



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



**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GANANCIA
DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL II - 1 ILAVE 2023**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. LUZ MERY HUANACUNI CCALLE

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 DE RIESGO RELACIONADOS A LA GANANCIA
DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL II - 1 ILAVE 2023**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. LUZ MERY HUANACUNI CCALLE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE :

:


Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

PRIMER MIEMBRO :

:


Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

SEGUNDO MIEMBRO :

:


Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

ASESOR DE TESIS :

:


Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – P06



RESOLUCIÓN DECANAL N° 817 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 29 de Setiembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 - 8138 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 DE RIESGO RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II -1 ILAVE 2023**

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: **OBSTETRA** del (la) bachiller: **HUANACUNI CCALLE LUZ MERY** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * **Presidente** : **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- * **2do. Miembro** : **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

- * **Asesor (a)** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**

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

DIA : **MARTES 30 DE SETIEMBRE DEL 2025**
HORA : **14:00 HORAS**
LOCAL : **Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud**

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

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de 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)



RESOLUCIÓN DECANAL N°734 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 15 de Setiembre del 2025

VISTOS: Exp. 2025-CU-7550 presentada por el(la) egresado(a) **HUANACUNI CCALLE LUZ MERY** quien ha solicitado cambio del segundo miembro y asesor de la propuesta de Investigación conducente para optar el título profesional de: **OBSTETRA**

CONSIDERANDO: Que, según Resolución Decanal N° 1698 -2024-D-FCS-UANCV, se aprueba de la propuesta de Tesis: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II -1 ILAVE 2023** 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. MARYLUZ CRUZ COLCA
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

- * **Asesor (a)** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

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° 212-2025-UI-FCS-UANCV-J** solicitando la emisión de la resolución de cambio del Segundo Miembro y Asesor por motivos ya no tiene vínculo con la UANCV; y,

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

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR EL CAMBIO DEL PRESIDENTE Y SEGUNDO MIEMBRO DEL JURADO designados a él (la) egresado (a) **HUANACUNI CCALLE LUZ MERY** para la revisión del borrador de tesis titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II -1 ILAVE 2023** para optar al Título Profesional de **OBSTETRA** debiendo quedar a partir de fecha, de la siguiente manera:

- * **Presidente** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

- * **Asesor (a)** : 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 la propuesta 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 Obstetricia y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

DISTRIBUCIÓN
Jurados,
EP. Obstetricia





RESOLUCIÓN DECANAL N° 537 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 03 de julio del 2025

VISTOS:

El Informe N° 164-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 27 de junio del egresado (a) **HUANACUNI CCALLE LUZ MERY** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II -1 ILAVE 2023** para optar el título profesional de: **OBSTETRA**

CONSIDERANDO;

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 y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

- * **Asesor (a)** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno 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 N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **HUANACUNI CCALLE LUZ MERY** para optar el Título Profesional de: **OBSTETRA** Con la tesis titulado : **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II -1 ILAVE 2023** correspondiente a la Línea de investigación **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

ARTICULO SEGUNDO.- 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, Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA
“NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ”

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

Distribución: Decanato, OB Archivo.



**UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**

RESOLUCIÓN DECANAL N° 1767 2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 05 de diciembre del 2024

VISTOS:

El Informe N° 133-2024-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 la Propuesta de Investigación de fecha 05 de diciembre de la E.P. Obstetricia folio 000118;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **HUANACUNI CCALLE LUZ MERY** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II -1 ILAVE 2023** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD SEXUAL Y 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** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- * **1er. Miembro** : **M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**
- * **2do. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 506 2024-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- y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE

APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **HUANACUNI CCALLE LUZ MERY** para optar el título profesional de: **OBSTETRA** titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 1 ILAVE 2023**

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. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**

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.



Distribución: Decanato, EP. Obstetricia Archivo



17% 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

- 11% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 14% 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

Título de la Tesis	
FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 1 ILAVE 2023	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	LUZ MERY HUANACUNI CCALLE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	73618175
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-7840-3941
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01309221
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-4145-7030
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767
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	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129



Datos de estudio	
Línea de estudio	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA- P06
Grupo de estudio	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica del estudio	<p>Edificio: HOSPITAL II – 1 ILAVE País: Perú Departamento: Puno Provincia: El Collao Distrito: Ilave Coordenadas: Latitud: -16.0825202 Longitud: -69.6369074 URL Maps https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=1wMVj1e8SePVpuH3fvs4EdtWdzxaYkjo&usp=sharing</p> 
Año o rango de años en que se realizó el estudio	Diciembre 2024 – Setiembre 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	<p>Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p> <p>Salud Pública https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO NESTOR CACERES DELAGUENZ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
 Dra. María Concepción Figuerola Vilca
 DIRECTORA
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo LUZ MERY HUANACUNI CCALLE, identificado con DNI
Nro. 73618175, 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 DE RIESGO RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO
GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 1 ILAVE 2023

Asesorado por: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

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 13 de Octubre del 2025


Firma del Asesor
(obligatoria)


Firma del Estudiante
(obligatoria)





DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía en cada paso de este camino, por tu gracia que me ha sostenido en los momentos de dificultad y por tus bendiciones que han iluminado mi camino. Que este trabajo pueda servir como una expresión de mi gratitud y mi compromiso de honrar tu nombre en todo lo que hago. A mis queridos padres, quienes siempre fueron mi mayor fuente de inspiración y apoyo incondicional en todo momento. Quiero que sientan que uno de los objetivos logrados, también es suyo. A mi familia y amigos, por su aliento constante y comprensión durante los desafíos enfrentados. Gracias por ser mi luz en los momentos de oscuridad y por celebrar conmigo cada logro.



AGRADECIMIENTO

A la institución, agradezco su compromiso con mi formación y desarrollo profesional durante mi formación académica. Mi más sincero agradecimiento a la Dra. Sandra Alejandra Fernández Macedo, principal colaboradora, su dirección, conocimiento y enseñanza fueron cruciales para el desarrollo de este trabajo. A los Obstetras y Médicos, por el apoyo y sus conocimientos brindados, por las oportunidades para poner en práctica lo aprendido, por las llamadas de atención que fueron aporte para el desarrollo de nuestro carácter personal e impulso para llevar a cabo nuestro día a día durante mi formación académica. A ellos, que con consejos y enseñanzas promovieron en mí el espíritu de superación y triunfo.



ÍNDICE GENERAL

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

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
	1.1.1. Problema general.....	3
	1.1.2. Problemas específicos.....	3
1.2	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
	1.2.1. Justificación teórica.....	3
	1.2.2. Justificación práctica.....	4
	1.2.3. Justificación metodológica.....	4
1.3	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
	1.3.1. Objetivo General.....	5
	1.3.2. Objetivos Específicos.....	5
1.4	HIPÓTESIS.....	5



1.4.1. Hipótesis general 5

1.4.2. Hipótesis específicas 6

1.5 VARIABLES..... 6

1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 7

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 8

2.1.1. A nivel internacional 8

2.1.2. A nivel nacional 12

2.1.3. A nivel local 19

2.2. MARCO TEÓRICO INICIAL 22

2.3. MARCO CONCEPTUAL 33

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN..... 36

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN 36

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN 36

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA 37

3.4.1. Población 37

3.4.2. Muestra 37

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN 38

3.5.1. Técnicas..... 38

3.5.2. Instrumentos 39



3.6.	PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO	40
3.7.	CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	41
3.8.	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	42
3.8.1.	Validación	42
3.8.2.	Confiabilidad	42

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1.	RESULTADO Y DISCUSIÓN	43
	CONCLUSIONES.....	78
	RECOMENDACIONES	80
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
	ANEXOS	90
	ANEXO 1. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	91
	ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	94
	ANEXO 3. INSTRUMENTOS	96
	ANEXO 4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	98
	ANEXO 5. DETERMINACIÓN DE CONFIABILIDAD	102
	ANEXO 6. AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN	103



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	La edad relacionados con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.....	42
Tabla 2.	El estado civil relacionados con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.....	46
Tabla 3.	El grado de instrucción relacionados con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.....	49
Tabla 4.	El nivel socioeconómico relacionados con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.....	52
Tabla 5.	La ocupación relacionada con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.....	55
Tabla 6.	La procedencia relacionada con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.....	58
Tabla 7.	El número de controles prenatales relacionados con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.....	60
Tabla 8.	La paridad relacionada con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.....	63



Tabla 9. La comorbilidad relacionada con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.....	66
Tabla 10. El periodo intergenésico relacionado con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.....	69
Tabla 11. El IMC pregestacional relacionada con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.....	72
Tabla 12. Relación entre IMC pregestacional y la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.....	75
Tabla 13. La ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.	76



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. La edad relacionados con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave 43

Figura 2. El estado civil relacionados con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave..... 46

Figura 3. El grado de instrucción relacionados con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave..... 49

Figura 4. El nivel socioeconómico relacionados con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave..... 52

Figura 5. La ocupación relacionada con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave..... 55

Figura 6. La procedencia relacionada con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave..... 58

Figura 7. El número de controles prenatales relacionados con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave. 61

Figura 8. La paridad relacionada con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave. 63



Figura 9. La comorbilidad relacionada con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.....	66
Figura 10. El periodo intergenésico relacionado con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.....	69
Figura 11. El IMC pregestacional relacionada con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.....	72
Figura 12. La ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.	76



RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgos relacionados con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave 2023.

Materiales y métodos: Este estudio fue de tipo básico, de diseño no experimental, enfoque cuantitativo, método hipotético deductivo, nivel relacional, donde la población fue de 580 de los cuales se extrajo una muestra de 100 historias clínicas. La técnica de recolección fue el análisis documental cuyo instrumento fue la ficha de recolección de datos validado por un juicio de experto. El procesamiento de datos se efectuó mediante el programa SPSS versión 27. Asimismo, el contraste de hipótesis se realizó mediante la prueba de chi cuadrado. **Resultados:** el 45% de las gestantes tuvieron una ganancia de peso gestacional en exceso, seguido de 38% tuvieron una ganancia adecuada, donde los factores relacionados fueron 20 a 30 años 44%; $p=0,001$, que son en su mayoría convivientes 42%; $p=0,001$, con un grado de instrucción secundaria 52%; $p=0,036$. Además, la mayoría pertenece a un nivel socioeconómico con ingresos mensuales menores a 1000 soles 67%; $p=0,009$ y se desempeña como trabajadora independiente 47%; $p=0,002$. Finalmente, la mayoría proviene de áreas urbanas 51%; $p=0,001$. **Conclusión:** Los factores de riesgos como la edad, estado civil, grado de instrucción, nivel socioeconómico, ocupación y lugar de procedente y los factores de riesgo obstétricos identificados con el control prenatal, paridad, comorbilidad y periodo intergenésico se relacionan significativamente $p<0,05$ con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave 2023.

Palabras clave: Ganancia de peso, gestación, factores, obstetricia, IMC



ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors related to gestational weight gain in pregnant women treated at Hospital II – 1 llave 2023. **Materials and methods:** The research is basic, non-experimental in design, quantitative in approach, hypothetical-deductive in method, and relational in level. The population consisted of 580 women, from which a sample of 100 medical records was extracted. The collection technique was documentary analysis, using a data collection form validated by expert judgment. Data processing was performed using SPSS version 27. Hypothesis testing was performed using the chi-square test. **Results:** 45% of pregnant women had excessive gestational weight gain, followed by 38% who had adecuada weight gain, where the related factors were 20 to 30 years of age (44%; $p=0.000$), mostly cohabiting (42%; $p=0.000$), with a secondary education level (52%; $p=0.036$). In addition, most belong to a socioeconomic level with monthly incomes of less than 1000 soles (67%; $p=0.009$) and work as self-employed workers (47%; $p=0.002$). Finally, most come from urban areas (51%; $p=0.000$). **Conclusion:** Risk factors such as age, marital status, educational level, socioeconomic status, occupation, and place of origin, as well as obstetric risk factors identified through prenatal care, parity, comorbidity, and intergenetic period, are significantly related ($p<0.05$) to gestational weight gain in pregnant women treated at Hospital II – 1 llave 2023.

Keywords: Weight gain, gestation, factors, obstetrics, BMI, gestational weight gain



INTRODUCCIÓN

En ámbito de la salud la ganancia de peso adecuado en el proceso de gestación es esencial dado que permite monitorear la salud materno-fetal, donde un aumento excesivo o insuficiente de peso puede llevar a complicaciones en este proceso que implica la gestación, la labor de parto y la fase de puerperio, así como a consecuencias a largo plazo para la salud del binomio. En este marco, es clave determinar y evaluar los determinantes riesgosas que se relacionan con el aumento de peso gestacional, lo que permite establecer estrategias de intervención adecuadas. Esta investigación se desarrolla en la población de gestantes que fueron asistidas en el Hospital II – 1 llave periodo 2023, buscando tener aporte en la el mejoramiento del manejo prenatal y la salud pública.

La problemática del aumento de peso en el embarazo se ha catalogado como un tema de interés mayor en el ámbito de la salud materna. En muchas ocasiones, las gestantes enfrentan diversos factores que afectan su capacidad para mantener una ganancia de peso saludable, incluidos aspectos sociodemográficos, obstétricos y nutricionales. En el contexto del Hospital II – 1 llave, se ha observado un aumento notable en las complicaciones relacionadas con el aumento de peso gestacional, lo que resalta la necesidad urgente de investigar y comprender estos factores de riesgo. Esta investigación no solo aborda una problemática actual, sino que también busca contribuir a la localización de intervenciones específicas en la atención prenatal.

La estructura de esta tesis está organizada en capítulos que abarcan diferentes aspectos del estudio. Capítulo I presenta los aspectos de la investigación, presentando el planteamiento del problema, hipótesis, objetivos y la justificación de la investigación. Capítulo II se presenta el marco teórico, analizando la



literatura existente sobre la ganancia de peso en el embarazo y sus determinantes. Capítulo III se presenta el procedimiento metodológico de la investigación, donde se detalla la metodología utilizada, incluyendo la recolección de datos y el análisis de las historias clínicas. Capítulo IV se presentan los resultados obtenidos, con un enfoque en la identificación de asociaciones significativas.

Finalmente, se presenta las conclusiones y recomendaciones, resaltando la importancia de los hallazgos para la práctica clínica y futuras investigaciones en el área de la salud gestacional.



CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del problema

Comprendiendo que la gestación hace alusión a la causa que inicia desde la fecundación hasta el parto, pero en esta etapa se produce una serie de cambios de carácter fisiológico (1), entre uno de los cambios que ocurre en este proceso es el aumento de peso, catalogándose como uno de los temas críticos que repercute a la salud materno – infantil. La adecuada o inadecuado aumento de peso en el embarazo puede tener consecuencias significativas, que no solo afecta a la gestante sino también al neonato. Los factores de riesgo asociados con esta ganancia de peso son diversos e incluyen aspectos socio demográficos, obstétricos y nutricionales que pueden variar significativamente dependiendo del contexto geográfico y socioeconómico.

A nivel internacional estudios realizados en Colombia demuestran que las causas como edad de la progenitora asimismo su IMC pregestacional, falta de control nutricional, estatura de las madres suelen afectar de forma directa en el aumento de peso que comúnmente supera las recomendaciones (2),



además estudios realizados en Cuba señalan que la ganancia de peso en el proceso de gestación es proporcional al peso del futuro bebé (3).

A nivel Nacional, en Perú, la situación no es diferente. El Ministerio de Salud (MINSA) ha identificado que, a pesar de las políticas públicas que promueven una adecuada educación nutricional y control prenatal, el aumento de la obesidad y el sobrepeso en las mujeres en edad fértil se ha incrementado considerablemente. Estos factores inciden directamente en la ganancia de peso en este proceso. Además, estudios realizados en el centro de salud Corea - Huánuco en una muestra de 100 pacientes demuestran que el aumento de peso en la madre es uno de los factores riesgosos que determina complicaciones (3).

Conforme al Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN), se evidencia que esta circunstancia es común, estando en una alta porción con el 20,8 % del total de las personas que están en gestación, siendo mayor la ganancia de peso en las personas que tenían un diagnóstico pregestacional de obesidad (26,0 por ciento) y sobrepeso (25,4 por ciento).

A nivel Local estudios realizados en Puno uno de los determinantes sociodemográfico que se asocian complicaciones del embarazo obesidad y sobrepeso antes de la etapa de gestación es el grado de estudios de nivel secundario como determinantes protector.

La relevancia de esta investigación se centra en identificar los determinantes de riesgo relacionados con la Ganancia de peso gestacional, para diseñar intervenciones salud pública y estrategias de atención prenatal, efectivas que reduzcan las complicaciones asociadas y



mejoren los resultados maternos y neonatales. Esto resulta esencial en un contexto donde la atención primaria de calidad es limitada y las desigualdades en salud persisten.

Formulación del problema

1.1.1. Problema general

PG. ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave 2023?

1.1.2. Problemas específicos

PE1. ¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos que se relacionan con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave?

PE2. ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos asociados en la ganancia de peso gestacional de las gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave?

PE3. ¿Qué relación existe entre el estado nutricional pregestacional y la ganancia de peso gestacional de las gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave?

PE4. ¿Cómo es la ganancia de peso en las gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave?

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Justificación teórica

Esta investigación teóricamente se justifica por que aborda un vacío en la literatura al explorar cómo los factores sociodemográficos, obstétricos y



nutricionales que afectan la ganancia de peso gestacional. La investigación permitirá comprobar o rechazar teorías existentes sobre el impacto de estos factores en la salud materna. Al operacionalizar estas variables, se podrá generar evidencia que amplíe la comprensión sobre los determinantes riesgosos sobre la ganancia de peso gestacional, contribuyendo a una mejor interpretación y desarrollo de teorías sobre la salud materna y prenatal.

1.2.2. Justificación práctica

Esta investigación desde una mirada práctica aporta en la mejora del manejo de la atención prenatal, ya que identifica las causas de riesgo que influyen en la ganancia de peso gestacional. Los hallazgos permitirán a los profesionales de la salud ofrecer cuidados más personalizados, orientados a la prevención de complicaciones maternas y neonatales. Además, estos resultados pueden influir en la creación de publicas al cuidado de la salud y programas específicos que se adapten a las necesidades particulares de las gestantes, mejorando así la calidad de la atención médica.

1.2.3. Justificación metodológica

La metodología utilizada permitirá recolectar datos precisos sobre los factores de riesgo asociados con la ganancia de peso gestacional mediante un instrumento diseñado específicamente para este estudio. El análisis de estos datos proporcionará una base sólida para establecer relaciones claras entre las variables. Además, el enfoque metodológico permitirá estudiar una población específica, generando información útil para futuras investigaciones y contribuyendo a desarrollar mejoras en la atención prenatal y en las políticas de salud pública.



1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

OG. Determinar los factores de riesgo relacionados con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave 2023.

1.3.2. Objetivos Específicos

OE1. Identificar los factores sociodemográficos que están relacionados con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.

OE2. Analizar los factores de riesgo obstétricos asociados en la ganancia de peso gestacional de las gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.

OE3. Evaluar la relación que existe entre el estado nutricional pregestacional y la ganancia de peso gestacional en las gestantes atendidas en el Hospital II-1 llave.

OE4. Calcular la ganancia de peso en las gestantes atendidas en el hospital II – 1 llave.

1.4 HIPÓTESIS

1.4.1. Hipótesis general

HG. Los factores de riesgo que están relacionados significativamente con la ganancia de peso gestacional son sociodemográficos, obstétricos y el estado nutricional pregestacional en gestantes atendidas en el Hospital II-1 llave 2023.



1.4.2. Hipótesis específicas

- HE1.** Los factores sociodemográficos relacionados con la ganancia de peso gestacional son la edad, estado civil, grado de instrucción, nivel socioeconómico, ocupación y lugar de procedencia de las gestantes atendidas en el Hospital II-1 Ilave.
- HE2.** Los factores de riesgo obstétricos relacionados con la ganancia de peso gestacional son la atención prenatal, paridad, comorbilidad y periodo Intergenésico de las gestantes atendidas en el Hospital II – 1 Ilave.
- HE3.** Existe una relación significativa entre el estado nutricional pregestacional y ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II-1 Ilave.
- HE4.** La ganancia de peso es adecuada en las gestantes atendidas en el hospital II – 1 ilave.

1.5 VARIABLES

- V1.** Factores de riesgo.
- V2.** Ganancia de peso gestacional.



1.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicadores	Valores	
Factores de riesgo	Sociodemográficos	1.1.1 Edad	a) 15 años b) 20 – 35 años c) > 36 años	
		1.1.2 Estado Civil	a) Soltera b) Casada c) conviviente	
		1.1.3 Grado de Instrucción	a) Primaria b) Secundaria c) Superior	
		1.1.4 Nivel Socioeconómico	a) Gana mensualmente más de 6,000 soles b) Gana mensualmente más de 3,000 soles c) Gana mensualmente menos de 1,000 soles	
		1.1.5 Ocupación	a) Trabajadora Independiente b) Trabajadora dependiente c) Ama de casa	
		1.1.6 Procedencia	a) Urbana b) Rural	
	Obstétricos	1.2.1 Atención prenatal	a) + 6 b) – 6	
		1.2.2 Paridad	a) Primípara b) Multípara c) Gran Multípara	
		1.2.3 Comorbilidad	a) Diabetes b) Anemia c) Hipertensión arterial	
		1.2.4 Periodo Intergenésico	a) Corto b) Adecuado c) Largo	
	Estado nutricional pregestacional	1.3.1 IMC Pregestacional	a) Bajo peso < 18,5 kg/m ² b) Normo peso 18,5-24,9 kg/m ² c) Sobrepeso: 25-29,9 kg/m ² d) Obesidad ≥ 30 kg/m ²	
	Ganancia de peso gestacional	Ganancia de peso gestacional	2.1. Ganancia de Peso	a) Baja (<18,5 kg) b) Adecuado (18,5 kg – 24,9 kg) c) Exceso (>24,9 kg)



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A nivel internacional

Vila Candel, (4) “Sugerencias internacionales relacionados con la ganancia de peso en el embarazo: ajuste a la población, nutrición en Valencia 2021” comprendiendo que el aumento del peso gestacional (GPG) se considera uno de los parámetros más relevantes para el seguimiento prenatal, dado su impacto en los desenlaces perinatales. Objetivo: Evaluar en qué medida la GPG se ajusta a las recomendaciones establecidas por el Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos. Metodología: fue retrospectiva – observacional, basada en una muestra de 4.361 puerperas. Las participantes fueron agrupadas según su GPG en relación con las directrices internacionales: ganancia adecuada, por encima o por debajo de lo recomendado. Resultados: Se observó que un aumento de peso mayor al sugerido incrementa la probabilidad de parto por cesárea o con intervención instrumental, así como de nacimientos de bebés macrosómicos o con un peso superior al valor establecido para su edad gestacional. Además, se identificó una relación significativa entre la GPG y el peso neonatal de contar con recién nacido macrosómico con relación a la



obtención de GPG adecuada, por lo que se evidenció que el GPG se asocia con el peso al nacer ($p < 0,001$). Conclusión: Las pautas del IOM resultan, en general, apropiadas para las gestantes de la zona estudiada. No obstante, se resalta la necesidad de individualizar las recomendaciones, ajustándolas al IMC antes de la gestación para optimizar los resultados prenatales.

