



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



**MADURACIÓN PLACENTARIA POR ECOGRAFÍA
OBSTÉTRICA DE NEONATOS CON BAJO
PESO AL NACER DEL CENTRO DE
SALUD ACORA 2023**

PRESENTADO POR:

FIGURELLA DINA BEROLATTI SUAREZ

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE VITALIDAD FETAL**

JULIACA – PERU

2024




UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
MADURACIÓN PLACENTARIA POR ECOGRAFÍA
OBSTÉTRICA DE NEONATOS CON BAJO
PESO AL NACER DEL CENTRO DE
SALUD ACORA 2023

PRESENTADO POR:

IORELLA DINA BEROLATTI SUAREZ

PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN VITALIDAD FETAL

APROBADA POR:

PRESIDENTE : 
Dra. ESPERANZA CUEVA ROSELL

PRIMER MIEMBRO : 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

SEGUNDO MIEMBRO : 
Dra. SONIA BÉNITA FERNANDEZ TAPIA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA P06



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 090 - 2024-SEP-EPG/UANCV

Juliaca,

VISTO:

El Expediente N° 2023-012650, de la Egresado (a) **BEROLATI SUAREZ FIORELLA DINA**, con DNI N° 40863171 y Código N° 1710100929, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **VITALIDAD FETAL**, de la Sede Central Juliaca, de la **Escuela de Posgrado** de la **Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"** de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **VITALIDAD FETAL** de la Sede Central Juliaca, de la **Escuela de Posgrado** de la **Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"** de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- NOMBRAR a los **miembros de Jurado** que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico de la egresado (a) **BEROLATI SUAREZ FIORELLA DINA**, con DNI N° 40863171 y Código N° 1710100929, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **VITALIDAD FETAL**, de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

- Presidente** : **Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL**
- Primer Miembro** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- Segundo Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

SEGUNDO. - DETERMINAR que **LA SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO** se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

- Fecha** : **Viernes, 19 de abril del 2024**
- Hora** : **10:00 a.m.**
- Lugar** : **Aula N° 207 - EPG - UANCV - JULIACA**

TERCERO. - AUTORIZAR la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO
.....
Dr. Leopoldo Wierzbicki Condori Carl
DIRECTOR (a)



MADURACIÓN PLACENTARIA POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA DE NEONATOS CON BAJO PESO AL NACER DEL CENTRO DE SALUD ACORA 2023

ORIGINALITY REPORT

16%

SIMILARITY INDEX

16%

INTERNET SOURCES

3%

PUBLICATIONS

7%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repositorio.unap.edu.pe Internet Source	2%
2	hdl.handle.net Internet Source	1%
3	repositorio.uancv.edu.pe Internet Source	1%
4	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Student Paper	1%
5	repositorio.urp.edu.pe Internet Source	1%
6	Submitted to Universidad Católica de Santa María Student Paper	1%
7	core.ac.uk Internet Source	1%
8	repositorio.unheval.edu.pe Internet Source	1%



Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
MADURACIÓN PLACENTARIA POR ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA DE NEONATOS CON BAJO PESO AL NACER DEL CENTRO DE SALUD ACORA 2023	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	FIGURELLA DINA BEROLATTI SUAREZ
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40863171
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0009-0124-0616
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	No aplica
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	No aplica
URL de ORCID	No aplica
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres Y Apellidos	ESPERANZA CUEVA ROSSEL
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02558176
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-7453-3382
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-4145-7030



Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2232-6653
Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - P06
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: Centro De Salud Acora -15.97067, -69.80056 País: Perú Departamento: Puno Provincia: Puno Distrito: Acora https://maps.app.goo.gl/hXa2pKYdx4HCu27g7</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2023 - 2024
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	<p>Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Ciencias del cuidado de la salud y servicios (administración de hospitales, financiamiento) https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01</p>



UNIVERSIDAD ANDINA "MESTOR CÁCERES FAJARDO"
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Segundo Ortiz Cansaya

PROFESOR DE INVESTIGACIÓN - EPG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo Finella Dina Berolatti Suárez, identificado con DNI
Nro. 40863171 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

Utalidad Fetal

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

" MADURACION PLACENTARIA POR ECOGRAFIA OBSTETRICA DE NEONATOS CON BAJO PESO AL NACER DEL CENTRO DE SALUD ACORA 2023 "

Asesorado por: _____

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 14 de Mayo del 2024

Finella Dina Berolatti Suárez

FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

Al regalo más grande que Dios me supo entregar, mi hijo Gianfranco, a mis padres quienes me dan su apoyo emocional, cariño y seguridad para realizar cada una de mis metas trazadas para las personas más valiosas de mi vida por ser mi fuerza y motivo suficiente para salir adelante.



AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia y a dios por brindarme su apoyo, dedicación, y su ejemplo lleno de perfección, me formo como la persona que soy hoy.



ÍNDICE DE CONTENIDO

INDICE DE TABLA.....	vii
INDICE DE FIGURAS	viii
INTRODUCCIÓN	ix

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. TITULO DEL INFORME DE TRABAJO ACADÉMICO	10
1.1.1. Institución donde se ejecuta.....	10
1.1.2. Duración	10
1.1.3. Responsable.....	10
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	10
1.2.1. Problema general	12
1.2.2. Problemas específicos	12
1.3. JUSTIFICACIÓN	12
1.4. OBJETIVOS	14
1.4.1. Objetivo general	14
1.4.2. Objetivos específicos	14

CAPITULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. MARCO TEÓRICO.....	15
2.1.1. Maduración placentaria	15
2.1.2. Grado de maduración placentaria.....	16
2.1.3. Tipo de implantación placentaria	17
2.1.4. Características de la placenta al momento del parto.....	18
2.1.5. Diámetro placentario	18
2.1.6. Espesor de la placenta	19
2.1.7. Numero de Cotiledones.....	19
2.1.8. Peso de placenta.....	20
2.1.9. Forma de placenta	20
2.1.10. Peso al nacer.....	21
2.1.11. Bajo peso al nacer.....	21



- 2.1.12. Edad gestacional 22
- 2.1.13. Clasificación del recién nacido según peso al nacer 22
- 2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 23
 - 2.2.1. Antecedentes internacionales 23
 - 2.2.2. Antecedentes nacionales 26
 - 2.2.3. Antecedentes locales 27
- 2.3. MARCO CONCEPTUAL 28

CAPITULO III

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD

- 3.1. PLANIFICACIÓN 30
 - 3.1.1. Tipo y nivel de investigación 30
 - 3.1.2. Población y muestra 31
 - 3.1.4. Técnicas, instrumentos y fuentes de recolección de datos 32
- 3.2. EJECUCIÓN 32
 - 3.2.1. Procedimiento de recolección de datos 32
 - 3.2.2. Procesamiento y análisis de datos 33
- 3.3. RESULTADOS 34
 - 3.3.1. Características ecográficas de la placenta al tercer trimestre de gestación... 34
 - 3.3.2. Características ecográficas de la placenta al momento del alumbramiento... 37
- 3.4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS 49

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS

ANEXOS



INDICE DE TABLA

Tabla 1. Grado de maduración placentaria	34
Tabla 2. Tipo de implantación placentaria	35
Tabla 3. Diámetro placentario al momento del parto	37
Tabla 4. Espesor de la placenta al momento del alumbramiento	39
Tabla 5. Número de cotiledones al momento del alumbramiento	41
Tabla 6. Peso de placenta al momento del alumbramiento	43
Tabla 7. Forma de placenta al momento del alumbramiento	45
Tabla 8. Peso al nacer del recién nacido	47



INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 Grado de maduración placentaria 34

FIGURA 2 Tipo de implantación placentaria 35

FIGURA 3 Diámetro placentario al momento del alumbramiento 37

FIGURA 4 Espesor de la placenta al momento del alumbramiento 39

FIGURA 5 Número de cotiledones al momento del alumbramiento 41

FIGURA 6 Peso de placenta al momento del alumbramiento 43

FIGURA 7 Forma de placenta al momento del alumbramiento 45

FIGURA 8 Peso al nacer del recién nacido 47



INTRODUCCIÓN

El presente proyecto titulado envejecimiento placentario y su vínculo con el bajo peso al nacer en las gestantes del Centro de Salud Acora – 2023, plantea como objetivo general de determinar la relación entre el envejecimiento placentario y el bajo peso al nacer en las gestantes del Centro de Salud Acora – 2023, donde se desarrolló una investigación de diseño no experimental de enfoque cuantitativo, transversal, retrospectivo, el tipo de estudio correlacional.

El estudio que se realizó en el Centro de Salud de Acora donde ocurre un número significativo de nacimientos prematuros y donde la edad gestacional se asocia con el envejecimiento placentario. La placenta es un órgano dentro del útero que nutre al bebe y filtra el exceso de desechos producidos durante el embarazo.

Desde el punto de vista de la ecografía existen varias clasificaciones de maduración placentaria en la que puede llevar a pensar que el bebe desarrollará una restricción por insuficiencia placentaria, retardo de crecimiento intrauterina.

El bajo peso al nacer, cifras inferiores a 2500 g de peso causa morbilidad y mortalidad infantil, esto puede suceder cuando bebe por nacer no obtiene los nutrientes y el oxígeno necesario para crecer limita la cantidad de sangre que circula por la placenta.



CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. TITULO DEL INFORME DE TRABAJO ACADÉMICO

Maduración placentaria por ecografía obstétrica de neonatos con bajo peso al nacer del centro de salud Acora 2023

1.1.1. Institución donde se ejecuta

Centro de salud Acora

1.1.2. Duración

3 meses

1.1.3. Responsable

Fiorela Dina Berolatti Suarez

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Cuando la placenta, el órgano que nutre y protege al bebe dentro del útero, se envejece, ocurre el envejecimiento placentario. Perdiendo su capacidad y funcionamiento. Esto puede afectar al crecimiento y desarrollo del bebé, ya que recibe menos oxígeno y nutrientes de la madre (1). El envejecimiento placentario normalmente se produce al final del embarazo, pero en algunos casos puede ocurrir antes por diversas causas, como la hipertensión, la diabetes o la preeclampsia y



esto se puede diagnosticar mediante un examen clínico, una ecografía o un ecodoppler fetal, que evalúa la circulación sanguínea entre la madre y el bebé (2). El tratamiento depende de la gravedad del caso y de la edad gestacional, donde en algunos casos se puede inducir el parto o proceder a realizar una cesárea si el bebé está en riesgo (3).

A nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que cada año se producen 15 millones de partos prematuros en el mundo, lo que simboliza el 11% de todos los partos. Además, y consecuencia a ello se presenta la preeclampsia que afecta al 28% de los embarazos a nivel global y es una de las principales causas de muerte materna e infantil. Además, la prohibición del crecimiento intrauterino también es un problema de salud pública que afecta al 23,8% de los nacimientos en los países de ingresos bajos y medianos y al 9,2% en los países de ingresos altos (4).

De acuerdo con una investigación realizada a cabo en Perú, a nivel nacional, el diagnóstico ecográfico del envejecimiento placentario prematuro está relacionado con una alta frecuencia de complicaciones perinatales, como el peso bajo al nacer, el síndrome de dificultad respiratorio, la preeclampsia y el parto prematuro (5).

En 2021, Manrique y Huertas incluyeron mediante ecografía a 119 mujeres embarazadas con placenta grado 3 entre las 23 y las 35 semanas de embarazo, sin comorbilidades, embarazos múltiples y defectos del desarrollo fetal, diagnosticada con complicaciones perinatales en este grupo fue del 29,4%. La edad gestacional al nacer y el diagnóstico se asociaron significativamente con las complicaciones que



presenta en el momento del nacimiento y al momento de determinar el diagnóstico se asociaron significativamente con las complicaciones (5).

Como consecuencia del envejecimiento placentario precoz, se define que en la región de Puno el bajo peso al nacer es difícil de determinar con precisión, ya que no hay datos oficiales disponibles. Sin embargo, se puede estimar que el problema es grave, considerando que la incidencia nacional de la disminución peso al nacer en el Perú es del 7,5%¹, y que la región de Puno tiene una alta incidencia de pobreza, anemia y desnutrición crónica infantil (6). El inferior peso al nacer se define como un peso corporal al nacer inferior a 2500 gramos, lo que puede tener graves consecuencias para la salud y el desarrollo de los niños y niñas (7). Por esta razón este estudio sobre la asociación entre el envejecimiento placentario y el inferior peso al nacer en mujeres embarazadas en el Centro de Salud Acora – 2023.

1.2.1. Problema general

¿Cuál será la maduración placentaria de neonatos con bajo peso al nacer del Centro de Salud Acora – 2023?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles serán las características ecográficas de la maduración placentaria de neonatos con bajo peso al nacer del Centro de Salud Acora – 2023?

¿Cuáles serán las características de la placenta al momento del alumbramiento de neonatos con bajo peso al nacer del Centro de Salud Acora – 2023?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Por su aporte teórico:



El presente estudio nos permite determinar el envejecimiento placentario con datos obtenidos de todas las gestantes que acudieron a su ecografía en el tercer trimestre del embarazo y que dieron su parto de abril a junio del 2023 reconociendo la incidencia de bajo peso al nacer

Según las revisiones de la literatura científica, la importancia clínica de las características de la placenta es controversial, ya que se asocia a resultados perinatales adversos como bajo peso al nacer, sufrimiento fetal, Apgar menor de 7. El presente estudio aportara cual es la relación que existe entre el envejecimiento placentario y el bajo peso al nacer para mejorar como establecimiento de salud en el área materno perinatal y tener como resultado niños sanos y disminuir los indicadores la morbilidad materno perinatal.

Por su relevancia practica:

Es sumamente importante detectar tempranamente el envejecimiento placentario, para disminuir los riesgos en el producto y las complicaciones como el bajo peso al nacer que está vinculado con la circulación placentaria y el aporte de oxígeno que transporta, cuando hay modificaciones en el funcionamiento del intercambio madre – placenta – feto tenemos como resultado una mal nutrición déficit en el crecimiento intrauterino.

Por su aporte metodológico

El presente estudio utilizara herramientas validadas por expertos para la acumulación y el análisis de datos.

