



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO DEL
RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. GIOVANNI MADELEY GUILLERMO CCORI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA

JULIACA – PERÚ

2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO DEL
RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. GIOVANNI MADELEY GUILLERMO CCORI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:


Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

PRIMER MIEMBRO

:


Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

SEGUNDO MIEMBRO

:


M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

ASESOR DE TESIS

:


Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

:

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – P06

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 1033 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 04 de noviembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 9533 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: **FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS 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: de **OBSTETRA** del (la) bachiller: **GUILLERMO CCORI GIOVANNI MADELEY** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * **Presidente** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

- * **Asesor (a)** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

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

DIA : MIERCOLES 05 DE NOVIEMBRE DEL 2025
HORA : 15:00 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 Obstetricia 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)

Dra. Gabriela Betty Arias Luque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**RESOLUCIÓN DECANAL N°893 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 09 de octubre del 2025

VISTOS: Expediente. 2025-CU-9175 presentada por e l(la) Bachiller **LARICO ZAPANA ELVIS** quien solicita el cambio del asesor del borrador de tesis de investigación de tesis para optar el título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**

CONSIDERANDO: Que, según Resolución Decanal N° 049 -2025-D-FCS-UANCV, se aprueba de la propuesta de Tesis: **MANIFESTACIONES CLÍNICAS RELACIONADAS AL DIAGNÓSTICO DE PREECLAMIA 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. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**
- * **1er. Miembro** : **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**
- * **2do. Miembro** : **Dra, MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**

- * **Asesor** : **Dra, MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**

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° 012-2025-UI-FCS-UANCV-J** solicitando la emisión de la resolución de cambio del primer asesor por motivos ya no tiene vínculo con la UANCV; y,

Estando con la opinión 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 concede 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 modificado 2020 de la UANCV, aprobado con resolución N°0018 -2020 -UANCV -AU- R-

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR EL CAMBIO del ASESOR (A) designados a él (la) Bachiller: **LARICO ZAPANA ELVIS** del tema Titulado **MANIFESTACIONES CLÍNICAS RELACIONADAS AL DIAGNÓSTICO DE PREECLAMIA 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** : **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**
- * **2do. Miembro** : **Dra, MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**

- * **Asesor** : **Dra, SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**

* **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



RESOLUCIÓN N° 048-2025-UI-FCS-UANCV-J

Juliaca, 08 de setiembre del 2025

Visto: el Expediente oficio N° 7443-CU 2025 de fecha 04 de setiembre del 2025, Presentado Por el Bach. **GUILLERMO CCORI GIOVANNI MADELEY**, quien solicita Revisión y emisión de la Resolución de Informe Final de Investigación titulado: **FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024**, por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de **OBSTETRICIA**

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. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- * **Asesor** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA

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° 221-2025-D-FCS-UANCV-J**, conducente para optar el Título profesional de **OBSTETRA**

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN para la REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN, del tema **FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024**, presentado por el (la) Bach. **GUILLERMO CCORI GIOVANNI MADELEY**, para optar el Título profesional de **OBSTETRA**, en virtud de los considerandos expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO: RATIFICAR como ASESOR(a) a la: **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA**

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 NESTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Signature]
Dra. María Concepción Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



RESOLUCIÓN DECANAL N° 221 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 24 de abril del 2025

VISTOS:

El Informe N° 016 -2025-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 22 de abril de la E.P. de Obstetricia folio 000135;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **GUILLERMO CCORI GIOVANNI MADELEY** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación **SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA**

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** : **M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- * **2do. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 606-2025-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta 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.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **GUILLERMO CCORI GIOVANNI MADELEY**, para optar el Título Profesional de **OBSTETRA** titulado : **FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS 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, **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**

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 Obstetricia quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
Gabriela Betty Arias Luque
Dra. Gabriela Betty Arias Luque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: Decanato, EP: Obstetricia Secretaria Académica, Archivo.



20% 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
- 4% Publicaciones
- 18% 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.

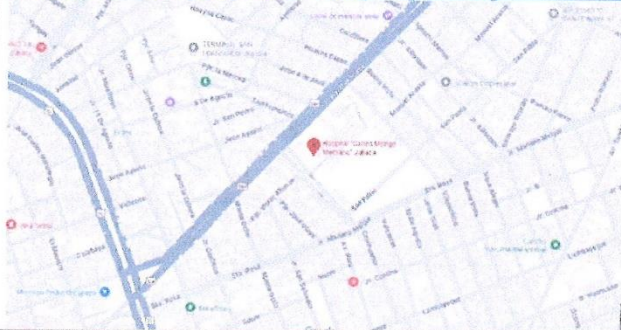
Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos Complementarios

FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	GIOVANNI MADELEY GUILLERMO CCORI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70525760
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0001-1983-5855
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29344129
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4559-141X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784



Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA P-06
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>País: Perú</p> <p>Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca</p> <p>Latitud: -15.48206 Longitud: -70.12583 https://maps.app.goo.gl/uLq9uqQ7QdjaCWCR8</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Abril 2025 - Setiembre 2025
URL de disciplinas OCDE	<p>Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p> <p>Medicina clínica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

M. Concepción Figueroa Vilca
Dra. María Concepción Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CUSCO



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo GIOVANNI MADELEY GUILLERMO CCORI, identificado con DNI Nro. 70525760, en mi condición de egresado de:

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

OBSTETRICIA

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

FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024

Asesorado por: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

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 __10__ de noviembre del 2025

Firma del Asesor (obligatoria)

Firma del Estudiante (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios con un gran cariño a nuestro Señor Todopoderoso, quien fue el encargado de proporcionarme las fuerzas necesarias para lograr las metas propuestas como profesional, para lo cual se realizó este trabajo.

A mis maravillosos padres quienes me proporcionaron los medios necesarios que fueron indispensables para completar el propósito establecido y con su confianza formidable y así poder culminar esta larga travesía



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez por proporcionarme los recursos que eran primordiales y por darme el acceso el entorno académico que me han permitido desarrollarme en este proceso de investigación.

Con gratitud hacia la Dra. María Amparo Del Pilar Chambi Catacora, quien fue la encargada de asesorar este proyecto, donde a lo largo de este extenso año me proporcionó de sus consejos con mucha paciencia, comprensión y orientación en todo este proceso. Su apoyo y dedicación han sido fundamentales para poder llevar a cabo esta indagación.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA..... iii

AGRADECIMIENTO..... iv

ÍNDICE GENERAL..... v

ÍNDICE DE TABLAS viii

ÍNDICE DE FIGURAS ix

RESUMEN x

ABSTRACT xi

INTRODUCCIÓN xii

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 1

 1.1.1. Problema principal..... 3

 1.1.2. Problemas específicos 3

1.2. JUSTIFICACIÓN..... 3

 1.2.1. Justificación Teórica..... 3

 1.2.2. Justificación practica 4

 1.2.3. Justificación metodológica 5

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 5

 1.3.1. Objetivo general 5

 1.3.2. Objetivos específicos 5

1.4. HIPÓTESIS..... 6

 1.4.1. Hipótesis general..... 6



1.4.2. Hipótesis específicas.....6

1.5. VARIABLES.....6

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE.....7

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN8

 2.1.1. A Nivel Internacional8

 2.1.2. A nivel nacional.....12

 2.1.3. A nivel local.....20

2.2. MARCO TEÓRICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO.....25

2.3. MARCO CONCEPTUAL42

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....43

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN43

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN44

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA44

 3.4.1. Población44

 3.4.2. Muestra44

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.46

 3.5.1. Técnicas.....46

 3.5.2. Instrumentos46

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS46



3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	47
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	48
3.8.1. Validez	48
3.8.2. Confiabilidad	48

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIONES.....	75
RECOMENDACIONES	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	84
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	91
ANEXO 3: INSTRUMENTO:	93
ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	95
ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN	101



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Relación de la edad y el peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024	49
Tabla 2.	Relación de la paridad y el peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024.....	52
Tabla 3.	Relación del inicio de atenciones prenatales y el peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024	55
Tabla 4.	Relación del antecedentes de parto y el peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024.....	58
Tabla 5.	Relación del periodo intergenésico y el peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024.....	61
Tabla 6.	Relación de la infección urinaria y el peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024.....	64
Tabla 7.	Relación de la ruptura prematura de membranas y el peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024	67
Tabla 8.	Relación de la anemia y el peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024.....	70
Tabla 9.	El peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024	73



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Relación de la edad y el peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024 50

Figura 2. Relación de la paridad y el peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024..... 53

Figura 3. Relación del inicio de atenciones prenatales y el peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024 56

Figura 4. Relación del antecedentes de parto y el peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024..... 59

Figura 5. Relación del periodo intergenésico y el peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024..... 62

Figura 6. Relación de la infección urinaria y el peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024..... 65

Figura 7. Relación de la ruptura prematura de membranas y el peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024 68

Figura 8. Relación de la anemia y el peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024..... 71

Figura 9. El peso del recién nacido en puérperas del hospital carlos monge medrano, juliaca 2024 73



RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación que existe entre los factores maternos y el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

Material y métodos: Estudio de tipo básico de nivel correlacional con un diseño no experimental transversal, de enfoque cuantitativo y retrospectiva. Donde se usó la técnica del análisis documental y como instrumento ficha de recolección de datos.

La muestra estuvo conformada por 315 pacientes. **Resultados:** Se muestra los factores maternos preexistentes que se relacionan con el peso del recién nacido.

El 54.9 % pertenecían al grupo etario de 18 a 29 años ($p = 0.000$), el 48.8% eran multíparas ($p = 0.011$) y el 47.3 % con un período intergenésico menor a 24 meses ($p = 0.002$), evidenciando una relación significativa. No se halló relación con el inicio

de las atenciones prenatales, ya que el 54.9 % inició en el primer trimestre ($p = 0.060$), ni con el antecedente de aborto, el 81.9% no tuvo ($p = 0.667$). En los factores patológicos El 65.7% si presento infección urinaria ($p = 0.000$), el 47.9% presento anemia leve ($p = 0.000$).

Por otro lado, no se halló relación con la ruptura prematura de membranas ya que el 73% no presento rpm ($p = 0.060$). el peso del recién nacido encontrándose que el 48.9% de los recién nacidos presentaron un peso bajo, comprendido de <2 500 gramos.

Conclusiones: Se encontró una relación significativa entre los factores maternos, como la edad, paridad y periodo intergenésico, destacando que los factores patológicos fueron los que presentaron la mayor asociación en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024.

Palabras clave: Factores, maternos, peso, puérperas y recién nacido

**ABSTRACT**

Objective: To analyze the relationship between maternal factors and newborn weight in postpartum women at Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca 2024.

Materials and methods: A basic correlational study with a non-experimental, cross-sectional design, a quantitative and retrospective approach. The documentary analysis technique was used and a data collection form was used as an instrument.

The sample consisted of 315 patients. **Results:** Preexisting maternal factors that are related to newborn weight are shown. 54.9% belonged to the age group of 18 to 29 years ($p = 0.000$), 48.8% were multiparous ($p = 0.011$) and 47.3% with an intergenetic period less than 24 months ($p = 0.002$), evidencing a significant relationship. No relationship was found with the start of prenatal care, since 54.9% began in the first trimester ($p = 0.060$), nor with the history of abortion, 81.9% did not have ($p = 0.667$). In pathological factors 65.7% did have urinary tract infection ($p = 0.000$), 47.9% presented mild anemia ($p = 0.000$). On the other hand, no relationship was found with premature rupture of membranes since 73% did not present rpm ($p = 0.060$). the weight of the newborn, finding that 48.9% of newborns had a low weight, understood as <2500 grams. **Conclusions:** A significant relationship was found between maternal factors such as age, parity, and intergenerational period, with pathological factors showing the highest association at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca during the year 2024.

Keywords: Factors, maternal, weight, postpartum women, and newborn



INTRODUCCIÓN

Los factores maternos vinculados al peso del neonato en gestantes que han dado a luz comprenden diversas condiciones que afectan a la madre durante el embarazo y que tienen potencial para impactar directa o indirectamente sobre el peso al nacer del neonato. Estos agentes incluyen aspectos biológicos, sociales y de salud que deben ser considerados para asegurar un adecuado desarrollo fetal y un estado de bienestar ideal tanto para la fémica en estado de gestación como para el neonato. (1)

Las patologías maternas preexistentes también influyen en el peso del neonato donde Las condiciones de salud permanentes, incluyendo los desórdenes del metabolismo de la glucosa, la tensión elevada o las alteraciones hormonales tiroideas, tienen la capacidad de alterar tanto el flujo sanguíneo como la nutrición fetal, lo cual eleva la probabilidad de un peso insuficiente al momento del alumbramiento o bajo determinadas condiciones, el de un feto macrosómico con macrosomía (peso elevado al nacer).

El estudio tiene la siguiente estructura: CAPÍTULO I: En la dimensión panorámica: se expone la formulación de la problemática, la fundamentación de la indagación, la finalidad del análisis, el supuesto científico, las dimensiones de estudio y la operativización de dichas dimensiones. El CAPÍTULO II: presenta el basamento teórico a través del análisis de antecedentes del estudio y el desarrollo del marco de referencia conceptual, en tanto que el CAPÍTULO III se describe lo que es la metodología del estudio. CAPÍTULO IV: Hallazgos y argumentación, derivaciones finales y anexos



CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del problema

A nivel internacional

La OMS, que muestra una como centro internacional que proporciona un respaldo global, establece el criterio de que la insuficiencia de peso neonatal representa una masa corporal que no alcanza los 2,5 kilogramos en el momento del alumbramiento. Este peso natal diminuto perdura como una preocupación sanitaria pública de gran trascendencia en todas las latitudes y se vincula con un conjunto de efectos perjudiciales, tanto en el corto plazo como en la posteridad. conjuntamente, la observancia meticulosa del seguimiento obstétrico, que abarca evaluaciones clínicas periódicas y la identificación anticipada de factores nocivos, se torna indispensable para la mitigación de complicaciones gestacionales y la regulación proactiva de variables que puedan comprometer la somatometría neonatal, asegurando un desarrollo intrauterino más estable y armónico.

La meta proyectada para el año 2025 consiste en decrementar en un 30% la proporción de neonatos que presentan un peso al momento del



alumbramiento inferior a 2500 g. Este planteamiento implica una merma anual aproximada del 3% desde el 2012 hasta el 2025, lo cual conllevaría que la cantidad de recién nacidos con masa corporal reducida al nacer descienda de alrededor de 20 millones a cerca de 14 millones (4)

A nivel nacional

En el contexto de Perú, los indicadores sobre el peso de los bebés al momento del parto reflejan una problemática notable. Según el MINSA en el 2020 la prevalencia nacional de insuficiencia ponderal neonatal se ubicó en aproximadamente 8,5%. No obstante, este indicador epidemiológico ha experimentado mejorías en el período reciente como consecuencia de a programas de salud materno-infantil, sigue existiendo una gran disparidad entre las áreas urbanas y rurales. Las comunidades alejadas de los centros urbanos, específicamente en sectores montañosos y selváticos, enfrentan dificultades para obtener seguimiento prenatal apropiado, circunstancia que eleva los porcentajes de neonatos con peso deficiente. (5)

A nivel local

En el ámbito altiplánico, reconocida como una de las áreas más apartadas y económicamente desfavorecidas de la nación, la problemática se intensifica. Los indicadores de peso deficitario en neonatos se sitúan considerablemente por encima del promedio del país. Para 2020, alrededor de uno de cada diez nacimientos en la institución médica presentó insuficiencia ponderal, cifra que pone de manifiesto la compleja realidad sanitaria materno-pediátrica del territorio. El déficit alimentario prolongado entre las embarazadas representa una dificultad considerable en Puno. El INEI en 2019, alrededor de 27,8% de



las gestantes puneñas sufrían de carencias nutricionales crónicas, factor que eleva las posibilidades de adversidades obstétricas y peso deficiente en recién nacidos.(6)

Formulación del problema

1.1.1. Problema principal

PG. ¿Cuál es la relación entre los factores maternos con el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024?

1.1.2. Problemas específicos

PE 1. ¿Cuáles son los factores maternos preexistentes relacionados con el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano?

PE 2. ¿Cuáles son los factores maternos patológicos relacionados con el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano?

PE 3. ¿Cuál es el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano?

1.2. JUSTIFICACIÓN

1.2.1. Justificación Teórica

La presente investigación servirá para entender de manera profunda los componentes maternos conectados con el peso de los lactantes en féminas postparto, particularmente en el área puneña. Esta investigación proporciona un marco teórico que permitirá identificar los principales aspectos que condicionan el peso del lactante al nacer, como el estado alimentario de la progenitora, el control prenatal, las condiciones



socioeconómicas, las enfermedades crónicas de la madre y el consumo de sustancias nocivas. Al comprender estas relaciones, se podrán formular políticas y estrategias de cuidado sanitario del sector público que coadyuven a reducir la ocurrencia de partos con peso inadecuado (tanto inferior como superior) y favorecer los pronósticos perinatales en el departamento y en el estado peruano. La teoría que sustenta la investigación abarca desde la biología de la gestación hasta las políticas de salud materno-infantil, lo que permitirá tener un panorama amplio y actualizado para intervenir eficazmente en la profilaxis de complicaciones derivadas de las alteraciones ponderales neonatales.

1.2.2. Justificación practica

Este trabajo se realizará para que se puedan diseñar intervenciones eficaces y específicas que aborden las razones primarias de bajo peso neonatal en mujeres que han dado a luz en la región de Puno. Señalando los factores maternos de mayor relevancia, como el estado de malnutrición, la anemia y la falta de atención prenatal, se podrá orientar a las autoridades del cuidado sanitario en la ejecución de estrategias de profilaxis y capacitación orientadas a las féminas embarazadas. Además, se facilitará el desarrollo de protocolos de atención más eficaces en los centros de salud, lo que propiciará la disminución de las frecuencias de problemas neonatales y el enriquecimiento del nivel de vida de los bebés. Este trabajo investigativo tiene una repercusión inmediata en la optimización de las directrices sanitarias estatales y en el descenso de las defunciones infantiles y maternas, particularmente en regiones alejadas y desasistidas.



1.2.3. Justificación metodológica

En el proceso de metodología que se empleará en este trabajo de indagación será de un estilo de una estructura cuantitativa y descriptiva, como el análisis de expedientes médicos de los centros hospitalarios. Se utilizará un instrumento de captación de información organizada para obtener datos sobre el estado nutricional de las madres, su disponibilidad a recursos sanitarios, las circunstancias socioeconómicas y la vigilancia obstétrica continua. A través de un análisis estadístico, se podrán identificar patrones y correlaciones, lo cual aportará una base consistente para la construcción de para incrementar los outcomes materno-infantiles en la zona altiplánica y en otras regiones peruanas

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

OG. – Analizar la relación que existe entre los factores maternos y el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

OE 1.- Definir los factores maternos preexistentes relacionados con el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano.

OE 2.- Identificar los factores maternos patológicos relacionados con el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano



OE 3.- Identificar cuál es el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano.

1.4. HIPÓTESIS

1.4.1. Hipótesis general

HG. – Existe una relación significativa entre los factores maternos como los factores preexistentes y los factores patológicos con el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

1.4.2. Hipótesis específicas

HE 1. Los factores maternos preexistentes como la edad, paridad, el inicio de atenciones prenatales, antecedentes de aborto y el periodo intergenésico se relacionan de modo significativo con el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano.

HE 2. Los factores maternos patológicos como la presencia de infecciones urinarias, la ruptura prematura de membranas y la anemia se relacionan de modo significativo con el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano.

HE 3. El peso del recién nacido es frecuentemente bajo peso < a 2500 gramos en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano.

1.5. VARIABLES

Variable 1: Factores maternos

Variable 2: Peso del recién nacido



1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
Variable 1 Factores Maternos	1.1. Factores preexistentes	1.1.1. Edad	a) Adolescente (12 a 17 años) b) Joven (18 a 29 años) c) Adulta (30 a 49 años)
		1.1.2. Paridad	a) Primípara b) Multípara c) Gran multípara
		1.1.3. Inicio de atenciones prenatales	a) I trimestre b) II trimestre c) III trimestre
		1.1.4. Antecedentes de aborto	a) Si presento b) No presento
		1.1.5. Periodo intergenésico	a) No presenta b) < a 24 meses c) > a 60 meses
	1.2. Factores patológicos	1.2.1. Infección urinaria	a) Presento b) No presento
		1.2.2. Ruptura prematura de membranas	a) Presento b) No presento
		1.2.3. Anemia	a) Sin anemia b) Leve c) Moderada d) Severa
	Variable 2 Peso del recién nacido	2.1. peso del recién nacido	a) Bajo peso al nacer < a 2500 grs. b) Peso adecuado de > a 2500 a 3900 c) Peso elevado > a 4000 grs.



