

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE IQUITOS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE OBSTETRICIA

TESIS

FACTORES RELACIONADOS CON EL PESO
DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL
APOYO IQUITOS Y EL HOSPITAL REGIONAL
DE LORETO, MARZO A JUNIO DEL 2002.

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA

BACHILLERES:

- JESSICA LÓPEZ URIBE
- AMPARO USHÑAHUA MOZOMBITE

ASESOR

- Obst. Elizabeth García Ludeña
- Mag. Julio Goicochea Espino.

IQUITOS - PERÚ

2002

BIBLIOTECA-UPI

DEDICATORIA

A mis padres

Héctor y Aurora

**Con mucho cariño, por ser ellos
los que me dieron la vida y los que
siempre me inculcaron el deseo de
superación**

Amparo

DEDICATORIA

A mi madre

Margarita

**Con cariño por que con su esfuerzo y
sacrificio me incentivo en el deseo de
superarme cada día mas y a mi hermana,
que desde la eternidad me apoyo en forma
espiritual para ver cristalizado mi anhelo de
ser profesional**

Jessica

AGRADECIMIENTO

**Al Dr. Julio Salirosas, desde la inmensidad
De mi corazón por brindarme su afecto y
sincera amistad, por darme apoyo moral e
incondicional**

Jessica

AGRADECIMIENTO

A la Obsteriz Elizabeth García Ludeña . maestra y amiga, mi eterno agradecimiento por sus enseñanzas, paciencia e incondicional apoyo como asesor externo en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A la Dra Magali Goicochea E. Por sus sugerencias y recomendaciones en calidad de asesor externo, desde la lejanía siempre se preocupo para la culminación feliz del trabajo

Al Mag. Julio Goicochea Espino mi eterno agradecimiento por la exigencia, paciencia e incondicional apoyo para hacer realidad la culminación del trabajo

A las obstetricas: Roxana Chumbe, Soledad Espinosa Casteglioni, Doris Arévalo, Maribel Cristóbal, Delmira Romero, Maria Yumbato, profesionales que siempre están preocupadas por el buen desenvolvimiento de la obstetriz , a ellas mi sincero agradecimiento , no las defraudare.

Al personal técnico del Hospital Regional de Loreto, por su valiosa colaboración

A mis profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud por sus enseñanzas a lo largo de mi formación profesional, a ellos mi profundo agradecimiento.

Amparo

ACTA DE EXAMEN PARA TITULO PROFESIONAL

SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Iquitos a los veinte días del mes de setiembre del 2002, a horas 11:30 am, el Jurado Evaluador designado por la Vicepresidencia Académica de la UNIVERSIDAD PARTICULAR DE IQUITOS, integrado por los Señores Miembros que a continuación se indica:

- | | |
|----------------------------------|------------|
| • Med. JAIME ZAMUDIO ZELADA | Presidente |
| • Med. JESÚS MAGALLANES CASTILLA | Miembro |
| • OBST. NATALIK ESPINOZA RAMÍREZ | Miembro |

Se constituyeron en el Auditorio de la Universidad Particular de Iquitos Av. Abelardo Quiñones Km. 2.5. San Juan para evaluar LA SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL, titulado : " FACTORES RELACIONADOS CON EL PESO DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS Y EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DEL 01 DE MARZO AL 30 DE JUNIO DEL 2002" por las bachilleres en Obstetricia USHNAHUA MOZOMBITE, AMPARO y LOPEZ URIBE, JESSICA para optar el título Profesional de LICENCIADA EN OBSTETRICIA que otorga la Universidad Particular de Iquitos, de acuerdo a Ley y Reglamento Interno.

Después de haber evaluado y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente.

El Jurado después de la deliberación correspondiente en privado llegó a la siguientes conclusiones:

9. La sustentación de TESIS que aprobado por unanimidad.

10. Observaciones ninguna.


3. Siendo las 13:15 horas se dio por terminado la Sustentación de Tesis.


Med. JAIME ZAMUDIO ZELADA

Presidente


Med. JESÚS MAGALLANES

CASTILLA
Miembro


OBST. NATALIK ESPINOZA RAMÍREZ
Miembro

PAGINA DE JURADOS Y ASESORES



Med. Jaime Zamudio Zelada

Presidente

Med. Jesús Magallanes Castilla

Miembro

Obst. Natalick Espinoza Ramírez

Miembro

Obst. Elizabeth García Ludeña

Asesor externo

Dr. Magaly Goicochea Espino

Asesor Externo

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotras : Amparo Ushñahua Mozombite y Jessica Lopez Uribe,
autorizamos a la Universidad Particular de Iquitos para reproducir en forma total
o parcial este trabajo de investigación con la finalidad de hacer conocer los
resultados para fines didácticos



Amparo Ushñahua Mozombite



Jessica Lopez Uribe

Índice

Presentación

Resumen en Español

Resumen en Ingles

	Pág.
1.0. INTRODUCCIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Enunciado del problema	2
1.3. Objetivos de investigación	2
1.4. Hipótesis	2
1.5. Sistema de variables	3
2.0: MARCO TEORICO CONCEPTUAL	
2.1. Antecedentes de la investigación	4
2.2. Bases teóricas	5
2.3. Definición de términos operacionales	17
3.0: MARCO METODOLOGICO	
3.1. Nivel de investigación	19
3.2. Diseño de investigación	19
3.3. Población y Muestra	19
3.4. Criterios de Inclusión	19
3.5. Criterios de exclusión	19
3.6. Unidad de análisis	20
3.7. Instrumentos utilizados en la investigación.	20
3.8. Técnicas de análisis de la información	20
3.9. Procesamiento y presentación de información	20
3.10. Protección y derecho de la paciente	20
4.0: RESULTADOS, DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1. Resultados	21
4.2. Discusión	46
4.3. Conclusiones	50
4.4. Recomendaciones	52

5.0: REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	53
ANEXOS	
ANEXO 001: Protocolo de recopilación de información	55-56
ANEXO 002: Información de correlación de cada factor con el peso del RN.	
ANEXO 003: Formulas teóricas empleadas en la investigación	

RELACION DE CUADROS

	Pag.
1. CUADRO Nº 1- A: Madres según paridad Hospital Apoyo Iquitos	21
2. CUADRO Nº 1 B: Madres según Paridad Hospital Regional	22
3. CUADRO Nº 2 A: Relación entre el peso del recién nacido con la paridad HAI.	23
4. CUADRO Nº 2 B: Relación entre el peso del recién nacido con la paridad HRL.	23
5. CUADRO Nº 3 A: Madres Según Edad Hospital Apoyo Iquitos Loreto.	24
6. CUADRO Nº 3 B: Madres Según Edad Hospital Regional De Loreto.	25
7. CUADRO Nº 4 A: Relación entre el Peso del RN con la edad materna HAI.	26
8. CUADRO Nº 4 B: Relación entre el Peso del RN, con la edad materna HRL	27
9. CUADRO Nº 5 A: Recién nacidos según edad gestacional HAI	27
10. CUADRO Nº 5 B: Recién nacidos según edad gestacional. HRL	28
11. CUADRO Nº 6 A: Relación del peso del RN. con la edad gestacional . HAI.	29
12. CUADRO Nº 6 B: Relación entre el peso del RN. con La Edad Gestacional .HRL.	30
13. CUADRO Nº 7-A: Relación entre el peso y el sexo del RN. HAI	30
14. Cuadro Nº 7 A: Relación entre el peso y el sexo del RN. HRL	31
15. Cuadro Nº 8 A: Relación entre el peso del RN con el peso placentario. HAI.	32
16. Cuadro Nº 8 B: Relación entre el peso del Rn. con el peso placentario HRL.	32
17. Cuadro Nº 9 - A: Relación entre talla de la madre y el peso del RN.HAI.	33
18. Cuadro Nº 9 B: Relación entre talla de la madre y el peso del RN, HRL	34
19. Cuadro Nº 10- A: Relación entre espacio intergenesico y el peso del RN HAI.	34
20. Cuadro Nº 10-B: Relación entre espacio intergenesico y el peso del RN. HRL	35
21. Cuadro Nº 11 A: Relación entre diámetro de placenta con el peso del RN. HAI	36
22. Cuadro Nº 11-B: Relación entre diámetro de placenta con el peso del RN. HRL.	36
23. Cuadro Nº 12-A: Relación entre longitud del cordón umbilical con peso del RN. HAI.	37
24. Cuadro Nº 12-B: Relación de longitud del cordón umbilical y el peso del RN. HRL	38
25. Cuadro Nº 13 A: Recién nacidos según su peso HAI.	38
26. Cuadro Nº 13 -B: Recién nacidos según su peso HRL.	39
27. Cuadro Nº 14- A: Relación entre el ingreso familiar y el peso del RN .HAI.	40

28. Cuadro N° 14 B: Relación entre el ingreso familiar con el peso del Rn. HRL.	41
29. Cuadro N° 15 -A: Relación entre el control prenatal y el peso del RN. HAI.	41
30. Cuadro N° 15-B: Relación entre el control prenatal y el peso del RN. HRL.	42
31. Cuadro N° 16: cuadro de análisis de varianza.	43
32. Cuadro N° 17 : Prueba de hipótesis de diferencia de promedios de los factores	45

RELACION DE GRAFICOS

	Pag
1. GRAFICO N° 1- A : Madres según Paridad HAI	21
2. GRAFICO N° 1-B Madres según Paridad HRL	.22
3. GRAFICO N° 3 -A Madres según edad (años). HAI	25
4. GRAFICO N° 3- B :Madres según edad (años) HRL	26
5. GRAFICO N° 5-A: RN según edad gestacional por amenorrea. HAI	28

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento a las normas del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Particular de Iquitos, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, presentamos como parte fundamental en la formación profesional el trabajo de Investigación titulado "FACTORES RELACIONADOS CON EL PESO DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS Y EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, MARZO A JUNIO DEL 2002." La finalidad es determinar cuales son las variables y cual es el grado de relación entre ellas en los hospitales de Loreto .

Nuestro trabajo se realizó con diversas limitaciones, el deseo es contribuir para futuras investigaciones esperando que el personal de salud evite el egoísmo mezquino y contribuya a la investigación que va en beneficio de nuestra población.

Ponemos a vuestra consideración y apelamos a su comprensión y si hubiera omisiones solicitamos a ustedes señores miembros del Jurado, la decisión justa del dictamen correspondiente para su aprobación.

San Juan, setiembre del 2002.

Amparo Ushñahua Mozombite

Jessica Lopez Uribe

RESUMEN

TITULO: FACTORES RELACIONADOS CON EL PESO DEL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS Y EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, MARZO A JUNIO DEL 2002

El trabajo de investigación es un estudio Prospectivo por que la información fue recopilada por los propios autores después de haberse aprobado el proyecto, se incluyo 221 madres de las cuales 93 pertenecen al Hospital Regional y 128 al Hospital Apoyo Iquitos, estas madres cumplieron con los criterios de inclusión en el periodo de 1° de marzo al 30 de junio del 2002.

El objetivo principal fue determinar en que medida los factores paridad, edad materna, edad gestacional por amenorrea, sexo, peso placentario, talla de la madre, espacio intergenesico, Ingreso familiar, diámetro de la placenta influyen en el peso del recién nacido

En la investigación las unidades de análisis fueron estrictamente seleccionadas descartando a todas aquellas que no cumplieron con los criterios de inclusión.

De los resultados se observa que el peso de los recién nacidos en el Hospital Apoyo Iquitos el 48.4 % son de sexo masculino y el 51.6% son de sexo femenino, mientras que en el Hospital Regional el 51.6% son de sexo masculino y el 48.4% son de sexo femenino, El peso promedio de l Recién nacido en el Hospital Apoyo Iquitos es de 3215.156 ± 423.12 gramos y en el Hospital Regional de Loreto el peso promedio de los Recién nacidos es 3101.89 ± 382.4 gramos

La asociación muestra que el peso del recién nacido es dependiente de los factores: Edad materna, edad gestacional, sexo del recién nacido, peso placentario, espacio intergenesico, longitud del cordón umbilical y control prenatal al 5 % de significación tanto en el HAI y HRL, y al 1 % de significación el peso del recién nacido es dependiente de los factores: Diámetro placentario, Ingreso familiar tanto en el HAI y HRL.

El análisis de varianza muestra, que la fuente de variación entre Hospitales, la influencia es igual en los dos Hospitales, la fuente de variación entre factores es altamente significativo con respecto al peso del recién nacido al 1% de significación.

SUMMARY

I TITLE: FACTORS RELATED WITH THE WEIGHT OF THE RECENTLY BORN one IN THE HOSPITAL SUPPORT IQUITOS AND THE REGIONAL HOSPITAL DE LORETO, MARCH TO JUNE OF THE 2002

The investigation work is a Prospective study for that the information was gathered by the own authors after having been approved the project, you includes 221 mothers of which 93 belong at the Regional Hospital and 128 to the Hospital I Support Iquitos, these mothers fulfilled the inclusion approaches in the period of March at June 30 the 2002.

The main objective was to determine in that measured the factors parity, maternal age, age gestacional for amenorrhoea, sex, peso placentario, carves of the mother, space intergenesico, family Entrance, diameter of the placenta influences in the weight of the recently born one

In the investigation the analysis units were strictly selected discarding to all those that didn't fulfill the inclusion approaches.

Of the results it is observed that the weight of those recently born in the Hospital I Support Iquitos 48.4% they are of masculine sex and 51.6% they are of feminine sex, while in the Regional Hospital 51.6% is of masculine sex and 48.4% they are of feminine sex, The peso average of I Recently born in the Hospital I Support Iquitos it is of 3215.156 ± 423.12 grams and in the Regional Hospital of Loreto the weight of those Recently born ones is 3101.89 ± 382.4 grams

The association shows that I weigh of the recently born one it is dependent of the factors: Maternal age, age gestacional, sex of the recently born one, I weigh placentario, space intergenesico, longitude of the umbilical cord and prenatal control to 5 significance% so much in the HAI and HRL, and to 1 significance% the weight of the recently born one is dependent of the factors: Diameter placentario, so much family Entrance in the HAI and HRL.

