

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académica Profesional de Enfermería



**Factores de riesgo materno y su influencia en el peso del recién nacido en el Hospital Regional de Pucallpa
Pucallpa - 1998**



**Tesis para optar el Título de
Licenciada en Enfermería**

Lizeth Julyana Galindo Jaime

14156

Pucallpa - Perú


1998

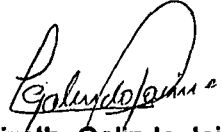
ESTA TESIS FUE APROBADA POR EL JURADO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD


Enf. Isabel Esteban Robladillo
Presidenta


Enf. Rolinda Falcon RivaAguero
Miembro


Lic. Enf. Auristela Chávez Vidalón
Miembro


Obst. Milagros Mayma Alvarado
Asesora


Lizeth Galindo Jaime
Graduando

A mis queridos padres que con su amor y estímulo constante incentivaron mi realización plena.

En especial a mi madre Juana por el esfuerzo indomitable en la trayectoria de mi formación profesional.

Con cariño y gratitud a mis hermanos Christian y Dolly por su apoyo y comprensión.

Lizeth

AGRADECIMIENTO

A mi asesora Obst. Milagros Mayma Alvarado, por el apoyo incondicional durante el desarrollo del estudio.

A los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, que con sus enseñanzas y experiencia han contribuido en mi formación profesional, en especial a los miembros del jurado calificador por sus comprensión constante.

Al personal que labora en el servicio de admisión y archivo del Hospital de Salud de Pucallpa, por su desinteresada colaboración en el recojo de la información.

A los directivos del Hospital de Salud de Pucallpa quienes facilitaron el proceso de recolección de datos.

INDICE

Nº	CONTENIDO	PAG.
	Dedicatoria	iii
	Agradecimiento	iv
	Indice de cuadros	viii
	Indice de gráficos	x
	Resumen	xii
INTRODUCCION		
1	Formulación del problema	01
2	Antecedentes	01
3	Objetivos de la investigación	03
4	Justificación e importancia	04
5	Hipótesis, variables y operacionalización de variables	05
CAPITULO I		
MARCO TEORICO Y DEFINICION DE TERMINOS		
BASICOS		
1.1	MARCO TEORICO	08
	1.1.1. Factores de riesgo materno	08
	a. Antecedentes obstétricos	08
	a.1. Edad.	08
	a.2. Aborto	09
	a.3. Paridad	11

b. Enfermedades hipertensivas.	14
c. Infección del tracto urinario	17
d. Factores psicosociales	19
1.1.2. Recién nacido	21
a. Recién nacido normal	21
a.1. Características anatómicas y fisiológicas del recién nacido.	22
b. Atención del recién nacido prematuro	32
b.1. Reconocimiento de un niño prematuro.	32
b.2. Cuidado del niño prematuro	33
b.3. Control del niño prematuro	37
b.4. Complicaciones del niño prematuro	37
1.2. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS	39

CAPITULO II

METODOLOGIA

2.1. Método	40
2.2. Población y muestra	40
2.3. Técnica e instrumento de recolección de datos	41
2.4. Procedimiento de recolección de datos	41
2.5. Tratamiento de datos	42

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION	43
------------------------	----

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones	94
Recomendaciones	95
Bibliografía	96
Anexos	98

INDICE DE CUADROS

N°	TITULO	PAG.
01	Edad según paridad de la madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	44
02	Número de abortos de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	47
03	Número de embarazos múltiples de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	50
04	Enfermedades hipertensivas que adolecieron las madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	53
05	Infecciones del tracto urinario bajo que presentaron las madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	56
06	Infecciones del tracto urinario alto que presentaron las madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	58
07	Estado civil de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	61
08	Hábitos que practicaron durante el periodo de gestación las madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	64
09	Presencia de estrés durante el periodo de gestación de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	67
10	Condición del control prenatal de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	70

11	Condición del parto de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	73
12	Puntaje de APGAR que presentaron los recién nacidos de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	76
13	Peso que presentaron los recién nacidos de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	79
14	Antecedentes obstétricos según peso del recién nacido de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	82
15	Enfermedades hipertensivas según peso del recién nacido de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	85
16	Infecciones del tracto urinario según peso del recién nacido de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	88
17	Factores de riesgo psicosociales según peso del recién nacido de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	91

INDICE DE GRAFICOS

Nº	TITULO	PAG.
01	Edad según paridad de la madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	45
02	Número de abortos de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	48
03	Número de embarazos múltiples de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	51
04	Enfermedades hipertensivas que adolecieron las madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	54
05	Infecciones del tracto urinario bajo que presentaron las madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	57
06	Infecciones del tracto urinario alto que presentaron las madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	59
07	Estado civil de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	62
08	Hábitos que practicaron durante el periodo de gestación las madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	65
09	Presencia de estres durante el periodo de gestación de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	68
10	Condición del control prenatal de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	71

11	Condición del parto de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	74
12	Puntaje de APGAR que presentaron los recién nacidos de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	77
13	Peso que presentaron los recién nacidos de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	80
14	Antecedentes obstétricos según peso del recién nacido de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	83
15	Enfermedades hipertensivas según peso del recién nacido de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	86
16	Infecciones del tracto urinario según peso del recién nacido de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	89
17	Factores de riesgo psicosociales según peso del recién nacido de madres atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.	92

RESUMEN

El propósito del estudio es analizar la influencia de los factores de riesgo materno en el peso del recién nacido en el Hospital Regional de Pucallpa, sugerir acciones tendientes a evitar la morbilidad infantil.

La investigación pertenece al nivel descriptivo no experimental de corte correlacional, exposfacto. La muestra estuvo constituida por 600 madres que acudieron para atenderse el parto en el Hospital Regional de Pucallpa durante el año de 1997. Como técnica se utilizó la observación no participante y como instrumento una ficha de registro.

La información fue recolectada en el turno de las mañanas durante el mes de febrero de 1998.

Los datos fueron procesados mediante la informática, el análisis se basó en la estadística descriptiva, en la prueba de hipótesis se aplicó la estadística no paramétrica, chi cuadrado con nivel de significancia de 0,05.

Las conclusiones son :

Los factores de riesgo en madres que acudieron al Hospital Regional de Pucallpa son: Edad, adultas maduras; paridad, 4 - 6 hijos; falta de control prenatal.

42 por ciento de recién nacidos muestran peso normal; 32 por ciento bajo peso y 26 por ciento sobre peso.

Las infecciones del tracto urinario que adolecieron las madres durante la gestación influyeron en el bajo peso del recién nacido.

INTRODUCCION

1. Planteamiento del problema

¿ Cómo influyen los factores de riesgo materno en el peso del recién nacido en el Hospital Regional de Pucallpa - 1998 ?

2. Antecedentes del problema

CHAVEZ, Netto. (03), afirma que el bajo peso es producto de infecciones, anomalías cromosómicas, insuficiencia placentaria y factores externos como ambiente familiar y psicológico.

VALENZUELA, Solange. (10), sostiene que las madres adolescentes tiene productos de bajo peso (49 por ciento), siendo uno de los factores el estado civil solteras (53,9 por ciento), alcanzando un 69 por ciento de morbilidad y mortalidad en los recién nacidos de bajo peso al nacer.

MATELUNA, Anabella. (04), afirma que los niños de madres enflaquecidas adolescentes tienen productos de bajo peso al nacer con menor de 2 500 gr. y se dice que a menor proporción nutricional resulta el recién nacido de bajo peso al nacer.

BOVE, Isabel. (02), manifiesta que de 2 548 embarazada, el 24 por ciento son adolescentes y como resultado presentaron riesgos obstétricos, recién nacidos con bajo peso al nacer, asfixias y prematuros.

ROBINOVICH, J. (06), afirma que las tasas altas de bajo peso al nacer y de complicaciones neonatales entre los recién nacidos son de madres adolescentes y solteras, se puede prevenir con protocolos y educación continua.

ARCOS, Estela. (01), dice que el retraso del crecimiento intrauterino y el bajo peso al nacer se ven afectados por el estado nutricional de la madre durante el embarazo y otros factores que rodea a la gestante, y hasta cierto punto, por su estado nutricional progestacional. Las adolescentes embarazadas constituyen un grupo de alto riesgo en términos nutricionales debido a que aún se encuentran en etapa de crecimiento.

PIZARRO Y OTROS (05), aduce que la evaluación de los factores de riesgo en el crecimiento de hijos de madres adolescentes (317) entre primíparas, menores de 20 años, de paridas igual a uno y bajo nivel socio económico tienen influencia en la morbilidad y sobre todo el porcentaje mayor de nacimientos con recién nacidos con bajo peso al nacer.

TOPOLANSKY (10), manifiesta que en todo recién nacido el peso es un parámetro de gran utilidad que mide el crecimiento. Este se define como un proceso por el cual se incrementa la masa de un ser vivo debido a la hiperplasia e hipertrofia de células.

SILVAN (08), sostiene que las representaciones sociales para que un prematuro viva es a través de la leche materna exclusiva y otros factores colaboran para que la mayoría de las madres de prematuros pasen por etapas que interfieren en el proceso de la lactancia y ayuda en la estructura emocional y familiar.

SANCHEZ, Lidia. (07), explica que los factores de riesgo prioritario en las gestantes son las complicaciones del embarazo, embarazos múltiples, ingreso familiar precario, intervalo internatal corto, deficiente control prenatal, paridad aumentada (5 - 8 hijos), todo lo descrito ocasiona que el recién nacido tenga un bajo peso al nacer y mayor porcentaje de morbilidad y mortalidad.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general.

Analizar la influencia de los factores de riesgo materno en el peso del recién nacido en el Hospital Regional de Pucallpa.

3.2. Objetivos específicos.

- a. Describir los factores de riesgo materno en mujeres del Hospital Regional de Pucallpa.
- b. Determinar el peso del recién nacido en el Hospital Regional de Pucallpa.
- c. Relacionar la influencia de factores de riesgo materno y el peso del recién nacido en el Hospital Regional de Pucallpa.

4. Justificación e Importancia

Actualmente la tasa de mortalidad materna en el Perú es de 303/10 000 nacidos vivos, como consecuencia de la alta paridad y corto periodo intergenésico poniendo en riesgo la salud de la mujer.

La mortalidad perinatal está ligada a deficiente calidad de atención del parto en zonas rurales, factores psicosociales y enfermedades inherentes al embarazo.

La incidencia del bajo peso al nacer se estima a nivel nacional un 10 por ciento de los nacidos vivos en los establecimientos del ministerio de salud.

En la región de Ucayali específicamente en zonas rurales, las mujeres gestantes no acuden al control prenatal (66,8 por ciento), repercutiendo en la salud reproductiva, así se encontró hipertensión previa a la gestación 0,3 por ciento, preeclampsia 4,5 por ciento, eclampsia 0,6 por ciento, infección urinaria 11,9 por ciento. Datos que son corroborados por el sistema informático perinatal CLAP OPS7OMS (26,3 por ciento).

Esto es motivado por la falta de orientación, pobreza, inaccesibilidad al servicio de salud y patrones culturales etc. conllevando a que el recién nacido presente alteración en el crecimiento intrauterino repercutiendo en el peso y en la talla.

Razones expuestas me motivaron a investigar la influencia de factores de riesgo materno en el peso del recién nacido en el Hospital Regional de Pucallpa , con el propósito de sugerir acciones tendientes a evitar la morbimortalidad, además servir de base para posteriores investigaciones.

5. Hipotesis, variables y operacionalización de variables.

5.1. Hipótesis.

5.1.1. Hipótesis general.

Existe influencia de los factores de riesgo materno en el peso del recién nacido en el Hospital Regional de Pucallpa.

5.1.2. Hipótesis específicas.

- a. Los antecedentes obstétricos no influyen en el peso del recién nacido.
- b. Las enfermedades hipertensivas de la madre influyen con mayor frecuencia en el peso del recién nacido.
- c. Las infecciones del tracto urinario bajo de la madre influye con mayor frecuencia en el peso del recién nacido.
- d. Los factores de riesgo psicosociales no influyen en el bajo peso del recién nacido.

5.2. Variables.

5.2.1. Factores de riesgo materno.

Variable independiente de la investigación consistente en la interacción de múltiples factores que está expuesta la madre.

5.2.2. Peso del recién nacido.

Variable dependiente de la investigación; se refiere a la cantidad de gramos del recién nacido normal.

5.3. Operacionalización de variables.

5.3.1. Factores de riesgo materno.

Se consideran las dimensiones :

a. Antecedentes obstétricos.- Sus indicadores son :

- Edad.
- Paridad.
- Aborto.
- Embarazo múltiple.

b. Enfermedades hipertensivas.- Los indicadores son los siguientes :

- Preeclampsia.
- Eclampsia.

c. Infecciones del tracto urinario.- Se consideran los indicadores:

- Infecciones del tracto urinario bajo (cistitis, uretritis)
- Infecciones del tracto urinario alto (pielonefritis, nefritis)

d. Factores de riesgo psicosociales.- Los indicadores considerados son:

- Alcoholismo.
- Madres fumadoras.
- Estrés.
- Estado civil
- Ausencia de control prenatal.

5.3.2. Peso del recién nacido.

Las dimensiones son:

- **Sobre peso** **3 600 a mas gr.**
- **Normal** **2 500 a 3 500 gr.**
- **Bajo peso** **Menor de 2 500 gr.**

CAPITULO II

MARCO TEORICO Y DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

1.1. MARCO TEORICO

1.1.1. Factores de riesgo materno.

a. *Antecedente obstétrico.*

a.1. *Edad.*

Para TELLO , la relación entre bajo peso y edad de la madre tiene una curva en "J": las tasas más altas se presentan en gestantes menores de 15 años, alcanzan el nivel más alto entre los 25 y 29 años para luego ascender conforme aumenta la edad de la gestante. La concepción antes de los 16 años está asociada a una alta tasa de mortalidad perinatal. Cerca del 18 por ciento de partos prematuros ocurren en este grupo de edad. Adolescencia es un factor de riesgo intermedio para bajo peso al nacer porque se interrelacionan con otras características socio-demográficas como nivel de educación y ausencia de

control prenatal. La concepción después de los 35 años impone un alto riesgo de defectos genéticos y de mortalidad perinatal”.

a.2. *Aborto.*

TOPOLANSKY , refiere que el aborto, es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal, pudiendo ser precóz o tardío y espontáneo o provocado.

De acuerdo a la evolución clínica se lo divide en las siguientes etapas: amenaza de aborto, aborto inevitable que puede ser inminente o en curso y aborto completo e incompleto.

La amenaza de aborto se caracteriza por presentar el siguiente cuadro: amenorrea, síntomas y signos físicos y de laboratorio de embarazo, dolor tipo cólico en hipogastrio (similar al dolor menstrual) y hemorragia que se observa a través del orificio externo del cuello uterino (metrorragia) el que se encuentra cerrado.

Cuando se piensa en amenaza de aborto no debe olvidarse la posibilidad que se trate de un embarazo ectópico no complicado. La lateralización del dolor y la presencia de una tumoración parauterina palpable nos inclinarán en favor de este último diagnóstico.

Si el cuadro patológico no se detiene en su evolución, el aborto se hace inevitable; éste en una primera etapa se denomina aborto inminente y en una segunda etapa

será el aborto en curso. El aborto inminente que es una etapa transitoria de la expulsión del huevo, se caracteriza generalmente por la intensificación de los dolores cólicos y de la hemorragia producida por el desprendimiento del huevo y desde el punto de vista físico, por el borramiento y dilatación del cuello uterino. En abortos de más de doce semanas de amenorrea puede producirse en esta etapa, la ruptura del saco amniótico con pérdida del líquido. En abortos de menos tiempo, este episodio no se suele observar.

El aborto inminente pasa rápidamente a la etapa de aborto en curso, que se caracteriza porque la paciente presenta dolores cólicos más o menos rítmicos y hemorragias, que pueden ser muy abundantes poniendo en riesgo la vida de la paciente y porque desde el punto de vista físico presenta un cuello dilatado, a través del cual se ve salir el contenido uterino (huevo). Cuando la expulsión del contenido es total, se trata de un aborto completo, pero frecuentemente la expulsión es parcial, tratándose entonces de un aborto incompleto, en cuyo caso el útero se mantiene grande, blando, prosiguiendo la hemorragia con disminución de los dolores. El cuello uterino permanece dilatado y a través del mismo se observan restos ovulares.

a.3. *Paridad.*

interrogatorio su paridad, y por lo tanto cuando se realiza el examen clínico, se encuentra mediante signos determinados, cuál es la verdadera paridad de la paciente.

Por ese motivo y porque alguna vez se puede plantear un problema médico legal, en el que el médico debe informar si una mujer ha tenido o no hijos, es que esquematizaremos las características de la nulípara y la multípara.

- **Abdomen.-**

En la nulípara, se aprecian los músculos tónicos cuando se contraen y la piel no presenta estrías dérmicas.

En la multípara, los músculos son flácidos y se visualiza la presencia de estrías dérmicas blanquecinas o nacaradas.

- **Mamas.-**

En la nulípara son firmes, cilindrocónicas, en cambio en la multípara son más flácidas y con tendencia a ser péndulas.

