



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

Tesis

Sobrepeso en las complicaciones maternas del Hospital Guillermo Almenara
Irigoyen durante el periodo julio – diciembre 2024

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Obstetricia

Presentado por:

Autora: Condori Yancán, Karina Isabel

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4017-8255>

Asesora: Dra. Marin Guevara, Leticia Gloria

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0491-1755>

Lima – Perú

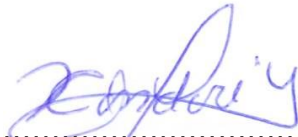
2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Karina Isabel Condori Yancán egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Obstetricia** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación **“Sobrepeso en las complicaciones maternas del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo julio – diciembre 2024”** Asesorado por el docente: **Marin Guevara, Leticia Gloria DNI: 06746448 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0491-1755>** tiene un índice de similitud de **19 (diecinueve) %** con código oid:14912:518463067 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
Karina Isabel Condori Yancan
 DNI: 20047649

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



.....
 Firma asesor
Dra. Leticia Gloria Marin Guevara
 DNI: 06746448

Lima, 29 de Octubre de 2025

Dedicatoria:

A mi mayor fuente de amor, paciencia y sentido.

A mi esposo, mi compañero de vida, gracias por tu apoyo incondicional, por sostenerme en los días de cansancio y celebrar conmigo en los de logro. Tu fe en mí fue el impulso que necesitaba para no rendirme. Y a mis hijos, cuya sola presencia me inspira a ser mejor cada día: esta meta también es para ellos, porque me enseñan con su alegría y su ternura que todo esfuerzo vale la pena. Gracias por ser mi hogar, mi fuerza y mi mayor motivación.

A mis padres que están en el cielo, por ser mi sostén incondicional en cada etapa de este camino. Gracias por enseñarme el valor del esfuerzo, por creer en mí cuando yo dudaba y por acompañarme con paciencia y amor. Cada logro que alcanzo lleva consigo su sacrificio silencioso. Esta tesis es fruto de sus enseñanzas, su ejemplo y su fe constante. No hay palabras suficientes para agradecer todo lo que han hecho por mí. Siempre llevaré conmigo y con mucho orgullo todo lo que me dieron: valores, fuerza y corazón.

Agradecimiento:

A **Dios gracias** por cada detalle y momento durante la realización de mi tesis, gracias a él por ser la base de mi moral, por cada día que me permitió despertar no solo con vida, sino que también me permitió continuar con salud, fuerzas y empeño.

Quisiera expresar mi más sincera gratitud a mi tutora de tesis, la Dra. Marin Guevara, Leticia Gloria, cuyo conocimiento experto y consejo crítico han sido insustituibles. Su confianza en mi capacidad y su ayuda oportuna han sido los pilares de este trabajo. Su mentoría ha dejado una impresión duradera en mi carrera académica.

Extiendo mi agradecimiento al Hospital Guillermo Almenara Yrigoyen y al Servicio de Obstetricia por brindarme los recursos, el apoyo logístico y el tiempo necesario para poder realizar esta investigación.

A todos los profesionales que me educaron y me involucraron en mi formación, no podía haberlo logrado sin ustedes este logro no solo refleja mi esfuerzo sino también el apoyo de quienes creyeron en mí.

ÍNDICE

Dedicatoria:	iii
Agradecimiento:	iv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	13
1.1. Planteamiento del problema	13
1.2. Formulación del problema	15
1.2.1. Problema general.....	15
1.2.2. Problemas específicos.....	16
1.3. Objetivos de la investigación	16
1.3.1. Objetivo general	16
1.3.2. Objetivos específicos	16
1.4. Justificación de la investigación	16
1.4.1. Teórica.....	16
1.4.2. Metodológica.....	17
1.4.3. Práctica.....	18
1.5. Delimitaciones de la investigación	18
1.5.1. Temporal.....	18
1.5.2. Espacial	19
1.5.3. Población o unidad de análisis	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	20
2.1. Antecedentes	20
2.1.1 Antecedentes nacionales	20
2.1.2 Antecedentes internacionales	22
2.2. Bases teóricas	25
2.3. Formulación de hipótesis	37
2.3.1. Hipótesis general	37
2.3.2. Hipótesis específicas	37
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	39
3.1. Método de la investigación	39
3.2. Enfoque de la investigación	39
3.3. Tipo de investigación	40
3.4. Diseño de la investigación	40
3.5. Población, muestra y muestreo	41
3.6. Variables y operacionalización	44

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	45
2.1.1. Técnica	45
2.1.2. Descripción de instrumentos	45
2.1.3. Validación	45
2.1.4. Confiabilidad	46
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	46
3.9. Aspectos éticos	47
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	48
4.1. Resultados	48
4.2. Discusión de resultados.....	62
CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	66
6.1. Conclusiones	66
6.2. Recomendaciones	67
REFERENCIAS	68
Anexo 1: Matriz de consistencia	76
Anexo 2: Instrumentos	77
Anexo 3: Aclaración a la Declaración Jurada y Resolución de Aprobación de la validez de Instrumento	78
Anexo 4: Constancia de aprobación del comité de Ética otorgado por la Universidad Norbert Wiener.....	82
Anexo 5: Autorización de Proyecto de Investigación Observacional otorgado por el HGAI - EsSalud.....	84
Anexo 6: Constancia de Aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación otorgado por el HGAI - EsSalud	86
Anexo 7: Informe del asesor de Turnitin.....	88

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Niveles de sobrepeso y obesidad en gestantes</i>	27
Tabla 2 <i>Niveles recomendados de ganancia de peso en el embarazo</i>	29
Tabla 3 <i>Población de gestantes con sobrepeso atendidos en el periodo julio-diciembre 2024-Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud – Lima.</i>	41
Tabla 4 <i>Muestra de gestantes con sobrepeso atendidos en el periodo julio-diciembre 2024-Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud – Lima.</i>	43
Tabla 5 <i>Edad de las participantes</i>	48
Tabla 6 <i>Numero de controles realizadas a las gestantes</i>	49
Tabla 7 <i>Ganancia de peso de las gestantes</i>	49
Tabla 7 <i>Número de complicaciones embarazo</i>	50
Tabla 9 <i>Número de complicaciones en el parto.</i>	51
Tabla 10 <i>Número de complicaciones en el puerperio</i>	55
Tabla 11 <i>Número promedio de complicaciones en general.</i>	56
Tabla 11 <i>Pruebas de normalidad de variables y dimensiones</i>	56
Tabla 13 <i>Resultados de la regresión ordinal entre sobrepeso y complicaciones maternas</i>	58
Tabla 14 <i>Resultados de la regresión ordinal entre el sobrepeso y complicaciones maternas en el embarazo</i>	59
Tabla 15 <i>Resultados de la regresión ordinal entre el sobrepeso y complicaciones maternas en el parto.</i>	60
Tabla 16 <i>Resultados de la regresión ordinal entre sobrepeso y complicaciones maternas en el puerperio</i>	61

Índice de figuras

Figura 1	<i>Tipos de complicaciones presentados en la gestación.....</i>	51
Figura 2	<i>Entidades obstétricas en la muestra de estudio</i>	52
Figura 3	<i>Estado del feto al ingreso al parto.....</i>	53
Figura 4	<i>Estado del feto al ingreso al parto.....</i>	53
Figura 5	<i>Causas para realización de cesarías en la muestra</i>	54
Figura 6	<i>Causas para realización de cesarías en la muestra</i>	55

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la influencia del sobrepeso en las complicaciones presentadas por mujeres gestantes atendidas en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo de julio a diciembre de 2024. La metodología adoptó un enfoque cuantitativo, de tipo básico y diseño no experimental con alcance explicativo. Se empleó la técnica de observación mediante una ficha validada y aprobada por ESSALUD, aplicada a una muestra de 138 mujeres gestantes. El procesamiento y análisis de datos se efectuó utilizando los programas Excel y SPSS versión 26. En la fase descriptiva se recurrió a tablas de frecuencia y representaciones gráficas, mientras que en el análisis inferencial se aplicaron pruebas de normalidad y regresión ordinal para la contrastación de hipótesis. Los resultados evidenciaron que la totalidad de las participantes presentaban sobrepeso. Asimismo, el 42% manifestó complicaciones durante el embarazo, el 63.8% presentó complicaciones en el parto y solo el 6.5% en el puerperio. Los análisis estadísticos revelaron que el sobrepeso explicó el 24.6% de las complicaciones maternas, el 32.2% de las complicaciones en el embarazo y el 36.3% de las complicaciones en el parto; sin embargo, no se halló evidencia de influencia significativa sobre las complicaciones en el puerperio. En conclusión, se determinó que el sobrepeso ejerce una influencia baja pero relevante en las complicaciones obstétricas de las madres atendidas en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el segundo semestre de 2024, lo que subraya la necesidad de fortalecer estrategias preventivas y de control nutricional en la atención prenatal.

Palabras clave: Sobrepeso, embarazo, parto, puerperio, complicaciones obstétricas.

ABSTRACT

The main objective of this study was to determine the influence of overweight on complications experienced by pregnant women treated at the Guillermo Almenara Irigoyen Hospital from July to December 2024. The methodology adopted a quantitative approach, a basic approach, and a non-experimental design with explanatory scope. The observation technique was used through a form validated and approved by ESSALUD, applied to a sample of 138 pregnant women. Data processing and analysis were carried out using Excel and SPSS version 26. In the descriptive phase, frequency tables and graphic representations were used, while in the inferential analysis, normality tests and ordinal regression were applied to test hypotheses. The results showed that all participants were overweight. Furthermore, 42% reported complications during pregnancy, 63.8% presented complications during childbirth, and only 6.5% in the postpartum period. Statistical analyses revealed that overweight accounted for 24.6% of maternal complications, 32.2% of pregnancy complications, and 36.3% of childbirth complications; however, no evidence of a significant influence on postpartum complications was found. In conclusion, it was determined that overweight exerts a low but significant influence on obstetric complications among mothers treated at the Guillermo Almenara Irigoyen Hospital during the second half of 2024, underscoring the need to strengthen preventive strategies and nutritional control in prenatal care.

Keywords: Overweight, pregnancy, childbirth, postpartum, obstetric complications.

Introducción

En las sociedades contemporáneas, el sobrepeso se ha consolidado como una enfermedad silenciosa y de creciente prevalencia que afecta a una proporción significativa de la población mundial. Su avance progresivo constituye uno de los principales desafíos de salud pública, debido a sus implicaciones en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles y su impacto directo en la calidad de vida de las personas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que el sobrepeso y la obesidad representan factores de riesgo determinantes para padecimientos cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión arterial y complicaciones metabólicas, afectando tanto a hombres como a mujeres, sin distinción de edad o condición socioeconómica.

En el caso particular de las mujeres gestantes, el sobrepeso adquiere una connotación aún más crítica, pues incrementa significativamente el riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. Estas complicaciones pueden manifestarse en forma de preeclampsia, diabetes gestacional, partos prematuros o dificultades durante la recuperación posparto, afectando tanto la salud materna como la del recién nacido.

Por ello, el estudio del sobrepeso en el contexto de la gestación se torna fundamental para comprender sus implicancias clínicas y epidemiológicas, así como para orientar políticas y programas de prevención que fortalezcan la atención integral de la mujer embarazada. En este sentido, la presente investigación se propone analizar la influencia del sobrepeso en las complicaciones obstétricas, aportando evidencia empírica que contribuya a optimizar las estrategias de salud materna y reducir riesgos en poblaciones vulnerables.

La presente investigación tiene como propósito determinar cómo el sobrepeso influye en las complicaciones presentadas por madres gestantes atendidas en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo de julio a diciembre de 2024. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental de tipo explicativo, orientado a identificar la relación existente entre el exceso de peso corporal y las complicaciones durante las distintas etapas del proceso gestacional. Para la recolección de información se aplicaron fichas de observación validadas por ESSALUD a una muestra conformada por 138 mujeres gestantes, seleccionadas según criterios de inclusión previamente establecidos. Los datos obtenidos fueron procesados mediante los programas estadísticos Excel y SPSS versión 26, empleando análisis descriptivos e inferenciales. Los resultados permitieron evidenciar que el sobrepeso constituye un factor

de riesgo que incide en la aparición de complicaciones durante el embarazo y el parto, aunque con menor impacto en el puerperio. En consecuencia, se resalta la importancia de la prevención y el control nutricional durante la gestación.

La presente tesis se estructura en cuatro capítulos interrelacionados que permiten desarrollar el proceso investigativo de manera coherente, sistemática y rigurosa. El Capítulo I aborda la problemática de estudio, en el cual se expone el planteamiento del problema, su formulación general y específica, los objetivos de investigación, así como la justificación teórica, metodológica y práctica del estudio, complementada con la delimitación espacial, temporal y conceptual que acota el alcance de la investigación. El Capítulo II corresponde al marco teórico, donde se integran los antecedentes empíricos y teóricos más relevantes, las bases conceptuales que sustentan las variables de estudio y la formulación de las hipótesis que orientan el análisis estadístico. En el Capítulo III se desarrolla el diseño metodológico, que detalla el método, enfoque y tipo de investigación, el diseño empleado, la población, muestra y técnica de muestreo, así como la operacionalización de variables, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el plan de procesamiento y análisis estadístico, y los principios éticos que rigen el estudio. Finalmente, el Capítulo IV presenta y discute los resultados obtenidos, interpretándolos a la luz del marco teórico. El documento culmina con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos correspondientes, garantizando así la coherencia académica y científica del trabajo.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El sobrepeso constituye una problemática de salud pública de creciente relevancia a nivel global, caracterizándose como una enfermedad crónica no transmisible (ENT) de alta prevalencia y complejidad multifactorial. Su impacto trasciende el ámbito individual, incidiendo de manera significativa en los sistemas sanitarios, económicos y sociales de las naciones. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1,2), el sobrepeso representa la quinta causa principal de mortalidad a nivel mundial, evidenciando su rol determinante en la morbilidad asociada a enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, distintos tipos de cáncer y patologías osteoarticulares, entre otras afecciones de alto impacto epidemiológico.

Desde una perspectiva histórica y sociocultural, el sobrepeso ha sido conceptualizada como el "síndrome del Nuevo Mundo" (3), en alusión a su relación con los cambios en los patrones de alimentación, sedentarismo y urbanización acelerada experimentados durante las últimas décadas. La reducción de la esperanza de vida atribuida al sobrepeso no solo se vincula con el deterioro fisiológico derivado de sus comorbilidades, sino también con la disminución de la calidad de vida y el incremento en la carga económica sobre los sistemas de salud (4).

El sobrepeso constituye una crisis de salud pública global en constante expansión, con una prevalencia significativamente elevada en Europa y Estados Unidos. Según la OMS (5), más de mil millones de personas en el mundo presentan sobrepeso, incluyendo 650 millones de adultos, 340 millones de adolescentes y 39 millones de niños (6). Desde 1980, la tasa mundial de sobrepeso se ha triplicado, y se proyecta que para 2030, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 7 hombres serán obesos (7). La obesidad severa ($IMC \geq 40$) ha aumentado desde 1993 en ambos sexos (8), mientras que su impacto socioeconómico se traduce en el incremento de costos médicos derivados de hospitalizaciones, farmacoterapia y atención a largo plazo (9). Con una tasa de mortalidad del 8 % a nivel mundial, se estima que para 2030 el 30 % de los fallecimientos estarán vinculados a esta condición (10).

Según el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la evaluación del estado nutricional evidencia una creciente preocupación por la malnutrición en gestantes. El déficit de peso se situó en un 8,6 %, mientras que el sobrepeso alcanzó el 51,5 %, reflejando una tendencia ascendente en la prevalencia de desbalances nutricionales. Para el primer semestre de 2024, el análisis del índice de masa corporal (IMC) al inicio del embarazo reveló que el 1,9 % de las gestantes presentaba bajo peso, lo que representa un aumento de 0,1 puntos porcentuales respecto a 2023. Paralelamente, la proporción de gestantes con sobrepeso y obesidad se elevó al 35,5 % y 18,3 %, respectivamente, con un incremento de 0,2 puntos porcentuales en ambos casos (11).

El diagnóstico de sobrepeso y obesidad se establece predominantemente a través del índice de masa corporal (IMC), considerado el indicador más ampliamente utilizado y recomendado en la práctica clínica (12). Este parámetro es aplicado tanto en la evaluación de la población adulta como en la determinación del estado nutricional de las mujeres al inicio de la gestación (13). De acuerdo con la clasificación establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estado nutricional en adultos se categoriza en: peso insuficiente (IMC < 18,5 kg/m²), normopeso (IMC entre 18,5 y 24,9 kg/m²), sobrepeso (IMC entre 25 y 29,9 kg/m²) y obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²).

Las recomendaciones sobre la ganancia de peso durante la gestación deben basarse en el índice de masa corporal (IMC) pregestacional, evitando el uso de guías obsoletas que establecen rangos generales de incremento ponderal entre 9 y 13 kg sin considerar la complejidad física individual de la gestante (14). En este contexto, la guía más ampliamente adoptada en la práctica clínica es la del Institute of Medicine (IOM) de Norteamérica, la cual incorpora el IMC como un criterio fundamental para personalizar las recomendaciones sobre la ganancia de peso gestacional (15). Este enfoque permite una orientación más precisa, adaptada a las necesidades metabólicas y fisiológicas de cada mujer, optimizando los resultados materno-fetales y minimizando riesgos asociados al sobrepeso, la obesidad o la insuficiencia ponderal durante el embarazo (16).

Las gestantes con sobrepeso presentan un riesgo significativamente elevado de desarrollar patologías durante el embarazo, tales como preeclampsia y diabetes gestacional (17). Asimismo, enfrentan mayores complicaciones en las etapas ante parto e intraparto, incluyendo fallos en la inducción del parto, distocias dinámicas y de hombros, así como desproporción pélvico-fetal, lo que incrementa la necesidad de intervenciones

obstétricas, como el parto instrumental y la cesárea, tanto electiva como de emergencia (18).

En el periodo puerperal, se observa una mayor incidencia de hemorragia postparto, infecciones y eventos tromboembólicos, factores que agravan el pronóstico materno (19). Además, los procedimientos anestésicos en este grupo poblacional presentan mayor complejidad y se asocian con una mayor tasa de complicaciones (20). Estas condiciones justifican el hecho de que las gestantes con sobrepeso exhiben una razón de mortalidad materna considerablemente superior en comparación con aquellas de menor riesgo obstétrico (21).

La necesidad de investigar la asociación entre el sobrepeso como factor de riesgo en las diferentes etapas del embarazo, parto y puerperio responde a la creciente prevalencia de estas condiciones y su impacto adverso en la salud materno-fetal (18). El sobrepeso gestacional no solo se vincula con un mayor riesgo de patologías como la preeclampsia y la diabetes gestacional, sino que también se asocia con complicaciones intraparto, incluyendo mayor incidencia de distocias, fallos en la inducción del trabajo de parto y un incremento en la tasa de cesáreas tanto electivas como de emergencia (22). En el periodo puerperal, las mujeres consobrepeso presentan una mayor susceptibilidad a hemorragias postparto, infecciones y eventos tromboembólicos, lo que eleva significativamente la morbimortalidad materna. Asimismo, se ha evidenciado que la programación epigenética del feto puede verse afectada por el ambiente intrauterino en contextos de sobrepeso, predisponiendo al recién nacido a trastornos metabólicos a lo largo de su vida (23).

Por lo tanto, es imperativo desarrollar estudios que midan con precisión la correlación entre el exceso de peso materno y los desenlaces obstétricos y neonatales, con el fin de generar evidencia científica que sustente la formulación de políticas de salud pública y estrategias de intervención temprana. La implementación de programas de vigilancia nutricional y el diseño de protocolos clínicos basados en estos hallazgos contribuirán a garantizar una atención perinatal más efectiva y una reducción de las complicaciones derivadas del sobrepeso gestacional, beneficiando tanto a la madre como al neonato.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo influyen el sobrepeso en las complicaciones en mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Existe influencia del sobrepeso en las complicaciones en el embarazo de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024?
- ¿De qué manera influye el sobrepeso en las complicaciones en el parto de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024?
- ¿Cuál es la influencia del sobrepeso en las complicaciones en el puerperio de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la influencia del sobrepeso en las complicaciones en mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer la influencia del sobrepeso en las complicaciones en el embarazo de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.
- Conocer de qué manera influye el sobrepeso en las complicaciones en el parto de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.
- Calcular la influencia del sobrepeso en las complicaciones en el puerperio de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

A lo largo de los últimos años, el sobrepeso ha emergido como problemas de salud pública de gran relevancia en la población gestante, debido a su estrecha relación con un incremento en la incidencia de complicaciones obstétricas y perinatales (19). Diversos estudios han evidenciado que la magnitud del exceso de peso materno se correlaciona

directamente con la severidad de las complicaciones durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio, lo que justifica la necesidad de una investigación rigurosa sobre este fenómeno (4) (17).

