



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA
TESIS

**FACTORES RELACIONADOS A LA RETENCIÓN DE PESO
MATERNO EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
JULIACA- 2023**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD PÚBLICA, SALUD AMBIENTAL Y
SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD

PRESENTADA POR:
BACH. PARI RUIZ MIRIAM ROSMERY
BACH. FLORES CALLA EDITH SUSANA

TESIS DESARROLLADA PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE OBSTETRA

ASESOR:
Dra. ILSE FAUSTINA FERNANDEZ HONORIO
CODIGO ORCID N°0000-0002-3846-7752

CHINCHA, 2023

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Dra. Susana Marleni Atuncar Deza
Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud

Presente. –

De mi especial consideración:

Sirva la presente para saludarle e informar que el/la bachiller PARI RUIZ MIRIAM ROSMERY, y bachiller FLORES CALLA EDITH SUSANA, de la Facultad de Ciencias de la Salud, del programa académico de Obstetricia, ha cumplido con elaborar su:

PROYECTO DE
TESIS

☐

TESIS

☒

Titulado: FACTORES RELACIONADOS A LA RETENCIÓN DE PESO MATERNO EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA- 2023

Por lo tanto, queda expedito para continuar con el procedimiento correspondiente, remito la presente constancia adjuntando mi firma en señal de conformidad.

Agradezco por anticipado la atención a la presente, aprovecho la ocasión para expresar los sentimientos de mi especial consideración y deferencia personal.

Cordialmente,



Dra. Ilse Faustina Fernández Honorio
DNI: 23955604
CODIGO ORCID: 0000-0002-3846-7752

DECLARATORIA DE AUTENCIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

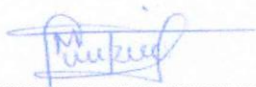
Yo, MIRIAM ROSMERY PARI RUIZ identificada con DNI N°75476931 y EDITH SUSANA FLORES CALLA, identificada con DNI N°48442869, en nuestra condición de estudiantes del programa de estudios de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma de Ica y que habiendo desarrollado la Tesis titulada: FACTORES RELACIONADOS A LA RETENCIÓN DE PESO MATERNO EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA - 2023, declaramos bajo juramento que:

- a. La investigación realizada es de nuestra autoría.
- b. La tesis no ha cometido falta alguna a las conductas responsables de investigación, por lo que, no se ha cometido plagio, ni auto plagio en su elaboración.
- c. La información presentada en la tesis se ha elaborado respetando las normas de redacción para la citación y referenciación de las fuentes de información consultadas. Así mismo, el estudio no ha sido publicado anteriormente, ni parcial, ni totalmente con fines de obtención de algún grado académico o título profesional.
- d. Los resultados presentados en el estudio, producto de la recopilación de datos son reales, por lo que, el(la) investigador(a) no ha incurrido ni en falsedad, duplicidad, copia o adulteración de estos, ni parcial, ni totalmente.
- e. La investigación cumple con el porcentaje de similitud establecido según la normatividad vigente de la Universidad (no mayor al 28%), el porcentaje de similitud alcanzado en el estudio es del:

10%

Autorizamos a la Universidad Autónoma de Ica, de identificar plagio, autoplagio, falsedad de información o adulteración de estos, se proceda según lo indicado por la normatividad vigente de la universidad, asumiendo las consecuencias o sanciones que se deriven de alguna de estas malas conductas.

Chincha 2023.



MIRIAM ROSMERY PARI RUIZ
DNI: 75476931



EDITH SUSANA FLORES CALLA
DNI: 48442869

DEDICATORIA

“Muchas metas son trazadas y pocas alcanzadas” yo logre uno de mis objetivos por esta razón dedico estas líneas a Dios por darme la vida, a mis padres Edwin y Francisca por ser mi fortaleza, por su apoyo y consejo para hacer de mí una mejor persona. A mis hermanas verónica y Vanessa por su comprensión y apoyo incondicional. A John por extender su mano en los momentos más difíciles, por su amor y comprensión.

Agradecimiento

Agradezco a la Universidad Autónoma de Ica, por ser el eje gestor de que podamos lograr obtener nuestro título profesional.

Al Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca, al personal del área de hospitalización de Gineco Obstetricia, por el apoyo y las facilidades para el desarrollo de esta investigación.

A nuestra asesora Dra. Ilse Faustina Fernández Honorio, por su ayuda y apoyo, al brindarnos una importante orientación académica hacia el objetivo.

Resumen

Objetivo. Determinar los factores relacionados a la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023. **Material y métodos.** La investigación es de tipo científica aplicada, descriptivo, correlacional y el diseño no experimental, transversal. Se aplicó una guía de observación a 243 puérperas inmediatas y para contrastar la hipótesis se aplicó la prueba de chi cuadrado de Pearson. Los datos fueron procesados con el SPSS V24. **Resultados.** Existe relación entre los factores obstétricos: edad materna extrema en el 42% ($P=0.001$), multiparidad en el 57.2% ($p=0.05$), atención prenatal tardía en el 40.3% ($p=0.001$), morbilidad materna por infecciones urinarias en el 18.9% ($p=0.001$) y prematuridad en el 6.6% ($p=0.001$), con la retención de peso materno inadecuado en el puerperio inmediato en el hospital Carlos Monge Medrano. Existe relación entre los factores nutricionales: índice de masa corporal > 25 en el 13.2% ($p=0.001$), aumento excesivo de peso en el embarazo en el 37.5% ($p=0.001$), fraccionamiento de la dieta mayor de 5 veces en el 29.6% ($p=0.001$), ingesta calórica mayor de 80% en el 41.6% ($p=0.001$) con la retención de peso materno inadecuado en el puerperio inmediato en el hospital Carlos Monge Medrano. La retención de peso materno en el puerperio inmediato en el Hospital Carlos Monge Medrano en el 33.7% fue adecuado y en el 66.3% inadecuado. **Conclusión.** La retención de peso materno en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, es mayor de 5kg en la mayoría de casos 66.3% que se considera inadecuada y se relaciona con factores obstétricos y nutricionales adversos.

Palabras claves. Retención peso posparto puérperas inmediatas factores

Abstract

Aim. To determine the factors related to maternal weight retention in the immediate puerperium at the Carlos Monge Medrano Juliaca 2023 hospital.

Material and methods. The research is of an applied, descriptive, correlational scientific type and a non-experimental, cross-sectional design.

An observation guide was applied to 243 immediate postpartum women and the Pearson chi-square test was applied to test the hypothesis. The data

was processed with SPSS V24. **Results.** There is a relationship between

obstetric factors: extreme maternal age in 42% ($P=0.001$), multiparity in

57.2% ($p=0.05$), late prenatal care in 40.3% ($p=0.001$), maternal morbidity

due to urinary infections in 18.9% ($p=0.001$) and prematurity in 6.6%

($p=0.001$), with inadequate maternal weight retention in the immediate

postpartum period at the Carlos Monge Medrano hospital. There is a

relationship between nutritional factors: body mass index > 25 in 13.2%

($p=0.001$), excessive weight gain in pregnancy in 37.5% ($p=0.001$), diet

fractionation greater than 5 times in the 29.6% ($p=0.001$), caloric intake

greater than 80% in 41.6% ($p=0.001$) with inadequate maternal weight

retention in the immediate postpartum period at the Carlos Monge Medrano

hospital. Maternal weight retention in the immediate puerperium at the

Carlos Monge Medrano Hospital was adequate in 33.7% and inadequate in

66.3%. **Conclusion.** Maternal weight retention in the immediate puerperium

in patients treated at the Carlos Monge Medrano Juliaca hospital is greater

than 5k in most cases, 66.3%, which is considered inadequate and is related

to adverse obstetric and nutritional factors.

Keywords. Postpartum weight retention immediate puerperal factors

ÍNDICE

Resumen	vi
Abstract.....	vii
Índice general	viii
Índice tablas académicas.....	x
I. INTRODUCCIÓN	11
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
2.1. Descripción del Problema	13
2.2. Pregunta de investigación general.....	15
2.3. Preguntas de investigación específicas	15
2.4. Objetivo General	16
2.5. Objetivos Específicos.....	16
2.6. Justificación e Importancia.....	17
2.7. Alcances y limitaciones.....	19
Alcances	19
III. MARCO TEÓRICO	20
3.1. Antecedentes	20
-Antecedentes Internacionales.....	20
3.2. Bases teóricas	33
3.3. Marco conceptual.....	45
IV. METODOLOGIA.....	44
4.1. Tipo y Nivel de la Investigación.....	44
4.2. Diseño de la Investigación	44
4.3. Hipótesis General	44
4.4. Hipótesis Específicas	44
4.5. Identificación de las variables.....	48
4.6. Matriz de la operacionalización de variables.....	49
4.7. Población – Muestra	48
4.8. Técnicas e Instrumentos de recolección de información	49
4.9. Técnicas de análisis e interpretación de datos	50
V. RESULTADOS	51
5.1. Presentación e interpretación de Resultados.....	51
VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	63

6.1. Analisis inferencial.....	65
VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	66
7.1. Comparación resultados.....	66
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS.....	77
Anexo 1: Matriz de consistencia	77
Anexo 2: Instrumento de Medición.....	78
Anexo 3: Ficha de Validación de instrumento de medición.....	85
Anexo 4: Base de datos.....	97
Anexo 5: Evidencia fotografica.....	88
Anexo 6: Informe de turnitin al 28% de similitud	96

Índice tablas académicas

Tabla 1. Edad y retención de peso posparto de púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano 2023.	51
tabla 2. Paridad y retención de peso posparto en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano 2023.	53
tabla 3. Primera atención prenatal y retención de peso posparto en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano 2023.....	54
tabla 4. Morbilidad materna y retención de peso posparto en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano 2023.	55
tabla 5. Edad gestacional y retención de peso posparto en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano 2023.	56
tabla 6. Índice de masa corporal pregestacional y retención de peso posparto en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano 2023.....	57
tabla 7. Ganancia de peso en el embarazo y retención de peso posparto en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano 2023.....	58
tabla 8. Fraccionamiento de la dieta y retención de peso posparto en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano 2023.....	59
tabla 9. Ingesta energética y retención de peso posparto en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano 2023.	60
tabla 10. Retención de peso posparto en púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano 2023.....	61

I. INTRODUCCIÓN

“La obesidad es un grave problema de salud pública, especialmente en mujeres en edad reproductiva, cuya prevalencia ha aumentado significativamente en los últimos años: 61%”. (1)

Nueve de cada 10 mujeres tienen obesidad abdominal en comparación con mujeres con un índice de masa corporal (IMC) normal, las mujeres con sobrepeso y obesidad, tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias.

El embarazo y el periodo posparto incrementa la probabilidad de ganar peso y tener cambios en la composición corporal. Durante estos eventos, la mujer experimenta cambios profundos, que incluyen la restauración del tracto reproductivo, así como de las funciones hormonales y nutricionales.

"La retención del peso en el puerperio es un problema nutricional que puede ser causado por una variedad de factores, como el IMC pregestacional, el incremento de peso en el embarazo, la ingesta de alimentos, inactividad física, la lactancia materna, el tabaquismo y la paridad. El aumento de peso gestacional excesivo, es el factor más importante". (2)

Es así que estudios longitudinales demuestran una asociación entre el aumento de peso en la gestación y la obesidad materna posterior al embarazo y sugieren que la ganancia de peso gestacional y la retención del peso materno un año después del postparto están asociados con la obesidad a largo plazo.

Volver a un peso saludable después del parto puede prevenir el sobrepeso y la obesidad en el futuro. En este contexto, el objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre el IMC pregestacional, el incremento de peso gestacional y la retención del peso posparto.

Siendo esta población existe mayor riesgo de iniciar un embarazo en estas condiciones y terminarlo con igual o mayor retención de peso, lo que afecta la salud pública pues contribuye a la epidemia de obesidad y complicaciones antes, durante y después del embarazo, aunado a un efecto negativo en el éxito de la lactancia materna y su seguimiento exclusivo por seis meses.

La investigación se realizó con el propósito de: Determinar los factores relacionados a la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.

El esquema corresponde al propuesto por la universidad consta de 7 capítulos, en el I se expone la introducción, en el II, se presenta el planteamiento del problema, el III, corresponde al desarrollo del marco teórico, en el IV, se refiere a la metodología, en el V, se han consignado los resultados, en el VI, se muestra el análisis de los resultados, en el VII, la discusión de los resultados, así mismo, las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del Problema

“La retención de peso posparto se refiere al peso ganado durante el periodo de gestación y mantenido después del parto. Es un factor de riesgo importante para el desarrollo de obesidad en mujeres en edad fértil. La obesidad materna aumenta la probabilidad de desarrollar síndrome metabólico y el riesgo de transgeneracional de obesidad materna e infantil. (3)

"Las estimaciones promedio de retención de peso posparto en los países de altos ingresos oscilan entre 0,5 y 3,0 kg; sin embargo, entre el 13% y el 20% de las mujeres aumentan 5 kg en el período posparto, entre 6 y 18 meses después del parto, en comparación antes del embarazo". (4)

"Por ejemplo, en Dinamarca, la retención peso posparto a los 6 y 18 meses ($n = 23.710$), se asoció con un aumento de peso 7 años después del evento reproductivo; es decir, por cada kilogramo de peso corporal retenido a los 6 meses posparto se asoció con un aumento de 0.48 kg durante los 7 años posteriores". (5)

En América Latina, se estima que la retención de peso posparto es de entre 1,5 y 3,1 g entre los 6 y 12 meses posparto, y más del 25% retiene más de 4 kg.

Las mujeres que han parido una o dos veces tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de desarrollar obesidad en los cinco años próximos que las mujeres que nunca habían dado a luz, durante el mismo período.

"Según datos (ENDES) 2021, la prevalencia de sobrepeso a nivel nacional en mujeres en edad fértil aumentó 16,7 puntos porcentuales, con cifras de 49.0% entre el periodo 2007-2008 y 65.7% en el año 2021, la prevalencia de exceso de peso en mujeres en edad reproductiva mostró un incremento de 2.8 puntos porcentuales en el periodo 2007-2008 y el año 2021 (de 34.4% a 37.2% respectivamente)". (6)

Asimismo, la prevalencia de obesidad en mujeres en edad reproductiva ha mostrado una clara tendencia ascendente; La encuesta mostró que esta cifra ha aumentado 13,9 puntos porcentuales, incluido un 14,6% en el período de 2007 a 2008 y un 28,5% en 2021, casi 2,0 puntos porcentuales con respecto al año anterior.