- **Aparato genital.-**

En lo que se refiere al aparato genital, a la inspección, la vulva en las nulíparas se encuentra cerrada por los labios mayores, en cambio en la multípara está entreabierta o abierta totalmente.

El periné en la nulípara está intacto con su longitud normal, en la multípara en cambio, está acortado, a veces con cicatrices de episiotomías y otras veces desgarrado.

Separando los labios se observa el vestíbulo, donde destacamos el himen que en la nulípara, que ha tenido relaciones sexuales está desgarrado, pero con el anillo de implantación intacto, en la multípara el himen está prácticamente desaparecido y sólo se visualizan pequeños restos denominados carúnculas himeneales..

A la inspección dinámica, en la nulípara no se visualiza vagina, en cambio en la multípara se ve un descenso de la pared vaginal ya sea anterior o posterior constituyendo los denominados colpoceles anterior o posterior, con o sin cistocele o rectocele.

Al realizar el tacto genital en la nulípara la vagina es un conducto tónico, firme, con paredes en las que se palpan columnas anterior y posterior y pliegues transversales.

Más hacia la profundidad se palpa el cuello uterino, que por lo general es cilíndrico, de unos 3 centímetros de longitud, de superficie lisa, regular y con un orificio externo de forma circular y cerrado.

En la multípara, la vagina es amplia, lisa, no se palpan las columnas mencionadas y el cuello es cilíndrico, más grueso, con un orificio externo en forma de hendidura transversal, que divide al cuello en dos partes, denominados labios superior e inferior.

b. Enfermedades hipertensivas.

Toxemia.

TOPOLANSKY , afirma que bajo este título están comprendidas un grupo de enfermedades que se presentan durante el embarazo y al principio del puerperio y que tienen el común denominador de presentar una tríada sintomática constituida por : hipertensión, edema y albuminuria (algunas veces pueden presentarse formas mono o bisintomáticas).

Cuando además de esta triada la grávida presenta convulsiones y/o coma, se le denomina "eclampsia". Dentro de las toxemias existen grandes variaciones según la intensidad o el predominio de uno o más síntomas.

Se las clasifica clínicamente en toxemias precoces y toxemias tardías, según la edad del embarazo en que aparecen. Las toxemias tardías a su vez se clasifican en leves, medianas o graves según la intensidad de los síntomas ya descritos.

- La toxemia leve se caracteriza por presentar una presión arterial con cifras que varían entre 14/9 hasta 16/10 en reposo, con discreto edema de tobillo y pierna y una albuminuria de hasta 2 gramos, teniendo además en el sedimento urinario algunos cilindros granulosos.
- Toxemia mediana: en ella la hipertensión alcanza cifras de 16/10 mmHg hasta 18/12 mmHg, con edema de pierna y

muslo, con albúmina desde 2 hasta 4 gramos y con cilindros granulosos en el sedimento urinario.

- **Toxemias graves o severas:** se caracteriza por presentar cifras de hipertensión arterial que van desde 18/12 mmHg hasta 25/14 mm Hg, siendo en algunos casos estas cifras aún mayores; se acompañan de edema de pierna, muslo, abdomen y cara, constituyendo una verdadera anasarca. Desde el punto de vista urinario presentan oliguria con una albuminuria de más de 5 gramos y la presencia en el sedimento urinario de cilindros de todo tipo, glóbulos rojos y leucocitos.

Frente a pacientes embarazadas que puedan presentar cualquiera de estos cuadros se deben solicitar los siguientes exámenes :

- **Exámenes para certificar el diagnóstico.**

Orina completa.-

Donde estudiaremos los elementos de función y los de lesión renal, los primeros por la diuresis y densidad y los segundos por el sedimento.

Fondo de ojo.-

En el que se busca la presencia o ausencia de espasmos a nivel de los cruces arteriovenosos, el brillo de las arterias, el edema (que es consecuencia del espasmo), hemorragias o exudados, en general debidos a la

hipertensión crónica. El fondo de ojo sirve además para estudiar la repercusión encefálica de la toxemia.

- Exámenes para estudiar la repercusión . . . lesional.

Estudio renal completo.-

Mediante la diuresis y la densidad y la repercusión glomerulocapilar por medio del sedimento y la albuminuria.

Para saber la repercusión metabólica pediremos azoemia, uricemia y creanemia.

Estudio del aparato cardiovascular.-

Se pedirá una consulta con cardiólogo y un electrocardiograma.

Para estudiar la repercusión sobre el hígado se pedirá un estudio funcional hepático.

Se vigilarán además: curva de peso, temperatura y presión arterial diaria, Diuresis cada 24 horas, con examen de orina. Fondo de ojo repetido cada tres días.

Desde el punto de vista fetal se harán los siguientes controles: medición diaria de la altura uterina y circunferencia abdominal; auscultación de latidos fetales por lo menos tres veces por día durante diez minutos cada vez.

c. Infección del tracto urinario.

TOPOLANSKY (10), manifiesta que esta afección se presenta con frecuencia , predomina en el segundo

trimestre de la gestación aunque se la pueda encontrar antes o después del mismo.

Puede presentarse un síndrome urinario bajo, caracterizado por: disuria, polaquiuria, ardor miccional y tenesmo vesical acompañado muchas veces de orinas turbias e inclusive con hematuria.

Las fosas lumbares dolorosas, los puntos ureterales son dolorosos aunque destacamos que en el embarazo sólo el punto ureteral inferior es accesible.

La paciente puede tener fiebre, escalofríos, etc. es una afección siempre bilateral con predominio de los síntomas por lo general del lado derecho, encontrándose afectado el sector canalicular urinario y casi siempre el intersticio renal por lo que estos cuadros deben ser rotulados siempre como pielonefritis. Las pacientes deben ser estudiadas planteando la posibilidad de que exista un proceso patológico renal previo a la gestación que facilite la colonización del intersticio renal por gérmenes, por lo que hay que descartar la presencia de malformaciones renales, de litiasis renal o de tuberculosis renal.

Al mismo tiempo existen otros factores regionales y generales del terreno que predisponen a la enfermedad: dentro de éstos destacamos fundamentalmente la diabetes como enfermedad general y en lo regional, el estreñimiento que

permite una exacerbación bacteriana intestinal que por la vía linfática o por contiguidad podría invadir el intersticio renal.

También la presencia de focos infecciosos, amigdalitis, dentarios o vesiculares juegan un rol a tener en cuenta.

Finalmente mencionaremos que se observa con frecuencia en la grávida y sobre todo del lado derecho, porque la dextrorrotación del útero ejerce una compresión ureteral y por consiguiente se crea un estasis urinaria a lo que se agrega el reflujo vesicoureteral que pueden presentar las embarazadas.

d. *Factores psicosociales* .

d.1. *Tabaquismo*.

Para TELLO (10), el tabaquismo es uno de los factores prevenibles más importantes en el riesgo de bajo peso al nacer. Fumar duplica el riesgo. Más de 50 estudios documentan el efecto adverso del tabaco. La hipótesis más aceptada es que provoca intoxicación por monóxido de carbono e hipoxia crónica alterando la morfología y los mecanismos adaptativos que la placenta debe realizar para lograr un niño sano (Mayer 1977). El tabaco aumenta el riesgo de muerte fetal, retardo en el crecimiento intrauterino y prematuridad. A pesar de la reducción reportada en los niveles de alquitrán y nicotina,

esta asociación ha persistido consistentemente a través del tiempo,

grupos de edad, grupos étnicos y localizaciones geográficas.

d.2. *Alcohol y otros.*

La asociación entre el consumo de alcohol durante la gestación y el bajo peso al nacer es reconocida. Se aconseja la prohibición del consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo. Se están evaluando ciertos factores de riesgo, como tensión física y fatiga, especialmente relacionados con el trabajo durante la gestación, problemas de tipo psicológico e irritabilidad uterina entre otros. Hasta el momento existe controversia acerca de su relevancia.

Una discusión de los factores de riesgo sería incompleta sin mencionar el parto prematuro como resultado de la intervención médica: cesárea o el uso de oxitocina en el parto inducido. A pesar de que estimar su magnitud es difícil, este problema no es insignificante. El efecto de la asfixia es más severo en los neonatos prematuros y su incidencia es inversamente proporcional a la maduración fetal (Dorand, 1984).

Un manejo óptimo dirigido a la anticipación o prevención de la asfixia debe basarse en el conocimiento de la población en riesgo.

d.3. *Trastornos nerviosos*

Es frecuente observar que muchas grávidas presentan trastornos nerviosos, tanto en la esfera neurovegetativo como en la esfera psíquica. En lo referente al sistema neurovegetativo se observan con mayor intensidad trastornos del vago que ocasionan bradicardias, trastornos digestivos y algunos trastornos respiratorios. No son en cambio, tan frecuentes las alteraciones simpáticas tales como taquicardia, etc.

En la esfera psíquica se observan toda clase de alteraciones, desde aquellas grávidas que manifiestan que nunca se sintieron mejor en su vida hasta aquellas que presentan verdaderas neurosis. Por otra parte se observan y eso depende de otros factores tales como culturales, económicos, sociales, etc., trastornos importantes del carácter.

1.1.2. **Reclén nacido.**

a. *Recién nacido normal.*

La ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD , afirma que a partir del momento de la concepción, el feto en formación crece y se desarrolla con gran rapidez. El medio ambiente intrauterino provee todas las necesidades del feto, ya que el organismo de la madre pone a su disposición todas sus reservas.

Una vez que el feto ha alcanzado su madurez, es expulsado al medio ambiente exterior. En ese momento, se efectúan

en el organismo del feto una serie de cambios que le permitirán la mejor adaptación al nuevo medio ambiente. Este cambio abrupto del medio intrauterino al medio externo, le confiere al nacimiento el carácter de "trauma".

a.1. Características anatómicas y fisiológicas del recién nacido.

- Cambios fisiológicos de adaptación del neonato al medio ambiente.

En las primeras horas después del nacimiento, el recién nacido debe reponerse del trauma del nacimiento; respiración, alimentación, contacto con la presión atmosférica y las presiones externas de luz, ruido y microorganismos. Es un periodo crítico, caracterizado por profundas modificaciones anatómicas y fisiológicas, las que le permitirán cumplir con sus funciones básicas de respiración, alimentación, regulación de su temperatura y otras.

El recién nacido conserva su posición fetal durante los primeros días; las piernas están flexionadas hacia el abdomen, el tronco presenta forma de "tonel", la cara está un poco edematosa a veces con los ojos cerrados, la cabeza puede tener forma elongada (debido a la presión durante el parto), la piel es rosada y cubierta por una capa grasosa llamada "vernix caseosa" (que desaparecerá al poco tiempo), los genitales, tanto en el hombre como en la

mujer, están edematosos, las manos están cerradas en forma de puño y hay incoordinación general de movimiento y tono muscular aumentado.

- **Cambios en el aparato respiratorio.**

El neonato normal empieza a llorar inmediatamente después de su nacimiento. Su llanto indica el establecimiento de una respiración activa y de cambios en el sistema circulatorio. Si el recién nacido tiene capacidad muscular torácica normal, provocará la primera expansión respiratoria. Esta primera respiración es suficiente para despegar los canales aéreos de los pulmones que ya están desarrollados, pero que han permanecido colapsados durante las semanas anteriores al parto.

Aunque no se ha determinado con claridad cuál es el móvil del desencadenamiento de la primera respiración del neonato, hay varios factores importantes que ayudan el inicio de la respiración. Se cree que la acumulación de anhídrido carbónico en la sangre al suspenderse la oxigenación, cuando se corta el cordón umbilical, hace que se estimule el centro respiratorio del neonato. Ello permite a su vez, la entrada de aire a los pulmones y la salida o espiración, lo que produce el llanto y regulariza la respiración.

Se considera que hay otros factores que interviene en la producción de la primera respiración: la falta de oxígeno, la compresión que sufre el tórax en su paso por el canal del parto y la estimulación física por las manipulaciones a que se somete al neonato, al nacer.

Normalmente, la frecuencia respiratoria es de 40 respiraciones por minuto. Se acompaña, a veces, de cortos periodos de apnea. La expansión total de los pulmones ocurre varios días después del nacimiento.

- **Cambios de aparato circulatorio.**

En el aparato circulatorio también se producen cambios de adaptación. En el feto, la circulación de la sangre tiene algunas particularidades que cambian después del nacimiento y permanecen así durante toda la vida.

El feto utiliza la placenta, en lugar de los pulmones, para la oxigenación de la sangre. La sangre fetal no oxigenada, llega a la placenta por medio de dos arterias del cordón umbilical. Después que la sangre es oxigenada en la placenta, vuelve al feto cargada de oxígeno por la vena del cordón umbilical. Después del nacimiento, cuando se inicia la circulación en los pulmones, estos reemplazan la placenta.

En el recorrido que hace la sangre a través de la vena umbilical hasta llegar al feto, algunos conductos se cierran

después del nacimiento, es decir: el conducto venoso, que comunica la sangre de la vena umbilical con la circulación hepática; el foramen o agujero oval, localizado entre la vena cava inferior, que lleva la sangre al corazón del feto y la aurícula izquierda (cavidad superior izquierda) del corazón. Por allí circula la sangre oxigenada que va a diferentes partes del cuerpo. Otra comunicación que no existe en el adulto es el ductus arterioso, que está entre la arteria aorta y la arteria pulmonar.

El cordón umbilical está formado por los vasos umbilicales, un conducto y una sustancia gelatinosa. Su estructura va cambiando de color y de aspecto, hasta que al quinto o séptimo día se desprende. Al eliminarse el cordón, los vasos sanguíneos se ocluyen, aunque sigue siendo permeables durante 20 a 25 días y pueden ser una entrada de infecciones.

- Sistema termorregulador.

Al nacer, el neonato tiene poca grasa subcutánea para que lo aísle del frío. En los primeros días, el mecanismo termorregulador no funciona, por lo que el organismo del recién nacido tiende a tomar la temperatura del medio que lo rodea. El ambiente tiene una temperatura (21.2 °C) más baja que la materna (38.8 °C), por lo tanto, el frío lo

estremece y presenta escalofríos, lo que disminuye la oxigenación de los tejidos:

- **Sistema nervioso.**

El tono muscular denota el equilibrio neuromuscular y se exterioriza por la postura. La exploración del sistema nervioso se efectúa por medio de la evaluación de los reflejos o conducta instintiva del recién nacido.

Los reflejos principales del recién nacido son : succión, deglución, prensión, moro, babinsky y marcha.

El reflejo de succión está presente antes de nacer, es el movimiento de ocupar cuando se introduce algo en la boca.

El reflejo de deglución se puede observar cuando el recién nacido degluta al ofrecérsele alimentos (traga sin dificultad).

El reflejo de prensión puede verse cuando se coloca un objeto en la mano del recién nacido e inmediatamente lo aprisiona con fuerza.

El reflejo de moro puede ser provocado por un estímulo súbito de dolor, ruido, luz o falta de apoyo. El recién nacido responde haciendo un abrazo imaginario.

El reflejo de babinsky se observa al estimular la zona externa de la planta de los pies. El dedo gordo del pie hace un movimiento hacia afuera y los demás dedos hacia la planta.

El reflejo de marcha se comprueba cuando el recién nacido, suspendido por las axilas, inicia movimientos semejantes a los de marcha al apoyarse en plano firme.

- **Aparato digestivo.**

Antes de las 24 horas, el recién nacido deglute, mueve los labios, saborea y huele. Se despierta cuando tiene hambre y responde normalmente con llanto. Al nacimiento, la capacidad del estómago varía de una a dos onzas, alcanzando hasta tres onzas en la tercera semana.

La evacuación del contenido gástrico se completa en una hora y media, si la alimentación es materna, llegando a tres horas cuando es artificial. El hígado es muy grande y llega a ocupar hasta la mitad del abdomen, en él se acumulan gran cantidad de grasas, glucógeno e hierro. Este disminuye de tamaño después de la primera semana de vida.

Los primeros excrementos reciben el nombre de meconio. Están compuestos por una materia de color verde oscuro, casi negro, gomoso, sin olor. Hacia el tercer día, con la ingestión de alimentos, las heces comienzan a modificarse y al cuarto a quinto día, han tomado las características que luego persisten en los meses siguientes. El número de heces varía de tres a cinco en un día.

- La piel.

Al nacer, el neonato tiene la piel cubierta por una sustancia blanca, untuosa, llamada vernix caseosa o unto sebáceo. Este material protege la piel del líquido amniótico que rodea al feto en el útero. Esta sustancia desaparece en pocas horas y la piel se nota rojiza y lisa, luego el tono rojizo cambia a rosado. Hacia el quinto día de vida, la piel comienza a descamarse, este proceso dura aproximadamente unos quince días.

En la primera semana de vida, aparece en la piel y mucosa un tinte amarillento llamado ictericia fisiológica, debido a que el recién nacido destruye gran cantidad de glóbulos rojos fetales que tiene en exceso, liberando parte de hemoglobina que está distribuida por los tejidos. Es frecuente observar manchas rojizas en algunas regiones, las que desaparecen al poco tiempo. Hay otras manchas en la región lumbosacra, llamadas mongólicas, que son de color rojo violáceo y que también desaparecen rápidamente.