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A Nivel Internacional

Melo, et al. (7), titulado factores maternos asociados al peso del recién nacido en una IPS de Medellín, Colombia, 2021. Objetivo: dilucidar los condicionantes sociodemográficos, los antecedentes mórbidos, la exposición a compuestos psicoactivos, la praxis motriz y los hábitos nutricionales maternos vinculados con la masa al nacer de neonatos en una IPS. Procedimientos metodológicos: pesquisa de cohorte con acopio de información de féminas que atraviesan por un estado de gestación seguidas hasta la culminación del alumbramiento. Resultados: En los hallazgos se procede a tratar la edad promedio de las féminas en estado materno fue de 24 ± 6 , mientras que el promedio ponderal del neonato alcanzó los 3150 g. La gestación previa, la ingesta de alimentos lácteos y sus productos procesados, la integración de macronutrientes proteicos y de aditivos nutricionales se evidenciaron como elementos identificados en madres de recién nacidos con masa corporal elevada sin embargo en la práctica del consumo de tabaco en cualquier período de la vida, el antecedente de preeclampsia, la paridad



previa, el aborto en la última gestación y la ingesta de comestibles ultraprocesados se identificaron en mujeres con neonatos que presentan un peso por debajo de lo normal. Conclusiones: En base a la inferencia ejecutada se puede decir que la moderación se aconseja a las gestantes restringir la manera de cómo se realiza la nutrición y en la administración de suplementos nutricionales específicos. Esta recomendación cobra particular relevancia en mujeres con antecedentes obstétricos de gestaciones previas, episodios de toxemia gravídica, pérdidas gestacionales anteriores o con hábito crónico de consumo de tabaco, dado que dichas condiciones incrementan la susceptibilidad a alteraciones metabólicas intrauterino y la homeostasis del primogénito recién dado a luz.

Londoño, et al. (8), titulada factores maternos y ganancia de peso en un grupo de gestantes con recién nacidos macrosómicos en México en el 2021. Objetivo: Hallar la influencia de ciertos determinantes sociodemográficos, condiciones de féminas que atraviesan por el período de gestación y con neonatos tratados en medios de un establecimiento asistencial. Procedimiento metodológico: se efectuó una indagación con una sola medición atemporal que muestra una dirección de estilo retrospectiva empleando como unidad muestral a 61 gestantes que dieron parto a fetos con un peso que iba por encima del valor normal. La variable principal examinada fue el incremento de masa corporal. Resultados: se identificaron diferencias estadísticamente relevantes en relación con la edad que posee la progenitora, el IMC preconcepcional, la estatura materna y la derivación a evaluación dietoterápica emergieron como predictores de notoria trascendencia sobre la



dinámica del incremento ponderal gestacional. El IMC previo se manifestó como un modulador determinante, condicionado por desviaciones que alteran el patrón fisiometabólico del aumento de peso de igual forma, la talla femenina representó un condicionante estructural que influye en la homeostasis nutricional durante la gestación. La referencia a control especializado en nutrición precoces, la conjunción de estos elementos explica de modo sustancial la variabilidad observada en la progresión ponderal. Conclusión: determinantes como edad materna por debajo de 35, IMC previo a la etapa de gestación, contando la estatura de la progenitora y la carencia de supervisión nutricional especializada pueden influir en incrementos ponderales gestacionales que superen los rangos aconsejados.

Persico. (9), titulado los efectos de la salud al nacer evidencia intergeneracional para Chile de las diferencias de peso al nacer en gemelas" en Chile en el 2022. Objetivo: Hallar los agentes que ocasionan el cuidado de la salud al momento del alumbramiento, el influjo y la manera en que se vinculan por medio de los efectos de gemelos. Procedimiento metodológico: en la siguiente indagación se ejecuta con una dirección cuantitativa y con una estructura orientada descriptiva con el fin de descartar agentes que no son observables y aislar con mayor precisión el impacto específico del peso al nacer. Resultado: Se constató que la insuficiencia ponderal al nacer se vincula con las defunciones infantiles, las internaciones en fases precoces y la reiteración del peso deficitario en la descendencia siguiente. Tales repercusiones resultan en general de magnitud reducida. Conclusión: No obstante, las mejoras conectadas con el aumento del peso al



momento del nacimiento demuestran oscilaciones notables que muestra con la distribución de masa al nacer en la cohorte investigada donde estas heterogeneidades indican que los beneficios no se extienden de forma pareja, sino que se hallan influenciados por el sitio que cada neonato mantiene en el continuum ponderal establecido.

Pacheco. (10), titulada factores de riesgo del bajo peso al nacer, en Ecuador en el año 2022. Objetivo: Hallar condiciones de amenaza para insuficiencia de peso natal en mujeres gestantes que presentan preeclampsia. Procedimiento metodológico: Se condujo una evaluación documental de investigaciones publicadas sobre factores predisponentes de masa corporal deficiente al momento del parto en el lustro anterior, empleando repositorios de documentación recopilada en una posición privilegiadas principalmente fueron estudios observacional una sola medición atemporal, investigaciones de seguimiento temporal y diseños comparativos caso-control Resultados: Las variantes que ocasionan las amenazan con las vinculación al peso deficiente neonatal incluyeron la edad gestante inferior a 19 años con una elevación del riesgo en 6 veces, la edad gestante mayor a 35 de un 3.5 veces, el domicilio rural con 5 veces, la falta de alfabetización con 8 veces, las complicaciones durante la gestación con 3 veces, las infecciones urinarias con 2 veces, el síndrome preeclámpico con 4 veces, el nacimiento anticipado con 18 veces, la nuliparidad con 5 veces, la gran multiparidad con 5 veces, la altura materna menor a 150 cm con 11 veces entre otros. Conclusión: El peso inadecuado al nacer presenta diversos determinantes de riesgo dentro de los



cuales se identifican componentes maternos, ambientales, biológicos y nutricionales que con una vigilancia médica apropiada pueden ser prevenidos.

Torres. (11), titulada correlación entre la longitud al nacer y el estrés percibido materno con escala de cohen, en México en el 2021. Objetivo:

Examinar si se establece vinculación entre la aparición de acantosis nigricans y la morfometría del recién nacido. Procedimiento metodológico: para mostrar y dar respuesta a las variantes de se empleó a 100 féminas en el puerperio de manera en unidad muestral variantes continuas se aplicó prueba de normalidad; aquellas con distribución normal. Resultados donde RHO fue de 0,07, acompañado de un p igual a 0.4819 que superaron la unidad obtenida.

Estos resultados indican de manera categórica la carencia de asociación significativa entre la estatura neonatal y los niveles de estrés evaluados mediante la escala empleada, reflejando que la variabilidad en la longitud del neonato no se encuentra vinculada de manera observable con las puntuaciones de estrés registradas. Conclusiones: la mostrada indagación se puede revelar que no existe vinculación en base al estilo de vida antes de dar a luz Asimismo, en la cohorte analizada, no se observó correspondencia las gestantes y la longitud insuficiente de los neonatos admitidos en el área de Rooming-in de la misma institución hospitalaria, lo que sugiere la ausencia de conexión directa entre estas variantes clínicas.

León, et al. (12), titulado factores de riesgo maternos asociados al bajo peso al nacer, en Cuba en el 2023. Objetivo: Caracterizar los perfiles sociodemográficos y clínicos de féminas que atravesaban por la etapa de gestación con neonatos que mostraban un peso que va por debajo de lo

normal después de ser alumbrados, pertenecientes al área asistencial.

Procedimiento metodológico: Se llevó a cabo una pesquisa analítica, incluyendo a 24 puérperas como unidad muestral que Se registró una proporción equiparable de neonatos que presentaron unidades por debajo de 2.5 kg, por el periodo de embarazo de la mujer donde se puede transmitir en 48 embarazadas cuyo fruto de la gestación mostró un peso adecuado $\geq 2\ 500$ g en el mismo período de tiempo, bajo una razón de dos controles por cada caso, todas con consentimiento informado para participar. Resultados: las progenitoras entre 25 y 30 años fueron las más habituales con un 54,1%; predominaron las feminas sin antecedentes obstétricos adversos (62,5% en los controles); la anemia (41,6%) y la hipertensión arterial (33,3%) constituyeron las comorbilidades más usuales en la serie analizada. Al estimar el riesgo relativo (OR=7), se evidenció en las mujeres que atravesaban por el período de gestación al inicio de la gestación poseen mayor probabilidad de tener descendencia con un peso que estaban por debajo de lo normal.

Conclusiones: Se evidencia que los elementos fisiológicos de mayor conexidad correspondieron a la malnutrición por déficit en la captación y a las patologías previas coexistentes con la gestación.

2.1.2. A nivel nacional

Agip y Chávez. (13), titulada factores maternos asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos del distrito de Pión, Chota 2020 – 2023.

Objetivo: Hallar los predictores obstétricos asociados con la hipoponderación neonatal al momento del alumbramiento. Procedimiento metodológico: con una indagación que tenía una formulación de dirección cuantitativa, con un



carácter de orientación descriptiva empleando la observación como técnica de extracción de información donde se desempeña un procesamiento de relacional, diseño de sin la manipulación de variantes causales y con una sola medición atemporal efectuado a partir 21 historias clínicas como unidad muestral de féminas en proceso de gestación que dieron a luz neonatos con peso reducido; se empleó un estudio de diversos documentos. Resultado: se determinó que las características sociodemográficas maternas ligadas al peso insuficiente engloban un peso que va por debajo del peso normal, incluyen: 52,4% de mujeres entre 18 y 35 años, 49,9% con instrucción iletrada/primaria, 61,9% en condición conyugal casada/conviviente, 61,9% procedentes de zonas rurales y 66,7% en condición de desempleo. En relación con los factores obstétricos vinculados al bajo peso, 38,1% fueron primíparas, 62,0% tuvieron menos de seis controles prenatales, 38,3% cursaron gestación pretérmina y 38,1% presentaron IMC normopeso previo a la concepción. Al efectuar el análisis se encontró que las características sociodemográficas maternas ligadas al peso insuficiente engloban un peso por debajo de lo normal donde no se evidenció significancia estadística, ni en forma global ni en sus dimensiones particulares, Conclusión: no se constató vinculación entre las variables maternas y el peso deficitario neonatal, puesto que el p-valor obtenido fue mayor a 0,05.

Valerio. (14), titulada relación entre las características maternas y peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica – 2020. Objetivo: Hallar la interrelación existente entre los predictores maternos y la masa neonatal en pacientes féminas que



atravesaban por el proceso de gestación. El procedimiento metodológico correspondió a un estudio de naturaleza direccionada a una estructura correlacional, con un carácter de formulación que emplea un modelo descriptivo-analítico, con un modelo que mostraba una estrategia retrospectiva y de una sola medición atemporal; el nivel de la indagación se clasificó como relacional con diseño de asociación multivariada con una unidad poblacional de 291 gestantes cuyos partos fueron atendidos en dicho centro hospitalario. Resultados donde se constató que, dentro de las variables sociodemográficas, la franja etaria de 19 a 34 fue la más prevalente con neonatos de peso eufisiológico. En el 43,99% de los casos se observó esta condición; dentro de las gestantes en unión convivencial, el 38,83% presentó neonatos con peso eutrófico, mientras que, en aquellas con grado educativo secundario, el 42,27% registró productos con peso considerado adecuado. En lo concerniente a los determinantes obstétricos, se constató normopeso neonatal en mujeres multíparas, en pacientes que comenzaron el acompañamiento obstétrico en la fase inicial de la gravidez, en quienes asistieron a menos de seis consultas prenatales y en gestantes con intervalo intergenésico dentro de parámetros fisiológicos. Conclusión: Al considerar los antecedentes clínicos de carácter obstétrico junto con las entidades patológicas concomitantes, se verificó que las mujeres en estado gravídico que experimentaron cuadros de anemia carencial o que cursaron con síndromes hipertensivos propios de la gestación presentaron una predisposición particular hacia desenlaces perinatales comprometidos. Dicho hallazgo se enmarca en la distribución porcentual registrada, con frecuencias de 35,74%, 34,71%, 34,71% y 38,49% respectivamente, lo cual



refuerza la noción de que estas alteraciones fisiopatológicas constituyen factores de riesgo con notoria significancia clínica alcanzaron neonatos con peso eutrófico en un 19,9%, en tanto que aquellas con infección del tracto urinario mostraron una proporción del 18,6%; de manera análoga, en los casos de obesidad materna se documentó un 11,0% de recién nacidos con macrosomía. Evidenciando la aceptación de todas las hipótesis alternas; en otras palabras, los factores sociodemográficos, los obstétricos y los antecedentes clínico-obstétricos exhiben que se halló una vinculación estadísticamente clara con el peso que esta en una unidad por debajo de lo establecido como normal donde un P da significancia quedó por debajo de 0,05 donde el valor de P salió menor a lo establecido lo que daba como una afirmación al supuesto que se planteó el investigador

Salazar y Rodríguez. (15), titulada factores maternos y neonatales asociados a mortalidad en recién nacidos pretérmino, Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, 2017 – 2019. En Chimbote en el 2020.

Objetivos: Delinear los determinantes de las progenitoras y de sus bebés que se mostraban vinculados con decesos en neonatos pretérminos. Procedimiento metodológico: Pesquisa emplea observación para la extracción de información y con una dirección formuladora de estructura retrospectiva donde la selección muestral fue aleatoria simple, a su vez la inferencia estadística se aplicó pruebas de X^2 y estimaciones de razón de momios (Odds Ratio). Resultados: El análisis evidenció que diversos determinantes muestran un aumento que es vinculado incidencia de complicaciones neonatales. Las féminas que atraviesan por un embarazo



adolescente o de edad avanzada presentan un riesgo 4,2 veces superior de manifestar problemas perinatales. Un control prenatal subóptimo incrementa la probabilidad en 4,5 veces. Los neonatos que exhiben signos de compromiso fetal muestran un riesgo 10,1 veces mayor. Los partos extremadamente pretérminos multiplican la probabilidad de complicaciones por 35, mientras que los neonatos con peso crítico (<1500 g) lo elevan 69 veces. Los recién nacidos identificados como pequeños según su edad gestacional exhiben 5,9 veces más probabilidad de experimentar alteraciones clínicas. Las condiciones más severas, como asfixia perinatal grave (71 veces), sepsis neonatal (9,2 veces) e insuficiencia cardíaca congestiva (10,1 veces), constituyen los factores de riesgo más relevantes identificados. Conclusiones: Los predictores maternos y neonatales como Rango etario materno limítrofe, control prenatal subóptimo, probabilidad aumentada de compromiso del bienestar del feto, gestación menor y/o igual a 28 semanas, masa corporal neonatal menor y/o igual a 1500 g, clasificación de pequeño para edad gestacional, hipoxia-isquemia perinatal grave, bacteriemia neonatal y insuficiencia cardíaca congestiva se correlacionan de manera significativa y presentan elevada probabilidad de asociación con mortalidad en neonatos pretérmino en el HREGB.

Lazo. (16), titulada factores Maternos Asociados a Bajo Peso en Recién Nacidos a Término en Trujillo en el 2020. Objetivo: Reconocer los elementos maternos relacionados con el peso deficiente de lactantes a término . Procedimiento metodológico: en esta indagación se empleó una técnica de extracción observacional, con una sola medición atemporal, con



una estructuración retrospectiva y con una dirección formulada de un nivel correlacional con una unidad muestral de 252 neonatos con gestación completa, consiguientemente, el procesamiento de una discusión sistemática. Resultados: El 8,3% de los neonatos a término se clasificaron como portadores de un peso que va por debajo de lo normal. Entre los agentes de maternos de riesgo identificados se incluyen: edad materna avanzada mayor a 34 con un OR igual 2,42, nivel educativo limitado o escolaridad incompleta con un OR igual a 2,19, seguimiento prenatal insuficiente o subóptimo con un OR igual a 2,02, antecedente obstétrico de aborto espontáneo con un OR igual a 2,39, multípara de alta paridad con un OR igual a 7,55, intervalo intergenésico acortado con un OR igual a 2,14, antecedente de parto previo con neonato de peso reducido con un OR igual a 2,42 y la ausencia de glóbulos rojos en fémias que estaban atravesando por la etapa de gestación con un OR igual a 2,36. Estos determinantes constituyen predictores significativos de bajo peso neonatal, reflejando la interacción de factores biológicos, obstétricos y socioeducativos en la etiopatogeniade iba por debajo del peso normal . Conclusiones: Los agentes maternos de mayor riesgo comprenden la condición de gran multípara, edad materna avanzada más de 34, precedente obstétrico de pérdida fetal y anemia durante la gravidez. Asimismo, el peso anterior al embarazo inadecuado no reveló importancia estadística ni distinción relevante en la probabilidad de presentar bajo peso neonatal.

Flores. (17), titulada factores de riesgo asociados a la macrosomía en recién nacidos de púerperas atendidas en el Hospital Santa María del



Socorro, Ica en el 2022. Objetivo: Hallar los agentes que ocasionan dificultades que se vinculan al peso elevado en fetos que fueron alumbrados recientemente y las progenitoras fueron asistidas. Procedimiento metodológico: la ejecución de la indagación se realizó mediante un acopio de datos observacionales, sustentada en una evaluación singular de tipo instantáneo, con un planteamiento retrospectivo y una perspectiva de análisis asociativo, estableciendo como unidad de observación 78 neonatos de gestación completa. Resultados: Con respecto a los predictores sociodemográficos, el 71,8% de las participantes presentó escolaridad secundaria, el 73,1% procedía de zonas urbanizadas y el 75,6% convivía con pareja; en relación con los determinantes maternos, el 76,9% se encontraba en el rango etario de 21-39 años, el 94,7% cursaba gestaciones entre 37 y 40 semanas. Conclusión: Los predictores maternos asociados con la macrosomía neonatal en puérperas atendidas en el servicio incluyeron incremento ponderal excesivo y obesidad pregestacional, antecedentes de neonatos con biomasa elevada y predominancia de varones entre los recién nacidos.

García. (18), titulada factores maternos que influyen en recién nacidos con bajo peso en gestantes adolescentes atendidas en el hospital III Essalud, Iquitos año 2021. Objetivo: Evaluar las variables maternas que afectan la masa corporal neonatal en recién nacidos de féminas adolescentes que estaban en un estado de gestación. Procedimiento metodológico: en la presente indagación muestra una estructura cuantitativa, retrospectiva, con una sola medición atemporal de diseño que muestra un

estilo analítico donde su unidad poblacional Se compuso de 113 eventos obstétricos, de los cuales se eligieron 50 neonatos con biomasa inferior al umbral establecido para peso al nacer como unidad muestral para su evaluación. Resultados En una muestra de 50 gestantes evaluadas, se registró mayor incidencia en el grupo de Se observó que el grupo etario materno de 16 años o más constituyó el 48%, mientras que el procedimiento obstétrico instrumentado predominó en un 52%. En cuanto a la supervisión gestacional, se registraron de 4 a 6 controles prenatales en un 44% de los casos. Cabe resaltar que la totalidad de los neonatos, es decir, el 100%, presentó una masa corporal inferior a 2 500 gramos, y un 70% IMC pregestacional dentro de parámetros considerados normales, evidenciando una relación entre la condición ponderal materna previa y el peso neonatal. Conclusiones: Las principales comorbilidades maternas en adolescentes embarazadas con neonatos de peso reducido incluyeron; patologías infecciosas (48%), hipertensión (30%), enfermedades neoplásicas (2%), VIH/SIDA (2%) y obesidad (2%).

