUD DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS



Lima, 26 de Agosto de 2016

Señor:
MC. COELLO VASQUEZ, Jorge
DIRECTOR GENERAL
Hospital María Auxiliadora

Con atención:
Dr. FALCONI, Jorge
JEFE DE OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
Hospital María Auxiliadora

Quien suscribe, **MEDINA ACURIO, Andre Wilfredo** identificado con DNI: 45536195, alumno de la Universidad San Juan Bautista Facultad Ciencias de la Salud, Escuela profesional de Medicina Humana con código de alumno 061010533U, me presento ante usted; que siendo un requisito para la obtención del título de MÉDICO CIRUJANO, de manera atenta presento mi Tesis titulado: **COMPLICACIONES PERINATALES EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA EN EL PERIODO 2014-2015**

En este sentido, solicito a usted, la autorización para la revisión de historias clínicas en la OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Por lo cual solicito a ustedes, las facilidades para realizar la ejecución de mi proyecto de investigación.

Cordialmente.

MEDINA ACURIO, Andre Wilfredo
Alumno de la UPSJB
061010533U

ADJUNTO:
Copia de boleta de pago de pensión
Copia de carnet universitario.

**CARTA DE ACEPTACIÓN DEL SERVICIO PARA PROYECTOS DE
INVESTIGACIÓN**

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL SERVICIO PARA PROYECTOS DE
INVESTIGACIÓN



Lima, 26 de Agosto de 2016

Señores **COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**
Hospital María Auxiliadora

De manera atenta manifestamos nuestro interés y conocimiento de la propuesta de Tesis titulada: **COMPLICACIONES PERINATALES EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA EN EL PERIODO 2014-2015**

Elaborada por el estudiante **MEDINA ACURIO, Andre Wilfredo** de la Universidad San Juan Bautista Facultad Ciencias de la Salud, Escuela profesional de Medicina Humana con código de alumno 061010533U, para la obtención del título de MÉDICO CIRUJANO. En este sentido, nos comprometemos a participar en este proceso ofreciendo la información y el apoyo necesario para el desarrollo de la propuesta. Como documento académico conocemos que los resultados del trabajo serán publicados y registrado en la Biblioteca del Hospital María Auxiliadora, como elemento de consulta para el público.

Cordialmente,

Jefe del Servicio : Servicio Neonatología – Pediatría.

Nombres y Apellidos : M.C. HERMOZA DEL POZO, Sonia Elena.

Nombre del Hospital : Hospital María Auxiliadora

Dirección del establecimiento : Av. Miguel Iglesias N°968