La piel del dorso, los hombros, la frente, los muslo y las mejillas está cubierta por vello fino y suave de color negro, llamado lanugo, el cual se cae en pocos días. Otra característica de la piel es el millium facial que son pequeños pápulos o puntos amarillentos que se ubican, preferentemente en la nariz, el mentón y en las mejillas.

Estos puntos de grasa son normales y no se deberán extraer o tocar, ya que poco a poco irán eliminándose.

- Sistema esquelético.

Los huesos son suaves ya que están compuestos básicamente por cartílagos y depósitos de calcio. La espina dorsal es derecha y plana, la curvatura se desarrollará más tarde cuando el lactante empiece a sentarse y a caminar. El esqueleto es flexible y las articulaciones elásticas. Esto facilita el pasaje por el canal del parto.

- Sistema muscular.

El tono muscular está acentuado y ofrece resistencia a la presión. Ausencia del tono muscular y flacidez indican daño en el sistema nervioso.

- La cabeza.

El feto suele experimentar un fenómeno llamado de amoldamiento al adaptarse a las dimensiones del canal del parto. Los huesos del cráneo fetal pueden unirse y superponerse en las líneas de sutura, lo que hace que disminuya su diámetro temporalmente, Esto se llama "acabalgamiento".

Los huesos del cráneo del recién nacido están bien osificados, pero se encuentran separados por las suturas sagitales y coronarias. La sutura sagital está entre los dos

parietales, la coronaria entre el hueso frontal y parietales derecho e izquierdo.

- La cara.

Los ojos generalmente están cerrados y su color varía. Por lo general, durante las primeras seis semanas el recién nacido no produce lágrimas cuando llora. En los párpados puede haber edema y contracción palpebral. Los labios son de color rojo violáceo, a veces con cianosis discreta alrededor.

Algunas veces, en la boca pueden verse placas blancas o monilias, conocidas como muguete o algodóncillo.

- Organos genitales.

En la niña los labios mayores a veces no cubren a los labios menores. El clítoris y los labios menores están muy desarrollados. Puede haber secreciones mucosas blanquecinas, a veces con sangre durante una o dos semanas. En el varón el tamaño del escroto varía y el pene es pequeño.

- Peso.

Los límites extremos de peso son, mínimo 2 500 y máximo 5 000 gramos. Por debajo de 2 500 gramos, se le considera prematuro y por encima de 5 000 gramos, se le considera gigante o macrosomo.

Durante los primeros días después del nacimiento, el peso del recién nacido disminuye un 10 % que generalmente se recupera en los cinco o seis días subsiguientes.

- Talla.

La talla promedio es de 50 cm.

- Tórax.

El tórax tiene forma cilíndrica. El tronco es alargado, el abdomen cilíndrico, con su pared tensa y lisa. La circunferencia promedio del tórax es de 31 a 34 cms, el abdomen de 31 a 32 cms y la cefálica es de 33,7 a 36 cms.

- Forma.

La forma del cuerpo corresponde a la de un cilindro y se encuentra en actitud de flexión. La cabeza y el tronco constituyen la mayor parte de la talla.

- Signos vitales.

La frecuencia cardíaca es de 100 a 140 latidos por minuto.

La presión arterial oscila entre 55 a 80 mm Hg (máxima) y 40 a 46 mmHg.(mínima). La respiración es irregular y tiene una frecuencia entre 40 y 50. El tipo de respiración es abdominal, en ocasiones con periodos de apnea.

La temperatura oscila entre 36 °C y 36,5 °C. Al nacer desciende y se normaliza, adaptándose al medio. Por debajo de 36 °C, se considera hipotermia.

Los signos vitales se afectan cuando el recién nacido llora; el pulso y la respiración aumentan. También el ritmo se vuelve irregular. No deberán tomar los signos vitales cuando el recién nacido tiene hambre, ya que llorará con fuerza y se pueden obtener cifras que no reflejan su estado de salud.

b. Atención del recién nacido prematuro.

Se considera como prematuro al niño que nace con un peso inferior a 2 500 gramos. Generalmente, nace antes de completar el periodo normal de estación (cuarenta semanas) y su madurez no es completa puesto que no ha alcanzado el desarrollo necesario. En otras palabras, los órganos están completos pero les falta maduración para su perfecto funcionamiento.

b.1. Reconocimiento de un niño prematuro :

- Su peso es menos que 2 500 gramos.
- El reflejo de aprehensión en las manos es menor y muchas veces tiene las manos abiertas.
- La piel es arrugada, de color rojo y cubierta de lanugo.
- Su respiración es débil y a veces irregular.
- Su temperatura es menos que 36 °C. Tiene dificultad en mantenerla por sí mismo.
- El reflejo de succión y deglución está ausente o es débil.
- Su llanto es débil y quejoso. Tiene poca resistencia a las infecciones.
- Ausencia de tejido graso y signos de pliegues.

- Disminución y ausencia del pliegue plantar y palmar.

b.2. Cuidado del niño prematuro :

Todo niño prematuro requiere cuidados generales y especiales.

b.2.1. Cuidados generales.

- Control de la respiración.
- Cuidado de las secreciones.
- Atención del cordón umbilical.
- Atención de los ojos.

Estos cuidados son los mismos para el recién nacido normal.

b.2.2. Cuidados especiales.

- Establecer y mantener la respiración.
- Mantener la temperatura corporal.
- Cuidado de la alimentación.
- Protección contra las infecciones.
- Control de peso.
- Manipulación mínima.

Cuidado de la alimentación :

- Cuando el niño puede succionar, hay que empezar la alimentación con leche materna directamente del pecho.
- Si el niño no puede succionar, alimentarlo con leche materna usando un gotero. La madre puede extraerse

la leche y luego ponerla en un vaso, que sólo se utilizará para alimentar al bebé.

- Para alimentar al niño con leche materna se deben usar siempre utensilios limpios y hervidos. La madre debe lavarse las manos antes de darle alimentación o hacerle cualquier otro tipo de cuidado.
- Recomendar a la madre que cuando alimente al niño se siente, lo abrace, le de la leche materna de un vaso con gotero dejando caer la leche en la boca del niño suavemente, despacio y desde una altura moderada.
- La cantidad de leche materna debe estar de acuerdo con el peso. Cada 24 horas deberá aumentarse de dos a cinco cms, dependiendo de lo que el niño pida y lo esté satisfecho. Hay niños prematuros que pueden tomar hasta 30 cms cada vez.

Al prematuro más pequeño se le da leche cada dos horas y a los mas grandes cada tres horas. En caso de que no se pueda dar leche materna al niño prematuro, se le puede alimentar con una formula de leche maternizada. Si el niño puede succionar, puede usar el biberón, pero si no puede, debe usar el gotero y seguir las mismas indicaciones que con la leche materna.

- **Protección contra las infecciones.**

El niño prematuro es más sensible a las infecciones que el niño normal. El organismo del prematuro no está completamente desarrollado y no tiene las defensas suficientes para protegerse contra las enfermedades.

Es necesario enseñar a la madre a hacer lo siguiente: aislar el niño prematuro de personas enfermas; protegerlo de picaduras de insectos; mantener el ambiente de la casa muy limpio y ventilado; procurar que los utensilios para el cuidado del niño sean solo para él, y manipularlo lo menos posible.

- **Control de peso.**

El niño prematuro al nacer pesa menos de 2 500 gramos. En los primeros días de vida, los niños prematuros pierden peso como todos los recién nacidos, pero después de los primeros días empiezan a reponer el peso perdido.

Siempre que sea posible, se debe pesar al niño una vez por semana durante el primer mes. Este control se puede hacer durante las visitas domiciliarias.

b.2.3. Otros cuidados.

Siempre lavarse las manos antes de tocar al niño prematuro; cambiarle el pañal de dos a cuatro veces al día. No es necesario hacerlo cada vez que orina.

En cada cambio de pañal, limpiarle los genitales con trapitos suaves y limpios humedecidos en agua hervida tibia.

Cuidar el ombligo lo mismo que al niño normal.

Bañarlo con esponja, si el niño pesa menos de 1 800 gramos. Si el niño prematuro pesa más, puede bañarse lo mismo que el normal.

Cambiar la ropa al niño sin sacarlo de su cuna o caja porque así permanece a la temperatura que él necesita.

Levantarlo sólo para alimentarlo.

Mover al niño prematuro solo lo indispensable. Cambiarlo de postura alternando sobre el lado izquierdo, sobre el derecho y boca abajo con su carita de lado. Evitar colocarlo boca arriba, pues existe el riesgo de que aspire vómitos.

Vigilarlo constantemente.

Hay que observar cualquier cambio notorio.

b.3. Control del niño prematuro :

El control del niño prematuro, por medio de la visita domiciliaria, se hace para vigilar el progreso del niño. El niño prematuro necesita muchos cuidados y es imposible que el profesional de enfermería pueda dedicar mucho tiempo a atenderlos. Por esto, es importante enseñar los cuidados del prematuro a las comadronas en el programa de capacitación y supervisión.

Es preciso que las comadronas promotoras o la propia familia avisen cuando nace un niño prematuro para que la enfermera pueda visitar la familia y enseñar a la madre los cuidados y vigilancia que necesita el niño prematuro.

b.4. Complicaciones del niño prematuro.**b.4.1. Respiración.**

El niño respira con dificultad y su respiración es irregular. Esfuerzo aspiratorio a expiratorio.

b.4.2. Hipoglicemia.

El nivel de azúcar en la sangre es bajo: 20 mg/100 miligramos. La complicación se manifiesta con los signos siguientes :

- El niño se pone cianótico (azulado o morado).
- El niño no tiene deseos de comer y no traga líquidos.

b.4.3. Anemia.

El niño prematuro tiene pocas reservas de hierro en su cuerpo y necesita hierro adicional. Se le debe dar hierro por vía oral, de acuerdo a la norma nacional de atención.

b.4.4. Otros signos.

- No aumenta de peso.
- Tiene secreción de ojos y nariz.
- Tiene vómitos o diarrea.
- Temperatura muy baja.

1.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BASICOS.

a. Madre.

Toda mujer que ha tenido o tiene hijos.

b. Mujer en edad fértil adultas jóvenes

Se considera a aquellas mujeres menores de 25 años.

c. Mujer en edad fértil adultas maduras.

Mujeres que poseen mas de 26 años.

d. Peso.

Cantidad de masa en el cuerpo humano expresado en gramos.

e. Talla.

Estatura o altura de un ser humano.

f. Recién nacido.

Considerado al niño desde el momento que nace hasta las 48 horas de vida.

g. Riesgo.

Es la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud, enfermedad y muerte.

h. Salud.

Es el completo bienestar físico, social y psicológico y no solo ausencia de enfermedad.

CAPITULO II

METODOLOGIA

2.1. Método de la investigación.

La investigación pertenece al nivel descriptivo, analítico, exposfacto, porque las variables en estudio no fueron modificadas, se estudiarán tal como se presentan.

Analítico, porque se relacionó dos variables, factores de riesgo materno y peso del recién nacido.

Exposfacto, La información recolectada de hechos que sucedieron en el año 1997.

2.2. Población y muestra.

2.2.1. Población.

La población objetivo estuvo conformada por 1 200 madres con sus respectivos niños que nacieron en el Hospital Regional de Pucallpa durante el año 1997.

2.2.2. Muestra.

Para mayor confiabilidad de los resultados se consideró como muestra al 50 por ciento de la población haciendo un total de 600 madres con sus niños.

2.3. Técnica e instrumento de recolección de datos.

2.3.1. Técnica.

Por la naturaleza de la investigación los datos fueron recogidos mediante la técnica de la observación no participante.

2.3.2. Instrumento

Se utilizó una ficha de registro donde se anotó la información extraída del libro de partos, del cuaderno de registro del servicio de neonatología y de las historias clínicas de la madre y el niño. El estres se recopiló de las notas de enfermería de las historias clínicas.

2.4. Procedimiento de recolección de datos.

Se solicitó autorización al Director del Hospital Regional de Pucallpa.

Se coordinó con la enfermera jefe, el jefe de admisión y la obstetrix coordinadora del servicio de gineco obstetricia.

La prueba piloto del instrumento se ejecutó en el Hospital de Yarina Cocha, no existiendo modificaciones.

La información fue recolectada en el turno de las mañanas durante el mes de febrero de 1998.

2.5. Tratamiento de datos

Los datos fueron procesados mediante la informática, para ser presentados en cuadros de una y doble entrada con sus respectivos gráficos, el análisis se basó en la estadística descriptiva, en la prueba de hipótesis se aplicó la estadística no paramétrica , la prueba estadística de chi cuadrado con nivel de significancia de 0,05.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

CUADRO 01
EDAD SEGÚN PARIDAD DE LAS MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE PUCALLPA
Pucallpa- 1998

EDAD	PARIDAD						TOTAL	
	1-3		4-6		7-9			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
15-20	140	23,14	0	0	0	0	140	23,14
21-25	7	1,16	95	16,01	0	0	102	17,17
26-30	30	5	50	8,42	40	7	120	20,42
31-35	50	8,26	62	10,44	20	3	132	21,7
36- A MAS	15	2,47	60	10,11	31	5	106	17,58
TOTAL	242	40	267	45	91	15	600	100

Fuente: Ficha de registro

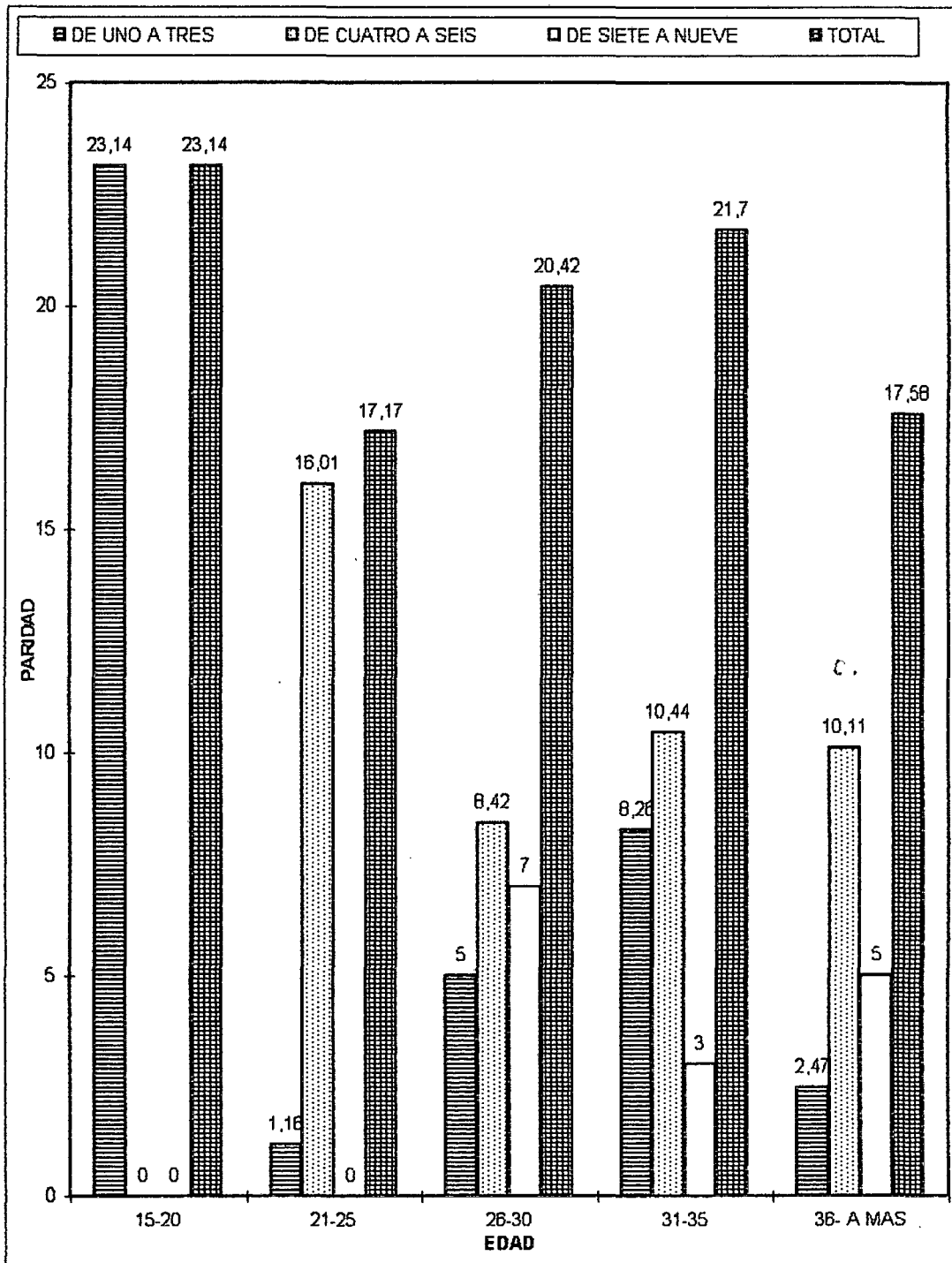


GRAFICO 01:

EDAD SEGÚN PARIDAD DE LAS MADRES ATENDIDAS

EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa- 1998

El cuadro 1 muestra la edad y paridad de 600 madre que acudieron al Hospital Regional de Pucallpa para ser atendidas el parto donde:

El 40 por ciento de madres se encuentran entre las edades de 15 a 25 años, presentando paridad de 1 a 3 hijos en su mayoría (23,14por ciento), seguida de una paridad de 4 a 6 hijos en un 16 por ciento.

