

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia**

RELACIÓN ENTRE LA GANANCIA PONDERAL GESTACIONAL Y EL  
PESO AL NACER EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN UN  
CENTRO DE SALUD EN CHORRILLOS, 2024

**TESIS**

**Presentada por:**

**Lic.. Obst. Doris Milagros Inga Calampa**

**Lic. Obst. Catherine Juana Garay Cajo**

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en

**Promoción de la Salud, Familia y Comunidad**

**TACNA – PERÚ**

**2026**

# UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

RELACIÓN ENTRE LA GANANCIA PONDERAL GESTACIONAL  
Y EL PESO AL NACER EN RECIÉN NACIDOS  
ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD  
EN CHORRILLOS, 2024

## TESIS

Presentada por:

Lic. Obst. Doris Milagros Inga Calampa

Lic. Obst. Catherine Juana Garay Cajo

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:  
Promoción de la Salud, Familia y Comunidad

Aprobadas por **unanimidad** ante el siguiente jurado:



---

Mtra. Jackeline Rosemary Flores Flores  
Presidenta



---

Mtra. Guicela Maribel Palza Portugal  
Secretaria



---

MSc. Marleni Mary Ayma Jiménez  
Vocal



---

MSc. Marleni Mary Ayma Jiménez  
Asesora



**CERTIFICADO DE SIMILITUD**

Yo, **MSc. Marleni Mary Ayma Jiménez**, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 339-2025-SEP/FACS-UNJBG del 12 de mayo de 2025, de la Tesis titulado: **RELACIÓN ENTRE LA GANANCIA PONDERAL GESTACIONAL Y EL PESO AL NACER EN RECIÉN NACIDOS ATENDIDOS EN UN CENTRO DE SALUD EN CHORRILLOS, 2024**, presentado por la Lic. Obst. Doris Milagros Inga Calampa y la Lic. Obst. Catherine Juana Garay Cajó. Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Promoción de la Salud, Familia y Comunidad.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es **10 %**. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Promoción de la Salud, Familia y Comunidad, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, 12 de enero de 2026.

FIRMA ASESORA  
Nombres y Apellidos: Marleni Mary Ayma Jiménez  
DNI: 00521649



Huella dactilar

FIRMA AUTORA  
Nombres y Apellidos: Doris Milagros Inga Calampa



Huella dactilar

FIRMA AUTORA  
Nombres y Apellidos: Catherine Juana Garay Cajó



Huella dactilar

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar esta tesis a Dios, por siempre estar a mi lado, a mi amado esposo y mis hijos: que son la razón de seguir superándome. Así mismo agradecer a mis padres por su acompañamiento y apoyo, a mis hermanos y a todas las personas importantes que Dios me ha permitido conocer.

Catherine

Quiero dedicar esta tesis a Dios, quién ha forjado mi camino. A mi madre que desde el cielo me da fuerza y ánimo para seguir, a mi familia y a mi profesión que me permite desarrollarme y seguir este camino maravilloso de la atención al paciente a través de nuestra obstetricia.

Doris

## **AGRADECIMIENTO**

Queremos agradecer a Dios por su guía y fortaleza para seguir mejorando como profesionales al servicio de la población

A nuestras familias por su apoyo y motivación constante a lo largo de nuestros estudios.

A todas las personas que de una u otra forma apoyaron en la realización de este trabajo.

## CONTENIDO

DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
CONTENIDO .....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.....	3
1.1. Descripción del problema.....	3
1.1.1. Antecedentes del problema .....	3
1.1.2. Problemática de la investigación.....	3
1.2. Formulación del problema.....	4
1.3. Justificación e importancia .....	5
1.3. Alcances y limitaciones de la investigación.....	6
1.5. Objetivos .....	7
1.5.1. Objetivo General .....	7
1.5.2. Objetivos Específicos .....	7
1.6. Hipótesis.....	8
CAPÍTULO II.....	9
MARCO TEÓRICO .....	9

2.1. Antecedentes del estudio .....	9
2.2. Bases teóricas .....	11
2.3. Definición de términos .....	16
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO .....	18
3.1. Tipo de la investigación .....	18
3.2. Diseño de la investigación.....	18
3.3. Población y muestra.....	19
3.4. Operacionalización de variables.....	21
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	22
3.6. Procesamiento y análisis de datos .....	24
3.7. Aspectos éticos .....	25
CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....	26
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	41
CONCLUSIONES .....	46
RECOMENDACIONES.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	49
ANEXOS.....	56

## ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	<i>Distribución de la ganancia ponderal gestacional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024 según características sociodemográficas</i>	26
Tabla 2	<i>Distribución de la ganancia ponderal gestacional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024 según características sociodemográficas</i>	28
Tabla 3	<i>Distribución de la ganancia ponderal gestacional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024 según características obstétricas</i>	30
Tabla 4	<i>Residuos estandarizados ajustados entre el índice de masa corporal pregestacional y la ganancia ponderal gestacional</i>	32
Tabla 5	<i>Distribución del peso del recién nacido en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024</i>	33
Tabla 6	<i>Distribución de la ganancia ponderal gestacional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024 según peso del recién nacido.</i>	35
Tabla 7	<i>Distribución del peso del recién nacido en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024 según características sociodemográficas de la gestante</i>	36
Tabla 8	<i>Distribución del peso del recién nacido en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024 según características clínicas de la gestante</i>	38

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 <i>Distribución de la ganancia ponderal gestacional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024</i>	27
Figura 2 <i>Distribución del peso del recién nacido en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024</i>	34

## RESUMEN

El **objetivo** de este estudio fue determinar el vínculo entre la ganancia ponderal gestacional y el peso al nacer en los recién nacidos atendidos en el Centro de Salud de Chorrillos durante el año 2024. **Métodos:** Utilizamos el enfoque cuantitativo, modelo observacional, analítico y transversal, concentrado en revisar el historial clínico. Se describió la distribución del peso gestacional en las gestantes y del peso en el nacimiento de los neonatos, evaluando la asociación entre ambas variables, considerando factores como el grupo etareo de las madres y la cantidad de sus controles. Además, se identificaron los factores sociodemográficos y clínicos relacionados con el peso ponderal de la gestación. **Resultados** mostraron que el 90% de gestantes tuvieron ganancia ponderal inadecuada y en el caso de los recién nacidos el 10% presentaron macrosomía y el 3% tuvieron peso inferior en el nacimiento. En el grupo de gestantes con ganancia elevada el 18% tuvieron recién nacidos con macrosomía y en el grupo de ganancia baja el 3% tuvieron recién nacidos con bajo peso al nacer. Estos hallazgos sugieren la necesidad de seguimiento exhaustivos en el control de la ganancia ponderal según el trimestre de gestación. El único factor clínico con una asociación significativa fue el Índice de masa corporal pregestacional. En **conclusión**, la información encontrada contribuyó a mejorar el entendimiento del modo en el que influye el estado de nutrición de la madre en los desenlaces perinatales, orientando la optimización de estrategias de control prenatal y nutricional para de esta manera disminuir las complicaciones neonatales.

**Palabra clave:** Ganancia ponderal gestacional, Peso al nacer, Recién nacidos.

## ABSTRACT

The **objective** of this study was to determine the link between gestational weight gain and birth weight in newborns treated at the Chorrillos Health Center during the year 2024. **Methods:** The quantitative approach, observational, analytical and cross-sectional model was used, focused on reviewing the clinical history. The distribution of gestational weight in pregnant women and birth weight in neonates was described, evaluating the association between both variables, considering factors such as the age group of the mothers and the number of their controls. In addition, sociodemographic and clinical factors related to pregnancy weight were identified. **Results** showed that 90% of pregnant women had inadequate weight gain, and 10% of newborns had macrosomia and 3% had low birth weight. In the high-gain group, 18% had macrosomic newborns, and in the low-gain group, 3% had low birth weight newborns. These findings suggest the need for comprehensive monitoring of weight gain according to the trimester of pregnancy. The only clinical factor with a significant association was pregestational body mass index. In **conclusion**, the information found contributed to a better understanding of how maternal nutritional status influences perinatal outcomes, guiding the optimization of prenatal and nutritional monitoring strategies to reduce neonatal complications.

**Keywords:** Gestational weight gain, Birth weight, Newborns.

## INTRODUCCIÓN

El vínculo entre la ganancia ponderal gestacional y el peso al nacer de los recién nacidos ha sido ampliamente investigado debido a su relevancia para un estado saludable de la gestante y el neonato. Diversos estudios han mostrado que el aumento de peso adecuado durante el embarazo está estrechamente relacionado con resultados neonatales favorables, mientras que un aumento insuficiente o excesivo puede dar lugar a problemas como el peso inadecuado en el nacimiento. En Perú, la desnutrición y el sobrepeso materno son problemas significativos que afectan a múltiples comunidades, incluido Chorrillos.

Este estudio tiene como objetivo general evaluar la relación de la ganancia ponderal gestacional con el peso de los recién nacidos atendidos en un Centro de Salud en Chorrillos durante el año 2024. Identificando patrones y correlaciones que permitan mejorar las estrategias de atención prenatal, promoviendo así mejores efectos para el bienestar de las gestantes y los bebés nacidos en esta localidad. Los objetivos específicos incluyen determinar la prevalencia de ganancia ponderal gestacional adecuada, insuficiente y excesiva en las gestantes atendidas en el Centro de Salud, analizar la distribución del peso de los bebés nacidos según la clasificación de la ganancia ponderal gestacional e identificar factores sociodemográficos y clínicos que puedan influir en el peso correcto de la madre y el bebé.

La hipótesis de trabajo plantea que existe relación entre las variables, específicamente, se espera encontrar que una ganancia ponderal gestacional adecuada está asociada con un peso en el nacimiento dentro

del rango normal, mientras que una ganancia insuficiente o excesiva se asocia con bajo peso al nacer o macrosomía, respectivamente.

La identificación de la relación entre las variables es crucial para implementar políticas y estrategias sanitarias en el sector público que mejoren la atención prenatal en Chorrillos, donde existen variaciones sociodemográficas y culturales que tienen influencia en los hábitos alimenticios y en la salud de las gestantes, este estudio proporcionará datos relevantes para adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de la comunidad. Además, la información encontrada puede usarse como cimiento de investigaciones futuras y políticas de salud a nivel nacional.

En el estudio, el lector encontrará un análisis detallado de la información que se pretende evidenciar. Se presentan datos sociodemográficos de las gestantes, análisis estadísticos que revelan patrones significativos y discusiones que contextualizan los hallazgos dentro de la literatura existente. Finalmente, se ofrecen recomendaciones basadas en los resultados para mejorar la atención prenatal y optimizar los resultados de salud materno-infantil.