Loaiza, (5) “Peso al nacer y estado nutricional en mujeres embarazadas que asisten a la atención primaria, Punta Arenas, Chile, 2024”,

considerando que Chile hoy en día ha demostrado tener mejores condiciones de salud y la calidad de vida, pero aun arraiga situaciones como la desnutrición y otras complicaciones, asimismo estudios muestran que la nutrición materna se asocia con la culminación del proceso de gestación y con el peso de neonato. Objetivo: Identificar si el peso del recién nacido se relaciona con las determinantes gestacionales y el estado nutricional de las madres concluido el embarazo. Métodos: Se analizó la incidencia de 100 recién nacidos (RN) de madres que recibieron seguimiento regular durante el período de embarazo que finalizó el 1 de noviembre de 2018. Resultados: las evidencias reflejaron que las mujeres presentaron desnutrición en un 74% al final de su gestación. En cuanto al RN presentaron peso en umbral adecuada con 65,9%, seguido de insuficiente peso con 23,6%, bajo peso con 4,9% y el 4,9% alto peso al nacer (PNA). De los RN, el 89,9% fueron diagnosticados como adecuados para la edad gestacional (EGE), 7,6% nacieron pequeños para la edad de gestación y 2,5% nacieron grandes acorde a los umbrales correspondientes, las cuales reflejaron ser predominantes en mujeres con 20 a 29 años. Asimismo, se reflejó que los RN con 75,2% y el 100% de PEG nacieron de madres que presentaron obesidad



al culminar su gestación. Conclusión: se demostró que el RN, NM y GEG se relacionado con la obesidad de la madres los cuales guardaron similitud con otros investigaciones previos, por lo que resaltaron que es importante poner acciones mediante intervenciones que permitan controlar el sobrepeso y la obesidad en las embarazadas y prevenir partos de riesgo.

Sanchez, (6) “Influencia de la ganancia de peso gestacional no saludable y los determinantes relaciones a creencias, conocimientos y orientación en España 2022” Aumento de peso en el embarazo saludable es fundamental para el binomio, mientras que la ganancia no saludable puede tener efectos adversos. Un estudio evaluó 500 mujeres embarazadas para entender cómo el conocimiento y las creencias sobre las recomendaciones de aumento de peso influyen en su cumplimiento. Los resultados evidenciaron que el 33,4% de las señoras tuvieron incremento de peso insuficiente y el 33,9% un incremento excesivo, el IMC antes de la gestación fue un factor riesgoso para la ganancia excesiva, si bien el ejercicio y la creencia de que su aumento de peso era saludable tuvieron un efecto protector. Para la ganancia insuficiente, el conocimiento sobre las recomendaciones actuó como factor protector, pero creer que su ganancia era saludable se convirtió en un riesgo. Se concluye que tanto el aumento insuficiente como el excesivo deben ser atendidos en proceso de gestación. Se recomienda que los profesionales de la salud enfoquen sus esfuerzos en corregir creencias erróneas, especialmente en mujeres con IMC adecuada que piensan que su ganancia de peso es adecuada, pues suelen tener problemas de aumento insuficiente.



Rodríguez, (7) “Determinantes relacionados a la ganancia de peso, hipertensión y diabetes gestacional entre mujeres embarazadas que habitan en el norte de Brasil”. Objetivo: analizar en que medida predomina las condiciones de salud y los determinantes relacionados a la ganancia de peso, hipertensión y diabetes en gestantes. Método: Se trató de una investigación transversal con carácter retrospectivo, basado en estudios secundarios obtenidos de mujeres gestantes residentes en la región norte del país, quienes fueron participes en la Encuesta de Vigilancia Telefónica sobre determinantes riesgosas y protección para Enfermedades Crónicas, asimismo aplicaron análisis estadísticos como la prueba de Chi-cuadrado, Kruskal-Wallis y regresión logística binomial para evaluar las asociaciones entre variables. Resultados: Se registró que aproximadamente 21.652 mujeres fueron gestantes, donde las tasas de predominancia fueron que el 42,4 % con sobrepeso, 2,65 % con diagnóstico de hipertensión y 9 % con diabetes gestacional, respecto a los determinantes más asociados fueron el sobrepeso asimismo demostró el uso de pantallas como televisores, computadora, tableta o celular por al menos tres horas diarias, en caso de la hipertensión, esta se relacionó con el uso de dispositivos durante más de seis horas diarias y con mirar televisor por tres horas o más, para la diabetes, las variables asociadas fueron: edad que en promedio fue 29 años, haber concluido su escolaridad, y consumir más de cuatro vasos o latas de refresco al día. Conclusión: los porcentajes encontrados reflejaron que dichas condiciones adversas durante la gestación guardan relación con factores como la edad materna, el nivel educativo, los patrones alimentarios y ciertos comportamientos vinculados al estilo de vida.



2.1.2. A nivel nacional

De León, (8) “la IMC previo a la gestación y aumento de peso en la gestación asociados con el peso al nacer” Lima, 2022” Objetivo: Analizar la asociación del IMC con el incremento del peso y el peso del recién nacido. Materiales y métodos: investigación que fue trabajado desde la mirada transaccional y analítico a través de una muestra probabilístico realizado en usuarias que culminaron su gestacion en el establecimiento, Perú, durante el año 2018. Los cambios de peso justo al nacer de acuerdo al IMC fue analizada con pruebas H de Kruskal-Wallis y ANOVA. Resultados: de los 197 pacientes quienes empezaron con situación aumento de peso en gestantes y alumbraron neonatos con peso mayor al parámetro establecido al nacer, sin embargo, al momento del nacimiento los recién nacidos presentaron peso superior a lo adecuada y fueron mayor en gestantes con mayor peso al nacer en los recién nacidos con aumento adecuado (3582.9 ± 442.1 g) comparado con aquellos con ganancia de peso insuficiente (3278.9 ± 447.9 g). Esta situación demostró que estadísticamente las variables evidenciaron una relación significativa. Conclusiones: El IMC pregestacional de forma independiente no se asicia con el peso de nacimiento, no obstante, acompañado con el aumento en la gestación sí se relacionó positivamente.

Noguchi (9) en su tesis “Aumento de peso y su relación con determinantes sociodemográficas en mujeres gestantes que asisten en un establecimiento de salud de Lima Metropolitana, 2021” Objetivo: identificar como el aumento de peso gestacional se asocia con determinantes sociodemográficas de las mujeres embarazadas asistidas en dicho establecimiento. Método: fue elaborado bajo el tipo descriptivo,



correlacional no experimental y transaccional, asimismo recopilaron información en un periodo determinado. Resultados: después de haber aplicado los instrumentos identificaron que solo el 28,3 % presentó una ganancia de peso considerada adecuada, asimismo el 50 % reflejó un aumento excesivo, en cambio el 21,7 % evidenció un aumento insuficiente, respecto a las determinantes demográficas, se localizó que el 43,5 % de las mujeres se encontraban con edades entre 18 y 25 años, porcentaje similar a las que se encontraban en el rango de 26 a 34 años, en cambio un 13 % eran gestantes mayores de 35 años, asimismo donde una cifra considerable (36,9 %) había culminado estudios superiores, y casi la mitad (47,8 %) tuvieron empleo bajo relación de dependencia, además, demostraron que el 78,3 % de las participantes convivía con su pareja. Conclusión: estadísticamente se identificaron que las variables demostraron que no existe relación debido a muchos factores pero, si se demostró determinantes que si tuvieron asociación por lo que se requiere una profundización mayor.

Paita (10) en su tesis titulada “Asociación entre ganancia de peso gestacional inadecuada y anemia posparto en usuarias de Santa Luzmila II Comas, Lima, 2018-2022”. Objetivo: establecer si el aumento inadecuado de peso se relaciona con la presencia de anemia posparto en puérperas atendidas en dicho establecimiento de salud. Métodos: esta investigación fue enmarcado desde el tipo analítico, retrospectivo, mediante análisis de casos y controles, asimismo la muestra fue compuesta 454 gestantes, agrupados en dos grupos: 227 mujeres con diagnóstico de anemia posparto (casos) y 227 sin dicho diagnóstico (controles), todas con parto vaginal. Resultados: se arribó a resultados de que el 36,6 % de las



puérperas con anemia posparto mostraron una ganancia de peso gestacional inadecuada, en comparación con solo el 17,6 % del grupo control, evidenciando una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Posterior a controlar otros determinantes como antecedentes de episiotomía, anemia durante el embarazo y número de partos, se confirmó que el incremento de peso gestacional fuera de lo sugerido se relaciona de forma independiente con el riesgo de desarrollar anemia posparto ($p < 0,001$), incrementando esa probabilidad en una variable de 2,581 [IC 95 %: 1,629–4,088]. De otro modo, pese que inicialmente la episiotomía parecía relacionarse al desenlace, perdió relevancia estadística al realizar el ajuste. En cambio, haber tenido anemia durante la gestación incrementó hasta 7,159 veces [IC 95 %: 2,909–17,620] la posibilidad de padecer anemia en el posparto. En contraposición, las mujeres con múltiples partos presentaron un menor riesgo de anemia, con una reducción de 0,327 veces [IC 95 %: 0,169–0,631] en comparación con las primíparas. Conclusiones: reflejó que el aumento de peso inadecuado en la gestación se ha localizado como un determinante independiente que aporta de manera significativa en el desarrollo de anemia posparto en gestantes asistidas en el establecimiento.

Chávez, (11) en su tesis “Incremento de peso en la gestación y prácticas alimenticias en gestantes asistidas en el establecimiento Clas la esperanza en Huancayo 2022”. Objetivo: Demostrar en qué medida la ganancia de peso gestacional se relaciona con las practicas alimenticias en pacientes que asisten al Puesto de Salud CLAS la Esperanza 2022. Metodología: investigación que enmarcado bajo el tipo básico – teórica, prospectivo, transaccional y no experimental, asimismo aplicaron



instrumento como entrevistas a través del cual recopilamos la información a la muestra de 132 gestantes que fueron asistidas en el establecimiento, posterior a ello fueron sistematizados mediante SPSS. Resultados: respecto a los determinantes sociodemográficos, se reflejó que la edad las mujeres embarazadas fueron de 26,3 años, asimismo el 68,2 % describía con educación secundaria, el 77,1 % se tropezaba en situación de convivencia, y el 48,8 % fueron amas de casa en cuanto al ingreso económico al mes registraron promedio de aproximadamente de 1288,53 soles, en cuanto a las variables principales, el 56,3 % de las embarazadas exteriorizó una ganancia de peso dentro del rango adecuado, mientras que un 63,5 % reportó prácticas alimenticias apropiadas. Conclusión: a través de análisis estadístico demostraron que el incremento de peso en el embarazo se relaciona con las practicas alimentarias en Gestantes atendidas en el establecimiento.

Santos (12) su tesis “Ganancia de peso en la gestación como un indicador de macrosomía y peso bajo al nacer: un análisis literario en Lima, 2020” Objetivos: identificar en que medida la capacidad predictiva de recomendaciones se asocia con el incremento de peso gestacional en relación al bajo peso al nacer y la macrosomía neonatal, asimismo compararon diversos lineamientos planteados por IOM y CLAP. Metodología: esta investigación fue realizado a través de una revisión documentaria, además fue de tipo básica – teórica, descriptivo y retrospectivo, donde analizaron a 1192 estudios, que fueron extraído de diferentes bases académicas, asimismo se aplicó QUADAS – 2 para validar la metodología. Resultados: de todos los estudios analizado solo 5



cumplieron con los criterios de inclusión definidos, del mismo modo la sensibilidad y especificidad para pronosticar BPN y macrosomía mostraron una variabilidad amplia acorde al contexto geográfico de cada investigación, dichas investigaciones evaluadas en América Latina, la sensibilidad para revelar bajo peso al nacer lo cual osciló de 62,8 % a 74 %, en cambio la especificidad se emplazó de 61,7 % a 68 %, por otro lado, la sensibilidad para definir casos macrosómicos fueron apenas 28,8 %, con una particularidad de 43,8 %, el mayor de las investigaciones, por lo que la valoración de predicción positivo fue menor al 25 %, en cambio la valoración negativo destacó el 90 %. Además, se demostraron problemas metodológicos demandantes, tales como alto riesgo de sesgo y limitaciones en la aplicabilidad producto de la forma en que se eligieron los participantes. Conclusión: los estudios evaluados demostraron que el aumento de peso en el embarazo posee una capacidad de predicción que obstaculiza a BPN y macrosomía, siendo mayor en entornos latinoamericano, dichas deficiencias, adicionales a situaciones metodológicas y a la falta de ajustes por variables de confusión, poniendo en manifiesto la necesidad de forjar nuevas investigaciones que planteen guías más adaptadas a las condiciones epidemiológicas acorde a la población peruana.

Ávila y Mostacero (13) en sus tesis “El incremento de peso en la gestación y su asociación con la predominancia de la anemia en mujeres embarazadas que se atienden en la Red de Salud Conchucos Norte, Ancash periodo 2022” comprendiendo que el embarazo es uno de los procesos esenciales desde la mirada nutricional, dado que sus implicancias no solo abarca la salud materna sino que repercute en el



bienestar a largo plazo del recién nacido, debido que el incremento de peso en el proceso de gestación dependen de diversos variables, por lo que

Objetivo: evaluar cómo se relaciona el incremento de peso en el periodo de embarazo y la presencia de anemia en mujeres embarazadas que pertenezcas a dicho establecimiento. Materiales y métodos: esta investigación se desarrolló desde la mirada descriptiva, análisis de Casos y Controles de 100 gestantes que fueron asistidas en dicho establecimiento, asimismo la información fue recopilada desde la historia de clínicas establecidos con CLAP. Resultados: se evidenció que el incremento de peso en las mujeres embarazadas fue menor en aquellas que tuvieron diagnóstico de anemia (3kg) a diferencia de aquellas que se encuentran en condición de 6 kg, pese que la evaluación inicial evidenció una asociación entre las variables tratadas.

Delgado (14) "Definir el nivel de estado nutricional materno neonatal en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota, 2023." Objetivo: evaluar el grado de estado nutricional de neonatos que fueron registrados y asistidos en el establecimiento de salud en mención. Metodología: investigación que fueron elaborados de tipo descriptivo, transaccional y retrospectivo, donde analizaron el historial clínico de 78 madres y sus neonatos. Resultados: en este estudio se demostraron que las madres se encontraban entre los 18 y 29 años de edad (55,1%), presentaron estudios superiores (42,3%), fueron casadas (78,2%), eran procedentes de zonas urbanas (91,0%) y en promedio tuvieron tres hijos (37,2%). Respecto a los horarios maternos, el IMC previo a la gestación se encontraban en su mayoría de grado adecuada con 46,2%, seguido de sobrepeso con 35,8% y obesidad con 16,7%. Durante



la gestación, el incremento de peso fue en gran parte insuficiente (93,6%). Posterior al parto, el IMC mostró una predominancia de sobrepeso (44,8%), seguido por obesidad (32,1%) y valores adecuada es (23,1%). Del mismo modo, el 14,1% presentó anemia leve en el último control prenatal, respecto a los recién nacidos, el peso en relación con la edad gestacional fue predominantemente adecuado (82,1%), mientras que el 11,5% fueron pequeños para la edad gestacional y el 6,4% grandes, en cuanto al peso al nacer, el 85,8% tuvo un peso adecuada, el 7,7% presentó peso bajo, el 3,9% macrosomía y el 2,6% muy bajo peso. Conclusión: entre las gestantes evaluados reflejaron tener características como ser jóvenes, posee instrucción superior, proceder de ámbito urbano y promedio tuvieron 3 hijos, y el estado nutricional de las madres fueron elevados como es obesidad y sobrepeso.

Briceño (15) en su Tesis “Incremento de peso de la madre como determinantes riesgosas para el desarrollo de complicaciones en las mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco, 2019”; Objetivo: identificar de qué manera el incremento de peso de la madre como determinante riesgosa se asocia con el desarrollo de complicaciones. Metodología: tipo descriptivo – analítico, nivel correlacional, transaccional y retrospectivo, donde aplicó encuestas a gestantes. Resultados: respecto a las determinantes riesgosas identificó que el 49% se encontraban en adolescencia de nivel instrucción secundaria completa; el 21% fueron mujeres adultas con el mismo grado de instrucción, en cambio un 15% de embarazadas tuvieron formación técnica superior, en relación al número de gestantes, el 49% fueron primigestas y el 51% multigestas,



identificaron un periodo intergenésico corto en el 36% de los casos, y largo en el 15%, en cambio un 51% ostentaba antecedentes obstétricos de alto riesgo, donde el comienzo de gestación, el 49% de madres reflejaron peso bajo y el 51% presentaron sobrepeso. Asimismo, el análisis del incremento de peso por trimestres reflejó que el 49% de las gestantes evidenciaron un incremento por debajo de lo esperado, en cambio el 51% superó los valores determinados. En cuanto a las complicaciones obstétricas evidenciaron que en el proceso de gestación el 28% mostró advertencias de parto prematuro, un 30% presentó diabetes mellitus gestacional, y un 21% advirtió patologías hipertensivas del gestación o RPM. En la fase del parto, reflejó que los casos de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI) y atonía uterina en un 14%, del mismo el puerperio, los desgarros perineales fueron recurrente, repercutiendo al 85% de las gestantes. Conclusión: estadísticamente se contrastaron que las variables se relacionado de forma directa, evidenciando además que existen cambios en cuanto al incremento de peso en el periodo de gestación aumentando el riesgo de sufrir complicaciones, específicamente en el periodo del puerperio.

2.1.3. A nivel local

Huanca (16) en su tesis “Incremento de peso y anemia en mujeres embarazadas que asisten al Establecimiento de Salud - Revolución, San Miguel - Juliaca, 2020.” objetivo: demostrar si la anemia se relaciona con el incremento de peso en gestantes que asisten a dicho establecimiento. Metodología: Investigación que fue abordado desde el método hipotético – deductivo, de nivel descriptivo – retrospectivo y transaccional, donde analizaron 134 historias clínicas de mujeres embarazadas, asimismo



aplicaron instrumentos como la ficha de recopilación y fue analizado mediante análisis inferencial de chi-cuadrada, Resultado: Respecto a la anemia, el 37% de las gestantes presentó valores normales, mientras que el 32% y el 30% mostraron anemia moderada y leve, respectivamente. Solo el 1% fue diagnosticada con anemia crónica. En cuanto al estado nutricional previo al embarazo, un 56% mostraba peso con valores normales, un 34% con valores superior al normal, un 9% obesidad y apenas un 1% reflejaron peso por debajo de valores establecidos, en relación con el incremento de peso en proceso de embarazo, reflejó que el 63% alcanzó una ganancia normal, el 25% reconoció una ganancia insuficiente, y el 13% prevaleció los niveles estandarizados. El análisis estadístico reveló una relación considerable de estado nutricional antes de la gestación y la ganancia de peso de gestación ($p = 0.038$). Sin embargo, al analizar esa asociación entre las variables a través de la estadística inferencial fue significativa ($p = 0.265$). Conclusión: que estadísticamente se halló una relación entre las variables, pero esta no fue una asociación considerable.

Mamani (17) “Determinantes de riesgo relacionados al peso bajo al nacer de acuerdo a la fórmula de Johnson Toshach en el Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca, 2021.” comprendiendo que el BPN es una situación que se ha consolidado como una problemática de salud que suele causar morbimortalidad perinatal. Objetivo: Identificar las determinantes riesgosas relacionados al BPN utilizando la fórmula de Johnson Toshach. Se utilizó un diseño analítico, observacional, transversal y retrospectivo con 274 neonatos. Los resultados indican una asociación considerable entre las variables investigadas, asimismo entre los determinantes se identificaron la



insuficiencia atención prenatal, aumento de peso en la madre que fueron inferior a 11,5 kg, presentaron intervalo intergenésico que superaron 5 años, presentar nacimientos prematuros, ITU e hipertension generada por la gestacion. La fórmula de Johnson Toshach mostró una alta correlación en la estimación del peso fetal desde la semana 37 de gestación ($r: 0,772$; $p: 0,083$). En conclusión, los riesgos asociados al BPN incluyen controles prenatales insuficientes, bajo incremento de peso, períodos intergenésicos largos, prematuridad, infecciones urinarias y hipertensión materna.

Mamani (18) en su tesis “Grado de conocimiento acerca de la alimentación y estado nutricional en mujeres embarazadas que asisten a establecimiento de salud Vallecito I-3, Puno, 2023.” Objetivo: demostrar en que medida el conocimiento sobre alimentacion se asocia con estado nutricional en mujeres gestantes. Se llevó a cabo un estudio descriptivo y correlacional con 80 gestantes seleccionadas aleatoriamente. Se aplicó una encuesta para evaluar el conocimiento acerca de la alimentación y se determinó el estado nutricional según el incremento de peso. Los resultados mostraron que el 61.3% de las gestantes tenía un conocimiento medio sobre alimentación y el 50% desarrollaron un incremento de peso normal, mientras que el 17.5% tuvo un incremento alto de peso. La correlación entre las variables, evaluada con Rho de Spearman, mostrando valores de p (0.531) siendo mayor al grado de significancia (0.05), reflejando que estadísticamente asociacion entre las variables tratados..

Amaro (19) en su tesis “Complicaciones obstétricas y sociodemográficas en mujeres embarazadas que presentaron obesidad y sobrepeso antes de su gestacion que fueron asistidas en el Hospital Regional Manuel



Núñez Butrón de Puno (Marzo 2019-Marzo 2020).” La obesidad es una problemática de salud pública global, periodo 2009 y 2019 donde se reflejó que la obesidad y sobrepeso pregestacional han aumentado, lo que se relaciona con complicaciones como preeclampsia, hipertensión gestacional y diabetes gestacional, asimismo incluyó a 328 gestantes, encontró que las complicaciones fueron más frecuentes en aquellas con sobrepeso y obesidad (34,10%) a diferencia con IMC adecuada (23,80%), destacando la preeclampsia (31,88%). Se identificaron como factores protectores el nivel educativo secundaria y la edad gestacional localizado en semanas de 37-41.6, asimismo se reflejo que el parto vaginal espontáneo resultó ser un determinantes a diferencia de la cesarea que aumenta la generacion de riesgos.

2.2. MARCO TEÓRICO INICIAL

2.2.1. Proceso de gestación

La gestación es comprendida como el periodo de desarrollo del feto en el útero de la mujer que comienza desde la fecundación y culmina con la labor de parto, comúnmente implica entre 38 a 42 semanas y además se considera como un proceso crucial caracterizada por diversos alteraciones emocionales y físicos (20). Al respecto, Serdán et al. (21) agregan que este proceso viene acompañado de cambios en la fisiología de la mujer, ya que en la gestación se modifica el cuerpo de la mujer con la finalidad de brindar un entorno adecuado y seguro al feto, lo que implica la adaptación de todo el sistema orgánico, tanto en términos anatómicos y fisiológicos.

En tal sentido, el proceso de gestación es una etapa caracterizada por su complejidad y cambios en la vida de la mujer, ya que implica el tiempo en la



que la mujer alberga al feto en su útero para ello pasa por un proceso de adaptación con la finalidad de garantizar el desarrollo óptimo del feto y a su vez preparar a la madre para el alumbramiento y la maternidad (22).

2.2.2. Factores de riesgo en la gestación

De manera general, hacen alusión a las variables y condiciones que hacen que la posibilidad de que suceda un evento adverso sea mayor, tal como Paredes – García, et al. (23) destacan que un determinante de riesgo es una condición que repercute en la posibilidad de que ocurra algo negativo.

En contexto de la salud hace referencia a eventos que incrementar la posibilidad de desarrollar una patología, complicación o presentar un problema de salud (24). Según Cárdenas (25) existen diversos factores que implican una variedad de características personales y antecedentes médicos que suelen conllevar a que ocurre mayor posibilidad de que una mujer embarazada presente una condición y experimente una gestación de alto riesgo (25).

En el ámbito del incremento de peso gestacional, los factores de riesgo aluden a las condiciones o características que intervienen y conllevan a que la gestante aumente de peso considerando los cambios fisiológicos que se presenta en el periodo gestacional, los cuales suelen ser de diversa naturaleza como sociales, demográficos, obstétricos, entre otros (26).

2.2.3. Factores sociodemográficos

Los factores sociodemográficos aluden a una serie de características y condiciones que facilitan evaluar y comprender diferentes elementos de una población, dado que estos elementos brindan información importante para el análisis de contextos sociales y económicos, permitiendo la identificación de



patrones y tendencias dentro de una comunidad, entre los factores se resaltan los siguientes:

Edad: de manera general alude al tiempo que comprende desde el nacimiento hasta la actualidad de una persona (27). Por lo que es considerado como un factor que se toma en cuenta en la gestación, dado que estudios evidenciaron que las mujeres con edades extremas (adolescentes y mayores de 35 años) suelen tener riesgo mayor de presentar complicaciones obstétricas, tal como De León (8) menciona que la edad es considerada como “un determinante de riesgo mayor lo que está asociado con la inmadurez biológica y psicológica en las adolescentes, así como con los cambios hormonales y el deterioro orgánico en mujeres de edad avanzada” (p. 5899). A ello, Sánchez (28) agrega que este factor es un indicador esencial y precedente en contexto de la salud.