60 por ciento de madres que presentan edades de 26 a más años, mostrando en su mayoría, 28 por ciento paridad de 4 a 6 hijos.

Se concluye que las madres que acudieron al Hospital Regional de Pucallpa son adultas maduras en su mayoría con paridad de 4 a 6 hijos. Sin embargo un porcentaje significativo (40 por ciento) madres son jóvenes con 1 a 3 hijos y 4 a 6 hijos respectivamente.

Al respecto VALENZUELA, afirma:

“ Las madres adolescentes tienen productos de bajo peso (49 por ciento).

BOVE, manifiesta :

“ De 2 548 embarazos el 24 por ciento son adolescentes y como resultados presentaron riesgos obstétricos, recién nacidos con bajo peso al nacer”.

Así mismo SANCHEZ dice:

“ Los factores de riesgo prioritario en las gestantes son las complicaciones del embarazo, embarazos múltiples, ingreso familiar precario, paridad aumentada (5 - 8 hijos), todo lo descrito ocasiona que el recién nacido tenga bajo peso al nacer y mayor porcentaje de morbilidad y mortalidad”.

CUADRO 02
NUMERO DE ABORTOS DE MADRES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa- 1998

NUMERO	N°	POR CIENTO
1-2	100	17
3-4	10	1
NINGUNO	490	82
TOTAL	600	100

Fuente: Ficha de registro

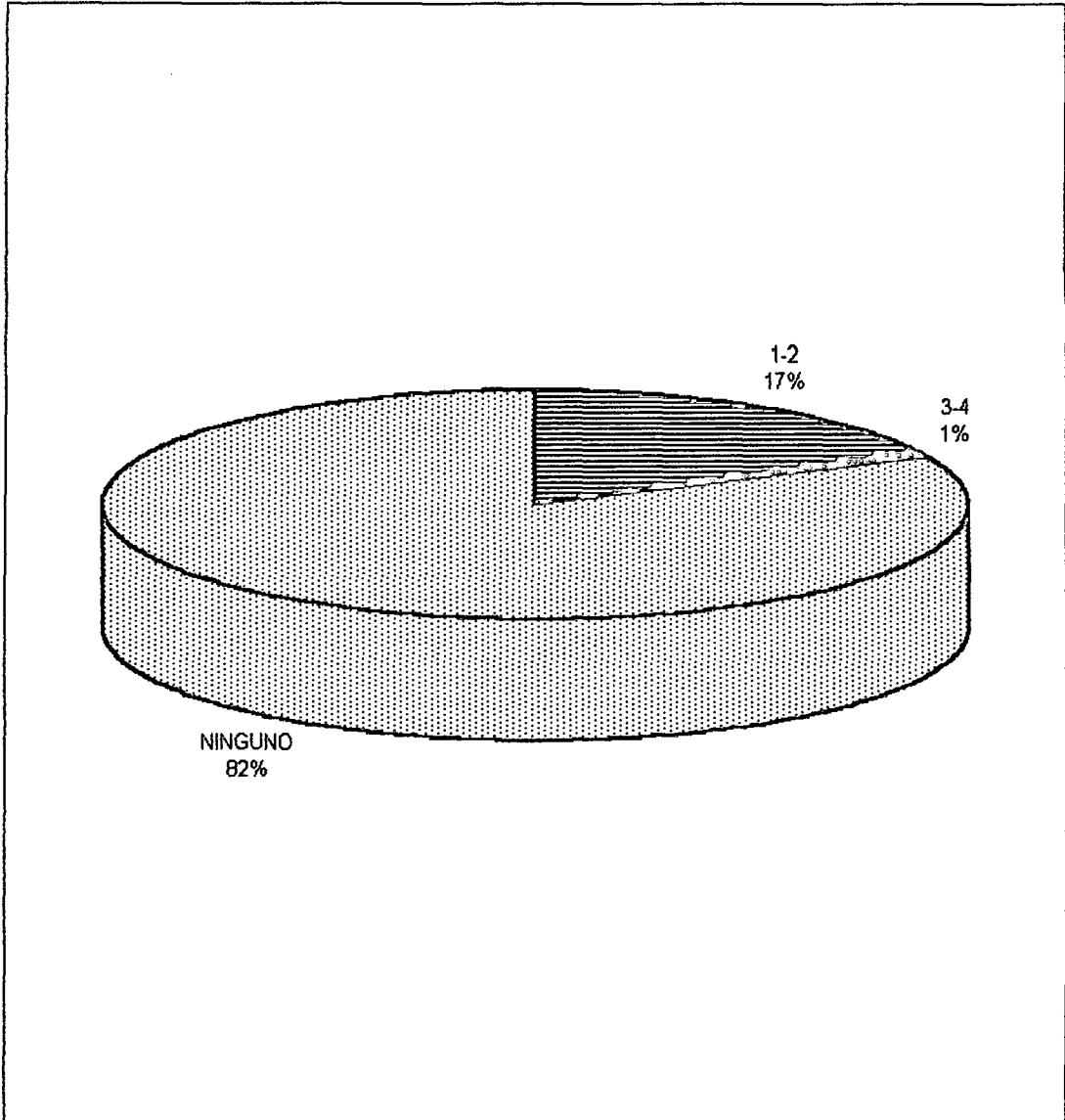


GRAFICO 02: NUMERO DE ABORTOS DE MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
Pucallpa- 1998

El presente cuadro (2); presenta el número de abortos que tuvo la madre:

82 por ciento de madres refieren que no tuvieron abortos, 17 por ciento fueron sometidas de 1 a 2 abortos y 1 por ciento de 3 a 4 abortos.

Un alto porcentaje de madres manifiestan no haberse sometido a abortos, pero un 18 por ciento si se sometieron.

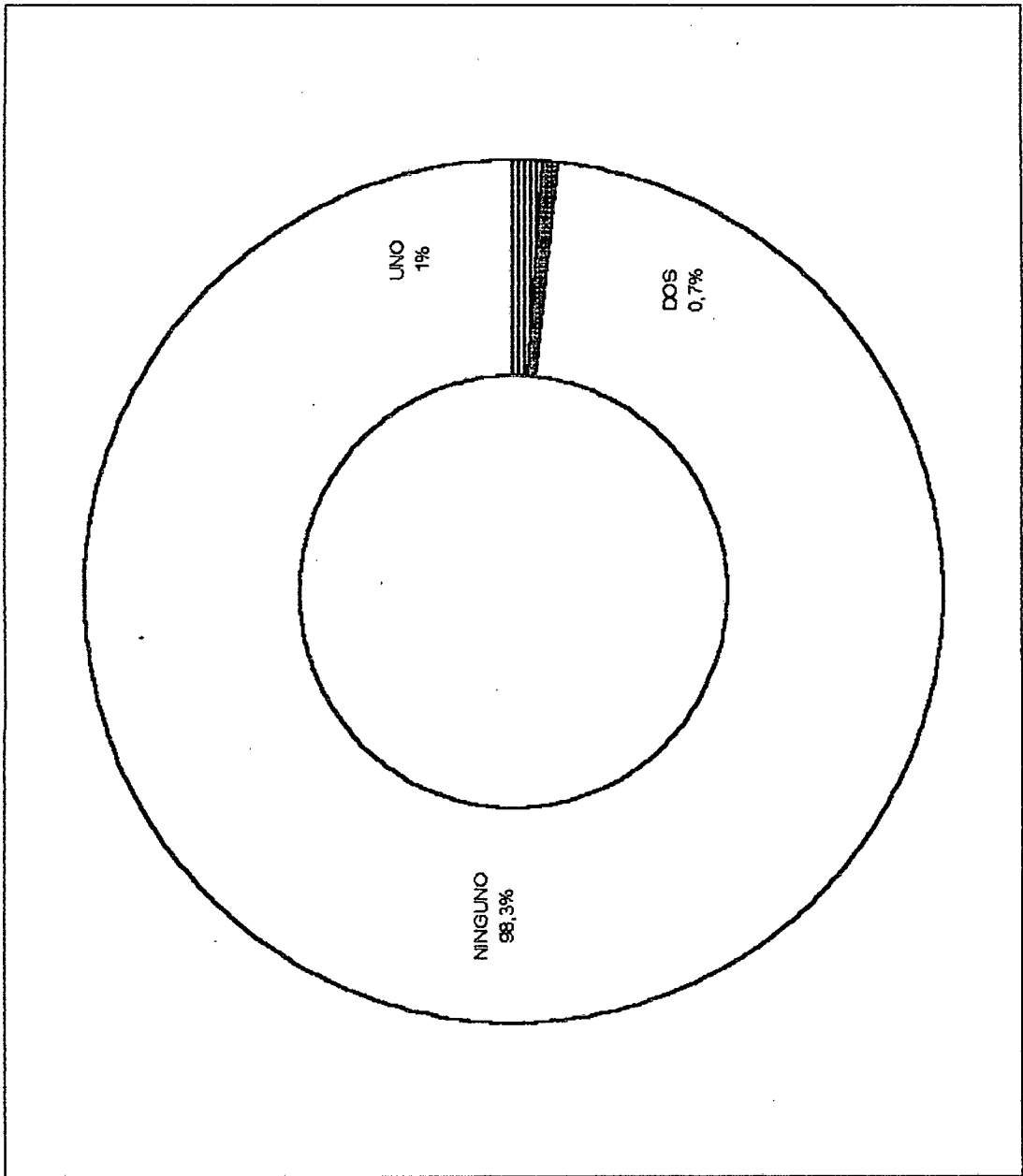
Al respecto TOPOLANSKY sostiene :

“ La amenaza de aborto se caracteriza por la presencia de hemorragia y dolor tipo cólico en el hipogastrio, por lo que se indica a la madre reposar y mejorar el régimen dietético. Si el aborto no se produce puede dar como resultado el nacimiento de niños preterminos o prematuros por el peso”.

CUADRO 03
NUMERO DE EMBARAZOS MULTIPLES DE MADRES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
Pucallpa- 1998

NUMERO	N°	POR CIENTO
UNO	6	1
DOS	4	0,7
NINGUNO	590	98,3
TOTAL	600	100

Fuente: Ficha de registro



**GRAFICO 03: NUMERO DE EMBARAZOS MULTIPLES DE MADRES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA**

Pucallpa- 1998

El cuadro 3 se refiere al número de embarazos múltiples que presentaron las madres.

98,3 por ciento no presentaron embarazos, 1 por ciento tuvo un embarazo múltiple y 0,7 por ciento presentaron 2.

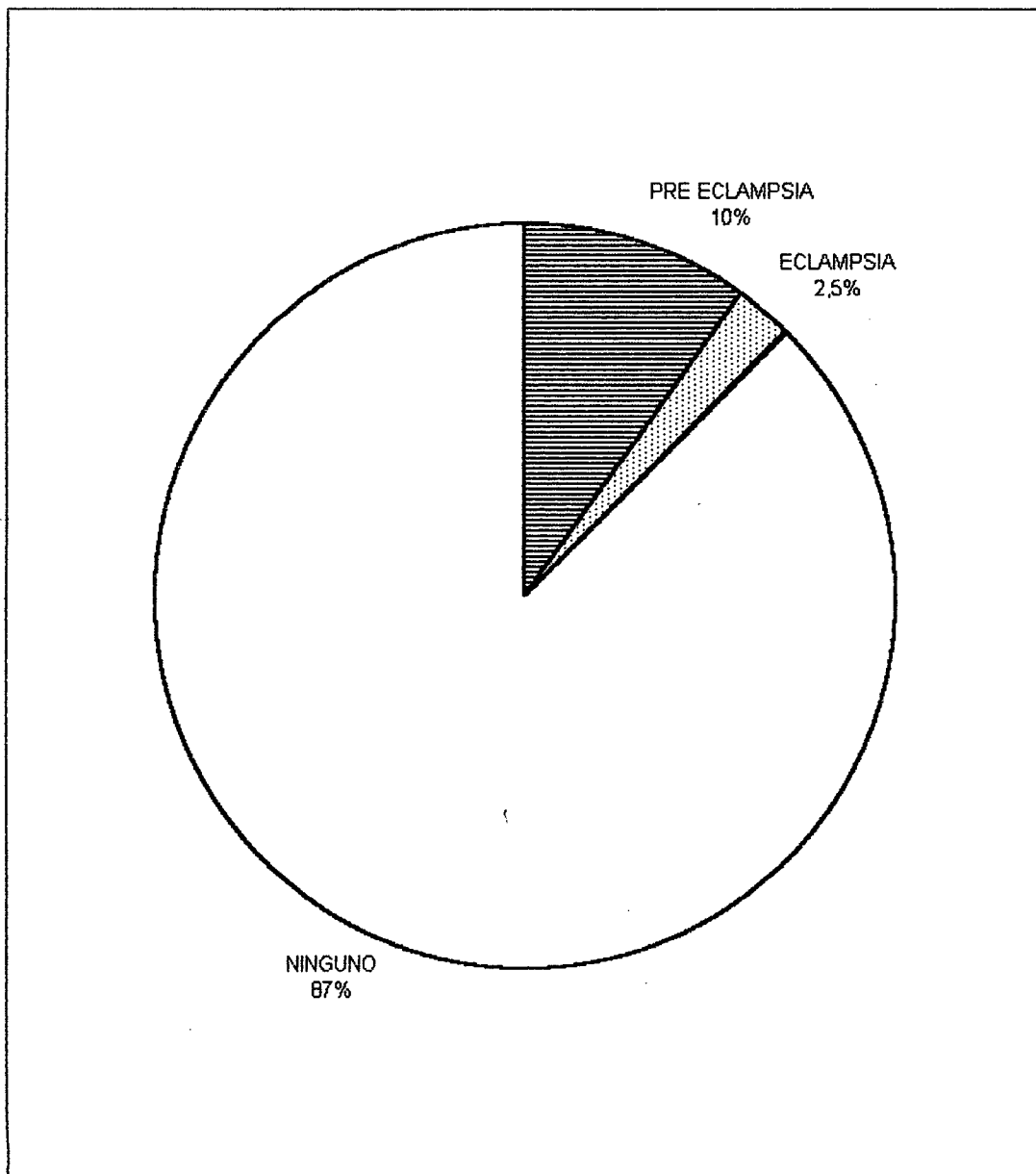
SANCHEZ, sostiene:

“ Los factores de riesgo prioritario en las gestantes son las complicaciones del embarazo, embarazos múltiples, ingreso familiar precario, paridad aumentada (5 - 8 hijos), todo lo descrito ocasiona que el recién nacido tenga bajo peso al nacer y mayor porcentaje de morbilidad y mortalidad”.

CUADRO 04
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS QUE ADOLECIERON LAS MADRES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
Pucallpa- 1998

NUMERO	N°	POR CIENTO
PRE ECLAMPSIA	60	10
ECLAMPSIA	15	2,5
NINGUNO	525	87,5
TOTAL	600	100

Fuente: Ficha de registro



**GRAFICO 04: ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS QUE ADOLECIERON LAS MADRES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA**

Pucallpa- 1998

Referente a enfermedades hipertensivas que adolecieron las gestantes (cuadro 4):

87,5 por ciento no sufrieron de enfermedades hipertensivas durante la gestación, 10 por ciento presentaron pre eclampsia y 2,5 por ciento adolecieron de eclampsia.

Según SANCHEZ :

“ Los factores de riesgo prioritario en las gestantes son las complicaciones del embarazo, embarazos múltiples, ingreso familiar precario, paridad aumentada (5 - 8 hijos), todo lo descrito ocasiona que el recién nacido tenga bajo peso al nacer y mayor porcentaje de morbilidad y mortalidad”.

TOPOLANSKY, afirma :

“ Las enfermedades hipertensivas o toxemias se presentan durante el embarazo y al principio del puerperio y que tienen el común denominador de presentar una triada sintomática constituida por : hipertensión, edema y albuminuria”.

