

**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS  
A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO  
EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS  
MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**Bach. JEAN PIERRE JULIO SALAS CARRERA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
MÉDICO CIRUJANO**

JULIACA – PERÚ

2025

**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

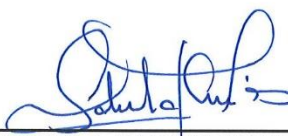
**CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS  
A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO  
EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS  
MONGE MEDRANO JULIACA 2024**


**TESIS PRESENTADA POR:**


**Bach. JEAN PIERRE JULIO SALAS CARRERA**


**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
MÉDICO CIRUJANO**

**APROBADA POR EL JURADO REVISOR:**

**PRESIDENTE** :   
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

**PRIMER MIEMBRO** :   
M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

**SEGUNDO MIEMBRO** :   
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

**ASESOR DE TESIS** :   
Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:** MEDICINA HUMANA - P09



# UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

## RESOLUCIÓN DECANAL N° 865 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 03 de octubre del 2025

### VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 8431 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

### CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

### SE RESUELVE:

**PRIMERO:** Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** del (la) bachiller: **SALAS CARRERA JEAN PIERRE JULIO** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- \* **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- \* **1er. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- \* **2do. Miembro** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
  
- \* **Asesor (a)** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

**SEGUNDO:** Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

**DIA** : LUNES 06 DE OCTUBRE DEL 2025  
**HORA** : 14:00 HORAS  
**LOCAL** : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

**TERCERO:** Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

**CUARTO:** La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

**DISTRIBUCIÓN:**  
- Jurados (3)  
- Interesado (1)  
- Asesor de Tesis (1)  
- Archivo FCS 2025(1)





# UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

## RESOLUCIÓN DECANAL N°808 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 29 de Setiembre del 2025

**VISTOS:** El Expediente N° 8875 -2025 de fecha 25 de setiembre del 2025, presentada por el (la) Bachiller(a) **SALAS CARRERA JEAN PIERRE JULIO** quien solicita el cambio del presidente del JURADO conducente para optar el título profesional de: **MÉDICO CIRUJANO**

**CONSIDERANDO:** Que, según Resolución Decanal N° 024 -2025-D-FCS-UANCV, se aprueba la propuesta de Tesis: **CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** teniendo como jurados y asesor designados por la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los siguientes Docentes:

- \* **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAFORA
- \* **1er. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- \* **2do. Miembro** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
  
- \* **Asesor (a)** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación ha emitido el **Oficio N° 007-2025-UI-FCS-UANCV-J** solicitando la emisión de la resolución de cambio del presidente por motivos ya no tiene vínculo con la UANCV; y,

Estando el informe favorable de la Dirección de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

### SE RESUELVE:

**PRIMERO:** APROBAR el CAMBIO del PRESIDENTE del JURADO del Bachiller **SALAS CARRERA JEAN PIERRE JULIO** del tema de tesis titulado **CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** para optar al Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** debiendo quedar a partir de fecha, de la siguiente manera:

- \* **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- \* **1er. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- \* **2do. Miembro** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
  
- \* **Asesor (a)** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

\* **SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación de la propuesta de investigación, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

**TERCERO:** La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.



DISTRIBUCIÓN  
Jurados,  
EP. TM



# UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

## RESOLUCIÓN DECANAL N°700 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 15 de Setiembre del 2025

**VISTOS:** Exp. 2025-CU-1722 presentada por el(la) egresado(a) **SALAS CARRERA JEAN PIERRE JULIO** quien ha solicitado cambio del asesor de la propuesta de Investigación conducente para optar el título profesional de: **MÉDICO CIRUJANO**

**CONSIDERANDO:** Que, según Resolución Decanal N° 174 -2025-D-FCS-UANCV, se aprueba de la propuesta de Tesis: **CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** teniendo como jurados y asesor designados por la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los siguientes Docentes:

- \* **Presidente** : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
- \* **1er. Miembro** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
- \* **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
  
- \* **Asesor** : Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación ha emitido el **Oficio N° 217-2025-UI-FCS-UANCV-J** solicitando la emisión de la resolución de cambio del Asesor por motivos que ya no tiene vínculo laboral con la UANCV; y,

Estando el informe favorable de la Dirección de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

### SE RESUELVE:

**PRIMERO:** APROBAR EL CAMBIO DEL ASESOR (A) designados a él (la) egresado (a) **SALAS CARRERA JEAN PIERRE JULIO** para la revisión del borrador de tesis titulado: **CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** para optar al Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** debiendo quedar a partir de fecha, de la siguiente manera:

- \* **Presidente** : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
- \* **1er. Miembro** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
- \* **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
  
- \* **Asesor** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

\* **SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación de la propuesta de investigación, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

**TERCERO:** La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.



DISTRIBUCIÓN  
Jurados,  
EP. Obstetricia



# UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

## RESOLUCIÓN N° 024-2025-UI-FCS-UANCV-J

Juliaca, 19 de agosto del 2025

**Visto:** el Expediente oficio N° 215-UI-2025 de fecha 15 de agosto del 2025, Presentado Por el Bach **SALAS CARRERA JEAN PIERRE JULIO**, quien solicita Revisión de Informe Final de la Investigación (Borrador de Tesis) titulado: **CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**, por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de **MEDICINA HUMANA**

### CONSIDERANDO:

**Que**, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- \* **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAFORA**
- \* **1er. Miembro** : **M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**
- \* **2do. Miembro** : **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**
- \* **Asesor** : **Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**

Estando, la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud; asimismo fue aprobado para su ejecución de informe final con **RESOLUCIÓN N° 174-2025-D-FCS-UANCV-J**, conducente para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**

### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO:** APROBAR EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN para la REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN, del tema: **CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**, presentado por el (la) Bach. **SALAS CARRERA JEAN PIERRE JULIO**, para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**, en virtud de los considerandos expuestos.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** RATIFICAR como ASESOR(a) a la: **Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**

**ARTICULO TERCERO.** - **DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la Facultad de ciencias de la Salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

#### DISTRIBUCIÓN:

- Interesados (1)
- Archivo (1)



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*[Firma]*  
Dra. Mayra Concepción Figueroa Vilca  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



# UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

## RESOLUCIÓN DECANAL N° 174 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 11 de abril del 2025

### VISTOS:

El Informe N° 0112025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de propuesta de Investigación de fecha 10 de abril de la E.P, de Medicina Humana folio 000059;

### CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **SALAS CARRERA JEAN PIERRE JULIO** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- \* **Presidente** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- \* **1er. Miembro** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- \* **2do. Miembro** : **M.Sc. MARIA ANTONIETA LOYZA LOPEZ**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 585-2025-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación del proyecto de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

### SÉ RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO.- APROBAR**, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **SALAS CARRERA JEAN PIERRE JULIO**, para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado: **CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER**, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

**ARTICULO TERCERO.- DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, EP: Medicina Humana Secretaria Académica, Archivo.




# 22% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 19%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

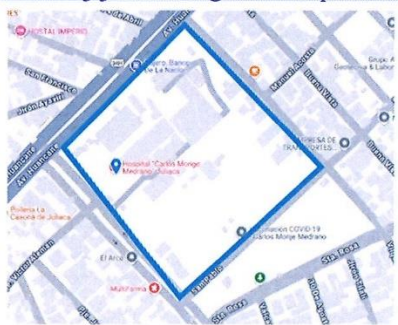
Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## Metadatos Complementarios



<b>CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024</b>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	JEAN PIERRE JULIO SALAS CARRERA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	73298609
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0002-0419-6840">https://orcid.org/0009-0002-0419-6840</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02401506
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-4252-5265">https://orcid.org/0000-0002-4252-5265</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767



<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	MEDICINA HUMANA - P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p><b>País:</b> Perú <b>Departamento:</b> Puno <b>Provincia:</b> San Román <b>Distrito:</b> Juliaca <b>Edificio:</b> HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA Av. Huancané <b>Coordenadas</b> <b>Latitud:</b> 15° 48' 16" <b>Longitud.</b> 70° 12' 01" <b>URL Maps</b> <a href="https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1SdiaiS14IEIEo5bhHjtjXhfnnt0g5R8&amp;usp=sharing">https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1SdiaiS14IEIEo5bhHjtjXhfnnt0g5R8&amp;usp=sharing</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Abril 2025 – octubre 2025
URL de disciplinas OCDE <a href="https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html">https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html</a>	<p><b>Ciencias médicas, Ciencias de la salud</b> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00</a></p> <p><b>Obstetricia, Ginecología</b> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</a></p>



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CERÓN CASTELLANOS  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. María Concepción Figueroa Vilca  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



### DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo JEAN PIERRE JULIO SALAS CARRERA, identificado con DNI

Nro. 73298609 en mi condición de egresado de:

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

MEDICINA HUMANA

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

CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE  
CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE  
MEDRANO JULIACA 2024

Asesorado por: Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

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 21 de OCTUBRE del 2025

Firma del Asesor  
(obligatoria)

Firma del Estudiante  
(obligatoria)



Huella

## **DEDICATORIA**

A mi madre, Ana, por ser sostén infatigable en cada etapa de este recorrido, por su amor sereno, su entrega incondicional y su fortaleza inquebrantable. Su ejemplo de integridad, constancia y generosidad ha sido el fundamento invisible sobre el que se erige esta obra. Gracias por acompañarme con silencio elocuente, mirada atenta y fe inalterable, incluso cuando el camino se tornaba incierto.

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi sincero agradecimiento a la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, por la formación rigurosa que cimentó mi desarrollo académico y profesional. Agradezco al HCMM por las facilidades brindadas para el acceso a información esencial para esta investigación. Reconozco con gratitud la guía de mis docentes, en especial la de mi asesora de tesis, por su acompañamiento esclarecedor y constante. A mi familia, por su apoyo incondicional, su paciencia resiliente y su afecto inquebrantable, pilares insustituibles en la culminación de esta etapa.

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS .....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS .....	x
RESUMEN .....	xii
ABSTRACT .....	xiii
INTRODUCCIÓN .....	xiv

## CAPITULO I

### ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1. Problema general.....	1
1.1.2. Problemas específicos: .....	1
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....	2
1.2.1. Justificación teórica .....	2
1.2.2. Justificación practica .....	2
1.2.3. Justificación metodológica.....	3
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION .....	4
1.3.1. Objetivo general .....	4
1.3.2. Objetivos específicos .....	4
1.4. HIPÓTESIS.....	4

1.4.1. Hipótesis general.....	4
1.4.2. Hipótesis específicas.....	5
1.5. VARIABLES.....	5
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	6

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	7
2.1.1. A nivel internacional .....	7
2.1.2. A nivel nacional .....	12
2.1.3. A nivel regional.....	16
2.2. MARCO TEÓRICO .....	21
2.3. MARCO CONCEPTUAL .....	26

## **CAPITULO III**

### **PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: .....	27
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN:.....	27
3.3. METODO APLICADO A LA INVESTIGACION: .....	28
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	28
3.4.1. Población.....	28
3.4.2. Muestra .....	28
3.5. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN .....	29
3.5.1. Técnica:.....	29
3.5.2. Instrumento .....	29

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS .....	29
3.7. CONTRASTE DE HIPÓTESIS.....	30
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO .....	30
3.8.1. Validez .....	30
3.8.2. Confiabilidad.....	30

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	31
CONCLUSIONES.....	77
RECOMENDACIONES .....	79
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	81
ANEXOS .....	89
ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	90
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	93
ANEXO 3: INSTRUMENTOS .....	95
ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO .....	97
ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN .....	100

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1.	Relación entre la edad materna y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024.....	32
Tabla 2.	Relación entre la ocupación materna y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	35
Tabla 3.	Relación entre la procedencia y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024.....	38
Tabla 4.	Relación entre el estado civil y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024.....	41
Tabla 5.	Relación entre el grado de instrucción y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	44
Tabla 6.	Relación entre el índice de masa corporal bajo pregestacional y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024.....	47
Tabla 7.	Relación entre el estilo de vida materno y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	50
Tabla 8.	Relación entre los trastornos hipertensivos y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	53

Tabla 9. Relación entre la diabetes materna y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	56
Tabla 10. Relación entre el desprendimiento placentario y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	59
Tabla 11. Relación entre la placenta previa y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	62
Tabla 12. Relación entre la gestación múltiple y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	65
Tabla 13. Relación entre los defectos congénitos y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	68
Tabla 14. Relación entre las anomalías cromosómicas y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	71
Tabla 15. Frecuencia del tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	74

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Relación entre la edad materna y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	33
Figura 2.	Relación entre la ocupación materna y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	36
Figura 3.	Relación entre la procedencia y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024.....	39
Figura 4.	Relación entre el estado civil y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024.....	42
Figura 5.	Relación entre el grado de instrucción y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	45
Figura 6.	Relación entre el índice de masa corporal bajo pregestacional y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024.....	48
Figura 7.	Relación entre el estilo de vida materno y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	51
Figura 8.	Relación entre los trastornos hipertensivos y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	54

Figura 9. Relación entre la diabetes materna y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	57
Figura 10. Relación entre el desprendimiento placentario y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	60
Figura 11. Relación entre la placenta previa y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	63
Figura 12. Relación entre la gestación múltiple y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	66
Figura 13. Relación entre los defectos congénitos y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	69
Figura 14. Relación entre las anomalías cromosómicas y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	72
Figura 15. Frecuencia del tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. ....	75

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las características de riesgo obstétrico más asociadas al retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) en gestantes atendidas en el HCMM de la ciudad de Juliaca, en el año 2024. **Metodología:** Estudio descriptivo, de diseño no experimental, de corte transversal, con enfoque cuantitativo, realizado bajo un método hipotético-deductivo. Se trabajó con una muestra censal de 60 gestantes con diagnóstico de retardo de crecimiento intrauterino. **Resultados:** Se encontró asociación estadísticamente significativa entre retardo de crecimiento intrauterino y las siguientes variables: bajo índice de masa corporal pregestacional (35,0%,  $p = 0.004$ ), estilos de vida nocivos como consumo de alcohol y coca (30,0%,  $p = 0.009$ ), trastornos hipertensivos como preeclampsia y eclampsia (25,0%,  $p = 0.039$ ), desprendimiento placentario (26,7%,  $p = 0.039$ ), gestación múltiple (30,0%,  $p = 0.003$ ) y presencia de defectos congénitos (11,7%,  $p = 0.023$ ). El tipo de retardo de crecimiento intrauterino más frecuente fue el tipo II (asimétrico), con una prevalencia del 66,7%. **Conclusión:** Las características de riesgo obstétrico maternas, placentarias y fetales mostraron correlación estadísticamente significativa con el tipo de retardo de crecimiento intrauterino, siendo predominantes los factores adquiridos en el tercer trimestre.

**Palabras clave:** Riesgo obstétrico, retardo de crecimiento intrauterino, gestantes, tipo simétrico, tipo asimétrico.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the obstetric risk characteristics most associated with intrauterine growth restriction (IUGR) in pregnant women treated at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca, 2024. **Methodology:** A descriptive, non-experimental, cross-sectional study with a quantitative approach using a hypothetical-deductive method. A census sample of 60 pregnant women diagnosed with intrauterine growth restriction was used. **Results:** A statistically significant association was found between intrauterine growth restriction and the following variables: low pre-pregnancy body mass index (35.0%,  $p = 0.004$ ), unhealthy lifestyle habits such as alcohol and coca use (30.0%,  $p = 0.009$ ), hypertensive disorders including preeclampsia and eclampsia (25.0%,  $p = 0.039$ ), placental abruption (26.7%,  $p = 0.039$ ), multiple pregnancy (30.0%,  $p = 0.003$ ), and congenital defects (11.7%,  $p = 0.023$ ). The most frequent type of intrauterine growth restriction was type II (asymmetric), with a prevalence of 66.7%. **Conclusion:** Maternal, placental, and fetal obstetric risk characteristics showed a statistically significant correlation with the type of intrauterine growth restriction, predominantly involving conditions acquired during the third trimester.

**Keywords:** Obstetric risk, intrauterine growth restriction, pregnant women, symmetric type, asymmetric type.

## INTRODUCCIÓN

El retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) es una alteración en el desarrollo fetal caracterizada por un crecimiento menor al esperado para la edad gestacional, representando una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal. A nivel mundial, su prevalencia oscila entre el 3,7% y el 22,4% de los embarazos. En el Perú, el problema es aún más evidente, afectando hasta al 25% de las gestaciones, principalmente por factores maternos, fetales, placentarios y condiciones socioambientales.

En ciudades como Juliaca, las condiciones de altura, el acceso limitado a servicios de salud y los estilos de vida no saludables aumentan el riesgo de presentar esta patología. El RCIU no solo implica complicaciones neonatales como hipoglucemia o infecciones, sino también secuelas a largo plazo como enfermedades cardiovasculares o trastornos neurológicos. Por tanto, identificar los factores de riesgo obstétrico asociados es clave para implementar acciones preventivas eficaces en el contexto local.

Esta investigación analizó los factores de riesgo obstétricos que acompañan a un RCIU en mujeres embarazadas atendidas en el HCMM en 2024. El equipo adoptó un enfoque cuantitativo. Examinaron los historiales médicos en un estudio transversal.

Así se desglosa la tesis. El CAPÍTULO I aborda el problema, enumera los objetivos y explica las preguntas y variables. El CAPÍTULO II explora las ideas y el contexto. El CAPÍTULO III explica cómo funciona el estudio (quiénes participan, qué métodos y herramientas se utilizan). El CAPÍTULO IV comparte los hallazgos, analiza las cifras, ofrece conclusiones y consejos.

## **CAPITULO I**

### **ASPECTOS GENERALES**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **1.1.1. Problema general**

**PG.-** ¿Cuáles son las características de riesgo obstétrico asociadas a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca 2024?

##### **1.1.2. Problemas específicos:**

**PE1.-** ¿Cuáles son las características de riesgo obstétrico materno más asociadas a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca?

**PE2.-** ¿Cuáles son las características de riesgo obstétrico placentario más asociadas a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca?

**PE3.-** ¿Cuáles son las características de riesgo obstétrico fetal más asociadas a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca?

**PE4.-** ¿Cuál es el tipo de retardo de crecimiento intrauterino más frecuente que se asocia a gestantes del HCMM Juliaca?

## **1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

### **1.2.1. Justificación teórica**

La presente investigación tiene la finalidad de alcanzar los resultados de este proceso a las autoridades de HCMM, especialmente al Jefe del servicio de Obstetricia; porque creemos que les deben dar más atención a las gestantes en sus controles prenatales y les puedan brindar las orientaciones necesarias para que eviten presentar el retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), comunicarles que puede tener consecuencias graves para el feto, por lo que es importante detectarlo y tratarlo a tiempo. Enseñarles que el (RCIU), puede traer consecuencias a corto plazo como: Mortalidad neonatal, problemas para respirar, infecciones, necesidad de hospitalización prolongada, dificultad para mantener la temperatura corporal, recuento de glóbulos anormal, hipoglucemia, problemas para combatir las infecciones. Consecuencias a largo plazo Enfermedad coronaria, diabetes mellitus, hipertensión arterial, problemas neurológicos, síndrome metabólico. Creemos que es importante que las gestantes conozcan que deben asistir a sus controles prenatales frecuentes, en bien de la madre y el feto.

### **1.2.2. Justificación practica**

La presente investigación con los resultados de este proceso, pretende lograr a través de los profesionales del servicio de obstetricia, del HCMM, preparen a las gestantes para evitar el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) recomendándoles: Evitar el consumo de alcohol, coca y drogas; puesto que Juliaca, es una ciudad altamente comercial y por ende muy apegada a sus tradiciones culturales, donde se celebran las fiestas patronales y de toda índoles como matrimonios, bautizos, cortes de pelo, etc.

Libando alcohol hasta las últimas consecuencias sin distinción de varones o mujeres y muchas veces si considerar que están gestando. El rol de todo profesional de obstetricia recae en estos momentos para sugerir a la gestante: Llevar una dieta sana y equilibrada, solicitar cuidado prenatal regular, controlar cualquier enfermedad crónica, entre otros. Lo importante que consideramos evitar es que las gestantes conozcan que puede influir mucho en futuros embarazos de presentar nuevamente este mismo problema de RCIU, y que pueden tener consecuencias a corto y largo plazo, que asocia a morbilidad – mortalidad neonatal, presentando muchas complicaciones. Conociendo esta realidad es necesario prevenir a lamentar, en bien de la madre como del feto.

### **1.2.3. Justificación metodológica**

Una de las metas que perseguimos con esta investigación, es poder alcanzar nuestras propuestas al Director y al jefe del servicio del HCMM, las sugerencias necesarias para que lo plasmen en las gestantes durante el proceso de controles prenatales, poniéndoles en sus conocimientos lo necesario para que puedan evitar el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), y recomendarles: Evitar el consumo de alcohol, coca y drogas, que deben tener una dieta saludable y sobre todo buscar control prenatal adecuado. También hacer ejercicio, practicar técnicas de relajación, entre otros. Recordarles que el RCIU puede ocurrir en cualquier embarazo. Siempre deben acudir a los profesionales de obstetricia, quienes se encargarán de ayudarles en caso de encontrarles alguna otra complicación durante el embarazo y acudirles oportunamente en bien de la madre y el feto.

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

#### **1.3.1. Objetivo general**

**OG. –** Determinar las características de riesgo obstétrico más asociadas a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca 2024.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

**OE1.-** Identificar las características de riesgo obstétrico materno más asociadas a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca.

**OE2.-** Precisar las características de riesgo obstétrico placentario más asociadas a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca.

**OE3.-** Definir las características de riesgo obstétrico fetal más asociadas a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca.

**OE4.-** Evaluar el tipo de retardo de crecimiento intrauterino más frecuente en gestantes del HCMM Juliaca.

### **1.4. HIPÓTESIS**

#### **1.4.1. Hipótesis general**

**HG. -** Las características maternas, placentarias y fetales, de riesgo obstétrico están asociadas a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca 2024.

### 1.4.2. Hipótesis específicas

**HE1.-** Las características de riesgo obstétrico materno: como la edad, los trastornos hipertensivos se asocian con el retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca.

**HE2.-** Las características de riesgo obstétrico placentario: como placenta previa se asocian a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca.

**HE3.-** Las características de riesgo obstétrico fetal: como defectos congénitos, se asocian a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca.

**HE4.-** El tipo I, de retardo de crecimiento intrauterino, simétrico es el que se encontró con más frecuencia a gestantes del HCMM Juliaca.