The variance analysis shows that the variation source among Hospitals the influence is same in the two Hospitals, the source variation among factors is highly significant with regard to the weight of the recently born to 1 significance%.

INTRODUCCIÓN

El criterio para predecir el riesgo a que estaría expuesto el recién nacido, incide directa ó indirectamente sobre el crecimiento y desarrollo del feto, numerosos factores tales como: hipertensión, hábito de fumar, infecciones prenatales, paridad, desnutrición materna, edad materna avanzada, salud materna, edad gestacional y peso placentario.

El peso del recién nacido en todos los lugares y grupos de población, es el factor más importante para determinar probabilidades que tiene el niño para sobrevivir (1)

Para que este nuevo ser sea un fruto óptimo, se requiere la conjugación de buenas raíces genéticas y de condiciones ambientales adecuadas. lo mismo las determinadas por el útero y el aparato reproductor (micro ambiente), por el organismo materno en general (macro ambiente), mas que por las condiciones ecológicas (macro ambiente)(8, 16)

Winnick informa que hay dos formas de retardo de crecimiento fetal: una por insuficiencia vascular placentaria y otra por restricción proteica materna, afirmando que antes de la semana 34 el crecimiento del feto es por hiperplasia celular y que cuando más temprano sea la deficiencia del crecimiento, menos probable será la repercusión

El peso del recién nacido es en todos los lugares y grupos poblacionales el factor mas importante para determinar probabilidades que tiene el recién nacido para sobrevivir (1).

Conociéndose entonces que el peso del recién nacido esta influenciado por múltiples factores y teniendo en cuenta que en nuestro país los indicadores de insuficiencia ponderal del Recién nacido son altos, se analizara concretamente en el presente trabajo la relación existente entre la paridad, edad materna edad gestacional, sexo y peso placentario con el peso del recién nacido.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para que el nuevo ser sea un fruto óptimo, se requiere la conjugación de buenas raíces genéticas y de condiciones ambientales adecuadas, lo mismo las determinadas por el aparato reproductor (microambiente), por el organismo materno en general (macroambiente) mas que por las condiciones ecológicas (8)

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿ En que medida los factores: paridad, edad materna, talla de la madre, ingreso familiar, control prenatal, peso placentario, sexo del recién nacido, longitud del cordón umbilical, diámetro placentario y edad gestacional se relacionan con el peso del RN, en el Hospital Apoyo Iquitos y el Hospital Regional de Loreto desde el primero de Marzo al 30 de Junio del 2002. ?

1.3 OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación entre el peso del Recién Nacido y cada uno de los factores en estudio

Objetivo Especifico

1. Determinar en que medida los factores paridad, edad materna, edad gestacional, sexo del recién nacido, Ingreso familiar de la madre y peso placentario se relacionan con el peso del Recién Nacido
2. Determinar la paridad, edad materna, talla de la madre, Ingreso familiar, control prenatal y peso placentario en cada una de las parturientas
3. Determinar el peso del recién nacido, peso placentario, longitud del cordón umbilical, diámetro placentario y sexo en cada uno de los recién nacidos

1.4 HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

Consideramos dos hipótesis de investigación:

1. Los factores: paridad, edad materna, talla de la madre, ingreso familiar, control prenatal, peso placentario, sexo del recién nacido, longitud del cordón umbilical, diámetro placentario y edad gestacional guardan relación con el peso del Recién nacido

2. La influencia de los factores en el peso del recién nacido en el Hospital Regional de Loreto es igual que en el Hospital Apoyo Iquitos.

1.5 SISTEMA DE VARIABLES

En la investigación se analiza las características denominados factores para medir la independencia de criterios de cada uno de ellos con el peso del recién nacido y se ha considerado dos variables las variables independientes (causa) y la variable dependiente (efecto)

1.5.1 Variables independientes (Denotamos con X_i)

a)	Edad de la madre	:	X_1
b)	Paridad.	:	X_2
c)	Edad Gestacional	:	X_3
d)	Sexo del Recién Nacido	:	X_4
e)	Peso placentario	:	X_5
f)	Talla del Recién nacido	:	X_6
g)	Longitud del cordón umbilical	:	X_7
h)	Diámetro mayor de la placenta	:	X_8
i)	Control Prenatal de la madre	:	X_9
J)	Ingreso familiar de la madre	:	X_{10}
k)	Talla de la madre	:	X_{11}

1.5.2 Variable dependiente (Denotada por Y_i)

Peso del recién nacido	:	Y_i
------------------------	---	-------

CAPITULO II.

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES

Melchor J.C y Col.(España), Con el fin de estudiar la influencia que la edad avanzada pudiera tener sobre las tasas de RECIÉN NACIDO de bajo peso (menor de 2500gr.) pretérminos o de RECIÉN NACIDO, de bajo peso la edad gestacional (PBG), analizaron su incidencia en un total de 17,230 pacientes primíparas con gestación única en el HOSPITAL DE CRUCES DE ESPAÑA, entre enero de 1987 a diciembre de 1992

El resultado obtenido en el grupo de primíparas de 30-34 años de edad fue el de una tasa mayor de RECIÉN NACIDO con bajo peso y de preterminos, mientras que la tasa de PBG fue algo mas baja que el grupo de 20-29 años.

Por el contrario no se encontró que las pacientes de 35 años a mas presenten una mayor tasa de fetos de peso menor de 2500 gr ni de fetos preterminos, ni de PBG, cuando se han comparado con el grupo de referencia de 20 a 29 años de edad.

Los resultados sugieren que la priparidad madura por encima de los 34 años no se asocia con una mayor tasa de RECIÉN NACIDO, de bajo peso, pretermino o de peso bajo para la edad estacional.

Lechtig Aarón y Chelín Robert E.(EE.UU)

Con el fin de satisfacer la demanda de indicadores sencillos, prácticos y específicos del riesgo de bajo peso al nacer (2500 grs. ó menos). Presentaron una serie de indicadores como características de vivienda, talla, perímetros cefálicos, y braquial materna, edad gestacional y ganancia de peso durante el embarazo.

Propusieron en forma tentativa, un modelo a fin de interpretar la ganancia de peso durante el embarazo, para ello se trabajo con el percentil 50 calculado en una

muestra extraída de una población que presentaba un óptimo estado nutricional al momento del embarazo.

La tendencia observada en este estudio es siempre constante a menor percentil corresponde mayor riesgo de bajo peso al nacer.

Bustinza López Ray y col. (Lima), Realizaron estudios de la relación del tamaño placentario y problemas peri natales siendo determinados en 110 RECIÉN NACIDO de bajo peso, la incidencia de problemas peri natales: apgar menor de 7, líquido amniótico meconial y distress fetal, fue mayor en aquellos RECIÉN NACIDO con la relación (RECIÉN NACIDO/PP), menor de 7 ($P < 0.05$)

El análisis estadístico del peso del RECIÉN NACIDO, el peso de la placenta y el índice RECIÉN NACIDO/PP, fue comparado con los casos de los RECIÉN NACIDOS con y sin problemas peri natales; donde se aprecia que la media de los pesos de los RECIÉN NACIDOS y la media de los pesos placentarios aunque son mayores, en el caso de los neonatos con problemas peri natales, no llegan a ser significativamente diferentes

Sobre la base de estos datos concluyeron que el RECIÉN NACIDO de bajo peso unidos a placentas relativamente grandes están, sujetos a un mayor riesgo de desarrollar problemas peri natales.

2.2. BASES TEORICAS

1. EL RECIEN NACIDO.

Definición:

La asamblea mundial de la salud en 1950 define el nacimiento de un niño vivo como "la expulsión completa o extracción de su madre, de un producto de concepción que después de tal separación respira o muestra otras evidencias de vida como latidos cardiacos, pulsación del cordón umbilical ó claros movimientos de los músculos voluntarios, tanto si el cordón umbilical ha sido o no seccionado como si la placenta se ha desprendido o no" (4, 16)

Clasificación

La Dra. Lubchenco hace la clasificación mas utilizada sintetizado en las "curvas de colorado " la evolución de la talla, peso corporal y perímetro

cefálico a través de la gestación normal; y al relacionar a estas curvas con los datos antropométricos de un niño en particular o de grupos de niños de poblaciones seleccionadas, le permitió demostrar si el crecimiento ha seguido su patrón normal con magnitudes promedios esperados para su tiempo de gestación o haberse desviado fuera de lo normal.

Desde la aplicación de estas curvas, se reconocen universalmente tres tipos de RECIÉN NACIDO en función de su edad gestacional: a) los llamados pretérmino; b) los de término y c) los RECIÉN NACIDO posttérmino.

Respecto a la ubicación porcentual del peso corporal, surgen de cada tipo tres subtipos y son:

- De crecimiento adecuado para la edad Gestacional (AEG.), Son los que registran un peso al nacer que esta entre percentiles 10 y 90.
- Grandes para la edad estacional (GPEG.), son los RECIÉN NACIDOS cuyo peso que da arriba del percentil 90.
- Pequeños para la edad gestacional. (P.E.G.), son los RECIÉN NACIDOS, que su peso se ubica debajo del percentil 10,

a. Recién nacido pretérmino.

Definición.

En esta clasificación se considera a los RECIÉN NACIDO, con menos de 37 semanas de gestación a partir del primer día del ultimo periodo menstrual, tiene una gestación acortada (OMS) (4,6, 7)

Características

Las características de un niño Pretérmino varían de acuerdo a la edad gestacional; son mas marcadas en los niños con la edad gestacional mas corta y se hacen menos pronunciadas a medida que la edad gestacional aumenta.

Cabe indicar que se asume que el niño es sano cuando presenta las características normales de la edad gestacional en la que ha nacido (4,6), estas son:

- Longitud: la talla del niño es menor de 47 cm.

- **Peso:** el feto pesa a lo mas 2500gr, y casi siempre guarda relación con su edad gestacional
- **Proporciones generales del feto:** cabeza grande en proporción con el tamaño del cuerpo (menor de 33 cm.), Tórax pequeño (menos de 29 cm.) Abdomen relativamente grande. Cuanto más corta sea la edad gestacional, mas cerca se encontrara el ombligo de la sínfisis del pubis.
- **Vitalidad:** El niño es más débil y perezoso, somnoliento con un llanto débil (maullido de gato). Su temperatura es subnormal y su reflejo de succión esta débil o ausente.
- **Piel:** es roja y arrugada con escasa grasa subcutánea y presenta también pezones aplanados
- **Cabello:** es corto y vellosos
- **Orejas:** blandas y planas
- **Plantas de los pies:** Solamente presenta uno o dos pliegues transversos.
- **Uñas:** son blandas y pueden o no llegar hasta la punta de los dedos.
- **Genitales:** los testículos no han descendido aun estando estos en la región abdominal en el hombre y en la mujer los labios menores no están recubiertos por los labios mayores.

Causas:

El nacimiento de un niño pretérmino va asociado con:

- Nacimiento múltiple
- Malformaciones congénitas
- Ilegitimidad
- Complicaciones maternas durante el embarazo
- Madres que tienen menos de 157.50cm de altura.
- Madres de edad inferior a 20 años y superior a 35
- Niños primogénitos o nacidos en tercer lugar o más posteriormente.

Consecuencias:

- Dificultad respiratoria

- Hipoglucemia e hiperbilirubinemia
- Anemia y edema
- Alteraciones neurológicas
- Dificultad para la alimentación y para la ganancia de peso

b. Recién Nacido a Término

Definición.

El nacimiento de un niño capaz de adaptarse sin problemas a la vida extrauterina es muy importante que el parto ocurra en el momento más apropiado, en esta clasificación están los RECIÉN NACIDOS que han cumplido 37 a 41 semanas de desarrollo intrauterino, la proporción de recién nacidos a término, varía en distintos países del mundo (85 a 95 %) aunque no se encuentra en completa madurez esta en ventaja sobre aquellos que han de enfrentarse a este nuevo medio antes de su término.(15)

Características (6,16)

- **Longitud:** Talla promedio normal de 48 a 52cm.
- **Peso:** El RECIÉN NACIDO se encuentra entre los límites de 2.5 a 4 Kg siendo el promedio de 3 a 3.5 Kg.
- **Proporciones generales:** Circunferencia cefálica (34 a 35 cm) mayor que la torácica (32 a 33 cm), el ombligo se encuentra a media distancia entre la sínfisis del pubis y el apéndice xifoides del estómago
- **Vitalidad:** el RECIÉN NACIDO es fuerte y activo se despierta para comer y tiene un llanto vigoroso. Su temperatura es normal y presenta succión fuerte.
- **Piel:** color rosado, con presencia de vernix caseoso en los pliegues, hombros y espalda
- **Cabello:** Puede ser escaso o tupido y abarcar parte de la frente
- **Orejas:** son firmes y separadas
- **Tórax:** prominente sobresaliendo las glándulas mamarias en ambos sexos.
- **Plantas de los pies:** Cubiertos por pliegues entrecruzados.
- **Uñas.** Sobresalen ligeramente del borde distal de los dedos y son firmes.

- **Genitales:** En el hombre los testículos se hallan en el escroto y en la mujer los labios menores están recubiertos por los labios mayores.

c. Recién nacido a post término

Definición.

Si el nacimiento del de RECIÉN NACIDO se realiza en la semana 42 ó más se denomina pos término (15),

Los nacidos después de las 42 semanas o más de gestación, calculadas a partir del último periodo menstrual, independiente el peso al nacimiento (4,7,8)

Etiología

La etiología del pos término es desconocida, la macrosomía no se relaciona con el parto tardío. Pero sí con una elevada estatura de los padres, con la multigravidez o con una madre diabética

Características

- Ausencia de lanugo
- Disminución o ausencia de vernix caseoso
- Uñas largas y abundante pelo
- Piel blanca apergaminada o descamada
- Estado de alerta aumentado

Pronóstico

Cuando el parto se retrasa tres semanas o más, existe un aumento importante en la mortalidad. Pero con el actual manejo obstétrico se ha mejorado y disminuido la mortalidad.

Adecuado para su edad gestacional.