2.1.3. A nivel local

Yucra, et al. (19), titulado factores de riesgo materno perinatal asociados a macrosomía en recién nacidos en los hospitales EsSalud Juliaca-Puno en el 2023. Objetivos: Hallar e identificar los determinantes maternos y perinatales asociados con la macrosomía en los fetos recién alumbrados. Procedimientos metodológicos: La pesquisa se realizó bajo una estructura de una dirección cuantitativa con diseño que usaba una sola medición atemporal y con una formulación que se orientaba a un estilo descriptivo. Resultados: En



el análisis por sede hospitalaria, en Puno predominó la macrosomía neonatal de grado 1, representando el 85,7 % de los casos, mientras que el grado 2 constituyó el 14,3 %. Por su parte, en Juliaca se observó una frecuencia más elevada de macrosomía grado 1 con un 87,0 % y grado 2 con 13,0 %. Al En el análisis de los perfiles maternos en la región de Puno, se constató que una fracción equivalente al 32,1 % de los neonatos categorizados con macrosomía grado I procedieron de progenitoras cuya edad cronológica oscilaba entre los 25 y 29 años. De igual modo, se identificó que más de la mitad de dichas gestantes (53,6 %) presentaban una talla comprendida entre 1,51 y 1,59 metros, mientras que el 39,3 % evidenció un peso pregestacional ubicado dentro de parámetros normativos. En cuanto a la condición obstétrica, el 42,9 % correspondió a multíparas y, de forma llamativa, el 85,7 % no registraba antecedentes previos de alumbramientos con macrosomía. Con respecto a la distribución por sexo biológico, se advirtió que el 53,6 % de los nacidos fueron varones; finalmente, un 50,0 % de los productos cursaron con una edad del periodo de embarazo que se ve comprendida entre la semana 40 y 41 de la etapa de gestación, lo que sugiere una confluencia de variables maternas y obstétricas en la configuración de este fenómeno perinatal. Conclusión: Se evidenció que los agentes de las progenitoras, incluyendo la cronología biológica de la gestante, la masa corporal pregestacional, la paridad acumulada y los antecedentes perinatales de neonatos de biomasa elevada, mantienen una correlación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la ocurrencia de nacimientos macrosómicos



Zúñiga. (20), titulada factores relacionados a la excesiva pérdida de peso en recién nacidos de Centro de Salud I-4 Cono Sur Juliaca. 2023. Objetivo: Hallar los agentes vinculados con la reducción ponderal excesiva en neonatos al momento del alumbramiento. Procedimiento metodológico: Con una indagación que muestra una estructura orientada a un estilo descriptivo y con una formulación que se orienta a un modelo de estilo cuantitativo con una sola medición atemporal, que se ejecutará mediante una revisión retrospectiva y relacional con una unidad poblacional de 145 historias clínicas. Se evaluaron ocho determinantes maternos, a saber: cronología materna, estatus conyugal, nivel educativo, paridad, adherencia al control prenatal, intervalo intergestacional, concentración de hemoglobina y administración de oxitocina; en lo concerniente a los factores neonatales, los hallazgos indicaron que los neonatos que experimentaron una reducción niveles de hemoglobina materna inferiores a 12 g/dL con un 54,5%, primíparas con un 43,4%, instrucción básica primaria con un 37,9%, progenitoras mayores de 30 años con un 35,2% y madres solteras con un 30,3%, todos estos factores con significancia estadística $p=0,001$. En los neonatos mostró una correspondencia relevante con la reducción ponderal posnatal, alcanzando una proporción del 44,8 %, lo cual evidencia una tendencia específica vinculada al dimorfismo sexual en la pérdida de masa corporal durante los primeros días de vida extrauterina p igual a 0,002. Por el contrario, se evidenció que el intervalo intergestacional de un p igual a 0,085 y la puntuación de Apgar con un p igual a 0,068 no mostraron relación significativa con la disminución ponderal en las primeras horas postnacimiento.



Mango. (21), titulado determinación de los factores de riesgo relacionados a peso desfavorable al nacer en recién nacidos a término del Hospital III de EsSalud Juliaca, en el periodo enero 2019 a 2020.

Objetivos: los aspectos de vulnerabilidad vinculados con insuficiencia ponderal neonatal en recién nacidos a término. Procedimiento metodológico: presente indagación muestra una estructura de dirección cuantitativa y con una formulación de un estilo descriptivo con una sola medición atemporal con una unidad muestral de 330 Se incluyeron 114 neonatos clasificados como casos y 216 como controles, cuyos registros fueron procesados mediante los paquetes estadísticos SPSS y OPEN EPI. Los determinantes maternos y perinatales que evidenciaron significancia estadística comprenden: Se identificaron como determinantes de riesgo la primiparidad materna pudo observar con un OR igual a 2,037 el intervalo intergestacional reducido con un OR igual 3,705, el nivel educativo secundario con un OR igual a 6,357, la anemia gestacional no corregida mediante suplementación hematínica con un de OR igual a 2,35, la eritrocitosis durante la gestación con un OR igual a 3,32 y la condición de sexo femenino del neonato con un OR igual a 1,301. La prevalencia de neonatos con biomasa al nacer subóptima alcanzó un 34,54 %. Entre los predictores más influyentes se destacan la primiparidad, el acortamiento del intervalo intergestacional y las alteraciones hematológicas maternas, factores que reflejan su repercusión directa sobre el peso corporal neonatal., intervalo intergestacional reducido, nivel educativo materno, anemia no corregida y eritrocitosis presentaron asociación estadísticamente relevante; la estatura materna moduló la incidencia de bajo peso, mientras que la anemia corregida sobrestimó los resultados y quizá no se configuró



como agentes amenazantes en este análisis. Las exhibiciones de las variantes reconocidas como determinantes de riesgo muestran interrelaciones complejas, cuyos efectos son potencialmente modulables mediante estrategias de intervención integrales. Por otro lado, la cronología materna inferior a 24 años, los rangos etarios extremos menores que 24 y mayores que 40 años y la condición de sexo femenino del recién nacido no se configuraron como predictores estadísticamente significativos para la aparición de biomasa neonatal subóptima al nacer.

Llanos y Trupo. (22), titulada características maternas relacionados con el peso del recién nacido atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno mayo a julio del 2020. Examinar los determinantes maternos y factores gestacionales que condicionan la biomasa neonatal en neonatos: Procedimiento metodológico: Estudio de naturaleza que está orientado con un estilo descriptivo-analítico, con una sola medición atemporal y con el empleo de la observación como medio de la extracción de la información para ser tratados y una selección ejercida aleatoriamente; la cohorte incluyó 175 neonatos a término. Resultados: Entre los determinantes maternos vinculados con la morfometría neonatal se identificaron diversos factores: la cronología reproductiva mostró que el 92% de las féminas que atravesaban por la etapa de gestación se encontraba entre 19 y 29 donde se evidenció que 72,57% contaba con formación técnico-profesional; el estado conyugal indicó que 69,71% de los progenitores convivían; la procedencia geoespacial fue rural en 28%; la adherencia al seguimiento prenatal fue irregular en 14,86%; la paridad reveló que 53,14% tenía entre 3 y 4



gestaciones previas; el intervalo intergestacional fue inferior a 24 meses en 29,71%; el incremento ponderal gestacional se consideró insuficiente en 12,57%; IMC antes del alumbramiento fue reducido en 40% (<18,5 kg/m²); la exposición a xenobióticos se presentó en 10,86% por consumo etílico; 11,43% presentaron síndrome hipertensivo gestacional (preeclampsia); 40,57% presentaron anemia leve (Hb 9–10,9 g/dl); 94,29% cursaron gestación a término entre 36 y 40 semanas; la ingesta de fitonutrientes (frutas) se registró al menos una vez diaria en 65,71%; el consumo proteico cárnico mínimo semanal fue de 18,29%; y la suplementación microelemental no se administró en 10,86% de los casos, todos con significancia estadística $P < 0,05$. En cuanto a la masa corporal neonatal, 80,57% presentó normopeso (3000–4000 g), 10,29% macrosomía leve (>4001 g), 7,43% bajo peso (1001–2999 g) y 1,71% peso extremadamente bajo (<1000 g). Conclusiones: Los determinantes maternos que modulan la biomasa al nacer en neonatos, comprenden factores demográficos, obstétricos y conductas nutricionales maternas, los cuales interactúan de manera compleja y podrían ser modulados mediante intervenciones perinatales integrales.

2.2. MARCO TEÓRICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO

2.2.1. Factores Maternos

Los factores maternos son aquellos elementos conectados con la condición sanitaria y el comportamiento de la madre durante la gravidez que pueden incidir inmediatamente en el peso del recién nacido. Tales determinantes pueden ser preexistentes, es decir, aquellos que ya existían antes del



embarazo o que se desarrollan durante la gestación. A continuación, se detallan algunos de los factores preexistentes más relevantes.

2.2.1.1. Factores Preexistentes

2.2.1.1.1. Edad

La cronología gestacional materna representa uno de los elementos fundamentales que determinan la masa corporal neonatal, pues afecta directamente a los mecanismos fisiológicos que sustentan el embarazo y el desarrollo fetal. Tanto las madres adolescentes como las progenitoras añosas muestran una vulnerabilidad elevada para tener lactantes con masa corporal inadecuada al nacer o de enfrentar complicaciones durante la gestación. (23)

Madres adolescentes: Las jóvenes embarazadas, especialmente aquellas por debajo de los dieciocho años etarios, demuestran una vulnerabilidad amplificada hacia el alumbramiento de recién nacidos con masa corporal subóptima, circunstancia relacionada con la maduración orgánica incipiente y los requerimientos nutricionales competitivos característicos de la adolescencia tardía. En estas edades, el cuerpo de la madre aún está en desarrollo y no ha alcanzado su madurez física total. Este hecho puede repercutir en una insuficiencia de nutrientes esenciales para el feto, lo que puede afectar su crecimiento intrauterino. Además, las adolescentes suelen tener acceso limitado a la educación sobre salud materno-infantil, lo que dificulta su capacidad para llevar una alimentación adecuada y seguir las recomendaciones médicas. Tal circunstancia incrementa la probabilidad de engendrar neonatos pretérmino o con anomalías congénitas, fenómeno que se



atribuye a la vulnerabilidad inherente del sistema reproductivo inmaduro y las alteraciones en el desarrollo embrionario. (2)

Madres mayores: Al contrario, las féminas que atraviesan el periodo de embarazo y su edad es superior a los 35 enfrentan también riesgos adicionales. Conforme la gestante experimenta el proceso de senescencia, las posibilidades de desarrollar patologías crónico-degenerativas se incrementan considerablemente, estableciendo un panorama de mayor vulnerabilidad sistémica. como la hipertensión o la diabetes, aumentan significativamente. Estas situaciones constituyen condicionantes de susceptibilidad identificados como predisponentes para la génesis de eventualidades patológicas y la instauración de complicaciones clínicas como muestras de los signos como el síndrome hipertensivo en féminas que atraviesan por la etapa de gestación o la intolerancia glucémica inducida por el embarazo, que a su vez pueden derivar en un nacimiento prematuro o en un bebé con insuficiencia de peso al momento del nacimiento de igual manera, las embarazadas añosas revelan una susceptibilidad potenciada para enfrentar adversidades obstétricas, tales como anomalías en la mecánica expulsiva (impedimentos en el paso del conceptus por el conducto parturiental) lo que puede afectar aún más el peso del bebé. (24)

2.2.1.1.2. Paridad

La gravidez previa, definida como la cantidad de gestaciones antecedentes en la mujer, produce una influencia considerable sobre la masa corporal neonatal al momento del parto. La experiencia reproductiva anterior puede reflejarse en la manera que el aparato orgánico materno desarrolla respuestas ante

embarazos subsiguientes, condicionando tanto los procesos adaptativos fisiológicos como la vulnerabilidad a complicaciones del período perinatal. (25)

Primípara: Las mujeres primíparas (aquellas que están en su primer embarazo) suelen enfrentarse a una mayor incertidumbre respecto al proceso del embarazo. Al ser su primer embarazo, el cuerpo aún está adaptándose a las exigencias del proceso reproductivo. Esto puede generar un aumento de amenazas de manifestar dificultades, como la preeclampsia, el aborto espontáneo o la retención de líquidos, que pueden reducir la provisión de elementos nutricionales al concepto y condicionar su masa corporal al momento del alumbramiento. Además, las féminas que atraviesan el periodo de gestación y estantes primíparas muestran una mayor susceptibilidad a infecciones del aparato urinario, las cuales, si no se controlan de manera adecuada, pueden desencadenar complicaciones severas en el neonato. (26)

Múltipara: Las múltiparas (mujeres que han tenido dos o más embarazos previos) suelen estar más familiarizadas con el proceso del embarazo, lo que puede resultar en un mejor autocuidado y una mayor disposición a asistir a las consultas médicas. Sin embargo, las mujeres múltiparas tienen mayores probabilidades de sufrir de desprendimiento prematuro de la placenta, lo que puede provocar una disminución del oxígeno y los nutrientes al bebé, llevando a un bajo peso al nacer. Paralelamente, las progenitoras con experiencia reproductiva previa exhiben una vulnerabilidad amplificadas hacia la expulsión fetal prematura, situación que de manera concomitante puede generar un recién nacido con masa corporal subóptima.



Gran múltipara: Las gran múltiparas (mujeres con más de cuatro embarazos previos) enfrentan un mayor riesgo de complicaciones debido a la fatiga física y hormonal, lo que puede generar un embarazo más difícil. Estas mujeres tienen un riesgo más alto de distocias (dificultades en el parto), anomalías placentarias y hemorragias postparto. Además, los embarazos múltiples pueden presentar problemas en el desarrollo fetal, debido a la limitación de recursos físicos y nutrientes de la madre. (25)

2.2.1.1.3. Inicio de atenciones prenatales

El inicio temprano de las atenciones prenatales es esencial para el monitoreo y cuidado adecuados de la progenitora y el conceptus durante el transcurso gestacional. Una supervisión prenatal precoz permite Las gestantes primíparas muestran una mayor susceptibilidad a infecciones del aparato urinario, las cuales, si no se controlan de manera adecuada, pueden desencadenar complicaciones severas en el neonato. Los beneficios de un inicio temprano son incuestionables:

Primer trimestre: Iniciar las atenciones prenatales en el primer trimestre es ideal, ya que permite abordar las anomalías clínicas que puedan presentarse desde las fases tempranas del embarazo, como las deficiencias nutricionales, las infecciones o las enfermedades crónicas. Las consultas tempranas también garantizan que la madre reciba los suplementos necesarios, suplementos como el folato sintético se administran para la profilaxis de malformaciones del tubo neural y otras alteraciones del desarrollo intrauterino. Además, un seguimiento temprano aumenta las probabilidades de evitar complicaciones graves que afecten el peso del bebé. (27)

Segundo y tercer trimestre: Aunque las atenciones prenatales siguen siendo importantes en el segundo y tercer trimestre, las intervenciones en esta fase son más limitadas. Si las mujeres solo buscan atención prenatal en estos trimestres, es posible que no se hayan identificado afecciones críticas como los trastornos hipertensivos del embarazo o el retardo del desarrollo intrauterino, situación que acrecienta la predisposición al parto anticipado o al peso deficitario al momento del nacimiento.

2.2.1.1.4. Antecedentes de aborto

Los precedentes de interrupción espontánea del embarazo representan un factor predisponente relevante para los procesos reproductivos posteriores, ya que pueden estar asociados con trastornos hormonales, infecciones o problemas de salud materna que afectan negativamente la gestación. Las mujeres que han tenido varios abortos espontáneos o inducidos previamente pueden enfrentar una predisposición exponencialmente incrementada hacia la interrupción prematura de la gestación o la manifestación de déficit ponderal significativo en el producto conceptual. En específicas entidades nosológicas, las causas subyacentes de los abortos recurrentes, como los trastornos inmunológicos o la insuficiencia cervical, pueden generar complicaciones que afecten la salud del feto y su peso al nacer. (28)

2.2.1.1.5. Periodo Intergenésico

se conceptualiza de manera cronobiológica que se basa en la culminación de un proceso gestacional precedente y la ulterior iniciación de la concepción siguiente, es decir, el lapso que media entre el término de un embarazo y la instauración de una nueva gestación. Un intervalo excesivamente breve,



usualmente inferior a 18 meses, puede resultar lesivo para la madre, al no permitir una restauración fisiológica y psicoemocional óptima. Esta insuficiente recuperación puede inducir fatiga materna, depleción de micronutrientes esenciales y alteraciones metabólicas, incrementando la probabilidad de nacimientos con masa corporal reducida. La recuperación incompleta compromete la provisión materno-fetal de nutrientes, condicionando un crecimiento intrauterino subóptimo.

En contraposición, un intervalo intergestacional prolongado permite a la gestante restablecer su homeostasis entre concepciones sucesivas. No obstante, un lapso extenso también puede correlacionarse con la cronología avanzada materna en la gestación subsecuente, lo que incorpora riesgos adicionales vinculados a las patologías crónicas concomitantes, tales como diabetes mellitus e hipertensión arterial, se observa una influencia significativa sobre la masa corporal neonatal. (29)

2.2.1.2 Factores Patológicos

Los factores patológicos son aquellos relacionados con condiciones de salud de la madre que pueden desarrollarse o diagnosticarse durante el embarazo y que afectan directamente tanto a la salud materna como al desarrollo fetal. Estos determinantes, de no ser identificados o manejados oportunamente, pueden potenciar la aparición de complicaciones gestacionales y favorecer la reducción de la biomasa neonatal al nacer. Entre los elementos patológicos de mayor relevancia se destacan las afecciones que se manifiestan en las vías urinarias de las mujeres gestacionales, la prematura ruptura de membranas ovulares y la deficiencia hematológica materna, constituyen entidades



patológicas que repercuten adversamente tanto en la madre como en el neonato seguidamente, se profundiza en su análisis sobre cada uno de estos factores. (30)

2.2.1.2.1. Infección urinaria

Las infecciones urinarias (ITU) Los determinantes maternos que influyen en la biomasa neonatal incluyen factores personales, obstétricos y conductuales. La edad materna extrema, la paridad elevada y los intervalos intergestacionales cortos pueden alterar la recuperación de reservas corporales y afectar el crecimiento fetal, donde los agentes patológicos como infecciones urinarias, La prematura desintegración de las membranas ovulares y la insuficiencia hematológica durante la gestación representan condiciones patológicas que afectan de manera no se manejan oportunamente, incrementan las amenazas de restricción ponderal, parto pretérmino e infecciones neonatales. Adicionalmente, el IMC pregestacional bajo, los hábitos tóxicos y la preeclampsia interactúan potenciando la probabilidad de que el neonato presente masa corporal reducida al nacer, lo cual subraya la importancia de una intervención integral y monitoreo cuidadoso durante la gestación (31)

Durante la gestación, el organismo materno sufre modificaciones hormonales y morfológicas que incrementan la vulnerabilidad a infecciones del tracto urinario. La dilatación ureteral y la compresión vesical por el útero dificultan la micción completa, generando un microambiente propicio para la proliferación bacteriana. La infección no resuelta con terapia antimicrobiana adecuada puede evolucionar hacia pielonefritis gestacional, lo que eleva de manera

significativa la probabilidad de parto pretérmino y de restricción ponderal neonatal, comprometiendo el desarrollo intrauterino del feto.

Durante la gestación, el organismo materno experimenta modificaciones hormonales y morfológicas que aumentan la susceptibilidad a infecciones del tracto urinario. La dilatación ureteral y la compresión vesical por el útero dificultan la micción completa, generando un microambiente propicio para la proliferación bacteriana.

Cuando la infección no es gestionada oportunamente mediante terapia antimicrobiana segura, puede evolucionar hacia pielonefritis gestacional, desencadenando pirexia, dolor abdominal difuso y malestar sistémico, lo que altera la homeostasis materna y el estado nutricional, incidiendo de manera adversa sobre la maduración y progresión intrauterina del concepto.

La detección precoz, a través de análisis urinarios rutinarios, junto con la administración de antibióticos compatibles con el embarazo, resulta esencial para prevenir parto pretérmino, restricción ponderal neonatal y otras complicaciones obstétricas, asegurando un entorno intrauterino más seguro y un adecuado desarrollo neonatal. (32)

2.2.1.2.2. Ruptura prematura de membranas

La fisura temprana de las envolturas del saco que soporta al bebé (RAM) alude a la discontinuidad de las envolturas fetales que circundan al producto conceptual previo al inicio del proceso expulsivo. La laceración precoz de las membranas ovulares puede manifestarse en cualquier período anterior a la semana 37 gestacional y constituye un factor etiológico relevante de



adversidades durante la gravidez, incluyendo la insuficiencia ponderal neonatal. (5)

La ruptura prematura de membranas elimina la barrera protectora amniótica, exponiendo al feto a infecciones intrauterinas como la corioamnionitis, con riesgo de comprometer su integridad y desarrollo fisiológico. Este fenómeno se vincula al parto pretérmino, asociado a restricción ponderal neonatal y complicaciones perinatales, tales como insuficiencia respiratoria neonatal y alteraciones en la homeostasis térmica, dificultando la adaptación temprana del recién nacido

La estrategia terapéutica más idónea frente a la DPM se encuentra supeditada de manera sustancial tanto al estadio cronológico de la gestación como al estado fisiopatológico integral de la díada en la progenitora y el primogénito recién dado a luz, donde la edad gestacional delimita las posibilidades de intervención y la condición clínica conjunta de madre y neonato condiciona la elección del proceder asistencial más conveniente. y el producto conceptual. En específicas eventualidades, si la fisura se manifiesta previamente a las 34 semanas de gestación, puede ser indispensable provocar la expulsión fetal o realizar una intervención quirúrgica abdominal para prevenir la contaminación bacteriana o complicaciones subsecuentes. (4)

2.2.1.2.3. Anemia

Se considera esta denominación a las anomalías hematológicas de mayor prevalencia durante la gestación, se manifiesta mediante la reducción de la concentración de hemoglobina circulante, limitando la eficiencia hemática en la entrega de oxígeno a los tejidos maternos. Esta insuficiencia puede repercutir



de manera directa y relevante en la homeostasis fetal, restringiendo la provisión de oxígeno indispensable para el crecimiento y la maduración intrauterina del feto. (33)

Durante la etapa gestacional se observan múltiples fenotipos de anemia; entre ellos, la más predominante es la ferropénica, originada por la carencia de hierro biodisponible en el organismo materno también se puede notar que esta condición se configura como una de las alteraciones hematológicas más recurrentes en el periodo prenatal, comprometiendo la eritropoyesis y la capacidad hemática de transporte de oxígeno hacia los tejidos maternos y fetales. La insuficiencia de este oligoelemento esencial limita la eritropoyesis, disminuyendo la entrega de oxígeno al feto y afectando su desarrollo. De manera análoga, la anemia megaloblástica, originada por carencia de cobalamina o ácido fólico, constituye otra forma frecuente en gestantes, con repercusiones comparables sobre la ontogénesis fetal.