Desde una perspectiva teórica, el sobrepeso gestacional no solo se asocia con trastornos metabólicos como la diabetes gestacional y la preeclampsia, sino que también afecta la fisiología del parto, aumentando el riesgo de inducción fallida, distocias y necesidad de intervenciones quirúrgicas como la cesárea. Asimismo, en el puerperio, el sobrepeso materno se vincula con un mayor riesgo de hemorragias postparto, infecciones y eventos tromboembólicos, comprometiendo tanto la salud de la madre como la del recién nacido. Por tanto, el estudio de esta problemática desde un enfoque basado en evidencia científica permitió comprender los mecanismos fisiopatológicos subyacentes y su impacto en los desenlaces perinatales, lo que sirve de base para la formulación de estrategias de prevención e intervención que optimicen la atención materno-infantil.

1.4.2. Metodológica

Desde una perspectiva metodológica, la adecuada sistematización de los datos provenientes del sistema de vigilancia perinatal constituye un pilar fundamental para la obtención de información estadística confiable y representativa. La rigurosidad en el registro y análisis de estos datos permite no solo caracterizar la prevalencia del sobrepeso en la población gestante, sino también establecer correlaciones significativas entre estas condiciones y la incidencia de complicaciones materno-fetales durante el embarazo, el parto y el puerperio.

La implementación de un diseño metodológico basado en el análisis de registros clínicos sistematizados posibilita la identificación de patrones epidemiológicos y la evaluación del impacto del exceso de peso en la salud materna y neonatal. Asimismo, la disponibilidad de datos robustos facilita el desarrollo de modelos predictivos que permitan optimizar estrategias de intervención temprana y reforzar las políticas de prevención en salud pública.

En este sentido, una investigación sustentada en fuentes de información confiables y actualizadas contribuirá significativamente al diseño de medidas preventivas orientadas a la reducción de las complicaciones obstétricas y a la mitigación de sus posibles secuelas a largo plazo en mujeres en edad reproductiva. Este enfoque metodológico garantizó la validez y reproducibilidad de los hallazgos, fortaleciendo la base científica para la

formulación de protocolos clínicos más eficaces en la gestión del riesgo materno perinatal.

1.4.3. Práctica

Desde una perspectiva práctica, el sobrepeso en la gestación representa un factor de alto riesgo que incide directamente en la morbilidad materno-perinatal, lo que subraya la importancia de su detección temprana como una estrategia fundamental en el abordaje integral de la salud materna. La identificación precoz de estas condiciones durante el control prenatal permite la implementación de intervenciones preventivas y terapéuticas oportunas, optimizando el pronóstico materno y fetal y reduciendo la incidencia de complicaciones obstétricas.

El establecimiento de protocolos basados en evidencia científica para la evaluación nutricional de la gestante, junto con estrategias de vigilancia metabólica y monitoreo continuo, facilita la adopción de medidas que minimicen el riesgo de patologías asociadas, como la diabetes gestacional, la preeclampsia y las complicaciones intraparto. Asimismo, una adecuada orientación nutricional y un seguimiento especializado contribuyen a mejorar los desenlaces neonatales, reduciendo la probabilidad de partos prematuros, macrosomía fetal y complicaciones metabólicas en el recién nacido.

En este contexto, la investigación sobre la relación entre el sobrepeso y desenlaces perinatales no solo fortalece el diseño de estrategias de intervención en la práctica clínica, sino que también permite la formulación de políticas de salud pública orientadas a mejorar la calidad de la atención prenatal. Al garantizar que las gestantes con exceso de peso reciban un manejo integral y personalizado, se favorece la culminación del embarazo en condiciones óptimas, reduciendo significativamente el riesgo de eventos adversos tanto para la madre como para el neonato.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La presente investigación se llevó a cabo sobre casos documentados durante el período comprendido entre julio y diciembre del año 2024. Este intervalo temporal permitió analizar de manera sistemática la incidencia y prevalencia de sobrepeso en la población gestante, así como su relación con las complicaciones obstétricas y perinatales en un marco temporal reciente y controlado.

1.5.2. Espacial

La investigación se llevó a cabo dentro del ámbito de influencia del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, una institución de referencia en la atención materno-infantil y en el manejo de patologías asociadas al embarazo en el contexto hospitalario. Este centro de salud, ubicado en un entorno urbano con alta demanda asistencial, ofreció una muestra representativa de la población gestante con sobrepeso, permitiendo un análisis detallado de las complicaciones obstétricas y neonatales vinculadas a estas condiciones.

La elección de este hospital como espacio de estudio responde a su infraestructura especializada, la disponibilidad de registros clínicos sistematizados y su capacidad para atender embarazos de alto riesgo, lo que posibilitó la obtención de datos precisos y comparables con otras investigaciones a nivel nacional e internacional. Asimismo, este entorno permitió evaluar la efectividad de los protocolos actuales de manejo nutricional y perinatal, contribuyendo a la formulación de estrategias de intervención basadas en evidencia científica.

1.5.3. Población o unidad de análisis

La población de estudio estuvo conformada por mujeres gestantes con diagnóstico de sobrepeso que recibieron atención médica en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el período de investigación, que asciende 285 personas con sobrepeso. La selección de esta población responde a la creciente prevalencia de sobrepeso materno y su impacto en la morbilidad materno-fetal, lo que justifica la necesidad de un análisis detallado de sus implicaciones clínicas y perinatales.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1 Antecedentes nacionales

Huarcaya y Haidelber (24) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue determinar las complicaciones asociadas al sobrepeso y la obesidad durante la gestación y el parto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica entre enero y diciembre de 2022. La investigación, de diseño observacional, transversal, retrospectivo y analítico, incluyó una muestra de 460 gestantes, divididas en 220 casos (gestantes con sobrepeso u obesidad) y 220 controles (gestantes con normopeso). La recolección de datos se realizó a partir de las historias clínicas mediante una ficha estructurada. Los hallazgos evidenciaron una asociación estadísticamente significativa entre el sobrepeso y la obesidad con diversas complicaciones materno-fetales. Se identificó un mayor riesgo de hipertensión arterial ($p=0,0011$, OR: 2,2; IC95%: 1,2-4,04), diabetes gestacional ($p=0,001$, OR: 2,27; IC95%: 1,5-4,5), parto por cesárea ($p=0,001$, OR: 2,0; IC95%: 1,3-2,9), macrosomía fetal ($p=0,018$, OR: 2,2; IC95%: 1,1-4,1) y puntuación de Apgar menor de 7 a los cinco minutos de vida ($p=0,018$, OR: 2,1; IC95%: 1,1-3,8). En conclusión, los resultados subrayan la relevancia del sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo para complicaciones obstétricas, destacando la necesidad de estrategias preventivas y de control del peso durante la gestación para reducir la morbilidad materno-fetal.

Rivera (25) realizó un estudio con el propósito de describir las complicaciones materno-perinatales en gestantes con sobrepeso y obesidad atendidas en el Hospital Hipólito Unanue durante el año 2019. Se trató de una investigación descriptiva, observacional, longitudinal y retrospectiva, basada en el análisis de historias clínicas. La población de estudio incluyó 1641 gestantes con diagnóstico de obesidad y sobrepeso, de las cuales se seleccionaron 330 historias clínicas correspondientes al año de referencia. Las características sociodemográficas de las gestantes con sobrepeso y obesidad indicaron que la mayoría tenía entre 25 y 35 años (27%-31,5%), eran convivientes (66,3%-82,0%), tenían educación secundaria (61,8%-68,5%) y se desempeñaban como amas de casa (78,4%-79,8%). Además, procedían mayoritariamente de la región costera (77,5%-83,1%) y presentaban un nivel variable de control prenatal adecuado (49,4%-75,3%). Entre las complicaciones maternas significativamente asociadas con la obesidad, se identificaron la diabetes gestacional ($p=0,016$) y la preeclampsia ($p=0,014$), siendo más prevalentes en gestantes obesas que en aquellas con sobrepeso. En cuanto a las

complicaciones perinatales, la macrosomía fetal ($p=0,001$) se presentó con mayor frecuencia en gestantes obesas. En conclusión, las gestantes con obesidad evidenciaron un mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional, preeclampsia y macrosomía fetal en comparación con las gestantes con sobrepeso, resaltando la necesidad de estrategias preventivas y de control para mitigar estos riesgos durante la gestación.

Quintana (26), en su estudio titulado "Sobrepeso y obesidad pregestacional como factor de riesgo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza – 2018", tuvo como objetivo determinar la asociación entre el sobrepeso y la obesidad pregestacional con la preeclampsia. Se trató de un estudio observacional, retrospectivo y transversal, con un diseño de casos y controles de enfoque cuantitativo. La muestra incluyó 201 gestantes, distribuidas en 67 casos (gestantes con preeclampsia) y 134 controles (gestantes sin preeclampsia). Los resultados mostraron que la edad promedio de las participantes fue de 26,26 años y que el 56,7% tenía un índice de masa corporal (IMC) superior a 24,9. Se identificó que el 33,3% de las gestantes desarrolló preeclampsia, de las cuales el 16,9% presentó la forma severa y el 16,4% la forma leve. No se encontró una asociación significativa entre el sobrepeso y la preeclampsia leve ($p=0,521$), lo que indica que el sobrepeso no constituye un factor de riesgo para esta condición. Sin embargo, la obesidad sí mostró una relación significativa con la preeclampsia leve ($p=0,019$, $OR=2,93$) y con la preeclampsia severa ($p=0,013$), evidenciando su impacto en la gestación. En conclusión, el estudio determinó que la obesidad pregestacional es un factor de riesgo relevante para la preeclampsia, mientras que el sobrepeso no mostró una asociación significativa con la forma leve de la enfermedad. Estos hallazgos resaltan la importancia del monitoreo y control del peso pregestacional como estrategia clave para la prevención de complicaciones hipertensivas durante el embarazo.

Oviedo-Carquín et al. (27) realizaron un estudio con el propósito de evaluar la influencia del sobrepeso y la obesidad materna pregestacional como factores predictivos del desarrollo de asma en niños peruanos menores de cinco años. Se diseñó una investigación de cohorte retrospectiva que incluyó a niños y sus madres atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho y el Hospital María Auxiliadora de Lima. Se seleccionaron infantes nacidos entre 2013 y 2014, quienes fueron seguidos hasta 2018 y 2019, respectivamente. A través del análisis de historias clínicas, se registró la presencia de sobrepeso y obesidad materna antes del embarazo, así como el diagnóstico de asma

infantil. Se empleó un modelo lineal generalizado de la familia Poisson para calcular riesgos relativos crudos (RRc) y ajustados (RRa), con intervalos de confianza del 95% (IC95%). Los hallazgos indicaron que el 20,9% de los niños desarrollaron asma, mientras que el 26,7% de las madres tenían sobrepeso y el 20,2% obesidad pregestacional. En el modelo ajustado, se determinó que el sobrepeso materno triplicaba el riesgo de asma infantil (aRR=2,94; IC95%=1,54-5,60), mientras que la obesidad pregestacional lo quintuplicaba (aRR=5,10; IC95%=2,73-9,51). Se concluyó que la obesidad materna pregestacional constituye un factor de riesgo significativo para el asma infantil, destacando la importancia de estrategias preventivas en la salud materno-infantil.

Sánchez-Samaniego et al. (28) realizaron un estudio con el propósito de analizar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) pregestacional y la probabilidad de parto por cesárea en la provincia de San Marcos, ubicada en los Andes del norte del Perú. Se llevó a cabo una investigación de cohorte prospectiva, en la que participaron mujeres que recibieron atención prenatal en centros de salud pública entre febrero de 2020 y enero de 2022. Las participantes fueron entrevistadas durante la gestación o poco después del parto, se les aplicó un cuestionario, se realizaron mediciones antropométricas y se accedió a sus registros prenatales. El IMC se calculó a partir de la estatura materna medida por el equipo de investigación y el peso pregestacional autorreportado en la primera consulta. Los datos del parto fueron obtenidos del sistema de vigilancia obstétrica. Mediante modelos de regresión, se encontró que el sobrepeso y la obesidad pregestacional incrementaban en más del 80% la probabilidad de cesárea (aOR 1,82; IC95% 1,16–2,87 y aOR 1,85; IC95% 1,02–3,38). Además, se identificó que la obesidad pregestacional influía en la necesidad de cesárea debido, en parte, al desarrollo de preeclampsia.

2.1.2 Antecedentes internacionales

Paules et al. (29) llevaron a cabo un estudio en España, con el propósito de determinar la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en gestantes durante el primer trimestre del embarazo en una zona básica de salud de Huesca, así como analizar la influencia de factores relacionados con el estilo de vida. Se desarrolló un estudio observacional, prospectivo y unicéntrico entre enero y junio de 2018, evaluando a 40 embarazadas que asistieron a su primera consulta programada con la matrona del Centro de Salud Perpetuo Socorro de Huesca. Se recopilaron datos sobre patrones de alimentación, actividad física y sueño mediante el «Cuestionario de la Calidad de Vida

Percibida». Los resultados indicaron que la edad media de las gestantes fue de $31,25 \pm 5,36$ años y el 45% presentaba exceso de peso ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$). Se observó que las gestantes con normopeso consumían más frutos secos ($p = 0,003$) y productos integrales ($p = 0,019$) y tenían hábitos de sueño más regulares ($p = 0,042$). Se concluyó que casi la mitad de las gestantes presentaban exceso de peso y que una alimentación equilibrada, con mayor consumo de frutos secos y productos integrales, así como hábitos de sueño adecuados, se relaciona con un menor riesgo de sobrepeso en el primer trimestre. Además, se evidenció cierto desconocimiento sobre la pirámide alimentaria, mientras que la actividad física no mostró una influencia significativa en las tasas de sobrepeso y obesidad. Finalmente, se destacó la utilidad del «Cuestionario de la Calidad de Vida Percibida» para evaluar factores que afectan la nutrición materna.

Ramos et al. (30) desarrollaron un estudio en España, orientado a examinar el impacto del sobrepeso y la obesidad como factores determinantes en la prevalencia de enfermedades en los seres humanos, así como el rol de los profesionales de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables para la regulación del peso corporal. A través de una encuesta aplicada a profesionales de enfermería en España, se evaluaron aspectos relacionados con su formación académica, características laborales, percepciones sobre el sobrepeso y la obesidad, y la implementación de intervenciones dirigidas a abordar esta problemática. Los resultados evidenciaron una limitada formación específica en el manejo de la obesidad dentro del ámbito de la enfermería, así como un uso escaso de las Guías de Práctica Clínica en la atención de pacientes con sobrepeso y obesidad. Además, la obesidad fue atribuida predominantemente a factores ambientales, lo que sugiere la necesidad de un enfoque preventivo más integral. La variable con mayor influencia en la percepción y aplicación de estrategias de intervención fue la edad del profesional, estableciendo asociaciones significativas con otras variables analizadas. Estos hallazgos subrayan la importancia de fortalecer la formación especializada en obesidad dentro del ámbito de la enfermería y promover la adopción de directrices basadas en evidencia para optimizar la prevención y el tratamiento de esta condición.

Ruipérez et al. (31) llevaron a cabo un estudio en España, con el propósito de analizar la influencia del sobrepeso y la obesidad pregestacionales en el desarrollo del embarazo y los desenlaces perinatales. El objetivo principal fue comparar las diferencias en la vía de nacimiento (cesárea, parto instrumentado o parto eutócico) entre gestantes con un índice de masa corporal ($IMC \geq 25$) y aquellas con un IMC menor de 25. Como

objetivo secundario, se exploraron las complicaciones gestacionales y puerperales en ambos grupos. El estudio, de diseño analítico, longitudinal, observacional y de cohortes retrospectivas, se realizó en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, España, incluyendo pacientes atendidas entre diciembre de 2010 y diciembre de 2015. Se analizaron factores como concepción natural o asistida, diabetes e hipertensión gestacional, hipotiroidismo, peso fetal, edad gestacional al momento del parto, inducción y sus causas, vía del parto y complicaciones puerperales. Los resultados mostraron que el riesgo de cesárea fue 1.6 veces mayor en embarazadas con $IMC \geq 25$. Además, este grupo presentó el doble de casos de diabetes gestacional y fetos macrosómicos, así como un riesgo tres veces mayor de hipertensión gestacional. Si bien las inducciones del parto y las complicaciones puerperales tendieron a ser más frecuentes en mujeres con mayor IMC, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. En conclusión, el sobrepeso y la obesidad pregestacionales aumentan la probabilidad de cesáreas, diabetes gestacional, hipertensión y macrosomía fetal, lo que enfatiza la necesidad de estrategias preventivas para fomentar hábitos saludables y un peso adecuado antes del embarazo.

Panduro et al. (32) llevaron a cabo un estudio en México, con el propósito de describir las complicaciones maternas y perinatales más frecuentes en mujeres embarazadas con obesidad. La investigación, de diseño transversal y comparativo, se realizó en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca entre los años 2017 y 2019. Se compararon dos grupos: uno conformado por embarazadas con un índice de masa corporal (IMC) superior a 30 kg/m^2 , con gestaciones únicas y más de 29 semanas de embarazo, y un grupo de control con características similares, pero con IMC normal ($20.1\text{-}24.9 \text{ kg/m}^2$). Para el análisis estadístico, se emplearon las pruebas de chi cuadrado (χ^2), exacta de Fisher y razón de momios. Los resultados mostraron diferencias significativas entre ambos grupos. Las embarazadas con obesidad tenían mayor edad (27.9 vs. 21.9 años), trabajaban más fuera del hogar (146 vs. 62), eran más frecuentemente multigestas (92 vs. 55) y presentaban más complicaciones durante la gestación, como amenaza de aborto (91 vs. 47), diabetes gestacional (70 vs. 21), hipertensión (68 vs. 17) y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (8 vs. 2). Asimismo, el índice de cesáreas fue más elevado en este grupo (241 vs. 162). En cuanto a los resultados neonatales, se evidenció una mayor prevalencia de Apgar ≤ 7 al minuto (61 vs. 30) y de macrosomía (47 vs. 18), ambas con diferencias estadísticamente significativas. No se encontraron diferencias significativas en la incidencia de malformaciones congénitas (14

vs. 7) ni en la tasa de ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales (44 vs. 29), aunque estos fueron más frecuentes en hijos de madres con obesidad. En conclusión, la obesidad materna se asocia con un incremento en las complicaciones tanto maternas como perinatales, lo que resalta la importancia de la planificación del embarazo en mujeres con obesidad y la implementación de estrategias preventivas para minimizar los riesgos asociados.

Rondón-Tapia et al. (33) realizaron un estudio en Venezuela, con el propósito de analizar la asociación entre la obesidad pregestacional y el riesgo de complicaciones obstétricas. La investigación, de diseño de cohortes retrospectivo, se llevó a cabo en el Hospital Central "Dr. Urquinaona" en Maracaibo, Venezuela. Se evaluaron los desenlaces obstétricos en función del índice de masa corporal pregestacional, dividiendo a las gestantes en tres grupos: obesidad (grupo A), sobrepeso (grupo B) y peso normal (grupo C). El estudio incluyó un total de 2,250 partos registrados entre enero y diciembre de 2021, seleccionando una muestra de 226 gestantes para el análisis. La distribución muestral mostró que el 60,5% de las participantes pertenecían al grupo A, el 20,8% al grupo B y el 17,5% al grupo C. Los resultados indicaron que las gestantes con obesidad presentaron un riesgo significativamente mayor de parto por cesárea (RP 1,76; IC95%: 1,03-2,98), parto prolongado (RP 2,09; IC95%: 1,23-3,53) y embarazo prolongado (RP 2,30; IC95%: 1,32-4,01) en comparación con aquellas con peso normal. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables obstétricas entre las gestantes con sobrepeso y las de peso normal ($p = ns$). En conclusión, el estudio evidenció una asociación significativa entre la obesidad pregestacional y un mayor riesgo de complicaciones en el parto, subrayando la necesidad de intervenciones tempranas para mitigar estos efectos adversos durante la gestación.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Obesidad y sobrepeso

Desde una perspectiva teórica, el sobrepeso y la obesidad se conceptualizan como una acumulación desproporcionada de tejido adiposo que excede los parámetros fisiológicos considerados óptimos en función del sexo, la estatura y la edad, representando un factor de riesgo significativo para la salud (34). No obstante, una de las principales limitaciones de esta definición radica en la ausencia de criterios universalmente estandarizados para determinar con precisión qué constituye un exceso

de adiposidad patológica. La variabilidad interindividual en la distribución de la grasa corporal, así como las diferencias metabólicas y genéticas entre poblaciones, dificultan el establecimiento de umbrales absolutos para definir esta condición, lo que genera desafíos tanto en la evaluación clínica como en la implementación de estrategias de prevención y tratamiento.