## **CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

### **1.1. Descripción del problema**

#### **1.1.1. Antecedentes del problema**

A nivel global, la ganancia ponderal gestacional (GPG) y la relación directa con el peso en el nacimiento del neonato (PN) han sido estudiadas extensamente debido a su impacto directo en la salud perinatal y en la supervivencia neonatal. Una organización estableció lineamientos recomendados para ganar peso en la gestación basados en el Índice de Masa Corporal (IMC) antes de un embarazo, puesto que el incremento del peso inferior o excesivo se encuentra relacionada con problemas restrictivos del desarrollo dentro del útero, macrosomía, parto antes de tiempo y elevado peligro de padecimientos crónicos en la adultez del recién nacido (1).

Investigaciones realizadas en los Estados Unidos y Europa han evidenciado que una ganancia ponderal gestacional excesiva está enlazada con el incremento de peligro de macrosomía fetal en el parto (2). En otra instancia, el incremento deficiente de peso incrementa la probabilidad de morbimortalidad neonatal y problemas de salud a largo plazo, como enfermedades metabólicas y cardiovasculares (3).

#### **1.1.2. Problemática de la investigación**

En el Perú, la problemática es de alta relevancia, especialmente en zonas con acceso de atención sanitaria y desnutrición prevalente en gestantes. Una proporción significativa de mujeres peruanas no cumple con

los parámetros de incremento ponderado en la gestación (4). La mal nutrición materna, tanto por exceso como por defecto, sigue siendo un problema crucial que afecta la salud materna y neonatal.

Estudios en hospitales peruanos han encontrado una prevalencia significativa de bajo peso al nacer, atribuido principalmente a una ganancia ponderal insuficiente y a condiciones sociales desfavorables (5). Sin embargo, también se reporta un incremento elevado en el peso, relacionada con la urbanización, lo que conlleva riesgos de macrosomía (6).

En el contexto local, el Centro de Salud de Chorrillos atiende una población diversa de gestantes, muchas de ellas de sectores socioeconómicos bajos, donde las barreras en el acceso a una atención prenatal adecuada son evidentes. De acuerdo con reportes del Ministerio de Salud, la zona de Chorrillos presenta indicadores de salud materna con disparidades notables, incluyendo casos de malnutrición y sobrepeso en mujeres gestantes (7). La falta de seguimiento adecuado, junto con factores como el desconocimiento sobre las pautas de ganancia ponderal gestacional, contribuyen a que se desarrolle considerablemente los riesgos perinatales.

En resumen, la relación de las variables se presenta como un tema de vital importancia en todos los contextos descritos, dado que afecta la salud materna en los involucrados y el sistema sanitario.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre la ganancia ponderal gestacional y el peso al nacer en los recién nacidos atendidos en el Centro de Salud de Chorrillos durante el año 2024?

### **1.3. Justificación e importancia**

A partir de la perspectiva técnico-científico, el estudio busco generar evidencia empírica que permita comprender mejor el desarrollo del incremento del peso en el transcurso del embarazo y el impacto directamente en el recién nacido. La OMS y diversas entidades de salud han establecido pautas, pero en el contexto peruano, y más específicamente en zonas como Chorrillos, hay una necesidad crítica de datos locales para ajustar las políticas y prácticas de atención prenatal. Este conocimiento ayuda a establecer parámetros más precisos para la vigilancia del embarazo, mejorando los resultados perinatales.

En términos económicos, una correcta ganancia ponderal gestacional está asociada con menores complicaciones en el parto, lo que se traduce en menos costos asociados a intervenciones obstétricas y neonatales, así como una disminución en los recursos necesarios para atender neonatos con bajo peso o macrosómicos, que requieren cuidados especializados. La prevención de estos escenarios ayuda a reducir la carga financiera.

Desde una perspectiva social, el vínculo del peso en el nacimiento y la salud futura del individuo es fundamental. El recién nacido con peso bajo posee alto riesgo de desarrollar padecimientos crónicos a largo plazo, pudiendo ser la diabetes o hipertensión, lo que puede resultar negativo en el estilo de vida adecuado y en la productividad económica del país. Por otro lado, la macrosomía aumenta las probabilidades de complicaciones maternas y neonatales, como distocia de hombros, lo que puede generar discapacidades permanentes.

En cuanto a las afirmaciones que debe tomar este estudio es de aportar base en la implementación de intervenciones tempranas en el control prenatal, promoviendo prácticas de nutrición y monitoreo del peso adecuadas para evitar tanto la ganancia excesiva como insuficiente.

### **1.3. Alcances y limitaciones de la investigación**

El estudio se realizó en el Centro de Salud de Chorrillos, y sus características socioeconómicas y demográficas específicas pueden influir en los resultados, limitando la aplicabilidad a otras áreas de Lima. Además, al ser efectuado durante el año 2024, puede no capturar variaciones estacionales o tendencias a largo plazo en el peso ponderado gestacional ganado y el peso en el nacimiento.

Los métodos empleados, basados en datos recolectados de historias clínicas, pueden introducir sesgos debido a errores de registro o falta de estandarización en las mediciones. Las limitaciones presupuestarias afectan el tamaño muestral y la capacidad de realizar análisis complejos o seguimientos a largo plazo, ya que la falta de financiamiento externo limita la adquisición de equipos de medición precisos o software avanzado de análisis estadístico.

El periodo de un año para la recolección de datos puede ser insuficiente para capturar una muestra representativa, especialmente si hay variaciones estacionales en los nacimientos, y el tiempo limitado afecta la profundidad del análisis y la capacidad de realizar seguimientos posteriores (8).

El valor de los datos varía según los factores encargados de la medición utilizados en el Centro de Salud y la consistencia en su uso por parte del personal. Por último, las consideraciones éticas, como mantener la privacidad de los datos, pueden limitar el acceso a información detallada relevante y las restricciones éticas pueden impedir la recolección de ciertos tipos de datos sensibles que podrían ser importantes dentro de la investigación (8).

## **1.5. Objetivos**

### **1.5.1. Objetivo General**

Determinar la relación entre la ganancia ponderal gestacional y el peso al nacer en los recién nacidos atendidos en el Centro de Salud de Chorrillos durante el año 2024.

### **1.5.2. Objetivos Específicos**

1. Describir la distribución de la ganancia ponderal gestacional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024.
2. Describir la distribución del peso al nacer de los recién nacidos atendidos en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024.
3. Describir la ganancia ponderal gestacional según las características sociodemográficas y clínicas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos durante el año 2024
4. Describir el peso al nacer de los recién nacidos según las características sociodemográficas y clínicas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos durante el año 2024

## **1.6. Hipótesis**

- Hipótesis nula (H0): No existe relación significativa entre la ganancia ponderal gestacional y el peso al nacer en recién nacidos atendidos en un Centro de Salud en Chorrillos en el año 2024.
- Hipótesis alternativa (H1): Existe relación entre la ganancia ponderal gestacional y el peso al nacer en recién nacidos atendidos en un Centro de Salud Infantil en Chorrillos en el año 2024.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes del estudio**

##### Nivel internacional

Freiré Carrera et al (9), ejecutaron una investigación descriptiva y transversal (2023) en Ecuador, la población fue 198 neonatos y sus respectivas madres, su propósito fue establecer la cantidad de neonatos con peso bajo en el nacimiento y los factores de la madre que estuvieron asociados. Encontraron que la incidencia del 11.1% con peso bajo de los bebés en sus nacimientos y los elementos que evidenciaron vínculo estadístico significativo fueron el bajo peso en la gestación ( $p=0,001$ ) y el número de embarazos ( $p= 0,03$ ). Por lo que concluyeron que existen factores críticos vinculado con el peso bajo en el nacimiento en el hospital de Cuenca.

Ramírez Montoya, D et al. (10), llevaron a cabo una investigación longitudinal, retrospectivo de medidas repetidas (2021) en Colombia, cuya población fueron 48 mujeres con neonatos macrosómicos y 48 mujeres con bebés con normo peso, todas se encontraban aptas para ser incluidas en el estudio, el objetivo fue examinar los efectos del modo en el que se comporta el peso de las madres dividido en grupos de dos, gestantes bebés nacidos macrosómicos y con normopeso. Los resultados encontrados evidenciaron diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos relacionado al peso ( $p <0,001$ ), asimismo se evidenció que el peso en el

embarazo materno aportó significativamente a la variabilidad en el peso ponderado.

Pastor Altamirano, David Esteban (11), realizó un estudio transversal (2019) en Quito – Ecuador, cuya población fueron 384 gestantes, su propósito fue detallar el vínculo del peso entre el índice de masa corporal en los primeros tres meses de embarazo, aumento de peso corporal de la mamá durante la gestación y el peso del recién nacido de pacientes atendidas en el Hospital Metropolitano de Quito. Los resultados encontrados fueron que el 39% tuvo IMC pregestacional fuera de lo normal, el 60.9% tuvo una ganancia de peso no acorde a lo estipulado según la OMS.

#### Antecedentes nacionales

Soria Gonzales, Lalescka A. y Víctor Hugo Moquillaza A (12), realizaron un estudio analítico y transversal (2020) en Perú, cuya población estuvo conformada por 197 madres quienes culminaron su gestación en ese mismo año, su propósito consistió en examinar el vínculo entre el índice de masa corporal antes del embarazo, el incremento del peso y peso de los bebés nacidos. Se encontró que no existía vínculo entre las variables ( $p = 0.753$ ), por otro lado, los bebés con elevado peso al nacer fueron de las madres con excesivo peso en el embarazo e inferior en madres con deficiente incremento de peso. Por lo que concluyeron con que el IMC antes de la gestación de manera independiente, no muestra relación con el peso en el momento del nacimiento.

Guerra Flores, Alexandra B. (13), realizó un estudio descriptivo (2023) en la ciudad de Trujillo, en una población de 77 mujeres con sus respectivos recién nacidos, con la finalidad de establecer el vínculo del

estado de nutrición de la mamá y el peso bajo del neonato. Los resultados encontrados evidenciaron la no asociación significativa de ambas variables, asimismo no hubo evidencia del incremento de peso de las madres en el transcurso del embarazo y el bajo peso del recién nacido. Por lo que concluyeron que el estado de nutrición de la madre y el incremento de peso en la gestación no se relacionó directamente con el bajo peso en el nacimiento, en tanto que los niveles de hemoglobina si evidenciaron una relación predominante.