### 1.5. VARIABLES

**Variable 1:** Características de riesgo obstétrico.

**Variable 2:** Retardo de crecimiento intrauterino.

## 1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN
1.- Características de riesgo obstétrico.	1.1 Materno	1.1.1 Edad	a.- < de 18 años b.- de 18 a 34 años c.- > de 34 años	Ordinal
		1.1.2 Ocupación	a.- Ama de casa b.- Estudiante c.- Comerciante d.- Independiente	
		1.1.3 Procedencia	a.- Rural b.- Urbana	
		1.1.4 Estado civil	a.- Soltera b.- Casada c.- Viuda d.- Divorciada	Nominal
		1.1.5 Grado de instrucción	a.- Primaria b.- Secundaria c.- Superior	
		1.1.6 Índice de masa corporal bajo pre gestacional	a.- Si b.- No	
		1.1.7 Estilos de vida	a.- Alcohol b.- Coca c.- Niega	
		1.1.8 Trastornos hipertensivos	a.- Pre eclampsia b.- Eclampsia c.- Ninguno	
		1.1.9 Diabetes	a.- Tipo 1 b.- Tipo 2 c.- Diabetes gestacional d.- Ninguno	
	1.2 Placentario	1.2.1 Desprendimiento placentario	a.- Si b.- No	
		1.2.2 Placenta previa	a.- Si b.- No	
	1.3 Fetal	1.3.1 Gestación múltiple	a.- Si b.- No	
		1.3.2 Defectos congénitos	a.- Si b.- No	
		1.3.3 Anomalías cromosómicas	a.- Si b.- No	
2. Retardo de crecimiento intrauterino.	2.1 Tipo de RCIU	2.1.1 Clasificación ecográfica	a.- Simétrico b.- Asimétrico	

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **2.1.1. A nivel internacional**

**Mijares.** (4), Una mirada detallada y actualizada a qué causa, cómo detectar y cómo comprobar con una ecografía Doppler y cómo manejar la restricción del crecimiento intrauterino en Cuba, 2021. La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), puede aparecer debido a problemas con la madre, el feto o la placenta. La RCIU conlleva altos índices de complicaciones tanto para la madre como para el bebé. Un diagnóstico preciso es fundamental, ya que permite a los médicos realizar un mejor seguimiento y tratamiento, con la esperanza de reducir los riesgos. El objetivo de este artículo es explorar la información más reciente sobre por qué se produce la RCIU, cómo detectarla, el uso de la ecografía Doppler para el seguimiento y la mejor manera de manejarla. Método: Investigué estudios escritos en inglés y español, principalmente en PubMed/MEDLINE, Ovid y MDconsult. Busqué información sobre restricción del crecimiento intrauterino, fetos pequeños para la edad gestacional y ecografía Doppler de circulación fetal. También busqué estadísticas relacionadas con el RCIU. Reuní 61 artículos. Tomé lo

que encontré, lo clasifiqué y lo utilicé para respaldar esta reseña. Aquí les presento los resultados: compartí reseñas de estudios y artículos que ayudan a analizar a pacientes con RCIU. Incluí artículos que exploran el diagnóstico, cómo se controla la circulación fetal, el seguimiento y las maneras de manejar el RCIU en la práctica. Conclusión: La restricción del crecimiento intrauterino pone a los bebés en riesgo de sufrir problemas graves e incluso la muerte. Detectar estos casos a tiempo y luego controlarlos con la ecografía Doppler reduce los resultados adversos. Puede prevenir problemas ahora y también más adelante.

**Castañeda.** (5), Retardo del crecimiento intrauterino y sus consecuencias en el feto en madres de Barcelona España 2022. El retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) se presenta en aproximadamente el 11% de los nacimientos. Esto ocurre cuando existen problemas que impiden el crecimiento fetal normal. El objetivo fue analizar cómo afecta el RCIU a los bebés nacidos de madres residentes en Barcelona, España, en 2022. Determinar la frecuencia con la que nacen recién nacidos pequeños (PEG), bebés con un peso normal para su edad (AEG) y bebés de mayor tamaño (GGB) es un asunto importante en España. Método: Todos los bebés nacidos vivos o muertos en 2022 que aparecieron en la base de datos de RCIU del ECLAMC (desde 2022 en adelante) fueron examinados. Los bebés nacidos con problemas como hidrocefalia, anencefalia o hidropesía no se contabilizaron. Estos casos dificultan determinar si el bebé encaja en PEG, AEG o GEG. Esto es lo que apareció: el 15% de los nacimientos durante el estiramiento fueron PEG. Para los nacidos vivos, el 17% terminó en un PEG. Pero si observamos los mortinatos, un gran salto, el 39% fueron PEG

( $p < 0,05$ ). Las malformaciones aparecieron en el 19% de los PEG, el 9% de los AEG y el 17% de los GEG ( $p < 0,05$ ). La tasa total de malformaciones fue del 13%. Dividido por grupos, NV tuvo un 18% y los mortinatos alcanzaron un fuerte 45%. Conclusión: El RCIU parece aumentar el riesgo de muerte fetal tardía y de presentar malformaciones congénitas.

**Calderón.** (6), Factor clave de diagnóstico oportuno del retardo del crecimiento intrauterino en gestantes del Hospital Nacional de Oruro, 2022. La restricción del crecimiento intrauterino juega un papel importante en el inicio de enfermedades crónicas en niños y adolescentes. El objetivo: Descubrir cómo la restricción del crecimiento intrauterino se relaciona con ciertas enfermedades crónicas en la infancia. Qué hicimos, revisamos artículos de investigación y capítulos de libros de los últimos cinco años en PubMed, SciELO, LILACS y Google Académico. Buscamos información sobre retraso del crecimiento fetal, factores de riesgo cardiometabólico y estrategias de atención para enfermedades infantiles comunes. Descartamos cualquier artículo que no encajara o que simplemente tuviera métodos imprecisos. Durante la revisión, explicamos qué significan realmente "pequeño para la edad gestacional" y "restricción del crecimiento intrauterino". Los resultados, compartimos las formas más recientes en que los investigadores clasifican estas afecciones, explicamos qué enfermedades suelen aparecer en estos niños y explicamos (al menos en parte) cómo sucede todo. Es un poco complicado. Conclusiones: Los niños con antecedentes de restricción del crecimiento intrauterino suelen tener problemas de peso y estatura. Además, presentan problemas de neurodesarrollo, síndrome metabólico, enfermedades cardíacas, problemas

hormonales, problemas hepáticos y respiratorios, enfermedades del sistema inmunitario y renales. La audición y la visión no siempre se salvan. La mayoría de estos problemas se manifiestan a temprana edad, incluso en la infancia o la adolescencia.

**Morales.** (7), Factores de riesgos fetales en la restricción del crecimiento intrauterino en gestantes de Hospital Vicente Corral de Cuenca-Ecuador, desde enero del 2020 hasta enero del 2022. La restricción del crecimiento intrauterino (RCI) frena el crecimiento fetal. Es un problema bastante común en obstetricia. El objetivo principal fue determinar qué factores fetales conducen a la restricción del crecimiento intrauterino en embarazadas del Hospital Vicente Corral de Cuenca, Ecuador. Realizaron un estudio comparativo, con un seguimiento de los embarazos desde enero de 2020 hasta enero de 2022. Se seleccionaron 200 mujeres y se les realizaron estudios. La mayoría de las pacientes con restricción del crecimiento fetal (70%) tenían entre 14 y 35 años. El 65% no había tenido hijos. Muchas madres comenzaron con bajo peso (49%) y luego aumentaron poco durante el embarazo (85%). La ecografía mostró que todos los casos tenían un abdomen irregular y bajo peso fetal. En resumen, la ecografía fue la herramienta diagnóstica clave para detectar la restricción del crecimiento intrauterino.

**Cardoza.** (8), Panorama clínico y epidemiológico de la restricción del crecimiento intrauterino en pacientes tratadas en el Hospital General Docente Capitán Roberto Rodríguez Fernández (Morón), enero de 2019 - diciembre de 2021. La restricción del crecimiento intrauterino limita el

crecimiento fetal. Esta condición se observa con frecuencia en países en desarrollo. El objetivo es analizar cómo se manifiesta clínica y epidemiológicamente en pacientes de este hospital durante esos años. El equipo realizó un estudio descriptivo transversal. El tamaño de la muestra fue de 80 pacientes con diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino. Las variables que revisaron incluyeron: tipo de retraso del crecimiento cuando comenzó, paridad por edad, cómo ocurrió el parto, peso del recién nacido, semanas de embarazo, factores de riesgo, enfermedades relacionadas con el embarazo y otras enfermedades vinculadas al embarazo, municipio y puntaje de Apgar. Los investigadores mantuvieron las reglas éticas en mente en todo momento. Resultados: El retraso del crecimiento intrauterino de inicio tardío se presentó en el 70% de los casos. El tipo I se presentó en el 79% de estos. Las mujeres tenían entre 15 y 25 años en el 32% del grupo. Más de la mitad tuvo su primer embarazo, el 58% fueron nulíparas. Los partos normales constituyeron el 54%. La mayoría de los bebés pesaron más de 2001 g (72%). Al menos el 73% nació a las 38 semanas o más. El tabaquismo apareció con mayor frecuencia en los registros médicos (61%). La hipertensión crónica se presentó en el 27%, la hipertensión gestacional en el 25%. Casi la mitad de las mujeres provenían de Morón (43%). Casi todos los recién nacidos obtuvieron una puntuación normal en el Apgar al minuto (91%). La mayoría de los bebés nacieron tarde, pero sus puntuaciones de Apgar fueron buenas. El tabaquismo y la hipertensión (independientemente del tipo) se destacaron como los principales factores de riesgo. Casi todos los partos transcurrieron con normalidad.

### 2.1.2. A nivel nacional

**Gonzáles.** (9), Retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) y sus efectos en el feto, estudio de casos y controles, Hospital Belén de Trujillo 2022. El objetivo fue determinar el retraso del crecimiento intrauterino y sus efectos en el feto, mediante un estudio de casos y controles en el Hospital Belén de Trujillo durante el año 2022. Escogieron 150 recién nacidos vivos con retraso de crecimiento como muestra, para comprender mejor el fenómeno (100). Los números no mostraron grandes cambios en cosas como la edad de la madre, cuántas veces vio a un médico antes del parto, su peso antes de quedar embarazada, su altura, IMC, aumento de peso durante el embarazo o sus niveles de hemoglobina. Algunos problemas relacionados con el mal crecimiento de los bebés ( $p < 0,05$ ) se destacaron. Gemelos o más, preeclampsia, insuficiencia uteroplacentaria, bebés que llegan demasiado temprano y sífilis aparecieron con mayor frecuencia. La forma en que la madre dio a luz fue prácticamente la misma en ambos grupos. Los bebés tuvieron puntuaciones de Apgar más bajas al minuto 1 y a los 5 minutos, pero ninguno sufrió asfixia. Entonces, cuando se trata de desaceleración del crecimiento fetal, generalmente verá el embarazo múltiple, la preeclampsia, la insuficiencia uteroplacentaria, el parto prematuro y la sífilis.

**Amacuro.** (10), Diagnóstico de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del Hospital de Ate, 2023. Objetivo: Analizar la frecuencia de los diferentes grupos de IMC-PG y GPG según el diagnóstico. Luego, determinar cómo cada grupo, por sí solo o en conjunto, aumenta el riesgo de que los bebés nazcan con menos de 3000 gramos, con retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) o con macrosomía de 4000 gramos o más en un grupo

de madres y recién nacidos del Hospital de Ate en 2023. Aún se desconoce cómo la combinación de IMC-PG y GPG afecta los pesos al nacer muy bajos o muy altos (<3000 g y 4000 g o más) en madres y bebés del Hospital Mariano Melgar de Arequipa en 2019. Objetivos: Se intentó determinar la frecuencia de los diferentes grupos de IMC-PG y GPG, junto con los riesgos, tanto separados como combinados, de peso al nacer menor de 3000 g o casos de restricción del crecimiento intrauterino, y de peso al nacer igual o superior a 4000 g (macrosomía) en madres y bebés del Hospital de Ate, 2023. Métodos. Este estudio de cohorte realizó un seguimiento de 23.832 mujeres embarazadas y recopiló datos a lo largo del tiempo. La nutrición pregestacional se clasificó por IMC-PG, utilizando la guía del Hospital de Ate. El GPG se dividió según los criterios utilizados en obstetricia y neonatología. Se analizaron los riesgos asociados a cada uno de los grupos de IMC-PG y GPG, solos y en conjunto, para RCIU y macrosomía mediante el riesgo relativo (RR). Resultados: Los RR de RCIU y macrosomía mostraron una fuerte relación con el IMC-PG y la GPG. Las mujeres con un IMC-PG más bajo presentaron una mayor probabilidad de RCIU. Por otro lado, aquellas con un IMC-PG alto (sobrepeso u obesidad) presentaron un mayor riesgo de macrosomía. Estos vínculos entre el IMC-PG y la GPG también se mantuvieron al analizar su impacto combinado. Por lo tanto, existen efectos tanto individuales como combinados de estos factores maternos en los resultados del parto. Parece que estos resultados (utilizando los grupos de IMC-PG de este estudio) deben compararse con otros grupos. Es importante verificar estos vínculos con mayor detalle para una mejor comprensión.

**Flores.** (11), Factores maternos biológicos asociadas a RCIU en hijos de adolescentes nacidos en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2023. El RCIU es el segundo problema más común en recién nacidos. El objetivo es determinar qué factores biológicos de las madres jóvenes se relacionan con el RCIU en bebés nacidos de madres adolescentes en el Hospital Goyeneche de Arequipa en 2023. Se utilizó un estudio de casos y controles. Se analizaron todos los recién nacidos de madres adolescentes que dieron a luz en el Hospital Goyeneche durante 2023. Muestra: Se estudiaron 200 recién nacidos con RCIU que posteriormente se convirtieron en adolescentes, comparados con 180 recién nacidos sin RCIU. Los principales hallazgos, como los factores biológicos maternos específicos vinculados al RCIU (del análisis binario), incluyen la amenaza de parto prematuro (OR 7,35; IC del 95 %: 3,50-7,57;  $p = 0,000$ ), la ruptura prematura de membranas (OR 3,76; IC del 95 %: 2,37-3,77;  $p = 0,001$ ) y la hipertensión arterial durante el embarazo (OR 3,64; IC del 95 %: 2,46-4,77;  $p = 0,001$ ). También se examinaron los controles prenatales. De esta manera, se identificaron los factores biológicos maternos vinculados al RCIU en los niños adolescentes nacidos en el Hospital Goyeneche de Arequipa.

**Aragón.** (12), Frecuencia de retardo de crecimiento intrauterino según curva de crecimiento fetal y sus resultados perinatales en hospitales del sur del Perú, 2022. Objetivo: Se intentó determinar la frecuencia con la que se produce el retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) mediante el uso de la curva de crecimiento fetal peruana y la revisión de los resultados perinatales de los bebés nacidos en hospitales del sur de Perú. Se examinaron 8900 recién nacidos con RCIU nacidos en 2022 en 30 hospitales del sur. Se

analizaron los bebés con RCIU y se compararon con aquellos de su misma edad gestacional. Se utilizó un odds ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95% para medir las diferencias. Pensé que sería diferente, pero los resultados me sorprendieron. Resultados: El retraso del crecimiento intrauterino intrahospitalario se presentó en el 11% de los casos. Las cifras oscilaron entre el 4% en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna y el 24% en el Hospital de Apoyo de Huancavelica. Por regiones, Lima Metropolitana presentó el 8%, otras zonas costeras el 10%, selva el 12% y sierra el 15%. Los bebés presentaron mayor riesgo de hipoglucemia (OR=4,31), policitemia (OR=3,32), hipocalcemia (OR=3,18), sepsis (OR=2,96), síndrome de aspiración (OR=1,99), depresión al minuto (OR=2,0) y a los cinco minutos (OR=2,88), mayor morbilidad (OR=2,07) y mayor mortalidad (OR=3,47). Por lo tanto, el retraso del crecimiento intrauterino intrahospitalario en Perú se ajusta a la tasa promedio de Latinoamérica y se vincula con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad.

**Barreda.** (13), Factores de riesgo de retardo del crecimiento intrauterino en gestantes del Hospital Honorio Delgado Espinoza, 2023. Objetivo: En 2018, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Comas, se intentó determinar la causa del retraso del crecimiento intrauterino en una embarazada. Qué hicieron, realizaron un estudio retrospectivo cuantitativo de casos y controles. Ese año, el hospital atendió a 2000 madres que dieron a luz en el Servicio de Ginecología y Obstetricia. Para el estudio, seleccionaron a 100 púerperas, divididas en 35 casos y 35 controles. Resultados: El estado civil soltero se destacó como factor de riesgo entre los factores sociodemográficos (OR = 3,83; IC = 2,23-11,81). En cuanto a los factores

biológicos, ningún factor de riesgo se identificó como relevante. Multiparidad, un riesgo importante (OR = 15,00; IC = 3,015-74,57) en el ámbito obstétrico. El análisis de los factores médicos, la preeclampsia grave, reveló claramente que representaba un riesgo (OR = 22,13; IC = 1,43-112,61). Los factores fetales no mostraron ningún riesgo. Por lo tanto, en el caso del RCIU, la multiparidad se identificó como el principal factor problemático, seguida de la preeclampsia grave y, posteriormente, el estado civil soltero.

### 2.1.3. A nivel regional

**Pacori.** (14), Curva peruana de peso al nacer para la edad gestacional (CR-PNEG) según las directrices de la OMS. Analiza cómo esta gráfica afecta la detección de bebés de alto riesgo en comparación con las curvas de Lubchenco en tres hospitales del Ministerio de Salud en Puno en 2022. El peso al nacer vinculado a la edad gestacional puede ayudar a predecir la salud del recién nacido. Los médicos utilizan estas cifras para orientar la atención. La OMS sugiere utilizar patrones de crecimiento fetal en los centros perinatales, ya que surgen diferencias según el lugar de residencia de las familias y la vida cotidiana. El objetivo principal es construir una curva de referencia peruana para el peso al nacer y la edad gestacional (CR-PNEG), utilizando los criterios de la OMS. Otro plan es observar cómo esta curva modifica qué bebés se clasifican como de alto riesgo en comparación con las curvas de Lubchenco. ¿Qué hicimos? Se inscribió a todos los recién nacidos vivos monitoreados en 2022 en tres hospitales del Ministerio de Salud en Puno. Resultados. De 1000 nacimientos, seleccionaron a 300 recién nacidos. La mayoría de los bebés pesaron entre 3001 y 3296 gramos. El extremo más ligero, el percentil 10, fue de 2477 gramos a las 37 semanas

y de 3032 gramos a las 42 semanas. Estas cifras superan con creces las estadísticas de Lubchenco. Las madres que ya habían tenido hijos antes eran altas, tuvieron varones o dieron a luz en la costa, por lo general, tuvieron bebés más pesados ( $p < 0,001$ ), especialmente entre las semanas 36 y 42. CR-PNEG Puneñas encontró que el 15 % de los bebés se consideraron pequeños para la edad gestacional (PEG); Lubchenco solo marcó el 7 % ( $p < 0,01$ ). Los PEG adicionales que CR-PNEG detectó tuvieron más problemas de salud (OR: 1,47;  $p < 0,05$ ) y tasas de mortalidad más altas (OR: 15,6;  $p < 0,11$ ) que los bebés con peso normal. ¿Cuál es la conclusión? Desarrollaron la CR-PNEG a partir de bebés en Puno, considerando los partos previos de la madre, la altura, el sexo del bebé y su lugar de residencia (sierra o costa).

**Quisocala.** (15), Factores de riesgo que intervienen en el retardo del crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM de la ciudad de Juliaca, 2022. Objetivo: El estudio buscó factores que pudieran provocar retraso del crecimiento intrauterino en embarazadas en el Hospital HCMM de Juliaca en 2022. Este fue un estudio transversal práctico (bastante estándar en medicina) que utilizó los números como herramienta principal. ¿Quiénes participaron en el estudio? Cada mujer embarazada que acudió con diagnóstico de retraso del crecimiento intrauterino y recibió tratamiento en el hospital. Trabajaron con 80 mujeres después del parto. Todas completaron un formulario de 30 preguntas. El equipo calculó los números con Chi2 para obtener estadísticas básicas, y pareció bastante sencillo. A veces, solo hay que tratar con los números directamente, sin mucho alboroto. Los resultados del estudio ayudaron a comprender mejor el problema y también brindaron

algunas pistas sobre los factores de riesgo. Resultados: La mitad de las mujeres embarazadas tenían entre 14 y 28 años. Aproximadamente el 40% tuvo su primer hijo. La mayoría acudió a entre 2 y 6 controles prenatales. El 70% aumentó de peso entre 8 y 12 kg, aunque algunas superaron los 12 kg. El IMC (división del 40%) se mantuvo dentro de rangos normales u obesos. Más de la mitad (58%) desarrolló hábitos como la cocaína, el alcohol u otras drogas (una cifra considerable). En cuanto a la edad gestacional, el 70% dio a luz entre las 37 y 40 semanas. El 20% tuvo gemelos. El 60% pesó menos de 2500 gramos. El 14% presentó trisomía 21. Y el 83% presentó retraso del crecimiento intrauterino simétrico. En cuanto al riesgo, la edad más joven (14 a 28 años), los malos hábitos (cocaína, alcohol, drogas: alrededor del 50%), la gemelaridad (20%) y la aneuploidía (trisomía 21: 14%) se relacionan estrechamente con los problemas de crecimiento intrauterino en las mujeres del HCMM. El problema de crecimiento más común es el retraso del crecimiento intrauterino simétrico, que representa el 83%.

**Condori.** (16), Factores asociados al retraso de crecimiento intrauterino ocurridos en el Hospital ESSALUD, Juliaca, 2023. El RCIU causa problemas de salud en los bebés antes y después del parto. Algunos factores pueden provocar un RCIU, pero se pueden detectar y controlar para reducir las probabilidades de que esto ocurra en los recién nacidos. El objetivo es descubrir qué factores se relacionan con el retraso del crecimiento intrauterino en el Hospital ESSALUD Juliaca, 2023. Metodología: Los investigadores analizaron a 70 madres cuyos bebés presentaron RCIU y las compararon con 35 madres cuyos bebés no presentaron RCIU. Revisaron los historiales clínicos y de nacimiento, extrayendo detalles como la edad, la

educación, el lugar de residencia de las madres y sus embarazos anteriores. Luego, relacionaron estos factores con los casos de RCIU mediante la prueba de chi-cuadrado. Las madres más jóvenes (menores de 14 años) y las mayores (mayores de 34) tuvieron bebés con RCIU con mayor frecuencia ( $p = 0,107$ ). El estado civil no pareció ser muy importante. Solteras, casadas o en convivencia, las tasas fueron aproximadamente iguales ( $p = 0,815$ ). Las madres de zonas rurales presentaron RCIU en el 53 % de los casos, mientras que en la ciudad la cifra se redujo al 30 % y en las afueras fue del 33 % ( $p = 0,179$ ). La escolaridad básica también influyó. El 43,8% de las madres con solo educación primaria se presentaron en el grupo con RCIU, una cifra superior a la de las madres con educación secundaria (30,3%) o formación técnica/superior (35%) ( $p = 0,351$ ). Las madres con antecedentes de prematuros parecían tener un riesgo especial. El RCIU se presentó en el 67% de las madres con antecedentes de prematuridad, pero solo en el 30,9% de las que no lo tenían ( $p = 0,011$ ). Una madre con un bebé con RCIU previo tuvo una probabilidad aún mayor, ya que el 80% reapareció ( $p = 0,027$ ). Los bebés nacidos antes de las 37 semanas presentaron RCIU en el 60% de los casos ( $p = 0,021$ ). Las madres primerizas (nulíparas, 57%) y las madres con muchos hijos (multíparas natas, 55%) presentaron tasas más altas de RCIU ( $p = 0,031$ ). No asistir a suficientes controles prenatales se asoció con un mayor RCIU (46%) ( $p = 0,038$ ). Los problemas de salud durante el embarazo empeoraron la situación. La anemia (44%), la hipertensión gestacional (62%) y la preeclampsia (71,4%) implicaron un riesgo mucho mayor ( $p < 0,05$ ). En resumen: el RCIU se relaciona más estrechamente con el antecedente de parto prematuro de la madre, RCIU

previo, ser madre primeriza o múltiple, anemia, hipertensión gestacional y preeclampsia.