Llamados eutróficos son aquellos cuyo peso al nacer se encuentran en los percentiles 10 y 90 de la curva de crecimiento intra uterino, cuando son de término, es el grupo de menor riesgo ya que si nacen vigorosos y su examen es normal al nacimiento solo un 3 o 4% presenta ictericia que requiere algún tratamiento. (15)

Grandes para la edad gestacional

Llamados hipertróficos, son aquellos RECIÉN NACIDOS cuyo peso al nacer esta por encima del percentil 90 independientemente del tiempo de gestación.

Etiología

- Madres diabéticas
- Alteraciones del metabolismo fetal

Lesiones neonatales: Intra parto

- Traumatismo del plexo cervical
- Fractura de clavícula
- Céfalohematoma
- Hematoma subdural
- Equimosis de cabeza y cara

Tasa de mortalidad:

Las tasas de mortalidad perinatal y neonatal disminuyen con el aumento de peso hasta aproximadamente 4,000gr; a partir de esta cifra ocurre lo contrario.

Cuando no existe patología asociada, su morbilidad y mortalidad son menores que en los de peso apropiado y que en los de bajo peso (6, 33)

Pequeños para la edad gestacional.

En 1961 la OMS considera bajo peso al nacer a todo RECIÉN NACIDO, que pese al nacer menos de 2500gr, esto presenta un problema por que no permite estimar con precisión la proporción de pre términos y de pequeños para la edad gestacional (PEG), en el caso de los PEG, el limite que más frecuentemente se usa para clasificarlos es el percentil 10.

Al termino de la gestación alcanza los 2900 grs. por lo tanto todos los neonatos que pesan entre 2500 y 2900 gr., que son realmente pequeños para su edad gestacional, no estarían en consideración si se tomaría el patrón general para todos los nacidos con peso inferior a 2500 gr.

Dentro de este rango de peso (2500 - 2900 gr) se produce la mayoría de los nacimientos pequeños para la edad gestacional (15)

Etiología

- Desnutrición durante el embarazo
 - Infecciones
 - Adicción a drogas
 - Embarazos múltiples
 - Pre eclampsia
 - Corto intervalo inter genésico
 - Hipertensión inducida por el embarazo
 - Hemorragias frecuentes que producen anemia
 - Malformaciones congénitas
 - Alteraciones primarias y secundarias

Factores de riesgo que interfieren con el crecimiento fetal (15)

a. Factores pre concepcionales

- i. Bajo nivel socioeconómico- educacional de la mujer
- ii. Edades extremas (adolescentes y edad avanzada)
- iii. Primigesta
- iv. Baja talla
- v. Enfermedades crónicas: Hipertensión arterial, nefropatías, diabetes con vasculopatía

b. Factores de riesgo durante el embarazo

- vi. Embarazo múltiple
- vii. Aumento de peso materno menor que el percentil 25 de la curva de ganancia de peso según edad gestacional (al termino del embarazo \leq a 8 Kg)
- viii. Corto intervalo inter genésico (< 12 meses)
- ix. Hipertensión inducida por el embarazo
- x. Hemorragias frecuentes que producen anemia
- xi. Infecciones: Virósicas, bacterianas, parasitarias
- xii. Malformaciones congénitas
- xiii. Alteraciones placentarias primarias, ó secundarias a otras patologías (infarto, edema vellositario, etc)

b. Factores de riesgo ambientales y del comportamiento

- xiv. Hábito de fumar durante el embarazo
- xv. Consumo exagerado de alcohol y cafeínas
- xvi. Elevada altitud sobre el nivel del mar
- xvii. Estrés
- xviii. Control prenatal ausente o inadecuado.

2. EDAD MATERNA

La relación entre la edad materna y el peso al nacer está estrechamente ligada a la del orden de nacimiento y al espacio entre nacimientos, conjuntamente a los factores socioeconómicos, que es muy difícil aislar su efecto, sin embargo la disminución de la incidencia de prematuridad, cualquiera que sea su definición, con el aumento de paridad entre hermanos debe significar que el aumento de la edad materna no puede ser por sí mismo un factor muy importante para el aumento del riesgo de peso bajo al nacer

3. EDAD OPTIMA DE GESTACIÓN

La edad materna óptima de gestación se alcanza a los 23 años (± 2) y este período óptimo dura hasta los 29 años, en esta etapa son mínimos los riesgos, tanto para la madre como para el niño

La extrema juventud supone, incompleto desarrollo, menor capacidad de trabajo orgánico y de calidad óptima en el terreno obstétrico. La gestación tiende a acortarse en primigestas menores de 20 años, lo que induce a mayor incidencia de premadurez. La edad avanzada obstétrica, hablando mayor de 35 años resulta más peligrosa(13)

4. EDAD GESTACIONAL (15)

a) Estimación

los métodos habituales de diagnóstico de la duración del embarazo son:

1. Cálculo de la amenorrea: a partir del primer día de la fecha de la última menstruación
2. Altura uterina : tiene una gran variabilidad (± 3 semanas)

3. Primeros movimientos fetales percibidos por la madre: tiene lugar a las 17 ± 5 semanas en las multíparas y a las 19 ± 5 semanas en las primíparas

4. Biometría fetal por ecografía: a las 6 – 12 semanas se mide la longitud céfalo nalga (error en la estimación ($\pm 5-6$ días), a partir de las 12 semanas y hasta el termino es posible medir el diámetro biparietal (error en la estimación (± 1 semana hasta aproximadamente las 27 semanas). En el mismo periodo se puede medir la longitud del fémur (su error de estimación es mayor que el diámetro bi-parietal)

5. Grado de madurez placentaria: si bien se correlaciona con la edad gestacional, no es de utilidad para predecir amenorrea. Si lo es para predecir madures pulmonar fetal.

6. Parámetros del liquido amniótico. Este es obtenido por amniocentesis transparietoabdominal luego de la ecografía.

5. PLACENTA

a. Concepto y características

Es un órgano transitorio que ubicado en la cavidad uterina, es el mediador de importantes funciones entre la madre y el feto durante la gestación. El feto y la placenta constituyen una unidad funcional y su maduración se hace sincrónica constituyendo la unidad feto- placentaria.

Macrosómicamente la placenta tiene el aspecto de una torta, a lo que alude su nombre procedente del latín. En ella se puede considerar dos caras y un borde circunferencial. su tamaño, peso, espesor y apariencia varían según el tiempo de gestación, pero a termino, sus características por lo general son las siguientes:

- Tamaño : 15 a 20 cm.
- Peso : 400 a 600 gr
- Espesor : 2 a 3 cm.
- Consistencia : blanda
- Dos caras : fetal y materna
- Borde

b. Estructura

La estructura placentaria -varia desde su origen hasta el quinto mes de gestación, pero a partir de este momento hasta el final del embarazo, conserva las mismas características, en cuya conformación se consideran tres zonas, que consideradas de la cara fetal hacia la materna en su inserción en la pared uterina son tres:

1. Zona o placa coriónica.

Llamada lamina coriónica, corresponde a la cara fetal de la placenta y por ende en la cavidad amniótica, esta constituido por: a) epitelio amniótico, por debajo del cual se encuentra; b) una capa de tejido conjuntivo, en la que se encuentra la gelatina de warton y los ejes de los troncos vellosos; y c) los vasos alantocorionicos. Por dentro de estos elementos se encuentran restos del trofoblasto que después son reemplazados por tejido fibrinoide, que lo separa del espacio intervelloso.

2. Espacio Intervelloso.

Esta limitado entre la zona anterior y la placa basal, es un amplio espacio en el cual se encuentran flotando los troncos vellosos con sus ramificaciones que terminan en las vellosidades coriales.

3. Zona o placa basal.

Constituida por restos del sincitio trofoblasto y del citotrofoblasto, que al degenerar se llenan de fibrinoide, el mismo que condensado, por debajo de estos restos constituye la capa de Nitabuch, siguiéndole a ésta la decidua de la capa basal

A partir del cuarto mes se forman tabiques que invaden el espacio intervellosos, pero que sin llegar a la placa corial, dividen este espacio en cavidades que en numero de 10 a 18 constituyen los cotiledones. En cada uno de estos espacios existe un tronco veloso (Tronco veloso de primer orden) que portando los elementos vasculares venoso y arterial, ramas de los vasos umbilicales, penetran al espacio intervelloso y se ramifican en troncos vellosos de segundo y tercer orden.

Estos al llegar a la placa basal se incurvan, recorren un pequeño trecho y se ramifican, para terminar finalmente en las vellosidades coriales.

Hay en la placenta aproximadamente 200 cotiledones de los cuales destacan a simple vista 10 a 18 (13)

6. EL CORDÓN UMBILICAL

Es un anexo largo cilíndrico, flexible, comprensible y distensible, que une al feto con la placenta y por el cual circulan los elementos vasculares para el intercambio feto-placentario.

Exteriormente es de color blanquecino mate, traslucido y húmedo, con torsión sobre su eje a predominio dextrógiro. Sus dimensiones fluctúan ampliamente, pero mayor frecuencia se encuentra entre los 50 y 60 cm de longitud, guardando cierta correlación con el tamaño de la placenta y el peso fetal. Su diámetro transversal alcanza entre 15 a 20 milímetros.

Al corte transversal está cubierto externamente por el amnios y contiene en su interior los elementos vasculares constituidos por dos arterias y una vena que discurren entre la gelatina de Warthon. Los vasos son más largos que el cordón y de ellos las arterias lo son más que las venas.

Las arterias se distribuyen en la placa coriónica en forma dispersa cuando el cordón es central y en forma marginal cuando las dos arterias llegan al borde antes de dividirse. Generalmente cerca de la placenta pero dentro del cordón las arterias suelen estar unidas por una anastomosis transversa o de Hyrtl.

Las arterias que en este caso conducen la sangre venosa del feto a la placenta, tienen disposición en espiral variable alrededor de la vena y carecen de fibras elásticas; mientras que la vena que retorna la sangre arterial de la placenta al feto tiene mayor calibre que las arterias y posee en su pared fibras elásticas. (13)

7. ALTERACIONES DE LA PLACENTA (15)

Investigaciones modernas hechas en forma sistemática indican una incidencia de más del 9%, lo que justifica que se les preste atención y se trate de darles significación clínica.

Para facilitar su clasificación y estudio se refiere a las anomalías puras, sin olvidar que en general es difícil encontrar en una sola placenta varias anomalías asociadas.

A. PLACENTA MÚLTIPLE:

Se denomina así cuando en un embarazo único la masa placentaria se halla formado por dos o más partes iguales o desiguales. Dentro de esta anomalía la más común es la placenta bilobulada, y es de tres tipos:

1. **Placenta Bilobata:** Consta de una masa cotiledónica única, con dos lobulaciones bien notables y en dependencia circulatoria.
2. **Placenta Bipartida:** Consiste en dos masas ó discos placentarios unidos por un puente membranoso sin vasos y cuya circulación es independiente, reservándose el nombre de placenta dimidiata para aquellos casos en que las masas placentarias tienen una extensión semejante.
3. **Placenta succenturiada:** Cuando separados de la masa placentaria principal existen uno ó varios cotiledones accesorios o aberrantes, unidos por vasos que recorren las membranas y que salen, por lo general del borde de la placenta.

B. PLACENTA ZONARIA

Se caracteriza por que las vellosidades toman una zona de implantación de extensión anormal, disponiéndose en forma de anillo en torno de la cavidad uterina. Este anillo puede ser completo y se denomina placenta anular o incompleta, por lo que recibe el nombre de placenta reniforme o en herradura

C. PLACENTA DIFUSA O MEMBRANOSA

Representa como la zonaria una anomalía de extensión de las vellosidades, en las que la gran disminución de espesor es compensada por su extensión en superficie. La ausencia de la torta desidual ha permitido rotularla como falta de placenta.

D. PLACENTA FENESTRADA

Las condiciones nutritivas deficientes de la decidua pueden llevar a la hipoplasia limitada de las vellosidades coriales. Ello permite la existencia de zonas de tamaño variable, en las que se ven únicamente las membranas, razón por la cual recibe la denominación de placenta fenestrada.

E. PLACENTA MARGINADA Y PLACENTA CIRCUNVALADA

Se denomina placenta marginada a una anomalía bastante caracterizada por la presencia de un anillo fibrinoso situado a cierta distancia del borde, sobre la cara fetal; se la ve en el embarazo extra membranoso.

Cuando el anillo es saliente y a su nivel se produce un repliegue de las membranas ovulares, que se invierten hacia adentro, formando una valla, se denomina placenta circunvalada (15)

2.3. DEFINICION DE TERMINOS OPERACIONALES

1. Edad Materna

Es la edad en años cumplidos de la parturienta.

2. Edad Gestacional

Se calcula desde el primer día de la última menstruación y se determina en semanas de amenorrea, la duración promedio del embarazo es de 40 semanas ó 280 días.

Definido por el tiempo en semanas y/o días de embarazo contado desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha actual (15)

3. Sexo del recién nacido

Definido como el sexo microscópico del RECIÉN NACIDO: masculino ó femenino

4. Peso Placentario

Es el peso de la placenta en gramos, siendo recortado de membranas y cordón umbilical, así mismo exprimida, para quedar libre de coágulos

5. Peso del Recién Nacido

Definido por el peso en gramos del RECIÉN NACIDO inmediatamente después de haber concluido el periodo expulsivo.

6. Paridad

Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación. habitualmente la paridad se designa con el número total de embarazos y se representa con la letra "P" o la palabra "para" (11)

7. Fecha Última de regla

Es el día, mes y año de la última menstruación, es importante completar siempre este dato aunque la embarazada no lo recuerde con exactitud.