## **2.2. Bases teóricas**

Fisiología de la ganancia ponderal gestacional

Es un proceso complejo que implica cambios en diversos componentes corporales maternos y fetales. Hytten y Chamberlain propusieron un modelo (14):

- Feto: 3.4 kg
- Placenta: 0.65 kg
- Líquido amniótico: 0.8 kg
- Útero: 0.97 kg
- Glándulas mamarias: 0.4 kg
- Sangre: 1.25 kg
- Líquido extracelular: 1.68 kg
- Depósitos de grasa materna: 3.35 kg

Este modelo subraya la importancia de una ganancia ponderal adecuada para que el feto se pueda desarrollar de modo óptimo y la preparación materna para la lactancia (15).

## Recomendaciones de ganancia ponderal gestacional

El Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos estableció en 2009 recomendaciones:

- IMC < 18.5 kg/m<sup>2</sup> (bajo peso): 12.5-18 kg
- IMC 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup> (peso normal): 11.5-16 kg
- IMC 25.0-29.9 kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso): 7-11.5 kg
- IMC ≥ 30.0 kg/m<sup>2</sup> (obesidad): 5-9 kg

Estas recomendaciones buscan optimizar los resultados maternos y fetales, considerando los riesgos asociados tanto con la ganancia insuficiente como con la excesiva (16).

### **2.2.1. Factores que influyen en la ganancia ponderal gestacional**

Diversos factores pueden influir para ganar peso en las diferentes etapas del embarazo:

- Factores sociodemográficos: edad materna, nivel educativo, estado socioeconómico.
- Factores nutricionales: ingesta calórica, calidad de la dieta.
- Factores conductuales: actividad física, tabaquismo.
- Factores metabólicos: diabetes gestacional, trastornos tiroideos (17).

Comprender estos factores es crucial para desarrollar intervenciones efectivas que promuevan un peso saludable en toda la edad gestacional.

## **2.2.2. Relación entre la ganancia ponderal gestacional y el peso al nacer**

Numerosos estudios han demostrado el vínculo positivo entre el incremento adecuado ponderal. Esta relación se explica por varios mecanismos:

- **Disponibilidad de nutrientes:** Una mayor ganancia de peso materna puede reflejar una mayor disponibilidad de nutrientes para el crecimiento fetal.
- **Cambios hormonales:** ganar peso está asociado con diferencias en el nivel de hormonas como la leptina y la insulina, que influyen en el crecimiento fetal.
- **Expansión del volumen plasmático:** Una mayor ganancia de peso se asocia con una mayor expansión del volumen plasmático, lo que puede mejorar el flujo sanguíneo uteroplacentario (18).

## **2.2.3. Consecuencias de la ganancia ponderal gestacional inadecuada**

### **2.2.3.1 Ganancia insuficiente**

Una ganancia de peso insuficiente se ha asociado con:

- Peso bajo en el nacimiento y restricción del desarrollo intrauterino.
- Mayor riesgo de parto prematuro.
- Dificultades en la lactancia materna (19).

### **2.2.3.2 Ganancia excesiva**

Una ganancia de peso excesiva puede conducir a:

- Macrosomía fetal y complicaciones durante el parto.

- Elevada probabilidad de cesárea.
- Trabas en el peso postparto y obesidad materna a largo plazo.
- Mayor riesgo de obesidad infantil (20).

#### **2.2.4. Intervenciones para optimizar la ganancia ponderal gestacional**

Las intervenciones para promover un peso saludable en el transcurso del embarazo generalmente se centran en:

- Educación nutricional y asesoramiento dietético.
- Promoción de actividades físicas adecuada durante el embarazo.
- Monitoreo regular del peso y feedback a las gestantes.

Estas intervenciones mostraron datos prometedores, por ende, en la mejora de los resultados perinatales (21).

#### **2.2.5. Implicaciones para la salud pública**

La comprensión de las variables tiene relevancia:

- Desarrollo de políticas y programas de atención prenatal.
- Estrategias de prevención de la obesidad a lo largo del ciclo vital.
- Reducción de las disparidades en salud materno-infantil (22).

#### **2.2.6. Peso del Recién Nacido**

El peso al nacer es el primer peso del recién nacido, medido en kilogramos o gramos, tomado en las primeras horas de vida y antes de la pérdida fisiológica de peso postnatal. Su clasificación se realiza según puntos de corte establecidos.

### **Peso para su edad gestacional**

Se relaciona el peso del recién nacido con el valor de referencia según las semanas de gestación, permitiendo evaluar el crecimiento intrauterino. De acuerdo su evolución normal del peso fetal y permiten clasificar al neonato según su peso para la edad gestacional.

<b>Clasificación del neonato a término según peso al nacer</b>	
<b>Punto de corte</b>	<b>Clasificación</b>
<1000 gramos	Extremadamente bajo
De 1000 a 1499 gramos	Muy bajo peso al nacer
De 1500 a 2499 gramos	Bajo peso al nacer
De 2500 a 4000 gramos	Normal
> 4000 gramos	Macrosómico

Fuente: Adaptado de Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization 2003. Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses and

<b>Clasificación del neonato a término según peso para la edad gestacional</b>	
<b>Punto de corte</b>	<b>Clasificación</b>
<p10	Pequeño para la edad gestacional (retraso en el crecimiento intrauterino)
p10 - p90	Adecuado para la edad gestacional
> p90	Grande para la edad gestacional (macrosómico)

Fuente: Williams. Obstetrics and Gynecology. Vol 59(5): 624-632; 1982

### 2.3. Definición de términos

- **Gestación:** La gestación parte a partir de la fecundación del óvulo fertilizado dentro del útero hasta el momento del nacimiento. A lo largo de ese periodo, pasan procesos fisiológicos indispensables. En los humanos, la gestación dura alrededor de 38 a 40 semanas a partir de la fertilización, lo que equivale a cerca de 9 meses (23).
- **Puerperio:** El puerperio, también conocido como postparto, abarca desde el final del parto hasta aproximadamente seis semanas después, período en el cual el cuerpo femenino regresa a su estado normal. Durante este tiempo, se experimentan cambios involutivos en el sistema genital y en todo el organismo de la mujer. Además, se establece la función de la lactancia materna y, más adelante, reaparecen la ovulación y la menstruación (24).
- **Recién Nacido:** Un recién nacido, también conocido como neonato, atraviesa la fase neonatal que abarcan 4 semanas primera de vida. Durante este tiempo, se experimentan cambios rápidos y pueden surgir eventos críticos, como el establecimiento de patrones de alimentación, el inicio del vínculo padres e hijos, el aumento del riesgo de infecciones que pueden complicarse, y la detección inicial de defectos congénitos o de nacimiento (25).
- **Nacimiento:** La salida del feto viable puede ocurrir a través del canal del parto de manera natural. En casos donde el parto no progresa adecuadamente de esta forma, el nacimiento puede ser realizado mediante una cesárea, que consiste en la extracción del bebé a través de incisiones en las paredes uterinas y abdominales de la madre (26).

- **Peso gestacional:** El peso gestacional se refiere al peso que tiene el bebé en el útero. Es la medida del peso del bebé antes de su nacimiento y se expresa típicamente en gramos o kilogramos. El peso gestacional es una manera importante de monitorear la evolución del feto, y suele ser evaluado en diferentes etapas del embarazo para asegurar que el bebé está creciendo adecuadamente (27).
- **Obesidad:** Caracterizada por acumular exceso de grasa, lo que la convierte en una compleja enfermedad crónica con graves implicaciones para la salud (6).
- **El Índice de Masa corporal:** Para la mayoría, indica de modo útil la cantidad de grasa corporal y se emplea para categorizar los diferentes niveles de ponderación que pueden estar asociados con problemas de salud (28).

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Tipo de la investigación**

La investigación es cuantitativa, basada en recoger y analizar datos numéricos. El objetivo es medir y analizar las correlaciones entre estos datos con base en criterios estadísticos, lo que clasifica esta investigación dentro del enfoque empírico-analítico (29).

- Tipo de estudio: básica; porque busca establecer vínculo entre dos variables.
- Nivel de investigación: El nivel de investigación es correlacional, puesto que pretende establecer el vínculo entre dos o más variables. El estudio no busca establecer causalidad, sino identificar si existe una relación y la fuerza de esta relación entre las variables mencionadas (29).

#### **3.2. Diseño de la investigación**

El diseño de la investigación es no experimental y transversal. En este tipo de diseño, las variables a investigar no se manipulan, solo se observa y mide del modo en el que se presentan en el entorno natural. Además, se lleva a cabo en un solo punto en el tiempo, recolectando evidencias de los registros clínicos y otros registros en el momento en que las gestantes completan su embarazo y se obtienen los datos del peso al nacer del recién nacido.

El diseño correlacional transversal es apropiado, permitiendo examinar la asociación entre las variables en un contexto temporal establecido, otorgando una "fotografía" de la situación en el momento de la recolección de datos.

### **3.3. Población y muestra**

La población está conformada por todas las gestantes que asistieron al Centro de Salud de Chorrillos durante el año 2024 y cuyas historias clínicas contienen información completa. Según los registros del establecimiento, se estima que la población total es de 420 mujeres embarazadas.

#### **Tamaño y tipo de muestra**

La muestra es un subconjunto representativo de la población de estudio. En este caso, después de aplicar y definir la muestra, 155 gestantes fueron parte de la muestra. Esta muestra proporcionará la información necesaria para realizar los análisis estadísticos (29).

#### **Tipo de muestreo:**

El tipo de muestreo utilizado es el muestreo aleatorio simple, que consiste en seleccionar de manera aleatoria a las gestantes de la población total, asegurando que cada una de ellas posea probabilidades similares para ser consideradas.

#### **Tamaño de la muestra:**

El tamaño de la muestra fue de 155 gestantes y se determinó para garantizar que los resultados del estudio sean representativos de la población total, permitiendo una estimación precisa. Teniendo un nivel de confianza del 95%, así mismo margen de error del 5% (00).

Se uso la fórmula de proporción con población conocida:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p q N}{Z_{1-\alpha/2}^2 p q + e^2 (N - 1)}$$

Donde:

n: Tamaño de la muestra

N: Población de pacientes

Z: Nivel de Confianza al 95% (Z=1.96)

P: Estimado de la proporción poblacional, en la variable de interés; extra de epidemiología 46% (0.31)<sup>1</sup>

E: Margen de error de la estimación de P (4%)

### **Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión:**

- Gestantes atendidas en el Centro de Salud en Chorrillos durante el año 2024
- Grupo etareo gestacional entre 37 y 42 semanas al momento del parto
- Gestación única
- Historia clínica completa con datos específicos.