**Marín.** (17), El RCIU es el segundo problema neonatal más común. El objetivo es determinar qué factores biológicos de las madres se relacionan con un RCIU en los hijos de madres adolescentes nacidos en el HCMM en 2021. Los materiales y métodos se basan en un estudio de casos y controles. ¿El universo? Todos los recién nacidos de madres adolescentes del HCMM en 2021. La muestra no fue aleatoria. Los casos provinieron de 90 recién nacidos con RCIU de madres adolescentes. Resultados. La amenaza de un parto prematuro se relaciona fuertemente con el RCIU (OR: 4,39; IC del 97 %: 2,52-7,58;  $p = 0,001$ ). La rotura prematura de aguas es otro riesgo importante (OR: 2,79; IC del 96 %: 1,38-3,79;  $p = 0,001$ ). La hipertensión arterial durante el embarazo también se presenta (OR: 2,68; IC del 96 %: 1,47-4,79;  $p = 0,001$ ). Las visitas prenatales regulares son importantes, por lo que estos factores biológicos maternos se presentan con frecuencia en los niños adolescentes con RCIU en el HCMM en 2020.

**Carcagusto.** (18), Características de las embarazadas con restricción del crecimiento intrauterino en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HCMM, 2022. Los bebés con restricción del crecimiento intrauterino no crecen tanto como deberían para su edad. El riesgo de morir al nacer aumenta considerablemente, de 7 a 12 veces. Cada año, más de 21 millones de bebés nacen con un peso inferior a 2500 gramos. Casi todos estos nacimientos ocurren en los países más pobres. Esto vincula el problema estrechamente con la pobreza. En América Latina, entre el 12 % y el 18 % de los recién nacidos enfrentan este problema, lo que representa una gran

preocupación para la salud de la comunidad. Objetivo: analizaron a mujeres embarazadas con restricción del crecimiento intrauterino que acudieron al Departamento de Ginecología y Obstetricia del HCMM en 2022. Básicamente, realizaron un estudio observacional transversal. Incluyeron a todas las mujeres embarazadas con restricción del crecimiento intrauterino que acudieron al HCMM durante ese tiempo. ¿Qué encontraron? Examinaron a 70 mujeres con signos de restricción del crecimiento intrauterino. Las edades de estas mujeres oscilaban entre los 14 y los 45 años. Fue interesante ver una gama tan amplia. La mayoría rondaba los 30 años. Realizados en un centro de referencia nacional de primer nivel, sobre las mujeres embarazadas que lidian con la restricción del crecimiento intrauterino.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1. Características de riesgo obstétrico**

Los rasgos de riesgo obstétrico son factores médicos o sociales en una mujer embarazada que pueden provocar un mayor riesgo de enfermedad o incluso la muerte. Estos riesgos afectan tanto a la madre como al bebé más que en la población general. (19)

### **2.2.2. Materna**

El retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) es una condición en la que el feto no crece como se espera durante el embarazo. Las madres no suelen presentar síntomas, pero la altura uterina puede ser menor de lo esperado; pero influyen en el (RCIU), la edad de la madre, la ocupación, la procedencia, el estado civil, la instrucción, el índice de masa corporal bajo pre gestacional, los estilos de vida, trastornos hipertensivos y la diabetes. (20)

**2.2.2.1. Edad**

La edad de la madre puede influir en el retraso del crecimiento intrauterino (RCIU). La edad materna adolescente y avanzada. (21)

**2.2.2.2. Ocupación**

El tipo de ocupación influye en el riesgo de retraso del crecimiento intrauterino por factores como esfuerzo físico, estrés y exposición a sustancias. Cada perfil laboral requiere un enfoque prenatal adaptado. (22)

**2.2.2.3. Procedencia**

La procedencia de la gestante (urbana o rural) influye en el riesgo de retraso del crecimiento intrauterino por desigualdades en acceso a salud, nutrición, condiciones ambientales y nivel socioeconómico. (23)

**2.2.2.4. Estado civil**

La estabilidad emocional de la pareja, es un factor clave para favorecer el embarazo, la falta de esta, pueden influir en el retraso del crecimiento intrauterino (RCIU). (24)

**2.2.2.5. Grado de instrucción**

A mayor preparación de la gestante, mayores beneficios tendrá el embarazo; ya que los cuidados que tomará la embarazada se realizarán con mucho interés, así como alimentarse bien, asistir a sus controles prenatales, etc. (25)

**2.2.2.6. Índice de masa corporal bajo pre gestación**

Un índice de masa corporal bajo antes del embarazo se considera menor a 18.5. Este factor puede afectar la salud de la madre y del feto. (26)

#### **2.2.2.7. Estilos de vida**

Mantenerse saludable durante el embarazo significa comer bien, hacer ejercicio, dormir lo suficiente y evitar el alcohol, las drogas y los cigarrillos. (27)

#### **2.2.2.8. Trastornos hipertensivos**

Los trastornos hipertensivos son alteraciones que causan un aumento de la presión arterial. Pueden ser hipertensión arterial o trastornos hipertensivos del embarazo. (28)

#### **2.2.2.9. Diabetes**

La diabetes puede afectar el embarazo de la madre y el bebé. Su mal control puede afectar la función placentaria y favorecer complicaciones como el retardo del crecimiento intrauterino. (29)

#### **2.2.3. Desprendimiento Placentario**

Los problemas placentarios pueden ser bastante graves y poner en riesgo la salud del bebé. Algunos ejemplos son la placenta previa, la insuficiencia placentaria y el desprendimiento de placenta. En el desprendimiento de placenta, la placenta comienza a desprenderse de la pared uterina antes de que el bebé salga. Síntomas Sangrado vaginal, Contracciones uterinas dolorosas, Hipersensibilidad a la palpación uterina, Shock hemorrágico, Coagulación intra vascular diseminada. (30)

##### **a) Placenta previa**

La placenta previa es una complicación del embarazo en la que la placenta crece en la parte inferior del útero y cubre la abertura del cuello uterino. (31)

- **Síntomas**

Sangrado vaginal indoloro, a veces abundante, posterior de las 20 semanas de embarazo, aparecen los signos de un parto prematuro: contracciones regulares, dolor en la espalda baja o el vientre, a veces más como calambres que como un dolor agudo.

- **Diagnóstico**

Se realiza con una ecografía, preferentemente transvaginal. (32)

#### **2.2.4. Fetal**

El retardo de crecimiento intrauterino, se produce cuando el feto no crece como debería durante el embarazo. Esto puede deberse a factores que afectan al feto, como la placenta, el flujo de sangre y la nutrición. (33)

##### **a) Gestación múltiple**

Los embarazos múltiples pueden causar retraso del crecimiento intrauterino (RCIU). Esto se debe a que los fetos tienen menos espacio para desarrollarse en el útero.

##### **b) Defectos congénitos**

Los niños con restricción del crecimiento intrauterino suelen presentar problemas cromosómicos o defectos congénitos (9,10). Las trisomías 13, 18 y 21 son frecuentes en estos casos. Generalmente, significa que el bebé no crece tanto como se esperaba.

##### **c) Anomalías cromosómicas**

Los problemas cromosómicos interfieren con el crecimiento intrauterino (RCIU). Pensemos en el síndrome de Down, el síndrome de Turner, el

síndrome de Patau o el síndrome de Edwards. A veces, también aparecen defectos congénitos, como problemas cardíacos. (34)

### **2.2.5. Retardo de crecimiento intrauterino**

Se refiere al crecimiento deficiente de un bebé mientras está en el útero de su madre durante el embarazo. (35)

#### **Causas**

Hay muchos factores que pueden causar una restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). A veces, la placenta no proporciona suficiente oxígeno ni alimento al feto mientras el bebé crece en el útero:

- Una madre que vive en las montañas
- Embarazada con más de un bebé, como gemelos o trillizos
- Problemas con la placenta
- Lidiando con la preeclampsia o la eclampsia. (36).

### **2.2.6. Tipos**

El retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) se clasifica en simétrico y asimétrico.

#### **a) Tipo I (RCIU simétrico)**

- Afecta el peso, la talla y el perímetro craneal del bebé
- Se produce desde el inicio del embarazo
- Se debe a infecciones o alteraciones cromosómicas

#### **b) Tipo II (RCIU asimétrico)**

- El cerebro y la cabeza del bebé crecen como deberían, pero el cuerpo es bastante pequeño.
- Ocurre hacia el final del embarazo.

- Es causado por afecciones como la preeclampsia y la eclampsia, que aparecen al final del embarazo. (37)

## **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

### **2.3.1. Características**

Describe un rasgo que te distingue de los demás o que te distingue. También puede usarse como sustantivo femenino. (39)

### **2.3.2. Crecimiento intrauterino**

Es el proceso mediante el cual el feto se desarrolla y aumenta de tamaño y peso dentro del útero, en función de su edad gestacional. (40)

### **2.3.3. Gestantes**

Una gestante es una mujer que está embarazada o que está en el proceso de gestación. La gestación es el período de tiempo que va desde la concepción hasta el nacimiento del feto. (41)

### **2.3.4. Obstétrico**

Área de la medicina enfocada en el cuidado de las mujeres durante el embarazo y el parto. También se ocupa de problemas con los órganos reproductivos femeninos. Eso es prácticamente todo. (43)

### **2.3.5. Riesgo**

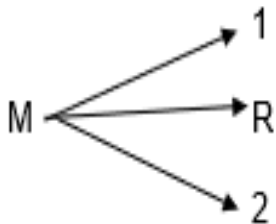
El riesgo en salud es la probabilidad de que una persona o grupo de personas sufran una enfermedad o daño. Se puede definir como la posibilidad de que un evento no deseado afecte la salud. (44)

## CAPITULO III

### PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación no experimental simplemente recopila información sobre algo donde ocurre. No se manipula. Ambas variables buscan lo útil de lo demás. Básicamente, solo describen.



Donde:

**M:** muestra

**1:** Variable 1

**R:** Tipo y grado de relación existente

**2:** Variable 2

#### 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El tipo de investigación es tipo básico de nivel relacional, de corte transversal.

### **3.3. METODO APLICADO A LA INVESTIGACION:**

Hipotético- deductivo con enfoque cuantitativo.

### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.4.1. Población:**

La población elegida está conformada por 60 pacientes, con diagnóstico de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM de Juliaca 2024, para lo cual la fuente fue de historias clínicas del servicio de obstetricia de HCMM de Juliaca 2024.

#### **3.4.2. Muestra:**

El equipo trabajó con todas las 60 embarazadas diagnosticadas con retraso del crecimiento intrauterino del HCMM Juliaca 2024.

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM de Juliaca 2024.

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes sin diagnóstico de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM de Juliaca 2024.

#### **Ámbito de estudio:**

El estudio se desarrolló en el servicio de Obstetricia, del HCMM de la ciudad de Juliaca en el año 2024, una vez aprobada la propuesta, su ejecución se realizó en un plazo en 60 días calendario, culminando con la elaboración del informe final.

### 3.5. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN

#### 3.5.1. Técnica:

Se aplicó la técnica de análisis documental.

**VARIABLE 1:** Características de riesgo obstétrico.

**TÉCNICA 1:** Análisis documental

**VARIABLE 2:** Retardo de crecimiento intrauterino.

**TÉCNICA 2:** Análisis documental

#### 3.5.2. Instrumento

**Variable 1:** Formulario de recogida del instrumento

**Variable 2:** Formulario de recogida del instrumento

### 3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de una ficha de recolección estructurada, elaborada en base a los objetivos, variables y dimensiones establecidas en la matriz de consistencia. Esta ficha fue aplicada a las historias clínicas de las gestantes diagnosticadas con retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) que fueron atendidas en el HCMM de Juliaca durante el año 2024.

Utilizaron la prueba de chi-cuadrado para ordenar y comprender los datos. Para obtener un valor de  $x^2$ , consulten la tabla de chi-cuadrado de independencia y distribución acumulativa con esta información y la fórmula:

$$x^2 \text{ calc.} = \frac{\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k [(O_{ij} - e_{ij})^2]}{e_{ij}}$$

### **3.7. CONTRASTE DE HIPÓTESIS**

Para evaluar las hipótesis planteadas en esta investigación, se aplicó la prueba estadística de chi cuadrado ( $\chi^2$ ), la cual permitió analizar la posible asociación entre las características de riesgo obstétrico (maternas, placentarias y fetales) y el retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) en gestantes atendidas en el HCMM durante el año 2024.

El nivel de significancia considerado fue de 0.05. Se interpretaron los resultados en función de los valores de p obtenidos, los cuales indicaron si la relación entre las variables era estadísticamente significativa o no.

### **3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

#### **3.8.1. Validez**

Revisaremos estas herramientas, las comprobaremos y comprobaremos su idoneidad, siguiendo una serie de criterios que revisan los expertos en ginecología y obstetricia. El concepto de validez se basa en cómo funcionan estas herramientas en la vida real, y las opiniones de los expertos lo complementan todo (3).

#### **3.8.2. Confiabilidad**

La confiabilidad del instrumento fue asegurada mediante un proceso de revisión sistemática, orientado a mantener la uniformidad en el registro y análisis de la información extraída de las fuentes documentales. Asimismo, se desarrolló una prueba piloto con un pequeño número de historias clínicas, con el fin de verificar la funcionalidad del instrumento y facilitar su aplicación en el estudio definitivo.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

El estudio realizado en el HCMM (Juliaca, 2024) tuvo como objetivo identificar las características de riesgo obstétrico asociadas al retardo de crecimiento intrauterino.

Se encontró una asociación significativa ( $p < 0,05$ ) entre el retardo de crecimiento intrauterino y factores como: bajo índice de masa corporal pregestacional, consumo materno de alcohol y coca, trastornos hipertensivos como: preeclampsia y eclampsia; desprendimiento placentario, gestación múltiple y defectos congénitos.

El tipo de retardo de crecimiento intrauterino más común fue el asimétrico (66,7%), vinculado a factores adquiridos en etapas tardías del embarazo. Variables como edad materna, ocupación, procedencia, estado civil, nivel educativo, diabetes y placenta previa no mostraron asociación significativa ( $p > 0,05$ ).

**TABLA 1. RELACIÓN ENTRE LA EDAD MATERNA Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**

edad	tipo de rciu				total	
	simétrico		asimétrico		fi	%
	fi	%	fi	%		
< de 18 años	6	10.0	5	8.3	<b>11</b>	<b>18.3</b>
de 18 a 34 años	9	15.0	18	30.0	<b>27</b>	<b>45.0</b>
> de 34 años	5	8.3	17	28.4	<b>22</b>	<b>36.7</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>33.3</b>	<b>40</b>	<b>66.7</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 3,341$$

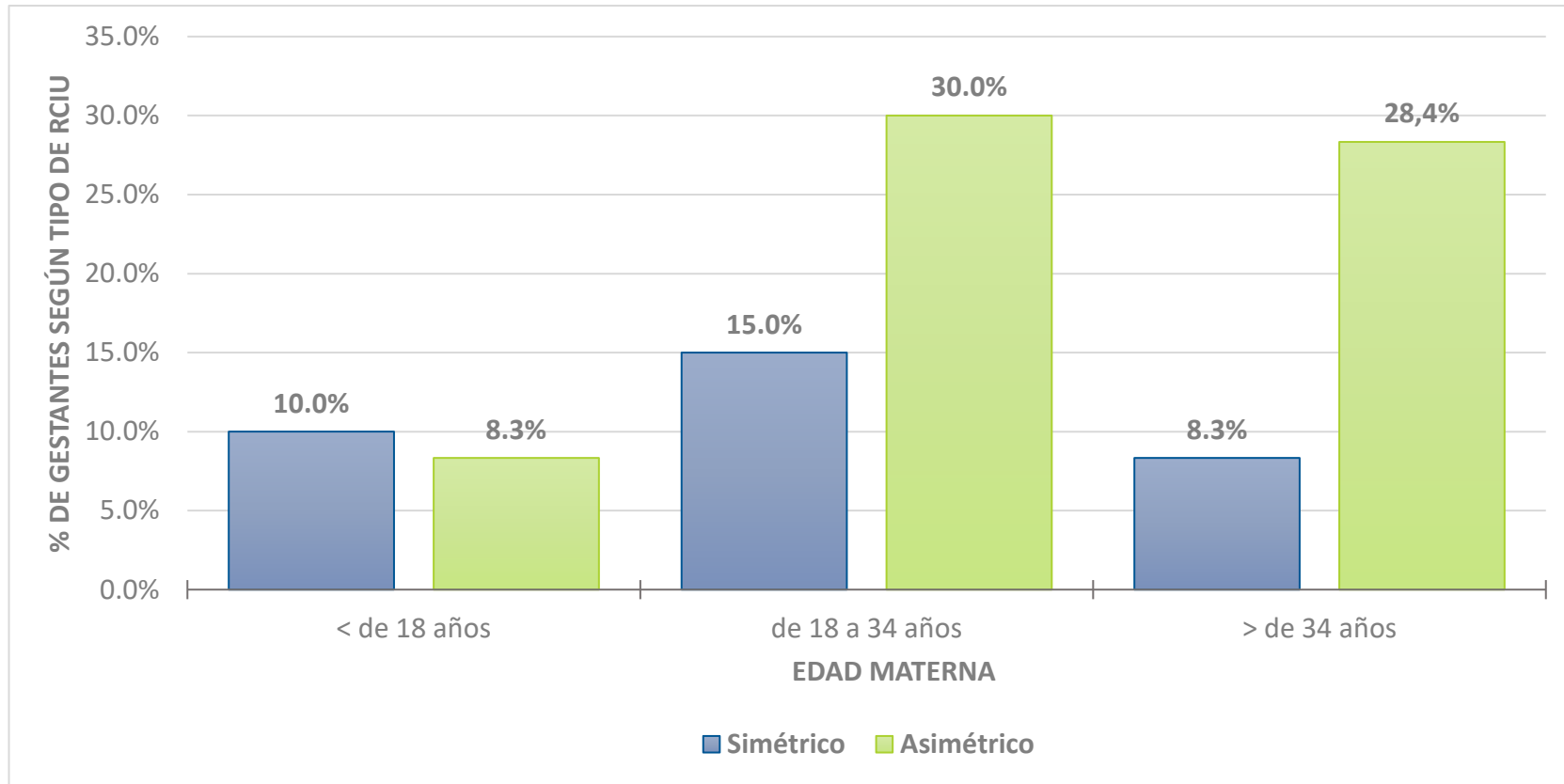
$$Ns = 0,188$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 5,99$$

$$Gf = 2$$

**FIGURA 1. RELACIÓN ENTRE LA EDAD MATERNA Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**



Fuente: Tab. 1

En la tabla y figura 1, se analizó la relación entre la edad materna y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) en gestantes atendidas en el HCMM en el año 2024. Se observó que el 45,0% de las gestantes tenía entre 18 a 34 años, el 36,7% era mayor de 34 años, y el 18,3% era menor de 18 años.

Entre las gestantes con RCIU tipo asimétrico, el 30,0% tenía entre 18 y 34 años, el 28,4% tenía más de 34 años y el 8,3% tenía menos de 18 años. En el caso de las gestantes con RCIU tipo simétrico, el 15,0% tenía entre 18 y 34 años, el 8,3% más de 34 años y el 10,0% menos de 18 años.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 3,341, superior al  $X^2$  tabulado de 5,99. A esto se suma un  $Gf = 2$  y  $P = 0,188$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Kumar et al.** (38) han concluido que tanto la edad materna adolescente como la avanzada están asociadas con mayor riesgo de RCIU, sin embargo, los resultados del presente estudio no muestran una asociación significativa, lo cual podría deberse a factores poblacionales o contextuales propios de la región.

**TABLA 2. RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN MATERNA Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**

Ocupación	Tipo de RCIU				Total	
	Simétrico		Asimétrico		fi	%
	fi	%	fi	%		
Ama de casa	4	6.7	16	26.7	<b>20</b>	<b>33.4</b>
Estudiante	5	8.3	4	6.7	<b>9</b>	<b>15.0</b>
Comerciante	3	5.0	11	18.3	<b>14</b>	<b>23.3</b>
Independiente	8	13.3	9	15.0	<b>17</b>	<b>28.3</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>33.3</b>	<b>40</b>	<b>66.7</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 5,934$$

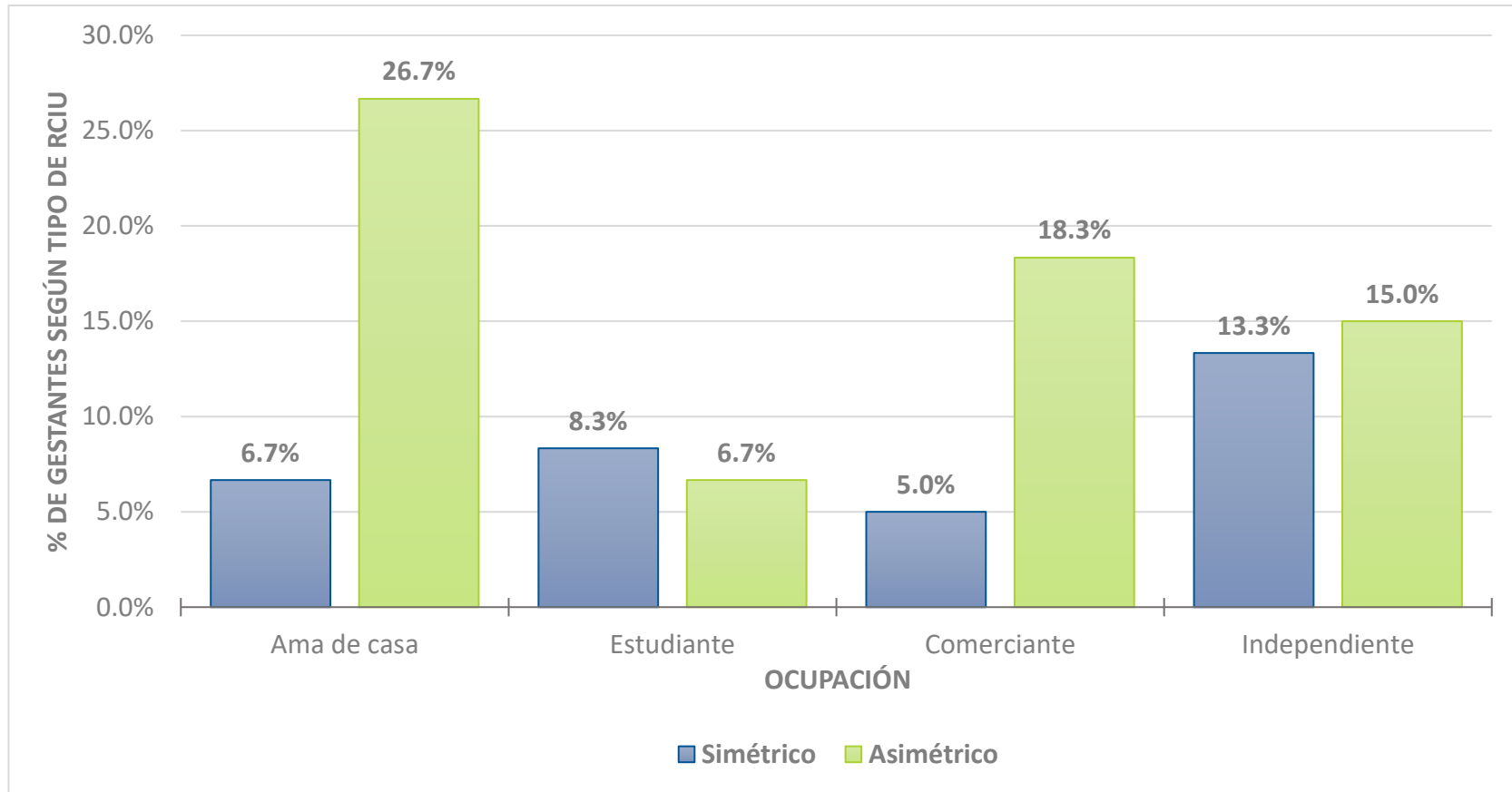
$$Ns = 0,115$$

*NO ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab} = 7,82$$

$$Gf = 3$$

**FIGURA 2. RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN MATERNA Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**



Fuente: Tab. 2

En la tabla y figura 2, se analizó la relación entre la ocupación de la gestante y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU). Se observó que el 33,4% de las gestantes eran amas de casa, el 28,3% eran independientes, el 23,3% comerciantes y el 15,0% estudiantes.

