UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

RELACION ENTRE EL INDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL CON EL GRADO DE PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA DURANTE EL PERIODO 2023-2024

Tesis para optar el título profesional de

MÉDICO CIRUJANO

DOMINGUEZ NAUPAY ROBERTO CARLOS

Pucallpa, Perú

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los ..07... días del mes de Enero..... del dos mil veintiséis, siendo las ...18.... horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes del auditorio de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada **"RELACIÓN ENTRE EL INDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL CON EL GRADO DE PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA DURANTE EL PERIODO 2023-2024",** elaborado por el Bachiller en Medicina Humana **ROBERTO CARLOS DOMINGUEZ NAUPAY.**

El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:

M.C. EUGENIO ALFREDO FAUSTOR VILLAJUAN (Presidente)
DRA. ARLENE ROSARIO FALCON GUERRA (Miembro)
M.C. MG. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL (Miembro)

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de APROBADO..... por UNANIMIDAD. con el calificativo de ..16 (DIECISEIS). Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa, ..07..... de ..Enero..... del 2026.

M.C. Eugenio Alfredo Faustor Villajuan
Presidente del Jurado Evaluador

Dra. Arlene Rosario Falcón Guerra
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. Mg. Luis Enrique Ruiz Solsol
Miembro del Jurado Evaluador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

M.C. EUGENIO ALFREDO FAUSTOR VILLAJUAN
Presidente del Jurado Evaluador

DRA. ARLENE ROSARIO FALCON GUERRA
Miembro del Jurado Evaluador

M.C.MG. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. MG. BEATRIZ MERCEDES LUJAN DIVIZZIA
ASESORA DE TESIS

BACH. ROBERTO CARLOS DOMINGUEZ NAUPAY
TESISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Nº **V/778-2025**.

La Dirección de Producción Intelectual de la Universidad Nacional de Ucayali, hace constar por la presente, que el trabajo académico de investigación, titulado:

"**RELACION ENTRE EL INDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL CON EL GRADO DE PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA DURANTE EL PERIODO 2023-2024**"

Autor(es)	:	**DOMÍNGUEZ NAUPAY, ROBERTO CARLOS**
Facultad	:	**MEDICINA HUMANA**
Escuela	:	**MEDICINA HUMANA**
Asesor(a)	:	**Mg. LUJÁN DIVIZZIA, BEATRIZ MERCEDES**

Presenta un **porcentaje de similitud de 7%,** verificado en el Sistema Antiplagio COMPILATIO,

De acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO, el cual indica que todo trabajo de investigación no debe superar el 10%. **En tal sentido, se declara, que el presente trabajo de investigación presenta un porcentaje aceptable de similitud,** procediéndose a emitir la presente Constancia de Originalidad de Trabajo de Investigación (COTI) a solicitud del asesor.

En señal de conformidad se firma y sella el presente documento.

Fecha: 16/12/2025

Dr. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Repositorio de la Universidad Nacional de Ucayali

Yo, ROBERTO CARLOS DOMÍNGUEZ NAUPAY

Autor de la tesis titulada : RELACION ENTRE EL INDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL CON EL GRADO DE PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA DURANTE EL PERIODO 2023 - 2024

Sustentada el año: 2026

Asesor(a): BEATRIZ MERCEDES LUJAN DIVIZZIA

Facultad: MEDICINA HUMANA

Escuela Profesional: MEDICINA HUMANA

Autorizo la publicación:

PARCIAL [ ] TOTAL [X]

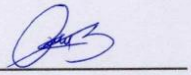
De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 09 / 01 / 2026

Email: robertocarlosdn98@gmail.com Firma: 

Teléfono: 958760482 DNI: 72132770

www.repositorio.unu.edu.pe
repositorio@unu.edu.pe

DEDICATORIA

A mi padres, hermanos y abuela.

También a mis mejores amigos.

Roberto Dominguez

AGRADECIMIENTO

A mi familia, por ser el pilar sobre el que he construido cada paso de este camino. Gracias por su amor incondicional, por su apoyo constante incluso en los momentos más desafiantes y por enseñarme, con su ejemplo, la importancia del esfuerzo y la perseverancia. Cada logro que hoy celebro es también suyo.

A mis maestros y maestras de la universidad, quienes con dedicación, paciencia y pasión por la enseñanza contribuyeron a mi formación académica y personal. Sus orientaciones, exigencias y enseñanzas no solo me brindaron conocimiento, sino también la motivación para aspirar siempre a más. Gracias por compartir su experiencia y por abrirme nuevas formas de ver y comprender el mundo.

A mis amigos, compañeros de jornadas largas y de risas necesarias. Gracias por escucharme, por acompañarme en este proceso y por recordarme que ningún reto es demasiado grande cuando se tiene a personas valiosas cerca. Su amistad hizo más ligero el camino y más significativos los triunfos.

A todos ustedes, mi profunda gratitud. Sin su apoyo, esta tesis no habría sido posible.