#### **Criterios de exclusión:**

- Gestantes con enfermedades crónicas preexistentes (diabetes, hipertensión, etc.)
- Embarazos múltiples
- Partos prematuros (menos de 37 semanas)
- RN con malformaciones congénitas
- Historias clínicas incompletas o con datos inconsistentes

### 3.4. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICIÓN
Ganancia Ponderal gestacional	Aumento de peso en el desarrollo del embarazo, de inicio a fin (8)	La desigualdad entre el peso finalizado en el embarazo y el peso pregestacional	Biológica	Kilogramos ganados en el desarrollo gestacional	-Bajo peso < 12.5 Kg -Normal 12.5 kg-17.9kg -Sobrepeso >18 kg	Razón
Peso en el nacimiento	Primer peso del feto o recién nacido como resultado posterior al nacimiento (9)	Peso del recién nacido en las primeras 24 horas de vida	Biológica	Gramos de peso al nacer	-Bajo peso: <2500 gr -Normal: 2500 gr-3999 gr. - macrosomía: ≥ 4000 gr	Razón
Edad Materna	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la madre hasta el momento del parto (10)	Edad cumplida de la madre en el momento del parto	Sociodemográfica	Años cumplidos	Grupo etareo: -10-19 años -20 a 34 años -≥35 años	Razón
Número de Controles Prenatales	Cantidad de consultas realizadas	Número de controles prenatales registradas en la historia clínica	Clínica	Número de controles prenatales	-inadecuado: < 4 -Adecuado: ≥ 4	Razón
IMC Pregestacional	Parámetros vinculados entre el peso y la talla de la gestante antes del embarazo	Cálculo del IMC usando el peso y la talla pregestacional	Clínica	Kg/m <sup>2</sup>	-Bajo peso: <18.5kg/m <sup>2</sup> -Normal: 18.5 kg/m <sup>2</sup> - 24.9 kg/m <sup>2</sup> .-Sobrepeso: 25 kg/m <sup>2</sup> - 29.9 kg/m <sup>2</sup> -Obesidad: ≥30 kg/m <sup>2</sup>	Razón
Número de gestación	Número de gestaciones que ha tenido la mujer en el transcurso de su vida	Número de gestaciones que ha tenido la mujer	Clínica	Número de gestación	-Primigesta -Multigesta -Gran multigesta	Razón

Estado civil	Condición de la persona en relación con el vínculo con la pareja	Condición civil registrada en la historia clínica	Sociodemográfica	Condición civil	-Soltera -Conviviente -Casada	Nominal
Grado de instrucción	Máximo nivel educativo alcanzado por una persona	Nivel de instrucción reportado el día de la consulta	Sociodemográfica	Nivel de instrucción	-Primaria -Secundaria -Superior	ordinal
Condición laboral	Situación en la que se encuentra una persona con relación a la actividad laboral que desarrolla	Actividad laboral reportada al momento del primer control prenatal.	Sociodemográfica	Oficio o profesión que ejerce	-Trabajo Remunerado -Trabajo no remunerado	Nominal
Paridad	Número de veces que una mujer ha llevado un embarazo y que concluyo en parto	Número de parto registrados en la historia clínica	Clínica	Número de partos	-Nulípara -Primípara -Multípara	Ordinal
Periodo intergenésico	Tiempo entre el final de un embarazo y la concepción del siguiente	tiempo transcurrido desde el último parto hasta el inicio de la siguiente gestación	Clínica	Tiempo en años	-Corto -Adecuado -Largo	Nominal

### 3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizo la revisión documental como técnica principal, específicamente mediante la consulta y extracción de información de los registros clínicos de embarazadas ingresadas al Centro de Salud en Chorrillos. La revisión documental permitió acceder a información ya registrada de manera sistemática, asegurando precisión en los datos clínicos.

La información que se extrajo incluye:

- Ganancia Ponderal gestacional
- Peso al nacimiento
- Edad Materna
- Número de controles prenatales
- IMC pregestacional
- Tiempo de gestación al momento del parto
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Condición laboral
- Paridad
- Periodo Intergenésico

#### **Instrumentos de Recolección de Datos:**

Se diseñó una ficha de recojo de información estructurada, que incluirá las variables relevantes para el estudio. Esta ficha sirvió para estandarizar el recojo de información, asegurando que los datos sean capturados de manera uniforme y consistente.

La ficha incluye los siguientes campos:

- I. Datos sociodemográficos
- II. Datos clínicos de la gestante
- III. Datos del recién nacido
- IV. Factores de riesgo

Nota: Este instrumento se enfocó en las directrices del MINSA y la OMS para el control prenatal y la evaluación del recién nacido.

### **3.6. Procesamiento y análisis de datos**

El procesamiento de los datos constó de varias etapas:

- Codificación y depuración de datos: Se ingresaron en un archivo electrónico utilizando un software como Microsoft Excel y SPSS. Se verificó la integridad de los datos para asegurarse de que no haya errores, omisiones o registros duplicados.
  
- Análisis descriptivo: Inicialmente, se llevó a cabo un análisis descriptivo para obtener las tablas de frecuencias para las variables categóricas (ejemplo, número de controles prenatales).
  
- Análisis correlacional: Posteriormente, se procede a determinar el vínculo de ambas variables. Esto permitirá identificar la potencia y dirección del vínculo entre ambas variables.
  
- Pruebas estadísticas: Dependiendo de la normalidad de los datos, se utilizó pruebas estadísticas adicionales, como la regresión lineal ya que se buscó modelar el vínculo entre las variables, o pruebas no paramétricas si la información no sigue una distribución normal.
  
- Interpretación y presentación de resultados: Los resultados fueron organizados en tablas y gráficos para facilitar su interpretación. Se describió la significancia estadística de las relaciones encontradas, y se discutirá en función de la literatura existente.
  
- Herramientas:  
Microsoft Excel y SPSS: para almacenar y analizar los datos.

### **3.7. Aspectos éticos**

El presente estudio, se desarrolló bajo los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki para investigaciones médicas en seres humanos. Al tratarse de una investigación de tipo no experimental, no se realizaron intervenciones ni manipulaciones sobre los participantes. La recolección de datos se efectuó mediante el sistema informático garantizando en todo momento la confidencialidad, anonimato y resguardo de la información obtenida, conforme a las normas éticas vigentes.

## CAPÍTULO IV RESULTADOS

### 4.1 Resultados

**Tabla 1**

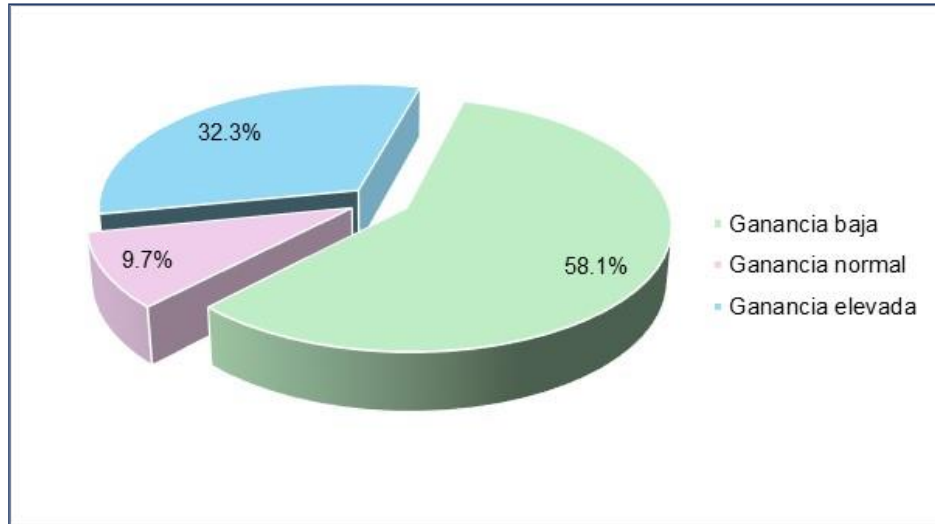
*Distribución de la ganancia ponderal gestacional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024*

<i>Variable</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Ganancia Baja</i>	<i>90</i>	<i>58.1%</i>
<i>Ganancia Normal</i>	<i>15</i>	<i>9.7%</i>
<i>Ganancia Elevada</i>	<i>50</i>	<i>32.3%</i>
<i>Total</i>	<i>155</i>	<i>100%</i>

*Fuente: Historias Clínicas*

### **Interpretación**

En la presente tabla se puede observar que el 58.1% de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos durante el año 2024 tuvo una ganancia de peso baja durante el embarazo, en tanto que el 32.3% de las gestantes, presentaron ganancia de peso ponderal elevada y sólo el 9.7% de las gestantes, presentaron una ganancia normal.



**Figura 1**

*Distribución de la ganancia ponderal gestacional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024*

**Tabla 2**

*Distribución de la ganancia ponderal gestacional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024 según características sociodemográficas*

Variables	Categorías	Ganancia baja		Ganancia Normal		Ganancia Elevada		Total		X <sup>2</sup>	P valor
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Edad	De 10 a 19	15	16.7%	2	13.3%	9	18.0%	26	16.8%	1.94	0.75
	De 20 a 34	56	62.2%	12	80.0%	34	68.0%	102	65.8%		
	De 35 a más	19	21.1%	1	6.7%	7	14.0%	27	17.4%		
Estado Civil	Soltera	30	33.3%	3	20.0%	13	26.0%	46	29.7%	1.65	0.8
	Conviviente	50	55.6%	9	60.0%	32	64.0%	91	58.7%		
	Casada	10	11.1%	3	20.0%	5	10.0%	18	11.6%		
Grado de Instrucción	Primaria	3	3.3%	1	6.7%	4	8.0%	8	5.2%	2.73	0.6
	Secundaria	64	71.1%	8	53.3%	27	54.0%	99	63.9%		
	Superior	23	25.6%	6	40.0%	19	38.0%	48	31.0%		
Condición Laboral	Trabajo remunerado	67	74.4%	9	60.0%	36	72.0%	112	72.3%	1.21	0.55
	Trabajo no remunerado	23	25.6%	6	40.0%	14	28.0%	43	27.7%		
<b>Total</b>		<b>90</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>		

Fuente: Historias clínicas

### Interpretación

En la presente tabla se puede observar que del grupo de Ganancia Baja el 16.7% (15) son del grupo etareo de 10 a 19 años, el 62.2% (56) son del grupo etareo de 20 a 34 años, en tanto que el 21.1% (19) son del grupo etareo de 35 años a más, el 33.3% (30) son solteras, el 55.6% (50) son convivientes y el 11.1% (10) son casadas, el 3.3% (3) tienen grado de instrucción primaria, el 71.1% (64) tienen grado de instrucción secundaria y el 25.6% (23) tiene grado de instrucción superior., en relación a la condición laboral, el 74.4% (67) cuentan con algún tipo de trabajo que es remunerado y el 25.6% (23) realiza trabajo no remunerado.