Entre las pacientes con RCIU tipo asimétrico, el 26,7% eran amas de casa, el 18,3% comerciantes, el 15,0% independientes y el 6,7% estudiantes. En cuanto a las gestantes con RCIU tipo simétrico, el 13,3% eran independientes, el 8,3% estudiantes, el 6,7% amas de casa y el 5,0% comerciantes.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 5,934, superior al  $X^2$  tabulado de 7,82. A esto se suma un  $G1 = 3$  y  $P = 0,115$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Fuentes** (22) sostiene que determinadas ocupaciones podrían limitar la ingesta nutricional o los controles prenatales adecuados, lo que influiría indirectamente en el desarrollo fetal. Sin embargo, en el presente estudio no se evidenció asociación estadística significativa entre la ocupación y el tipo de RCIU, lo cual sugiere que otros factores pueden tener mayor peso en esta población.

La teoría indica que ocupaciones con alta carga laboral o estrés pueden afectar negativamente el desarrollo fetal, pero no se pudo demostrar este efecto de forma concluyente en este análisis.

**TABLA 3. RELACIÓN ENTRE LA PROCEDENCIA Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**

Lugar de Procedencia	Tipo de RCIU				Total	
	Simétrico		Asimétrico		fi	%
	fi	%	fi	%		
Urbano	16	26.7	26	43.3	42	<b>70.0</b>
Rural	4	6.7	14	23.3	18	<b>30.0</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>33.4</b>	<b>40</b>	<b>66.6</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 1,429$$

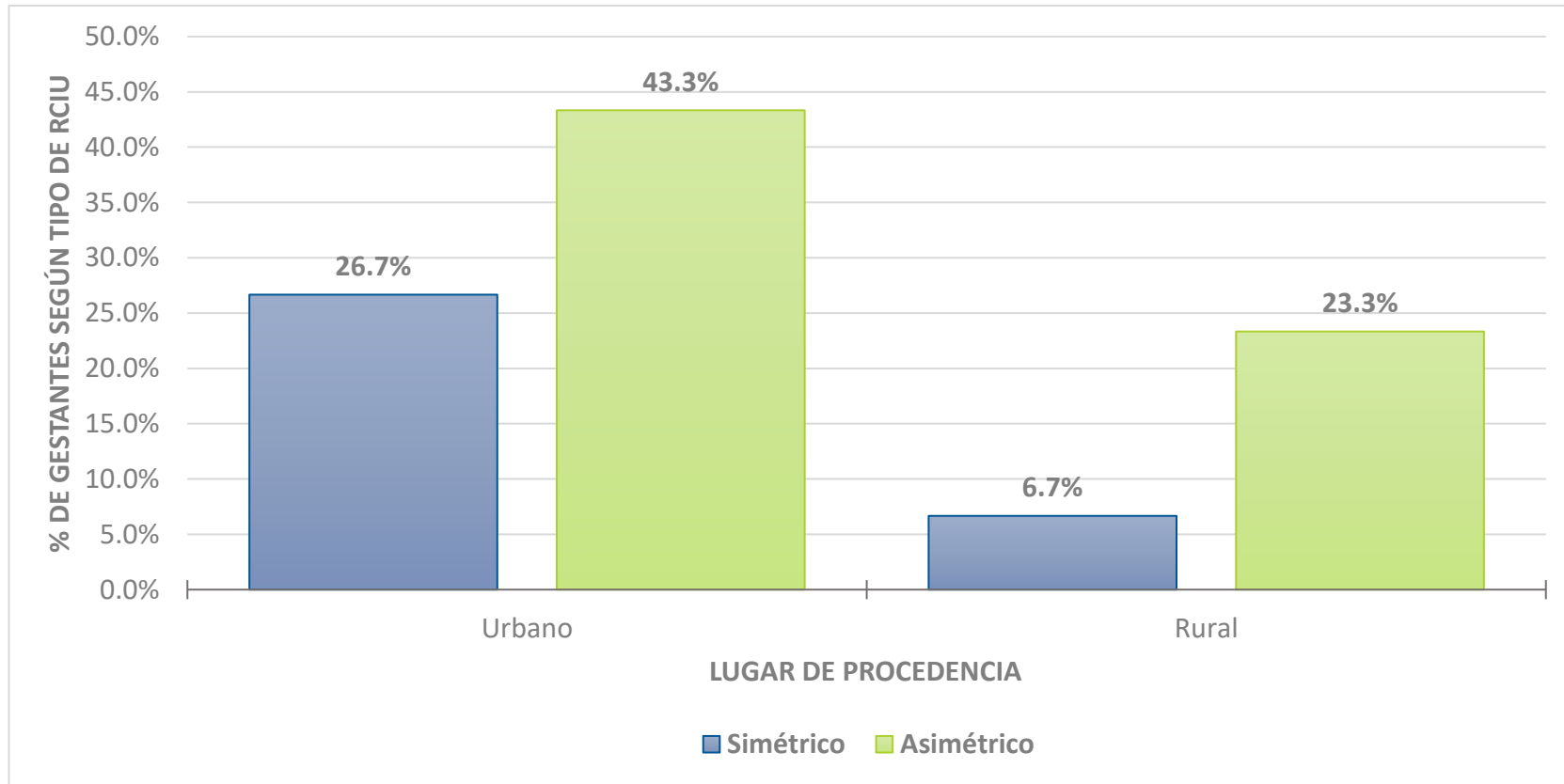
$$Ns = 0,232$$

*NO ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab} = 3,84$$

$$GI = 1$$

**FIGURA 3. RELACIÓN ENTRE LA PROCEDENCIA Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**



Fuente: Tab. 6

En la tabla y figura 3, se analizó la relación entre la procedencia de la gestante y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU). Se observó que el 70,0% de las gestantes provenían de zonas urbanas y el 30,0% de zonas rurales.

Entre las gestantes con RCIU tipo asimétrico, el 43,3% eran de procedencia urbana y el 23,3% rural. En el caso de las pacientes con RCIU tipo simétrico, el 26,7% eran urbanas y el 6,7% rurales.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 1,429, superior al  $X^2$  tabulado de 3,84. A esto se suma un  $G1 = 1$  y  $P = 0,232$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Fernández** (23) sugiere que las gestantes de zonas rurales podrían presentar un mayor riesgo de RCIU debido a limitaciones en el acceso a servicios de salud, controles prenatales insuficientes o barreras socioculturales. No obstante, en este estudio, esta relación no alcanzó significancia estadística.

Desde un enfoque clínico, se considera que el entorno geográfico puede influir en las condiciones maternas y fetales durante el embarazo. Sin embargo, en la población analizada no se logró establecer una diferencia clara entre zonas urbanas y rurales en relación con el tipo de RCIU.

**TABLA 4. RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**

Estado Civil	Tipo de RCIU				Total	
	Simétrico		Asimétrico		fi	%
	fi	%	fi	%		
Soltera	9	15.0%	17	28.4%	<b>26</b>	<b>43.4%</b>
Casada	6	10.0%	17	28.3%	<b>23</b>	<b>38.3%</b>
Viuda	3	5.0%	2	3.3%	<b>5</b>	<b>8.3%</b>
Divorciada	2	3.3%	4	6.7%	<b>6</b>	<b>10.0%</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>33.3%</b>	<b>40</b>	<b>66.7%</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 2,163$$

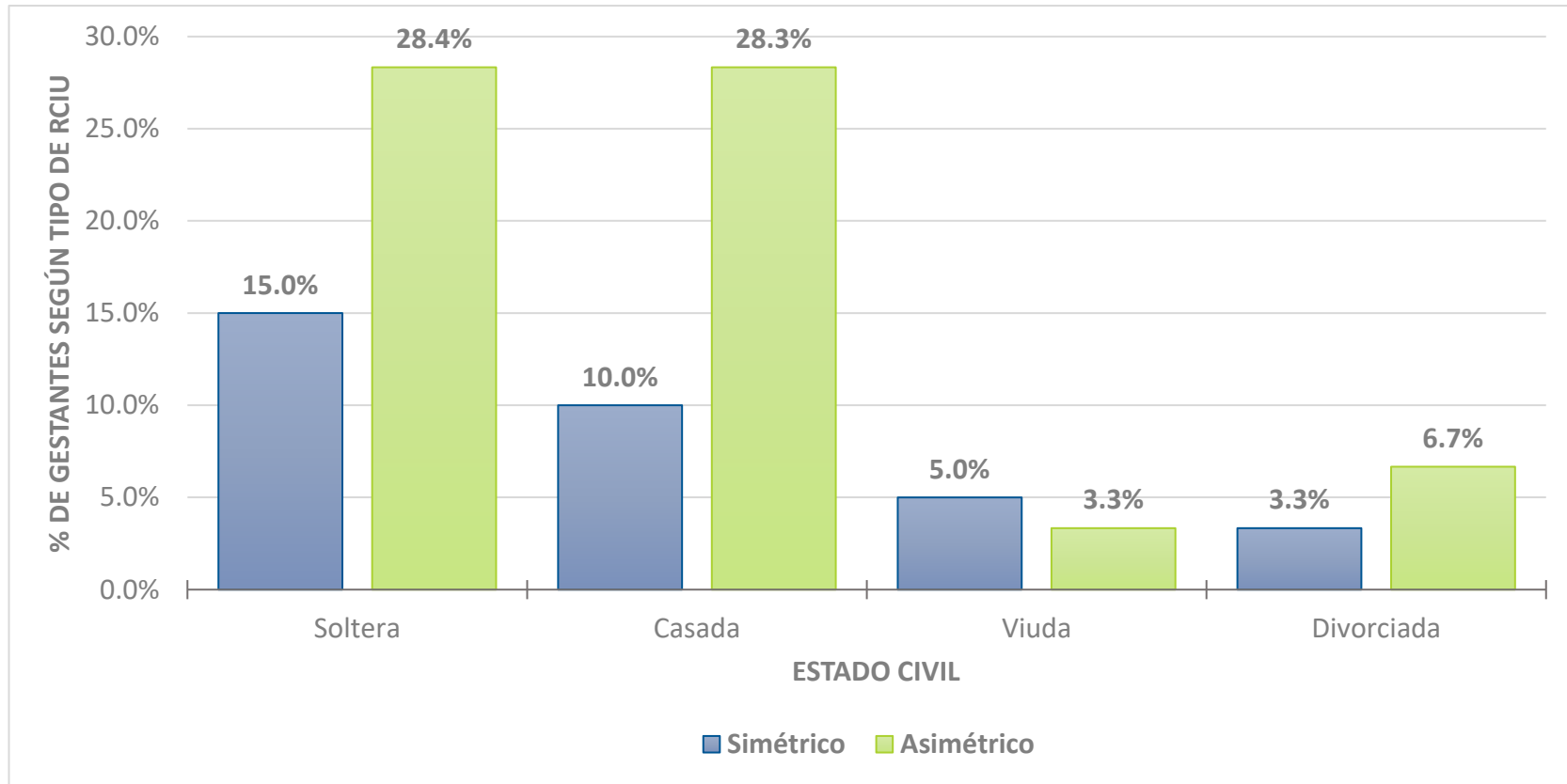
$$Ns = 0,539$$

*NO ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab} = 7,82$$

$$Gl = 3$$

**FIGURA 4. RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**



Fuente: Tab. 4

En la tabla y figura 4, se evaluó la relación entre el estado civil de la gestante y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU). Se observó que el 43,4% de las gestantes eran solteras, el 38,3% casadas, el 10,0% divorciadas y el 8,3% viudas.

De las gestantes con RCIU tipo asimétrico, el 28,4% eran solteras, el 28,3% correspondió a las casadas, mientras que el 6,7% eran divorciadas y el 3,3% viudas. En el grupo de gestantes con RCIU tipo simétrico, el 15,0% eran solteras, el 10,0% casadas, el 5,0% viudas y el 3,3% divorciadas.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 2,163, superior al  $X^2$  tabulado de 7,82. A esto se suma un  $G1 = 3$  y  $P = 0,539$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Ferrer** (24) ha documentado que el estado civil puede influir en el bienestar emocional y el apoyo social de la gestante, factores que a su vez inciden en el desarrollo fetal. Sin embargo, los hallazgos de este estudio no revelan una relación directa entre el estado civil y la forma clínica del RCIU.

Desde el punto de vista perinatal, se considera que la estabilidad emocional, frecuentemente influenciada por el entorno conyugal, puede tener efectos positivos en el embarazo. No obstante, en este caso particular, el estado civil no mostró un impacto estadísticamente relevante en el tipo de RCIU.

**TABLA 5. RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**

Grado de Instrucción	Tipo de RCIU				Total	
	Simétrico		Asimétrico		fi	%
	fi	%	fi	%		
Primaria	4	6.7%	13	21.7%	<b>17</b>	<b>28.4%</b>
Secundaria	11	18.3%	18	30.0%	<b>29</b>	<b>48.3%</b>
Superior	5	8.3%	9	15.0%	<b>14</b>	<b>23.3%</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>33.3%</b>	<b>40</b>	<b>66.7%</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 1,047$$

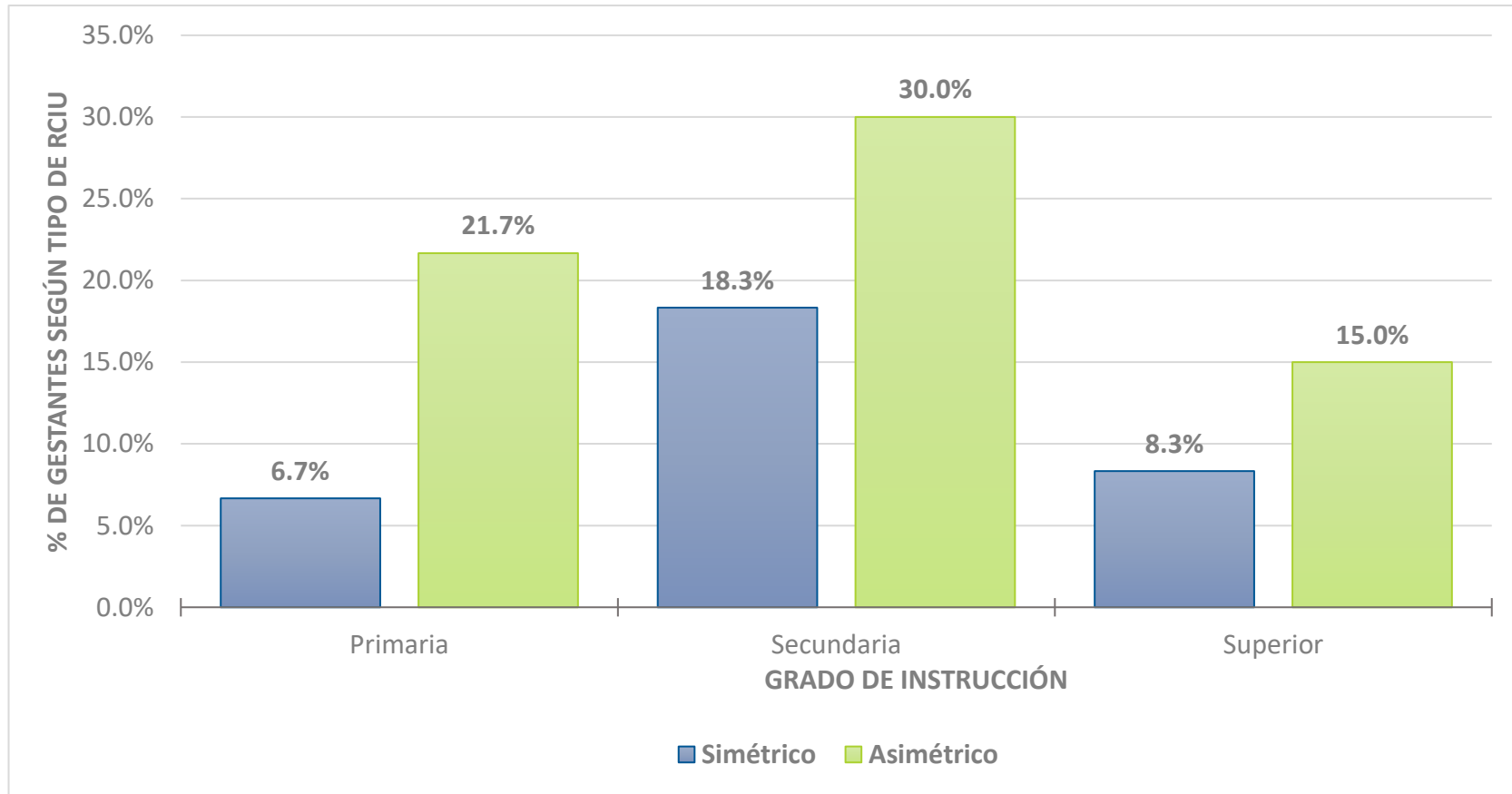
$$Ns = 0,592$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 5,99$$

$$Gf = 2$$

**FIGURA 5. RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**



Fuente: Tab. 5

En la tabla y figura 5 se analizó la relación entre el grado de instrucción de la gestante y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU). Se observó que el 48,3% de las gestantes tenía secundaria completa, el 28,4% solo estudios primarios y el 23,3% estudios superiores.

Del total de gestantes con RCIU tipo asimétrico, el 30,0% tenía secundaria, el 21,7% primaria y el 15,0% estudios superiores. Entre las gestantes con RCIU tipo simétrico, el 18,3% tenía secundaria, el 8,3% estudios superiores y el 6,7% primaria.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 1,047, superior al  $X^2$  tabulado de 5,99. A esto se suma un  $G1 = 2$  y  $P = 0,592$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Fischer** (25) indica que un mayor nivel educativo suele estar relacionado con mejores hábitos de salud, mayor adherencia a controles prenatales y mejor nutrición durante el embarazo. No obstante, los datos obtenidos en este estudio no reflejan una diferencia significativa entre los distintos niveles de instrucción y el tipo de RCIU.

Desde la perspectiva de la salud pública, se reconoce que la educación materna puede ser un factor protector indirecto. Sin embargo, en esta muestra específica, el nivel educativo no mostró una asociación determinante con la presentación simétrica o asimétrica del RCIU.

**TABLA 6. RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL BAJO PREGESTACIONAL Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**

IMC Bajo Pre Gestacional	Tipo de RCIU				Total	
	Simétrico		Asimétrico			
	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	12	20.0%	9	15.0%	<b>21</b>	<b>35.0%</b>
No	8	13.3%	31	51.7%	<b>39</b>	<b>65.0%</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>33.3%</b>	<b>40</b>	<b>66.7%</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 8,242$$

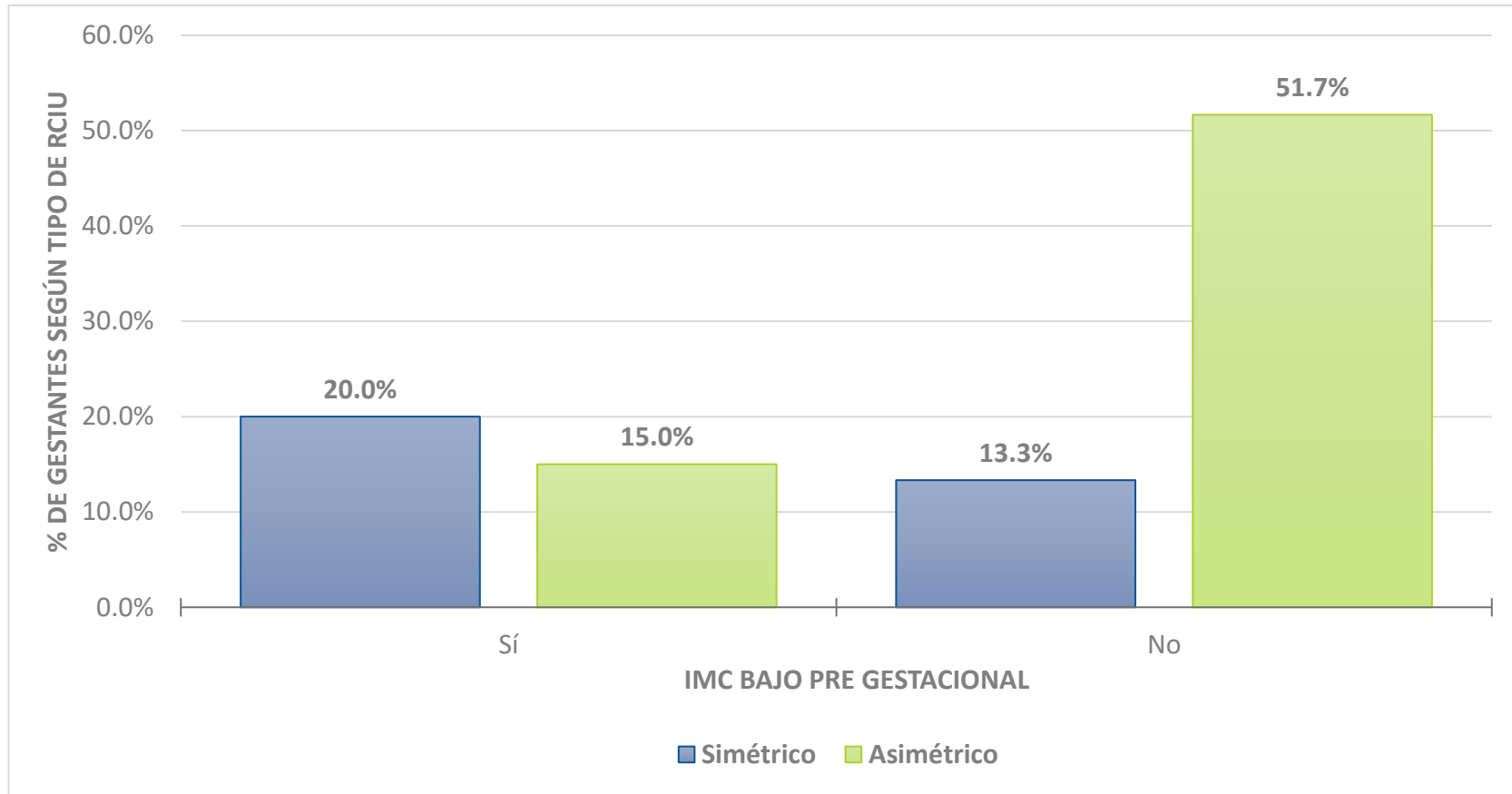
$$Ns = 0,004$$

*ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab} = 3,84$$

$$Gf = 1$$

**FIGURA 6. RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL BAJO PREGESTACIONAL Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**



Fuente: Tab. 6

En la tabla y figura 6 se analizó la relación entre el índice de masa corporal (IMC) bajo pre gestacional y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) en las gestantes del HCMM. Se observó que el 35,0% de las gestantes presentó IMC bajo antes del embarazo, mientras que el 65,0% tuvo un IMC dentro del rango normal o superior.