Por su aporte científico



Proporcionará innovadores resultados para aportar con el establecimiento de salud a mejorar la atención preventiva en el área materno perinatal y disminuir la incidencia de neonatos con bajo peso al nacer.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Determinar la maduración placentaria por ecografía obstétrica de neonatos con bajo peso al nacer del Centro de Salud Acora 2023

1.4.2. Objetivos específicos

Establecer las características ecográficas de la maduración placentaria de neonatos con bajo peso al nacer del Centro de Salud Acora 2023.

Determinar las características de la placenta al momento del alumbramiento de neonatos con bajo peso al nacer del Centro de Salud Acora 2023.



CAPITULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Maduración placentaria

La placenta es uno de los órganos esencial en el proceso de gestación, dado que juegan un rol crucial en el desarrollo y crecimiento fetal, además es considerado como un órgano temporal que conecta al feto con la madre, mediante el desarrollo de la pared uterina facilitando el intercambio de nutrientes y oxígenos entre el binomio (8). A ello, Álamos y otros (9), agrega que la placenta además es el órgano responsable de mediar la circulación sanguínea entre el feto y la madre, es decir, facilita el transporte de la sangre materna con todos sus componentes requeridos para que el embrión sobreviva, por tanto, comprende un sistema diseñado para que el feto exista y tenga alimento en todo momento. Por tanto, se resalta que la placenta es un órgano compuesto que tiene como función liberar enzimas y hormonas, además que transporta los mejores nutrientes y productos metabólicos posibilitando el intercambio de gases, sin embargo, si este órgano envejece existe probabilidad mayor del incremento de cesáreas, por tanto, el envejecimiento placentario se ha



convertido en un problema para la obstetricia actualizada (10). No existe un concepto unívoco sobre la madurez placentaria, pero de manera general atribuye a la edad de la placenta, muy independientemente de la edad de la mujer, por lo que comúnmente es medido por 4 grados

2.1.2. Grado de maduración placentaria

La placenta se mide y determina por grados, el cual dependerá de diferentes factores propias de cada mujer, pero es importante su detección oportuna para intervención oportuna, al respecto. Según, Álamos y otros (9), agregan que la placenta tiene cuatro grados de maduración y cada uno de ellos consiste en:

- **Grado 0:** es considerado como el grado normal que se presenta durante los primeros meses de embarazo, en la cual los cambios no son tan significativos y no se presenta modificación en la placenta. Comúnmente se presenta en el trimestre I y II de gestación.
- **Grado 1:** en este grado la placenta empieza a mostrar una textura dura y una calcificación leve, siendo la muestra de que la placenta está iniciando a envejecer, pero esta no afecta el suministro de oxígeno y nutrientes. Comúnmente se presenta a las 31 semanas de gestación.
- **Grado 2:** este grado evidencia que la placenta muestra limitaciones en cuanto al suministro de oxígeno y nutrientes, ya que estas no son abundantes, además se intensifica y se genera mayores síntomas al grado anterior. Comúnmente se presenta a las 36 semanas de gestación.
- **Grado 3:** Este grado se caracteriza por la calcificación de la placenta y comúnmente ocurre en la etapa final de la gestación, donde la placenta



empieza a prepararse para el parto, pero si esta fase se presenta antes de lo previsto puede generar problemas y complicaciones con el feto.

2.1.3. Tipo de implantación placentaria

Revisando la literatura se determina que existen diferentes tipos de implantación placentario que repercuten comúnmente en la desaprobación en el desarrollo del feto, por lo que es significativo conocer y detectar a tiempo para prevenir complicaciones mayores y severos (11).

- **Placenta previa:** Este tipo de placenta se caracteriza por la formación de la placenta en el fragmento inferior del útero, cerca del cuello uterino, en lugar de estar en la parte superior o lateral del útero, donde debería estar en un embarazo normal, es decir, el tejido placentario llega cubrir de manera parcial o total el orificio cervical interno, dado que se encuentra en posición anormal, siendo peligroso para la salud del binomio, dado que puede conllevar a presentar hemorragias sea en la gestación como el parto (12).
- **Placenta acreta:** es una afección que se caracteriza por la adhesión anormal y excesiva de la pared de útero producto de las normalidades de la capa basal y decidua, donde el trofoblasto se adhiere de forma directa y fuerte al miometrio. Al respecto, Puicón (13), menciona que la placenta acreta es un trastorno que comprende la formación de vasos nuevos y el incremento de flujos sanguíneos en la placenta, que comúnmente conlleva a la presentar hemorragias que son difíciles de controlar y tratar.
- **Placenta circunvalada:** es una afección de la placenta que se caracteriza por un borde anormalmente ancho y doble de la placenta, que se pliega hacia



atrás sobre sí misma cerca del borde del útero, es decir, la placenta tiene una parte que sobresale más allá del área donde debería estar adherida al útero. Asimismo, Calderón y otros (11), agregan que este tipo de placenta es extracorial de manera anular, con bordes cimeros generando una conservación de hematomas al margen de la placenta.

- **Placenta velamentosa:** alude a la condición de placenta que se determina por la inserción anormal de los vasos sanguíneos del cordón umbilical en la membrana amniótica en lugar de estar directamente insertados en el cuerpo de la placenta, es un trastorno poco común y, pero es una anomalía de la inserción del cordón umbilical (11).

2.1.4. Características de la placenta al momento del parto

Alude a los determinantes que inciden de manera positiva o negativa en la labor del parto, es decir, son algunos criterios que permite estudiar a profundidad sobre algo o un hecho, entre las características que se consideran para este estudio son los siguientes:

2.1.5. Diámetro placentario

Alude al tamaño que adquiere la placenta de acuerdo a su diámetro, el cual puede ser medido mediante una ecografía prenatal que facilita evaluar el tamaño y la salud placentaria el cual es definido por la edad gestacional del feto, es decir, cuando existe anomalías el diámetro suele encontrar superior o inferior al valor normal determinado, indicando que existen problemas como es un retardo en el crecimiento fetal o una función placentaria inoportuna. Asimismo, resaltar que el último trimestre cuando la gestación esta por culminar la placenta adquiere un diámetro de 15-25 cm (14).



2.1.6. Espesor de la placenta

El espesor de la placenta hace referencia al grosor que tiene durante la gestación, el cual varía de acuerdo a las semanas de embarazo correspondientes, el cual es evaluado mediante la ecografía prenatal, conocer el espesor permite medir el desarrollo adecuado del feto, en el trimestre I la placenta suele ser relativamente delgada, con un grosor común de menos de 20 mm, en el trimestre II adquiere un grosor de 20 a 35 mm y en el último trimestres aumenta de grosor encontrándose entre 25 a 40 mm, al respecto Pascal y otros (14), resaltan que el último trimestre cuando la gestación esta por culminar la placenta adquiere un espesor de 2 a 3 cm.

2.1.7. Numero de Cotiledones

Comprendiendo que los cotiledones son estructuras que se presentan en forma de lóbulos que forman la parte materna de la placenta y se encuentran incorporados en el proceso de intercambios de nutrientes y oxígeno entre el binomio, por tanto, el número de cotiledones varía de acuerdo a la forma y configuración de la placenta. Al respecto, Pascal y otros (14) mencionaron que la placenta al término se expresa en dos maneras, una que es cara materna que se caracteriza por tener una superficie irregular, producto de la presencia de un conjunto de elevaciones denominadas cotiledones (15 – 20) que son cubiertos por una capa delgada basal y divorciado de los surcos que se componen desde los tabiques deciduales y la segunda manera es la cara fetal que se caracteriza por ser lisa y se encuentra cubierta por amnios mediante el cual se observa las ramificaciones de los vasos críonicas que convergen donde el cordón umbilical, al momento del parto el número de cotiledones se encuentra en rango de 15 a 25 números.



2.1.8. Peso de placenta

El peso de la placenta es una característica importante que permite conocer el desarrollo fetal si el feto recibe el suministro de nutrientes y oxígeno durante la gestación, además permite identificar cuántos gramos o kilogramos pesa la placenta al final del embarazo, generalmente en el momento del parto. Al respecto De la Cruz y Jorge (15), agregan que antes de las 16 semanas la placenta tiene un peso igual al feto, que es 100 g, a la semana 28 el peso incrementa a 250 g y el feto a 1000 g, hasta la semana 40 la placenta presenta un peso de 500 g y el feto 3,300 g, estos son los niveles del peso calculado a un proceso de gestación normal. Por otro lado, se resalta que el peso la placenta al momento del parto puede variar, pero generalmente adquiere un peso entre 500 y 600 gramos, pero nuevamente, este peso puede variar según factores individuales.

2.1.9. Forma de placenta

La forma de placenta alude a la configuración o apariencia que adquiere la placenta durante la gestación, ya que la placenta puede adquirir diferentes formas y posiciones, las cuales pueden ser visualizadas a través de las ecografías prenatales, al observar la forma se puede identificar el desarrollo y la salud del binomio y que puede ocurrir preparando de esta manera para el parto. Asimismo, resaltar que el último trimestre cuando la gestación esta por culminar la placenta adquiere una forma de discoidea (14).

Existen diferentes formas de placentas que son:

- **Discoidal:** es una de las formas más comunes que adquiere la placenta producto de la gestación, dado que se caracteriza por tener una apariencia



redonda o discoide, ya que la placenta se adhiere de manera uniforme a una sola área de la pared uterina.

- **Vellosa:** es otra de las formas que no es común, pero en alguna situación puede demostrar alguna anomalía y puede ser identificada mediante la ecografía prenatal.
- **Hemocorial:** es otra de las formas de la placenta que no tienen una apariencia bien definida, pero se caracteriza por tener color rojo oscuro con textura suave y carnosa, el cual es observado por procedimientos médicos.
- **Decidual:** es otra de las formas de la placenta que muestra una apariencia histológica peculiar, ya que se distingue por tener una forma irregular.

2.1.10. Peso al nacer

El peso de un recién nacido al nacer es una de las señales importantes que determina e ilustra la salud, el desarrollo y el crecimiento del recién nacido. Es decir, permite identificar el grado de bienestar del recién nacido, donde se identifican criterios como el crecimiento fetal, por ejemplo, si el feto está desarrollándose de acuerdo a la edad gestacional, además permite detectar los riesgos de complicaciones, ya que puede estimar el riesgo de ciertas complicaciones y que intervenciones se requieren de manera oportuna (16). A ello, Cruz (17), agrega que el peso al nacer es un indicador, que ayuda a determinar el nivel de salud durante y después del parto.

2.1.11. Bajo peso al nacer

Según la Organización Mundial de la Salud señala que la disminución de peso al nacer está catalogada, así como un problema de salud pública, porque es un



componente que incide en la mortandad perinatal y en la aparición de ciertas enfermedades, por ejemplo, como el deterioro cognitivo y las condiciones médicas crónicas, y se apreció más del 20% de recién nacidos tienen bajo peso al nacer (18). A respecto, Quintero - Paredes (19), señaló que el peso disminuido al nacer de los recién nacidos oscila entre menos de 2 500 gramos (por debajo del percentil 10), completamente independiente de la edad gestacional. Esto significa que un bebé que pesa menos de 2,500 gramos (2,5 Kg aproximadamente 5,5 libras) se considera de bajo peso al nacer.

Es significativo la asociación con la morbilidad y mortandad perinatal, por tanto, es un indicador que permite definir qué factores predisponen que el recién nacido nazca con disminución de peso, además se estima que los resultados del proceso como el control prenatal, intervienen en la salud del niño (20)

2.1.12. Edad gestacional

Alude al tiempo que transcurre desde el periodo último del ciclo menstrual de la mujer hasta el presente, es decir, actual gestación, comúnmente la edad gestacional es expresada en semanas, por tanto, es un indicador que permite definir en qué etapa se desarrolla el feto en el proceso de gestación y además permite definir la probabilidad de fechas en que puede dar el parto (21).

2.1.13. Distribución del recién nacido según peso al nacer

De acuerdo, a Argandoña (22) resalta la siguiente clasificación del recién nacido según su peso, considerando los siguientes valores:

- Macrosómicos: > 4000 gr.
- Normal: 2500 a 3999 gr



- Bajo peso: 1500 a 2499 gr
- Muy bajo peso: 1000 a 1499 gr
- Recién nacido diminuto: 750 a 999 gr
- Micronato: < 750 gr.

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. Antecedentes internacionales

En el artículo de investigación desarrollado por autores Pan y otros en 2023, titulada "The role of placental aging in adverse pregnancy outcomes: A mitochondrial perspective (El papel del envejecimiento placentario en los resultados adversos del embarazo: una perspectiva mitocondrial)", donde demostró la relación del envejecimiento placentario en resultados adversos del embarazo, estudio elaborado desde la metodología analítico y descriptivo mediante la revisión bibliográfica, llegando a resultados de que el envejecimiento placentario prematuro se relaciona con insuficiencia placentaria conllevando a la reducción a la capacidad funcional de la placenta por tanto, incide en los resultados del embarazo, dado estas son adversa, comprendiendo que las mitocondrias placentarias son orgánulos vitales que proporcionan energía y desempeñan funciones esenciales en el desarrollo y mantenimiento funcional de la placenta, concluyendo que los cambios modifican la función placentaria durante todo el embarazo y puede causar complicaciones (23).

En el artículo de investigación elaborado por autores Guerra y otros en 2020 en Cuba, denominada "Factores de riesgo maternos relacionados al bajo peso al nacer en San Juan y Martínez" donde identificaron determinantes de peligro materno que se vincula con la disminución del peso al nacer, investigación de



carácter descriptiva, longitudinal prospectiva, donde estudiaron a 31 gestantes, arribando a resultados de que variables causales que resaltaron son la edad entre 21 – 35 con 74%, el aumento de peso producto de la gestación con 42%, ser nulíparas con 64%, desarrollar el envejecimiento precoz de la placenta, además el 88% de las gestantes presentó alguna afección, además que el 82% la gestación que tuvieron no fue planeado, concluyendo que las gestantes tuvieron diferentes factores que se asocian con bajo peso al nacer (24).