Estado civil: De manera general alude a la situación legal del individuo en relación con el matrimonio, ya sea casada, soltera, separada o viuda, al respecto, De León (8) resalta que es uno de los determinantes que posee implicancias en la salud de los gestantes, dado que demostró en su artículo que las mujeres que convivientes o casadas suelen tener mayor apoyo, facilitando un control prenatal adecuado y en general un embarazo favorable. Por otro lado, Huamán y Bocanegra (29) resalta que el estado civil es un determinante social crucial en la evaluación de aumento de peso en gestantes, asimismo evidenció que las gestantes separadas suelen afrontar mayores retos debido a que tienen menos apoyo social y familiar aumentando el riesgo de complicaciones en periodo de gestación. Con ello, se evidencia que la falta de una red de apoyo conlleva a un manejo



inadecuado de salud materna, aumentando las posibilidades de que presenten complicaciones como es parto prematuro o preeclampsia (30).

En ámbito de salud materno – fetal, el estado civil se asocia con la decisión de asistir a la atención prenatal ya que las mujeres que no cuentan con una pareja estable o con apoyo familiar enfrentar limitaciones para adherirse a los controles médicos lo que aporta al bienestar del binomio (madre – bebé) (31).

Grado de instrucción: Es definido como el resultado de haber completado una secuencia estructurada de programas académicos, los cuales están organizados de acuerdo con un nivel progresivo de complejidad y especialización, donde cada etapa educativa proporciona una serie de experiencias de aprendizaje que buscan desarrollar conocimientos, habilidades y competencias específicas. Este proceso de formación no solo influye en el ámbito profesional y laboral de la persona, sino también en su capacidad para enfrentar desafíos cotidianos, tomar decisiones informadas y contribuir activamente a la sociedad. Además, el nivel educativo alcanzado puede tener un impacto directo en el acceso a oportunidades de empleo, mejora de condiciones de vida y otros (32).

Nivel socioeconómico: es un indicador que comprende la posición relativa de una persona o familia dentro de la sociedad, definida por determinantes que implican la educación, ocupación, ingresos, consumo y afiliación social. (33). En pocas palabras, ****se refiere al estatus socioeconómico****. Es la posición que ocupa una persona o familia en la sociedad, determinada por



su nivel de educación, tipo de trabajo, cuánto dinero gana, qué cosas compra y a qué grupos pertenece.

Ocupación: Es otro de los factores que alude a la actividad a la que se dedica una persona sea parcial o total, dentro o fuera del hogar (20). Por otro lado, Barros (33) refiere que la ocupación alude a “la actividad laboral que una persona realiza, ya sea dentro o fuera del hogar, y puede ser de carácter profesional o no profesional, dado que esta actividad puede ser a tiempo completo o parcial, dependiendo de las circunstancias individuales” (p. 13).

Al respecto, Vásquez (27) menciona que es crucial tener en cuenta y evaluar la ocupación en este caso de las madres, dado que, dependiendo del entorno de su trabajo y las situaciones que afrontan en su gestación suelen enfrentar complicaciones riesgosas, en casos si sus labores implican exposición a sustancias tóxicas, radiaciones ionizantes, agentes biológicos peligrosos, esfuerzos físicos excesivos o situaciones de estrés psicológico, es esencial tomar las medidas necesarias para suspender temporalmente sus actividades laborales con el fin de proteger su salud y la del bebe.

Procedencia: hace referencia al lugar de residencia de una persona, que en el ámbito de la salud materna, este factor se ha convertido en un indicador esencial, ya que el que el entorno geográfico repercute en el acceso a servicios de salud de calidad y la disponibilidad de recursos y las prácticas culturales asociados con el cuidado en el periodo de gestación, por lo que es esencial analizar estos aspectos con la finalidad de garantizar una atención adecuada y equitativa (34).



2.2.4. Factores obstétricos

En ámbito obstétrico un factor de riesgo alude a la condición que incrementa la posibilidad de padecer una complicación o problemas de salud materna, del parto y del bebé, por lo que involucra aspectos como características propias de la mujer embarazada o determinantes ambientales y de atención prenatal, los cuales repercuten en el bienestar de los implicados (35).

Controles prenatales: alude a una serie de consultas, orientaciones y evaluaciones relacionados a la salud que la gestante asume como deber en el proceso de embarazo para garantizar su bienestar y el del bebé, tal como Vivanco y Reyes (36) mencionaron que los controles prenatales facilitan determinar y evitar posibles complicaciones asegurando una atención adecuada y oportuna durante la gestación.

El número de controles prenatales es comprendido como un indicador esencial para monitorear la salud de la gestante, no obstante, se ha convertido en un factor de riesgo cuando existe una falta de continuidad en el desarrollo de estos controles, lo que suele estar asociado con complicaciones en aquellas mujeres que no asisten de manera regular a sus consultas ya que no pueden ser evaluadas de forma oportuna para determinar características específicas relacionados a posibles complicaciones (37).

Del mismo, UNICEF y OMS (38) sugieren que el control prenatal es importante por lo que la gestante mínimamente debe tener 6 controles a más, pero cuando tienen menos de 3 implica control inadecuado por lo que suelen presentarse complicaciones, entre 3 a 6 controles evidencia que la mujer



acude de manera regular a sus controles y más de 6 controles se evidencia que existe un control prenatal adecuado.

Paridad: hace referencia al número de partos previos que la mujer tuvo antes de su gestación actual, por lo que estudios demostraron que es uno de los determinantes riesgosas que desencadena a presentar complicación sea en el proceso como en el parto y el puerperio (37). Al respecto, Aguirre y Huacantara (39) resaltan que el aumento de riesgo se relaciona con los cambios en la estructura de la gestante, no solo a nivel uterino sino también en cuanto a la composición corporal y metabolismo, por lo que la paridad se relaciona con el incremento de peso gestacional, dado que las gestantes con antecedentes de múltiples partos suelen experimentar una mayor acumulación de tejido adiposo y alteraciones metabólicas, incrementando riesgos y complicaciones en la gestación.

Por otro lado, Chochoca (40) resalta que el incremento de peso no adecuada que implica peso excesiva o insuficiente suele agravar las posibilidades de desarrollar complicaciones, por lo que es fundamental que las gestantes reciban un seguimiento nutricional adecuado durante el control prenatal para mitigar estos riesgos y asegurar un desarrollo saludable del feto.

Comorbilidad: Es definido como la coexistencia de una o más patologías adicionales junto a una condición de salud existente en la persona, lo que suele incidir en la evolución clínica del paciente, limitando el tratamiento y comprometer su bienestar integral, dado que investigaciones determinaron que la comorbilidad es frecuente en personas de edad avanzada, pero también en las gestantes (41).



En ámbito del incremento de peso gestacional, la comorbilidad es un indicador importante que incide en la salud materna y perinatal, dado que incremento de peso gestacional inadecuado puede conllevar a presentar patologías como la hipertensión, diabetes, anemia entre otros durante el proceso de gestación, por lo que es importante considerar como indicador para hacer el monitoreo y gestión adecuada de incremento de peso en el embarazo para reducir el impacto de las comorbilidades de tal manera garantizar resultados favorables para el binomio (madre – hijo) (42).

Periodo intergenésico: Alude al intervalo de tiempo existente entre el final de embarazo y el inicio de la siguiente gestación. Al respecto, Zavala - García (43) resaltan que el periodo intergenésico es un indicador importante para tomar en cuenta para hacer seguimiento y monitoreo a las gestantes, el cual es medido desde la fecha de la última situación obstétrica, ya sea un parto o un aborto y la última fecha de la menstruación que antecede al nuevo embarazo. Se considera que un período intergenésico óptimo debe ser de al menos 18 meses y no superior a 60 meses, Para minimizar riesgos materno-neonatales. Un intervalo menor a 18 meses se clasifica como período intergenésico corto, mientras que uno mayor a 60 meses se denomina período intergenésico largo.

2.2.5. Estado nutricional pregestacional

Es una de las condiciones importantes que se debería considerar en la evaluación gestacional, antes de concebir por lo que es importante en el desarrollo de la gestación y en la salud tanto de la madre como el feto, al respecto Grados et al. (44) resaltan que es este ámbito es importante resalta



el índice de masa corporal precedente al embarazo, además es un indicador que permite pronosticar el peso del feto al nacer, demostrando la importancia de contar con un estado nutricional adecuado antes del embarazo.

Asimismo, Castro y Bazán (45) refieren que la nutrición de la madre antes del embarazo y durante el periodo de gestación fue identificada como un determinante ambiental más incidente en el desarrollo del feto, resaltando que una alimentación equilibrada y la suplementación correcta en el período periconcepcional pueden disminuir los riesgos como defectos del tubo neural y partos prematuros. De acuerdo, Pérez et al. (3) resaltaron que el estado nutricional carente en adolescente se asocia con mayores posibilidades de complicaciones tanto del bebe como de la madre, integrando el parto prematuro y el bajo peso, en cuanto a las mujeres embarazadas de 35 años o más tienden a experimentar notables deficiencias nutricionales, a pesar de seguir patrones alimenticios similares a los de mujeres más jóvenes, por lo que el estado nutricional previo a la concepción desempeña un papel crucial en los desenlaces obstétricos y neonatales (3).

2.2.6. Edad gestacional y su determinación

La edad gestacional es una categoría en campo de obstetricia implica la descripción del avance del embarazo, el cual es determinado mediante semanas y considerado desde la fecha de la última menstruación hasta hoy, considerando que un embarazo dura entre 38 a 42 semanas (27). A ello Callohuanca (46) menciona que la edad gestacional alude al periodo que transcurre desde el último ciclo menstrual hasta la gestación actual, por lo que se expresa en semanas, por lo que se ha convertido en un determinante



que facilita determinar la posibilidad de fechas en que va a ocurrir el parto, además permite comprender como se desarrolla el feto durante el embarazo. Asimismo, es importante resaltar la determinación precisa de la edad gestación es clave para el monitoreo del desarrollo fetal y organizar de manera adecuada la atención prenatal, por lo que uno de los métodos comunes que permiten calcular el tiempo transcurrido desde el primer día desde la última menstruación, no obstante, esta estimación suele caer en errores debido a la irregularidad del ciclo menstrual de las mujeres (15).

2.2.7. Ganancia de peso gestacional

El incremento de peso en proceso de embarazo es considerado como un determinante clave para analizar, monitorear y hacer seguimiento del desarrollo de la gestación durante el periodo de control prenatal, dado que suele repercutir tanto en la salud materna como en el feto/neonato, en este ámbito los hábitos de vida y las circunstancias de la gestante previo al embarazo cumple un rol importante en la regulación del aumento de peso (29).

Al respecto, Sánchez et al. (47) menciona que para tener ganancia de peso adecuado en la gestación es esencial mantener una alimentación nutritiva y equilibrada que no solo aporta al bienestar del feto, sino que también permite en el proceso de recuperación del peso corporal después del alumbramiento, asimismo aclara que el aumento de peso en la gestación varía según las particularidades fisiológicas y físicas de cada mujer.

2.2.8. Recomendación de ganancia de peso para gestantes

Comprendiendo que el aumento de peso en la gestación fue un determinante esencial que repercute en la salud materna y fetal, dado que diferentes



investigaciones establecieron recomendaciones específicas acerca de valores adecuados de peso que la mujer debe incrementar en el periodo de gestación, sustentándose en el índice de masa corporal (IMC) pregestacional de la mujer. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4) establece que las recomendaciones son las siguientes:

- Bajo peso pregestacional ($IMC < 18.5 \text{ kg/m}^2$): Se sugiere una ganancia de peso entre 12.5 y 18 kg durante todo el embarazo.
- Peso normal pregestacional ($18.5 \text{ y } 24.9 \text{ kg/m}^2$): La recomendación es un incremento entre 11.5 a 16 kg.
- Sobrepeso pregestacional ($25 \text{ y } 29.9 \text{ kg/m}^2$): la recomendación es un incremento entre 7 a 11 kg.
- Obesidad pregestacional ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$): Se recomienda un incremento de de 5 y 9 kg.

Estas directrices buscan reducir riesgos para el binomio, incluyendo la posibilidad de complicaciones periodo de gestación y el parto. Por lo tanto, una gestión adecuada de incremento de peso periodo la gestación es importante para la salud materno-fetal, siendo crucial que las gestantes reciban asesoría nutricional personalizada y participen en programas de actividad física supervisada, adaptados a sus necesidades específicas, para garantizar resultados óptimos en el embarazo (47).

2.2.9. Clasificación de ganancia de peso gestacional

Comprendiendo que incremento de peso gestacional comúnmente se agrupa en tres categorías principales y son las siguientes:



GP mínimo: alude al incremento de peso inferior a las recomendaciones determinadas, lo que suele incrementar complicaciones riesgosas que no solo repercuten de forma negativa en la madre sino que también afecta al feto (4).

GP normal: hace referencia a una ganancia de peso que se ajusta a las recomendaciones sustentadas en el índice de masa corporal (IMC) pregestacional, fortaleciendo resultados positivos en la salud materno-fetal (4).

GP en exceso: Comprende incremento de peso superior a las recomendaciones, lo que comúnmente conlleva a presencia de complicaciones como diabetes gestacional, hipertensión y macrosomía fetal, entre otros (4).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Complicación

Es comprendido como una limitación adicional que suele manifestarse en el transcurso de una enfermedad, tratamiento o situación médica, empeorando la condición de base, en ámbito de la salud materno-infantil, estas complicaciones pueden tener efectos adversos tanto en la madre como en el bebé, durante la gestación, el parto o el período posparto, con secuelas potencialmente severas para su salud y bienestar (48).

Comorbilidad

Se refiere a la presencia de condiciones médicas preexistentes que pueden influir en incremento de peso gestacional. Las comorbilidades comunes incluyen diabetes, hipertensión y anemia.



Control prenatal

Hace alusión al seguimiento médico regular de la gestante para evaluar su salud y la del feto. Un control prenatal adecuado permite identificar riesgos de una ganancia de peso inadecuada y gestionar la salud materna de manera

Desorden alimentario

Alude al comportamiento o hábito que tiene la persona de consumir alimentos de manera desordenada, por lo que suelen generar afecciones patológicas caracterizadas por comportamientos alimentarios irregulares que suelen ser perjudiciales para la salud. Condiciones como la anorexia y la bulimia pueden influir negativamente en el estado nutricional de la madre, repercutiendo a su vez la calidad de la leche materna, donde una nutrición deficiente durante el embarazo, en presencia de estos trastornos, puede poner en riesgo el desarrollo adecuado del bebé, por lo que, mantener una dieta equilibrada resulta esencial para garantizar el bienestar tanto materno como del recién nacido (49).

Embarazo

Es definido como el período que transcurre desde la concepción hasta el alumbramiento, periodo en el cual el óvulo fecundado crece en el útero de la mujer, por lo que este proceso suele durar aproximadamente 40 semanas, contadas desde el día 1 del periodo último menstrual hasta la labor del parto. Durante este tiempo, la mujer gestante suele presentar diversidad de cambios hormonales y fisiológicos destinados a apoyar el crecimiento y desarrollo del feto (46).



Historia clínica materno perinatal

Hace alusión a los resultados obtenidos producto de la evaluación nutricional antropométrica de las gestantes las cuales deben estar consignados en este instrumento.

IMC Pregestacional

Es una medida que se calcula a partir del peso pregestacional de una mujer y su estatura, y que sirve para clasificar su estado nutricional.

Índice de masa corporal (IMC)

Hace alusión a uno de los indicadores que también es comprendido como el índice de Quetelet que es una medida que se calcula entre la división del peso corporal en kilogramos entre el cuadrado de la talla, por lo que su ecuación matemática es la siguiente: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Talla (m)}^2$.



CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio fue enmarcado desde el diseño no experimental que se caracteriza por la ausencia de intervención del investigador en las variables, dado que se limitaron netamente en la observación y análisis de relaciones existentes entre las variables (50).

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación fue orientada al tipo básico – teórica, transaccional y correlacional, dado que se buscó describir los hechos y medir en qué grado se asocian (51).

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

El método de investigación aplicado fue el hipotético deductivo, donde se plantea una hipótesis de investigación y se deduce como verdadero hasta realizar la prueba correspondiente (51)



3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población

La población consistió en pacientes mujeres embarazadas que acudieron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital II-1 llave quienes cumplen con los indicadores de elección, aproximadamente 580 casos.

3.4.2. Muestra

Esta investigación aplico el muestro probabilístico, dado que fue conveniente hallar unidades representativas. La muestra es 100 gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital II – 1 llave durante el periodo de enero a diciembre del año 2023, y que cumplan con los criterios de selección.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot \sigma^2}{e^2(N - 1) + Z^2 \cdot \sigma^2}$$

En la cual:

$N = 580$ (Universo poblacional)

$Z = 1.96$ (grado de confianza 95%)

$e = 0.05$ (Margen de error 5%)

$\sigma = 0.5$ (Proporción esperada)

$$n = \frac{580 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5^2}{0.1^2(580 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5^2}$$

$$n = 100$$

Criterios de inclusión

- Mujeres embarazadas que tuvieron parto y fueron asistidos en el Hospital II – 1 llave, entre el 01 de enero al 31 de diciembre del 2023.



- Mujeres embarazadas que presentaron parto eutócico.
- Gestantes que estén entre sus 12 y 40 semanas de gestación.
- Pacientes con un índice de masa corporal (IMC) entre 18.5 y 40.
- Pacientes con historias clínicas completas.

Criterios de exclusión

- Mujeres < 18 años o >45 años.
- Pacientes con embarazos múltiples.
- Pacientes que tengan historial de abortos espontáneos o pérdida fetal recurrente.
- Mujeres que fueron tuvieron diagnóstico de alguna patología crónica que fue registrada en sus historias clínicas, así como aquellas que presentaron trastornos hematológicos que fueron diagnosticados durante su gestación.
- Pacientes con historial de trastornos alimenticios o de imagen corporal.
- Patologías orgánicas y psíquicas intercurrentes al embarazo.
- Mujeres que tengan historial de rechazo a la atención médica prenatal.

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN

3.5.1. Técnicas

La presente investigación empleó el análisis documental como técnica principal, dado su carácter sistemático y riguroso para la revisión, interpretación y síntesis de fuentes escritas relevantes. Esta técnica permitió examinar normativas, informes técnicos, literatura académica y otros documentos pertinentes al objeto de estudio, facilitando la construcción de



un marco teórico sólido y la identificación de patrones discursivos, vacíos de conocimiento y líneas argumentativas clave.

3.5.2. Instrumentos

Para el presente estudio se empleó una ficha de recolección de datos diseñada por el propio investigador, con el objetivo de identificar y analizar los determinantes asociados al aumento de peso en gestantes atendidas en el Hospital II-1 de Ilave. Esta ficha permitió sistematizar información clínica, sociodemográfica y nutricional relevante, facilitando el análisis correlacional entre las características individuales de las gestantes y su ganancia ponderal durante el embarazo.

La evaluación de la ganancia de peso se realizó conforme a las recomendaciones del Instituto de Medicina (IOM), considerando el IMC pregestacional como criterio de referencia. Según esta clasificación:

- Bajo peso (IMC < 18,5): Se considera una ganancia adecuada entre 12.5 y 18 kg. Ganancias inferiores se clasifican como insuficientes, y superiores como excesivas.
- Adecuadad (IMC 18,5–24,9): La ganancia adecuada oscila entre 11.5 y 16 kg.
- Exceso (IMC \geq 24,9): La ganancia recomendada es de 5 a 9 kg.

Esta categorización permitió identificar casos de ganancia de peso baja, adecuada o excesiva, lo cual es fundamental para evaluar riesgos obstétricos y neonatales, así como para orientar intervenciones nutricionales y preventivas durante el control prenatal.



Fuente

La fuente de los datos para recolectar la información fueron las historias perinatales de las gestantes atendidas en el Hospital II – 1 de la ciudad de Ilave.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO

La información se recogió mediante la observación y el análisis de historias clínicas de madres gestantes atendidas en el Hospital II-1 Ilave durante 2023. Para determinar las causas de riesgo relacionados a la ganancia de peso gestacional, se implementó un protocolo de observación que permitió recolectar datos sociodemográficos, obstétricos y nutricionales de las gestantes, extrayendo sistemáticamente información relevante de sus historias clínicas, como edad, nivel educativo, estado civil y otros factores influyentes.

En relación con los objetivos específicos, se procedió a identificar y clasificar los factores sociodemográficos (OE 1) que inciden en la ganancia de peso gestacional. Así también, se estableció criterios para el análisis de los factores obstétricos (OE 2), considerando antecedentes como embarazos previos, complicaciones obstétricas y la evolución del control prenatal. Además, se evaluó el estado nutricional pregestacional (OE 3) mediante el análisis de los registros alimentarios y antropométricos disponibles en las historias clínicas, buscando correlaciones con el incremento de peso en la gestación.

Finalmente, se calculó la ganancia de peso en las gestantes atendidas (OE 4) a partir de las mediciones registradas en las historias clínicas, lo que



permitió realizar un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos recolectados. Este enfoque facilitó la identificación de patrones y tendencias relacionadas con la ganancia de peso gestacional, contribuyendo a una mejor comprensión de los factores de riesgo y a la implementación de intervenciones oportunas para mejorar la salud materna y fetal en el contexto del Hospital II – 1 llave.

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

La contrastación de hipótesis se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson, que permite evaluar las asociaciones entre variables categóricas. Se formula hipótesis nulas que indican la falta de asociación entre las variables sociodemográficas, obstétricas y nutricionales, y la ganancia de peso gestacional. Por otro lado, se establece hipótesis alternas que sugieren la existencia de relaciones significativas entre estas variables.

Ho: Los factores de riesgo no están relacionados significativamente con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II-1 llave 2023.

Ha: Los factores de riesgo están relacionados significativamente con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II-1 llave 2023.

El análisis de Chi Cuadrado se aplicó a los datos obtenidos mediante la observación y el análisis de historias clínicas, buscando determinar si los factores sociodemográficos, obstétricos y el estado nutricional pregestacional influyen significativamente en la ganancia de peso durante la gestación, con la siguiente formula.



$$\chi_c^2 = \frac{\sum (f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Xc: Chi cuadrado calculado

Fo: Frecuencia observada

Fe: Frecuencia esperada

Este proceso no solo permite validar o refutar las hipótesis formuladas, sino que también ofrece una comprensión más clara de los factores de riesgo asociados, contribuyendo así a la mejora de las intervenciones de salud materna y el manejo del peso gestacional en la población atendida en el hospital

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.8.1. Validación

Se obtuvo la validez del instrumento por juicio de expertos, se preguntó a obstetras que se encuentran laborando en los diferentes establecimientos de salud para que aprueben o mejoren el instrumento.