CUADRO 05
INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO BAJO QUE PRESENTARON
LAS MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
Pucallpa- 1998

INFECCIONES	N°	POR CIENTO
CISTITIS	65	10,8
URETRITIS	10	1,7
NINGUNO	525	87,5
TOTAL	600	100

Fuente: Ficha de registro

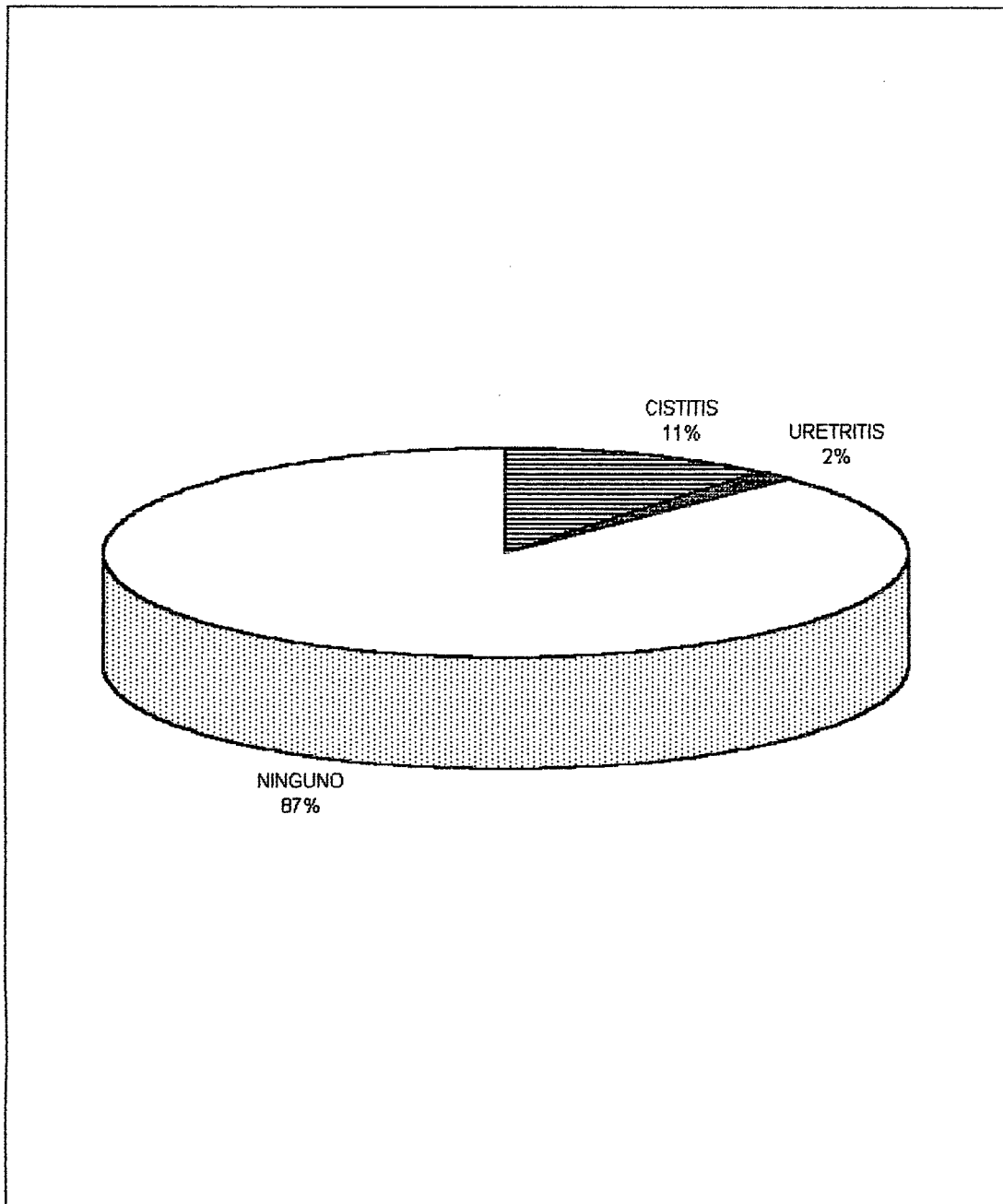


GRAFICO 05: INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO BAJO QUE PRESENTARON LAS MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa- 1998

CUADRO 08
INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ALTO QUE PRESENTARON
LAS MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
Pucallpa- 1998

INFECCIONES	N°	POR CIENTO
PIELONEFRITIS	79	13,2
NEFRITIS	1	0,2
NINGUNO	520	86,6
TOTAL	600	100

Fuente: Ficha de registro

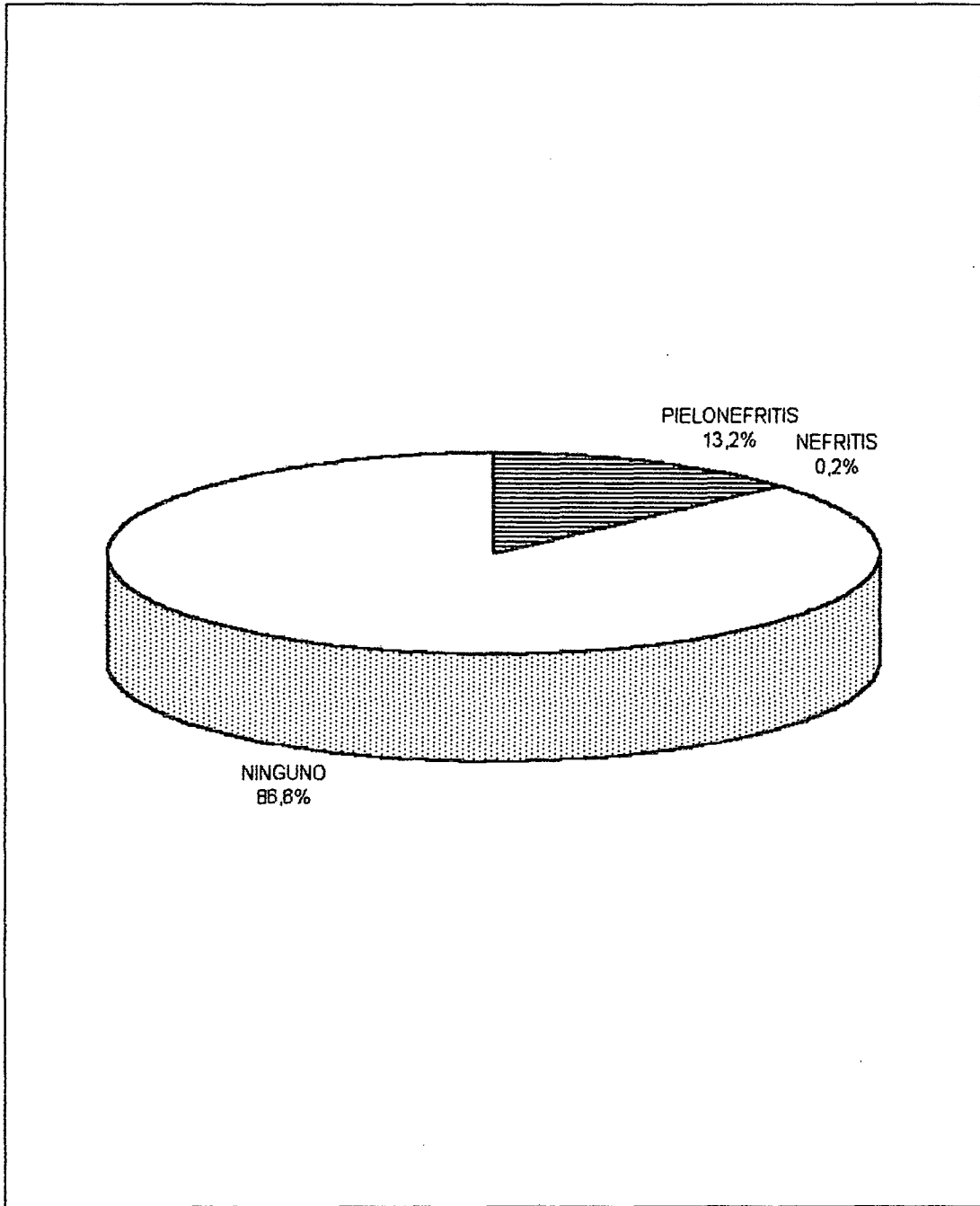


GRAFICO 06: INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ALTO QUE PRESENTARON LAS MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa- 1998

El cuadro 5 y 6 muestran infecciones del tracto urinario que presentaron las madres:

87,5 por ciento madres no presentaron infecciones del tracto urinario bajo, 10,8 por ciento adolecieron de cistitis, y 1,7 uretritis.

86,6 por ciento de madres no sufrieron infecciones del tracto urinario alto, 13,2 por ciento adolecieron de pielonefritis y 0,2 por ciento nefritis.

SANCHEZ, manifiesta:

“ Los factores de riesgo prioritario en las gestantes son las complicaciones del embarazo, embarazos múltiples, ingreso familiar precario, paridad aumentada (5 - 8 hijos), todo lo descrito ocasiona que el recién nacido tenga bajo peso al nacer y mayor porcentaje de morbilidad y mortalidad”.

TOPOLANSKY, sostiene:

“ Las enfermedades del tracto urinario se presentan con gran frecuencia, predomina en el segundo trimestre de la gestación.

Puede presentarse un síndrome bajo, caracterizado por; disuria, polaquiuria, ardor miccional y tenesmo vesical acompañado muchas veces de orinas turbias e inclusive con hematuria”.

CUADRO 07

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL

REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa- 1998

ESTADO CIVIL	N°	POR CIENTO
SOLTERA	205	34,2
CASADA	120	20
CONVIVIENTE	275	45,8
TOTAL	600	100

Fuente: Ficha de registro

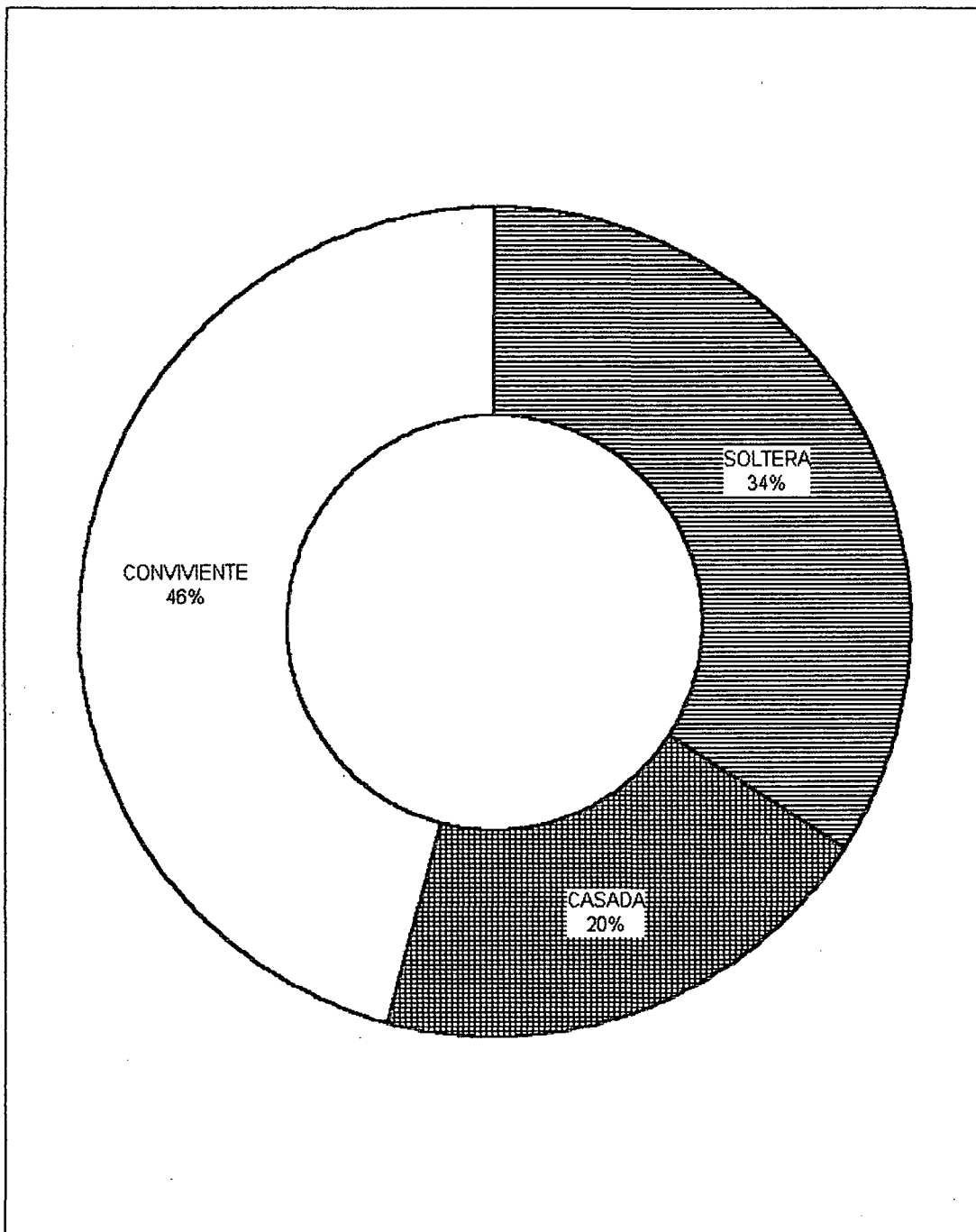


GRAFICO 07 ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL

REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa- 1998

El cuadro 7 se refiere al estado civil de la madre:

45,8 por ciento de madres tienen estado civil convivientes, 34,2 por ciento son solteras y 20 por ciento son casadas.

Se concluye que el mayor porcentaje de madres son convivientes, seguida del 34 por ciento que son solteras.

Al respecto VALENZUELA dice:

“ Las madres adolescentes tienen productos de bajo peso (49 por ciento), siendo uno de los factores el estado civil solteras (53,9 por ciento) alcanzando un 69 por ciento de morbilidad y mortalidad en los recién nacidos de bajo peso al nacer”.

ROBINOVICH, sostiene :

“ Las altas tasas de bajo peso al nacer y de complicaciones neonatales entre los recién nacidos son de madres adolescentes y solteras, se puede prevenir con protocolos y educación continúa”.

CUADRO 08

**HABITOS QUE PRACTICARON DURANTE EL PERIODO DE GESTACIÓN LAS
MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA**

Pucallpa- 1998

HABITOS	N°	POR CIENTO
ALCOHOLISMO	5	1
TABAQUISMO	6	1
NINGUNO	589	98
TOTAL	600	100

Fuente: Ficha de registro

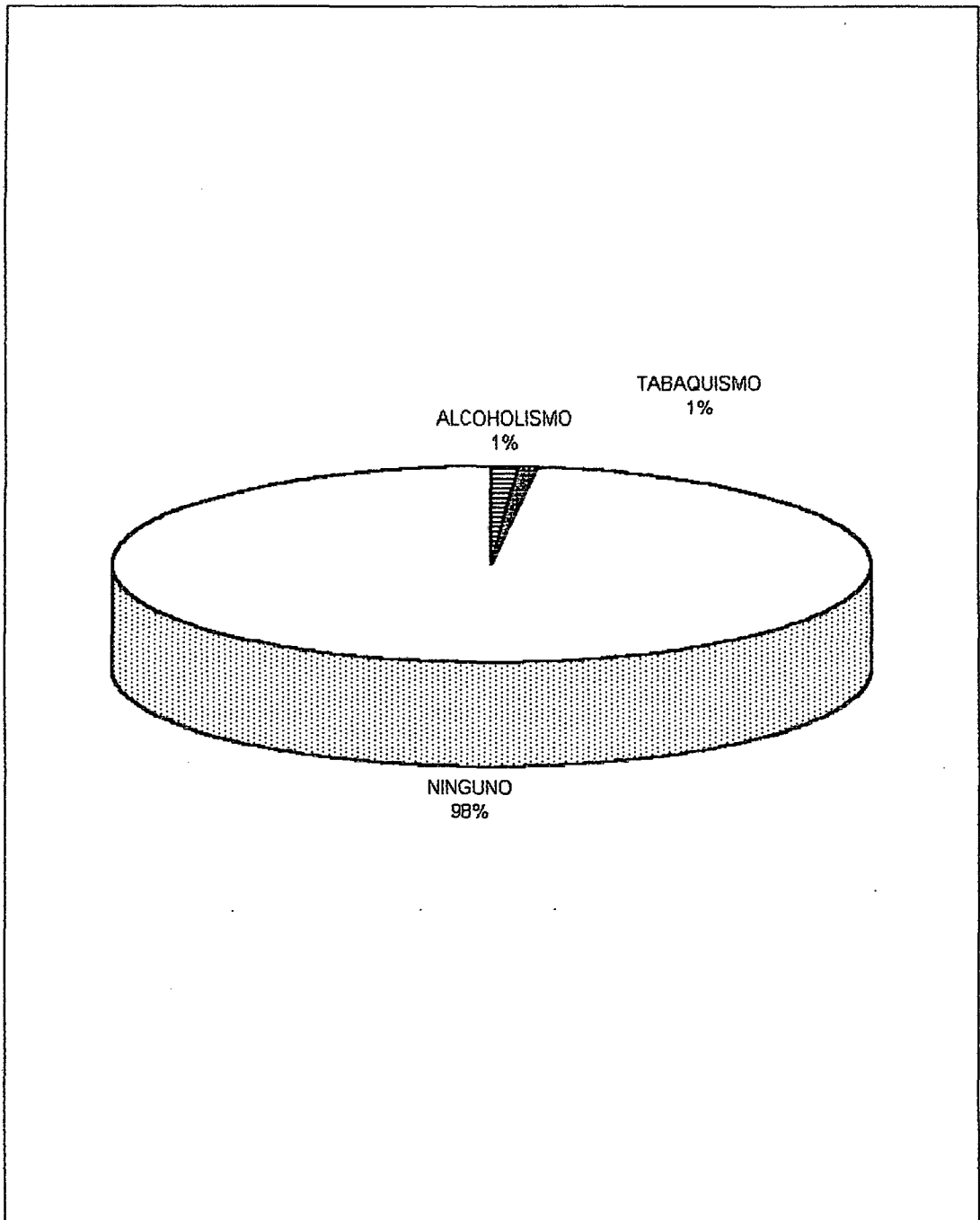


GRAFICO 08: HABITOS QUE PRACTICARON DURANTE EL PERIODO DE GESTACIÓN

LAS MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa- 1998

En el presente cuadro (8), se observa los hábitos que practicó la madre durante la gestación:

98 por ciento de madres refieren no practicar hábitos dañinos durante la gestación, el 2 por ciento fumaron tabaco y consumieron alcohol.