La nomenclatura empleada en los distintos estudios analizados presenta una notable variabilidad. Si bien los términos “sobrepeso” y “obesidad” siguen siendo los más comúnmente utilizados, en los últimos años han surgido denominaciones alternativas con el propósito de mitigar las implicaciones estigmatizantes que estos conceptos pueden conllevar. En este sentido, se han introducido expresiones como “en riesgo de sobrepeso” —utilizada como equivalente de sobrepeso— y “sobrepeso” —como alternativa al término obesidad—, buscando reducir el impacto negativo de estas clasificaciones en la percepción individual y social de las personas afectadas (35). Este cambio terminológico refleja una evolución en la sensibilización sobre la obesidad como problema de salud pública y resalta la importancia del lenguaje en la construcción de discursos más inclusivos y libres de sesgos.

La evaluación del sobrepeso y la obesidad en población adulta puede realizarse a través de diversos indicadores antropométricos y metabólicos. Sin embargo, en el presente estudio, se adopta como referencia el Índice de Masa Corporal (IMC), un parámetro ampliamente utilizado en la literatura científica y en las directrices de organismos internacionales de salud. Este índice se obtiene mediante la relación matemática entre el peso corporal (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la talla (en metros), permitiendo una clasificación estandarizada del estado nutricional. Aunque el IMC es una herramienta accesible y de fácil aplicación en estudios poblacionales, es importante reconocer sus limitaciones, dado que no distingue entre masa adiposa y masa magra ni considera la distribución del tejido graso, aspectos que pueden influir en la evaluación del riesgo cardiometabólico asociado al exceso de peso.

El Índice de Masa Corporal (IMC) constituye el indicador antropométrico de uso más extendido y es ampliamente recomendado en la práctica clínica para evaluar el estado nutricional tanto en población adulta como en mujeres al inicio de la gestación (36) (13). Su utilidad radica en su accesibilidad y facilidad de aplicación, permitiendo una clasificación estandarizada del peso corporal en función de parámetros establecidos por

la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según esta clasificación, los valores del IMC se categorizan de la siguiente manera: peso insuficiente ($<18,5 \text{ kg/m}^2$), normopeso ($18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($25\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$) y obesidad ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$). A pesar de su amplio uso, es importante reconocer sus limitaciones, dado que el IMC no diferencia entre la masa grasa y la masa magra ni considera la distribución del tejido adiposo, factores que pueden influir en la evaluación del riesgo metabólico y cardiovascular asociado al exceso de peso.

El índice de la masa corporal (IMC) es un índice utilizado frecuentemente para clasificar el sobrepeso y la obesidad en adultos (7).

Tabla 1

Niveles de sobrepeso y obesidad en gestantes

Clasificación	IMC (kg/m)²	Riesgo Asociado a la salud
Normo Peso	18.5 – 24.9	Promedio
Sobrepeso o Pre-Obeso	25 – 29.9	Aumentado
Obesidad grado I o moderada	30 -34.9	Aumentado Moderado
Obesidad grado II o Severa	35 – 39.0	Aumento Severo
Obesidad grado III o Mórbida	Mayor o igual 40	Aumento Muy Severo

La evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC) en mujeres gestantes se basa en la medición del peso corporal al inicio del embarazo, dado que en esta etapa la ganancia ponderal es mínima y no interfiere significativamente en la estimación del estado nutricional materno. La obtención de este parámetro en las primeras semanas de gestación reviste especial importancia, ya que no siempre se encuentra registrado en la historia clínica, lo que podría dificultar el monitoreo adecuado de la salud materno-fetal. Disponer de esta información desde el inicio permite la implementación de estrategias de intervención personalizadas y la formulación de recomendaciones específicas para optimizar la evolución del embarazo y prevenir complicaciones asociadas a un inadecuado estado nutricional (37).

Para garantizar la precisión en la recopilación de este parámetro, la medición de la talla y el peso de la gestante debe ser realizada directamente por un profesional de salud durante la primera consulta de seguimiento del embarazo. La obtención de estos valores a través de mediciones objetivas es fundamental, ya que los datos autoinformados por las

mujeres pueden presentar sesgos significativos. La evidencia sugiere que el peso declarado tiende a estar subestimado en un rango de 1 a 3 kg (38), mientras que, en mujeres con un IMC inferior al recomendado, el peso suele ser sobreestimado (39). Estas discrepancias pueden influir en la evaluación del estado nutricional y en la planificación de intervenciones adecuadas durante la gestación, lo que resalta la importancia de una medición precisa en el contexto clínico.

Un aspecto fundamental en la evaluación nutricional durante la gestación es la ganancia de peso materna, ya que su exceso se ha identificado como un factor determinante en los desenlaces obstétricos. La evidencia científica sugiere que es la ganancia de peso durante el embarazo, más que el Índice de Masa Corporal (IMC) previo a la concepción, la que se asocia con un mayor riesgo de complicaciones materno-fetales (40). No obstante, algunos estudios han enfatizado el papel del IMC elevado al inicio de la gestación como un factor independiente de riesgo, sin considerar de manera explícita la influencia de la ganancia ponderal a lo largo del embarazo (41). Estas diferencias en la literatura subrayan la necesidad de adoptar un enfoque integral que contemple tanto el estado nutricional pregestacional como la evolución del peso materno para una adecuada prevención y manejo de complicaciones obstétricas.

El Instituto de Medicina de Norteamérica (IOM) ha desarrollado la guía de referencia más ampliamente utilizada para establecer recomendaciones sobre la ganancia de peso durante la gestación. La versión más reciente, publicada en 2009, representa una actualización de la guía original de 1990, incorporando revisiones y aportes científicos adicionales desde su última modificación en 1997. Este marco de referencia ha sido adoptado por organismos internacionales, incluida la Organización Mundial de la Salud (OMS), para orientar la planificación y el seguimiento del estado nutricional materno, con el objetivo de minimizar riesgos asociados tanto al déficit como al exceso de peso durante el embarazo.

Según las directrices establecidas por el Instituto de Medicina (37), la ganancia de peso gestacional debe mantenerse dentro de rangos específicos para minimizar el riesgo de complicaciones maternas, obstétricas y fetales, asegurando así que la variabilidad en el peso adquirido durante el embarazo no se convierta en un factor de riesgo adicional. Para las mujeres con sobrepeso, se recomienda un incremento ponderal de entre 7 y 11,5 kg, mientras que, en aquellas con obesidad, el rango sugerido es más restringido,

situándose entre 5 y 9 kg. En contraste, las gestantes con un índice de masa corporal dentro del rango normopeso deberían alcanzar un aumento de 11,5 a 16 kg. Además, la guía establece que, durante el primer trimestre, la ganancia de peso óptima debe oscilar entre 0,5 y 2 kg, dependiendo de las características individuales de la gestante. En la tabla 2 se presentan los rangos recomendados en función del IMC pregestacional y el trimestre de gestación, proporcionando un marco de referencia para la evaluación y seguimiento nutricional durante el embarazo.

Tabla 2

Niveles recomendados de ganancia de peso en el embarazo

IMC previo a la gestación (kg/m ²)	Ganancia de peso total (kg)	Rangos de ganancia en el 2° y 3er trimestre por semana (kg)
Peso insuficiente (<18,5)	12,5 - 18	0,51 (0,44 – 0,58)
Normopeso (18,5 – 24,9)	11,5 - 16	0,42 (0,35 -0,50)
Sobrepeso (25 – 29,9)	7 – 11,5	0,28 (0,23 – 0,33)
Obesidad (>30)	5-9	0,22 (0,17 – 0,27)

El embarazo como causa de la ganancia de peso materno

Durante la gestación, el funcionamiento del sistema digestivo experimenta modificaciones significativas que inciden directamente en el estado nutricional de la mujer embarazada. En el primer trimestre, es común la presencia de síntomas como náuseas y vómitos, los cuales pueden afectar la ingesta alimentaria. Posteriormente, estos síntomas pueden dar paso a un aumento del apetito, que en algunos casos se intensifica considerablemente (42).

A nivel fisiológico, la progesterona desempeña un papel fundamental en la regulación del tránsito gastrointestinal. Su acción sobre el vaciamiento gástrico genera un enlentecimiento del mismo, lo que, junto con la disminución de la motilidad intestinal, prolonga el tiempo de tránsito digestivo. Como consecuencia, se incrementa el tiempo de absorción de los nutrientes en el colon, lo que puede influir en la biodisponibilidad de ciertos micronutrientes esenciales (42). Este proceso de ralentización también favorece una mayor reabsorción de agua a nivel intestinal, lo que, combinado con la reducción de la motilidad, puede predisponer al estreñimiento, una condición frecuente en mujeres gestantes.

Asimismo, la producción de enzimas digestivas como la pepsina y el ácido clorhídrico experimenta cambios a lo largo del embarazo. Durante las primeras 30 semanas, se observa una reducción en la secreción de estos compuestos, seguida de un aumento progresivo hacia el final de la gestación, lo que puede influir en la digestión y asimilación de los alimentos (43). Estos cambios fisiológicos resaltan la importancia de un monitoreo nutricional adecuado para prevenir complicaciones y garantizar un óptimo estado de salud tanto para la madre como para el feto.

Los cambios metabólicos que ocurren durante la gestación responden a un incremento en las demandas energéticas, derivadas del crecimiento fetal, la expansión del útero y la formación de nuevos tejidos maternos. Como consecuencia, se produce una adaptación fisiológica que implica un aumento del metabolismo basal, el cual puede elevarse entre un 20 % y un 30 % en comparación con el estado pregestacional. De este incremento, aproximadamente un 10 % está directamente relacionado con las necesidades fetales, reflejando la prioridad del organismo materno en garantizar un suministro adecuado de energía y nutrientes para el desarrollo embrionario y fetal (42). Estas modificaciones metabólicas resaltan la importancia de una adecuada planificación nutricional durante la gestación, con el objetivo de optimizar la homeostasis materna y favorecer un adecuado crecimiento intrauterino, minimizando el riesgo de complicaciones metabólicas y obstétricas.

Durante la gestación, se produce un incremento significativo en la concentración plasmática de lípidos, lipoproteínas y apolipoproteínas, reflejando las adaptaciones metabólicas necesarias para satisfacer las crecientes demandas energéticas materno-fetales. Los niveles de lípidos en plasma aumentan de manera progresiva a lo largo del embarazo, manteniendo una estrecha correlación con las concentraciones de hormonas esteroideas como el estradiol y la progesterona, así como con el lactógeno placentario, lo que evidencia la regulación hormonal de este proceso (44).

En particular, el colesterol total y su fracción de lipoproteínas de baja densidad (LDL) experimentan un incremento sostenido hasta alcanzar su punto máximo hacia el final de la gestación, seguido de una leve disminución en las últimas semanas. En contraste, la fracción de lipoproteínas de alta densidad (HDL) muestra una elevación progresiva hasta el término del segundo trimestre, tras lo cual tiende a descender ligeramente. Estas variaciones en el perfil lipídico materno desempeñan un papel esencial

en la provisión de sustratos energéticos y en la síntesis de hormonas esteroideas placentarias, factores determinantes para el adecuado desarrollo fetal y la adaptación materna al embarazo.

La ganancia ponderal materna a lo largo de la gestación mantiene una relación directa con la ingesta calórica de la embarazada, reflejando la interacción entre el balance energético y los requerimientos metabólicos propios de este período. De manera simultánea, tanto el aumento de peso materno como la cantidad de energía consumida durante el embarazo presentan una asociación positiva con el peso neonatal al nacer, lo que sugiere que un adecuado estado nutricional materno es un determinante clave en el desarrollo fetal y en los desenlaces perinatales (46). Estas evidencias refuerzan la importancia de un control nutricional adecuado durante la gestación, con el objetivo de optimizar los resultados materno-fetales y minimizar riesgos asociados a una ganancia ponderal inadecuada.

Sobrepeso y obesidad durante el puerperio

No existe un consenso unificado respecto a qué cantidad de peso retenido tras el parto debe considerarse excesiva. En términos generales, se estima que, en mujeres con un índice de masa corporal dentro del rango normopeso, la media de retención ponderal a los seis meses posparto es de aproximadamente 1,4 kg, mientras que la recuperación del peso previo a la gestación suele ocurrir en un período de hasta 18 meses (47).

La retención de peso posparto a los seis meses tiende a disminuir con el incremento de la edad materna, aunque este patrón no se mantiene a los 18 meses posteriores al nacimiento. En cuanto a la paridad, tanto primíparas como multíparas presentan una retención de peso similar a los seis meses, pero a los 18 meses, las mujeres multíparas muestran una menor cantidad de peso retenido en comparación con las primíparas (47). Estos hallazgos sugieren que factores como la edad materna y la experiencia gestacional pueden influir en los patrones de recuperación ponderal tras el embarazo, lo que resalta la importancia de estrategias individualizadas para la gestión del peso en el período posparto.

Implicaciones del exceso de peso en la mujer durante la gestación, el parto y el puerperio

Riesgos durante la gestación

Infertilidad y técnicas de reproducción

El aumento en la prevalencia de infertilidad en mujeres con obesidad se ha vinculado, en parte, con la coexistencia de esta condición y el síndrome de ovario poliquístico (SOP) (48). Aunque el SOP también se presenta en mujeres con un índice de masa corporal dentro del rango normopeso, en aquellas con obesidad, la resistencia a la insulina desempeña un papel clave en la exacerbación de los efectos característicos de este síndrome, lo que puede impactar negativamente en la función ovárica y en la regulación del ciclo menstrual, dificultando la concepción (49). Estos hallazgos subrayan la necesidad de abordar la obesidad como un factor relevante en la evaluación y manejo de la fertilidad femenina.

Más allá de su relación con el síndrome de ovario poliquístico (SOP), la obesidad impacta negativamente la función del eje hipotálamo-hipófisis-ovarios, lo que puede comprometer la calidad del desarrollo folicular y la ovulación (50). Como resultado, la fertilidad puede verse reducida incluso en mujeres con ciclos menstruales regulares (51).

Un índice de masa corporal (IMC) superior a 25 kg/m² se asocia con una fase folicular prolongada y una fase lútea acortada (50), lo que podría interferir en el desarrollo endometrial y, en consecuencia, dificultar la implantación embrionaria. Esta alteración en el ambiente uterino podría explicar el aumento del riesgo de aborto espontáneo en mujeres con obesidad (52), así como las tasas reducidas de implantación en pacientes sometidas a tratamientos de reproducción asistida mediante donación de ovocitos tras fecundación in vitro (FIV). Estos hallazgos resaltan la importancia de la regulación del peso corporal en la optimización de la fertilidad y el éxito reproductivo.

Riesgo de aborto y muerte fetal anteparto

Las bajas tasas de éxito en las técnicas de reproducción asistida en mujeres con obesidad se ven agravadas por un mayor riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal anteparto. Se define el aborto como la pérdida fetal antes de las 24 semanas de gestación o con un peso inferior a 500 g, mientras que la muerte fetal anteparto involucra fetos de más de 24 semanas o con un peso superior a 500 g (52).

Diversos mecanismos explican la vulnerabilidad gestacional en mujeres con obesidad, incluyendo el impacto negativo sobre el embrión y su desarrollo, así como alteraciones endometriales. El endometrio, influenciado por hormonas como la insulina

y la leptina, presenta desajustes en mujeres con obesidad, afectando la implantación y aumentando el riesgo de complicaciones gestacionales (54).

Desordenes hipertensivos

Los trastornos hipertensivos del embarazo abarcan diversas condiciones, enfocándose principalmente en aquellas inducidas por la gestación. Estas patologías emergen a partir de la semana 20 y se subdividen en hipertensión gestacional, caracterizada únicamente por presión arterial elevada, y preeclampsia, que además incluye proteinuria. Estos desórdenes están estrechamente vinculados a una implantación placentaria inadecuada, producción de factores citotóxicos, disfunción endotelial y vasoespasmo generalizado, reflejando una alteración vascular sistémica. El riesgo de desarrollar preeclampsia se incrementa significativamente en mujeres con exceso de peso: en sobrepeso (OR = 2,28; IC 1,88-2,77), obesidad (OR = 4,65; IC 3,71-5,83) y obesidad mórbida (OR = 6,26; IC 3,48-11,26) (55).

Diabetes gestacional

La diabetes gestacional es el trastorno metabólico de mayor relevancia durante la gestación, ya que los cambios fisiológicos propios del embarazo pueden desencadenar en mujeres predispuestas una intolerancia a los carbohidratos, lo que define esta condición (56).

Este trastorno puede dar lugar a complicaciones materno-fetales como abortos espontáneos, malformaciones congénitas, hipertensión gestacional, aumento del riesgo de infecciones, polihidramnios, parto prematuro, distocias (incluidas cesáreas) y mayor probabilidad de hemorragia postparto (56). El riesgo de desarrollar diabetes gestacional se incrementa en mujeres con sobrepeso (OR = 1,89; IC 1,63-2,19), obesidad (OR = 3,22; IC 2,68-3,87) y obesidad mórbida (OR = 4,71; IC 2,89-7,67) (55).

Rotura prematura de membranas

La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la interrupción de la integridad del saco amniótico, lo que conlleva la salida del líquido amniótico independientemente de la edad gestacional y antes del inicio del trabajo de parto (56).

Para facilitar el diagnóstico y la toma de decisiones obstétricas, algunos manuales establecen un período de latencia de una hora entre la rotura de membranas y el inicio del trabajo de parto. Este criterio permite una mejor evaluación clínica y la adopción de

estrategias adecuadas para el manejo del embarazo en función de la viabilidad fetal y el riesgo de complicaciones materno-fetales (56).

Complicaciones durante el parto y puerperio

Cesáreas e inducciones de parto

Las mujeres con sobrepeso y obesidad presentan una mayor probabilidad de requerir inducción del parto y de someterse a una cesárea en comparación con aquellas con un índice de masa corporal (IMC) dentro del rango normopeso. La razón de riesgo (RR) para la inducción del parto en gestantes con un IMC superior a 25 kg/m² es de 1,78 (IC 95%: 1,51-2,09; $p < 0,0001$) (46).

En cuanto al parto por cesárea, la razón de probabilidades (OR) se incrementa en función del grado de obesidad: 1,50 (IC 95%: 1,36-1,66) en mujeres con sobrepeso, 2,02 (IC 95%: 1,79-2,29) en mujeres con obesidad y 2,54 (IC 95%: 1,94-3,32) en casos de obesidad mórbida (57).

Parto pretermino

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) define el parto pretérmino como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. Actualmente, la prematuridad representa uno de los principales desafíos en el ámbito obstétrico. Los avances en perinatología han permitido mejorar la supervivencia de los recién nacidos con bajo peso; sin embargo, esto conlleva un mayor riesgo de complicaciones respiratorias, neurológicas, visuales, auditivas, cognitivas y conductuales en el neonato (58).

A nivel global, la tasa de partos pretérmino oscila entre el 8% y el 10% de todas las gestaciones. A pesar del progreso en las condiciones sanitarias y los avances científicos, la incidencia no ha disminuido significativamente e incluso ha aumentado en ciertos países, influenciada por el uso de técnicas de reproducción asistida y la mayor frecuencia de intervenciones obstétricas (58). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con las tasas actuales se registran aproximadamente 14 millones de nacimientos prematuros anuales a nivel mundial (58).

El sobrepeso y la obesidad materna están asociados a un mayor riesgo de parto pretérmino, con razones de probabilidades (OR) de 1,20 (IC 95%: 1,04-1,38) para

mujeres con sobrepeso, 1,60 (IC 95%: 1,32-1,94) en mujeres con obesidad y 2,43 (IC 95%: 1,46-4,05) en casos de obesidad mórbida (55).

Hemorragia postparto

La hemorragia posparto se caracteriza por una pérdida sanguínea superior a 500 ml dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto (59). Este evento obstétrico representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna a nivel global, requiriendo una vigilancia y manejo adecuados para minimizar sus consecuencias.

El riesgo de hemorragia posparto se ve incrementado en mujeres con sobrepeso y obesidad en comparación con aquellas con un índice de masa corporal dentro del rango normopeso. En este sentido, se ha reportado una razón de probabilidades (OR) de 1,16 (IC 95%: 1,12-1,21) para mujeres con sobrepeso y de 1,39 (IC 95%: 1,32-1,46) en mujeres con obesidad, lo que sugiere un impacto significativo del exceso de peso en la predisposición a este tipo de complicaciones (60).

Retención de peso postparto

El excedente de peso posterior a la gestación está directamente influenciado por la obesidad materna, impactando tanto en la retención ponderal a corto como a largo plazo. Estudios han evidenciado que, entre los cinco y nueve meses tras el parto, las mujeres que superan la ganancia ponderal recomendada pueden llegar a retener aproximadamente 4,5 kg ($\pm 2,5$ kg), en comparación con aquellas cuya ganancia de peso se mantiene dentro de los rangos establecidos, quienes retienen alrededor de 2 kg ($\pm 2,4$ kg) (61).