8. Fecha Probable de Parto

Es el día, mes y año en que se cumplirán las cuarenta semanas de gestación. Se obtiene agregando 10 días al día de inicio de la última menstruación normal, añadiendo 9 meses en el almanaque. (15)

9. Control Pre Natal

Serie de contactos, entrevistas ó visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y adecuada preparación para el parto y la crianza del niño (15)

10. Gesta

Es el estado de gestación, también significa el número de veces que ha estado embarazada una mujer, incluyendo el embarazo actual

11. Altura Uterina.

Es un procedimiento muy confiable útil para evaluar el crecimiento fetal intrauterino. Consiste en medir con una cinta inextensible la distancia que mide entre el borde superior de la sínfisis del pubis y el borde superior del fondo uterino (15)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 Nivel de Investigación

En el estudio se utilizó el método descriptivo analítico, porque permitió describir y determinar la relación entre la variable independiente y dependiente aceptando o rechazando la hipótesis de investigación

3.2 Diseño de investigación

Se empleó el diseño prospectivo por que los datos y mediciones fueron recopilados por los propios responsables de la investigación

3.3 Población y Muestra

La población está constituida por las parturientas atendidas en la sala de partos del Hospital Regional de Loreto y el Hospital Apoyo Iquitos, entre el primero de marzo al 31 de Junio del 2002, que cumplen con los criterios de inclusión.

Cabe indicar que en este periodo realizamos el internado clínico en los Hospitales en mención.

3.4. Criterios de inclusión

Para que las parturientas sean incluidas en la unidad de análisis en la investigación cumplieron lo siguiente:

- a) Que las parturientas hubieran cumplido un embarazo sin complicaciones
- b) Se aceptara embarazos únicos
- b) Tenga buen estado de salud la madre
- c) Placentas sin patologías macroscópicas evidentes, correspondientes a recién nacidos normales a término (37 a 41 semanas de edad estacional)

3.5 Criterios de exclusión

- a) No se considerara en el presente trabajo las patologías demostrada como agente causante de hipertrofia ó hipotrofia placentaria y daría origen a complicaciones sobre el peso del recién nacido
- b) Embarazos múltiples
- d) Recién Nacidos con malformaciones (Genéticos, embriologicos)

3.6 Unidad de análisis

La unidad de análisis es un recién nacido y la madre que cumple con los requisitos de inclusión

3.7 Instrumentos a utilizar en la investigación

En la investigación se utilizara la observación directa de las pacientes en estudio y la entrevista personal, el instrumento que se utilizara es el protocolo que se muestra en el anexo N° 01

3.8 Técnicas de análisis de la información

Para el análisis de la información se utilizo la prueba Chi cuadrado para verificar la relación entre los factores en estudio con el peso del recién nacido

Se realizó el análisis de varianza para medir la influencia de los factores en el peso del recién nacido

Las medidas descriptivas utilizadas son la media aritmética y la desviación estándar, la correlación entre los factores y el peso del recién nacido utilizamos el coeficiente de correlación de Pearson

La prueba de diferencia de promedios de los factores que influyen en el peso del recién nacido del Hospital Apoyo Iquitos y El Hospital Regional de Loreto

3.9 Procesamiento y Presentación de datos

El procesamiento de la información se realizó en SPSS 10.1, de acuerdo a las necesidades del estudio

La presentación de la información es en cuadros unidimensionales y Bidimensionales, los gráficos son de sectores circulares

3.10 Protección y derecho de las pacientes en estudio

En el presente trabajo la vida y los derechos de los pacientes estarán bien protegidos.

CAPITULO IV.

RESULTADOS, DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 RESULTADOS.

CUADRO N° 1-A

DISTRIBUCION DE LAS MADRES SEGÚN PARIDAD HOSPITAL APOYO IQUITOS LORETO MARZO A JUNIO 2002.

PARIDAD	GESTANTES	Porcentaje
PRIMIPARAS	35	27.3
MULTIPARAS	84	65.6
GRAN MULTIPARAS	9	7.1
TOTAL	128	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HAI.

$$\bar{X}=2.7 \quad \sigma =1.26$$

El cuadro 1-A. En el Hospital Apoyo Iquitos

- Se obtuvo que el 65.6 % de los recién nacidos corresponde a madres multiparas, las gran multiparas muestra el mas bajo porcentaje (7.0%), mientras que las primiparas ocupan un porcentaje intermedio con 27.3 % .
- El promedio para este factor es de 2.7 partos y una Desviación estándar de 1.26 partos



CUADRO N° 1 B

DISTRIBUCION DE LAS MADRES SEGÚN PARIDAD HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. IQUITOS MARZO A JUNIO 2002.

PARIDAD	GESTANTES	Porcentaje
PRIMIPARAS	45	48.4
MULTIPARAS	41	44.1
GRAN MULTIPARAS	7	7.5
TOTAL	93	100.0

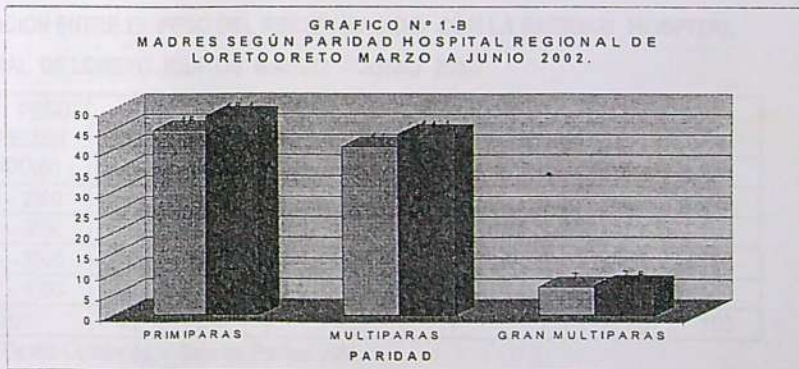
Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HRL

$X=2.3$ $\sigma =1.43$

El cuadro 1-B. En el Hospital Regional de Loreto.

- Se obtuvo que el 44.1 % de los recién nacidos corresponde a madres multiparas.
- Las gran multiparas muestra el mas bajo porcentaje (7.5%),
- Las primiparas ocupan un porcentaje mas alto con 48.4 % .
- El promedio para este factor es de 2.3 partos y una Desviación estándar de 1.43 partos

GRAFICO N° 1-B
MADRES SEGÚN PARIDAD HOSPITAL REGIONAL DE LORETO IQUITOS MARZO A JUNIO 2002.



CUADRO N° 2 A

**RELACION ENTRE EL PESO DEL RECIEN NACIDO CON LA PARIDAD HOSPITAL
APOYO IQUITOS. LORETO MARZO - JUNIO 2002.**

PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)	PARIDAD						TOTAL	
	Primiparas		Multiparas		Gran Multiparas		RN	%
	RN	%	RN	%	RN	%		
2120 – 2500	5	62.0	3	37.5	0	0.0	8	100
2501 – 3000	10	34.5	19	65.5	0	0.0	29	100
3001 – 3500	17	30.4	33	58.9	6	10.7	56	100
3501 – 4000	4	11.4	28	80.0	3	8.6	35	100
TOTAL	36	27.3	83	65.6	9	7.0	128	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HAI

$$\chi^2_E = 11.12 \quad \chi^2_{(6)} = 12.6 \quad \alpha = 0.05$$

El cuadro N° 2 - A. En el Hospital Apoyo Iquitos se encontró:

- El mayor porcentaje (62 %) de recién nacidos que presentan bajo peso provienen de madres que por primera vez experimentan un parto, los recién nacidos con peso adecuado proviene de madres multiparas
- Se encontró que el factor paridad no influye en el peso del recién nacido

CUADRO N° 2 B

**ASOCIACION ENTRE EL PESO DEL RECIEN NACIDO CON LA PARIDAD HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO. IQUITOS MARZO - JUNIO 2002.**

PESO DEL RECIEN NACIDO(gr)	PARIDAD						TOTAL	
	Primipara		Multipara		Gran multipara		RN	%
	RN	%	RN	%	RN	%		
2120 – 2500	2	66.7	1	33.3	0	0.0	3	100
2501 – 3000	21	56.8	13	35.1	3	8.1	37	100
3001 – 3500	16	42.1	18	47.4	4	10.5	38	100
3501 – 4000	6	40.0	9	60.0	0	0.0	15	100
Total	45	48.4	41	44.1	7	7.5	93	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HRL

$$\chi^2_E = 4.68 \quad \chi^2_{(6)} = 12.6 \quad \alpha = 0.05$$

$$C = \frac{\sqrt{X^2}}{\sqrt{X^2 + n}}$$

Coefficiente de contingencia = 0.21 las variables no están correlacionadas

El cuadro N° 2 - B. En el Hospital Regional de Loreto se encontró:

- El mayor porcentaje (66.7 %) de recién nacidos que presentan bajo peso proviene de madres que por primera vez experimentan un parto, los recién nacidos con peso adecuado proviene de madres multiparas y gran multiparas.
- Se encontró que el factor paridad no influye en el peso del recién nacido, coeficiente de contingencia es de 0.21

CUADRO N° 3 A

DISTRIBUCION DE LAS MADRES SEGÚN EDAD HOSPITAL APOYO IQUITOS LORETO MARZO A JUNIO 2002.

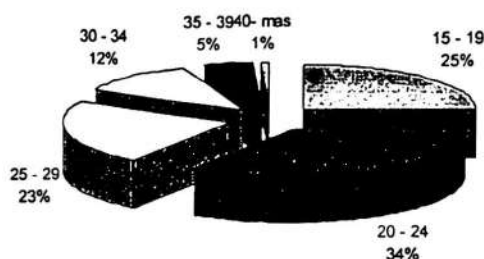
EDAD MATERNA (años)	MADRES	PORCENTAJE
15 - 19	32	25.0
20 - 24	44	34.4
25 - 29	30	23.4
30 - 34	15	11.7
35 - 39	6	4.7
40- mas	1	0.8
TOTAL	128	100.0

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HAI.

En el cuadro N° 3 - A. En el Hospital Apoyo Iquitos se encontró.

- La mayor cantidad de mujeres atendidas en el HAI son de edad adecuada (20 a 34 años de edad) esta población no tiene riesgo obstétrico por edad.
- En segundo lugar esta la población de adolescentes (25 %), estas madres tiene riesgo obstétrico por edad
- Existe el 5.5 % de madres en edad avanzada que indica cierto riesgo obstétrico por edad.
- La edad promedio de las madres es de 23.9 años.

GRAFICO Nº 3 A
MADRES SEGÚN EDAD (AÑOS). HOSPITAL APOYO IQUITOS
LORETO MARZO A JUNIO 2002.



CUADRO Nº 3 B

DISTRIBUCION DE LAS MADRES SEGÚN EDAD HOSPITAL REGIONAL DE LORETO,
IQUITOS MARZO A JUNIO 2002.

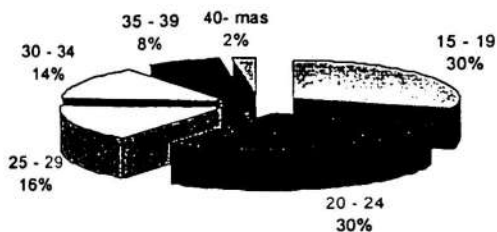
EDAD MATERNA (años)	MADRES	PORCENTAJE
15 - 19	28	30.1
20 - 24	28	30.1
25 - 29	15	16.1
30 - 34	13	14.0
35 - 39	7	7.5
40- mas	2	2.2
TOTAL	93	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HRL

En el cuadro Nº 3 – B. En el Hospital Regional de Loreto se encontró:

- La mayor cantidad de mujeres atendidas en el HRL son de edad reproductiva adecuada (20 a 34 años) esta población no tiene riesgo obstétrico por edad.
- En segundo lugar esta la población de adolescentes menor de 19 años (30.1 %), estas madres son de riesgo obstétrico por edad
- Existe el 9.7 % de madres de edad avanzada 35 a mas años, población de riesgo por edad.
- La edad promedio de las madres es de 24.3 años
- El 23.6 % de las mujeres tienen edad optima (23-29 años).

GRÁFICO N° 3- B
MADRES SEGÚN EDAD (AÑOS) HOSPITAL REGIONAL DE
LORETO, MARZO A JUNIO 2002.



CUADRO N° 4 A

ASOCIACION ENTRE EL PESO DEL RECIEN NACIDO CON LA EDAD MATERNA
HOSPITAL APOYO IQUITOS. LORETO MARZO - JUNIO 2002.

EDAD MATERNA (años)	PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)								Total	
	2120 – 2500		2501 – 3000		3001 – 3500		3501 – 4000		RN	%
15 – 19	2	1.6	12	9.4	14	10.9	4	3.1	32	25.0
20 – 24	4	3.1	11	8.6	20	15.6	9	7.0	44	34.4
25 – 29	2	1.6	3	2.3	13	10.2	12	9.4	30	23.4
30 – 34	0	0.0	3	2.3	5	3.9	7	5.5	15	11.7
35 – 39	0	0.0	0	0.0	3	2.3	3	2.3	6	4.7
40 – 44	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	1	0.8
TOTAL	8	6.3	29	22.7	56	43.8	35	27.3	128	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HAI

$$\chi^2_E = 26.14 \quad \chi^2_{(15)} = 25.0 \alpha = 0.05$$

En el cuadro N° 4 - A: En el Hospital Apoyo Iquitos

- El mayor porcentaje de recién nacidos con peso de 3001 a 3500 gr se concentra en madres de 20 a 24 años, el porcentaje de neonatos es de 15.6 % .
- El factor edad materna influye en el peso del recién nacido al 5% de significación.

CUADRO N° 4 B

**ASOCIACION ENTRE EL PESO DEL RECIEN NACIDO CON LA EDAD MATERNA
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. IQUITOS MARZO - JUNIO 2002.**

EDAD MATERNA (años)	PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)								Total	
	2120 – 2500		2501 – 3000		3001 – 3500		3501 - 4000		RN	%
	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%		
15 – 19	1	1.1	11	11.8	11	11.8	5	5.4	28	30.1
20 – 24	0	0.0	11	11.8	15	16.1	2	2.2	28	30.1
25 – 29	1	1.1	7	7.5	4	4.3	3	3.2	15	16.1
30 – 34	1	1.1	2	2.2	7	7.5	3	3.2	13	14.0
35 – 39	0	0.0	4	4.3	1	1.1	2	2.2	7	7.5
40 – 44	0	0.0	2	2.2	0	0.0	0	0.0	2	2.2
TOTAL	3	3.2	37	39.8	38	40.9	15	16.1	93	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HRL

$$\chi^2_E = 25.98 \quad \chi^2_{(15)} = 25.0 \alpha = 0.05$$

En el cuadro N° 4 - B: En el Hospital regional de Loreto se muestra:

- El mayor porcentaje de recién nacidos con peso de 3001 a 3500 gr se concentra en madres de 20 a 24 años, el porcentaje de neonatos es de 16.1 % .
- El factor edad materna influye en el peso del recién nacido al 5% de significación.