Según datos del Sistema de Información del Estado Nutricional del niño y la gestante(SIEN) que acceden a los Establecimientos de Salud, la prevalencia de sobrepeso en gestantes en diferentes regiones durante los últimos 12 años de evaluación ha experimentado cambios significativos y muestra una clara tendencia ascendente.

De igual forma, las tasas de obesidad superan el 50% entre las mujeres embarazadas en las regiones de Tumbes, Ancas, Lima, Ica, Madre de Dios, Puno y Tacna.

En la sierra sur del Perú, se encuentran las regiones con mayores prevalencias y mayor incremento de sobrepeso en los últimos doce años. Por lo tanto, el aumento promedio de incremento en este grupo de regiones, fue 22,9 puntos porcentuales y la tasa de crecimiento es de 2,3 puntos porcentuales/año. (6)

Puno se destaca en este grupo de regiones con una prevalencia con cifras de 54,4% sobrepeso en gestantes, superando el 40,0% en el año 2021.

2.2. Pregunta de investigación general

PG: ¿Cuáles son los factores relacionados a la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca- 2023?

2.3. Preguntas de investigación específicas

PE 1.- ¿Cuál es la relación entre los factores obstétricos y la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el hospital Carlos Monge Medrano?

PE 2.- ¿Cuál es la relación entre los factores nutricionales y la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el Hospital Carlos Monge Medrano?

PE3.- ¿Cuál es la retención de peso materno promedio en el puerperio inmediato en el Hospital Carlos Monge Medrano?

2.4. Objetivo General

OG: Determinar los factores relacionados a la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.

2.5. Objetivos Específicos

OE 1.- Identificar los factores obstétricos relacionados a la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el Hospital Carlos Monge Medrano

OE 2.- Identificar los factores nutricionales relacionados a la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el Hospital Carlos Monge Medrano.

OE3.- Evaluar la retención de peso materno promedio en el puerperio inmediato en el Hospital Carlos Monge Medrano.

2.6. Justificación e importancia

La propuesta de desarrollar este proyecto surgió de la necesidad de comprender y resaltar la problemática de muchas mujeres en edad reproductiva, la retención de peso en el puerperio es un importante predictor de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil y esta puede conservarse a lo largo de su vida.

Una adecuada ganancia de peso durante el embarazo y la recuperación de un peso saludable después de la lactancia materna exclusiva contribuirán a prevenir el sobrepeso/obesidad. De esta manera, es posible identificar e intervenir grupos de riesgo para prevenir el sobrepeso y la obesidad a través de acciones en las etapa pre gestacional, gestacional y puerperio.

Justificación teórica

La obesidad materna, el aumento excesivo de peso gestacional y la retención de peso postparto pueden afectar la fertilidad y aumentan el riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales, se han realizado intentos para determinar las necesidades energéticas adecuadas durante el embarazo para promover un peso corporal óptimo antes, durante y después del parto y evitar el desarrollo de enfermedades crónicas.

Justificación práctica

Este estudio también tiene implicaciones prácticas, ya que mediante su realización se resaltaron las condiciones respecto a la retención de peso en el puerperio, que permite intervenciones para reducir los factores de riesgo de morbilidad y concienciar sobre la obesidad y el sobrepeso.

Justificación Metodológica

El trabajo es de importancia metodológica, ya que se puso a prueba la validez de los instrumentos seleccionados, cabe señalar que se siguieron pautas éticas y procedimientos estrictos para mantener la mayor objetividad posible.

Por lo tanto, estudios longitudinales demuestran una asociación entre la retención de peso gestacional y la obesidad materna posterior al parto.

Justificación Social

La investigación resalta la importancia social ya que se reconoce como una problemática actual que afecta a mujeres en edad reproductiva; en tal sentido, se abordaron las variables. Por lo tanto, la retención de peso mayor recomendado supone una característica común en estos individuos, debido a múltiples factores.

La alta tasa de obesidad en mujeres en edad reproductiva hace que la obesidad sea el problema médico más común. Para reducir los daños causados por la obesidad, se debe priorizar el control del peso durante el embarazo y después del parto en todas las regiones del

país y se deben incrementar los esfuerzos de manera consistente, coordinada y específica.

2.7. Alcances y limitaciones

Alcances

Alcance social: Está representada por puérperas inmediatas de partos eutócicos y cesáreas, hospitalizadas en el Hospital Carlos Monge Medrano.

Alcance geográfico: La presente investigación se realizará en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

Distrito: Juliaca.

Provincia: San Román

Departamento. Puno

Alcance temporal: La presente investigación se realizó, en los meses de junio a Julio, en el año 2023.

Limitaciones

Parte de las limitaciones son:

-Control prenatal tardío.

-Algunas pacientes no firman el consentimiento para participar en el estudio.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

-Antecedentes Internacionales

Sarasa Muñoz NL, Cañizares Luna O, Orozco Muñoz Y, Orozco Muñoz C, Díaz Muñoz Y, & Orozco Pérez de Prado C. 2020. En Cuba, realizaron un estudio titulado " Estado nutricional al inicio del embarazo, ganancia de peso y retención de peso al año de paridas " con el objetivo de describir el aumento de peso gestacional por categorías nutricionales y su relación con la retención de peso al año del parto. El método utilizado en el estudio fue observacional con corte transversal en 100 mujeres al año del parto, en tres distritos del municipio de Santa Clara, entre julio de 2016 – julio 2017. Se Consultaron el carné perinatal, se tomaron los pesos pre gestacionales en kg y realizaron la valoración nutricional en base al índice de masa corporal en primera consulta y peso al final del embarazo. Un año después del parto, fueron visitadas en su casa. Se recopilaron datos generales, se midió la talla del pie, el peso y la circunferencia de la cintura. Se Calcularon el peso corporal y tu índice cintura/altura. Predominó la condición de peso adecuado a la captación (67,08%). El 82,87% de las mujeres retuvo peso corporal al año de paridas; con mayor frecuencia en obesas (90,0%) y el sobrepeso (83,01%) según su estado nutricional a la captación. Todas las mujeres tenían una relación cintura/altura superior a 0,50 al año del parto. Finalmente, concluyeron que las mujeres con mayor

incremento de peso, por encima de lo recomendado, tienen menor probabilidad de recuperación del peso corporal al año de paridas." (7)

Monteschio, L. V. C., Marcon, S. S., Nass, E. M. A., Bernardy, C. C. F., de Paula Corrêa, Á. C., Ferreira, P. C., & Arruda, D. C. (2021).

En Brasil, donde realizaron un estudio titulado "Retención de peso posparto en mujeres atendidas en el servicio público de salud". Cuyo objetivo fue analizar la retención de peso posparto en mujeres que asistían al servicio de salud público en el municipio del sur de Brasil. Este estudio de cohorte realizado con 85 mujeres en posparto. Se recogieron datos socioeconómicos, obstétricos, antropométricos, hábitos alimentarios, actividad física, lactancia materna y factores emocionales en dos entrevistas: en el hospital, en el puerperio inmediato y seis meses después del parto. En el análisis se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Por tanto, la retención de peso posnatal fue superior a 1 kg se produjo en el 54,1% de los casos y se asoció con exceso de peso (68,4%), estado nutricional eutrófico/bajo peso al inicio del embarazo (65,8%) y sobrepeso a los seis meses del parto. (61,8%). Las mujeres que no dieron de lactar exclusivamente hasta los seis meses retuvieron más peso. El porcentaje de personas insatisfechas con su cuerpo es elevado (82,4%). Finalmente se concluyó que los factores de riesgo para la retención de peso posparto fueron el incremento excesivo de peso durante el embarazo y el estado nutricional pre gestacional eutrófico". (8)

Chávez-Alejo, J., Salas-Reyes, J. A., Zempoalteca-Morales, A., & Guerrero-Morales, A. L. (2021). En México. “Actividad física y ganancia de peso en mujeres embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar” tuvo como objetivo: Describir la actividad física y el aumento de peso en mujeres embarazadas. Métodos: Estudio de cohorte septiembre del 2020 a agosto del 2021; participaron 204 gestantes adscritas a medicina familiar; Se utilizaron encuestas sociodemográficas y de actividad física para determinar el peso, la talla y el índice de masa corporal durante el embarazo. Para el análisis estadístico se utilizó Excel y SPSS v22, se realizó estadística descriptiva, las variables cualitativas se ordenaron y resumieron en tablas de frecuencia y porcentaje. Se realizaron cálculos de riesgo relativo. Resultados: el 44,1% de los participantes (n= 90) ganó peso según las recomendaciones internacionales, pero el 30,3% (n= 62) ganó más peso de lo esperado; El 98,52% (n= 201) presentó sedentarismo durante el embarazo. El estudio encontró que tanto un estilo de vida sedentario como tener sobrepeso u obesidad durante el embarazo aumentan significativamente el riesgo de aumento de peso: respectivamente rr 1,44, IC 95% 1,31-1,58 y rr 19,2, IC 95% 6,6-55, 9. Conclusiones: La mayoría de las participantes tenían un estilo de vida sedentario y también se observó que esto contribuye al aumento de peso durante el embarazo. (9)

Giles, A. G. G. (2021). México. “las complicaciones durante el embarazo representan problemas no solo de tipo de salud sino también socioeconómicas que afectan a la familia, la sociedad y a los

servicios de salud principalmente en los costos de la atención. Objetivo: Determinar la relación entre el control prenatal tardío y las complicaciones en el embarazo de la población atendida en el Hospital Comunitario de Puente de Ixtla, octubre - diciembre de 2018. Material y métodos: El estudio fue cuantitativo, observacional, analítico y transversal. La población estuvo constituida por gestantes que acudían al servicio de toco cirugía solicitando atención médica. Para la recolección de datos se creó un instrumento de 43 preguntas, teniendo en cuenta datos sociodemográficos, datos del embarazo y su atención así como datos referentes a la institución que proporciona el servicio. El análisis se realizará con el programa estadístico STATA v. 14, utilizando la frecuencia y asociación. Resultados esperados: se ha observado en otros estudios que el 53% de la población que acude a control prenatal tardío tiene una edad de 20 a 29 años, el 41% con estudios de secundaria incompleta, 64% viviendo en unión libre, 69 % dedicadas al hogar, el 83% con un ingreso menor o igual a un salario mínimo. El 58% presento complicaciones como amenaza de aborto, hipertensión, diabetes gestacional, patología placentaria y amenaza de parto pretérmino”.

Pástor Altamirano, D. E. (2020). Ecuador, Realizo una investigación titulada “Valoración ponderal, índice de masa corporal en el primer trimestre de embarazo, ganancia de peso gestacional y su relación con el peso del recién nacido en el Hospital Metropolitano de Quito entre enero del 2017 y diciembre del 2018” El peso materno y el estado nutricional antes y durante el embarazo son determinantes

para el crecimiento fetal. El objetivo del estudio fue describir la relación entre el peso e IMC en el primer trimestre de embarazo, el incremento de peso materno durante la gestación y el peso neonatal en pacientes atendidas. Estudio fue transversal con datos obtenidos de 384 registros clínicos. La edad promedio fue de 32,83 años, el 39% presentaba IMC inicial anormal, el 60,9% registró una ganancia de peso no acorde a los lineamientos de la OMS. Se encontró relación estadísticamente significativa entre aumento de peso gestacional y peso al nacer ($OR=11,67$ 1,537-88,659). El peso promedio al nacer se relacionó con la media de la edad materna y APGAR >7 puntos. El aumento de peso gestacional, según IMC inicial, guarda una importante relación con el resultado final del peso del recién nacido”.

(11)

-Antecedentes Nacionales

Aranzamendi Fernández, M. S. (2020). “Realizo un estudio en Arequipa, titulado “Ganancia de peso excesivo durante la gestación como factor de riesgo para depresión postparto en las pacientes atendidas en la Clínica San Juan de Dios” el cual tuvo como objetivo determinar si el incremento de peso excesivo durante el embarazo es un factor de riesgo para la depresión posparto en de la Clínica San Juan De Dios, Arequipa. Este estudio fue retrospectivo y analítico, que incluyó 216 puérperas, divididas en 2 grupos según los criterios de selección: pacientes con depresión posparto y sin depresión posparto; aplicados con el test de Edimburgo Prueba (confirmada por odds ratio) y estadística de chi-cuadrado. La prueba se aplicó a casos y controles

con un aumento de peso de más de 15,9 kg. Se encontró que el incremento de peso excesivo durante el embarazo era un factor de riesgo significativo de depresión en puérperas con un odds ratio de 2,29. La frecuencia de puérperas con depresión tuvieron un aumento excesivo de peso del 35% durante el embarazo. En puérperas sin depresión, la tasa de aumento excesivo de peso durante el embarazo fue del 19%. Finalmente, el estudio concluyó que el incremento peso excesivo durante el embarazo es un factor de riesgo para la depresión posparto en la Clínica San Juan De Dios. (12)

Briceño Quijano, L. S. (2021). Realizo una investigación en Huánuco, titulado “Aumento de peso materno como factor de riesgo para desarrollar complicaciones en el embarazo” cuyo propósito fue asociar las variables aumento de peso gestacional y complicaciones en el embarazo, específicamente conocer los datos basales, conocer el aumento de peso por trimestres gestacionales e identificar las complicaciones obstétricas en la gestante durante el embarazo, parto y puerperio; el método de estudio fue no experimental descriptivo, correlacional, transversal y retrospectivo, muestra de 100 expedientes clínicos. Como resultados se obtuvo: 1. Datos basales de la gestante, edad adolescente con secundaria completa (49%), adulta con nivel secundaria (21%), añosa con nivel técnico (15%); gesta: primigesta (49%), multigesta (51%), periodo intergenésico corto (36%), largo (15%), antecedentes de alto riesgo obstétrico (51%), peso antes del embarazo: bajo peso (49%), sobre peso (51%). 2. Ganancia de peso materno por trimestres: Bajo peso (49%), peso alto (51%). 3.