La deficiencia hemática materna que durante el proceso de gestación genera que esta se manifiesta como una amenaza a la condición de embarazo, lo que ocasiona una gran probabilidad de presentar dificultades elevadas de alumbramiento prematuro, anticipando la finalización de la gestación antes del término fisiológico, hipotrofia neonatal, restricción del desarrollo intrauterino y diversas complicaciones obstétricas durante el alumbramiento. Asimismo, esta condición puede predisponer a la hemorragia posparto y entorpecer la recuperación fisiológica de la madre tras el nacimiento.

Es de vital importancia que las gestantes reciban suplementación preventiva de hierro biodisponible y ácido fólico, acompañada de un patrón alimentario

cuidadosamente enriquecido en micronutrientes esenciales para la hematopoyesis y la homeostasis fetal, con la finalidad de contrarrestar la aparición de estados anémicos durante la gestación y mitigar sus potenciales repercusiones negativas sobre las cavidades que son los encargados de enviar moléculas de oxígeno hacia los órganos maternos y la adecuada oxigenación del feto.

La ejecución metódica de estudios hematimétricos dentro del control prenatal permite la identificación temprana de estados anémicos, posibilitando la instauración de intervenciones terapéuticas oportunas y la atenuación de riesgos tanto para la homeostasis materna como para el desarrollo intrauterino del feto.(34)

2.2.2. Peso del recién nacido

El índice ponderal del primogénito que recién ha dado a luz constituye un indicador primordial de la vitalidad neonatal, ya que aporta información relevante sobre el desarrollo intrauterino y las condiciones obstétricas del parto. Un peso perinatal adecuado es esencial para el inicio óptimo de la vida extrauterina y se correlaciona con una menor incidencia de complicaciones inmediatas y secuelas a largo plazo. (35)

La biomasa neonatal refleja múltiples determinantes, entre ellos la salud materna, las circunstancias gestacionales y los rasgos genéticos fetales. Por consiguiente, la supervisión clínica continua y la evaluación metódica de los neonatos se convierten en componentes cruciales para garantizar una atención neonatal de excelencia, permitiendo la identificación temprana de determinantes de riesgo capaces de comprometer la homeostasis fisiológica y



el desarrollo integral del lactante en fases postnatales tempranas y subsecuentes. (35)

2.2.2.1. Definición de peso del recién nacido

La antropometría neonatal ponderal se conceptualiza como la cuantificación sistemática y estandarizada de la biomasa corporal que exhibe el neonato al momento de la expulsión uterina, constituyendo un indicador clínico de relevancia para la evaluación del estado somático inicial. Este parámetro somatométrico permite la estratificación de la población neonatal en categorías de riesgo diferenciadas, tales como restricción del crecimiento intrauterino con déficit ponderal, desarrollo somático adecuado para la edad gestacional (normopeso para la gestación), y sobrecrecimiento fetal o macrosomía, caracterizado por incremento excesivo de la masa corporal. La valoración precisa de este índice es crucial para la detección temprana de alteraciones nutricionales o metabólicas, la planificación de intervenciones neonatales y la predicción de posibles complicaciones perinatales que puedan comprometer la homeostasis del lactante. Además, facilita la correlación con otros indicadores biométricos y fisiológicos, contribuyendo a un enfoque integral de vigilancia clínica y epidemiológica en neonatología.

Este indicador somatométrico esencial se utiliza para categorizar a la cohorte neonatal en distintas estratificaciones de riesgo, incorporando la restricción ponderal intrauterina con insuficiencia de masa, el desarrollo somático congruente con la edad gestacional, así como el sobrecrecimiento fetal con hipertrofia corporal, permitiendo una evaluación precisa de vulnerabilidades neonatales y proyecciones clínicas.

De acuerdo con los estándares internacionales establecidos por la OMS, indicaba que un neonato cuya masa corporal se sitúe por debajo de los 2500 gramos se clasifica dentro del espectro de peso deficitario al nacimiento, en contraposición con aquellos cuyo peso oscila entre 2500 y 4000 gramos, quienes se consideran dentro de los percentiles de normalidad antropométrica. Los recién nacidos que superan el umbral de 4000 gramos son categorizados como macrosómicos o con gigantismo fetal.

Esta categorización clínica representa un componente cardinal para la identificación de la susceptibilidad a complicaciones neonatales tempranas, integrando alteraciones respiratorias del neonato, predisposición a infecciones nosocomiales, y desórdenes asociados al proceso expulsivo durante el parto, permitiendo una evaluación integral del riesgo perinatal. (36)

2.2.2.2. peso del recién nacido

a) Bajo Peso al Nacer

El peso neonatal reducido (BPN) se define como la condición perinatal en la que el neonato presenta una masa corporal inferior a 2500 gramos (2,5 kg) al momento del nacimiento. Esta alteración ponderal constituye un determinante de riesgo crítico para la vitalidad neonatal, dado que los neonatos con biomasa disminuida presentan una predisposición incrementada a desarrollar complicaciones obstétricas y perinatales severas, tanto durante el tránsito del parto como en el período postnatal inmediato

Los neonatos pueden manifestar insuficiencia ponderal natal por múltiples etiologías, tales como la inmadurez gestacional (cuando se produce el parto



prematureo (egreso fetal antes de alcanzar las 37 semanas de gestación) o como consecuencia de que el concepto fetal no alcanzó un crecimiento apropiado en el ambiente intrauterino, una entidad denominada restricción del desarrollo fetal (RDF). Los lactantes con déficit ponderal presentan mayor predisposición a desarrollar alteraciones ventilatorias, como el síndrome de distress respiratorio, puesto que su aparato pulmonar puede no haber alcanzado la maduración completa. Asimismo, exhiben una susceptibilidad incrementada a procesos infecciosos, considerando que su sistema de defensa inmunitario aún carece de la madurez suficiente, y pueden experimentar dificultades en la regulación térmica corporal, circunstancia que los torna más vulnerables a estados hipotérmicos. (37)

Adicionalmente a las adversidades sanitarias inmediatas, los neonatos con insuficiencia ponderal natal pueden confrontar complicaciones a largo plazo, tales como retardos en su evolución somática y neurocognitiva. Estos lactantes requieren vigilancia médica especializada y, en múltiples ocasiones, deben ser hospitalizados en UTIN para monitoreo estrecho y manejo terapéutico. Resulta primordial que la supervisión prenatal sea exhaustiva para identificar determinantes de riesgo que puedan conducir a una masa corporal deficitaria al nacer y, consecuentemente, optimizar los desenlaces perinatales.

Opción 2: Más allá de las patologías sanitarias tempranas, los recién nacidos con peso deficitario pueden experimentar secuelas prolongadas, incluyendo demoras en su progresión física y del neurodesarrollo. Estos bebés necesitan atención clínica especializada y, frecuentemente, requieren ingreso hospitalario en una unidad de cuidados críticos neonatales (UCCN) para seguimiento

intensivo y tratamiento específico. Es esencial que el control obstétrico sea minucioso para detectar variables de riesgo que puedan originar peso inadecuado al momento del parto y, por tanto, mejorar los resultados del período perinatal.

Opción 3 (más técnica y ampliada): Complementariamente a las manifestaciones patológicas del período neonatal inmediato, los productos conceptuales con déficit ponderal natal pueden desarrollar complicaciones de evolución crónica, caracterizadas por alteraciones en la progresión del crecimiento estaturponderal y déficits en el desarrollo neurocognitivo. (38)

b) Peso Adecuado al Nacer

La biomasa fetal apropiada al momento del nacimiento se relaciona con una disminución en la mortalidad neonatal y una superior adaptación fisiológica al medio ambiente postnatal. Aunque estos recién nacidos demuestran menor predisposición a experimentar complicaciones críticas, es esencial continuar supervisando su progresión en el período postnatal temprano para asegurar que mantengan un crecimiento satisfactorio. (39)

c) Peso Elevado al Nacer

La hiperponderación neonatal, conocida como macrosomía fetal, se caracteriza por el nacimiento de neonatos con masa corporal superior a 4000 gramos. Esta condición ponderal elevada puede inducir complicaciones obstétricas y perinatales que son eventos perinatales que ocurren durante la gestación y el proceso de expulsión fetal. La etiología de la macrosomía suele asociarse a alteraciones metabólicas maternas, como diabetes gestacional, obesidad



pregestacional o gestaciones postérminos; cuando el evento partitivo ocurre, se pueden considerar como determinantes perinatales que se manifiestan a lo largo de la gestación y durante el proceso de alumbramiento, influyendo directamente en la salud y adaptación inicial del neonato. La hiperponderación fetal se vincula con un incremento del riesgo obstétrico durante el alumbramiento, destacando la distocia de hombros, fenómeno en el cual los hombros neonatales quedan impactados en el canal del parto, generando lesiones traumáticas potenciales tanto para el neonato como para la progenitora. (40)

Los bebés con peso elevado también pueden presentar problemas respiratorios, ya que su tamaño puede dificultar la expansión de los pulmones. Además, los neonatos con hiperponderación intrauterina presentan un riesgo elevado de desarrollar alteraciones metabólicas crónicas a mediano y largo plazo, incluyendo obesidad pediátrica y diabetes mellitus tipo 2, atribuible a la exposición sostenida a hiperglucemia materna durante la gestación. Los médicos deben monitorear de cerca estos embarazos y, en algunos casos, pueden recomendar una cesárea para evitar las complicaciones asociadas con el tamaño del bebé. Además, la atención posnatal del bebé macrosómico también requiere un seguimiento más detallado para identificar posibles dificultades relacionadas con su peso. (41)



2.3. MARCO CONCEPTUAL

Anemia: La anemia durante la gestación se identifica como una de las complicaciones más frecuentes y recurrentes en el período prenatal, caracterizándose por una reducción significativa de la hemoglobina circulante, lo que disminuye la capacidad hemática para la movilización y distribución de oxígeno hacia los tejidos maternos y del feto. (21)

Bacteria: Una bacteria es un microorganismo unicelular procariótico, clasificado dentro del dominio bacteria. Estas entidades microscópicas presentan una diversidad morfológica y dimensional considerable y colonizan prácticamente todos los ecosistemas terrestres y acuáticos. (42)

Infecciones urinarias (ITU): constituyen una de las adversidades más frecuentes durante el período gestacional. Estos procesos infecciosos pueden ser ocasionados por microorganismos bacterianos que comprometen el sistema urinario materno (31).

Múltipara: Las múltiparas (mujeres que han tenido dos o más embarazos previos) suelen estar más familiarizadas con el proceso del embarazo, lo que puede resultar en un mejor autocuidado (27)

Peso del recién nacido: El peso de nacimiento alude a la cantidad de masa que posee un bebé durante el proceso de expulsión fetal. (39)

Primípara: Las mujeres primíparas (aquellas que están en su primer embarazo) suelen enfrentarse a una mayor incertidumbre respecto al proceso del embarazo. (25)



CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tuvo un diseño no experimental, ya que no se manipularon intencionalmente las variables, sino que se observó su comportamiento y relación en su contexto natural. (43)

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo básico, relacional, transversal y retrospectivo.

- **Básico:** La investigación buscó generar conocimiento sobre los factores maternos relacionados con el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano, sin aplicar directamente ese conocimiento a la solución de un problema práctico.
- **Correlacional:** El estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre las variables.
- **Retrospectivo:** Se utilizaron datos existentes provenientes de los registros clínicos de pacientes atendidas en el hospital durante un periodo previo a la investigación.

- **Transversal:** El análisis se realizó dentro de un período determinado (enero a diciembre de 2024), estudiando los casos en ese intervalo sin efectuar un seguimiento a las pacientes en el tiempo. (44)

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

Se aplicó el método, hipotético deductivo con enfoque cuantitativo, ya que se enfoca en la recolección y análisis de datos numéricos (45)

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población

La población estuvo conformada por 1860 recién nacidos atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024, que presentaron datos registrados completos.

3.4.2. Muestra

La muestra estuvo representada por una muestra aleatoria de 316 recién nacidos, atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024, y que contaban con los datos registrados sobre el peso del recién nacido y los factores maternos asociados, excluyendo aquellos casos que no cumplían con los criterios de inclusión.

$$n_f = \frac{n_0 \cdot N}{n_0 + (N - 1)}$$

Usando $n_0 = 385$ y $N = 1860$, el cálculo sería:

$$n_f = \frac{385 \cdot 1860}{385 + (1860 - 1)} = \frac{385 \cdot 1860}{2244} = 315.25$$

Entonces, la muestra mínima fue de **315 recién nacidos**.

Criterios de inclusión

- Recién nacidos atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024.
- Recién nacidos vivos con datos registrados sobre el peso al nacer.
- Madres que hayan recibido atención prenatal en el hospital.
- Recién nacidos dados de alta con registros completos en su historia clínica.

Criterios de exclusión

- Recién nacidos con malformaciones congénitas graves.
- Recién nacidos fallecidos o con muerte neonatal.
- Recién nacidos sin registros completos de peso o factores maternos.
- Madres que no recibieron atención prenatal.
- Recién nacidos prematuros extremos (menores a 32 semanas).
- Recién nacidos con condiciones de salud graves al nacer.

Temporalidad:

El estudio se desarrolló en el Hospital Hospital Carlos Monge Medrano durante los meses de enero a diciembre del año 2024.

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

3.5.1. Técnicas

Descripción: Se llevó a cabo un análisis documental de los registros clínicos de las pacientes y sus recién nacidos, con el objetivo de extraer información relevante sobre los factores maternos (edad, paridad, condiciones de salud, entre otros) y los pesos al nacer de los recién nacidos atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2024.

Variable 1: Análisis documental

Variable 2: Análisis documental

3.5.2. Instrumentos

Descripción: Se diseñó una ficha de recolección de datos para registrar la información obtenida de los registros clínicos. Esta ficha incluyó campos específicos para los factores maternos (edad, paridad, inicio de atención prenatal, antecedentes de aborto) y el peso del recién nacido (bajo peso, peso adecuado, peso elevado). Los datos fueron extraídos y se ingresaron en esta ficha para su posterior análisis.

Variable 1: Ficha de recolección de datos

Variable 1: Ficha de recolección de datos

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

a) Coordinación: Para llevar a cabo la investigación sobre los factores maternos relacionados con el peso del recién nacido, se solicitó la autorización al director del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca,

asegurando la viabilidad ética y administrativa del estudio. Se diseñó un instrumento estructurado de recolección de datos, con el objetivo de garantizar la precisión y sistematización de la información. Este instrumento permitió recopilar datos sobre factores maternos como la edad, estado nutricional, consumo de sustancias, paridad y atención prenatal, así como sobre el peso del recién nacido (bajo peso, adecuado o elevado).

b) Ejecución

Una vez recolectados los datos mediante la ficha de recolección, se realizó un análisis descriptivo de la información. Los datos fueron organizados en tablas estadísticas, lo que permitió elaborar distribuciones de frecuencia y gráficos ilustrativos para visualizar claramente los patrones y tendencias relacionados con los factores maternos y el peso del recién nacido. La información fue luego sintetizada e interpretada de acuerdo con los objetivos de la investigación, con el propósito de identificar las posibles correlaciones entre los factores maternos y los resultados del peso al nacer.

c) Análisis inferencial

Se utilizó la correlación de chi-cuadrado (χ^2) para analizar la dependencia entre variables categóricas. Todo el procesamiento y análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el software estadístico IBM SPSS Statistics, versión 25, que permitió una gestión eficiente y precisa de los resultados.

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Para la organización, interpretación y evaluación de los datos obtenidos se



empleó la prueba estadística Chi², debido a que se trataba de variables numéricas.

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.8.1. Validez

El instrumento de recolección de datos fue sometido a un proceso de validación por juicio de expertos, se contó con la participación de 3 profesionales especializados en el tema, entre ellos obstetras y especialistas.

3.8.2. Confiabilidad

La confiabilidad se evaluó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, lo que garantiza la consistencia interna de las variables utilizadas en el estudio.

Análisis de confiabilidad del instrumento

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,876	8



CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1. RELACIÓN DE LA EDAD Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024

EDAD	PESO DEL RECIÉN NACIDO							
	Bajo peso		Peso adecuado		Peso elevado		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Adolescente (12 a 17 años)	90	30.5	59	18.7	18	5.7	167	54.9
Joven (18 a 29 años)	33	10.5	46	14.6	15	4.8	94	29.9
Adulta (30 a 49 años)	25	7.9	21	6.7	3	1.0	49	15.2
TOTAL	154	48.9	126	40.0	36	11.5	310	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$X^2 C = 35.901$

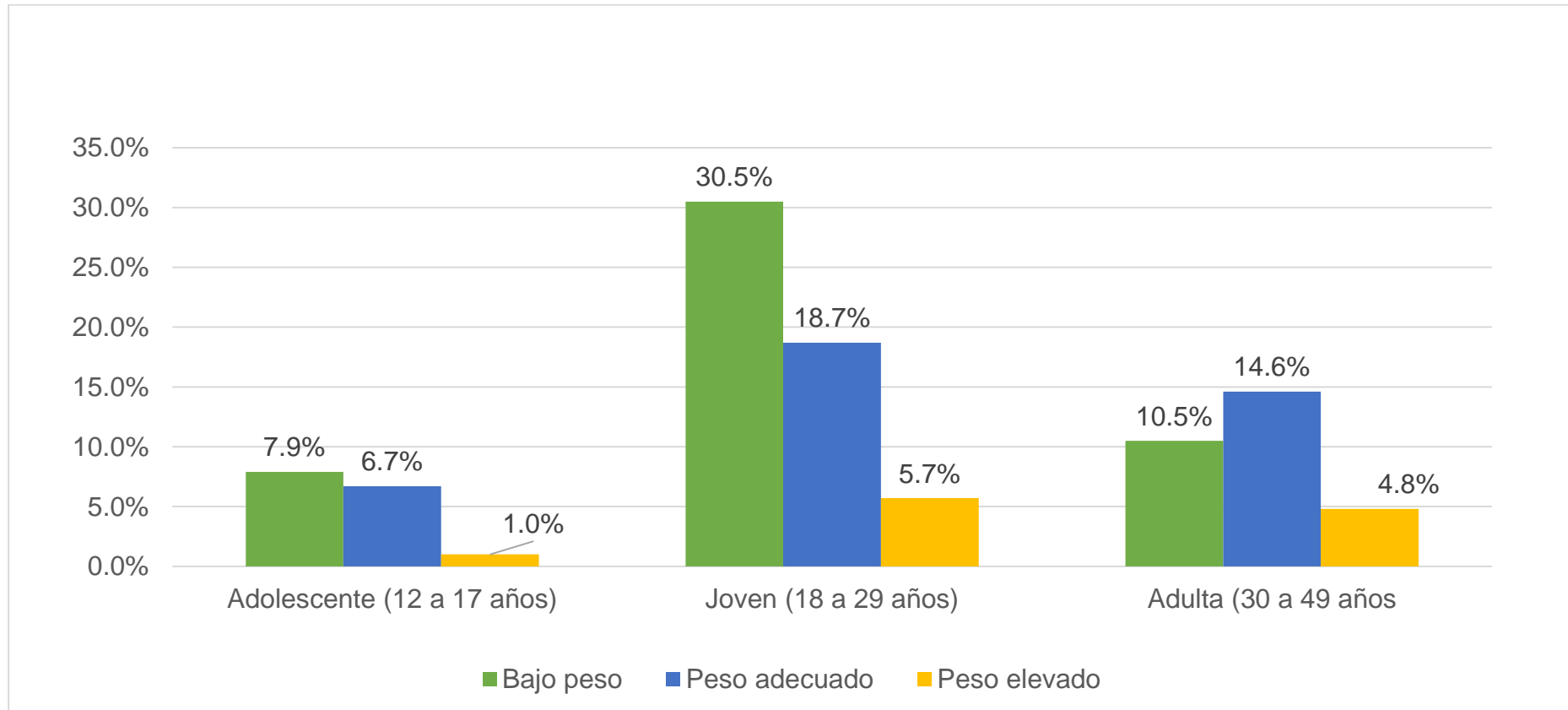
$GL = 4$

$X^2 T = 9.487$

$P = 0.000$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 1. RELACIÓN DE LA EDAD Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024



Fuente: TABLA 1



En la tabla y figura 1 se presenta la distribución por edad de 315 pacientes atendidos. El 54.9% correspondió a pacientes de 18 a 29 años, el 29.9% a pacientes de 30 a 49 años y el 15.2% a aquellos pacientes de 12 a 17 años.