3.8.2. Confiabilidad

Para la confiabilidad del instrumento fue en base a una prueba piloto, luego se vio el resultado de esta manera se probó la fiabilidad del instrumento, obteniendo mediante el coeficiente de alfa de Cronbach de 0,738, cuyo valor garantiza la fiabilidad y la consistencia interna del instrumento.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. RESULTADO Y DISCUSIÓN

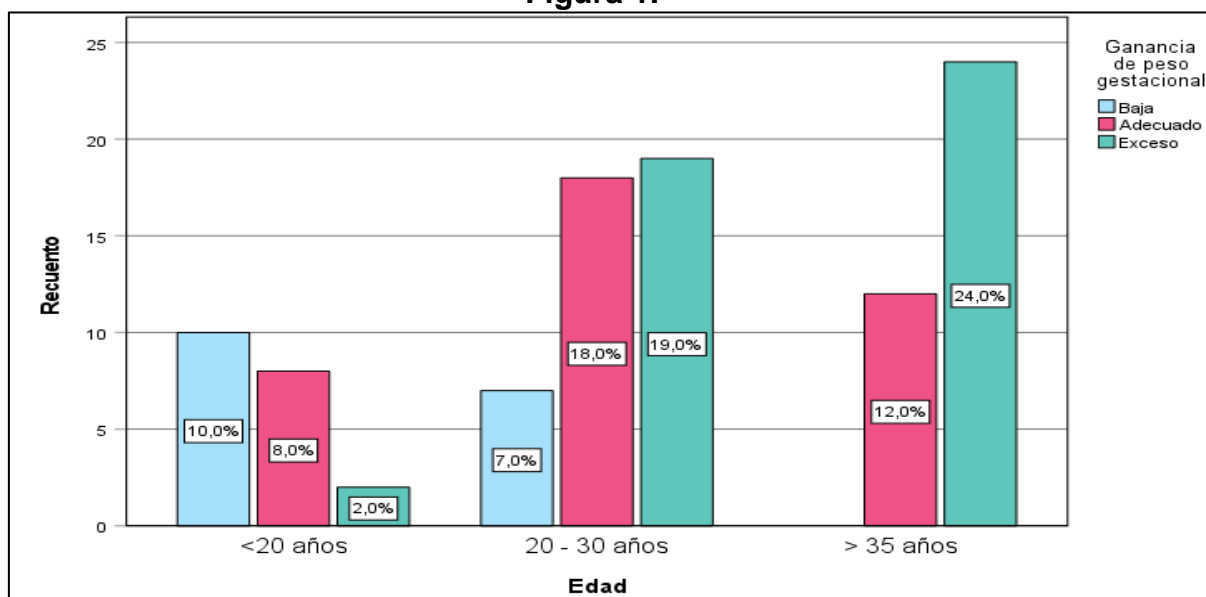
Tabla 1. LA EDAD RELACIONADOS CON LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 1 ILAVE 2023.

Edad	Ganancia de peso gestacional							
	Baja		Adecuado		Exceso		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<20 años	10	10,0	8	8,0	2	2,0	20	20,0
20 - 30 años	7	7,0	18	18,0	19	19,0	44	44,0
> 30 años	0	0,0	12	12,0	24	24,0	36	36,0
Total	17	17,0	38	38,0	45	45,0	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2c = 28,520 > X^2t = 9,4877$ **GI = 4; Sig = 0,001 < 0,05**

Figura 1.



Fuente: Tabla 1



En la tabla y figura 1 se muestra que el 44,0% de gestantes se localizan en rango de edad entre 20 a 30 años, de los cuales el 19,0% tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso, seguido del 18,0% que tuvieron ganancia de peso adecuada y solo el 7,0% presentaron ganancia baja de peso durante la gestación.

Asimismo, se muestra que el 36,0% de gestantes tienen más de 30 años, de los cuales el 24,0% tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso, seguido de 12,0% que tienen ganancia de peso adecuada.

Por último, se evidencia un porcentaje menor de gestantes que tienen menos de 20 años con 20,0%, de los cuales el 10,0% tuvieron ganancia baja de peso gestacional, seguido de 8,0% que tuvieron ganancia de peso adecuada y el 2,0% mostraron ganancia de peso gestacional en exceso.

Igualmente, se presenta la prueba de Chi Cuadrado de Pearson donde el valor contrastado de X^2_c es igual a 28,520 siendo mayor que X^2_t igual a 9,4877 determinado con 4 grados de libertad, con nivel de significancia conocido como el valor de "p" igual a 0,001 menor a 0,05, cumpliendo con la regla de decisión, demostrando que la edad es un factor sociodemográfico que se relaciona con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.

Estos hallazgos reflejan que las gestantes tienen edad entre 20 a 30 años tienden a presentar mayor ganancia de peso en exceso a comparación con otros grupos etarios, por diferentes determinantes que implican el estilo de vida, alimentación y el estado nutricional antes a la gestación, en relación a mujeres mayores de 30 años tienden a estar más lento y suelen presentar cambios hormonales conllevando a una predisposición mayor al aumento de peso en exceso, por otro lado, en



adolescentes por su menor madurez biológica y posibles condiciones suelen incidir en una ganancia de peso insuficiente.

De acuerdo con De León (8) menciona que la edad es un determinante de riesgo mayor lo que está asociado con la inmadurez biológica y psicológica en las adolescentes, así como con los cambios hormonales y el deterioro orgánico en mujeres de edad avanzada, aumentando el riesgo de complicaciones obstétricas.

Estos datos, concuerdan con el estudio Machado (6) donde demostró que la mayoría de gestantes se encuentran en grupo etario de 20 a 34 años, además presentaron sobrepeso y obesidad, que además se encontró que el sobrepeso afectaba al 41,07% de las gestantes, mientras que el 15,5% eran gestantes obesas.

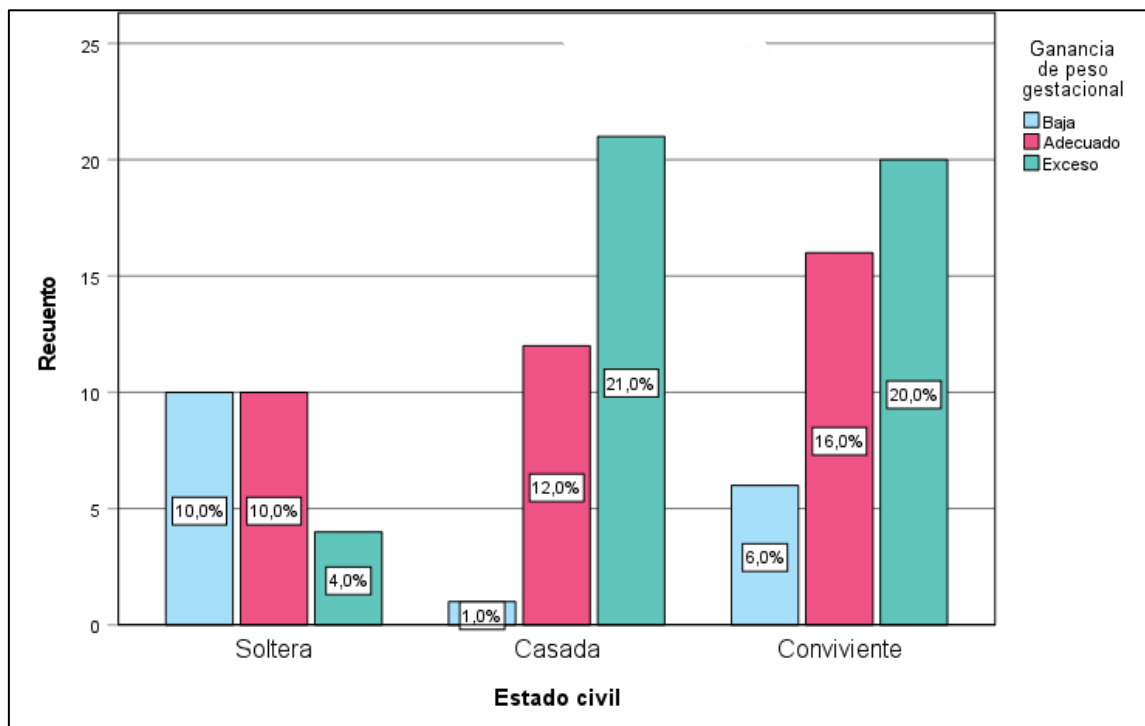
Tabla 2. EL ESTADO CIVIL RELACIONADOS CON LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 1 ILAVE 2023

Estado civil	Ganancia de peso gestacional							
	Baja		Adecuado		Exceso		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Soltera	10	10,0	10	10,0	4	4,0	24	24,0
Casada	1	1,0	12	12,0	21	21,0	34	34,0
Conviviente	6	6,0	16	16,0	20	20,0	42	42,0
Total	17	17,0	38	38,0	45	45,0	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2c = 19,344 > X^2t = 9,4877$ **Gl = 4; Sig = 0,001 < 0,05**

Figura 1.



Fuente: Tabla 2



En la tabla y figura 2 se evidencia que el 42,0% de gestantes poseen estado civil de conviviente, de los cuales el 20,0% tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso, seguido del 16,0% que tuvieron ganancia de peso adecuada y solo el 6,0% tuvieron ganancia baja de peso durante la gestación.

Asimismo, se muestra que el 34,0% de gestantes tienen estado civil de casada, de los cuales el 21,0% tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso, seguido de 12,0% que tienen ganancia de peso adecuada y solo el 1,0% presentaron ganancia baja de peso gestacional.

Además, se muestra un porcentaje menor de gestantes que tienen estado civil de soltera con 24,0%, de los cuales el 10,0% tuvieron ganancia baja de peso gestacional, con el mismo porcentaje de 10,0% que tuvieron ganancia de peso adecuada y el 4,0% presentaron ganancia de peso gestacional en exceso.

La prueba de Chi Cuadrado de Pearson ($X^2c = 19,344$) fue mayor que el valor crítico ($X^2t = 9,4877$, 4 gl, $p = 0,001 < 0,05$), lo que indica que el estado civil se relaciona significativamente con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.

Estos hallazgos reflejan que las gestantes tienen estado civil conviviente, lo que significa que el estado civil se asocia con la ganancia de peso gestacional, lo que se deduce que un entorno de apoyo o condiciones que favorecen una mayor ingesta calórica, conllevando al incremento de peso excesivo, dado que también se evidenció que las gestantes casadas presentan un patrón similar, debido a estabilidad emocional y económica que facilita el acceso a mayor alimentación, por el contrario, las solteras tienden a experimentar más limitaciones económicas y sociales, lo que repercute en su nutrición y derivar en una ganancia de peso menor.



Al respecto, Huamán y Bocanegra (29) mencionan que el estado civil es un determinante social crucial en la evaluación de ganancia de peso en gestantes, asimismo demostró que las gestantes separadas suelen afrontar mayores retos debido a que tienen menos apoyo social y familiar aumentando el riesgo de complicaciones en periodo de gestación.

Los datos obtenidos demuestran tener similitudes con la investigación de Noguchi (11), quien reportó que la mayoría de las gestantes eran convivientes. Esta coincidencia sugiere una tendencia sociodemográfica consistente en distintos contextos. Sin embargo, es importante destacar que, no hubo asociación estadísticamente considerable entre el estado civil y el incremento de peso en la gestación, lo que indica que factores como la convivencia no necesariamente influyen de manera directa en los cambios ponderales durante el embarazo. Esta discrepancia invita a considerar otras variables mediadoras, como el grado económico, accesibilidad de servicios y los redes de apoyo que recibieron.

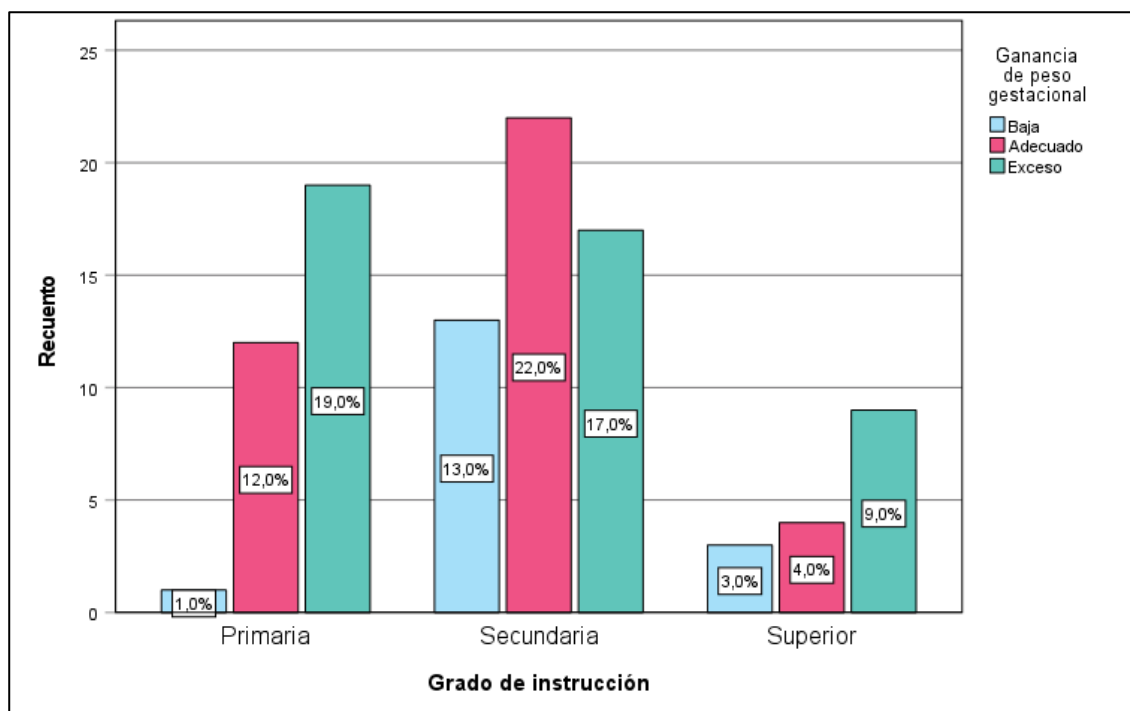
Tabla 3. EL GRADO DE INSTRUCCIÓN RELACIONADOS CON LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 1 ILAVE 2023

Grado de instrucción	Ganancia de peso gestacional							
	Baja		Adecuado		Exceso		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primaria	1	1,0	12	12,0	19	19,0	32	32,0
Secundaria	13	13,0	22	22,0	17	17,0	52	52,0
Superior	3	3,0	4	4,0	9	9,0	16	16,0
Total	17	17,0	38	38,0	45	45,0	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2c = 10,248 > X^2t = 9,4877$ $Gf = 4; Sig = 0,036 < 0,05$

Figura 2.



Fuente: Tabla 3

En la tabla 3 y figura 3 se refleja que el 52,0% de gestantes tienen grado de instrucción secundaria, de los cuales el 22,0% tuvieron ganancia de peso gestacional adecuada, seguido del 17,0% que tuvieron ganancia de peso



gestacional en exceso y solo el 13,0% tuvieron ganancia baja de peso durante la gestación.

Asimismo, se evidencia que el 32,0% de gestantes tienen grado de instrucción primaria, de los cuales el 19,0% tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso, seguido de 12,0% que tienen ganancia de peso adecuada y solo el 1,0% tuvieron ganancia baja de peso gestacional.

Del mismo modo, se refleja un menor porcentaje de gestantes que tienen grado de instrucción superior con 16,0%, de los cuales el 9,0% tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso, seguido de 4,0% que tuvieron ganancia de peso adecuada y el 4,0% presentaron ganancia baja de peso gestacional.

Igualmente, se presenta la prueba de Chi Cuadrado de Pearson donde el valor contrastado de X^2_c es igual a 10,248 siendo mayor que X^2_t igual a 9,4877 determinado con 4 grados de libertad, con nivel de significancia conocido como el valor de "p" igual a 0,036 menor a 0,05, cumpliendo con la regla de decisión, demostrando que el grado de instrucción es un factor sociodemográfico que se relaciona en menor medida con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.

Estos hallazgos reflejan que las gestantes tienen grados de instrucción secundaria y tienen peso gestacional adecuada, debido que a que el nivel educativo se asocia con el conocimiento acerca de hábitos alimenticios adecuados y la importancia del control prenatal, reflejando que mientras las gestantes tengan nivel educativo mayor, la comprensión sobre las complicaciones, ganancia de peso, alimentación será mejor, lo que contribuye a mantener una ganancia de peso dentro de los parámetros adecuados.



Al respecto, Corrales (32) menciona que el grado de instrucción alude al resultado de haber completado una secuencia estructurada de programas académicos, los cuales están organizados de acuerdo con un nivel progresivo de complejidad y especialización, donde cada etapa educativa proporciona una serie de experiencias de aprendizaje que buscan desarrollar conocimientos, habilidades y competencias específicas.

Estos resultados reflejaron similitudes con Herrera y Delgado (52) donde encontraron que el incremento de peso en la gestación baja fue predominante en las gestantes, pese a que un alto porcentaje de gestantes tenían educación superior, con ello evidenció que el nivel educativo no es el único factor determinante en la ganancia de peso gestacional, sino que otros elementos como el acceso a servicios de salud, el entorno social y las condiciones económicas.

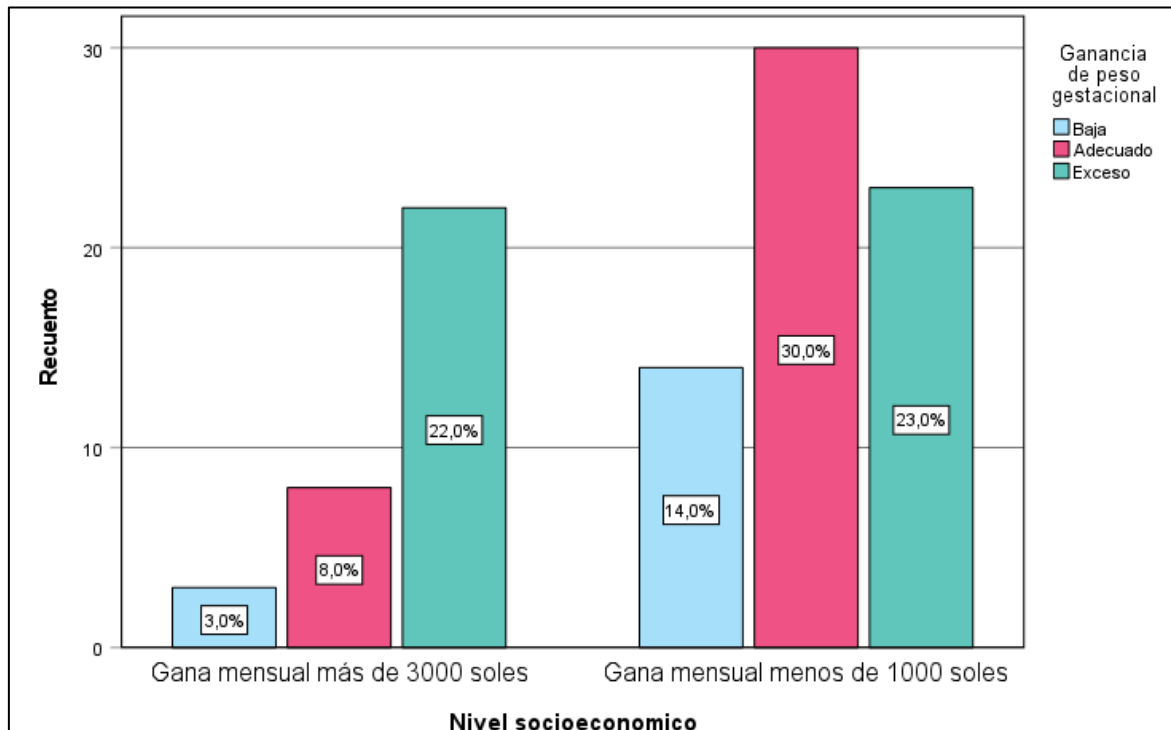
Tabla 4. EL NIVEL SOCIOECONÓMICO RELACIONADOS CON LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 1 ILAVE 2023

Nivel socioeconómico	Ganancia de peso gestacional							
	Baja		Adecuado		Exceso		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Gana mensual más de 6000 soles	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gana mensual más de 3000 soles	3	3,0	8	8,0	22	22,0	33	33,0
Gana mensual menos de 1000 soles	14	14,0	30	30,0	23	23,0	67	67,0
Total	17	17,0	38	38,0	45	45,0	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2c = 9,404 > X^2t = 5,9915$ $Gf = 2; Sig = 0,009 < 0,05$

Figura 3.



Fuente: Tabla 4



En la tabla 4 y figura 4 se evidencia sobre el nivel socioeconómico y la ganancia de peso gestacional, donde el 67,0% de gestantes tienen ingreso mensual menor de 1000 soles, de los cuales el 30,0% tuvieron ganancia de peso gestacional adecuada, seguido del 23,0% que tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso y solo el 14,0% presentaron ganancia baja de peso durante la gestación.

Asimismo, se muestra que el 33,0% de gestantes tienen ingreso mensual mayor a 3000 soles, de los cuales el 22,0% tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso, seguido de 8,0% que tienen ganancia de peso adecuada y solo el 3,0% asumieron ganancia baja de peso gestacional. Y no se muestra gestantes con ingreso económico mensual más de 6000 soles.

Así mismo, se presenta la prueba Chi-cuadrado de Pearson, en la cual el valor contrastado de X^2_c es de 9.404, siendo mayor a X^{2t} de 5.9915, determinado con 2 grados de libertad, con un nivel de significancia conocido como el valor de "p" de 0.009 menor a 0.05, lo cual cumple con la regla de decisión y demuestra que el nivel socioeconómico es un factor sociodemográfico relacionado con la ganancia de peso durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.

Estos hallazgos reflejan que las gestantes tienen nivel socioeconómico bajo, con ingresos mensuales menores a 1000 soles, experimentan en su mayoría una ganancia de peso gestacional adecuada, también se encontró que una proporción importante tiene ganancia excesiva de peso, lo que refleja que, aunque el nivel socioeconómico bajo suele limitar el acceso a algunos recursos, las gestantes están accediendo a alimentos de bajo costo pero altos en calorías, lo que conlleva un incremento de peso por encima de los parámetros recomendados.



Al respecto, Barros (33) destaca que el aspecto socioeconómico hace alusión a la posición cualitativa y relativa que una familia o individuo posee en relación con el resto de la sociedad, lo cual es definido por indicadores como educación, ocupación, ingresos, gastos, asimismo implica indicadores subjetivos asociados con la identidad, pertenencia.

Hallazgos que muestran similitudes con Huamán y Bocanegra (29) donde demostraron que el nivel socioeconómico influye en el aumento de peso en el embarazo, especialmente en gestantes con ingresos bajos, debido que las mujeres con recursos limitados enfrentan dificultades para acceder a una alimentación adecuada y a control prenatal, lo que puede llevar a una ganancia de peso inadecuada, perjudicando la salud de madres y recién nacidos.

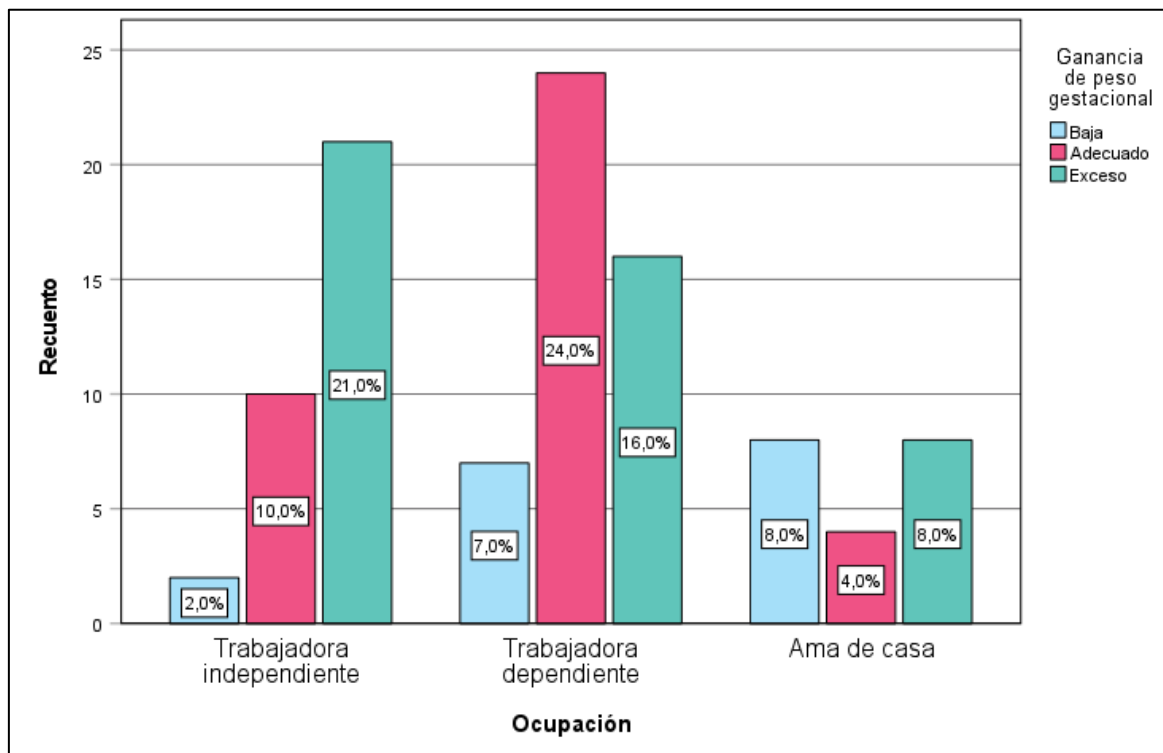
Tabla 5. LA OCUPACIÓN RELACIONADA CON LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 1 ILAVE 2023

Ocupación	Ganancia de peso gestacional							
	Baja		Adecuado		Exceso		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Trabajadora independiente	2	2,0	10	10,0	21	21,0	33	33,0
Trabajadora dependiente	7	7,0	24	24,0	16	16,0	47	47,0
Ama de casa	8	8,0	4	4,0	8	8,0	20	20,0
Total	17	17,0	38	38,0	45	45,0	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$\chi^2_c = 16,912 > \chi^2_t = 9,4877$ **GI = 4; Sig = 0,002 < 0,05**

Figura 4.