En el grupo de Ganancia Normal se puede observar que el 13.3% (2) son del grupo etareo de 10 a 19 años, el 80% (12) son del grupo etareo de 20 a 34 años y el 6.7% (1) son del grupo etareo de 35 años a más, el 20% (3) son solteras el 60% (9) son convivientes y el 20%(3) son casadas, el 6.7% (1) tienen grado de instrucción primaria, el 53.3% (8) secundaria y el 40%(6) superior., en relación a la condición laboral, el 60%(9) cuentan con algún tipo de trabajo remunerado y el 40% (6) realiza trabajo no remunerado.

En el grupo de ganancia elevada se puede observar que el 18% (9) son del grupo etareo de 10 a 19 años, el 68% (34) del grupo etareo de 20 a 34 años y el 14% (7) del grupo etareo de 35 años a más, el 26% (13) son solteras, el 64% (32) son convivientes y el 10% (5) son casadas, el 8% (4) tienen grado de instrucción primaria, el 54% (27) secundaria y el 38% (19) tienen grado de instrucción superior., en relación a la condición laboral, el 72%(36) cuentan con algún tipo de trabajo que es remunerado y el 28% (14) realiza trabajo no remunerado.

Al aplicar la prueba de chi cuadrado para determinar si existe asociación entre las variables sociodemográficas y la ganancia de peso ponderal, se encontró que todas presentaban p valor mayores a 0.05., por lo que concluimos que no existe asociación

**Tabla 3**

*Distribución de la ganancia ponderal gestacional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024 según características obstétricas*

Variables	Categorías	Ganancia baja		Ganancia Normal		Ganancia Elevada		Total		X <sup>2</sup>	p valor
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Número de gestación	Primigesta	26	29.0%	6	40.0%	22	44.0%	54	35.0%	7.38	0.11
	Multigesta	54	60.0%	9	60.0%	27	54.0%	90	58.0%		
	Gran multigesta	10	11.0%	0	0.0%	1	2.0%	11	7.0%		
Paridad	Nulípara	33	37.0%	8	53.0%	27	54.0%	68	44.0%	6.21	0.18
	Primípara	28	31.0%	5	33.0%	14	28.0%	47	30.0%		
	Multipara	29	32.0%	2	13.0%	9	18.0%	40	26.0%		
Período intergenésico	Corto	16	18.0%	4	27.0%	5	10.0%	25	16.0%	3.21	0.52
	Adecuado	18	20.0%	2	13.0%	9	18.0%	29	19.0%		
	Largo	56	62.0%	9	60.0%	36	72.0%	101	65.0%		
Índice de masa corporal pregestacional	Bajo peso	2	2.0%	2	13.0%	0	0.0%	4	3.0%	20.7	0
	Peso normal	25	28.0%	10	67.0%	11	22.0%	46	30.0%		
	Sobrepeso	35	39.0%	3	20.0%	29	58.0%	67	43.0%		
	Obesidad	28	31.0%	0	0.0%	10	20.0%	38	25.0%		
Atenciones prenatales	De 4 a más	79	88.0%	15	100.0%	47	94.0%	141	91.0%	3.91	0.14
	Menos de 4	11	12.0%	0	0.0%	3	6.0%	14	9.0%		
<b>Total</b>		<b>90</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>		

Fuente: Historias clínicas

### Interpretación

En la presente tabla se puede observar que del grupo de ganancia baja el 29% (26) es primigesta, el 60%(54) es multigesta y el 11%(10) son gran

multigesta, en relación a la paridad el 37% (33) son nulíparas, el 31%(28) son primípara y el 32%(29) son múltiparas, en relación al periodo intergenésico el 18%(16) tienen periodo intergenésico corto, el 20%(18) periodo intergenésico adecuado y el 62%(56) periodo intergenésico largo, en relación al índice de masa pregestacional, el 2%(2) estuvo con bajo peso, el 28%(25) peso normal, el 39% (35) sobrepeso y el 31% (28) estuvo con obesidad y en relación a las atenciones prenatales, el 88% (79) tuvo 4 atenciones prenatales a más y el 12%(11) tuvo menos de 4 atenciones prenatales.

En el grupo de Ganancia Normal el 40% (6) es primigesta, el 60% (9) son multigesta., con relación a la paridad el 53% (8) son nulíparas, el 33% (5) son primaria y el 13% (2) son múltiparas., con relación al periodo intergenésico el 27% (4) tienen periodo intergenésico corto, el 13% (2) periodo intergenésico adecuado y el 60% (9) periodo intergenésico largo., con relación al índice de masa pregestacional, el 13% (2) estuvo con bajo peso, el 67% (10) con peso normal y el 20% (3) con sobrepeso., en relación a las atenciones prenatales el 100%(15) tuvo de 4 a más atenciones prenatales.

En el grupo Ganancia Elevada el 44% (22) es primigesta, el 54%(27) es multigesta y el 2% (1) es gran multigesta., en relación a la paridad, el 54% (27) son nulípara, el 28% (14) son primípara y el 18% (9) son múltiparas., en relación al periodo intergenésico el 10% (5) tienen periodo intergenésico corto, el 18% (9) periodo intergenésico adecuado y el 72% (36) periodo intergenésico largo., en relación al índice de masa pregestacional, el 22% (11) tuvo peso normal, el 58% (29) sobrepeso y el 20% (10) obesidad., en relación a las atenciones prenatales, el 94% (47) tuvo 4 a más atenciones prenatales y el 6% (3) tuvo menos de 4 atenciones prenatales.

Al realizar la prueba de chi cuadrado para identificar si existe asociación entre las variables clínicas con la ganancia de peso corporal, se pudo

encontrar que solo existe asociación estadísticamente significativa (p valor 0.002) entre la variable índice de masa corporal pregestacional con la ganancia de peso ponderal.

**Tabla 4**

*Residuos estandarizados ajustados entre el índice de masa corporal pregestacional y la ganancia ponderal gestacional*

IMC pregestacional	Ganancia Baja	Ganancia normal	Ganancia elevada
Bajo peso	-0.21	<b>2.59</b>	-1.14
Peso normal	-0.33	<b>2.63</b>	-1.00
Sobrepeso	-0.63	-1.37	<b>1.59</b>
Obesidad	<b>1.26</b>	-1.92	-0.64

**Nota:** Valores mayores a 1.96 indican asociación estadísticamente significativa.

### **Interpretación**

En la presenta tabla podemos observar el sentido de la asociación entre la variable IMC pregestacional y ganancia ponderal, las gestantes con bajo peso pregestacional tuvieron ganancia ponderal normal (2.59) estadísticamente significativa, así como las gestantes de peso normal tuvieron ganancia ponderal normal (2.63) estadísticamente significativa., en tanto que en el grupo con IMC pregestacional con sobrepeso tuvieron ganancia ponderal elevada (1.59), aunque no alcanza significancia estadística, se visualiza la tendencia positiva, en tanto que las gestantes con IMC pregestacional con obesidad tuvieron mayor tendencia a ganancia

ponderal baja (1.26) . Este patrón nos muestra que el IMC pregestacional influye en la ganancia de peso ponderal gestacional.

### **Tabla 5**

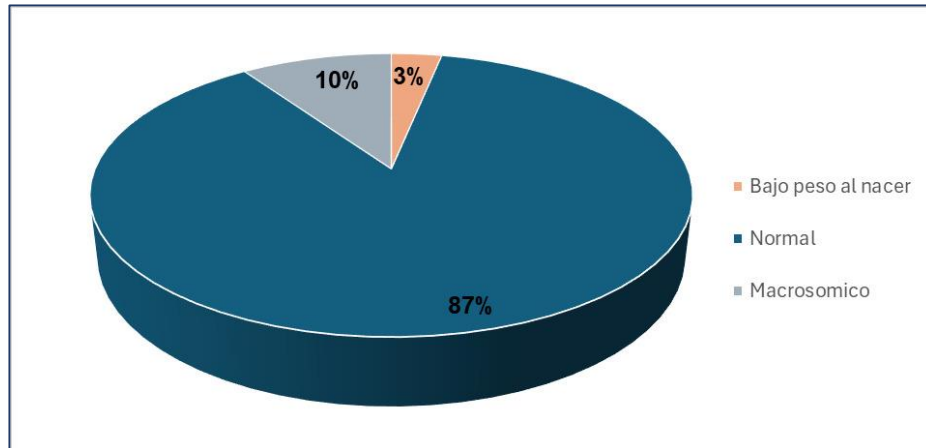
*Distribución del peso del recién nacido en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024*

<i>Variable</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Bajo Peso</i>	<i>5</i>	<i>3 %</i>
<i>Normal</i>	<i>135</i>	<i>87%</i>
<i>Macrosómico</i>	<i>15</i>	<i>10%</i>
<i>Total</i>	<i>155</i>	<i>100%</i>

*Fuente: Historia Clínica*

### **Interpretación**

En la presente tabla podemos observar que los recién nacidos, el 3% presento bajo peso al nacer, el 10% presento macrosomía y el 87% presento peso normal.



**Figura 2**

*Distribución del peso del recién nacido en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024*

**Tabla 6**

*Distribución de la ganancia ponderal gestacional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024 según peso del recién nacido.*

Variables	Categorías	Ganancia baja		Ganancia Normal		Ganancia Elevada		Total		X <sup>2</sup> p valor
		f	%	f	%	f	%	f	%	
Peso de recién nacido	Bajo peso al nacer	3	3%	0	0%	2	4%	5	3%	6.59 0.159
	Normal	82	91%	14	93%	39	78%	135	87%	
	Macrosómico	5	6%	1	7%	9	18%	15	10%	
<b>Total</b>		<b>90</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Historias clínicas

### Interpretación

En la presente tabla se puede observar que, del grupo de Ganancia Baja, el 3% (3) tuvo recién nacidos con bajo peso al nacer, el 91% (82) tuvo recién nacidos con peso normal y el 6% (5) tuvo recién nacidos macrosómicos.