En la distribución según el peso del recién nacido, se observó que el 30.1% presentó un peso bajo, correspondiente a mujeres jóvenes de entre 18 y 29 años. Asimismo, el 18.7% tuvo recién nacidos con peso adecuado, también en mujeres de este mismo grupo etario. Finalmente, el 5.7% registró recién nacidos con peso elevado, nuevamente en mujeres jóvenes de 18 a 29 años

El análisis estadístico mediante chi-cuadrado arrojó un estadístico de $\chi^2 = 35,901$, superando de manera notoria el umbral crítico tabulado de 9,487 correspondiente a 4 grados de libertad ($p = 0,000$). Este resultado pone de manifiesto la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre la variable edad materna y la masa corporal al nacer de los neonatos, indicando que las variaciones en la cronología materna influyen de manera relevante en el peso neonatal.

Según **Melo et al.** (7), la edad promedio de las madres fue de 24 ± 6 años, lo que indica una concentración en mujeres jóvenes en edad reproductiva. De manera similar, en el presente estudio se observó que el 45.9 % de las puérperas pertenecían al grupo etario de 18 a 29 años, lo cual confirma que esta etapa representa la mayor proporción de gestantes. Esta coincidencia refuerza la evidencia de que la maternidad se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, quienes, a pesar de encontrarse en un rango biológicamente favorable para el embarazo, pueden enfrentar riesgos si existen condiciones como control prenatal inadecuado, anemia o periodos intergenésicos cortos.

TABLA 2. RELACIÓN DE LA PARIDAD Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024

PARIDAD	PESO DEL RECIÉN NACIDO							
	Bajo peso		Peso adecuado		Peso elevado		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primípara	60	19.0	43	13.7	9	2.9	112	35.6
Múltipara	80	25.4	60	19.0	14	4.4	154	48.8
Gran múltipara	14	4.4	23	7.3	12	3.8	49	15.6
TOTAL	154	48.9	126	40.0	35	11.1	315	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$X^2 \text{ Cal} = 13.112$$

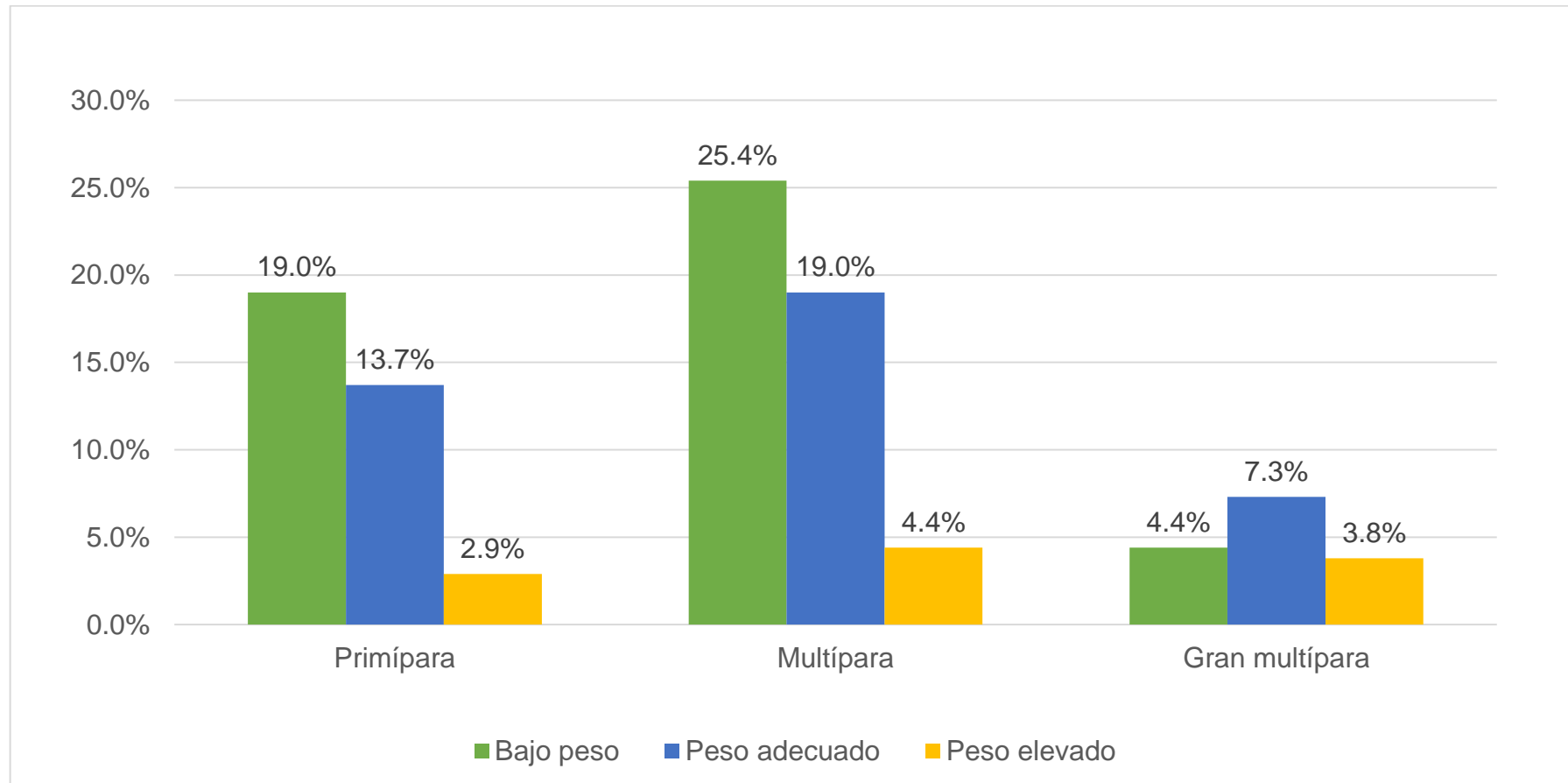
$$GL = 4$$

$$X^2 \text{ Tab} = 9.4877$$

$$P=0.011$$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 2. RELACIÓN DE LA PARIDAD Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024



Fuente: TABLA 2



En la tabla y figura 2 se muestra la distribución por paridad de las 315 pacientes atendidas. El 48.8 % correspondió a mujeres multíparas, el 35.6% a primíparas y el 15.6 % a gran multíparas.

En la distribución según el peso del recién nacido, se observó que el 25.4% presentó un peso bajo, correspondiente multíparas. Asimismo, el 19% tuvo recién nacidos con peso adecuado, también en el mismo grupo. Finalmente, el 4.4% registró recién nacidos con peso elevado, nuevamente en multíparas.

El análisis estadístico mediante prueba de independencia chi-cuadrado arrojó un estadístico de $\chi^2 = 13,112$, excediendo el umbral crítico tabulado de 9,487 correspondiente a 4 grados de libertad ($p = 0,011$). Este hallazgo indica la presencia de una asociación estadísticamente significativa entre la paridad materna y la masa corporal al momento del nacimiento, sugiriendo que el número de gestaciones previas ejerce una influencia relevante sobre el peso neonatal.

Según **Mango** (21), el 34.54 % de los recién nacidos presentaron un peso desfavorable al nacer, asociado principalmente a la primiparidad materna. En contraste, en el presente estudio se observó que el 48.8 % de las pacientes eran multíparas, y esta condición mostró una relación significativa con el bajo peso del recién nacido. Esta diferencia sugiere que el riesgo de bajo peso no se limita únicamente a las primíparas, sino que también puede estar presente en mujeres con múltiples partos, especialmente si existen otros factores como anemia, infecciones o cortos periodos intergenésicos.

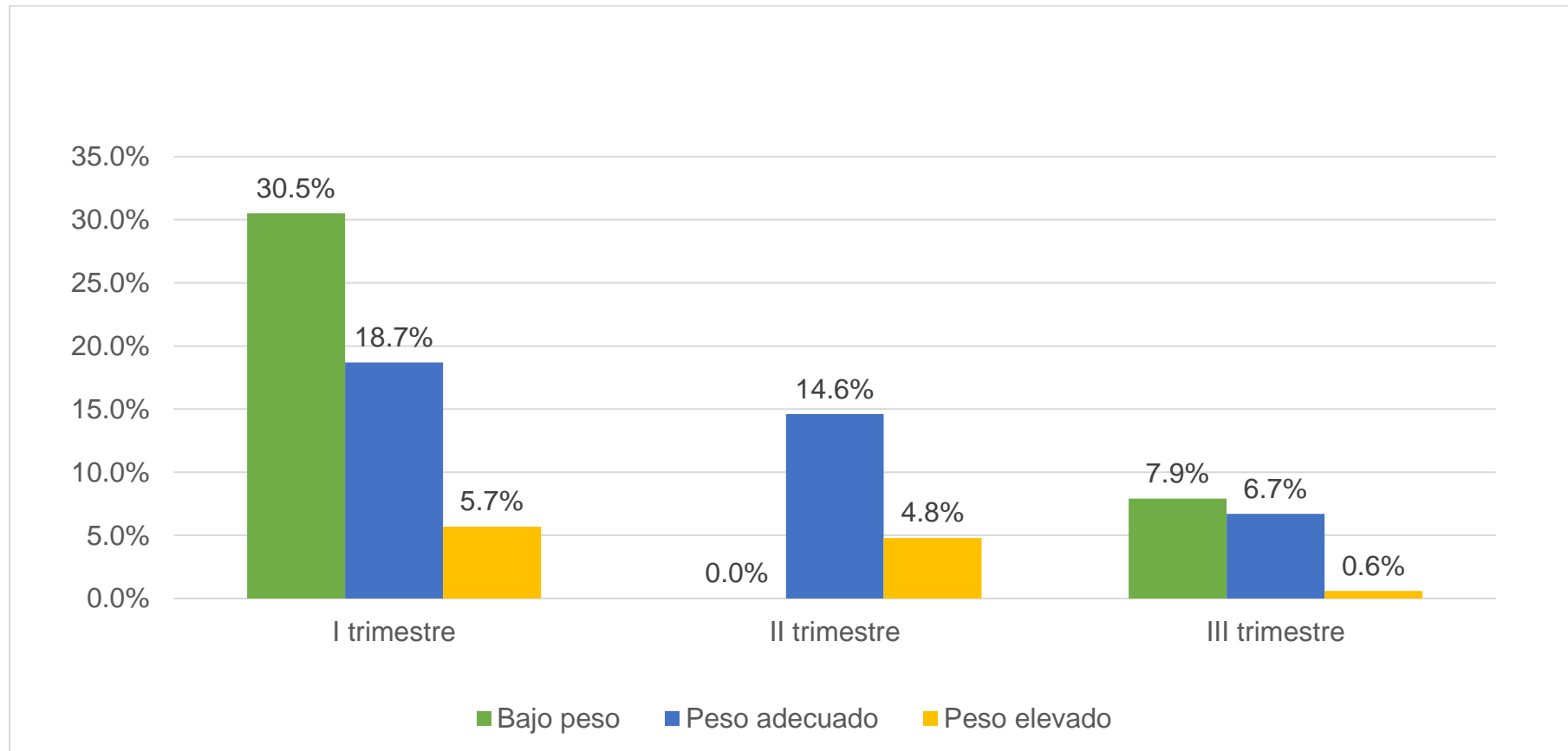
TABLA 3. RELACIÓN DEL INICIO DE ATENCIONES PRENATALES Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024

INICIO DE ATENCIONES PRENATALES	PESO DEL RECIÉN NACIDO							
	Bajo peso		Peso adecuado		Peso elevado		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
I trimestre	96	30.5	59	18.7	18	5.7	173	54.9
II trimestre	33	10,5	46	14.6	15	4.8	94	29.8
III trimestre	25	7.9	21	6.7	2	0.6	48	15.3
TOTAL	154	48.9	126	40.0	35	11.1	315	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

 $X^2_{Cal} = 5.907$ $GL = 4$ $X^2_{Tab} = 9.4877$ $P = 0.060$ **NO ES SIGNIFICATIVA**

FIGURA 3. RELACIÓN DEL INICIO DE ATENCIONES PRENATALES Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024



Fuente: TABLA 3.



En la tabla y figura 3 se presenta la distribución por inicio de atenciones prenatales de 315 pacientes atendidos. El 54.9% correspondió a pacientes que fueron atendidas desde el I trimestre, el 29.8% corresponde a los que iniciaron en el II trimestre y finalmente el 15.3% fueron pacientes que iniciaron su atención prenatal en el III trimestre.

En la distribución según el peso del recién nacido, se observó que el 30.5% presentó un peso bajo, correspondiente a las que iniciaron su atención prenatal en el I trimestre. Asimismo, el 18.7% tuvo recién nacidos con peso adecuado, también de este mismo grupo. Finalmente, el 5.7% registró recién nacidos con peso elevado, nuevamente en aquellas que iniciaron la atención prenatal en el I trimestre.

El análisis estadístico mediante a prueba de chi-cuadrado reveló un estadístico de $\chi^2 = 5,907$, el cual no excede el umbral crítico tabulado de 9,487 correspondiente a 4 grados de libertad ($p = 0,060$). Este resultado sugiere la ausencia de asociación estadísticamente significativa entre el momento de inicio de las atenciones prenatales y la masa corporal al nacimiento, indicando que el inicio temprano o tardío del control gestacional no se relaciona de manera determinante con el peso neonatal

Según los hallazgos del investigador **Valerio** (14), Las gestantes que comenzaron la vigilancia obstétrica durante el trimestre inicial de la gestación evidenciaron, en su mayoría, neonatos con IMC al momento del nacimiento, subrayando la relevancia de la monitorización. Se identificó que el 54,9 % de las púerperas iniciaron sus controles prenatales en dicho periodo temprano.

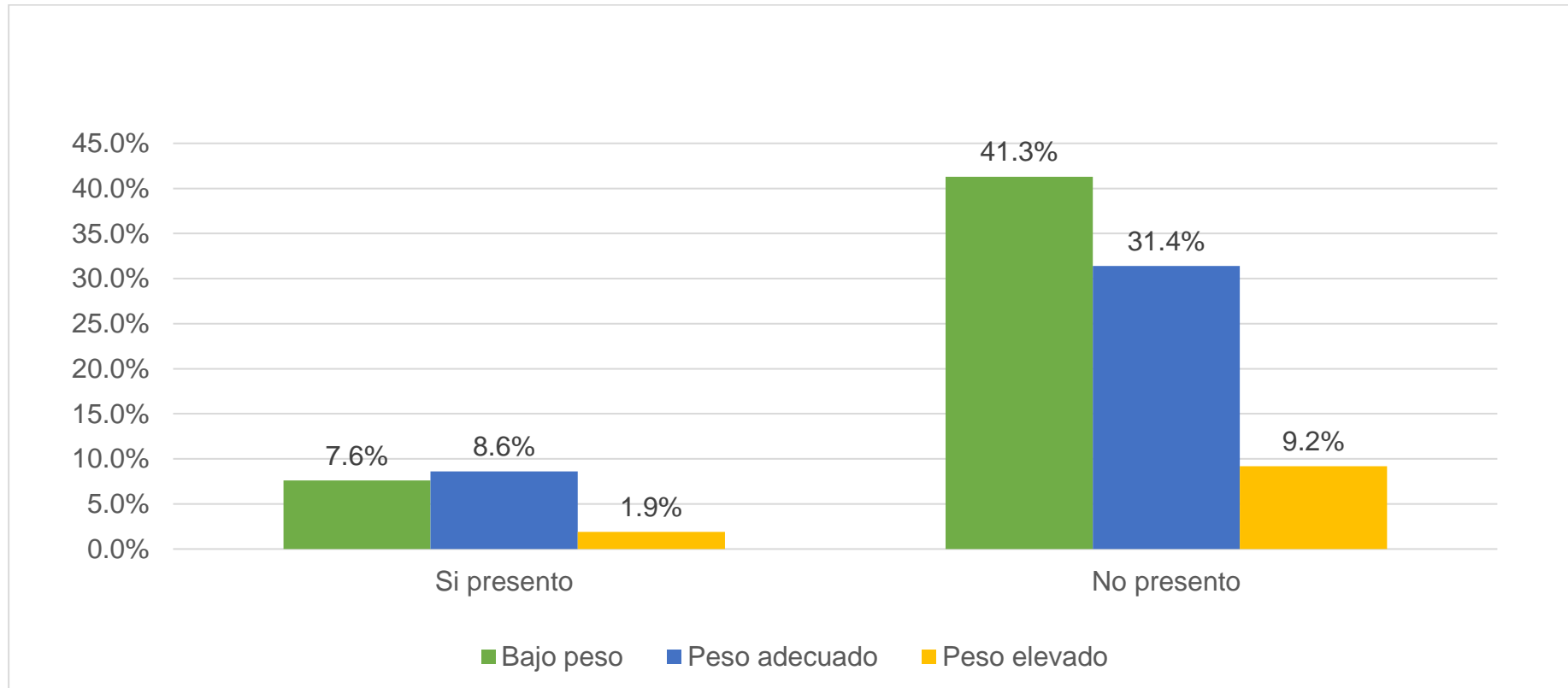
TABLA 4. RELACIÓN DEL ANTECEDENTES DE BORTO Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024

ANTECEDENTES DE BORTO	PESO DEL RECIÉN NACIDO							
	Bajo peso		Peso adecuado		Peso elevado		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si presento	24	7.6	27	8.6	6	1.9	57	18.1
No presento	130	41.3	99	31.4	29	9.2	258	81.9
TOTAL	154	48.9	126	40.0	35	11.1	315	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

 $X^2 \text{ Cal} = 0.810$ $GL = 2$ $X^2 \text{ Tab} = 5.991$ $P = 0.667$ **NO ES SIGNIFICATIVA**

FIGURA 4. RELACIÓN DEL ANTECEDENTES DE BORTO Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024



Fuente: TABLA 4



En la tabla y figura 4 se muestra la distribución por antecedentes de aborto de las 315 pacientes atendidas. El 81.9% correspondió a pacientes que no presentaron antecedentes de aborto y el 18.1% si presentó este antecedente.

En la distribución según el peso del recién nacido, se observó que el 41.3% presentó un peso bajo, correspondiente a pacientes sin antecedentes de aborto. Asimismo, el 31.4% tuvo recién nacidos con peso adecuado, también en el mismo grupo. Finalmente, el 9.2% registró recién nacidos con peso elevado, nuevamente en aquellas sin antecedentes.

El análisis estadístico mediante chi-cuadrado arrojó un estadístico de $\chi^2 = 0,810$, inferior al umbral crítico tabulado de 5,991 correspondiente a 2 grados de libertad ($p = 0,667$). Este resultado indica la inexistencia de asociación estadísticamente significativa entre los antecedentes de aborto materno y la masa corporal al nacimiento, sugiriendo que la historia previa de pérdidas gestacionales no se correlaciona de manera determinante con el peso neonatal.

Según el estudio de **Lazo** (16), obstétrico de interrupción gestacional previa se relacionó de manera significativa con la aparición de neonatos con biomasa corporal disminuida, evidenciado por un odds ratio de 2,39, lo que sugiere que las gestantes con abortos previos presentan una mayor propensión a alumbrar recién nacidos con peso subóptimo. No obstante, en el análisis de la presente cohorte se constató que el 81,9 % de las participantes carecían de historial de aborto, y pese a ello, se documentaron episodios de neonatos con masa corporal inferior a lo esperado.