Complicaciones obstétricas: Embarazo, amenaza de parto pre término (28%), diabetes mellitus (30%), EHE (21%), RPM (21%); parto: DPPNI (14%), atonía uterina (14%); puerperio: Desgarros perineales (85%). La hipótesis fue probada mediante Rho Spearman = ,412 [OR= 8,51], indicándonos que los cambios en la ganancia de peso materno incrementan el riesgo de presentar complicaciones obstétricas durante el postparto, existiendo ocho veces la posibilidad de presentar algún daño en su salud. Se concluyó que el incremento de peso materno excesivo es un factor de riesgo de complicaciones en la gestante. (13)

Chambe, C., & Shirley, V. (2022). Tacna, desarrollo una investigación, denominado “Estado nutricional pre gestacional y ganancia de peso materno relacionado a complicaciones materno perinatales, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna” con el propósito de determinar la correlación entre el estado nutricional previo al embarazo y el incremento de peso materno relacionado a complicaciones materno perinatales. La metodología fue observacional retrospectivo correlacional, se consideró una población total de 1432 historias clínicas que cumplieron los requisitos de inclusión. En los resultados se encontró que el promedio de índice de masa corporal fue de 27.93, además el 32.9% era obesa y el 33.2% tenía sobrepeso, en cuanto a la ganancia de peso en gestantes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el año 2021, donde la media de la ganancia de peso fue de 10.73 kg. Obteniendo, el 40.6% una alta ganancia de peso. Finalmente, se concluyó que el estado

nutricional previo a embarazo y el aumento de peso durante la gestación se relacionaron con las siguientes complicaciones maternas como: cesárea (p: 0.001), desproporción céfalopélvica (p: 0.004) e hipertensión en el embarazo (p: 0.001). Además de las perinatales como: peso del neonatal (p: 0.001), peso para la edad gestacional (p: 0.013)". (14)

Magallanes-Corimanya, M., Barazorda-Huyhua, M. I., & Roa-Meggo, Y. J. (2018). Presentaron un estudio en Lima, denominado "Índice de masa corporal pregestacional, aumento de peso en el embarazo y retención de peso en el puerperio" el objetivo fue determinar la relación entre el IMC pregestacional, el incremento de peso gestacional y la retención de peso posparto. La investigación es observacional, analítico y transversal. Se incluyeron 91 mujeres cuyos partos se atendieron en diciembre del 2016 en el Hospital Marino Molina Scippa del Seguro Social de Salud de Perú. Las variables de la investigación fueron: índice de masa corporal antes del embarazo, aumento de peso gestacional, índice de masa corporal posparto y retención de peso a los seis meses posparto. El análisis estadístico comprendió la independencia de variables a través de las pruebas chi cuadrado y t de Student. Resultados: de índice de masa corporal promedio antes del embarazo fue $25,23 \pm 4,1$ y el IMC en el puerperio fue de $27,56 \pm 4,54$, respectivamente. El aumento de peso gestacional fue de 12,67; 11,95; 10,42 y 10,00 kg en mujeres de bajo peso, peso adecuado, sobrepeso y obesidad, respectivamente. La retención de peso posparto para cada grupo fue de: 4,70 (bajo peso); 6,43 (peso

adecuado); 4,66 (sobrepeso) y 5,92 (obesidad) kg. La proporción de mujeres con sobrepeso/obesidad aumento del 50,6 % durante la gestación al 71,5 % a los 6 meses posparto. Se concluyó que hubo una diferencia significativa entre el índice de masa corporal antes del embarazo e índice de masa corporal posparto, para todos los grupos nutricionales y para los diferentes grupos de ganancia de peso gestacional". (15)

Martínez-Hernández, A. J., & García-Sánchez, B. I. (2022).

Presentaron una investigación denominado "Impacto de la práctica de lactancia materna exclusiva en la reducción del IMC en el primer trimestre posparto" cuyo objetivo fue conocer el posible efecto de la lactancia materna exclusiva en la disminución del IMC en el postparto. El estudio es de tipo observacional correlacional, longitudinal y cuantitativo, se seleccionaron 68 mujeres mediante aleatorización intencionada y se les dio seguimiento durante 3 meses después del parto, se valoró: IMC previo al embarazo, incremento de peso durante el periodo de gestación, Lactancia Materna Exclusiva (LME), principales motivos de abandono de la LME, peso durante el puerperio inmediato, IMC al mes, dos y tres meses posparto, recuperación del IMC pregestacional. Utilizando estadística descriptiva y correlación de Spearman. El 47% presentaron estado nutricional pregestacional adecuado de acuerdo a IMC, 32.4% sobrepeso, 19.1% Obesidad grado 1 y el 1.5% Obesidad grado 2. El 67.6% gano adecuado peso durante el embarazo, mientras que el 32.4% gano peso excesivo. Prevalencia de LME fue del 70.5%; la principal causa de abandono fue

percepción de baja producción láctea, para el tercer mes posparto el 63.2% de las mujeres habían recuperado su peso pregestacional. Finalmente se refuerzan las recomendaciones de la OMS sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, considerando éste periodo un momento crítico para los cambios en la composición corporal y el riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad en etapas futuras”. (16)

-Antecedentes Regionales

Núñez Zela, C. I. X. (2020). Llevo a cabo una investigación denominada “Aumento de peso materno excesivo como factor asociado a preeclampsia en el Hospital III Es salud puno “con la finalidad de determinar si existe una relación significancia entre el exceso de peso materno y el desarrollo de preclamsia en gestantes. La metodología fue observacional, analítico, retrospectivo y transversal. Se contó con una población de 100 personas donde se aplicó una ficha para la recolección de datos. Los resultados mostraron que el grupo etario donde hubo más presencia de preeclampsia fue en pacientes entre los 31 a 40 años (77.3%), respecto al peso pregestacional se manifestó la preeclampsia con más frecuencia en pacientes entre los 51 a 60 kg (64.8%)y en post gestacional donde un (76%) de la población bajo estudio presento preeclampsia entre los 61 a 70 kg. Respecto al sobrepeso se encontró que un 100% de ellos llegaron a desarrollar preeclampsia, respecto a la obesidad se encontró que del total de pacientes que presentaron

obesidad un 83.3% de ellos llegaron a presentar preeclampsia. Dicho los resultados anteriores se demuestra que el aumento ponderal excesivo se presenta como un factor de riesgo para la aparición de la preeclampsia". (17)

Chiara Diaz, F. (2019). En puno, el objetivo fue: identificar los principales factores de riesgo que influyen en la Restricción del Crecimiento Intrauterino en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Material y métodos: El estudio fue no experimental correlacional, enfoque cuantitativo y corte transversal, la población estuvo conformado por gestantes diagnosticadas con restricción del crecimiento intrauterino. La técnica del estudio fue la encuesta. Resultados: Según el estudio, el 56.7% presento Restricción del Crecimiento Intrauterino moderado. Los agentes sociodemográficos que influyeron en la Restricción del Crecimiento Intrauterino tuvieron un impacto significativo en: menores de 18 años 53.3% y gestantes en pobreza extrema 53.4%. Los agentes maternos que influyeron en la Restricción del Crecimiento Intrauterino presentó que tuvieron un impacto significativo en: gestantes que no asistieron al control prenatal 46.7%, gestantes que ganaron menos de 08 kg 50%, gestantes con anemia 40% y gestantes que consumieron bebidas alcohólicas 40%, no se encontró influencia con la paridad y el periodo intergenésico. Los agentes fetales que influyeron en la Restricción del Crecimiento Intrauterino tuvieron un impacto significativo en: embarazo gemelar 50% y no se observó ningún efecto para las malformaciones fetales. Agentes placentarios que influyeron

en la Restricción del Crecimiento Intrauterino que tuvieron un impacto significativo en: Maduración placentaria III/III 53.3%. Conclusiones: Los principales agentes de riesgo que influyeron en la Restricción del Crecimiento Intrauterino fueron los agentes sociodemográficos (edad y condición económica), maternos (control prenatal, ganancia de peso, enfermedades maternas y hábitos nocivo), fetales (número de productos) y placentarios (insuficiencia placentaria). (18)

Calsin Ramos, R. (2020). “Objetivo: Determinar si la presión arterial media alta del primer trimestre está relacionada a preeclampsia en gestantes residentes de gran altitud. Metodología: El estudio fue observacional y retrospectiva. Se revisó 279 registros médicos de gestantes residentes de gran altitud, con edad gestacional superior a 20 semanas, donde 93 (casos) pacientes presentaron preeclampsia y 186 (controles) no presentaron preeclampsia. Resultados: Se observó que desarrollaron preeclampsia, el 24.4% de gestantes con presión arterial media alta y el 35.1% de gestantes sin presión arterial media alta; la presión arterial media alta fue un factor de riesgo (OR:2.44, IC:1.42-4.19, p:0.0007); en las gestantes con presión arterial media alta el grupo de edad de 35 a más años fue un factor de riesgo (OR:15.92, IC:6.84-37.06, p<0.001). Conclusiones: La presión arterial media alta (PAM $\geq$ 72.5mmHg) en el primer trimestre está asociada significativamente al desarrollo posterior de preeclampsia en gestantes residentes de gran altitud atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano 2019. La edad materna de 35 a más años, en gestantes con presión arterial media alta, está asociada

significativamente al desarrollo de preeclampsia en gestantes residentes de gran altitud atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano 2019". (19)

Chambilla Mamani, M. 2019. En Puno “Objetivo: describir los factores de riesgo asociados a los niveles de hemoglobina en mujeres embarazadas del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en el año 2018. Materiales y métodos: Es un estudio no experimental, descriptiva, analítica, de corte transversal, la población estuvo constituida por 84 gestantes. Como resultado obtuvieron que los factores de riesgo relacionados con el nivel de hemoglobina son: la edad de 25 a 35 años 71,43%, el grado de instrucción secundaria con 52,38%, de procedencia urbana 89,29%, multigestas 57,14%, tuvieron un aborto 19,05%, tiene un hijo vivo 28,57%, tienen un hijo muerto 7,14%, la ocupación su casa 61,90%, ingreso económico de 851 a 1,500 soles 48,81%, el consumo de proteínas 47,63% consume 1 vez al día, el consumo de menudencia 45,24% consume semanalmente, el consumo de carbohidratos 89,29% consume 3 veces al día, el consumo de frutas 51,19% consumen 1 vez al día, la administración de ácido fólico y sulfato ferroso 16,67% consume diario desde el segundo trimestre, la edad gestacional 52,38% se encuentra en el tercer trimestre, antecedente de aborto 54,76%, periodo inter genésico menor a 2 años 45,24%, presentaron hiperémesis 46,43%, presento sobre peso 28,57%, consumo de bebidas alcohólicas eventualmente 92,86%, todos con un nivel de significancia $P < 0,05$, finalmente concluyeron que el nivel de hemoglobina en gestantes, anemia leve

66,67%, normal según nivel de hemoglobina 27,38%, anemia moderada 5,95%". (20)

3.2. Bases teóricas

1. Factores relacionados

1.1 Obstétricos

Cualquier patología médica, obstétrica o circunstancia sociodemográfica que durante el embarazo, parto y puerperio pueda ocasionar un aumento en la morbilidad tanto materna como fetal

1.1.1 Edad

a) Menores de 20 años.

"La OMS (Organización Mundial de la Salud) considera que el embarazo en mujeres menores de 19 años es embarazo precoz o embarazo en la adolescencia, y la mayoría de los casos ocurren entre los 15 y 19 años". (21)

El embarazo en una fase precoz de la vida, como la adolescencia, puede tener consecuencias tanto para la mujer como para el bebé, como depresión durante y después del embarazo, parto prematuro y aumento de la presión arterial.

b) Edad adecuada.

"La edad óptima para que una mujer tenga hijos es entre los 19 y los 30 años. A medida que avanza la edad de la mujer la fertilidad va disminuyendo hasta la menopausia (fin de los años reproductivos), que oscila entre los 45 y 52 años. A medida que pasan los años, el número y la calidad de los óvulos de la mujer disminuye. (22)

c) Añosas.

Hoy en día muchas mujeres tienden a esperar hasta después de los 30 años para poder empezar una familia, hay casos de más mujeres que son mamás primerizas después de los 35.

"Existen diversas razones que han producido este retraso en la maternidad. El motivo principal es la falta de estabilidad económica y laboral, pero también hay que tener en cuenta que gracias a la reproducción asistida el número de madres mayores de 35 años ha ido creciendo". (23)

Lamentablemente, las mujeres que se convierten en madres pasando de los 35 años tienen una mayor tasa de abortos espontáneos y embarazos ectópicos.

1.1.2 Paridad

Es la totalidad de embarazos de una mujer. Se toman en cuenta abortos, embarazos prematuros. La paridad se encuentra desarrollada entre nulíparas (ningún parto), primíparas (un parto), multíparas (dos a cinco partos) y gran multíparas (más de seis partos).

1.1.3 1ra atención prenatal

"Según la Organización Panamericana de la Salud afirma que la atención prenatal es un requisito previo de los servicios de salud reproductiva, ya que permite realizar actividades preventivas y promocionales como el tamizaje, el diagnóstico oportuno y la prevención de enfermedades". (24)

Se ha demostrado que esta atención, cuando se brinda tempranamente y utilizando prácticas basadas en evidencia, ayuda a mejorar la salud materna y perinatal.

a) Primer trimestre (precoz)

El primer momento de inicio es un punto crítico en los cuidados de la mujer embarazada, pues a partir de este momento se puede establecer un programa de trabajo regular y continuo según las necesidades de salud.

Los criterios para considerar el inicio temprano de la atención prenatal varían de un país a otro de la región dependiendo de la semana de gestación, pero rondan el primer trimestre.

b) Segundo y tercer trimestre (tardío)

"El inicio tardío de la atención prenatal es parte de un problema de salud pública. Se reconoce que esta condición puede deberse a varias causas, propias de la gestante, sus familias, sus condiciones sociales y culturales e incluso puede estar relacionado con los centros de salud donde reciben atención." (25)

1.1.4 Morbilidad

El término morbilidad proviene del vocablo latino morbidus, que significa «enfermo» o «sin salud», y se define como el número de personas que padecen una enfermedad o condición.

a) Anemia

"La anemia es uno de los problemas médicos más importantes durante el embarazo, y el riesgo de anemia aumenta a medida que avanza la edad gestacional debido a los mayores requerimientos de nutrientes necesarios para la síntesis y mantenimiento de la unidad fetoplacentaria". (26)

b) Enfermedades hipertensivas

La enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE) se define como un trastorno que se presenta durante el embarazo, parto o alumbramiento, y que se caracteriza por un aumento de la presión arterial $\geq 140/90$ mmHg, acompañado de signos y síntomas que permiten clasificarla según su severidad.

c) Infecciosas

-Urinarias

“Existen diferentes tipos de infecciones urinarias, porque el recorrido del tracto urinario comienza desde los riñones hasta la uretra, pudiendo ocurrir la infección en cualquier parte de ellas. Una de ellas es la cistitis o inflamación de la vejiga, que suele presentarse en mujeres sexualmente activas de entre 20 y 50 años. Otra, más grave que una cistitis, es la infección en los riñones, también llamada pielonefritis”. (27)

También existe un tercer tipo de infección, bacteriuria asintomática, en la que no presentan ningún síntoma. Si no se trata puede aumentar el riesgo de infección renal, provocando un parto prematuro, bajo peso al nacer e incluso morbilidad perinatal.