En el grupo de ganancia normal el 93% (14) de los recién nacidos presento peso normal al nacer y el 7% (1) fue macrosómico.

En el grupo de ganancia elevada el 4% (2) de los recién nacidos presento bajo peso al nacer, el 78% tuvo recién nacidos con peso normal y el 18% (9) fue macrosómico.

La prueba de Chi cuadrado (X<sup>2</sup>) es 6.59 y el p-valor (0.159), por lo que al ser mayor que 0.05, nos indica que no hay asociación estadísticamente significativa entre la ganancia de peso materna y el peso del recién nacido.

**Tabla 7**

*Distribución del peso del recién nacido en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024 según características sociodemográficas de la gestante*

Variables	Categorías	Peso del recién nacido								X <sup>2</sup>	p valor
		Bajo Peso al nacer		Normal		Macrosómico		Total			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Edad	De 10 a 19 años	1	20.0%	25	18.5%	0	0.0%	26	16.8%	6.89	0.14
	De 20 a 34 años	2	40.0%	87	64.4%	13	86.7%	102	65.8%		
	De 35 a más años	2	40.0%	23	17.0%	2	13.3%	27	17.4%		
Estado Civil	Soltera	0	0.0%	41	30.4%	5	33.3%	46	29.7%	4.52	0.34
	Conviviente	5	100.0%	78	57.8%	8	53.3%	91	58.7%		
	Casada	0	0.0%	16	11.9%	2	13.3%	18	11.6%		
Grado de Instrucción	Primaria	0	0.0%	8	6.0%	0	0.0%	8	5.0%	2.93	0.57
	Secundaria	5	100.0%	83	61.0%	11	73.0%	99	64.0%		
	Superior	0	0.0%	44	33.0%	4	27.0%	48	31.0%		
Condición laboral	Trabajo remunerado	4	80.0%	95	70.0%	13	87.0%	112	72.0%	0.33	0.85
	Trabajo no remunerado	1	20.0%	40	30.0%	2	13.0%	43	28.0%		
<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>100%</b>	<b>135</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>		

Fuente: Historias clínicas

### Interpretación

En la presente tabla se puede observar que del grupo de recién nacidos con bajo peso al nacer, el 20% (1) eran de madres del grupo etareo de 10 a 19 años, el 40% (2) de 20 a 34 años y el 40% (4) restante de 35 años a más., con relación al estado civil, el 100% (5) de recién nacidos tenían madres en condición de conviviente, el 100% (5) provenían de madres con grado de instrucción secundaria y el 80% (4) provenían de madres con trabajo remunerado y el 20% (1) de trabajo no remunerado.

En el grupo de recién nacidos con peso normal, el 18.5% (25) provenían de madres de 10 a 19 años, el 64.4% (87) de 20 a 34 años y el 17% (23) de 35 años a más., con relación al estado civil, el 30.4% (41) provenían de madres solteras, el 57.8% (78) de madres convivientes y el 11.9%(16) de madres en condición de casadas., en relación al grado de instrucción, el 6% (8) provenían de madres con primaria, el 61% (83) secundaria y el 33%(44) superior., con relación a la condición laboral, el 70%(95) provenía de madres con trabajo remunerado, en tanto que el 30% (40) de madres con trabajo no remunerado.

En el grupo de los recién nacidos macrosómicos, el 86.7% (13) provenían de madres de edades entre los 20 a 34 años y el 13.3% (2) de madres con 35 años a más., con relación al estado civil, el 33.3% (5) provenían de madres solteras, el 53.3% (8) de madres convivientes y el 13.3% (2) de madres casadas., con relación al grado de instrucción el 73% (11) provenían de madres con educación secundaria y el 27% (4) restante de madres con educación superior., en relación a la condición laboral, el 87% (13) provenían de madres con trabajo remunerado y el 13%(2) de madres con trabajo no remunerado.

**Tabla 8**

*Distribución del peso del recién nacido en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024 según características clínicas de la gestante*

Variables	Categorías	Peso del recién nacido								X <sup>2</sup>	p valor
		Bajo Peso al		Normal		Macrosómico		Total			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Número de Gestación	Primigesta	1	20.0%	49	36.2%	4	26.7%	54	34.8%	0.87	0.93
	Multigesta	4	80.0%	77	57.0%	9	60.0%	90	58.1%		
	Gran multigesta	0	0.0%	9	6.8%	2	13.3%	11	7.1%		
Paridad	Nulípara	2	40.0%	62	45.9%	4	26.7%	68	43.9%	3.97	0.43
	Primípara	3	60.0%	40	29.6%	4	26.7%	47	30.3%		
	Multípara	0	0.0%	33	24.5%	7	46.7%	40	25.8%		
Periodo Intergenésico	Corto	1	20.0%	20	14.8%	4	26.7%	25	16.1%	2.12	0.71
	Adecuado	1	20.0%	27	20.0%	1	6.7%	29	18.7%		
	Largo	3	60.0%	88	65.2%	10	66.7%	101	65.2%		
Índice de Masa Corporal pregestacional	Bajo peso	0	0.0%	4	2.9%	0	0.0%	4	2.6%	2.76	0.84
	Peso normal	2	40.0%	42	31.1%	2	13.3%	46	29.7%		
	Sobrepeso	3	60.0%	55	40.7%	9	60.0%	67	43.2%		
	Obesidad	0	0.0%	34	25.3%	4	26.7%	38	24.5%		
Atenciones Prenatales	De 4 a más	4	80.0%	126	93.3%	11	73.3%	141	91.0%	7.14	0.028
	Menos de 4	1	20.0%	9	6.7%	4	26.7%	14	9.0%		
<b>Total</b>		<b>5</b>	<b>100%</b>	<b>135</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>155</b>	<b>100%</b>		

Fuente: Historias clínicas

### Interpretación

En la presente tabla se puede observar que del grupo de recién nacidos con bajo peso al nacer el 20% (1) eran de madres primigestas, el 80% (4) de madres multigestas., en relación a la paridad, el 40% (2) provenían de nulíparas, el 60%(3) de madres primíparas., en relación al periodo intergenésico, el 20% (1) de madres con periodo intergenésico corto, el 20% (1) de madres con periodo intergenésico adecuado y el 60% (3) de

madres con periodo intergenésico largo., en relación al índice de masa corporal pregestacional , 40% (2) provenían de madres con peso normal y el 60% (3) de madres con obesidad., en relación a las atenciones prenatales, el 80% (4) tuvo de 4 a más atenciones prenatales y el 20% (1) de madres con menos de 4 atenciones prenatales.

En el grupo de recién nacidos con peso normal, el 36.2% (49) eran de madres primigestas, el 57 % (77) de madres multigestas y el 6.8% (9) de madres gran multigestas., en relación a la paridad, el 45.9% (62) eran de madres nulíparas, el 29.6% (40) de madres primíparas y el 24.5% (33) de madres múltiparas., en relación al periodo intergenésico, el 14.8% (20) provenían de madres con periodo intergenésico corto, el 20% (27) periodo intergenésico adecuado y el 65.2% (88) de madres con periodo intergenésico largo., en relación al índice de masa corporal pregestacional, el 2.9% (4) provenían de madres con bajo peso, el 31.1% (42) de madres con peso normal, el 40.7% (55) de madres con sobrepeso y el 25.3% (34) de madres con obesidad., en relación a las atenciones prenatales, el 93.3% (126) tuvieron 4 a más atenciones y el 6.7% (9) de madres con menos de 4 atenciones prenatales.

En el grupo de recién nacidos macrosómicos, el 26.7% (4) eran de madres primigestas, el 60% (9) de madres multigestas y el 13.3% ( 2) de madres gran multigestas., en relación a la paridad, el 26.7% (4) provenían de madres nulíparas, el 26.7% (4) de madres primíparas y el 46.7% (7) de madres múltiparas., en relación al periodo intergenésico, el 26.7% (4) eran de madres con periodo intergenésico corto, el 6.7% (1) de madres con periodo intergenésico adecuado y el 66.7% de madres con periodo intergenésico largo (10)., en relación al índice de masa corporal pregestacional, el 13.3% (2) de madres con peso normal, el 60% (9) con sobrepeso y el 26.7% (4) de madres con obesidad., en relación a las

atenciones prenatales, el 73.3% (11) tuvo de 4 a más atenciones y el 26.7% (4) menos de 4 atenciones.

## **CAPÍTULO V**

### **ANÁLISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

El estudio reveló que el 58.1% de gestantes quienes fueron atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024 tuvieron una ganancia de peso baja, lo que coincide con investigaciones previas que evidencian una alta prevalencia de inadecuada ganancia ponderal en embarazadas. En contraste, un estudio en un hospital de Arequipa reportó que el 45.9% de embarazadas alcanzaron el peso esperado. Sin embargo, en la presente investigación, el porcentaje de gestantes con ganancia baja fue considerablemente mayor.

Asimismo, se evidenció un 32.3% de gestantes que presentaban una ganancia ponderal elevada, un hallazgo similar a lo reportado en otras investigaciones. Por ejemplo, una investigación determinó que la ganancia de peso materno influye significativamente en el peso del recién nacido, lo que sugiere que una ganancia excesiva podría aumentar diversos riesgos y padecimientos, como preeclampsia y parto prematuro (30).

Por otro lado, solo el 9.7% de las gestantes en este estudio logró obtener un peso adecuado, un porcentaje inferior al reportado en otras investigaciones, donde la ganancia ponderal óptima es más frecuente. Esta situación resalta la exigencia de fortificar tácticas para educar en el ámbito de la nutrición dirigidas a gestantes en el Centro de Salud de Chorrillos. En general, estos resultados subrayan la importancia del monitoreo de la ganancia ponderal y promoción de las gestantes y su bebé para mejorar los desenlaces perinatales (31) (32).

En relación con las características sociodemográficas, se identificó que las gestantes mayores de 35 años presentan mayor tendencia a tener peso

bajo, posiblemente debido a cambios metabólicos y factores nutricionales relacionados con la edad. En contraste, las mujeres entre 20 y 34 años muestran una ganancia más adecuada. Asimismo, las gestantes solteras tienen mayor prevalencia de ganancia baja de peso, lo que podría vincularse a menor estabilidad emocional y apoyo social, mientras que las convivientes presentan mayor frecuencia de ganancia elevada, posiblemente por un entorno favorable para el cuidado prenatal (33). En cuanto a la educación, las gestantes con nivel superior muestran una mayor ganancia ponderal elevada, mientras que aquellas con secundaria tienden a una ganancia baja, lo que sugiere desigualdades en el acceso a información nutricional (34) (35). No hubo evidencia de diferencias significativas con relación a las condiciones laborales.