A largo plazo, la retención ponderal continúa siendo significativa. Al año posparto, las mujeres que excedieron la ganancia recomendada pueden retener hasta 4,5 kg ($\pm 4,5$ kg), mientras que aquellas con un aumento adecuado retienen en promedio 2,6 kg ($\pm 4,8$ kg). Esta tendencia se acentúa a los tres años, con una retención de hasta 7 kg ($\pm 5,3$ kg) en mujeres que superaron el peso recomendado frente a 4,8 kg ($\pm 6,7$ kg) en quienes cumplieron con las recomendaciones (62).

Problemas en el recién nacido

Malformaciones fetales

El sobrepeso y la obesidad materna se asocian con un incremento significativo en el riesgo de malformaciones fetales en comparación con mujeres con un índice de masa corporal (IMC) normoponderal. En particular, el riesgo de defectos del tubo neural (DTN) presenta una razón de momios (OR) de 1,87 (IC 95%: 1,62-2,15), mientras que, para la espina bífida, este riesgo es aún mayor, con una OR de 2,24 (IC 95%: 1,86-2,69), consolidándose como una de las anomalías congénitas más prevalentes en esta población (63).

Asimismo, la obesidad materna incrementa el riesgo de diversas malformaciones estructurales, incluyendo defectos cardiovasculares (OR 1,30; IC 95%: 1,12-1,51), hendidura de paladar (OR 1,20; IC 95%: 1,03-1,40), atresia anorectal (OR 1,48; IC 95%: 1,12-1,97), hidrocefalia (OR 1,68; IC 95%: 1,19-2,36) y anomalías en las extremidades (OR 1,34; IC 95%: 1,03-1,73) (63).

En contraste, el riesgo de gastrosquisis en neonatos de madres con obesidad se encuentra significativamente reducido, con una OR de 0,17 (IC 95%: 0,10-0,30), lo que sugiere un posible efecto protector de la adiposidad materna sobre este defecto de la pared abdominal (63).

Feto macrosómico

La macrosomía fetal se define como un peso fetal superior a 4 kg al nacer. Desde un enfoque ecográfico, se considera macrosomía cuando el peso fetal estimado supera el percentil 90 en las curvas de referencia poblacionales (SEGO, 2007). Esta condición obstétrica representa un desafío clínico significativo debido a su asociación con complicaciones materno-fetales durante el parto.

El riesgo de macrosomía fetal se incrementa en mujeres con sobrepeso y obesidad, con una razón de momios (OR) de 1,66 (IC 95%: 1,23-2,24) y 2,32 (IC 95%: 1,58-3,41), respectivamente. En mujeres con obesidad mórbida, el riesgo también es elevado, con una OR de 2,10 (IC 95%: 0,64-6,86) (55).

Además, la ganancia excesiva de peso gestacional constituye un factor de riesgo adicional. En gestantes que aumentan entre 11,6 y 16 kg, el riesgo de macrosomía fetal es de 2,14 (IC 95%: 1,54-2,97). Este riesgo se intensifica en aquellas con un incremento ponderal superior a 16 kg, alcanzando una OR de 2,65 (IC 95%: 1,68-4,17) en

comparación con las mujeres cuyo aumento de peso se mantiene dentro del rango recomendado de 7 a 11,5 kg (64).

Problemas con la lactancia materna

Se ha evidenciado que el sobrepeso y la obesidad materna se asocia con un retraso en el inicio de la lactancia materna, constituyendo un desafío relevante en la salud perinatal. En mujeres con obesidad, la razón de momios (OR) para el retraso en el inicio de la lactancia es de 2,16 (IC 95%: 1,38-3,09), mientras que en mujeres con sobrepeso es de 1,53 (IC 95%: 1,19-2,17) en comparación con aquellas con un índice de masa corporal (IMC) dentro de los rangos de normopeso (65).

El vínculo entre la obesidad y la lactancia parece estar mediado por alteraciones en el proceso de lactogénesis, lo que conlleva un retraso en la producción de leche materna en mujeres con sobrepeso y obesidad. Asimismo, los neonatos de madres con obesidad presentan una mayor probabilidad de manifestar dificultades en la succión y un comportamiento inadecuado durante la lactancia, lo que impacta negativamente en el establecimiento de la alimentación al pecho. Además del retraso en el inicio, la obesidad materna se ha asociado con una menor duración de la lactancia materna exclusiva, lo que resalta la necesidad de intervenciones dirigidas a optimizar el apoyo a la lactancia en esta población (65).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

El sobrepeso influye significativamente en las complicaciones en mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.

2.3.2. Hipótesis específicas

- El sobrepeso influye significativamente en las complicaciones en el embarazo de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.
- El sobrepeso influye significativamente en las complicaciones en el parto de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.

- El sobrepeso influye significativamente en las complicaciones en el puerperio de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

La metodología que se empleó en esta investigación se basó en el enfoque hipotético-deductivo, dado su carácter exploratorio y su capacidad predictiva. Este enfoque partió de la formulación de hipótesis sustentadas en el conocimiento previo y en la observación sistemática, las cuales fueron contrastadas mediante el análisis empírico. La pertinencia del método radicó en su estructura lógica, que permitió establecer relaciones causales y formular explicaciones teóricas respaldadas por evidencia verificable (66).

Desde una perspectiva epistemológica, el método hipotético-deductivo fue esencial para la producción científica, ya que facilitó la construcción de modelos explicativos y la generación de conocimiento replicable. Su aplicación en estudios exploratorios permite identificar patrones emergentes y formular nuevas preguntas de investigación, mientras que su vertiente predictiva contribuye a la anticipación de fenómenos futuros a partir de la inferencia lógica y el análisis de datos. En el contexto de esta investigación, la combinación de exploración y predicción fortalecerá la validez del estudio, al proporcionar un marco teórico y metodológico robusto que respalda la formulación de hipótesis y su correspondiente verificación empírica, asegurando así la rigurosidad científica del proceso investigativo.

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque cuantitativo fue el seleccionado para esta investigación debido a su capacidad para generar datos numéricos, posibilitar la medición objetiva de variables y facilitar un análisis estadístico riguroso. Este enfoque permitió estructurar el estudio bajo un marco metodológico que garantice la precisión en la recolección de información, minimizando sesgos y asegurando la replicabilidad de los hallazgos (67).

El enfoque cuantitativo se fundamenta en la objetividad y la sistematización del conocimiento, proporcionando evidencia empírica verificable que contribuye al desarrollo teórico del área de estudio. Su aplicación permite establecer relaciones causales y correlacionales entre las variables analizadas, dotando a la investigación de solidez científica mediante pruebas de significancia y modelos estadísticos avanzados. Además, la rigurosidad del análisis cuantitativo garantiza la validez y confiabilidad de los

resultados, lo que facilita la generalización de los hallazgos a poblaciones más amplias. La implementación de este enfoque contribuye, por tanto, a una comprensión precisa del fenómeno investigado, permitiendo la formulación de conclusiones fundamentadas y la proposición de estrategias basadas en evidencia empírica.

3.3. Tipo de investigación

La investigación adoptó un diseño prospectivo y longitudinal, lo que implicó la observación y seguimiento sistemático de los participantes a lo largo de un período determinado (67). Este enfoque permitió analizar la evolución de las variables en estudio, identificando patrones, tendencias y posibles relaciones causales en función del tiempo. El carácter prospectivo del estudio radicó en la recopilación de datos a partir del inicio de la investigación, evitando sesgos retrospectivos y garantizando una mayor precisión en la medición de los factores analizados.

Asimismo, la naturaleza longitudinal proporcionó un marco analítico sólido para evaluar cambios y dinámicas en los sujetos observados, permitiendo la identificación de asociaciones temporales y la inferencia de efectos derivados de exposiciones o intervenciones específicas. Este tipo de estudio se sustenta en su capacidad para generar evidencia empírica robusta, al permitir la comparación intraindividual y la evaluación de trayectorias a lo largo del tiempo. Esto fortalece la validez interna del estudio y amplía las posibilidades de extrapolación de los hallazgos, facilitando la formulación de estrategias de intervención fundamentadas en datos obtenidos de manera sistemática y rigurosa.

3.4. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue de tipo no experimental, dado que se centró en la observación y análisis del fenómeno en su contexto natural, sin manipulación de variables. Este enfoque metodológico permitió estudiar las relaciones entre los factores en su entorno real, proporcionando una comprensión objetiva y detallada de la dinámica del fenómeno investigado (67). El carácter no experimental se justifica en la imposibilidad ética o metodológica de intervenir directamente en las variables en estudio, lo que lo convierte en la estrategia idónea para la recolección de datos en situaciones donde la manipulación experimental no es viable. A través de este diseño, se pueden identificar asociaciones, correlaciones y tendencias, permitiendo generar evidencia empírica relevante para el desarrollo del conocimiento en la disciplina. Este diseño se

fundamenta en el paradigma positivista, en el que la observación rigurosa y sistemática de los hechos es clave para la obtención de resultados válidos y generalizables. Además, su aplicación favorece la formulación de hipótesis explicativas que pueden ser evaluadas en estudios posteriores con metodologías complementarias, fortaleciendo así la robustez del proceso investigativo.

3.5. Población, muestra y muestreo

En el ámbito de la investigación científica, la población se conceptualiza como el conjunto finito o infinito de unidades de análisis—sean estas personas, organismos, objetos o fenómenos—sobre las cuales se pretende obtener información con el propósito de responder a los objetivos del estudio (67). La delimitación de la población es un proceso fundamental, ya que garantiza la pertinencia y validez de los hallazgos, al establecer claramente los criterios de inclusión y exclusión que determinan las características de los sujetos de estudio. La definición de la población responde a la necesidad de estructurar la investigación dentro de un marco representativo que permita la generalización de los resultados.

Asimismo, en investigaciones con enfoques probabilísticos, la población es la base sobre la cual se diseña el proceso de muestreo, asegurando que las observaciones realizadas sean representativas del fenómeno analizado. En consecuencia, una adecuada caracterización de la población es un requisito metodológico imprescindible para la rigurosidad científica del estudio.

En la presente investigación se consideró como población a 285 personas, seleccionadas con la presencia de la variable en estudio. Tabla 1.

Tabla 3

Población de gestantes con sobrepeso atendidos en el periodo julio-diciembre 2024- Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud – Lima.

Meses	Sobrepeso
Julio	49
Agosto	46
Setiembre	51
Octubre	54
Noviembre	41
Diciembre	44
TOTAL	285

Los criterios de inclusión establecidos para la presente investigación comprendieron a gestantes que presentaron diagnóstico de sobrepeso, cuya atención prenatal fue sido realizada en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud, dentro del período comprendido entre julio y diciembre de 2024. La selección de estos criterios respondió a la necesidad de delimitar una población homogénea y pertinente para el estudio, garantizando la coherencia metodológica y la validez de los resultados. La inclusión de gestantes con sobrepeso permitió analizar con precisión las implicaciones de estas condiciones en los desenlaces materno-fetales, mientras que la restricción temporal aseguró la comparabilidad de los datos en un contexto clínico y epidemiológico estable. Asimismo, la elección del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud como centro de atención respondió a su relevancia dentro del sistema de salud peruano, su capacidad resolutive y el acceso a registros médicos confiables y estandarizados. De este modo, la aplicación rigurosa de estos criterios contribuye a la robustez del estudio, permitiendo la obtención de evidencia científica con alto grado de precisión y aplicabilidad en la práctica clínica y en el diseño de estrategias de salud pública.

Los criterios de exclusión definidos para la presente investigación comprendieron a aquellas mujeres que no se encontraban en estado de gestación, gestantes cuyo índice de masa corporal (IMC) se clasifique dentro de rangos normales ($IMC < 25 \text{ kg/m}^2$) y aquellas cuya asistencia a los controles prenatales sea esporádica o irregular. La exclusión de mujeres no gestantes responde a la necesidad de focalizar el estudio en la población objetivo, evitando sesgos en la interpretación de los resultados. Asimismo, la delimitación del estudio a gestantes con obesidad permitió garantizar la pertinencia del análisis y su aplicabilidad en la identificación de riesgos y complicaciones asociados a estas condiciones. Por otro lado, la exclusión de pacientes con asistencia prenatal irregular busca minimizar la falta de continuidad en el seguimiento clínico, lo que podría afectar la integridad de los datos y la validez de las inferencias estadísticas. Esta rigurosa selección de la muestra contribuye a la obtención de resultados sólidos y representativos, permitiendo un abordaje más preciso de la relación entre el estado nutricional materno y los desenlaces perinatales.

En el contexto de la investigación científica, la muestra se define como un subconjunto representativo de la población de estudio, seleccionado mediante técnicas específicas con el propósito de inferir características, comportamientos o tendencias del conjunto total. La elección de la muestra es un proceso metodológico crucial, ya que su

adecuada delimitación garantiza la validez externa de los resultados y minimiza el sesgo en la inferencia estadística (67). Desde un enfoque cuantitativo, la muestra debe cumplir con criterios de aleatorización y suficiencia para asegurar que los hallazgos sean generalizables a la población. En este sentido, el tamaño muestral se determina mediante fórmulas estadísticas que consideran el error estándar, el nivel de confianza y la variabilidad del fenómeno investigado.

Para la presente investigación se consideró una muestra de 138 gestantes.

Tabla 4

Muestra de gestantes con sobrepeso atendidos en el periodo julio-diciembre 2024- Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud – Lima.

Meses	Sobrepeso
Julio	23
Agosto	22
Setiembre	25
Octubre	27
Noviembre	20
Diciembre	21
TOTAL	138

El estudio adoptó un muestreo probabilístico y estratificado, dado que este enfoque garantiza una selección equitativa y representativa de los sujetos de estudio dentro de la población objetivo. El muestreo probabilístico se fundamenta en la teoría de la probabilidad, asegurando que cada unidad de la población tenga una oportunidad conocida y distinta de cero de ser seleccionada, lo que permite la generalización de los resultados con un margen de error controlado y una mayor validez externa.

Por su parte, el muestreo estratificado se justifica cuando la población presenta heterogeneidad en una o varias características relevantes para el estudio. En este caso, la población se segmentó en estratos homogéneos según variables clave previamente identificadas, como edad, género, nivel socioeconómico o cualquier otro criterio pertinente al fenómeno investigado. Posteriormente, se seleccionaron unidades muestrales de cada estrato de manera proporcional o equitativa, garantizando una distribución equilibrada y una representación adecuada de cada subgrupo en el análisis.

3.6. Variables y operacionalización

3.6.1. Variables

- Variable independiente: Sobrepeso
- Variable dependiente: Complicaciones en mujeres gestantes en el embarazo, parto y puerperio

3.6.2. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Sobrepeso	La Organización Mundial de la Salud (59) define el sobrepeso como una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.	Se mide a través de la ganancia de peso, clasificándose como sobrepeso.	<ul style="list-style-type: none"> • Biológica 	<ul style="list-style-type: none"> • IMC 	<ul style="list-style-type: none"> • Escalar 	25-29.9
Complicaciones maternas	Según la Organización Mundial de la Salud (59) se define como las etapas fisiológicas de la vida de la mujer.	Se mide a través de las características que se presentan en los periodos de embarazo, parto y puerperio de las gestantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Parto • Puerperio 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades • Entidades obstétricas • Estado del feto al ingreso • Forma de inicio de trabajo • Forma de nacimiento • Peso del recién nacido • Días de hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> • Nominal • Nominal • Nominal • Nominal • Nominal • Escalar • Ordinal 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de enfermedad • Tipo de entidad • Tipo de estado • Tipo de inicio • Vaginal/cesárea • Bajo peso: <2.5 kg/ Muy bajo peso: <= 1.5 kg/Bajo peso extremo: <1 kg/Peso normal: entre 2.5 a 4 kg/Macrosómico: > 4 kg • N° Días

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.1.1. Técnica

La técnica fue la observación sistemática, dado que permite la recolección de datos de manera objetiva y estructurada conforme a los protocolos establecidos para el control prenatal de gestantes (67). La observación, como estrategia de investigación, resulta particularmente pertinente en el ámbito de la salud materna, ya que posibilita el registro detallado de variables clínicas, biométricas y comportamentales sin intervenir en el curso natural del embarazo.

Desde un enfoque científico, la observación estructurada garantiza la validez y confiabilidad de los datos, al estar sujeta a criterios predefinidos y procedimientos estandarizados que minimizan sesgos. Además, esta técnica se fundamenta en la vigilancia activa y el monitoreo de indicadores clave en la atención obstétrica, facilitando la identificación de patrones y tendencias asociadas a la evolución gestacional y a posibles complicaciones materno-fetales.

2.1.2. Descripción de instrumentos

El instrumento de recolección de datos seleccionado para este estudio fue la ficha de seguimiento para gestantes, aprobada por EsSalud en el año 2012. Este documento normativo ha sido validado por el sector salud en el Perú, garantizando su fiabilidad y adecuación para el monitoreo de la salud materno-fetal. La ficha de seguimiento constituye un instrumento estandarizado que permite registrar información relevante sobre la evolución del embarazo, los controles prenatales, factores de riesgo materno y fetal, así como la identificación de posibles complicaciones obstétricas. Su uso responde a criterios de validez clínica y epidemiológica, facilitando la sistematización de datos para la toma de decisiones médicas fundamentadas en la evidencia.

Además, la implementación de este instrumento en el estudio asegura la comparabilidad de los resultados con datos oficiales del sistema de salud, fortaleciendo la rigurosidad metodológica y la aplicabilidad de los hallazgos en el ámbito de la salud pública materno-infantil.

2.1.3. Validación

El instrumento a emplear en la presente investigación ha sido debidamente validado mediante procesos rigurosos que garantizan su fiabilidad y precisión en la

recolección de datos. La validez del instrumento implica que sus componentes han sido sometidos a análisis de contenido, criterio y constructo, asegurando que mide de manera efectiva las variables de interés en el contexto del estudio.

Asimismo, su validación fue realizada por expertos en el área de salud materno-infantil, lo que respalda su pertinencia y aplicabilidad en el monitoreo de gestantes. Este proceso metodológico garantiza que los datos obtenidos sean representativos y comparables, permitiendo generar conclusiones fundamentadas en evidencia científica. De este modo, el instrumento seleccionado constituye una herramienta confiable para el desarrollo de investigaciones en el ámbito de la salud pública y obstetricia.

2.1.4. Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento se estableció mediante el coeficiente alfa de Cronbach, una medida estadística ampliamente utilizada para evaluar la consistencia interna de un conjunto de ítems. Este coeficiente permite estimar el grado en que los elementos del instrumento miden de manera homogénea el mismo constructo, garantizando así su estabilidad y precisión. Se obtuvo un valor de Alfa de Cronbach de 0.872, valor que es aceptado como indicador de una confiabilidad adecuada. La aplicación de esta técnica estadística permitió verificar la robustez del instrumento en la medición de las variables de interés, asegurando su pertinencia para el análisis y la interpretación de los datos obtenidos en el estudio.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de los datos se llevó a cabo mediante programas Microsoft Excel y el software estadístico SPSS, en los cuales se realizó la tabulación sistemática de la información obtenida a partir de la aplicación del instrumento a la muestra seleccionada. En una primera fase, se aplicó estadística descriptiva con el propósito de caracterizar la distribución de los datos mediante tablas de frecuencias y representaciones gráficas que faciliten su interpretación. Posteriormente, se implementó estadística inferencial para establecer asociaciones y tendencias, utilizando pruebas de regresión, específicamente regresión ordinal que permitió examinar la relación entre las variables de estudio. Este enfoque metodológico garantizó un análisis riguroso y fundamentado, proporcionando evidencia empírica relevante para la validación de los hallazgos y la formulación de conclusiones con alto nivel de confiabilidad y validez científica.

3.9. Aspectos éticos

Para la ejecución del presente estudio, se gestionó la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de la Universidad, previa obtención de las autorizaciones correspondientes por parte de las autoridades del hospital. Asimismo, se formalizó, mediante un documento escrito, el compromiso del investigador de cumplir con las normativas establecidas para la investigación clínica, conforme a los lineamientos estipulados por el Comité de Ética del hospital. Esta estrategia metodológica salvaguarda la integridad ética de la investigación y la protección de los derechos de los sujetos involucrados, en estricto cumplimiento de los estándares internacionales en investigación biomédica.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Edad

Respecto a la variable edad, los resultados evidencian que el 55.1% de las participantes se encontraban en el grupo etario de 35 años o más, lo que corresponde a una edad materna avanzada; seguidamente, el 44.2% pertenecía al rango de adultas jóvenes entre 20 y 34 años, mientras que un porcentaje reducido, equivalente al 0.7%, correspondía a mujeres adolescentes de entre 12 y 19 años. Estos datos permiten inferir una predominancia de maternidad en etapas de mayor madurez biológica y social, lo cual puede tener implicancias relevantes en la salud materno-perinatal y en la configuración de los factores de riesgo asociados al proceso gestacional. Tabla 5.