En los artículos de 2021 de Rondón y colegas en Cuba titulado “Factores de riesgo asociado al bajo peso al nacer”. Municipio Guisa. Enero– diciembre 2019”, se encontraron determinantes de riesgo relativamente bajo asociados al bajo peso al nacer, un estudio que utilizó métodos descriptivos, transversales y analíticos en el que examino, a 37 mujeres embarazadas con bajo peso al nacer, llegando a resultados que los determinantes que se asocian con la disminución del peso al nacer la nutrición y el peso corporal normal también deben evaluarse al inicio del embarazo.

la edad gestacional de semana 37 a 42, el crecimiento intrauterino restringido, además de presentar hipertensión gestacional, anemia ligera y asma bronquial, concluyendo que las variables causales de bajo peso al nacer es múltiples el cual dependerá de las características de cada gestantes, sin embargo el crecimiento intrauterino y el alumbramiento pretérmino son causas que predominaron, por tanto es un problema de salud que deben ser atendidos a través de medidas efectivas (25).



En el artículo realizado por Oktavianthi y otros en 2019 en Indonesia titulada “Placental mitochondrial DNA copy number is associated with reduced birth weight in women with placental malaria”, cuyo objetivo fue demostrar la asociación entre el número de copias del ADN mitocondrial placentario con la insuficiencia placentaria en mujeres con malaria placentaria, analítico, descriptivo donde estudiaron 50 placentas a través de PCR, llegando a resultados que el incremento del ADNmt placentario se relaciona con la disminución de peso corporal del feto, con mayor predominio en nacidos prematuros, la malaria placentaria genera insuficiencia placentaria desencadenando en el peso bajo al nacer, concluyendo que el incremento de ADNmt-CN placentario demuestra que es un mecanismo compensatorio para el decrecimiento del peso corporal en mujeres con malaria placentaria con ello en la insuficiencia placentaria (26).

Asimismo, resaltar el artículo de investigación de Tekola – Ayele y otros en su estudio denominado “ Differences in the sex associations of placental epigenetic aging with fetal growth”, donde determinó los factores que se asocian con el crecimiento fetal según diferencia del sexo y el envejecimiento epigenético placentario, estudio descriptivo, analítico prospectivo, llegando a resultados de que se identificó la aceleración de la edad epigenética placentaria se asocia con el crecimiento fetal muy dependiente del sexo, evidenciando una incidencia en la disminución del tamaño fetal y neonatal más fuerte entre los fetos masculinos que femeninos, concluyendo que existe incidencia del envejecimiento epigenético de la placenta a término y el crecimiento fetal durante el embarazo (27).



2.2.2. Antecedentes nacionales

Es un trabajo de investigación del 2021 realizado por Manrique y Huertas en Lima – Perú, acreditada “Envejecimiento placentario precoz y complicaciones perinatales” el objetivo era “demostrar mediante ecografía el número y el tipo de dificultades perinatales en mujeres embarazadas con placenta en estadio 3 previo a las 35 semanas”, el estudio se desarrolló mediante métodos observacionales, analítico, transeccional, retrospectivos, en el cual la muestra incluyó a 119 gestantes con placenta de tercer grado, resultando que el 29,4% de las gestantes presentó algunas complicaciones grado tres. Los resultados de la ecografía, mostraron que la principal complicación fue el peso bajo al nacer (18,5%,) seguido de los síntomas de estrés con 17,6%, lo que sugiere una alta asociación entre el declive placentario prematuro y las dificultades perinatales (5).

En un estudio realizado por Callohuanca en 2022, titulada “Demostrar los factores de riesgo materno perinatal asociados al bajo peso al nacer en el contexto de la pandemia Covid – 19 en el servicio de neonatología Hospital Regional de Ayacucho Abril – diciembre 2020” tuvo objetivo “demostrar los factores de riesgo materno – perinatal asociados al bajo peso al nacer en el servicio de neonatología en el hospital regional de Ayacucho”, El estudio se diseñó con métodos transversal, observacional, retrospectivos, y obtuvo resultados que permitieron identificar factores determinantes, edad gestacional inferior a 37 semanas, edad materna elevada, índice de masa corporal bajo, estatura materna baja, aumento de peso durante el embarazo se tiene el incremento de peso menor, tener atención prenatal



inadecuado, que conduce al bajo peso al nacer, de lo que se concluye que existe componentes concernientes con el bajo peso al nacer (21). .

En la tesis de Calla huanca, realizado en Trujillo en 2021 , un estudio titulado “Acontecimiento y factores de riesgo de bajo peso al nacer en el Hospital II – 1 Moyobamba 2019 - 2020”, asumió como objetivo “representar el resultado en los factores de riesgo relacionados con la disminución del peso al nacer(bajo peso) en el hospital II – 1 de Moyobamba”, estudio realizado mediante métodos observacionales, analíticos, descriptivos, comparados y controlados sobre 750 recién nacidos un peso inferior a 2500 gramos, y un conjunto de RN con vigilancia de peso al nacer 2500 a 3999 gramos, se concluyen que existe diversos factores agrupados al bajo peso al nacer como la edad de la gestante, paridad, periodo intergenésico, peso pregestacional, anemia moderada, y se concluyó que la determinación del peso pueden ser controlados, los cofactores de riesgo se realizaron utilizando porcentajes de riesgo de la población (28).

2.2.3. Antecedentes locales

En un estudio realizado por Ruelas en 2021 en Puno, titulado “Componentes de riesgo asociados al bajo peso em recién nacidos a término en el servicio de neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butron 2020”, hubo como objetivo “demostrar los componentes de riesgo vinculados a la disminución del peso en recién nacidos(bajo peso) a término en el servicio de Neonatología donde se presentaron los casos del Hospital Regional Manuel Núñez Butron 2020”, estudio realizado mediante métodos analíticos, observacionales, correlacionales,



transeccional retrospectivo, no experimental, incluyo 73 nacidos con peso corporal inferior del rango aceptable, dijo que los factores determinados son la edad materna mayor a los 35 años, nivel educativo primario, hábito de fumar, peso de la madre disminuido a 55 kilogramos, talla de la madre mínimo o similar a 1.5 metros, IMC de la madre mínimo o similar a 18.5 Kg/m², falta de 6 CPN, periodo transformación menor de 18 meses y mayor a 60 meses, noticia de bajo peso al nacer, cesárea, referencia de hipertensión arterial, ultimando que existen muchos factores conexos con el bajo peso al nacer y la tasa de natalidad (29)

De igual forma, en un estudio realizado por Cruz en 2017 en Puno, titulado "Factores de riesgo maternos coligados a recién nacidos de bajo peso al nacer en el servicio de neonatología en el Hospital EsSalud III Salcedo – Puno de enero – diciembre 2017", se buscó demostrar entre los determinantes del riesgo materno asociado a los bebés que nacieron con disminución de peso al nacer en la unidad neonatal del hospital III salcedo, estudio diseñado con base en métodos descriptivos, transversales y retrospectivo, arrojando resultados según los cuales los factores identificados fueron que la madre sea adolescente con bajo peso corporal, bajos ingresos, rutina de fumar, incorrecto número de controles prenatales, concluyendo que existen diferentes factores maternos que corresponde con la disminución de peso(bajo peso) en los recién nacido (17).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Recién nacido

Alude al niño nacido recientemente, producto de la concepción que a partir del nacimiento hasta los 28 días de edad (30).



Peso

En términos generales alude a la medida del impulso de dificultad que actúa sobre el peso, es una medición de la magnitud física que permite cuantificar la cantidad de masa obtenido con la interacción de la gravedad, desde la mirada obstétrica el peso es un indicador importante, siendo mayor en los recién nacido dado que determina si el niño tiene crecimiento y desarrollo adecuado, además que es un factor que actúa para ver el estado nutricional del niño (30).

Diámetro

Alude al tamaño que adquiere la placenta de acuerdo a su diámetro, el cual puede ser medido mediante una ecografía prenatal que facilita evaluar el tamaño y la salud placentaria (14).

Placenta

Es uno de los órganos esencial en el proceso de gestación, dado que juegan un rol crucial en el desarrollo y crecimiento fetal, además es considerado como un órgano temporal que conecta al feto con la madre (9).

Gestante

Alude a la mujer que se encuentra en condición de embarazada, la gestación inicia desde la fecundación y culmina con el alumbramiento (30).

Parto

Es un proceso que alude al momento del alumbramiento del feto, es la última etapa de la gestación ya que con el parto se culmina el embarazo (30).



CAPITULO III

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD

3.1. PLANIFICACIÓN

3.1.1. Tipo y nivel de investigación

- **Tipo de investigación**

La exploración es de naturaleza descriptiva, en la que las características y propiedades de las variables de investigación se miden tal como aparecen en el problema real (31).

- **Nivel de investigación**

Es en el nivel descriptivo que implica la identificación de atributos, peculiaridades y los complementos importantes de personas, grupos u otros fenómenos que deben analizarse. Por lo general, las situaciones se describen recopilando datos sobre una serie de problemas y midiéndolos para determinar las propiedades, características importantes de cualquier fenómeno que se está analizando. (32)



- **Diseño de investigación**

El trabajo académico se alinea a un diseño de estudio no experimental, lo cual consiste en analizar los datos de las variables recopiladas sin la manipulación de las variables en todo el proceso de estudio. Además, el proceso de recopilación de datos se realizó en un solo tiempo y un momento definido a lo cual se le llama un diseño transeccional o transversal (33)

3.1.2. Población y muestra

La localidad está accedida por las gestantes que dieron su parto dentro del segundo trimestre del año 2023, lo cual contempla los meses de abril, mayo y junio del presente, teniendo los registros de partos en el centro de salud se tiene un total de 68 historias clínicas de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto dentro del trimestre en lo cual quedaron las historias clínicas de dichas gestantes y son como población de estudio.

La muestra estudio contempló de tipo probabilístico al 10% de error porcentual, lo cual se determina con la consecutiva formula

$$M = \frac{Z^2 * (P * Q) * N}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * (P * Q)}$$

Donde:

M = muestra

Z = Nivel de Confianza 95% =1.96

E = Nivel de Error: 10%/100=0,1

P = Probabilidad de Éxito: 55%/100=0.55

Q = Probabilidad de Fracaso 45%/100=0.45

N = Total de Población = 68



Reemplazando los datos se tiene:

$$M = \frac{(1.96)^2 * (0.55 * 0.45) * 68}{(0.1)^2 * (68 - 1) + (1.96)^2 * (0.55 * 0.45)} = 57$$

Por lo tanto, se trabajó con 57 historias clínicas que fueron preferidos por los criterios de exclusión e inclusión.

3.1.3. Juicios de inclusión y exclusión

Exclusión

- Historias clínicas incompletos
- Partos que no se realizaron en el centro de salud
- Partos con referencia a hospitales
- Partos complicados que no se registraron datos en las historias clínicas

Inclusión

- Partos dentro de los meses establecidos al estudio
- Historias clínicas debidamente llenadas

3.1.4. Metodologías, instrumentos y fuentes de recolección de datos

La técnica de la investigación está basada en la observación lo cual es el registro de historias clínicas de las gestantes que acudieron a realizar su parto y fueron controlados dentro de su proceso de gestación.

El instrumento de recolección de datos es la ficha de recolección para el llenado desde las historias clínicas para lo cual no se necesita la confiabilidad y la validez del instrumento puesto que el proceso de recolección de datos fue copia fiel de las historias clínicas del mismo centro de salud.

3.2. EJECUCIÓN

3.2.1. Procedimiento de recolección de datos



El asunto de recolección de datos se realiza empezando por la planificación con el instrumento de recopilación de datos para su respectivo llenado de acuerdo a las historias clínicas que se encuentra en el centro de salud Acora. Para lo cual se hizo la solicitud respectiva al centro de salud con la finalidad de facilitar las historias clínicas del periodo de estudio.

Seguidamente se realizó el llenado de fichas de recopilación de datos de acuerdo a las historias clínicas que cumplan el criterio de inclusión.

Posterior a ello se realizó el análisis de datos correspondientes en los programas correspondientes.

3.2.2. Procesamiento y análisis de datos

Para la preparación y análisis de los resultados se utiliza el programa estadístico SPSS versión 27, en el cual se determina la estructura de tablas de probabilidad o tablas de doble entrada y se presenta en la sección de respuestas de acuerdo con los objetivos de la investigación.

3.3. RESULTADOS

3.3.1. Características ecográficas de la placenta al tercer trimestre de gestación

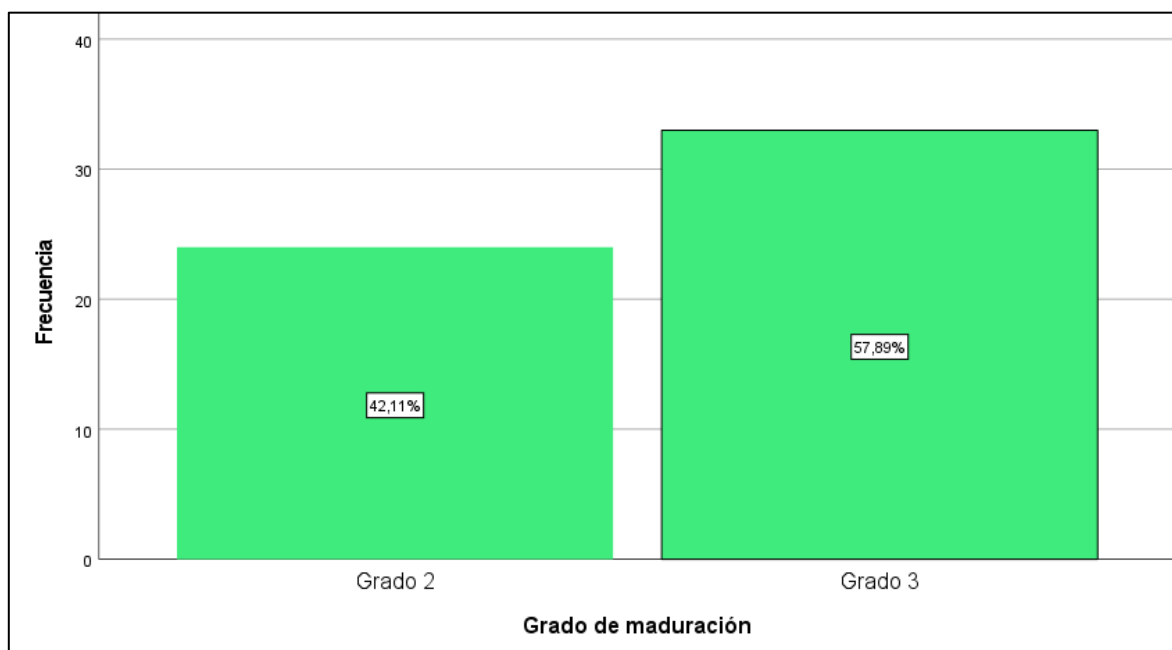
Tabla 1

Grado de maduración placentaria

Grado de maduración placentaria	N	%
Grado 0	0	0,0%
Grado 1	0	0,0%
Grado 2	24	42,1%
Grado 3	33	57,9%
Total	57	100,0%

FIGURA 1

Grado de maduración placentaria



Nota: Tabla 1

En la tabla 1 se muestra resultados sobre el grado de maduración placentaria según el peso de los bebés recién nacido, en el que se muestra que el 57,9% de embarazadas que llegaron a concretar su proceso de parto tienen grado 3 de maduración placentaria, seguido de 42,1% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto tienen grado 2 de maduración placentaria.

