



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

RELACIÓN ENTRE EL RIESGO MATERNO Y EL PERINATAL
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL
PAUCA, HUANCANÉ 2017

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

AUTOR :

REGINA QUISPE PONCE

ASESOR:

Lic. Rolando Germán Halanoca Pineda

Juliaca - Perú

2018

HOJA DE APROBACIÓN

REGINA QUISPE PONCE

**RELACIÓN ENTRE EL RIESGO MATERNO Y EL PERINATAL
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL
PAUCA, HUANCANÉ 2017**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del
título de Licenciada en Enfermería por la Universidad Alas
Peruanas

Lic. Edit Arminda Ancieta Bernal
Nº de colegiatura: 21637
Secretaria

CD. Paul Tineo Cayo
Nº de colegiatura: 19707
Miembro

Mg. Paulina Pilco Escobedo
Nº de colegiatura: 16218
Presidente

Juliaca – Perú

2018

A Dios todo poderoso, por las bendiciones
derramadas en mí.

A mis padres Valentín y Asunción por su
infinito amor ya que sin ellos no llegaría
donde estoy ahora, ya que me enseñaron lo
sacrificante que es terminar una carrera
profesional, al motor de mi vida mi hijo
Marco Antony, a todas las personas que
apoyaron desinteresadamente en el proceso
de esta investigación.

Un agradecimiento especial a la Universidad Alas Peruanas por habernos cobijando en sus claustros universitarios durante la permanencia de nuestros estudios superiores.

Un meritorio agradecimiento a la facultad de ciencias de la salud en especial a la escuela profesional de Enfermería de la universidad Alas Peruanas y a los docentes que compartieron sus experiencias y conocimientos durante toda nuestra formación académica.

Agradezco a mi asesor Lic. Rolando Germán Halanoca Pineda quien supo guiarme en todo el proceso de la investigación y aceptando sus sugerencias para la culminación del trabajo de investigación.

Un sincero agradecimiento al ing. Yony Gerardo Ccapa Maldonado por el asesoramiento en todo el proceso de investigación, y también en la parte estadística que siempre estuvo al pendiente de la investigación, un reconocimiento especial hacia este gran profesional.

Un agradecimiento a las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Lucio Aldazabal Pauca de Huancané, por su tiempo y apoyo incondicional en el recojo de información.

RESUMEN

El **objetivo** de la investigación fue determinar la relación entre el riesgo materno y el riesgo perinatal en adolescentes embarazadas atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017. **Materiales y métodos:** El tipo de investigación es la correlacional, la muestra es probabilística estuvo constituida por 40 madres gestantes adolescentes que se atendieron en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané. **Resultados** indican con respecto al riesgo materno que el 92.50% tuvieron un control prenatal, el 52.50% tuvieron el primer control prenatal tardío, el 85% de madres adolescentes no tuvieron infección del tracto urinario, el 57.50% de madres adolescentes no tuvieron infección puerperal, el nivel de hemoglobina fue normal en un 42.50%, por otro lado se tiene que el 97.50% de madres adolescentes tuvieron menor de 37 semanas en edad gestacional. De otro lado el riesgo perinatal el peso del recién nacido existe un 92.50% fue normal, y en el test de APGAR fue un 45% en condición fisiológica inadecuada. **Conclusión** que existe relación entre el riesgo materno y el riesgo perinatal en adolescentes embarazadas atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017.

Palabras clave: Riesgo en madre adolescente, Riesgo perinatal
Hemoglobina, IMC, peso al nacer, APGAR.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the relationship between maternal risk and perinatal risk in pregnant adolescents treated at the Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017. Materials and methods: The type of research is correlational, the sample is probabilistic, was constituted by 40 adolescent pregnant mothers who were treated at Lucio Aldazabal Pauca Hospital, Huancané. Results indicate with respect to maternal risk that 92.50% had prenatal control, 52.50% had the first late prenatal control, 85% of adolescent mothers had no infection of the urinary tract, 57.50% of adolescent mothers did not have puerperal infection, the level of hemoglobin was normal in 42.50%, on the other hand it has that 97.50% of adolescent mothers had less than 37 weeks in gestational age. On the other hand, the perinatal risk, the weight of the new born baby, 92.50% was normal, and in the APGAR test, it was 45% in an inadequate physiological condition. Conclusion that there is a relationship between maternal risk and perinatal risk in pregnant adolescents treated at the Lucio Aldazabal Pauca Hospital, 2017.

Key words: Risk in adolescent mother, Perinatal risk Hemoglobin, BMI, birth weight, APGAR.

LISTA DE CONTENIDO

	Pág
Hoja de aprobación	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Lista de tablas	x
Lista de gráficos	xii
Introducción.....	xiv
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1. Descripción de la realidad problemática	15
1.2. Formulación del problema	17
1.2.1. Problema General	17
1.2.2. Problemas Específicos	17
1.3. Objetivos de la investigación	18
1.3.1. Objetivo general	18
1.3.2. Objetivos específicos.....	18
1.4. Justificación del estudio	18
1.4.1. Importancia de la investigación.....	19
1.4.2. Viabilidad de la investigación	19
1.5. Limitaciones de la investigación	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	20
2.1. Antecedentes de la investigación.....	20
2.2. Bases teóricas.....	24
2.2.1. Madre gestante adolescente.....	24
2.2.2. Factores de riesgo de la madre	25
2.2.3. Anemia de la madre.....	25
2.2.3.1. Hemoglobina y hematocrito de la madre	27
2.2.3.1.1. Hierro.....	27
2.2.3.1.2. Funciones	28

2.2.4. Hemoglobina.....	29
2.2.5. Cantidad de Hemoglobina en los Glóbulos Rojos.....	30
2.2.6. Incremento de Hemoglobina según altitud.....	30
2.2.7. Evaluación nutricional de la embarazada	31
2.2.8. Riesgo perinatal.....	32
2.2.8.1. Peso al nacer.....	32
2.2.8.2. Test de Apgar	33
2.2.8.2.1. Definición.....	33
2.3. Definición de términos.....	36
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
3.1. Formulación de la hipótesis principal y derivadas	38
3.1.1. Hipótesis Principal.....	38
3.1.2. Hipótesis Derivadas.....	38
3.2. Variables.	38
3.2.1. Operacionalización de variables.....	39
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	40
4.1. Diseño metodológico.....	40
4.1.1. Tipo de investigación.....	40
4.1.2. Nivel de investigación.....	41
4.1.3. Método de investigación.....	41
4.2. Diseño muestral	41
4.2.1. Población y muestra de investigación	41
4.2.1.1. Población.....	41
4.2.1.2. Muestra	41
4.3. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	42
4.3.1. Técnicas.....	42
4.3.2. Instrumentos.....	42
4.3.3. Validez y confiabilidad del instrumento.....	43
4.4. Técnicas de procesamiento de información.....	43
4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de información	43
Capítulo V: Resultados y discusión	45
5.1. Análisis de tablas de contingencias y gráficos	45
5.2. Discusión.....	87

CONCLUSIONES	95
RECOMENDACIONES	96
FUENTES DE INFORMACIÓN	97
ANEXOS	100
Anexo 1: Carta de presentación	101
Anexo 2: Consentimiento informado	102
Anexo 3 : Ficha de recolección de datos	103
Anexo 4 : Datos de la encuesta elaborados en excel	108
Anexo 5 : Solicitud	109
Anexo 6 : Matriz de consistencia.....	110
Anexo 7 : Fotografías.....	111

LISTA DE TABLAS

	Pág
TABLA Nº 01: Riesgo materno segun el control perinatal del adolescente y su relacion con el peso del recien nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	45
TABLA Nº 02: Riesgo materno según la realización del primer control perinatal de la adolescente segun su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	48
TABLA Nº 03: Riesgo materno según infección del tracto urinario de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	50
TABLA Nº 04: Riesgo materno según infección puerperal de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	52
TABLA Nº05: Riesgo materno según nivel de hemoglobina de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	54
TABLA Nº 06: Riesgo materno según edad gestacional de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	56
TABLA Nº 07: Riesgo materno según el control perinatal del adolescente y su relación con el test apgar del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	58
TABLA Nº 08: Riesgo materno según la realización del primer control perinatal de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	60

TABLA N° 09: Riesgo materno según la infección tracto urinario de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	62
TABLA N° 10: Riesgo materno según la infección puerperal de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	64
TABLA N° 11: Riesgo materno según el nivel de hemoglobina de la adolescente según su test APGAR atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	66
TABLA N° 12: Riesgo materno según edad gestacional de la adolescente según su test APGAR atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	68

LISTA DE GRÁFICOS

Pág

Gráfico N° 01: Riesgo materno según el control perinatal del adolescente y su relación con el peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	46
Gráfico N° 02: Riesgo materno según la realización del primer control perinatal de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	48
Gráfico N° 03: Riesgo materno según infección del tracto urinario de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	50
Gráfico N° 04: Riesgo materno según infección puerperal de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	52
Gráfico N° 05: Riesgo materno según nivel de hemoglobina de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	54
Gráfico N° 06: Riesgo materno según edad gestacional de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	56
Gráfico N° 07: Riesgo materno según el control perinatal del adolescente y su relación con el test apgar del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	58
Gráfico N° 08: Riesgo materno según la realización del primer control perinatal de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	60

Gráfico N° 09: Riesgo materno según la infección tracto urinario de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	62
Gráfico N° 10: Riesgo materno según la infección puerperal de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	64
Gráfico N° 11: Riesgo materno según el nivel de hemoglobina de la adolescente según su test APGAR atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.....	66
Gráfico N° 12: Riesgo materno según edad gestacional de la adolescente según su test APGAR atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.	68

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia son situaciones que preocupan a nuestra sociedad, es un gran problema de la salud pública, dos de cada tres adolescentes están embarazadas, aunque el embarazo es una condición normal, cuando se presenta en la edad de la adolescencia se genera en un problema, las consecuencias son múltiples, perjudicando las coyunturas del desarrollo de la persona y su economía. Esta investigación se centra en los factores de riesgo del embarazo en adolescentes y riesgo perinatal atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

En países en desarrollo como Panamá, Chile y Ecuador, cerca del 25% de las mujeres de 18 años y más se embarazan, no sucede así en países desarrollados donde la fecundidad en esos años es mínima y llega a ser alrededor de un 15%, en Sevilla (España), en un barrio periférico, el 18,4% eran de una edad superior a los 18 años; en la provincia de Cartago (Costa Rica) el 12,6% fueron mayores de 18 años; en Estados Unidos, en un estudio multicéntrico, en el Perú, un estudio publicado en el 2001, realizado en Ica se encontró que el 35,4% de gestantes eran de menores de 18 años. La modernidad ha creado mejores expectativas de educación y trabajo que permiten alcanzar una mayor preparación profesional y posición económica, por ello cada vez más mujeres posponen la maternidad hasta alcanzar estas metas, además, el aumento de la expectativa de vida, como los avances en medicina de la reproducción, permiten lograr embarazos a una edad más avanzada⁽¹⁾.

En el Hospital Lucio Aldazabal Pauca las gestantes adolescente tuvieron riesgos perinatales, la alta tasa de mortalidad materna e infantil en el año 2002 en la provincia de San Román fue de 362 por 10,000 y 52 por 1,000 respectivamente, estos riesgos a los que están expuestas las embarazadas menores de 18 años y eso nos motivo a realizar esta investigación para saber cuáles son esos factores de riesgo de las madres adolescentes del Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La adolescencia es una época de cambios en todos los órdenes, sociales, psicológicos y sexuales razones que en la actualidad constituye un motivo de preocupación sumándose en esta época el embarazo, expresada demográficamente como tasa de fecundidad siendo esto un condicionante de alto riesgo obstétrico y peri natal, comprometiendo la salud de la madre y de su hijo, lo que es agravado por factores contextuales como la pobreza, la desnutrición, la interrupción de los estudios y la expulsión del hogar que es muy frecuente que antecedan a el embarazo en la adolescente ⁽²⁾

La morbilidad relacionada con la reproducción, representa tasas más elevadas en las madres menores de 19 años pudiéndose mencionar entre ellos los factores de riesgo biológicos, sociales, obstétricos de la madre como también algunas patologías infecciosas, hipertensivas entre otras, como posibles causas para resultados peri natales desfavorables, como son bajo peso al nacer, prematuridad, asfixia, sepsis ⁽³⁾

Perú es un país caracterizado por 3 regiones geográficas diferentes, en la región de la costa donde se da una mayor concentración poblacional y donde se produce la mayor proporción de nacimientos se encontró la menor tasa de mortalidad perinatal de 16,67 por 1000 nacimientos, debe tenerse en cuenta

que en esta región está ubicada la ciudad de Lima que tiene la menor tasa de mortalidad perinatal en el Perú; la región de mayor mortalidad fue la sierra con 27,05 por mil nacimientos, el riesgo de morir es de 1,6 veces mayor en la sierra en comparación a la costa y de 1,2 veces mayor en la selva en comparación a la costa. Esto se debería a las condiciones de pobreza que existe en la sierra como en la selva y a las desigualdades en el desarrollo global entre sus diferentes regiones.

El embarazo a los 15 a 19 años no debería constituirse en un problema biológico si se cuenta con un adecuado sistema de atención perinatal, de parto y puerperio y del recién nacido, es decir un sistema integral de salud adaptado para la atención de la adolescente embarazada, sin embargo el impacto biológico negativo mantiene su severidad en las embarazadas de 10 a 14 años, lo cual está dado principalmente por las situaciones de extrema irregularidad psicosocial que se asocian a la inicio de la fecundidad precoz. ⁽⁴⁾

Campos menciona que las madres primigestas presentan más frecuentemente toxemia del embarazo, enfermedad que determina mayor incidencia de prematuros, por otra parte se sabe que las madres adolescentes primiparas tienen mayor posibilidad de presentar hipertensión inducida por el embarazo ocasionando neonatos con bajo peso al nacer. ⁽⁵⁾

En países en desarrollo como Panamá, Chile y Ecuador, cerca del 25% de las mujeres de 18 años y más se embarazan, no sucede así en países desarrollados donde la fecundidad en esos años es mínima y llega a ser alrededor de un 15%, en Sevilla (España), en un barrio periférico, el 18,4% eran de una edad superior a los 18 años; en la provincia de Cartago (Costa Rica) el 12,6% fueron mayores de 18 años; en Estados Unidos, en un estudio multicéntrico, en el Perú, un estudio publicado en el 2001, realizado en Ica se encontró que el 35,4% de gestantes eran de menores de 18 años. La modernidad ha creado mejores expectativas de educación y trabajo que permiten alcanzar una mayor preparación profesional y posición económica, por ello cada vez más mujeres posponen la maternidad hasta alcanzar estas

metas, además, el aumento de la expectativa de vida, como los avances en medicina de la reproducción, permiten lograr embarazos a una edad más avanzada ⁽¹⁾.

En el Hospital Lucio Aldazabal Pauca las gestantes adolescente tuvieron riesgos perinatales, la alta tasa de mortalidad materna e infantil en el año 2002 en la provincia de San Román fue de 362 por 10,000 y 52 por 1,000 respectivamente, estos riesgos a los que están expuestas las embarazadas menores de 18 años y eso nos motivo a realizar esta investigación para saber cuáles son esos factores de riesgo de las madres adolescentes del Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación entre el riesgo materno y el riesgo perinatal en adolescentes embarazadas atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la relación del riesgo materno de adolescentes embarazadas y el peso al nacer del recién nacido en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017?
- ¿Cuál es la relación del riesgo materno adolescentes embarazadas y estado general del neonato en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el riesgo materno y el riesgo perinatal en adolescentes embarazadas atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer la relación del riesgo materno de adolescentes embarazadas y el peso al nacer del recién nacido en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017.
- Analizar la relación del riesgo materno adolescentes embarazadas y estado general del neonato en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017.

1.4. Justificación del estudio

El presente trabajo de investigación pretende brindar información necesaria sobre los factores de riesgo en las madres gestantes adolescentes y el riesgo perinatal, el mismo permitió conocer la realidad de salud del binomio madre-niño. A la vez sirvió de referencia a los establecimientos de salud para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud que conlleve a disminuir tasas de morbimortalidad infantil.

El estudio es un aporte a la carrera ya que permite ampliar los conocimientos a los profesionales de enfermería a orientar a las madres gestantes adolescentes ya que además de los resultados describirán cuáles son esos factores de riesgo para que una mujer tome una decisión antes de embarazarse a una edad muy temprana las cuales tienen complicaciones serias y un riesgo perinatal, el reconocimiento de los factores de riesgo perinatal se asocian a las complicaciones es importante para la reducción de la morbimortalidad materno-perinatal. Es por ello la importancia del estudio el objetivo de evaluar la asociación de los factores individuales y obstétricos más frecuentes que se asocian a las complicaciones en gestantes adolescentes.

1.4.1. Importancia de la investigación

Es importante la investigación ya que permite conocer los factores de riesgo de las madres adolescentes, esta investigación debe servir para que las mujeres jóvenes tengan presente que embarazarse tempranamente se corre riesgo tanto para ella como para el recién nacido, además esta investigación tuvo información muy relevante de los riesgos perinatales al embarazarse antes de los 18 años.

Esta investigación favoreció a las mujeres gestantes adolescentes para prevenir modificables por medio de la supresión del riesgo o por acciones diagnósticas o terapéuticas oportunas que favorecerán resultados deseables en la salud materno neonatal.

1.4.2. Viabilidad de la investigación

La investigación es viable ya que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para la culminación del presente trabajo de investigación, también es viable por que se realizó en el tiempo previsto en el recojo de la información, tabulación y codificación de los datos para el informe final de investigación.