Entre las gestantes con RCIU tipo simétrico, el 20,0% tenía IMC bajo, mientras que el 13,3% tenía IMC normal o elevado. En el grupo con RCIU tipo asimétrico, el 15,0% tenía IMC bajo y el 51,7% IMC normal o superior.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 8,242, superior al  $X^2$  tabulado de 3,84. A esto se suma un  $G1 = 1$  y  $P = 0,004$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Galan** (26) destaca que las mujeres con bajo peso pregestacional tienen un mayor riesgo de que sus bebés presenten restricción en el crecimiento fetal, debido a un menor aporte nutricional y reservas energéticas insuficientes. Esta evidencia es coherente con los resultados encontrados en este estudio.

Desde un enfoque clínico-nutricional, se reconoce que un IMC bajo refleja deficiencias nutricionales que comprometen el ambiente intrauterino y pueden favorecer la aparición de RCIU, especialmente del tipo simétrico, como lo demuestra esta investigación.

**TABLA 7. RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE VIDA MATERNO Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**

Estilos de Vida	Tipo de RCIU				Total	
	Simétrico		Asimétrico		fi	%
	fi	%	fi	%		
Alcohol	6	10.0%	5	8.4%	11	18.4%
Coca	5	8.3%	2	3.3%	7	11.6%
Niega	9	15.0%	33	55.0%	42	70.0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>33.3%</b>	<b>40</b>	<b>66.7%</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 9,477$$

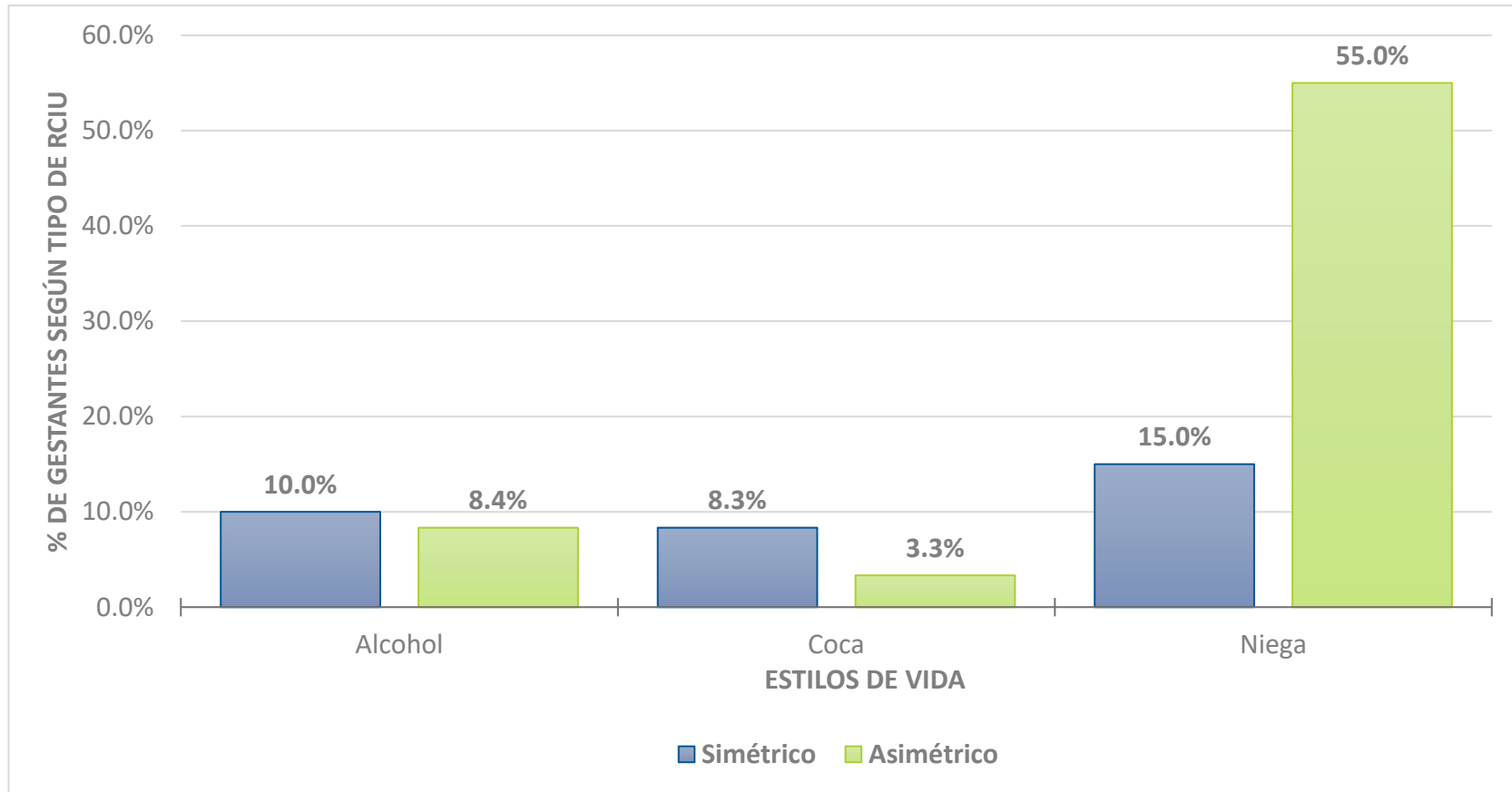
$$Ns = 0,009$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 5,99$$

$$Gf = 2$$

**FIGURA 7. RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE VIDA MATERNO Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**



Fuente: Tab. 7

En la tabla y figura 7 se evaluó la relación entre los estilos de vida maternos y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU). Se encontró que el 70,0% de las gestantes negó consumo de sustancias, el 18,4% refirió consumo de alcohol y el 11,6% consumo de coca.

Del total de gestantes con RCIU tipo asimétrico, el 55,0% negó consumo de sustancias, el 8,4% consumió alcohol y el 3,3% consumió coca. En cambio, entre las que presentaron RCIU tipo simétrico, el 15,0% negó consumo, el 10,0% consumió alcohol y el 8,3% consumió coca.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 9,477, superior al  $X^2$  tabulado de 5,99. A esto se suma un  $Gf = 2$  y  $P = 0,009$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Gardosi** (27) concluye que los estilos de vida no saludables durante el embarazo, como el consumo de alcohol o coca, afectan directamente el suministro de oxígeno y nutrientes al feto, lo que puede generar un crecimiento intrauterino restringido. Este estudio confirma dicha relación, destacando que los estilos de vida adversos se asocian con mayor prevalencia de RCIU tipo simétrico.

Desde un punto de vista preventivo, en gestantes sobre los efectos nocivos del consumo de sustancias durante el embarazo, ya que dichas conductas se asocian significativamente con alteraciones en el crecimiento fetal.

**TABLA 8. RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**

Trastornos Hipertensivos	Tipo de RCIU				Total	
	Simétrico		Asimétrico			
	fi	%	fi	%	fi	%
Preeclamsia	1	1.7%	10	16.6%	11	18.3%
Eclampsia	0	0.0%	4	6.7%	4	6.7%
Ninguno	19	31.7%	26	43.3%	45	75.0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>33.4%</b>	<b>40</b>	<b>66.6%</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 6,509$$

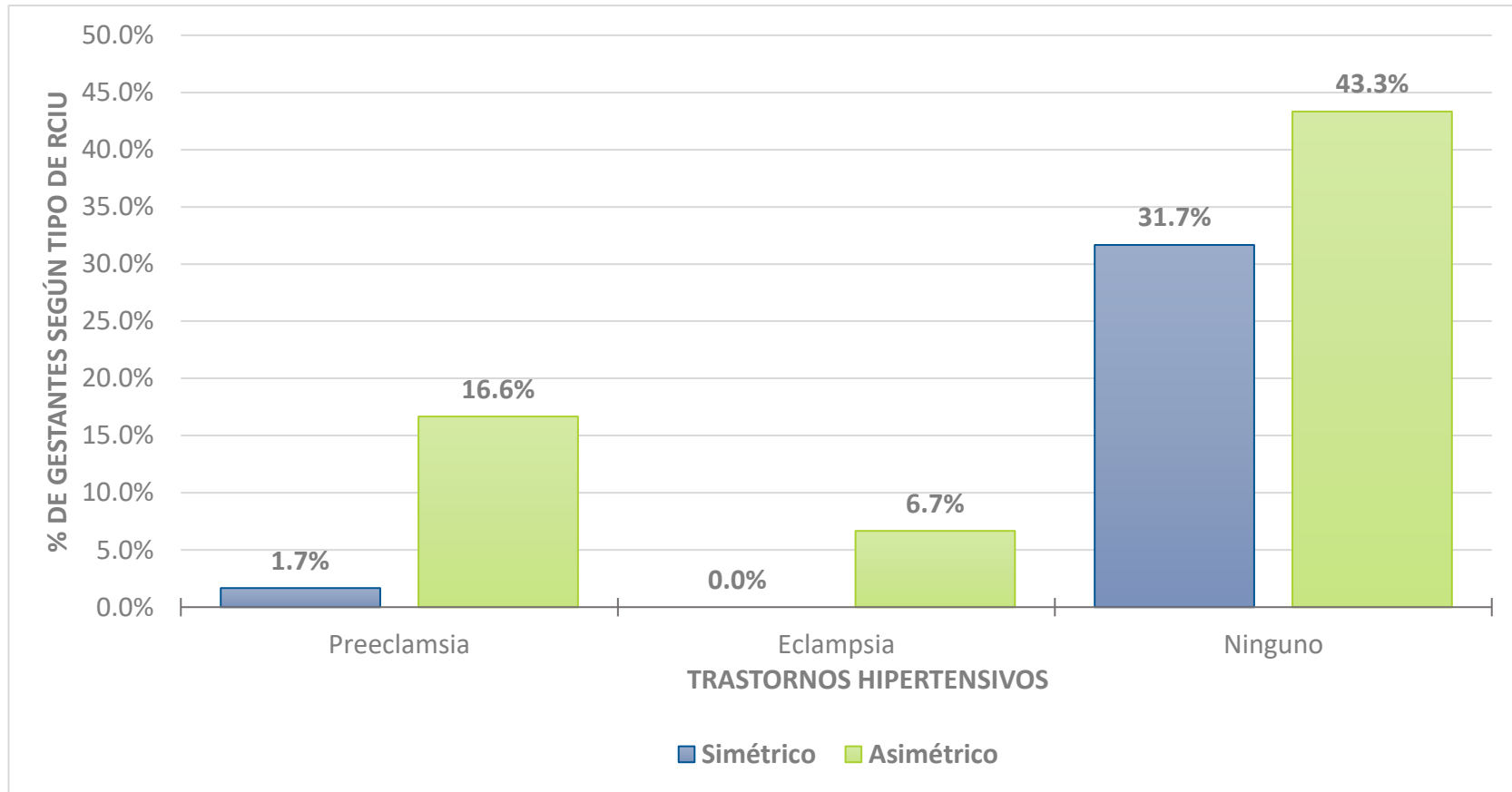
$$Ns = 0,039$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 5,99$$

$$Gl = 2$$

**FIGURA 8. RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**



Fuente: Tab. 8

En la tabla y figura 8 se evaluó la relación entre la presencia de trastornos hipertensivos en la gestante (preeclampsia, eclampsia o ninguno) y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU). Se observó que el 75,0% de las gestantes no presentaron trastornos hipertensivos, mientras que el 18,3% fueron diagnosticadas con preeclampsia y el 6,7% con eclampsia.

Entre las gestantes con RCIU tipo asimétrico, el 43,3% no presentaron trastornos hipertensivos, el 16,6% tuvieron preeclampsia y el 6,7% eclampsia. En el grupo con RCIU tipo simétrico, el 31,7% no presentó hipertensión, el 1,7% presentó preeclampsia y ninguna presentó eclampsia.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 6,509, superior al  $X^2$  tabulado de 5,99. A esto se suma un  $Gf = 2$  y  $P = 0,039$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Gardosi** (28) ha señalado que la hipertensión materna afecta el flujo sanguíneo uteroplacentario, comprometiendo el transporte de oxígeno y nutrientes al feto. Este mecanismo puede explicar la mayor frecuencia de RCIU tipo asimétrico en gestantes con preeclampsia o eclampsia, como se evidenció en este estudio.

Desde el punto de vista clínico, estas condiciones hipertensivas, al alterar la perfusión placentaria, son un factor clave en el desarrollo del RCIU, especialmente en etapas tardías del embarazo. Por ello, su control adecuado durante la gestación es fundamental para prevenir complicaciones fetales.

**TABLA 9. RELACIÓN ENTRE LA DIABETES MATERNA Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**

Diabetes	Tipo de RCIU				Total	
	Simétrico		Asimétrico		fi	%
	fi	%	fi	%		
Tipo I	1	1.7%	2	3.3%	3	5.0%
Tipo II	2	3.3%	5	8.3%	7	11.6%
Gestacional	4	6.7%	12	20.0%	16	26.7%
Ninguno	13	21.7%	21	35.0%	34	56.7%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>33.4%</b>	<b>40</b>	<b>66.6%</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 0,939$$

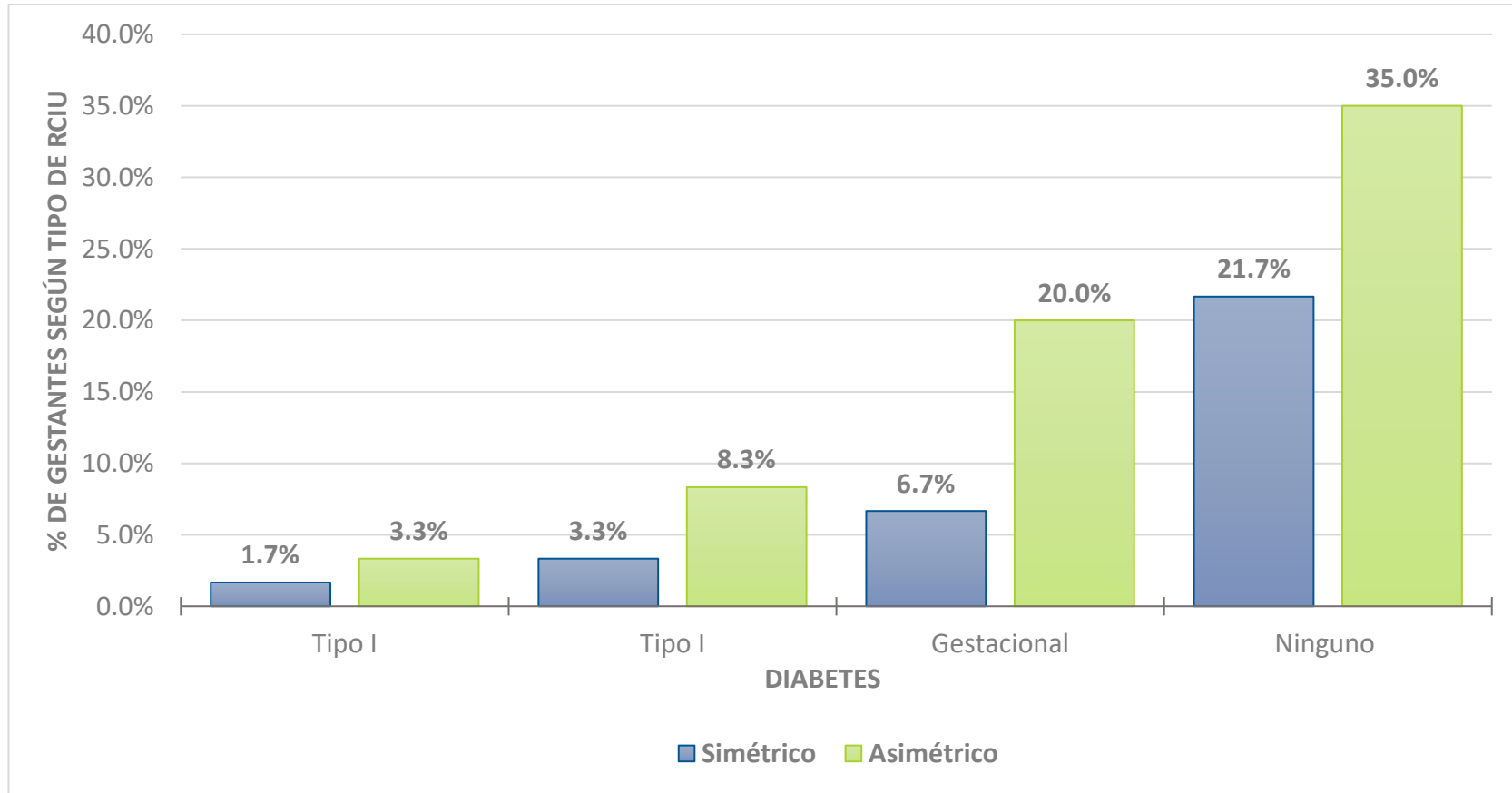
$$Ns = 0,816$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 7,82$$

$$Gf = 3$$

**FIGURA 9. RELACIÓN ENTRE LA DIABETES MATERNA Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**



Fuente: Tab. 9

En la tabla y figura 9 se analizó la relación entre la presencia de diabetes materna y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU). Se encontró que el 56,7% de las gestantes no presentaron diabetes, el 26,7% tuvo diabetes gestacional, el 11,6% diabetes tipo 2 y el 5,0% tipo 1.

Del total de gestantes con RCIU tipo asimétrico, el 35,0% no presentó diabetes, el 20,0% tuvo diabetes gestacional, el 8,3% diabetes tipo 2 y el 3,3% diabetes tipo 1. Por otro lado, en las gestantes con RCIU tipo simétrico, el 21,7% no presentó diabetes, el 6,7% tuvo diabetes gestacional, el 3,3% diabetes tipo 2 y el 1,7% diabetes tipo 1.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 0,939, superior al  $X^2$  tabulado de 7,82. A esto se suma un  $G1 = 3$  y  $P = 0,816$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Garite** (29) ha descrito que la diabetes gestacional puede estar relacionada con alteraciones del crecimiento fetal, sin embargo, estos efectos suelen asociarse más con macrosomía que con RCIU, especialmente cuando existe un buen control metabólico. Los hallazgos de este estudio coinciden con esta postura, al no evidenciar un vínculo claro entre la diabetes y el tipo de restricción del crecimiento intrauterino.

Desde la perspectiva obstétrica, aunque la diabetes es un factor de riesgo conocido para diversas complicaciones perinatales, en esta muestra no se comportó como un factor determinante del tipo de RCIU, lo que podría deberse a un manejo clínico adecuado o a la interacción con otras variables.

**TABLA 10. RELACIÓN ENTRE EL DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**

Desprendimiento Placentario	Tipo de RCIU				Total	
	Simétrico		Asimétrico		fi	%
	fi	%	fi	%		
Sí	2	3.4%	14	23.3%	16	26.7%
No	18	30.0%	26	43.3%	44	73.3%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>33.4%</b>	<b>40</b>	<b>66.6%</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 4,261$$

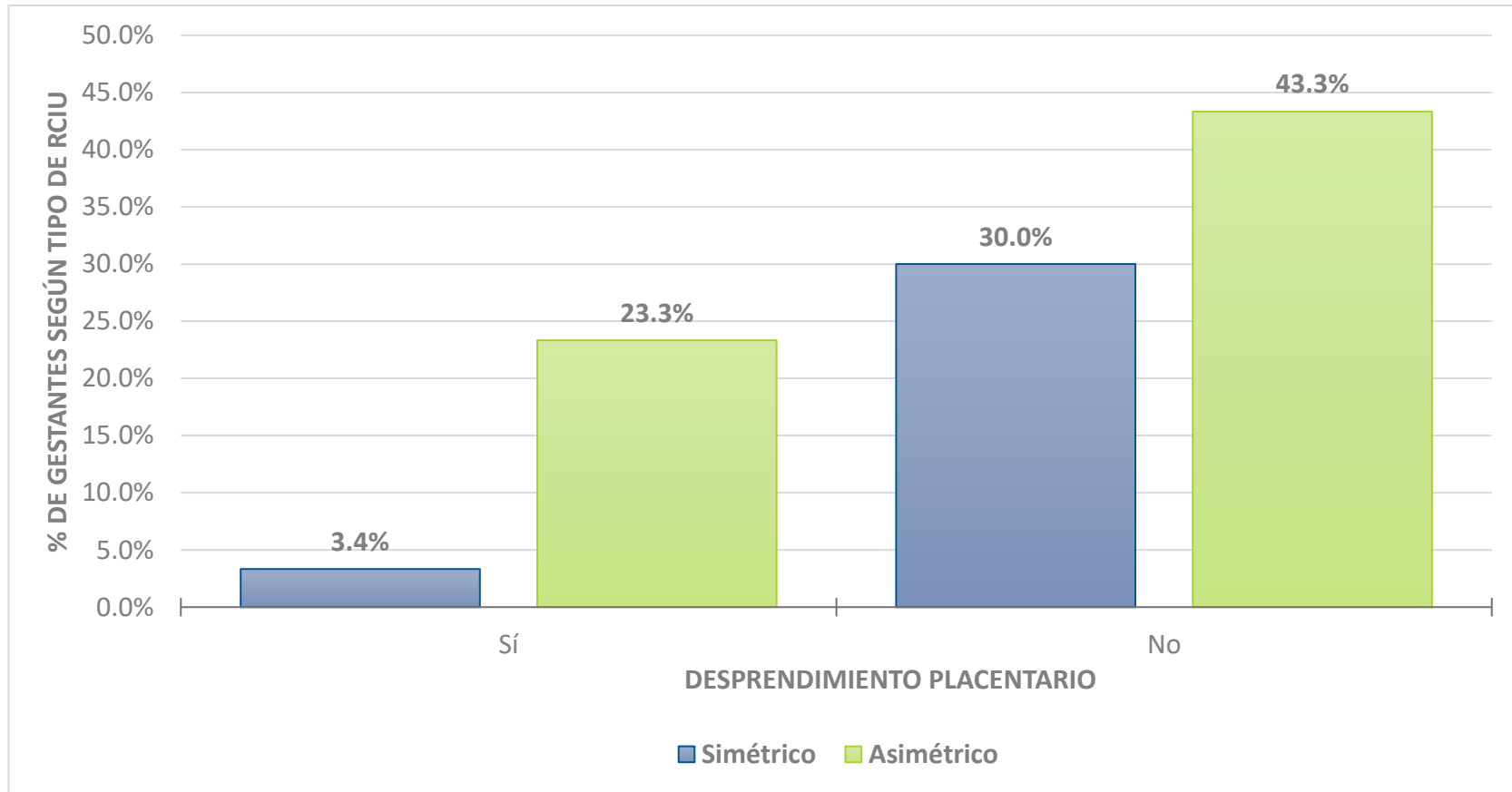
$$Ns = 0,039$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 3,84$$

$$Gf = 1$$

**FIGURA 10. RELACIÓN ENTRE EL DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**



Fuente: Tab. 10

En la tabla y figura 10 se analizó la relación entre el desprendimiento placentario y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) en las gestantes atendidas en el HCMM. Se encontró que el 26,7% de las gestantes presentó desprendimiento placentario, mientras que el 73,3% no lo presentó.