Sobre las características obstétricas, se halló que las gestantes gran multigestas ( $\geq 5$  gestaciones) presentan mayor tendencia de ganancia ponderal baja, mientras que las primigestas muestran mayor tendencia a la ganancia elevada (40.7%) (36). De manera similar, las nulíparas tienen una mayor proporción de ganancia elevada, mientras que las multíparas presentan más casos de ganancia baja (37). También se evidenció que las mujeres con obesidad tienen mayor prevalencia de ganancia baja y aquellas con sobrepeso presentan mayor ganancia elevada, lo que concuerda con estudios que lo relacionan con el índice de masa corporal pregestacional (38). Asimismo, las gestantes con menos de cuatro controles prenatales tienen mayor riesgo de ganancia baja, resaltando la importancia del seguimiento prenatal.

Estos hallazgos resaltan la prevalencia del monitoreo, puesto que la insuficiencia como el exceso de peso pueden impactar negativamente en la salud de los involucrados, resaltando la necesidad de fortalecer la educación y el seguimiento nutricional.

El análisis de la información del Centro de Salud de Chorrillos en 2024 revela que los niños macrosómicos se encontraron en el grupo etareo de 20 a 34 años, en tanto que los niños con bajo peso se distribuyeron de manera similar en los tres grupos etareos, estos hallazgos se contraponen con los con lo reportado por De la Plata Daza et al. en 2018 (38), quienes señalaron que la ganancia ponderal excesiva y la macrosomía son más comunes en mujeres jóvenes debido a factores metabólicos y de absorción de nutrientes.

El nivel educativo no mostró ninguna tendencia con el peso en el nacimiento. En contraste con lo que reporto De la Plata Daza et al (2018) (38) que refuerzan la relación entre educación materna y mejores resultados perinatales.

Estudios del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Arequipa y del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Rached et al. (2006) (39); tuvieron resultados que reportaron que el IMC pregestacional y la ganancia de peso durante la gestación tienen un impacto en el peso del recién nacido.

Asimismo, en el Hospital San Juan de Lurigancho evidenció que se asocia positivamente las variables. No obstante, esta relación no se evidenció en gestantes obesas (40). Los resultados resaltan la prevalencia de la examinación de factores obstétricos.

El análisis sobre la distribución del peso del recién nacido en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024 muestra que del grupo de recién nacidos con bajo peso al nacer sus madres habían tenido ganancia baja o ganancia elevada, en tanto que los recién nacidos macrosómicos la mayor proporción provenían de madres con ganancia ponderal elevada. Estos hallazgos

coinciden con estudios previos que evidencian que una ganancia ponderal superior a lo esperado incrementa el riesgo de macrosomía (41).

El análisis de la relación de las variables, considerando la edad materna y la cantidad de controles prenatales, no evidenció una asociación significativa en ninguno de los grupos evaluados. Estos resultados concuerdan con investigaciones anteriores que no encontraron una relación determinante entre dichas variables.

En cuanto a la edad materna, no hubo evidencia de un vínculo significativo en ninguno de los rangos etarios ( $p > 0.05$ ), lo que respalda estudios previos que sostienen que la edad materna no influye directamente en esta relación González et al., (2021) (43) . De manera similar, al analizar el número de controles prenatales, no se encontró una relación significativa entre la ganancia ponderal y el peso al nacer en ninguna de las categorías evaluadas ( $p > 0.05$ ), lo que se alinea con investigaciones previas que sugieren que la cantidad de controles prenatales no impacta directamente en la ganancia ponderal y su influencia en el peso neonatal (Fernández et al., 2019) (44).

Al evaluar los factores sociodemográficos y clínicos vinculados los resultados determinaron que ninguno de los factores sociodemográficos presentó vínculo significativo con esta variable en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024 ( $p > 0.05$ ). Este resultado es coherente con estudios anteriores que también han encontrado una ausencia de relación significativa de elementos sociodemográficos y la ganancia ponderal gestacional (López et al., 2020) (45).

Sin embargo, se identificó que el índice de masa corporal pregestacional fue el único factor clínico con una asociación significativa con la ganancia

ponderal gestacional ( $p < 0.05$ ). En contraste, el resto de los factores clínicos analizados no mostraron una asociación significativa con la ganancia ponderal gestacional ( $p > 0.05$ ), lo cual ha sido reportado en otras investigaciones (Ramírez et al., 2017) (47)

## CONCLUSIONES

1. No se encontró relación entre la ganancia ponderal gestacional y el peso al nacer en los recién nacidos atendidos en el Centro de Salud de Chorrillos.
2. La mayoría de las gestantes presentaron una ganancia ponderal gestacional inadecuada a lo recomendado, lo que refleja la necesidad de fortalecer el atención y seguimiento nutricional durante la etapa de gestación.
3. La mayor proporción de recién nacidos estuvieron en el peso adecuado para la edad gestacional. Sin embargo, se registraron casos de bajo peso al nacer y de macrosomía, lo que demuestra que aún persisten riesgos materno-perinatales vinculados al estado nutricional de la madre.
4. Ninguno de los factores sociodemográficos evaluados mostró una asociación estadísticamente significativa con la ganancia ponderal gestacional. Sin embargo, se evidenció que la variable índice de masa corporal pregestacional tiene relación estadísticamente significativa con la ganancia ponderal. El sentido de la asociación entre la variable IMC pregestacional y ganancia ponderal, nos muestra que el IMC pregestacional influye en la ganancia de peso ponderal gestacional.
5. Ninguno de los factores sociodemográficos evaluados mostro asociación estadísticamente significativa con el peso al nacer de los recién nacidos, sin embargo se evidencio que la variable número de

controles prenatales (>4) tiene relación estadísticamente significativa con el peso al nacer.

## RECOMENDACIONES

- Consideramos necesario fortalecer las acciones de atención integral a la gestante a fin de establecer una ganancia de peso adecuada en la gestante y el recién nacido.
- Sugerimos establecer medidas de seguimiento a través de las políticas públicas para realizar un monitoreo estricto a todas las gestantes a fin de promover una adecuada ganancia de peso durante el embarazo.
- Implementar estrategias de seguimiento a las gestantes que tengan más allá de la Atención prenatal, que incluya al profesional de nutrición y médico, para identificar a tiempo desviaciones que puedan afectar al recién nacido.
- Promover programas a nivel de la comunidad para fortalecer la atención prenatal y el seguimiento durante la etapa de gestación, enfatizando en la importancia de la ganancia de peso adecuada según lo recomendado durante la gestación a fin de direccionar un peso adecuado del recién nacido, identificando las características sociodemográficas y clínicas de las gestantes, incluyendo los hábitos alimenticios e ingesta calórica de las madres.
- Establecer estrategias que resalten la importancia del monitoreo del índice de masa corporal pregestacional a través de la atención integral de las mujeres en edad fértil, a través de asesorías nutricionales personalizadas que contemplen las características sociodemográficas y clínicas de las gestantes atendidas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Maternal health: WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. [Internet]; 2016. [Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinion no. 548: weight gain during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2013 Jan;121(1):210–2.  
doi: 10.1097/01.aog.0000425668.87506.4c. PMID: 23262962.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23262962/>
3. Institute of Medicine and National Research Council. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. 12584th ed. Washington: DC: The National Academies Press; [Internet] 2009. [Acceso 17 de febrero de 2025].  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20669500/>
4. Instituto Nacional de Salud. Situación de la Nutrición Materna en el Perú. 2022nd ed. Lima: INS; [Internet]; 2022. [Acceso 17 de febrero de 2025].  
<https://boletin.ins.gob.pe/wp-content/uploads/2023/V29N4/a03v29n4>.
5. Gutiérrez C. & Sánchez A. Ganancia de peso gestacional y su relación con el peso del recién nacido en un hospital de Lima. *Rev Perú Med. Exp. Salud Pública*. 2019; 36(4):712-9. Disponible en:  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187)
6. Cordero L, Maza A, Hernández R. Sobrepeso y obesidad en gestantes de Lima y su impacto en el peso neonatal. *Ginecol Obstet Mex*. 2021; 89(1):41-9. Disponible en:  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532024000100201](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532024000100201)
7. Ministerio de Salud del Perú. Indicadores de salud materna en [Internet] Lima Metropolitana. [Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en:

[https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/indicadores/indicadores\\_s](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/indicadores/indicadores_s)

8. Polit, D.F. and Beck, C.T. (2017) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10th Edition, Wolters Kluwer Health, Philadelphia, 784 p.  
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.005>
9. Freiré MA, Álvarez R, Peña SJ. Factores maternos asociados a bajo peso al nacer en un hospital de Cuenca. *Rev. Cub. de Obst. y Ginec.* 2023; 46(3). Disponible en:  
<https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/71>
10. Ramírez D, Calvo Víctor D. RMSL. Efecto del comportamiento del peso materno en el peso del neonato. *Revista de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición.* 2021;. 71(4). Disponible en:  
<https://www.alanrevista.org/ediciones/2021/4/art-6/>.
11. Pastor Altamirano, David Esteban. Vínculo del peso entre el índice de masa corporal en los primeros tres meses de gestación. 243rd ed. Quito - Ecuador: Hospital Metropolitano de Quito; [Internet] 2019.  
<https://repositorio.puce.edu.ec/items/4c2c0d7d-8cfd-48a0-863e-83dc0d3e61df>
12. Soria Gonzales LA, Moquillaza AV. Índice de masa corporal pregestacional y ganancia de peso gestacional relacionados con el peso al nacer. *Ginecol Obstet Méx.* 2020;88(4):210–6.  
<https://doi.org/10.24245/gom.v88i4.3761>
13. Guerra AB. Relación entre el estado nutricional materno y el bajo peso neonatal. Tesis para obtención de grado académico de médico cirujano. [Trujillo: Universidad Nacional Cesar Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2013/cmh132d.pdf>.