TABLA 5. RELACIÓN DEL PERIODO INTERGENÉSICO Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024

PERIODO INTERGENÉSICO	PESO DEL RECIÉN NACIDO							
	Bajo peso		Peso adecuado		Peso elevado		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
No presenta	67	21.3	41	13.0	15	4.8	123	39.0
< a 24 meses	77	24.4	64	20.3	8	2.5	149	47.3
> a 60 meses	10	3.2	21	6.7	12	3.8	43	13.7
TOTAL	154	48.9	126	40.0	35	11.1	315	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$X^2_{Cal} = 17.377$

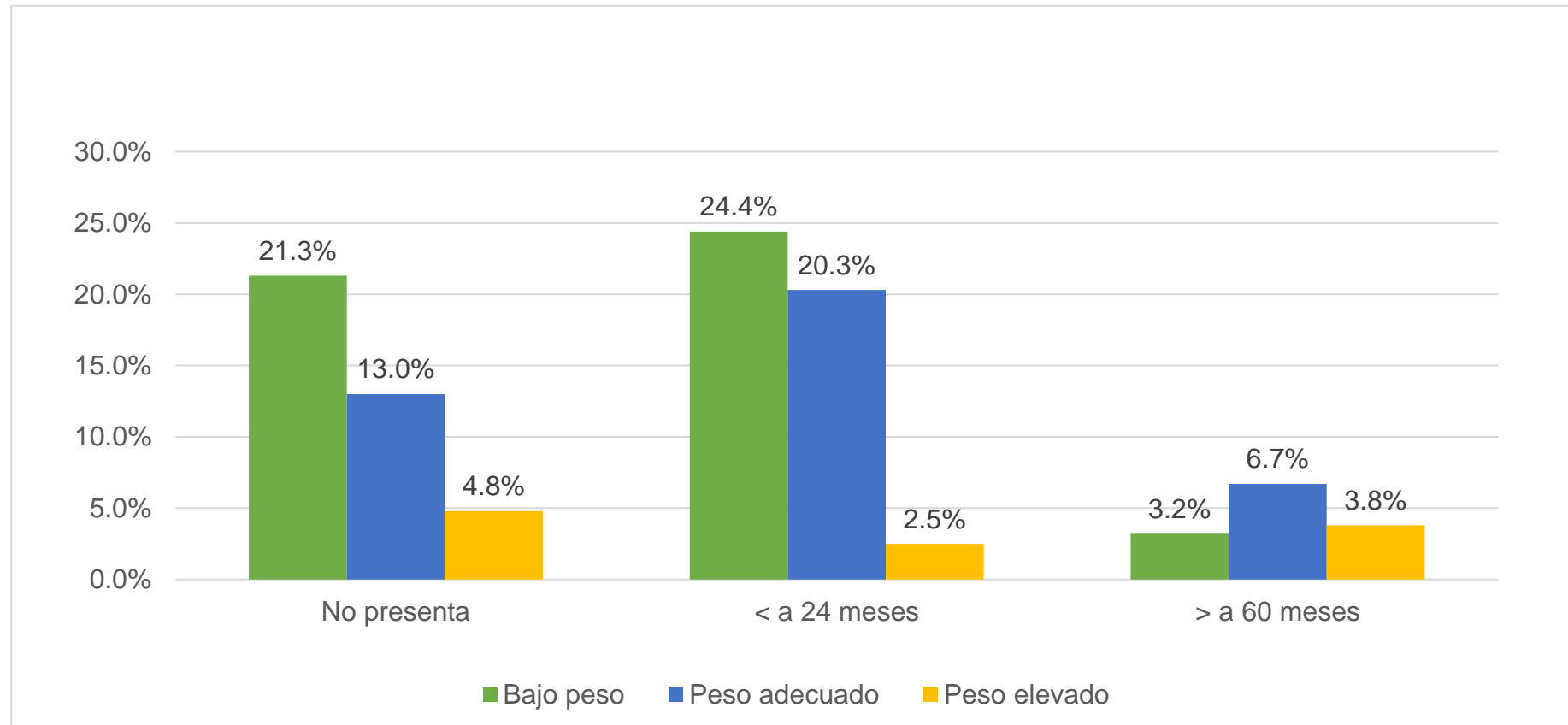
$GL = 4$

$X^2_{Tab} = 9.487$

$p = 0.002$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 5. RELACIÓN DEL PERIODO INTERGENÉSICO Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024



Fuente: TABLA 5



En la tabla y figura 5 se muestra la distribución por periodo intergenésico de las 315 pacientes atendidas. El 47.3% correspondió a pacientes con un periodo intergenésico < a 24 meses, el 39% no presenta periodo intergenésico y el 13.7% presento un periodo intergenésico > a 60 meses.

En la distribución según el peso del recién nacido, se observó que el 24.4% presentó un peso bajo, correspondiente a pacientes con PIC. Asimismo, el 20.3% tuvo recién nacidos con peso adecuado, también en el mismo grupo. Finalmente, el 4.8% registró recién nacidos con peso elevado, siendo en las que no presentaron periodo intergenésico.

El análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado mostró un valor de $\chi^2 = 17.377$, que es superior al valor crítico tabulado de 9.487 para 4 grados de libertad ($p = 0.002$). Este hallazgo evidencia que existe relación estadísticamente significativa entre el periodo intergenésico y el peso del recién nacido.

Según **Valerio** (14), las gestantes cuyo intervalo intergenésico se mantuvo dentro de rangos fisiológicos evidenciaron recién nacidos con biomasa corporal adecuada en un 35,74 % de los casos, subrayando la relevancia de un lapso intergestacional óptimo para el desarrollo intrauterino idóneo. Por otro lado, en la cohorte analizada se constató que el 47,3 % de las puérperas presentó un periodo intergenésico inferior a 24 meses, condición que demostró una asociación estadísticamente significativa con la aparición de neonatos con masa corporal disminuida.



TABLA 6. RELACIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024

INFECCIÓN URINARIA	PESO DEL RECIÉN NACIDO							
	Bajo peso		Peso adecuado		Peso elevado		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
No Presento	70	22.2	36	11.4	2	0.6	108	34.3
si presento	84	26.7	90	28.6	33	10.5	207	65.7
TOTAL	154	48.9	126	40.0	35	11.1	315	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$X^2 C = 33.100$

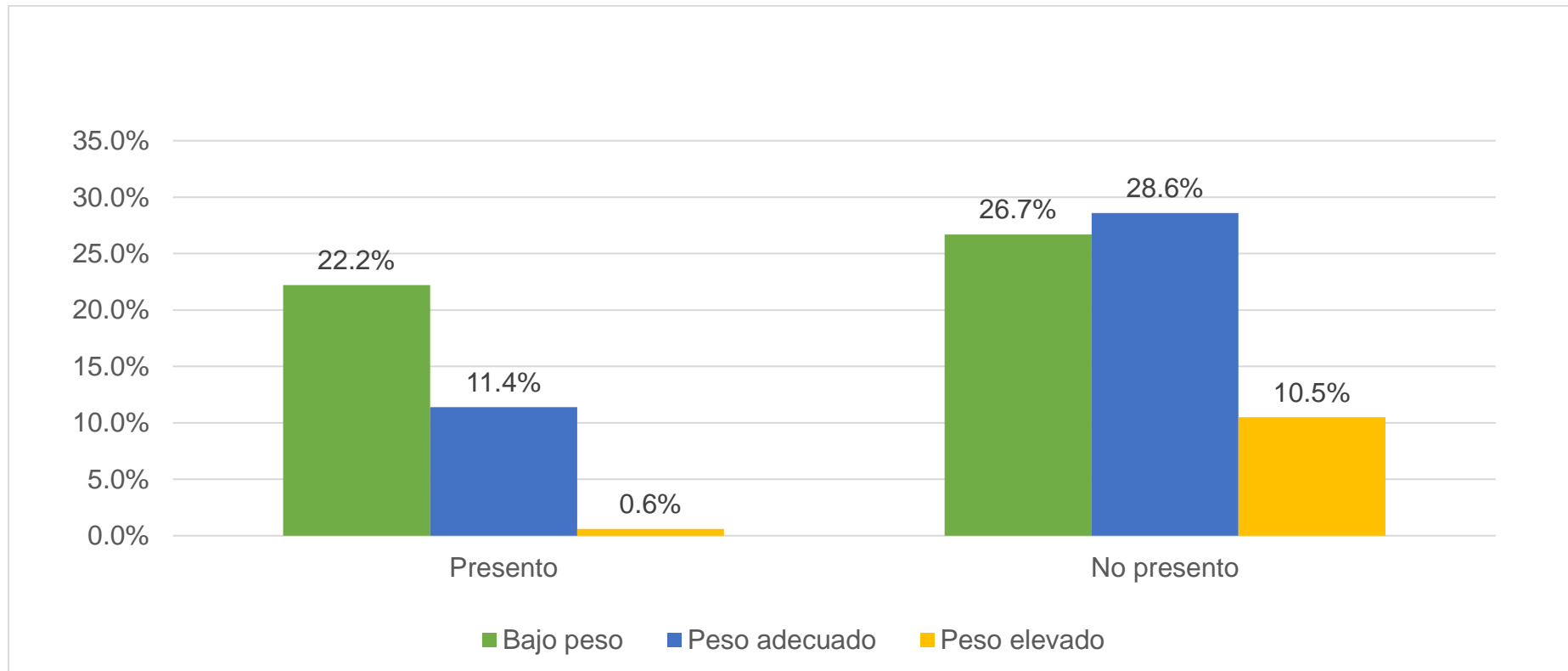
$GL = 2$

$X^2 T = 5.991$

$p = 0.000$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 6. RELACIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024



Fuente: TABLA 6



En la tabla y figura 6 se muestra la distribución por la presencia de infección urinaria de las 315 pacientes atendidas. El 65.7% correspondió a pacientes que si presentaron infección urinaria y el 34.3% no presento infección urinaria.

En la distribución según el peso del recién nacido, se observó que el 28.6% presentó un peso adecuado, correspondiente a pacientes que si presentaron infección urinaria. Asimismo, el 26.7% tuvo recién nacidos con bajo peso, lo cual fue en las que si presentaron infección urinaria. Finalmente, el 10.5% registró recién nacidos con peso elevado, siendo en las que si presentaron infección urinaria

El análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado mostró un valor de $\chi^2 = 33.100$, que es superior al valor crítico tabulado de 5.991 para 2 grados de libertad ($p = 0.000$). Este hallazgo evidencia que existe relación estadísticamente significativa entre la infección urinaria y el peso del recién nacido.

Según **Pacheco** (10), las infecciones urinarias durante el embarazo se identificaron como un factor de riesgo relevante para el bajo peso al nacer, señalando que las gestantes con esta condición tenían el doble de probabilidad de presentar recién nacidos con peso inadecuado. En concordancia, en el presente estudio se encontró que el 65.7 % de las puérperas presentaron infección urinaria, lo cual mostró una relación significativa con el bajo peso del recién nacido.



TABLA 7. RELACIÓN DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	PESO DEL RECIÉN NACIDO							
	Bajo peso		Peso adecuado		Peso elevado		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Presento	38	12.1	27	8.6	20	6.3	85	27.0
No presente	116	36.8	99	31.4	15	4.8	230	73.0
TOTAL	154	48.9	126	40.0	35	11.1	315	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$X^2_{Cal} = 4.314$

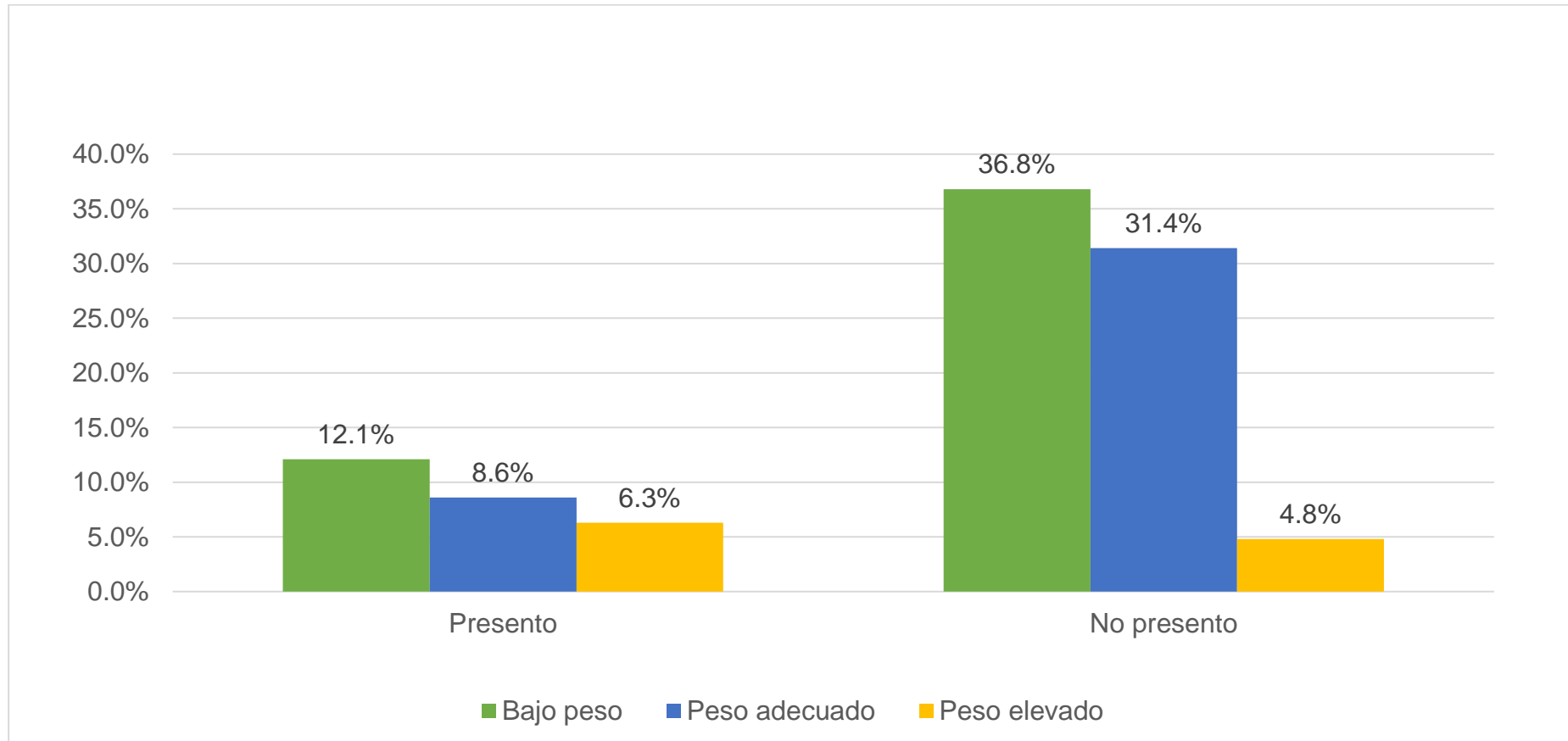
$X^2_{Tab} = 5.991$

$GL = 2$

$p = 0.000$

NO ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 7. RELACIÓN DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024



Fuente: TABLA 7

En la tabla y figura 7 se muestra la distribución por la presencia de ruptura prematura de membranas de las 315 pacientes atendidas. El 73% correspondió a pacientes que no presentaron ruptura prematura de membranas y el 27% si presento ruptura prematura de membranas.

En la distribución según el peso del recién nacido, se observó que el 36.8% presentó un peso bajo, correspondiente a pacientes que no presentaron RPM. Asimismo, el 31.4% tuvo recién nacidos con bajo peso, lo cual fue en las que no presentaron RPM. Finalmente, el 6.3% registró recién nacidos con peso elevado, siendo en las que si presentaron RPM.

El análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado mostró un valor de $\chi^2 = 4.314$, que es inferior al valor crítico tabulado de 5.991 para 2 grados de libertad ($p = 0.000$). Este hallazgo evidencia que no existe relación estadísticamente significativa entre RPM y el peso del recién nacido.

Según **León et al.** (12), la ruptura prematura de membranas (RPM) se observó con menor incidencia en gestantes carentes de antecedentes obstétricos adversos, correspondiendo el 62,5% de los casos al grupo control, lo cual sugiere que la ausencia de antecedentes de riesgo disminuye la propensión a experimentar RPM. De manera análoga, en la cohorte estudiada se constató que el 73% de las puérperas no presentaron RPM, y este evento no evidenció una correlación estadísticamente significativa con la biomasa neonatal al momento del alumbramiento

TABLA 8. RELACIÓN DE LA ANEMIA Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024

ANEMIA	PESO DEL RECIÉN NACIDO							
	Bajo peso		Peso adecuado		Peso elevado		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin anemia	46	14.6	9	2.9	15	4.8	70	22.2
Leve	77	24.4	74	23.5	0	0.0	151	47.9
Moderada	24	7.6	25	7.9	18	5.7	67	21.3
Severa	7	2.2	18	5.7	2	1.0	27	8.6
TOTAL	154	48.9	126	40.0	35	11.1	315	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$X^2_{Cal} = 52.998$

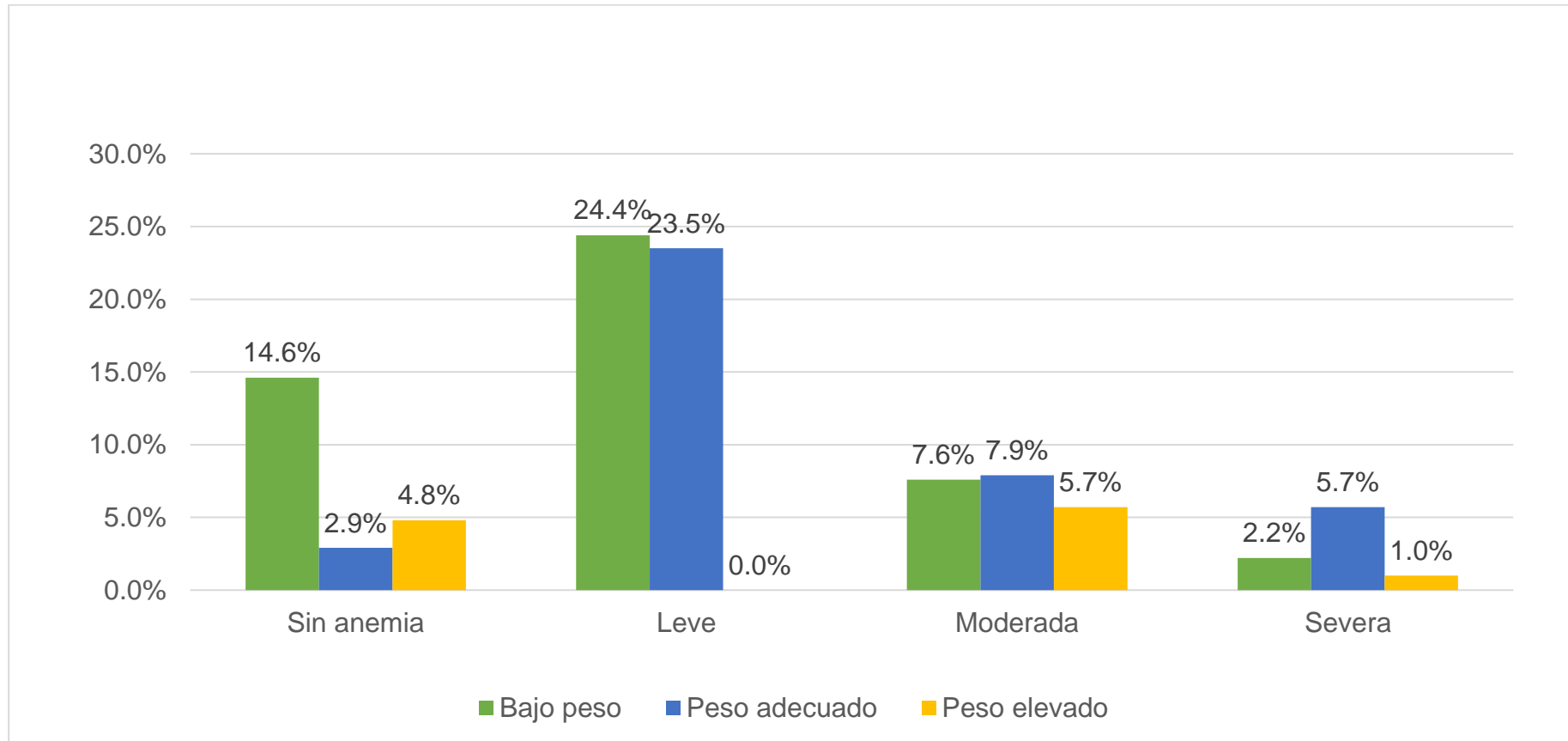
$GL = 6$

$X^2_{Tab} = 12.591$

$p = 0.000$

ES SIGNIFICATIVA

FIGURA 8. RELACIÓN DE LA ANEMIA Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024



Fuente: TABLA 8.



En la tabla y figura 8 se muestra la distribución por la presencia de anemia de las 315 pacientes atendidas. El 47.9% correspondió a pacientes con anemia leve, el 22.2% no presentaron anemia, el 21.3% presento anemia moderada y el 8.6% presento anemia severa.

En la distribución según el peso del recién nacido, se observó que el 24.4% presentó un peso bajo, correspondiente a pacientes que presentaron anemia leve. Asimismo, el 23.5 tuvo recién nacidos con peso adecuado, lo cual fue en aquellos con anemia leve. Finalmente, el 5.7% registró recién nacidos con peso elevado, siendo en aquellos que presentaron anemia moderada.

El análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado mostró un valor de $\chi^2 = 52.998$, que es superior al valor crítico tabulado de 12.591 para 6 grados de libertad ($p = 0.000$). Este hallazgo evidencia que existe relación estadísticamente significativa entre anemia y el peso del recién nacido.