1.5. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones que se tuvo en el trabajo de investigación fue de obtener permisos por el director ya que la documentación es muy burocrática, otra limitación de esta investigación fue obtener las historias clínicas de las gestantes antes del parto, y tener autorización por la jefa de obstetricia para estar presentes en el momento del parto para obtener datos del peso al nacer y el Test de Apgar del recién nacido ya que estos datos fueron de suma importancia para nuestro trabajo de investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Guadalupe, Perez, Guadalupe, Castro y Vásquez en el año 2011 realizaron una investigación titulada “ Factores de riesgo perinatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México”, cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos y perinatales que con más frecuencia se asocian a muerte fetal en embarazos mayores de 27 semanas, se realizó un estudio de casos y controles con 528 casos de muerte fetal de más de 27 semanas de gestación y 528 neonatos vivos, se comparó la frecuencia de diferentes variables maternas y fetales que en forma previa se han reportado asociadas a muerte fetal, por medio de χ^2 y prueba exacta de Fisher; se estimó la fuerza de asociación entre estas variables y muerte fetal con la razón de momios, con un intervalo de confianza del 95%. Los resultados fueron que los factores de riesgo estudiados se asociaron con muerte fetal: edad materna mayor de 35 años, escolaridad baja, multiparidad, antecedente de aborto y de muerte fetal, atención perinatal deficiente, complicaciones en el embarazo, líquido amniótico anormal, doble circular de cordón umbilical al cuello del producto y malformaciones congénitas mayores del recién nacido, llegaron a las conclusiones que los factores de riesgo asociados con muerte fetal, resalta la atención perinatal deficiente que

de ser mejorada, podría disminuir la fuerza de asociación de algunas de las otras variables que se asociaron a muerte fetal. ⁽⁶⁾

Ordaz, Rangel y Hernández en el año 2010 realizaron una investigación titulada “Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México”. Cuyo objetivo fue describir las características de las muertes maternas y analizar los factores de riesgo relacionados con éstas en el estado de Morelos. Se realizó un estudio epidemiológico, transversal, observacional, descriptivo, retrospectivo de 94 casos de muertes maternas registradas en los servicios de salud de Morelos, entre 2000 y 2004, se compararon las características de las muertes maternas hospitalarias y no hospitalarias. Los resultados que obtuvieron fueron de que 94 muertes maternas, 81.9% se clasificaron como hospitalarias (66.7% en hospitales públicos) y 13.8% como no hospitalarias, 73 (77.6%) de las muertes ocurrieron durante el puerperio. La mayoría de las mujeres no contaba con algún servicio médico (76.7%). Hubo 77 (81.9%) casos de muerte materna directa y 12 (18.1%) indirecta. El riesgo de muerte materna no hospitalaria en mujeres de 35 a 40 años de edad fue tres veces mayor, con estudios de primaria incompleta o ninguno de 10.9 y no tener derecho a servicio médico 3.6 veces. Llegaron a la siguiente conclusión que la mayor cantidad de muertes fueron hospitalarias, las causas principales fueron: trastornos hipertensión del embarazo, parto y puerperio y hemorragia obstétrica y eventos relacionados con la calidad de los servicios de salud. Es necesario desarrollar programas de control del embarazo más eficientes, con un enfoque de riesgo materno-infantil. ⁽⁷⁾

Blanca, Perez y Tejedor en el año 2008 realizaron un investigación titulada “La edad materna como factor de riesgo obstétrico resultados perinatales en gestantes de edad avanzada” realizado en Madrid, cuyo objetivo fue comparar los resultados perinatales de gestantes mayores de 35 años con un grupo control (< 35 años), el Material y método fue un estudio de cohortes histórico de una población de gestantes, con edad igual o superior a 35 años, que parieron en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital

Clínico Universitario de Valladolid durante un año (desde el 1 de marzo de 2007 al 29 de febrero de 2008). Como grupo control incluimos mediante muestreo sistemático aquellas gestantes de edad inferior a 35 años que parieron en los diez últimos días de cada mes durante el mismo periodo de tiempo. En cuanto al análisis estadístico, para las variables cuantitativas continuas se utilizó el test de comparación de medias de t-Student. Para las variables categóricas se empleó la chi-cuadrado que compara proporciones, en todas las pruebas estadísticas realizadas con las variables de resultados se aplicó un nivel de significación estadística de 0,05. Resultados: Se analizaron 1455 partos (355 correspondientes al grupo de estudio: 24,39%). Las gestantes de mayor edad presentaron más patología asociada al embarazo (29,2 vs 15,8%,) como diabetes gestacional (6.2%,), metrorragia del primer trimestre (5.6%,), y amenaza de parto prematuro (3.9%,). Los estados hipertensivos del embarazo aunque fueron también más frecuentes no demostraron significación estadística. Se requirió inducción médica del parto con mayor frecuencia en el grupo de estudio. En el 47% de las gestantes nulíparas de edad avanzada se indicó una cesárea. La tasa de mortalidad perinatal en el grupo de estudio fue 16.5% vs 2.77% en el grupo control. La morbilidad materna también fue superior en el grupo de edad, fundamentalmente por complicaciones hemorrágicas.⁽⁸⁾

2.1.2. Antecedentes nacionales

Culi en el año 2012 realizó una investigación titulada: “ Factores de riesgo asociados a morbimortalidad perinatal precoz en el hospital San Juan de Dios Ancash- Perú”, cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados a morbimortalidad perinatal precoz del hospital San Juan de Dios, ubicado en la región Ancash, el año 2010. Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico, la población estuvo conformada de 625 gestantes, se tomó una muestra al azar de 100 gestantes, utilizando una ficha técnica. Para el análisis estadístico se halló el Odds Ratio (OR) y el chi cuadrado a través del programa SPSS versión 14, con intervalo de confianza al 95%. Resultados: Los recién nacidos con complicaciones fueron 33, el total de recién nacidos muertos

fueron 12 por muerte fetal tardía y neonatal precoz de 945 g, a más y los controles 88 nacidos vivos, seleccionados al azar. La tasa de mortalidad precoz fue 12%. Los factores de riesgo fueron: Edad Materna 35 años a más (OR=4,54), Multiparidad (OR=3,77), Control perinatal ausente o inadecuado (OR=3,87), Inicio de parto inducido o cesárea electiva (OR=21,5), Trabajo de parto precipitado o prolongado (OR=10,5), Depresión (OR=37,40) Prematuridad (OR=9,67). La presencia de depresión al nacer, inicio de parto inducido, trabajo de parto prolongado, bajo peso y prematuridad, tienen altos valores predictivos. Conclusiones: Los factores de riesgo del recién nacido tienen mayor asociación y alto valor predictivo para mortalidad perinatal precoz en el hospital San Juan de Dios de Ancash, Perú. ⁽⁹⁾

Tucto en el año 2016 realizó una investigación titulada: “Factores de riesgo maternos que influyen en el parto pretermino en gestantes adolescentes en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco octubre 2015- Marzo del 2016”. Cuyo objetivo fue determinar cuáles son los factores de riesgos maternos que influyen al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano la muestra de estudio fue de 60 mujeres de 20 a 36 semanas de gestación con factores de riesgo maternos que asistan al Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco. En el ambiente de monitoreo materno perinatal. Los resultados El grupo atareó el más frecuente es de 16 a 19 años de edad con un 68% de los casos. El 43% de las encuestadas presentaban 4 a 5 controles perinatales durante su embarazo.El 93% de las adolescentes embarazadas prevenían de zonas urbanas. El 77% de las pacientes estudiaban sección secundaria al momento de su embarazo. Durante el estudio, encontramos que por ser un universo de adolescentes. El 30% (18) de las gestantes cursaban de 35-36 semanas de gestación en el momento de la investigación. El 53% de las encuestadas mencionó que había iniciado sus relaciones sexuales entre la edad de 16-18 años. La Infección del tracto urinario (ITU) 82%, RPMP 13% y 3% vaginitis fueron las patologías más frecuentemente presentadas por estas pacientes. ⁽¹⁰⁾

Bárcena O. en el años 2011 realizó una investigación titulada de “Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2006-2010”, cuyo objetivo fue identificar los factores que incrementan significativamente el riesgo de parto pretermino en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2006-2010. Es un estudio retrospectivo, transversal de casos y controles. La población está conformada por 2400 gestantes adolescentes hospitalizadas para atención del parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Se identificaron 101 adolescentes con parto pretermino (casos) y se seleccionaron 303 adolescentes con parto a termino (controles). La información se obtuvo de las fichas perinatales del Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2006-2010. El embarazo en adolescentes representó el 21,5% del total de partos atendidos, mientras que la frecuencia de parto pretermino fue 6,7%. La mayoría de gestantes adolescentes que presentaron parto pretermino eran: convivientes (53,3%), con grado de instrucción secundaria (86%), sin hábitos nocivos (100%), primigestas (81,2%), nulíparas (89,1%), con menos de 7 controles perinatales (82,2%) y con anemia (49,5%). Los factores que incrementan significativamente el riesgo de parto pretermino entre las embarazadas adolescentes son: tener <7 controles perinatales (OR=3,56), anemia materna (OR=1,74), preeclampsia (OR=4,72), amenaza de aborto (OR=7,84) y ruptura prematura de membranas (OR=12,45).⁽¹¹⁾

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Madre gestante adolescente

El embarazo en adolescentes es un hecho que observamos con más frecuencia en los últimos años y, lo que es más grave; se produce en edades cada vez menores.

La constante preocupación de los países en vías de desarrollo lo constituye, sin duda alguna, la alta incidencia de mortalidad materno fetal. Nosotros no escapamos a esta realidad, pues continuamos con una tasa alta de mortalidad materna y perinatal. Se señala muchos factores causales, dentro

de ellos estaría el embarazo en adolescentes, grupo etéreo de riesgo obstétrico alto. Reconociendo al embarazo en adolescentes como una situación condicionante de riesgo obstétrico y perinatal alto, y que por lo tanto se convierte en un problema de salud pública importante, por el costo biológico y psicosocial que implica, y siendo un tema de actualidad y poco estudiado en nuestro medio, se realiza el presente estudio, teniendo en cuenta además la creciente incidencia de embarazo en adolescentes, no sólo en nuestro país, sino en todo el mundo. Es necesario identificar el riesgo reproductivo y las complicaciones asociadas, para contribuir de alguna manera a mejorar la salud materna y perinatal de nuestra población. ⁽¹²⁾

2.2.2. Factores de riesgo de la madre

Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal. Estos factores de riesgo sumándose unos a otros pueden aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño ⁽¹³⁾.

2.2.3. Anemia de la madre

La anemia es la más frecuente de las enfermedades que pueden coincidir con el embarazo o ser producidas por éste, ya que las necesidades para el desarrollo del feto y la placenta aumentan el consumo de hierro elemental. La anemia del embarazo no es fácil de definir, puesto que durante dicho estado se produce un aumento sustancial del volumen total de sangre y se incrementa la producción eritrocitaria. Para asegurar un aporte adecuado de oxígeno y nutrientes al feto, placenta, útero y tejido mamario, el estado de gravidez requiere ajustes fisiológicos y bioquímicos que incluyen alteraciones significativas del volumen plasmático y de la masa eritrocitaria, pero hay un aumento desproporcionado del volumen de plasma circulante que da como resultado heminico odilución. El aumento del volumen plasmático llega a un promedio de 1000 mL, necesario para llenar la vascularización expandida de

los tejidos maternos hipertrofiados y la circulación feto-placentaria. El grado de aumento del volumen plasmático se correlaciona con el tamaño del feto. También hay un aumento de masa eritrocitaria circulante, en un promedio de 300 a 400 mL para el feto único. La hémica dilución relativa consecuente al aumento promedio de sólo 300 mL del volumen eritrocitario en comparación con los 1 000 mL del volumen plasmático, da como resultado una disminución promedio del hémico atócrito de 41 a 37,5 % y de la hemoglobina, de 140 a 110 g/L hacia el tercer trimestre de la gestación. Por lo tanto, se considera como anemia durante el embarazo cuando la cifra de hemoglobina está por debajo de 110 g/L de sangre y el hémicatócrito menor que 33 % durante el tercer trimestre de la gestación. Se entiende que si la cifra de hemoglobina es menor que 95 g/L, la anemia es intensa ⁽¹⁴⁾.

La anemia en la mujer en edad reproductiva tiene particular importancia, afecta no sólo a la mujer, sino también al producto de la concepción, se ha estimado que la anemia es causa principal o contribuyente en 20 a 40% de casos de muerte materna, especialmente en países en desarrollo. La anemia está asociada con una serie de consecuencias funcionales y con una disminución en la respuesta inmune, lo que puede tener implicaciones mayores en cuanto a morbilidad en poblaciones que viven en condiciones precarias de higiene. Se ha observado una reducción en la productividad en aquellas personas que sufren anemia ⁽¹⁵⁾.

Durante el embarazo, las necesidades de hierro se incrementan a consecuencia de las pérdidas basales, del aumento de masa de glóbulos rojos y del crecimiento del feto, la placenta y los tejidos maternos asociados, por ello los requerimientos de hierro aumentan tres veces. A medida que transcurre el embarazo hay un aumento de la masa eritroide y del volumen plasmático, siendo este último mayor, por lo cual se produce la hémica dilución fisiológica. La hémica dilución es normal en el embarazo y hace difícil establecer un valor mínimo normal de la concentración de Hemoglobina. La organización mundial de la salud (OMS) recomienda un punto de corte de 11,0 g/100 ml para considerar una anemia. La Academia Nacional de Ciencias de

Washington utiliza como valor de corte de la Hb 11,0 g/100 ml en el primer y tercer trimestre y 10,5 g/100 ml en el segundo trimestre. El intervalo entre 9,0 y 11,0 g/100 ml se considera una zona gris ya que es difícil si estos valores se deben a una anemia o a la hemoconcentración fisiológica del embarazo ⁽¹⁶⁾.

Durante el embarazo existe un aumento de la masa de eritrocitos y del volumen plasmático como ajuste a las necesidades del útero y el feto en crecimiento. Sin embargo, el volumen plasmático aumenta más que la masa de eritrocitos, lo que provoca una disminución de la concentración de Hemoglobina en la sangre, a pesar del aumento del número de eritrocitos. Esta disminución en la concentración de Hemoglobina reduce la viscosidad sanguínea, lo cual se considera que mejora la perfusión placentaria y proporciona un mejor intercambio materno fetal de gases y nutrientes ⁽¹⁷⁾.

La deficiencia de hierro presenta diversos estadios de severidad, dando lugar a diferentes alteraciones en el organismo. En su etapa más temprana, se manifiesta por una disminución en la concentración sérica de hierro y de ferritina. Esta última es una reserva de recambio lento de hierro en el organismo. Si la deficiencia avanza, disminuye la saturación de transferrina, la glicoproteína transportadora de hierro y aumenta la protoporfirina eritrocítica libre. Cuando la deficiencia de hierro es aún mayor, se presenta una baja concentración de Hemoglobina. Si esta es marcada, aparece en el horizonte clínico, manifestándose por palidez de piel y tegumentos. Se ha observado que la anemia severa, así como la deficiencia de hierro compromete la respuesta inmunológica celular en embarazadas ⁽¹⁵⁾.

2.2.3.1. Hemoglobina y hematocrito de la madre

2.2.3.1.1. Hierro

El hierro es un oligoelemento mineral necesario para una amplia variedad de funciones biológicas, desde el transporte de oxígeno y la oxidación mitocondrial hasta la síntesis de dopamina y DNA ⁽¹⁸⁾.

Absorción y Almacenamiento de Hierro

La absorción tiene lugar principalmente en la porción superior del intestino delgado. La absorción del hierro es un proceso determinante en el balance de hierro en el organismo. El balance de hierro en el organismo se logra fundamentalmente por regulación de la absorción. El mecanismo de absorción del hierro hémico y no hémico es diferente; el hierro hémico es captado tal cual por el enterocito y en su interior es desdoblado por una enzima específica que libera al hierro del núcleo porfirina; en cambio el proceso de absorción del hierro no hémico, requiere que esté en forma Ferrosa y de receptores que están presentes en la membrana del enterocito ⁽¹⁸⁾

El hierro hémico, se absorbe entre un 20 - 30%. El hierro no hémico tiene una absorción del 1 a 5 %. El almacenamiento de Hierro en el cuerpo, ocurre predominantemente en el hígado en la forma de 2 compuestos no hémico : Ferritina (compuesto proteínico unido al hierro) y Hémico siderina (este hierro no está disponible para el cuerpo). Los factores que inhiben la absorción de hierro no hémico son los siguientes: Fitatos, Polifenoles: (té (taninos), café, mates), calcio (disminuye la absorción del hierro), Alta ingesta de fibra, antiácidos, el manganeso. En tanto que los factores favorecedores de su absorción son los siguientes: pH ácido (ácidez normal del jugo gástrico), vitamina C, ácidos orgánicos como los citratos, las carnes ⁽¹⁸⁾.

2.2.3.1.2. Funciones

El hierro participa en una cantidad significativa de funciones importantes, algunas de las cuales son: Transporte de oxígeno, porque es constituyente de la Hemoglobina y mioglobina., transporte de electrones por formar parte de los citocromos, participa en procesos enzimáticos porque es constituyente de la catalasas, peroxidasas, metaloflavoproteínas (actúan en el metabolismo oxidativo) y también de la enzima ribonucleótido reductasa (esencial para la síntesis del ADN). Las principales son las carnes. Vacuno, ovino, porcino, pollo, pescado, vísceras: hígado, riñón; y mariscos. En las dietas mixtas con predominio de alimentos de origen vegetal la absorción de hierro es 5 a 7% ⁽¹⁸⁾.

Deficiencias:

Se puede clasificar de la siguiente manera la sintomatología por deficiencia de hierro:

a) Generales y nerviosos: Fatiga persistente con irritabilidad, cefalea, vértigo.

b) Cutáneo mucosos: Piel seca, pérdida de brillo y caída de cabello, fragilidad capilar, queilitis angular, algunos signos muy típicos son Anomalías ungueales: uñas frágiles con surcos longitudinales y transversales, Uñas planas o cóncavas, coiloniquia: uñas en cuchara., resequedad y atrofia de mucosas: bucal, lingual y vaginal.

c) Digestivos: Anomalías en la mucosa gástrica: hipoclorhidria, disfagia sideropénica, se acompaña de queilitis angular, lengua lisa, aclorhidria, disminución del hierro sérico ⁽¹⁹⁾.

2.2.4. Hemoglobina

La hemoglobina es una proteína que se encarga de llevar oxígeno a los pulmones y tejidos. Aproximadamente el 3% de la hemoglobina escapa atravesando la membrana capilar hacia los espacios tisulares o a través de la cápsula de Bowman; Por tanto para que la hemoglobina persista en el torrente circulatorio debe estar dentro de los glóbulos rojos ⁽¹⁹⁾.

Cuadro N° 1

Valores de hemoglobina

Edad/sexo	Normal g/dl	Leve g/dl	Moderada g/dl	Severa g/dl
Mujeres no embarazadas (15 años o mayores)	12 ó superior	11 – 11,9	8 – 10,9	Menor a 8
Mujeres embarazadas	11 ó superior	10 – 10,9	7 – 9,9	Menor a 7

Fuente: OMS/OPS Catalogo ISBN 2012.

2.2.5. Cantidad de Hemoglobina en los Glóbulos Rojos

Los glóbulos rojos tienen capacidad de concentrar hemoglobina en su líquido celular hasta un valor aproximado de 34 gr/dl. La concentración de hemoglobina nunca supera este valor. Además en personas normales el porcentaje de hemoglobina casi siempre se halla cerca del valor máximo para cada célula. Sin embargo, cuando la formación de hemoglobina en la médula ósea es deficiente, su porcentaje en las células puede disminuir considerablemente por debajo de este valor y también el volumen de los glóbulos rojos, por descenso de la cantidad de hemoglobina que ocupa la célula. Cuando el hematocrito y la cantidad de hemoglobina son normales para cada glóbulo, la sangre total del varón contiene, como promedio 13 gr/dl de hemoglobina y la de la mujer, en promedio 12 gr/dl ⁽¹⁹⁾.

2.2.6. Incremento de Hemoglobina según altitud

El nivel de hemoglobina en la sangre requerido depende de la presión parcial de oxígeno en la atmósfera. Como el Perú es un país donde un gran número de personas viven a alturas donde la presión de oxígeno es reducida en comparación con la del nivel del mar; se requiere un ajuste a las mediciones de hemoglobina para poder evaluar el estado de anemia, es decir el nivel mínimo requerido de hemoglobina dada la biodisponibilidad de oxígeno en la atmósfera. El aumento en los niveles de hemoglobina con la altura fue estudiada en el Perú en 1945 por Hurtado. También ha sido estudiado en los estados Unidos por el Pediatric Nutrition Surveillance System (CDC/PNSS) y en el Ecuador por Dirren y colaboradores. Los ajustes están expresados en cuadro de valores (Hurtado) o en fórmulas cuadráticas (CDC/PNSS Y Dirren) ⁽²⁰⁾.

El ajuste para la evaluación del estado de anemia; se realiza llevando a nivel del mar la medición observada. Esto se hace restando de la medición el incremento que se observa en la hemoglobina como resultado de vivir a mayores alturas

Niveles de Hemoglobina en la Altura

La gradiente de hemoglobina aumenta porque el organismo se adapta a la hipoxia de la gran altitud mediante el aumento de la capacidad de la sangre para transportar oxígeno. Los valores de concentración de hemoglobina varían de acuerdo a la altura este efecto puede notarse por arriba de los miles de metros sobre el nivel del mar, donde empieza una saturación importante de hemoglobina por ende, la definición de anemia requiere un ajuste para la altitud en que vive el individuo. La relación entre la concentración de hemoglobina y la altitud fue estudiado por Hurtado demuestra que la curva de aumento de la concentración de hemoglobina en función al altitud es exponencial, lo que se vio confirmado por el estudio de Dirren et al. (1994) en niños ecuatorianos ⁽¹⁹⁾.

2.2.7. Evaluación nutricional de la embarazada

La valoración del estado de nutrición de la embarazada es de capital importancia, no solo para el buen desenlace de la gestación, sino también para la salud de la mujer y sus futuros embarazos. La necesidad de evaluar el crecimiento y el desarrollo fetal se ha constituido en una prioridad debido a la magnitud de la población de niños con alteraciones del crecimiento perinatal, fundamentalmente en los países en vías de desarrollo ⁽¹⁴⁾.

La desnutrición de la madre produce un efecto principal: la disminución del peso de nacimiento del niño. La malnutrición crónica que sufren muchas madres desde su infancia desempeña un papel esencial en esa insuficiencia de peso.