Fuente: Tabla 5

En la tabla 5 y figura 5 se muestra que el 47,0% de gestantes tienen como ocupación de trabajadora dependiente, de los cuales el 24,0% tuvieron ganancia



de peso gestacional adecuada, seguido del 16,0% que tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso y solo el 7,0% tuvieron ganancia baja de peso durante la gestación.

Asimismo, se muestra que el 33,0% de gestantes tienen como ocupación trabajadora independiente, de los cuales el 21,0% tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso, seguido de 10,0% que tienen ganancia de peso adecuada y solo el 2,0% alcanzaron ganancia baja de peso gestacional.

Además, se observa un porcentaje inferior de gestantes que tienen de ocupación ama de casa con 20,0%, de los cuales el 8,0% presentaron un aumento excesivo de peso durante el embarazo., con el mismo porcentaje de 8,0% de gestantes tuvieron ganancia baja de peso gestacional y el 4,0% presentaron ganancia de peso gestacional adecuada.

Así mismo, se presenta la prueba Chi-cuadrado de Pearson, en la cual el valor contrastado de X^2_c es de 16.912, siendo mayor a X^2_t de 9.4877, determinado con 4 grados de libertad, dado un valor p de 0.002, inferior al nivel de significancia de 0.05., lo cual cumple con la regla de decisión y demuestra que la profesión es un factor sociodemográfico relacionado con la ganancia de peso durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.

Estos hallazgos reflejan que las gestantes tienen como ocupación de trabajadora dependiente presentan un incremento de peso en la gestación en su mayoría dentro de los rangos adecuada es, aunque también se observa una proporción considerable con ganancia excesiva de peso, demostrando que, a pesar de tener un empleo, las gestantes suelen enfrentar desafíos en cuanto a equilibrar su salud



y bienestar debido a factores como el estrés laboral o las condiciones de trabajo, lo cual hace que la gestante gane más peso

Al respecto, Vásquez (27) menciona que es crucial tener en cuenta y evaluar la ocupación de la madre, dado que, dependiendo de la naturaleza de su trabajo y las condiciones de su embarazo, suelen enfrentar un riesgo elevado, en casos si sus labores implican exposición a sustancias tóxicas, radiaciones ionizantes, agentes biológicos peligrosos, esfuerzos físicos excesivos o situaciones de estrés psicológico, es esencial tomar las medidas necesarias para suspender temporalmente sus actividades laborales con el fin de proteger su salud y la del bebe.

Esto datos concuerdan con el estudio de Noguchi (9) quien resaltó que el predominio de la ocupación de las gestantes es tener empleo dependiente con 47,8%, sin embargo, estadísticamente no se halló una relación significativa entre las características sociodemográficas y la ganancia de peso, pero sí evidenció la importancia del trabajo como un determinante que repercute de manera indirectamente la salud materna.

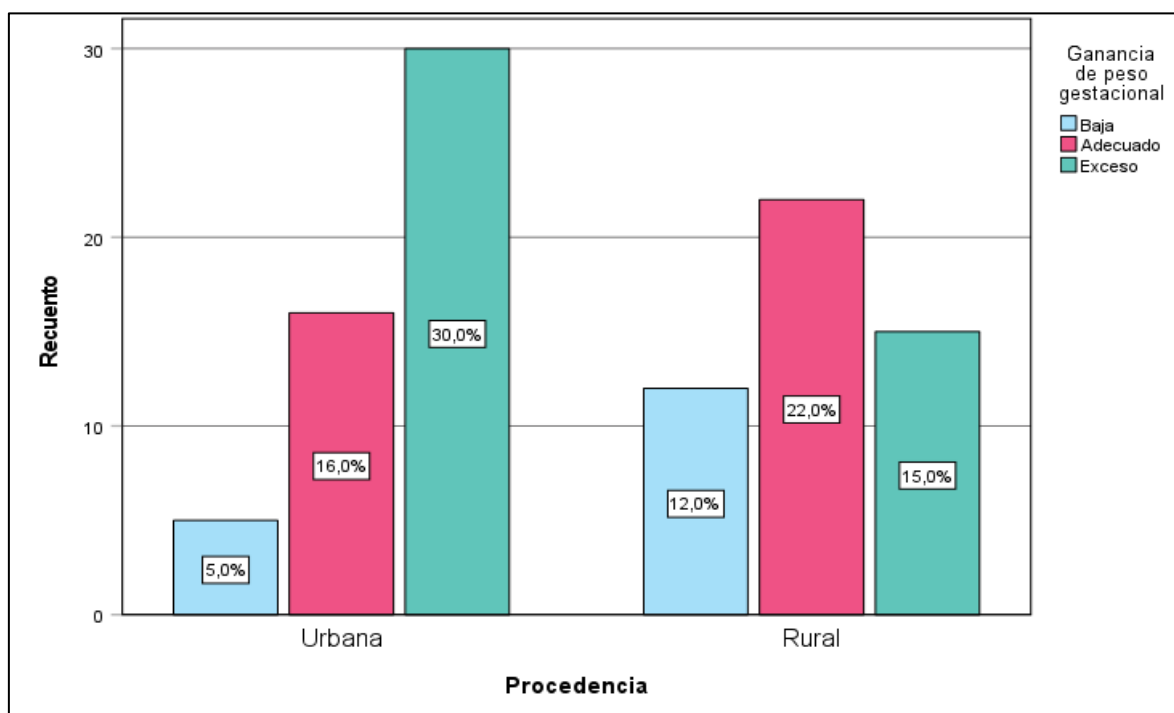
Tabla 6. LA PROCEDENCIA RELACIONADA CON LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 1 ILAVE 2023

Procedencia	Ganancia de peso gestacional							
	Baja		Adecuado		Exceso		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Urbana	5	5,0	16	16,0	30	30,0	51	51,0
Rural	12	12,0	22	22,0	15	15,0	49	49,0
Total	17	17,0	38	38,0	45	45,0	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2c = 8,793 > X^2t = 5,9915$ $Gf = 2; Sig = 0,001 < 0,05$

Figura 5.



Fuente: Tabla 6

En la tabla 6 y figura 6 se observa que el 51,0% de gestantes proceden de zona urbanas, de los cuales el 30,0% tuvieron aumento de peso en el embarazo.en exceso, seguido del 16,0% que tuvieron ganancia de peso gestacional adecuada y solo el 5,0% tuvieron ganancia baja de peso durante la gestación.



Asimismo, se muestra que el 49,0% de gestantes proceden de zona rural, de los cuales el 22,0% tuvieron ganancia de peso gestacional adecuada, seguido de 15,0% que tienen ganancia de peso en exceso y solo el 12,0% tuvieron ganancia baja de peso gestacional.

Así mismo, se presenta la prueba Chi-cuadrado de Pearson, en la cual el valor contrastado de X^2_c es de 8.793, siendo mayor a X^2_t de 5.9915, determinado con 2 grados de libertad, con un nivel de significancia definido como valor "p" de 0.000 menor a 0.05, lo cual cumple con la regla de decisión y demuestra que el origen es un factor sociodemográfico relacionado significativamente con la ganancia de peso durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.

Estos hallazgos reflejan que las gestantes tienen procedencia urbana y tienden a presentar un incremento de peso en la gestación en exceso, del cual se deduce que la procedencia se asocia con el acceso a alimentos calóricos y poco nutritivos, así como al estrés y estilo de vida sedentario común en áreas urbanas.

Al respecto, Cervera (34) menciona que el lugar de residencia de una persona, que en el ámbito de la salud materna se ha convertido en un indicador esencial, ya que el que el entorno geográfico repercute en el acceso de servicios de salud de calidad y la disponibilidad de recursos médicos y las prácticas culturales asociados con el cuidado en el periodo de gestación.

Estos hallazgos guardan similitud con Herrera y Delgado (52) quienes demostraron que la mayoría de las gestantes de zonas urbanas con 91,0% y presentaron baja ganancia de peso gestacional, aunque tenían acceso a mejores recursos, demostrando que, a pesar del acceso a servicios, las gestantes urbanas enfrentan riesgos relacionados con el sobrepeso y la obesidad, lo que resalta la compleja asociación entre el entorno urbano y el control del peso durante el embarazo.

4.1.1. Factores de riesgos obstétricos asociados en la ganancia de peso gestacional de las gestantes atendidas en el Hospital II – 1 Ilave.

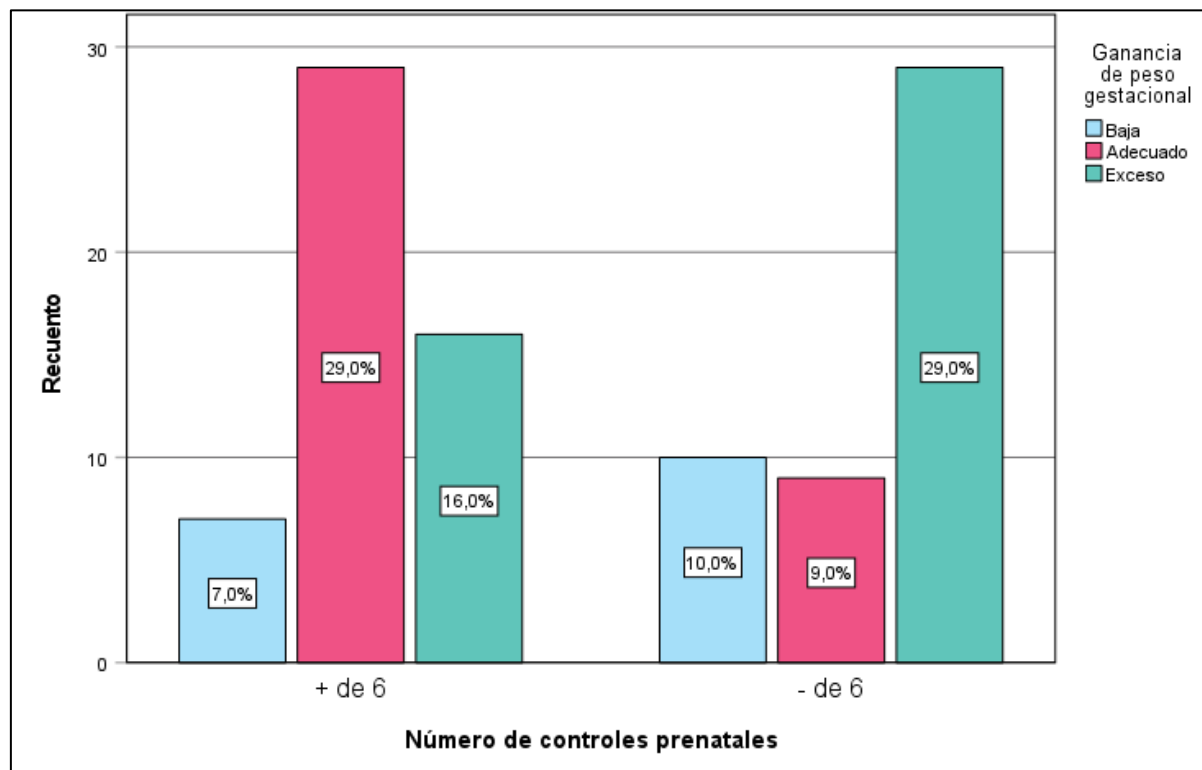
Tabla 7. EL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES RELACIONADOS CON LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 1 ILAVE 2023

Número de controles prenatales	Ganancia de peso gestacional							
	Baja		Adecuado		Exceso		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
+ de 6	7	7,0	29	29,0	16	16,0	52	52,0
- de 6	10	10,0	9	9,0	29	29,0	48	48,0
Total	17	17,0	38	38,0	45	45,0	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2c = 14,675 > X^2t = 5,9915$ $G1 = 2; Sig = 0,001 < 0,05$

Figura 6



Fuente: Tabla 7



En la tabla 7 y figura 7 se observa que el 52,0% de embarazadas tuvieron más de 6 controles prenatales, de los cuales el 29,0% tuvieron ganancia de peso gestacional adecuada, seguido del 16,0% que tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso y solo el 7,0% tuvieron ganancia baja de peso durante la gestación.

Asimismo, se muestra que el 48,0% de mujeres embarazadas presentaron menos de 6 controles prenatales, de los cuales el 29,0% tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso, seguido de 10,0% que tienen ganancia baja de peso gestacional y solo el 9,0% tuvieron aumento de peso gestacional adecuada.

Así mismo, se presenta la prueba Chi-cuadrado de Pearson, en la cual el valor contrastado de X^2_c es de 14.675, siendo mayor a X^2_t de 5.9915, determinado con 2 grados de libertad, con un nivel de significancia definido como valor "p" de 0.000 menor a 0.05, lo cual cumple con la regla de decisión y demuestra que el número de controles es un factor de riesgo obstétrico relacionado significativamente con la ganancia de peso durante el embarazo en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital II – 1 llave.

Estos hallazgos reflejan que las mujeres embarazadas en su mayoría tienen más de 6 controles prenatales, en su mayoría presentaron ganancia de peso gestacional en exceso que, pese a un seguimiento adecuado durante la gestación, la ganancia excesiva de peso suele estar asociada con factores como una dieta poco balanceada o la falta de orientación acerca del manejo del peso durante el embarazo.

Al respecto, Vivanco y Reyes (36) mencionaron que los controles prenatales facilitan determinar y evitar posibles complicaciones asegurando una atención



adecuada y oportuna durante la gestación. Estos resultados coinciden con el estudio de Vera (37) quien determinó que, a pesar de una adecuada atención prenatal, las complicaciones relacionadas con el peso y la nutrición, como la hemorragia postparto, continúan siendo comunes.

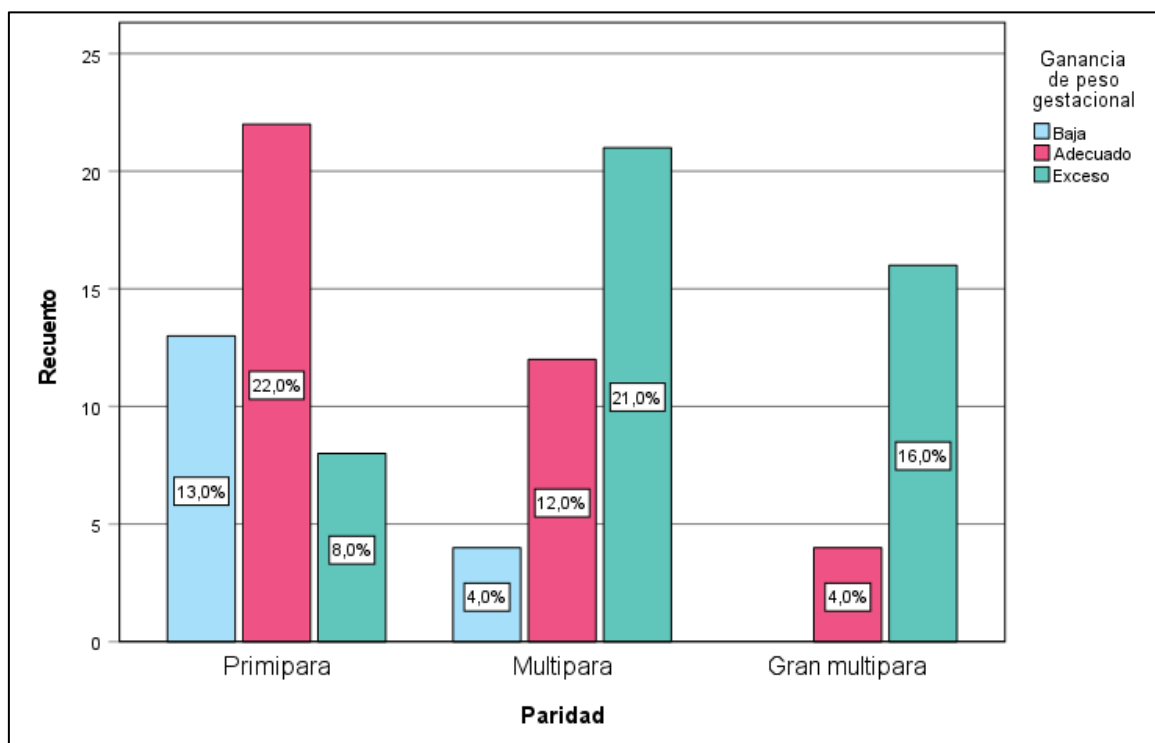
Tabla 8. LA PARIDAD RELACIONADA CON LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 1 ILAVE 2023

Paridad	Ganancia de peso gestacional							
	Baja		Adecuado		Exceso		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primípara	13	13,0	22	22,0	8	8,0	43	43,0
Múltipara	4	4,0	12	12,0	21	21,0	37	37,0
Gran múltipara	0	0,0	4	4,0	16	16,0	20	20,0
Total	17	17,0	38	38,0	45	45,0	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2c = 25,869 > X^2t = 9,4877$ **Gl = 4; Sig = 0,001 < 0,05**

Figura 7.



Fuente: Tabla 8

En la tabla 8 y figura 8 se evidencia que el 43,0% de mujeres embarazadas fueron primíparas, de los cuales el 22,0% tuvieron ganancia de peso gestacional



adecuada, seguido del 13,0% que tuvieron ganancia baja de peso gestacional y solo el 7,0% tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso.

Asimismo, se muestra que el 37,0% de mujeres embarazadas fueron multíparas, de los cuales el 21,0% tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso, seguido de 12,0% que tienen ganancia de peso adecuada y solo el 4,0% tuvieron ganancia baja de peso gestacional.

Además, se muestra un porcentaje menor de mujeres embarazadas fueron gran multíparas con 20,0%, de los cuales el 16,0% tuvieron aumento de peso gestacional en exceso, seguido de 4,0% de mujeres embarazadas tuvieron aumento de peso gestacional adecuada.

Así mismo, se presenta la prueba Chi-cuadrado de Pearson, en la cual el valor contrastado de X^2_c es de 25.869, siendo mayor a X^2_t de 9.4877, determinado con 4 grados de libertad, con un nivel de significancia definido como valor "p" de 0.000 menor a 0.05, lo cual cumple con la regla de decisión y demuestra que la paridad es un factor de riesgo obstétrico relacionado significativamente con la ganancia de peso durante el embarazo en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital II – 1 llave.

Estos hallazgos reflejan que las mujeres embarazadas en su mayoría son primíparas, lo que significa que están viviendo su primer embarazo, las primíparas presentaron principalmente ganancia de peso gestacional adecuada, lo que suele estar asociado con la falta de experiencias previas, en cuanto a los cuidados, alimentación, además de un mayor seguimiento durante el embarazo.

Al respecto, Vera (37) refieren que el número de partos previos que la mujer tuvo antes de su gestación actual, por lo que estudios demostraron que es uno de los



determinantes de riesgo que tolera a presentar complicaciones tanto en la labor de parto como en el puerperio.

Estos hallazgos concuerdan con el estudio de Aguirre y Huacantara (39) resaltan que el aumento de riesgo se relaciona a cambios en la estructura de la gestante, no solo a nivel uterino sino también en cuanto a la composición corporal y metabolismo, por lo que la paridad se relaciona con la ganancia de peso gestacional, dado que las mujeres embarazadas con antecedentes de múltiples partos suelen experimentar una mayor acumulación de tejido adiposo y alteraciones metabólicas, lo que incrementa riesgos en la gestación.

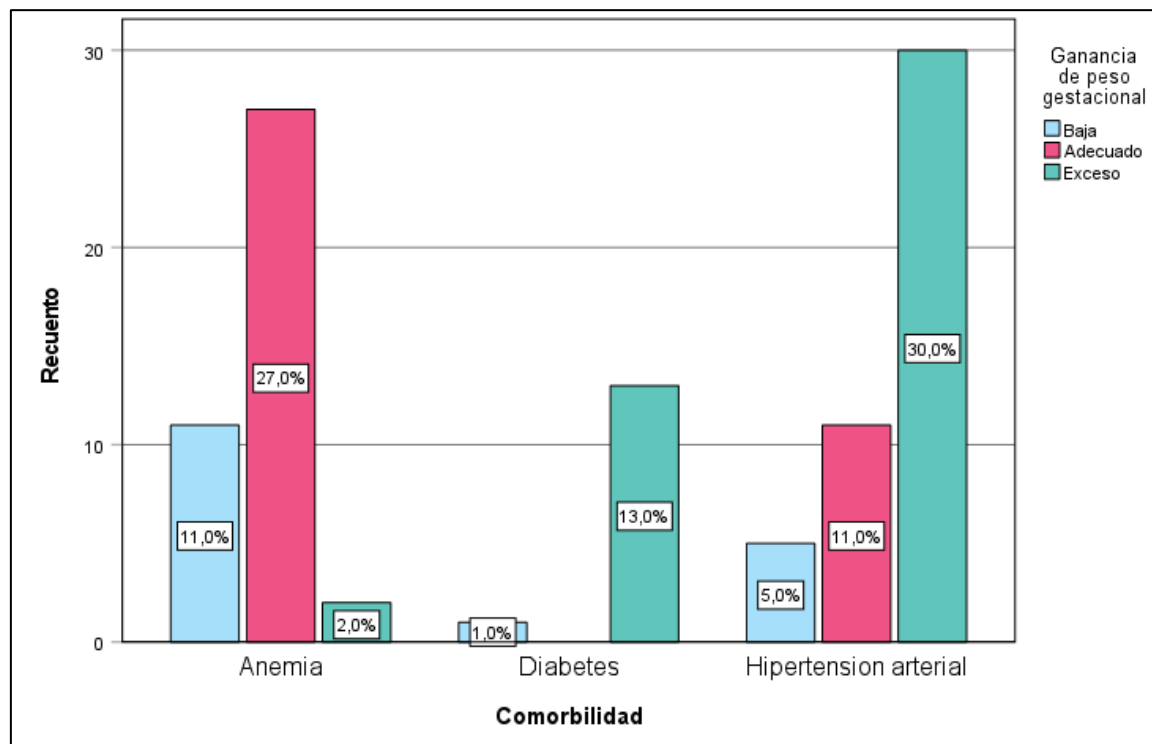
Tabla 9. LA COMORBILIDAD RELACIONADA CON LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 1 ILAVE 2023

Comorbilidad	Ganancia de peso gestacional							
	Baja		Adecuado		Exceso		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Anemia	11	11,0	27	27,0	2	2,0	40	40,0
Diabetes	1	1,0	0	0,0	13	13,0	14	14,0
Hipertensión arterial	5	5,0	11	11,0	30	30,0	46	46,0
Total	17	17,0	38	38,0	45	45,0	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2c = 46,820 > X^2t = 9,4877$ **Gl = 4; Sig = 0,001 < 0,05**

Figura 8.



Fuente Tabla 9



En la Tabla 9 y la Figura 9 se observa que el 46,0% de las mujeres embarazadas presentaron comorbilidad de hipertensión arterial, de las cuales el 30,0% presentaron aumento excesivo de peso durante el embarazo, seguido del 11,0% que presentaron aumento adecuada de peso durante el embarazo y solo el 5,0% presentaron aumento mínimo de peso durante el embarazo.

