

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO**



**“Factores de riesgo asociados al alta hospitalaria
tardía de los recién nacidos en el Hospital María
Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a
Agosto 2019”**

**TESIS PARA
OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICA CIRUJANA MODALIDAD SUSTENTACIÓN
VIRTUAL**

**PRESENTADO POR
ADRIANA GABRIELA MENDOZA CERVANTES**

DIRECTOR
Jhony A. De La Cruz Vargas, Phd, MCR, MD

ASESORA
Mg. Lucy E. Correa López

**LIMA, PERÚ
2021**

Agradecimientos

Agradezco a la vida, a Dios, a mi mamá, nunca me soltó, ha sido mi apoyo en absolutamente todo sentido y también aunque no se lo diga constantemente quiero plasmarlo en estas páginas, eres mi modelo a seguir como madre y mujer, a mi hermano que no solo es mi mejor amigo sino también alguien a quien admiro, a mi abuela, pieza clave en estos años siempre siendo mi cómplice, mi socorro muchas veces, mi hada Mamina como suelo bromearle.

Una mención especial y de agradecimiento que hoy en día es de un médico a un gran médico, Dr. Alarco; llegó a mi vida en el momento más vulnerable, quiero hacerle presente en estas páginas el respeto y agradecimiento que le tengo.}

Las personas que me conocen entenderán este agradecimiento tan especial, mi Hodda, llegó a mi vida cuando estuve a punto de tirar todo por la borda, fue la motivación y la mejor compañera de estudios que pude haber tenido. Existen ángeles, ella es el mío.

Agradezco a mi asesora Lucy Correa por la paciencia enorme que me ha tenido a lo largo de este tiempo y los consejos brindados para la elaboración de esta investigación hoy en día plasmada en estas hojas. Por último y no menos importante a mi casa de estudios, la Universidad Ricardo Palma la cual no sólo me ha formado como profesional sino también me ha ayudado a crecer como persona.

Dedicatoria

A Dios por haberme cuidado, haberme puesto a las personas correctas en el camino, por ser mi fuerza y mi fe.

A mi papá, esto también va por ti, lo logré. Tú y mi papinino son grandes modelos a seguir, de que aun partiendo de la nada se puede llegar a tener mucho con esfuerzo, constancia y disciplina.

A mi mamá, mi hermano, mi abuela, los amo.

A mi familia y amigos en general apoyarme cuando he recurrido a ustedes y que en los momentos más difíciles cada uno han sido "mi persona".

RESUMEN

Introducción: El alta hospitalaria será el indicador sobre la calidad de atención y capacidad resolutoria del hospital sobre los recién nacidos. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados al alta hospitalaria tardía de los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y con diseño tipo casos y controles siendo el punto de corte ≥ 3 días respectivamente. **Resultados:** Del total de muestra 9900, 4436 (44.8%) como casos y 5464 (55.20%) como controles. De los casos, los factores de riesgo en maternos el 31.1% fueron hijos de madres en edades inadecuadas siendo las madres adolescentes; el 3.9% de madres presentaron patologías; el parto por cesárea fueron 74.3%, según el sexo predominó el masculino 54.1%. Para la edad gestacional fueron pre término y post término el 10.6% y 0.7%; según el peso al nacer los de bajo peso fueron el 10.6% al igual que los macrosómicos; del peso para la edad gestacional los inadecuados fueron el 87%, y la prevalencia de los diagnósticos en los tres primeros días de vida fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal con un 17.2% (predominando la ictericia neonatal un 39%, 67% y 39%) ; 33.3% y 14.6% respectivamente. **Conclusión:** los factores de riesgo para el alta hospitalaria significativos estadísticamente fueron tardía: las madres adolescentes (OR:1.32), tener algún antecedente patológico previo (OR:1.50), el parto por vía cesárea (OR:6.73), los pequeños (OR:1.37) y adecuados (OR:1.29) para la edad gestacional y presentar alguna comorbilidad en los primeros días de vida (OR: 9.48, 4.23 y 4.62 respectivamente).

Palabras clave: Alta hospitalaria tardía, estancia hospitalaria prolongada del recién nacido.

ABSTRACT

Introduction: Hospital discharge will be the indicator of the hospital's quality of care and resolution capacity for newborns. **Objective:** To determine the risk factors associated with late hospital discharge of newborns at the María Auxiliadora Hospital during the period January 2018 to August 2019. **Methodology:** An observational, descriptive with a case and control type design, the cut-off point being ≥ 3 days respectively. **Results:** Of the total sample 9900, 4436 (44.8%) as cases and 5464 (55.20%) as controls. Of the cases, the maternal risk factors, 31.1% were the children of mothers of inappropriate ages, the mothers being adolescents; 3.9% of mothers presented pathologies; delivery by cesarean section was 74.3%, according to sex, male 54.1 prevailed. For gestational age, 10.6% and 0.7% were pre-term and post-term; according to the weight at birth, those of low weight were 10.6% as well as the macrosomic; of weight for gestational age, the inadequate ones were 87%, and the prevalence of diagnoses in the first three days of life were conditions originating in the perinatal period with 17.2% (predominating neonatal jaundice 39%, 67% and 39%); 33.3% and 14.6% respectively. **Conclusion:** statistically significant risk factors for hospital discharge were late: adolescent mothers (OR: 1.32), having a previous pathological history (OR: 1.50), cesarean delivery (OR: 6.73), small children (OR: : 1.37) and adequate (OR: 1.29) for gestational age and present some comorbidity in the first days of life (OR: 9.48, 4.23 and 4.62 respectively).

Key words: Late hospital discharge, prolonged hospital stay of the newborn.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Agradecimientos | 2 |
| Dedicatoria | 3 |
| RESUMEN | 4 |
| ABSTRACT | 5 |
| CAPÍTULO I..... | 8 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 8 |
| 1.1 Descripción de la realidad problemática | 8 |
| 1.2 Formulación del problema | 9 |
| 1.3 Línea de Investigación..... | 10 |
| 1.4 Justificación del Estudio | 10 |
| 1.5 Delimitación del problema..... | 11 |
| 1.6 Objetivos..... | 11 |
| 1.6.1 General | 11 |
| 1.6.2 Específicos..... | 11 |
| CAPÍTULO II..... | 12 |
| MARCO TEÓRICO | 12 |
| 2.1 Antecedentes de la Investigación:..... | 12 |
| 2.1.1 Antecedentes Internacionales: | 12 |
| 2.1.2 Antecedentes Nacionales: | 16 |
| 2.1 Bases teóricas..... | 18 |
| 2.2 Hipótesis de investigación | 23 |
| 2.2.1 General | 23 |
| 2.2.2 Específicos..... | 23 |
| CAPÍTULO III..... | 24 |
| METODOLOGÍA | 24 |
| 3.1 Tipo y Diseño de estudio | 24 |
| 3.2 Población..... | 24 |
| 3.3 Muestra | 24 |
| 3.3.1 Tamaño muestral | 24 |
| 3.3.2 Tipo de muestreo..... | 24 |
| 3.3.3 Criterios de selección de la muestra..... | 26 |

| | |
|---|-----------|
| a) Criterios de inclusión | 26 |
| b) Criterios de exclusión | 26 |
| 3.4 Variables del estudio | 26 |
| 3.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos | 27 |
| 3.6 Aspectos éticos de la investigación | 27 |
| 3.7 Limitaciones de la investigación | 28 |
| CAPÍTULO IV | 29 |
| RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 29 |
| 4.1 Resultados..... | 29 |
| 4.2 Discusión..... | 48 |
| CAPÍTULO V | 52 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 52 |
| 5.1 Conclusiones | 52 |
| 5.2 Recomendaciones | 52 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 54 |
| ANEXOS..... | 57 |
| ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS..... | 57 |
| ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS | 58 |
| ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARIA ACADÉMICA | 59 |
| ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN | 60 |
| ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS..... | 61 |
| ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN | 62 |
| ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS..... | 63 |
| ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA..... | 64 |
| ANEXO 9: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 65 |
| ANEXO 10: PERCENTIL DE EDAD PARA LA EDAD GESTACIONAL DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA | 66 |

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El Comité de estándares de la Sociedad Española de Neonatología realizó una revisión de criterios de alta hospitalaria en recién nacidos para lo cual se incluye la estabilidad fisiológica, preparación y la capacidad de la familia para proporcionarle los cuidados en el domicilio, concluyendo que ante un recién nacido a término sano la estancia hospitalaria debe ser reducida es decir 48 horas como tiempo estimado para parto eutócico y 72 horas para parto quirúrgico. ⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aprueba para el año 2016 lineamientos establecidos como Objetivos de Desarrollo Sostenible en el cual incluye al plan de acción “Todos los Recién Nacidos”, este plan es una respuesta a las estadísticas presentadas por diversos países en cuanto a mejorar la salud y reducir mortalidad en los recién nacidos; menciona la importancia en cuanto a tener un personal cualificado en todo momento; es decir previo, durante y después del parto tema que podemos ver reflejado en datos estadísticos como la prevención de complicaciones en prematuros hasta en un 24%. ⁽²⁾

La Organización Panamericana de la Salud mencionan que casi 30 millones de recién nacidos enfermos y prematuros necesitan atención especializada para sobrevivir cada año lo cual implica mayor número de días en el hospital y mayores costos al sistema de salud ⁽³⁾. A su vez en el reporte “Indicadores Básicos de la Salud” menciona como principales características de estos recién nacidos con posibles complicaciones que el bajo peso al nacer para el año 2017 previo al inicio de esta investigación representa el 8% de casos , de los cuales el Área Andina representa al 8.2%; el parto institucionalizado también es considerado como factor de riesgo para posibles complicaciones de los cuales corresponde al Área Andina en promedio el 93.5% de los partos son

hospitalarios pero de estos individualmente todos superan el 95% excepto Bolivia con 71.3% y Perú con 93%.⁽⁴⁾

El perfil epidemiológico de niños, niñas y adolescentes de México menciona en sus datos respecto a recién nacidos que para el 2017 se tuvieron como principales causas a la asfixia y trauma al nacimiento con 31.6%; causas relacionadas al periodo perinatal, 31%; luego el bajo peso y la prematuridad con un total de 16.4%.⁽⁵⁾

El Instituto Nacional Materno Perinatal de nuestro país menciona entre sus estadísticas de neonatos hospitalizados desde el nacimiento como promedio de estancia hospitalaria 5.3 días; factores como la prematuridad extrema, el síndrome de dificultad respiratoria y la asfixia perinatal son las complicaciones más frecuentes en los recién nacidos además de infecciones propiamente de la madre y de posible transmisión vertical y/o perinatal como el Virus de Inmunodeficiencia Humana , la Hepatitis B Tuberculosis los cuales cuentan como protocolos individuales para su diagnóstico y tratamiento precoz. ⁽⁶⁾

La Oficina de Estadística e Informática del Hospital María Auxiliadora en su último compendio estadístico previo a esta investigación que respecto al servicio de neonatología, la morbilidad tiene como principales factores a los pre término, sexo masculino, bajo peso para la edad gestacional y como principales patologías las dificultades respiratorias, ictericias neonatales y sepsis bacterianas.⁽⁷⁾

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los Factores de riesgo asociados al Alta Hospitalaria Tardía de los Recién Nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019?

1.3 Línea de Investigación

La presente investigación enmarca el Problema sanitario: Salud materna, perinatal y neonatal de las prioridades nacionales de investigación de la salud 2019 – 2023.

1.4 Justificación del Estudio

La importancia de realizar este trabajo es poder identificar la gran mayoría de los factores de riesgo que según nuestra realidad nacional puedan conllevar a un alta hospitalaria tardía de nuestros recién nacidos, los cuales deberán ser parte de la capacitación fundamental de nuestro personal de salud desde un enfoque integral, es decir madre e hijo para así podamos dar un alta hospitalaria de manera precoz y segura, evitando reingresos por posibles complicaciones que pudieron ser previsibles, a su vez esta reducción de días de estancia y/o disminución de complicaciones conllevarán a una reducción de gastos tanto del establecimiento de salud como de las familias afectadas.

Entidades internacionales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Mundial de la Salud menciona que los recién nacidos al igual que sus madres mueren aproximadamente 2.8 millones en un año, lo que equivale a 1 por cada 11 segundos; aproximadamente el 25% durante el primer día y el 75% restante en la primera semana siendo por causas mayormente prevenibles, sistemas de salud con menores carencias y/o mejor preparación para la atención esencial necesaria para la atención en conjunto de las madres y sus recién nacidos. ⁽⁸⁾

El Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, 2018 presenta un esquema para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal, del cual para el enfoque de este estudio se mencionará lo asociado a morbilidad. Este proyecto se focaliza en tres momentos de la vida entre ellos los que están asociados a la madre como la anemia y la prevalencia de infecciones tanto enfermedades de transmisión sexual como infecciones del tracto urinario; del recién nacido se tiene al bajo peso al nacer, reducción de la incidencia de complicaciones

respiratorias neonatales principalmente en los 7 primeros días de vida, reducir la severidad y duración de las complicaciones neonatales e incrementar el diagnóstico y tratamiento oportuno de estas complicaciones.⁽⁸⁾

1.5 Delimitación del problema

Todos los recién nacidos del Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 – Agosto 2019.

1.6 Objetivos

1.6.1 General

- Determinar los factores de riesgo asociados al alta hospitalaria tardía de los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.