Para TELLO :

" El tabaquismo es uno de los factores mas importantes en el riesgo de bajo peso al nacer, provoca intoxicación por monóxido de carbono e hipoxia crónica alterando la morfología y los mecanismos adaptativos que la placenta debe realizar para lograr un niño sano: La asociación entre el consumo de alcohol durante la gestación y el bajo peso al nacer es reconocida, pudiendo provocar un parto prematuro".

CUADRO 09

**PRESENCIA DE ESTRES DURANTE EL PERIODO DE GESTACION DE LAS
MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA**

Pucallpa- 1998

PRESENCIA DE ESTRES	N°	POR CIENTO
SI	201	33,5
NO	399	66,5
TOTAL	600	100

Fuente: Ficha de registro

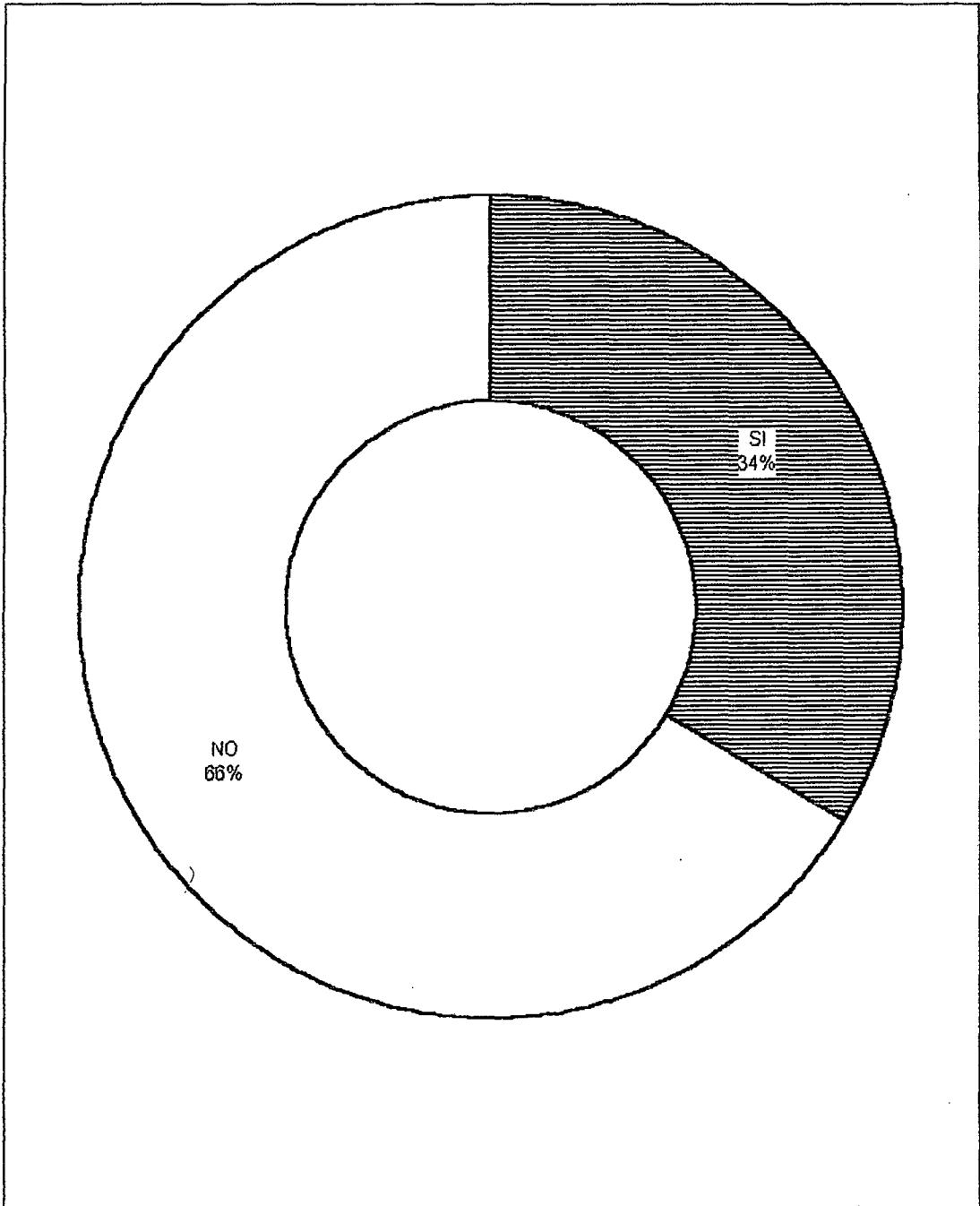


GRAFICO 09: PRESENCIA DE ESTRES DURANTE EL PERIODO DE GESTACION DE LAS MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa- 1998

En relación a la presencia de estres durante el periodo de gestación de la madre (cuadro 9):

66,5 por ciento no presentan estres, 33,5 por ciento si presentaron.

TELLO, manifiesta :

“ Muchas grávidas presentan trastornos nerviosos, tanto en la esfera neurovegetativa como en la esfera psíquica, manifestándose trastornos digestivos y respiratorios, esto depende de factores naturales, económicos, sociales, trastornos importantes del carácter”.

CUADRO 10
CONDICION DEL CONTROL PRE NATAL DE
MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
Pucallpa- 1998

CONTROL PRE NATAL	N°	POR CIENTO
SI	183	30
NO	417	70
TOTAL	600	100

Fuente: Ficha de registro

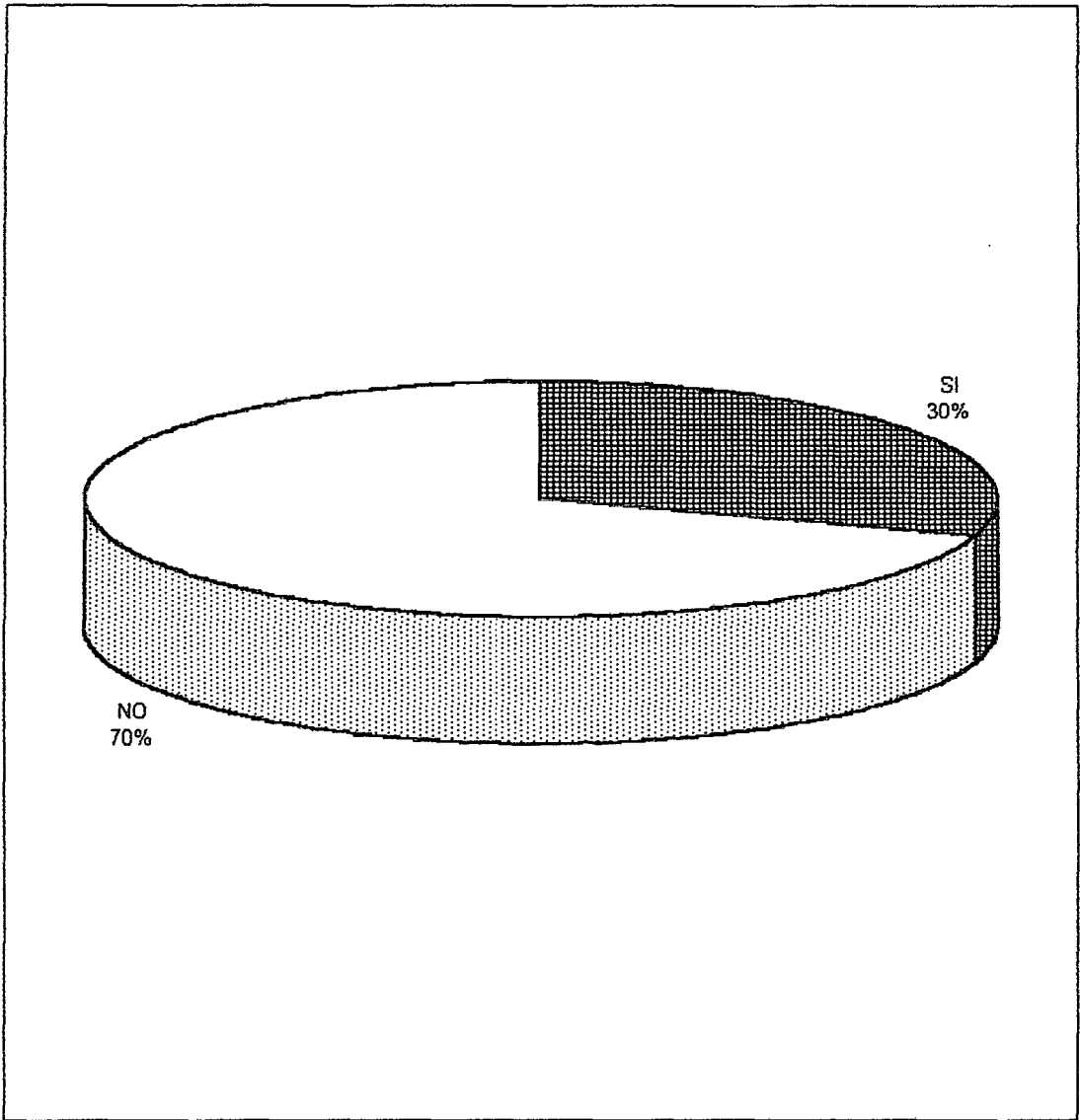


GRAFICO 10:

CONDICION DEL CONTROL PRE NATAL DE
MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa- 1998

En el cuadro 10 se muestra la condición del control prenatal de las madres; 70 por ciento no acuden al control prenatal y 30 por ciento si acuden.

Se observa que la mayoría de madres no acuden a sus controles prenatales, considerándose menor de 6 controles. Estando susceptibles a presentar complicaciones durante el embarazo al no detectarse en forma precoz.

TELLO, sostiene :

“ Cerca del 18 por ciento de partos prematuros ocurren en madres adolescentes, esto se relaciona con otras características socio demográficas como nivel de educación y ausencia de control prenatal”.

CUADRO 11
CONDICION DEL PARTO DE
MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
Pucallpa- 1998

CONDICION	N°	POR CIENTO
EUTOCICO	580	96,7
DISTOCICO	20	3,3
TOTAL	600	100

Fuente: Ficha de registro

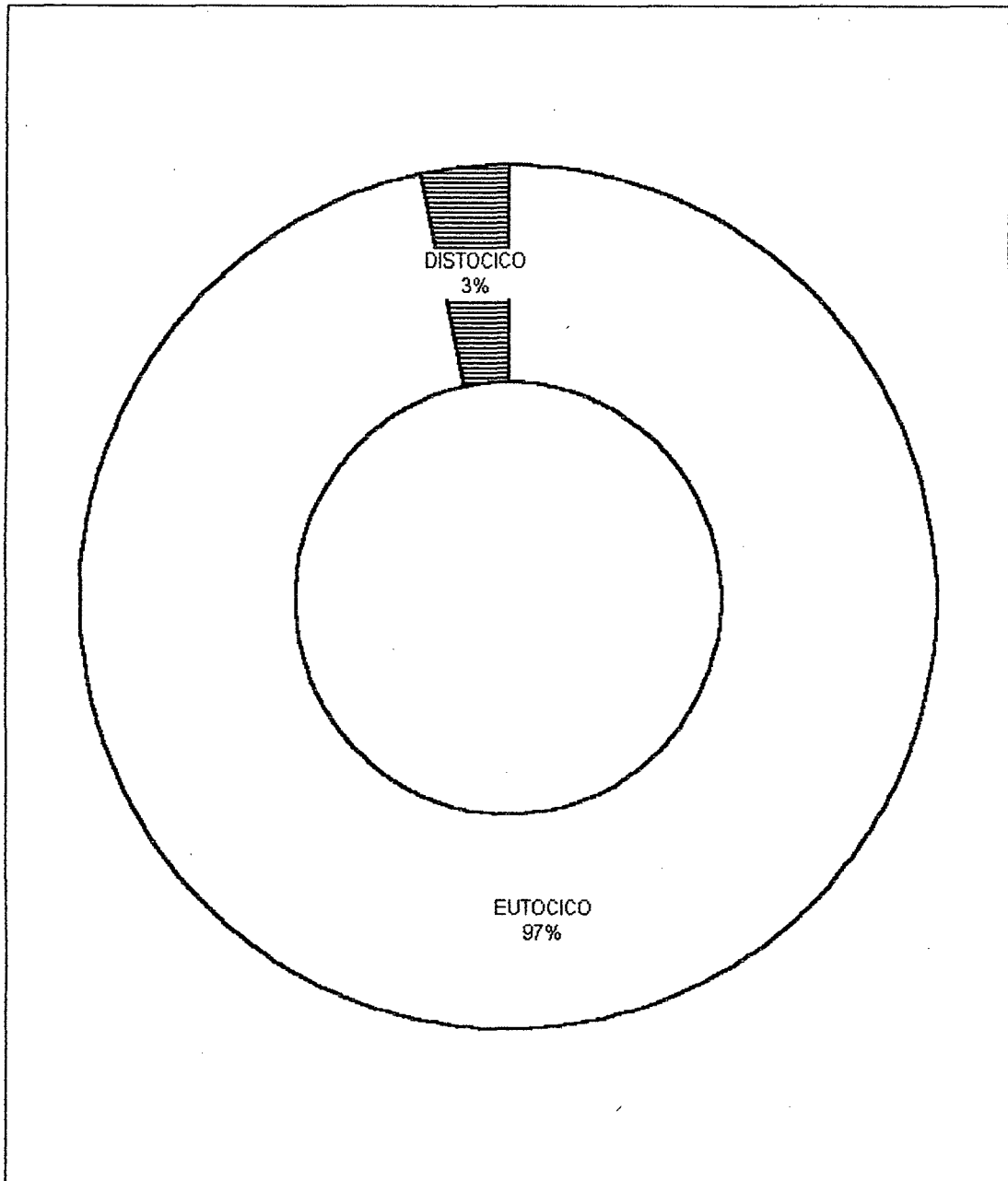


GRAFICO 11:

CONDICION DEL PARTO DE

MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa- 1998

En el cuadro 11 se observa la condición del parto de las madres:

96,7 por ciento de madres tuvieron parto eutócico y 3,3 por ciento parto eutócico, considerándose cesárea, sufrimiento fetal.

El mayor porcentaje de madres tuvieron parto eutócico.

BOVE, manifiesta :

“ Las mujeres embarazadas adolescentes presentaron riesgos obstétricos, recién nacidos con bajo peso al nacer, asfixias y prematuros”.

CUADRO 12
PUNTAJE DE APGAR QUE PRESENTARON LOS RECIEN NACIDOS DE
MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
Pucallpa- 1998

PUNTAJE	N°	POR CIENTO
DE OCHO A DIEZ	409	68
CINCO A SIETE	181	30
UNO A CUATRO	10	2
TOTAL	600	100

Fuente: Ficha de registro

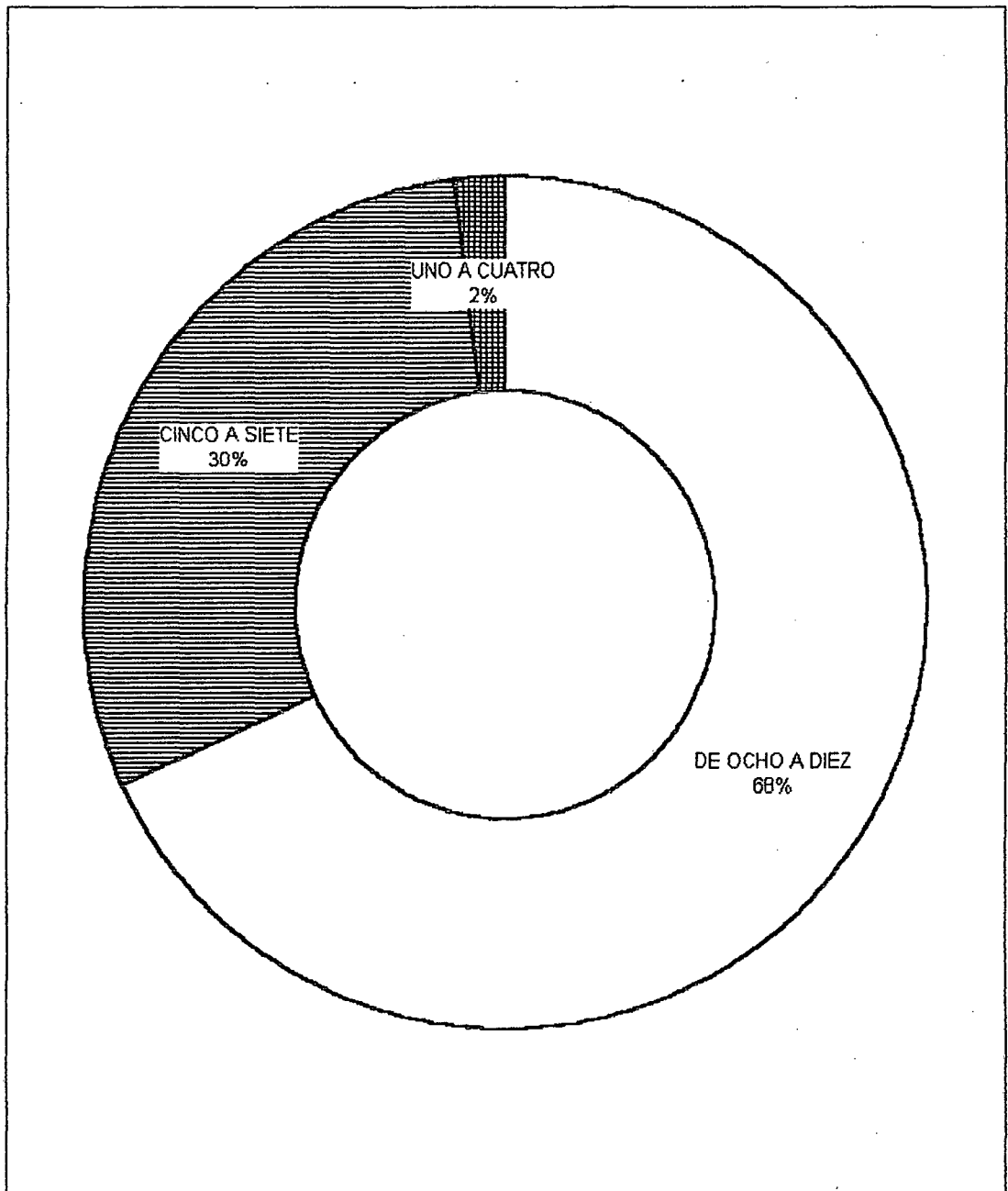


GRAFICO 12: PUNTAJE DE APGAR QUE PRESENTARON LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa- 1988

El cuadro 12 presenta el puntaje de APGAR de los recién nacidos:

68 por ciento de neonatos obtuvieron puntaje de 8 a 10, 30 por ciento de 5 a 7 puntos, y 2 por ciento de 1 a 4 puntos.