Asimismo, se muestra que el 40,0% de mujeres embarazadas presentan comorbilidad de anemia, de los cuales el 27,0% tuvieron ganancia de peso gestacional adecuada, seguido de 11,0% que tienen ganancia baja de peso gestacional y solo el 2,0% tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso.

Además, se muestra un porcentaje menor de mujeres embarazadas tienen comorbilidad de diabetes con 14,0%, de los cuales el 13,0% tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso, seguido de 1,0% de mujeres embarazadas tuvieron ganancia baja de peso gestacional.

Así mismo, se presenta la prueba Chi-cuadrado de Pearson, en la cual el valor contrastado de X^2_c es de 46.820, siendo mayor a X^2_t de 9.4877, determinado con 4 grados de libertad, con un nivel de significancia definido como valor "p" de 0.000 menor a 0.05, lo cual cumple con la regla de decisión y demuestra que la comorbilidad es un factor de riesgo obstétrico relacionado significativamente con la ganancia de peso durante el embarazo en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital II – 1 llave.

Estos hallazgos reflejan que las mujeres embarazadas en su mayoría tuvieron comorbilidad de hipertensión arterial, lo que está relacionado con un mayor riesgo de ganancia de peso gestacional en exceso, condición que suele generar complicaciones adicionales tanto para la madre como para el feto, ya que la



hipertensión no controlada afecta el metabolismo de las mujeres embarazadas, desencadenando una acumulación excesiva de peso durante la gestación.

Al respecto, Lifshitz (41) menciona que la comorbilidad es descrita como la coexistencia de una o más patologías adicionales junto a una condición de salud existente en la persona, lo que suele incidir en la evolución clínica del paciente, limitando el tratamiento y comprometer su bienestar integral, dado que investigaciones determinaron que la comorbilidad es frecuente en personas de edad avanzada, pero también en las mujeres embarazadas.

Los resultados guardan similitud con el estudio de Huamán y Bocanegra (29) quienes demostraron que las mujeres embarazadas con comorbilidades, como la hipertensión arterial dado que tienen un mayor riesgo de presentar ganancia de peso excesiva durante el embarazo.

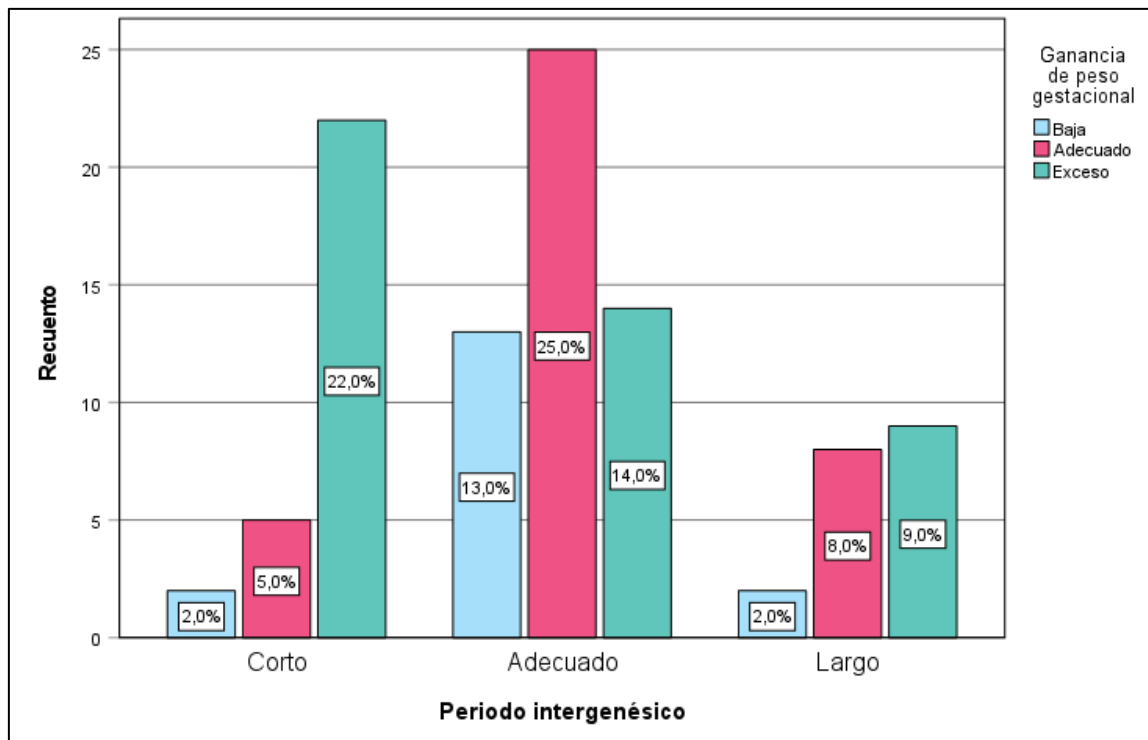
Tabla 10. EL PERIODO INTERGENÉSICO RELACIONADO CON LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 1 ILAVE 2023

Periodo intergenésico	Ganancia de peso gestacional							
	Baja		Adecuado		Exceso		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Corto	2	2,0	5	5,0	22	22,0	29	29,0
Adecuado	13	13,0	25	25,0	14	14,0	52	52,0
Largo	2	2,0	8	8,0	9	9,0	19	19,0
Total	17	17,0	38	38,0	45	45,0	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2c = 18,868 > X^2t = 9,4877$ $Gf = 4; Sig = 0,001 < 0,05$

Figura 9.



Fuente: Tabla 10

En la tabla 10 y figura 10 se muestra que el 52,0% de mujeres embarazadas tuvieron periodo intergenésico adecuado, de los cuales el 25,0% tuvieron ganancia de peso gestacional adecuada, seguido del 14,0% que tuvieron aumento de peso



gestacional en exceso y solo el 13,0% tuvieron aumento mínimo de peso gestacional.

Asimismo, se muestra que el 29,0% de mujeres embarazadas tuvieron periodo intergenésico corto, de los cuales el 22,0% tuvieron aumento de peso gestacional en exceso, seguido de 5,0% que tienen aumento de peso gestacional adecuada y solo el 2,0% tuvieron aumento baja de peso gestacional.

Además, se muestra un porcentaje menor de mujeres embarazadas que tuvieron periodo intergenésico largo con 19,0%, de los cuales el 9,0% tuvieron aumento de peso gestacional en exceso, seguido de 8,0% de mujeres embarazadas tuvieron aumento de peso adecuada y el 2,0% tuvieron aumento mínimo de peso gestacional.

Así mismo, se presenta la prueba Chi-cuadrado de Pearson, en la cual el valor contrastado de X^2c es igual a 18.868, siendo mayor a X^2t igual a 9.4877, determinado con 4 grados de libertad, con un nivel de significancia conocido como el valor de "p" igual a 0.000 menor a 0.05, lo cual cumple con la regla de decisión y demuestra que el periodo intergenésico es un factor de riesgo obstétrico relacionado significativamente con la ganancia de peso durante el embarazo en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital II – 1 llave.

Estos hallazgos reflejan que las mujeres embarazadas en su mayoría tienen periodo intergenésico adecuado, lo que es esencial para garantizar una recuperación óptima entre los embarazos, no obstante, las presentaron aumento de peso gestacional en exceso, lo que se deduce que está asociado a diversos factores como el estilo de vida, la dieta o la falta de orientación adecuada sobre el manejo del peso durante el embarazo, repercutiendo tanto a la madre como al feto.



Al respecto, Zavala - García (43) resaltan que el periodo intergenésico es un indicador importante a tomar en cuenta para hacer seguimiento y monitoreo a las mujeres embarazadas, el cual es medido desde la fecha de la última situación obstétrica, ya sea un parto o un aborto y la última fecha de la menstruación que antecede al nuevo embarazo.

Estos hallazgos concuerdan con el estudio de Corrales (32) quien demostró un intervalo intergenésico breve incrementa riesgo de complicaciones gestacionales. como la aumento de peso, enfatizando que este factor repercute en el manejo del peso gestacional, lo cual es esencial para evitar complicaciones a la madre y al feto.

4.1.2. Relación que existe entre el estado nutricional pregestacional y la ganancia de peso gestacional en las gestantes atendidas en el Hospital II-1 Ilave.

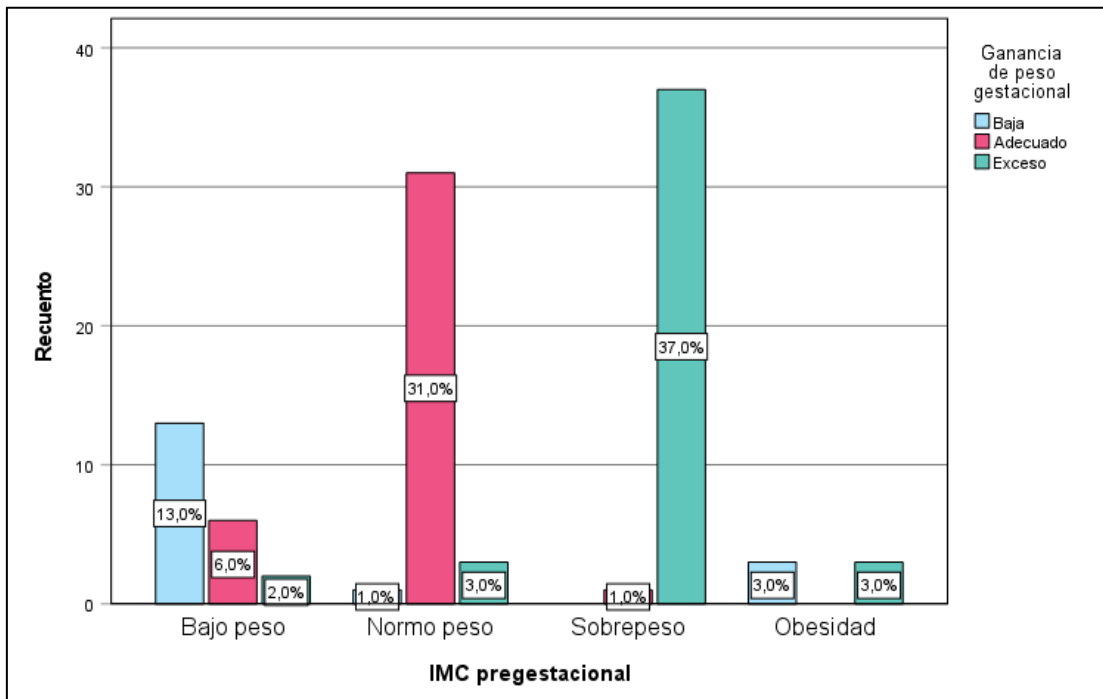
Tabla 11. EL IMC PREGESTACIONAL RELACIONADA CON LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 1 ILAVE 2023.

IMC pregestacional	Ganancia de peso gestacional							
	Baja		Adecuado		Exceso		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Bajo peso	13	13,0	6	6,0	2	2,0	21	21,0
Normo peso	1	1,0	31	31,0	3	3,0	35	35,0
Sobrepeso	0	0,0	1	1,0	37	37,0	38	38,0
Obesidad	3	3,0	0	0,0	3	3,0	6	6,0
Total	17	17,0	38	38,0	45	45,0	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2c = 117,553 > X^2t = 9,4877$ **Gl = 4; Sig = 0,001 < 0,05**

Figura 10.



Fuente: Tabla 11



En la tabla 11 y figura 11 se muestra que el 38,0% de mujeres embarazadas tienen IMC pregestacional de sobrepeso, de los cuales el 37,0% tuvieron aumento de peso gestacional en exceso y solo el 1,0% tuvieron aumento de peso gestacional adecuada.

Asimismo, se muestra que el 35,0% de mujeres embarazadas tienen IMC pregestacional normo peso, de los cuales el 31,0% tuvieron aumento de peso gestacional adecuada, seguido de 3,0% que tienen aumento de peso gestacional en exceso y solo el 1,0% tuvieron aumento baja de peso gestacional.

Del mismo, se evidencia que el 21,0% de mujeres embarazadas tienen IMC pregestacional de bajo peso, de los cuales el 13,0% tuvieron aumento baja de peso gestacional, seguido de 6,0% que tienen aumento de peso gestacional adecuada y solo el 2,0% tuvieron aumento de peso gestacional en exceso.

Además, se muestra un porcentaje menor de mujeres embarazadas que tienen IMC pregestacional de obesidad con 6,0%, de los cuales el 3,0% tuvieron aumento de peso gestacional en exceso y el 3,0% tuvieron aumento baja de peso gestacional.

Así mismo, se presenta la prueba Chi-cuadrado de Pearson, en la cual el valor contrastado de X^2_c es de 117.553, siendo mayor a X^2_t de 9.4877, determinado con 4 grados de libertad, con un nivel de significancia definido como valor "p" de 0.000 menor a 0.05, lo cual cumple con la regla de decisión y demuestra que el IMC pregestacional se relaciona significativamente con la ganancia de peso gestacional en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital II – 1 llave.



Estos hallazgos reflejan que las mujeres embarazadas en su mayoría tienen IMC pregestacional de sobrepeso, evidenciando una tendencia del inicio del embarazo con un estado nutricional inadecuado, lo que repercute en la ganancia de peso gestacional, dado que aquellas con sobrepeso u obesidad presentaron un aumento de peso en periodo de la gestación, lo que desencadena en complicaciones materno-fetales, como diabetes gestacional o hipertensión.

Al respecto, De León et al (8) el incremento de peso en el proceso de embarazo influye significativamente en la salud del binomio, dado que diferentes investigaciones definieron recomendaciones específicas acerca del valor adecuado de peso que la mujer debe ganar en el periodo de gestación, sustentándose en el IMC pregestacional.

Los resultados concuerdan con el estudio de Huamán y Bocanegra (29) quienes resaltaron que el IMC pregestacional elevado está asociado con ganancia de peso mayor durante el embarazo, incrementando el riesgo de complicaciones obstétricas y metabólicas tanto en la madre como en el bebé.



Tabla 12. RELACIÓN ENTRE IMC PREGESTACIONAL Y LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 1 ILAVE 2023

Correlación de Rho de Spearman		IMC pregestacional	Ganancia de peso gestacional
IMC pregestacional	Coeficiente de correlación	1,000	,690**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	100	100
Ganancia de peso gestacional	Coeficiente de correlación	,690**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	100	100

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 12 se muestra la determinación del IMC pregestacional y la ganancia de peso gestacional, donde se contrastó que el valor Rho de Spearman fue de 0,690**, con una significancia de $0,001 < 0,05$, que significa una correlación positiva moderada, lo cual se ajustó a la regla de decisión e indicó que se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa. Esto permitió concluir que existe una relación entre el IMC pregestacional y el aumento de peso durante el embarazo en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital II-1 Ilave.

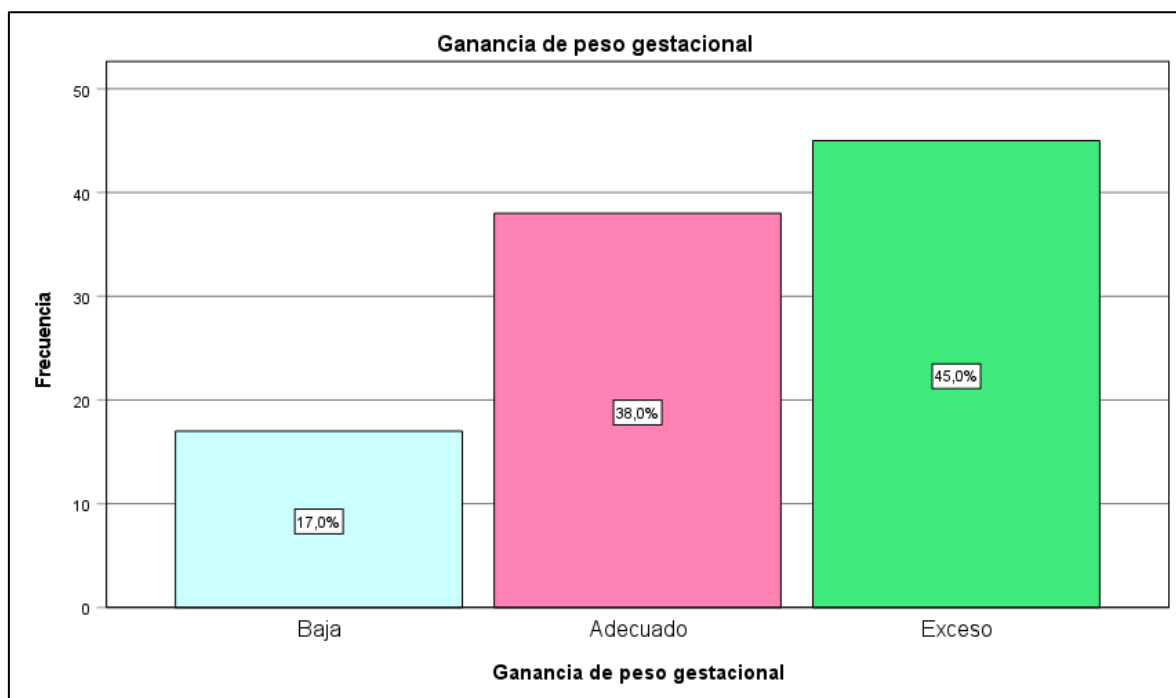
4.1.3. Ganancia de peso en las gestantes atendidas en el hospital II – 1 llave 2023.

Tabla 13. LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 1 ILAVE 2023

Ganancia de peso gestacional	fi	%
Baja	17	17,0
Adecuado	38	38,0
Exceso	45	45,0
Total	100	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 11.



Fuente: Tabla 12

En la tabla 13 y figura 12 se observa que el 45,0% de mujeres embarazadas tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso, seguido de 38,0% que tuvieron ganancia de peso gestacional adecuada y solo el 17,0% tuvieron ganancia baja de peso gestacional.



Estos hallazgos reflejan que las mujeres embarazadas en su mayoría tuvieron ganancia de peso en exceso, lo que significa que las mujeres embarazadas presentaron posibles inadecuaciones en el control nutricional durante el embarazo, este hecho ocurre por diversos factores como la alimentación desequilibrada, el sedentarismo y la falta de orientación nutricional adecuada, haciendo que el riesgo ocurra complicaciones maternas y neonatales, como diabetes gestacional, hipertensión y macrosomía fetal.

Al respecto, Sánchez et al (47) mencionaron que la ganancia de peso durante el embarazo es un determinante esencial que repercute en la salud materna y fetal, además para tener ganancia de peso adecuado en la gestación es esencial mantener una alimentación nutritiva y equilibrada que no solo aporta al bienestar del feto, sino que también permite en el proceso de recuperación del peso corporal después del alumbramiento, asimismo aclara que la ganancia de peso en el embarazo varía de acuerdo a las particularidades fisiológicas y físicas de cada mujer.

Estos hallazgos, difieren con el estudio de Herrera y Delgado (52) quienes identificaron que la ganancia de peso gestacional baja y el IMC posparto elevado son factores comunes en mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad, concluyendo que las mujeres embarazadas presentaron IMC pregestacional adecuada con 46,2%, del mismo modo Huanca (16) quien demostró que la mayoría de las mujeres embarazadas alcanzaron una ganancia de peso adecuada (normopeso con 56%), sin una relación significativa entre esta y los niveles de hemoglobina.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó que los factores de riesgos sociodemográficos, obstétricos y el estado nutricional pregestacional se relacionan significativamente con la ganancia de peso gestacional. Con lo que quedan la hipótesis nula rechazada y la hipótesis de investigación aceptada según la prueba de Chi cuadrado.

SEGUNDA: Se identificó que los factores sociodemográficos están relacionados significativamente ($p=0,001$) con la ganancia de peso gestacional, cuyos factores predominantes fueron la edad de 20 a 30 años (44%) ($p=0,001$), estado civil conviviente (42%) ($p=0,001$), grado de instrucción secundaria (52%) ($p=0,001$), nivel socioeconómico con ganancia mensual menos de 1000 soles (67%) ($p=0,001$), ocupación trabajadora independiente (47%) ($p=0,001$) y lugar procedencia urbana (51%) en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave 2023.

TERCERA: Se analizó que los factores de riesgos obstétricos se relacionan significativamente en la ganancia de peso gestacional, cuyos factores predominantes fueron el número de controles prenatales + de 6 (52%), ($p=0,001$) ($p=0,001$) paridad que predominan las primíparas (43%), ($p=0,001$) comorbilidad hipertensión arterial (46%) ($p=0,001$) y periodo intergenésico adecuado (52%) ($p=0,001$) de las gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave 2023.

CUARTA: Se evaluó que existe una relación positiva moderada ($Rho = 0,690$) entre el estado nutricional pregestacional y la ganancia de peso gestacional en las gestantes atendidas en el Hospital II-1 llave. Asimismo, se



muestra que el 38,0% de gestantes tienen IMC pregestacional de sobrepeso, de los cuales el 37,0% tuvieron ganancia de peso gestacional en exceso.

QUINTA: Se calculó que la ganancia de peso en las gestantes atendidas en el hospital II – 1 llave, fue en exceso con 45,0%, adecuado con 38,0% y baja con 17,0%, lo que significa que la mayoría de las gestantes presentaron un aumento de peso superior al recomendado, incrementando el riesgo de complicaciones materno-fetales.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al director del Hospital II - 1 llave, a implementar programas de educación nutricional y control de peso gestacional que incluyan sesiones informativas dirigidos sobre la alimentación saludable, actividad física segura y seguimiento del IMC pregestacional a todas las gestantes que asisten al establecimiento, además, se sugiere la incorporación de profesionales en nutrición para asesorar a las gestantes en cada trimestre del embarazo.

SEGUNDA: Al jefe del departamento de Gineco Obstetricia Hospital II – 1 llave, disponer que el personal realice un control con enfoque integral de estado nutricional pregestacional, asimismo se sugiere implementar herramientas estandarizadas para monitorear la ganancia de peso gestacional y detectar tempranamente desviaciones.

TERCERA: A la jefa del area de obstetricia del Hospital II – 1 llave, a desarrollar capacitaciones continuas en manejo nutricional y factores de riesgo obstétricos relacionados con la ganancia de peso gestacional, además se sugiere el trabajo en equipo de tal manera contribuir a mejorar la calidad de la atención y disminuir los riesgos materno-fetales.

CUARTA: A las profesionales obstetras del Hospital II – 1 llave, a brindar capacitaciones a las familias de las gestantes sobre apoyo emocional y fomenten un ambiente saludable en el hogar, promoviendo una alimentación balanceada, por lo que es importante



que participen activamente en la educación nutricional de la gestante, asegurando el acceso a alimentos nutritivos.

QUINTA: Al responsable de promoción de salud o a la área de nutrición a realizar capacitaciones sobre hábitos alimenticios saludables a través del consumo equilibrado de macronutrientes y micronutrientes importantes para el embarazo, lo que es fundamental que las gestantes acudan regularmente a sus controles prenatales para monitorear su ganancia de peso y recibir orientación profesional



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moranta P, Marco Villacampa E, Añaños Blazquez L, Valero Barrios , Terren Portoles S. Cambios, fisicos y psiquicos en la Mujer durante el embarazo: Revista Sanitaria de investigación; 2023.
2. Lodoño D, Mordoñes F, Restrepo S. Factores Maternos y ganancia de peso en un grupo de gestantes con recién nacidos macrosomícos. Revista Perspectivas en Nutrición Humana. 2021 noviembre - enero; 23(1): p. 53 - 65.
3. Perez Martines M, Perez Martines M. Manejo de la Ganancia De Peso en Gestantes Atendidas en Un lugar Materno Habana: Revista Científica hallazgos21; 2022.
4. Vila R, Faus M, Martin J. Recomendaciones Internacionales estandar Sobre la ganancia de peso gestacional. Revista Nutrición Hospitalaria. 2021 mayo; 38(2): p. 306-314.
5. Loaiza S. Peso al nacer y estado nutricional de gestantes controladas en la Atención Primaria de Salud, Punta Arenas, Chile. Nutrición clínica y dietética hospitalaria. 2024; 44(1).
6. Sanchez A. Incidencia de ganancia de peso gestacional no saludable y factores asociados: conocimientos, creencias y asesoramiento. Tesis doctoral. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2022.
7. Rodriguez B. Factores asociados al exceso de peso, hipertensión y diabetes gestacional en el norte de Brasil en 2021. Rev. Gaúcha Enferm. 2024; 45(1).