Tabla 5

Edad de las participantes

Grupos etarios	Frecuencia	Porcentaje
Adolescente de 12 a 19 años	1	0,7
Adulta de 20 a 34 años	61	44,2
Edad materna avanzada de 35 a mas	76	55,1
Total	138	100,0

Numero de controles

En relación con el número de controles prenatales efectuados a las gestantes con diagnóstico de sobrepeso, los resultados muestran una predominancia de mujeres que asistieron a nueve controles, representando el 26.8% del total. En segundo lugar, se identificó un 18.8% que cumplió con ocho controles, seguido por un 14.5% que asistió a siete, un 13.8% que registró seis controles y un 8.7% que alcanzó once controles, considerados los valores más representativos del conjunto. Esta distribución evidencia una tendencia hacia el cumplimiento parcial del número óptimo de controles prenatales recomendado por las guías clínicas, lo cual podría reflejar tanto la adherencia moderada a las políticas de atención materna como posibles barreras en el acceso o continuidad del seguimiento médico en gestantes con sobrepeso, un grupo considerado de alto riesgo obstétrico. Tabla 6.

Tabla 6*Numero de controles realizadas a las gestantes*

Numero de controles	Frecuencia	Porcentaje
6	19	13,8
7	20	14,5
8	26	18,8
9	37	26,8
10	16	11,6
11	12	8,7
12	2	1,4
13	4	2,9
14	2	1,4
Total	138	100,0

Ganancia de peso de las gestantes

En lo que respecta a la ganancia ponderal durante la gestación, los resultados revelan que el 49.3% de las participantes experimentó un incremento superior a los 11.6 kilogramos, mientras que el 35.5% presentó una ganancia moderada, comprendida entre 7 y 11.5 kilogramos. Finalmente, un 15.2% de las gestantes registró un aumento inferior a los 7 kilogramos. Esta distribución evidencia una tendencia significativa hacia una ganancia de peso gestacional por encima de los parámetros recomendados por las guías internacionales, situación que adquiere especial relevancia en mujeres con sobrepeso pregestacional. Tabla 7.

Tabla 7*Ganancia de peso de las gestantes*

Ganancia de peso	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 7 kilos	21	15,2
Entre 7 y 11.5 kilos	49	35,5
De 11.6 a más kilos	68	49,3
Total	138	100,0

Complicaciones durante el embarazo

Al analizar la frecuencia de complicaciones presentadas durante el embarazo, se identificó que el 42% de las gestantes experimentó al menos una complicación, mientras que el 27.5% presentó dos eventos adversos y el 4.3% registró tres complicaciones a lo

largo del proceso gestacional. En contraste, el 26.1% de las participantes no evidenció complicaciones clínicas. Estos resultados reflejan una incidencia considerable de morbilidad gestacional, lo que pone de manifiesto la vulnerabilidad del grupo estudiado y la necesidad de fortalecer los programas de vigilancia prenatal, especialmente en mujeres con condiciones predisponentes como el sobrepeso. Tabla 8.

Tabla 8

Número de complicaciones embarazo

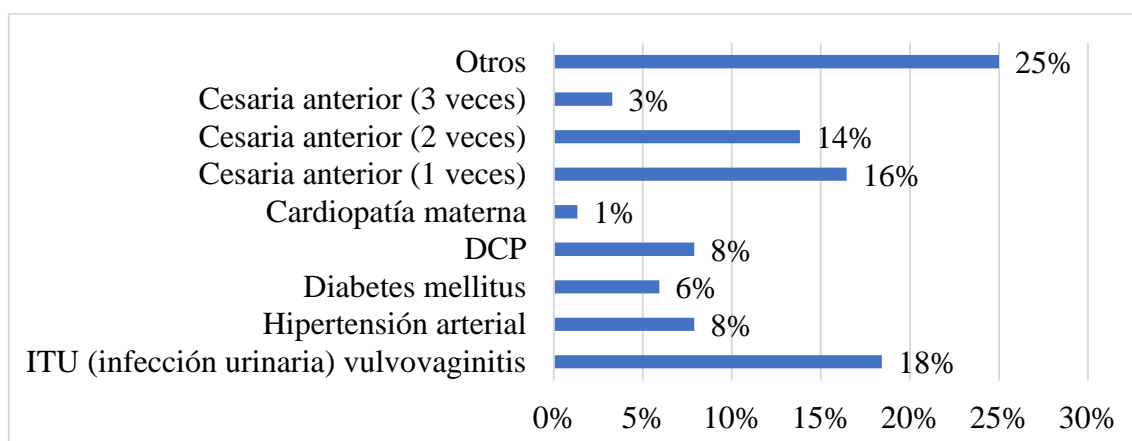
Numero de complicaciones en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
0	36	26,1
1	58	42,0
2	38	27,5
3	6	4,3
Total	138	100,0

Tipos de complicaciones en la gestación

En relación con la prevalencia de los distintos tipos de complicaciones observadas durante el embarazo, los resultados indican que el 18% de las gestantes presentó infecciones del tracto urinario, constituyéndose en la complicación más frecuente. Le siguen los antecedentes de cesárea previa en una ocasión (16%) y en dos ocasiones (14%), mientras que un 8% de las participantes experimentó hipertensión arterial y un porcentaje similar fue diagnosticado con desproporción céfalo-pélvica (DCP). Asimismo, se identificó un 6% de casos con diabetes mellitus, un 3% con antecedentes de tres cesáreas previas y un 1% con cardiopatía materna. Finalmente, un 25% correspondió a otros tipos de complicaciones menos recurrentes. Estos hallazgos revelan una alta carga de morbilidad gestacional asociada tanto a patologías metabólicas y cardiovasculares como a condiciones obstétricas previas, lo que sugiere la persistencia de factores de riesgo acumulativos en mujeres con sobrepeso. Figura 1.

Figura 1

Tipos de complicaciones presentados en la gestación



Complicaciones en el parto

En lo que respecta a las complicaciones ocurridas durante el proceso de parto, los resultados evidencian que el 63% de las gestantes presentó al menos una complicación, mientras que el 25.4% experimentó dos eventos adversos y el 8% registró tres complicaciones simultáneas. En contraste, únicamente el 2.9% de los casos cursó sin complicaciones. Esta distribución pone de manifiesto una alta incidencia de morbilidad intraparto, lo que sugiere la existencia de factores obstétricos y metabólicos predisponentes, particularmente en gestantes con sobrepeso. La recurrencia de complicaciones múltiples en una proporción considerable de los casos resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y manejo obstétrico especializado, orientadas a minimizar los riesgos materno-fetales y a optimizar la calidad de la atención en los servicios de salud perinatal. Tabla 9.

Tabla 9

Número de complicaciones en el parto

Numero de complicaciones en el parto	Frecuencia	Porcentaje
0	4	2,9
1	88	63,8
2	35	25,4
3	11	8,0
Total	138	100,0

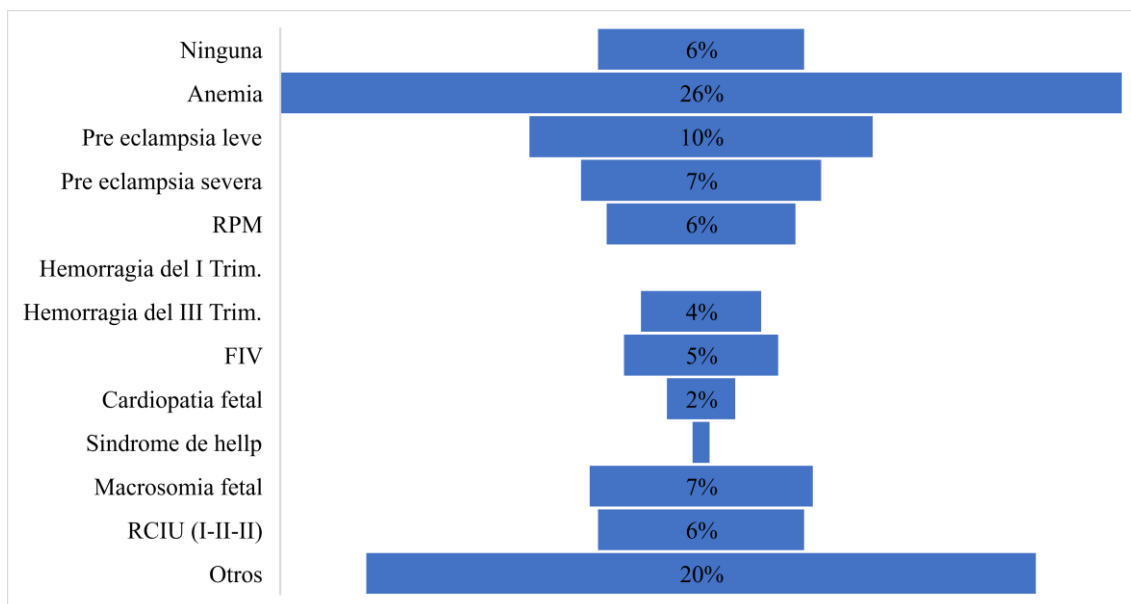
Entidades obstétricas

En relación con las complicaciones identificadas durante el proceso de parto, los resultados revelan que el 26% de las gestantes presentó anemia, constituyéndose en la

complicación más prevalente. Le siguen la preeclampsia leve con un 10%, la preeclampsia severa con un 7%, la ruptura prematura de membranas (RPM) con un 6%, la macrosomía fetal con un 7% y el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) en sus grados I, II o III, también con un 6%. Asimismo, se registró un 5% de casos asociados a fertilización in vitro (FIV), un 4% de hemorragias del tercer trimestre, un 6% sin complicaciones y un 20% correspondientes a otras condiciones obstétricas diversas. Estos hallazgos evidencian una considerable diversidad de manifestaciones clínicas, con predominio de alteraciones hematológicas e hipertensivas, las cuales se asocian estrechamente con sobrepeso y los trastornos metabólicos propios de la gestación. Figura 2.

Figura 2

Entidades obstétricas en la muestra de estudio

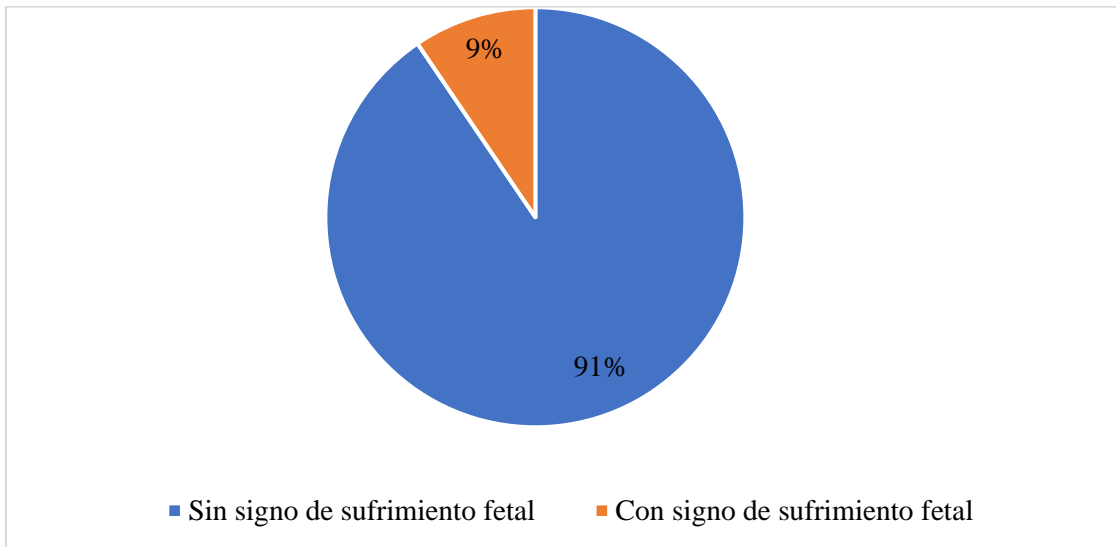


Estado de feto al ingreso

En relación con el estado fetal al momento del ingreso, los resultados evidencian que el 91% de los fetos no presentó signos de sufrimiento, mientras que el 9% mostró indicadores compatibles con sufrimiento fetal. Esta distribución sugiere que, si bien la mayoría de los embarazos cursaron con condiciones fetales adecuadas al ingreso, existe un porcentaje clínicamente relevante que evidencia compromiso fetal, posiblemente asociado a factores maternos como el sobrepeso, la hipertensión gestacional o las alteraciones metabólicas.

Figura 3

Estado del feto al ingreso al parto

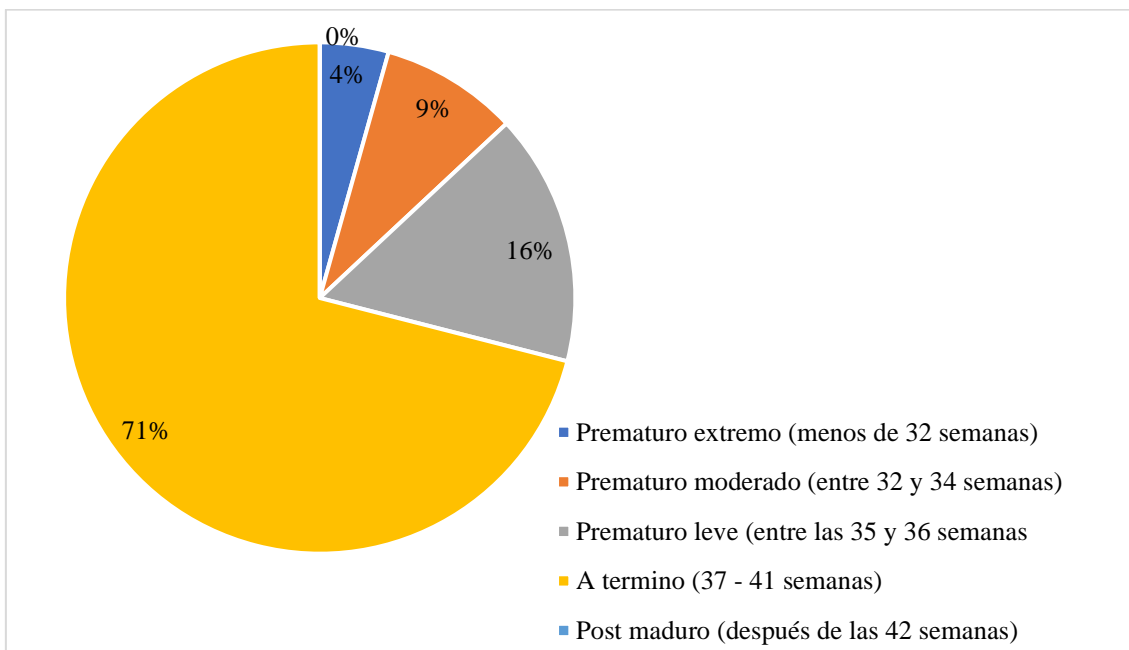


Edad gestacional

En lo que respecta a la edad gestacional al momento del parto, los resultados indican que el 71% de las gestantes culminó su embarazo a término, mientras que el 16% presentó parto prematuro leve, el 9% correspondió a prematuridad moderada y el 4% a prematuridad extrema. Esta distribución revela una predominancia de gestaciones que alcanzaron el periodo fisiológico esperado, aunque se observa una proporción significativa de nacimientos pretérmino. Figura 4.

Figura 4

Estado del feto al ingreso al parto

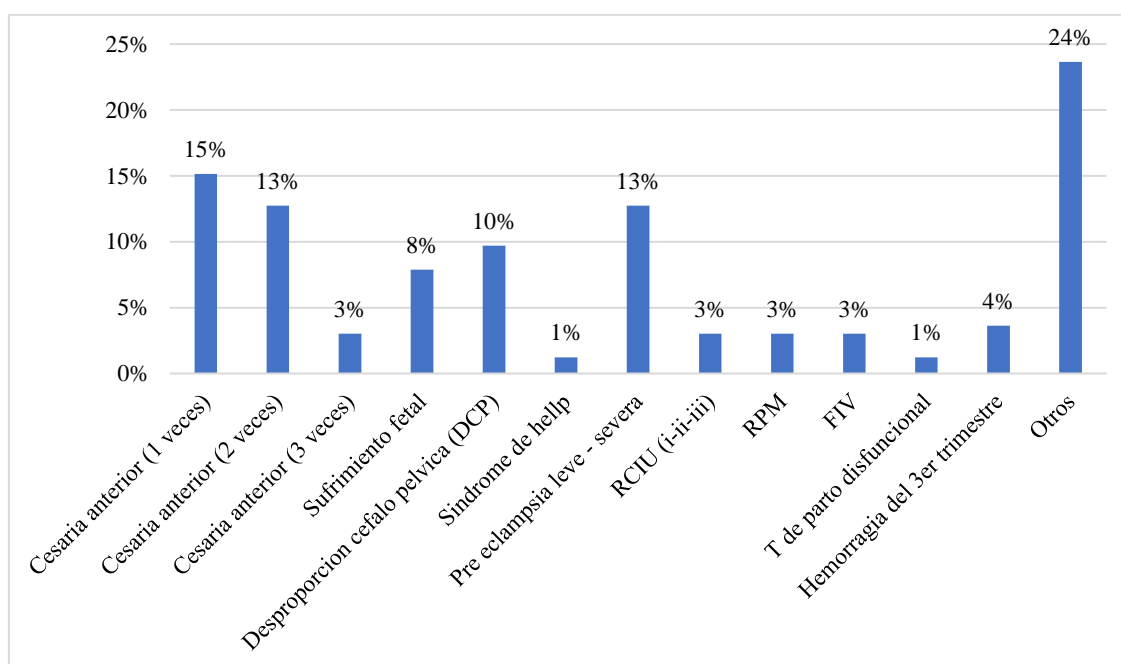


Causas de cesarí

Asimismo, se analizaron las principales causas que motivaron la realización de cesáreas, identificándose que el 15% correspondió a antecedente de una cesárea previa, seguido del 13% asociado a antecedentes de dos cesáreas anteriores y un 13% vinculado a cuadros de preeclampsia, tanto en su forma leve como severa. De igual modo, el 10% de los casos estuvo relacionado con desproporción céfalo-pélvica (DCP), el 8% con signos de sufrimiento fetal y el 24% con otras causas obstétricas diversas. Estos resultados evidencian una prevalencia significativa de cesáreas asociadas a antecedentes quirúrgicos y a complicaciones hipertensivas, lo cual coincide con la literatura que identifica dichos factores como determinantes clave en la indicación quirúrgica. Figura 5.

Figura 5

Causas para realización de cesarías en la muestra



Complicaciones en el puerperio

En la fase de puerperio, se observó que el 93.5% de las puérperas no presentó complicaciones, mientras que el 6.5% evidenció al menos un evento adverso. Esta baja proporción de complicaciones registradas podría estar vinculada a la falta de seguimiento sistemático dentro del mismo hospital, dado que, con frecuencia, las pacientes optan por continuar su control puerperal en los centros de salud más próximos a su lugar de residencia. Tabla 10.

Tabla 10

Número de complicaciones en el puerperio

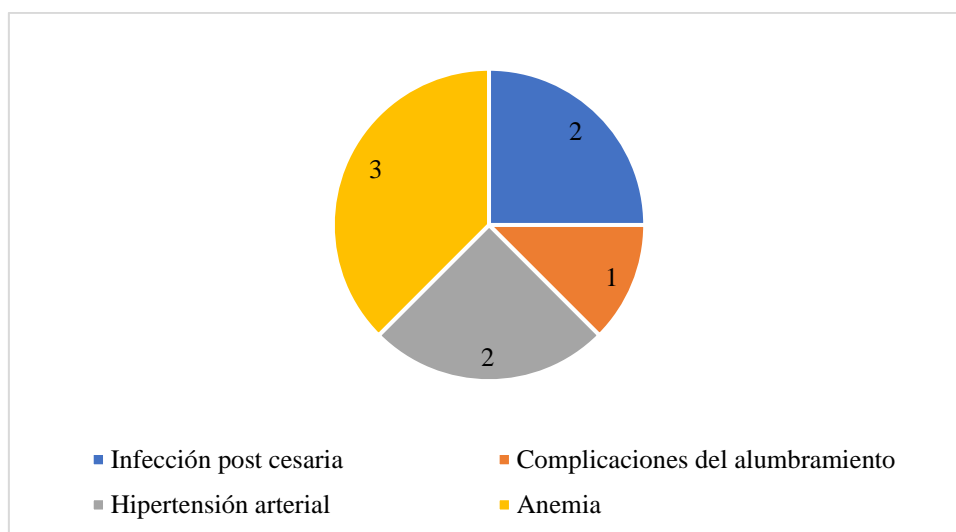
Complicaciones en el puerperio	Frecuencia	Porcentaje
0	129	93,5
1	9	6,5
Total	138	100,0

Casos de complicaciones en el puerperio

Entre las complicaciones identificadas durante la fase de puerperio, se registraron tres casos de anemia, dos casos de hipertensión arterial, dos infecciones post cesáreas y un caso de complicaciones relacionadas con el alumbramiento. Aunque la frecuencia absoluta de estos eventos es baja, su naturaleza clínica reviste especial importancia, dado que reflejan condiciones que, de no ser diagnosticadas y tratadas oportunamente, pueden evolucionar hacia cuadros de mayor gravedad. Figura 6.