Deben contemplarse las siguientes situaciones:

El peso de la embarazada, en un momento dado de la gestación, es la resultante del peso previo y el crecimiento alcanzado hasta ese momento. El peso adecuado previo al embarazo esta, a su vez, ligado a la talla materna. El peso previo al embarazo, para poder calcular el incremento, es desconocido en el 70% de las mujeres de niveles socioeconómicos bajos.

Existen evidencias de que, en las zonas más carenciadas y por motivos geográficos, culturales o de accesibilidad a la salud, la captación de la embarazada es tardía, justamente en las poblaciones en las que se concentran potencialmente los mayores riesgos ligados a desnutrición materna ⁽²¹⁾.

2.2.8. Riesgo perinatal

2.2.8.1. Peso al nacer

Peso al nacer. El peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño. El estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso al nacimiento se clasifica en:

Cuadro N° 2

Clasificación de acuerdo al peso del nacimiento

Punto de corte		Clasificación
< 1000 gramos		Extremadamente bajo
1000 a 1499 gramos		Muy bajo peso al nacer
1500 a 2499		Bajo peso al nacer
De 2500 a 4000 gramos		Normal
> 4000 gramos		Macrosómico

Fuente: Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.

El bajo peso al nacer (definido como los recién nacidos de menos de 2500 gramos) constituyen un indicador importante de la salud infantil, debido a la estrecha relación entre el peso al nacer y la morbimortalidad en lactantes. Hay dos categorías de niños con bajo peso al nacer: la que comprende los casos que se producen como resultado de un crecimiento fetal limitado y la que engloba los que se derivan de un parto prematuro. Los lactantes con bajo

peso al nacer tienen mayor riesgo de presentar una salud deficiente o de fallecer, requieren un periodo de hospitalización más prolongado tras el parto y tienen mas probabilidades de sufrir discapacidades significativas(UNICEF Y OMS, 2004) entre los factores de riesgo que conciernen al bajo peso al nacer figuran un bajo nivel socioeconómico de los padres, el aumento de la edad de la madres y la fertilidad múltiple, las conductas dañinas como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y una nutrición deficiente, así como un nivel escaso de atención perinatal ⁽²²⁾.

La organización Mundial de la salud se define bajo peso al nacer como el de un niño que en el parto pesa menos de 2500 gramos, con independencia de la edad de gestación del lactante. Esta definición se basa en observaciones epidemiológicas relativas al aumento del riesgo de fallecimiento del niño y se utiliza en estadísticas comparativas internacionales de salud. El número de partos de niños con bajo peso al nacer se expresa como porcentaje del total de nacidos vivos.

2.2.8.2. Test de Apgar

2.2.8.2.1. Definición

Es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. La puntuación en el minuto 1 determina si el bebé toleró bien el proceso de nacimiento, mientras que la puntuación al minuto 5 le indica al médico cómo va la evolución del bebé tras el nacimiento. Este examen se hace para determinar si un recién nacido necesita ayuda con la respiración o está teniendo problemas cardíacos. ⁽¹³⁾

La prueba de APGAR la realiza un médico, una comadrona o una enfermera. El profesional de la salud examinará en el bebé: ⁽¹³⁾

- Color de la piel
- Frecuencia cardíaca.
- Respuesta ante (irritabilidad refleja)
- Tono muscular (actividad)

–Respiración o llanto.

A cada una de estas categorías se le da una puntuación de 0, 1 ó 2 dependiendo del estado observado.

2.2.8.2.2. Esfuerzo respiratorio.

Si el bebé no está respirando, el puntaje es 0.

Si las respiraciones son lentas o irregulares, el puntaje del bebé es 1 en esfuerzo respiratorio.

Si el bebé llora bien, el puntaje respiratorio es 2. ⁽¹³⁾

2.2.8.2.3. La frecuencia cardiaca

Se evalúa con el estetoscopio. Esta es la evaluación más importante.

Si no hay latidos cardíacos, el puntaje del bebé es 0 en frecuencia cardiaca.

Si la frecuencia cardiaca es menor de 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 1 en frecuencia cardiaca.

Si la frecuencia cardiaca es superior a 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 2 en frecuencia cardiaca. ⁽¹¹⁾

2.2.8.2.4. Tono muscular:

Si los músculos están flojos y flácidos, el puntaje del bebé es 0 en tono muscular.

Si hay algo de tono muscular, el puntaje del bebé es 1.

Si hay movimiento activo, el puntaje del bebé es 2 en tono muscular.

Respuesta a las gesticulaciones (muecas) o reflejo de irritabilidad es un término que describe la respuesta a la estimulación, como un leve pinchazo.

Si no hay reacción, el puntaje del bebé es 0 en reflejo de irritabilidad.

Si hay gesticulaciones o muecas, el puntaje del bebé es 1 en reflejo de irritabilidad.

Si hay gesticulaciones y una tos, estornudo o llanto vigoroso, el puntaje del bebé es 2 en reflejo de irritabilidad. ⁽¹³⁾

Color de la piel. Si el color de la piel es azul pálido, el puntaje del bebé es 0 en color. Si el cuerpo del bebé es rosado y las extremidades son azules, el puntaje es 1 en color.

Si todo el cuerpo del bebé es rosado, el puntaje es 2 en color.

Cuadro N° 3
Valoración del test de APGAR (cinco criterios)

	0 puntos	1 punto	2 puntos	Acrónimo
Color de la piel	Todo azul o pálido.	Cuerpo rosado extremidades azules.	Todo Rosado normal	Apariencia
Frecuencia cardiaca	0	menor de 100 min	mayor de 100 min	Pulso
Reflejos e irritabilidad	sin respuesta a estimulación	mueca /llanto débil al ser estimulado	estornudos/tos / pataleo al ser estimulado	Gesto
Tono muscular	ninguna	Semiflexión o alguna flexión de miembros	movimientos activos	Actividad
Respiración	ausente	Bradipnea irregular débil o irregular	Llanto Fuerte	Respiración

Fuente: Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.

2.2.8.2.5. Valores normales

El índice de APGAR se basa en una puntuación total de 1 a 10. Cuanto más alto sea la puntuación, mejor será la evolución del bebé después de nacer. ⁽¹³⁾

Una puntuación de 7, 8 o 9 es normal y es una señal de que el recién nacido está bien de salud. Un puntaje de 10 es muy inusual, ya que casi todos los recién nacidos pierden un punto por pies y manos azulados, lo cual es normal después del nacimiento. ⁽¹³⁾

Si el bebé está en buenas condiciones obtendrá una puntuación de 7 a 10 puntos. Si obtiene de 4 a 6 puntos su condición fisiológica no está respondiendo adecuadamente y el neonato requiere una valoración clínica y recuperación inmediata. Si es igual o menor a 3, necesita atención de emergencia como medicamentos intravenosos, y respiración asistida. Si la puntuación es 0, es muy probable que bajo un perfecto estudio clínico se le dictamine el estado resolutivo de muerte.⁽¹³⁾

Significado de los resultados anormales

Cualquier puntuación inferior a 7 es una señal de que el bebé necesita atención médica. Cuanto más bajo sea la puntuación, mayor ayuda necesitará el bebé para adaptarse por fuera del vientre materno.

Causas de una puntuación baja:

- Parto difícil
- Cesárea
- Líquido en la vía respiratoria del bebé por aspiración de líquido amniótico
- Tratamiento del APGAR bajo en puntuación:
- Oxígeno
- Prematuro
- Estimulación física para lograr que el corazón palpite a una tasa saludable.

El APGAR no determina la necesidad de reanimación esta se determina por la dificultad respiratoria.

2.3. Definición de términos

Embarazo adolescente

Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.

Adolescencia

Período de la vida de la persona comprendido entre la aparición de la pubertad, que marca el final de la infancia, y el inicio de la edad adulta, momento en que se ha completado el desarrollo del organismo.

Recién nacido normal

Es el nacido de parto eutócico, a término, con peso adecuado a la edad gestacional, hijo de padres sanos, que no presenta malformaciones congénitas ni enfermedades hereditarias.

Test de Apgar

Se trata de una escala heteroadministrada que valora y gradúa la salud del recién nacido. Consta de 5 categorías con 3 criterios cada una. La puntuación de cada categoría oscila entre 0 y 2, por lo que el rango total va desde 0 a 10. Este test se valora en los recién nacidos al primer y quinto minuto de su nacimiento. Si la puntuación total se mantiene inferior a 3 se recomienda realizarlo a los 10, 15 y 30 minutos.

Factor de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar el estado nutricional, pobreza, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

Riesgo perinatal

Los factores de riesgo perinatal son características que pueden presentarse en un periodo de 28 días previos y 28 días posteriores al parto, que incrementan la probabilidad de estructurar una secuela del desarrollo

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de la hipótesis principal y derivadas

3.1.1. Hipótesis Principal

Existe relación entre el riesgo materno y el riesgo perinatal en adolescentes embarazadas atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017.

3.1.2. Hipótesis Derivadas

- Existe relación del riesgo materno de adolescentes embarazadas y el peso al nacer del recién nacido en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017.
- Existe relación del riesgo materno adolescentes embarazadas y estado general del neonato en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017.

3.2. Variables.

a. Variable Independiente

Riesgo en adolescente embarazada

b. Variable dependiente

Riesgo perinatal

3.2.1. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala	Categoría
Variable independiente Riesgo materno	La experiencia del parto a cualquier edad es un acontecimiento trascendental, sin embargo para la adolescencia, con frecuencia se acompaña de un conjunto diferente de problemas, para la gestante adolescente la mayor probabilidad de que el niño sea mortinato o prematuro, y existen factores de riesgo como pueden ser que tengan: peso bajo al nacer o muera poco después del parto; además, la madre tiene mayor riesgo de aumentar menos peso, experimentar infecciones del tracto urinario, anemia por deficiencia de hierro.	Riesgo materno	Control Perinatal	Nominal	- Inadecuado (1 a 3 veces de control perinatal) - Adecuado (>=4 veces de control perinatal)
			Realización del Primer control perinatal	Nominal	-Tardío (II-III trimestres) -Precoz (I Trimestre)
			Infección tracto urinario	Nominal	- con ITU - sin ITU
			Infección puerperal	Nominal	- Con infección puerperal - Sin infección puerperal.
			Nivel de hemoglobina	Nominal	-Normal (11 ó mayor g/dl) -Anemia leve (10 a 10.9 g/dl) -Anemia moderada (7 a 9.9 g/dl) -Anemia severa < a 7 g/dl.
			Edad gestacional (sem.)	Nominal	- < 37 Semanas - >= 37 semanas
Variable dependiente Riesgo perinatal	Un factor de riesgo perinatal es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión	Peso al nacer	Peso en kg,	Ordinal	Extremadamente bajo (< 1000 g.) Muy bajo peso al nacer (1000 a 1499 g) Bajo peso al nacer (1500 a 2499 g) Normal (De 2500 a 4000 g.) Macrosómico (> a 4000 g.)
		Estado general del neonato	Puntuación apgar después del alumbramiento	Nominal	-Normal (7 a 10) -Condición fisiológica inadecuada (4 a 6 puntos) -Atención de emergencia (<3 puntos)

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

4.1.1. Tipo de investigación

Para el investigador Cabel J. y Castañeda R. para este tipo de investigación se utilizó el enfoque cuantitativo ya que se centra en aspectos susceptibles de ser cuantificados. Busca describir y explicar características externas generales⁽²³⁾

Según el propósito de investigación es básico, describir como se presenta y qué existe con respecto a las variables o condiciones en una situación⁽²⁴⁾

Según el tipo de investigación es correlacional, es relacionar las variables de factores de riesgo en gestantes adolescentes con riesgo perinatal.⁽²⁵⁾

La investigación correlacional, no es causal; y su tipo de análisis predominantemente es: cuantitativo; pero con calificaciones e interpretaciones cualitativas sobre la mutua relación para saber cómo se puede comportar una variable al conocer el comportamiento de la otra(s) variable(s) correlacionadas(s) cuantitativamente, pero siendo también importante la interpretación cualitativa.⁽²⁴⁾

4.1.2. Nivel de investigación

El nivel de investigación es correlacional, estos estudios tiene la finalidad de conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos categorías o variables. ⁽²⁶⁾

4.1.3. Método de investigación

El método de investigación es el Análisis significa disolución, descomposición en partes (Sierra Bravo).

Se parte del todo para separar sus diversas partes o elementos.

En el análisis es parte del todo. La razón lo estudia y discierne sus partes y se formula de manera separada cada uno de sus elementos. ⁽²⁷⁾

4.2. Diseño muestral

4.2.1. Población y muestra de investigación

4.2.1.1. Población

La población estuvo conformada por 45 adolescentes menores de 19 años que acuden a sus controles en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

4.2.1.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 40 adolescentes embarazadas la muestra es probabilística para poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z^2 pqN}{(N-1)E^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

N: Población (N=45)

Z: Nivel de confianza al 95% (ver tabla estadística 1.96)

P: Población que posee las características p= 0.50

q: Población que no posee las características q=0.50

n : Tamaño de la muestra

E: Error muestral 5% (0.05)

Reemplazando los valores tenemos :

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (0.50) \times (0.50) \times (45)}{(45 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2 \times (0.50) \times (0.50)} = 40$$

Criterios de inclusión

- Adolescentes embarazadas menores de 20 años.
- Adolescentes embarazadas que quieren participar en la presente investigación.
- Adolescentes gestantes con historia clínica completa de su embarazo

Criterios de exclusión

- Adolescentes embarazadas mayores de 20 años.
- Adolescentes embarazadas que no quieren participar en la presente investigación.
- Adolescentes gestantes con historia clínica incompleta de su embarazo.

4.3. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

4.3.1. Técnicas

Según Valderrama y León la técnica para la presente investigación fue la observación para el riesgo materno, y para el en riesgo perinatal el análisis de contenido ⁽²⁸⁾.

4.3.2. Instrumentos

De igual manera los investigadores Valderrama y León en su libro pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica el instrumento que se aplicó en la investigación es la observación directa, a la vez es un estudio retrospectivo ⁽²⁸⁾.

Para la variable del riesgo perinatal fue el análisis documental el cual fue a través de la revisión de las historias clínicas de las 40 madres gestantes adolescentes de donde se obtuvo los parámetros respectivos del riesgo perinatal de su recién nacido, además se obtuvo los 40 datos de sus recién nacidos los datos que se obtuvo son el peso del recién nacido y el test de apgar a los 5 minutos.

4.3.3. Validez y confiabilidad del instrumento

El instrumento fue validado por el MINSA (ministerio de salud) ya que tienen parámetros establecidos según la norma técnica.

4.4. Técnicas de procesamiento de información

Se mando la solicitud al director del hospital Lucio Aldazabal Pauca. C.D. Carlos Alberto Gallegos Gallegos, luego de 4 días respondió la solicitud y dio visto bueno para que recolecte la información revisando las historias clínicas, y preguntando a las madres adolescentes sobre el riesgo materno y el riesgo perinatal.

4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de información

Luego de la aplicación de los análisis documental tenemos un conjunto de datos listos para ser procesados, luego fueron utilizados para cualquier tratamiento estadístico. Estos datos recolectados fueron tabulados con el programa estadístico SPSS 24 para ser presentados en tablas, gráficos y posteriormente se realizó el análisis y la contratación de hipótesis y discusión de los resultados ⁽²⁹⁾.

Se utilizó la prueba estadística de la chi cuadrada para variables cualitativas. En general, la prueba es similar tanto para dos como para k muestras o grupos independientes cuya formula es la siguiente:

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

$\theta_{i.}$ = Es el total observado por la i-ésima fila.

$\theta_{.j}$ = Es el total observado por la j-ésima columna

$\theta_{..}$ = Es el total general (tamaño de muestra)

f : Número de filas

c : Número de columnas

Capítulo V

Resultados y discusión

5.1. Análisis de tablas de contingencias y gráficos

1.1. En relación al primer objetivo específico.

TABLA Nº 1

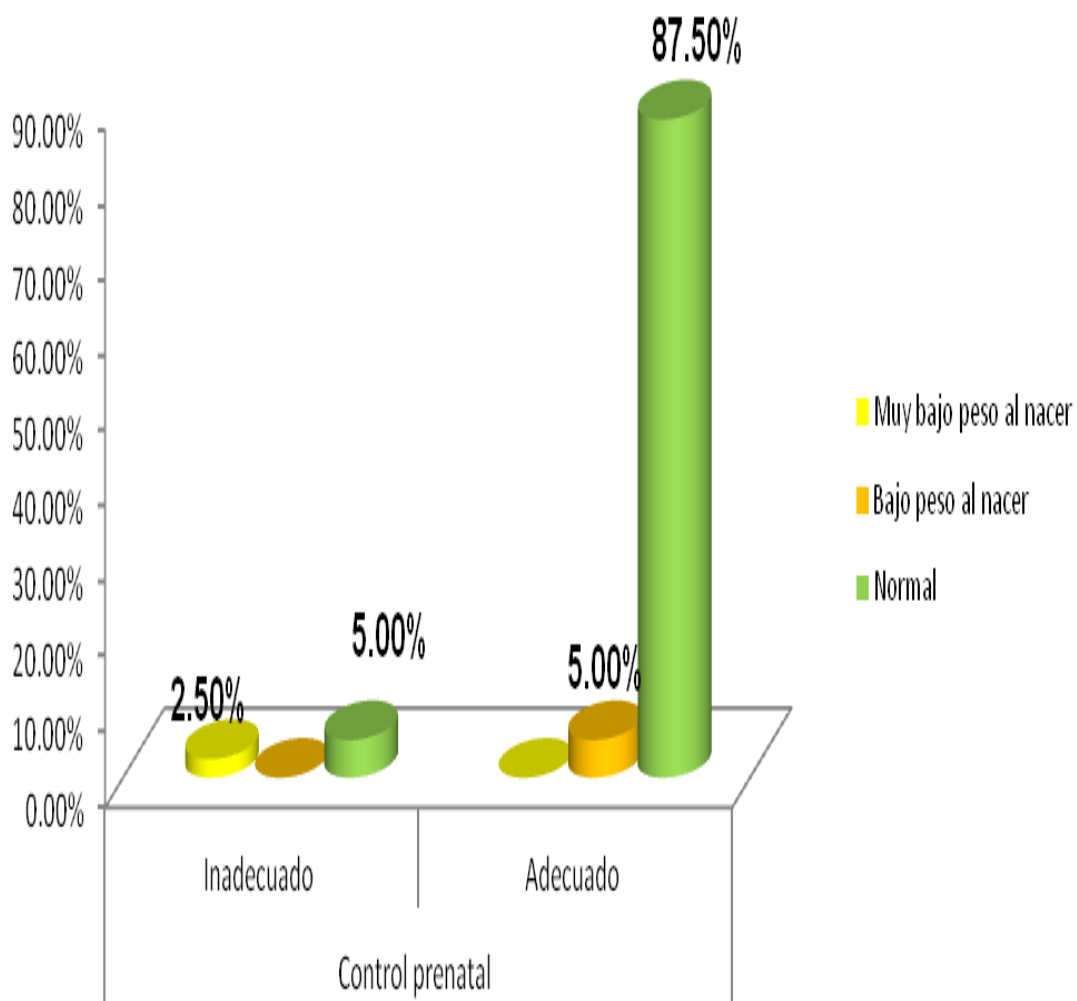
Riesgo materno según el control perinatal del adolescente y su relación con el peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.

Control prenatal	Peso del recién nacido						total	total %
	Muy bajo peso al nacer		Bajo peso al nacer		Normal			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Inadecuado	1	2.50%	0	0.00%	2	5.00%	3	7.50%
Adecuado	0	0.00%	2	5.00%	35	87.50%	37	92.50%
TOTAL	1	2.50%	2	5.00%	37	92.50%	40	100.00%

Fuente : Matriz de datos

GRÁFICO N° 1

Riesgo materno según el control perinatal del adolescente y su relación con el peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.



Fuente : Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 1 y gráfico N°1, se afirma que 3 adolescentes que representa el 7.5% tuvieron un control perinatal inadecuado, 37 adolescentes que representa el 92.5% tuvieron un control perinatal adecuado, por otro lado tenemos que 1 adolescente que representa el 2.5% afirman que el peso del recién nacido fue muy bajo, 2 adolescente que representa el 5% tuvieron un bajo peso al nacer, 37 adolescentes que representa el 92.5% afirman que su hijo tuvieron un peso de su recién nacido fue normal.