-Cérvicovaginales

La infección cervical y vaginal materna se define como la presencia de un microorganismo patógeno en el cuello uterino y/o la vagina durante el embarazo.

"Los tipos más comunes de estas infecciones son las enfermedades de transmisión sexual (infección por *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, virus del herpes simple, virus del papiloma humano). Sin embargo, no todas las infecciones cervicovaginales son infecciones de transmisión sexual, como las causadas por *Candida albicans*. (28)

1.1.5 Edad gestacional

Se define por lo general de manera imprecisa como el número de semanas entre el primer día del último período menstrual normal de la madre y la fecha del parto.

a) Prematuro < 37 semanas

"El nacimiento prematuro significa que el bebé nace demasiado pronto. El nacimiento tiene lugar antes de la semana 37 de embarazo. Un embarazo normal dura

aproximadamente unas 40 semanas. Los bebés prematuros suelen desarrollar problemas de salud graves, especialmente si nacen mucho antes". (29)

b) A término 37 a 41

Para un embarazo único, el período de gestación promedio es de 40 semanas (280 días) a partir del primer día del último período menstrual de la fecha estimada del parto. Se considera plazo completo el período comprendido entre 3 semanas antes de la fecha prevista y 2 semanas después de la fecha considerado a término.

c) Postérmino 42 a más

"Un embarazo postérmino se define como un embarazo que dura ≥ 42 ($> 41 \frac{6}{7}$) semanas. Un embarazo postérmino se define como un embarazo de $41 \frac{0}{7}$ a $41 \frac{6}{7}$ semanas. Se debe considerar la vigilancia prenatal después de las 41 semanas. La inducción del trabajo de parto se considera después de las 41 semanas, preferiblemente después de las 42 semanas". (30)

1.2 Nutricionales

Mantener una dieta saludable a lo largo de la vida ayuda a prevenir diversas formas de desnutrición en todas sus formas, así como diversas enfermedades y trastornos no transmisibles. Sin embargo, el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y los cambios en los estilos de vida han provocado cambios en los hábitos alimentarios.

1.2.1 IMC pregestacional

Es la masa corporal en relación con la talla, y se calcula en dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros. $IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura (m}^2\text{)}$.

“El índice de masa corporal (IMC) pregestacional aumentado, afecta la salud materna durante y después del embarazo, y se asocia con un mayor riesgo de sufrir diabetes gestacional, preeclampsia o muerte fetal. Además, un IMC pregestacional alto aumenta los niveles de ansiedad, estrés y depresión, lo que lleva un mayor riesgo de aborto espontáneo, bajo peso al nacer y prematuridad”. (31)

1.2.2 Ganancia de peso en el embarazo

El aumento de peso durante el embarazo es uno de los aspectos más preocupantes del seguimiento del embarazo, pero no se

puede generalizar, pues cada mujer embarazada tiene características diferentes.

El aumento de peso gestacional (GPG) es uno de los indicadores más utilizados en el cribado prenatal y podría ser uno de los indicadores más estrechamente relacionados con los resultados perinatales.

El aumento de peso óptimo durante el embarazo se relaciona a menor riesgo para la salud de la madre y del feto, tanto en la etapa de gestación como en el parto.

El aumento de peso óptimo para todas las gestantes está entre 8 y 16 kg, considerando patológico todo incremento inferior a 8 kg o superior a 16 kg.

1.2.3 Fraccionamiento de la dieta

Que la base de la alimentación saludable son alimentos de origen vegetales con el menor procesamiento posible: verduras, frutas, hortalizas, legumbres, cereales integrales y frutos secos.

Asegurar el consumo de cinco raciones de frutas y verduras al día.

1.2.4 Ingesta energética

-Grasas. “El consumo de grasas es importante no sólo como fuente de energía y ácidos grasos esenciales, sino también como transportador de vitaminas liposolubles. Se estima que la grasa

constituye entre el 20 y el 25 por ciento de la energía dietética de una mujer embarazada.” (32)

La dieta de una mujer embarazada debe garantizar una ingesta adecuada de ácidos grasos poliinsaturados, incluidos los ácidos linoléico y linolénico, que se encuentran principalmente en el aceite de semillas, yema de huevo, carne, pescado y mariscos.

-Carbohidratos. Se estima que los carbohidratos aportan entre 50 y 70% de la energía dietaría.

2. Retención de peso posparto inmediato

La retención de peso postparto se definió como la diferencia entre el peso reportado en el momento del estudio y el peso previo al embarazo. Hasta la fecha no se han descrito valores recomendados para el mantenimiento del peso después del nacimiento

a) Adecuada ≤ 5 k

Retención de peso de menos de 5 kg a los seis meses posparto.

b) Inadecuada > 5 k

Retención de peso de 5 kg o más a los seis meses posparto.

3.3. Marco conceptual

Retención de peso posparto: La retención de peso postparto se definió como la diferencia entre el peso reportado en el momento de

la investigación y el peso pre gestacional. Hasta la fecha no se han descrito unos valores de retención de peso postparto recomendados.

Peso pre gestacional: Es el peso habitual de la mujer embarazada antes del embarazo, expresado en kilogramos (kg) se obtiene de la historia clínica, o directamente por medio de la usuaria.

Índice de masa corporal pre gestacional: Este el valor del índice de masa corporal previo al embarazo actual. Se determina al dividir la masa en relación al peso pre gestacional en kilogramos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Ganancia de peso gestacional: Cantidad de peso que incrementa la gestante durante el proceso de gestación.

Preeclampsia: Se habla de preeclampsia cuando hay presencia de hipertensión por encima de los valores mencionados previamente y proteinuria en una mujer embarazada después de la semana 20, salvo la presencia de mola hidatiforme o hydrops fetal.

IV. METODOLÓGICA

4.1. Tipo y Nivel de la Investigación

La investigación es de tipo científica aplicada, porque se desarrollará en la realidad actual de la población de las puérperas inmediatas hospitalizadas.

El abordaje del estudio es descriptivo y correlacional por que busca determinar la relación entre las variables. Por el tiempo de recolección de datos es prospectiva. Mientras indica que es transversal porque se ha hecho el control de peso in situ solo una vez.

4.2. Diseño de Investigación

El diseño es no experimental. En este tipo de estudio, los fenómenos de estudio no son manipulados de forma deliberada para ver su efecto sobre otras. Centrándose en la observación de las variables en su estado natural y luego analizarlos.

4.3. Hipótesis General

HG. La retención de peso materno en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, es mayor de 5k inadecuada en la mayoría de casos y se relaciona con factores obstétricos y nutricionales adversos.

4.4. Hipótesis Específicas

HE 1.- Existe relación entre los factores obstétricos: edad materna extrema, multiparidad, atención prenatal tardía, la morbilidad como infecciones urinarias y prematuridad con la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el hospital Carlos Monge Medrano

HE 2.- Existe relación entre los factores nutricionales: índice de masa corporal > 25 , aumento excesivo de peso en el embarazo, fraccionamiento de la dieta mayor de 5 veces e ingesta calórica mayor de 80% con la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el hospital Carlos Monge Medrano.

HE 3.- La retención de peso materno en el puerperio inmediato en el Hospital Carlos Monge Medrano es inadecuada mayor de 5 kilos en la mayoría de casos.

4.5. Identificación de las variables

Variable 1: Factores relacionados

Dimensiones-Factores obstétricos

-Factores nutricionales

Variable 2: retención de peso en el puerperio

Dimensiones

-Adecuado

-Inadecuado

4.6. Matriz de operacionalización de las variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORES	NIVELES Y RANGOS	TIPO DE VARIABLE
1. Factores relacionados	1.1 Obstétricos	1.1.1 Edad	1	Politómica	a) < 20 años b) 21 a 35 años c) 36 a más	Ordinal
		1.1.2 Paridad	2	Politómica	a) Primípara b) Multípara c) Gran multípara	Nominal
		1.1.3 1ra atención prenatal	3	Dicotómica	a) Precoz I trimestre b) Tardía II y III Trimestre	Ordinal
		1.1.4 Morbilidad	4	Politómica	a) Infecciones urinarias b) Anemia c) Enfermedades hipertensivas d) Infecciones cervicovaginales e) Ninguna	Nominal
		1.1.5 Edad gestacional	5	Politómica	a) Prematuro < 37 semanas b) A término 37 a 41 c) 42 a más	Ordinal

	1.2 Nutricionales	1.2.1 IMC pregestacional	6	Politómica	a) Delgadez <18.5 b) Normal >18.5-<25 c) Sobrepeso>25 <30 d) Obesidad >30	Ordinal
		1.2.2 Ganancia de peso en el embarazo	7	Politómica	a) Aumento pequeño < 8k b) Adecuada ganancia 8-16k c) Aumento excesivo >16 k	Ordinal
		1.2.3 Fraccionamiento de la dieta	8	Politómica	a) < 5 veces b) 5 veces c) > 5 veces	Ordinal
		1.2.4 Ingesta energética	9	Politómica	a) < recomendado < 70% b) = Recomendado 70 A 80% c) > recomendado>80%	Ordinal

2. Retención de peso posparto inmediato		2.1 Retención de peso posparto inmediato	10	Dicotómica	a) Adecuada ≤ 5 k b) Inadecuada > 5 k	Ordinal
---	--	--	----	------------	--	---------

4.7. Población – Muestra

Población.

La población estuvo representada por todas las puérperas inmediatas cesáreas y partos vaginales, hospitalizadas en el Hospital Carlos Monge Medrano del distrito de Juliaca el cual se ubica en la provincia de San Román perteneciente a la región de Puno; esta población suma en su totalidad. Cifra representada por 683 casos durante los meses de estudio.

Muestra.

El tamaño de la muestra se calculó aplicando la siguiente fórmula por tratarse de una población finita:

$$N = \frac{PxQ}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{PxQ}{POB}} =$$

Donde:

N = Tamaño de la muestra

Z = 1,96 (desviación estándar para un intervalo de confianza de 95.5)

P = 50 (proporción de la población que posee la característica)

Q = 1- P

E = 5% (Margen de error que se está dispuesto a aceptar)

POB = 683 casos.

$$M = \frac{50 \times -49}{5^{(2)} + \frac{50 \times -49}{1.96^{(2)} + 683}} =$$

$$M = \frac{2450}{6.51 + 3.59} = \frac{2450}{10.1} = 243$$

La muestra quedó representada por 243 de puérperas inmediatas.

4.8. Técnicas e Instrumentos de recolección de información

Técnica

Observación

Encuesta

Fuente primaria

Es la puérpera

Instrumento:

Guía de observación

Hoja de cuestionario

4.9. Técnicas de Análisis e interpretación de datos

-Para el análisis de datos se procedió a la recopilación en una ficha Excel de conformidad a las variables operacionalizadas.

-Se procedió a la elaboración de tablas con el programa SPSS V24.

-Para realizar la contrastación de la hipótesis se aplicó la Prueba de Chi cuadrado de Pearson.

V. RESULTADOS

5.1. Presentación e interpretación de Resultados

TABLA 1. Edad y retención de peso posparto de puérperas inmediatas.

EDAD	RETENCIÓN DE PESO POSPARTO				TOTAL	
	ADECUADA ≤ 5Kg		INADECUADA >5 Kg			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 20 AÑOS	11	4.5	1	0.4	12	4.9
21 A 35 AÑOS	50	20.6	91	37.4	141	58.0
36 A MÁS AÑOS	21	8.6	69	28.5	90	37.1
TOTAL	82	33.7	161	66.3	243	100.0

FUENTE: Guía de observación

$$X^2 \text{ CAL}=48.77 > X^2 \text{ TAB}=13.815 \quad \text{GL } 2 \quad \text{NS } 0.001$$

En cuanto a la variable edad, en 4.9% de casos fue menor de 20 años, el 58.0% oscila entre 21 a 35 años y el 37.1% de casos es de 36 a más años.

El análisis bivariado muestra que en el grupo de retención de peso posparto adecuado la mayoría tuvo entre 21 a 35 años, en el grupo con inadecuada retención de peso también se aprecia la mayoría con edades entre 21 a 35 años.

La edad extrema para el embarazo se presentó con mayor frecuencia en el grupo con retención de peso inadecuada en el posparto inmediato.

Al correlacionar la edad y retención de peso posparto, la prueba de chi cuadrado muestra que chi cuadrado calculado es mayor al tabulado, para 2 grados de libertad y p valor de 0.001.

Es decir que sí existe relación de dependencia entre las variables muy significativa.

TABLA 2. Paridad y retención de peso posparto en puérperas inmediatas.

PARIDAD	RETENCIÓN DE PESO POSPARTO				TOTAL	
	ADECUADA ≤ 5Kg		INADECUADA >5 Kg			
	N°	%	N°	%	N°	%
PRIMÍPARA	33	13.6	51	21.0	84	34.6
MULTÍPARA	47	19.3	92	37.9	139	57.2
GRANMULTÍPARA	2	0.8	18	7.4	20	8.2
TOTAL	82	33.7	161	66.3	243	100.0

FUENTE. Guía de observación

$$X^2 \text{ CAL}=6.20 > X^2 \text{ TAB}=5.991 \quad \text{GL } 2 \quad \text{NS } 0.05$$

Respecto a la paridad, en el 34.6% fueron primíparas, en el 57.2% multíparas y el 8.2% granmutíparas.

En puérperas con retención adecuada de peso posparto y en aquellas con inadecuada retención se aprecia el mismo comportamiento de la variable paridad, en ambos casos se presentó con mayor frecuencia en multíparas 19.3% y 37.9% respectivamente.

Los extremos de la paridad se presentaron con mayor frecuencia en puérperas inmediatas con retención de peso inadecuada en el posparto inmediato.

Según chi cuadrado la correlación entre la paridad y la retención de peso posparto, muestra una leve significancia, p valor igual a 0.05.

TABLA 3. Primera atención prenatal y retención de peso posparto en puérperas inmediatas.