CUADRO N° 5 A

**RECIEN NACIDOS SEGÚN EDAD GESTACIONAL POR AMENORREA. HOSPITAL
APOYO IQUITOS. LORETO MARZO - JUNIO 2002.**

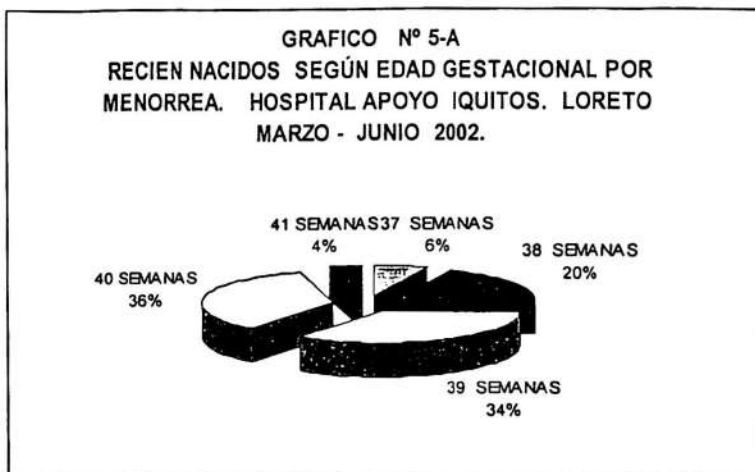
Edad gestacional por amenorrea (semanas)	Numero de recién nacidos	Porcentaje
37	8	6.3
38	25	19.5
39	44	34.4
40	46	35.9
41	5	3.9
TOTAL	128	100.0

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HAI

$$\bar{X} = 39.1 \text{ SEMANAS}$$

El cuadro N° 5 A: en Hospital Apoyo Iquitos

- El mayor porcentaje (35.9 %) de recién nacidos a término fueron los que han cumplido 40 semanas de gestación
- El 3.9% de recién nacidos es de 41 semanas de gestación
- La edad gestacional promedio es de 39.1 semanas para los recién nacidos



CUADRO N° 5 B

RECIEN NACIDOS SEGÚN EDAD GESTACIONAL POR AMENORREA. HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO. IQUITOS. LORETO MARZO - JUNIO 2002.

Edad gestacional por amenorrea (semanas)	Numero de recién nacidos	Porcentaje
37	10	10.8
38	18	19.4
39	30	32.3
40	34	36.6
41	1	1.1
TOTAL	93	100.0

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HRL

\bar{X} =38.9 SEMANAS

El cuadro N° 5 - B: En el Hospital Regional de Loreto

- El mayor porcentaje de recién nacidos a término (36.6 %) son los que han cumplido un periodo de gestación de 40 semanas, mientras que el porcentaje mas bajo pertenece a los RNs de 41 semanas de gestación
- La edad gestacional promedio es de 38.9 semanas para todos lo recién nacidos

CUADRO N° 6 A

ASOCIACION DEL PESO DEL RECIEN NACIDO A TERMINO CON LA EDAD GESTACIONAL POR AMENORREA HOSPITAL APOYO IQUITOS. MARZO –JUNIO 2002.

Edad gestacional por amenorrea (semanas)	PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)								Total	
	2120 – 2500		2501 – 3000		3001 – 3500		3501 – 4000			
	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%
37	0	0.0	3	2.3	2	1.6	3	2.3	8	6
38	2	1.6	8	6.3	11	8.6	4	3.1	25	19
39	2	1.6	10	7.8	23	18.0	9	7.0	44	34
40	4	3.1	8	6.3	16	12.5	18	14.1	46	35
41	0	0.0	0	0.0	4	3.1	1	0.8	5	3
TOTAL	8	6.3	29	22.7	56	43.8	35	27.3	128	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HAI

$$\chi^2_E = 17.48 \quad \chi^2_{(12)} = 21.0 \quad \alpha = 0.05$$

En el cuadro N° 6 - A: En el Hospital apoyo Iquitos: al relacionar el factor edad gestacional con el peso del recién nacido se encontró que:

- El mayor porcentaje (18 %) está en los RNs que tienen 3001 a 3500 gr de peso y 39 semanas de gestación
- La mayoría (35 %) de los RNs tienen edad gestacional por amenorrea de 40 semanas de gestación
- Estadísticamente se encontró que el factor edad gestacional no influye en el peso del recién nacido al 5% de significación.

CUADRO Nº 6 B

**RELACION ENTRE EL PESO DEL RECIEN NACIDO CON LA EDAD GESTACIONAL
POR AMENORREA HOSPITAL REGIONAL DE LORETO MARZO - JUNIO 2002.**

Edad gestacional por amenorrea (semanas)	PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)								Total	
	2120 – 2500		2501 – 3000		3001– 3500		3501–4000		RN	%
	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%		
37	1	1.1	7	7.5	1	1.1	1	1.1	10	10
38	1	1.1	6	6.5	7	7.5	4	4.3	18	19
39	1	1.1	11	11.8	14	15.1	4	4.3	30	32
40	0	0.0	13	14.0	15	16.1	6	6.5	34	37
41	0	0.0	0	0.0	1	1.1	1	1.1	1	1
TOTAL	3	3.2	37	39.8	38	40.9	15	16.1	93	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HRL

$$\chi^2_e = 19.8 \quad \chi^2_{(12)} = 21.0 \quad \alpha = 0.05$$

En el cuadro Nº 6 - B: En el Hospital Regional de Loreto, al relacionar el factor edad gestacional con el peso del recién nacido se encontró:

- El mayor porcentaje esta en los RNs que tienen 3001 a 3500 gr de peso y 40 semanas de gestación
- La mayoría de los RNs tienen edad gestacional por amenorrea de 40 semanas
- Estadísticamente se encontró que el factor edad gestacional no influye en el peso del recién nacido con $\alpha = 0.05$

CUADRO Nº 7 A

**RELACION ENTRE EL PESO CON EL SEXO DEL RECIEN NACIDO HOSPITAL APOYO
IQUITOS. LORETO MARZO - JUNIO 2002.**

PESO DEL RECIEN NACIDO	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino		RN	Porcentaje
	Nº	%	Nº	%		
2120 – 2500	5	3.9	3	2.3	8	6.3
2501 – 3000	8	6.3	21	16.4	29	22.7
3001 – 3500	27	21.1	29	22.7	56	43.8
3501 – 4000	22	17.2	13	10.2	35	27.3
TOTAL	62	48.4	66	51.6	128	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HAI

$$\chi^2_e = 8.44 \quad \chi^2_{(3)} = 7.71 \quad \alpha = 0.05$$

$$\bar{X} \text{ mas.} = 3287.6 \text{ gr.} \quad \bar{X} \text{ fem.} = 3147.1 \text{ gr}$$

En el cuadro Nº 7 - A: En el Hospital Apoyo Iquitos se observa:

- El 44.5 % de los Rns, de sexo masculino tienen peso mayor de 2500 gr.
- El 49.3 % de los RNS, de sexo femenino tiene peso mayor que 2500gr.
- Estadísticamente el peso del Rn depende del sexo con $p < 0.05$
- El peso promedio en RNS del sexo masculino es de 3287.6 gr, mientras que el peso promedio de los RNS del sexo femenino es de 3147.1 gr.

CUADRO N° 7 B

RELACION ENTRE EL PESO Y EL SEXO DEL RECIEN NACIDO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO MARZO - JUNIO 2002.

PESO DEL RECIEN NACIDO	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino		RN	%
	RN	%	RN	%		
2120 – 2500	1	1.1	2	2.2	3	3.2
2501 – 3000	20	21.5	17	18.3	37	39.8
3001 – 3500	19	20.4	19	20.4	38	40.9
3501 – 4000	8	8.6	7	7.5	15	16.1
TOTAL	48	51.6	45	48.4	93	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HRL

$$\chi^2_E = 7.96 \quad \chi^2_{(3)} = 7.71 \quad \alpha = 0.05$$

$$\bar{X} \text{ mas.} = 3105.9 \text{ gr.} \quad \bar{X} \text{ fem.} = 3097.6 \text{ gr}$$

En el cuadro N° 7- B: En el Hospital Regional de Loreto, se observa que:

- El mas alto porcentaje (51.6%) de RNs es del sexo masculino, el mayor porcentaje (20.4 %) en la distribución son de peso comprendido entre 3001 a 3500 gr
- Para ambos sexos, solamente existe un 3.2 % de recién nacidos de bajo peso
- Estadísticamente el factor sexo influye significativamente en el peso del recién nacido con peso promedio en RNS del sexo masculino es de 3105.9 gr, mientras que el peso promedio de los RNs del sexo femenino es de 3097.6 gr

CUADRO N° 8 A

**RELACION ENTRE EL PESO DEL RECIEN NACIDO CON EL PESO PLACENTARIO.
HOSPITAL APOYO IQUITOS. LORETO MARZO - JUNIO 2002.**

PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)	PESO PLACENTARIO (gr)								TOTAL	
	120 - 200		201 - 400		401 - 600		601 - 800			
	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%
2120 - 2500	0	0.0	6	3.9	2	1.6	0	0	8	6.3
2501 - 3000	0	0.0	19	14.8	9	7.0	1	0.8	29	22.7
3001 - 3500	0	0.0	40	31.3	14	10.9	2	1.6	56	43.8
3501 - 4000	0	0.0	21	16.4	13	10.2	1	0.8	35	27.3
TOTAL	0	0.0	86	66.4	38	29.7	4	3.1	128	100

Fuente: Centro Obstétrico - sala de partos HAI

$$\chi^2_E = 15.76 \quad \chi^2_{(6)} = 12.6 \quad \alpha = 0.05$$

$$\bar{X} = 371.28 \text{ gr y } DS = 109.63$$

En el cuadro N° 8 A: En el Hospital Apoyo Iquitos, se observa:

- El mas alto porcentaje de RNs (43.8 %) tienen peso comprendido entre (3001 a 3500 gr) existe el (6.3%) de recién nacidos de bajo peso
- Los recién nacidos con peso placentario adecuado (400 a 600gr) es el 29.7 %.
- La mayoría de los RNs, (66.4 %), tiene peso placentario entre (200 a 400gr).
- El peso del recién nacido depende significativamente del peso placentario al 5% de significación

CUADRO N° 8 B

**RELACION ENTRE EL PESO DEL RECIEN NACIDO CON EL PESO PLACENTARIO
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO .MARZO - JUNIO -02.**

PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)	PESO PLACENTARIO (gr)								TOTAL	
	120 - 200		201 - 400		401 - 600		601 - 800			
	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%
2120 - 2500	0	0.0	1	1.1	2	2.2	0	0.0	3	3.2
2501 - 3000	8	8.6	13	14.0	12	12.9	4	4.3	37	39.8
3001 - 3500	6	6.5	25	26.9	4	4.3	3	3.2	38	40.9
3501 - 4000	0	0.0	9	9.7	4	4.3	2	2.2	15	16.1
TOTAL	14	15.1	48	51.6	22	23.7	9	9.7	93	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HRL

$$\chi^2_E = 20.34 \quad \chi^2_{(12)} = 21.0 \quad \alpha = 0.05$$

$$\bar{X} = 365.37 \text{ gr. y } DS = 153.98.$$

En el cuadro N° 8 B: En el Hospital Regional de Loreto, se observa:

- El mas alto porcentaje de RNs (40.9 %) tienen peso (3001 a 3500 gr) existe el (3.2%) de recién nacidos de bajo peso
- Los Rns. con peso placentario adecuado (400 a 600gr) es el (23.7 %).
- La mayoría de Rns, (51.6%) tiene peso placentario entre 200 y 4000gr.
- El peso del recién nacido es independiente del peso placentario

CUADRO N° 9 - A

RELACION ENTRE TALLA DE LA MADRE Y EL PESO DEL RECIEN NACIDO.
HOSPITAL APOYO IQUITOS. LORETO MARZO - JUNIO 2002.

Talla de la madre (cm)	PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)								Total	
	2120 – 2500		2501 – 3000		3001 – 3500		3501 – 4000		RN	%
	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%		
140 – 145	2	1.6	3	2.3	4	3.1	4	3.1	13	10.2
146 – 151	3	2.3	7	5.5	27	21.1	13	10.2	50	39.1
152 – 157	2	1.6	16	12.5	19	14.8	13	10.2	50	39.1
158 – 163	1	0.8	1	0.8	5	3.9	4	3.1	11	8.6
164 – 170	0	0.0	2	1.6	1	0.8	1	0.8	4	3.1
TOTAL	8	6.3	29	22.7	56	43.8	35	27.3	128	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HAI

$$\chi^2_E = 11.36 \quad \chi^2_{(12)} = 21.0 \alpha = 0.05 \quad \bar{X} = 151.84 \text{ cm}$$

En el cuadro N° 9-A: En el Hospital Apoyo Iquitos. Muestra que:

- El 21.1% de los RNs con peso de (3000 a 3500gr. provienen de madres que tiene talla entre (146 a 151 cm.)
- El 6.3 % de los recién nacidos de bajo peso provienen de madres con talla adecuada
- Estadísticamente la talla es independiente del peso del recién nacido

CUADRO Nº 9 B

RELACION ENTRE TALLA DE LA MADRE Y EL PESO DEL RECIEN NACIDO.
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. IQUITOS MARZO - JUNIO 2002.