Por otro lado se puede afirmar que 1 adolescente representa el 2.5% tuvieron un control perinatal inadecuado y el peso en el recién nacido es muy bajo peso al nacer, 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron un control perinatal inadecuado y su peso de su recién nacido es normal, 35 adolescentes que representa el 87.5% tuvieron un control adecuado y un peso del recién nacido normal, 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron un adecuado control perinatal y el peso de su recién nacido tuvieron un bajo peso nacer.

De acuerdo a nuestra prueba estadística concluimos estadísticamente $\chi_c^2 = 12.73 > \chi_t^2 = 7.81$ se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la H_a quiere decir que el control perinatal de los adolescentes se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

TABLA N° 2

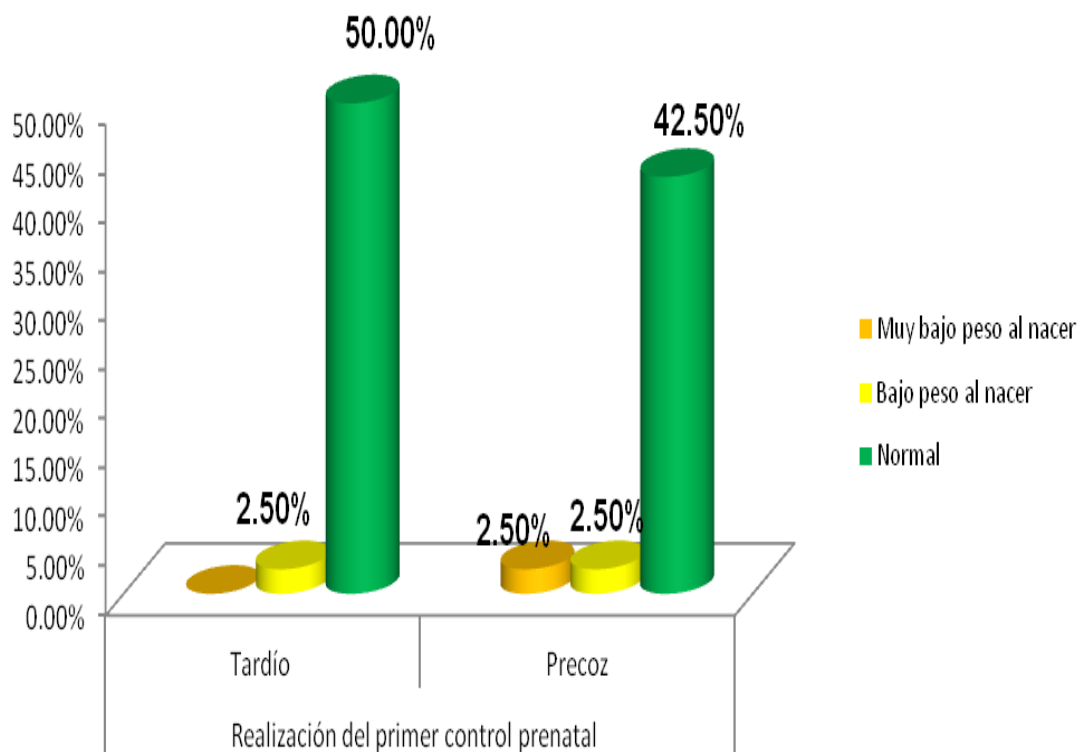
Riesgo materno según la realización del primer control perinatal de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.

Realización del primer control prenatal	Peso del recién nacido						total	total %
	Muy bajo peso al nacer		Bajo peso al nacer		Normal			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Tardío	0	0.00%	1	2.50%	20	50.00%	21	52.50%
Precoz	1	2.50%	1	2.50%	17	42.50%	19	47.50%
TOTAL	1	2.50%	2	5.00%	37	92.50%	40	100.00%

Fuente : Matriz de datos

GRÁFICO N° 2

Riesgo materno según la realización del primer control perinatal de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.



Fuente : Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 2 y gráfico N° 2, se afirma que 21 adolescentes que representa el 52.5% tuvieron una realización del primer control perinatal tardío, 19 adolescentes que representa el 47.5% tuvieron realización del primer control perinatal precoz, por otro lado tenemos que 1 adolescente que representa el 2.5% afirman que el peso del recién nacido fue muy bajo, 2 adolescente que representa el 5% tuvieron un bajo peso al nacer, 37 adolescentes que representa el 92.5% afirman que su hijo tuvieron un peso de su recién nacido fue normal.

Por otro lado se puede afirmar que 1 adolescente que representa el 2.5% tuvieron una realización del primer control perinatal tardío y el peso en el recién nacido fue bajo peso al nacer, 20 adolescentes que representa el 50% tuvieron una realización del primer control perinatal tardío y su peso de su recién nacido es normal, 17 adolescentes que representa el 42.5% tuvieron una realización del primer control perinatal precoz y un peso del recién nacido normal, 1 adolescente que representa el 2.5% tuvieron una realización del primer control perinatal precoz y el peso de su recién nacido tuvieron un bajo peso nacer.

De acuerdo a nuestro análisis estadístico nos dio como resultado $\chi_c^2 = 1.146 < \chi_t^2 = 5.99$ se rechaza la hipótesis H_a y se acepta la H_o quiere decir que la realización del primer control perinatal no se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

TABLA N° 3

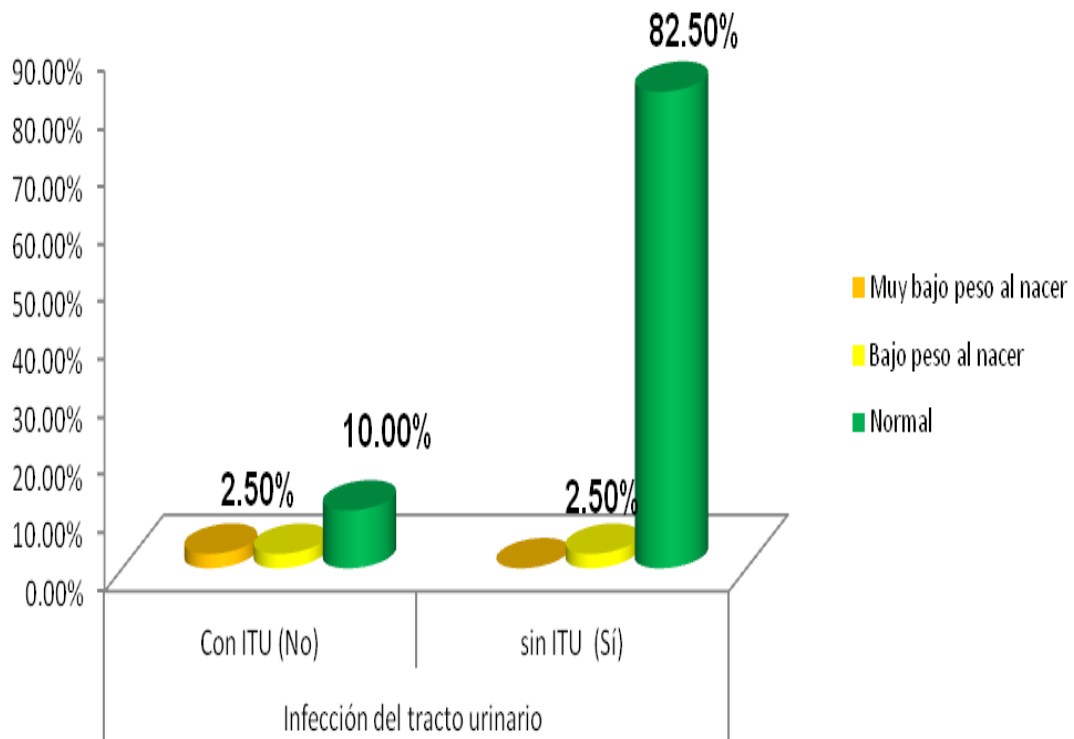
Riesgo materno según infección del tracto urinario de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.

Infección del tracto urinario	Peso del recién nacido						total	total %
	Muy bajo peso al nacer		Bajo peso al nacer		Normal			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Con ITU (Si)	1	2.50%	1	2.50%	4	10.00%	6	15.00%
sin ITU (No)	0	0.00%	1	2.50%	33	82.50%	34	85.00%
TOTAL	1	2.50%	2	5.00%	37	92.50%	40	100.00%

Fuente : Matriz de datos.

GRÁFICO N° 3

Riesgo materno según infección del tracto urinario de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.



Fuente : Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 3 y gráfico N° 3, se afirma que 6 adolescentes que representa el 15% tuvieron una infección del tracto urinario, 34 adolescentes que representa el 85% no tuvieron una infección, por otro lado tenemos que 1 adolescente que representa el 2.5% afirman que el peso del recién nacido fue muy bajo, 2 adolescente que representa el 5% tuvieron un bajo peso al nacer, 37 adolescentes que representa el 92.5% afirman que su hijo tuvieron un peso de su recién nacido fue normal.

Por otro lado se puede afirmar que 1 adolescente representa el 2.5% tuvieron una infección del tracto urinario y el peso en el recién nacido es muy bajo peso al nacer, 4 adolescentes que representa el 10% tuvieron una infección del tracto urinario y su peso de su recién nacido es normal, 33 adolescentes que representa el 82.5% afirman que no tuvieron infección del tracto urinario el peso del recién nacido fue normal, 1 adolescentes que representa el 2.5% no tuvieron infección del tracto urinario y el peso de su recién nacido tuvieron un bajo peso nacer.

Luego de realizar la prueba estadística se concluye estadísticamente que $X_c^2 = 8.09 > X_t^2 = 5.99$ se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la H_a quiere decir que la Infección del tracto urinario de los adolescentes se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

TABLA N° 4

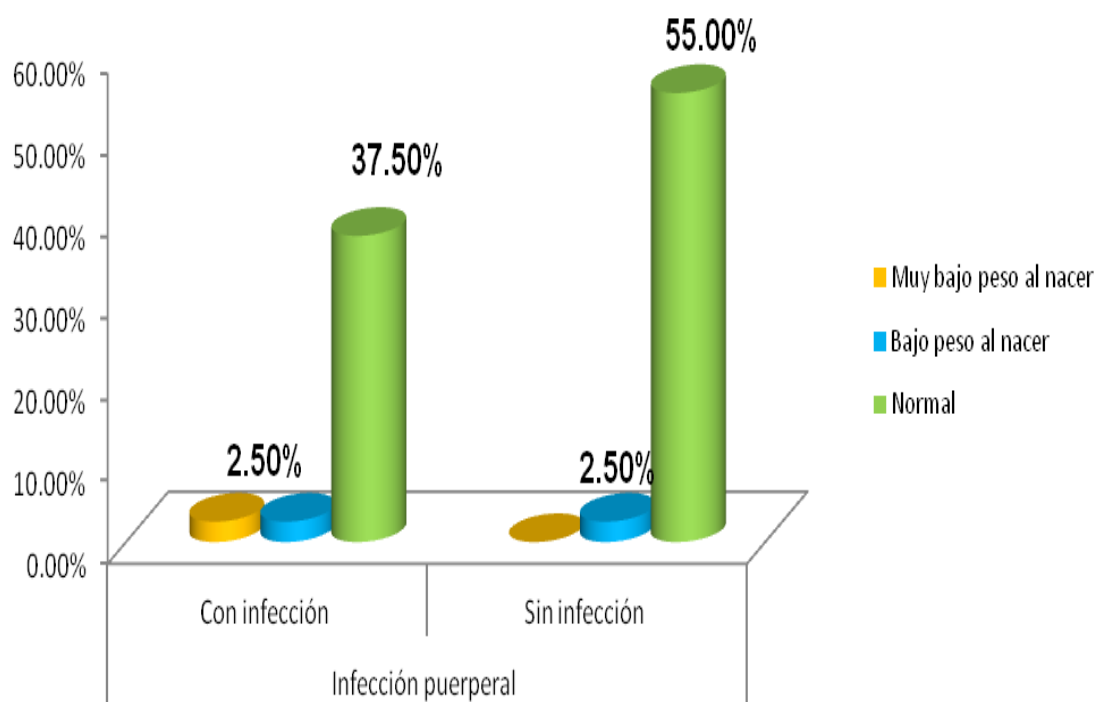
Riesgo materno según infección puerperal de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.

Infección puerperal	Peso del recién nacido						total	total %
	Muy bajo peso al nacer		Bajo peso al nacer		Normal			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Con infección	1	2.50%	1	2.50%	15	37.50%	17	42.50%
Sin infección	0	0.00%	1	2.50%	22	55.00%	23	57.50%
TOTAL	1	2.50%	2	5.00%	37	92.50%	40	100.00%

Fuente : Matriz de datos

GRÁFICO N° 4

Riesgo materno según infección puerperal de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.



Fuente : Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 4 y gráfico N° 4, se afirma que 17 adolescentes que representa el 42.5% afirmaron que tuvieron infección puerperal, 23 adolescentes que representa el 57.5% no tuvieron infección puerperal, por otro lado tenemos que 1 adolescente que representa el 2.5% afirman que el peso del recién nacido fue muy bajo, 2 adolescente que representa el 5% tuvieron un bajo peso al nacer, 37 adolescentes que representa el 92.5% afirman que su hijo tuvieron un peso de su recién nacido fue normal.

Por otro lado se puede afirmar que 1 adolescente representa el 2.5% tuvieron infección puerperal y el peso en el recién nacido es muy bajo peso al nacer, 1 adolescentes que representa el 2.5% tuvieron un muy bajo peso al nacer y con una infección puerperal, 15 adolescentes que representa el 37.5% tuvieron una infección puerperal y el peso del recién nacido fue normal, 22 adolescentes que representa el 55% tuvieron una infección puerperal y el peso de su recién nacido fue normal.

Realizando nuestra prueba estadística $\chi_c^2 = 1.46 < \chi_t^2 = 5.99$ se concluye estadísticamente que se rechaza la hipótesis H_a y se acepta la H_o quiere decir que la Infección puerperal de los adolescentes no se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

TABLA N° 5

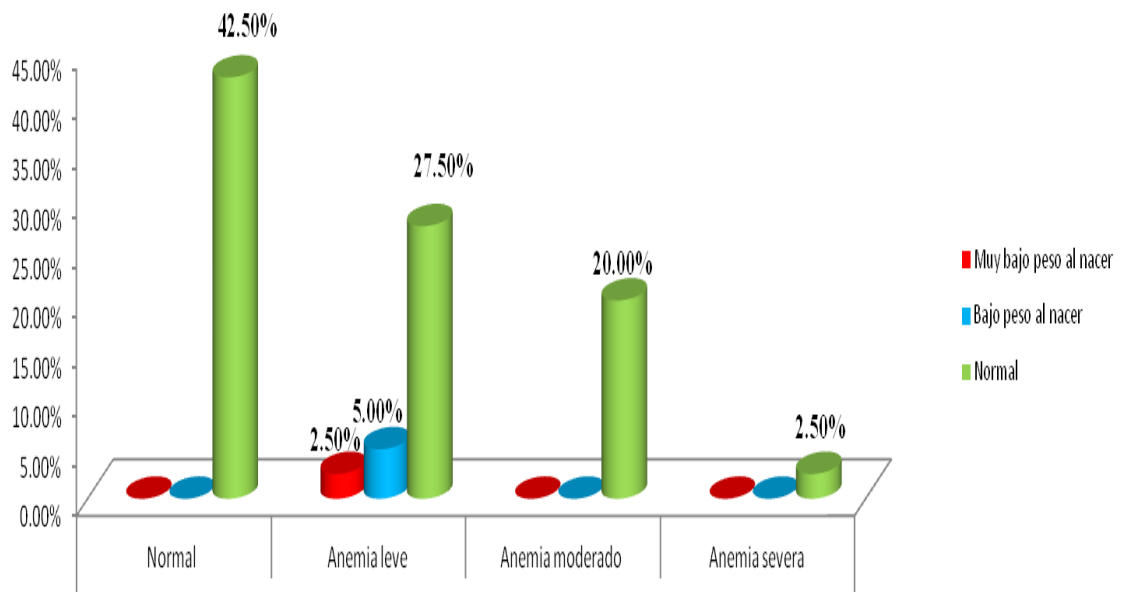
Riesgo materno según nivel de hemoglobina de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.

Nivel de hemoglobina	Peso del recién nacido						total	total %
	Muy bajo peso al nacer		Bajo peso al nacer		Normal			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Normal	0	0.00%	0	0.00%	17	42.50%	17	42.50%
Anemia leve	1	2.50%	2	5.00%	11	27.50%	14	35.00%
Anemia moderado	0	0.00%	0	0.00%	8	20.00%	8	20.00%
Anemia severa	0	0.00%	0	0.00%	1	2.50%	1	2.50%
TOTAL	1	2.50%	2	5.00%	37	92.50%	40	100.00%

Fuente : Matriz de datos

GRÁFICO N° 5

Riesgo materno según nivel de hemoglobina de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.



Fuente : Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 5 y gráfico N° 5, se afirma que 17 adolescentes que representa el 42.5% afirman que su nivel de hemoglobina fue normal, 14 adolescentes que representa el 35% tuvieron un nivel de hemoglobina de anemia leve, 8 adolescentes que representa el 20% tuvieron una anemia moderada, 1 adolescente que representa el 2.5% tuvieron una anemia severa, por otro lado tenemos que 1 adolescente que representa el 2.5% afirman que el peso del recién nacido fue muy bajo, 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron un bajo peso al nacer, 37 adolescentes que representa el 92.5% afirman que su hijo tuvieron un peso de su recién nacido fue normal.

Por otro lado se puede afirmar que 17 adolescente representa el 42.5% tuvieron nivel de hemoglobina normal y el peso en el recién nacido fue normal al momento de nacer, 11 adolescentes que representa el 27.5% tuvieron un anemia leve y su peso de su recién nacido es normal, 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron anemia leve y un peso del recién nacido bajo peso al nacer, 1 adolescente que representa el 2.50% tuvo anemia leve y el peso de su recién nacido fue muy bajo peso al nacer, por consiguiente 8 adolescentes que representa el 20% tuvieron una anemia moderada y un peso normal, 1 adolescentes que representa el 2.5% tuvieron una anemia severa y el peso de su recién nacido tuvieron normal.

Luego de realizar la prueba estadística se concluye estadísticamente

$$X_c^2 = 16.023 > X_t^2 = 7.81 \text{ se rechaza la hipótesis } H_0 \text{ y se acepta la}$$

H_a quiere decir que el nivel de hemoglobina de los adolescentes se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

TABLA N° 6

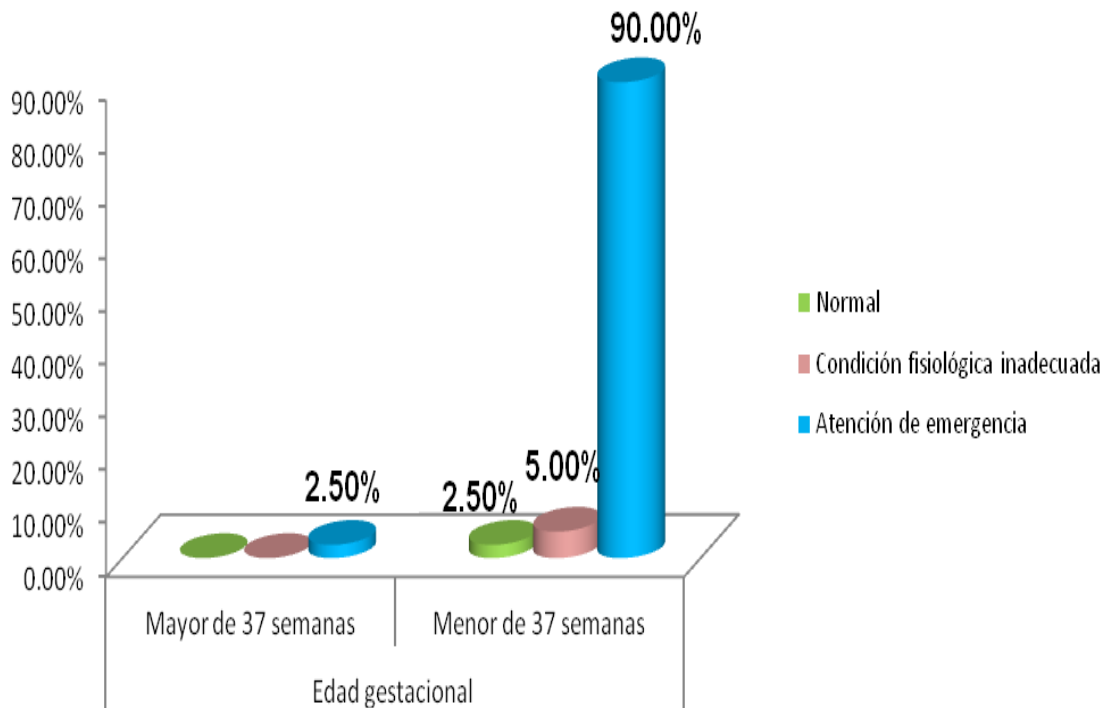
Riesgo materno según edad gestacional de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.