La mayoría de recién nacidos mostraron APGAR normal, pero un significativo porcentaje presentaron puntaje de APGAR bajo (30 por ciento).

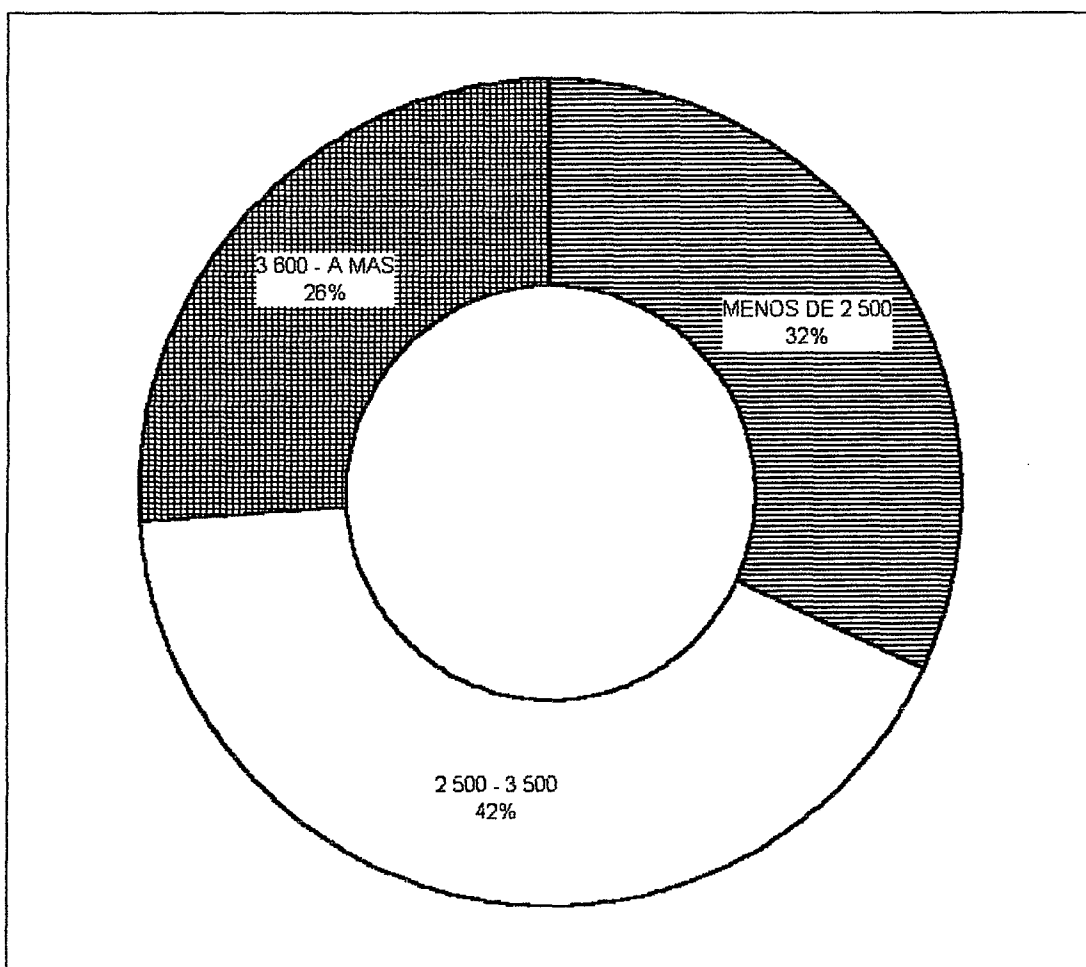
Al respecto la O.P.S. publica :

“ En las primeras horas después del nacimiento, el recién nacido, debe reponerse del trauma del nacimiento; respiración, alimentación, contacto con la luz atmosférica y las presiones externas de luz, ruido y microorganismos. Es un periodo crítico caracterizado por profundas modificaciones anatómicas y psicológicas, las que permitieron cumplir con sus funciones básicas de respiración, alimentación, regulación térmica y otras”.

CUADRO 13
PESO QUE PRESENTARON LOS RECIEN NACIDOS
DE MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
Pucallpa- 1998

PESO	N°	POR CIENTO
MENOS DE 2 500	191	32
2 500 - 3 500	254	42
3 600 - A MAS	155	26
TOTAL	600	100

Fuente: Ficha de registro



**GRAFICO 13: PESO QUE PRESENTAON LOS RECIEN NACIDOS
DE MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
Pucallpa- 1998**



El cuadro 13 se refiere al peso del recién nacido.

42 por ciento de recién nacidos poseen de 2 500 a 3 500 gr., 32 por ciento menos de 2 500 gr. y 26 por ciento de 3 600 a mas gr.

Al analizar los datos se concluyen que el 42 por ciento de recién nacidos presentaron peso normal pero el 32 por ciento pesaron menos de 2 500 gr., considerándose prematuros, estando en riesgo de adquirir enfermedades.

SILVAN, dice :

“ Los niños prematuros poseen dificultad para la práctica de la lactancia materna”.

PIZARRO Y OTROS, manifiestan:

“ Los niños prematuros muestran alta incidencia de morbilidad y mortalidad en recién nacidos”.

BOVE, aduce:

“ De 2 548 embarazos, el 24 por ciento son adolescentes y como resultado presentaron riesgos obstétricos, recién nacidos con bajo peso al nacer, asfixias y prematuros”.

CUADRO 14
ANTECEDENTES OBSTETRICOS SEGÚN PESO DEL RECIEN NACIDO
DE MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
Pucallpa- 1998

ANTECEDENTES OBSTETRICOS	PESO						TOTAL	
	MENOS DE 2 500		2 500 - 3 500		MAS DE 3 500		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
EDAD	19	3	119	20	108	18	246	41
PARIDAD	60	10	129	21	45	7,5	234	38,5
ABORTO	110	18	0	0	0	0	110	18
EMBARAZO MULTIPLE	2	1	6	1	2	0,5	10	2,5
TOTAL	191	32	254	42	155	26	600	100

Fuente: Ficha de registro

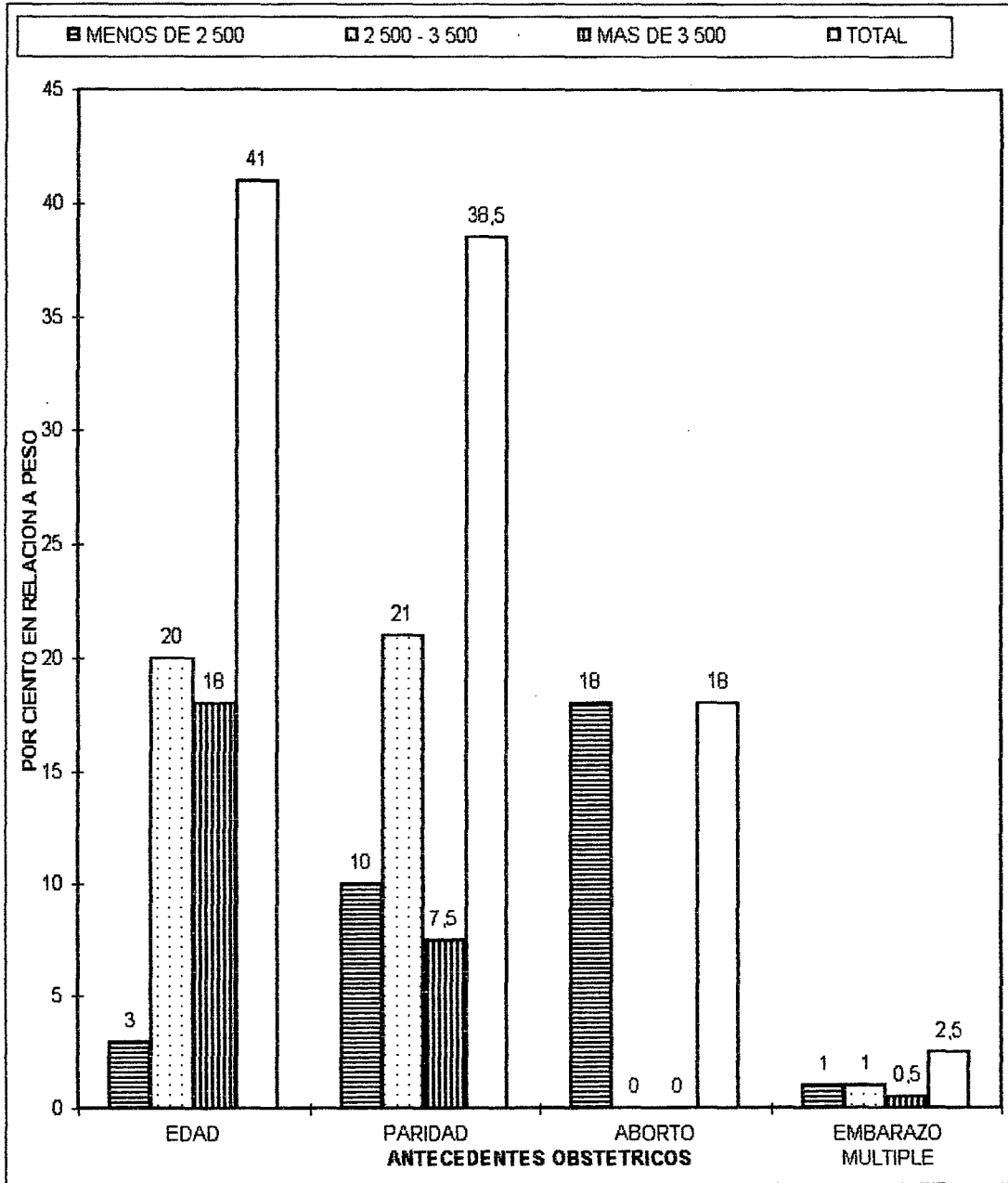


GRAFICO 14: ANTECEDENTES OBSTRETICOS SEGÚN PESO DEL RECIEN NACIDO DE MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa- 1998

De 600 madres estudiadas, se obtiene (cuadro 14) :

41 por ciento de madres muestra como riesgo obstétrico la edad, donde el 20 por ciento de sus niños mostraron de 2 500 gr. a 3 500 gr.

Seguida del 38,5 por ciento que mostraron riesgo obstétrico la paridad, presentando el 21 por ciento peso normal y

18 por ciento mostraron como antecedente obstétrico el aborto, presentando en su totalidad los niños peso menor de 2 500 gr..

Al extrapolar las variables independiente y dependiente mediante la prueba estadística del chi cuadrado, con nivel de significancia de 0,05, grado de libertad igual a 6, se obtiene chi cuadrado calculado de 18,2 y chi cuadrado tabulado de 12,6. Permitiendo aprobar la hipótesis siguiente :
"Los antecedentes obstétricos no influyen en el peso del recién nacido".

Resultado que no coincide con lo publicado por SANCHEZ :

" Los factores de riesgo prioritario en las gestantes son las complicaciones del embarazo, embarazos múltiples, ingreso familiar precario, paridad aumentada (5 - 8 hijos), todo lo descrito ocasiona que el recién nacido tenga bajo peso al nacer y mayor porcentaje de morbilidad y mortalidad".

ARCOS, sostiene :

" La adolescente embarazada constituye un grupo de alto riesgo en términos nutricionales debido a que aún se encuentra en etapa de crecimiento".

BOVE, afirma :

“ De 2 548 embarazos, el 24 por ciento son adolescentes y como resultado presentaron riesgos obstétricos, recién nacidos con bajo peso al nacer, asfixias y prematuros”.

CUADRO 15
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS SEGÚN PESO DEL RECIEN NACIDO
DE MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
Pucallpa- 1998

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	PESO						TOTAL	
	MENOS DE 2 500		2 500 - 3 500		MAS DE 3 500			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PREECLAMPSIA	22	3	20	3	18	3	60	9
ECLAMPSIA	3	1	7	1	5	1	15	3
NINGUNA	166	28	227	38	132	22	525	88
TOTAL	191	32	254	42	155	26	600	100

Fuente: Ficha de registro

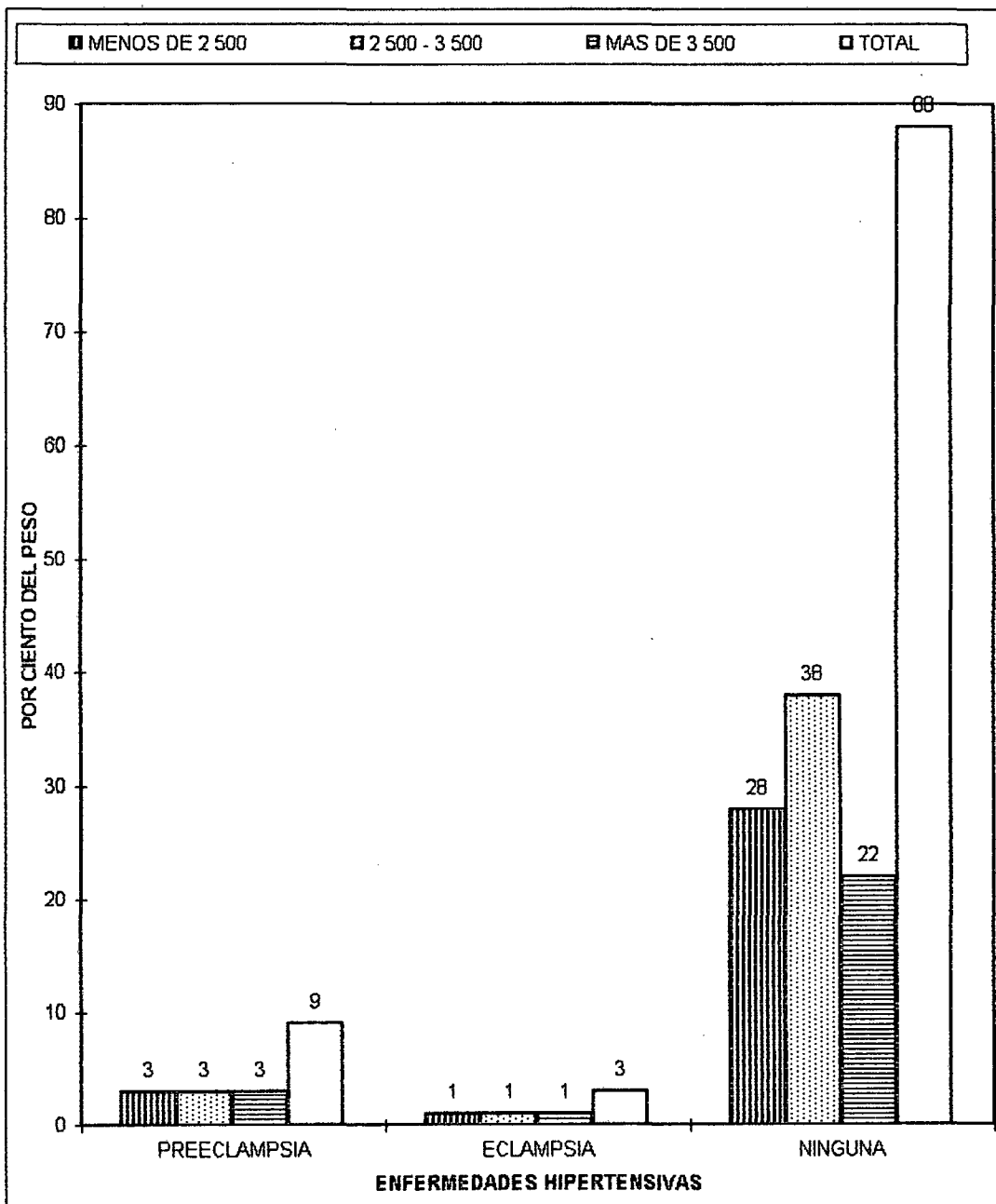


GRAFICO 15: ENFERMEADES HIPERTENSIVAS SEGÚN PESO DEL
 RECIEN NACIDO
 DE MADRES QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa- 1998

El cuadro 15 muestra las enfermedades hipertensivas de la madre según el peso del recién nacido.