Talla de la madre (cm)	PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)								Total	
	2120 - 2500		2501 - 3000		3001 - 3500		3501 - 4000			
	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%
140 -145	2	2.2	5	5.4	0	0.0	0	0.0	7	7.5
146 - 151	1	1.1	10	10.8	16	17.2	7	7.5	34	36.6
152 -157	1	1.1	16	17.2	16	17.2	3	3.2	36	38.7
158 - 163	0	0.0	4	4.3	4	4.3	3	3.2	11	11.8
164 - 170	0	0.0	1	1.1	2	2.2	2	2.2	5	5.4
TOTAL	4	4.3	36	38.7	38	40.9	15	16.1	93	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HRL

$$\chi^2_E = 23.01 \quad \chi^2_{(12)} = 21.0 \quad \alpha = 0.05 \quad \bar{X} = 152.78 \text{ cm}$$

En el cuadro Nº 9- B: En el Hospital Regional de Loreto. Muestra que:

- El más alto porcentaje de madres (38.7%) tienen talla entre 152 a 157 cm.
- El 4.3 % de los recién nacidos de bajo peso provienen de madres con talla adecuada
- Estadísticamente el peso del recién nacido depende de la talla de la madre al 95 % de confianza

CUADRO Nº 10- A

RELACION ENTRE ESPACIO INTERGENESICO Y EL PESO DEL RECIEN NACIDO.
HOSPITAL APOYO IQUITOS. LORETO. MARZO - JUNIO 2002

Espacio Intergenesico (Años)	PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)								Total	
	2120 - 2500		2501 - 3000		3001 - 3500		3501 - 4000			
	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%
0	5	3.9	10	7.8	16	12.5	4	3.1	35	27.3
1 a 3	2	1.6	12	9.4	18	14.1	13	10.2	45	35.2
4 a 6	2	1.6	4	3.1	13	10.2	3	2.3	22	17.2
7 a 9	0	0.0	1	0.8	6	4.7	8	6.3	15	11.7
10 a 12	0	0.0	1	0.8	3	2.3	7	5.5	11	8.6
TOTAL	9	7.0	28	21.9	56	43.8	35	27.3	128	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HAI

$$\chi^2_E = 24.71 \quad \chi^2_{(12)} = 21.0 \quad \alpha = 0.05$$

En el cuadro Nº 10 - A: En el Hospital Apoyo Iquitos se encontró:

- El 27.3 % son madres que van a tener por primera vez un RN

- El 33.7 % de recién nacidos a término con peso de 2500 a 4000gr, tienen periodo inter genésico corto (1 a 3 años).
- La distribución muestra que el 35.2% de las madres tiene periodo inter genésico corto
- Estadísticamente el peso del recién nacido depende del factor espacio inter genésico de la madre al 95 % de confianza.

CUADRO N° 10- B

RELACION ENTRE ESPACIO INTERGENESICO Y EL PESO DEL RECIEN NACIDO.
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. IQUITOS MARZO - JUNIO 2002

Espacio Intergenesico	PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)								Total	
	2120 - 2500		2501 - 3000		3001 - 3500		3501 - 4000		RN	%
	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%		
0	2	2.2	17	18.3	19	20.4	7	7.5	45	48.4
1 a 3	1	1.1	13	14.0	11	11.8	4	4.3	29	31.2
4 a 6	0	0.0	1	1.1	5	5.4	2	2.2	8	8.6
7 a 9	0	0.0	0	0.0	3	3.2	2	2.2	5	5.4
10 a 12	0	0.0	6	6.5	0	0.0	0	0.0	6	6.5
TOTAL	3	3.2	37	39.8	38	40.9	15	16.1	93	100

Fuente: Centro Obstétrico - sala de partos HRL,

$$\chi^2_e = 22.71 \quad \chi^2_{(12)} = 21.0 \alpha = 0.05$$

En el cuadro N° 10 B: En el Hospital Regional de Loreto

- El 48.4 % de las gestantes han tenido por primera vez un recién nacido
- Se encontró el 2.2% de recién nacido con bajo peso cuya madre ha tenido su primer hijo
- El 30.1 % de los RNs con peso mayor de 2500gr, tienen periodo inter genésico corto
- Estadísticamente el peso del recién nacido depende del espacio inter genésico al 95% de confianza.

CUADRO N° 11 - A

RELACION ENTRE DIAMETRO DE PLACENTA CON EL PESO DEL RECIEN NACIDO. HOSPITAL APOYO IQUITOS. IQUITOS MARZO - JUNIO 2002

Diámetro de placenta (cm)	PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)								Total	
	2120 - 2500		2501 - 3000		3001 - 3500		3501 - 4000			
	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%
13 - 16	4	3.1	6	4.7	6	4.7	1	0.8	17	13.3
17 - 20	4	3.1	23	18.0	45	35.2	26	20.3	98	76.6
21 - 24	0	0.0	0	0.0	5	3.9	6	4.7	11	8.6
25 - 28	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.6	2	1.6
TOTAL	8	6.3	29	22.7	56	43.8	35	27.3	128	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HAI

$$\chi^2_E = 24.95 \quad \chi^2_{(12)} = 21.7 \alpha = 0.01$$

En el cuadro N° 11-A: En el Hospital Apoyo Iquitos.

- Se encontró que el 76.6 % de recién nacido tuvieron placenta de 17 a 20cm de diámetro mayor, el 13.3 % diámetro de 13 a 16, el 8.6% tiene diámetro entre 21 a 24 cm y solo el 1.6% tuvieron placentas con diámetro mayor a 25 cm
- El mayor porcentaje(35.2%) de recién nacidos tiene peso entre 3001 a 3500gr de peso y placenta de 17 a 20 cm.

El peso del recién nacido es dependiente del diámetro mayor de la placenta, estadísticamente es altamente significativo ($\alpha = 0.01$)

CUADRO N° 11- B

RELACION ENTRE DIAMETRO DE PLACENTA CON EL PESO DEL RECIEN NACIDO. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. IQUITOS MARZO - JUNIO 2002

Diámetro de placenta (cm)	PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)								Total	
	2120 - 2500		2501 - 3000		3001 - 3500		3501 - 4000			
	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%
13 - 16	0	0.0	4	4.3	2	2.2	0	0.0	6	6.5
17 - 20	3	3.2	27	29.0	33	35.5	6	6.5	69	74.2
21 - 24	0	0.0	5	5.4	3	3.2	7	7.5	15	16.1
25 - 28	0	0.0	1	1.1	0	0.0	2	2.2	3	3.2
TOTAL	3	3.2	37	39.8	38	40.9	15	16.1	93	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HRL

$$\chi^2_E = 22.72 \quad \chi^2_{(12)} = 21.7 \alpha = 0.01$$

En el cuadro N° 11- B: En el Hospital Regional de Loreto.

- Muestra el mayor porcentaje (74.2 %) de recién nacidos han tenido placenta de 17 a 20 cm de diámetro
- El 35.5 % de recién nacidos muestra el porcentaje máximo en la distribución entre Rns cuyo peso esta comprendido entre 3001 a 3500 gr. y el diámetro de la placenta esta entre 17 a 20 cm de diámetro
- El peso del recién nacido es dependiente del diámetro mayor de la placenta, estadísticamente es altamente significativo ($\alpha= 0.01$).

CUADRO N° 12 - A

RELACION ENTRE LA LONGITUD DEL CORDON UMBILICAL CON EL PESO DEL RECIEN NACIDO. HOSPITAL APOYO IQUITOS. LORETO. MARZO - JUNIO 2002

Longitud del cordón umbilical (cm)	PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)								Total	
	2120 – 2500		2501 - 3000		3001 – 3500		3501 - 4000			
	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%
20 –34	1	0.8	5	3.9	6	4.7	1	0.8	13	10.2
35 –49	5	3.9	10	7.8	14	10.9	7	5.5	36	28.1
50 –64	1	0.8	12	9.4	30	23.4	27	21.1	70	54.7
65 –79	1	0.8	2	1.6	6	4.7	0	0.0	9	7.0
TOTAL	8	6.3	29	22.7	56	43.8	35	27.3	128	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HAI

$$\chi^2_E = 18.79 \quad \chi^2_{(9)} = 16.9 \quad \alpha = 0.05$$

En el cuadro N° 12- A: En el Hospital Apoyo Iquitos.

- Muestra el mayor porcentaje (54.7 %) de recién nacidos han tenido cordón umbilical de 50 a 64 cm de longitud
- El 23.4 % muestra el porcentaje máximo en la distribución entre recién nacidos cuyo peso esta comprendido entre 3001 a 3500 gr y la longitud del cordón umbilical oscila entre 50 a 64 cm.
- El 3.9% de los recién nacido con bajo peso han tenido cordón umbilical de 35 a 49 cm.
- El peso del recién nacido es dependiente de la longitud del cordón umbilical

CUADRO Nº 12- B

RELACION ENTRE LA LONGITUD DEL CORDON UMBILICAL CON EL PESO DEL RECIEN NACIDO. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. MARZO - JUNIO 2002

Longitud del cordón umbilical(cm)	PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)								Total	
	2120 – 2500		2501 - 3000		3001 – 3500		3501 – 4000			
	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%
20 –34	0	0.0	1	1.1	3	3.2	0	0.0	4	4.3
35 –49	3	3.2	13	14.0	12	12.9	7	7.5	35	36.6
50 –64	2	2.2	17	18.3	18	19.4	4	4.3	41	45.2
65 –79	1	1.1	5	5.4	4	4.3	3	3.2	13	14.0
TOTAL	6	6.5	37	39.8	38	40.9	15	16.1	93	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HRL

$$\chi^2_E = 17.3 \quad \chi^2_{(9)} = 16.9 \quad \alpha = 0.05$$

En el cuadro Nº 12- B: En el Hospital Regional de Loreto.

- Muestra el mayor porcentaje (45.2 %) de recién nacidos han tenido cordón umbilical de 50 a 64 cm de longitud
- El 19.4 % muestra el porcentaje máximo en la distribución de recién nacidos con peso (3001 a 3500 gr) y longitud del cordón umbilical entre 50 a 64 cm.
- El peso del recién nacido es dependiente de la longitud del cordón umbilical

CUADRO Nº 13 A

DISTRIBUCION DE RECIEN NACIDOS SEGÚN SU PESO HOSPITAL APOYO IQUITOS. LORETO MARZO - JUNIO 2002.

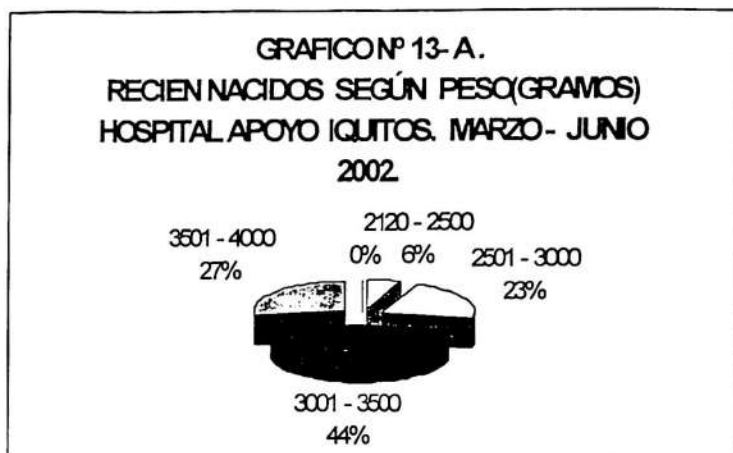
PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)	Numero de recién nacidos	Porcentaje
2120 – 2500	8	6.3
2501 – 3000	29	22.7
3001 – 3500	56	43.8
3501 – 4000	35	27.3
TOTAL	128	100

Fuente: Centro Obstétrico - sala de partos HAI

$$\bar{X} = 3215.2 \quad \sigma^2 = 179034.58 \quad \sigma = 423.1248$$

En el cuadro N° 13 A: Hospital Apoyo Iquitos se encontró

- El mayor porcentaje de recién-nacidos tienen peso comprendido entre 3001 a 3500 gr.
- El peso promedio es de 3215.2 ± 423.1248 gramos.



CUADRO N° 13 -B

DISTRIBUCION DE RECIEN NACIDOS SEGÚN SU PESO HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO. IQUITOS. LORETO MARZO - JUNIO 2002

PESO DEL RECIEN NACIDO (gramos)	Numero de recién nacidos	Porcentaje
2120 - 2500	3	3.2
2501 - 3000	37	39.8
3001 - 3500	38	40.9
3501 - 4000	15	16.1
TOTAL	93	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HRL

$$\bar{X} = 3101.9 \quad \sigma^2 = 146231.11 \quad \sigma = 382.4018$$

En el cuadro N° 13 B: hospital regional de Loreto,

- Los recién nacidos tienen peso promedio igual a 3102 gramos.

- La mayoría (40.9 %) de recién nacidos tienen peso entre 3001 a 3500 gramos



CUADRO Nº 14- A

RELACION ENTRE EL INGRESO FAMILIAR DE LA MADRE Y EL PESO DEL RECIEN NACIDO. HOSPITAL APOYO IQUITOS MARZO - JUNIO 2002

Ingreso familiar (nuevos soles)	PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)								Total	
	2120 – 2500		2501 – 3000		3001 – 3500		3501 - 4000			
	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%
85 – 406	8	6.3	24	18.8	28	21.9	15	11.7	75	58.6
407 – 728	0	0.0	5	3.9	27	21.1	16	12.5	48	37.5
729 - 1050	0	0.0	0	0.0	1	0.8	4	3.1	5	3.9
TOTAL	8	6.3	29	22.7	56	43.8	35	27.3	128	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HAI

$$\chi^2_E = 23.29 \quad \chi^2_{(6)} = 16.8 \quad \alpha = 0.01 \quad \bar{X} = 411.7 \text{ nuevos soles}$$

El cuadro 14- A. En el hospital Apoyo Iquitos:

- El 58 % de los Recién nacidos provienen de madres que tienen ingreso familiar entre 85 a 406 nuevos soles , el 37.5% tiene ingreso familiar de 407 a 728 nuevos soles y solamente el 3.9% tiene un ingreso familiar de 729 a 1050 nuevos soles
- El Ingreso promedio es de S/411.7 nuevos soles
- El 6.3% de los RN tienen bajo peso y provienen de madres con ingreso entre 85 y 406 Nuevos soles.