Figura 6

Causas para realización de cesarías en la muestra



Complicaciones promedio en procesos de embarazo, parto y puerperio

En el análisis promedio de las tres fases evaluadas —embarazo, parto y puerperio— se determinó que el 50% de las gestantes presentó una complicación, el 47.8% experimentó dos complicaciones y únicamente el 2.2% no registró ninguna. Esta distribución evidencia una alta carga de morbilidad materna, con predominio de eventos obstétricos múltiples a lo largo del proceso reproductivo. Tabla 11.

Tabla 11*Número promedio de complicaciones en general*

Número promedio de complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
0	3	2,2
1	69	50,0
2	66	47,8
Total	138	100,0

4.1.2. Prueba de hipótesis

Para la contrastación de las hipótesis planteadas, se procedió en primer término a verificar la distribución de normalidad de los datos obtenidos. Con este propósito, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, dado que el tamaño muestral superó los 50 casos, criterio que justifica su uso estadístico. Los resultados arrojaron un nivel de significancia de $p = 0.000$ para las variables y sus respectivas dimensiones, lo que indica una desviación significativa respecto de la normalidad en la distribución de los datos.

En consecuencia, y atendiendo a la naturaleza no normal de las variables analizadas, se optó por la aplicación de una prueba estadística no paramétrica, específicamente el modelo de regresión ordinal, con el fin de evaluar la relación y el grado de influencia entre las variables de estudio. Este procedimiento permitió estimar la asociación jerárquica entre los factores independientes y dependientes, garantizando un análisis robusto y coherente con las características empíricas de la muestra. Tabla 12.

Tabla 12*Pruebas de normalidad de variables y dimensiones*

Variables y dimensiones	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Variable sobrepeso	,310	138	,000
Promedio Complicaciones	,322	138	,000
Complicaciones embarazo	,256	138	,000
Complicaciones en el parto	,259	138	,000
Complicaciones del puerperio	,539	138	,000

Nota: a. Corrección de significación de Lilliefors

Para la verificación de las hipótesis de investigación, se desarrolló un procedimiento metodológico estructurado en cinco etapas. En primer lugar, se procedió al planteamiento de las hipótesis estadísticas, tanto nula como alternativa, en correspondencia con los objetivos del estudio. En segundo término, se estableció el nivel de significancia (α), considerado como el umbral de probabilidad de error aceptable para la toma de decisiones

inferenciales. En la tercera etapa, se definió la regla de decisión, la cual determinó los criterios para la aceptación o el rechazo de la hipótesis nula en función del valor p obtenido. En cuarto lugar, se seleccionó y aplicó la prueba estadística más adecuada — en este caso, de tipo no paramétrica— acorde con la naturaleza de los datos y las condiciones de normalidad previamente evaluadas. Finalmente, en la quinta etapa, se procedió a la toma de decisión estadística, interpretando los resultados obtenidos.

El nivel de significancia se estableció como $\alpha=0.05$. La regla de decisión fue: si $p>\alpha$, se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alterna; por el contrario, si $p<\alpha$, entonces se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la alterna.

Hipótesis general

H0: El sobrepeso no influye significativamente en las complicaciones en mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.

H1: El sobrepeso influye significativamente en las complicaciones en mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.

Para la contrastación de la hipótesis general, se aplicó un modelo de regresión ordinal, cuyos resultados se presentan en la Tabla 13. En cuanto a la información de ajuste del modelo, se obtuvo un valor de chi-cuadrado de 29.83, con 2 grados de libertad y un nivel de significancia de $p = 0.000$, lo que indica un ajuste estadísticamente significativo y, por tanto, evidencia la pertinencia del modelo para explicar la relación entre las variables analizadas.

Respecto a la bondad de ajuste, el estadístico de chi-cuadrado de Pearson arrojó un valor de 8.948 con 2 grados de libertad y $p = 0.011$, lo que confirma una adecuada correspondencia entre los datos observados y los valores estimados por el modelo. Adicionalmente, el Pseudo R^2 de Nagelkerke reportó un valor de 0.246, lo que sugiere que la variable sobrepeso explica el 24.6% de la varianza en las complicaciones maternas registradas en las gestantes atendidas en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2024.

Estos resultados permiten inferir que el sobrepeso constituye un factor predictor con influencia estadísticamente significativa sobre la aparición de complicaciones maternas,

reafirmando su relevancia como variable crítica en el análisis de la morbilidad obstétrica y en el diseño de estrategias preventivas orientadas a la salud materna.

Tabla 13

Resultados de la regresión ordinal entre sobrepeso y complicaciones maternas

Modelo	Información de ajuste de los modelos				Bondad de ajuste			Pseudo R cuadrado		
	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Cox y Snell	0.194	
Sólo intersección	52,045				Pearson	8,948	2	,011	Nagelkerke	0.246
Final	22,215	29,830	2	,000	Desvianza	6,006	2	,050	McFadden	0.138

Función de enlace: Logit.

Decisión: Conforme a los resultados obtenidos y presentados en la Tabla 13, se observó un nivel de significancia de $p = 0.000$, valor inferior al umbral crítico de 0.05. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1), concluyéndose que el sobrepeso ejerce una influencia estadísticamente significativa en la ocurrencia de complicaciones maternas en mujeres gestantes atendidas en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2024.

Hipótesis específica 1

Se plantearon las siguientes hipótesis estadísticas para su contrastación:

H_0 : El sobrepeso no influye significativamente en las complicaciones en el embarazo de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.

H_1 : El sobrepeso influye significativamente en las complicaciones en el embarazo de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.

En la Tabla 14 se presentan los resultados del modelo de regresión ordinal que analiza la relación entre el sobrepeso y las complicaciones durante el embarazo. En cuanto a la información de ajuste del modelo, se obtuvo un valor de Chi-cuadrado de 45.224, con 2 grados de libertad y un nivel de significancia de $p = 0.000$, lo que evidencia un ajuste estadísticamente significativo y, por ende, la validez del modelo para explicar la relación entre las variables analizadas.

Respecto a la bondad de ajuste, el estadístico Chi-cuadrado de Pearson reportó un valor de 27.49, con 4 grados de libertad y una significancia de $p = 0.000$, lo que confirma la

adecuada correspondencia entre los valores observados y los estimados por el modelo. Asimismo, el Pseudo R² de Nagelkerke alcanzó un valor de 0.322, indicando que la variable sobrepeso explica el 32.2% de la variabilidad en la ocurrencia de complicaciones durante el embarazo.

Estos resultados ponen de manifiesto la influencia sustantiva del sobrepeso como factor determinante en la aparición de complicaciones gestacionales, respaldando la hipótesis de que el exceso de masa corporal afecta negativamente la evolución fisiológica del embarazo.

Tabla 14

Resultados de la regresión ordinal entre el sobrepeso y complicaciones maternas en el embarazo

Información de ajuste de los modelos				Bondad de ajuste				Pseudo R cuadrado		
Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.		Chi-cuadrado	gl	Sig.	Cox y Snell	,279
Sólo intersección	87,006				Pearson	27,490	4	,000	Nagelkerke	,322
Final	41,781	45,224	2	,000	Desvianza	18,433	4	,001	McFadden	,163

Función de enlace: Logit.

Decisión: Dado que el nivel de significancia obtenido fue de $p = 0.000$, valor inferior al umbral crítico de 0.05, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1). En consecuencia, se afirma que el sobrepeso influye de manera estadísticamente significativa en la aparición de complicaciones durante el embarazo en mujeres gestantes atendidas en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2024. Este resultado confirma la existencia de una relación causal entre el exceso de peso y la morbilidad gestacional, sustentando empíricamente que el sobrepeso constituye un factor de riesgo relevante para el desarrollo de complicaciones obstétricas.

Hipótesis específica 2

H_0 : El sobrepeso no influye significativamente en las complicaciones en el parto de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.

H_1 : El sobrepeso influye significativamente en las complicaciones en el parto de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.

En los resultados expuestos en la Tabla 15, se observa que la información de ajuste del modelo de regresión ordinal arrojó un valor de Chi-cuadrado de 52.53, con 2 grados de libertad y un nivel de significancia de $p = 0.000$, lo cual indica un ajuste estadísticamente significativo y respalda la validez del modelo para explicar la relación entre el sobrepeso y las complicaciones durante el parto.

Asimismo, en la prueba de bondad de ajuste, el Chi-cuadrado de Pearson registró un valor de 32.996, con 4 grados de libertad y una significancia de $p = 0.000$, lo que evidencia una adecuada correspondencia entre los datos observados y los valores estimados. Por su parte, el Pseudo R^2 de Nagelkerke alcanzó un valor de 0.363, lo que implica que el sobrepeso explica el 36.3% de la variabilidad asociada a las complicaciones presentadas en el proceso de parto.

Estos resultados corroboran que el sobrepeso constituye un factor predictor relevante de la morbilidad intraparto, confirmando su incidencia en el desarrollo de eventos adversos obstétricos. Desde una perspectiva clínica y epidemiológica, este hallazgo refuerza la necesidad de implementar estrategias preventivas y protocolos de atención diferenciados para gestantes con exceso de peso, orientados a mitigar los riesgos y optimizar los resultados materno-fetales en contextos hospitalarios de alta complejidad.

Tabla 15

Resultados de la regresión ordinal entre el sobrepeso y complicaciones maternas en el parto.

Modelo	Información de ajuste de los modelos				Bondad de ajuste			Pseudo R cuadrado		
	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Cox y Snell	,317	
Sólo intersección	95,935				Pearson	32,996	4	,000	Nagelkerke	,363
Final	43,404	52,530	2	,000	Desvianza	20,066	4	,000	McFadden	,185

Función de enlace: Logit.

Decisión: Con base en los resultados obtenidos en la Tabla 15, y considerando un nivel de significancia de $p = 0.000$, inferior al umbral de 0.05, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1). En consecuencia, se confirma que el sobrepeso influye de manera estadísticamente significativa en la ocurrencia de complicaciones durante el parto en mujeres gestantes atendidas en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2024.

Hipótesis específica 3

H0: El sobrepeso no influye significativamente en las complicaciones en el puerperio de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.

H1: El sobrepeso influye significativamente en las complicaciones en el puerperio de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.

En la Tabla 16 se presentan los resultados derivados del análisis de regresión ordinal que examina la relación entre el sobrepeso y las complicaciones maternas en el puerperio. En cuanto a la información de ajuste de los modelos, se obtuvo un Chi-cuadrado de 2.99, con 2 grados de libertad y un nivel de significancia $p = 0.224$, valor que excede el umbral convencional de 0.05. De manera complementaria, la bondad de ajuste de los modelos evidenció un Chi-cuadrado de Pearson de 0.000, y el Pseudo R cuadrado de Nagelkerke arrojó un valor de 0.056, lo cual indica una capacidad explicativa limitada del modelo.

Estos resultados sugieren que no existe evidencia estadísticamente significativa para afirmar que el sobrepeso influya en la aparición de complicaciones maternas durante el puerperio en el contexto del presente estudio. Tal ausencia de significancia podría atribuirse a limitaciones en la cantidad o variabilidad de los datos recolectados, lo que reduce la potencia estadística del análisis.

Tabla 16

Resultados de la regresión ordinal entre sobrepeso y complicaciones maternas en el puerperio

Modelo	Información de ajuste de los modelos				Bondad de ajuste			Pseudo R cuadrado	
	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Cox y Snell	
Sólo intersección	11,462				Pearson ,000	0	.	Nagelkerke	,056
Final	8,472	2,990	2	,224	Desvianza ,000	0	.	McFadden	,045

Función de enlace: Logit.

Decisión: Considerando un nivel de significancia $p = 0.224$, superior al umbral crítico de 0.05, se acepta la hipótesis nula (H_0) y, en consecuencia, se rechaza la hipótesis alterna (H_1). Este resultado permite afirmar que el sobrepeso no influye de manera significativa en la ocurrencia de complicaciones durante el puerperio en mujeres gestantes atendidas en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo julio a diciembre de 2024. La ausencia de una relación estadísticamente significativa sugiere que otros factores, de

naturaleza clínica, socioeconómica o institucional, podrían tener un papel más determinante en la aparición de dichas complicaciones.

4.2. Discusión de resultados

La presente investigación tuvo como propósito determinar la influencia del sobrepeso en las complicaciones maternas en mujeres gestantes atendidas en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2024. Desde una perspectiva teórica y epidemiológica, el sobrepeso y la obesidad son concebidos como estados de acumulación excesiva y anómala de tejido adiposo que superan los límites fisiológicos considerados adecuados para el sexo, la estatura y la edad, configurándose como factores de riesgo determinantes para la salud materno-fetal. Esta condición no solo altera los mecanismos metabólicos, endocrinos y cardiovasculares de la gestante, sino que incrementa la probabilidad de complicaciones como hipertensión gestacional, diabetes mellitus tipo II, preeclampsia, parto distócico y cesárea electiva.

No obstante, uno de los principales desafíos teóricos radica en la falta de criterios universalmente estandarizados que definan con precisión los umbrales de adiposidad patológica. Las diferencias interindividuales en la distribución de la grasa corporal, la respuesta inflamatoria y las variaciones genéticas entre poblaciones complejizan la caracterización homogénea del sobrepeso, generando ambigüedades en su diagnóstico y tratamiento. En consecuencia, esta problemática evidencia la necesidad de enfoques multidimensionales que integren la evaluación clínica, nutricional y sociocultural en la comprensión del fenómeno. Los resultados del presente estudio contribuyen a fortalecer la evidencia empírica sobre la asociación entre el sobrepeso y las complicaciones obstétricas, orientando la formulación de políticas públicas y programas de atención prenatal enfocados en la prevención y el control del exceso de peso durante la gestación.

El hallazgo de que el sobrepeso influye en un 24.6% en las complicaciones maternas revela una relación estadísticamente significativa y clínicamente relevante entre el exceso de peso y la salud reproductiva. Este resultado sugiere que casi una cuarta parte de las variaciones en la aparición de complicaciones durante la gestación puede atribuirse directamente al sobrepeso, lo que refuerza su carácter como factor de riesgo independiente. Desde una perspectiva fisiopatológica, el exceso de tejido adiposo genera alteraciones metabólicas e inflamatorias que comprometen la función endotelial, la

regulación glucémica y la homeostasis hormonal, condiciones que predisponen a patologías como preeclampsia, diabetes gestacional o parto distócico.

Asimismo, este resultado adquiere relevancia en el ámbito de la salud pública, pues evidencia la necesidad de incorporar estrategias preventivas centradas en el control del peso antes y durante la gestación. A nivel teórico, los hallazgos respaldan modelos explicativos que integran variables biológicas y conductuales en la comprensión de las complicaciones obstétricas, confirmando que el sobrepeso no solo tiene implicancias individuales, sino también estructurales en la gestión de la salud materna.

El presente resultado se alinea con las evidencias empíricas reportadas por Huarcaya y Haidelber (24) en el Hospital Regional de Ica, quienes determinaron que el sobrepeso constituye un factor determinante en la aparición de complicaciones como hipertensión arterial, parto por cesárea, diabetes gestacional y macrosomía fetal, entre otras. De igual manera, coincide con los hallazgos de Rivera (25) en el Hospital Hipólito Unanue, donde se estableció una relación significativa entre el sobrepeso y la incidencia de preeclampsia y diabetes gestacional, reafirmando su papel como predictor clínico de riesgo obstétrico. Asimismo, los resultados guardan coherencia con lo expuesto por Ruipérez et al. (31) en España, quienes demostraron que el sobrepeso y la obesidad pregestacional incrementan la probabilidad de cesáreas, hipertensión y complicaciones metabólicas fetales. En conjunto, estas evidencias consolidan la tesis de que el exceso de peso previo o durante la gestación tiene implicancias directas en la morbilidad materna y perinatal, subrayando la necesidad de implementar políticas de salud orientadas a la prevención y promoción de estilos de vida saludables desde etapas preconcepcionales.

De manera consistente con los hallazgos previos, la presente investigación determinó que el sobrepeso explica el 32.2% de las complicaciones durante el embarazo y el 36.3% de las complicaciones en el parto, aunque no se halló evidencia estadísticamente significativa que vincule esta condición con las complicaciones del puerperio. Estos resultados se sustentan en estudios como el de Sánchez-Samaniego et al. (29), desarrollado en San Marcos, donde mediante modelos de regresión se demostró que el sobrepeso y la obesidad pregestacional incrementan en más del 80% la probabilidad de cesárea, reforzando la asociación entre el exceso de peso y la morbilidad obstétrica. Sin embargo, los resultados contrastan con los hallazgos de Quintana (26) en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, quien no encontró una relación significativa entre el

sobrepeso y la preeclampsia leve ($p = 0.521$), sugiriendo que la influencia del sobrepeso puede variar según factores contextuales, genéticos y ambientales. En conjunto, estos resultados evidencian la naturaleza multifactorial de las complicaciones obstétricas y la necesidad de intervenciones diferenciadas según el perfil de riesgo de cada población gestante.

Los principales aportes teóricos de la presente investigación se centran en el fortalecimiento del conocimiento científico sobre la relación entre el sobrepeso materno y las complicaciones obstétricas, integrando perspectivas epidemiológicas, fisiológicas y de gestión sanitaria. En primer lugar, el estudio amplía la comprensión del sobrepeso como un factor de riesgo sistémico que incide de manera diferenciada en las etapas del embarazo, el parto y el puerperio, demostrando que su influencia no es homogénea, sino que depende de interacciones metabólicas y contextuales específicas. Este enfoque contribuye a refinar los modelos teóricos que explican la morbilidad materna desde una perspectiva multicausal.

En segundo lugar, los hallazgos empíricos sustentan el papel mediador del sobrepeso en el desarrollo de condiciones clínicas como hipertensión gestacional, diabetes mellitus, preeclampsia y macrosomía fetal, aportando evidencia cuantitativa que permite reinterpretar los mecanismos fisiopatológicos planteados por la literatura biomédica contemporánea. Asimismo, la investigación aporta a la teoría de la salud pública al vincular los determinantes individuales —como la nutrición y el metabolismo— con factores estructurales del sistema sanitario, tales como la calidad del seguimiento prenatal y la vigilancia del peso materno.

Finalmente, el estudio contribuye a la consolidación de un marco teórico integrado para la gestión del riesgo obstétrico, al proponer que el control del sobrepeso debe ser abordado no solo desde la clínica, sino también desde políticas preventivas basadas en educación nutricional y estilos de vida saludables. Con ello, se fortalece la articulación entre la teoría biomédica y las estrategias de intervención sanitaria en contextos hospitalarios.

Las implicancias prácticas de la presente investigación son de gran relevancia para la gestión clínica y la salud pública materna. En primer lugar, los resultados evidencian la necesidad de implementar programas de control nutricional y seguimiento del peso desde el inicio del embarazo, priorizando la detección temprana del sobrepeso como un factor de riesgo que incrementa significativamente las complicaciones durante la gestación y el

parto. Asimismo, se plantea la importancia de fortalecer la capacitación del personal de salud en la evaluación antropométrica y el manejo integral del peso materno, incorporando protocolos basados en evidencia científica.

En el ámbito institucional, los hallazgos respaldan la incorporación de estrategias preventivas en las políticas de atención prenatal del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, promoviendo intervenciones multidisciplinarias que incluyan nutricionistas, obstetras y médicos internistas. Además, se sugiere el desarrollo de campañas educativas dirigidas a gestantes con sobrepeso, centradas en la adopción de hábitos saludables y la reducción de riesgos obstétricos. Finalmente, los resultados aportan insumos para la formulación de políticas públicas orientadas al control del sobrepeso pregestacional, consolidando un enfoque integral de salud materna preventiva.