88 por ciento de madres no presentaron enfermedades hipertensivas, de las cuales el 60 por ciento de recién nacidos tuvieron peso normal, 28 por ciento de niños mostraron peso menor de 2 500 gr.

Al someterse a la prueba estadística de chi cuadrado con nivel de significancia de 0,05, grado de libertad 4, se obtuvo chi calcular de 4,76 y chi tabular 9,4, por lo que se rechaza la hipótesis formulada : "Las enfermedades hipertensivas de la madre influyen con mayor frecuencia en el peso del recién nacido".

Al respecto SANCHEZ, manifiesta :

" Los factores de riesgo prioritario en las gestantes son las complicaciones del embarazo, embarazos múltiples, ingreso familiar precario, paridad aumentada (5 - 8 hijos), todo lo descrito ocasiona que el recién nacido tenga bajo peso al nacer y mayor porcentaje de morbilidad y mortalidad".

ARCOS, sostiene :

" El retraso intrauterino y el bajo peso al nacer se ven afectados por el estado nutritivo de la madre durante el embarazo y otros factores que rodea a la gestante".

CUADRO 18

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO SEGÚN PESO DEL RECIEN NACIDO

DE MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa- 1988

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO	PESO						TOTAL	
	MENOS DE 2 500		2 500 - 3 500		MAS DE 3 500		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
TRACTO URINARIO BAJO	30	5	34	6	11	1	75	12
TRACTO URINARIO ALTO	15	3	50	8	15	3	80	14
NINGUNA	146	24	170	28	129	22	445	74
TOTAL	191	32	254	42	155	26	600	100

Fuente: Ficha de registro

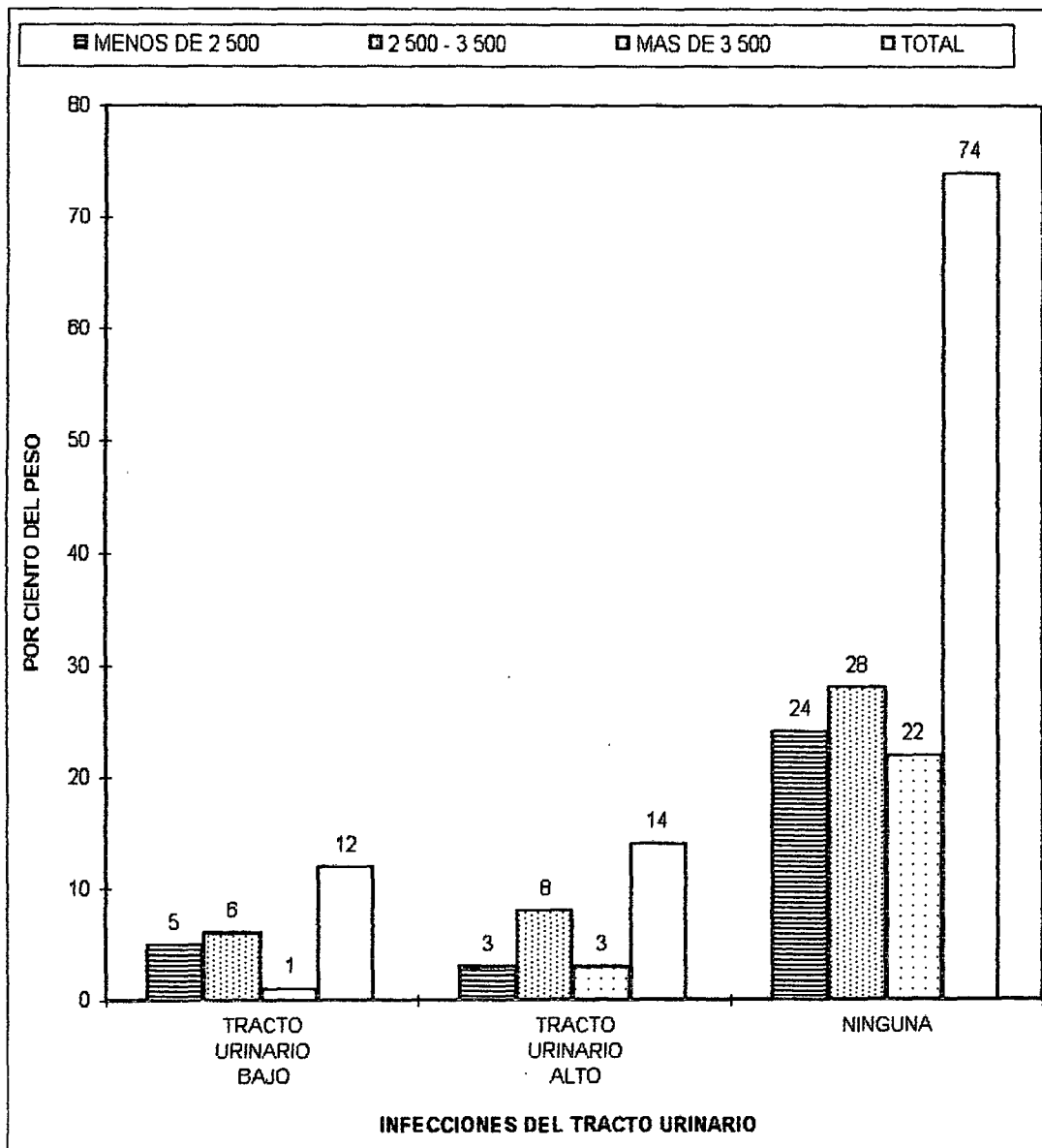


GRAFICO 16: INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO SEGÚN PESO DEL RECIEN

NACIDO DE MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL

REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa- 1998

En el presente cuadro (16) se relaciona las infecciones del tracto urinario de la madre con el peso del recién nacido.

74 por ciento de madres no sufrieron de infecciones del tracto urinario, mostrando los niños en su mayoría peso normal.

26 por ciento de madres presentaron infecciones del tracto urinario bajo y alto, donde el niño mostró peso al nacer menos de 2 500 gr. (8 por ciento), 2 500 a 3 500 gr., y mas de 3 500 gr. (4 por ciento).

Al aplicar la prueba estadística de chi cuadrado con nivel de significancia de 0,05, grado de libertad 4, se tiene chi cuadrado calculado de 23 y chi cuadrado tabulado de 9,48. Acertando la hipótesis planteada : " Las infecciones del tracto urinario bajo de la madre influye con mayor frecuencia en el peso del recién nacido".

Los hallazgos son similares a lo publicado por CHAVEZ :

" El bajo peso del recién nacido es producto de infecciones de la madre, insuficiencia placentaria y factores externos como ambiente familiar y psicológico".

CUADRO 17
FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL SEGÚN PESO DEL
RECIEN NACIDO DE MADRES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA
Pucallpa- 1998

FACTORES PSICOSOCIALES	PESO						TOTAL	
	MENOS DE 2 500		2 500 - 3 500		MAS DE 3 500		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
ALCOHOLISMO	1	0,1	3	0,5	1	0,1	5	1
TABAQUISMO	2	0,3	1	1	3	0,5	6	1
ESTRES	11	1,8	120	19,8	70	11,6	201	33
ESTADO CIVIL	59	9,8	126	20,8	20	3,3	205	34
CONTROL NATAL PRE	118	19,6	4	0,65	61	10,1	183	31
TOTAL	191	31,6	254	42,8	155	25,6	600	100

Fuente: Ficha de registro

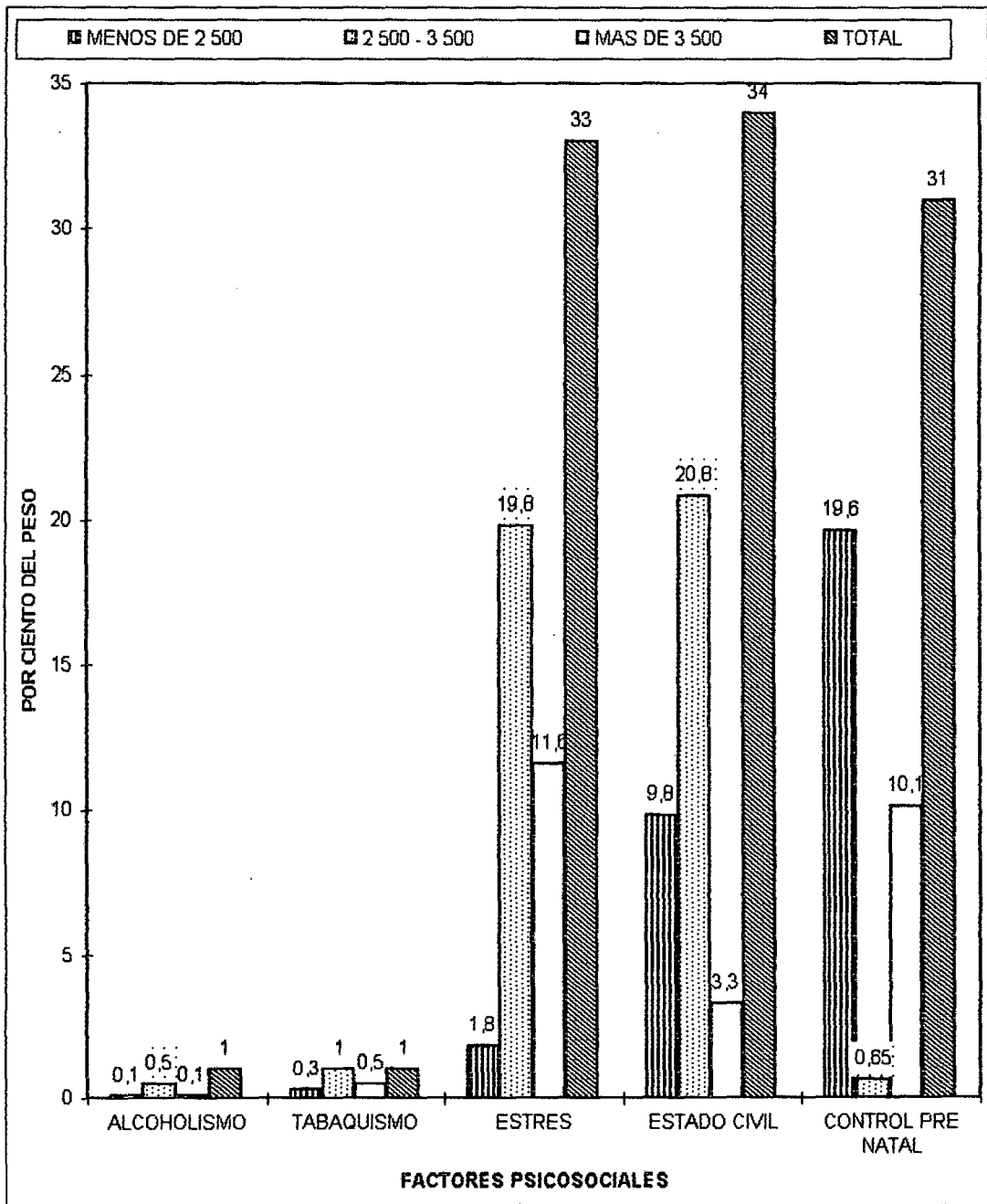


GRAFICO 17: FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL SEGUN PESO DEL RECIEN NACIDO DE MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

Pucallpa- 1998

El presente cuadro muestra los factores de riesgo psicosocial según peso del recién nacido.

34 por ciento de madres muestran como factor de riesgo el estado civil, donde el peso del niño es menor de 2 500 gr.

33 por ciento madres muestran como factor de riesgo al estrés, naciendo los niños con bajo peso.

31 por ciento de madres muestran el control prenatal como factor de riesgo, presentando el 20 por ciento de niños bajo peso al nacer.

Al realizar la prueba de hipótesis a través del chi cuadrado, con nivel de significancia de 0,05, grado de libertad 8, resulta chi cuadrado calcular 27,5 y chi cuadrado tabular 15,5.

Permitiendo aprobar la siguiente hipótesis :

“ Los factores de riesgo psicosociales no influyen en el bajo peso del recién nacido”.

Los resultados no coinciden con CHAVEZ :

“ El bajo peso del recién nacido es producto de infecciones de la madre, insuficiencia placentaria y factores externos como ambiente familiar y psicológico”.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo en madres que acudieron al Hospital Regional de Pucallpa son: Edad, adultas maduras; paridad, 4 - 6 hijos; falta de control prenatal.
2. 42 por ciento de recién nacidos muestran peso normal; 32 por ciento bajo peso y 26 por ciento sobre peso.
3. Las infecciones del tracto urinario que adolecieron las madres durante la gestación influyeron en el bajo peso del recién nacido.

RECOMENDACIONES

1. A la Dirección de Salud de Ucayali, continuar ejecutando campañas sobre educación sexual a los adolescentes y poder prevenir embarazos de alto riesgo.
2. A los investigadores en el campo de la salud, diseñar programas, protocolos de educación continua, en base a características socio culturales del adolescente.
3. Continuar con investigaciones de corte longitudinal sobre la atención que brinda la madre joven a aquellos recién nacidos con bajo peso.

BIBLIOGRAFIA

1. ARCOS, Estela. Relación entre el estado nutricional de madres adolescentes y el desarrollo neonatal. EN: Boletín OPS Nr. 46. Panamá. 1995. 35.39 p.
2. BOVE, Ysabel María. Nutrición y embarazo en población de riesgo. EN: revista UNCEF Nr.12. Montevideo. 1990. 85 p.
3. CHAVEZ, Netto. Rutinas actualizadas en medicina. EN: Revista ginecológica Nr. 105. Octubre, Brasilia. 1995. 107 p.
4. MATELUNA, Anabella. Características nutricionales de adolescentes embarazadas. EN: Revista médica social Nr. 25. Setiembre, Santiago de Chile. 25 p.
5. O.P.S. Manual para la atención de la madre y el niño. Washington. 1990. Serie Palltex. 85-95 p.
6. PIZARRO, R. Factores de riesgo en el crecimiento del hijo de madres adolescentes. EN: Revista pediátrica Nr.63. Mayo-ocutbre. Chile. 1992. P.8.
7. ROVINOVICH, Jorge. Efectos de la edad materna en el estado de salud del neonato. EN: Revista obstetricia y ginecología Nr. 59. Enero Chile. 1994. P. 4.
8. SANCHEZ; Lidia. Gestante en riesgo, influencia de factores dominantes. EN: Revista CEP Nr.1. Marzo. Perú: 1989. P. 23.

9. SILVAN, Carmen. Los significados de la lactancia materna para madres de prematuros. EN: Informativo Americano de Enfermería. Nr. 23. Octubre. Brasilia. 1997. P. 3-4.
10. TELLO, Javier. Epidemiología de la morbimortalidad perinatal. EN: Revista niños. Nr. 9. Enero. 1990. P. 8-12.
11. TOPOLANSKY, Julio. Semiología obstétrica y neonatal. 5ta. Edición, edit. OF.L. Uruguay. 1989. P. 187.
12. VALENZUELA, Solange. Primer año de vida de hijos adolescentes. EN: Revista Hospital San Juan de Dios Nr. 34. Marzo. Brasilia. 1992. P. 34-38.

ANEXO

FICHA DE REGISTRO

I. FACTORES DE RIESGO MATERNO.

- a. Nombre de la madre :
- b. Dirección :
- c. Edad :
- d. Paridad :
- e. Número de abortos :
- f. Número de embarazos múltiples :
- g. Enfermedades hipértensivas :
 - g.1. Preclampsia
 - g.2. Eclampsia.....
- h. Infecciones del tracto urinario alto :
 - h.1. Cistitis.....
 - h.2. Uretritis.....
- i. Infecciones del tracto urinario bajo :
 - i.1. Pielonefritis.....
 - i.2. Nefritis.....
- j. Estado civil :
- k. Alcoholismo :
- l. Tabaquismo :
- m. Estrés :
- n. Ausencia al control prenatal

II. PESO DEL RECIEN NACIDO

a. Lugar de nacimiento :

b. Fecha de nacimiento :

c. Puntaje de APGAR :

d. Funciones vitales :

e. Peso :

e.1. Sobre peso (mas de 3 600 gr.) -----

e.2. Normal (2 500 - 3 500 gr.).....

e.3. Bajo peso (Menos de 2 500 gr.).....

Fecha :



14150