Edad gestacional	Peso del recién nacido						total	total %
	Muy bajo peso al nacer		Bajo peso al nacer		Normal			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Mayor de 37 semanas	0	0.00%	0	0.00%	1	2.50%	1	2.50%
Menor de 37 semanas	1	2.50%	2	5.00%	36	90.00%	39	97.50%
TOTAL	1	2.50%	2	5.00%	37	92.50%	40	100.00%

Fuente : Matriz de datos.

GRÁFICO N° 6

Riesgo materno según edad gestacional de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.



Fuente : Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 6 y gráfico N° 6, se afirma que 1 adolescente que representa el 2.5% tuvieron la edad gestacional mayor a 37 semanas, 39 adolescentes que representa el 97.5% tuvieron una edad gestacional menor de 37 semanas, por otro lado tenemos que 1 adolescente que representa el 2.5% afirman que el peso del recién nacido fue muy bajo, 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron un bajo peso al nacer, 37 adolescentes que representa el 92.5% afirman que su hijo tuvieron un peso de su recién nacido fue normal.

Por otro lado se puede afirmar que 1 adolescente representa el 2.5% tuvieron menor de 37 semanas y el peso en el recién nacido fue muy bajo peso al nacer, 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron cuya edad gestacional fue a menor 37 semanas y su peso de su recién nacido es normal, 36 adolescentes que representa el 90% tuvieron una edad gestacional menor a 37 semanas y un peso del recién nacido normal, 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron una edad gestacional menor a 37 semanas y el peso de su recién nacido tuvieron un bajo peso nacer.

Se realizó la prueba estadística quedando como resultado $\chi^2_c = 11.083 > \chi^2_t = 5.99$ por lo tanto concluimos estadísticamente que se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la H_a quiere decir que la edad gestacional de los adolescentes se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

TABLA N° 7

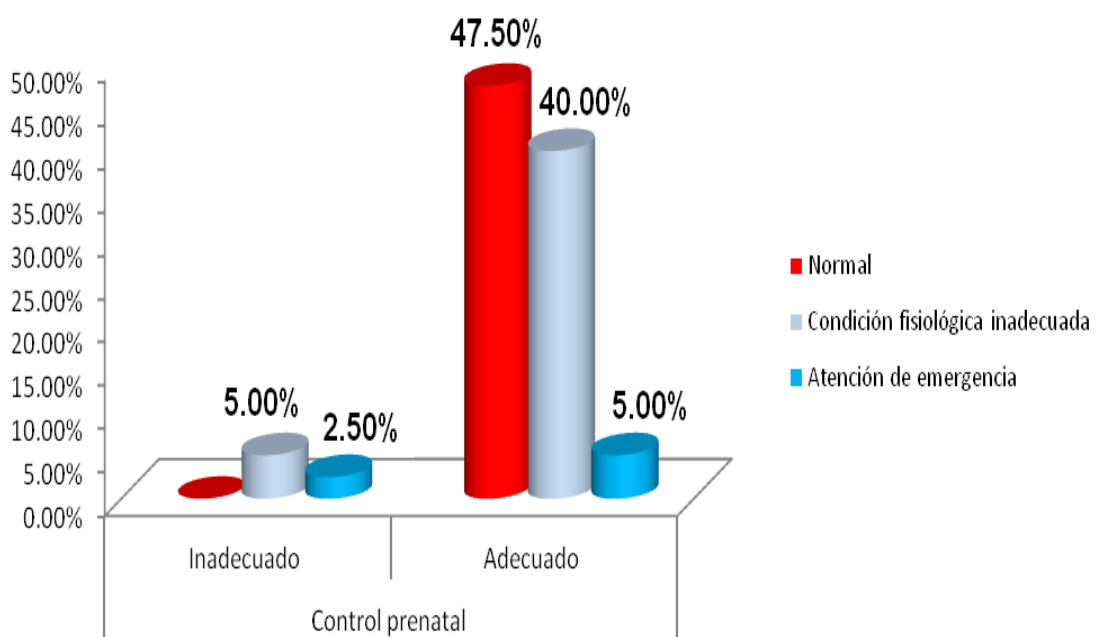
Riesgo materno según el control perinatal del adolescente y su relación con el test apgar del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.

Control perinatal	Test de Apgar						total	total %
	Normal		Condición fisiológica inadecuada		Atención de emergencia			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Inadecuado	0	0.00%	2	5.00%	1	2.50%	3	7.50%
Adecuado	19	47.50%	16	40.00%	2	5.00%	37	92.50%
TOTAL	19	47.50%	18	45.00%	3	7.50%	40	100.00%

Fuente : Matriz de datos

GRÁFICO N° 7

Riesgo materno según el control perinatal del adolescente y su relación con el test apgar del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.



Fuente : Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 7 y gráfico N° 7, se afirma que 3 adolescentes que representa el 7.5% tuvieron un control perinatal inadecuado, 37 adolescentes que representa el 92.5% tuvieron un control perinatal adecuado, por otro lado tenemos que 19 adolescente que representa el 47.5% afirman que el test de APGAR fue normal, 18 adolescente que representa el 45% tuvieron una condición fisiológica inadecuada, 3 adolescentes que representa el 7.5% afirman que su recién nacido tuvo una atención de emergencia.

Por otro lado se puede afirmar que 2 adolescentes representa el 5% tuvieron un control perinatal inadecuado y el test de APGAR en condición fisiológica inadecuada al nacer, 1 adolescente que representa el 2.5% tuvieron un control inadecuado y su test de APGAR fue de atención de emergencia, 19 adolescentes que representa el 47.5% tuvieron un control perinatal adecuado y un test de APGAR normal, 16 adolescentes que representa el 40% tuvieron un adecuado control perinatal y el test de APGAR en condición fisiológica inadecuada, finalmente existe 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron un adecuado control perinatal y un test de APGAR en atención de emergencia.

Se realizó la prueba estadística dando como resultado estadístico $\chi^2_C = 4.77 < \chi^2_t = 5.99$ se concluye estadísticamente que se rechaza la hipótesis H_a y se acepta la H_o quiere decir que el control perinatal de los adolescentes se relaciona con el test de APGAR de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

TABLA N° 8

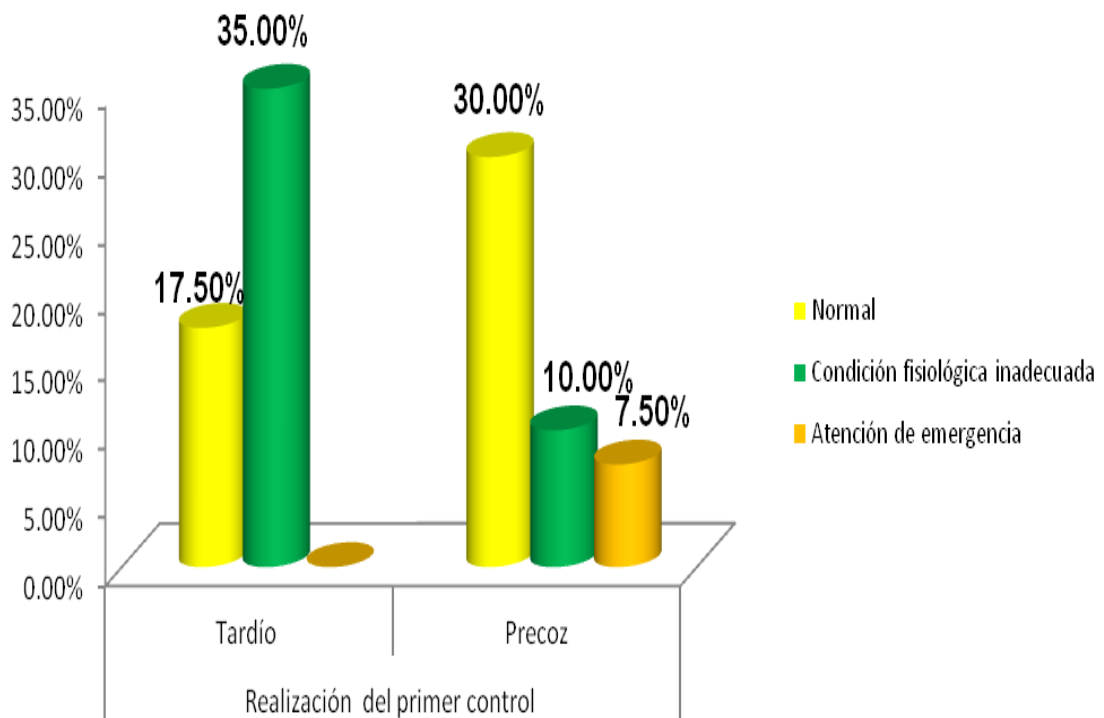
Riesgo materno según la realización del primer control perinatal de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.

Realización del primer control	Test de apgar						total	total %
	Normal		Condición fisiológica inadecuada		Atención de emergencia			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Tardío	7	17.50%	14	35.00%	0	0.00%	21	52.50%
Precoz	12	30.00%	4	10.00%	3	7.50%	19	47.50%
TOTAL	19	47.50%	18	45.00%	3	7.50%	40	100.00%

Fuente : Matriz de datos

GRÁFICO N° 8

Riesgo materno según la realización del primer control perinatal de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.



Fuente : Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 8 y gráfico N° 8, se afirma que De igual manera se observa que el 52.50% de adolescentes la realización del primer control fue tardío, y el 47.50% de adolescentes el primer control fue precoz.

También muestran resultados que 19 adolescentes que representa el 47.5% tuvieron un test de APGAR normal, 18 adolescentes que representa el 45%, tuvieron un test de APGAR en Condición fisiológica inadecuada, finalmente 3 adolescentes que representa el 7.50% tuvieron un test de APGAR de atención de emergencia.

Por otro lado se puede afirmar que 12 adolescente que representa el 30% tuvieron el primer control precoz y el test de APGAR normal, 4 adolescentes que representa el 10% tuvo la realización del primer control precoz en la condición fisiológica inadecuada, 3 adolescentes que representa el 7.5% tuvieron un primer control precoz y una atención de emergencia.

Luego de realizar la prueba estadística de chi cuadrada $\chi^2_c = 9.79 > \chi^2_t = 5.99$ se concluye estadísticamente que se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la H_a quiere decir que la realización del primer control perinatal se relaciona con el test de APGAR de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

TABLA N° 9

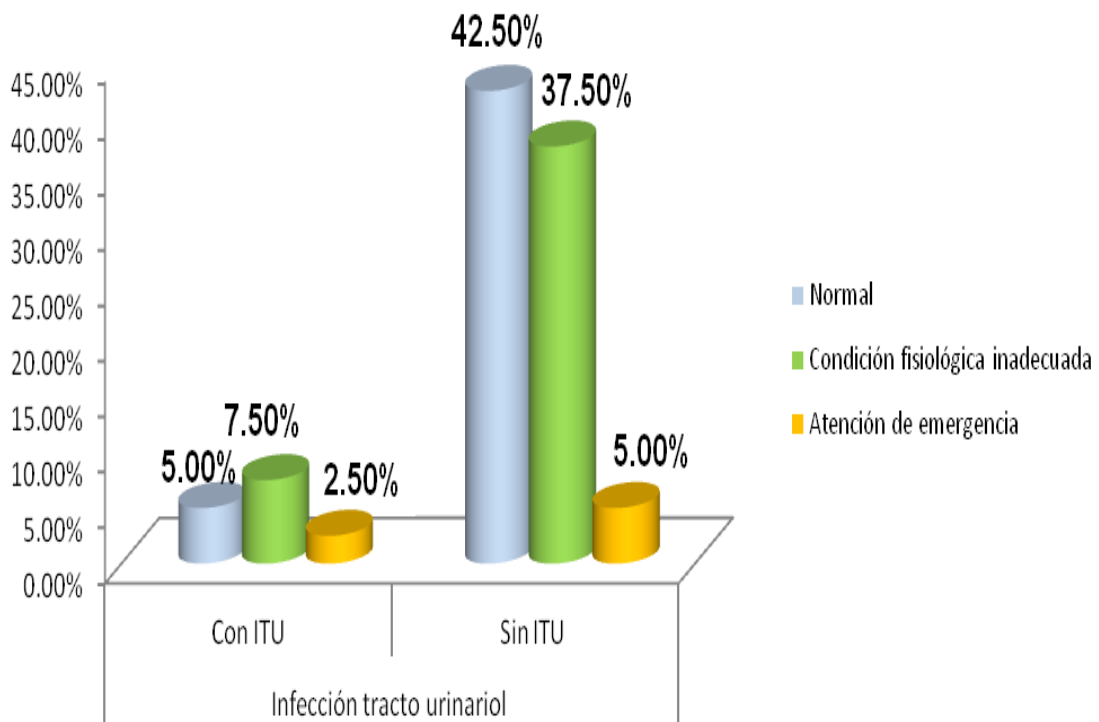
Riesgo materno según la infección tracto urinario de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.

Test de apgar								
Infección tracto urinario	Normal		Condición fisiológica inadecuada		Atención de emergencia		total	total %
	fi	%	fi	%	fi	%		
Con ITU	2	5.00%	3	7.50%	1	2.50%	6	15.00%
Sin ITU	17	42.50%	15	37.50%	2	5.00%	34	85.00%
TOTAL	19	47.50%	18	45.00%	3	7.50%	40	100.00%

Fuente : Matriz de datos

GRÁFICO N° 9

Riesgo materno según la infección tracto urinario de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.



Fuente : Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 9 y gráfico N° 9, el 15% de adolescentes tuvieron infección del tracto urinario, 85% de adolescentes no tuvieron infección del tracto urinario se afirma que 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron infección del tracto urinario y el test de APGAR fue normal, 3 adolescentes que representa el 7.50% tuvieron infección del tracto urinario y en el test de APGAR tuvo una condición fisiológica inadecuada, 1 adolescentes que representa el 2.5% tuvieron infección tracto urinario, y el test de APGAR fue de atención de emergencia.

Por otro lado se puede afirmar que 17 adolescente representa el 42.5% no tuvieron infección del tracto urinario y el test de APGAR fue normal, 15 adolescentes que representa el 37.50% no tuvieron infección del tracto urinario y en el test de APGAR tuvo una condición fisiológica inadecuada, 2 adolescentes que representa el 5% no tuvieron infección tracto urinario, y el test de APGAR es atención de emergencia.

De acuerdo a nuestra prueba estadística de la chi cuadrada $\chi_c^2 = 8.09 > \chi_t^2 = 5.99$ se concluye estadísticamente que se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la H_a quiere decir que la Infección del tracto urinario de los adolescentes se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

TABLA N° 10

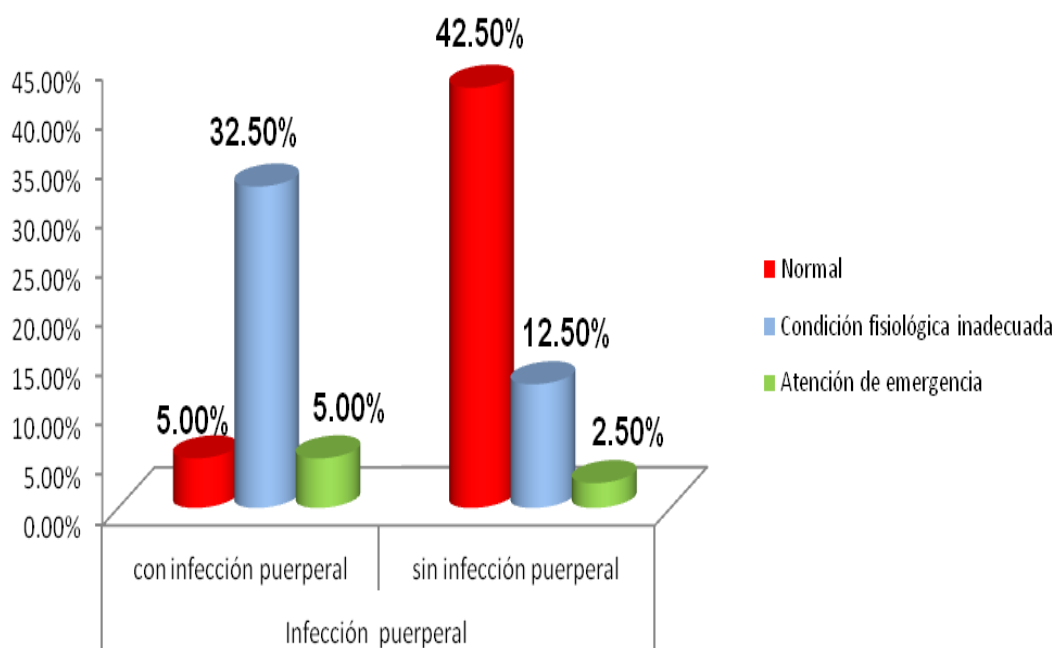
Riesgo materno según la infección puerperal de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.

Infección puerperal	Test de apgar						total	total %
	Normal		Condición fisiológica inadecuada		Atención de emergencia			
	fi	%	fi	%	fi	%		
con infección puerperal	2	5.00%	13	32.50%	2	5.00%	17	42.50%
sin infección puerperal	17	42.50%	5	12.50%	1	2.50%	23	57.50%
TOTAL	19	47.50%	18	45.00%	3	7.50%	40	100.00%

Fuente : Matriz de datos

GRÁFICO N° 10

Riesgo materno según la infección puerperal de la adolescente según su peso del recién nacido atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.



Fuente : Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 10 y gráfico N° 10, el 42.50% de adolescentes tuvieron infección puerperal, 57.50% de adolescentes no tuvieron infección puerperal.

En la tabla N° 10 y gráfico N° 10, se afirma que 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron infección puerperal y un test de APGAR normal, 13 adolescentes que representa el 32.5% con infección puerperal y el test de APGAR condición fisiológica inadecuada, por otro lado tenemos que 2 adolescentes que representa el 5% afirman que el test de APGAR fue atención de emergencia.

De igual manera se puede afirmar que 17 adolescentes representa el 42.5% tuvieron infección puerperal y el test de APGAR normal, 5 adolescentes que representa el 12.50% tuvieron sin infección puerperal y el test de APGAR condición fisiológica inadecuada, 1 adolescente que representa el 2.5% no tuvieron infección puerperal y el test de APGAR fue la atención de emergencia.