La presente investigación presenta ciertas limitaciones que deben ser consideradas para la interpretación de los resultados y la proyección de futuras líneas de estudio. En primer lugar, el hecho de que el estudio se haya circunscrito exclusivamente al Hospital Guillermo Almenara Irigoyen restringe la posibilidad de generalizar los hallazgos a otras realidades institucionales o regionales del país. Por ello, se recomienda ampliar la población de estudio a distintos hospitales y regiones, lo que permitiría obtener resultados comparativos que reflejen la diversidad geográfica, socioeconómica y cultural de las gestantes peruanas. En segundo lugar, la dependencia de registros médicos secundarios y la posible variabilidad en los criterios diagnósticos aplicados por los profesionales de salud representan una fuente potencial de sesgo. Para mitigar esta limitación, futuras investigaciones deben implementar sistemas estandarizados de recolección de datos y protocolos clínicos homogéneos que garanticen la consistencia y precisión de la información. Asimismo, el estudio no controló de manera exhaustiva factores externos como la dieta, la actividad física, la salud emocional o las comorbilidades preexistentes, los cuales podrían influir significativamente en los resultados. Se recomienda incluir estas variables en próximos estudios para comprender con mayor profundidad los determinantes del sobrepeso durante la gestación. Finalmente, la ausencia de un análisis de estrategias preventivas o de intervención limita la aplicabilidad práctica de los hallazgos. En este sentido, futuras investigaciones deberían centrarse en diseñar y evaluar programas de educación nutricional y de control prenatal orientados a la prevención del sobrepeso y la reducción de complicaciones maternas.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

De los resultados obtenidos permitió llegar a las siguientes conclusiones:⁷

1. Se ha determinado que el sobrepeso tiene una influencia baja pero significativa ($r=0.246$, $p=0.000$) sobre las complicaciones maternas en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2024. Esto implica que, aunque no constituye el único factor determinante, el exceso de peso previo o durante la gestación contribuye de manera relevante al riesgo de complicaciones maternas. Por tanto, resulta necesario fortalecer las estrategias preventivas, el control prenatal y la educación nutricional para reducir los efectos adversos asociados al sobrepeso en mujeres gestantes.
2. Así mismo, se ha encontrado que el sobrepeso influye significativamente en un nivel moderado ($r=0.322$, $p=0.000$) en las complicaciones del embarazo en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2024. Esto implica que el exceso de peso constituye un factor de riesgo relevante en el desarrollo de afecciones como hipertensión gestacional, diabetes o parto por cesárea. En consecuencia, se requiere fortalecer las intervenciones preventivas y el monitoreo nutricional durante la gestación para mitigar dichas complicaciones.
3. Del mismo modo, se ha encontrado que el sobrepeso influye significativamente ($r=0.363$, $p=0.000$) en las complicaciones durante el parto en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, en el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2024. Lo que implica que el exceso de peso previo o durante la gestación incrementa la probabilidad de cesáreas, partos prolongados y complicaciones obstétricas. Este hallazgo resalta la necesidad de fortalecer los programas de control prenatal y la educación materna orientada a mantener un peso saludable antes y durante el embarazo.
4. Finalmente, no se ha encontrado evidencia significativa ($r=0.056$, $p=0.224$) para afirmar que el sobrepeso influye en las complicaciones durante el puerperio en mujeres gestantes atendidas en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen entre julio y diciembre de 2024. Esto implica que otros factores, como los cuidados posparto, la atención médica o las condiciones preexistentes, podrían tener un papel más determinante en esta etapa.

6.2. Recomendaciones

1. Se recomienda implementar programas integrales de salud materna enfocados en la prevención del sobrepeso antes y durante el embarazo, mediante la promoción de hábitos alimenticios saludables, control de peso y seguimiento nutricional continuo. Además, se sugiere fortalecer la capacitación del personal médico en la detección temprana de factores de riesgo asociados al exceso de peso, con el fin de reducir la incidencia de complicaciones maternas y mejorar los resultados obstétricos en contextos hospitalarios similares.
2. Se recomienda reforzar las políticas institucionales orientadas al control nutricional y la vigilancia médica continua durante la gestación, priorizando a las mujeres con sobrepeso o antecedentes de complicaciones obstétricas. Asimismo, es fundamental integrar la educación alimentaria y el acompañamiento psicológico como parte del control prenatal, fomentando estilos de vida saludables que contribuyan a prevenir afecciones como la hipertensión, la diabetes gestacional y otras complicaciones derivadas del exceso de peso durante el embarazo.
3. Se recomienda desarrollar protocolos obstétricos diferenciados para gestantes con sobrepeso, priorizando el monitoreo continuo y la atención personalizada durante el trabajo de parto. Además, es necesario fortalecer los programas de educación prenatal que orienten a las gestantes sobre la importancia de mantener un peso saludable, la práctica de actividad física moderada y la adherencia a controles médicos periódicos, a fin de reducir los riesgos de cesárea, partos prolongados y complicaciones obstétricas prevenibles.
4. Se recomienda realizar investigaciones adicionales que consideren factores psicosociales, nutricionales y de atención médica en el puerperio, con el propósito de identificar las verdaderas causas de las complicaciones en esta etapa. Asimismo, se sugiere diseñar estrategias de seguimiento posparto centradas en la educación, el apoyo emocional y la evaluación integral de la salud materna, garantizando una recuperación óptima y disminuyendo los riesgos asociados al periodo puerperal.

REFERENCIAS

1. WHO, (2014). Obesity and Inequities; Guidance for Addressing Inequities in Overweight and Obesity.http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247638/obesity-090514.pdf
2. WHO (2016)? Obesity and Overweight. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
3. Nammie, S., Koka, S., Chinnala, K.M., & Boini, K.M., (2004). Obesity: An Overview on Its Current Perspectives and Treatment Options. *Nutrition Journal*, 3(1), 1-8
4. Reitzinger, S., & Czypionka, T. (2024). Low-, moderate-, and high-risk obesity in association with cost drivers, costs over the lifecycle, and life expectancy. *BMC Public Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19574-8>
5. WHO, (2021). Draft Recommendations for the Prevention and Management of Obesity over the Life Course, Including Potential Targets. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
6. Obesity Statistics, (2023). The European Association for the Study of Obesity. The European Association for the Study of Obesity (EASO), Teddington, UK.
7. Ibrahim, S., & Akram, Z. et al., (2021). Overweight and Obesity Prevalence and Predictors in People Living in Karachi. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 33(31), 194-202.
8. Bajorek, Z., & Bevan, S., (2019). Obesity and Work: Challenging Stigma and Discrimination. Institute for Employment Studies, Report 256, UK.
9. Wang, Y.C., McPherson, K., Marsh, T., Gortmaker, S.L., & Brown, M., (2011). Health and Economic Burden of the Projected Obesity Trends in the USA and the UK. *Lancet*, 378, 815-825.
10. WHO, (2011). Obesity and Overweight: Factsheet. Geneva: World Health Organization (WHO). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
11. Instituto Nacional de Salud. (2024). Estado nutricional de gestantes que acceden a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. Informe Gerencial Nacional Primer Semestre 2024.
12. Fitch, A., Everling, L., Fox, C., Goldberg, J., Heim, C., Johnson, K., Kaufman, T., Kennedy, E., Kestenbaun, C., Lano, M., Leslie, D., Newell, T., O'Connor, P.,

- Slusarek, B., Spaniol, A., Stovitz, S., y Webb, B. (2013). Prevention and Management of Obesity for Adults. Institute for Clinical Systems Improvement.
13. Zera, C., McGirr, S., y Oken, E. (2011). Screening for obesity in reproductive-aged women. *Prev Chronic Dis*, 8(6), A125.
 14. Jia, Y., Jiang, H., Fu, Y., Li, Y., & Wang, H. (2024). Optimal range of gestational weight gain for singleton pregnant women: a cohort study based on Chinese specific body mass index categories. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06592-y>
 15. Ketchum, K., & Jevitt, C. M. (2024). Evidence-Based Eating Patterns and Behavior Changes to Limit Excessive Gestational Weight Gain: A Scoping Review. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 21, Issue 1). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/ijerph21010015>
 16. Marshall, N. E., Abrams, B., Barbour, L. A., Catalano, P., Christian, P., Friedman, J. E., Hay, W. W., Hernandez, T. L., Krebs, N. F., Oken, E., Purnell, J. Q., Roberts, J. M., Soltani, H., Wallace, J., & Thornburg, K. L. (2022). The importance of nutrition in pregnancy and lactation: lifelong consequences. In *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (Vol. 226, Issue 5, pp. 607–632). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.12.035>
 17. Phoswa, W. N., & Khaliq, O. P. (2021). The Role of Oxidative Stress in Hypertensive Disorders of Pregnancy (Preeclampsia, Gestational Hypertension) and Metabolic Disorder of Pregnancy (Gestational Diabetes Mellitus). In *Oxidative Medicine and Cellular Longevity* (Vol. 2021). Hindawi Limited. <https://doi.org/10.1155/2021/5581570>
 18. Jaufuraully, S., Dromey, B., Story, L., David, A. L., Attilakos, G., & Siassakos, D. (2022). Magnetic resonance imaging in late pregnancy to improve labour and delivery outcomes – a systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05290-x>
 19. Park, J. E., Park, Y., & Yuk, J. S. (2021). Incidence of and risk factors for thromboembolism during pregnancy and postpartum: A 10-year nationwide population-based study. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 60(1), 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.11.016>

20. Wikkelsø, A. J., Secher, E. L., & Edwards, H. (2022). General or regional anaesthesia for postpartum haemorrhage—A national population-based cohort study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 66(1), 103–113. <https://doi.org/10.1111/aas.13987>
21. Schiavone, M. J., Pérez, M. P., Aquieri, A., Nosetto, D., Pronotti, M. V., Mazzei, M., Kudrle, C., & Avaca, H. (2024). The Role of Obesity in the Development of Preeclampsia. *Current Hypertension Reports*, 26(6), 247–258. <https://doi.org/10.1007/s11906-024-01299-z>
22. Wang, A. M., Lee, A. J., & Clark, S. M. (2021). The effects of overweight and obesity on pregnancy-related morbidity. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 48(5), 999–1009. <https://doi.org/10.31083/j.ceog4805161>
23. Eleftheriades, A., Koulouraki, S., Belegirinos, A., Eleftheriades, M., & Pervanidou, P. (2025). Maternal Obesity and Neurodevelopment of the Offspring. In *Nutrients* (Vol. 17, Issue 5). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/nu17050891>
24. Huarcaya Tornero, Haidelber Rubén. Complicaciones asociadas al sobrepeso y obesidad durante la gestación y parto en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica enero a diciembre 2022. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. 2022, <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4539>
25. Robledo Rivera, Astrid. Complicaciones materno perinatales en gestantes con obesidad y sobre peso en el Hospital Hipolito Unanue, 2019. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/22>
26. Quintana, G. (2019). Sobrepeso y obesidad pregestacional como factor de riesgo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza-2018. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4078>
27. Oviedo-Carquín V, Híjar-Zevallos C, Urrunaga-Pastor D, Herrera-Añazco P. Maternal overweight and obesity before pregnancy as predictors of childhood asthma in children under five years: a retrospective cohort in Peru. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2024;24(0)
28. Sanchez-Samaniego, G., Mäusezahl, D., Hartinger-Peña, S. M., Hattendorf, J., Verastegui, H., Fink, G., & Probst-Hensch, N. (2024). Pre-pregnancy body mass index and caesarean section in Andean women in Peru: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06466-3>
29. Paúles Cuesta, I. M., Sánchez Molina, M. P., Lahoz Gimeno, M., & Montoro Huguet, M. (2021). Prevalence of overweight and obesity in pregnant women in a basic health

area of Huesca. *Medicina Clinica Practica*, 4(1).
<https://doi.org/10.1016/j.mcpsp.2020.100152>

30. Ramos-Pino, José M Carballeira-Abella, Mónica. Obesidad y sobrepeso: conceptualización e intervención desde la enfermería en España. 2021 15(2) 1197. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000200008
31. Ruipérez, E., Carmona, P., Blázquez, E., & Herráiz, M. (2022). Influencia del sobrepeso y la obesidad pregestacionales en el embarazo y en los desenlaces perinatales. 90(5), 385–394. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i5.3386>
32. Panduro, J. Barrios, E., Perez-Molina, J. Panduro, E., Rosas, E. & Quezada-Figueroa, N. Obesidad y sus complicaciones maternas y perinatales. *Ginecología y obstetricia de México*. 89 (7) 2022. 530-539.
33. Rondon-Tapia, Martha et al. Obesidad pregestacional y alteraciones del parto. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [online]. 2023, vol.69, n.2, 00003. Epub 06-Jul-2023. ISSN 2304-5132. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v69i2510>.
34. OMS. (2012). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
35. Flegal, K. M., Tabak, C. J., y Ogden, C. L. (2006). Overweight in children: definitions and interpretation. *Health Education Research*, 21(6), 755-760.
36. Fitch, A., Everling, L., Fox, C., Goldberg, J., Heim, C., Johnson, K., Kaufman, T., Kennedy, E., Kestenbaun, C., Lano, M., Leslie, D., Newell, T., O'Connor, P., Slusarek, B., Spaniol, A., Stovitz, S., y Webb, B. (2013). Prevention and Management of Obesity for Adults. Institute for Clinical Systems Improvement.
37. I.O.M., & N.R.C. (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington, DC: The National Academies Press.
38. Bodnar, L. M., Siega-Riz, A. M., Simhan, H. N., Diesel, J. C., y Abrams, B. (2010). The impact of exposure misclassification on associations between prepregnancy BMI and adverse pregnancy outcomes. *Obesity (Silver Spring)*, 18(11), 2184-2190. doi:10.1038/oby.2010.25
39. Stevens-Simon, C., Roghmann, K. J., y McAnarney, E. R. (1992). Relationship of self-reported prepregnancy weight and weight gain during pregnancy to maternal body habitus and age. *Journal of the American Dietetic Association*, 92, 85.
40. Waters, T. P., Huston-Presley, L., y Catalano, P. M. (2012). Neonatal body composition according to the revised institute of medicine recommendations for

- maternal weight gain. *J Clin Endocrinol Metab*, 97(10), 3648-3654. doi:10.1210/jc.2012-1781
41. Arrowsmith, S., Wray, S., y Quenby, S. (2011). Maternal obesity and labour complications following induction of labour in prolonged pregnancy. *BJOG*, 118(5), 578-588. doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02889.x
 42. González-Merlo, J., González, J., y González, E. (2008). *Ginecología*. Barcelona: Masson.
 43. Cunningham, F. (2015). *Williams Obstetricia*. España: McGraw-Hill.
 44. Florido, K., Beltrán, E., y Campoy, C. (2010). *Nutrición durante la gestación y la lactancia*. Tratado de nutrición. Madrid: Panamericana.
 45. Becker, K. L. (2002). *Principles and practice of Endocrinology and metabolism*. Lippincott Williams and Wilkins.
 46. Athukorala, C., Rumbold, A. R., Willson, K. J., y Crowther, C. A. (2010). The risk of adverse pregnancy outcomes in women who are overweight or obese. *BMC Pregnancy Childbirth*, 10, 56. doi:10.1186/1471-2393-10-56
 47. Pedersen, P., Baker, J. L., Henriksen, T. B., Lissner, L., Heitmann, B. L., Sørensen, T. I., y Nohr, E. A. (2011). Influence of psychosocial factors on postpartum weight retention. *Obesity (Silver Spring)*, 19(3), 639-646. doi:10.1038/oby.2010.175
 48. Alvarez-Blasco, F., Botella-Carretero, J. I., San Millán, J. L., y Escobar-Morreale, H. F. (2006). Prevalence and characteristics of the polycystic ovary syndrome in overweight and obese women. *Arch Intern Med*, 166(19), 2081-2086. doi:10.1001/archinte.166.19.2081
 49. Yildiz, B. O., Azziz, R., y Society, A. E. A. P. (2010). Ovarian and adipose tissue dysfunction in polycystic ovary syndrome: report of the 4th special scientific meeting of the Androgen Excess and PCOS Society. *Fertil Steril*, 94(2), 690-693. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.03.058
 50. Helm, K. D., Ness, R. M., y Evans, W. S. (2009). *Physiologic and pathophysiologic alternations of the neuroendocrine components of the reproductive axis*. Philadelphia, PA: Saunders.
 51. Gesink Law, D. C., Macle hose, R. F., y Longnecker, M. P. (2007). Obesity and time to pregnancy. *Hum Reprod*, 22(2), 414-420. doi:10.1093/humrep/del400
 52. Metwally, M., Ong, K. J., Ledger, W. L., y Li, T. C. (2008). Does high body mass index increase the risk of miscarriage after spontaneous and assisted conception? *A*

- meta-analysis of the evidence. *Fertil Steril*, 90(3), 714-726. doi:10.1016/j.fertnstert.2007.07.1290
53. Syngelaki, A., Bredaki, F. E., Vaikousi, E., Maiz, N., y Nicolaides, K. H. (2011). Body mass index at 11-13 weeks' gestation and pregnancy complications. *Fetal Diagn Ther*, 30(4), 250-265. doi:10.1159/000328083
 54. Tanaka, T., y Umesaki, N. (2008). Leptin regulates the proliferation and apoptosis of human endometrial epithelial cells. *Int J Mol Med*, 22(5), 683-689.
 55. Abenhaim, H. A., Kinch, R. A., Morin, L., Benjamin, A., & Usher, R. (2006). Effect of prepregnancy body mass index categories on obstetrical and neonatal outcomes. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 275(1), 39-43. doi:10.1007/s00404-006-0219-y
 56. De la Fuente, P. (2010). *Obstetricia y ginecología*. Madrid: Marbán.
 57. Callaway, L. K., Prins, J. B., Chang, A. M., y McIntyre, H. D. (2006). The prevalence and impact of overweight and obesity in an Australian obstetric population. *Med J Aust*, 184.
 58. S.E.G.O. (2007). *Fundamentos de Obstetricia*. Madrid: Graficas Marte SL.
 59. O.M.S. (2009). Guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241598514/en/
 60. Sebire, N. J., Jolly, M., Harris, J. P., Wadsworth, J., Joffe, M., Beard, R. W., Rega, L., y Robinson, S. (2001). Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 25(8), 1175-1182. doi:10.1038/sj.ijo.0801670
 61. Lowell, H., y Miller, D. C. (2010). Weight gain during pregnancy: adherence to Health Canada's guidelines. *Health Rep*, 21(31), 6.
 62. Maddah, M., y Nikooyeh, B. (2009). Weight retention from early pregnancy to three years postpartum: a study in Iranian women. *Midwifery*, 25(6), 731-737. doi:10.1016/j.midw.2008.01.004
 63. Stothard, K. J., Tennant, P. W., Bell, R., y Rankin, J. (2009). Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 301(6), 636-650. doi:10.1001/jama.2009.113
 64. Cosson, E., Cussac-Pillegand, C., Benbara, A., Pharisien, I., Nguyen, M. T., Chiheb, S., Valensi, P., y Carbillon, L. (2016). Pregnancy adverse outcomes related to

- pregnancy body mass index and gestational weight gain, according to the presence or not of gestational diabetes mellitus: A retrospective observational study. *Diabetes Metab*, 42(1), 38-46.doi: 10.1016/j.diabet.2015.06.001
65. Amir, L. H., y Donath, S. (2007). A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. *BMC Pregnancy Childbirth*, 7, 9. doi:10.1186/1471-2393-7-9
66. Polanía, C., Cordova, F., Castañeda, G., Vargas, I., Calvache, O., & Abanto, W. (2020). *Investigación Cuantitativa & Cualitativa* (U. C. V. Institución Universitaria Antonio José Camacho, Ed.; Primera). <https://repositorio.uniajc.edu.co/bitstreams/34c0c38b-062a-4f52-aab8-346999b993c5/download>
67. Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.

Anexos

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Sobrepeso en las complicaciones maternas en pacientes del hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2024.