1.6.2 Específicos

- Determinar los factores de riesgo maternos y epidemiológicos asociados al alta hospitalaria tardía de los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.
- Determinar los factores de riesgo físicos – clínicos de los recién nacidos asociados al alta hospitalaria tardía de los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.
- Determinar las principales comorbilidades presentadas en los recién nacidos con alta hospitalaria tardía de los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación:

2.1.1 Antecedentes Internacionales:

- Estudio mexicano, “Egreso temprano del recién nacido sano del cunero fisiológico del Hospital Español de México”, el cual cuenta con recién nacidos a término buscando así evaluar si existe un riesgo incrementado de morbilidad y/o reingresos o requieran manejo médico posteriormente. Se contó con 701 recién nacidos cuya distribución de sexo fue similar, para la edad gestacional el 64% fue de ≤ 38 semanas, el 60% peso superior a 3 kg y el 80% fueron partos por cesárea. Para la significancia estadística de este estudio se tiene que la única variable asociada las horas de egreso fue la vía de nacimiento duplicando así el riesgo para mayores horas de estancia, seguidas por semanas de gestación < 38 semanas aumenta el riesgo en un 80% de recibir terapia adicional, el bajo peso duplica el riesgo de necesitar alguna terapia adicional al igual que el sexo masculino, siendo estos focos de alerta para una vigilancia más estrecha del paciente durante su estancia intrahospitalaria.⁽⁹⁾
- Estudio mexicano, “Antecedentes maternos prenatales y riesgo de complicaciones neonatales en productos de bajo peso para la edad gestacional”. Cuenta con 349 recién nacidos vivos a término y con peso inferior al percentil 10 según las tablas de Jurado García. Se agruparon a los pacientes según las patologías prenatales de sus madres desde la edad, toxicomanías y enfermedades demostradas equivalente al 16.6%, de ellas tuvieron como característica significativa ($p=0.01$) eran mayores de 34 años. Respecto a los recién nacidos con datos estadísticos significantes se tuvieron a los < 37 semanas ($p= 0.02$), bajo peso al nacimiento ($p< 0.02$). De las complicaciones post natales se encontraron patologías como síndrome de dificultad respiratoria, hipoglucemia, hiperbilirrubinemia pero ninguno con significancia estadística.⁽¹⁰⁾

- Del estudio español, “Prematuridad tardía: una población de riesgo”, el cual cuenta con 9121 recién nacidos pre término es decir menores a 37 semanas (ss) de gestación, de ellos se subclasificaron siendo el 21.7% (34 ss), 30.8% (35ss) y el 47.5% (36ss). Según el sexo, predominaron ligeramente los varones en un 53.6%; según vía de parto eutócico y cesárea se tuvo porcentajes de 46.1% y 47.9% respectivamente; Del peso se tuvo 2436 gramos como media También se tomaron en cuenta datos de la madre como su edad, siendo la media 33 ± 6 años y el 30.4% tuvieron patologías. De estos recién nacidos quedaron hospitalizados 58.6% con una media de estancia de 11 ± 8 días, el 15% requirió ingreso a cuidados intensivos. Se precisaron como diagnósticos más frecuentes a la hiperbilirrubinemia, hipoglicemia y trastornos respiratorios con porcentajes de 43.5%, 30% y 30.7% respectivamente..⁽¹¹⁾
- Del estudio mexicano, Morbilidad y mortalidad de neonatos < 1500 gramos ingresados a la UCIN de un hospital de tercer nivel”. Estudio mexicano, el cual cuenta con 135 recién nacidos en total, siendo el 83.71% equivalente a 113 que sobrevivieron, de ellos se demostró en términos estadísticos que el peso fue significativamente menor en los pacientes fallecidos (969 gramos versus 842 gramos ; $p= 0.007$), de la edad gestacional (29.06 semanas versus 27.9 semanas; $p= 0.01$). De las patologías resaltan la displasia broncopulmonar, retinopatía ocular del prematuro, hemorragias cerebrales. Como dato complementario, respecto a la mortalidad de la población fue el 16.29% siendo el 45.4% en la primera semana de vida predominando la sepsis, prematuridad extrema y hemorragias intraventriculares.
- Del estudio chileno, “Análisis de los factores de riesgo de muerte neonatal en Chile de 2010 a 2014”. Este es un estudio de casos y controles es decir los fallecidos versus los vivos teniendo como total a 81 pacientes fallecidos versus los 130 vivos. Se tuvo un valor $p < 0.0001$ para variables como edad gestacional fue de 29 ± 5.7 y 38.5 ± 2.1 semanas , pesos muy bajos 1292 ± 966.2 y 3332.4 ± 627.5 gramos respectivamente; también estuvieron los pequeños para la edad gestacional, diagnóstico de sepsis y malformaciones congénitas. Del tipo de parto hubo significancia el tipo cesárea con valores de 60 %; la prematuridad también presentó un valor $p < 0.001$ con 83%. Se concluye que el parto prematuro, pequeños para la edad gestacional, parto

- por cesárea aumentan sus probabilidades de complicaciones neonatales 3.1, 4.6 y 3 veces que los que no presentan estas características.⁽¹³⁾
- Estudio chileno, “Descenso de peso en recién nacidos a término en las primeras 48 horas post natales”. Este estudio cuenta con 2960 recién nacidos, de los cuales se tuvo como valores significativos la vía de parto por cesárea $p < 0.05$. El descenso de peso del total de la muestra estudiada mostró que durante las primeras 24 h la baja de peso promedio fue 4,43%, la del segundo día fue de un 2,51% respecto al primer día y la baja total durante las primeras 48 h de nacido fue 6,85% respecto al peso de nacimiento. Los recién nacidos masculinos bajan menos de peso al ser comparados con los femeninos; lo mismo ocurre con los pequeños para la edad gestacional quienes muestran menor descenso de peso al ser comparados con los adecuados para la edad gestacional. La edad gestacional también muestra una significancia estadística, se observa que a mayor edad gestacional menos porcentaje de baja de peso ($p = 0.006$).⁽¹⁴⁾
 - Estudio colombiano, “Caracterización de recién nacidos a término con diagnóstico de intolerancia a la vía oral en su primera semana de vida”. Cuenta con total de 1593 recién nacidos a término hospitalizados durante su primera semana de vida, 180 (11.3%) recién nacidos egresaron con diagnóstico de intolerancia a la vía oral; sin embargo solo 60 (33%) que cumplían con los criterios del estudio siendo según sexo masculino 35 (58.3%); según vía de parto, predominó la cesárea 34 (56.7%), tipo de adaptación predominó la espontánea 58 (85%) y respecto a patologías asociadas y no excluyentes una de la otra tiene a la hipoglicemia 32 (53.3%) y a la ictericia 37 (61.7%); del bajo peso al nacer 16 (26.7%) presentaron bajo peso al nacer. Los antecedentes maternos más relevantes menciona a la administración de medicamentos intraparto entre ellos los oxitócicos 17 (28.3%).⁽¹⁵⁾
 - Estudio colombiano, “Hipoxia perinatal en el Hospital Mederi de Bogotá: comportamiento en los años 2007 a 2011”, 8837 recién nacidos fueron estudiados de los que 124 casos presentaron asfixia perinatal (AP) y 763 dificultad respiratoria (DR) según clasificación CIE – 10. En ambos grupos las madres tenían entre 18 -35 años, diabetes e hipertensión arterial fueron las comorbilidades más frecuentes con el grupo de DR en relación al de AP.

Tanto para DR como AP, el parto por vía abdominal predominó con un 74,9% y 57% respectivamente. De los factores de riesgo neonatales, para DR predominaron los pre término con 60.8% mientras que para AP predominaron los A término con 52.8%; de la relación peso para la edad gestacional tanto para DR como AP los adecuados para la edad gestacional predominaron en un 68.3% versus 72.6; las comorbilidades asociadas principales fueron ictericia multifactorial, sepsis, hipoglucemia, incompatibilidad ABO, anomalías cardíacas, neumonía de las que se relacionó más con DR y AP a la ictericia multifactorial con 45.3% y 49.1% respectivamente. ⁽¹⁶⁾

- Estudio mexicano, “Complicaciones pulmonares asociadas a ventilación mecánica en el paciente neonatal”, estudio pequeño que cuenta con 53 pacientes, de la variable sexo se obtuvo que las mujeres predominan discretamente con 51%; los prematuros predominaron con el 87% equivalente a un promedio de 32.66 semanas; el peso en promedio fue de 1901 gramos. Las complicaciones pulmonares más frecuentes fueron atelectasia 35%, neumonía 27.5%, neumotórax 15%, displasia broncopulmonar 15%, neumomediastino 15% y hemorragia pulmonar 2.5%. La edad al nacimiento < 32 semanas mostró un OR de 2.8 (p=0.135), el peso al nacer menor de 1500 gramos obtuvo un OR de 1.24 (p = 0.5), el peso bajo para edad gestacional en comparación con el peso adecuado para edad gestacional refleja un OR de 2.27 (p = 0.4), el género masculino un OR de 0.37 (p = 0.23). ⁽¹⁷⁾
- Estudio colombiano, “Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales”, realizado en un hospital de tercer nivel para el cual se contaron con 560 pacientes con relación 3:1 en el cual se evidenció que ser adolescente aumenta la posibilidad para cualquier tipo de trastorno hipertensivo del embarazo con un OR: 2,06, preeclampsia con hallazgos de severidad hasta de 1,6 veces , corioamnionitis con un OR: 2,28, el ingreso materno a UCI cuenta con un OR 3,51 (IC 95%: 1,08 – 11,37); prematuridad con un OR de 1,74 ,conllevando estas patologías a posibles complicaciones propias del recién nacido. ⁽¹⁸⁾
- Estudio ecuatoriano, “Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames”, en el cual se estudiaron a 234 embarazadas

adolescentes (10 – 19 años), siendo el 71% de ellas las que no presentaron complicaciones perinatales mientras que el 29% restantes si las presentó; cabe resaltar que de las madres que presentaron complicaciones, el 58% fueron adolescentes en etapa tardía es decir de 17 a 19 años. De las complicaciones presentadas por el recién nacido propiamente fueron sufrimiento fetal con distrés respiratorio y/o con macrosomía fetal. ⁽¹⁹⁾

2.1.2 Antecedentes Nacionales:

- Estudio realizado en Tacna, “Morbimortalidad del recién nacido a término precoz en el hospital Hipólito Unánue de Tacna durante los años 2000 a 2014”, cuenta con 50 063 recién nacidos a término comparando a los recién nacidos a término precoz (RNTP); se encontró una mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, OR: 5,3; ser pequeño para la edad gestacional, OR: 3,14; haber nacido por cesárea, OR: 3,15 y hospitalizarse de 3 días a más. Los RNTP presentaron una mayor probabilidad de presentar alguna morbilidad respiratoria, OR: 1,81; dentro de estas patologías la neumonía con un OR: 3,02, la membrana hialina con OR: 4,17 y la taquipnea transitoria del recién nacido con un OR: 2,95. En relación a otras morbilidades neonatales, mayor probabilidad de malformaciones congénitas con un OR de 1,46 y la hiperbilirrubinemia con un OR de 1,23; sin embargo, no hubo asociación significativa con sepsis, alteraciones hidroelectrolíticas y traumatismos al nacer. ⁽²⁰⁾
- Estudio limeño, “Factores de riesgo para el neonato pequeño para la edad gestacional en un hospital de Lima, Perú”, realizado en el Hospital María Auxiliadora con un total fue de 78 686 registros de gestantes de los que quedaron 64 670 participantes; de los factores relacionados a la madre se obtuvo que la edad media fue de 25,7 años $\pm 6,7\%$; sin embargo quienes representaron un valor estadístico fueron las menores de 20 años representadas por 1174 mujeres (9.6%, $p < 0.001$ y un RR de 1.21 veces), luego respecto a antecedente de patología previa se tuvo a la preeclampsia con un RR de 2.06 y eclampsia RR de 3.30 ambos con valor $p < 0.001$. ⁽²¹⁾
- Estudio tacneño, “Resultados perinatales del recién nacido con Apgar bajo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2002 – 2016”, consta de 52 548

recién nacidos, de los cuales 2 176 vivos fueron diagnosticados con depresión al nacer distribuidos en valores según Test de Apgar al primer minuto el 1.3% tuvo depresión severa y el 2.8% depresión moderada. De los que se identificaron factores de riesgo y significativos ($p < 0.01$) a los recién nacidos de sexo masculino (OR: 1.4), edad gestacional menor a 37 semanas (OR: 6.5), de peso al nacer bajo (muy bajo peso OR: 40.9 y bajo peso OR: 4.1) , pequeños para la edad gestacional (OR; 5,4) y nacidos por cesárea (OR: 1.3). Las patologías neonatales asociadas fueron infección perinatal (OR: 9,4), síndrome de dificultad respiratoria (OR: 7,6), malformaciones congénitas (OR: 7,0), traumatismo al nacer (OR: 5,4), hiperbilirrubinemia (OR: 4,9).⁽²²⁾

- Romero et al. “Factores asociados a asfixia perinatal en un hospital del Callao”. Este estudio de casos y controles no pareado, realizado en el servicio de Neonatología en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Saloguren, entre enero a diciembre del 2014. Se denominó casos a todos aquellos diagnosticados con Asfixia Perinatal (80) mientras que los controles fueron los recién nacidos sanos elegidos de manera aleatoria simple (160). Se evaluaron antecedentes patológicos maternos y edad pero ninguno presento alguna importancia significativamente estadística $p < 0.05$ sin embargo los propios del recién nacido dieron como importantes a los pre término con un OR de 3.66 y curiosamente a los macrosómicos.⁽²³⁾
- Estudio limeño, “Controles prenatales y su asociación con la morbimortalidad del recién nacido en el hospital Sergio Bernales, enero – mayo 2016”. Consta de 2350 recién nacidos, los controles pre natales < 6 elevaron a un OR de 52.30 las probabilidades morbilidad y OR 8.17 a la mortalidad; se tuvo como variables para morbilidad y mortalidad según el sexo femenino con un OR: 0,61 y OR: 0.50 respectivamente. En relación a la edad gestacional se tuvo que los menores de 37 semanas tuvieron un OR de 31,31y OR de 3.8. En relación al peso al nacer bajo se tuvieron como OR: 24,72 y OR: 3.44⁽²⁴⁾
- Estudio limeño, “Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal temprana en prematuros de un hospital nacional docente madre – niño 2017”. Estuvo conformado por 210 recién nacidos prematuros siendo el grupo caso los recién nacidos prematuros con sepsis neonatal temprana y el grupo control

por los recién nacidos prematuros sanos. Según los datos estadísticamente significativos $p < 0.05$ y de importancia para esta investigación, se identificaron al bajo peso al nacer con un OR = 4,031; la edad materna > 35 años OR = 2,729; antecedentes maternos patológicos OR: 2.94⁽²⁵⁾

2.1 Bases teóricas

- Alta hospitalaria:
 - a) Alta hospitalaria oportuna:
 - Según tipo de parto:
 - Parto eutócico (vaginal): 48 horas.
 - Parto quirúrgico (cesárea); 72 horas.
 - Características principales:
 1. Ausencia de evidencia de anormalidad neonatal detectada a la exploración física rutinaria realizada por un médico especialista en pediatría y/o bajo su supervisión.
 2. Conocer el peso del neonato, estado de hidratación y nutrición.
 3. Verificar que los signos vitales sean normales y estables durante al menos las 12 h previas al alta; temperatura axilar entre 36,5 y 37,4° C., frecuencia respiratoria < 60 respiraciones por minuto con ausencia de otros signos de dificultad respiratoria y frecuencia cardiaca despierto de entre 100 y 160 latidos por minuto, hasta de 70 latidos por minuto durante el sueño, sin signos de compromiso circulatorio y con una adecuada respuesta al estímulo.
 4. Verificar la diuresis regular y la eliminación al menos una vez meconio de forma espontánea.
 5. El recién nacido debe haber completado con éxito al menos 2 tomas, habiéndose valorado de forma favorable la coordinación, succión y respiración durante las mismas.
 6. No está indicada la medición rutinaria de la bilirrubina a todos. Se debe identificar y evaluar a los recién nacido con riesgo de hiperbilirrubinemia significativa:

- a. Edad gestacional menor de 38 semanas.
 - b. Un hermano con ictericia neonatal que requirió fototerapia.
 - c. Deseo de la madre de lactancia materna exclusiva.
 - d. Ictericia visible en las primeras 24 h de vida.
7. Se han verificado las serologías maternas, así como el grupo sanguíneo del recién nacido y el test de Coombs directo.
 8. Seguir el calendario de vacunación a su vez realizar los cribados endocrino - metabólico y auditivos según los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud. ⁽¹⁾

b) Alta hospitalaria tardía:

- En todo aquel neonato que no cumpla con la estabilidad fisiológica y la competencia de la familia para proporcionar los cuidados al recién nacido en el domicilio.
- Casos especiales:
 - Prematuro tardío:
 - Se deberá en primer lugar establecer la edad gestacional corregida.
 - Individualizar y verificar cada caso; la capacidad del recién nacido para alimentarse, mantener la temperatura corporal, descartar ausencia de cualquier patología y evaluar los factores de riesgo a nivel social.
 - Se deberá capacitar a la familia para que pueda identificar los signos de alarma y sobretodo que la madre pueda haber comprendido y llevar a cabo una adecuada técnica de lactancia.
 - Se deberá establecer un régimen semanal para la evaluación del recién nacido hasta las 40 semanas.
 - Prematuro y con bajo peso al nacer:
 - Este término se utilizará para todos aquellos recién prematuros menores a las 34 semanas y

se deberá evaluar individualmente la estabilidad de cada recién nacido menor a 2500 gramos.