PRIMER CONTROL PRENATAL	RETENCIÓN DE PESO POSPARTO				TOTAL	
	ADECUADA ≤5Kg		INADECUADA >5 Kg			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRECOZ (I TRIMESTRE)	61	25.1	84	34.6	145	59.7
TARDÍO (II Y III TRIMESTRE)	21	8.6	77	31.7	98	40.3
TOTAL	82	33.7	161	66.3	243	100.0

FUENTE. Guía de observación

$$X^2 \text{ CAL}=11.14 > X^2 \text{ TAB}=10.827 \quad \text{GL } 1 \quad \text{NS } 0.001$$

En cuanto al primer control prenatal, en el 59.7% de casos fue precoz, es decir en el primer trimestre del embarazo y en el 40.3% tardío en el segundo y tercer trimestre de embarazo.

En ambos grupos de estudio la atención prenatal fue precoz en la mayoría de casos, retención adecuada con un 25.1% y retención inadecuada con un 34.6%.

La correlación estadística entre las variables de la tabla primer control prenatal y la retención de peso en el posparto inmediato, dio para chi cuadrado de Pearson un p valor de 0.001.

TABLA 4. Morbilidad materna y retención de peso posparto en púerperas inmediatas.

MORBILIDAD	RETENCIÓN DE PESO POSPARTO				TOTAL	
	ADECUADA ≤ 5Kg		INADECUADA >5 Kg			
	N°	%	N°	%	N°	%
INFECCIÓN URINARIA	13	5.3	33	13.6	46	18.9
ANEMIA	7	2.9	19	7.8	26	10.7
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	0	0.0	21	8.6	21	8.6
INFECCIONES CERVICOVAGINALES	5	2.1	17	7.0	22	9.1
NINGUNA	57	23.4	71	29.3	128	52.7
TOTAL	82	33.7	161	66.3	243	100.0

FUENTE: Guía de observación

$$X^2 \text{ CAL}=19.71 > X^2 \text{ TAB}=18.465 \quad \text{GL } 4 \quad \text{NS } 0.001$$

Respecto a la morbilidad, en el 18.9% se presentó infección urinaria, el 10.7% de embarazadas presentó anemia gestacional, el 8.6% enfermedades hipertensivas, el 9.1% infecciones cérvico vaginales y el 52.7% ninguna enfermedad.

Comparando ambos grupos de estudio se encontró una frecuencia de morbilidad de 10.3% de porcentaje acumulado para el grupo con retención adecuada de peso posparto y de 37% para el grupo con retención inadecuada.

La causa más común de morbilidad en ambos grupos de estudio fue la infección urinaria.

El análisis estadístico entre las variables, morbilidad y retención de peso post parto según chi cuadrado es muy significativa con un p valor de 0.001.

TABLA 5. Edad gestacional y retención de peso posparto en puérperas inmediatas.

EDAD GESTACIONAL	RETENCIÓN DE PESO POSPARTO				TOTAL	
	ADECUADA ≤ 5Kg		INADECUADA >5 Kg			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRETÉRMINO < 37 SEMANAS	14	5.8	2	0.8	16	6.6
A TÉRMINO 37 A 41 SEM	67	27.5	152	62.6	219	90.1
POSTÉRMINO 42 A MÁS	1	0.4	7	2.9	8	3.3
TOTAL	82	33.7	161	66.3	243	100.0

FUENTE. Guía de observación

$$X^2 \text{ CAL}=23.27 > X^2 \text{ TAB}=13.815 \quad \text{GL } 2 \quad \text{NS } 0.001$$

Respecto a edad gestacional, el 6.6% corresponde a gestaciones de pretérmino, el 90.1% a término y el 3.3% de postérmino.

El análisis comparativo entre ambos grupos de estudio muestra que las gestaciones llegaron a término en la mayoría de casos 27.5% y 62.6%, para retención de peso adecuada e inadecuada respectivamente.

Los partos prematuros fueron más frecuentes en retención adecuada y los de postérmino en retención inadecuada.

La correlación entre la edad gestacional y la retención de peso en el posparto, según chi cuadrado dio un p valor de 0.001. es decir que existe una relación de dependencia entre las variables muy alta.

TABLA 6. Índice de masa corporal pregestacional y retención de peso posparto en puérperas inmediatas.

IMC PREGESTACIONAL	RETENCIÓN DE PESO POSPARTO				TOTAL	
	ADECUADA ≤ 5Kg		INADECUADA >5 Kg			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	DELGADEZ <18.5	11	4.5	2	0.8	13
NORMAL >18.5-<25	64	26.3	134	55.2	198	81.5
SOBREPESO>25 <30	6	2.5	19	7.8	25	10.3
OBESIDAD >30	1	0.4	6	2.5	7	2.9
TOTAL	82	33.7	161	66.3	243	100.0

FUENTE. Guía de observación

$$X^2 \text{ CAL}=17.5 > X^2 \text{ TAB}=16.268 \quad \text{GL } 3 \quad \text{NS } 0.001$$

El índice de masa corporal, en el 5.3% de casos presenta delgadez, en el 81.5% es normal, en el 10.3% sobre peso y el 2.9% obesidad.

En ambos grupos retención adecuada e inadecuada, el IMC, fue normal en la mayoría de casos 26.3% y 55.2% respectivamente.

El sobrepeso/obesidad se presentó con mayor frecuencia en el grupo con retención inadecuada de peso posparto.

El análisis entre el índice de masa corporal pregestacional y la retención de peso posparto nos muestra según la prueba estadística de chi cuadrado un p valor igual a 0.001.

Es decir, si existe dependencia significativa entre las variables de la tabla.

TABLA 7. Ganancia de peso en el embarazo y retención de peso posparto en púerperas inmediatas.

GANANCIA DE PESO EN EL EMBARAZO	RETENCIÓN DE PESO POSPARTO				TOTAL	
	ADECUADA ≤ 5Kg		INADECUADA >5 Kg			
	N°	%	N°	%	N°	%
AUMENTO PEQUEÑO < 8K	21	8.6	0	0.0	21	8.6
ADECUADA GANANCIA 8-15K	61	25.1	70	28.8	131	53.9
AUMENTO EXCESIVO >15 K	0	0.0	91	37.5	91	37.5
TOTAL	82	33.7	161	66.3	243	100.0

FUENTE. Tabla 7

$$X^2 \text{ CAL}=97.21 > X^2 \text{ TAB}=13.815 \quad \text{GL 2 NS 0.001}$$

En relación a la ganancia de peso en el embarazo, en el 8.6% fue pequeño, en el 53.9% adecuado y en el 37.5% excesivo.

Comparando los grupos de estudio, en la mayoría de casos de retención adecuada el 25.1% la ganancia de peso fue adecuada y en el de retención inadecuada el 37.5% experimento un aumento excesivo de peso gestacional.

Al correlacional la ganancia de peso en el embarazo con la retención de peso posparto inmediato, chi cuadrado mostró un p valor de 0.001.

Alta correlación estadística.

TABLA 8. Fraccionamiento de la dieta y retención de peso posparto en puérperas inmediatas.

FRACCIONAMIENTO DE LA DIETA	RETENCIÓN DE PESO POSPARTO				TOTAL	
	ADECUADA ≤ 5Kg		INADECUADA >5 Kg			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 5 VECES	10	4.1	44	18.1	54	22.2
5 VECES	61	25.1	56	23.1	117	48.2
>5 VECES	11	4.5	61	25.1	72	29.6
TOTAL	82	33.7	161	66.3	243	100.0

FUENTE. Tabla 8

$$X^2 \text{ CAL}=34.28 > X^2 \text{ TAB}=13.815 \quad \text{GL } 2 \text{ NS } 0.001$$

En cuanto al fraccionamiento de la dieta, es decir el número de comidas diarias el 22.2% indico menor de 5 veces, el 48.2% 5 veces y el 29.6% mayor de 5 veces.

Comparando los grupos de adecuada e inadecuada retención de peso posparto, se aprecia en el primer grupo 25.1% fracciona 5 veces de comidas diarias y en el otro 25.1% más de 5 veces.

Se correlacionó el fraccionamiento de la dieta con la retención de peso posparto y se obtuvo según el instrumento de análisis estadístico un p valor de 0.001.

Relación de dependencia alta entre variables.

TABLA 9. Ingesta energética y retención de peso posparto en púerperas inmediatas.

INGESTA ENERGÉTICA	RETENCIÓN DE PESO POSPARTO				TOTAL	
	ADECUADA		INADECUADA			
	≤ 5Kg		>5 Kg		N°	%
	N°	%	N°	%		
< RECOMENDADO < 70%	25	10.3	8	3.3	33	13.6
IGUAL A LO RECOMENDADO 70 A 80%	48	19.7	61	25.1	109	44.8
> RECOMENDADO>80%	9	3.7	92	37.9	101	41.6
TOTAL	82	33.7	161	66.3	243	100.0

FUENTE. Tabla 9

$$X^2 \text{ CAL}=59.08 > X^2 \text{ TAB}=13.815 \quad \text{GL 2 NS 0.001}$$

En cuanto a la ingesta energética, el 13.6% consume menor de 70%, el 44.8% entre 70 a 80% y el 41.6% más del 80% en sus comidas diarias.

La ingesta energética, en el grupo de mujeres con retención adecuada de peso posparto igual a lo recomendado 70 a 80% en la mayoría de los casos 19.7% y en el 37.9% mayor de lo recomendado para el grupo con retención inadecuada de peso posparto.

Al correlacionar la ingesta energética con la retención de peso posparto, nuestro instrumento de análisis estadístico dio un p valor de 0.001.

Por lo tanto, se encontró correlación estadística significativa entre las variables de la tabla.

TABLA 10. Retención de peso posparto en puérperas inmediatas.

RETENCIÓN DE PESO POSPARTO	N°	%
ADECUADA $\leq$ 5 K	82	33.7
INADECUADA $>$ 5 K	161	66.3
TOTAL	243	100.0

FUENTE. Guía de observación

La retención de peso posparto en puérperas inmediatas en el 33.7% de casos fue adecuada menor o igual a 5 kilogramos, y en el 66.3% fue inadecuada debido a que fue mayor de 5 kilogramos.

VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

6.1. Análisis inferencial

-Al correlacionar las variables de los factores obstétricos con la retención de peso posparto, con la prueba de chi cuadrado, se evidencia que la edad tiene una relación muy significativa con p valor 0.001. La paridad muestra una leve significancia, p valor igual a 0.05. El primer control prenatal p valor de 0.001, es decir alta significancia y la morbilidad alta significancia con p valor de 0.001.

-Al correlacionar las variables de los factores nutricionales con la retención de peso posparto, la edad gestacional dio un p valor de 0.001, se relacionó de forma muy significativa con la retención de peso posparto, así mismo, el índice de masa corporal pre gestacional tuvo alta significancia con p valor igual a 0.001. también la ganancia de peso en el embarazo mostró correlación muy significativa con un p valor de 0.001. El fraccionamiento de la dieta un p valor de 0.001, presentó alta correlación con la retención de peso posparto. De la misma manera, la ingesta energética dio un p valor de 0.001, es decir alta correlación con la retención de peso posparto.

VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

7.1. Comparación resultados

En el presente estudio respecto a la edad, se evidencio que la mayoría de puérperas inmediatas se sitúan en los rangos de edad 21 a 35 años 58% adecuada para el embarazo. Concordante con lo hallado por Giles A. G. G. en 2021 quien refiere que 53% de las mujeres tenían edades comprendidas entre 20 a 29 años.

Con respecto a la paridad: primíparas 34%, multíparas 57,2% en mayor número, gran multíparas 8.2%. Resultados que concuerdan con los obtenidos con Briceño Quijano, L. S. en 2021 quien reporto que el mayor porcentaje estaba dado en aquellas mujeres multíparas con un 51%. Es decir, que se encontró importante correlación entre las variables.

En cuanto al primer control prenatal, el 59.7% asistieron a su control prenatal en el primer trimestre (precoz), el 40.3% asistió a su control en el II Y III trimestre (tardío). Datos similares fueron encontrados por GILES, A. G. G. en 2021. “El 53% de la población de mujeres embarazadas acude a control prenatal tardío en el II y III trimestre.”

En relación a la morbilidad materna el 52.7% no tuvo ninguna morbilidad durante su embarazo, el 18.9% presento infección urinaria, el 10.7% anemia, el 9.1% infecciones cervicovaginales, 8.6% enfermedades hipertensivas. Según Calsin Ramos, R. en 2020. “El

24.4% de las gestantes en altura presentan enfermedades hipertensivas en el embarazo.”

En cuanto a la edad gestacional el 6.6% tuvieron un parto pretermino, el 90.1% a término, y el 3.3% posttermino. Según Domínguez Dieppa, F. en 2021. “En 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros osciló entre 5 y 18 %”. Comparando estas afirmaciones con nuestros hallazgos se encuentra que la frecuencia de prematuridad se ubica entre las estadísticas esperadas.

En relación al índice de masa corporal (IMC) pregestacional el 2.9% de las mujeres empezó su embarazo con obesidad, el 10.3% presentaba obesidad antes de la preconcepción, y el 81.5% empezó su embarazo con un IMC dentro de los parámetros normales. Los autores: Martínez-Hernández, A. J., & García-Sánchez, B. I. en 2022 “El 47% presentaron estado nutricional pregestacional normal de acuerdo a IMC, 32.4% sobrepeso, 19.1% Obesidad grado 1 y el 1.5% Obesidad grado 2.” En esta investigación el porcentaje de obesidad es inferior al reportado por los autores consultados.

En relación a la ganancia de peso en el embarazo donde el 8.6% tuvo un aumento pequeño de peso gestacional, 53.9% tuvo una adecuada ganancia de peso gestacional, 37.5% tuvo aumento excesivo de peso gestacional. Resultados mayores fueron encontrados por Aranzamendi Fernández, M. S. en 2020. “Frecuencia de pacientes con ganancia excesiva de peso durante la gestación en puérperas con depresión fue de 35%. Frecuencia de pacientes con ganancia

excesiva de peso durante la gestación en puérperas sin depresión fue de 19%. Un total de 54%”. En esta investigación se presentó la excesiva ganancia de peso en menor porcentaje.

En cuanto al fraccionamiento de dieta el 22.2% fracciona menos de 5 veces su dieta, el 48.2% fracciona 5 veces su dieta, y el 29.6% fracciona su dieta más de 5 veces. Afirman Suárez, C. I. S. G., San Gil, Y. O., Chacón, R. P., & San Gil, J. L. en 2022. “Más del 90% de las embarazadas realizaba las tres comidas principales.” En esta investigación optan por fraccionar sus comidas 5 veces principalmente.