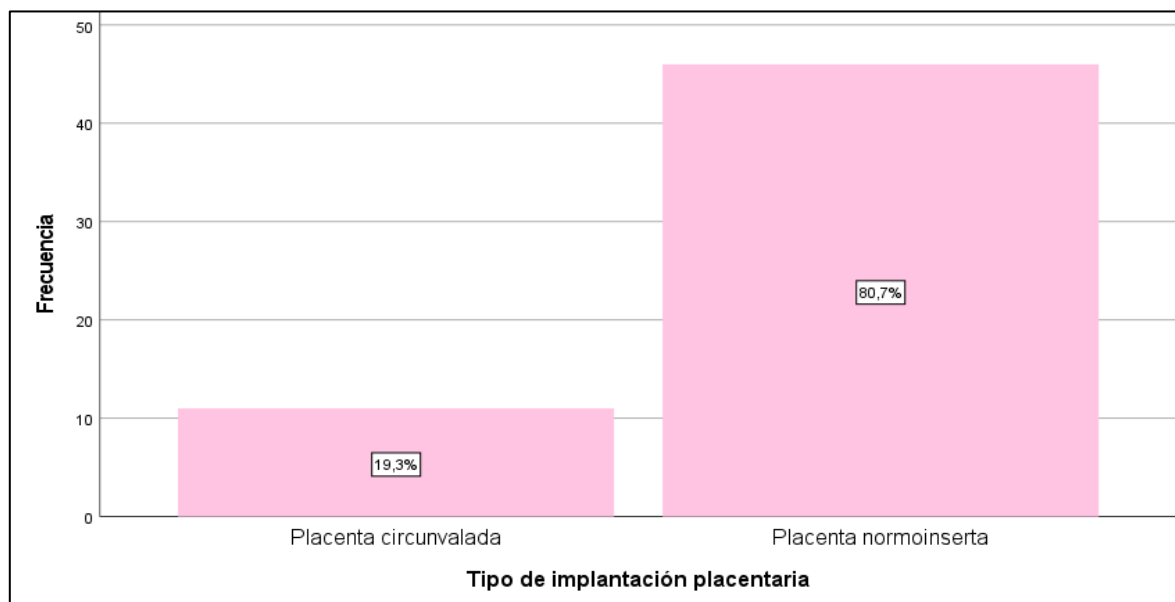
Tabla 2

Tipo de implantación placentaria

Tipo de implantación placentaria	N	%
Placenta previa	0	0,0%
Placenta acreta	0	0,0%
Placenta circunvalada	11	19,3%
Placenta velamentosa	0	0,0%
Placenta normoinsera	46	80,7%
Total	57	100,0%

FIGURA 2

Tipo de implantación placentaria



Nota: Tabla 2



En la tabla 2 se muestra que el 80,7% de embarazadas que llegaron a concretar su proceso de parto tienen placenta de tipo normoinserta, seguido de 19,3% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto tienen placenta de tipo circunvalada. Asimismo, en la tabla no se encontró porcentajes de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto con placenta de tipo acreta, previa y velamentosa.

Los resultados de la tabla muestran que la mayoría de las mujeres embarazadas después del parto tienen una unión placentaria normal, lo que significa que la salud de la madre y el feto es normal, dado que la placenta se implanta de manera normal en el tercio superior o lateral del útero, lejos del cuello uterino, el cual es favorable ya que una placenta que se implanta cerca del cuello uterino o en una ubicación anormal puede aumentar el peligro de obstáculos durante el embarazo, como sangrado o dificultades en el parto. Al respecto, Calderón y otros (11), menciona que este tipo de implantación de placenta se localiza de forma normal en el útero durante el embarazo, dado que la placenta se consolida a la pared del útero de una manera que se considera típica y sin anormalidades, además que la placenta se implanta de manera normal en el tercio superior o lateral del útero, lejos del cuello uterino, se considera una placenta normo inserta.

3.3.2. Características ecográficas de la placenta al momento del alumbramiento

Tabla 3

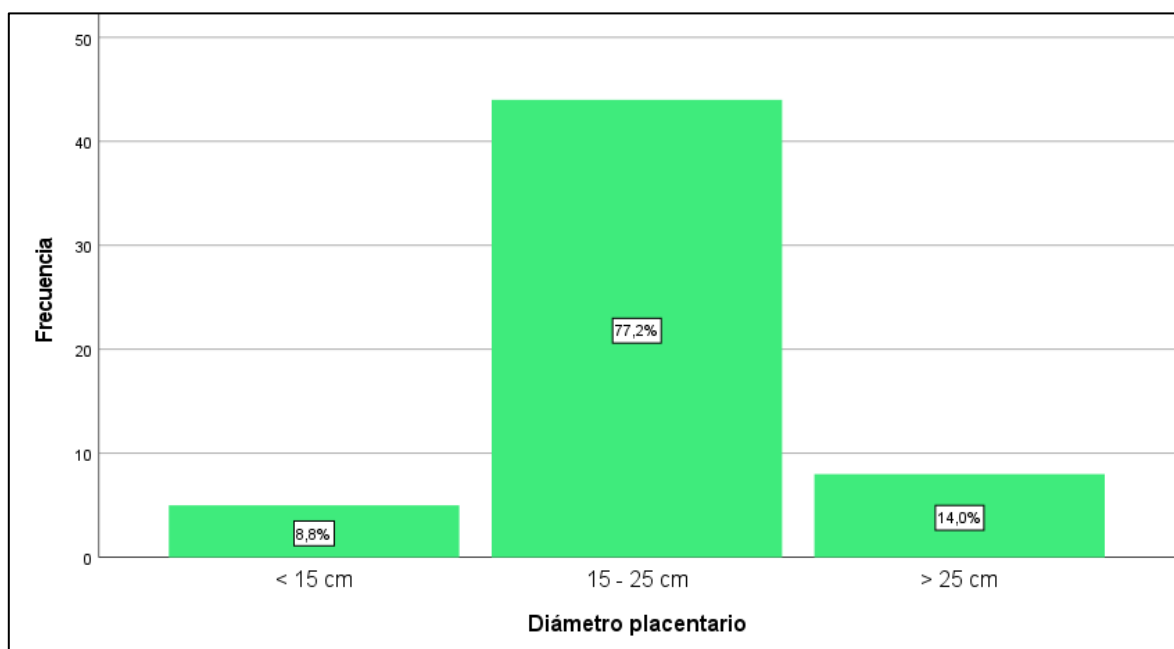
Diámetro placentario al momento del parto

Diámetro placentario al momento del alumbramiento	N	%
< 15 cm	5	8,8%
15 - 25 cm	44	77,2%
> 25 cm	8	14,0%
Total	57	100,0%

Nota: elaboración propia

FIGURA 3

Diámetro placentario al momento del alumbramiento



Nota: Tabla 3

En la tabla 3 se muestra que el 77,2% de las mujeres embarazadas que llegaron a concretar su proceso de parto tienen diámetro placentario de 15 – 25 cm, seguido



de 14,0% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto tienen diámetro placentario > 25 cm. Finalmente, se muestra que el 8,8% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto tienen diámetro placentario < 25 cm.

Los resultados reflejan que las gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto tienen diámetro placentario de 15 – 25 cm, lo que significa que estas dimensiones de la placenta se consideran normales dentro de este rango y no indican necesariamente un problema de salud en la madre o el feto. Sin embargo, es importante recapitular que el tamaño de la placenta puede variar según diferentes factores, y estas medidas son solo un aspecto de la evaluación de la salud del feto y del embarazo. Al respecto, Pascal y otros (14), alude al tamaño que adquiere la placenta de acuerdo a su diámetro, el cual puede ser medido mediante una ecografía prenatal que facilita evaluar el tamaño y la salud placentaria el cual es definido por la edad gestacional del feto, es decir, cuando existe anomalías el diámetro suele encontrar superior o inferior al valor normal determinado, indicando que existen problemas como la dilación del crecimiento fetal o una función placentaria inadecuada. Asimismo, resaltar que el último trimestre cuando la gestación esta por culminar la placenta adquiere un diámetro de 15-25 cm.

Tabla 4

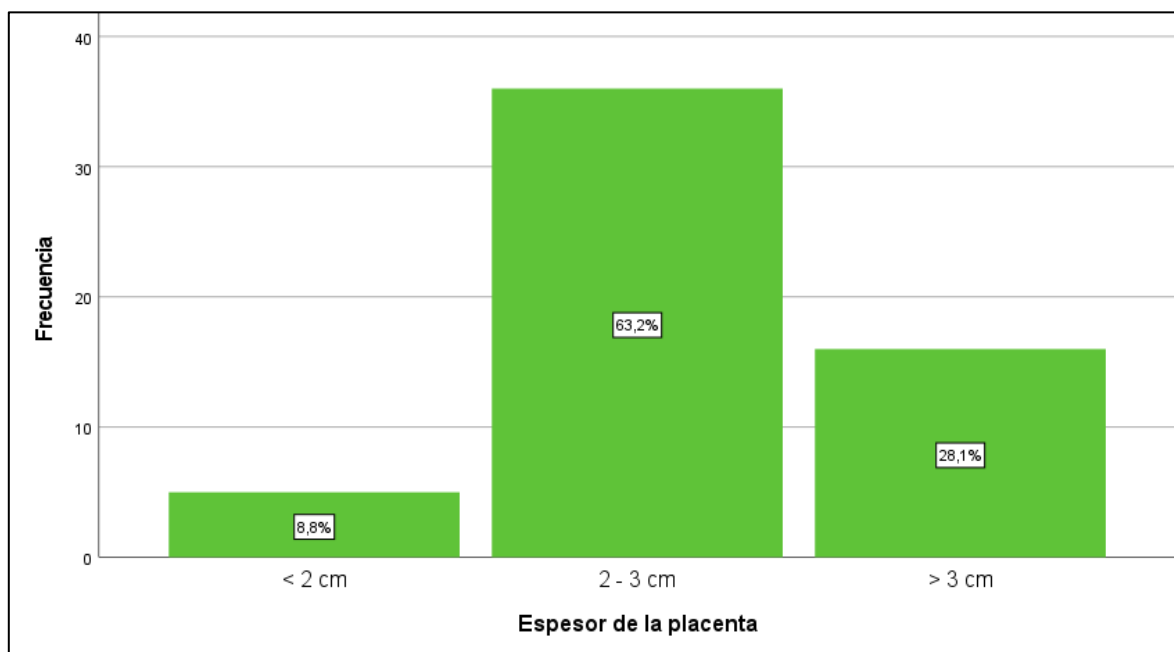
Espesor de la placenta al momento del alumbramiento

Espesor de la placenta al momento del parto	N	%
< 2 cm	5	8,8%
2 - 3 cm	36	63,2%
> 3 cm	16	28,1%
Total	57	100,0%

Nota: elaboración propia

FIGURA 4

Espesor de la placenta al momento del alumbramiento



Nota: Tabla 4

En la tabla se muestra que el 63,2% de las mujeres embarazadas que llegaron a concretar su proceso de parto presentaron espesor de placenta entre 2 a 3 cm, seguido de 28,1% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto presentaron espesor de placenta >3 cm. Finalmente, se muestra un porcentaje menor de 8,8% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto presentaron espesor de la placenta <2 cm.



Los datos reflejan que las gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto presentaron espesor de placenta entre 2 a 3 cm, lo que significa espesor de placenta dentro de este rango generalmente se considera normal, A pesar de ello los bebés que nacieron tuvieron peso bastante bajo al nacer y por lo tanto es necesario actuar al respecto.

Al respecto Pascal y otros (14), resaltan que el último trimestre cuando la gestación está por culminar la placenta adquiere un espesor de 2 a 3 cm. El espesor de la placenta hace referencia al grosor que tiene durante la gestación, el cual varía de acuerdo a las semanas de embarazo correspondientes, el cual es evaluado mediante la ecografía prenatal, conocer el espesor permite medir el desarrollo adecuado del feto, en el trimestre I la placenta suele ser relativamente delgada, con un grosor común de menos de 20 mm, en el trimestre II adquiere un grosor de 20 a 35 mm y en el último trimestre aumenta de grosor encontrándose entre 25 a 40 mm.