Formulación del problema	objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general ¿Cómo influyen el sobrepeso en las complicaciones en mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Existe influencia del sobrepeso en las complicaciones en el embarazo de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024? - ¿De qué manera influye el sobrepeso en las complicaciones en el parto de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024? - ¿Cuál es la influencia del sobrepeso en las complicaciones en el puerperio de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024? 	<p>Objetivo general Determinar cómo influye el sobrepeso en las complicaciones en mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer la influencia del sobrepeso en las complicaciones en el embarazo de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024. - Conocer de qué manera influye el sobrepeso en las complicaciones en el parto de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024. - Calcular la influencia del sobrepeso en las complicaciones en el puerperio de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024. 	<p>Hipótesis general El sobrepeso influye significativamente en las complicaciones en mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - El sobrepeso influye significativamente en las complicaciones en el embarazo de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024. - El sobrepeso influye significativamente en las complicaciones en el parto de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024. - El sobrepeso influye significativamente en las complicaciones en el puerperio de mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo de julio a diciembre del 2024. 	<p>Variable 1: Sobrepeso y obesidad Dimensiones - Biológica</p> <p>Variable 2: complicacion es maternas Dimensiones - Embaraz o - Parto - Puerperio</p>	<p>Tipo de Investigación: Prospectivo y longitudinal.</p> <p>Método y diseño de la investigación: el método será el hipotético-deductivo. El diseño será no experimental.</p> <p>Población: 285 gestantes con sobrepeso.</p> <p>Muestra: 130 madres gestantes con sobrepeso.</p>

Anexo 2: Instrumentos

EsSalud		Gerencia Central de Salud		INGRESO		NUMERO DE FICHA		A SEGUADO	
		Prestaciones de Salud		FUERPERO				SI NO	
		Sistema de Vigilancia Perinatal		REINGRESO		RECEN NA ODO		POLICLINICO DE ORIGEN	
				AMBIOS					
DATOS DE LA MADRE									
ESTADO CIVIL		GRADO DE INSTRUCCION		AUTOGENERADO				EDAD	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)		INGRESO AL HOSPITAL			
						FECHA (día / mes / año) HORA			
						hrs min			
CONTROL PRENATAL		TALLA		PESO ANTES DE LA GESTACION		EL EMBARAZO FUE PLANIFICADO		NUMERO DE CONTROLES	
				kg		SI NO		SI NO	
								1 2 3	
								DONDE SE REALIZO ?	
								EsSalud Otro Sitio Ambos	
CONDICIONES ANTECEDENTES PERINATALES									
ANTECEDENTES OBSTETRICOS		ENFERMEDADES O CONDICIONES DURANTE EL EMBARAZO			ENTIDADES OBSTETRICAS			ESTADO DE FETO AL INGRESO 1	
PARTOS VAG.		NINGUNA			NINGUNA			NO HUBO SIGNOS DE SF	
ABORTOS		INFECCION URINARIA			ANEMIA (Hemoglobina ...)			CON ALT. DE LA FCF	
CESAREAS		HIPERTENSION ARTERIAL			PRE ECLAMPSIA LEVE			CON OTROS SIGNOS DE SF	
NACIDOS VIVOS		DIABETES MELLITUS (I, II, DM G)			PRE ECLAMPSIA SEVERA			SIN LA TIDOS FETALES	
FUOS VIVOS		ASMA BRONQUIAL			ECLAMPSIA			IGNORADO	
		CARDIOPATA			RFM (No Horas)			ESTADO DEL FETO AL INGRESO 2	
		VIRUSIDA			HEMORRAGIA DEL II - III TRIM			ESTADO DEL FETO AL INGRESO 3	
		OTRAS			EMBARAZO MULTIPLE			ESTADO DEL FETO AL INGRESO 4	
		IGNORADO			OTRAS			ESTADO DEL FETO AL INGRESO 5	
		IGNORADO			IGNORADO				
TRABAJO DE PARTO									
PESO ANTES DEL TRABAJO DE PARTO		USO DE CORTICOIDES PRENATALES		FORMA DE FINCO T de P DE		MOTIVO DE LA INDUCCION		ESTADO DEL FETO ANTES O DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	
kg		SI NO		ESPONTANEO		EMBARAZO POST TERMINO		NO HUBO SIGNOS DE SF	
		IGNORADO		NO HUBO T de P		RFM		EMISION DE MECONIO SOLAMENTE	
SE USO MEDICAMENTOS PARA A CENTUAR TRABAJO DE PARTO				INDUCIDO		OBITO FETAL		ALT. DE LA FCF SOLAMENTE	
SI NO IGNORADO				IGNORADO		PRE ECLAMPSIA		MECONIO + ALT. DE LA FCF	
MEDICAMENTOS USADO PARA INDUCCION						ROU		MUERTO ANTES DE T de P	
DOXOCINA		OTRO				OTRAS ()		IGNORADO	
MISOPROSTOL		IGNORADO				IGNORADO			
VARIEDAD DE PRESENTACION		FORMA DE NACIMIENTO			CAUSA DE LA CESAREA			FECHA DE PARTO	
NO HUBO NACIMIENTO		PARTO HORIZONTAL			CESAREA ANTERIOR			(día/mes/año)	
CEFALICO		PARTO VERTICAL			SUFRIMIENTO FETAL			HORA DE PARTO	
PODALICO		CESAREA ANTES DEL T de P			DOP			hrs min	
TRANSVERSA / OBLICUA		CESAREA DURANTE EL T de P			PODALICO				
IGNORADO		VACUM OBSTETRICO			PRE ECLAMPSIA ECLAMPSIA				
		FORCEPS			T de P DISFUNCIONAL				
		IGNORADO							
DATOS DEL PUERPERIO									
COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO		OTRO SERVICIO DONDE FUE INGRESADA			ESTADIA HOSPITALARIA DESPUES DEL PARTO		FECHA DE ALTA		
NINGUNA		UCI UCIW UVI			HORAS		(día/mes/año)		
HEMORRAGIA SIN SHOCK		OTRO			DIAS				
HEMORRAGIA CON SHOCK		ESPECIFICAR							
ENDOMETRITIS PUERPERAL									
INFECCION DE HERIDA OPERATORIA									
COMPLICACIONES DEL ALMBRAMIENTO		CONDICIONES DEL EGRESO			CAUSA BASICA DE LA MUERTE MATERNA		CAUSA FINAL DE LA MUERTE MATERNA		
INFECCION URINARIA		VVA			PRE ECLAMPSIA - ECLAMPSIA		PRE ECLAMPSIA - ECLAMPSIA		
ROTURA UTERINA		FALLECIDA			INFECCION DE CAUSA OBSTETRICA		SINDROME DE HELLP		
HIPERTENSION ARTERIAL		REFERIDA A OTRO CENTRO			HEMORRAGIA		HEMORRAGIA		
ECLAMPSIA		CENTRO DE REFERENCIA			AFECCION CLINICA ASOCIADA		INFECCION NOSOCOMIAL		
HELLP					OTRAS AFECIONES OBSTETRICAS		OTRAS INFECCIONES		
ANEMIA (Valor:)					INFECCIONES NO OBSTETRICAS		OTRAS		
SEPSIS					ABORTO		IGNORADO		
CAUSA NO OBSTETRICA					IGNORADO				
OTRAS									
IGNORADO									
					FECHA DE LA MUERTE MATERNA		HORA DE LA MUERTE MATERNA		
					(día/mes/año)		hrs min		

Anexo 3: Aclaración a la Declaración Jurada y Resolución de Aprobación de la validez
de Instrumento

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN DE LA
UNIVERSIDAD PRIVADA UNIVERSIDAD NORBERT WIENER

Asunto: Aclaración referente a la declaración jurada y al uso del instrumento que se usara para la investigación.

Atención: Karina Isabel Condori Yancán – Bachiller en Obstetricia

De mi consideración:

Me dirijo a Ustedes con relación al asunto de la referencia, a fin de informales que el proyecto de tesis elaborado por mi persona que lleva como título **“SOBREPESO EN LAS COMPLICACIONES MATERNAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, DURANTE EL PERIODO JULIO – DICIEMBRE 2024”**, es un trabajo retrospectivo, en la cual se usaran los datos del Sistema de Vigilancia Perinatal del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - Essalud, durante el periodo julio 2024- diciembre 2024. Asimismo, debo informar que el instrumento utilizado para dicho trabajo esta validado por una Resolución de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud- Essalud la cual aprueba el uso del Sistema de Vigilancia Perinatal en todos los centros asistenciales del Seguro Social de Salud. (Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 59-GCPS-ESSALUD-2012 del 20 de setiembre del 2022), la cual adjunto para su verificación.

Espero que esta aclaración sea de su agrado y permita una mejor comprensión del asunto.

Lima. 28 de mayo del 2025


.....
Karina Isabel Condori Yancán
DNI N° 20047649

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N°59 - GCPS - ESSALUD-2012

Lima, 28 SEP 2012

VISTA:

La Carta N° 359 -GPH-ESSALUD-2012, a través de la cual la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias, remite el Proyecto de "Directiva del Sistema de Vigilancia Perinatal en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - EsSalud"

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;



Que, con Resolución de Presidencia Ejecutiva N°366-PE-ESSALUD-2010 de fecha 20 de agosto 2010, se aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud; estableciendo entre sus funciones, "Evaluar y aprobar las normas y procedimientos de las prestaciones de salud, en concordancia con los lineamientos de política institucional";



Que, en el literal c) del artículo 31° del referido Reglamento de Organización y Funciones establece como una de las funciones de la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la de conducir la formulación e implantación de normas y procedimientos para la atención integral de salud, con criterios de costo efectividad, basados en evidencias y acorde con las prioridades sanitarias institucionales; que garanticen la oportunidad, pertinencia y continuidad de las prestaciones de salud con los estándares de calidad y eficiencia requeridos;



Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 339-IPSS-1998, de fecha 26 de marzo de 1998 se aprobó el Programa de Perinatología en los Servicios de obstetricia y Neonatología de los Centros Asistenciales del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) así como el Sistema de Vigilancia Perinatal, el cual brinda información estadística para el análisis y la vigilancia de la Salud Materno – Perinatal permitiendo la toma de decisiones concretas basadas en resultados;



Que, mediante Carta de vista la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias remite para su aprobación el documento técnico normativo, "Directiva del Sistema de Vigilancia Perinatal en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - EsSalud", con la finalidad de contribuir con la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal en EsSalud, por lo que resulta necesaria su aprobación;



RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL N° 59 -GCPS-ESSALUD-2012

Estando a lo propuesto y de conformidad a la delegación conferida:

SE RESUELVE:

1. **APROBAR**, la Directiva N° 04 -GCPS-ESSALUD-2012, "Sistema de Vigilancia Perinatal en los Centros Asistenciales del Seguro Social DE sALUD - EsSalud", que forma parte de la presente resolución.
2. **ENCARGAR**, a la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias y Oficina de Apoyo a la Gestión e Información la difusión, asesoría técnica y aplicación de lo dispuesto en la presente resolución, según sus ámbitos de competencia.
3. **ENCARGAR**, a la Gerencia de Operaciones de Salud realizar las acciones pertinentes a fin de garantizar la implementación operativa del presente documento normativo.
4. **ENCARGAR**, a la Gerencia de Control de Prestaciones de Salud, realizar las actividades de control de la aplicación del documento normativo, "Directiva del Sistema de Vigilancia Perinatal en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud- EsSalud".
5. **ENCARGAR** a las Redes Asistenciales la ejecución, monitoreo y evaluación de las actividades contenidas en dicho documento técnico normativo, en el ámbito geográfico de su competencia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE



Dr. PEDRO E. ALCANTARA VALDIVIA
Gerente Central de Prestaciones de Salud (e)
ESSALUD

Anexo 4: Constancia de aprobación del comité de Ética otorgado por la Universidad
Norbert Wiener

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 30 de junio de 2025

Investigador(a)
Karina Isabel Condori Yancan
Exp. N°:1223-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: “**SOBREPESO EN LAS COMPLICACIONES MATERNAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, DURANTE EL PERIODO JULIO- DICIEMBRE 2024**” con **fecha 21/06/2025**.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Karina Isabel Condori Yancan

La **APROBACIÓN** comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.
4. La constancia de aprobación por el **CIEIC** no garantiza la aceptación por parte de las instituciones donde pretende ejecutar el trabajo de investigación.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidenta
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 5: Autorización de Proyecto de Investigación Observacional otorgado por el
HGAI - EsSalud



*"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

CARTA N° 003425-GRPA-RPA-ESSALUD-2025

La Victoria, 20 de Octubre del 2025

Investigador Principal:
KARINA ISABEL CONDORI YANCAN
Presente. -

Asunto: Autorización de proyecto de investigación observacional

Expediente: 0175520250005439

De mi consideración:

Mediante la presente, me dirijo a usted en atención al documento del asunto, mediante el cual solicita autorización para desarrollar el proyecto de investigación titulado **"Sobrepeso en las complicaciones maternas en mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el período julio - diciembre 2024"**.

Se informa que dicho estudio se llevará a cabo en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, habiéndose otorgado el visto bueno para su ejecución.

Al respecto, y habiendo sido el mencionado proyecto de investigación evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, el cual vela por el cumplimiento de las directrices metodológicas y éticas correspondientes, incluidas las Buenas Prácticas Clínicas, los principios de protección de los sujetos de investigación contenidos en la Declaración de Helsinki, así como lo establecido en la Directiva N° 003-IETSI-ESSALUD-2019, "Directiva que regula el desarrollo de la investigación en salud", y habiéndose presentado la documentación requerida, incluido el documento de aprobación del comité correspondiente y el proyecto de investigación observacional, esta Gerencia **autoriza** la realización del protocolo de investigación observacional antes mencionado.

Sin otro particular, quedo de usted.

Muy atentamente,

Firmado digitalmente por
CHRISTIAN RAFAEL MIRANDA ORRILLO
GERENCIA DE LA RED PRESTACIONAL ALMENARA
ESSALUD



CRMO/JDQL/ecf
Cc: OlyD

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Seguro Social de Salud, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgdredes.essalud.gob.pe/validadorDocumental> e ingresando siguiente clave: FBHQJMS.

Anexo 6: Constancia de Aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación
otorgado por el HGAI - EsSalud

CARTA N° 254 CIEI-OIVD-GRPA-ESSALUD-2025

Lima, 03 de octubre del 2025

Investigador Principal:

KARINA ISABEL CONDORI YANCAN

Presente. –

Asunto: Aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación

Mediante la presente me dirijo a usted para saludarlo y, a la vez, informarle que el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (CIEI-HNGAI) ha evaluado el proyecto observacional titulado:

N° 85-2025 Sobre peso en las complicaciones maternas en mujeres gestantes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo julio - diciembre 2024.

El CIEI-HNGAI acordó **APROBAR** dicho estudio, el cual se llevará a cabo en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, tal como se indica en el Anexo 6, en el que se ha otorgado el visto bueno para su realización.

Asimismo, se recuerda al equipo de investigación la obligación de:

- Cumplir con lo establecido en la Declaración de Helsinki y en las Directivas de Investigación de EsSalud, garantizando en todo momento un tratamiento ético y responsable de los datos y de las personas involucradas en el estudio.
- Ejecutar la investigación conforme a lo estipulado en el protocolo remitido y aprobado por este Comité.
- Remitir las publicaciones y resultados derivados de la investigación a este Comité.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,

HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

DR. DEMETRIO MOLERO CASTRO
PRESIDENTE
ESSALUD

DMC/ecf
NIT: 0175520250005439

Anexo 7: Informe del asesor de Turnitin

INFORME DE TESIS 24-10-2025- Karina Condori - sin caratura y si indice.docx

-  My Files
-  My Files
-  Universidad Wiener

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::14912:518463067

Fecha de entrega

26 oct 2025, 8:09 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

26 oct 2025, 8:14 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

INFORME DE TESIS 24-10-2025- Karina Condori - sin caratura y si indice.docx

Tamaño del archivo

550.2 KB

72 páginas

20.696 palabras

120.611 caracteres




19% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 17%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 14%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 17% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 14% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
2	Internet	repositorio.ucsm.edu.pe	1%
3	Internet	www.tdx.cat	1%
4	Internet	hdl.handle.net	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Autónoma de Ica on 2019-01-01	<1%
6	Internet	ciencialatina.org	<1%
7	Internet	www.researchgate.net	<1%
8	Trabajos entregados	Blackboard on 2025-10-11	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Científica del Sur on 2024-09-26	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad de San Martín de Porres on 2021-04-15	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-07-09	<1%

12	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2022-08-08	<1%
13	Internet	www.cio.mx	<1%
14	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
15	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-08-04	<1%
16	Internet	www.nutricionhospitalaria.org	<1%
17	Internet	apirepositorio.unu.edu.pe	<1%
18	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-07-03	<1%
19	Internet	www.coursehero.com	<1%
20	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2022-08-10	<1%
21	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-07-21	<1%
22	Internet	scielo.isciii.es	<1%
23	Internet	pesquisa.teste.bvsalud.org	<1%
24	Internet	repositorio.utea.edu.pe	<1%
25	Trabajos entregados	POSGRADO on 2025-08-26	<1%

26	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-08-10	<1%
27	Internet	repositorio.uia.ac.cr:8080	<1%
28	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-07-08	<1%
29	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-07-08	<1%
30	Trabajos entregados	Universidad San Ignacio de Loyola on 2025-01-30	<1%
31	Internet	dSPACE.utb.edu.ec	<1%
32	Internet	repositorio.uide.edu.ec	<1%
33	Internet	www.saber.ula.ve	<1%
34	Trabajos entregados	Universidad Católica San Antonio de Murcia on 2024-07-15	<1%
35	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2024-08-08	<1%
36	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-07-02	<1%
37	Internet	repositorio.upla.edu.pe	<1%
38	Trabajos entregados	Cliffside Park High School on 2023-08-15	<1%
39	Internet	repositorio.utep.edu.pe	<1%

40	Internet	repositorioacademico.upc.edu.pe	<1%
41	Internet	1library.co	<1%
42	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
43	Internet	biblioteca.medicina.usac.edu.gt	<1%
44	Internet	repositorio.unach.edu.pe	<1%
45	Internet	revista.nutricion.org	<1%
46	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2016-06-13	<1%
47	Internet	mundoentrenamiento.com	<1%
48	Internet	repositorio.uchile.cl	<1%
49	Internet	repositorio.unapiquitos.edu.pe	<1%
50	Trabajos entregados	Universidad Andina del Cusco on 2023-08-22	<1%
51	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-07-25	<1%
52	Trabajos entregados	Areandina Moodle PP on 2025-10-09	<1%
53	Publicación	Christian Richard Mejía Alvarez, Karina Mayta, Maite Matlin Cárdenas Carranza, A...	<1%

54	Trabajos entregados	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2022-04-01	<1%
55	Trabajos entregados	Universidad Andina del Cusco on 2017-11-18	<1%
56	Trabajos entregados	Universidad Nacional de Tumbes on 2025-08-25	<1%
57	Internet	core.ac.uk	<1%
58	Internet	polodelconocimiento.com	<1%
59	Internet	www.science.gov	<1%
60	Trabajos entregados	Khulna University of Engineering & Technology on 2025-07-20	<1%
61	Publicación	Tovar, Mariela Gonzalez. "Rol Moderador de las Funciones Ejecutivas en la Relacio...	<1%
62	Trabajos entregados	Universidad Catolica De Cuenca on 2024-11-15	<1%
63	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2024-05-23	<1%
64	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-02-17	<1%
65	Internet	cubacoopera.uccm.sld.cu	<1%
66	Internet	es.slideshare.net	<1%
67	Internet	pesquisa.bvsalud.org	<1%

68	Internet	repositorio.unjfsc.edu.pe	<1%
69	Internet	research.upn.edu.pe	<1%
70	Internet	www.slideshare.net	<1%
71	Publicación	Carty del Rosario, Marielli M.. "Intencion Empresarial Del Inmigrante: Factores Q...	<1%
72	Publicación	Márcia Vieira dos Santos, Valdecyr Herdy Alves, Audrey Vidal Pereira, Bianca Darg...	<1%
73	Trabajos entregados	PREGRADO on 2025-09-30	<1%
74	Trabajos entregados	Universidad Internacional Isabel I de Castilla on 2023-07-17	<1%
75	Trabajos entregados	Universidad Nacional de Colombia on 2019-06-21	<1%
76	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-12-22	<1%
77	Internet	clic.ub.edu	<1%
78	Internet	de.scribd.com	<1%
79	Internet	idoc.pub	<1%
80	Internet	issuu.com	<1%
81	Internet	repositorio.unsaac.edu.pe	<1%

82	Internet	upc.aws.openrepository.com	<1%
83	Internet	vsip.info	<1%
84	Internet	www.noticiasdenavarra.labolsa.com	<1%
85	Internet	www.sap.org.ar	<1%
86	Internet	www.scribd.com	<1%
87	Publicación	Aldridge, Martha A, and Matthew K Ito. "Colesevelam Hydrochloride: A Novel Bile ...	<1%
88	Trabajos entregados	UNIBA on 2025-03-12	<1%
89	Trabajos entregados	Universidad Anahuac México Sur on 2023-10-19	<1%
90	Trabajos entregados	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2025-06-23	<1%
91	Trabajos entregados	Universidad Catolica San Antonio de Murcia on 2016-07-07	<1%
92	Trabajos entregados	Universidad Catolica San Antonio de Murcia on 2025-05-04	<1%
93	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2024-08-05	<1%
94	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-10-06	<1%
95	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2025-09-29	<1%

96	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-09-24	<1%
97	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-05-23	<1%
98	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-12-08	<1%
99	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-05-29	<1%
100	Trabajos entregados	Universidad de San Martín de Porres on 2015-04-11	<1%
101	Trabajos entregados	Universidad de San Martín de Porres on 2016-06-14	<1%
102	Trabajos entregados	Universidad de San Martín de Porres on 2018-09-03	<1%
103	Internet	creativecommons.org	<1%
104	Internet	documentop.com	<1%
105	Internet	dspace.udla.edu.ec	<1%
106	Internet	gestor.seqc.es	<1%
107	Internet	helvia.uco.es	<1%
108	Internet	nutrimania.blogspot.com	<1%
109	Internet	plenilunia.com	<1%

110	Internet	repositorio.uladech.edu.pe	<1%
111	Internet	repositorio.unfv.edu.pe	<1%
112	Internet	repositorio.unica.edu.pe	<1%
113	Internet	worldwidescience.org	<1%
114	Internet	www.clubensayos.com	<1%
115	Internet	www.colshan.com	<1%
116	Internet	www.monografias.com	<1%
117	Internet	www.quironsalud.com	<1%
118	Internet	www.samhsa.gov	<1%




19% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 17%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 14%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 17% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 14% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
2	Internet	repositorio.ucsm.edu.pe	1%
3	Internet	www.tdx.cat	1%
4	Internet	hdl.handle.net	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Autónoma de Ica on 2019-01-01	<1%
6	Internet	ciencialatina.org	<1%
7	Internet	www.researchgate.net	<1%
8	Trabajos entregados	Blackboard on 2025-10-11	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Científica del Sur on 2024-09-26	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad de San Martín de Porres on 2021-04-15	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-07-09	<1%