En cuanto a la ingesta calórica el 13.6% es menor a lo recomendado, el 44.8% es igual a lo recomendado, y el 41.6% es mayor al recomendado. Chambilla Mamani, M. en 2019. “Encontró que el 89.29% de la dieta de la gestante es a base de carbohidratos.” En esta investigación se encuentra menor consumo de alimentos energéticos en relación al autor consultado.

La retención de peso posparto en puérperas inmediatas en el 33.7% de casos fue adecuada menor o igual a 5 kilogramos, y en el 66.3% fue inadecuada debido a que fue mayor de 5 kilogramos. Diversos autores Monteschio, L. V. C., Marcon, S. S., Nass, E. M. A., Bernardy, C. C. F., de Paula Corrêa, Á. C., Ferreira, P. C., & Arruda, D. C. (2021). “Cuyos resultados fueron que la incidencia de retención de peso posparto mayor, fue de 54,1 %, asociada a ganancia excesiva de peso gestacional (68,4 %).”

Afirmación similar a nuestros resultados, donde es mayor la frecuencia de puérperas inmediatas con excesiva retención de peso en el posparto inmediato. (ver tabla 10.)

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Existe relación significativa entre los factores obstétricos, nutricionales adversos y la retención de peso materno en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, la retención de peso materno es mayor de 5kg en la mayoría de casos que se considera inadecuada.
2. Existe relación significativa entre los factores obstétricos: edad materna, multiparidad, atención prenatal tardía, morbilidad materna por infecciones urinarias y prematuridad, con la retención de peso materno inadecuado en el puerperio inmediato en el hospital Carlos Monge Medrano
3. Existe relación significativa entre los factores nutricionales: índice de masa corporal, aumento excesivo de peso en el embarazo, fraccionamiento de la dieta mayor de 5 veces, ingesta calórica mayor de 80% con la retención de peso materno inadecuado en el puerperio inmediato en el hospital Carlos Monge Medrano

4. El estudio muestra que la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el Hospital Carlos Monge Medrano en el 33.7% fue adecuado y en el 66.3% inadecuado, una gran mayoría de ellas retine peso.

RECOMENDACIONES

1. Al conocer los factores obstétricos y nutricionales relacionados a la retención de peso en el puerperio inmediato, fomentar actividades orientadas a impartir consejería nutricional, reforzando una alimentación saludable de acuerdo a las normas establecidas, que permita prevenir complicaciones.
2. Realizar consultas preconcepcionales para identificar los factores de riesgo obstétricos que pudieran causar excesiva retención de peso posparto y explicar a las mujeres en edad fértil la importancia de acudir de manera precoz al control prenatal y a consejerías de nutrición, para el manejo de la morbilidad gestacional que incrementa el peso materno.
3. Ofertar los servicios de nutrición durante la gestación y el puerperio en los centros de control prenatal, con mayor énfasis en el control de peso, educación alimentaria y nutricional. Y con ello promover la importancia de incrementar un kilogramo por mes a partir de las 13 semanas de embarazo y en los casos de no cumplir realizar intervenciones y sesiones demostrativas para mejorar los hábitos alimentarios.

4. Realizar una constante actualización sobre criterios clínicos de índice de masa corporal, parámetros, factores predisponentes, para que estos se puedan atender de manera preventiva.
5. Identificar a las mujeres con sobrepeso u obesidad en el puerperio inmediato, con el objetivo de que sean referidas a nutrición para un adecuado seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shamah-Levy, T., Mejía-Rodríguez, F., García-Guerra, A., Vizuet-Vega, I., Méndez Gómez-Humarán, I., Martínez-Domínguez, J., & Cruz-Góngora, V. D. L. (2020). Comportamiento y factores asociados con la anemia en mujeres mexicanas en edad fértil. *Ensanut 2018-19. salud pública de méxico*, 62(6), 767-776. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2020/sal206q.pdf>
2. Martínez-Hernández AJ, García-Sánchez BI. Impacto de la práctica de lactancia materna exclusiva en la reducción del IMC en el primer trimestre posparto [Internet]. *Medigraphic.com*. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2022/sje221c.pdf>
3. Ramón-Arbués E, Martínez Abadía B, Martín Gómez S. Ganancia de peso gestacional y retención de peso posparto en una cohorte de mujeres en Aragón (España). *Nutr Hosp* [Internet]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112017000500018
4. Galindo P, Anahí D. Relación entre los antecedentes obstétricos y la presencia de obesidad en mujeres de ciudad Juárez. 2020; Disponible en: <http://erecursos.uacj.mx/handle/20.500.11961/5859>
5. Jessica Z-C. Retención de peso posparto y lactancia materna [Internet]. *Gob.mx*. Disponible en: <https://s-salud.hidalgo.gob.mx/contenido/informacion/gaceta/2020/Gaceta-2020-1-Art.Retenci%C3%B3nPeso.pdf>

6. Ccapa C, Danai I. Factores asociados a la prevalencia de sobrepeso u obesidad en niños de 0 a 5 años: un subanálisis de la ENDES 2021. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2023.
7. Sarasa Muñoz NL, Cañizares Luna O, Orozco Muñoz Y, Orozco Muñoz C, Díaz Muñoz Y, Orozco Pérez de Prado C. Estado nutricional al inicio del embarazo, ganancias ponderales y retención de peso al año de paridas. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. 2020. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000200005
8. Monteschio LVC, Marcon SS, Nass EMA, Bernardy CCF, Corrêa ACP, Ferreira PC, et al. Retención de peso posparto en mujeres atendidas en el servicio público de salud: estudio de cohorte. 2021;35:e43026.
9. Chávez-Alejo J, Salas-Reyes JA, Zempoalteca-Morales A, Guerrero-Morales AL. Actividad física y ganancia de peso en mujeres embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar. Aten Fam [Internet]. Disponible en: https://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/85783
10. Giles AGG. Control prenatal tardío y complicaciones en el embarazo, hospital comunitario puente de ixtla. autor; 2021
11. Altamirano P, Esteban D. Valoración ponderal, índice de masa corporal en el primer trimestre de embarazo, ganancia de peso

materno durante la gestación y su relación con el peso del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital Metropolitano de Quito entre enero del 2017 y diciembre del 2018. PUCE - Quito; 2020.

12. Fernández A, Stephanie M. Ganancia de peso excesivo durante la gestación como factor de riesgo para depresión postparto en las pacientes atendidas en la Clínica San Juan de Dios Arequipa. Universidad Católica de Santa María; 2020.

13. Briceño Quijano, L. S. Ganancia de peso materno como factor de riesgo para desarrollar complicaciones en la gestante—centro de salud Perú Corea—Huánuco 2019.

14. Chambe C, Shirley V. Estado nutricional pregestacional y ganancia de peso materna asociado a complicaciones materno-perinatales, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2021. Universidad Privada de Tacna; 2022.

15. Magallanes-Corimanya M, Barazorda-Huyhua MI, Roa-Meggo YJ. Índice de masa corporal pregestacional, ganancia de peso gestacional y retención de peso posparto. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. 2018: 1–12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100011

16. Martínez-Hernández, A. J., & García-Sánchez, B. I. 2022

17. Zela N, Ximena CI. Aumento de peso materno excesivo como factor asociado a preeclampsia en el Hospital III Essalud puno durante el

- período de octubre a diciembre del año 2019. Universidad Privada San Juan Bautista; 2020.
18. Chiara Diaz, F. Agentes de riesgo que Influyen en la Restricción del crecimiento intrauterino en Gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca de setiembre-noviembre del 2017. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2019.
19. Calsin Ramos R. Asociación entre presión arterial media alta del primer trimestre y preeclampsia en gestantes residentes de gran altitud Hospital Carlos Monge Medrano 2019. Universidad César Vallejo; 2020
20. Chambilla Mamani, M. Determinantes de riesgo relacionados con el nivel de hemoglobina en gestantes del Hospital Manuel Nuñez Butrón de Puno, 2018. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2019.
21. Benítez Meza S, Ibarra Ozcariz SG, Rolón Ruiz Diaz Á, Espínola de Canata M, Páez M. Factores de riesgo relacionados al embarazo de adolescentes de 14 a 19 años de la Unidad de Salud San Gerónimo Salado, Limpio Paraguay en el periodo 2020-2021. Rev cient cienc salud [Internet]. 2022. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-28912022000200056
22. Gonzáles T, Cecilia S. Calidad de vida de mujeres en la etapa de la menopausia en el comedor popular Jose Olaya de Independencia noviembre 2019. Universidad Privada San Juan Bautista; 2021.

23. Jurado García, E. Gestaciones múltiples: aproximación a su vivencia y significados. (Tesis Doctoral Inédita). Universidad de Sevilla, Sevilla. 2021.
24. Quijaite Masías Tiffany, Valverde Espinoza Natalia, Barja Ore John. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000400003&lng=es. Epub 01-Ago-2020
25. Trujillo Rodriguez C. Asociación entre intención de embarazo e inicio de atención prenatal en gestantes - análisis de la ENDES 2021. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023.
26. Nina M, Gloria I. Factores maternos asociados a la presencia de anemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud 16 de febrero -Gestión 2018. 2019.
27. Ramos T, Mercedes M. Factores condicionantes de las infecciones del tracto urinario en gestantes. Puesto de salud Micaela Bastidas - Cajamarca 2020. Universidad Nacional de Cajamarca; 2021.
28. Estrada-Mesa S, Arango-Pérez C, López-Jaramillo C, Quintero-Calle D, Sánchez-Zapata P. Etiología de las infecciones de transmisión sexual (ITS) diagnosticadas por la técnica de PCR múltiple-hibridación en población colombiana de la ciudad de Medellín atendida en el Laboratorio Clínico VID. Med Lab [Internet]. 2023. Disponible en: <https://medicinaylaboratorio.com/index.php/myl/article/view/630>

29. Vaca, T., & Vicente, S. (2021). Manejo prehospitalario en pacientes gestantes con amenaza de parto prematuro (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
30. Mendoza P, Katherine L. Factores obstétricos asociados al embarazo post término, en El Hospital Nacional Hipólito Unanue. Enero – Junio 2019”. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2020
31. Romero-Gonzalez B, Caparros-Gonzalez RA, Strivens Vilchez H, Peralta-Ramirez MI. ¿Puede el índice de masa corporal pre-gestacional relacionarse con el estado psicológico y físico de la madre durante todo el embarazo? Nutr Hosp [Internet]. 2018. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112018000200332
32. Tale, T. F. (2022). Un viaje por la nutrición de nuestra especie: Entender la obesidad desde la evolución. Editorial Universidad Católica de Córdoba.
33. Domínguez Dieppa, F. (2021). La prematuridad: un problema pendiente de solución. Revista Cubana de Pediatría, 93(1).
34. Suárez, C. I. S. G., San Gil, Y. O., Chacon, R. P., & San Gil, J. L. (2022). Características del consumo de alimentos y hábitos alimentarios de las embarazadas a la captación. Revista Cubana de Tecnología de la Salud, 13(1), 56-65.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA
PG: ¿Cuáles son los factores relacionados a la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca- 2023?	OG: Determinar los factores relacionados a la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.	HG. La retención de peso materno en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, es mayor de 5k inadecuada en la mayoría de casos y se relaciona con factores obstétricos y nutricionales adversos.	Variable 1: Factores relacionados Dimensiones -Factores obstétricos -Factores nutricionales	Investigación relacional, longitudinal, no experimental y analítica. Técnicas: Observación directa Encuesta Fuentes: Primaria: Puérperas inmediatas Instrumento: Guía de observación Hoja de cuestionario
PE 1.- ¿Cuál es la relación entre los factores obstétricos y la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el hospital Carlos Monge Medrano?	OE 1.- Identificar los factores obstétricos relacionados a la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el Hospital Carlos Monge Medrano.	HE 1.- Existe relación entre los factores obstétricos: edad materna extrema, multiparidad, atención prenatal tardía, morbilidad como infecciones urinarias y prematuridad con la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el hospital Carlos Monge Medrano	Variable 2: retención de peso en el puerperio Dimensiones -Adecuado -Inadecuado	
PE 2.- ¿Cuál es la relación entre los factores nutricionales y la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el Hospital Carlos Monge Medrano?	OE 2.- Identificar los factores nutricionales relacionados a la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el Hospital Carlos Monge Medrano.	HE 2.- Existe relación entre los factores nutricionales: índice de masa corporal > 25, aumento excesivo de peso en el embarazo, fraccionamiento de la dieta mayor de 5 veces e ingesta calórica mayor de 80% con la retención de peso materno en el puerperio inmediato en el hospital Carlos Monge Medrano.		
PE3.- ¿Cuál es la retención de peso materno promedio en el puerperio inmediato en el Hospital Carlos Monge Medrano?	OE3.- Evaluar la retención de peso materno promedio en el puerperio inmediato en el Hospital Carlos Monge Medrano.	HE3. La retención de peso materno en el puerperio inmediato en el Hospital Carlos Monge Medrano es inadecuada mayor de 5 kilos en la mayoría de casos.		

Anexo 2: Instrumento de Medición

Guía de observación

Nro.....

ITEMS	INDICADORES	RANGOS
1	Edad	A) < 20 años B) 21 a 35 años C) 36 a más
2	Paridad	A) primípara B) múltipara C) gran múltipara
3	1ra atención prenatal	A) Precoz I trimestre B) Tardía II y III Trimestre
4	Morbilidad	A) Infecciones urinarias B) Anemia C) Enfermedades hipertensivas D) Infecciones cérvicovaginales E) ninguna
5	Edad gestacional	A) Prematuro < 37 semanas B) A término 37 a 41 C) Postérmino 42 a más
6	IMC pregestacional	A) delgadez <18.5 B) normal >18.5-<25 C) sobrepeso >25 <30 D) obesidad >30
7	Ganancia de peso en el embarazo	A) aumento pequeño < 8k B) adecuada ganancia 8-15k C) aumento excesivo >15 k
8	Fraccionamiento de la dieta	A) < 5 veces B) 5 veces C) > 5 veces
9	Ingesta energética	A) < recomendado < 70% B) = recomendado 70 a 80% C) > recomendado >80%
10	Retención de peso posparto inmediato	A) Adecuada ≤ 5 k B) Inadecuada > 5 k

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (HOJA
CUESTIONARIO)**

**CUESTIONARIO DE PREGUNTAS DIRIGIDO A PUERPERAS
INMEDIATAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO – JULIACA**

FECHA:

Nº.....