8. De León J, Sánchez A, Rangel J, Pérez A, Olvera J. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino del servicio de obstetricia en Latinoamérica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2023; 7(5): p. 5897-5911.
9. Noguchi G. Ganancia de peso y características sociodemográficas en gestantes Atendidas en un Centro de Salud De Lima Metropolitana, 2021 Lima: Tesis de la Universidad Nacional Federico Villarreal; 2023.
10. Paita MG. Inadecuada ganancia de peso gestacional como factor asociado a la anemia posparto en puérperas del Centro Materno Infantil Santa Luzmila II Comas Lima, 2018-2022. [Tesis pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma, Lima; 2024.
11. Chavez. Ganancia de peso gestacional y prácticas alimenticias en usuarias del puesto de salud clas la esperanza 2022. ; 2023.
12. Santos A. Ganancia de peso gestacional como predictor de macrosomía y bajo peso al nacer: revisión sistemática. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*. 2020; 37(3).
13. Avila PML. Asociación entre la ganancia de peso durante la gestación y la presencia de anemia en gestantes pertenecientes a la Red de Salud Conchucos Norte, durante el 2022. [Tesis pregrado]. Universidad Nacional de Santa; 2024.
14. Delgado N, Herrera L. Estado nutricional materno neonatal en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota, 2023. [Tesis pregrado]. Chota: Universidad Nacional Autónoma de Chota; 2024.



15. Briceño Quijano LS. Ganancia de peso materno como factor de riesgo para desarrollar complicaciones en la gestante centro de Salud Perú Corea, Huanuco 2019 Huanuco; 2021.
16. Huanca E. Relación entre el nivel de hemoglobina y la ganancia de peso en mujeres gestantes del Centro de salud la revolución de distrito de San Miguel 2020 Puno: Tesis de la Universidad Nacional del Altiplano; 2021.
17. Mamani Y. Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacer utilizando la fórmula de Johnson Toshach en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2021. [tesis pregrado]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Puno; 2022.
18. Mamani L. Nivel de conocimiento sobre alimentación y estado nutricional en gestantes usuarias del Centro de Salud Vallecito I-3 Puno, 2023. [Tesis pregrado]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Puno; 2024.
19. Amaro T. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio en gestantes con sobrepeso y obesidad pregestacional atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en el período marzo 2019 a marzo. [Tesis pregrado]. Universidad Nacional del Altiplano; 2022.
20. Infantil OdNM. Condiciones biológicas ideales para un embarazo exitoso. [Online].; 2020 [cited 2025 marzo 7. Available from: <https://uaeh.edu.mx/onutmi/condiciones-biologicas.html#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20d>



e%20la,diversos%20cambios%20fisiol%C3%B3gicos%20y%20psicol%C3%B3gicos.

21. Serdán D, Vásquez K, Yupa A. Cambios fisiológicos y anatómicos en el cuerpo de la mujer durante el embarazo. Revista Universidad, Ciencia y Tecnología. 2022; 27(119): p. 29 - 40.
22. Alvarez A, Galván M, López - Rodríguez G. La gestación humana desde una perspectiva nutricional. Revista Educación y Salud. 2020; 8(16): p. 84 - 92.
23. Paredes - García J, Salcedo - Cuadrado J, Maldonado - Rengel R. Factores de riesgo predisponentes al desarrollo de preeclampsia y eclampsia en el embarazo. Revista Perinatología y Reproducción Humana. 2023; 37(2): p. 72 - 79.
24. Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Revista Médica Peruana. 2011 octubre; 28(4).
25. Cardenas M. Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio de ginecología u obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Lima, 2022 Lima: Universidad Federico Villarreal; 2024.
26. Nazate Z, Pozo C, Mora L. Factores de riesgo que influyen en el desarrollo gestacional. Revista Gaceta Médica Estudiantil. 2023 septiembre-diciembre; 4.



27. Vásquez M. Factores asociados a la ganancia de peso durante el embarazo en el establecimiento de salud Magna Vallejo - 2024 Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2024.
28. Sánchez E. Factores para un embarazo de riesgo. Revista Médica Sinergia. 2019; 4(9).
29. Huamán W, Bocanegra Z. Ganancia de peso gestacional en gestantes con anemia en el Hospital Regional de Ayacucho, enero - diciembre 2023 Ayacucho: Tesis de la Universidad Nacional de San Cristóbal; 2024.
30. Martínez E, Castro G, Mayancela E, Vicuña A. Factores de riesgo de obesidad en el embarazo. Revista Conciencia Digital. 2024 julio - septiembre; 7(3): p. 89 - 111.
31. Guerrero - Rosa A, Diaz - Tinoco C. Factores asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en un hospital peruano, 2019. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2022 enero - marzo; 7(1).
32. Corrales R. Factores sociodemográficos y obstétricos relacionados con parto pretérmino en gestantes - servicio de gineco-obstetricia del hospital regional III EsSalud José Cayetano Heredia Piura: Universidad Cayetano Heredia; 2019.
33. Barros L. Factores asociados a la falta de control prenatal en américa latina y su relación con las complicaciones obstetricas Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2021.



34. Cervera A. Factores de riesgo asociados a hemorragia del puerperio inmediato en el hospital general de Jaén en el periodo 2018 - 2021 Cajamarca - Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2022.
35. Araujo R. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? Revista Novedades en Población. 2015 enero - junio; 11(21): p. 89 - 96.
36. Vivanco K, Reyes E. Factores que influyen en el Control Prenatal. Revista Polo de Conocimiento. 2023 agosto; 8(8).
37. Vera B. Factores obstétricos y complicaciones del parto asociados a hemorragia postparto en puérperas inmediatas Trujillo: Universidad Cesar Vallejo; 2023.
38. OMS Uy. Embarazo Ecuador; 2014.
39. Aguirre Y, Huacantara Y. Factores de riesgos obstétricos asociados a hemorragias post parto en puérperas inmediatas, Hospital Lucio Aldazabal Huancané – 2021 Huancayo: Universidad Roosevelt; 2022.
40. Chochoca K. Complicaciones maternas y ganancia de peso durante el embarazo Lima: Tesis de la Universidad Norbert Wiener; 2022.
41. Lifshitz A. Sobre la “comorbilidad”. Revista Acta Médica Grupo Ángeles. 2021 abril - junio; 14(2).
42. Minjarez - Corral M, Rincón - Gómez I, Morales- Chomina Y, Espinosa - Velasco M, Zárate A, Hernández - Valencia M. Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. Revista Perinatología y reproducción humana. 2014; 28(3).



43. Zavala - García A, Ortiz - Reyes H, Salomon - Kuri J, Padilla - Amigo C, Preciado R. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2018; 82(1): p. 52 - 58.
44. Grados F, Cabrera R, Diaz J. Estado nutricional pregestacional y ganancia de peso materno durante la gestación y su relación con el peso del recién nacido. Revista Médica Herediana. 2003 julio - setiembre; 14(3).
45. Castro M, Bazán A. Nutrición de la mujer antes y durante el embarazo y resultados maternos perinatales. Revista UCV Scientia Biomédica. 2021; 4(2): p. 59 - 76.
46. Callohuanca M. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en recién nacidos en el contexto de la pandemia Covid – 19 en el servicio de neonatología Hospital Regional de ayacucho Abril – diciembre Puno: Tesis de la Universidad Nacional del Altiplano; 2022.
47. Sánchez A, González V, Pérez A, Estrada C. Factores sociodemográficos y su relación con la ganancia de peso en pacientes en estado gestacional. Revista Desarrollo sustentable, Negocios, Emprendimiento y Educación. 2024 mayo; 6(55): p. 80 - 93.
48. UNICEF. Embarazo Ecuador; 2012.
49. Martínez R, Jiménez A, Peral A, Bermejo L, Rodríguez E. Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la composición de la leche materna. Revista Nutrición Hospitalaria. 2020 diciembre; 37(2).



50. Hernandez R, Fernandez L, Baptista L. Metodología de la investigación. 6th ed. Mexico: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2014.
51. Artilos LOJ, Barrios I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. Lic. María Luisa Acosta Hernández ed. Cuba: Editorial de ciencias médicas; 2008.
52. Herrera L, Delgado N. Estado nutricional materno neonatal en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota, 2023 Chota: Universidad Nacional Autónoma de Chota; 2024.
53. MINSA. Guía técnica para la valoración Nutricional Antropométrica de la Gestante Lima: GMS Digital SAC; 2019.
54. Rafael A, Iglesias - Osoreo S. Factores asociados a complicaciones obstétricas en madres primigestas en un hospital amazónico de Perú. Revista Universidad Médica Pinareña. 2021; 17(1): p. 1 - 7.



ANEXOS



ANEXO 1. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

	✎ Código	👤 Edad	🏠 Estado Civil	🎓 Instrucción	👤 Nivel Socioeconómico	👤 Ocupación	👤 procedencia	👤 Control Prenatal	👤 Paridad	👤 Comorbilidad	👤 Periodo intergenésico	✎ Peso	✎ Talla	✎ IMC	👤 Estado Nutricional	👤 Peso Gestacional
1	1	20 - 30 a...	Convive...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Rural	+ de 6	Primipara	Anemia	Corto	85	1,58	34,00	Obesidad	Mínimo
2	2	20 - 30 a...	Soltera	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Rural	+ de 6	Multipara	Anemia	Adecuado	75	1,56	30,80	Obesidad	Mínimo
3	3	20 - 30 a...	Convive...	Superior	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Urbana	- de 6	Multipara	Hipertension arterial	Corto	69	1,60	26,90	Sobrepeso	Exceso
4	4	> 35 años	Casada	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	- de 6	Multipara	Hipertension arterial	Corto	70	1,58	28,00	Sobrepeso	Exceso
5	5	> 35 años	Soltera	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Urbana	- de 6	Multipara	Hipertension arterial	Corto	80	1,59	31,64	Obesidad	Exceso
6	6	20 - 30 a...	Convive...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	- de 6	Multipara	Diabetes	Adecuado	74	1,60	28,90	Sobrepeso	Exceso
7	7	<20 años	Soltera	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	- de 6	Primipara	Hipertension arterial	Corto	81	1,59	32,00	Obesidad	Mínimo
8	8	<20 años	Soltera	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Rural	- de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	50	1,55	20,80	Normo p...	Mínimo
9	9	20 - 30 a...	Casada	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	- de 6	Primipara	Hipertension arterial	Adecuado	50	1,60	19,53	Normo p...	Exceso
10	10	20 - 30 a...	Convive...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	+ de 6	Primipara	Hipertension arterial	Adecuado	45	1,55	18,70	Normo p...	Normal
11	11	20 - 30 a...	Casada	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	+ de 6	Multipara	Anemia	Adecuado	45	1,60	17,50	Bajo peso	Normal
12	12	> 35 años	Casada	Secunda...	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	- de 6	Multipara	Hipertension arterial	Corto	39	1,50	17,30	Bajo peso	Exceso
13	13	20 - 30 a...	Convive...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	+ de 6	Multipara	Anemia	Largo	51	1,57	20,60	Normo p...	Normal
14	14	> 35 años	Casada	Secunda...	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Rural	- de 6	Gran multipara	Hipertension arterial	Corto	69	1,60	26,90	Sobrepeso	Exceso
15	15	20 - 30 a...	Casada	Superior	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	- de 6	Multipara	Hipertension arterial	Largo	39	1,57	15,80	Bajo peso	Mínimo
16	16	> 35 años	Casada	Secunda...	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Rural	+ de 6	Multipara	Anemia	Adecuado	40	1,59	15,80	Bajo peso	Normal
17	17	> 35 años	Convive...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Rural	+ de 6	Multipara	Anemia	Largo	50	1,60	19,50	Normo p...	Normal
18	18	> 35 años	Casada	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	+ de 6	Multipara	Anemia	Largo	45	1,60	17,50	Bajo peso	Normal
19	19	> 35 años	Casada	Secunda...	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	+ de 6	Multipara	Anemia	Largo	57	1,59	22,50	Normo p...	Normal
20	20	20 - 30 a...	Convive...	Superior	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	+ de 6	Primipara	Hipertension arterial	Adecuado	59	1,62	22,40	Normo p...	Normal
21	21	20 - 30 a...	Casada	Secunda...	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Rural	+ de 6	Multipara	Hipertension arterial	Adecuado	59	1,63	22,20	Normo p...	Normal
22	22	20 - 30 a...	Convive...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	+ de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	47	1,58	18,80	Normo p...	Normal
23	23	20 - 30 a...	Soltera	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Urbana	+ de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	43	1,55	17,80	Bajo peso	Mínimo
24	24	20 - 30 a...	Convive...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	+ de 6	Primipara	Hipertension arterial	Adecuado	50	1,63	18,80	Normo p...	Normal
25	25	> 35 años	Casada	Primaria	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	+ de 6	Multipara	Hipertension arterial	Largo	63	1,60	24,60	Normo p...	Normal
26	26	20 - 30 a...	Casada	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	- de 6	Multipara	Anemia	Corto	60	1,57	24,30	Normo p...	Normal
27	27	> 35 años	Convive...	Secunda...	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	- de 6	Gran multipara	Hipertension arterial	Corto	72	1,64	26,70	Sobrepeso	Exceso
28	28	> 35 años	Convive...	Secunda...	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	- de 6	Multipara	Hipertension arterial	Largo	64	1,60	25,00	Sobrepeso	Exceso
29	29	> 35 años	Convive...	Secunda...	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	- de 6	Multipara	Diabetes	Corto	68	1,55	28,30	Sobrepeso	Exceso
30	30	> 35 años	Convive...	Primaria	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	- de 6	Gran multipara	Hipertension arterial	Corto	73	1,58	29,20	Sobrepeso	Exceso



	🔑 Código	👤 Edad	🏠 Estado Civil	🎓 Instrucción	💰 Nivel Socioeconómico	👷 Ocupación	📍 procedencia	👶 Control Prenatal	👩 Paridad	🩺 Comorbilidad	📅 Periodo Interrogatorio	📏 Peso	📏 Talla	📏 IMC	👤 Estado Nutricional	👤 Peso G estacional
31	31	20 - 30 a...	Soltera	Superior	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	- de 6	Multipara	Diabetes	Adecuado	63	1,57	25,50	Sobrepeso	Exceso
32	32	<20 años	Soltera	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	- de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	43	1,57	17,40	Bajo peso	Normal
33	33	20 - 30 a...	Casada	Primaria	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	+ de 6	Gran multipara	Diabetes	Corto	63	1,58	25,20	Sobrepeso	Exceso
34	34	> 35 años	Casada	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora indepe...	Rural	+ de 6	Gran multipara	Anemia	Corto	57	1,63	21,40	Normo p...	Normal
35	35	20 - 30 a...	Convívie...	Secunda...	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora depen...	Rural	+ de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	64	1,65	23,50	Normo p...	Normal
36	36	> 35 años	Convívie...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora indepe...	Rural	+ de 6	Multipara	Hipertension arterial	Largo	50	1,64	18,50	Normo p...	Normal
37	37	20 - 30 a...	Convívie...	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora indepe...	Rural	+ de 6	Multipara	Diabetes	Adecuado	72	1,60	28,10	Sobrepeso	Exceso
38	38	20 - 30 a...	Soltera	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	- de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	57	1,60	22,20	Normo p...	Normal
39	39	> 35 años	Convívie...	Primaria	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Rural	- de 6	Multipara	Diabetes	Largo	68	1,57	27,50	Sobrepeso	Exceso
40	40	20 - 30 a...	Convívie...	Superior	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	+ de 6	Primipara	Hipertension arterial	Adecuado	47	1,50	20,80	Sobrepeso	Exceso
41	41	> 35 años	Casada	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	+ de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	50	1,65	19,10	Normo p...	Normal
42	42	<20 años	Soltera	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	+ de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	45	1,50	20,00	Normo p...	Normal
43	43	20 - 30 a...	Convívie...	Superior	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	+ de 6	Primipara	Diabetes	Adecuado	38	1,53	16,20	Bajo peso	Exceso
44	44	20 - 30 a...	Soltera	Superior	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	- de 6	Multipara	Anemia	Corto	55	1,50	24,40	Normo p...	Normal
45	45	> 35 años	Casada	Primaria	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	+ de 6	Gran multipara	Hipertension arterial	Corto	68	1,60	26,50	Sobrepeso	Exceso
46	46	20 - 30 a...	Convívie...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Rural	- de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	45	1,53	19,22	Normo p...	Normal
47	47	> 35 años	Casada	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Rural	- de 6	Multipara	Hipertension arterial	Largo	58	1,60	22,60	Sobrepeso	Exceso
48	48	> 35 años	Casada	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	- de 6	Primipara	Hipertension arterial	Adecuado	65	1,55	27,00	Sobrepeso	Exceso
49	49	20 - 30 a...	Convívie...	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Rural	- de 6	Gran multipara	Hipertension arterial	Corto	72	1,50	32,00	Obesidad	Exceso
50	50	20 - 30 a...	Soltera	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	- de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	39	1,60	15,20	Bajo peso	Normal
51	51	> 35 años	Casada	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	+ de 6	Primipara	Hipertension arterial	Adecuado	68	1,58	27,20	Sobrepeso	Exceso
52	52	<20 años	Soltera	Superior	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	+ de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	45	1,57	18,20	Bajo peso	Normal
53	53	> 35 años	Convívie...	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Rural	- de 6	Gran multipara	Anemia	Corto	68	1,54	28,60	Sobrepeso	Normal
54	54	<20 años	Soltera	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	+ de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	39	1,58	15,60	Bajo peso	Minimo
55	55	> 35 años	Convívie...	Primaria	Gana mensual más de 3000 soles	Ama de casa	Urbana	- de 6	Gran multipara	Hipertension arterial	Corto	69	1,64	25,60	Sobrepeso	Exceso
56	56	20 - 30 a...	Convívie...	Superior	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora depen...	Rural	+ de 6	Multipara	Hipertension arterial	Largo	40	1,49	18,00	Bajo peso	Minimo
57	57	> 35 años	Casada	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Rural	- de 6	Gran multipara	Anemia	Corto	65	1,57	26,30	Sobrepeso	Exceso
58	58	20 - 30 a...	Convívie...	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Rural	- de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	49	1,70	16,90	Bajo peso	Minimo
59	59	> 35 años	Casada	Primaria	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	+ de 6	Multipara	Hipertension arterial	Adecuado	50	1,49	22,50	Normo p...	Exceso
60	60	<20 años	Soltera	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Urbana	- de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	39	1,40	19,30	Normo p...	Normal
61	61	20 - 30 a...	Convívie...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	+ de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	50	1,52	21,60	Normo p...	Normal
62	62	<20 años	Soltera	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Rural	- de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	74	1,62	28,10	Sobrepeso	Exceso
63	63	<20 años	Convívie...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	+ de 6	Primipara	Hipertension arterial	Adecuado	59	1,63	22,20	Normo p...	Normal
64	64	> 35 años	Casada	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	- de 6	Gran multipara	Hipertension arterial	Corto	72	1,64	26,70	Sobrepeso	Exceso
65	65	> 35 años	Convívie...	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	- de 6	Gran multipara	Hipertension arterial	Corto	74	1,62	28,10	Sobrepeso	Exceso
66	66	> 35 años	Casada	Primaria	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora depen...	Rural	- de 6	Gran multipara	Hipertension arterial	Corto	69	1,60	26,90	Sobrepeso	Exceso
67	67	20 - 30 a...	Convívie...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	- de 6	Multipara	Hipertension arterial	Largo	68	1,55	28,30	Sobrepeso	Exceso
68	68	20 - 30 a...	Convívie...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	- de 6	Multipara	Hipertension arterial	Corto	65	1,50	28,80	Sobrepeso	Exceso
69	69	<20 años	Soltera	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Rural	- de 6	Primipara	Hipertension arterial	Adecuado	45	1,58	18,00	Bajo peso	Minimo
70	70	20 - 30 a...	Convívie...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	+ de 6	Multipara	Diabetes	Largo	54	1,58	21,60	Sobrepeso	Exceso



Código	Edad	Estado Civil	Instrucción	Nivel Socioeconómico	Ocupación	procedencia	Control Prenatal	Paridad	Comorbilidad	Periodo intergenésico	Peso	Talla	IMC	Estado Nutricional	PesoG estacional
71	> 35 años	Casada	Primaria	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	+ de 6	Primipara	Hipertension arterial	Adecuado	59	1,60	25,00	Normo p...	Normal
72	<20 años	Soltera	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	+ de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	38	1,50	16,80	Bajo peso	Minimo
73	<20 años	Soltera	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	- de 6	Primipara	Hipertension arterial	Adecuado	43	1,58	17,20	Bajo peso	Minimo
74	> 35 años	Convive...	Primaria	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora depen...	Rural	- de 6	Gran multipara	Hipertension arterial	Largo	55	1,65	20,20	Normo p...	Normal
75	20 - 30 a...	Convive...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	+ de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	50	1,62	19,00	Normo p...	Normal
76	<20 años	Soltera	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora indepe...	Rural	+ de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	50	1,64	18,50	Normo p...	Normal
77	20 - 30 a...	Convive...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	+ de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	51	1,50	22,60	Normo p...	Normal
78	<20 años	Soltera	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora indepe...	Rural	- de 6	Primipara	Diabetes	Adecuado	40	1,56	16,40	Bajo peso	Minimo
79	20 - 30 a...	Convive...	Superior	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	- de 6	Multipara	Anemia	Adecuado	45	1,60	17,50	Bajo peso	Minimo
80	20 - 30 a...	Casada	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora indepe...	Rural	+ de 6	Gran multipara	Hipertension arterial	Corto	55	1,60	21,40	Normo p...	Normal
81	20 - 30 a...	Convive...	Superior	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	- de 6	Multipara	Hipertension arterial	Corto	68	1,60	26,50	Sobrepeso	Exceso
82	20 - 30 a...	Casada	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	- de 6	Gran multipara	Diabetes	Corto	65	1,58	26,00	Sobrepeso	Exceso
83	<20 años	Soltera	Superior	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	+ de 6	Primipara	Hipertension arterial	Adecuado	70	1,60	27,30	Sobrepeso	Exceso
84	20 - 30 a...	Soltera	Superior	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Rural	+ de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	47	1,50	20,80	Normo p...	Normal
85	> 35 años	Casada	Primaria	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Rural	+ de 6	Gran multipara	Hipertension arterial	Corto	74	1,57	30,00	Obesidad	Exceso
86	<20 años	Convive...	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	+ de 6	Primipara	Hipertension arterial	Adecuado	50	1,57	20,20	Normo p...	Normal
87	<20 años	Soltera	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	+ de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	45	1,50	20,00	Normo p...	Normal
88	20 - 30 a...	Convive...	Superior	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	+ de 6	Primipara	Diabetes	Adecuado	53	1,60	20,70	Normo p...	Exceso
89	> 35 años	Casada	Primaria	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Rural	- de 6	Gran multipara	Hipertension arterial	Largo	74	1,60	28,90	Sobrepeso	Exceso
90	20 - 30 a...	Convive...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	+ de 6	Gran multipara	Diabetes	Adecuado	70	1,58	28,00	Sobrepeso	Exceso
91	> 35 años	Casada	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	+ de 6	Multipara	Anemia	Largo	53	1,59	20,90	Normo p...	Normal
92	<20 años	Soltera	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	+ de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	39	1,50	17,30	Bajo peso	Minimo
93	20 - 30 a...	Casada	Superior	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	+ de 6	Multipara	Hipertension arterial	Adecuado	68	1,55	28,30	Sobrepeso	Exceso
94	> 35 años	Casada	Primaria	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora indepe...	Urbana	- de 6	Gran multipara	Diabetes	Largo	70	1,62	26,60	Sobrepeso	Exceso
95	20 - 30 a...	Convive...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	+ de 6	Multipara	Hipertension arterial	Corto	74	1,62	28,10	Sobrepeso	Exceso
96	> 35 años	Casada	Superior	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	+ de 6	Multipara	Hipertension arterial	Corto	74	1,60	28,90	Sobrepeso	Exceso
97	> 35 años	Casada	Primaria	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Rural	+ de 6	Multipara	Hipertension arterial	Largo	78	1,62	29,70	Sobrepeso	Exceso
98	<20 años	Convive...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Rural	- de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	38	1,59	15,00	Bajo peso	Minimo
99	<20 años	Convive...	Secunda...	Gana mensual menos de 1000 soles	Ama de casa	Urbana	- de 6	Primipara	Anemia	Adecuado	42	1,58	16,80	Bajo peso	Minimo
100	20 - 30 a...	Casada	Secunda...	Gana mensual más de 3000 soles	Trabajadora depen...	Urbana	- de 6	Multipara	Diabetes	Largo	65	1,57	26,30	Sobrepeso	Exceso



ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSION	METODOLOGIA	
P G	O G	H G				
¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados a la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave 2023?	Determinar los factores de riesgo relacionados con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave 2023.	Los factores de riesgo que están relacionados con la ganancia de peso gestacional son sociodemográficos, obstétricos y el estado nutricional pregestacional en gestantes atendidas en el Hospital II-1 llave 2023.	V1. FACTORES DE RIESGO	1.1 Sociodemográficos	1.1.1 Edad 1.1.2 Estado Civil 1.1.3 Grado de Instrucción 1.1.4 Nivel Socioeconómico 1.1.5 Ocupación 1.1.6 Procedencia	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN No experimental. TIPO DE INVESTIGACIÓN Básico, relacional, transversal, retrospectivo. METODO Hipotético deductivo. POBLACIÓN N = 580 MUESTRA m = 100 TECNICA Análisis documental
PE	OE	HE		1.2 Obstétricos	1.2.1 Controles prenatales 1.2.2 Paridad 1.2.3 Comorbilidad	
PE 1. ¿Cuales con los factores de riesgo sociodemográficos relacionados con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave?	OE 1. identificar los factores sociodemográficos relacionados con la ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.	HE 1. Los factores sociodemográficos relacionados con la ganancia de peso gestacional son la edad, estado civil, grado de instrucción, nivel socioeconómico, ocupación y lugar de procedencia de las gestantes atendidas en el Hospital II-1 llave.				