- Estadísticamente el peso del recién nacido es dependiente del ingreso familiar al 99% de confianza

CUADRO Nº 14- B

RELACION ENTRE EL INGRESO FAMILIAR CON EL PESO DEL RECIEN NACIDO.
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. MARZO - JUNIO 2002

Ingreso familiar	PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)								Total	
	2120 - 2500		2501 - 3000		3001 - 3500		3501 - 4000			
	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%
85 - 406	3	3.2	31	33.3	18	19.4	1	1.1	53	57.0
407 - 728	0	0.0	6	6.5	14	15.1	12	12.9	32	34.4
729 - 1050	0	0.0	0	0.0	6	6.5	2	2.2	8	8.6
TOTAL	3	3.2	37	39.8	38	40.9	15	16.1	93	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HRL

$$\chi^2_E = 32.75 \quad \chi^2_{(6)} = 16.8 \quad \alpha = 0.01 \quad \bar{X} = 391.4 \text{ nuevos soles}$$

El cuadro 14- B muestra en el hospital Regional de Loreto.

- El 57 % de los recién nacidos provienen de madres que tienen ingreso familiar entre 85 a 406 nuevos soles , el 34.5% tiene un ingreso familiar de 407 a 728 nuevos soles y solamente el 8.6% tiene un ingreso familiar de 729 a 1050 nuevos soles
- El Ingreso promedio es de S/.391.4 nuevos soles
- Estadísticamente el peso del recién nacido depende del ingreso económico familiar al 99% de confianza

CUADRO Nº 15 - A

RELACION ENTRE EL CONTROL PRENATAL DE LA MADRE Y EL PESO DEL RECIEN NACIDO. HOSPITAL APOYO IQUITOS MARZO - JUNIO .2002

Control pre natal	PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)								Total	
	2120 - 2500		2501 - 3000		3001 - 3500		3501 - 4000			
	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%
1 a 3	0	0.0	3	2.3	1	0.8	1	0.8	5	3.9
4 a 6	2	1.6	6	4.7	22	17.2	16	12.5	46	35.9
7 a 9	6	4.7	18	14.1	28	21.9	11	8.6	63	49.2
10 a 12	0	0.0	2	1.6	5	3.9	7	5.5	14	10.9
TOTAL	8	6.3	29	22.7	56	43.8	35	27.3	128	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HAI

$$\chi^2_E = 15.84 \quad \chi^2_{(9)} = 16.9 \quad \alpha = 0.05$$

El cuadro 15- A muestra en el hospital Apoyo Iquitos

- El 3.9 % de Las madres han tenido de 1 a 3 controles prenatal, el 35.9 % han tenido entre 4 a 6 controles, el 49.2 % han tenido de 7 a 9 controles y el 10.9% han tenido entre 10 a 12 controles durante la gestación
- El mayor porcentaje 21.9% de los recién nacidos con peso adecuado las madres han tenido de 7 a 9 controles prenatales
- Estadísticamente el peso del recién nacido es independiente del numero de controles prenatales de la madre al 95 % de confianza



CUADRO N° 15- B

RELACION ENTRE EL CONTROL PRENATAL DE LA MADRE CON EL PESO DEL RECIEN NACIDO. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. MARZO - JUNIO 2002

Control pre natal	PESO DEL RECIEN NACIDO (gr)								Total	
	2120 – 2500		2501 – 3000		3001 – 3500		3501 - 4000		RN	%
	RN	%	RN	%	RN	%	RN	%		
Ningún control	0	0.0	1	1.1	1	1.1	1	1.1	3	3.2
1 a 3	1	1.1	5	5.4	4	4.3	4	4.3	14	15.1
4 a 6	1	1.1	11	11.8	14	15.1	5	5.4	31	33.3
7 a 9	1	1.1	17	18.3	13	14.0	3	3.2	34	36.6
10 a 12	0	0.0	2	2.2	5	5.4	0	0.0	7	7.5
Mas de 12	0	0.0	1	1.1	3	3.2	0	0.0	4	4.3
TOTAL	3	3.2	37	39.8	40	43.0	13	14.0	93	100

Fuente: Centro Obstétrico - Sala de Partos HRL

$$\chi^2_E = 11.14 \quad \chi^2_{(15)} = 25.0 \alpha = 0.05$$

El cuadro 15- B muestra en el hospital Regional de Loreto.

- El 3.2 % de Las madres no han recibido ningún control prenatal, el 15.3% se han controlado entre 1 a 3 veces, el 33.6 % han tenido entre 4 a 6 controles, el 7.5 % han tenido de 10 a 12 controles y el 4.3 % han tenido mas de 12 controles prenatales
- La mayoría de las madres han tenido en la gestación de 7 a 9 controles prenatales
- Estadísticamente el peso del recién nacido es independiente del numero de controles prenatales de la madre al 95 % de confianza



CUADRO N° 16

CUADRO DE ANALISIS DE VARIANZA

Fuente de variación	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Cuadrados medios	F.exp	Ft (0.99)
Entre Hospitales	1	0.0096	0.0096	0.9412	8.53
Entre Factores	16	0.8826	0.0552	5.401 **	3.38
Error	16	0.1635	0.0102		
Total	33	1.0557			

El análisis de varianza muestra que el comportamiento de la correlación de los factores con el peso del recién nacido en el Hospital Apoyo Iquitos es igual que en el Hospital Regional de Loreto, las correlaciones individuales de cada factor con el peso del recién nacido (Ver anexo 02)

La correlación de cada uno de los factores con el peso del recién es altamente significativo esto permite probar la hipótesis 2 de la Investigación

Las hipótesis de trabajo supuestas en el análisis de varianza son:

Para Hospitales:

Ho: La correlación de la influencia de los factores con el peso del recién nacido en el Hospital Apoyo Iquitos es igual que en el Hospital Regional de Loreto

Para Factores:

Ho. La correlación de los factores con el peso del recién nacido son iguales.

El resultado del análisis de varianza resulta entre Hospitales no significativo Entre factores es altamente significativo por esto se realiza el análisis de significación de TUKEY aplicando la diferencia de significación honesta de 0.171 al 1% de significación

$$DSH = Q_{\alpha}(K, Gl \text{ error}) * (S_{Ce}/t)^{\frac{1}{2}}$$

Donde:

Nivel de significación = 0.01, $Q_{\alpha}(17, 16)$ es valor de tabla = 6.97,)

$$(S_{Ce}/t)^{\frac{1}{2}} = 0.0244494897$$

$$DSH = 0.171.$$

Las comparaciones entre los promedios de las correlaciones de los factores y el peso del recién nacido con DSH nos permite ubicar en orden de importancia en el estudio (Anexo 02).

PRUEBA DE HIPOTESIS DE DIFERENCIA DE PROMEDIOS DE LOS FACTORES

En la investigación se analiza las características denominados factores que influyen en el peso del recién nacido, estos factores se analizan en cada Hospital para probar si los promedios son iguales o diferentes se utiliza la prueba Z de la diferencia de promedio de factores (Ver cuadro 17)

CUADRO N° 17.

Factor	Hospital	Media	Varianza	Z _a	Z _t	Sig.
Paridad	Apoyo Iquitos	2.7	1.6	2.149	1.96	0.05
	Regional	2.3	2.06			
Edad materna	Apoyo Iquitos	23.9	33.69	-0.356	1.96	0.05
	Regional	24.3	45.98			
Edad Gestacional	Apoyo Iquitos	39.11	0.99	0.948	1.96	0.05
	Regional	38.98	1.03			
Peso placentario	Apoyo Iquitos	371.28	12019.72	0.316	1.96	0.05
	Regional	365.37	23709.64			
Peso del RN	Apoyo Iquitos	3215.156	179034.59	2.078	1.96	0.05
	Regional	3101.89	146231.11			
Talla de la madre	Apoyo Iquitos	152	31.8454	-1.54	1.96	0.05
	Regional	153.32	44.8375			
Longitud del Cordón Umbilical	Apoyo Iquitos	50.72	131.932	-1.03	1.96	0.05
	Regional	52.32	130.5411			
Ingreso familiar	Apoyo Iquitos	391.40	33793.491	-0.75	1.96	0.05
	Regional	411.69	43732.135			
Control prenatal	Apoyo Iquitos	7.016	4.656	1.98	1.96	0.05
	Regional	6.3	9.896			
Diámetro Placentario	Apoyo Iquitos	18.44	4.50	-2.34	1.96	0.05
	Regional	19.15	5.26			

- El factor Paridad en el Hospital apoyo Iquitos es diferente que en el Hospital Regional al 95% de confianza
- El factor Peso placentario en el Hospital apoyo Iquitos es igual que en el Hospital Regional al 95% de confianza
- El factor Peso del recién nacido en el Hospital apoyo Iquitos es diferente que en el Hospital Regional al 95% de confianza
- El factor talla de la madre del recién nacido en el Hospital apoyo Iquitos es diferente que en el Hospital Regional al 95% de confianza
- El factor numero de controles prenatales de la madre en el Hospital apoyo Iquitos es diferente que en el Hospital Regional al 95% de confianza
- El factor Diámetro placentario el Hospital apoyo Iquitos es diferente que en el Hospital Regional al 95% de confianza

4.2 DISCUSION

PARIDAD

El cuadro 1-A. En el Hospital Apoyo Iquitos

En el estudio se encontró que en el Hospital Apoyo Iquitos el mayor número de madres son multiparas con bajo riesgo obstétrico por paridad (65.6%), el 27% son parturientas primiparas, población que tiene riesgo obstétrico por paridad y/o edad adolescente y el 7% de las parturientas son gran multiparas con riesgo obstétrico.

En el Hospital Regional de Loreto se observa que el mayor porcentaje de los recién nacidos de madres primiparas (48.4%), madres con riesgo obstétrico por paridad, en segundo lugar están las madres multiparas (44.1%) madres con bajo riesgo obstétrico por paridad y un bajo porcentaje (7.5 %) de madres gran multiparas, madres que también son de riesgo obstétrico por paridad. (Ver cuadro N° 1-A, 1-B)

LOYOLA, A. Encontró que el mayor porcentaje de Rn que presentaron bajo peso proviene de madres que por primera vez experimentan un parto.

En el estudio la paridad promedio es de ($\bar{X}=2.7 \pm 1.26$ partos), de las parturientas estando muy cercano a lo encontrado por LOYOLA, A.(C.S.M.I - Santa Isabel Trujillo) cuyo promedio fue de ($\bar{X} = 2.5 \pm 1.8$ partos)

Correlación el peso del recién nacido y la paridad de la madre

El cuadro 2-A y 2-B. Muestra que el coeficiente de contingencia $C= 0.21$ entre la paridad y el peso del recién nacido es baja, por lo que se concluye que en los Hospitales Regional de Loreto y Apoyo Iquitos, la paridad de la madre no influye en el peso del recién nacido al 5 % de significación.

Sin embargo un estudio realizado en Trujillo por Loyola, A. Refiere que la paridad influye significativamente sobre el peso del Rn. Siendo sus valores promedios mayores a los nuestros.

EDAD MATERNA

En el cuadro 4-A, el mayor porcentaje de madres está en 20 a 34 años, edad reproductiva adecuada 69.5%

La edad materna promedio es de 23.9 años en el Hospital Apoyo Iquitos, el peso de recién nacido estadísticamente es dependiente de la edad de la madre ($p < 0.05$)

En el Hospital Regional de Loreto, el 60.2% de madres están en edad reproductiva adecuada (20 a 34 años) el 30.1% de madres son adolescentes con riesgo obstétrico, su edad promedio es 24.3 años

Una edad materna baja se asocia con un peso bajo al nacer, posiblemente por que las madres adolescentes no han alcanzado aun su propia estatura de adulto ni tampoco sus órganos son de tamaño adulto (2)

La mayor incidencia de peso de nacimiento bajo ha sido encontrado entre madres menores de 20 años; la incidencia desciende luego a medida que la edad de la madre aumenta, pero asciende de nuevo a partir de la edad de 30 a 35 años, (6)

Estadísticamente el peso del recién nacido depende de la edad de la madre ($p < 0.05$)

La relación entre la edad materna y el peso del RN

La relación entre la edad materna y el peso del recién nacido es significativa al 5% de significación con coeficiente de contingencia de los dos hospitales $\bar{C} = 0.44$, lo que indica relación considerable de este factor

Illingworth R (10)señala que si la madre es mayor de 24 años el peso del recién nacido aumenta según el número de nacimientos y edad de la madre.

Comparado con otros estudios realizado en Trujillo (Loyola, A. 1995) refiere la edad promedio de 25.51 años y es significativo este factor con respecto al peso del RN. ($p < 0.05$)

EDAD GESTACIONAL

En el cuadro N° 6-A se observa que en el Hospital Apoyo Iquitos el 35% tienen tiempo de gestación de 40 semanas siendo su valor promedio de 39.1 semanas

En el Hospital Regional de Loreto Cuadro N° 6- B se observa que el mayor porcentaje (37 %) de los recién nacido han cumplido 40 semanas de gestación y la mayoría son de peso mayor a 2500gr.

Loyola, A. Comprobó mediante un estudio realizado en el Centro de salud Materno infantil Santa Isabel, la edad gestacional promedio fue de 39.41 semanas y el mayor porcentaje lo han tenido los de 40 semanas de gestación.

Relación entre la edad gestacional y el peso del RN

La relación encontrada entre la edad gestacional y el peso del Rn, en el HAI y HRL, estadísticamente son significativos con ($p < 0.05$) es decir que el factor edad gestacional influye en el peso del recién nacido

SEXO DEL RECIEN NACIDO.

En el cuadro N° 7-A, se observa en el Hospital Apoyo Iquitos que hay dependencia del sexo con el peso del recién nacido al 5% de significación, en nuestro estudio predomina el sexo femenino con (51.6%) sobre el masculino que es de (48.4%); en el Hospital Regional de Loreto cuadro N° 7- B , se observa que predomina el sexo masculino (51.6%) sobre el femenino (48.4 %), al comparar con el estudio de (Loyola A. 1995) quien encuentra que el sexo no influye en el peso del recién nacido.