INSTRUCCIONES: SEÑORA PUERPERA SE LE SOLICITA QUE RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON VERACIDAD PARA DESARROLLAR NUESTRA INVESTIGACION.

1.- ¿Cuál es su edad?

- ☐ < 20 años
- ☐ 21 a 35 años
- ☐ 36 a más

2.- ¿Cuántos hijos tiene?

- ☐ 1 (primípara)
- ☐ De 2 a 3 (multípara)
- ☐ De 3 a más (gran múltipara)

3.- ¿En qué trimestre realizo su primera atención prenatal?

- ☐ Precoz I trimestre
- ☐ Tardía II y III Trimestre

4.- ¿Tiene o tuvo algún antecedente de alguna enfermedad?

- ☐ Infecciones urinarias
- ☐ Anemia
- ☐ Enfermedades hipertensivas
- ☐ Infecciones cérvicovaginales
- ☐ ninguna

5.- IMC pre gestacional: Peso..... Talla.....

- ☐ delgadez <18.5
- ☐ normal >18.5-<25
- ☐ sobrepeso>25 <30
- ☐ obesidad >30

6.- ¿Cuánto peso ganaste durante tu embarazo?.....

- ☐ aumento pequeño < 8k
- ☐ adecuada ganancia 8-15k
- ☐ aumento excesivo >15 k

7.- ¿En cuántas comidas fracciona su dieta?

- ☐ Menos de 5 veces
- ☐ 5 veces
- ☐ Más de 5 veces

8.- Ingesta energética ¿Cómo son sus hábitos alimentarios?

- ✓ Energéticos “carbohidratos” (avena, quínoa, papa, arroz, azúcares).
- ✓ Protectores “vitaminas y minerales” (frutas, verduras, agua)
- ✓ Formadores “proteínas” (leche, carne, huevo, pescado)

- ☐ < recomendado < 70%
- ☐ = recomendado 70 a 80%
- ☐ > recomendado > 80%

Prueba de chi cuadrado de Pearson

Tabla 1

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
11	4.05	6.95	48.31	11.93
50	47.58	2.42	5.86	0.12
21	30.37	-9.37	87.80	2.89
1	7.95	-6.95	48.31	6.08
91	93.42	-2.42	5.86	0.06
19	59.63	-40.63	1650.77	27.68
193	243.00			48.77

Tabla 2

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
33	28.35	4.65	21.66	0.76
47	46.91	0.09	0.01	0.00
2	6.75	-4.75	22.55	3.34
51	55.65	-4.65	21.66	0.39
92	92.09	-0.09	0.01	0.00
18	13.25	4.75	22.55	1.70
243	243.00			6.20

Tabla 3

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
61	48.93	12.07	145.68	2.98
21	33.07	-12.07	145.68	4.41
84	96.07	-12.07	145.68	1.52
77	64.93	12.07	145.68	2.24
243	243.00			11.14

Tabla 4

EN	TN	EN-TN	EN-TN ²	EN-TN ² /TN
13	15.5	-2.5	6.4	0.4
7	8.8	-1.8	3.1	0.4
0	7.1	-7.1	50.2	7.1
5	7.4	-2.4	5.9	0.8
57	43.2	13.8	190.6	4.4
33	30.5	2.5	6.4	0.2
19	17.2	1.8	3.1	0.2
21	13.9	7.1	50.2	3.6
17	14.6	2.4	5.9	0.4
71	84.8	-13.8	190.6	2.2
243	243.00			19.71

Tabla 5

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
14	5.40	8.60	73.97	13.70
67	73.90	-6.90	47.63	0.64
1	2.70	-1.70	2.89	1.07
2	10.60	-8.60	73.97	6.98
152	145.10	6.90	47.63	0.33
7	5.30	1.70	2.89	0.54
243	243.00			23.27

Tabla 6

EN	TN	EN-TN	EN-TN ²	EN-TN ² /TN
11	4.4	6.6	43.7	10.0
64	66.8	-2.8	7.9	0.1
6	8.4	-2.4	5.9	0.7
1	2.4	-1.4	1.9	0.8
2	8.6	-6.6	43.7	5.1
134	131.2	2.8	7.9	0.1
19	16.6	2.4	5.9	0.4

6	4.6	1.4	1.9	0.4
243	243.0			17.5

Tabla 7

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
21	7.09	13.91	193.59	27.32
61	44.21	16.79	282.05	6.38
0	30.71	-30.71	942.97	30.71
0	13.91	-13.91	193.59	13.91
70	86.79	-16.79	282.05	3.25
91	60.29	30.71	942.97	15.64
243	243.00			97.21

Tabla 8

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
10	18.22	-8.22	67.60	3.71
61	39.48	21.52	463.05	11.73
11	24.30	-13.30	176.79	7.28
44	35.78	8.22	67.60	1.89
56	77.52	-21.52	463.05	5.97
61	47.70	13.30	176.79	3.71
243	243.00			34.28

Tabla 9

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
25	11.14	13.86	192.22	17.26
48	36.78	11.22	125.85	3.42
9	34.08	-25.08	629.12	18.46
8	21.86	-13.86	192.22	8.79
61	72.22	-11.22	125.85	1.74
92	66.92	25.08	629.12	9.40
243	243.00			59.08

Anexo 3: Ficha de validación de Instrumento de medición



INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: **FACTORES RELACIONADOS A LA RETENCIÓN DE PESO MATERNO EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA- 2023.**

Nombre del Experto: Dra. Carol Kinmerly Zuñiga Zuñiga

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y Oportuno para la investigación	Cumple	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Opinión de instrumento de recolección de datos Favorable.

Dra. Carol Kinmerly Zuñiga Zuñiga
COP. 4516

Apellidos y Nombres del validador: Carol Kinmerly Zuñiga Zuñiga
Grado académico: Doctora Salud Pública
N° DNI: 29522145

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Factores Relacionados a la Retención de Peso Materno en el Puerperio inmediato en el Hospital Carlos Monge Medrano
 Nombre del Experto: Mg. Clory Alexandra Huanca Velarde

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y Oportuno para la investigación	Cumple	

III. OBSERVACIONES GENERALES

--

HUANCA VELARDE CLORY ALEXANDRA

Apellidos y Nombres del validador: Grado académico:
 N°. DNI: 416119609


Clory Alexandra Huanca Velarde
OBSTETRA
COP: 31826



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE EL SALVADOR

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Factores Relacionados a la retención de Pese Materno en el Puerperio inmediato en el Hospital Sales Monge Medrano S.L. 2023.

Nombre del Experto: Miguel Angel Collazos Romero

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	<i>Cumple</i>	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	<i>Cumple</i>	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	<i>Cumple</i>	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	<i>Cumple</i>	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	<i>Cumple</i>	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	<i>Cumple</i>	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	<i>Cumple</i>	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	<i>Cumple</i>	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	<i>Cumple</i>	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y Oportuno para la investigación	<i>Cumple</i>	

III. OBSERVACIONES GENERALES

Collazos Romero Miguel Angel
Apellidos y Nombres del validador: Grado académico:
N°. DNI: 29400355

MIGUEL COLLAZOS ROMERO
OBSTETRA
COP. 9984
H.G.M.M.

Anexo 4: Base de datos

	Edad	Paridad	1° Atención prenatal	Morbilidad	IMC Pre gestacional	Ganancia de peso en el embarazo	Fraccionamiento de la dieta	Ingesta energética	Edad gestacional	Retención de peso posparto inmediato
NRO	a) < 20 años b) 21 a 35 años c) 36 a más	a) Primípara b) Multipara c) Gran multipara	a) Precoz I trimestre b) Tardía II Y III trimestre	urinarias b) Anemia c) Enfermedades hipertensivas d) Ninguna	a) Delgadez <18.5 b) Normal >18.5-<25 c) Sobrepeso>25 <30 d) Obesidad >30	a) Aumento pequeño < 8k b) Adecuada ganancia 8-15k c) Aumento excesivo >15k	a) < 5 veces b) 5 veces c) > 5 veces	70% b) Igual a lo Recomendado 70 A 80% c) > recomendado>80%	a)< 37semanas b)37 - 41semanas c)>41 semanas	a) Adecuada ≤ 5 k b) Inadecuada> 5 k
1	2	3	2	1	4	2	1	3	1	2
2	1	1	2	1	2	1	1	3	2	1
3	1	1	2	3	3	2	1	2	2	2
4	2	2	1	3	2	1	2	3	1	1
5	1	2	2	3	2	2	1	2	2	1
6	2	2	1	4	3	2	1	3	2	1
7	2	2	2	1	4	2	2	3	2	2
8	2	2	2	4	3	2	1	2	1	2
9	2	1	1	3	2	2	1	3	2	1
10	2	2	1	1	3	2	2	3	2	2
11	2	2	1	4	3	2	1	3	2	2
12	2	2	1	3	3	2	1	3	2	2
13	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
14	3	2	1	1	2	2	1	3	1	1
15	2	2	1	3	4	1	2	3	1	1
16	2	1	2	3	1	2	1	2	3	2
17	2	2	2	3	2	3	1	3	3	2
18	2	1	1	3	3	2	1	3	2	1
19	2	2	1	3	2	2	1	3	2	2
20	2	2	1	3	3	2	1	3	1	2
21	2	2	2	1	4	2	1	3	2	1
22	2	1	1	3	3	2	1	3	1	1
23	3	2	1	4	4	1	1	3	1	1
24	2	2	2	4	4	2	1	1	2	2
25	3	2	1	3	4	1	1	3	1	1
26	2	1	1	4	3	2	1	3	1	2
27	2	1	1	3	2	2	1	3	1	1
28	2	2	2	4	4	1	1	3	2	1
29	2	2	1	3	3	2	1	3	2	1
30	3	2	2	3	3	2	1	3	2	1
31	3	2	2	1	3	2	2	3	2	1

	Edad	Paridad	1° Atención prenatal	Morbilidad	IMC Pre gestacional	Ganancia de peso en el embarazo	Fraccionamiento de la dieta	Ingesta energética	Edad gestacional	Retención de peso posparto inmediato
NRO	a) < 20 años b) 21 a 35 años c) 36 a más	a) Primípara b) Multipara c) Gran multipara	a) Precoz I trimestre b) Tardía II Y III trimestre	urinarias b) Anemia c) Enfermedades hipertensivas d) Ninguna	a) Delgadez <18.5 b) Normal >18.5-<25 c) Sobrepeso>25 <30 d) Obesidad >30	a) Aumento pequeño < 8k b) Adecuada ganancia 8-15k c) Aumento excesivo >15 k	a) < 5 veces b) 5 veces c) > 5 veces	70% b) Igual a lo Recomendado 70 A 80% c) > recomendado>80%	a)< 37semanas b)37 - 41semanas c)>41 semanas	a) Adecuada ≤ 5 k b) Inadecuada> 5 k
32	2	2	1	1	3	2	1	3	2	2
33	2	1	1	1	3	1	2	3	1	1
34	2	2	2	4	3	2	1	1	2	2
35	2	2	2	1	4	2	1	3	2	2
36	2	2	1	4	2	1	1	3	1	1
37	2	2	1	3	2	2	1	3	2	2
38	2	2	2	1	3	2	1	2	2	2
39	2	2	1	3	3	2	1	3	2	2
40	2	2	2	1	2	2	1	3	2	1
41	2	2	2	4	2	2	3	3	2	1
42	2	1	1	3	4	1	1	2	1	2
43	2	2	2	1	3	2	3	3	1	1
44	2	2	2	1	2	2	1	3	1	1
45	2	3	2	1	4	2	1	3	1	2
46	1	1	2	1	2	1	1	3	2	1
47	1	1	2	3	3	2	2	3	2	2
48	2	2	1	4	2	1	1	3	1	1
49	1	2	2	4	2	2	2	3	2	1
50	2	2	1	4	3	2	1	3	2	1
51	2	2	2	1	4	2	1	3	2	2
52	2	2	2	4	3	2	1	3	1	2
53	2	1	1	3	2	2	1	3	2	1
54	2	2	1	1	3	2	1	2	2	2
55	2	2	1	4	3	2	1	3	2	2
56	2	2	1	3	3	2	1	3	2	2
57	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
58	3	2	1	1	2	2	1	3	1	1
59	2	2	1	3	4	1	1	3	1	1
60	2	1	2	4	1	2	2	3	3	2
61	2	2	2	4	2	3	1	3	3	2
62	2	1	1	3	3	2	2	3	2	1

	Edad	Paridad	1° Atención prenatal	Morbilidad	IMC Pregestacional	Ganancia de peso en el embarazo	Fraccionamiento de la dieta	Ingesta energética	Edad gestacional	Retención de peso posparto inmediato
	a) < 20 años b) 21 a 35 años c) 36 a más	a) Primípara b) Multípara c) Gran multípara	a) Precoz I trimestre b) Tardía II Y III trimestre	urinarias b) Anemia c) Enfermedades hipertensivas d) Ninguna	a) Delgadez <18.5 b) Normal >18.5-<25 c) Sobrepeso>25 <30 d) Obesidad >30	a) Aumento pequeño < 8k b) Adecuada ganancia 8-15k c) Aumento excesivo >15 k	a) < 5 veces b) 5 veces c) > 5 veces	70% b) Igual a lo Recomendado 70 A 80% c) > recomendado>80%	a)< 37semanas b)37 - 41semanas c)>41 semanas	a) Adecuada ≤ 5 k b) Inadecuada> 5 k
NRO										
63	2	2	1	3	2	2	1	1	2	2
64	2	2	1	3	3	2	1	3	1	2
65	2	2	2	1	4	2	1	1	2	1
66	2	1	1	3	3	2	1	3	1	1
67	3	2	1	4	4	1	1	3	1	1
68	2	2	2	1	4	2	1	3	2	2
69	3	2	1	3	4	1	1	3	1	1
70	2	1	1	1	3	2	1	3	1	2
71	2	1	1	3	2	2	1	3	1	1
72	2	2	2	4	4	1	1	3	2	1
73	2	2	1	4	3	2	1	3	2	1
74	3	2	2	3	3	2	1	2	2	1
75	3	2	2	1	3	2	1	3	2	1
76	2	2	1	1	3	2	2	3	2	2
77	2	1	1	1	3	1	1	3	1	1
78	2	2	2	1	3	2	2	1	2	2
79	2	2	2	1	4	2	1	2	2	2
80	2	2	1	1	2	1	1	3	1	1
81	2	2	1	3	2	2	1	3	2	2
82	2	2	2	1	3	2	1	3	2	2
83	2	2	1	3	3	2	1	3	2	2
84	2	2	2	1	2	2	1	3	2	1
85	2	2	2	4	2	2	1	3	2	1
86	2	1	1	4	4	1	1	3	1	2
87	2	2	2	1	3	2	1	3	1	1
88	2	2	2	1	2	2	1	3	1	1
89	2	3	2	1	4	2	1	3	1	2
90	1	1	2	1	2	1	1	3	2	1
91	1	1	2	3	3	2	1	2	2	2
92	2	2	1	3	2	1	1	3	1	1
93	1	2	2	3	2	2	2	2	2	1