Entre las gestantes con RCIU tipo asimétrico, el 23,3% presentó desprendimiento placentario y el 43,3% no. En el caso de las gestantes con RCIU tipo simétrico, el 3,4% presentó desprendimiento y el 30,0% no.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 4,261, superior al  $X^2$  tabulado de 3,84. A esto se suma un  $G1 = 1$  y  $P = 0,039$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Grivell** (30) sostiene que el desprendimiento prematuro de placenta genera una disminución aguda del flujo de nutrientes y oxígeno hacia el feto, lo que altera de forma importante el crecimiento fetal en etapas avanzadas del embarazo. Este estudio confirma dicha relación, observándose una mayor frecuencia de RCIU tipo asimétrico en gestantes con desprendimiento placentario.

Desde una perspectiva fisiopatológica, este hallazgo se explica por la interrupción del intercambio materno-fetal, generando un patrón de crecimiento desigual, en el que el cuerpo fetal se ve afectado más que el cerebro, lo cual caracteriza al RCIU tipo II o asimétrico.

**TABLA 11. RELACIÓN ENTRE LA PLACENTA PREVIA Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**

Placenta Previa	Tipo de RCIU				Total	
	Simétrico		Asimétrico			
	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	4	6.7%	4	6.7%	8	13.4%
No	16	26.6%	36	60.0%	52	86.6%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>33.3%</b>	<b>40</b>	<b>66.7%</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 1,154$$

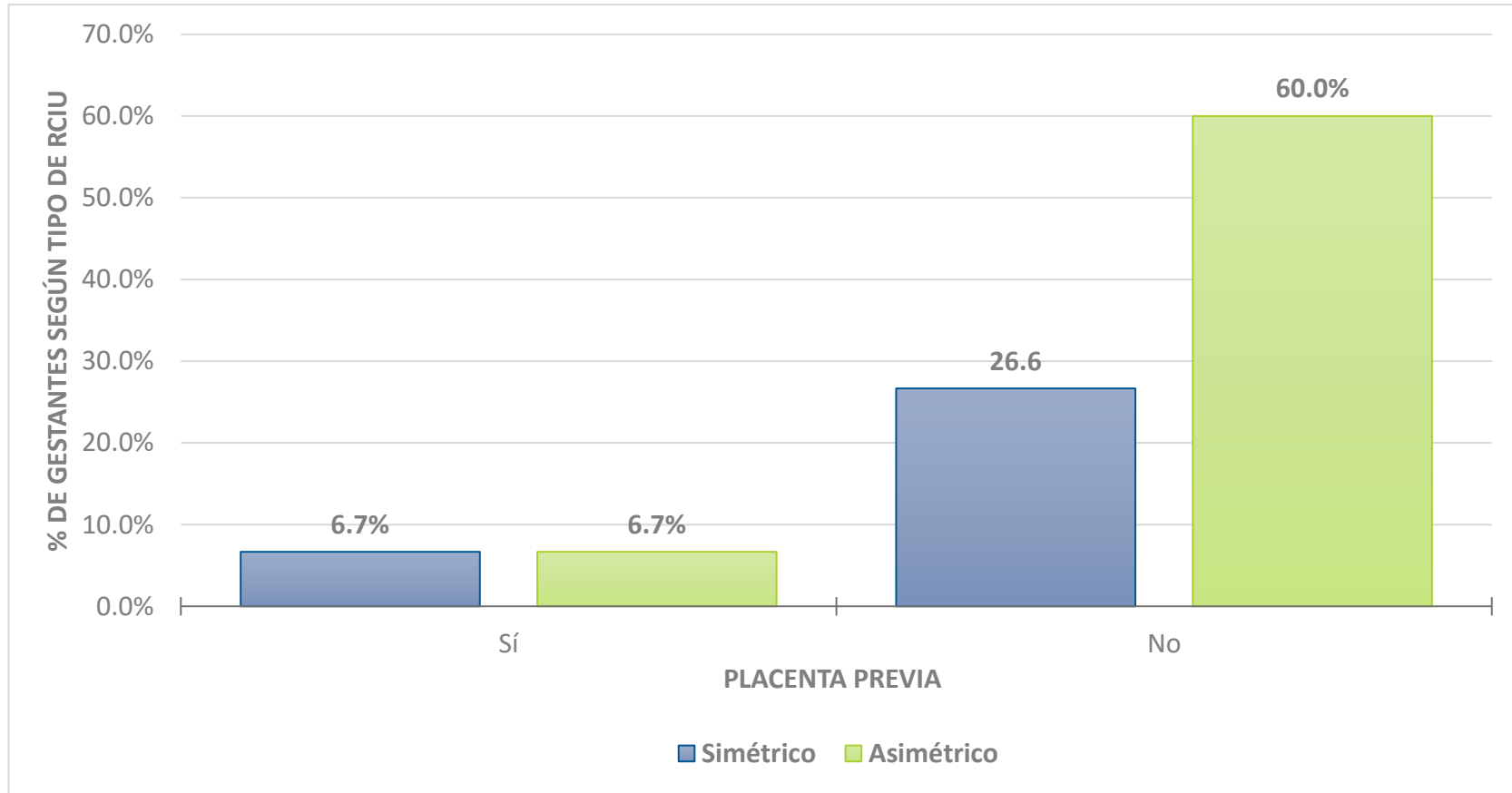
$$Ns = 0,283$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 3,84$$

$$Gf = 1$$

**FIGURA 11. RELACIÓN ENTRE LA PLACENTA PREVIA Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**



Fuente: Tab. 11

En la tabla y figura 11 se analizó la relación entre la presencia de placenta previa y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) en las gestantes del HCMM, 2024. Se observó que el 13,4% de las gestantes presentó placenta previa, mientras que el 86,6% no presentó dicha condición.

Del total de gestantes con RCIU tipo asimétrico, el 6,7% presentó placenta previa y el 60,0% no. En cuanto a las pacientes con RCIU tipo simétrico, el 6,7% también presentó placenta previa y el 26,7% no.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 1,154, superior al  $X^2$  tabulado de 3,84. A esto se suma un  $G1 = 1$  y  $P = 0,283$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Grote** (31) señala que, si bien la placenta previa puede generar limitaciones en el aporte sanguíneo en ciertas fases del embarazo, su efecto sobre el crecimiento fetal depende de su grado y manejo clínico. En este estudio, la falta de asociación significativa sugiere que otras variables obstétricas o la atención médica oportuna pudieron haber mitigado los efectos adversos esperados.

Desde la práctica obstétrica, se reconoce que no todos los casos de placenta previa afectan el crecimiento fetal, especialmente cuando se realiza un monitoreo ecográfico continuo y se adoptan medidas preventivas. En la población estudiada, este factor no fue determinante en la presentación del tipo de RCIU.

**TABLA 12. RELACIÓN ENTRE LA GESTACIÓN MÚLTIPLE Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**

Gestación Múltiple	Tipo de RCIU				Total	
	Simétrico		Asimétrico		fi	%
	fi	%	fi	%		
Sí	11	18.3%	7	11.7%	<b>18</b>	<b>30.0%</b>
No	9	15.0%	33	55.0%	<b>42</b>	<b>70.0%</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>33.3%</b>	<b>40</b>	<b>66.7%</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 8,929$$

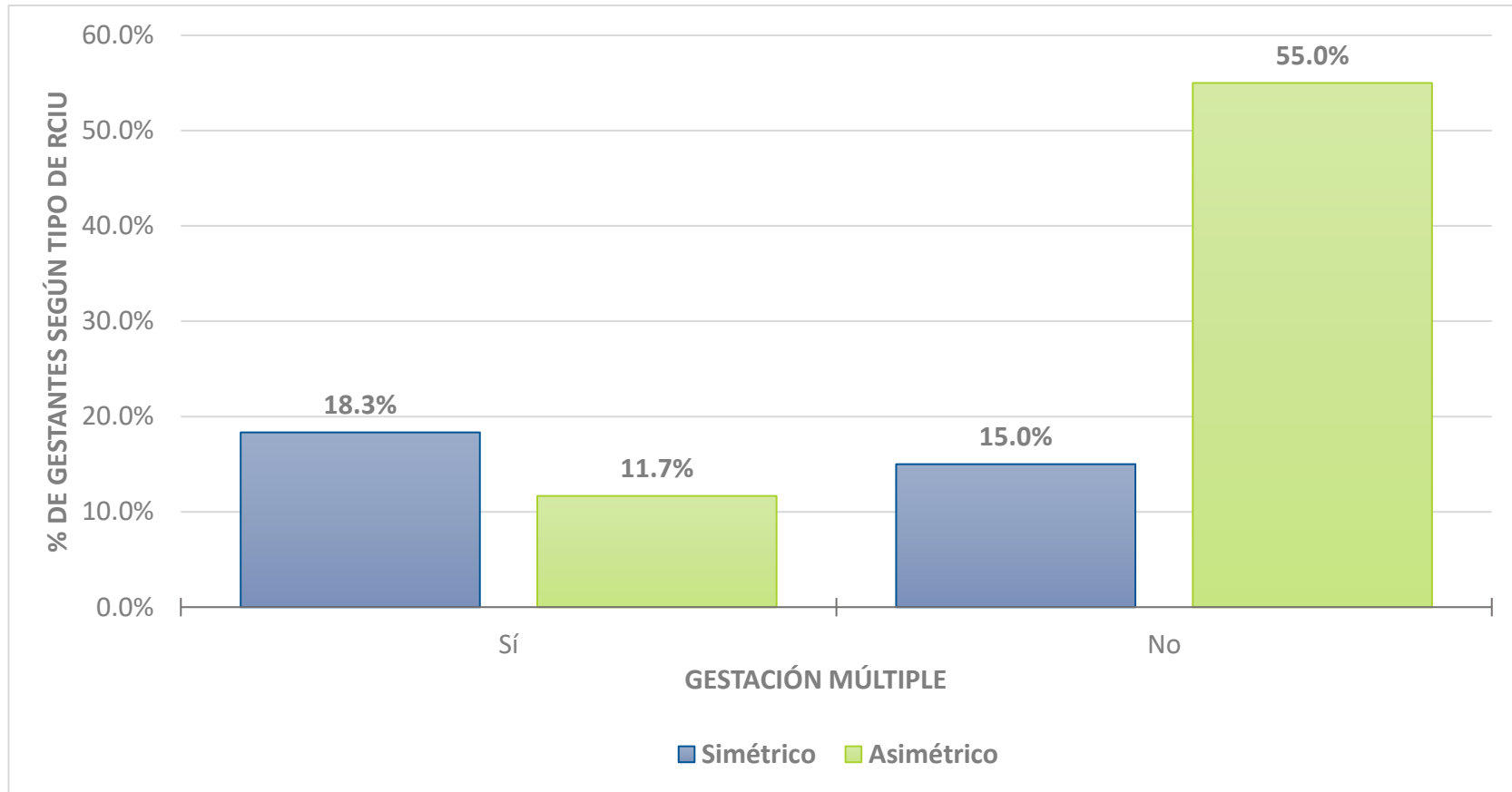
$$Ns = 0,003$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 3,84$$

$$GI = 1$$

**FIGURA 12. RELACIÓN ENTRE LA GESTACIÓN MÚLTIPLE Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**



Fuente: Tab. 12

En la tabla y figura 12 se analizó la relación entre la gestación múltiple y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes atendidas en el HCMM, 2024. Se observó que el 30,0% de las gestantes cursaron un embarazo múltiple, mientras que el 70,0% tuvo gestación única.

Dentro del grupo con RCIU tipo simétrico, el 18,3% presentó gestación múltiple, y el 15,0% tuvo gestación única. Por otro lado, entre las gestantes con RCIU tipo asimétrico, el 11,7% presentó gestación múltiple, y el 55,0% tuvo gestación única.

Al aplicar la prueba estadística del chi cuadrado, se obtuvo un valor  $X^2_{cal}$  de 8,929, mayor al  $X^2_{tab}$  de 3,84, con  $gl = 1$  y  $p = 0,003$ . Esto indica que la asociación es estadísticamente significativa, es decir, existe una relación entre la gestación múltiple y el tipo de RCIU, con predominio del tipo simétrico en estos casos.

**Morales.** (33) indica que los embarazos múltiples suponen una mayor demanda de nutrientes y espacio uterino, lo que limita el crecimiento armónico de los fetos y favorece la aparición de RCIU, especialmente del tipo simétrico, ya que la restricción afecta por igual al desarrollo corporal y cerebral desde etapas tempranas.

Desde el punto de vista perinatal, los embarazos múltiples representan un riesgo inherente para el desarrollo fetal, no solo por la competencia intrauterina, sino también por la mayor frecuencia de complicaciones como parto prematuro y alteraciones placentarias. Este estudio confirma dicha relación significativa en la población evaluada.

**TABLA 13. RELACIÓN ENTRE LOS DEFECTOS CONGÉNITOS Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**

Defectos Congénitos	Tipo de RCIU				Total	
	Simétrico		Asimétrico			
	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	5	8.4%	2	3.3%	7	11.7%
No	15	25.0%	38	63.3%	53	88.3%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>33.4%</b>	<b>40</b>	<b>66.6%</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 5,175$$

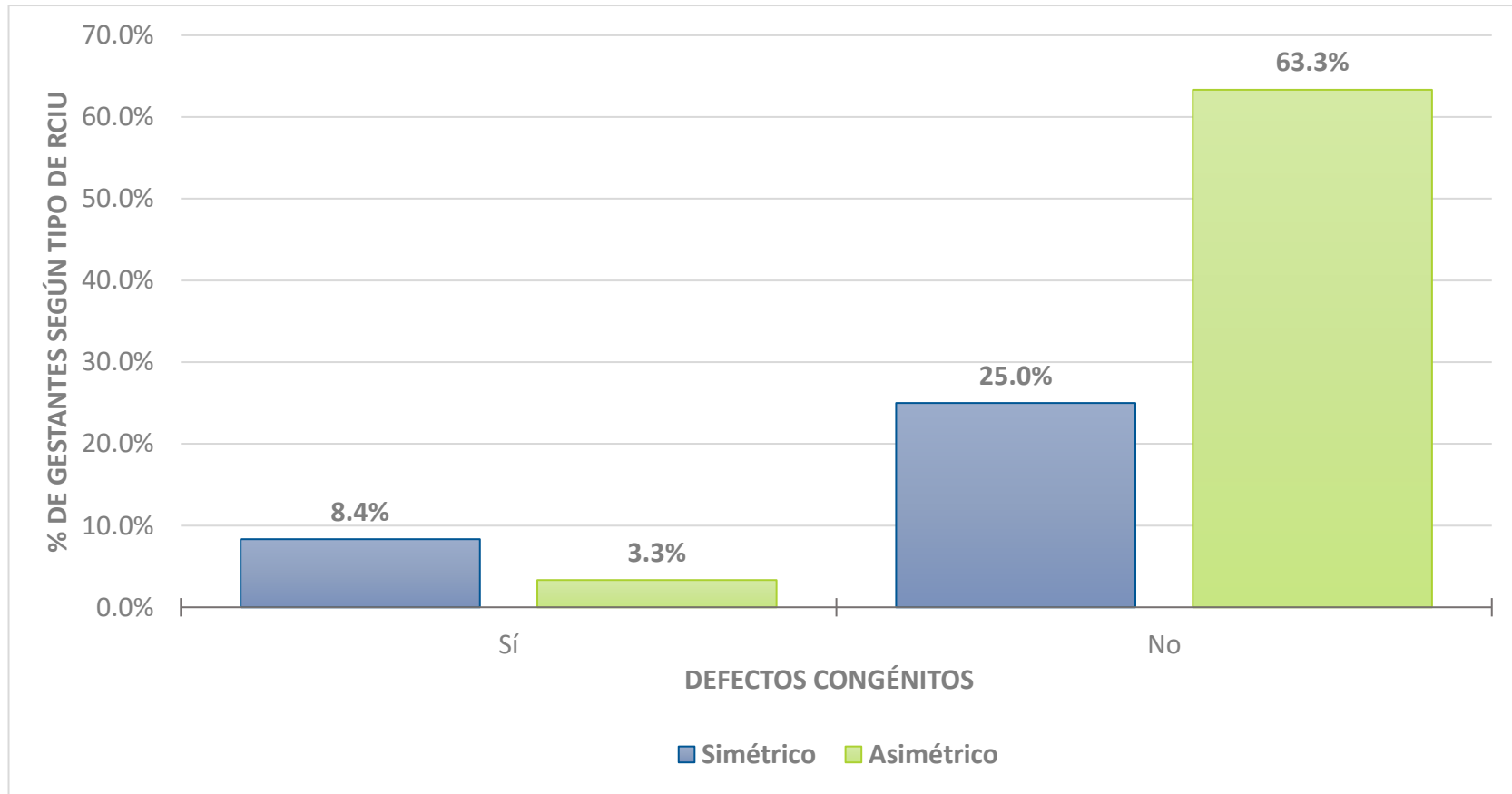
$$Ns = 0,023$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 3,84$$

$$Gl = 1$$

**FIGURA 13. RELACIÓN ENTRE LOS DEFECTOS CONGÉNITOS Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**



Fuente: Tab. 12

En la tabla y figura 13 se evaluó la relación entre la presencia de defectos congénitos en el feto y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU). Se observó que el 11,7% de los casos presentó defectos congénitos, mientras que el 88,3% no presentó esta condición.

En las gestantes con RCIU tipo simétrico, el 8,4% de los casos tenían fetos con defectos congénitos y el 25,0% sin defectos. En el grupo con RCIU tipo asimétrico, el 3,3% presentó defectos congénitos y el 63,3% no los presentó.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 5,175, superior al  $X^2$  tabulado de 3,84. A esto se suma un  $Gl = 1$  y  $P = 0,023$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Harman.** (33) y **Hernández.** (34) sostienen que muchas malformaciones congénitas, especialmente aquellas asociadas a alteraciones cromosómicas, se relacionan estrechamente con RCIU tipo simétrico, ya que afectan globalmente el desarrollo fetal desde etapas muy tempranas del embarazo.

Desde una perspectiva diagnóstica, este tipo de RCIU suele detectarse mediante ecografía morfológica y biometría fetal, ya que el retardo afecta de forma proporcionada la talla, peso y circunferencia craneana. Los resultados de este estudio refuerzan esta asociación y la importancia del cribado prenatal temprano.

**TABLA 14. RELACIÓN ENTRE LAS ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**

Anomalías Cromosómicas	Tipo de RCIU				Total	
	Simétrico		Asimétrico			
	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	4	6.7%	2	3.3%	6	10.0%
No	16	26.7%	38	63.3%	54	90.0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>33.4%</b>	<b>40</b>	<b>66.6%</b>	<b>60</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Formulario de recogida del instrumento

$$X^2_{cal} = 3,333$$

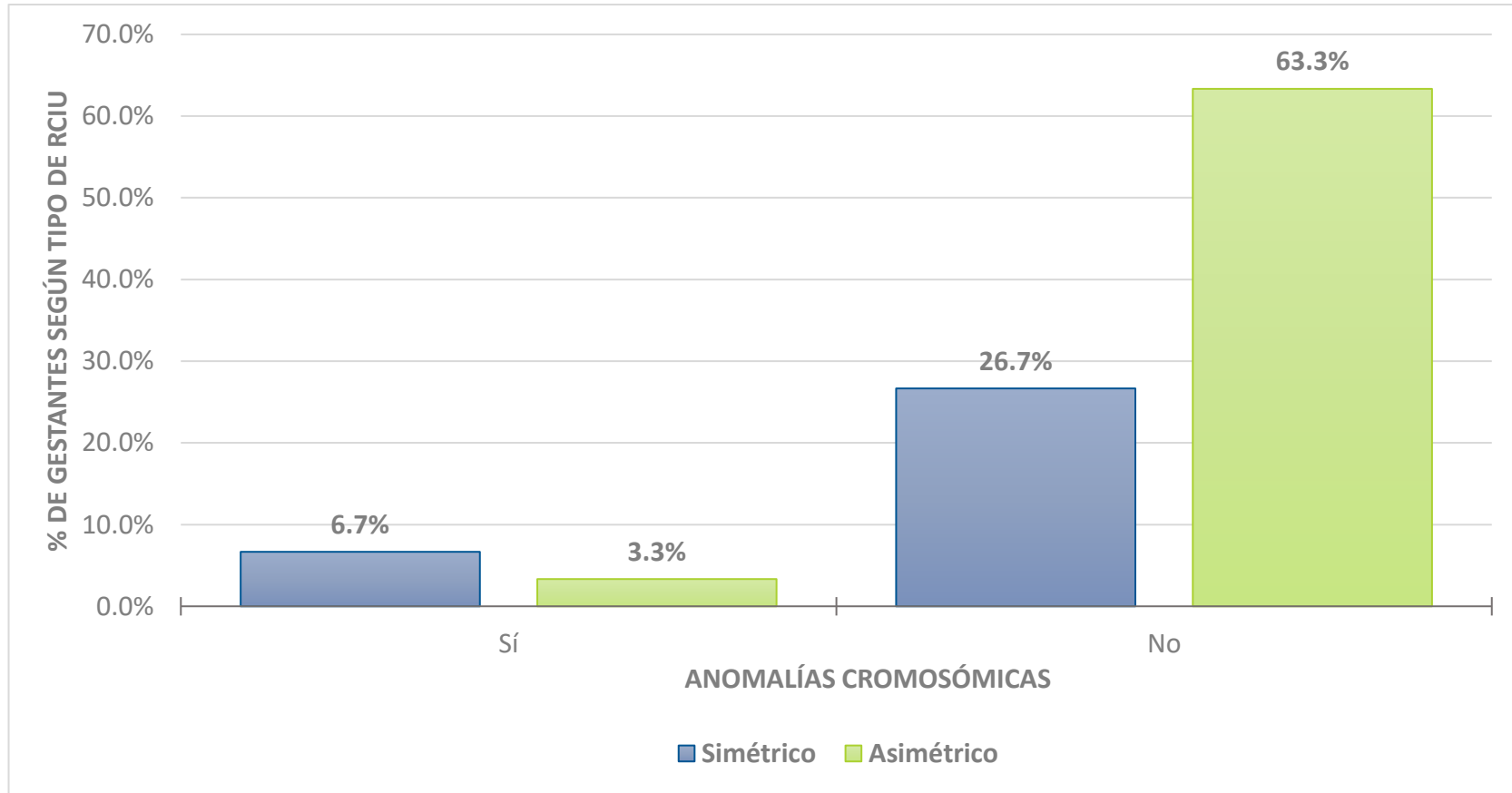
$$Ns = 0,068$$

NO ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 3,84$$

$$Gf = 1$$

**FIGURA 14. RELACIÓN ENTRE LAS ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS Y EL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**



Fuente: Tab. 14

En la tabla y figura 14 se analizó la relación entre la presencia de anomalías cromosómicas y el tipo de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) en gestantes del HCMM. Se encontró que el 10,0% de las gestantes presentó anomalías cromosómicas en el feto, mientras que el 90,0% no presentó estas alteraciones.