PESO PLACENTARIO

En el cuadro N° 8-A, se observa que el mas alto porcentaje de los recién nacidos con peso placentario (400 a 600gr) es el 28.1 %, el peso placentario promedio es de 371.28 gr y DS = 109.63, Estadísticamente el peso del recién nacido es dependiente del peso placentario con ($p < 0.05$).

En el Hospital Regional de Loreto los recién nacidos con peso placentario adecuado es de (23.7 %) , y el peso placentario promedio es de 365.37 gr. y DS= 153.98.

Estadísticamente el peso del recién nacido es dependiente del peso placentario con ($p < 0.01$).

TALLA MATERNA

La talla promedio de las parturientas que se atendieron en el Hospital Apoyo Iquitos es de 151.84 cm, mientras que en el Hospital Regional es de 152.78 cm.

A pesar que en las medias no hay diferencia, estadísticamente la talla de la madre es independiente del peso del recién nacido, mientras que en el Hospital Regional de Loreto la talla materna influye significativamente en el peso del recién nacido.

ESPACIO INTERGENESICO

Se encontró que el mayor porcentaje en el espacio inter genésico corto 18.3% corresponde a recién nacidos con peso de 2501 a 3000gr.

Estadísticamente el peso del recién nacido depende del factor espacio inter genésico de la madre al 95 % de confianza.

Relación del espacio inter genésico y el peso del recién nacido

Al relacionar el factor espacio inter genésico y el peso del recién nacido estadísticamente es significativo al 95% de confianza en los dos hospitales

4.3 CONCLUSIONES

- a. Los promedios encontrados en el estudio para los factores son:
- Hospital Apoyo Iquitos:** paridad, edad materna, edad gestacional, peso placentario, peso del recién nacido, talla de la madre, Longitud del cordón umbilical, Ingreso familiar, Numero de control prenatal, y diámetro placentario son: 2.7 ± 1.26 partos, 23.9 ± 5.80 años, 39.11 ± 0.99 semanas, 371.28 ± 109.63 gr, 3215.156 ± 423.12 gr, 152 ± 5.64 cm, 50.72 ± 11.49 cm, 391.40 ± 183.83 nuevos soles, 7.016 ± 2.16 controles, 18.44 ± 2.12 cm. respectivamente
- Hospital Regional de Loreto:** paridad, edad materna, edad gestacional, peso placentario, peso del recién nacido, talla de la madre, Longitud del cordón umbilical, Ingreso familiar, Numero de control prenatal, y diámetro placentario son: 2.3 ± 1.44 partos, 24.3 ± 6.78 años, 38.98 ± 1.01 semanas, 365.37 ± 153.98 gr, 3101.89 ± 382.40 gr, 153.32 ± 6.70 cm, 52.32 ± 11.43 cm, 411.69 ± 209.12 nuevos soles, 6.3 ± 3.15 controles, 19.15 ± 2.29 cm. respectivamente.
- b. Los recién nacidos en el Hospital Apoyo Iquitos el 48.4 % son de sexo masculino y el 51.6% son de sexo femenino, mientras que en el Hospital Regional el 51.6% son de sexo masculino y el 48.4% son de sexo femenino, El peso promedio de l Recién nacido en el Hospital Apoyo Iquitos es de 3215.156 ± 423.12 gramos y en el Hospital Regional de Loreto el peso de los Recién nacidos es 3101.89 ± 382.4 gramos
- c. El análisis de asociación muestra que el peso del recién nacido es dependiente de los factores: Edad materna, edad gestacional, sexo del recién nacido, peso placentario, espacio ínter genésico, longitud del cordón umbilical al 5 % de significación tanto en el HAI y HRL. (Ver Cuadros: 4-A, 4-B, 7-A, 7-B, 8-A, 8-B, 10-A, 10-B, 12-A, 12B respectivamente).
- d. El análisis de asociación muestra que el peso del recién nacido es dependiente de los factores: Diámetro placentario, Ingreso familiar al 1 % de significación tanto en el HAI y HRL. (Ver Cuadros: 11-A, 11-B, 14-A, 14-B. respectivamente).

- e. El análisis de asociación muestra que peso del recién nacido es independiente de los factores: paridad, control prenatal tanto en el HAI y HRL. (Ver Cuadros: 2-A, 2-B, 15-A,15-B. Respectivamente).
- f. El análisis de asociación muestra que peso del recién nacido es independiente de la Talla de la madre en el Hospital Apoyo Iquitos, pero es dependiente en el Hospital Regional de Loreto al 5% de significación (Ver Cuadros: 9-A, 9-B. respectivamente).
- g. El factor control prenatal de la madre no es significativo en el peso del recién nacido es necesario que se analice la aplicación de este programa correlacionado la ejecución con programas de nutrición de la madre, de lo contrario solamente es teórico.
- h. Al analizar la influencia de los factores en el peso del recién nacido en los hospitales donde se realizo el estudio se analiza la fuente de variación entre Hospitales se obtiene que la influencia es la misma en los dos hospitales; y de la fuente de variación entre factores se encontró altamente significativa al 99% de confianza (Ver cuadro 16).
- i. La significación honesta de TUKEY, permite conocer el orden de importancia de la influencia de los factores en el peso del recién nacido (ver anexo 02)
- j. El comportamiento de los factores en el HAI y el HRL, nos muestra que los promedios son diferentes de los factores: Paridad, peso placentario, peso del recién nacido, talla de la madre, control prenatal, y diámetro placentario (ver cuadro 17)

4.4 RECOMENDACIONES

Después de haber analizado el trabajo nos permitimos hacer las siguientes recomendaciones.

- a. Se debe efectuar mayor consejería en salud reproductiva

- b. Se debe dar mayor difusión al control prenatal, mediante programas educativos, dado que esto permitirá tomar medidas eficaces para el diagnóstico oportuno de riesgo, para disminuir la incidencia de niños de bajo peso.

- c. El Control Prenatal no solamente debe consistir en dar charlas teóricas, expedir recetas a la gestante, sino que el Ministerio de Salud debe tener Convenios Marco con ONGs y otras Instituciones Particulares de salud.

- d. Se debe realizar estudios prospectivos en cuyo diseño se incluyan poblaciones de mayor homogeneidad en la Región, con la participación Multidisciplinaria del personal investigador conformado por Obstetras, Médicos, Enfermeras y estudiantes; en concordancia con las Universidades.

5.0. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acuña H. Y Col. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, noviembre, 1981: vol. XCL: N°5; pag. 457- 459.
2. Alberman E y Evans S.J. Anales Nestle. El Prematuro. México D.F. 1989: Vol.47: N°2; pag.76-95.
3. Ávila Acosta J. Metodología de la Investigación. Concytec Lima 1995, Pág.
4. Berman. R. E, Vaughan Nelson. V.C Tratado de Pediatría. Editorial Interamericana, 15ava edición México D.F.1997, pgs.343,356 y 368.
5. Benson. R. Y Pernoll M. Diagnostico y Tratamiento Gineco-Obstétrico. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México DF. 1989. Pág. 144.
6. Crosse V.M. El Niño Pretermino Edit. Pediatría, Barcelona-España: 8va Edición: 1979: Págs.15-17,24,25,34,35,277,287,292-295
7. Cusminsky M. y Col. Manual de Crecimiento y desarrollo del Niño serie Paltex: Washington. DC. EE.UU. 1986. N° 8 Pág. 78-84.
8. Díaz de Castillo E. Pediatría Perinatología. Nueva Editorial Interamericana: México DF. 4ª Edición 1992. Págs. 51,52,58,60,61
9. Goetzman Boyd W. Manual de cuidados Intensivos Neonatales. España 2ª Edición 1996, Pas. 1-3, 24.

10. Illingworth R. El niño Normal. Editorial el Manual Moderno: México D.F. 3ª edición 1989: pagas. 72,72,85,86
11. Jasso R. Neonatología
Editorial Interamericana 1ª Edición 1996
12. Melchor. J.C. y Col. Influencia de la edad materna avanzada sobre el bajo peso y la prematuridad. Clínica. Investigación Gineco-obstetricia.1994 Págs. 166-169
13. Mongrout Steane A. Tratado de Obstetricia
Cuarta Edición. Perú, 2000. pgs. 85-91
14. Pérez Sánchez A. Obstetricia
Editorial Publicaciones Técnicas Mediterráneo Chile, Reimpresión 1999.
15. Schwarcz R.Duverges C. Obstetricia
Editorial Ateneo Buenos Aires Argentina 5ª Edición. 1998. Págs. 89,98, 149,200-202
16. Valenzuela R. H. Manual de Pediatría
Editorial Interamericana: México DF. 12ª edición 1997
Págs. 198,202,203,206.
17. www.drscope.com/pac/gineobs/03/03-paq22.htm
18. www.tubebehoy.com/tuembarazo/vaginal.shtml
19. www.caracasvirtual.com/enfopac/public/digestivo/digestivo.htm

ANEXOS

ANEXO N° 001

SERVICIO DE MATERNIDAD EN N° : _____

HOSPITAL APOYO IQUITOS Fecha: ____/____/____

I. DATOS DE LA MADRE

1. Numero de historia clínica: _____
2. Edad: _____ años
3. Gesta: _____ Paridad: _____
4. Talla de la madre _____ 5. Grado de Instrucción _____
6. Espacio Intergenesico _____ 7. Ganancia de peso materno _____
8. Control Prenatal: Sí 1 No 2 9 Cuantos _____
10. Ingresos mensual _____

II. DATOS DEL RECIEN NACIDO

11. Número de historia clínica: _____
12. Peso: _____ grs.
13. Sexo: 1 Hombre 2 Mujer-
14. Talla : _____ cm.
15. Edad Gestacional Por Amenorrea: _____ semanas
16. Edad Gestacional Por Capurro: _____ semanas

III. DATOS DE LA PLACENTA

17. Peso: _____ grs.
18. Diámetro Mayor _____ Cm
19. Retención de la placenta: 1. si 2 No

IV. DATOS DEL CORDÓN UMBILICAL

20. Longitud Cordón Umbilical: _____ cm.
21. Diámetro _____ cm.
22. Presencia de : Arterias _____ Venas _____

Gracias por su colaboración

ANEXO N° 001

SERVICIO DE MATERNIDAD EN N° : _____
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO / Fecha: ____/____/____

I. DATOS DE LA MADRE

1. Numero de historia clínica: _____
2. Edad: _____ años
3. Gesta: _____ Paridad: _____
4. Talla de la madre _____ 5. Grado de Instrucción _____
6. Espacio Intergenesico _____ 7. Ganancia de peso materno _____
8. Control Prenatal: Si 1 No 2 9 Cuantos _____
10. Ingresos mensual _____

II. DATOS DEL RECIEN NACIDO

11. Número de historia clínica: _____
12. Peso: _____ grs.
13. Sexo: 1 Hombre 2 Mujer-
14. Talla : _____ cm.
15. Edad Gestacional Por Amenorrea: _____ semanas
16. Edad Gestacional Por Capurro: _____ semanas

III. DATOS DE LA PLACENTA

17. Peso: _____ grs.
18. Diámetro Mayor _____ Cm
19. Retención de la placenta: 1. si 2 No

IV. DATOS DEL CORDÓN UMBILICAL

20. Longitud Cordón Umbilical: _____ cm.
21. Diámetro _____ cm.
22. Presencia de : Arterias _____ Venas _____

Gracias por su colaboración.

Anexo 02

LA INFORMACIÓN CORRESPONDE A LA CORRELACIÓN INDIVIDUAL DE CADA FACTOR CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO Y HOSPITAL APOYO IQUITOS. MARZO A JUNIO DEL 2002

Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Total
Hospital	Edad materna	Gesta	Paridad	Talla madre	Instrucc.	Espacio intergen.	Ganancia de peso madre	Nº Cont Pre Natal	Ingreso	Sexo	Talla RN	Edad gest. amenorrea	Peso pla centario	Diam.may placenta	Ret.pla centa	Long C.U	Diam.C Umbil.	Nj
Iquitos	0.254	0.23	0.203	0.076	0.092	0.25	0.246	0.042	0.466	0.14	0.484	0.142	0.109	0.391	0.033	0.209	0.157	3.523
Regional	-0.019	0.08	0.087	0.204	0.137	0.041	0.207	0.014	0.537	0.025	0.715	0.201	0.087	0.436	-0.095	-0.017	0.316	2.952
Total Ni.	0.235	0.31	0.29	0.28	0.229	0.291	0.453	0.056	1.003	0.165	1.199	0.343	0.196	0.827	-0.062	0.192	0.473	6.475
Ȳi.	0.118	0.153	0.145	0.140	0.115	0.146	0.227	0.028	0.502	0.083	0.600	0.172	0.098	0.414	0.031	0.096	0.237	
Orden	16	17	15	8	14	13	3	12	5	7	2	11	9	1	4	6	10	

ANEXOS 03

FORMULAS TEÓRICAS EMPLEADAS EN EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO

1. PRUEBA CHI CUADRADO

Hipótesis:

Ho: El peso del recién nacido es independiente del factor (X)

Hi: El peso de; recién nacido es dependiente del factor (X)

Nivel de confianza: En la investigación se utilizo: $\alpha=0.05$ y $\alpha=0.01$

$$X^2 = \sum_i \sum_j \frac{(n_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

donde: n_{ij} es frecuencia observada

e_{ij} es la frecuencia esperada

PUNTO CRITICO;

$$X^2 (k-1)(r-1)$$

2. COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON "r"

$$r = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - \sum (y)^2]}}$$

3. ANÁLISIS DE VARIANZA

Fuente de variación	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Cuadrados medios	Prueba F
Entre hospitales	(r-1)	SSb	SCb/r-1	[SCb/r-1]/[SCe/(r-1)(t-1)]
Entre factores	(t-1)	SSt	SCt/t-1	[SCt/t-1]/[SCe/(r-1)(t-1)]
Error	(r-1)(t-1)	SSe	SCe/(r-1)(t-1)	
Total	(rt-1)	STT		