	Edad	Paridad	1° Atención prenatal	Morbilidad	IMC Pregestacional	Ganancia de peso en el embarazo	Fraccionamiento de la dieta	Ingesta energética	Edad gestacional	Retención de peso posparto inmediato
NRO	a) < 20 años b) 21 a 35 años c) 36 a más	a) Primípara b) Multípara c) Gran multípara	a) Precoz I trimestre b) Tardía II Y III trimestre	urinarias b) Anemia c) Enfermedades hipertensivas d) Ninguna	a) Delgadez <18.5 b) Normal >18.5-<25 c) Sobrepeso>25 <30 d) Obesidad >30	a) Aumento pequeño < 8k b) Adecuada ganancia 8-15k c) Aumento excesivo >15 k	a) < 5 veces b) 5 veces c) > 5 veces	70% b) Igual a lo Recomendado 70 A 80% c) > recomendado>80%	a)< 37semanas b)37 - 41semanas c)>41 semanas	a) Adecuada ≤ 5 k b) Inadecuada> 5 k
94	2	2	1	4	3	2	1	3	2	1
95	2	2	2	1	4	2	2	1	2	2
96	2	2	2	4	3	2	1	3	1	2
97	2	1	1	3	2	2	1	3	2	1
98	2	2	1	1	3	2	1	1	2	2
99	2	2	1	4	3	2	1	3	2	2
100	2	2	1	3	3	2	1	3	2	2
101	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2
102	3	2	1	1	2	2	1	3	1	1
103	2	2	1	3	4	1	1	3	1	1
104	2	1	2	3	1	2	1	3	3	2
105	2	2	2	3	2	3	1	3	3	2
106	2	1	1	3	3	2	1	2	2	1
107	2	2	1	3	2	2	1	3	2	2
108	2	2	1	3	3	2	1	3	1	2
109	2	2	2	4	4	2	1	2	2	1
110	2	1	1	3	3	2	1	3	1	1
111	3	2	1	4	4	1	1	3	1	1
112	2	2	2	1	4	2	2	3	2	2
113	3	2	1	4	4	1	1	1	1	1
114	2	1	1	1	3	2	1	3	1	2
115	2	1	1	3	2	2	2	1	1	1
116	2	2	2	1	4	1	2	3	2	1
117	2	2	1	3	3	2	1	3	2	1
118	3	2	2	3	3	2	1	3	2	1
119	3	2	2	1	3	2	1	3	2	1
120	2	2	1	1	3	2	1	3	2	2
121	2	1	1	1	3	1	1	3	1	1
122	2	2	2	1	3	2	1	3	2	2
123	2	2	2	1	4	2	1	3	2	2
124	2	2	1	1	2	1	1	3	1	1

	Edad	Paridad	1° Atención prenatal	Morbilidad	IMC Pregestacional	Ganancia de peso en el embarazo	Fraccionamiento de la dieta	Ingesta energética	Edad gestacional	Retención de peso posparto inmediato
NRO	a) < 20 años b) 21 a 35 años c) 36 a más	a) Primípara b) Multipara c) Gran multipara	a) Precoz I trimestre b) Tardía II Y III trimestre	a) Urinarias b) Anemia c) Enfermedades hipertensivas d) Ninguna	a) Delgadez <18.5 b) Normal >18.5-<25 c) Sobrepeso >25 <30 d) Obesidad >30	a) Aumento pequeño < 8k b) Adecuada ganancia 8-15k c) Aumento excesivo >15 k	a) < 5 veces b) 5 veces c) > 5 veces	70% b) Igual a lo Recomendado 70 A 80% c) > recomendado >80%	a) < 37 semanas b) 37 - 41 semanas c) >41 semanas	a) Adecuada ≤ 5 k b) Inadecuada > 5 k
125	2	2	1	3	2	2	1	3	2	2
126	2	2	2	1	3	2	1	2	2	2
127	2	2	1	3	3	2	1	3	2	2
128	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
129	2	2	2	4	2	2	1	3	2	1
130	2	1	1	3	4	1	1	3	1	2
131	2	2	2	1	3	2	2	2	1	1
132	2	2	2	1	2	2	2	3	1	1
133	1	1	2	2	2	3	1	3	2	2
134	2	2	1	2	1	3	3	2	4	1
135	1	2	2	3	1	2	1	3	4	1
136	2	2	1	2	2	2	1	3	4	1
137	2	2	2	4	1	3	1	3	4	2
138	2	2	2	2	1	3	1	3	2	2
139	2	1	1	4	1	2	1	3	4	2
140	2	2	1	2	2	2	1	3	4	2
141	2	2	1	4	1	3	1	3	4	2
142	2	2	1	2	1	2	1	3	2	2
143	2	2	2	3	2	2	3	3	4	2
144	3	2	1	3	2	3	1	3	4	2
145	2	2	1	2	2	3	3	2	4	2
146	2	1	2	3	2	3	2	3	4	2
147	2	2	2	2	2	3	2	2	4	2
148	2	1	1	3	2	3	1	2	4	2
149	2	2	1	2	2	3	2	3	4	1
150	2	2	1	2	1	3	2	3	4	2
151	2	2	2	3	2	3	1	3	4	2
152	2	1	1	2	1	3	1	3	4	2
153	3	2	1	2	2	3	1	3	2	1
154	2	2	2	3	1	3	1	3	4	2
155	3	2	1	3	2	2	1	3	2	2

	Edad	Paridad	1° Atención prenatal	Morbilidad	IMC Pre gestacional	Ganancia de peso en el embarazo	Fraccionamiento de la dieta	Ingesta energética	Edad gestacional	Retención de peso posparto inmediato
NRO	a) < 20 años b) 21 a 35 años c) 36 a más	a) Primípara b) Multípara c) Gran multípara	a) Precoz I trimestre b) Tardía II Y III trimestre	urinarias b) Anemia c) Enfermedades hipertensivas d) Ninguna	a) Delgadez <18.5 b) Normal >18.5-<25 c) Sobrepeso>25 <30 d) Obesidad >30	a) Aumento pequeño < 8k b) Adecuada ganancia 8-15k c) Aumento excesivo >15 k	a) < 5 veces b) 5 veces c) > 5 veces	70% b) Igual a lo Recomendado 70 A 80% c) > recomendado>80%	a)< 37semanas b)37 - 41semanas c)>41 semanas	a) Adecuada ≤ 5 k b) Inadecuada> 5 k
187	2	2	1	2	2	3	2	3	4	1
188	2	2	1	3	1	3	2	3	4	1
189	2	2	2	2	2	3	2	3	4	2
190	2	2	1	3	2	3	2	3	4	1
191	2	2	1	3	2	2	2	3	4	2
192	2	1	1	2	2	3	2	3	4	2
193	2	2	1	1	1	3	2	3	4	1
194	2	2	1	2	2	3	2	3	4	1
195	3	2	1	2	1	3	2	3	4	2
196	2	2	2	2	2	3	2	3	4	1
197	2	1	1	2	1	3	1	2	4	1
198	2	2	1	2	1	3	1	3	4	2
199	2	2	1	3	1	3	1	2	4	1
200	3	2	1	2	1	3	1	3	4	1
201	3	2	2	2	1	3	3	3	4	2
202	2	2	1	2	2	3	1	3	4	1
203	2	1	2	4	1	3	1	3	4	2
204	2	2	2	3	1	3	2	3	4	2
205	2	2	2	4	2	3	1	3	4	1
206	2	2	2	3	1	3	1	3	4	2
207	2	2	1	3	1	3	3	3	4	2
208	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2
209	2	2	1	4	2	3	2	3	4	1
210	2	2	1	4	2	3	2	3	4	1
211	2	2	1	2	1	3	2	3	4	2
212	2	1	1	4	1	3	2	3	4	2
213	2	2	2	2	1	3	2	3	4	1
214	2	2	2	2	1	3	2	3	4	2
215	3	2	2	2	2	2	2	3	4	1
216	2	3	2	1	4	2	1	3	1	2
217	1	1	2	1	2	1	1	3	2	1

	Edad	Paridad	1° Atención prenatal	Morbilidad	IMC Pregestacional	Ganancia de peso en el embarazo	Fraccionamiento de la dieta	Ingesta energética	Edad gestacional	Retención de peso posparto inmediato
NRO	a) < 20 años b) 21 a 35 años c) 36 a más	a) Primípara b) Multipara c) Gran multipara	a) Precoz I trimestre b) Tardía II Y III trimestre	urinarias b) Anemia c) Enfermedades hipertensivas d) Ninguna	a) Delgadez <18.5 b) Normal >18.5-<25 c) Sobrepeso >25 <30 d) Obesidad >30	a) Aumento pequeño < 8k b) Adecuada ganancia 8-15k c) Aumento excesivo >15k	a) < 5 veces b) 5 veces c) > 5 veces	70% b) Igual a lo Recomendado 70 A 80% c) > recomendado >80%	a) < 37 semanas b) 37 - 41 semanas c) >41 semanas	a) Adecuada ≤ 5 kg b) Inadecuada > 5 kg
218	1	1	2	3	3	2	1	3	2	2
219	2	2	1	3	2	1	1	3	1	1
220	1	2	2	3	2	2	1	3	2	1
221	2	2	1	4	3	2	1	3	2	1
222	2	2	2	1	4	2	1	3	2	2
223	2	2	2	4	3	2	1	3	1	2
224	2	1	1	3	2	2	2	3	2	1
225	2	2	1	4	3	2	2	3	2	2
226	2	2	1	4	3	2	2	3	2	2
227	2	2	1	3	3	2	2	3	2	2
228	2	2	2	4	2	2	2	3	2	2
229	3	2	1	1	2	2	2	3	1	1
230	2	2	1	3	4	1	2	3	1	1
231	2	1	2	3	1	2	2	3	3	2
232	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2
233	2	1	1	3	3	2	2	3	2	1
234	2	2	1	3	2	2	2	3	2	2
235	2	2	1	3	3	2	2	3	1	2
236	2	2	2	1	4	2	2	3	2	1
237	2	1	1	3	3	2	2	3	1	1
238	3	2	1	4	4	1	2	2	1	1
239	2	2	2	1	4	2	2	3	2	2
240	3	2	1	3	4	1	2	2	1	1
241	2	1	1	1	3	2	1	3	1	2
242	2	2	1	3	2	2	1	3	2	2
243	2	2	1	4	3	2	3	2	1	2

Anexo 5: Consentimiento informado

Fecha:

Yo:, Identificada con DNI N°, acepto participar voluntariamente de la investigación titulada: FACTORES RELACIONADOS A LA RETENCIÓN DE PESO MATERNO EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA- 2023. La cual pretende determinar los factores relacionados a la retención de peso materno en el puerperio inmediato, Con ello autorizo se me pueda realizar una encuesta y aplicar el instrumento de estudio.

Con respecto a los riesgos e inconvenientes, el estudio no representa ningún riesgo para mi salud, así como tampoco se me beneficia económicamente por él, por ser una decisión voluntaria en ayuda de la investigación.

Además, se me informo que dicho instrumento es anónimo y se respetara mi privacidad, confidencialidad y manejo de información, sus datos solo se usaran para fines de estudio. En el escrito se garantiza que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.

Anexo 6: Informe de Turnitin al 28% de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
1.FLORES CALLA - PARI RUIZ.docx	FLORES PARI
RECuento DE PALABRAS	RECuento DE CARACTERES
13190 Words	69947 Characters
RECuento DE PÁGINAS	TAMAÑO DEL ARCHIVO
95 Pages	5.3MB
FECHA DE ENTREGA	FECHA DEL INFORME
Oct 22, 2024 6:07 PM GMT-5	Oct 22, 2024 6:08 PM GMT-5
10% de similitud general El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos. • 7% Base de datos de Internet • Base de datos de Crossref • 8% Base de datos de trabajos entregados • 0% Base de datos de publicaciones • Base de datos de contenido publicado de Crossref Excluir del Reporte de Similitud • Material bibliográfico • Coincidencia baja (menos de 15 palabras)	

● 10% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 8% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.autonomadeica.edu.pe	3%
	Internet	
2	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2022-08-25	1%
	Submitted works	
3	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2024-07-28	<1%
	Submitted works	
4	repositorio.uancv.edu.pe	<1%
	Internet	
5	repositorio.autonomadeica.edu.pe	<1%
	Internet	
6	ssj.jalisco.gob.mx	<1%
	Internet	
7	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2023-04-04	<1%
	Submitted works	
8	repositorio.ulc.edu.pe	<1%
	Internet	

9	Tecsup on 2022-10-21	<1%
	Submitted works	
10	uncedu on 2024-03-18	<1%
	Submitted works	
11	repositorio.puce.edu.ec	<1%
	Internet	
12	researchgate.net	<1%
	Internet	
13	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2022-11-26	<1%
	Submitted works	
14	msdmanuals.com	<1%
	Internet	
15	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2023-04-14	<1%
	Submitted works	
16	rsdjournal.org	<1%
	Internet	
17	ti.autonomadeica.edu.pe	<1%
	Internet	
18	tesis.ucsm.edu.pe	<1%
	Internet	
19	unasam on 2024-10-22	<1%
	Submitted works	
20	vriunap.pe	<1%
	Internet	

21	repositorio.unica.edu.pe Internet	<1%
22	1library.co Internet	<1%
23	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2019-11-20 Submitted works	<1%
24	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2022-05-23 Submitted works	<1%
25	Universidad Manuela Beltrán on 2022-08-31 Submitted works	<1%
26	Universidad Tecnologica de los Andes on 2024-07-08 Submitted works	<1%
27	Universidad Tecnologica del Peru on 2020-12-27 Submitted works	<1%
28	hdl.handle.net Internet	<1%
29	repositorio.unsaac.edu.pe Internet	<1%
30	riaa.uaem.mx Internet	<1%

Descripción general de fuentes