De acuerdo a la prueba estadística de la chi cuadrada

$$X_C^2 = 15.17 > X_t^2 = 5.99$$

se concluye estadísticamente que se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la H_a quiere decir que la Infección puerperal de los adolescentes se relaciona con el test de APGAR de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

TABLA N° 11

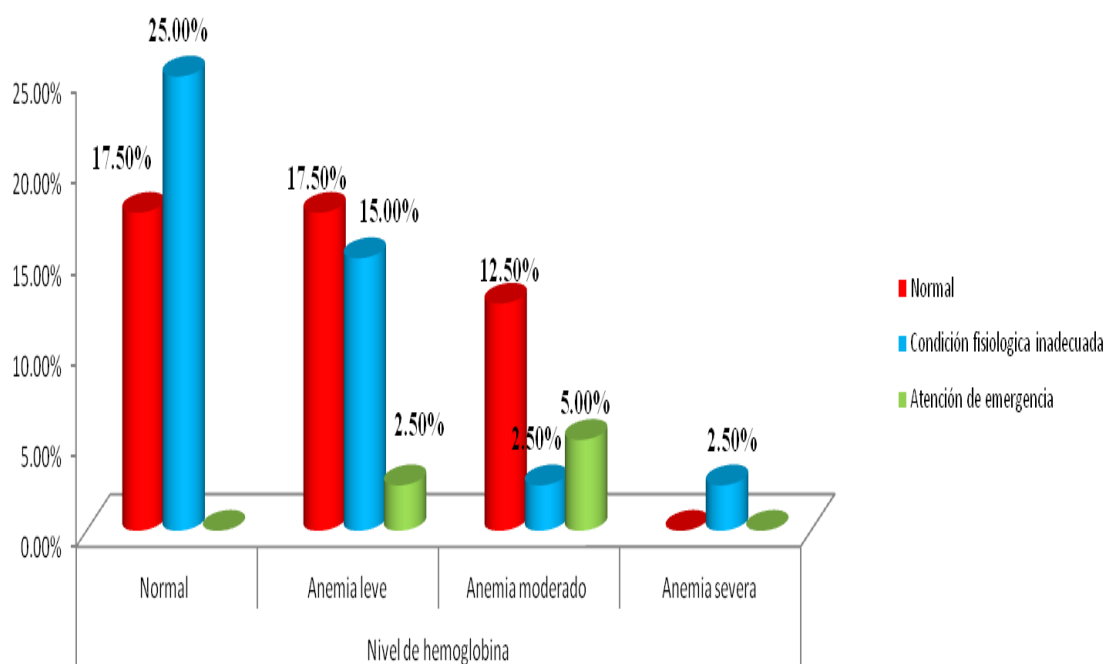
Riesgo materno según el nivel de hemoglobina de la adolescente según su test APGAR atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.

Nivel de hemoglobina	Test de Apgar						
	Normal		Condición fisiológica inadecuada		Atención de emergencia		total
	fi	%	fi	%	fi	%	
Normal	7	17.50%	10	25.00%	0	0.00%	17
Anemia leve	7	17.50%	6	15.00%	1	2.50%	14
Anemia moderado	5	12.50%	1	2.50%	2	5.00%	8
Anemia severa	0	0.00%	1	2.50%	0	0.00%	1
TOTAL	19	47.50%	18	45.00%	3	7.50%	40

Fuente : Matriz de datos

GRÁFICO N° 11

Riesgo materno según el nivel de hemoglobina de la adolescente según su test APGAR atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.



Fuente : Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 11 y gráfico N°11, se afirma que 7 adolescentes que representa el 17.5% tuvieron un nivel de hemoglobina normal y un test de APGAR normal, 10 adolescentes que representa el 25% tuvieron un nivel de hemoglobina normal y el test de APGAR condición fisiológica inadecuada, por otro lado tenemos que 7 adolescentes que representa el 17.50% afirman que el nivel de hemoglobina de anemia leve y un test de APGAR normal, 6 adolescentes que representa el 15% tuvieron nivel de hemoglobina anemia leve y una condición fisiológica inadecuada, 1 adolescente que representa el 2.5% afirman que su anemia fue leve y que su recién nacido tuvo una atención de emergencia.

De igual manera se puede afirmar que 5 adolescentes que representa el 12.5% tuvieron un nivel de hemoglobina de anemia moderado y el test de APGAR normal, 1 adolescente que representa el 2.5% tuvieron una anemia moderado y el test de APGAR en condición fisiológica inadecuada, 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron una anemia moderado y el test de APGAR de atención de emergencia, por ultimo 1 adolescente que hace 2.5% tuvo una anemia severa y el test de APGAR de condición fisiológica inadecuada.

Luego de realizar la prueba de estadística nos dio como resultado

$\chi^2_c = 8.92 < \chi^2_t = 12.59$ y esto significa que se concluye estadísticamente que se rechaza la hipótesis H_a y se acepta la H_o quiere decir que el nivel de hemoglobina de los adolescentes no se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

TABLA N° 12

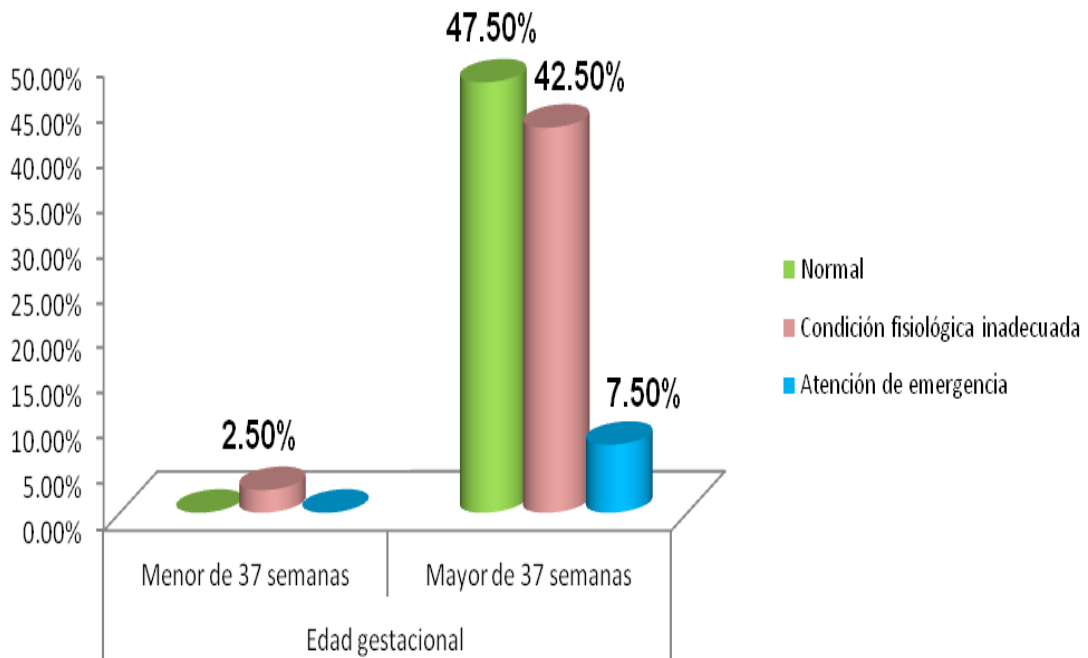
Riesgo materno según edad gestacional de la adolescente según su test APGAR atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.

Edad gestacional	Test de Apgar						total	total %
	Normal		Condición fisiológica inadecuada		Atención de emergencia			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Menor de 37 semanas	0	0.00%	1	2.50%	0	0.00%	1	2.50%
Mayor de 37 semanas	19	47.50%	17	42.50%	3	7.50%	39	97.50%
TOTAL	19	47.50%	18	45.00%	3	7.50%	40	100.00%

Fuente : Matriz de datos

GRÁFICO N° 12

Riesgo materno según edad gestacional de la adolescente según su test APGAR atendidos en el hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané 2017.



Fuente : Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a la edad gestacional el 97.50% de adolescentes tuvieron mayor de 37 semanas y el 2.50% de adolescentes tuvieron una edad gestacional menor de 37 semanas.

En la tabla N° 12 y gráfico N°12, se afirma que 1 adolescentes que representa el 2.5% tuvieron una edad gestacional menor de 37 semanas.

De acuerdo a las tablas podemos observar que 19 adolescentes que representa el 47.5% tuvieron mayor a 37 semanas y el test de APGAR fue normal, por otro lado tenemos que 17 adolescentes que representa el 42.5% afirman que el test de APGAR fue condición fisiológica inadecuada, 3 adolescentes que representa el 7.5% tuvieron mayor a 37 semanas y su test de APGAR de atención de emergencia.

Después de realizar la prueba de hipótesis $\chi_c^2 = 10.95 > \chi_t^2 = 7.81$ podemos concluir que estadísticamente que la hipótesis H_0 y se acepta la H_a quiere decir que la edad gestacional de los adolescentes se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

4.1. CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECIFICA 1.

a) Riesgo materno según control perinatal y el riesgo perinatal

1. Hipótesis estadística

H₀: El control perinatal de los adolescentes no se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

H_a: El control perinatal de los adolescentes se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

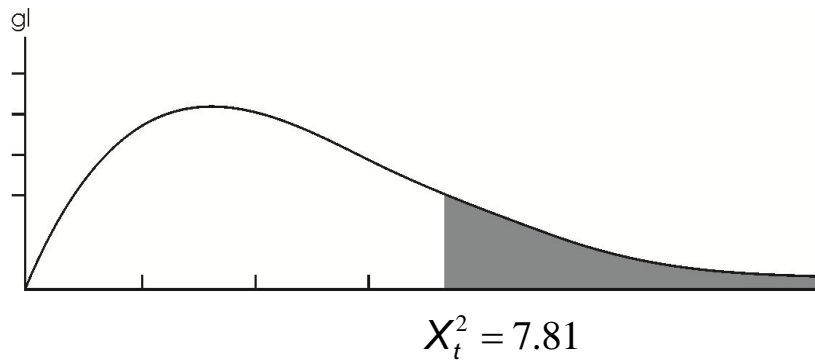
Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala ordinal, y presentan categorías.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,729 ^a	2	,002
Razón de verosimilitud	5,750	2	,056
Asociación lineal por lineal	7,253	1	,007
N de casos válidos	40		

Fuente: SPSS V. 23

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 12.73$$

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_c^2 = 12.73 > X_t^2 = 7.81$ se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la H_a quiere decir que el control perinatal de los adolescentes se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

b) Riesgo materno según realización del primer control perinatal y el riesgo perinatal.

1. Hipótesis estadística

H_0 : La realización del primer control perinatal de los adolescentes no se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

H_a : La realización del primer control perinatal se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala ordinal, y presentan categorías.

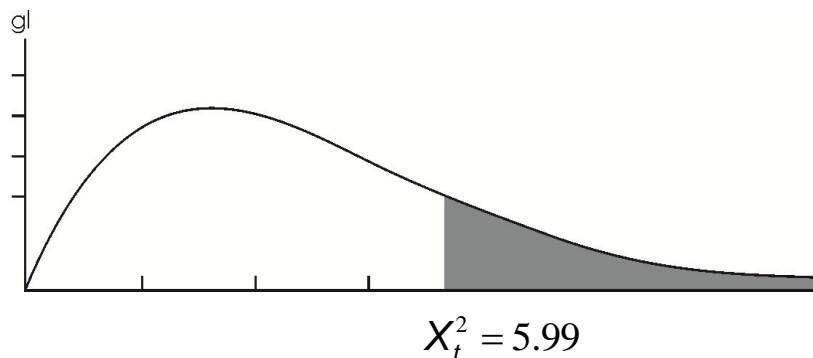
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,146 ^a	2	,564
Razón de verosimilitud	1,530	2	,465
Asociación lineal por lineal	,845	1	,358
N de casos válidos	40		

Fuente: SPSS V. 23

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 1.146$$

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_c^2 = 1.146 < X_t^2 = 5.99$ se rechaza la hipótesis H_a y se acepta la H_o quiere decir que la realización del primer control perinatal no se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

c) Riesgo materno según infección del tracto urinario y el riesgo perinatal.

1. Hipótesis estadística

H₀: La infección del tracto urinario de los adolescentes no se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

H_a: La Infección del tracto urinario de los adolescentes se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

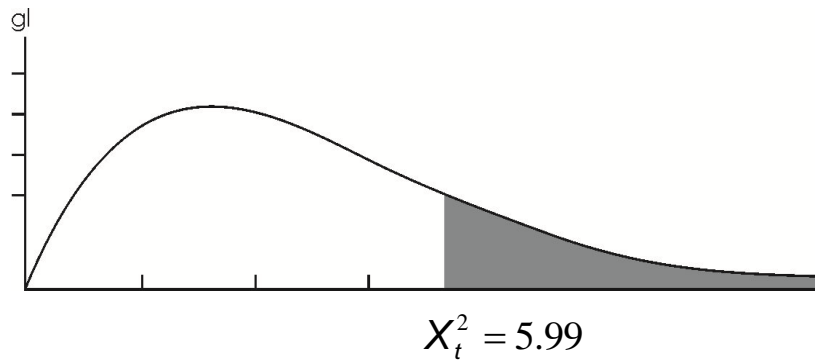
Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala ordinal, y presentan categorías.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,098 ^a	2	,017
Razón de verosimilitud	5,696	2	,058
Asociación lineal por lineal	7,866	1	,005
N de casos válidos	40		

Fuente: SPSS V. 23

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 8.09$$

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_c^2 = 8.09 > X_t^2 = 5.99$ se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la H_a quiere decir que la Infección del tracto urinario de los adolescentes se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

d) Riesgo materno según infección puerperal y el riesgo perinatal.

1. Hipótesis estadística

H_0 : La infección puerperal de los adolescentes no se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

H_a : La Infección puerperal de los adolescentes se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala ordinal, y presentan categorías.

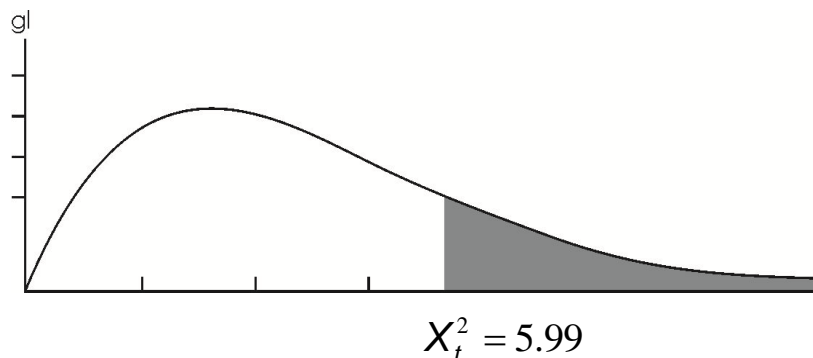
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,457 ^a	2	,483
Razón de verosimilitud	1,815	2	,403
Asociación lineal por lineal	1,204	1	,273
N de casos válidos	40		

Fuente: SPSS V. 23

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 1.46$$

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_c^2 = 1.46 < X_t^2 = 5.99$ se rechaza la hipótesis H_a y se acepta la H_o quiere decir que la Infección puerperal de los adolescentes no se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

e) Riesgo materno según nivel de hemoglobina y el riesgo perinatal.

1. Hipótesis estadística

H₀: El nivel de hemoglobina de los adolescentes no se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

H_a: El nivel de hemoglobina de los adolescentes se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

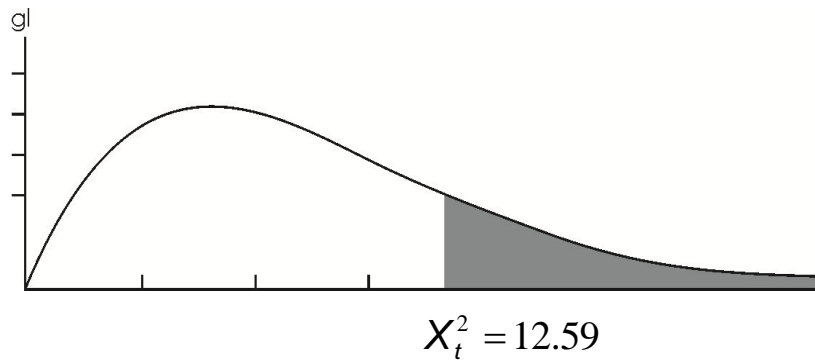
Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala ordinal, y presentan categorías.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,023 ^a	6	,0421
Razón de verosimilitud	6,763	6	,343
Asociación lineal por lineal	,123	1	,726
N de casos válidos	40		

Fuente: SPSS V. 23

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 16.023$$

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_c^2 = 16.023 > X_t^2 = 7.81$ se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la H_a quiere decir que el nivel de hemoglobina de los adolescentes se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

f) Riesgo materno según edad gestacional y el riesgo perinatal.

1. Hipótesis estadística

H_0 : La edad gestacional de los adolescentes no se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

H_a : La edad gestacional de los adolescentes se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala ordinal, y presentan categorías.

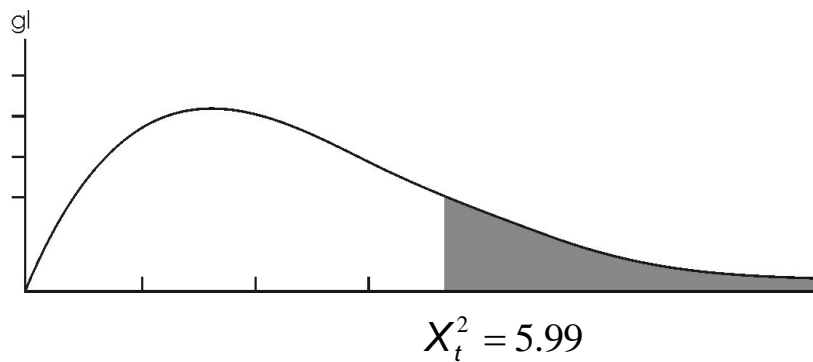
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,083 ^a	2	,0359
Razón de verosimilitud	,158	2	,924
Asociación lineal por lineal	,071	1	,789
N de casos válidos	40		

Fuente: SPSS V. 23

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 11.083$$

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_c^2 = 11.083 > X_t^2 = 5.99$ se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la H_a quiere decir que la edad gestacional de los adolescentes se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

4.2. CONTRASTE DE HIPÓTESIS CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECIFICO 2.

a) Riesgo materno según control perinatal y el test de APGAR

1. Hipótesis estadística

H_0 : El control perinatal de los adolescentes no se relaciona con el test de APGAR atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

H_a : El control perinatal de los adolescentes se relaciona con el test de APGAR de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

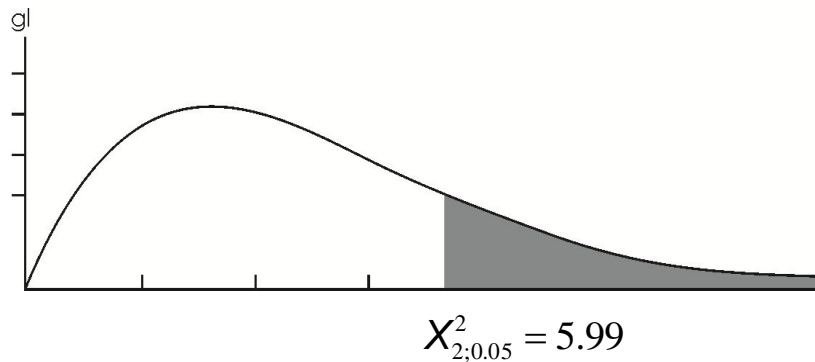
Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala ordinal, y presentan categorías.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,765 ^a	2	,092
Razón de verosimilitud	4,934	2	,085
Asociación lineal por lineal	4,360	1	,037
N de casos válidos	40		

Fuente: SPSS V. 23

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 4.77$$

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_C^2 = 4.77 < X_t^2 = 5.99$ se rechaza la hipótesis H_a y se acepta la H_o quiere decir que el control perinatal de los adolescentes se relaciona con el test de APGAR de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

b) Riesgo materno según realización del primer control perinatal y el test de APGAR.

1. Hipótesis estadística

H_o : La realización del primer control perinatal de los adolescentes no se relaciona con el test de APGAR de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

H_a : La realización del primer control perinatal se relaciona con el test de APGAR de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala ordinal, y presentan categorías.