Dentro del grupo con RCIU tipo simétrico, el 6,7% tenía anomalías cromosómicas, y el 26,7% no. Entre las gestantes con RCIU tipo asimétrico, el 3,3% presentó anomalías cromosómicas y el 63,3% no.

Abordamos el cruce estadístico mediante el  $\chi^2$ , manteniendo un límite en error de 5%, significativamente ( $p < 0,05$ ), con un  $X^2$  calculado de 3,333, superior al  $X^2$  tabulado de 3,84. A esto se suma un  $G1 = 1$  y  $P = 0,068$  demuestra que un indicador es claramente importante.

**Hernández.** (34) ha demostrado que las anomalías cromosómicas como las trisomías 13, 18 y 21 están estrechamente ligadas al RCIU simétrico, debido a que afectan el desarrollo fetal desde fases muy precoces. Si bien los datos de este estudio respaldan esa tendencia, la muestra no fue suficiente para confirmarlo con significancia estadística.

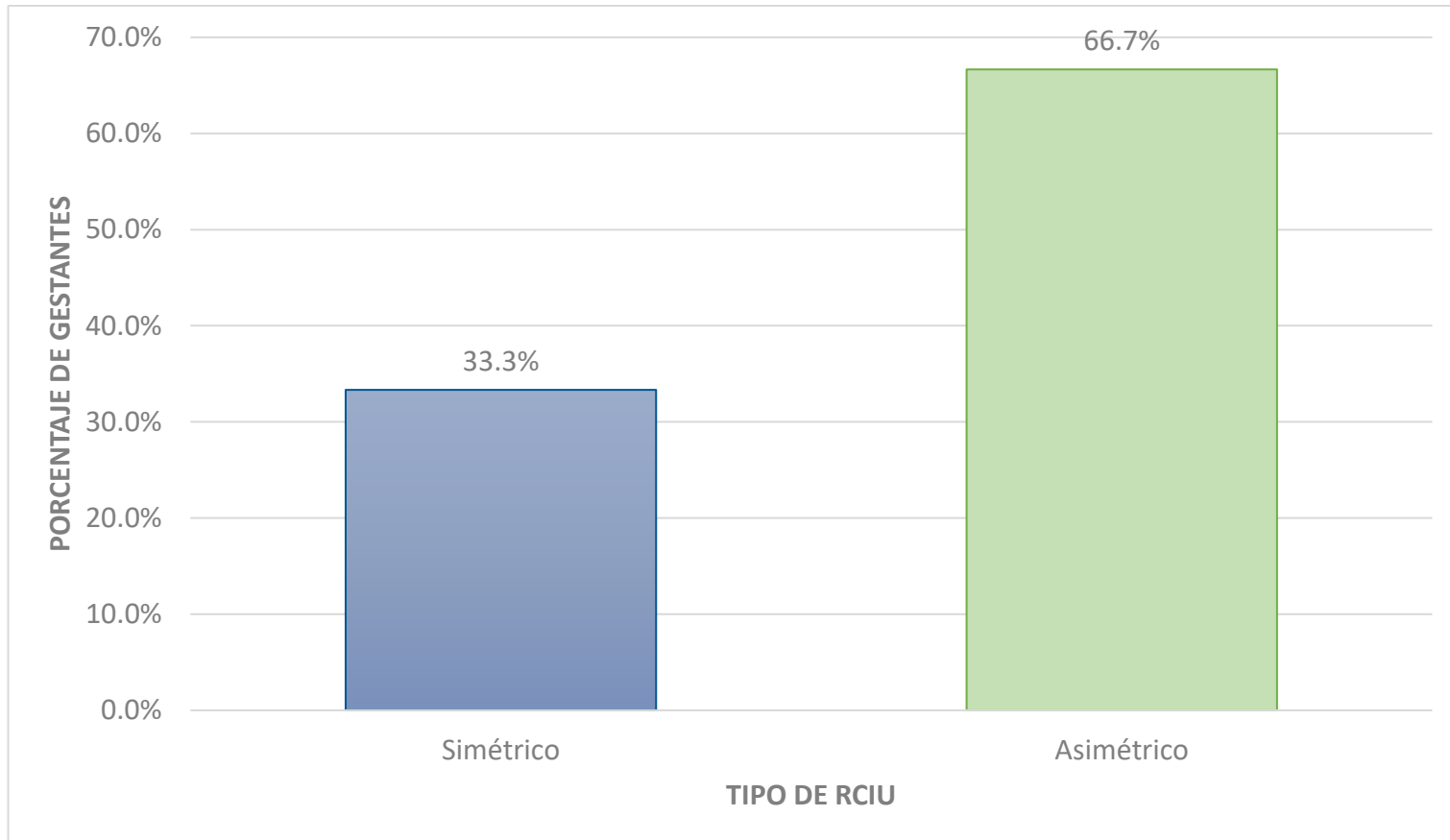
Desde el punto de vista clínico-genético, este tipo de alteraciones suele asociarse a formas severas de restricción del crecimiento, por lo que su detección temprana mediante ecografía y pruebas invasivas sigue siendo fundamental, aún si la asociación estadística no es concluyente.

**TABLA 15. FRECUENCIA DEL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**

Tipo	RCIU	
	fi	%
Simétrico	20	33.3%
Asimétrico	40	66.7%

**Fuente:** Formulario de recogida del instrumento

**FIGURA 15. FRECUENCIA DEL TIPO DE RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HCMM, 2024.**



**Fuente:** Tab. 15

La tabla y figura 15 muestran la distribución del tipo de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) en las gestantes atendidas en el HCMM en el año 2024. Se observó que el 66,7% de los casos correspondió al RCIU tipo asimétrico, mientras que el 33,3% presentó RCIU tipo simétrico.

Estos resultados reflejan una clara predominancia del tipo asimétrico en la población estudiada. Esta forma de RCIU, también conocida como tipo II, suele desarrollarse en etapas más avanzadas del embarazo y está frecuentemente asociada a trastornos maternos adquiridos como preeclampsia, hipertensión o desprendimiento placentario, lo cual coincide con los factores significativamente asociados identificados en este estudio.

**Kovo** (37) explica que en el RCIU tipo asimétrico el cerebro fetal suele preservarse en tamaño (fenómeno conocido como “brain-sparing”), mientras que el resto del cuerpo muestra restricción del crecimiento, resultado de una redistribución hemodinámica en respuesta a hipoxia o malnutrición intrauterina tardía.

Desde el punto de vista clínico, este hallazgo es relevante, ya que permite priorizar el tamizaje ecográfico y doppler fetal en el tercer trimestre, donde suele manifestarse esta forma de restricción. Además, subraya la importancia de controlar factores maternos modificables durante esta etapa.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Se evaluó la hipótesis general de que las características de riesgo obstétrico maternas, placentarias y fetales están asociadas al retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM, Juliaca 2024. No obstante, esta asociación fue estadísticamente significativa solo en ciertos factores, como IMC bajo ( $p = 0.004$ ), estilos de vida ( $p = 0.009$ ), gestación múltiple ( $p = 0.003$ ) y desprendimiento placentario ( $p = 0.039$ ), lo que evidencia la necesidad de un abordaje multifactorial, clínicamente integrado y adaptado al contexto sociogeográfico.

**SEGUNDA:** Se determinó que los factores maternos como el índice de masa corporal bajo pregestacional, los estilos de vida no saludables (alcohol y coca) y los trastornos hipertensivos (preeclampsia y eclampsia) se asocian significativamente. En particular, el IMC bajo presentó un asociado estadístico significativo ( $p = 0.004$ ), los estilos de vida nocivos ( $p = 0.009$ ) y los trastornos hipertensivos ( $p = 0.039$ ). Estos factores influyeron principalmente en la presentación del RCIU tipo asimétrico, resaltando la necesidad de control prenatal riguroso. Por lo tanto, se aceptan las hipótesis en forma parcial.

**TERCERA:** Se identificó los factores placentarios, se halló una asociación significativa entre el desprendimiento placentario y el tipo de RCIU ( $p = 0.039$ ), mientras que placenta previa no mostró relación estadísticamente significativa ( $p = 0.283$ ). Esto indica que el desprendimiento prematuro de placenta tiene un impacto clínico considerable en el desarrollo del RCIU, particularmente en su forma

asimétrica, y debe ser considerado como criterio de alto riesgo obstétrico. Por lo tanto, se aceptan las hipótesis en forma parcial.

**CUARTA:** Se precisó los factores fetales, se encontró asociación significativa entre la gestación múltiple y el tipo de RCIU ( $p = 0.003$ ), así como entre los defectos congénitos ( $p = 0.023$ ) y el RCIU. Sin embargo, las anomalías cromosómicas no alcanzaron significancia estadística ( $p = 0.068$ ). Estos resultados refuerzan la importancia del diagnóstico fetal temprano para reducir complicaciones asociadas a la restricción del crecimiento intrauterino. Por lo tanto, se aceptan las hipótesis en forma parcial.

**QUINTA:** Se definió el tipo de retardo de crecimiento intrauterino más frecuente fue el RCIU tipo II (asimétrico) con una prevalencia del 66.7%, en comparación con el tipo I (simétrico) que representó el 33.3%. Esta distribución refleja que la mayoría de los casos se originan por alteraciones adquiridas en el tercer trimestre del embarazo, como la preeclampsia y la malnutrición, que son en gran medida prevenibles y tratables.

## RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Al Director del HCMM, coordinar con él, Servicio de Nutrición y Obstetricia, para implementar un programa de evaluación nutricional obligatoria en gestantes al inicio del control prenatal, especialmente en zonas rurales y urbano-marginales. Esto permitirá identificar precozmente a mujeres con bajo IMC pregestacional, factor significativamente asociado al RCIU, y aplicar intervenciones nutricionales que contribuyan a reducir el riesgo de nacimientos con restricción del crecimiento.
- SEGUNDA:** Al jefe del departamento de Gineco-Obstetricia del HCMM, establecer un protocolo de vigilancia obstétrica con enfoque diferencial para gestantes con factores de riesgo de desprendimiento placentario (como hipertensión o antecedentes traumáticos). Se sugiere coordinar con el área de Ecografía para programar controles más frecuentes. Esta medida permitirá una detección oportuna de complicaciones placentarias asociadas al RCIU y, con ello, prevenir resultados perinatales adversos.
- TERCERA:** Al jefe del departamento de Gineco-Obstetricia del HCMM, coordinar con el equipo médico de gineco-obstetra para garantizar el acceso a ecografías morfológicas detalladas y tamizajes de anomalías en todas las gestantes con embarazo de riesgo, múltiple o antecedentes genéticos. Esto permitirá identificar tempranamente defectos congénitos relacionados con RCIU y mejorar el pronóstico fetal mediante planificación perinatal individualizada.

**CUARTA:** Al jefe de servicio de obstetricia del HCMM, en coordinación con el área de Estadística y Epidemiología, reforzar el control prenatal en el tercer trimestre, con énfasis en la vigilancia del desarrollo fetal mediante ecografía Doppler y monitoreo clínico, priorizando a las gestantes con antecedentes de hipertensión o estilos de vida nocivos. Esta acción permitirá detectar precozmente RCIU tipo asimétrico, que fue el más frecuente, y reducir los casos de intervención tardía.

**QUINTA:** Al jefe del servicio de obstetricia, liderar la creación e implementación de una Guía Clínica Institucional para la Prevención y Manejo del RCIU, basada en los hallazgos de esta investigación. Y solicitar el apoyo de las autoridades, coordinar con el jefe de departamento de ginecología y obstetricia. integrar a los responsables de los servicios de Obstetricia, Medicina Fetal, Nutrición y Epidemiología. La aplicación de esta guía estandarizará la atención, facilitará decisiones clínicas oportunas y contribuirá a disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal en la región.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Andrade N. El retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) es un problema de salud pública. 2020 [actualizado 02 agosto 2020; publicado: 12 setiembre 2020]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.rciu-i\\_arttext&pid=S0034-75312023000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.rciu-i_arttext&pid=S0034-75312023000100012)
2. Abati S. El retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) en gestantes en Perú 2022 [actualizado 05 agosto 2022; publicado: 10 agosto 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/inei/>
3. Bravo, L. El retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) en gestantes en Juliaca. 2021. [actualizado 02 abril 2021; publicado: 12 mayo 2021]. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.juliaca.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/259>
4. Mijares. Revisión detallada y actualizada de la etiopatogenia, criterios diagnósticos, seguimiento con ecografía Doppler y manejo de la restricción del crecimiento intrauterino, Cuba, 2021 [Internet]. Edit. Obstet Gynecol 2021. [actualizado 10 abril 2021; publicado: 02 mayo 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322024000100003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322024000100003)
5. Castañeda. Retardo del crecimiento intrauterino y sus consecuencias en el feto en madres de Barcelona España 2022. [Internet]. Edit. Obstet Gynecol 2022. [actualizado 14 abril 2022; publicado: 10 mayo 2022]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262015000600010](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000600010)
6. Calderón. Factor clave de diagnóstico oportuno del retardo del crecimiento intrauterino en gestantes del Hospital Nacional de Oruro, 2022. [Internet].

- options. 3rd ed. Elsevier editorial; 2022. [actualizado 18 abril 2022; publicado: 13 mayo 2022]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v80n6/art10.pdf>
7. Morales. Factores de riesgos fetales en la restricción del crecimiento intrauterino en gestantes de Hospital Vicente Corral de Cuenca-Ecuador, desde enero del 2020 hasta enero del 2022. Gynecol [Internet]. Edit. Obstet Gynecol 2022. [actualizado 19 enero 2022; publicado: 11 mayo 2022]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262008000200007](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000200007)
  8. Cardoza. Situación clínica y epidemiológica de la restricción del crecimiento intrauterino en pacientes del Hospital General Docente “Cptan Roberto Rodríguez Fernández” de Morón, desde enero de 2019 a diciembre de 2021. Gynecol [Internet]. Edit. Obstet Gynecol 2021. [actualizado 13 enero 2021; publicado: 10 mayo 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342007000400002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342007000400002)
  9. Gonzáles. Retardo de crecimiento intrauterino y sus consecuencias en el feto, estudio de caso control en el Hospital Belén de Trujillo, 2022. [Internet]. 2022. [actualizado 03 febrero 2022; publicado: 18 mayo 2022]. Disponible en: [https://repebis.upch.edu.pe/articulos/et\\_vita/v2n2/a1.pdf](https://repebis.upch.edu.pe/articulos/et_vita/v2n2/a1.pdf)
  10. Amacuro. Diagnóstico de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del Hospital de Ate, 2023. [Internet]. 2023. [actualizado 02 febrero 2023; publicado: 11 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-crecimiento-intrauterino-factores-reguladores-retraso-articulo-13048406>
  11. Flores. Factores maternos biológicos asociadas a RCIU en hijos de adolescentes nacidos en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2023. [Internet].

2023. [actualizado 04 febrero 2023; publicado: 14 mayo 2023]. Disponible en: <https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/Aowh6PlaxkHE1RomqUlnVOxXrwzVvYUJp11KwSKi.pdf>
12. Aragón. Frecuencia de retardo de crecimiento intrauterino según curva de crecimiento fetal y sus resultados perinatales en hospitales del sur del Perú, 2022. [Internet]. 2022. [actualizado 01 febrero 2022; publicado: 15 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.doctorajaramago.com/rciu/>
13. Barreda. Factores de riesgo de retardo del crecimiento intrauterino en gestantes del Hospital Honorio Delgado Espinoza, 2023. [Internet]. 2023. [actualizado 04 febrero 2023; publicado: 17 mayo 2023]. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/817>
14. Pacori. Curva de referencia peruana del peso de nacimiento para la edad gestacional (CR-PNEG), de acuerdo con criterios propuestos por la OMS y analizar su influencia en la identificación de grupos de alto riesgo en comparación con las curvas de Lubchenco, durante el año 2022, [Internet]. 2022. [actualizado 24 febrero 2022; publicado: 27 mayo 2022]. Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/3700>
15. Quisocala. Factores de riesgo que intervienen en el retardo del crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM de la ciudad de Juliaca, 2022 [Internet]. 2022. [actualizado 05 febrero 2022; publicado: 17 mayo 2022]. Disponible en: [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_ arttext&pid=S0048-77322011000400003](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000400003)
16. Condori. (16), Factores asociados al retraso de crecimiento intrauterino ocurridos en el Hospital ESSALUD, Juliaca, 2023. [Internet]. 2023 [actualizado

06 febrero 2023; publicado: 11 junio 2023]. Disponible en:  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-)

75262015000600010

17. Marín. (17), El RCIU ocupa el segundo lugar dentro de las patologías neonatales. Objetivo: determinar los factores maternos biológicos asociadas a RCIU en hijos de adolescentes nacidos en el HCMM, 2021. [Internet]. 2021. [actualizado 04 febrero 2021; publicado: 19 julio 2021]. Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UANT\\_fb4f58593690afbeb19a1d466bc39223](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UANT_fb4f58593690afbeb19a1d466bc39223)
18. Carcagusto. (18), Características de las embarazadas con restricción del crecimiento intrauterino en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HCMM, 2022. [Internet]. 2022. [actualizado 02 febrero 2022; publicado: 10 julio 2022]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262008000200007](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000200007)
19. Cedeño. Características de riesgo obstétrico de (RCIU) Obstet Gynecol [Internet]. 2019. [actualizado 01 enero 2019; publicado: 11 julio 2019]. Disponible en: [https://bvs.ins.gob.pe/insprint/cindoc/informes\\_tecnicos/73.pdf](https://bvs.ins.gob.pe/insprint/cindoc/informes_tecnicos/73.pdf)
20. Egaña, Característica materna de (RCIU) Obstet Gynecol [Internet]. 2019. [actualizado 09 febrero 2019; publicado: 18 julio 2019]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262015000600010](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000600010)
21. Figueras. Edad de gestante con (RCIU) [Internet]. 2021. [actualizado 22 febrero 2021 publicado: 13 julio 2021]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262009000600008](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000600008)

22. Fuentes. Ocupacion de gestante con (RCIU) [Internet]. 2022. [actualizado 12 febrero 2022; publicado: 14 julio 2022]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v80n6/art10.pdf>
23. Fernández. Procedencia de gestante con (RCIU) [Internet]. 2021. [actualizado 12 febrero 2021; publicado: 11 julio 2021]. Disponible en: [https://bvs.ins.gob.pe/insprint/cindoc/informes\\_tecnicos/73.pdf](https://bvs.ins.gob.pe/insprint/cindoc/informes_tecnicos/73.pdf)
24. Ferrer. Estado civil de gestante con (RCIU) [Internet]. 2019. [actualizado 23 febrero 2019; publicado: 19 julio 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-restriccion-crecimiento-intrauterino-S0716864014706443>
25. Fischer. Instrucción de gestante con (RCIU) [Internet]. 2018. [actualizado 25 febrero 2021; publicado: 18 julio 2021]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/>
26. Galan. Índice de masa corporal en gestación [Internet]. 2021. [actualizado 17 abril 2021; publicado: 16 julio 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342007000400002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342007000400002)
27. Gardosi. Estilos de vida de gestante con (RCIU) [Internet]. 2019. [actualizado 02 febrero 2021; publicado: 10 julio 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16508/v112n6p473.pdf?sequence=1>
28. Gardosi. Trastornos hipertensivos de gestantes con (RCIU) [Internet]. 2022. [actualizado 23 febrero 2022; publicado: 15 julio 2022]. Disponible en: <https://sogba.org.ar/index.php/informacion-cientifica/jornadas-cientificas/2-uncategorised/16-restriccion-de-crecimiento-intrauterino-rciu>

29. Garite. Diabetes en gestantes con (RCIU) [Internet]. 2018. [actualizado 12 febrero 2019; publicado: 19 julio 2019]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262015000600010](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000600010)
30. Grivell. Desprendimiento placentario en gestantes con (RCIU) [Internet]. 2022. [actualizado 25 febrero 2022; publicado: 07 julio 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-restriccion-crecimiento-intrauterino-S0716864014706443>
31. Grote Placenta previa en gestantes con (RCIU) [Internet]. 2017. [actualizado 26 febrero 2022; publicado: 13 julio 2022]. Disponible en: [https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion\\_consensos\\_RCIU\\_FASGO\\_2022.pdf](https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_consensos_RCIU_FASGO_2022.pdf)
32. Haram. Diagnóstico de gestantes con (RCIU) [Internet]. 2021. [actualizado 02 febrero 2021; publicado: 10 julio 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001500.htm>
33. Harman. El retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) por causa fetal. [Internet]. 2022. [actualizado 07 febrero 2022; publicado: 19 julio 2022]. Disponible en: [https://www.inmp.gob.pe/uploads/52y62\\_\(Restricci%C3%B3n\\_del\\_crecimiento\\_fetal\).pdf](https://www.inmp.gob.pe/uploads/52y62_(Restricci%C3%B3n_del_crecimiento_fetal).pdf)
34. Hernandez, Anomalías cromosómicas fetales con (RCIU) [Internet]. 2022. [actualizado 27 febrero 2022; publicado: 18 julio 2022]. Disponible en: <https://www.sarda.org.ar/images/2022/6.pdf>
35. Hernandez, Retardo de crecimiento intrauterino. [Internet]. 2022. [actualizado 24 febrero 2022; publicado: 15 julio 2022]. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322015000300013](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000300013)