Tabla 5

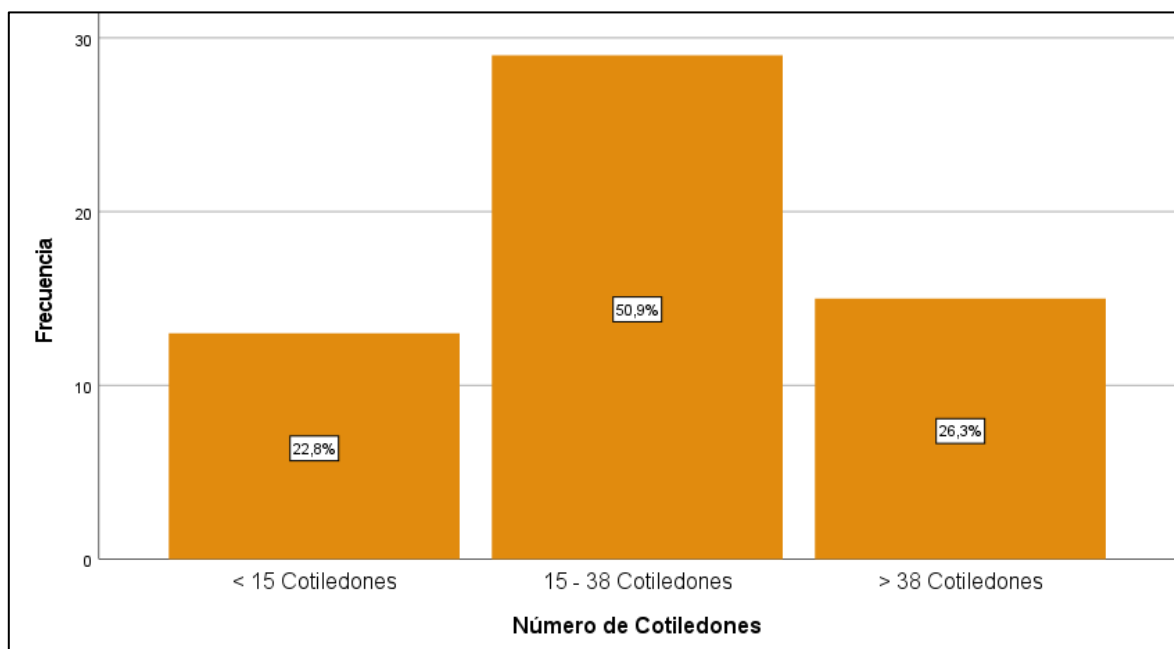
Número de cotiledones al momento del alumbramiento

Número de Cotiledones al momento del alumbramiento	N	%
< 15 Cotiledones	13	22,8%
15 - 38 Cotiledones	29	50,9%
> 38 Cotiledones	15	26,3%
Total	57	100,0%

Nota: elaboración propia

Figura 5

Número de cotiledones al momento del alumbramiento



Nota: Tabla 5

En la tabla 5 se muestra que el 50,9% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto tienen de 15 – 30 cotiledones, seguido de 26,3% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto tienen > 30 cotiledones y 22,8% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto tienen <15 Cotiledones.



Estos datos reflejan que las gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto tienen de 15 – 30 cotiledones, lo que significa que se encuentra en rango de valores normal, es decir no presentan complicaciones de salud tanto para la madre como el feto, pese a ello los recién nacidos nacieron con bajo peso, demostrando que el bajo peso depende de otros factores y no solo del número de cotiledones. Al respecto, Pascal y otros (14) mencionaron que la placenta al término se expresa en dos maneras, una que es cara materna que se caracteriza por tener una superficie irregular, producto de la presencia de un conjunto de elevaciones denominadas cotiledones (15 – 20) que son cubiertos por una capa delgada basal y divorciado de los surcos que se componen desde los tabiques deciduales y la segunda manera es la cara fetal que se caracteriza por ser lisa y se encuentra cubierta por amnios mediante el cual se observa las ramificaciones de los vasos críonicas que convergen donde el cordón umbilical, al momento del parto el número de cotiledones se encuentra en rango de 15 a 25 números.

Tabla 6

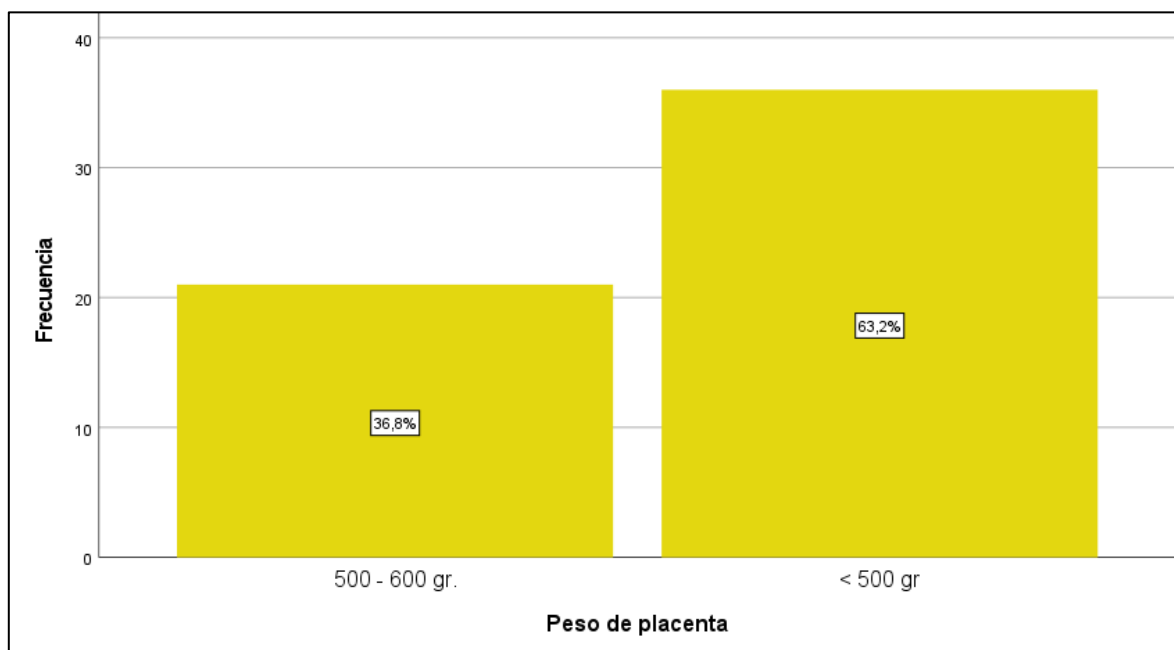
Peso de placenta al momento del alumbramiento

Peso de placenta al momento del alumbramiento	N	%
500 - 600 gr.	21	36,8%
< 500 gr	36	63,2%
Total	57	100,0%

Nota: elaboración propia

FIGURA 6

Peso de placenta al momento del alumbramiento



Nota: Tabla 6

En la tabla 6 se muestra que el 63,2% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto demostraron que el peso de la placenta es <500 gr. Además, se muestra que el 36,8% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto demostraron que el peso de la placenta fue de 500 – 600 gr.



Los resultados de esta tabla demuestran que las gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto demostraron que el peso de la placenta es <500 gr, lo que significa que el peso de la placenta es normal, a pesar de ello los bebés nacieron con un peso disminuido demostrando que es inferior al peso depende de otros factores más allá de solo el peso de placenta, considerando que el peso de la placenta es una característica importante que permite conocer el desarrollo fetal si el feto recibe el suministro de nutrientes y oxígeno durante la gestación, además permite identificar cuántos gramos o kilogramos pesa la placenta al final del embarazo, generalmente en el momento del parto. Al respecto De la Cruz y Jorge (15), agregan que antes de las 16 semanas la placenta tiene un peso igual al feto, que es 100 g, a la semana 28 el peso incrementa a 250 g y el feto a 1000 g, hasta la semana 40 la placenta presenta un equilibrio 500 g y el feto 3,300 g, estos son los niveles del peso calculado a un proceso de gestación normal. Por otro lado, se resalta que el peso la placenta al momento del parto puede variar, pero generalmente adquiere un peso entre 500 y 600 gramos, pero nuevamente, este peso puede variar según factores individuales

Tabla 7

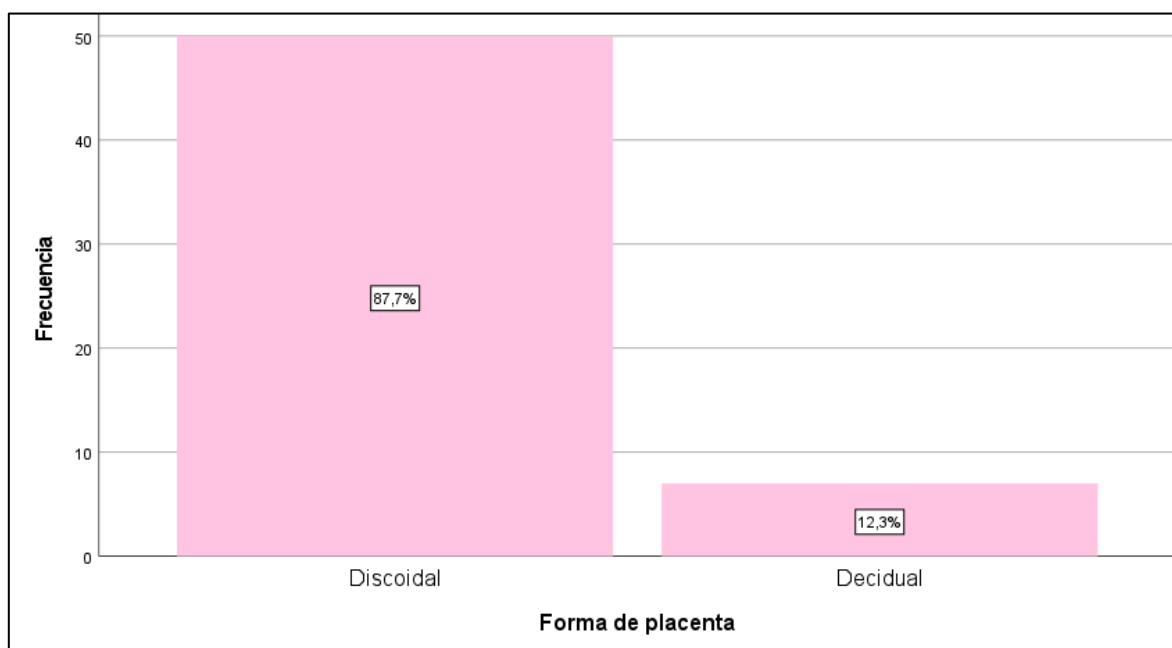
Forma de placenta al momento del alumbramiento

Forma de placenta al momento del parto	N	%
Discoidal	50	87,7%
Velosa	0	0,0%
Hemocorial	0	0,0%
Decidual	7	12,3%
Total	57	100,0%

Nota: elaboración propia

FIGURA 7

Forma de placenta al momento del alumbramiento



Nota: Tabla 7

En la tabla 7 se muestra que el 87,7% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto presentaron una placenta en forma discoidal, seguido de 12,3% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto tienen presentaron una placenta en forma decidual. Asimismo, la tabla muestra que entre las mujeres que dieron a luz ninguna embarazada tuvo placenta vellosa ni hemocorial.



Los resultados de esta tabla reflejan que las gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto presentaron una placenta en forma discoidal, lo que significa que la forma de placenta de las gestantes fue relativamente normal, dado que la forma discoidal es considerada como una de las formas comunes que se caracteriza por ser plana y tener una forma circular o casi circular, como un disco, pero a pesar de ello el recién nacido presentó bajo peso, afirmando que el bajo peso al nacer depende de otros factores, es decir, es multifactorial. Al respecto, Pascal (14), menciona que es una de las formas más comunes que adquiere la placenta producto de la gestación, dado que se caracteriza por tener una apariencia redonda o discoide, ya que la placenta se adhiere de manera uniforme a una sola área de la pared uterina.

Tabla 8

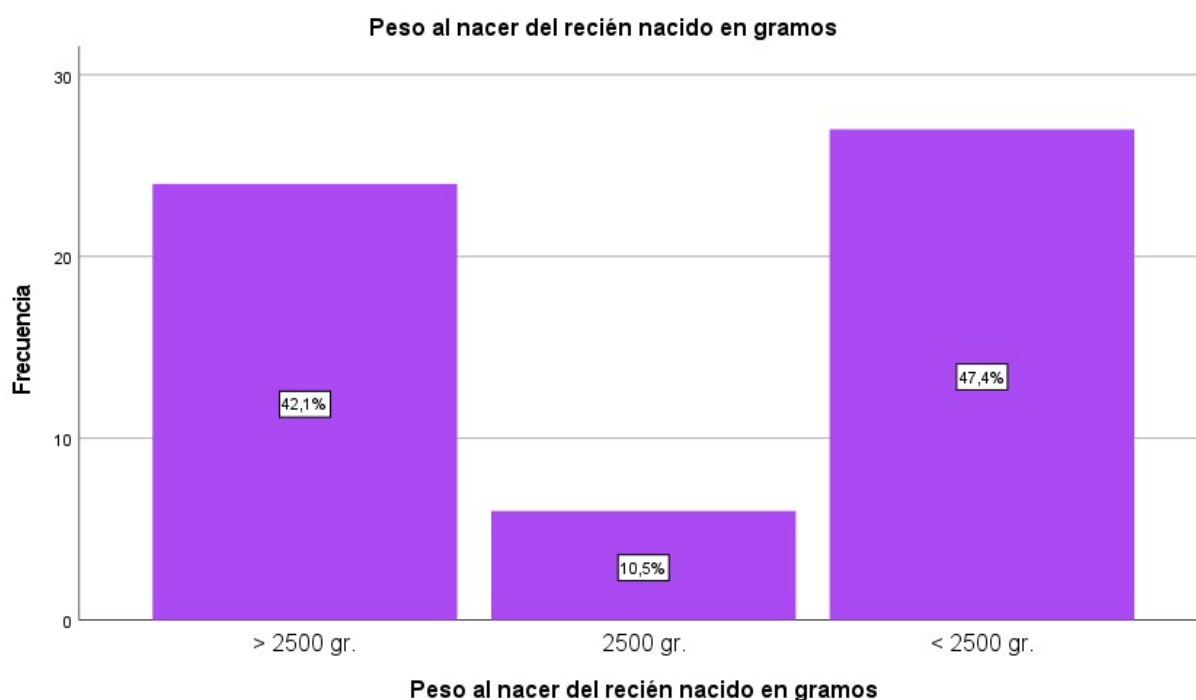
Peso al nacer del recién nacido

Peso al nacer del recién nacido	N	%
>2500 gr	24	42.1%
2500 gr	6	10.5%
<2500gr	27	47.4%
Total	57	100,0%

Nota: elaboración propia

FIGURA 8

Peso al nacer del recién nacido



Nota: Tabla 8

En la tabla 8 se muestra que el 47,4% de embarazadas que llegaron a concretar su proceso de parto presentaron un peso corporal del recién nacido de < 2500 gr, seguido de 42,1% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto



presentaron un peso corporal del recién nacido de >2500 gr, seguido de un 10.5% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto presentaron un peso corporal del recién nacido de 2500 gr.