- En estos recién nacidos será fundamental vigilar los patrones ponderales siendo el ideal una ganancia de 15 g/kg/día con un ingreso calórico no menor a 120 cal/kg/día.
- Vigilancia del mantenimiento de la temperatura corporal del recién nacido en condiciones normales.

(1),(26), (27)

- Factores asociados a la madre:

c) Edad materna:

▪ Adolescentes:

La OMS la define como cualquier embarazo ocurrido hasta \leq 18 años.

▪ Añosas:

La federación internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) lo define como mujeres \geq 35 años pero algunos autores sugieren que puede considerarse a partir de los 40 años.

d) Tipos de parto:

▪ Eutócico / Vaginal.

▪ Cesárea

Recomendaciones de la FIGO se deberá evaluar individualmente cada caso, tanto desde el punto de vista clínico, ético al conjunto madre – hijo; se deberá explicar a la madre que de haber ausencia de pruebas que fundamenten el parto por cesárea, el parto por vía vaginal es lo más seguro tanto para ella como para el recién nacido.(28)

- Factores asociados al recién nacido:

a) Edad gestacional:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera en términos generales como punto de corte a las 37 semanas para clasificar antes y después al recién nacido en “a término” y “pre término” o “prematuro” respectivamente.

- Prematuros:
 - o Clasificación:
 - Prematuros extremos: < 28 semanas.
 - Muy prematuros: >28 a ≤32 semanas.
 - Prematuros moderados a tardíos: >32 a ≤37 semanas. ⁽²⁹⁾
 - o Principales complicaciones:
 - Conservar el calor, hipotermia.
 - Alimentación, falta o poco desarrollo del reflejo succión – deglución.
 - Respiración, asociado a inmadurez pulmonar y/o de los músculos respiratorios.
 - Infecciones, sistema inmunitario poco desarrollado.
 - Cerebro, mayor riesgo de hemorragias durante el parto o en los días inmediatos a él.
 - Ojos, crecimiento anormal de los vasos sanguíneos de la retina (Retinopatía del prematuro) asociada también a la exposición de oxígeno a niveles demasiado altos. ⁽²⁹⁾
- A término:
 - o A término temprano: 37 semanas 0/7 días - 38 semanas 6/7 días.
 - o A término: 39 semanas 0/7 días - 40 semanas 6/7 días.
 - o A término tardío: 41 semanas 0/7 días – 41semanas 6/7 días.

Cifuentes et al. “A propósito de una nueva clasificación del embarazo a término”, estudio Colombiano, basado en la nueva clasificación de Asociación Americana de Ginecología y Obstetricia (ACOG) descriptivo el cual tiene como objetivo principalmente hacer un análisis exploratorio asociando los recién nacidos a término y posibles malos resultados. El periodo de estudio fue durante todo el 2014, hubieron 502 de los cuales se hallaron como diferencia importancia de la ganancia de peso y al nacer entre cada estadio de la clasificación además de la maduración fisiológica del recién nacido, siendo este el periodo ideal sobre todo los a término y a término tardío. ⁽³⁰⁾

- Post término: ≥ 42 semanas.
 - o Principales complicaciones:
 - Trabajo de parto más largo.
 - Parto asistido con fórceps o ventosa.
 - Lesión o desgarro vaginal.
 - Parto por cesárea.
 - Mortinato.
 - Patologías asociadas a la placenta.
 - Disminución de líquido amniótico.
 - En algunos casos puede haber disminución de peso.
 - Aspiración de Meconio.
 - Hipoglucemia. (30)
- b) Antropometría: Según el consenso establecido por el Hospital María Auxiliadora y de Organizaciones como OMS, FIGO y ACOG se tiene:
 - Peso al nacer:
 - a. Extremadamente muy bajo peso: < 1000 gramos.
 - b. Muy bajo peso al nacer: 1000 a < 1500 gramos.
 - c. Bajo peso: 1500 a < 2500 gramos.
 - d. Normal: 2500 a < 4000 gramos.
 - e. Macrosómico: 4000 gramos a más.
 - Talla: valor en centímetros desde la coronilla hasta el talón del recién nacido.
 - Perímetro cefálico: valor en centímetros desde la protuberancia occipital externa hasta la glabella.
 - Perímetro torácico: valor en centímetros de la circunferencia torácica a nivel de las mamilas.
 - Relación Edad gestacional / Peso: Utilización de las tablas locales de crecimiento intrauterino según percentiles.
 - o Clasificación: (ANEXO N° 10)
 - Pequeño para la edad gestacional (PEG): $< 10p$.
 - Adecuado para la edad gestacional (AEG): $10p - 90p$.
 - Grande para la edad gestacional (GEG): $> 90p$.

2.2 Hipótesis de investigación

2.2.1 General

Existen factores de riesgo asociados significativamente al alta hospitalaria tardía de los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.

2.2.2 Específicos

- Existen factores de riesgo maternos – epidemiológicos asociados al alta hospitalaria tardía de los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.
- Existen factores de riesgo físicos – clínicos del recién nacido asociados al alta hospitalaria tardía de los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.
- Se determinaron cuáles fueron las principales comorbilidades diagnosticadas en los recién nacidos con alta hospitalaria tardía de los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de estudio

Es cuantitativo porque se busca evidencia numérica respecto a la comparación de variables en el grupo de estudio.

Es observacional y analítico porque no se ha intervenido manipulando las variables. Sólo se observa, analiza y miden las variables.

Es retrospectivo porque la información obtenida es de la recolección de datos obtenidos de las historias clínicas del servicio de Neonatología durante el periodo Enero del 2018 a Agosto del 2019.

Diseño casos y controles.

3.2 Población

10880 recién nacidos del Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 – Agosto 2019.

3.3 Muestra

3.3.1 Tamaño muestral

Se contó con una muestra compuesta por 9900 recién nacidos vivos durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019 en el Hospital María Auxiliadora.

3.3.2 Tipo de muestreo

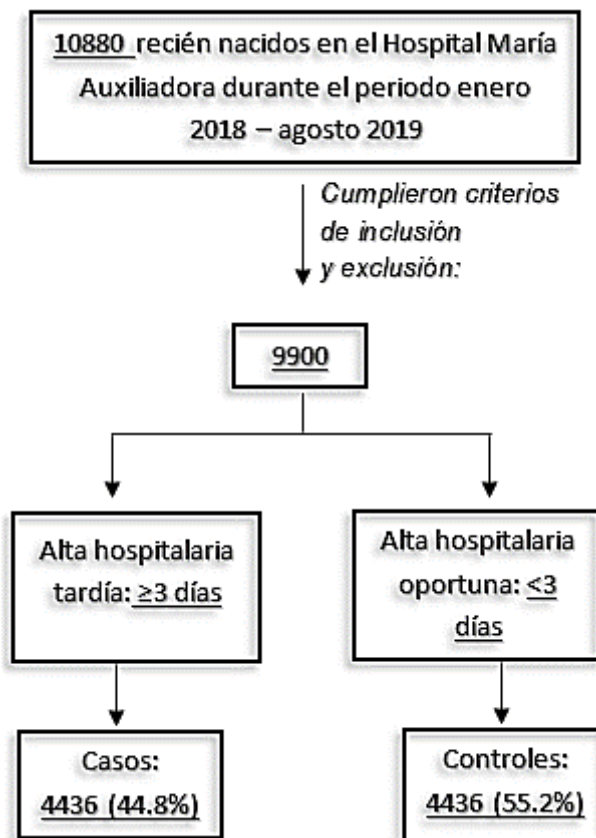
El tipo de muestreo fue censal es decir se eligieron solamente a los neonatos que hayan cumplido los criterios de inclusión y exclusión, para luego ser clasificados en casos y controles. (Ver flujograma)

- Casos: todos aquellos recién nacidos con alta hospitalaria tardía; es decir ≥ 3 días equivalente a 4436 recién nacidos.

- **Controles:** todos aquellos recién nacidos con alta hospitalaria oportuna; es decir < 3 días equivalente a 5464 recién nacidos.

Para establecer el punto de corte de 3 días y poder clasificar a los recién nacidos en tardías de oportunos se ha basado esta investigación en el Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología el cual nos dice que al tercer día un recién nacido con estabilidad fisiológica, descarte de comorbilidades y un ambiente social apto para recibirlo debe ya estar dado de alta. ⁽²⁶⁾

Flujograma: Distribución de la población de recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.



3.3.3 Criterios de selección de la muestra

a) Criterios de inclusión

- Todos los recién nacidos vivos y registrados en el sistema durante el periodo Enero 2018 – Agosto 2019.
- Partos institucionalizados.

b) Criterios de exclusión

- Datos clínicos incompletos.
- Datos clínicos no concordantes.
- Gestaciones múltiples.
- Vía de parto instrumentalizado.
- Óbitos fetales.

3.4 Variables del estudio

– Variable Dependiente:

- Alta hospitalaria tardía.

No existe una definición exacta y/o estricta para este término, según entidades como la Asociación Americana de Pediatría, la Sociedad Española de Neonatología se definen como tardíos aquellos que exceden las 72 horas de hospitalización.

– Variables Independientes:

- Factores Maternos y Epidemiológicos:

- Edad.
- Antecedentes patológicos.

- Factores físico – clínicos del recién nacido:

- Vía de parto.
- Edad gestacional.

- Peso al nacer.
- Peso para la edad gestacional.
- Comorbilidades del recién nacido:
 - Patologías del recién nacido hospitalizado según Clasificación Internacional de las Enfermedades realizada por la OMS (CIE 10).
 - Presencia o ausencia de diagnóstico de los recién nacidos durante su estancia hospitalaria.

3.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Se procederá a la recolección de información de la base de datos en el programa Microsoft Excel elaborada por el Servicio de Neonatología con enfoque en las variables establecidas según los objetivos de esta investigación, previa autorización del Jefe del Departamento de Archivos y de la Dra. Sonia Hermoza del Pozo quien estuvo a cargo del Servicio de Neonatología durante el periodo de estudio y de la organización de los datos en base a las historias clínicas de los recién nacidos del Hospital María Auxiliadora. Para el análisis de datos codificados se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Las variables cualitativas se presentaron en tablas de frecuencia y calculadas en porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se analizaron calculando estadísticos descriptivos como medidas de tendencia central: media aritmética, mediana y moda; medidas de dispersión: rango, varianza, desviación estándar siendo presentados en tablas de resumen.

3.6 Aspectos éticos de la investigación

Se contó con la aprobación del Comité de Institucional de Ética en Investigación del Hospital María Auxiliadora, además se asegura la confidencialidad y anonimato de los recién nacidos así como las de sus madres; además se han respetado los principios de la bioética sobretodo porque no se ha tenido contacto directo con el grupo de estudio sin embargo se da énfasis al principio de beneficencia ya que los resultados que se obtengan serán usados para brindar información tanto a

familiares, estudiantes y personal de salud para que puedan informarse acerca de los factores de riesgo que puedan prolongar la estancia de los recién nacidos.

3.7 Limitaciones de la investigación

En esta investigación se tuvo como limitantes el no tener datos específicos en relación a los factores de riesgo maternos desde el punto de vista binomio madre – recién nacidos, además de datos relacionados al Test de Apgar los cuales no eran lo suficientemente concordantes al momento de la selección de datos los cuales hubiesen podido servir para sumar a los determinantes que contribuyen al alta hospitalaria del recién nacido en el Hospital María Auxiliadora.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Para los 9900 recién nacidos de la muestra, se tomó como grupo caso a todos aquellos que hayan tenido una estancia hospitalaria ≥ 3 días lo que equivale a decir un alta hospitalaria tardía de los cuales fueron 4436 recién nacidos (44.80%) versus los 5464 recién nacidos (55.20%) que sí tuvieron una estancia hospitalaria menor a 3 días o lo que equivale a un alta hospitalaria oportuna. La media de estancia en nuestro grupo de interés fue de 6 días mientras que para el grupo control únicamente 2 días. (Tabla 1). Del análisis univariado se podrán observar las frecuencias y porcentajes para cada una de nuestras variables según sean casos y controles. Las variables que mostraron diferencias entre sus porcentajes mayores a 10 fueron la vía de terminación del parto siendo en nuestro grupo control predominado por las cesáreas en un 74.30% mientras que en el control predominan los partos vaginales en un 66.43%; según la edad gestacional, los pretérmino mostraron un amplio porcentaje de diferencia en el grupo de caso siendo equivalente a 10.55% versus el 2.31% del grupo control; las otras variables que presentaron amplias diferencias fueron las relacionadas a las comorbilidades del recién nacido dentro de sus primeros tres días de vida siendo las afecciones originadas en el periodo perinatal un 17.25%, 33.34% y 14.63% respectivamente, las enfermedades del sistema respiratorio 10.14%, 33.34% y 14,63%. (Tabla 2.) De los casos los factores de riesgo maternos y epidemiológicos evaluados, se obtuvieron para la edad materna una media a los 26 años en promedio en ambos grupos, a su vez hubo similitud entre las cifras arrojadas por la clasificación de edades maternas dadas por la OMS y por la FIGO en el cual se observa que tanto en el grupo casos y controles las madres en edades adecuadas; es decir edad fértil con menor probabilidad de presentar alguna patología relacionada a la misma se tuvo al 68.49% y 68.81% respectivamente, de las que si podrían presentar mayor probabilidad según literatura tenemos como casos y controles a las adolescentes con porcentajes de 15.46% y 16.14% y 16.05% y 14.99% en el grupo de añosas respectivamente.(Tabla 3) (Gráfico 1) Acerca de los antecedentes maternos patológicos de la madre también se obtuvieron cifras similares en ambos grupos casos y controles de las que no tuvieron antecedente patológico reportado con

96.06% y 97.25% y que si lo tuvieron un 3.94% de los casos versus el 2.75% de los controles, de igual forma la relación con las edades que presentaron las mismas fueron en su mayoría sin antecedentes y en edades adecuadas, del pequeño porcentaje de madres con antecedentes patológicos en el grupo de casos 3.94% (175) el 2.16% (96) (Gráficos 2 y 3)

Respecto a los factores físico – clínicos del recién nacido existe una evidente predominancia de partos por vía cesárea en el grupo casos equivalente a 74.30% mientras que en el grupo de controles predominó el parto por vía vaginal en un 66.43%. (Gráfico 4). Según el sexo existió una ligera predominancia de varones en el grupo casos 54.08% versus los 51.57% de varones del grupo control. (Gráfico 5) Según las edades gestacionales se obtuvo similitud de porcentajes en ambos grupos siendo en promedio las 39 semanas (Tabla 4), para los pesos en ambos grupos caso y control se encontró como mayoría a los recién nacidos de pesos normales 78.94% y 88.34% respectivamente (Gráfico 6). Otra similitud de porcentajes hubo en la variable peso para la edad gestacional, en la cual predominó en ambos grupos los adecuados para la edad gestacional en un 66.6 % del grupo caso y 70.10% del grupo control. (Gráfico 7).