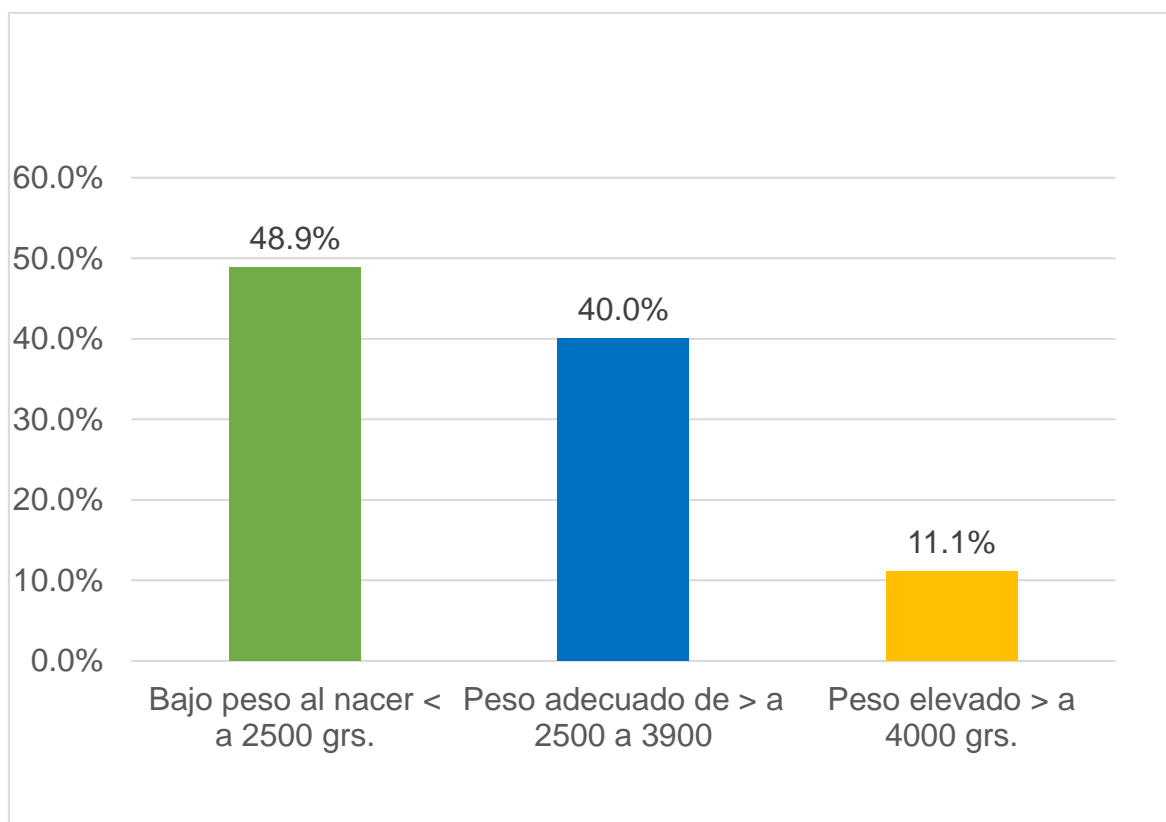
Según **Lazo** (16), La anemia gestacional constituye uno de los determinantes de vulnerabilidad más relevantes vinculados con el bajo peso al nacer, dado que limita de manera significativa la capacidad de transporte de oxígeno y micronutrientes esenciales hacia el feto, comprometiendo su desarrollo y crecimiento intrauterino. De acuerdo con esta observación, en la cohorte analizada se documentó que el 47,9 % de las puérperas presentaron anemia leve, evidenciándose una asociación estadísticamente significativa con la biomasa neonatal al momento del alumbramiento.

TABLA 9. EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024

PESO DEL RECIÉN NACIDO	TOTAL	
	fi	%
Bajo peso al nacer < a 2500 grs.	154	48.9
Peso adecuado de > a 2500 a 3900 grs	126	40.0
Peso elevado > a 4000 grs.	35	11.1
TOTAL	315	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

FIGURA 9. EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024



Fuente: TABLA 9.



Tabla y figura 9 nos revela el tercer objetivo específico de la investigación que es identificar cuál es el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano.

En la distribución según el peso del recién nacido, se observó que el 48.9% presentó un peso bajo, Asimismo, el 40% tuvo recién nacidos con peso adecuado. Finalmente, el 11.1% registró recién nacidos con peso elevado.

García (18) reportó que el 100 % de las gestantes incluidas en su estudio tuvieron recién nacidos con peso por debajo de los 2 500 gramos, a pesar de que el 70 % contaba con un IMC pregestacional normal, lo que sugiere que factores distintos al estado nutricional previo también pueden influir significativamente en el peso neonatal. En el estudio actual, se observó que el 48.9 % de las puérperas tuvieron recién nacidos con bajo peso, es decir, una proporción menor, pero igualmente preocupante. Esta diferencia podría atribuirse a variaciones en las características de la población, los factores clínicos concurrentes (como anemia o infecciones urinarias), o incluso al acceso y calidad del control prenatal. Ambos estudios coinciden en que el bajo peso al nacer sigue siendo un problema frecuente, incluso en mujeres sin alteraciones nutricionales aparentes, lo que refuerza la importancia de una evaluación integral de la gestante, más allá del IMC, incluyendo antecedentes clínicos, paridad, periodo intergenésico y condiciones obstétricas para prevenir desenlaces neonatales adversos.

CONCLUSIONES

Primero: Se analizó que existe una relación significativa entre los factores maternos y el peso del recién nacido en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024, siendo los factores patológicos los de mayor asociación, lo que permite aceptar parcialmente la hipótesis planteada.

Segundo: Se definió los factores maternos preexistentes que se relacionaron significativamente con el peso del recién nacido. El 54.9 % pertenecían al grupo etario de 18 a 29 años ($p = 0.000$), el 48.8% eran multíparas ($p = 0.011$) y el 47.3 % presentaban un período intergenésico menor a 24 meses ($p = 0.002$), evidenciando una relación significativa. Por otro lado, no se halló relación con el inicio de las atenciones prenatales, ya que el 54.9 % inició en el primer trimestre ($p = 0.060$), ni con el antecedente de aborto, el 81.9% no tuvo ($p = 0.667$), aceptando parcialmente la hipótesis planteada.

Tercera: Se identificó os factores patológicos que se relacionaron significativamente con el peso del recién nacido. El 65.7% si presento infección urinaria ($p = 0.000$), el 47.9% presento anemia leve ($p = 0.000$), evidenciando una relación significativa. Por otro lado, no se halló relación con la ruptura prematura de membranas ya que el 73% no presento rpm ($p = 0.060$). aceptando parcialmente la hipótesis planteada.

Cuarta: Se identificó el peso del recién nacido en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, encontrándose que el 48.9% de los recién nacidos presentaron un peso bajo, comprendido de <2 500 gramos.



RECOMENDACIONES

Primera: Se recomienda al director del Hospital Carlos Monge Medrano coordinar con el jefe de la unidad de obstetricia y los establecimientos de salud de los niveles de atención primaria para fortalecer el control prenatal con un enfoque preventivo, priorizando la atención oportuna de factores maternos como la edad, paridad y periodo intergenésico, con el objetivo de reducir riesgos y favorecer un peso adecuado al nacer.

Segunda: Al jefe de la unidad de gineco – obstetricia implementar estrategias de educación y planificación familiar en los servicios de salud, orientadas a mejorar el intervalo intergenésico y brindar seguimiento especializado a gestantes jóvenes y multíparas, con el fin de reducir el riesgo de recién nacidos con peso inadecuado.

Tercera: A la jefa de obstetras implementar campañas educativas en redes sociales dirigidas a mujeres en edad fértil, con contenidos accesibles sobre la prevención de infecciones urinarias y anemia durante el embarazo, promoviendo el control prenatal temprano y continuo para reducir el riesgo de recién nacidos con peso inadecuado.

Cuarta: A la jefa de obstetras coordinar con las nutricionistas para desarrollar un programa integral de vigilancia nutricional materna desde el primer trimestre, complementado con el uso de aplicaciones móviles o plataformas digitales que permitan monitorear el estado nutricional de la gestante y alertar sobre riesgos que puedan comprometer el peso del recién nacido, facilitando intervenciones tempranas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López J, Lugones M, Valdespino L, Virella J. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. abril de 2004 [citado 8 de abril de 2025];30(1):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2004000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Organización mundial de la salud. Embarazo adolescente [Internet]. [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
3. Macías H, Moguel A, Iglesias J, Bernárdez I, Braverman A. Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. Acta médica Grupo Ángeles [Internet]. junio de 2018 [citado 8 de abril de 2025];16(2):125-32. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-72032018000200125&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Organización mundial de la salud. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre bajo peso al nacer [Internet]. [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.5>
5. Sepan H. Observatorio Nacional de Prospectiva [Internet]. [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://observatorio.ceplan.gob.pe>
6. Gobierno del Perú. Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón" será una realidad [Internet]. [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/regionpuno/noticias/1121656-hospital-regional-manuel-nunez-butron-sera-una-realidad>
7. Melo G. Factores maternos asociados al peso del recién nacido en una IPS de Medellín, Colombia, 2018 [Internet]. [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082021000100039



8. Londoño D, Mardones F, Restrepo S, Londoño D, Mardones F, Restrepo S. Factores maternos y ganancia de peso en un grupo de gestantes con recién nacidos macrosómicos. *Perspectivas en Nutrición Humana* [Internet]. junio de 2021 [citado 8 de abril de 2025];23(1):53-65. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-41082021000100053&lng=en&nrm=iso&tlng=es
9. Persico C. Los efectos de la salud al nacer : Evidencia intergeneracional para Chile de las diferencias de peso al nacer en gemelas. 2022 [citado 8 de abril de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/196222>
10. Pacheco R. Factores de riesgo del bajo peso al nacer [Internet] [tesis Grado]. [Ecuador]: Universidad Católica de Cuenca; 2022. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/bff29434-483d-4661-9cc7-db42b35aa361/content>
11. Tores V. Correlación entre la longitud al nacer y el estrés percibido materno con escala de cohen. [Internet] [tesis Grado]. [Mexico]: Universidad Autónoma De San Luis Potosí; 2022. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7905/TesisE.FM.2021.Correlaci%C3%B3n.Torres.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
12. León A, Johnson S. Factores de riesgo maternos asociados al bajo peso al nacer. [Internet] [tesis Grado]. [Cuba]: universidad autónoma de nicaragua; 2023. Disponible en: <https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/jorcienciapdcl23/2023/paper/viewFile/368/528>
13. Agip E, Chávez L. Factores maternos asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos del distrito de Pión, Chota 2020 – 2023. 22 de agosto de 2024 [citado 8 de abril de 2025]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.14142/560>
14. Valerio M. Relación entre las características maternas y peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica - 2020.



2022 [citado 8 de abril de 2025]; Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.13028/4310>

15. Salazar D, Rodriguez BF. Factores maternos y neonatales asociados a mortalidad en recién nacidos pretérmino, Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, 2017 - 2019. Repositorio Institucional - UNS [Internet]. 2020 [citado 8 de abril de 2025]; Disponible en:
<http://repositorio.uns.edu.pe/handle/20.500.14278/3536>
16. Lazo V. Factores Maternos Asociados a Bajo Peso en Recién Nacidos a Término. Universidad Peruana Los Andes [Internet]. 2014 [citado 8 de abril de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/96>
17. Flores F. Factores de riesgo asociados a la macrosomía en recién nacidos de púérperas atendidas en el Hospital Santa María del Socorro- 2021. 2022 [citado 8 de abril de 2025]; Disponible en:
<https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2109>
18. García M. Factores maternos que influyen en recién nacidos con bajo peso en gestantes adolescentes atendidas en el hospital III Essalud, Iquitos año 2021 [Internet] [tesis Grado]. [Iquitos]: Universidad Científica del Sur; 2020. Disponible en:
<http://repositorio.ucp.edu.pe:8080/server/api/core/bitstreams/f9a1aef8-f86b-47b4-bb2d-efa058d7560f/content>
19. Yucra R, Tudela L, Huanca J, Yucra R, Tudela L, Huanca J. Factores de riesgo materno perinatal asociados a macrosomía en recién nacidos en los hospitales EsSalud Juliaca-Puno. Revista Científica de Salud UNITEPC [Internet]. julio de 2022 [citado 8 de abril de 2025];9(1):25-37. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2520-98252022000100025&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Zuñiga N. Factores relacionados a la excesiva pérdida de peso en recién nacidos de Centro de Salud I-4 Cono Sur Juliaca. 2023. 2024.



21. Mango J. Determinación de los factores de riesgo relacionados a peso desfavorable al nacer en recién nacidos a término del Hospital III de EsSalud Juliaca, en el periodo enero 2019 - diciembre 2019. 2020.
22. Llanos J, Trupo H. Características maternas relacionados con el peso del recién nacido atendidos en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno mayo a julio del 2017. 2017.
23. Garrando J. Factores maternos y perinatales influyentes en la morbilidad neonatal: revisión narrativa de la literatura [Internet]. 2015 [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/revisiones/revisionclinica/6182.html>
24. Cancino A, Valencia M. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. Perinatología y Reproducción Humana [Internet]. 1 de junio de 2015 [citado 8 de abril de 2025];29(2):76-82. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000175>
25. Agüero O, Avilán J. Edad, Paridad, Embarazo Y Parto. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela [Internet]. septiembre de 2001 [citado 8 de abril de 2025];61(3):147-52. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0048-77322001000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Chávez T Allen G. Gravidéz y paridad. En 2024 [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Gravidéz>
27. Jones W. Atención médica durante el embarazo (para Padres) | Nemours KidsHealth [Internet]. [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/medical-care-pregnancy.html>
28. Smith F, Ventura G. Cuidado prenatal: Visitas del primer trimestre - Mayo Clinic [Internet]. [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/prenatal-care/art-20044882>



29. Lopez R, Ruiz J. Periodo intergenésico: Revisión de la literature [Internet]. [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052
30. Harris B. Factores patológicos: Simbolismo y significado [Internet]. 2025 [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.wisdomlib.org/es/concept/factor-patol%C3%B3gico>
31. Comité de defensa ciudadana. Información básica sobre las infecciones urinarias | Urinary Tract Infection | CDC [Internet]. [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/uti/es/about/informacion-basica-sobre-las-infecciones-urinarias.html>
32. Mata J. Reproducción Asistida ORG. 2025 [citado 8 de abril de 2025]. Infecciones urinarias: causas, síntomas y tratamientos. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/infecciones-de-orina-y-relaciones-sexuales/>
33. Lewis R. Anemia - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/anemia/symptoms-causes/syc-20351360>
34. Condigo único nacional. Anemia: tipos, síntomas y tratamiento. Clínica U. Navarra [Internet]. [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/anemia>
35. Institutos Nacionales de la Salud. Peso del bebé al nacer [Internet]. National Library of Medicine; [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/birthweight.html>
36. Azaña S. Reproducción Asistida ORG. 2023 [citado 8 de abril de 2025]. ¿Cuál es el peso adecuado del bebé en el momento de nacer? Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/pesos-en-el-nacimiento/>
37. Faneite P, Rivera C, Amato R, Faneite J, Paradas M. ¿Tiene importancia el bajo peso neonatal? Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela



- [Internet]. septiembre de 2011 [citado 8 de abril de 2025];71(3):151-7. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0048-77322011000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
38. Allen T. Definición de bajo peso al nacer - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2011 [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/bajo-peso-al-nacer>
39. Stanford G. Peso bajo al momento de nacer [Internet]. [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=low-birth-weight-90-P05491>
40. Casas T, King Y. Manual MSD versión para profesionales. [citado 8 de abril de 2025]. Recién nacido grande para la edad gestacional - Pediatría. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatría/problemas-perinatales/recien-nacido-grande-para-la-edad-gestacional>
41. Roberts K. Macrosomía fetal - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/fetal-macrosomia/symptoms-causes/syc-20372579>
42. Código único nacional. <https://www.cun.es>. [citado 8 de abril de 2025]. Qué es bacteria. Diccionario médico. Clínica U. Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/bacteria>
43. Sousa VD, Driessnack M, Mendes IAC. Una visión general de los diseños de investigación relevantes para la enfermería: Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7zMf8XypC67vGPrXVrVFGdx/?lang=es>
44. Cruz V, Altamirano AM. Estudios transversales. En: McGraw Hill Medical [Internet]. Disponible en:



<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1464§ionid=101050145>

45. Tomi D - Métodos de Investigación [Internet]. TOMi.digital. [Internet]. Disponible en: https://tomi.digital/es/es/87146/metodos-de-investigacion?utm_source=google&utm_medium=seo



ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.

	EDAD	PARIDAD	INICIO_DE_ATENCION	ANTECEDENTES_D E_ABORT.	PERIODO_INTERGENESICO	INFECCION	RPM	ANEMIA	PESO_RECIEN_NACIDO
1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
2	1	1	1	2	2	1	2	2	2
3	1	1	1	2	2	2	2	2	2
4	1	1	1	2	2	2	2	1	2
5	1	2	1	2	2	2	2	2	2
6	1	2	1	2	2	2	2	1	2
7	1	2	1	2	2	2	2	2	2
8	1	2	1	2	1	1	1	2	1
9	1	2	1	2	1	1	1	2	1
10	2	1	2	2	1	2	2	2	2
11	1	2	1	2	2	1	1	2	1
12	2	2	2	2	2	2	2	3	2
13	2	2	2	2	2	2	2	3	2
14	2	2	2	2	2	2	2	3	2
15	2	2	2	2	2	2	2	3	2
16	1	2	1	2	2	2	2	2	2
17	2	2	2	2	2	2	2	2	2
18	2	2	2	2	2	2	2	2	2
19	2	2	2	1	2	2	2	1	2
20	3	2	3	1	2	2	2	2	2
21	3	2	3	2	2	1	2	2	2
22	2	3	2	2	3	1	2	1	2
23	3	3	3	2	3	1	1	2	1
24	3	3	3	1	3	1	1	2	2
25	3	3	3	2	3	1	1	3	1
26	3	2	3	2	2	1	1	4	2
27	3	2	3	1	2	1	1	4	2
28	3	2	3	2	2	1	1	4	2
29	3	2	3	2	2	1	1	4	3
30	3	2	3	2	2	1	2	4	2
31	3	1	3	2	1	1	2	4	2
32	3	1	3	2	1	2	2	4	2
33	2	3	2	2	1	2	2	2	2
34	2	1	2	2	1	2	2	2	2
35	1	3	1	1	1	2	2	2	2
36	1	1	1	1	1	2	2	2	2
37	1	1	1	2	1	2	2	2	2
38	1	2	1	2	1	2	2	1	3
39	1	2	1	2	1	2	1	1	3
40	1	1	1	2	1	2	1	1	3
41	1	1	1	2	1	2	2	2	2
42	1	1	1	2	1	2	2	2	2
43	1	2	1	2	2	2	1	2	2
44	1	2	1	2	2	2	2	2	2
45	1	2	1	1	2	2	2	3	2
46	2	2	2	2	2	2	2	3	2
47	1	2	1	2	2	2	2	3	2
48	1	2	1	2	2	1	1	3	2
49	1	2	1	2	2	1	1	2	2
50	1	2	1	1	2	1	1	3	2



76	1	3	1	2	3	2	2	2	2
77	2	3	2	2	3	2	2	3	3
78	2	2	2	2	2	2	2	3	3
79	2	2	2	2	2	2	1	3	3
80	2	1	2	2	1	2	1	3	3
81	2	1	2	1	1	2	2	3	3
82	2	1	2	2	1	2	1	3	2
83	1	2	1	1	2	2	2	3	2
84	2	2	2	2	2	2	2	1	2
85	1	2	1	1	2	2	1	2	2
86	2	2	2	2	2	2	2	2	2
87	1	1	1	2	1	2	2	2	2
88	2	1	2	2	1	1	2	2	2
89	1	1	1	2	1	1	2	2	2
90	2	2	2	1	2	2	2	2	2
91	2	2	2	2	2	2	2	2	2
92	1	2	1	1	2	1	2	1	1
93	1	2	1	2	2	1	2	1	1
94	1	1	1	1	1	1	2	1	1
95	1	1	1	2	1	1	2	1	1
96	1	1	1	2	1	2	2	2	2
97	1	1	1	2	1	2	2	2	2
98	2	1	2	2	1	2	2	3	2
99	2	2	2	2	2	2	2	1	2
100	3	2	3	2	2	1	1	1	1
51	1	2	1	2	2	2	2	3	2
52	1	2	1	2	2	2	2	3	2
53	1	1	1	2	1	2	2	2	2
54	1	1	1	2	1	2	2	2	2
55	1	1	1	2	1	2	2	2	2
56	2	1	2	1	1	2	2	2	2
57	2	1	2	2	1	2	2	3	2
58	2	1	2	2	1	2	2	2	2
59	2	1	2	2	1	2	2	2	2
60	1	1	1	2	1	2	2	2	2
61	1	1	1	2	1	2	2	2	2
62	1	1	1	2	1	2	2	2	2
63	3	1	3	2	1	1	1	1	1
64	1	1	1	2	1	1	2	1	1
65	1	1	1	2	1	1	2	2	2
66	1	2	1	2	2	1	2	1	1
67	1	2	1	2	2	1	1	1	1
68	1	2	1	2	2	1	1	1	1
69	1	2	1	1	2	2	2	4	2
70	1	3	1	2	3	2	2	2	2
71	1	3	1	2	3	2	1	1	3
72	1	3	1	2	3	2	1	1	3
73	1	3	1	1	3	1	1	4	2
74	1	3	1	2	3	1	1	2	2
75	1	3	1	1	3	2	2	3	3