Los resultados de esta tabla reflejan que las gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto presentaron un peso del recién nacido del 47.4%, lo que significa que el peso disminuido al nacimiento es inferior a 2500 gr sigue siendo un problema relevante de la salud pública en el mundo y se vincula con una repercusión a corto y largo plazo (OMS).

Al respecto, Parada-Rico DA, López-Guerrero N, Martínez-Laverde, El bajo peso al nacer y su impacto en el desarrollo psicomotor, los niños y niñas con bajo peso al nacer pueden verse alterados, los trastornos del desarrollo, la función psicomotora a largo plazo es más importantes que los globales, complicaciones de salud que conmueven su calidad de vida.



3.4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El envejecimiento placentario es un proceso que ocurre cuando la placenta, siendo la pieza que nutre y protege al bebé centralmente dentro del útero, pierde su capacidad de regeneración y funcionamiento adecuado. Esto puede afectar al crecimiento y desarrollo del bebé, ya que recibe menos oxígeno y nutrientes de la madre (1). El envejecimiento placentario normalmente se produce al final del embarazo, pero en algunos casos puede ocurrir antes por diversas causas, como la hipertensión, la diabetes o la preeclampsia y esto se puede diagnosticar mediante un examen clínico, una ecografía o un ecodoppler fetal, que evalúa la circulación sanguínea entre la madre y el bebé (2). El tratamiento depende de la gravedad del caso y de la edad gestacional, donde en algunos casos se puede inducir o producir un parto o terminar en una cesárea si el bebé está en riesgo (3).

En relación, al objetivo general: Determinar la maduración placentaria por ecografía obstétrica de neonatos con peso disminuido al nacer del Centro de Salud Acora 2023. Se muestra que el 57,9% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto tienen grado 3 de maduración placentaria, entre ellos el 31,6% de recién nacidos tuvieron peso <2500 gr, estos datos concuerdan con el estudio de Pan y otros (23), quien demostrando que los cambios modifican la función placentaria durante todo el embarazo y puede causar complicaciones, de igual manera con Guerra y otros (24), quienes determinaron que las gestantes tuvieron diferentes cofactores que se vinculan con el bajo peso al nacer, sin embargo, datos contrarios se registraron en el estudio de Manrique y Huertas (5), quienes demostraron que el 29,4% de gestantes presentaron número de complicaciones en grado 3 de ecografía, entre las complicaciones que predominó es el peso bajo al



nacer con 18,5%, seguido del síndrome de distrés con 17,6%, concluyendo que existe relación elevado entre el envejecimiento placentario precoz y las complicaciones perinatales. Mediante el contraste de con estudios preliminares y con los hallazgos de este estudio demostramos que el bajo peso al nacer se asocia con diferentes factores, más allá de la madurez placentaria. La placenta se mide y determina por grados, por lo que es importante su detección oportuna para intervención oportuna, al respecto, Álamos y otros (9), agregan que la placenta tiene cuatro grados de maduración, resaltando que el grado 3 se caracteriza por la calcificación de la placenta y comúnmente ocurre en la etapa final de la gestación, donde la placenta empieza a prepararse para el parto, pero si esta fase se presenta antes de los previsto puede generar problemas y complicaciones con el feto.

Respecto, al primer objetivo específico: Establecer las características ecográficas de la placenta al tercer trimestre de gestación. Se demostró que el 80,7% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto tienen placenta de tipo normoinsera, de los que el 36,8% de los bebés que nacieron tienen peso al nacer >2500 gr, datos que concuerdan con el estudio de Tekola – Ayele (27), quien determinó que el envejecimiento epignético de la placenta repercute en el desarrollo del feto, ya que se relación con el bajo al nacer. Mediante el contraste con estudios preliminares y el resultado arribado, se evidencia que las gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto tienen placenta normo inserta que significa estándar para la salud materna y del feto, pero los recién nacidos tienen bajo peso al nacer, lo que sugiere que el nacimiento de bebés con bajo peso al nacer es multifactorial.

En relación, al segundo objetivo específico: Identificar las características ecográficas de la placenta al momento del parto, donde se muestra que el 77,2%



de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto tienen diámetro placentario de 15 – 25 cm, el 63,2% de gestantes que llegaron a concretar su proceso de parto presentaron espesor de placenta entre 2 a 3 cm, se asigna el 40,4% de recién nacidos tienen peso mayor a <2500 gr datos que son contrastados con el estudio de Callahuanca (28), quien determinó que existen diferentes factores que se vinculan con el peso inferior al nacimiento como la edad de la gestante, paridad, periodo intergenésico, peso pregestacional, anemia moderada, concluyendo que se establecen los cofactores de riesgo capaces de ser controlados, se realizó mediante el uso del riesgo atribuible poblacional porcentual. De igual manera, Manrique y Huertas (5), menciona que el 29,4% de gestantes presentaron número de complicaciones en grado 3 de ecografía, entre las complicaciones que predominó es el peso bajo al nacer con 18,5%, demostrando que esta complicación prevalece producto de múltiples factores como es obstétrico el número de control prenatal, madurez placentaria, factores demográficos como la edad, cultural creencias y personales. Los resultados arribados demuestran que el bajo peso al nacimiento se asocia a diferentes factores, que sobrepasan solo la madurez placentaria, dado que los efectos de este estudio demuestran que las gestantes que concluyeron el proceso de embarazo con el parto demostraron tener valores normales, en cuanto al diámetro, peso, espesor, forma y tipo, pese a ello los bebés que nacieron con peso disminuido (bajo peso), demostrando que la causa de ello es multifactorial.



CONCLUSIONES

PRIMERA: La maduración placentaria por ecografía obstétrica de neonatos con bajo peso al nacer (< 2500 gr) son el 47,4%, de los cuales el 31,6% un grado 3 de maduración y 15,8% con grado 2 de maduración placentaria en el Centro de Salud Acora 2023

SEGUNDA: Las características ecográficas de la placenta en gestantes del tercer trimestre de gestación predominan el grado 3 de maduración (57,9%), tipo de implantación placentaria normo inserta (80,7%) en el centro de salud Acora 2023

TERCERA: Las características de la placenta al momento del alumbramiento con mayor porcentaje predominan el 77,2% tiene un diámetro placentario de 15 a 25 cm, el 63,2% tiene el espesor de placenta de 2 a 3 cm, el 50,9% tiene el número de cotiledones de 15 a 38, el 63,2% tiene un peso de placenta < 500 gr y 87,7% tiene una forma de placenta de Discorial.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** A todos los profesionales médicos del centro de salud acora encargados de las ecografías obstétricas, detectar oportunamente la maduración placentaria ya que nos permite identificar el estado de la placenta de nuestras gestantes del distrito de Acora, cuyo beneficiario es el producto.
- SEGUNDA:** A las profesionales del servicio de obstetricia del Centro de Salud de Acora (obstetras), solicitar la ecografía del tercer trimestre del embarazo a todas las gestantes entre las 32 y 36 semanas de gestación como rutina ya que nos permite valorar el estado de la placenta, tamaño, maduración y bienestar fetal siendo fundamental para identificar posibles riesgos para la madre y el niño.
- TERCERA:** Los profesionales médicos y obstetras deben de exigir la realización de una ecografía Doppler para comprobar la circulación de sangre hacia la placenta, una disminución de la circulación de la sangre limita el crecimiento del producto, enfatizar la observación y revisión exhaustiva de la placenta en el periodo del alumbramiento a cargo de los profesionales de la salud para determinar el estado del bebe y nutrición del mismo.



REFERENCIAS

1. Babysitio. Envejecimiento placentario. [Online].; 2016. Available from: <https://www.babysitio.com/embarazo/envejecimiento-planetario>.
2. Luque A. Placenta envejecida: riesgos para el bebé y cómo evitarla. Revista de salud y bienestar. 2022.
3. Belli M, Amorim P. ¿Qué es el envejecimiento de la placenta? [Online].; 2022. Available from: <https://n9.cl/kzy8f>.
4. OMS. Envejecimiento placentario: ¿qué es y cómo afecta al embarazo? [Online].; 2022.
5. Manrique M, Huertas E. Envejecimiento placentario precoz y complicaciones perinatales. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2021 octubre - diciembre; 67(4).
6. CEPAL. Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe. [Online].; 2018. Available from: <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>.
7. Paisan L, Busselo I, Zurriarian M, Imaz M. El recién nacido de bajo peso. [Online].; 2018. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9_1.pdf.
8. Falcón M. Muerte fetal por insuficiencia placentaria, cambios histopatológicos. Revisión bibliográfica Quito: Universidad Central del Ecuador; 2021.
9. Álamos F, Montenegro E, Mojarrango A, Ronquillo K. Diagnóstico por imágenes de hipermadurez placentaria y su incidencia en el sufrimiento fetal. Revista Científica de Investigación Actualización del mundo de las ciencias. 2018 Julio; 3(3).



10. Rosales K. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma 2021 Cerro de Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2023.
11. Calderón M, Vélez J, Salcedo J, Montiel A, Lugmania P, Mendoza R, et al. Hemorragia anteparto asociada a placenta succenturiata. Reporte de un caso. Revista Universitaria con proyección científica, académica y SOCIAL. 2023; 7(2).
12. Argote - Ríos D, Zapata - Salazar L, Martínez - Ruíz D, Sinisterra - Díaz S, Sarria - Ortiz D, Nieto - Calvache A. Desenlaces maternos según el tipo de placenta previa en un hospital de alta complejidad en Cali, Colombia. Estudio de cohorte retrospectivo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2023 Enero - Marzo; 74(1).
13. Puicón M. Placenta previa y número de cesáreas como factores de riesgo para placenta acreta Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2021.
14. Pascal A, Baron T, Piti A, Gonzalez M, Acosta T. La morfología, fisiología y las anomalías comunes de la placenta. Revista Ciencia & Conciencia. 2020; 3(1).
15. De la Cruz M, Jorge M. Características morfológicas y morfométricas de la placenta de púrpuras de partó a término de residencia a más de 4000 msnm en el Hospital de Lircay, noviembre - diciembre 2018 Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2021.
16. López G. Sobre los factores de riesgo del bajo peso al nacer. Revista Cubana de Alimentación y nutrición. 2020; 30(1).
17. Cruz H. Factores de riesgo maternos asociados a recién nacidos de bajo peso al nacer en el servicio de neonatología del Hospital EsSalud III Salcedo – Puno de enero – diciembre 2017 Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2017.



18. OMS. Crecimiento infantil. [Online].; 2018 [cited 2023 setiembre 8. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/child-growth#tab=tab_1.
19. Quintero - Paredes P. Factores de riesgo de bajo peso al nacer. Revista Arcvi medico Camagüey. 2020; 24(5).
20. Feria G, Leyva C. El riesgo de bajo peso al nacer. Revista Correo científico Médico. 2019 septiembre; 23(2).
21. Callohuanca M. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos en el contexto de la pandemia Covid – 19 en el servicio de neonatología Hospital Regional de ayacucho Abril – diciembre Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2022.
22. Argandoña J. Clasificación del recién nacido según peso al nacer y edad gestacional con curvas de crecimiento intrauterino propias elaboradas en el Hospital EsSalud IV Huancayo Huancayo: Universidad de Nacional del Centro del Perú; 2008.
23. Pan M, Zhou J, Wang J, Cao W, Li L, Wang L. The role of placental aging in adverse pregnancy outcomes: A mitochondrial perspective. Revista Life Sciences. 2023 Setiembre; 395(15).
24. Guerra Y, Rojas A, Guerra R, Hernández E, Hernández A. Factores de riesgo maternos asociados al bajo peso al nacer en San Juan y Martínez. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2020 Mayo - Junio; 24(3).
25. Rondón J, Morales C, Alonso M, Rondón R. Factores de riesgo asociado al bajo peso al nacer. Municipio Guisa. Enero– diciembre 2019. Revista Multimed. 2021 Julio - Agosto; 25(4).



26. Oktavianthi S, Fauzi M, Trianty L, Trimarsanto H, Bowolaksono A, Noviyanti R, et al. Placental mitochondrial DNA copy number is associated with reduced birth weight in women with placental malaria. *Revista Placenta*. 2019 Mayo; 80.
27. Tekola - Ayele F, Workalemahu T, Gorfu G, Sherstha D, Tycko B, Wapner R, et al. Sex differences in the associations of placental epigenetic aging with fetal growth. *Revista National Library of Medicine*. 2019 Agosto; 11(15).
28. Callahuanca C. Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en el Hospital II – 1 Moyobamba 2019 - 2020 Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2021.
29. Ruelas E. Factores de riesgo asociados al bajo peso em recién nacidos a término en el servicio de neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butron 2020 Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2020.
30. MINSA. Análisis del nacido vivo, factores de riesgo y determinantes en salud Lima: Ministerio de Salud. Oficina General de Estadística e Informática.; 2013.
31. Hernandez-Sampieri H, Mendoza CP. Metodología de Investigación las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Primera Edición ed. Interamericana Editores SAdCV, editor. Mexico: Mc Graw Hill Education; 2018.