Según las comorbilidades según el día de vida del recién nacido se elaboraron en primer lugar gráficos en donde se pueden observar qué porcentaje de cada grupo tuvo o no una patología en cada día ya que tenerla o no, no lo hace excluyente de pertenecer al grupo caso o control para el primer día 69.70% y 97.07% no tuvieron algún diagnóstico mientras que el 30.30% y 2.93% si lo tuvo y de estos predominaron las afecciones originadas en el periodo perinatal con porcentajes de 17.25% y 1.85% respectivamente.(Gráficos 8 y 9); de igual manera se observan en el segundo día de vida 39.43% y 8.42% (Gráfico 11) ; del tercer día de vida 17.16% y 1.96% respectivamente (Gráfico 14) . De estos recién nacidos de igual manera existió una similitud de las patologías con mayor frecuencia siendo las afecciones originadas en el periodo perinatal con 17.25%, 33.34% y 14.63% respectivamente; de las mismas el principal diagnóstico que predominó fue la ictericia neonatal con 39%,67% y nuevamente 39% respectivamente. (Gráficos 10, 12 y 16)

Se separaron a nuestras variables ordinales como edad materna, edad gestacional, peso al nacer, peso para la edad gestacional en dos grandes categorías adecuados versus inadecuados ya que uno de los objetivos de esta investigación es poder estar capacitados para prevenir o actuar a tiempo frente a todos aquellos casos que

no estén en parámetros de normalidad. Por lo que se obtuvo en nuestro análisis bivariado que hay asociación estadísticamente significativa entre antecedente patológico materno (OR: 1.5; IC 95%: 1.166-1.816), vía de parto por cesárea (OR: 5.7; IC 95%: 5.242-6.247), sexo masculino (OR: 1.1; IC 95%: 1.021 – 1.197), edad estacional inadecuada (OR: 4.8; IC 95%: 3.987-5.853), peso al nacer inadecuado (OR:2.02; IC 95%: 1.811 – 2.255), peso para la edad gestacional (OR:1.2; IC 95%: 1.077 – 1.277), con diagnóstico primer día de vida (OR:14.4; IC 95%: 12.159 - 17.076), al segundo día de vida (OR:7.1; IC 95%: 6.325 – 7.927) y al tercer día de vida (OR:10.37; IC 95%: 8.432 – 12.747) (Tabla 11).

Con respecto al análisis multivariado si se clasificaron a nuestras variables ordinales pertenecientes al subgrupo inadecuado para poder dar una mayor especificidad de cuáles serían los factores de riesgo con mayor significancia para este estudio, teniendo en cuenta lo mencionado se obtuvieron en este análisis a los factores con asociación estadísticamente significativa a las madres adolescentes, es decir a las madres menores de 19 años (OR: 1.32 ; IC 95%: 1.102 – 1.582), antecedente de patología materna (OR: 1.51, IC 95%: 1.149 – 1.980), vía de parto por cesárea (OR: 6.736, IC 95% 6.061 – 7.485), pequeños para la edad gestacional es decir los que se encuentran por debajo del percentil 10 según las tablas de peso para la edad gestacional elaboradas por el propio hospital basada en un conceso (Anexo 3) (OR: 1.4; IC 95%: 1.083 – 1.747), con diagnóstico al primer día (OR: 9.4; IC 95% 7.846 – 11.456), con diagnóstico al segundo día (OR: 4.23; IC 95% 3.696 – 4.846), con diagnóstico al tercer día (OR: 4.62; IC 95% 3.630 – 5.887). Los datos curiosos de este último análisis es que también se pudieron establecer factores protectores como los recién nacidos a término (OR:0.46) y los recién nacidos con pesos normales (OR:0.80). (Tabla 13)

Tabla 1. Número de días según tipo de alta hospitalaria de los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.

| ALTAS HOSPITALARIAS TOTALES: 9900 | | CASOS | CONTROLES |
|-----------------------------------|----|--------|-----------|
| | | TARDÍA | OPORTUNA |
| | N° | 4436 | 5464 |
| | % | 44.80% | 55.20% |
| Media | | 6.2 | 2 |
| Mediana | | 4 | 2 |
| Moda | | 3 | 2 |
| Mínimo | | 3 | 2 |
| Máximo | | 149 | 2 |

FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

Tabla 2. Análisis univariado de los factores de riesgo asociados al alta hospitalaria tardía en los recién nacidos del Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto.

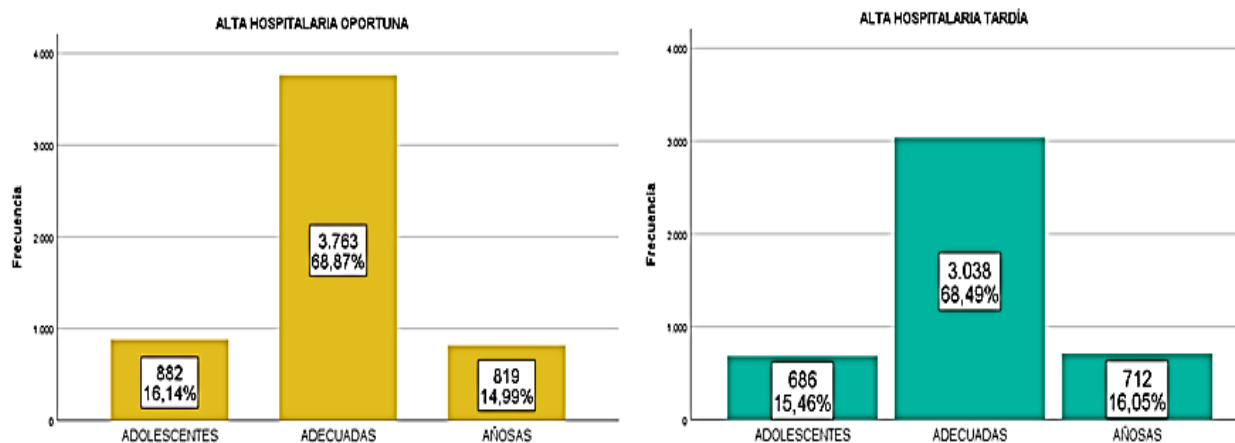
| ALTAS HOSPITALARIAS: 9900 | CASOS | | CONTROLES | |
|---|------------|------------|------------|------------|
| | TARDÍAS | | OPORTUNAS | |
| VARIABLE | FRECUENCIA | PORCENTAJE | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| FACTORES MATERNOS EPIDEMIOLÓGICOS | | | | |
| EDAD MATERNA | | | | |
| Adolescentes (≤ 19 años) | 686 | 15.46% | 882 | 16.14% |
| Adecuadas (>19 - <35 años) | 3038 | 68.49% | 3763 | 68.87% |
| Añosas (≥ 35 años) | 712 | 16.05% | 819 | 14.99% |
| ANTECEDENTE PATOLÓGICO MATERNO | | | | |
| Si | 175 | 3.94% | 150 | 2.70% |
| No | 4261 | 96.06% | 5314 | 97.30% |
| FACTORES FÍSICO - CLÍNICOS DEL RECIÉN NACIDO | | | | |
| VÍA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO | | | | |
| Espontáneo/ Vaginal | 1140 | 25.70% | 3630 | 66.43% |
| Cesárea | 3296 | 74.30% | 1834 | 33.57% |
| SEXO | | | | |
| Masculino | 2399 | 54.08% | 2818 | 51.57% |
| Femenino | 2037 | 45.92% | 2646 | 48.43% |
| EDAD GESTACIONAL | | | | |

| | | | | |
|--|------|--------|------|--------|
| Pre término (≤ 37 semanas) | 468 | 10.55% | 126 | 2.31% |
| A término (>37 - <42 semanas) | 3936 | 88.73% | 5324 | 97.44% |
| Post término (≥ 42 semanas) | 32 | 0.72% | 14 | 0.24% |
| PESO AL NACER | | | | |
| Extremadamente muy bajo peso (< 1000 gramos) | 7 | 0.16% | 0 | 0% |
| Muy bajo peso (≥1000 - <1500 gramos) | 66 | 1.49% | 0 | 0% |
| Bajo peso (≥1500 - < 2500 gramos) | 393 | 8.85% | 158 | 2.89% |
| Peso normal (2500 - < 4000 gramos) | 3502 | 78.94% | 4827 | 88.34% |
| Macrosómicos (≥ 4000 gramos) | 468 | 10.55% | 479 | 8.77% |
| PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL | | | | |
| Pequeño para la edad gestacional (p < 10) | 505 | 11.38% | 461 | 8.44% |
| Adecuado para la edad gestacional (> p 10 - <p 90) | 2957 | 66.66% | 3830 | 70.10% |
| Grande para la edad gestacional (≥ p 90) | 974 | 21.96% | 1173 | 21.47% |
| COMORBILIDADES DEL RECIEN NACIDO | | | | |
| EL PRIMER DÍA DE VIDA | | | | |
| Afecciones originadas en el periodo perinatal | 765 | 17.25% | 148 | 2.71% |
| Enfermedades propiamente del sistema respiratorio | 450 | 10.14% | 1 | 0.02% |
| Malformaciones congénitas | 28 | 0.63% | 10 | 0.18% |
| Enfermedades coexistentes | 100 | 2.25% | 0 | 0.09% |
| Descartar patologías | 12 | 0.27% | 1 | 0.02% |
| No patológicos | 3081 | 69.45% | 160 | 2.90% |
| EL SEGUNDO DÍA DE VIDA | | | | |
| Afecciones originadas en el periodo perinatal | 1479 | 33.34% | 424 | 7.76% |

| | | | | |
|---|------|--------|-----|-------|
| Enfermedades propiamente del sistema respiratorio | 150 | 3.38% | 5 | 0.09% |
| Malformaciones congénitas | 78 | 1.76% | 31 | 0.57% |
| Enfermedades coexistentes | 42 | 0.95% | 0 | 0.00% |
| Descartar patologías | 51 | 1.15% | 0 | 0% |
| No patológicos | 2636 | 59.42% | 460 | 8.40% |
| EL SEGUNDO DÍA DE VIDA | | | | |
| Afecciones originadas en el periodo perinatal | 649 | 14.63% | 101 | 1.85% |
| Enfermedades propiamente del sistema respiratorio | 44 | 0.99% | 0 | 0% |
| Malformaciones congénitas | 47 | 1.06% | 6 | 0.11% |
| Enfermedades coexistentes | 21 | 0.47% | 0 | 0.00% |
| Descartar patologías | 58 | 1.31% | 12 | 0.22% |
| No patológicos | 3617 | 81.54% | 107 | 2% |

- Factores de riesgos maternos y epidemiológicos:

Gráfico 1. Distribución de las edades maternas según clasificación OMS y FIGO de los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 – Agosto 2019.



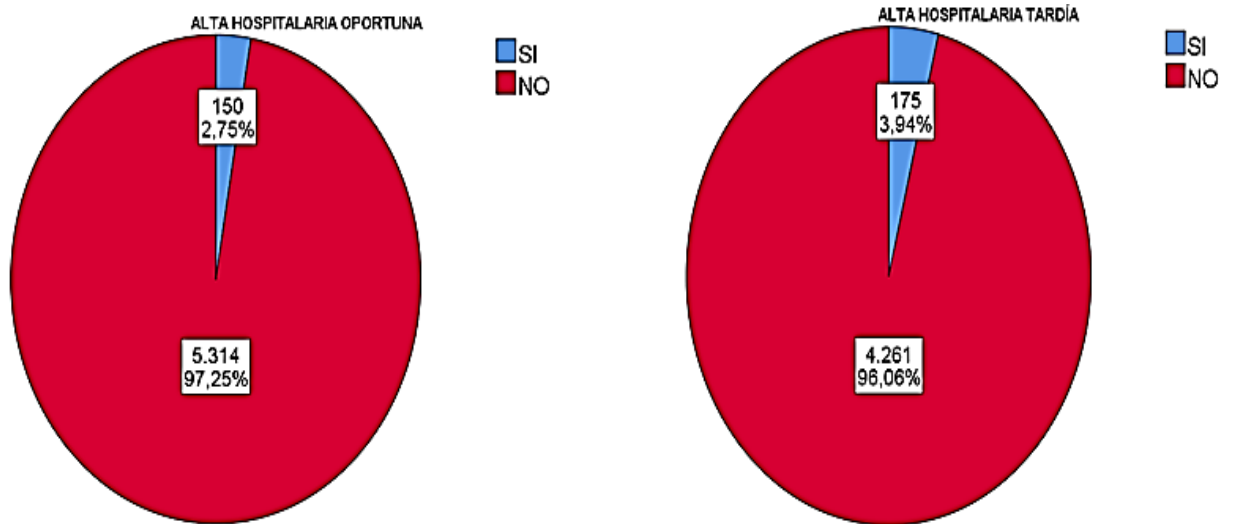
FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

Tabla 3. Descripción de frecuencias sobre las edades maternas de recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.

| EDADES MATERNAS | CASOS | CONTROLES |
|------------------|---------|-----------|
| | TARDÍAS | OPORTUNAS |
| Media | 26.76 | 26.54 |
| Mediana | 26.00 | 26.00 |
| Moda | 23 | 21 |
| Desv. Desviación | 6.842 | 6.773 |
| Mínimo | 11 | 10 |
| Máximo | 47 | 51 |

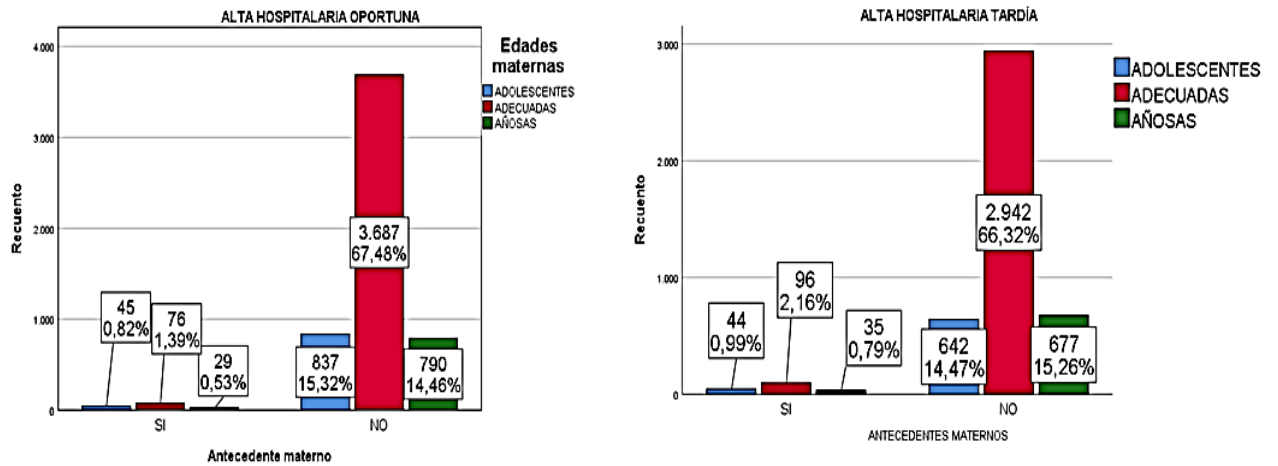
FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

Gráfico 2. Distribución según los antecedentes patológicos maternos de los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 – Agosto 2019.



FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

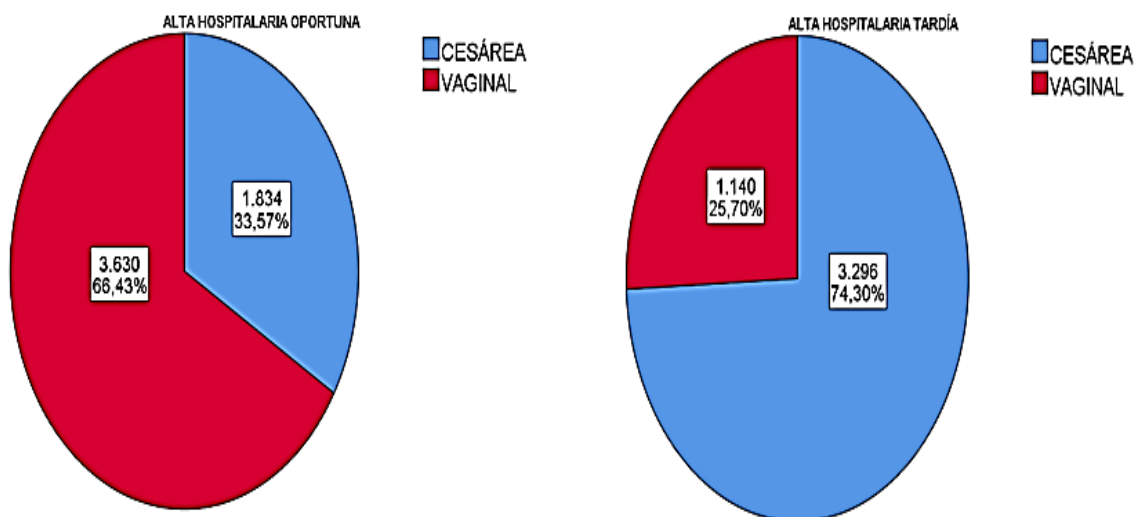
Gráfico 3. Distribución de la cantidad de madres según clasificación de edad materna asociado a los antecedentes patológicos maternos de los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 – Agosto 2019.



FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

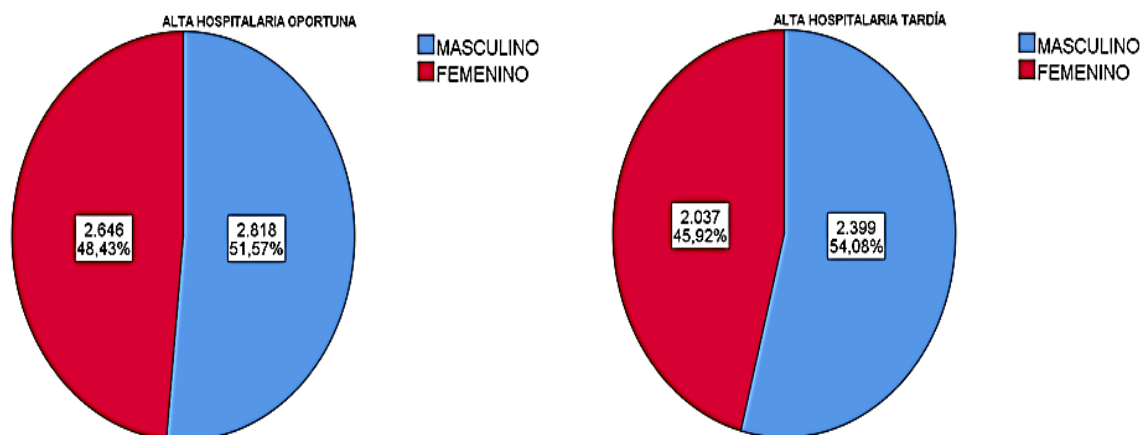
- Factores físico – clínicos del recién nacido:

Gráfico 4. Distribución según vía de terminación del embarazo en recién nacidos con alta hospitalaria en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.



FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

Gráfico 5. Distribución según sexo de los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.



FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

Tabla 4. Descripción de frecuencias según las edades gestacionales de recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.

| EDADES GESTACIONALES | CASOS | CONTROLES |
|----------------------|---------|-----------|
| | TARDÍAS | OPORTUNAS |
| Media | 38.77 | 39.14 |
| Mediana | 39.00 | 39.00 |
| Moda | 40 | 39 |
| Desv. Desviación | 1.912 | 1.194 |
| Mínimo | 27 | 28 |
| Máximo | 47 | 54 |

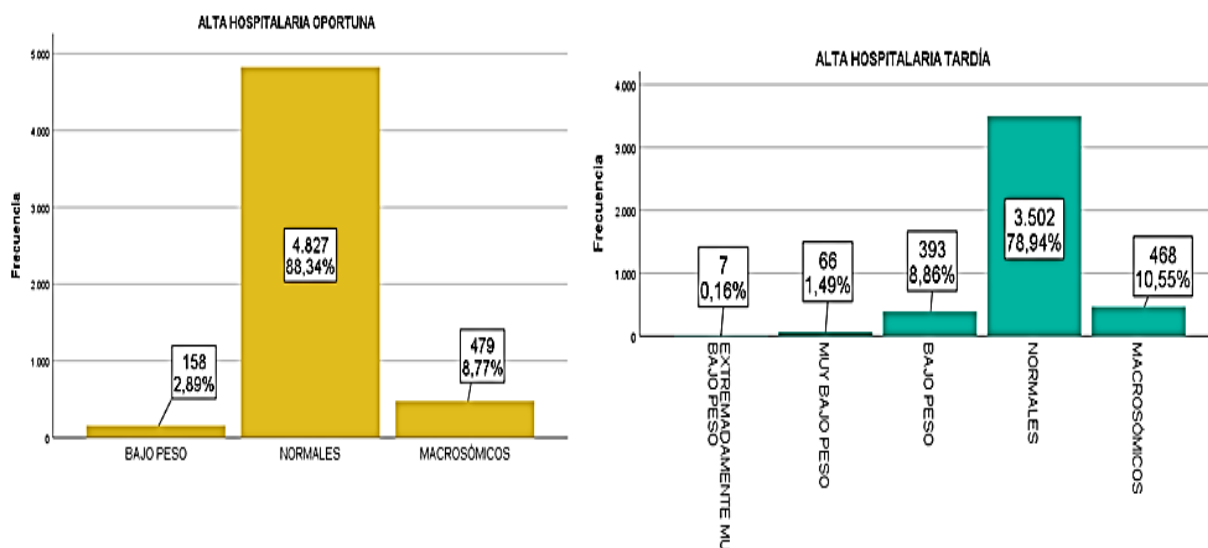
FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

Tabla 5. Descripción de frecuencias según los pesos de recién los nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.

| EIDADES GESTACIONALES | CASOS | CONTROLES |
|-----------------------|---------|-----------|
| | TARDÍAS | OPORTUNAS |
| Media | 3277.05 | 3384.72 |
| Mediana | 3332.00 | 3383.50 |
| Moda | 3700 | 3400 |
| Desv. Desviación | 641.900 | 454.360 |
| Mínimo | 815 | 1692 |
| Máximo | 5924 | 5300 |

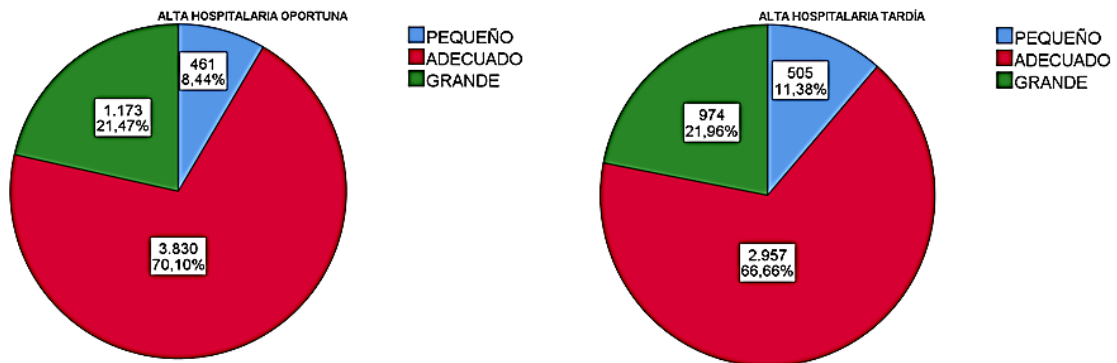
FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

Gráfico 6. Distribución según clasificación de pesos de los recién nacidos con alta hospitalaria en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.



FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

Gráfico 7. Distribución según los pesos para la edad de los recién nacidos con alta hospitalaria en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.

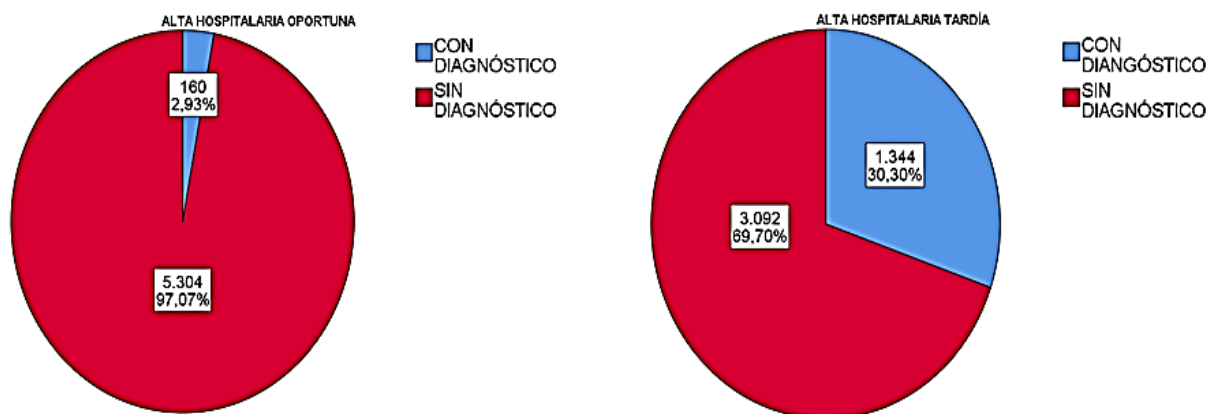


FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

- Comorbilidades del recién nacido:

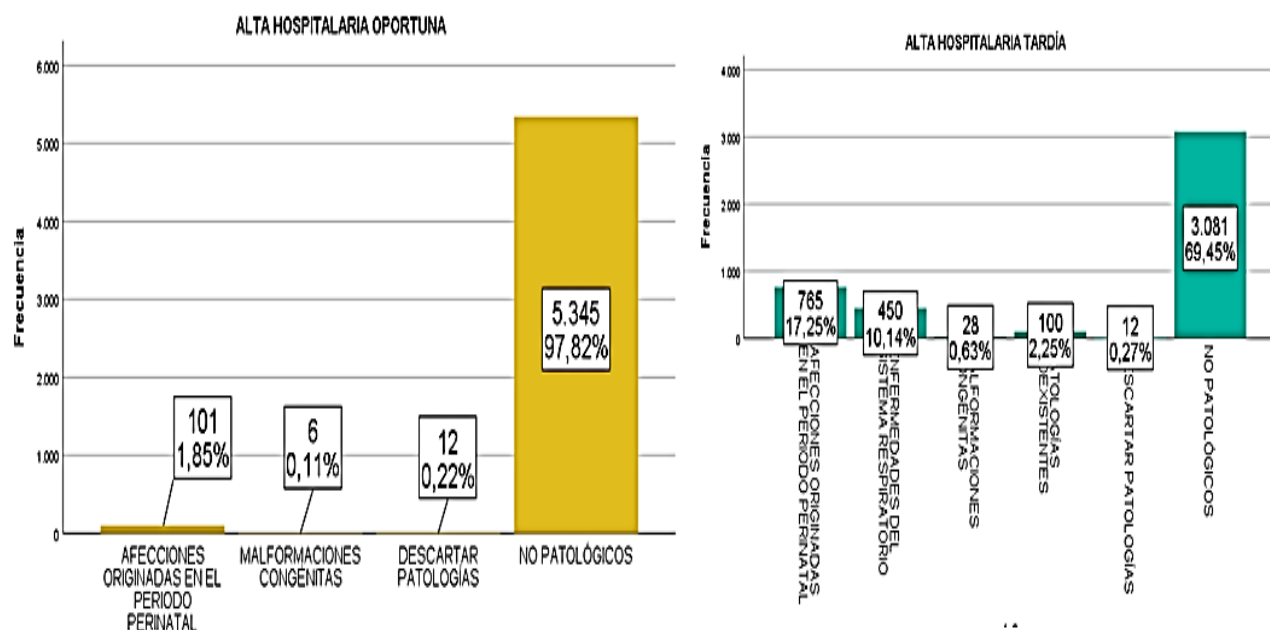
En el primer día de vida:

Gráfico 8. Distribución según la cantidad de diagnosticados durante el primer día de vida de recién nacidos con alta hospitalaria en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.



FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

Gráfico 9. Distribución según las patologías presentadas en el primer día de vida de los recién nacidos con alta hospitalaria en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.



FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

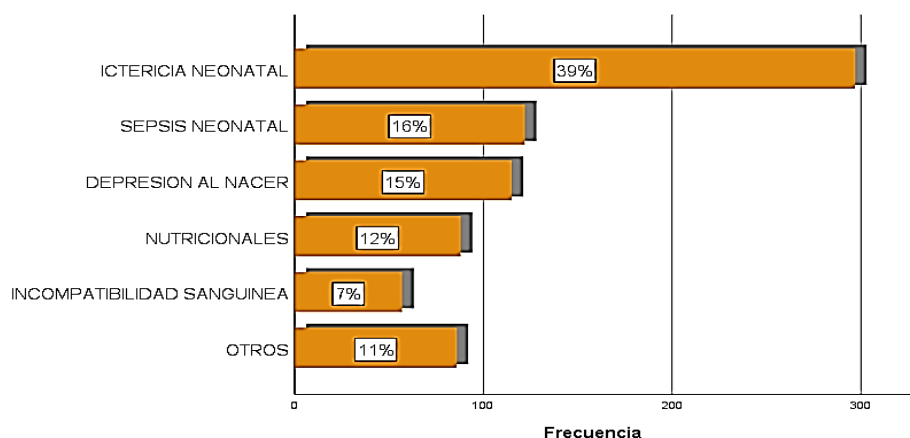
Tabla 6. Diagnósticos en el primer día de vida según el número de días de estancia hospitalaria de los recién nacidos con alta hospitalaria tardía en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.

| NÚMERO DE DÍAS | AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL | DESCARTAR PATOLOGIAS | ENFERMEDADES COEXISTENTES DE DIFERENTE CLASIFICACION | ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO | MALFORMACIONES CONGENITAS | NO PATOLOGICOS | TOTAL |
|----------------|---|----------------------|--|---------------------------------------|---------------------------|----------------|-------|
| 03-14d | 615 | 11 | 98 | 430 | 16 | 2996 | 4166 |
| 14-25 | 70 | 1 | 2 | 12 | 3 | 58 | 146 |
| 25-36 | 29 | 0 | 0 | 3 | 3 | 12 | 47 |
| 36-47 | 20 | 0 | 0 | 4 | 2 | 12 | 38 |
| 47-58 | 15 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 17 |
| 58-69 | 10 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 12 |

| | | | | | | | |
|--------------|------------|-----------|------------|------------|-----------|-------------|-------------|
| 69-80 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| 80-91 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 91-102 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 102-113 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 113-124 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 124-135 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 135-146 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 146-157 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| TOTAL | 765 | 12 | 100 | 450 | 28 | 3081 | 4436 |

FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

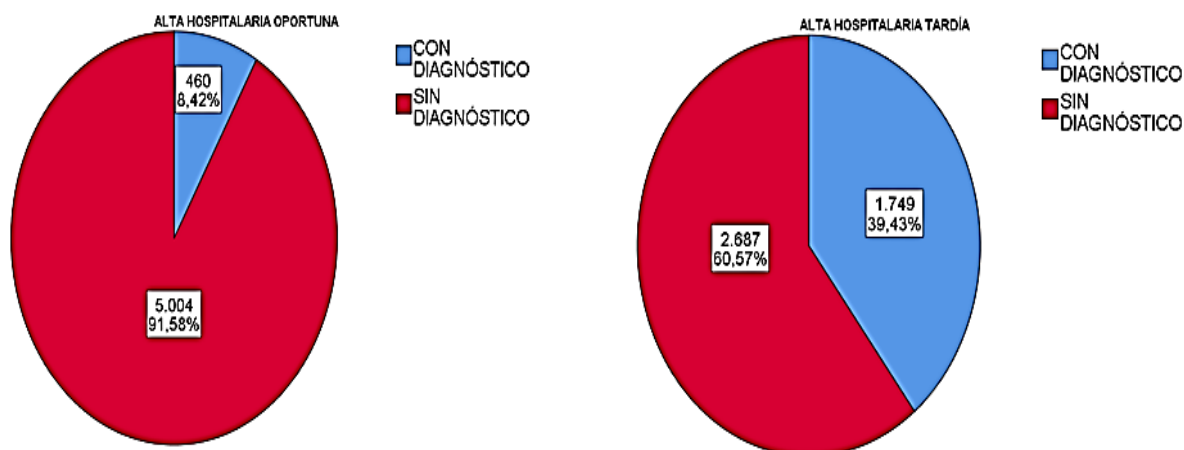
Gráfico 10. Distribución de las principales patologías pertenecientes a las afecciones originadas en el periodo perinatal.



FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

En el segundo día de vida:

Gráfico 11. Distribución según la cantidad de diagnosticados durante el segundo día de vida de recién nacidos con alta hospitalaria en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.



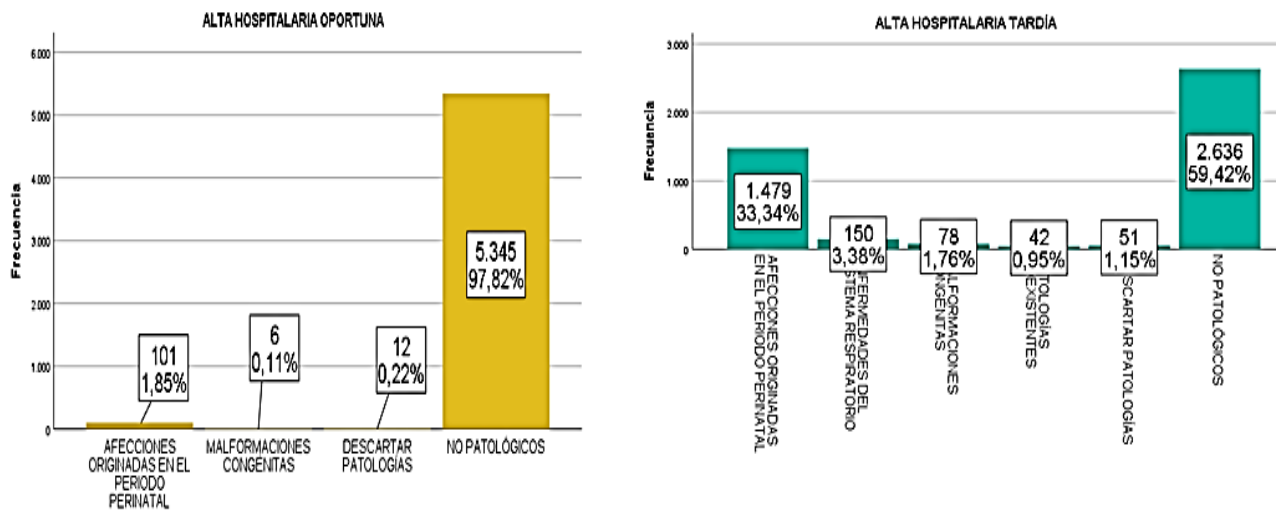
FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

Tabla 7. Diagnósticos en el segundo día de vida según el número de días de estancia hospitalaria de los recién nacidos con alta hospitalaria tardía en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.

| NÚMERO DE DÍAS | AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO | DESCARTAR PATOLOGIAS | ENFERMEDAD ES COEXISTENTE S DE | ENFERMEDAD ES DEL SISTEMA RESPIRATORI | MALFORMACIONES CONGENITAS | NO PATOLOGICOS | TOTAL |
|----------------|-------------------------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|----------------|-------|
| 03-14d | 1319 | 45 | 38 | 122 | 57 | 2585 | 2847 |
| 14-25 | 85 | 2 | 4 | 11 | 9 | 35 | 61 |
| 25-36 | 26 | 1 | 0 | 8 | 3 | 9 | 21 |
| 36-47 | 20 | 3 | 0 | 7 | 2 | 6 | 18 |
| 47-58 | 16 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 58-69 | 6 | 0 | 0 | 0 | 5 | 1 | 6 |
| 69-80 | 4 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 |
| 80-91 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 91-102 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 102-113 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 113-124 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 124-135 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 135-146 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 146-157 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 1479 | 51 | 42 | 150 | 78 | 2636 | 2957 |

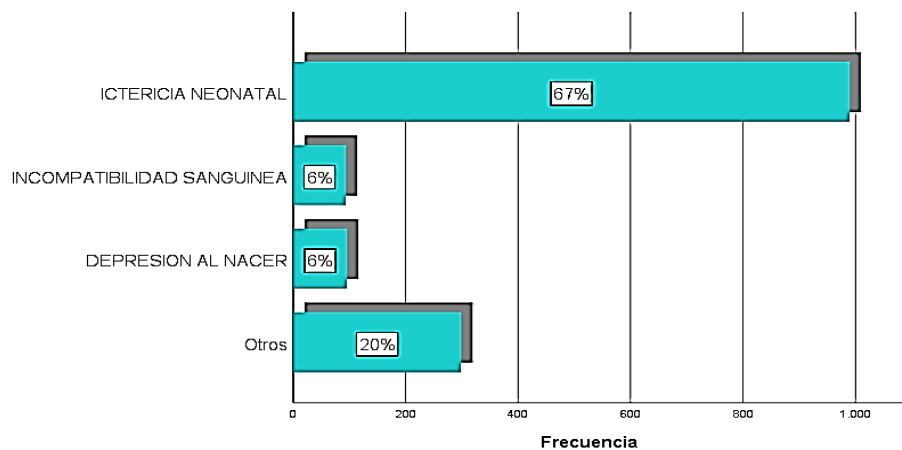
FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

Gráfico 12. Distribución según las patologías presentadas en el segundo día de vida de los recién nacidos con alta hospitalaria en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.



FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

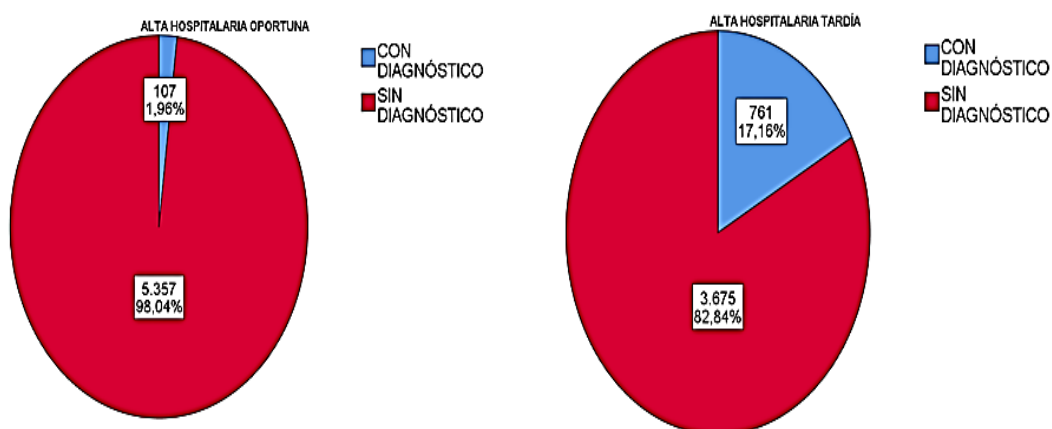
Gráfico 13. Distribución de las patologías del segundo día pertenecientes a las afecciones originadas en el periodo perinatal.



FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

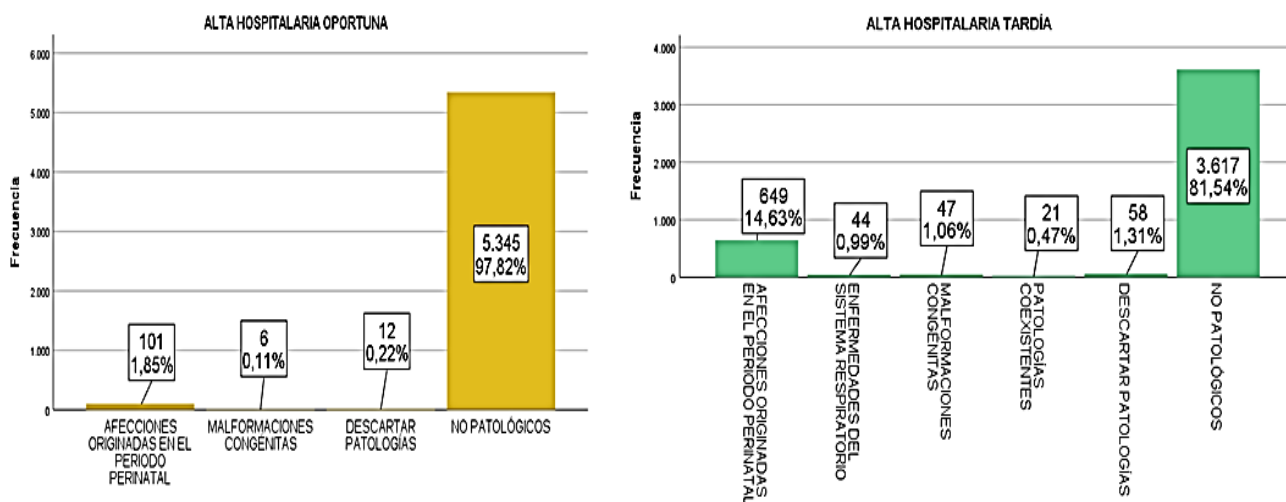
En el tercer día de vida:

Gráfico 14. Distribución según la cantidad de diagnosticados durante el tercer día de vida de recién nacidos con alta hospitalaria en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.



FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

Gráfico 15. Distribución según las patologías presentadas en el tercer día de vida de los recién nacidos con alta hospitalaria en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.



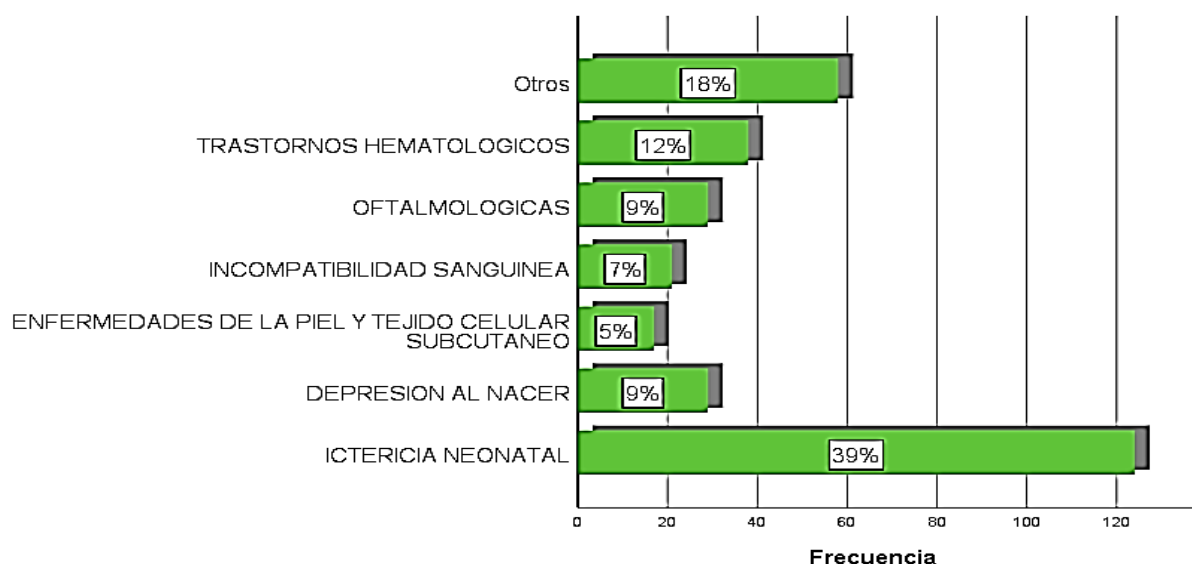
FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

Tabla 8. Diagnósticos en el tercer día de vida según el número de días de estancia hospitalaria de los recién nacidos con alta hospitalaria tardía en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.

| NÚMERO DE DÍAS | DIAGNÓSTICOS DEL TERCER DÍA | | | | | | TOTAL |
|----------------|---|----------------------|--|---------------------------------------|---------------------------|---------------|-------|
| | AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL | DESCARTAR PATOLOGIAS | ENFERMEDADES COEXISTENTES DE DIFERENTE CLASIFICACION | ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO | MALFORMACIONES CONGENITAS | NO PATOLOGICO | |
| 3-14 | 503 | 48 | 19 | 30 | 34 | 3532 | 4166 |
| 14-25 | 67 | 6 | 1 | 8 | 6 | 58 | 146 |
| 25-36 | 24 | 2 | 1 | 3 | 1 | 16 | 47 |
| 36-47 | 29 | 0 | 0 | 1 | 3 | 5 | 38 |
| 47-58 | 11 | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 | 17 |
| 58-69 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 12 |
| 69-80 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 7 |
| 80-91 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 91-102 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 102-113 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 113-124 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 124-135 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 135-146 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 146-157 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| TOTAL | 649 | 58 | 21 | 44 | 47 | 3617 | 4436 |

FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

Gráfico 16. Distribución de las patologías del tercer día pertenecientes a las afecciones originadas en el periodo perinatal.



FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

Tabla 9. Análisis bivariado de los factores de riesgo asociados al alta hospitalaria tardía en los recién nacidos del Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto.

| ALTAS HOSPITALARIAS: 9900 | CASOS | | CONTROLES | | OR | 95% IC | Valor P |
|--|---------|--------|-----------|-------|------|-------------|---------|
| | TARDÍAS | | OPORTUNAS | | | | |
| | 4436 | % | 5464 | % | | | |
| FACTORES MATERNOS EPIDEMIOLÓGICOS | | | | | | | |
| EDAD MATERNA | | | | | | | |
| Inadecuada (≤ 18 y ≥ 35 años) / Adecuada (18-35 años) | 1701 | 54.90% | 1398 | 45.1% | 1.02 | 0.935-1.109 | 0,682* |
| ANTECEDENTE PATOLÓGICO MATERNO | | | | | | | |
| Si/No | 175 | 53.8% | 150 | 46.2% | 1.46 | 1.166-1816 | <0.001* |
| FACTORES FÍSICO - CLÍNICOS DEL RECIÉN NACIDO | | | | | | | |
| VÍA DE PARTO | | | | | | | |
| Cesárea / Vaginal | 3296 | 64.2% | 1834 | 35.8% | 5.72 | 5.242-6.247 | <0.001* |
| SEXO | | | | | | | |
| Masculino / Femenino | 2399 | 46% | 2818 | 54% | 1.11 | 1.021-1.197 | 0.013* |
| EDAD GESTACIONAL | | | | | | | |
| Inadecuada (< 37 ss y > 42 ss) / | 500 | 78.1% | 140 | 21.9% | 4.83 | 3.987-5.853 | <0.001* |

| | | | | | | | |
|--|------|-------|------|-------|-------|---------------|------------|
| Adecuada (≥ 37 ss - ≤ 42 ss) | | | | | | | |
| PESO AL NACER | | | | | | | |
| Inadecuado (< 2500 gr y ≥ 4000 gr) / Adecuado ($\geq 2500 - 4000$ gr) | 934 | 59.5% | 637 | 40.5% | 2.02 | 1.811-2.255 | $<0.001^*$ |
| PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL | | | | | | | |
| Inadecuados ($p < 10$ y $p > 90$) / Adecuados ($\geq p10 - \leq p90$) | 1479 | 47.5% | 1634 | 52.5% | 1.17 | 1.077-1.277 | $<0.001^*$ |
| COMORBILIDADES DEL RECIEN NACIDO | | | | | | | |
| EN EL PRIMER DÍA DE VIDA | 1344 | 89.4% | 160 | 10.6% | 14.41 | 12.159-17.076 | $<0.001^*$ |
| EN EL SEGUNDO DÍA DE VIDA | 1749 | 79.2% | 460 | 20.8% | 7.08 | 6.325-7.927 | $<0.001^*$ |
| EN EL TERCER DÍA DE VIDA | 761 | 87.7% | 107 | 12.3% | 10.37 | 8.432-12.747 | $<0.001^*$ |
| OR: Odds ratio; IC 95%: Intervalo de confianza de 95%; $^*:\chi^2$ de Pearson | | | | | | | |

Tabla 10. Análisis multivariado de los factores de riesgo asociados al alta hospitalaria tardía en los recién nacidos del Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto.

| ALTAS HOSPITALARIAS: 9900 CASOS: 4436 CONTROLES: 5464 | OR | IC 95% | | Valor P |
|---|-------|----------|----------|----------|
| | | Inferior | Superior | |
| FACTORES MATERNOS EPIDEMIOLOGICOS | | | | |
| EDAD MATERNA | | | | 0.002 |
| Adolescentes (≤ 19 años) | 1.320 | 1.102 | 1.582 | 0.003 |
| Adecuada (> 19 años y ≤ 35 años) | 1.046 | 0.909 | 1.204 | 0.531 |
| Antecedente patológico materno | 1.509 | 1.149 | 1.980 | 0.003 |
| FACTORES FÍSICO - CLÍNICOS DEL RECIÉN NACIDO | | | | |
| VÍA DE PARTO | | | | |
| Cesárea | 6.736 | 6.061 | 7.485 | <0.001 |
| SEXO | | | | |
| Masculino | 1.067 | 0.965 | 1.179 | 0.207 |

| EDAD GESTACIONAL | | | | |
|--|-------|-------|--------|--------|
| Pretérmino (< 37 ss) | 1.048 | 0.461 | 2.381 | 0.911 |
| A término (≤ 37 ss y ≥ 42 ss) | 0.466 | 0.218 | 0.997 | 0.049 |
| PESO AL NACER | | | | 0.004 |
| Bajos pesos | 1.209 | 0.824 | 1.775 | 0.331 |
| Normales | 0.803 | 0.654 | 0.987 | 0.037 |
| PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL | | | | 0.003 |
| Pequeños (<p10) | 1.376 | 1.083 | 1.747 | 0.009 |
| Adecuados ($\geq p10$ - $\leq p90$) | 1.290 | 1.110 | 1.500 | 0.001 |
| COMORBILIDADES DEL RECIEN NACIDO | | | | |
| EN EL PRIMER DÍA | 9.480 | 7.846 | 11.456 | <0.001 |
| EN EL SEGÚN DÍA | 4.232 | 3.696 | 4.846 | <0.001 |
| EN EL TERCER DÍA | 4.623 | 3.630 | 5.887 | <0.001 |

FUENTE: Base de datos estadística del HMA y SPSS

4.2 Discusión

El motivo principal de este estudio ha sido conocer lo que es el binomio madre – recién nacido es decir la importancia de poder conocer cada una de sus características o factores que puedan conllevarlos a un alta hospitalaria tardía.

El alta hospitalaria tardía no es nada más que el equivalente a una estancia hospitalaria prolongada de la cual según diversas investigaciones se ha usado como punto de corte los tres primeros días de vida del recién nacido como el ideal siendo esta además un valioso indicador de la atención de salud del establecimiento, en este caso el Hospital María Auxiliadora una entidad del estado, por lo que al ser la estancia más prolongada genera más costo y desde el punto de vista madre – hijo genera una alteración en el vínculo ideal para ellos, condición económica y/o laboral para los padres y posibles complicaciones propiamente del recién nacido.

El alta hospitalaria tardía del recién nacido dependerá de diversos factores como son la presencia de patologías, su grado de severidad y también la estabilidad fisiológica de este recién nacido, la preparación u orientación para la familia para poder brindarle una atención adecuada.

En esta investigación hemos contado una población de 9900 recién nacidos, siendo 4436 recién nacidos los que cumplieron con los criterios establecidos, de los cuales en referencia a sus madres tuvieron una edad mediana de 27 ± 5 años dato similar al que nos dice por Ortiz en el cual la edad materna fue de 28 años que en su mayor parte presentaron patologías de alto riesgo en nuestro caso si bien se detectaron a las madres con antecedentes no se especificó de qué tipo de severidad eran estos, las adolescentes que tuvieron partos pre términos de mayor estancia hospitalaria del recién nacido con un OR: 1.72 (IC; 1.04 – 2.8) ⁽¹⁸⁾ valor similar al que el que encontramos en nuestro estudio respecto al incremento del riesgo de tener un recién nacido pre término OR:1.32 y de las patologías maternas precias con un OR: 1.51 los cuales también podemos contrastar con el estudio anterior por Arce López; en el cual hace un enfoque a lo que son los antecedentes maternos y el riesgo de los neonatos respecto a su bajo peso comparable con nuestros recién nacidos de bajo peso y pequeños para la edad gestacional con un OR: 1.38 no obstante en nuestra investigación hay un dato muy curioso que es que si se demuestra que el peso normal al nacer actúa como un factor protector con un OR: 0.80 ⁽¹⁰⁾, agregándose Velastegui et al. el cual también nos habla de la edad materna y concuerda con los anteriores sin embargo difiere además con nuestro estudio también en lo que sería el peso al nacer, ya que nos menciona que aquí principalmente se vieron recién nacidos macrosómicos. ⁽¹⁹⁾

En lo que concierne a vía del parto, absolutamente todos nuestros antecedentes mencionados hacen referencia a la asociación entre la vía de parto quirúrgica o también llamada cesárea con los recién nacidos de alta hospitalaria tardía dándonos como punto de vista en común y acorde a lo que nos habla en sus recomendaciones la FIGO en que sólo debe ser realizado cuando hayan riesgo para la madre y para el recién nacido.

De los factores de riesgo físico – clínicos del recién nacido, en nuestro estudio encontramos una ligera predominancia del sexo masculino con un 54 % versus el 46% del sexo femenino los cuales en cierta forma difiere con la gran mayoría de nuestras investigaciones previas, donde mencionan que el sexo masculino es una constante entre sus recién nacidos con alta hospitalaria tardía, por ejemplo Demestre en donde nos habla que de sus pacientes el 15% ingresó a cuidados

intensivos (11), luego tenemos a Orozco que nos habla de que entre sus recién nacidos con intolerancia a la vía oral los masculinos también predominan ambos estudios nos mencionan en repetición la presencia de como hiperbilirrubinemia, hipoglucemia y trastornos respiratorios además de ser recién nacidos prematuros y de bajo peso. Romero nos menciona que tanto en su grupo de casos como fueron identificados los recién nacidos de sexo masculino en un 71.3 % pero en esta investigación fueron asociados mayormente a enfermedades respiratorias del tipo asfixia perinatal. ⁽²³⁾ Un estudio muy peculiar fue el de Lozano el cual menciona al sexo femenino como un factor protector de posibles complicaciones con un OR: 0.614.⁽²⁴⁾

Otros factores de riesgo bastante repetitivos en nuestras investigaciones son la prematuridad, el bajo peso al nacer, los pequeños para la edad gestacional donde exista concordancia en que son un factor de alto riesgo para posibles complicaciones; cabe mencionar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Organización Mundial de la Salud de las Américas nos menciona en su último reporte "Indicadores de la Salud" que el bajo peso al nacer o todos aquellos que pesen menos de 2500 gramos siendo el 8% de casos entre los cuales respecto al área andina con mayor porcentaje a Perú con 7.3%, Colombia 8.8%, Ecuador 9%, Venezuela 9.4% y menor porcentaje a Chile con 6.3%, Paraguay con 6.1% y Bolivia con 4.9%. El parto institucionalizado para grata noticia en el área andina son mayores al 93% siendo únicamente menores en Bolivia con un 72% de casos.⁽⁴⁾

Ya se han mencionado cuales son los factores clínicos repetitivos y cuáles son las patologías en las cuales se ven mayormente relacionados pero no podemos dejar de mencionar que entidades como el Instituto Nacional Perinatal nos menciona a la prematuridad extrema, síndrome de dificultad respiratoria y asfixia perinatal y la Oficina de Estadística e Informática del Hospital María Auxiliadora en su último compendio estadístico a las patologías como dificultades respiratorias, ictericias y sepsis como principales patologías siendo ambos concordantes con estudios internacionales y peruanos como los de Acero Viera et al, siendo un estudio peruano podría asemejar lo que ya se ha mencionado, evaluar nuestra realidad por lo que menciona que nuevamente los nacidos por cesárea, de sexo masculino, pretérmino, post término, bajos pesos, pequeños y grandes para la edad gestacional todos con significancia estadística predominando así en el incremento de posibilidades de mayor estancia a los prematuros OR:6.5, extremadamente muy

bajo peso OR:22.7, pequeños para la edad gestacional OR: 5.4, curiosamente se encontraron similitud entre las principales patologías que presentaron siendo las afecciones perinatales (infecciones) OR:9.4, síndrome de dificultad respiratoria OR: 7.6%, malformaciones congénitas OR: 7.0 e hiperbilirrubinemia OR: 4.6.⁽²²⁾ Otro estudio peruano fue el de Ticona et al en el que se hallaron de igual forma similitudes al nuestro en cuanto a los pretérmino los cuales aumentaban el riesgo de tener bajo peso al nacer OR: 5.3, ser pequeños para la edad gestacional OR: 3.14, nacidos por cesárea OR: 3.14 y ser hospitalizados mayor e igual a 3 días, dato fundamental para esta investigación con un OR: 1.46 en lo que si difiere es qué morbilidad presentaron en primer lugar sin embargo al igual que en el nuestro la frecuencia de morbilidades del sistema respiratorio propiamente fueron altas OR: 3.02 mas no la primera.⁽²⁰⁾ La importancia de esta discusión transcurre en el hecho de poder comparar estudios de diferentes realidades es decir internacionales y nacionales ya que como es sabido la estructura a nivel de sistema de salud es totalmente diferente en países en vía de desarrollo como el nuestro.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se determinan que los factores de riesgo para el alta hospitalaria tardía son: las madres adolescentes, tener algún antecedente patológico previo, el parto por vía cesárea, los pequeños y adecuados para la edad gestacional y presentar alguna comorbilidad en los primeros días de vida.
- Los factores de riesgo maternos y epidemiológicos fueron representados por las madres adolescentes que fueron 1.32 veces más probables de tener alta hospitalaria tardía al igual que las que tuvieron algún antecedente patológico con un aumento de 1.50 veces su probabilidad.
- Los factores físico – clínicos que tuvieron probabilidades mayores de estar relacionados a recién nacidos con alta hospitalaria tardía fueron los partos por vía cesárea que aumentaron 6.73 veces más; los pequeños y adecuados para la edad gestacional con 1.37 y 1.29 aumento de probabilidades respectivamente. Se obtuvieron además factores protectores como los recién nacidos a término que reduce en un 53% y los de peso normal al nacimiento con una reducción del 20% en sus probabilidades de tener alta tardía.
- De las comorbilidades asociadas al recién nacido no quedó duda que de estar presentes en cualquiera de sus tres primeros días de vida aumentarían las probabilidades en un 9.48, 4.23 y 4.62 veces de tener alta hospitalaria tardía respectivamente.

5.2 Recomendaciones

Se sugiere al Hospital María Auxiliadora dar a conocer la importancia de esta investigación en paralelo a la capacitación de su personal para poder identificar la el poder determinar con exactitud a qué nos enfrentamos con cada recién nacido ya que dada aún más la coyuntura en la que nos encontramos un alta hospitalaria tardía y sobre todo en aquellos casos que pudieron ser prevenidas es de suma importancia ya que como ha sido mencionado múltiples veces, no sólo hablamos de un paciente, en este caso un recién nacido sino en su binomio madre – hijo.

Se recomienda motivar más al personal encargado de la clasificación de los datos y de la estadística por una más detallada para así poder determinar de una forma más precisa los factores de riesgo al alta hospitalaria tardía.