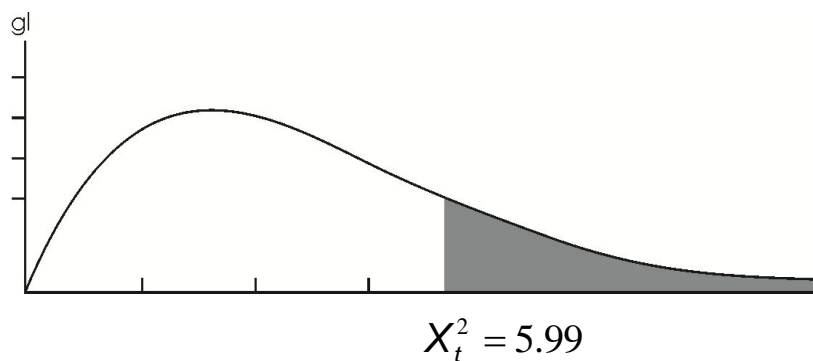
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,796 ^a	2	,007
Razón de verosimilitud	11,274	2	,004
Asociación lineal por lineal	,491	1	,483
N de casos válidos	40		

Fuente: SPSS V.23

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 9.79$$

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_c^2 = 9.79 > X_t^2 = 5.99$ se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la H_a quiere decir que la realización del primer control perinatal se relaciona con el test de APGAR de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

c) Riesgo materno según infección del tracto urinario y el test APGAR.

1. Hipótesis estadística

H₀: La infección del tracto urinario de los adolescentes no se relaciona con el test de APGAR de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

H_a: La Infección del tracto urinario de los adolescentes se relaciona con el test de APGAR de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

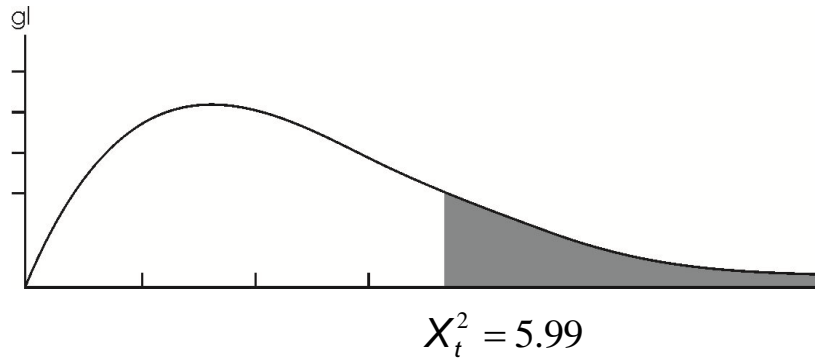
Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala ordinal, y presentan categorías.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,128 ^a	2	,569
Razón de verosimilitud	,991	2	,609
Asociación lineal por lineal	,961	1	,327
N de casos válidos	40		

Fuente: SPSS V.23.

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 1.13$$

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $\chi^2_C = 1.13 < \chi^2_t = 5.99$ se rechaza la hipótesis H_a y se acepta la H_o quiere decir que la infección del tracto urinario de los adolescentes no se relaciona con el test de APGAR de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

d) Riesgo materno según infección puerperal y el test de APGAR.

1. Hipótesis estadística

H_o : La infección puerperal de los adolescentes no se relaciona con el test de APGAR de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

H_a : La Infección puerperal de los adolescentes se relaciona con el TEST de APGAR de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala ordinal, y presentan categorías.

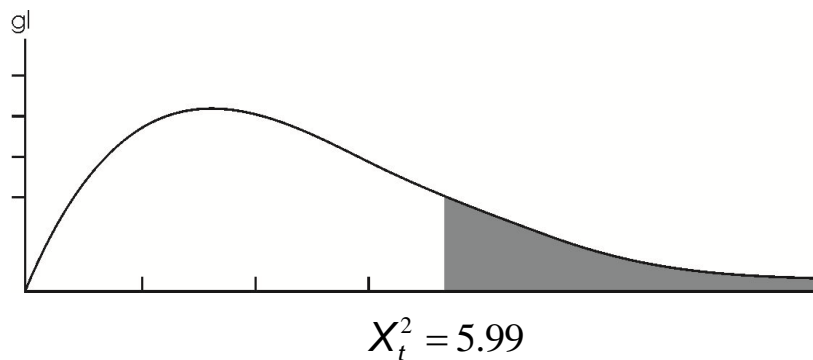
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,172 ^a	2	,001
Razón de verosimilitud	16,672	2	,000
Asociación lineal por lineal	11,826	1	,001
N de casos válidos		40	

Fuente: SPSS V.23

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 15.17$$

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_C^2 = 15.17 > X_t^2 = 5.99$ se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la H_a quiere decir que la Infección puerperal de los adolescentes se relaciona con el test de APGAR de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

e) Riesgo materno según nivel de hemoglobina y el test de APGAR.

1. Hipótesis estadística

H_0 : El nivel de hemoglobina de los adolescentes no se relaciona con el test de APGAR de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

H_a : El nivel de hemoglobina de los adolescentes se relaciona con el test de APGAR de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala ordinal, y presentan categorías.

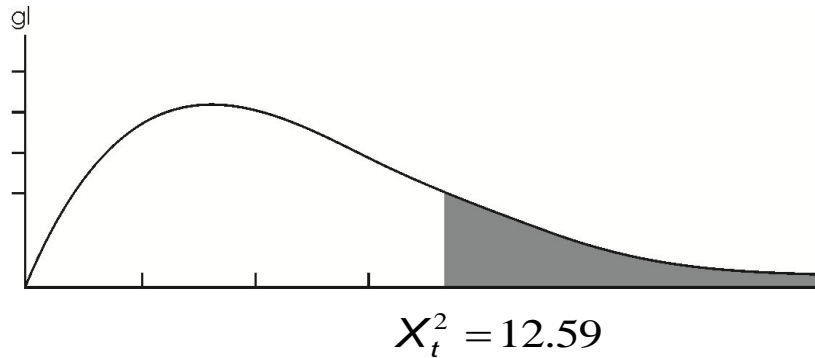
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,921 ^a	6	,178
Razón de verosimilitud	9,988	6	,125
Asociación lineal por lineal	,130	1	,719
<hr/>			
N de casos válidos	40		

Fuente: SPSS V.23

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 8.92$$

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_C^2 = 8.92 < X_t^2 = 12.59$ se rechaza la hipótesis H_a y se acepta la H_0 quiere decir que el nivel de hemoglobina de los adolescentes no se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

f) Riesgo materno según edad gestacional y el test de APGAR.

1. Hipótesis estadística

H_0 : La edad gestacional de los adolescentes no se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

H_a : La edad gestacional de los adolescentes se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

2. Nivel de significación

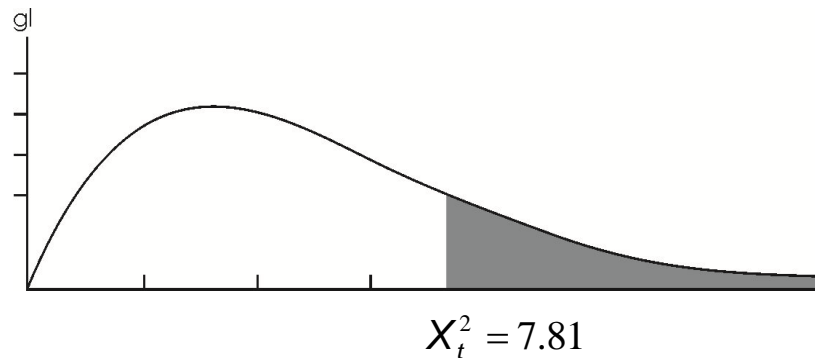
$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala ordinal, y presentan categorías.

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 10.95$$

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_c^2 = 10.95 > X_t^2 = 7.81$ se rechaza la hipótesis H_0 y se acepta la H_a quiere decir que la edad gestacional de los adolescentes se relaciona con el riesgo perinatal de su niño atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.

5.2. Discusión

De acuerdo a nuestros resultados tenemos que en el control prenatal fue adecuado en un 92.50% de adolescentes embarazadas, y un 7.50% de control prenatal inadecuado de embarazadas.

Por otro lado se puede afirmar que 1 adolescente representa el 2.5% tuvieron un control perinatal inadecuado y el peso en el recién nacido es muy bajo peso al nacer, 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron un control perinatal inadecuado y su peso de su recién nacido es normal, 35 adolescentes que representa el 87.5% tuvieron un control adecuado y un peso del recién nacido normal, 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron un adecuado control perinatal y el peso de su recién nacido tuvieron un bajo peso nacer.

La realización del primer control prenatal el 52.50% de adolescentes embarazadas fue tardío, el 47.50% de adolescentes embarazadas tuvieron una control precoz. Por otro lado se puede afirmar que 1 adolescente representa el 2.5% tuvieron una realización del primer control perinatal y el peso en el recién nacido fue bajo peso al nacer, 20 adolescentes que representa el 50% tuvieron

una realización del primer control perinatal tardío y su peso de su recién nacido es normal, 17 adolescentes que representa el 42.5% tuvieron una realización del primer control perinatal precoz y un peso del recién nacido normal, 1 adolescente que representa el 2.5% tuvieron una realización del primer control perinatal precoz y el peso de su recién nacido tuvieron un bajo peso nacer.

EL 15% de adolescentes tuvieron infección del tracto urinario, 85% de adolescentes no tuvieron infección del tracto urinario.

Por otro lado se puede afirmar que 1 adolescente representa el 2.5% tuvieron una infección del tracto urinario y el peso en el recién nacido es muy bajo peso al nacer, 4 adolescentes que representa el 10% tuvieron una infección del tracto urinario y su peso de su recién nacido es normal, 33 adolescentes que representa el 82.5% afirman que no tuvieron infección del tracto urinario el peso del recién nacido fue normal, 1 adolescentes que representa el 2.5% no tuvieron infección del tracto urinario y el peso de su recién nacido tuvieron un bajo peso nacer.

Esto es corroborado por Bárcena O. en el años 2011 encontró resultados parecidos que el embarazo en adolescentes representó el 21 ,5% del total de partos atendidos, mientras que la frecuencia de parto pretermino fue 6, 7%. La mayoría de gestantes adolescentes que presentaron parto pretermino eran: convivientes (53,3%), con grado de instrucción secundaria (86%), sin hábitos nocivos (1 00%), primigestas (81 ,2%), nulíparas (89, 1 %), con menos de 7 controles perinatales (82,2%) y con anemia (49,5%). Los factores que incrementan significativamente el riesgo de parto pretermino entre las embarazadas adolescentes son: tener <7 controles perinatales (OR=3,56), anemia materna (OR=1 ,74), preclampsia (OR=4,72), amenaza de aborto (OR=7,84) y ruptura prematura de membranas (OR=12,45).⁽¹¹⁾

Por otro lado el 42.50% de adolescentes tuvieron infección puerperal, el 57.50% de adolescentes no tuvieron infección puerperal. Por otro lado se puede afirmar que 1 adolescente representa el 2.5% tuvieron infección puerperal y el peso en el recién nacido es muy bajo peso al nacer, 1 adolescentes que representa el 2.5% tuvieron un muy bajo peso al nacer y con una infección puerperal, 15 adolescentes que representa el 37.5% tuvieron una infección puerperal y el peso del recién nacido fue normal, 22 adolescentes que representa el 55% tuvieron una infección puerperal y el peso de su recién nacido fue normal.

Asimismo los investigadores Ordaz, Rangel y Hernández en el año 2010 muestran resultados parecidos que obtuvieron fueron de que 94 muertes maternas, 81.9% se clasificaron como hospitalarias (66.7% en hospitales públicos) y 13.8% como no hospitalarias, 73 (77.6%) de las muertes ocurrieron durante el puerperio. La mayoría de las mujeres no contaba con algún servicio médico (76.7%). Hubo 77 (81.9%) casos de muerte materna directa y 12 (18.1%) indirecta. El riesgo de muerte materna no hospitalaria en mujeres de 35 a 40 años de edad fue tres veces mayor, con estudios de primaria incompleta o ninguno de 10.9 y no tener derecho a servicio médico 3.6 veces. Llegaron a la siguiente conclusión que la mayor cantidad de muertes fueron hospitalarias, las causas principales fueron: trastornos hipertensión del embarazo, parto y puerperio y hemorragia obstétrica y eventos relacionados con la calidad de los servicios de salud. Es necesario desarrollar programas de control del embarazo más eficientes, con un enfoque de riesgo materno-infantil. ⁽⁷⁾

De acuerdo al nivel de hemoglobina el 42.50% de adolescentes tuvieron su nivel de hemoglobina normal, 35% de adolescentes tuvieron una anemia leve, 20% de adolescentes tuvieron una anemia moderada, 2.50% de adolescentes tuvieron una anemia severa. Por otro lado se puede afirmar que 17 adolescente representa el 42.5% tuvieron nivel de hemoglobina normal y el peso en el recién nacido fue normal al momento de nacer, 11 adolescentes

que representa el 27.5% tuvieron un anemia leve y su peso de su recién nacido es normal, 8 adolescentes que representa el 20% tuvieron una anemia moderada y un peso normal, 1 adolescentes que representa el 2.5% tuvieron una anemia severa y el peso de su recién nacido tuvieron normal.

En cuanto a la edad gestacional el 2.50% de adolescentes tuvieron mayor de 37 semanas, el 97.50% de adolescentes tuvieron menor de 37 semanas. Por otro lado se puede afirmar que 1 adolescente representa el 2.5% tuvieron mayor de 37 semanas y el peso en el recién fue normal, 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron cuya edad gestacional fue a menor 37 semanas y su peso de su recién nacido fue bajo peso, 36 adolescentes que representa el 90% tuvieron una edad gestacional menor a 37 semanas y un peso del recién nacido normal, 1 adolescentes que representa el 2.5% tuvieron una edad gestacional menor a 37 semanas y el peso de su recién nacido tuvieron fue muy bajo peso nacer.

De acuerdo al control prenatal el 7.5% el control fue inadecuado y el 92.50% el control perinatal fue adecuado. Asimismo se puede afirmar que 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron un control perinatal inadecuado y el test de APGAR en condición fisiológica inadecuada al nacer, 1 adolescentes que representa el 2.5% tuvieron un control inadecuado y su test de APGAR fue de atención de emergencia, 19 adolescentes que representa el 47.5% tuvieron un control perinatal adecuado y un test de APGAR normal, 16 adolescentes que representa el 40% tuvieron un adecuado control perinatal y el test de APGAR en condición fisiológica inadecuada, finalmente existe 2 adolescente que representa el 5% tuvieron un adecuado control perinatal y un test de APGAR en atención de emergencia.

Esto es corroborado por el investigador Culi en el año 2012 tuvieron resultados parecidos que los recién nacidos con complicaciones fueron 33, el total de recién nacidos muertos fueron 12 por muerte fetal tardía y neonatal precoz de 945 g, a más y los controles 88 nacidos vivos, seleccionados al azar. La tasa de mortalidad precoz fue 12%. Los factores de riesgo fueron: Edad

Materna 35 años a más (OR=4,54), Multiparidad (OR=3,77), Control perinatal ausente o inadecuado (OR=3,87), Inicio de parto inducido o cesárea electiva (OR=21,5), Trabajo de parto precipitado o prolongado (OR=10,5), Depresión (OR=37,40) Prematuridad (OR=9,67). La presencia de depresión al nacer, inicio de parto inducido, trabajo de parto prolongado, bajo peso y prematuridad, tienen altos valores predictivos. Conclusiones: Los factores de riesgo del recién nacido tienen mayor asociación y alto valor predictivo para mortalidad perinatal precoz en el hospital San Juan de Dios de Ancash, Perú. ⁽⁹⁾

De igual manera se observa que el 52.50% de adolescentes la realización del primer control fue tardío, y el 47.50% de adolescentes el primer control fue precoz. Por otro lado se puede afirmar que 12 adolescente representa el 30% tuvieron el primer control precoz y el test de APGAR normal, 4 adolescentes que representa el 10% la realización del primer control precoz y la condición fisiológica inadecuada, 3 adolescentes que representa el 7.5% tuvieron un primer control precoz y una atención de emergencia. Podemos mencionar en cuanto a la infección del tracto urinario el 15% de adolescentes tuvieron infección del tracto urinario, 85% no tuvieron infección del tracto urinario. Por otro lado se puede afirmar que 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron infección del tracto urinario y el test de APGAR fue normal, 3 adolescentes que representa el 7.50% tuvieron infección del tracto urinario y en el test de APGAR tuvo una condición fisiológica inadecuada, 1 adolescente que representa el 2.5% tuvieron infección tracto urinario, y el test de APGAR fue de atención de emergencia.

Esto es corroborado por los investigadores Blanca, Perez y Tejedor en el año 2008. muestran resultados parecidos que se analizaron 1455 partos (355 correspondientes al grupo de estudio: 24,39%). Las gestantes de mayor edad presentaron más patología asociada al embarazo (29,2 vs 15,8%,) como diabetes gestacional (6.2%,), metrorragia del primer trimestre (5.6%,), y amenaza de parto prematuro (3.9%,). Los estados hipertensivos del embarazo aunque fueron también más frecuentes no demostraron significación estadística. Se requirió inducción medica del parto con mayor frecuencia en el

grupo de estudio. En el 47% de las gestantes nulíparas de edad avanzada se indicó una cesárea. La tasa de mortalidad perinatal en el grupo de estudio fue 16.5% vs 2.77% en el grupo control. La morbilidad materna también fue superior en el grupo de edad, fundamentalmente por complicaciones hemorrágicas. ⁽⁸⁾

Por otro lado se puede afirmar que 17 adolescente representa el 42.5% no tuvieron infección del tracto urinario y el test de APGAR fue normal, 15 adolescentes que representa el 37.50% no tuvieron infección del tracto urinario y en el test de APGAR tuvo una condición fisiológica inadecuada, 2 adolescentes que representa el 5% no tuvieron infección tracto urinario, y el test de APGAR es atención de emergencia.

El 42.50% de adolescentes tuvieron infección puerperal, 57.50% de adolescentes no tuvieron infección puerperal. Se afirma que 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron infección puerperal y un test de APGAR normal, 13 adolescentes que representa el 32.5% con infección puerperal y el test de APGAR condición fisiológica inadecuada, por otro lado tenemos que 2 adolescentes que representa el 5% afirman que el test de APGAR fue atención de emergencia. De igual manera se puede afirmar que 17 adolescentes representa el 42.5% tuvieron infección puerperal y el test de APGAR normal, 5 adolescentes que representa el 12.50% tuvieron sin infección puerperal y el test de APGAR condición fisiológica inadecuada, 1 adolescente que representa el 2.5% no tuvieron infección puerperal y el test de APGAR fue la atención de emergencia.

También es corroborado por el investigador Tucto en el año 2016 muestran que los resultados idénticos que el grupo etareó el más frecuente es de 16 a 19 años de edad con un 68% de los casos. El 43% de las encuestadas presentaban 4 a 5 controles perinatales durante su embarazo. El 93% de las adolescentes embarazadas prevenían de zonas urbanas. El 77% de las pacientes estudiaban sección secundaria al momento de su embarazo. Durante el estudio, encontramos que por ser un universo de adolescentes. El

30% (18) de las gestantes cursaban de 35-36 semanas de gestación en el momento de la investigación. El 53% de las encuestadas mencionó que había iniciado sus relaciones sexuales entre la edad de 16-18 años. La Infección del tracto urinario (ITU) 82%, RPMP 13% y 3% vaginitis fueron las patologías más frecuentemente presentadas por estas pacientes. ⁽¹⁰⁾

En cuanto al nivel de hemoglobina 7 adolescentes que representa el 17.5% tuvieron un nivel de hemoglobina y un test de APGAR normal, 10 adolescentes que representa el 25% tuvieron un nivel de hemoglobina normal y el test de APGAR condición fisiológica inadecuada, por otro lado tenemos que 7 adolescentes que representa el 17.50% afirman que el nivel de hemoglobina de anemia leve y un test de APGAR normal, 6 adolescentes que representa el 15% tuvieron nivel de hemoglobina anemia leve y una condición fisiológica inadecuada, 1 adolescente que representa el 2.5% afirman que su anemia fue leve y que su recién nacido tuvo una atención de emergencia.

De igual manera se puede afirmar que 5 adolescentes que representa el 12.5% tuvieron un nivel de hemoglobina de anemia moderado y el test de APGAR normal, 1 adolescente que representa el 2.5% tuvieron una anemia moderado y el test de APGAR en condición fisiológica inadecuada, 2 adolescentes que representa el 5% tuvieron una anemia moderado y el test de APGAR de atención de emergencia, por ultimo 1 adolescente que hace 2.5% tuvo una anemia severa y el test de APGAR de condición fisiológica inadecuada.