36. Howley. Causas del Retardo de crecimiento intrauterino [Internet]. 2017. [actualizado 22 febrero 2022; publicado: 19 julio 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016300608>
37. Kovo. Tipos de Retardo de crecimiento intrauterino [Internet]. 2023 [actualizado 13 febrero 2023; publicado: 17 julio 2023]. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/cir-peg.pdf>
38. Kumar Definición de asociadas. [Internet]. 2022. [actualizado 02 febrero 2022; publicado: 10 julio 2022]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/crecimiento-intrauterino-retardado/>
39. Malik. Definición de características [Internet]. 2023. [actualizado 08 febrero 2023; publicado: 10 julio 2023]. Disponible en: [https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/html/2017/rev-2/44-50\\_restriccion\\_crecimiento\\_fetal.html](https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/html/2017/rev-2/44-50_restriccion_crecimiento_fetal.html)
40. Marsal. Definición de crecimiento [Internet]. 2019. [actualizado 02 febrero 2021; publicado: 10 julio 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322019000100011](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000100011)
41. Maulik. Definición de gestantes. [Internet]. 2019. [actualizado 09 febrero 2019; publicado: 17 julio 2019]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-463420070004000025](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-463420070004000025)
42. Maulik Definición de intrauterino. Internet]. 2021. [actualizado 25 febrero 2021; publicado: 18 julio 2021]. Disponible en: [https://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500crecimiento/14082/12752/Ruelas\\_Rodriguez\\_Ricardo\\_Alejandro.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500crecimiento/14082/12752/Ruelas_Rodriguez_Ricardo_Alejandro.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

43. Monk Definición de obstétrico. [Internet]. 2018. [actualizado 23 agosto 2018; publicado: 10 noviembre 2019]. Disponible en: [https://www.inmp.gob.pe/uploads/52y62\\_\(Restricci%C3%B3n\\_del\\_crecimiento\\_fetal\).pdf](https://www.inmp.gob.pe/uploads/52y62_(Restricci%C3%B3n_del_crecimiento_fetal).pdf)
44. Mook. Definición de riesgo. [Internet]. 2019. [actualizado 02 febrero 2019; publicado: 10 julio 2019]. Disponible en: [https://bvs.ins.gob.pe/insprint/cindoc/informes\\_tecnicos/73.pdf](https://bvs.ins.gob.pe/insprint/cindoc/informes_tecnicos/73.pdf)

# **ANEXOS**

### ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

BD\_RCIU-2.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 15 de 15 variables

	Edad	Ocupación	Procedencia	Estado_civil	Instrucción	IMC	Estilo_vida	Transtornos_hipertensivos	Diabetes	Desprendimiento_placentario	Placenta_previa	Gestación_multiple	Defectos_congénitos	Anomalías_romosómicas
1	de 18 a 34 ...	Ama de casa	Rural	Casada	Primaria	No	Alcohol	Ninguno	Gestacional	Sí	No	Sí	Sí	N
2	< de 18 años	Ama de casa	Urbano	Casada	Secundaria	No	Ninguno	Ninguno	Ninguna	No	No	Sí	No	S
3	de 18 a 34 ...	Estudiante	Urbano	Divorciada	Secundaria	Sí	Ninguno	Ninguno	Gestacional	No	Sí	No	Sí	N
4	> de 34 años	Estudiante	Urbano	Casada	Secundaria	No	Ninguno	Ninguno	Ninguna	No	No	Sí	No	N
5	de 18 a 34 ...	Ama de casa	Rural	Casada	Secundaria	Sí	Coca	Eclampsia	Gestacional	Sí	Sí	No	No	N
6	> de 34 años	Comerciante	Urbano	Casada	Superior	Sí	Ninguno	Ninguno	Ninguna	Sí	No	No	No	N
7	< de 18 años	Independiente	Urbano	Casada	Superior	Sí	Ninguno	Preclampsia	Tipo 2	No	No	No	No	N
8	de 18 a 34 ...	Comerciante	Rural	Soltera	Primaria	No	Ninguno	Ninguno	Ninguna	Sí	No	No	No	N
9	> de 34 años	Ama de casa	Urbano	Soltera	Secundaria	Sí	Ninguno	Ninguno	Tipo 2	No	No	No	No	N
10	de 18 a 34 ...	Independiente	Urbano	Soltera	Superior	No	Ninguno	Ninguno	Tipo 1	No	No	No	Sí	N
11	de 18 a 34 ...	Comerciante	Urbano	Casada	Superior	No	Coca	Ninguno	Ninguna	No	Sí	Sí	No	N
12	> de 34 años	Ama de casa	Rural	Soltera	Primaria	No	Ninguno	Preclampsia	Ninguna	No	No	Sí	No	N
13	de 18 a 34 ...	Comerciante	Urbano	Casada	Secundaria	No	Ninguno	Ninguno	Ninguna	No	No	No	No	N
14	de 18 a 34 ...	Estudiante	Urbano	Divorciada	Primaria	No	Ninguno	Ninguno	Ninguna	No	No	No	No	N
15	< de 18 años	Estudiante	Rural	Soltera	Superior	Sí	Alcohol	Ninguno	Ninguna	Sí	No	Sí	No	N
16	> de 34 años	Independiente	Urbano	Soltera	Primaria	No	Ninguno	Preclampsia	Tipo 1	No	No	No	No	N
17	< de 18 años	Comerciante	Rural	Soltera	Secundaria	Sí	Ninguno	Ninguno	Gestacional	No	Sí	No	No	N
18	> de 34 años	Estudiante	Urbano	Viuda	Superior	No	Ninguno	Ninguno	Ninguna	No	No	Sí	No	N
19	de 18 a 34 ...	Independiente	Rural	Viuda	Secundaria	Sí	Alcohol	Ninguno	Gestacional	No	No	No	No	N
20	de 18 a 34 ...	Ama de casa	Rural	Soltera	Primaria	No	Ninguno	Ninguno	Ninguna	No	No	No	No	N
21	de 18 a 34 ...	Estudiante	Urbano	Divorciada	Secundaria	No	Ninguno	Preclampsia	Tipo 2	Sí	No	No	Sí	N

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

BD\_RCIU-2.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 15 de 15 variables

	Edad	Ocupación	Procedencia	Estado_civil	Instrucción	IMC	Estilo_vida	Transtornos hipertensivos	Diabetes	Desprendimiento_placentario	Placenta_previa	Gestación_multiple	Defectos congénitos	Anomalías romosómicas
22	< de 18 años	Independiente	Rural	Casada	Secundaria	No	Coca	Preclampsia	Gestacional	No	No	No	No	N
23	> de 34 años	Ama de casa	Urbano	Casada	Secundaria	No	Ninguno	Ninguno	Gestacional	No	No	No	No	N
24	> de 34 años	Ama de casa	Urbano	Viuda	Primaria	No	Ninguno	Ninguno	Ninguna	Sí	No	No	No	N
25	> de 34 años	Comerciante	Urbano	Casada	Superior	No	Ninguno	Ninguno	Ninguna	No	No	Sí	No	N
26	de 18 a 34 ...	Estudiante	Urbano	Soltera	Secundaria	No	Coca	Ninguno	Ninguna	No	No	No	No	S
27	< de 18 años	Independiente	Rural	Casada	Primaria	Sí	Alcohol	Ninguno	Gestacional	No	No	No	No	N
28	de 18 a 34 ...	Independiente	Rural	Casada	Secundaria	No	Coca	Preclampsia	Tipo 2	No	No	Sí	No	N
29	de 18 a 34 ...	Independiente	Urbano	Soltera	Primaria	Sí	Coca	Ninguno	Ninguna	No	No	No	Sí	N
30	< de 18 años	Estudiante	Urbano	Soltera	Primaria	No	Ninguno	Ninguno	Ninguna	No	No	No	No	S
31	> de 34 años	Independiente	Urbano	Casada	Secundaria	No	Coca	Ninguno	Ninguna	No	No	Sí	No	S
32	de 18 a 34 ...	Comerciante	Rural	Soltera	Superior	No	Ninguno	Ninguno	Ninguna	No	No	No	No	N
33	de 18 a 34 ...	Ama de casa	Rural	Soltera	Superior	No	Alcohol	Preclampsia	Tipo 2	No	No	No	No	N
34	> de 34 años	Comerciante	Urbano	Divorciada	Primaria	No	Ninguno	Eclampsia	Tipo 2	No	No	No	No	N
35	de 18 a 34 ...	Comerciante	Urbano	Casada	Secundaria	No	Ninguno	Ninguno	Gestacional	No	No	No	No	N
36	> de 34 años	Ama de casa	Urbano	Soltera	Secundaria	Sí	Alcohol	Ninguno	Ninguna	Sí	No	Sí	No	N
37	de 18 a 34 ...	Ama de casa	Urbano	Soltera	Primaria	Sí	Ninguno	Ninguno	Ninguna	No	No	Sí	No	N
38	de 18 a 34 ...	Ama de casa	Urbano	Divorciada	Superior	No	Ninguno	Ninguno	Ninguna	No	Sí	Sí	No	N
39	> de 34 años	Ama de casa	Urbano	Casada	Primaria	No	Ninguno	Ninguno	Gestacional	No	No	No	No	N
40	de 18 a 34 ...	Independiente	Urbano	Soltera	Primaria	No	Alcohol	Ninguno	Ninguna	Sí	No	No	No	N
41	de 18 a 34 ...	Comerciante	Urbano	Soltera	Secundaria	No	Ninguno	Ninguno	Gestacional	Sí	No	No	No	N
42	> de 34 años	Independiente	Urbano	Viuda	Secundaria	Sí	Alcohol	Ninguno	Gestacional	No	No	Sí	No	N

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

BD\_RCIU-2.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 15 de 15 variables

	Edad	Ocupación	Procedencia	Estado_civil	Instrucción	IMC	Estilo_vida	Transtornos_hipertensivos	Diabetes	Desprendimiento_placentario	Placenta_previa	Gestación_multiple	Defectos_congénitos	Anomalías_romosómicas
40	de 18 a 34 ...	Independiente	Urbano	Soltera	Primaria	No	Alcohol	Ninguno	Ninguna	Sí	No	No	No	N
41	de 18 a 34 ...	Comerciante	Urbano	Soltera	Secundaria	No	Ninguno	Ninguno	Gestacional	Sí	No	No	No	N
42	> de 34 años	Independiente	Urbano	Viuda	Secundaria	Sí	Alcohol	Ninguno	Gestacional	No	No	Sí	No	N
43	de 18 a 34 ...	Comerciante	Urbano	Viuda	Primaria	Sí	Alcohol	Ninguno	Ninguna	No	No	No	No	N
44	> de 34 años	Comerciante	Urbano	Casada	Secundaria	Sí	Ninguno	Preclampsia	Ninguna	Sí	Sí	No	No	N
45	> de 34 años	Comerciante	Urbano	Soltera	Secundaria	No	Alcohol	Ninguno	Gestacional	Sí	No	No	No	N
46	< de 18 años	Independiente	Urbano	Soltera	Superior	Sí	Ninguno	Ninguno	Tipo 2	No	No	Sí	Sí	S
47	de 18 a 34 ...	Ama de casa	Rural	Casada	Secundaria	No	Ninguno	Eclampsia	Ninguna	Sí	No	No	No	N
48	de 18 a 34 ...	Estudiante	Urbano	Soltera	Primaria	No	Ninguno	Ninguno	Gestacional	Sí	No	No	No	N
49	> de 34 años	Ama de casa	Urbano	Casada	Primaria	No	Ninguno	Ninguno	Ninguna	No	No	No	No	N
50	< de 18 años	Ama de casa	Rural	Soltera	Secundaria	No	Ninguno	Ninguno	Gestacional	No	No	No	No	S
51	de 18 a 34 ...	Ama de casa	Urbano	Soltera	Secundaria	Sí	Ninguno	Ninguno	Ninguna	No	No	Sí	No	N
52	< de 18 años	Ama de casa	Urbano	Soltera	Secundaria	No	Ninguno	Preclampsia	Ninguna	No	No	No	No	N
53	> de 34 años	Comerciante	Urbano	Soltera	Secundaria	Sí	Ninguno	Ninguno	Tipo 1	No	No	No	No	N
54	> de 34 años	Independiente	Rural	Divorciada	Secundaria	No	Ninguno	Ninguno	Ninguna	Sí	No	No	No	N
55	> de 34 años	Independiente	Urbano	Casada	Secundaria	Sí	Alcohol	Ninguno	Ninguna	No	Sí	No	Sí	N
56	< de 18 años	Ama de casa	Urbano	Soltera	Secundaria	Sí	Ninguno	Ninguno	Ninguna	No	No	Sí	No	N
57	de 18 a 34 ...	Independiente	Urbano	Soltera	Superior	No	Ninguno	Preclampsia	Gestacional	Sí	No	No	No	N
58	> de 34 años	Independiente	Urbano	Casada	Superior	No	Ninguno	Preclampsia	Ninguna	No	Sí	Sí	No	N
59	de 18 a 34 ...	Independiente	Rural	Casada	Superior	Sí	Ninguno	Eclampsia	Ninguna	No	No	No	No	N
60	> de 34 años	Ama de casa	Rural	Casada	Secundaria	No	Ninguno	Ninguno	Ninguna	No	No	No	No	N

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

## ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

### TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOSMONGE MEDRANO JULIACA 2024.

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	METODOLOGIA
<b>PG.-</b> ¿Cuáles son las características de riesgo obstétrico asociadas a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca 2024?	<b>OG.</b> – Determinar las características de riesgo obstétrico más asociadas a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca 2024.	<b>HG.</b> -Las características maternas, placentarias y fetales, de riesgo obstétrico están asociadas a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca 2024.			1.1.1 Edad	a.- < de 18 años b.- de 18 a 34 años c.- > de 34 años	<b>1.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</b> No experimenta.  <b>2.- TIPO DE INVESTIGACIÓN:</b> Tipo básico de nivel relacional corte transversal.  <b>3.- METODO:</b> Hipotético- deductivo con enfoque cuantitativo.  <b>4.- POBLACIÓN:</b> La población elegida estará conformada por 60 pacientes, con diagnóstico de retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM de Juliaca 2024.  <b>5.- MUESTRA:</b> Se realizó el trabajo con el 100% de la población de pacientes que en muestra son 60 gestantes, con diagnóstico de retardo
					1.1.2 Ocupación	a.- Ama de casa b.- Estudiante c.- Comerciante d.- Independiente	
					1.1.3 Procedencia	a.- Rural b.- Urbana	
					1.1.4 Estado civil	a.- Soltera b.- Casada c.- Viuda d.- Divorciada	
					1.1.5 Grado de instrucción	a.- Primaria b.- Secundaria c.- Superior	
					1.1.6 Índice de masa corporal bajo pre gestacional	a.- Si b.- No	
					1.1.7 Estilos de vida	a.- Alcohol b.- Coca c.- Niega	
					1.1.8 Trastornos hipertensivos	a.- Pre eclampsia b.- Eclampsia c.- Ninguno	
					1.1.9 Diabetes	a.- Tipo 1 b.- Tipo 2 c.- Diabetes gestacional d.- ninguno	
<b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b>	1.- Características de riesgo obstétrico.	1.1 Materno.			
<b>PE1.-</b> ¿Cuáles son las características de riesgo obstétrico materno más asociadas a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca?	<b>OE1.-</b> Identificar las características de riesgo obstétrico materno más asociadas a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca.	<b>HE1.-</b> Las características de edad y trastornos hipertensivos de riesgo obstétrico materno se asocian a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca.					
<b>PE2.-</b> ¿Cuáles son las características de riesgo obstétrico placentario más asociadas a retardo de crecimiento	<b>OE2.-</b> Discernir las características de riesgo obstétrico placentario más asociadas a retardo de crecimiento	<b>HE2.-</b> Las características de riesgo obstétrico de placenta previa se asocian a retardo de crecimiento intrauterino					

<p>intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca?</p> <p><b>PE3.-</b> ¿Cuáles son las características de riesgo obstétrico fetal más asociadas a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca?</p> <p><b>PE4.-</b> ¿Cuál es el tipo de retardo de crecimiento intrauterino más asociadas a gestantes del HCMM Juliaca?</p>	<p>intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca.</p> <p><b>OE3.-</b> Distinguir las características de riesgo obstétrico fetal más asociadas a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca.</p> <p><b>OE4.-</b> Evaluar el tipo de retardo de crecimiento intrauterino más asociadas a gestantes del HCMM Juliaca.</p>	<p>en gestantes del HCMM Juliaca.</p> <p><b>HE3.-</b> Las características de riesgo obstétrico fetal con defectos congénitos, se asocian a retardo de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM Juliaca.</p> <p><b>HE4.-</b> El tipo I, de retardo de crecimiento intrauterino, está asociado a gestantes del HCMM Juliaca.</p>		1.2 Placentario	1.2.1 Desprendimiento placentario	a.- Si b.- No	<p>de crecimiento intrauterino en gestantes del HCMM de Juliaca 2024.</p> <p><b>6.- TÉCNICA:</b></p> <p>VARIABLE 1: análisis documental</p> <p>VARIABLE 2: análisis documental.</p> <p>TÉCNICA 2: Análisis documental</p> <p><b>7.- INSTRUMENTOS</b></p> <p>Variable 1.- Formulario de recogida del instrumento</p> <p>Variable 2.- Formulario de recogida del instrumento</p>
					1.2.2 Placenta previa	a.- Si b.- No	
				1.3 Fetal	1.3.1 Gestación múltiple	a.- Si b.- No	
					1.3.2 Defectos congénitos	a.- Si b.- No	
			1.3.3 Anomalías cromosómicas		a.- Si b.- No		
			2. Retardo de crecimiento intrauterino.	2.1 Tipos	2.1.1 Clasificación ecográfica	a.- Simétrico b.- Asimétrico	

## ANEXO 3: INSTRUMENTOS

## FORMULARIO DE RECOGIDA DEL INSTRUMENTO

CÓDIGO DEL PACIENTE		DIAGNOSTICO	
<b>1. CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO.</b>			
<b>1.1 Materno</b>	<b>1.1.1 Edad</b>	a.- < de 18 años b.- de 18 a 34 años c.- > de 34 años	( ) ( ) ( )
	<b>1.1.2 Ocupación</b>	a.- Ama de casa b.- Estudiante c.- Comerciante d.- Independiente	( ) ( ) ( ) ( )
	<b>1.1.3 Procedencia</b>	a.- Rural b.- Urbana	( ) ( )
	<b>1.1.4 Estado civil</b>	a.- Soltera b.- Casada c.- Viuda d.- Divorciada	( ) ( ) ( ) ( )
	<b>1.1.5 Grado de instrucción</b>	a.- Primaria b.- Secundaria c.- Superior	( ) ( ) ( )
	<b>1.1.6 Índice de masa corporal bajo pre gestacional</b>	a.- Si b.- No	( ) ( )
	<b>1.1.7 Estilos de vida</b>	a.- Alcohol b.- Coca c.- Niega	( ) ( ) ( )
	<b>1.1.8 Trastornos hipertensivos</b>	a.- Pre eclampsia b.- Eclampsia c.- Ninguno	( ) ( ) ( )
	<b>1.1.9 Diabetes</b>	a.- Tipo 1 b.- Tipo 2 c.- Diabetes gestacional d.- Ninguno	( ) ( ) ( ) ( )
<b>1.2 Placentario</b>	<b>1.2.1 Desprendimiento placentario</b>	a.- Si b.- No	( ) ( )

	<b>1.2.2 Placenta previa</b>	a.- Si b.- No	( ) ( )
<b>1.3 Fetal</b>	<b>1.3.1 Gestación múltiple</b>	a.- Si b.- No	( ) ( )
	<b>1.3.2 Defectos congénitos</b>	a.- Si b.- No	( ) ( )
	<b>1.3.3 Anomalías cromosómicas</b>	a.- Si b.- No	( ) ( )
<b>2. RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO</b>			
<b>2.1 Tipos</b>	<b>2.1.1 Tipo I</b>	a.- Simétrico	( )
	<b>2.1.2 Tipo II</b>	b.- Asimétrico	( )

## ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

### VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### JUICIO DE EXPERTOS

**TÍTULO DE LA TESIS:** CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

**ESPECIALIDAD:** Ginecología y Obstetricia

**COLEGIATURA:** 26979 **FECHA:** 19/04/2025

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	✓
La estructura del instrumento es el adecuado	✓
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	✓
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓
Los ítems son claros y entendibles	✓
El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓
*se deben eliminar algunos ítems	✓
<b>TOTAL</b>	16

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)

## VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### JUICIO DE EXPERTOS

**TÍTULO DE LA TESIS:** CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

**ESPECIALIDAD:**..... *Ginecología y Obstetricia* .....

**COLEGIATURA:**..... *21318* ..... **FECHA:**..... *19/04/25* .....

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	✓
La estructura del instrumento es el adecuado	✓
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	✓
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓
Los ítems son claros y entendibles	✓
El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓
*se deben eliminar algunos ítems	✓
<b>TOTAL</b>	<i>16</i>

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)

## VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### JUICIO DE EXPERTOS

**TÍTULO DE LA TESIS:** CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

**ESPECIALIDAD:** Ginecología y Obstetricia

**COLEGIATURA:** 32016 **FECHA:** 19/04/2025

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	✓
La estructura del instrumento es el adecuado	✓
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	✓
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓
Los ítems son claros y entendibles	✓
El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓
*se deben eliminar algunos ítems	✓
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)

## ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

Juliaca, 05 de Mayo del 2025

CARTA N° 302 - 2025 - J-UADI-HCMM-RED-S-SR/J

Señor(es):

Eco. MARTINA QUISPE OBLITAS  
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA DEL HCMM

PRESENTE.-

**ASUNTO** : PRESENTA A BACHILLER PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACION.

**SOLICITANTE** : Sr. JEAN PIERRE JULIO SALAS CARRERA

REGISTRO N° 8704 – 2025

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente, así mismo presentarle al Bachiller de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA de la UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ, quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado "**CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**", contando con la opinión favorable de las instancias correspondientes, considera procedente para que el interesado obtenga información para el proyecto de investigación, solicito le brinde las facilidades para recabar información.

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la **OPINION FAVORABLE** para que el interesado realice lo solicitado dentro de la Institución a partir de la fecha, al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la biblioteca del Hospital.

Atentamente,

EUCG/ccf  
Cc. Interesado





ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: 21 DE OCTUBRE 2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: Jean Pierre Julio Salas Carrera

Dirección: Jr. Pumacahua N° 500 - Juliaca

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 73298609

Teléfono: 935563214 email: plastigrap@gmail.com

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Facultad y/o Escuela de Posgrado: Ciencias de la Salud

Escuela Profesional o Mención: Medicina Humana

Título o Grado Académico a optar: Médico Cirujano

Asesor: Dra. Maria Concepcion Figueroa Vilca

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones

Trabajo de Investigación  Tesis  Trabajo de Suficiencia Profesional  Trabajo Académico

Título: CARACTERÍSTICAS DE RIESGO OBSTÉTRICO ASOCIADAS A RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Riesgo obstétrico, retardo de crecimiento intrauterino,

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV <sup>1,2</sup> ?

2

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

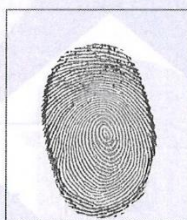
En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: MEDICINA HUMANA – P09

Firma de Autor



huella digital

21 DE OCTUBRE 2025

Fecha