ANEXOS



ANEXO 1. Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala
1. Maduración placentaria	1.1. Características ecográficas de la maduración placentaria	1.1.1. Grado de maduración	a) Grado 0 b) Grado 1 c) Grado 2 d) Grado 3
		1.1.2. Tipo de implantación placentaria	a) Placenta previa b) Placenta acreta c) Placenta circunvalada d) Placenta velamentosa e) Placenta normoinsera
	1.2. Características de la placenta al momento del alumbramiento	1.2.1. Diámetro placentario	a) < 15 cm b) 15 – 25 cm c) > 25 cm
		1.2.2. Espesor de la placenta	a) < 2 cm b) 2 – 3 cm c) > 3 cm
		1.2.3. Numero de Cotiledones	a) < 15 b) 15 – 38 c) > 38
		1.2.4. Peso de placenta	a) 600 gr b) <500gr
1.2.5. Forma de placenta		a) Discoidal b) Velloso c) Hemocorial d) Decidual	
2. Peso al nacer		2.1. Peso al nacer del recién nacido en gramos	a) >2500 b) 2500 c) <2499



ANEXO 2. Matriz de consistencia

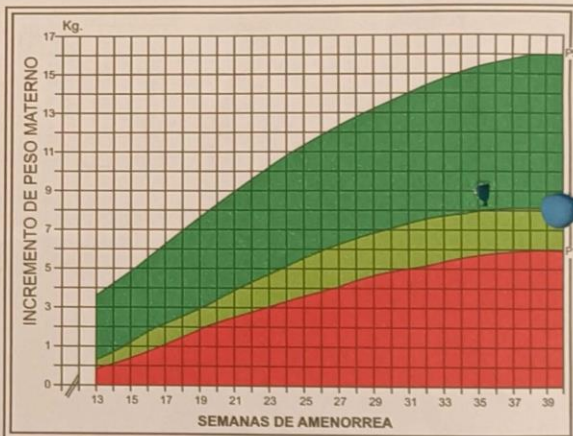
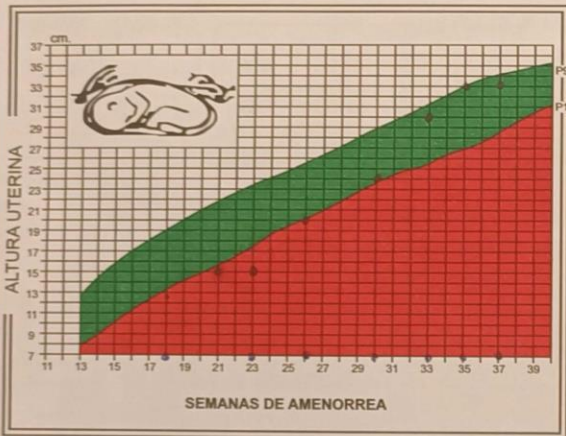
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Metodología
<p>Problema general ¿Cómo es la relación entre la maduración placentaria de neonatos con bajo peso al nacer del Centro de Salud Acora – 2023?</p> <p>Problemas específicos ¿De qué manera se relacionan las características ecográficas de la maduración placentaria de neonatos con bajo peso al nacer del Centro de Salud Acora – 2023? ¿De qué manera se relaciona las características de la placenta al momento del alumbramiento de neonatos con bajo peso al nacer del Centro de Salud Acora – 2023?</p>	<p>Objetivo general Determinar la maduración placentaria por ecografía obstétrica de neonatos con bajo peso al nacer del Centro de Salud Acora – 2023.</p> <p>Objetivos específicos Establecer las características ecográficas de la maduración placentario de neonatos con bajo peso al nacer del Centro de Salud Acora – 2023. Determinar las características de la placenta al momento del alumbramiento de neonatos con bajo peso al nacer del Centro de Salud Acora – 2023.</p>	<p>Hipótesis general Existe relación significativa entre la maduración placentaria de neonatos con bajo peso al nacer del Centro de Salud Acora – 2023.</p> <p>Hipótesis específicas Existe relación significativa entre las características ecográficas de la maduración placentaria y el bajo peso al nacer en las gestantes del Centro de Salud Acora – 2023. Existe relación significativa entre las características de la placenta al momento del alumbramiento y el bajo peso al nacer en las gestantes del Centro de Salud Acora – 2023.</p>	<p>Variable 1 maduración placentaria</p> <p>Variable 2 Peso al nacer</p>	<p>Características ecográficas de la maduración placentaria</p> <p>Características de la placenta al momento del alumbramiento</p> <p>Peso al nacer del recién nacido en gramos</p>	<p>Tipo: Correlacional</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Población/ muestra 138/57 historias clínicas de gestantes</p> <p>Técnica: Observaciones y Análisis</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de historias clínicas</p> <p>Procesamiento: SPSS V 27</p>

Nota: elaboración propia



ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9	ATENCIÓN 10
Fecha y hora de atención (a/m/d h:mm)	9/1/23	9/2/23	9/3/23	9/4/23	9/10/23	9/10/23	9/10/23	9/10/23	9/10/23	9/10/23
Edad Gest. (semanas)	18sem.4d	23sem.4d	26sem	30sem	33sem	35sem	37sem			
Peso de la madre (Kg)	55	57.3	58.500	59.500	61.500	61.600	62.500			
Incremento de peso (Kg)/Dx. Nutric	10	10	10	10	10	10	10			
Temperatura (°C)	36.5°C	36.5°C	36.2°C	36.3°C	36.7°C	36.2°C	36.5°C			
Presión Arterial (mm.Hg)	100/60	100/60	100/60	100/70	90/60	100/70	100/70			
Pulso Materno (por. min)	59x'	83x'	78x'	67x'	82x'	64x'	83x'			
Altura Uterina (cm)	12.5	15	20	24	30	33	33			
Situación (L/T/NA)	L	L	L	L	L	L	L			
Presentación (C/P/T/NA)	C	C	C	C	C	C	C			
Posición (D/I/NA)	D	D	D	D	D	D	D			
F.C.F. L(por min/NA)	149x'	148x'	140x'	141x'	144x'	140x'	138x'			
Mov. Fetal (+/+/+/+/SM/NA)	+	+	+	+	+	+	+			
Proteinuria Cualitativa (+/+/+/+/NSH)	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH			
Edema (+/+/+/+/SE)	-	-	SE	SE	SE	SE	SE			
Reflejo Osteotendinoso. (0,+/+/+/+)	+	+	++	++	++	++	++			
Examen de Pezón (Form. No Form. Sin Exam.)	No Form.	Form.	Form.	Form.	Form.	Form.	Form.			
Indic. Fierro/Ac. Fólico (> 0 = 16 sem)	30/4	60/2	60/3	60/4	1/3	1/6	1/3			
Indicación Calcio	-	30/4	30/2	30/3	1/4	1/3	1/6			
Indicación Acido Fólico	-	-	-	-	-	-	-			
Orient. Consej. PF/ITS/Nut/Inm/VIH/TBC/No se hizo/NA	Nut	Nut	NA	Nut	NA	NA	Nut			
Acompañamiento de la Pareja	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si			
Perfil Biofísico (4,6,8,10) de 10 /NSH/NA	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH			
Cita (a/m/d)	9-2-23	9-3-23	05-04-23	20-04-23	05-05-23					
Visita domiciliaria (si/no/na)	-	-	No	No	No	No	-			
Plan parto (Control/visita/ no se hizo/NA)		Visita 07/02/23					14-05-23			
Estab. de la Atención	P.S. Huayllahuaco	P.S. Huayllahuaco	P.S. Huayllahuaco	P.S. Huayllahuaco	P.S. Huayllahuaco	P.S. Huayllahuaco	P.S. Huayllahuaco			
Responsable Atención	Lic. Border	Lic. Luján	Tec. Sergio	Lic. Luján	Tec. Sergio	Tec. Sergio	Lic. Luján			
Nro. Formato Sis			0001613		0000096	00000179	00000211			

L = Longitudinal T = Transversa C = Cefálica P = Pélvica D = Derecha I = Izquierda SM = Sin Movimiento SE = Sin Edema NA = No Aplica NSH = No se hizo



CONTROL PUERPERIO
 1er Control: / / / 2do Control: / / /
 Suplemento de Hierro / Consumo

Diagnóstico Pre-Gestacional:
 Normal Riesgo Bajo Peso

Patologías Maternas (CIE-10) Diagnosticadas
 Sin patologías Fecha: / / /
 1. _____ 1: _____
 2. _____ 2: _____
 3. _____

Referencia - Consulta Externa Si No No Aplica Fecha: / / / Establ. Transl: _____
 Referencia - Emergencia Si No No Aplica Fecha: / / / Establ. Transl: _____
 Referencia - Apoyo al Diagnóst. Si No No Aplica Fecha: / / / Establ. Transl: _____

PSICOPROFILAXIS ESTIMULACIÓN PRENATAL PLAN DE PARTO Si No No Aplica ALOJADA EN CASA DE ESPERA Si No No Aplica

Nota: Control



INDICACIONES AL ALTA:

Control de parto de 7 días.
- Duplicar en caso de signos de alarma
- Control de signos vitales, temperatura, etc.

Quintero Tranchi
FIRMA DEL RESPONSABLE
Esp. Med. GYN 3560 RNE
RNA 02034

EPICRISIS:

FJ 26/08/2022 Dx TEORAJUDE POSO.
PE 30/08/2022 Dx Infección Urinaria, Puerperal
puerperal Hb 13, Leucocitos 12, EGO PUEL
falso

Quintero Tranchi
FIRMA DEL RESPONSABLE
Esp. Medicina de Familia
Eduardo Tranchi
Edu. Méd. P. 3560 RNE
RNA 02034

Los códigos que se presentan corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 10 (CIE 10)

PATOLOGÍAS	CÓDIGOS	PATOLOGÍAS	CÓDIGOS
ANENCEFALIA Y MALF CONG SIMIL	Q00	KERNICTERUS	P57
ASFIXIA DEL NACIMIENTO	P21	LABIO LEPORINO	Q38
COAG INTRAVASC DISSEM	P80	MALFORMACIONES ÓRGANOS GENITALES	Q50
CONVULSIONES NEONATAL	P93	MALFORMACIONES SIST CIRCULATORIO	Q20
CONVULSIONES DEL RN	P90	MALFORMACIONES SIST DIGESTIVO	Q39
DEFORN CONGENIT CADERA	Q65	MALFORMACIONES SIST RESPIRATORIO	Q30
DIARREA	A09	MALFORMACIONES SIST URINARIO	Q60
DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE	Q250	MEMBRANA HIALINA	P22
EDEMA CEREB X TRAUMAT AL NAC	P110	MENINGITIS	G00
ENCEFALOCEFE	Q01	NEURONIA CONGENITA	P23
ENFERMEDAD HEMORR FETORN	P53	ONFALITIS RN CS HEMORRAG LEVE	P38
ENFERMEDADES VIRALES CONGENITAS	P35	OTRA PATOLOGIA DEL RN	P38
ENFIS INTERS Y OTRAS PERINAT	P25	OTRAS AFEC DE PIEL FETORN	P83
EN TEROCO NECROTIZ FETORN	P77	OTRAS AFEC DEL PERIODO PERINAT	P96
ESPIÑA BIFIDA	Q05	OTRAS ALTERA METAB-ELECTROL RN	P74
FETORN AFECT X ANEST-ANALG	P040	OTRAS APNEAS DEL RN	P284
FETORN AFECT X CORIOAMNIONITIS	P027	OTRAS ENF INFECC-PARASIT CONGEN	F37
FETORN AFECT X COMP CORD UMB	P025	OTRAS HEMORRAGIAS NEONATALES	P54
FETORN AFECT X COMP BATER	P008	OTRAS MALFORMACIONES	Q09
FETORN AFECT X OLIGOHIDRAMNIO	P012	OTRAS OBSTRUCC. INTESTINALES RN	P76
FETORN AFECT X PARTO CON FORCEPS	P032	OTROS TRANST ENDOCR TRANST	F72
FETORN AFECT X PARTO CON VENTOSA	P033	OTROS TRANST HEMATOL PERINAT	P61
FETORN AFECT X POLIHIDRAMNIO	P013	OTROS TRANST PERINAT DIGESTIVOS	F78
FETORN AFECT X PROLAP CORD UMB	P024	OTROS TRAUMATISMOS DEL NACIM	P15
FISURA PALADAR	Q35	PERDIDA DE SANGRE FETAL	P50
HEMORRIA CEREBRAL X TRAUMAT NAC	P101	PROBLEMA DE INGESTION ALIMENTOS	P92
HEMORRIA INTRACRAN NAC	P52	REACC E INTOXICAC X DROGAS	P93
HEMORRIA PULM PERINATAL	P26	RETARDO CRECIM Y DESNUT FETAL	P05
HEMORRIA UMBILICAL DEL RN	P51	RETINOPATIA DEL PREMATURO	H35
HERNIA INGUINAL	K40	SEPSIS BACTERIANA DEL RN	P36
HERNIOCEFALIA	Q03	SIFILIS CONGENITA	A50
HIDROPES FETAL X ENF HEMOLITICA	P56	SINDROME DE DOWN	Q80
HIPOCALCEMIA NEONATAL	P711	SINDROMES DE ASPIRACION NEONATAL	P24
HIPOGUCEMIA NEONATAL	P704	TADIPNEA TRANSITORIA	P221
HIPOMAGNESEMIA NEONATAL	P712	TETANOS NEONATAL	A33
HIPOTENSION SHOCK	R57	TRANS RELAC CON BPN	P07
HIPOTERMIA DEL RN	P80	TRANS X EMB PROLONG Y SOBREPESO	P08
HIPOXIA INTRAUTERINA	P20	TRANSIT CARDIOVASC PERINATAL	P29
ICTERICIA NEO X CAUSAS NO ESPECIF	P59	TRANSIT TONO MUSCULAR RN	P94
ICTERICIA NEO X HEMOLISIS EXCESIVA	P58	TRAUMA CUERO CABELLUDO AL NACER	P12
ILEO MECONIAL	P75	TRAUMA ESQUELETO AL NACER	P13
INCOMPATIB ABO FETORN	P51	TRAUMA SIST NERVIOSO PERIFERICO	P14
INCOMPATIB RN FETORN	P50		

Los códigos corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, (CIE 10)