De acuerdo a la edad gestacional el 97.50% de adolescentes tuvieron mayor de 37 semanas y el 2.50% de adolescentes tuvieron una edad gestacional menor de 37 semanas.

Finalmente en la edad gestacional se afirma que 1 adolescentes que representa el 2.5% tuvieron una edad gestacional menor de 37 semanas. De acuerdo a las tablas podemos observar que 19 adolescentes que representa el 47.5% tuvieron mayor a 37 semanas y el test de APGAR fue normal, por otro

lado tenemos que 17 adolescentes que representa el 42.5% afirman que el test de APGAR fue condición fisiológica inadecuada, 3 adolescente que representa el 7.5% tuvieron mayor a 37 semanas y su test de APGAR de atención de emergencia.

Tambien es corroborado por Guadalupe, Perez, Guadalupe, Castro y Vásquez en el año 2011 realizaron una investigacion titulada “ Factores de riesgo perinatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México”,encontro resultados parecidos fueron que los factores de riesgo estudiados se asociaron con muerte fetal: edad materna mayor de 35 años, escolaridad baja, multiparidad, antecedente de aborto y de muerte fetal, atención perinatal deficiente, complicaciones en el embarazo, líquido amniótico anormal, doble circular de cordón umbilical al cuello del producto y malformaciones congénitas mayores del recién nacido, llegaron a las conclusiones que los factores de riesgo asociados con muerte fetal, resalta la atención perinatal deficiente que de ser mejorada, podría disminuir la fuerza de asociación de algunas de las otras variables que se asociaron a muerte fetal. ⁽⁶⁾

CONCLUSIONES

PRIMERA : Se concluye que existe relación entre el riesgo materno y el riesgo perinatal en adolescentes embarazadas, respecto al riesgo materno en un 92.50% de adolescentes tuvieron un control prenatal, el 52.50% de adolescentes tuvieron el primer control prenatal tardío, el 85% de madres adolescentes no tuvieron infección del tracto urinario, el 57.50% de madres adolescentes no tuvieron infección puerperal, el nivel de hemoglobina fue normal en un 42.50% de madres adolescentes, por otro lado se tiene que el 97.50% de madres adolescentes tuvieron menor de 37 semanas en edad gestacional, todas estas adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017.

SEGUNDA: Se concluye que existe relación del riesgo materno de adolescentes embarazadas y el peso al nacer del recién nacido, con respecto al peso al nacer el 2.50% tuvieron un muy bajo peso al nacer, el 5% de recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer, 92.50% de recién nacidos tuvieron un peso normal.

TERCERA : Se concluye que existe relación del riesgo materno adolescentes embarazadas y estado general del neonato, el estado general de los neonatos fueron que el 47.50% tuvieron un test de APGAR normal, el 45% tuvieron un test de APGAR en condición fisiológica inadecuada, el 7.50% tuvieron un test de APGAR en atención de emergencia, que acuden al Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017.

RECOMENDACIONES

PRIMERA : Al personal de salud del Hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané, realizar sesiones educativas con las madres adolescentes para promover la importancia de un buen estilo de vida y acudir siempre a los controles para prevenir los factores de riesgo en madres gestantes adolescentes.

SEGUNDA: Al personal de salud del Hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané, realizar charlas y promover las formas de prevención para evitar factores de riesgo en gestantes adolescentes ya que estos factores de riesgo de la madre adolescentes afecta de alguna forma el riesgo perinatal de su hijo.

TERCERA : Recomendar al personal que trabaja en el servicio de gineco-obstetra del hospital Lucio Aldazabal Pauca, para que realice en sus consultas de sus pacientes charlas sobre salud sexual y reproductiva, para así mejorar el conocimiento y de alguna forma evitar los factores de riesgo materno en gestantes adolescentes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Munares O, Gómez G. Anemia en gestantes añosas atendidas en los establecimientos del ministerio de salud del Perú 2009-2012. Revista Peruana de Epidemiología. 2014;; p. 2.
2. Salazar M. La edad materna avanzada como factor de riesgo de mortalidad materna y perinatal. Ginecol. Obstet. 1999; 45(2): p. 124-130.
3. Ticona M, Huanco D. Factores de riesgo de la Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú. Rev. Peru Gineco obstet. 2007; 49: p. 227-232.
4. Faneite P, Gónzales M, Rivera C, Linares M, Faneite J. Incidencia y factores perinatales en el embarazo de riesgo. Rev Obstet Ginecol Venez. 2000; 60(4): p. 217-21.
5. Campos T. Mortalidad infantil no Rio de Janeiro, Brasil áreas de riesgo e trayectoria dos pacientes até os servicios de saúde. Rev. Panam Salud Publica. 2000; 8(3): p. 164-171.
6. Guadalupe J, Perez J, Guadalupe E, Castro JF, Vásquez MD. Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2011;; p. 169-174.
7. Ordaz KY, Rangel R, Hernández C. Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de. revista Ginecología y Obstetricia de México. 2010;; p. 357-364.
8. Blanca H, Perez JG, Tejedor P. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Madrid;; 2008.
9. Culi LM. Factores de riesgo asociados a morbimortalidad perinatal precoz en el Hospital San Juan de Dios. Ancash, Perú. Revista medica panacea. 2012;; p. 87-90.
10. Tucto Y. Factores de riesgo maternos que influyen al parto pretermino en gestantes adolescentes en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco octubre 2015- Marzo del 2016. [Tesis de informe]. Huánuco: Universidad de Huánuco ; 2016.
11. Bárcena O. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes

- adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2006-2010. [Tesis de grado]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann ; 2011.
12. Lucie FT, Alain LN. Embarazo en adolescentes : complicaciones obstétricas. Ginecología y obstetricia. 1999; 45(3): p. 179-182.
 13. MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Lima: Grafica Biblos; 2011.
 14. Villanes I, Fernández J, Avilés M, Mediaceja O. Anemia y deficiencia de hierro en embarazadas de un área urbana del municipio Cienfuegos. Revista cubana de obstetricia. 2006.
 15. Sánchez F, Castañedo R, Trelles E, Pedroso P. Prevalencia de la anemia ferropénica en mujeres embarazadas. Revista cubana. 2006;; p. 5-9.
 16. Sánchez F, Trelles E, Terán R, Pedroso P. Nutrición, suplementación, anemia y embarazo. Revista cubana de obstetricia. 2006;; p. 60-80.
 17. García M, Zuluaga P, Arrabal T. Factores de riesgo en la mortalidad de los recién nacidos de muy bajo peso Lima; 2009.
 18. MINSA. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos de salud Lima; 2009.
 19. OMS. El Estado Físico: Uso e Interpretación de la Antropometría; 2012.
 20. Gomez i, Rosales s, Agreda L, Castillo A, Alarcon E, Gutierrez C. Nivel de hemoglobina y prevalencia de anemia en gestantes según características socio-demográficas y prenatales Lima; 2014.
 21. Uzcátegui O. Embarazo en adolescente precoz Venezuela ; 2007.
 22. OCDE. Panorama de la salud 2007 indicadores de la OCDE Paris : Closas-Orcoyen S.L.; 2007.
 23. Cabel J, Castañeda R. Proyecto de investigación en ciencias médicas Lima : San Marcos ; 2014.
 24. Sanchez H, Reyes C. Metodología y Diseño en la Investigación Científica 1998: Mantaro; 1998.
 25. Hernández R, Fernández C, Baptista MdP. Metodología de la Investigación Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2014.

26. Valderrama S. Pasos para elaborar proyectos de investigación científica. sexta ed. Lima : San Marcos ; 2016.
27. Baena G. Metodología de la investigación México : Grupo editorial Patria ; 2017.
28. Valderrama S, León LR. Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica Lima: San Marcos; 2009.
29. Ibañez V. Estadística aplicada a la educación PUno: Edición Universitaria; 2007.
30. Suarez S, Cabrera S, Ramirez E, Janampa D. Marcadores de estrés oxidativo en placentas de gestantes añosas. Tesis para optar el grado academico de enfermeria. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2007.
31. Andorno Mdl, Bello E, martearena R, Abreo G. Embarazos en los extremos de la vida y resultados. Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina. 2011.
32. Garcia I, Alemán MM. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Revista cubana de obstetricia y ginecologia. 2010;; p. 481-489.
33. UNICEF INdS-. La Medición de la Talla y el Peso: Guía para el personal de la salud del primer nivel de atención.; 2004.
34. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías de enfermería Española: Edide S.L.; 2011.
35. Tipiani O. La edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para complicaciones materno-perinatales. Lima;; 2005.
36. Arias FG. El proyecto de investigación introducción a la metodología científica Caracas: Editorial EPISTEME C.A.; 2012.

Anexos

Anexo 1

CARTA DE PRESENTACIÓN

Juliaca, 10 de Diciembre 2017

Señor Doctor

Juan Gualberto Trelles Yenque

Decano de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud

Universidad Alas Peruanas

Asunto: Carta presentación del proyecto titulado “RELACIÓN ENTRE EL RIESGO MATERNO Y EL PERINATAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA, HUANCANÉ 2017”

Respetado Doctor Trelles.

Mediante la presente presento mi trabajo de Investigación para su Aprobación e Inscripción y Autorización de Ejecución del Desarrollo de Tesis.

Para lo cual me comprometo a:

1. Realizar la investigación en el tiempo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, así como cumplir con la entrega de los informes de avance (parcial y final) para su revisión por el comité evaluador.
2. Autorizar la publicación del producto o procesos de investigación/creación terminados, en espacios pertinentes para su valoración, así como en el Repositorio de la Universidad.
3. Anexar a esta investigación el acta o las cartas de participación de las instituciones vinculadas al proyecto.
4. Cumplir con las consideraciones Éticas de Helsinki y Nüremberg, así como garantizar las normas éticas exigidas por la aplicación de formatos de Consentimiento y/o Asentimiento Informado que requiera la investigación.

Además declaro:

1. Que es un trabajo de investigación es original.
2. Que son titulares exclusivos de los derechos patrimoniales y morales de autor.
3. Que los derechos sobre el manuscrito se encuentran libres de embargo, gravámenes, limitaciones o condiciones (resolutorias o de cualquier otro tipo), así como de cualquier circunstancia que afecte la libre disposición de los mismos.
4. Que no ha sido previamente publicado en otro medio.
5. Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.
6. Que todos los colaboradores han contribuido intelectualmente en su elaboración.

Cordialmente.

REGINA QUISPE PONCE

Cod. 2011221002

Facultad MHyCS

EP. De Enfermería

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____, identificado con el
DNI: _____, estoy de acuerdo a participar en la investigación titulada:
**“RELACIÓN ENTRE EL RIESGO MATERNO Y EL PERINATAL EN
ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LUCIO
ALDAZABAL PAUCA, HUANCANÉ 2017”**

La información obtenida a partir de sus respuestas en el cuestionario tendrá un carácter eminentemente confidencial, de tal manera que su nombre no se hará público por ningún medio.

Se me ha explicado que:

La investigación a realizarse será útil por el aporte de las madres embarazadas (Hospital Lucio Aldazabal Pauca).

En la actualidad existe riesgo materno de madres adolescentes, que es uno de los principales problemas que afecta el riesgo perinatal, lo cual acepto y reconozco.

Mi participación es voluntaria ya que se me ha explicado minuciosamente los objetivos del estudio, para lo cual firmo este consentimiento informado.

A los _____ días del mes de _____ del 2017

.....

Firma del participante

Anexo 3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº	Nombres y apellidos	edad	peso	talla	Hb
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
51.					

Datos de las historias clínicas del peso del recién nacido.

Nº	Nombre	Sexo	Peso en Kg.
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
⋮	⋮	⋮	⋮
51			

TEST DE APGAR

Nº	Nombres	Color de la piel			Frecuencia cardíaca.			Respuesta ante (irritabilidad refleja)			Tono muscular (actividad)			Respiración o llanto			Puntaje total
		0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
⋮	⋮													⋮			
11.																	

FICHA DE OBSERVACIÓN

1. El Control Perinatal

- a) Inadecuado (1 a 3 veces de control perinatal)
- b) Adecuado (≥ 4 veces de control perinatal)

2. Realización del Primer control perinatal

- a) Tardío (II-III trimestre)
- b) Precoz (I trimestre)

3. Infección tracto urinario

- a) con ITU (No)
- b) sin ITU (Si)

4. Como es la Infección puerperal

- a) Con infección puerperal (no)
- b) Sin infección puerperal. (si)

5. El nivel de hemoglobina

- a) Normal (8- 11 ó mayor g/dl)
- b) Anemia leve (11 ó mayor g/dl)
- c) Anemia moderada (10 a 10.9 g/dl)
- d) Anemia severa (< a 7 g/dl.)

6. El Peso en kg,

- a) Extremadamente bajo (< 1000 g.)
- b) Muy bajo peso al nacer (1000 a 1499 g)
- c) Bajo peso al nacer (1500 a 2499 g)
- d) Normal (De 2500 a 4000 g.)
- e) Macrosomico (> a 4000 g.)

7. La Edad gestacional (sem.)

- a) < 37 semanas
- b) ≥ 37 semanas

8. El Peso/ edad gestacional

- a) PEG () kg
- b) AEG/ GEG () kg

9. El Color de la piel.

- a) Palidez o cianosis generalizada
- b) Cianosis distal
- c) Rosado.

10. La Frecuencia cardíaca.

- a) Ausente
- b) FC menor de 100 latidos por minuto
- c) FC mayor de 100 latidos por minuto.

11. La respuesta ante (irritabilidad refleja)

- a) Sin respuesta a la estimulación.
- b) Mueca.
- c) Estornudos llanto Vigoroso.

12. El tono muscular (actividad)

- a) Flácido
- b) Alguna flexión
- c) Movimiento activo

13. La respiración o llanto

- a) Ausente
- b) Llanto débil, respiración irregular
- c) Llanto fuerte, respiración normal

Anexo 4

DATOS DE LA ENCUESTA ELABORADOS EN EXCEL

BASE DE DATOS VALERIA 25-01-18.xls [Modo de compatibilidad] - Microsoft Excel

Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Programador Complementos Foxit Reader PDF Nitro Pro 7

Pegar Fuente Alineación Número Estilos Celdas Modificar

M9

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
	Edad	Estado_civil	Procedencia	ocupación	apoyo_familiar	grado_de_instruccion	consejo_grupo_social	Recibe_consejeria	nivel_de_conocimiento	cual_conocimiento			
1													
2	2	2	2	1	2	3	1.00	3.00	16.00	2.00			
3	3	2	1	1	3	2	2.00	3.00	18.00	2.00			
4	2	2	2	1	2	3	2.00	2.00	16.00	2.00			
5	2	2	1	1	2	2	2.00	2.00	18.00	2.00			
6	4	2	1	1	2	2	2.00	2.00	12.00	1.00			
7	1	2	2	1	2	2	2.00	2.00	10.00	1.00			
8	1	2	2	1	2	3	2.00	2.00	14.00	2.00			
9	3	3	1	1	2	2	1.00	2.00	16.00	2.00			
10	2	2	1	1	2	3	2.00	2.00	16.00	2.00			
11	1	2	2	1	2	2	2.00	2.00	12.00	1.00			
12	1	2	1	1	1	2	1.00	1.00	10.00	1.00			
13	2	3	1	1	2	2	2.00	2.00	10.00	1.00			
14	3	2	1	1	1	2	2.00	2.00	12.00	1.00			
15	3	2	1	1	2	2	2.00	2.00	22.00	3.00			
16	3	2	2	1	2	2	2.00	1.00	12.00	1.00			
17	2	2	2	1	2	3	2.00	3.00	16.00	2.00			
18	4	2	1	1	2	2	2.00	2.00	16.00	2.00			
19	1	2	2	1	2	3	2.00	2.00	14.00	2.00			
20	1	2	1	1	2	3	1.00	1.00	12.00	1.00			
21	2	2	2	1	2	3	2.00	2.00	18.00	2.00			
22	3	2	1	1	1	2	2.00	2.00	20.00	3.00			
23	1	2	1	1	2	3	2.00	2.00	22.00	3.00			
24	2	2	2	1	1	3	2.00	2.00	12.00	1.00			
25	3	2	1	1	2	3	1.00	2.00	20.00	3.00			
26	1	2	2	1	2	3	1.00	2.00	20.00	3.00			
27	3	2	1	1	2	3	1.00	2.00	22.00	3.00			
28	1	2	2	1	2	3	2.00	2.00	16.00	2.00			

BASE DE DATOS VALERIA 25-01-18

Anexo 5

SOLICITUD

"Año del buen servicio al ciudadano"

SOLICITO: Permiso para recopilación de datos

SEÑOR DIRECTOR DE LA REDESS HUANCANE

C.D. CARLOS ALBERTO GALLEGOS GALLEGOS

Yo, **REGINA QUISPE PONCE**,

Identificada con DNI N°45642025 con domicilio en el Jr. Acomarca Mz A Lote 10 de la ciudad de Juliaca. Ante Ud. respetuosamente me presento y digo:

Siendo bachiller de la escuela profesional de enfermería de la Universidad Alas Peruanas filial Juliaca, solicito a su distinguida persona permiso para ejecutar el trabajo de investigación que consistirá en la recopilación de datos de investigación cuyo título es: **RELACIÓN ENTRE EL RIESGO MATERNO Y EL PERINATAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA, HUANCANÉ 2017** Se menciona también que no causara inconvenientes al personal de salud en su trabajo por el recojo de información de la presente investigación.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a su jefatura acceder a mi solicitud por ser justo y legal.

Juliaca, 12 de noviembre del 2017.

PROCESO DE SERVICIO	
REDESS HUANCANÉ	
27 NOV 2017	
Carpeta N°	7548 8
Hora:	N° 02


REGINA QUISPE PONCE
DNI N° 45642025

Anexo 6 : Matriz de consistencia

TÍTULO: “RELACIÓN ENTRE EL RIESGO MATERNO Y EL PERINATAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL PAUCA, HUANCANÉ 2017”

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	metodología
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre el riesgo materno y el riesgo perinatal en adolescentes embarazadas atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es la relación del riesgo materno de adolescentes embarazadas y el peso al nacer del recién nacido en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación del riesgo materno adolescentes embarazadas y estado general del neonato en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre el riesgo materno y el riesgo perinatal en adolescentes embarazadas atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017.</p> <p>Objetivos específicos .</p> <p>Establecer la relación del riesgo materno de adolescentes embarazadas y el peso al nacer del recién nacido en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017.</p> <p>Analizar la relación del riesgo materno adolescentes embarazadas y estado general del neonato en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Existe relación entre el riesgo materno y el riesgo perinatal en adolescentes embarazadas atendidos en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Existe relación del riesgo materno de adolescentes embarazadas y el peso al nacer del recién nacido en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017.</p> <p>Existe relación del riesgo materno adolescentes embarazadas y estado general del neonato en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca, 2017.</p>	<p>variable independiente</p> <p>Factores de riesgo</p> <p>Variable dependiente</p> <p>Riesgo perinatal</p>	<p>Riesgo materno</p> <p>Peso al nacer</p> <p>Estado general del neonato</p>	<p>-Control Perinatal -Realización del Primer control perinatal -Infección tracto urinario -Infección puerperal -Nivel de hemoglobina -Edad gestacional (semanas)</p> <p>Peso en kg.</p> <p>Puntuación apgar después del alumbramiento</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>correlacional</p> <p>POBLACIÓN:</p> <p>45 madres adolescentes</p> <p>MUESTRA:</p> <p>probabilístico que son 40 madres adolescentes.</p> <p>TÉCNICAS:</p> <p>observación directa</p> <p>INSTRUMENTOS</p> <p>:</p> <p>Ficha de observación</p>

Anexo 7

FOTOGRAFÍAS

Fig 1. Hospital Lucio al Hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané.



Fig 2. Hospital Lucio al Hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané.



Fig 3. Revisión de las historias clínicas en el Hospital Lucio Aldazabal Pauca.



Fig 4. Entrevista a las madres gestantes del Hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané.



Fig 5. Centro materno del Hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané



Fig 6. Entrevista Hospital Lucio al Hospital Lucio Aldazabal Pauca, Huancané.