<p>PE 2. ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos asociados en la ganancia de peso gestacional de las gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave?</p>	<p>OE 2. Analizar los factores de riesgo obstétricos asociados en la ganancia de peso gestacional de las gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.</p>	<p>HE2. Los factores de riesgo obstétricos relacionados con la ganancia de peso gestacional son la atención prenatal, paridad, comorbilidad y periodo Intergenésico de las gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave.</p>			<p>1.2.4 Periodo Intergenésico</p>	<p>INSTRUMENTO Ficha de recolección de datos.</p>
<p>PE 3. ¿Qué relación existe entre el estado nutricional pregestacional y la ganancia de peso gestacional en las gestantes atendidas en el Hospital II-1 llave ?</p>	<p>OE 3. Evaluar la relación que existe entre el estado nutricional pregestacional y la ganancia de peso gestacional en las gestantes atendidas en el Hospital II-1 llave .</p>	<p>HE3. Existe una relación significativa entre el estado nutricional pregestacional y ganancia de peso gestacional en gestantes atendidas en el Hospital II-1 llave.</p>	<p>V2: GANANCIA DE PESO GESTACIONAL</p>		<p>1.3.1 IMC Pregestacional</p>	
<p>PE 4. ¿Cómo es la ganancia de peso en las gestantes atendidas en el Hospital II – 1 llave?</p>	<p>OE 4. Calcular la ganancia de peso en las gestantes atendidas en el hospital II – 1 llave.</p>	<p>HE 4. La ganancia de peso es adecuada en las gestantes atendidas en el hospital II – 1 llave.</p>				



ANEXO 3. INSTRUMENTOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“FACTORES DE RIESGOS RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 1 ILAVE 2023”

N° DE FICHA:

I. DATOS GENERALES:

Edad: _____ N° HC: _____

II. DATOS ANTROPOMETRICOS:

Peso: _____ kg. Talla: _____ cm.

Aplicamos fórmula: (PESO / TALLA²)

IMC:

- Bajo peso: < 18,5 kg/m²
- Normo peso: 18,5-24,9 kg/m²
- Sobrepeso: 25-29,9 kg/m²
- Obesidad: ≥ 30 kg/m²

III. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Estado Civil

- Soltera
- Casada
- Conviviente

Grado de Instrucción

- Primaria
- Secundaria
- Superior

Nivel Socioeconómico

- Gana Men. más de 6,000 soles
- Gana Men. más de 3,000 soles
- Gana Men. menos de 1,000 soles

Ocupación

- Trabajadora Independiente
- Trabajadora dependiente
- Ama de casa

Procedencia

- Urbana
- Rural



IV. DATOS OBSTÉTRICOS

Controles prenatales

<input type="checkbox"/>	+6
<input type="checkbox"/>	-6

Paridad

<input type="checkbox"/>	Primípara
<input type="checkbox"/>	Multípara
<input type="checkbox"/>	Gran Multípara

Comorbilidad

<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Anemia
<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial

Periodo Intergenésico

<input type="checkbox"/>	Corto
<input type="checkbox"/>	Adecuado
<input type="checkbox"/>	Largo



ANEXO 4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ANEXO N° 4

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos Y Nombres Del Experto:

AYAMAMANI PUNA REYNA ISABEL

1.2. Grado Académico:

OBSTETRA

1.3. Institución Donde Labora:

HOSPITAL II - 1 ILAVE

1.4. Nombre Del Instrumento:

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 1 ILAVE.

II. AUTOR DEL INSTRUMENTO: Bach. LUZ MERY HUANACUNI CCALLE

III. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

"FACTORES DE RIESGOS RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 1 ILAVE 2023".

IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS (1 - 20)	DEFICIENTE (21 - 40)	REGULAR (41 - 60)	BUENO (61 - 80)	MUY BUENO (81 - 100)
CLARIDAD					100
OBJETIVIDAD					100
ACTUALIDAD					100
ORGANIZACIÓN					100
SUFICIENCIA					100
INTENCIONALIDAD					100
CONSISTENCIA					100
COHERENCIA					100
METODOLOGIA					100

II. OPINION DE LA APLICABILIDAD: CONFIABLE

III. PROMEDIO DE VALORACION: 100

LUGAR Y FECHA:


 Reyna Isabel Ayamamani Puna
 OBSTETRA
 C.O.P. 35909

Firma y sello

DNI: 44002765
Teléfono: 916940826



ANEXO N° 4

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos Y Nombres Del Experto:

..... PONCE GOMEZ PATRICIA

1.2. Grado Académico:

..... OBSTETRA

1.3. Institución Donde Labora:

..... HOSPITAL II - 1 ILAVE

1.4. Nombre Del Instrumento:

..... FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 1 ILAVE

II. AUTOR DEL INSTRUMENTO: Bach. LUZ MERY HUACACUNI CCALLE

III. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

"FACTORES DE RIESGOS RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II – 1 ILAVE 2023".

IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS (1 – 20)	DEFICIENTE (21 – 40)	REGULAR (41 – 60)	BUENO (61 – 80)	MUY BUENO (81 – 100)
CLARIDAD					100
OBJETIVIDAD					100
ACTUALIDAD					100
ORGANIZACIÓN					100
SUFICIENCIA					100
INTENCIONALIDAD					100
CONSISTENCIA					100
COHERENCIA					100
METODOLOGIA					100

II. OPINION DE LA APLICABILIDAD: CONFIABLE

III. PROMEDIO DE VALORACION: 100

LUGAR Y FECHA: ILAVE

.....

 PATRICIA V. PONCE GOMEZ
 OBSTETRA
 C.O.P. 8516

 Firma y sello

DNI: 01335637

Teléfono: 946652100



ANEXO N° 4

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos Y Nombres Del Experto:

BUSTAMANTE ALMONTE EMMA

1.2. Grado Académico:

OBSTETRA

1.3. Institución Donde Labora:

HOSPITAL II - 1 ILAVE

1.4. Nombre Del Instrumento:

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 1 ILAVE 2023.

II. AUTOR DEL INSTRUMENTO: Bach. LUZ MERY HUANACUNI CCALLE

III. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

"FACTORES DE RIESGOS RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 1 ILAVE 2023".

IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS (1 - 20)	DEFICIENTE (21 - 40)	REGULAR (41 - 60)	BUENO (61 - 80)	MUY BUENO (81 - 100)
CLARIDAD					100
OBJETIVIDAD					100
ACTUALIDAD					100
ORGANIZACIÓN					100
SUFICIENCIA					100
INTENCIONALIDAD					100
CONSISTENCIA					100
COHERENCIA					100
METODOLOGIA					100

II. OPINION DE LA APLICABILIDAD: CONFIABLE

III. PROMEDIO DE VALORACION: 100

LUGAR Y FECHA: ILAVE

Emma I. Bustamante Almonte
Emma I. Bustamante Almonte
OBSTETRA COP. 5037
ESPECIALISTA EN MEDICINA FETAL
R.N.E. 2133

Firma y sello

DNI: 01280975

Teléfono: 987721713



ANEXO N° 4

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos Y Nombres Del Experto:

..... BEATRIZ CERMA PAUCAR

1.2. Grado Académico:

..... OBSTETRA

1.3. Institución Donde Labora:

..... HOSPITAL II - 1 ILAVE

1.4. Nombre Del Instrumento:

..... FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 1 ILAVE

II. AUTOR DEL INSTRUMENTO: Bach. LUZ MERY HUANACUNI CCALLE

III. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

"FACTORES DE RIESGOS RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 1 ILAVE 2023".

IV. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS (1 - 20)	DEFICIENTE (21 - 40)	REGULAR (41 - 60)	BUENO (61 - 80)	MUY BUENO (81 - 100)
CLARIDAD					100
OBJETIVIDAD					100
ACTUALIDAD					100
ORGANIZACIÓN					100
SUFICIENCIA					100
INTENCIONALIDAD					100
CONSISTENCIA					100
COHERENCIA					100
METODOLOGIA					100

II. OPINION DE LA APLICABILIDAD: CONFIABLE

III. PROMEDIO DE VALORACION: 100

LUGAR Y FECHA:

Beatriz Cerma Paucar
OBSTETRA
COP. 4789

Firma y sello

DNI: 29584110

Teléfono: 982004293



ANEXO 5. DETERMINACIÓN DE CONFIABILIDAD

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,738	15

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Edad	115,7280	574,155	,757	,725
Estado civil	115,9280	572,625	,853	,724
Grado de instrucción	116,0280	570,377	,717	,724
Nivel socioeconómico	115,8280	577,267	,695	,727
Ocupación	116,2280	578,922	,611	,728
Procedencia	116,4280	576,378	,618	,727
Número de controles prenatales	116,4280	576,378	,618	,727
Paridad	115,9280	572,007	,870	,724
Comorbilidad	115,7280	562,024	,928	,718
Periodo intergenésico	116,0280	581,841	,471	,731
Peso	52,8280	159,338	,900	,882
Talla	116,5400	604,205	,669	,742
IMC	92,3880	416,558	,946	,640
IMC pregestacional	115,6280	566,399	,947	,721
Ganancia de peso gestacional	116,1280	570,437	,880	,723

ANEXO 6. AUTORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN



Gobierno Regional Puno

Dirección Regional de Salud Puno

Red de Salud El Collao

Hospital II-1 Ilave

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

MEMO. MULT. N° 011-2025-DIRESA-PUNO/RED COLLAO/HOSP. II-1 ILAVE-D.

DE : M.C. Rubén APOMAYTA ALAVE
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE ILAVE

A : Obst. Beatriz Lerma Paucar
▪ **JEFA DEL SERVICIO OBSTETRICIA**
▪ TAP: Fernando CRUZ CENTON
RESPONSABLE DEL SERVICIO ADMISION

ASUNTO : **COMUNICA AUTORIZACION**

FECHA : Ilave, 08 de Abril del 2025.

Mediante el presente me dirijo a ustedes para comunicarles que, deberán dar facilidades a la egresada Luz Mery HUANACUNI CCALLE, de bachiller de la escuela de profesional de obstetricia de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, para el trabajo investigación para optar el título de obstetra, cuyo título de trabajo es **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTE ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE ILAVE DEL 2023**", en un lapso de 10 días, lo que comunico para su conocimiento y cumplimiento, bajo responsabilidad.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL II-1 ILAVE
M. C. Rubén Apomayta Alave
CMP: 57608
DIRECTOR

ANEXO 5. TABLA DE EVALUACIÓN DE GANANCIA DE PESO SEGÚN IMC PREGESTACIONAL



TABLA DE RECOMENDACIONES DE GANANCIA DE PESO PARA GESTANTES CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL DE DELGADEZ

TRIMESTRE	SEMANA DE GESTACIÓN	DELGADEZ (EMBARAZO ÚNICO) (IMC PREGESTACIONAL < 18,5 kg/m ²)	
		ÚNICO MÍNIMO	ÚNICO MÁXIMO
I TRIMESTRE	1	0,0	0,1
	2	0,0	0,3
	3	0,1	0,4
	4	0,1	0,6
	5	0,1	0,7
	6	0,2	0,9
	7	0,2	1,0
	8	0,3	1,2
	9	0,3	1,3
	10	0,3	1,5
	11	0,4	1,6
	12	0,4	1,8
	13	0,5	2,0
II TRIMESTRE	14	0,9	2,5
	15	1,3	3,1
	16	1,8	3,7
	17	2,2	4,3
	18	2,7	4,9
	19	3,1	5,5
	20	3,6	6,1
	21	4,0	6,7
	22	4,4	7,3
	23	4,9	7,9
	24	5,3	8,5
	25	5,8	9,1
	26	6,2	9,7
	III TRIMESTRE	27	6,7
28		7,1	10,8
29		7,6	11,4
30		8,0	12,0
31		8,4	12,6
32		8,9	13,2
33		9,3	13,8
34		9,8	14,4
35		10,2	15,0
36		10,7	15,6
37		11,1	16,2
38		11,6	16,8
39		12,0	17,4
40		12,5	18,0

Fuente: IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council). 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press.

TABLA DE RECOMENDACIONES DE GANANCIA DE PESO PARA GESTANTES CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL DE NORMAL

TRIMESTRE	SEMANA DE GESTACIÓN	NORMAL (EMBARAZO ÚNICO) (IMC PREGESTACIONAL 18,5 a <25,0 kg/m ²)		NORMAL (EMBARAZO MÚLTIPLE) (IMC PREGESTACIONAL 18,5 a <25,0 kg/m ²)	
		ÚNICO MÍNIMO	ÚNICO MÁXIMO	MÚLTIPLE MÍNIMO	MÚLTIPLE MÁXIMO
I TRIMESTRE	1	0,0	0,1		
	2	0,0	0,3		
	3	0,1	0,4		
	4	0,1	0,6		
	5	0,1	0,7		
	6	0,2	0,9		
	7	0,2	1,0		
	8	0,3	1,2		
	9	0,3	1,3		
	10	0,3	1,5		
	11	0,4	1,6		
	12	0,4	1,8		
	13	0,5	2,0		
II TRIMESTRE	14	0,9	2,5	1,1	2,8
	15	1,3	3,0	1,7	3,7
	16	1,7	3,5	2,3	4,5
	17	2,1	4,0	2,9	5,4
	18	2,5	4,5	3,5	6,2
	19	2,9	5,1	4,1	7,1
	20	3,3	5,6	4,7	7,9
	21	3,7	6,1	5,3	8,8
	22	4,1	6,6	6,0	9,6
	23	4,5	7,1	6,6	10,5
	24	4,9	7,7	7,2	11,3
	25	5,3	8,2	7,8	12,2
	26	5,7	8,7	8,4	13,0
	III TRIMESTRE	27	6,2	9,2	9,0
28		6,6	9,7	9,6	14,7
29		7,0	10,2	10,2	15,6
30		7,4	10,8	10,8	16,4
31		7,8	11,3	11,5	17,3
32		8,2	11,8	12,1	18,1
33		8,6	12,3	12,7	19,0
34		9,0	12,8	13,3	19,8
35		9,4	13,4	13,9	20,7
36		9,8	13,9	14,5	21,5
37		10,2	14,4	15,1	22,4
38		10,6	14,9	15,7	23,2
39		11,0	15,4	16,3	24,1
40		11,5	16,0	17,0	25,0

Fuente: IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council). 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press.

TABLA DE RECOMENDACIONES DE GANANCIA DE PESO PARA GESTANTES CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL DE SOBREPESO

TRIMESTRE	SEMANA DE GESTACIÓN	SOBREPESO (EMBARAZO ÚNICO) (IMC PREGESTACIONAL 25,0 a <30,0 kg/m ²)		SOBREPESO (EMBARAZO ÚLTIPLE) (IMC PREGESTACIONAL 25,0 a <30,0 kg/m ²)	
		ÚNICO MÍNIMO	ÚNICO MÁXIMO	MÚLTIPLE MÍNIMO	MÚLTIPLE MÁXIMO
I TRIMESTRE	1	0,0	0,1		
	2	0,0	0,3		
	3	0,1	0,4		
	4	0,1	0,6		
	5	0,1	0,7		
	6	0,2	0,9		
	7	0,2	1,0		
	8	0,3	1,2		
	9	0,3	1,3		
	10	0,3	1,5		
	11	0,4	1,6		
	12	0,4	1,8		
	13	0,5	2,0		
II TRIMESTRE	14	0,7	2,3	1,0	2,7
	15	0,9	2,7	1,5	3,5
	16	1,2	3,0	2,0	4,3
	17	1,4	3,4	2,5	5,1
	18	1,7	3,7	3,0	5,8
	19	1,9	4,1	3,5	6,6
	20	2,1	4,4	4,0	7,4
	21	2,4	4,8	4,5	8,2
	22	2,6	5,1	5,0	9,0
	23	2,9	5,5	5,5	9,7
	24	3,1	5,8	6,0	10,5
	25	3,3	6,2	6,5	11,3
	26	3,6	6,5	7,0	12,1
	III TRIMESTRE	27	3,8	6,9	7,5
28		4,1	7,2	8,0	13,6
29		4,3	7,6	8,5	14,4
30		4,5	7,9	9,0	15,2
31		4,8	8,3	9,5	16,0
32		5,0	8,6	10,0	16,7
33		5,3	9,0	10,5	17,5
34		5,5	9,3	11,0	18,3
35		5,7	9,7	11,5	19,1
36		6,0	10,0	12,0	19,8
37		6,2	10,4	12,5	20,6
38		6,5	10,7	13,0	21,4
39		6,7	11,1	13,5	22,2
40		7,0	11,5	14,0	23,0

Fuente: IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council). 2009. Weight Gain During Pregnancy Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press.

TABLA DE RECOMENDACIONES DE GANANCIA DE PESO PARA GESTANTES CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL DE OBESIDAD

TRIMESTRE	SEMANA DE GESTACIÓN	OBESIDAD (EMBARAZO ÚNICO) (IMC PREGESTACIONAL \geq 30,0 Kg/m ²)		OBESIDAD (EMBARAZO MÚLTIPLE) (IMC PREGESTACIONAL \geq 30,0 Kg/m ²)	
		ÚNICO MÍNIMO	ÚNICO MÁXIMO	MÚLTIPLE MÍNIMO	MÚLTIPLE MÁXIMO
I TRIMESTRE	1	0,0	0,1		
	2	0,0	0,3		
	3	0,1	0,4		
	4	0,1	0,6		
	5	0,1	0,7		
	6	0,2	0,9		
	7	0,2	1,0		
	8	0,3	1,2		
	9	0,3	1,3		
	10	0,3	1,5		
	11	0,4	1,6		
	12	0,4	1,8		
	13	0,5	2,0		
II TRIMESTRE	14	0,6	2,2	0,8	2,6
	15	0,8	2,5	1,2	3,2
	16	1,0	2,7	1,6	3,8
	17	1,1	3,0	2,0	4,5
	18	1,3	3,2	2,4	5,1
	19	1,5	3,5	2,8	5,7
	20	1,6	3,8	3,2	6,4
	21	1,8	4,0	3,6	7,0
	22	2,0	4,3	4,0	7,6
	23	2,1	4,5	4,3	8,2
	24	2,3	4,8	4,7	8,9
	25	2,5	5,1	5,1	9,5
	26	2,6	5,3	5,5	10,1
	III TRIMESTRE	27	2,8	5,6	5,9
28		3,0	5,8	6,3	11,4
29		3,1	6,1	6,7	12,0
30		3,3	6,4	7,1	12,7
31		3,5	6,6	7,5	13,3
32		3,6	6,9	7,8	13,9
33		3,8	7,1	8,2	14,5
34		4,0	7,4	8,6	15,2
35		4,1	7,7	9,0	15,8
36		4,3	7,9	9,4	16,4
37		4,5	8,2	9,8	17,1
38		4,6	8,4	10,2	17,7
39		4,8	8,7	10,6	18,3
40		5,0	9,0	11,0	19,0

Fuente: IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council). 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press.



ANEXO 6. TABLA DE CORRELACIÓN Y CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Edad relacionados con la ganancia de peso gestacional

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,520 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	32,262	4	,000
Asociación lineal por lineal	25,905	1	,000
N de casos válidos	100		

a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,40.

Estado civil relacionados con la ganancia de peso gestacional

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,344 ^a	4	,001
Razón de verosimilitud	20,100	4	,000
Asociación lineal por lineal	6,518	1	,011
N de casos válidos	100		

a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,08.

Grado de instrucción relacionados con la ganancia de peso gestacional

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,248 ^a	4	,036
Razón de verosimilitud	11,972	4	,018
Asociación lineal por lineal	2,275	1	,131
N de casos válidos	100		

a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,72.

Nivel socioeconómico relacionados con la ganancia de peso gestacional

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,404 ^a	2	,009
Razón de verosimilitud	9,517	2	,009
Asociación lineal por lineal	7,875	1	,005
N de casos válidos	100		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,61.

Ocupación relacionados con la ganancia de peso gestacional

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,912 ^a	4	,002
Razón de verosimilitud	15,975	4	,003
Asociación lineal por lineal	8,405	1	,004
N de casos válidos	100		

a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,40.

Procedencia relacionados con la ganancia de peso gestacional

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,793 ^a	2	,012
Razón de verosimilitud	8,978	2	,011
Asociación lineal por lineal	8,406	1	,004
N de casos válidos	100		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,33.

Número de controles prenatales relacionados con la ganancia de peso gestacional

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,675 ^a	2	,001
Razón de verosimilitud	15,258	2	,000
Asociación lineal por lineal	2,264	1	,132
N de casos válidos	100		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,16.

Paridad relacionados con la ganancia de peso gestacional

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,869 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	29,525	4	,000
Asociación lineal por lineal	23,849	1	,000
N de casos válidos	100		

a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,40.

Comorbilidad relacionados con la ganancia de peso gestacional



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,820 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	57,520	4	,000
Asociación lineal por lineal	22,296	1	,000
N de casos válidos	100		

a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,38.

Periodo intergenésico relacionados con la ganancia de peso gestacional

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,868 ^a	4	,001
Razón de verosimilitud	19,520	4	,001
Asociación lineal por lineal	4,046	1	,044
N de casos válidos	100		

a. 2 casillas (22,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,23.

IMC pregestacional relacionados con la ganancia de peso gestacional

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	117,553 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	121,799	6	,000
Asociación lineal por lineal	38,975	1	,000
N de casos válidos	100		

a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,02.



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: 13 - 10 - 2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: LUZ MERY HUANACUNI CCALLE

Dirección: Jr. José Gálvez N° 309 – Ilave

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 73618175

Teléfono: 916644691 email: luzmeryhc2020@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. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 1 ILAVE 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): Ganancia de peso, gestación, factores, obstetricia, IMC.

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

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, 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 los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

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

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

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

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

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

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

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

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

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

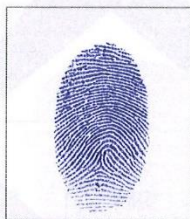
En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - P06

Firma de Autor



huella digital

13-10-2025

Fecha