PATOLOGÍAS	CÓDIGOS	PATOLOGÍAS	CÓDIGOS
ABORTO COMPLETO	O0295	HERPES GESTACIONAL	O254
ABORTO INCOMPLETO	O0296	HIPEREMESIS GRAVICA LEVE	O210
ABORTO RETENIDO	O08	HIPEREMESIS GRAVICA-TRANST.METABOL	O211
ABORTO SEPTICO	O080	HTA PREEXISTENTE EMB-PART-PUER	O219
ABORTO TERAPEUTICO	O04	INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO	O343
AMENAZA DE ABORTO	O200	INFECC DEL TRACTO GENITAL	O07
ANEMIA EN EMB-PART-PUER	O990	INFECC. BOLSAAMNIOT O MEMBRANAS	O21
ANOMALIA CONGENITA DEL UTERO	O340	INFECC. DEL TRACTO URINARIO	O91
ANORQUIDIA M DELTDP	O62	INFECC. MAMASOCIAD CPARTO	O99
BACTERIURIA ASISTOMATICA DEL EMB	R827	INFECCIONES PUERPERALES	O86
CÁNCER CUELLO UTERINO	C53	INTENTO FALLIDO DE ABORTO	O07
CÁNCER DE MAMA	C50	INVERSION DEL UTERO	O712
CARDIOPATIA	Z867	ISOBUNNIZACION RHESUS	O368
CITOLOGIA ANORMAL EN CPN	O282	MALARIA	B50
COMP ANESTES EN PUERPERO	O89	MOLADIDATIFORME	O91
COMP ANESTES. EN TDPARTO	O74	MUERTE INTRAUTERINA	O364
COMP. ANESTESIA EN EL EMB	O29	MUERTE OBSTX CAUSA NO ESPECIF	O95
COMPLIC. ESPECIFICAS DEL EMB MULTIP	O31	OLIGOHIDRAMNIO	O410
COMPLIC. VENOSAS EMBARAZO	O22	OTRA PATOLOGIA MATERNA	O75
COMPLIC. VENOSAS PUERPERO	O87	OTRAS COMP X TDPARTO	O99
DEFUNCIÓN MATERNA TARDIA	O96	OTRAS ENF MAT EMB-PART-PUER	O66
DEHISCENCIA DE EPISIOTOMIA	O901	OTRAS OBSTRUCC. DEL TDP	O41
DEHISCENCIA DE SUTURA DE CESÁREA	O900	OTROS TRANS LIQ.AMNIOTICO Y MEMB	O41
DEPENDENCIA DE DROGAS	F00	PARTO PREMATURO (INCLAUENAZA)	O60
DESGARRO OBST. DEL CUELLO UTERINO	O713	PLACENTA PREVIA	O44
DESGARRO PERINEAL EN EL PARTO	O70	POLIHIDRAMNIO	O40
DESNUTRICIÓN EN EL EMBARAZO	O25	PREECLAMPSIA LEVE	O13
DESPREN PREMAT DE LA PLACENTA	O45	PREECLAMPSIA MODERADA	O140
DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO	O24	PREECLAMPSIA SEVERA	O141
DISTOCIA DE HOMBROS	O660	PREECLAMPSIA, NO ESPECIFICADA	O149
ECLAMPSIA	O15	DARIOLOGIA ANORM EN CPN	O284
EDEMA Y PROTEINURIA X GESTA SHTA	O12	RCU	P95
EMBARAZO DOBLE	O300	RETEM PLACENTAMEMB, S/HEMORRAG	O73
EMBARAZO ECTOPICO	O00	RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS	O42
EMBARAZO PROLONGADO	O48	RUPTURA UTERO EN TDP	O711
EMBARAZO TRIPLE	O301	SEPSIS PUERPERAL	885
EMBOLIA OBSTETRICA	O88	SIDA	B20
ENF MATER INFECC-PARAS EMB-PART-PUER	O98	SIFILIS COMPLICANDO EMB-PART-PUER	O861
FALSO TRABAJO DE PARTO	O47	TBC EMB-PART-PUER	O40
FRACASO DE LA INDUCCION DEL TDP	O61	TDP COMB COM PLC X SIFIRM FET	O68
GORRORREA EMB-PART-PUER	O882	TDP OBSTRU X MAL POSIC FETAL	O64
HEMATOMA OBST. PELVIS	O717	TDP OBSTRU X PELVIS ANORMAL	O64
HEMORR ANTEPARTO, NO CLASIF	O46	TDP PROLONGADO	O69
HEMORR POR ATONIA UTERINA	O721	TDPARTO COM PLC X SIFIRM FET	O68
HEMORR POSTPARTO/RETENC.PLACENTA	O720	TOLERANC. GLUCOSA ANORMAL	R730
HEMORR X ABORTO,ECTOPICO O MOLAR	O081	TRANSORNOS PLACENTARIOS	O43
HEPATITIS VIRAL	O984	TUMOR DEL CUERPO DEL UTERO	O341
		ULTRA SONIDO ANORMAL EN CPN	O283

INDICACIÓN PRINCIPAL POR LO QUE SE REALIZÓ LA CESÁREA

Sir. Dato CESÁREA ANTERIOR SUFRIMIENTO FETAL AGUDO DESproporción FETO-PÉLVICA ALTERACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD PARTO PROLONGADO FRACASO DE INDUCCIÓN DESCENSO DETENIDO DE PRESENTAC. EMBARAZO GEMELAR VIH	RETARDO CRECIMIENTO INTRAUTERINO PRETÉRMINO POSTÉRMINO PRESENTACIÓN PODOALICA VARIEDADES POSTERIORES SITUACIÓN TRANSVERSA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SOSP. O CERTEZA INFECCIÓN OVUL PLACENTA PREVIA	DESPREND. PLACENTA NORMO INSERTA ROTURA UTERINA TOXEMIA (EPH/GESTOSIS) HERPES GENITAL CONDILOMATOSIS GENITAL OTRA ENFERMEDAD MATERNA MORTINATO AGOTAMIENTO MATERNO OTRA
---	--	---

MEDICACIÓN	MEDICAMENTOS	MEDICACIÓN	MEDICAMENTOS	MEDICACIÓN	MEDICAMENTOS
ANESTESIA LOCAL	BUPRIVACAINA LIDOCAINA Y SIMILARES	ANTIHIPERTENSIVO	ANTAGONISTAS DEL CALCIO ATENOLOL CAPTOPRIL HIDRALAZINA	SANGRE	PAQUETE GLOBULAR PLAQUETAS PLASMA
ANESTESIA REGIONAL	BUPRIVACAINA LIDOCAINA Y SIMILARES LIDOCAINA-BUPRIVACAINA ÉTER			ANTICONVULSIVANTE	DIFENILHIDANTOINA SULFATO DE MAGNESIO
ANESTESIA GENERAL	HALOTANO KETAMINA CLORHIDRATO OXIDO NITROSO TIOPENTAL SÓDICO	ANTIBIÓTICO	NITROFURUSIATO DE SODIO AMIKACINA AMOXICILINA AMPICILINA AMPICILINA-GENTAMICINA CEFALOSPORINAS CEFALOSPORINAS-AMINOGLUCOC. CLORANFENICOL ERITROMICINA GENTAMICINA METRONIDAZOL PENICILINA PENICILINA-GENTAMICINA PENICILINA-GENTAMICINA-CLORANFE	OTRA MEDICACIÓN	AMINOFILINA ANTIESPASMÓDICOS ANTIPIROSTAGLANDINAS BETA BLOQUEANTES BETAMIMÉTICOS BLOQUEANTES MUSCULARES CARDIOTÓNICOS CORTICOIDES DIURÉTICOS HEPARINA INSULINA PROSTAGLANDINAS
ANALGES. TRANQUIL.	ACIDO ACETIL SALICILICO CODEINA DIAZEPAM BUPIROFENO METAMIZOL MORFINA PARACETAMOL PETIDINA(MEPERIDINA)				
OXITOCINA	OXITOCINA				

Nota: codigo



PERÚ Ministerio de Salud Red de Salud Puno ESTRATEGIA SANITARIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Centro de Salud Acora

RESUMEN DEL PARTO

FECHA DE INGRESO 26/05/23 HORA 7:15
 FO: G P o FUR 02-09-22 FPP 11-06-23 EG 3841 N° CPN 7 Cuchelo
 PRIMER PERIODO: 26-05-23
 DURACION: 7 HORAS MINUTOS
 INICIO: ESPONTANEO () INDUCIDO () CONDUCTIVO ()
 MEMBRANAS OVULARES: INTEGRAS () ROTAS () LA. cloro
 OBSERVACIONES: REN 14:57 hrs

SEGUNDO PERIODO:

FECHA Y HORA: 26/05/23 14:58 DURACIÓN: 10'
 EPISIOTOMÍA: M () MLD () MLI () NA ()
 DESGARRO GRADO: I () II () III () IV () NA ()
 TIPO DE PARTO: EUTOCICO () DISTOCICO ()
 TERMINACIÓN: ESPONTANEA () INDUCIDA () CONDUCTIVO ()
 FETO: ÚNICO () GEMELAR ()
 CIRCULAR DE CORDÓN: SIMPLE () DOBLE ()
 CONTACTO PRECOZ: () (NO)
 LACTANCIA MATERNA INMEDIATA: () (NO)
 PINZAMIENTO TARDIO: () (NO)

ATENDIDO POR:

MEDICO () OBSTETRA () ENFERMERO/A () TEC. ENF. ()

NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ:

Dr. Leopoldo Tumi

RECIENTE NACIDO

SEXO: MASCULINO () FEMENINO () APGAR: 7 al 1 min 9 al 5 min

PESO: 2530 TALLA: 47 cm

PC: 32.4 cm PT: 33 cm PB: EDAD POR CAPURRO: 38 Sem

OBSERVACIONES: Se realiza episiotomía y desgarros (11:30)

TERCER PERIODO:

FECHA Y HORA 26.05.23 15.25 DURACIÓN: 25'
 ADMINISTRACION DE OXITOCINA 10 UI: () (NO)
 TIPO DE ALUMBRAMIENTO: DIRIGIDO () ESPONTÁNEO ()
 MODALIDAD: SHULTZ () DUNCAN ()
 PLACENTA: COMPLETA () INCOMPLETA ()
 CALCIFICACIONES: no COTILEDONES COMPLETOS () INCOMPLETO ()
 PESO 550 MEDIDAS: 20 X 18 X 3
 LONGITUD DE CORDON: 38 cm VENA () ARTERIA ()
 INSERCIÓN DE CORDON: CÉNTRICA () EXCÉNTRICA ()
 PERDIDA SANGUÍNEA: 300 cc
 OBSERVACIONES: Se realiza episiotomía y reparación de desgarro



Dr. Leopoldo Tumi Valdini
CARDIOLOGO
CAMP 51005 TNE 3738

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD	SEXO	N° HISTORIA CLÍNICA	SERVICIO	N° CAMA
<u>Mamoni</u>	<u>chealla</u>	<u>Dany Corina</u>	<u>19</u>	<u>F</u>	<u>13719</u>	<u>OB5</u>	<u>01</u>



ANEXO 4. Matriz de sistematización de datos

Numero	Grado de maduración	Tipo de implantación placentaria	Diámetro placentario	Espesor de la placenta	Numero de cotiledones	Peso de placenta	Forma de la placenta	Peso al nacer del recién nacido en gramos
1	4	5	2	2	2	2	1	3
2	3	5	2	2	2	2	4	3
3	4	5	2	2	2	1	1	3
4	3	5	2	3	3	2	1	3
5	4	3	2	2	1	2	1	3
6	4	3	2	2	1	2	1	3
7	4	5	3	3	3	2	1	1
8	4	5	1	1	1	2	1	1
9	4	5	3	3	3	1	1	1
10	3	3	2	2	3	1	1	1
11	4	5	2	3	3	1	4	1
12	4	5	2	3	2	1	1	1
13	4	5	2	3	2	2	1	2
14	3	5	2	2	2	1	1	1
15	3	5	3	2	2	1	1	1
16	3	5	2	2	2	1	1	1
17	3	5	2	2	2	2	1	1
18	3	5	2	2	2	2	1	2
19	3	5	1	1	1	2	1	2
20	4	5	2	2	2	2	1	3
21	3	5	2	2	2	2	4	3
22	4	5	2	2	2	1	1	3
23	3	5	2	3	3	2	1	3
24	4	3	2	2	1	2	1	3
25	4	3	2	2	1	2	1	3
26	4	5	2	2	2	2	1	3
27	3	5	2	2	2	2	4	3



28	4	5	2	2	2	1	1	3
29	3	5	2	3	3	2	1	3
30	4	3	2	2	1	2	1	3
31	4	3	2	2	1	2	1	3
32	4	5	3	3	3	2	1	1
33	4	5	1	1	1	2	1	1
34	4	5	3	3	3	1	1	1
35	3	3	2	2	3	1	1	1
36	4	5	2	3	3	1	4	1
37	4	5	2	3	2	1	1	1
38	4	5	2	3	2	2	1	2
39	3	5	2	2	2	1	1	1
40	3	5	3	2	2	1	1	1
41	3	5	2	2	2	1	1	1
42	3	5	2	2	2	2	1	1
43	3	5	2	2	2	2	1	2
44	3	5	1	1	1	2	1	2
45	4	5	2	2	2	2	1	3
46	3	5	2	2	2	2	4	3
47	4	5	2	2	2	1	1	3
48	3	5	2	3	3	2	1	3
49	4	3	2	2	1	2	1	3
50	4	3	2	2	1	2	1	3
51	4	5	2	2	2	2	1	3
52	3	5	2	2	2	2	4	3
53	4	5	2	2	2	1	1	3
54	4	5	3	3	3	2	1	1
55	4	5	1	1	1	2	1	1
56	4	5	3	3	3	1	1	1
57	3	3	2	2	3	1	1	1



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 14-05-2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: Fiorella Dina Berolatti Suárez

Dirección: Psic Juan Sotomayor 126

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 40863171

Teléfono: 996895116 email: Flober-2@hotmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: Escuela de Postgrado

Escuela Profesional o Mención: Urtalidad Fetal

Título o Grado Académico a optar: Urtalidad Fetal

Asesor: _____

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: ADUPLICACION PLACENTARIA POR ECOGRAFIA OBSTETRICA DE
NEONATOS CON BAJO PESO AL NACER DEL CENTRO DE
SALUD ACORD - 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): _____

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2?}

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.

2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:**a) Licencia estándar:**

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo

Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

 Internacional Nacional

Línea de investigación: SAUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA POG

Firma de Autor



huella digital

14-05-2024

Fecha