101	3	2	3	2	2	1	2	1	1
102	3	3	3	2	3	1	2	1	1
103	2	3	2	2	3	2	2	1	2
104	1	1	1	2	2	2	2	2	2
105	1	1	1	2	2	2	2	2	2
106	1	2	1	2	2	2	2	2	2
107	1	2	1	2	2	2	2	2	2
108	1	2	1	2	2	2	2	2	2
109	1	2	1	2	1	1	1	2	1
110	1	2	1	2	1	1	1	2	1
111	2	1	2	2	1	2	2	2	2
112	1	2	1	2	2	1	1	2	1
113	2	2	2	2	2	2	2	3	2
114	2	2	2	2	2	2	2	3	2
115	2	2	2	2	2	2	2	3	2
116	2	2	2	2	2	2	2	3	2
117	1	2	1	2	2	2	2	2	2
118	2	2	2	2	2	2	2	2	2
119	2	2	2	2	2	2	2	2	2
120	2	2	2	1	2	2	2	2	2
121	3	2	3	1	2	2	2	2	2
122	3	2	3	2	2	1	2	2	2
123	2	3	2	2	3	1	2	2	2
124	3	3	3	2	3	1	1	2	1
125	3	3	3	1	3	1	1	2	2
126	3	3	3	2	3	1	1	3	1
127	3	2	3	2	2	1	1	4	2
128	3	2	3	1	2	1	1	4	2
129	3	2	3	2	2	1	1	4	2
130	3	2	3	2	2	1	1	4	3
131	3	2	3	2	2	1	2	4	2
132	3	1	3	2	1	1	2	4	2
133	3	1	3	2	1	2	2	4	2
134	2	3	2	2	1	2	2	2	2
135	2	1	2	2	1	2	2	2	2
136	1	3	1	1	1	2	2	2	2
137	1	1	1	1	1	2	2	2	2
138	1	1	1	2	1	2	2	2	2
139	1	2	1	2	1	2	2	1	3
140	1	2	1	2	1	2	1	1	3
141	1	1	1	2	1	2	1	1	3
142	1	1	1	2	1	2	2	2	2
143	1	1	1	2	1	2	2	2	2
144	1	2	1	2	2	2	1	2	2
145	1	2	1	2	2	2	2	2	2
146	1	2	1	1	2	2	2	3	2
147	2	2	2	2	2	2	2	3	2
148	1	2	1	2	2	2	2	3	2
149	1	2	1	2	2	1	1	3	2
150	1	2	1	2	2	1	1	2	2



	EDAD	PARIDAD	INICIO_DE_ATENCION	ANTECEDENTES_D E_ABORT..	PERIODO_INTERGEN ESICO	INFECCIO N_	RPM	ANEMIA	PESO_RE CIEN_NACI DO
151	1	2	1	1	2	1	1	3	2
152	1	2	1	2	2	2	2	3	2
153	1	2	1	2	2	2	2	3	2
154	1	1	1	2	1	2	2	2	2
155	1	1	1	2	1	2	2	2	2
156	1	1	1	2	1	2	2	2	2
157	2	1	2	1	1	2	2	2	2
158	2	1	2	2	1	2	2	3	2
159	2	1	2	2	1	2	2	2	2
160	2	1	2	2	1	2	2	2	2
161	1	1	1	2	1	2	2	2	2
162	1	1	1	2	1	2	2	2	2
163	1	1	1	2	1	2	2	2	2
164	3	1	3	2	1	1	1	1	1
165	1	1	1	2	1	1	2	1	1
166	1	1	1	2	1	1	2	2	2
167	1	2	1	2	2	1	2	1	1
168	1	2	1	2	2	1	1	1	1
169	1	2	1	2	2	1	1	1	1
170	1	2	1	1	2	2	2	4	2
171	1	3	1	2	3	2	2	2	2
172	1	3	1	2	3	2	1	1	3
173	1	3	1	2	3	2	1	1	3
174	1	3	1	1	3	1	1	4	2
175	1	3	1	2	3	1	1	2	2
176	1	3	1	1	3	2	2	3	3
177	1	3	1	2	3	2	2	2	2
178	2	3	2	2	3	2	2	3	3
179	2	2	2	2	2	2	2	3	3
180	2	2	2	2	2	2	1	3	3
181	2	1	2	2	1	2	1	3	3
182	2	1	2	1	1	2	2	3	3
183	2	1	2	2	1	2	1	3	2
184	1	2	1	1	2	2	2	3	2
185	2	2	2	2	2	2	2	1	2
186	1	2	1	1	2	2	1	2	2
187	2	2	2	2	2	2	2	2	2
188	1	1	1	2	1	2	2	2	2
189	2	1	2	2	1	1	2	2	2
190	1	1	1	2	1	1	2	2	2
191	2	2	2	1	2	2	2	2	2
192	2	2	2	2	2	2	2	2	2
193	1	2	1	1	2	1	2	1	1
194	1	2	1	2	2	1	2	1	1
195	1	1	1	1	1	1	2	1	1
196	1	1	1	2	1	1	2	1	1
197	1	1	1	2	1	2	2	2	2
198	1	1	1	2	1	2	2	2	2
199	2	1	2	2	1	2	2	3	2
200	2	2	2	2	2	2	2	1	2



201	3	2	3	2	2	1	1	1	1
202	3	2	3	2	2	1	2	1	1
203	3	3	3	2	3	1	2	1	1
204	2	3	2	2	3	2	2	1	2
205	1	1	1	2	2	2	2	2	2
206	1	1	1	2	2	2	2	2	2
207	1	2	1	2	2	2	2	2	2
208	1	2	1	2	2	2	2	2	2
209	1	2	1	2	2	2	2	2	2
210	1	2	1	2	1	1	1	2	1
211	1	2	1	2	1	1	1	2	1
212	2	1	2	2	1	2	2	2	2
213	1	2	1	2	2	1	1	2	1
214	2	2	2	2	2	2	2	3	2
215	2	2	2	2	2	2	2	3	2
216	2	2	2	2	2	2	2	3	2
217	2	2	2	2	2	2	2	3	2
218	1	2	1	2	2	2	2	2	2
219	2	2	2	2	2	2	2	2	2
220	2	2	2	2	2	2	2	2	2
221	2	2	2	1	2	2	2	2	2
222	3	2	3	1	2	2	2	2	2
223	3	2	3	2	2	1	2	2	2
224	2	3	2	2	3	1	2	2	2
225	3	3	3	2	3	1	1	2	1
226	3	3	3	1	3	1	1	2	2
227	3	3	3	2	3	1	1	3	1
228	3	2	3	2	2	1	1	4	2
229	3	2	3	1	2	1	1	4	2
230	3	2	3	2	2	1	1	4	2
231	3	2	3	2	2	1	1	4	3
232	3	2	3	2	2	1	2	4	2
233	3	1	3	2	1	1	2	4	2
234	3	1	3	2	1	2	2	4	2
235	2	3	2	2	1	2	2	2	2
236	2	1	2	2	1	2	2	2	2
237	1	3	1	1	1	2	2	2	2
238	1	1	1	1	1	2	2	2	2
239	1	1	1	2	1	2	2	2	2
240	1	2	1	2	1	2	2	1	3
241	1	2	1	2	1	2	1	1	3
242	1	1	1	2	1	2	1	1	3
243	1	1	1	2	1	2	2	2	2
244	1	1	1	2	1	2	2	2	2
245	1	2	1	2	2	2	1	2	2
246	1	2	1	2	2	2	2	2	2
247	1	2	1	1	2	2	2	3	2
248	2	2	2	2	2	2	2	3	2
249	1	2	1	2	2	2	2	3	2
250	1	2	1	2	2	1	1	3	2



251	1	2	1	2	2	1	1	2	2
252	1	2	1	1	2	1	1	3	2
253	1	2	1	2	2	2	2	3	2
254	1	2	1	2	2	2	2	3	2
255	1	1	1	2	1	2	2	2	2
256	1	1	1	2	1	2	2	2	2
257	1	1	1	2	1	2	2	2	2
258	2	1	2	1	1	2	2	2	2
259	2	1	2	2	1	2	2	3	2
260	2	1	2	2	1	2	2	2	2
261	2	1	2	2	1	2	2	2	2
262	1	1	1	2	1	2	2	2	2
263	1	1	1	2	1	2	2	2	2
264	1	1	1	2	1	2	2	2	2
265	3	1	3	2	1	1	1	1	1
266	1	1	1	2	1	1	2	1	1
267	1	1	1	2	1	1	2	2	2
268	1	2	1	2	2	1	2	1	1
269	1	2	1	2	2	1	1	1	1
270	1	2	1	2	2	1	1	1	1
271	1	2	1	1	2	2	2	4	2
272	1	3	1	2	3	2	2	2	2
273	1	3	1	2	3	2	1	1	3
274	1	3	1	2	3	2	1	1	3
275	1	3	1	1	3	1	1	4	2
276	1	3	1	2	3	1	1	2	2
277	1	3	1	1	3	2	2	3	3
278	1	3	1	2	3	2	2	2	2
279	2	3	2	2	3	2	2	3	3
280	2	2	2	2	2	2	2	3	3
281	2	2	2	2	2	2	1	3	3
282	2	1	2	2	1	2	1	3	3
283	2	1	2	1	1	2	2	3	3
284	2	1	2	2	1	2	1	3	2
285	1	2	1	1	2	2	2	3	2
286	2	2	2	2	2	2	2	1	2
287	1	2	1	1	2	2	1	2	2
288	2	2	2	2	2	2	2	2	2
289	1	1	1	2	1	2	2	2	2
290	2	1	2	2	1	1	2	2	2
291	1	1	1	2	1	1	2	2	2
292	2	2	2	1	2	2	2	2	2
293	2	2	2	2	2	2	2	2	2
294	1	2	1	1	2	1	2	1	1
295	1	2	1	2	2	1	2	1	1
296	1	1	1	1	1	1	2	1	1
297	1	1	1	2	1	1	2	1	1
298	1	1	1	2	1	2	2	2	2
299	1	1	1	2	1	2	2	2	2
300	2	1	2	2	1	2	2	3	2



301	2	2	2	2	2	2	2	1	2
302	3	2	3	2	2	1	1	1	1
303	3	2	3	2	2	1	2	1	1
304	3	3	3	2	3	1	2	1	1
305	2	3	2	2	3	2	2	1	2
306	2	2	2	1	2	2	2	2	2
307	2	2	2	2	2	2	2	2	2
308	1	2	1	1	2	1	2	1	1
309	1	2	1	2	2	1	2	1	1
310	1	1	1	1	1	1	2	1	1
311	1	1	1	2	1	1	2	1	1
312	1	1	1	2	1	2	2	2	2
313	1	1	1	2	1	2	2	2	2
314	2	1	2	2	1	2	2	3	2
315	2	3	2	2	3	2	2	1	2



ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES	METODOLOGÍA
¿Cuál es la relación entre los factores maternos con el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024?	OG. Analizar la relación que existe entre los factores maternos y el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.	HG. Existe una relación significativa entre los factores maternos como los factores preexistentes y los factores patológicos con el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.	Variable 1 Factores maternos	1.1 Factores preexistentes	1.1.1. Edad	a) Adolescente (12 a 17 años) b) Joven (18 a 29 años) c) Adulta (30 a 49 años)	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: No experimental. TIPO: Básica relacional, retrospectivo y de corte transversal, MÉTODO: Hipotético deductivo, Cuantitativo POBLACIÓN: N° 1860 Recién nacidos. MUESTRA. N° 316 recién nacidos TÉCNICA: V1 y V2 Análisis documental INSTRUMENTO V1 y V2: Ficha de recolección de datos
					1.1.2. Paridad	a) Primípara b) Multípara c) Gran multípara	
					1.1.3. Inicio de atenciones prenatales	a) I trimestre b) II trimestre c) III trimestre	
					1.1.4. Antecedentes de borto	a) Si presentó b) No presento	
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS		1.2. Factores patológicos	1.1.5. Periodo intergenésico	a) No presenta b) < a 24 meses c) > a 60 meses	
					1.2.1. Infección urinaria	a) Presento b) No presento	
PE 1. ¿Cuáles son los factores maternos preexistentes relacionados con el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano?	OG. Analizar la relación que existe entre los factores maternos y el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano	HE 1. Los factores maternos preexistentes como la edad, paridad, el inicio de atenciones prenatales, antecedentes de aborto y el periodo intergenésico se relacionan de modo significativo con el peso del recién			1.2.2. Ruptura prematura de membranas	a) Presento b) No presento	



<p>PE 2. ¿Cuáles son los factores maternos patológicos relacionados con el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano?</p>	<p>Medrano, Juliaca. OE 2.- Identificar los factores maternos patológicos relacionados con el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano</p>	<p>nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano . HE 2. Los factores maternos patológicos como la presencia de infecciones urinarias, la ruptura prematura de membranas y la anemia se relacionan de modo significativo con el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano.</p>			<p>1.2.3. Anemia</p>	<p>a) Sin anemia b) Leve c) Moderada d) Severa</p>	
<p>PE 3. ¿Cuál es el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano?</p>	<p>OE 3.- Mostrar cuál es el peso del recién nacido en puérperas del Hospital Carlos Monge Medrano</p>	<p>HE 3. Existe una alta prevalencia de anemia en gestantes del Centro de Salud santa Adriana.</p>	<p>2. Peso del recién nacido</p>	<p>2.1 peso del recién nacido</p>		<p>a. Bajo peso al nacer \leq a 2500 grs. b. Peso adecuado de > a 2500 a 3900 c. Peso elevado > a 4000 grs.</p>	

ANEXO 3: INSTRUMENTO:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO
EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2025.

I. FACTORES MATERNOS

FACTORES PREEXISTENTES			
1.	EDAD DEL PACIENTE	a) Adolescente (12 a 17 años)	
		b) Joven (18 a 29 años)	
		c) Adulta (30 a 49 años)	
2.	PARIDAD	a) Primípara	
		b) Multípara	
		c) Gran multípara	
3.	INICIO DE ATENCIONES PRENATALES	a) I trimestre	
		b) II trimestre	
		c) III trimestre	
4.	ANTECEDENTES DE ABORTO	a) Si presento	
		b) No presento	
5.	PERIODO INTERGENÉSICO	a) No presenta	
		b) < a 24 meses	
		c) > a 60 meses	

Activar Windows



FACTORES PATOLOGICOS			
6.	INFECCIÓN URINARIA	a) Presento	
		b) No presente	
7.	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	a) Presento	
		b) No presente	
8.	ANEMIA	a) Sin anemia	
		b) Leve	
		c) Moderada	
		d) Severa	
PESO DEL RECIEN NACIDO			
9.	PESO DEL RECIEN NACIDO	Bajo peso al nacer \leq a 2500 grs	
		Peso adecuado de $>$ a 2500 a 3900	
		Peso elevado $>$ a 4000 grs.	



ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: Santiago Quispe Papi
 Profesión: Médico ginecólogo Obstetra
 Otros estudios: Maestría en Gestión de Salud
 Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez

2. Juicio de experto.

INDICADORES	CATEGORÍA				
	1	2	3	4	5
1 Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					✓
2 Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					✓
3 El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					✓
4 Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					✓
5 Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					✓
6 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					✓
7 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					✓
8 Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					✓
9 Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					✓
10 Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					✓
11 Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					✓
12 Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					✓
13 Grado de objetividad del instrumento (visión general)					✓
14 Grado de relevancia del instrumento (visión general)					✓
15 Estructura técnica básica del instrumento (organización)					✓
Puntaje parcial					
Puntaje total:					

Nota: Índice de validación del juicio de experto (puntaje total / 75) x 100 = 80%

3. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

4. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

80%

5. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, Santiago Quispe Pari
identificado con DNI N° 02379055 Certifico que realice el
juicio del experto al instrumento diseñado por la estudiante:

1. Giovanni Moddey Guillermo ccori

Juliaca 05 de Mayo del 2025.

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

Dr. Santiago Quispe Pari
MEDICO CIRUJANO
GINECOLOGO OBSTETRA
CNR 17184 PNE. 12634

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: Eddison Paredes Mamani

Profesión: Zoólogo Observador

Otros estudios: _____

Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez

2. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					✓
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					✓
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					✓
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					✓
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					✓
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					✓
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					✓
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					✓
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					✓
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					✓
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					✓
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					✓
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)					✓
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)					✓
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					✓
Puntaje parcial						75
Puntaje total:						100%

Nota: Índice de validación del juicio de experto (puntaje total / 75) x 100 =



3. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación

Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.

4. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

..... 100%

5. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, Edison Paredes Mamani

identificado con DNI N° Certifico que realice el

juicio del experto al instrumento diseñado por la estudiante:

1 Giovanni Modeley Guillermo con

Juliaca 05 de Mayo del 2025.

Edison Paredes Mamani
GINECOLOGO - OBSTETRA
C.M.P. 67009 RNE 42592

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: Haydee Mamani Valenzano

Profesión: OBSTETRA

Otros estudios: _____

Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez

2. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					✓
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					✓
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					✓
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					✓
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					✓
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					✓
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					✓
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					✓
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					✓
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					✓
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					✓
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					✓
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)					✓
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)					✓
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					✓
Puntaje parcial						75
Puntaje total:						100%

Nota: Índice de validación del juicio de experto (puntaje total / 75) x 100 =

3. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación

Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.

4. Conclusión general de la validación y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

..... 100%

5. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, Haydee Mamani Valeriano
identificado con DNI N° 42332364... Certifico que realice el
juicio del experto al instrumento diseñado por la estudiante:

1. Giovanni Madeley Guillermo Cori

Juliaca 30 de Abril del 2025.

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO



ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**SEÑOR: MC. JOSE MAMANI VILCA
DIRECTOR DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO**

Yo, Giovanni Madeley GUILLERMO CCORI identificado con DNI N° 70525760 domiciliado en el Jr. San Martín 217 del distrito de Cabanillas de la Provincia de San Román, del Departamento de Puno, con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que habiendo culminado mis estudios de pregrado de la E.A.P. Obstetricia en la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, solicito a Ud. Permiso para realizar mi trabajo de investigación titulado: **FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024**, siendo el tipo de información requerida para dicho trabajo lo siguiente: recopilación de datos, llenado de cuestionarios, para así optar el título profesional de Obstetra.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Ud. Acceder a mi petición

Juliaca, 23 de mayo del 2025.

ATENTAMENTE



GIOVANNI MADELEY GUILLERMO CCORI
70525760



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Puno

Red de Salud San Román Hospital Carlos Monge Medrano



CONSTANCIA

EL JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION, DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO.

Quien suscribe, deja constancia que:

GIOVANNI MADELEY GUILLERMO CCORI

Bachiller de la Escuela Profesional de OBSTETRICIA de la UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ, ha recabado información para realizar su trabajo de investigación con el tema "FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024" según Proveído Nro. 472-2025-J-UADI-HCMM-RED-S-SR/J).

Se expide la presente constancia para fines que crea conveniente.

Juliaca, 12 de Junio del 2025

EUCG/cdf
C.c. Arch



DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

Dr. Fran U. Carrasco Gonzalo
JEFE UADI - CAPACITACION
MÉDICO - PEDIATRA
CMP. 44368 - RNE 31031



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital [X]

Fecha de entrega: 10/11/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: GIOVANNI MADELEY GUILLERMO CCORI

Dirección: Jr. San Martín 217 - Cabanillas

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 70525760

Teléfono: 982373418 email: madeguillermocc@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: OBSTETRICIA

Título o Grado Académico a optar: OBSTETRA

Asesor: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación [] Tesis [X] Trabajo de Suficiencia Profesional [] Trabajo Académico []

FACTORES MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Factores, maternos, peso, puérperas y recién nacido.

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

1

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

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



2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

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

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

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

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

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o 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

Nacional

Línea de investigación: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA P-06

Firma de Autor



huella digital

10 de noviembre del 2025

Fecha