14. Goldstein RF, et al. Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes. *JAMA*. 2017; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28586887/>.
15. Hedderson MM, Gunderson EP, Ferrara A. Gestational weight gain and risk of gestational diabetes mellitus. *Obstet Gynecol*. 2010; [Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20177292/>]
16. Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovasc J Afr*. [Internet] 2016; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27213856/>
17. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. 2019049645498272013th ed. Lima: MINSA; [Internet] 2013  
[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm\\_827-2013-minsa](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa).
18. Lau EY, Liu J, Archer E, McDonald SM, Liu J. Maternal weight gain in pregnancy and risk of obesity among offspring: a systematic review. 25371815th ed.: [Internet] 2014. [Acceso 17 de febrero de 2025]. 52493; *J Obes*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25371815/>
19. Thangaratinam, S., Rogozinska, E., Jolly, K., Glinkowski, S., Roseboom, T., Tomlinson, J. W., Kunz, R., Mol, B. W., Coomarasamy, A., & Khan, K. S. (2012). Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence. *BMJ (Clinical research ed.)*, 344, e2088. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2088>
20. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. [Internet]; 2016. [Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
21. MedlinePlus. MedlinePlus. [Internet]; 2023. [Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002271.htm>

22. Navarra UCd. Universidad Clínica de Navarra. [Internet]; 2024. [Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/nacimiento>.
23. Natalben. Natalben. [Internet]; 2024. [Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.natalben.com/antes-del-embarazo/como-se-distribuye-la-ganancia-de-peso-en-el-embarazo>.
24. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Internet];2024. [Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
25. Humanos HG–DdSyS. HHS.Gov – Departamento de Salud y Servicios Humanos. [Internet]; 2023. A[Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/index.htm>
26. Villamor E, Cnattingius S. Interpregnancy weight change and risk of adverse pregnancy outcomes: a population-based study. 0. Lancet. [Internet]; 2006; [Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69473-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69473-7).
27. Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. P. Metodología de la investigación. 2020122202020203202020620nd ed. ed.) (, editor.: McGraw-Hill Education; [Internet]; 2018. [Acceso 17 de febrero de 2025].
28. Rojas Roman TM. Ganancia ponderal gestacional inadecuada asociada a preeclampsia en mujeres procedentes de un hospital de Piura, 2020 - 2023. [Internet];2023. [Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/157336>.
29. Poma Quispe, DL. Correlación Entre la Ganancia de Peso en la Gestante a Término y el Peso del Recién Nacido. Arequipa: [Internet]; Universidad Católica de Santa María, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/1d74c673-4cd2-48d5-baf1-8c41b67465d3>.

30. Grados Valderrama FM, Cabrera Epiqueñ R, Díaz Herrera J. Estado nutricional pregestacional y ganancia de peso materno durante la gestación y su relación con el peso del recién nacido. *Rev Med Hered. Rev Med Hered*; [Internet]; 2020. [Acceso 17 de febrero de 2025]. 14(3):128-133. Disponible en: ([http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2003000300006&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2003000300006&lng=es))
31. Smith, J. A., et al. Relación entre la edad materna y las complicaciones del embarazo. [Internet]; *Revista de Salud Reproductiva.* ; Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322023000300012](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322023000300012)
32. Ocampo Rivero MM, Maza Padilla LE, Orozco Gómez CJ. Relación entre apoyo social, funcionamiento familiar, características sociodemográficas y ginecobstétricas en gestantes que asisten a cuidado prenatal. *Enferm Glob* [Internet]. 2025 Abr [citado 2025 Sep 28];24(75):628671. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412025000100008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412025000100008&lng=es).
33. López, M., et al. Educación y nutrición durante el embarazo. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. [Internet]; 2019; [Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757328014.pdf>
34. Martínez-González Á, Riobo-Gestido A, Miguel-Toquero R, Fernández-Fernández E, González-Nunes M, Morales-Gorria MJ. Efecto de la ganancia ponderal gestacional en una cohorte de gestantes con obesidad operadas y no operadas de cirugía bariátrica. *Nutr. Hosp.* [Internet]; 2024; [Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en: (<https://dx.doi.org/10.20960/nh.04639>).
35. Sánchez-García JC, Aguilar-Cordero MJ, Menor-Rodríguez MJ, Paucar Sánchez AM, Rodríguez-Blanco R. Influencia del ejercicio físico en la evolución del peso gestacional y posparto. *Ensayo clínico aleatorizado. Nutr. Hosp.* [Internet]; 2019; [Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en: (<https://dx.doi.org/10.20960/nh.02456>).

36. De la Plata Daza M, Pantoja Garrido M, Frías Sánchez Z, Rojo Novo S. Influencia del índice de masa corporal pregestacional y ganancia ponderal materna en los resultados perinatales materno-fetales. Rev cubana Obstet Ginecol. [Internet]; 2018; Disponible en: ([http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2018000100007&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100007&lng=es))
37. Rached-Paoli Ingrid, Henríquez-Pérez Gladys, Azuaje-Sánchez Arelis. i. Relación del peso al nacer con la edad gestacional y la antropometría materna. An Venez Nutr. [Internet]; 2006; [Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en: ([http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-07522006000100003&lng=es.](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522006000100003&lng=es))
38. Soria Gonzales LAyVHMA. Índice de masa corporal pregestacional y ganancia de peso gestacional relacionados con el peso al nacer. Ginecol. obstet. Méx. [Internet]; 2020; [Acceso 17 de febrero de 2025]. 88. Disponible en: ([https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412020000400003](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412020000400003)).
39. Vila-Candel R FGMMMJ. Recomendaciones internacionales estándar sobre la ganancia de peso gestacional: adecuación a nuestra población. Nutr Hosp. [Internet]; 2021; [Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112021000200306&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000200306&lng=es)
40. Manual Merck. Recién nacidos grandes para la edad gestacional. [Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/salud-infantil/problemas-generales-del-reci%C3%A9n-nacido/reci%C3%A9n-nacidos-grandes-para-la-edad-gestacional>
41. González, M., et al. Influencia de la edad materna en la ganancia ponderal gestacional y el peso al nacer. Revista de Obstetricia y Ginecología. [Internet]; 2021; [Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en: ([https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412020000400003](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412020000400003))

42. Santos-Antonio G, Alvis-Chirinos K, Aguilar-Esenarro L, Bautista-Olórtegui W, Velarde-Delgado P, Aramburu A. Ganancia de peso gestacional como predictor de macrosomía y bajo peso al nacer: revisión sistemática. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020 Jul-Sep;37(3):4919. doi: 10.17843/rpmesp.2020.373.4919  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342020000300403](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000300403)
43. López, P., et al. Factores sociodemográficos y su impacto en la ganancia ponderal gestacional. *Clinical Pregnancy Research*. [Internet]; 2020; [Acceso 17 de febrero de 2025]. Disponible en: ([https://www.researchgate.net/publication/380837250\\_Factores\\_sociodemograficos\\_y\\_su\\_relacion\\_con\\_la\\_ganancia\\_de\\_peso\\_en\\_pacientes\\_en\\_estado\\_gestacional](https://www.researchgate.net/publication/380837250_Factores_sociodemograficos_y_su_relacion_con_la_ganancia_de_peso_en_pacientes_en_estado_gestacional)).
44. Martínez, R., et al. Periodos intergenésicos y su efecto en la ganancia ponderal durante el embarazo. *Journal of Obstetrics*. [Internet]; 2021; [Acceso 17 de febrero de 2025]. 31(3), 215-220. Disponible en: ([https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262018000100052](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052))
45. Ramírez, J., et al. Factores clínicos asociados a la ganancia ponderal gestacional. *Maternal Health Journal*. [Internet]; 2020. [Acceso 17 de febrero de 2025]. 29(1), 198-204. Disponible en: (<https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-factores-asociados-morbilidad-materna-perinatal-S0210573X20300873>)

## ANEXOS

### Anexo 1. Matriz de consistencia

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variable dependiente	Metodología
¿Cuál es la relación entre la ganancia ponderal gestacional y el peso al nacer en los recién nacidos atendidos en el Centro de Salud de Chorrillos durante el año 2024?	Determinar la relación entre la ganancia ponderal gestacional y el peso al nacer en los recién nacidos atendidos en el Centro de Salud de Chorrillos durante el año 2024.	Existe una relación significativa entre la ganancia ponderal gestacional y el peso al nacer en recién nacidos atendidos en un Centro de Salud en Chorrillos en el año 2024.	Peso al nacer del recién nacido	<p><b>1. Tipo y diseño de Investigación</b> Analítico (Correlacional)</p> <p><b>2. Población de estudio</b> Lo constituyen las 1630 gestantes que acuden al CMI</p> <p><b>3. Tamaño de la muestra</b> El tamaño de la muestra calculado fue de 155 gestantes a través de la fórmula para población finita.</p> <p><b>4. Selección de la muestra</b> Se empleará el muestreo aleatorio simple.</p> <p><b>5. Técnica de Recolección de Datos</b> Se empleará una ficha de recolección de datos para el registro de las variables de estudio</p> <p><b>6.- Análisis e Interpretación de la Información.</b> Se realizará el análisis descriptivo de las variables, en el caso de las variables numéricas se obtendrán medidas de tendencia central y de dispersión. Para la aplicación del análisis bivariado, previamente se realizarán las pruebas de normalidad para determinar si se usaran estadística paramétrica o no paramétrica.</p>
Problema Específico	Objetivos Específicos	Hipótesis Especificas	Variabes Independientes	
	Describir la distribución de la ganancia ponderal gestacional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024.		Edad materna	
	Describir la distribución del peso al nacer de los recién nacidos atendidos en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024.		Número de controles prenatales	
	Evaluar la asociación entre la ganancia ponderal gestacional y el peso al nacer, controlando por factores como edad materna y número de controles prenatales		IMC pregestacional	
	Identificar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la ganancia ponderal gestacional en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Chorrillos en 2024.		Ganancia ponderal de peso	
			Tiempo de gestación en el momento del parto	

## Anexo 2

### Instrumento de Recolección de Datos

**“Relación entre la ganancia ponderal gestacional y el peso al nacer en recién nacidos atendidos en un Centro de Salud en Chorrillos, 2024”**

#### I. Datos Sociodemográficos

1. Edad materna: \_\_\_\_ años
2. Estado civil:  Soltera  Casada  Conviviente  Otro
3. Nivel de educación:  Primaria  Secundaria  Superior
4. Ocupación: \_\_\_\_\_

#### II. Datos Clínicos

1. Número de gestaciones: \_\_\_\_
2. Número de controles prenatales: \_\_\_\_
3. Edad gestacional al primer control prenatal: \_\_\_\_ semanas
4. IMC pregestacional: \_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>
5. Peso al final del embarazo: \_\_\_\_ kg
6. Ganancia ponderal gestacional: \_\_\_\_ kg
7. Tipo de parto: Vaginal (  ) cesárea (  )

#### III. Datos del Recién Nacido

1. Sexo:  Masculino  Femenino
2. Peso al nacer: \_\_\_\_ gramos
3. Talla al nacer: \_\_\_\_ cm
4. Edad gestacional al nacer: \_\_\_\_ semanas