Se espera motivar a compañeros que puedan tener esta investigación a poder asociarla a nuestra conyuntura actual, es decir, qué está pasando con nuestros recién nacidos en tiempos de pandemia, cómo están siendo evaluados, qué factores de riesgo están presentado y cómo podemos ayudar a que estos sean prevenidos o mejor tratados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403316302582>
2. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
3. OPS/OMS Perú - PAHO/WHO Peru
4. Indicadores Básicos 2018 - Situación de la Salud en las Américas - World. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/indicadores-b-sicos-2018-situaci-n-de-la-salud-en-las-am-ricas>.
5. Inicio | Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Disponible en: <https://salud.edomex.gob.mx/cevece/>
6. CDC MINSA [Internet]. CDC MINSA. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/>
7. Unidad de Procesamiento de Datos. Compendio estadístico Hospital María Auxiliadora. 2017;206.
8. Ministerio de Salud. Programa Presupuestal 0002 Salud Materno Neonatal. 2018.
9. Burgoa-Larrañaga LS, Iglesias-Leboreiro J, Bernardez-Zapata I. Egreso temprano del recién nacido sano del cunero fisiológico del Hospital Español de México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. :10.
10. Rendón-Macías ME, Braverman-Bronstein A. Antecedentes maternos prenatales y riesgo de complicaciones neonatales en productos de término de bajo peso para edad gestacional. BMHIM. 29 de enero de 2019;75(4):1108.
11. Demestre Guasch X, García Reymundo M, Hurtado Suazo JA, Calvo Aguilar MJ, Ginovart Galiana G, Jiménez Moya A. Prematuridad tardía: una población de riesgo. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Enero de 2018;45(1):17-23.
12. Rivera-Rueda MA, Fernández-Carrocer LA, Michel-Macías C, Carrera-Muiños S, Arroyo-Cabrales LM, Coronado-Zarco IA, et al. Morbilidad y mortalidad de neonatos < 1,500 g ingresados a la UCIN de un hospital de

- tercer nivel de atención. *Perinatología y Reproducción Humana*. Diciembre de 2017;31(4):163-9.
13. Manríquez P G, Escudero O C. Análisis de los factores de riesgo de muerte neonatal en Chile, 2010-2014. *Rev chil pediatr*. 2017;88(4):458-64.
 14. Gallardo López M, Gallardo Cadenasso E, Gallardo Cadenasso EL. Descenso de peso en recién nacidos a término en las primeras 48 horas post natales. *Rev chil pediatr*. 2018;(ahead):0-0.
 15. Orozco Corredor JP, Arevalo CA, Quintero Gómez AM, Montealegre Pomar ADP. Caracterización de recién nacidos a término con diagnóstico de intolerancia a la vía oral en su primera semana de vida. *UNIVMED*. 7 de febrero de 2017;57(4):480-7.
 16. Del Riesgo Prendes L, Salamanca Matta AL, Monterrey Gutiérrez PA, Bermúdez Hernández PA, Vélez Leal JL, Suárez Rodríguez G. Hipoxia perinatal en el Hospital Mederi de Bogotá: comportamiento en los años 2007 a 2011. *Rev salud pública*. 1 de mayo de 2017;19(3):332-9.
 17. Torres-Castro C, Valle-Leal J, Martínez-Limón AJ, Lastra-Jiménez Z, Delgado-Bojórquez LC. Complicaciones pulmonares asociadas a ventilación mecánica en el paciente neonatal. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. Septiembre de 2016;73(5):318-24. -
 18. Ortiz Martínez RA, Otalora Perdomo MF, Delgado ABM, Luna Solarte DA, Ortiz Martínez RA, Otalora Perdomo MF, et al. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. *Rev Chil Obstet Ginecol*
 19. Egüez JEV, Navarro MIH, Cotto JJR, Arias AJR, Alvarado HJ, Velastegui AJH. Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. :8.
 20. Rendón MT, Apaza DE. Morbimortality of early term newborns at Tacna. *Acta Med Peru*. :8.
 21. Tejeda-Mariaca JE, Pizango-Mallqui O, Alburquerque-Duglio M, Mayta-Tristán P. Factores de riesgo para el neonato pequeño para la edad gestacional en un hospital de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*
Disponible en:
<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1673>
 22. Acero Viera O, Ticona Rendon M, Huanco Apaza D. Resultados perinatales del recién nacido con Apgar bajo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna,

- 2002–2016. Rev Peru Ginecol Obstet. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/2147>
23. Romero F, Herles E, Lino A, Rojas F, Flores M, Flores V, et al. Factores asociados a asfixia perinatal en un hospital de Callao, Perú. Perinatol Reprod Humana. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-perinatologia-reproduccion-humana-144-articulo-factores-asociados-asfixia-perinatal-un-S0187533716300401>
24. Lozano-Ventura OA, Correa-López LE, Luna-Muñoz C. CONTROLES PRENATALES Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORBIMORTALIDAD DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL SERGIO BERNALES, ENERO – MAYO 2016. Rev Fac Med Humana. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1267>
25. Burga-Montoya G, Luna Muñoz C, Correa López LE. Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal temprana en prematuros de un Hospital Nacional Docente Madre Niño, 2017. Rev Fac Med Humana . Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/2165>
26. Rite Gracia S, Pérez Muñuzuri A, Sanz López E, Leante Castellanos JL, Benavente Fernández I, Ruiz Campillo CW, et al. Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto. An Pediatría Disponible en: <http://www.analesdepediatría.org/es-criterios-alta-hospitalaria-del-recien-articulo-S1695403316302582>
27. Recomendación para el alta de prematuros. Archivos argentinos de pediatría. Diciembre de 2006;104(6):560-2. D
28. Guía de ética y profesionalidad de la FIGO: toma de decisiones sobre el parto vaginal y por cesárea. Disponible en: <https://www.figo.org/es/decision-making-about-vaginal-and-caesarean-delivery>
29. Nacimientos prematuros. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
30. Cifuentes-Borrero R, Hernández-Carrillo M, Toro-Cifuentes AM, Franco-Torres VR, Cubides-Munevar ÁM, Duarte-González IJ. A propósito de una nueva clasificación del embarazo a término. Resultados neonatales en una clínica de tercer nivel de atención en Cali, Colombia. Un estudio de corte transversal, 2013. Rev Colomb Obstet Ginecol. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/1065>

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “Factores de riesgo asociados al alta hospitalaria tardía de los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 – Agosto 2019”, que presenta Adriana Gabriela Mendoza Cervantes para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Mg. Lucy E. Correa López
ASESOR DE LA TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 25 de Septiembre del 2019

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

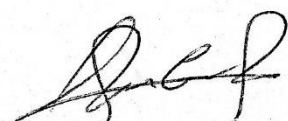
Carta compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de tesis de estudiante de Medicina Humana: Adriana Gabriela Mendoza Cervantes

Me comprometo a:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el reglamento de grados y títulos de la Facultad de Medicina Humana- URP, capítulo V sobre el Proyecto de Tesis.
2. Respetar los lineamiento
- 3.
4. s y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis designado por ellos.
5. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis, Asesores y Jurados de Tesis.
6. Considerar **6 meses como tiempo máximo** para concluir en su totalidad la tesis, motivando a l estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
7. Cumplir los principios éticos que correspondan a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
8. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis .brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
9. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida.
10. Asesorar al estudiante para la presentación de su información ante el jurado del examen profesional.
11. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

ATENTAMENTE



DR. Mg. Lucy Correa López

Lima, 25 de Septiembre del 2019de 2018

**ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO
POR LA SECRETARIA ACADÉMICA**



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO Nº 040-2016-SUNEDU/CD

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero



Oficio Nº 3603-2019-FMH-D

Lima, 26 de setiembre de 2019

Señorita
ADRIANA GABRIELA MENDOZA CERVANTES
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis-Pre Internado Médico

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ALTA HOSPITALARIA TARDÍA DE LOS RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DURANTE EL PERIODO ENERO 2018 – AGOSTO 2019", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha miércoles 25 de setiembre de 2019.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,


Dr. Menandro Ortíz Pretel
Secretario Académico

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco - Central: 708-0000
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú Anexos: 6010
E-mail: dec.medicina@urp.pe - www.urp.edu.pe/medicina Telefax: 708-0106

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

| | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|---|---|
|  | Ministerio de Salud | Hospital María Auxiliadora | Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI) | Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres "Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad" |
|---|----------------------------|----------------------------|---|---|

CONSTANCIA

El que suscribe, el **Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital María Auxiliadora**, **CERTIFICA** que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, Versión del **21 de noviembre del presente**; **Titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ALTA HOSPITALARIA TARDÍA EN RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA EN EL PERIODO ENERO 2018 A AGOSTO 2019"**; con Código Único de Inscripción: **HMA/CIEI/073/19**, presentado por la Investigadora: **Adriana Gabriela MENDOZA CERVANTES**; ha sido **REVISADA**.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el **Comité Institucional de Ética en Investigación**. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **20 de noviembre del 2020**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 21 de noviembre de 2019.

Atentamente,

M.C. Alberto Emilio Zolezzi Francis.
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación
Hospital María Auxiliadora

AEZF/abf.
c.c. Investigadores.
c.c. Archivo.

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ALTA HOSPITALARIA TARDÍA DE LOS RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DURANTE EL PERIODO ENERO 2018 A AGOSTO 2019”, que presenta la Señorita ADRIANA GABRIELA MENDOZA CERVANTES para optar el Título Profesional de Médica Cirujana, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:




Dra. LUNA MUÑOZ CONSUELO
PRESIDENTE



Mg. ROLDAN ARBIETO LUIS
MIEMBRO



Dr. DE LA CRUZ VARGAS JHONY
MIEMBRO



Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis

Mg. LUCY CORREA LOPEZ



Asesor de Tesis

Lima 21 de Agosto del 2021

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

“Factores de riesgo asociados al alta hospitalaria tardía de los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019”

INFORME DE ORIGINALIDAD

| | | | |
|---------------------|---------------------|---------------|-------------------------|
| 6% | 7% | 3% | 4% |
| INDICE DE SIMILITUD | FUENTES DE INTERNET | PUBLICACIONES | TRABAJOS DEL ESTUDIANTE |

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Submitted to Universidad Cientifica del Sur Trabajo del estudiante | 2% |
| 2 | se-neonatal.es Fuente de Internet | 1% |
| 3 | repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 4 | core.ac.uk Fuente de Internet | 1% |
| 5 | www.scielo.org.mx Fuente de Internet | 1% |
| 6 | www.scielo.org.pe Fuente de Internet | 1% |

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO**

VI CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

ADRIANA GABRIELA MENDOZA CERVANTES

Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses de agosto, setiembre, octubre, noviembre y diciembre del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ALTA HOSPITALARIA TARDÍA DE LOS RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DURANTE EL PERIODO ENERO 2018 A AGOSTO 2019”

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y válido por 06 conferencias académicas para el Bachillerato, que considerándosele apta para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° del Reglamento vigente de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 05 de diciembre del 2019



Dr. Jimmy De La Cruz Vargas
Director del Curso Taller

Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. de Bambaén
Decana

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA GENERAL | OBJETIVOS | TIPO Y DISEÑO | POBLACIÓN Y MUESTRA |
|--|---|---|---|
| ¿Cuáles son los Factores de riesgo asociados al Alta Hospitalaria Tardía de los Recién Nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019? | <p>OG: Determinar los factores de riesgo asociados al alta hospitalaria tardía. de los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 a Agosto 2019.</p> <p>OE1: Determinar los factores de riesgo maternos y epidemiológicos asociados al alta hospitalaria tardía.</p> <p>OE2: Determinar los factores de riesgo físicos – clínicos asociados al alta hospitalaria tardía.</p> <p>OE3: Determinar los factores de riesgo asociados a patologías que contribuyan al alta hospitalaria tardía.</p> | <p>Cuantitativo Observacional Analítico Casos y controles Retrospectivo Transversal</p> | <p>Todos los recién nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo Enero 2018 - Agosto 2019.</p> |

ANEXO 9: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLES | INDICADOR | CATEGORIAS | CRITERIOS DE MEDICIÓN | TIPO | ESCALA DE MEDICIÓN |
|-------------------------------|---|------------------------------|--|------------|--------------------|
| Alta hospitalaria tardía | Estancia hospitalaria | Temprana | < 2 días | Numérica | Nominal |
| | | Tardía | ≥ 3 días | | |
| Edad materna | Número de años cumplidos | Adolescente | ≤ 19 años | Numérica | Ordinal |
| | | Adecuado | 20 - 34 años | | |
| | | Añosa | ≥ 35 años | | |
| Antecedentes maternos | Presencia o ausencia de | 1 | SI | Categórica | Nominal |
| | | 2 | NO | | |
| Vía de parto | Opción elegida para llevar a cabo | 1 | Vaginal | Categórica | Nominal |
| | | 2 | Cesárea | | |
| Sexo | Género registrado en el acta de nacimiento | 1 | Femenino | Categórica | Nominal |
| | | 2 | Masculino | | |
| Edad gestacional | Número de semanas cumplidas hasta el | 1 | Pre término | Numérica | Ordinal |
| | | 2 | A término | | |
| | | 3 | Post término | | |
| Peso | Primera medida en gramos que se realiza al recién nacido | Extremadamente muy bajo peso | < 1000 gramos | Numérica | Ordinal |
| | | Muy bajo peso | 1000 a < 1500 gramos | | |
| | | Bajo peso | 1500 a < 2500 gramos | | |
| | | Normal | 2500 a < 4000 gramos | | |
| | | Macrosómico | ≥4000 gramos | | |
| Peso para la edad gestacional | Correlación existente entre ambas medidas | 1 | Pequeño | Categórica | Ordinal |
| | | 2 | Adecuado | | |
| | | 3 | Grande | | |
| Patologías | Clasificación internacional de enfermedades, 10. ^a edición | 1 | No patológicos | Categórica | Nominal |
| | | 2 | Afecciones originadas en el periodo perinatal | | |
| | | 3 | Enfermedades del sistema respiratorio | | |
| | | 4 | Malformaciones congénitas | | |
| | | 5 | Descartar patologías | | |
| | | 6 | Enfermedades coexistentes de diferente clasificación | | |

ANEXO 10: PERCENTIL DE EDAD PARA LA EDAD GESTACIONAL DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA

| EG (sem) | PERCENTILES (Peso gr.) | | | EG (sem) | PERCENTILES (Talla cm.) | | | EG (sem) | PERCENTILES (PC cm.) | | |
|----------|------------------------|------|------|----------|-------------------------|------|------|----------|----------------------|------|------|
| | 10 | 50 | 90 | | 10 | 50 | 90 | | 10 | 50 | 90 |
| 24 | 520 | 560 | 660 | 24 | 30,3 | 30,9 | 32,2 | 24 | 21,4 | 23,5 | 25,7 |
| 25 | 580 | 680 | 820 | 25 | 31,4 | 32,8 | 33,9 | 25 | 21,9 | 24,6 | 26,8 |
| 26 | 600 | 700 | 930 | 26 | 31,8 | 33,1 | 34,7 | 26 | 22,6 | 25,3 | 28,3 |
| 27 | 640 | 780 | 1030 | 27 | 32,4 | 34,2 | 35,9 | 27 | 23,4 | 25,9 | 28,7 |
| 28 | 720 | 900 | 1150 | 28 | 33,7 | 35,3 | 37,0 | 28 | 24 | 26,4 | 29,1 |
| 29 | 810 | 1000 | 1280 | 29 | 35,0 | 36,5 | 38,0 | 29 | 24,8 | 27,3 | 29,8 |
| 30 | 940 | 1180 | 1410 | 30 | 36,7 | 38,2 | 39,2 | 30 | 25,7 | 27,8 | 30,4 |
| 31 | 1110 | 1350 | 1610 | 31 | 37,2 | 39,1 | 40,9 | 31 | 26,6 | 29 | 31,2 |
| 32 | 1320 | 1580 | 1880 | 32 | 38,6 | 40,7 | 42,8 | 32 | 27,4 | 29,9 | 32,2 |
| 33 | 1580 | 1800 | 2100 | 33 | 40,9 | 42,1 | 44,0 | 33 | 28,1 | 30,9 | 32,7 |
| 34 | 1880 | 2020 | 2340 | 34 | 42,9 | 43,7 | 45,3 | 34 | 29,2 | 31,9 | 33,8 |
| 35 | 2010 | 2280 | 2590 | 35 | 43,7 | 45,3 | 46,8 | 35 | 29,6 | 32,1 | 34,1 |
| 36 | 2280 | 2510 | 2910 | 36 | 45,2 | 46,3 | 48,4 | 36 | 31,2 | 33,2 | 35 |
| 37 | 2480 | 2760 | 3200 | 37 | 46,1 | 47,6 | 49,8 | 37 | 31,3 | 33,3 | 35,4 |
| 38 | 2680 | 2980 | 3480 | 38 | 47,2 | 48,7 | 51,0 | 38 | 32,3 | 34 | 35,8 |
| 39 | 2820 | 3120 | 3680 | 39 | 47,9 | 49,3 | 51,8 | 39 | 33,1 | 34,5 | 36,5 |
| 40 | 2960 | 3305 | 3890 | 40 | 48,3 | 49,9 | 52,2 | 40 | 33,5 | 35,3 | 36,6 |
| 41 | 3104 | 3600 | 4100 | 41 | 49,0 | 51,2 | 52,7 | 41 | 34,4 | 35,7 | 36,7 |
| 42 | 3080 | 3530 | 4010 | 42 | 48,7 | 51,1 | 52,5 | 42 | 33,6 | 35,5 | 37,1 |
| 43 | 3120 | 3200 | 3660 | 43 | 48,5 | 51,1 | 52,3 | 43 | 33,4 | 35,2 | 37,2 |