INDICE GENERAL

CAPITULO I 17

PROBLEMA DE INVESTIGACION 17

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 17

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION 19

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 20

1.4. JUTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN 21

CAPITULO II 24

MARCO TEÓRICO 24

2. 1 . ANTECEDENTES DEL PROBLEMA 24

2. 2 . BASES TEORICAS 31

2. 3 . DEFINICION DE TERMINOS 37

2. 4 . HIPOTESIS 39

2. 5 . VARIABLES DE ESTUDIO 40

CAPITULO III 42

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN 42

3. 1 . AMBITO DE ESTUDIO 42

3. 2 . TIPO DE INVESTIGACIÓN 42

3. 3 . NIVEL DE INVESTIGACIÓN 42

3. 4 . DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 42

3. 5 . POBLACIÓN, MUESTA Y MUESTREO 43

3. 6 . TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 44

3. 7 . PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 45

3. 8 . TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS 45

3. 9 . CONTROL DE SESGOS 46

CAPITULO IV 48

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS 48

4.2 DISCUSION 60

CONCLUSIONES 67

RECOMENDACIONES 68

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 70

ANEXOS 75

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA GESTANTE SEGÚN EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL 32
TABLA 2 RECOMENDACIONES DE GANANCIA DE PESO PARA GESTANTES DE EMBARAZO ÚNICO SEGÚN SU ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL 33
TABLA 3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 41
TABLA 4 PRUEBA DE NORMALIDAD 48
TABLA 5 PRUEBA DE CHI – CUADRADO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL Y GRADO DE PREMATURIDAD 52
TABLA 6 CORRELACIÓN DE SPEARMAN DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL Y GRADO DE PREMATURIDAD 53
TABLA 7 RELACIÓN ENTRE DELGADEZ PREGESTACIONAL Y GRADO DE PREMATURIDAD 53
TABLA 8 RELACIÓN ENTRE EL INDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL NORMAL Y GRADO DE PREMATURIDAD 55
TABLA 9 RELACIÓN ENTRE EL SOBREPESO PREGESTACIONAL Y GRADO DE PREMATURIDAD 56
TABLA 10 RELACIÓN ENTRE OBESIDAD PREGESTACIONAL Y GRADO DE PREMATURIDAD 58

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 FRECUENCIA DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL (IMC PG) 49
FIGURA 2 FRECUENCIAS DE GRADOS DE PREMATURIDAD 50
FIGURA 3 RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL Y EL GRADO DE PREMATURIDAD 51
FIGURA 4 DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE PREMATURIDAD SEGÚN LA DELGADEZ PREGESTACIONAL 54
FIGURA 5 DISTRIBUCIÓN DE GRADO DE PREMATURIDAD SEGÚN EL INDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL NORMAL 55
FIGURA 6 DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE PREMATURIDAD SEGÚN EL SOBREPESO PREGESTACIONAL 57
FIGURA 7 DISTRIBUCIÓN DE GRADO DE PREMATURIDAD SEGÚN OBESIDAD PREGESTACIONAL 58

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA 76
ANEXO 2 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 78
ANEXO 3 FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO 79
ANEXO 4 PERMISO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA 84
ANEXO 5 APROBACIÓN POR COMITE DE ETICA DE FACULTAD DE MEDICINA HUMANA 85
ANEXO 6 ACTA DE APROBACION DE PROYECTO DE TESIS 87

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) pregestacional y el grado de prematuridad en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha. Se desarrolló una investigación cuantitativa, transversal y retrospectiva con 138 gestantes con parto pretérmino. La mayoría presentó exceso de peso antes del embarazo, predominando el sobrepeso y la obesidad. El análisis estadístico evidenció una asociación significativa entre ambas variables, obteniéndose un valor de Chi-cuadrado de 46.229 ($p < 0.001$). Asimismo, la correlación de Spearman fue de 0.465 ($p < 0.001$), lo que indica una relación positiva moderada entre el IMC pregestacional y la severidad de la prematuridad. La delgadez no mostró relación con la gravedad del parto prematuro, mientras que el sobrepeso se vinculó mayormente con prematuridad tardía. En contraste, la obesidad presentó una asociación marcada con grados más severos de prematuridad, concentrando los casos moderados y muy prematuros. Estos hallazgos resaltan la importancia del control nutricional pregestacional y prenatal, especialmente en mujeres con IMC elevado.

Palabras clave: índice de masa corporal, prematuridad, sobrepeso, obesidad pregestacional, salud materna.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between pre-pregnancy body mass index (BMI) and the degree of prematurity among pregnant women attended at the Hospital Amazónico of Yarinacocha. A quantitative, cross-sectional, and retrospective study was conducted with 138 women who experienced preterm birth. Most participants presented excess weight prior to pregnancy, mainly overweight and obesity. Statistical analysis showed a significant association between the variables, with a Chi-square value of 46.229 ($p < 0.001$). Additionally, Spearman's correlation was 0.465 ($p < 0.001$), indicating a moderate positive relationship between pre-pregnancy BMI and the severity of prematurity. Underweight showed no relationship with the degree of prematurity, whereas overweight was primarily associated with late preterm births. Obesity, in contrast, demonstrated a marked association with more severe forms, concentrating the moderate and very preterm cases. These findings highlight the importance of preconceptional and prenatal nutritional monitoring, particularly among women with elevated BMI.

Keywords: body mass index, prematurity, overweight, pre-pregnancy obesity, maternal health.

INTRODUCCIÓN

La prematuridad constituye uno de los principales desafíos en la atención materno-neonatal, debido a su impacto directo en la morbilidad y mortalidad infantil, así como a las secuelas que puede generar a lo largo del ciclo vital. El nacimiento antes de las 37 semanas de gestación se asocia a un mayor riesgo de complicaciones respiratorias, neurológicas, metabólicas y del desarrollo, cuya gravedad suele incrementarse conforme disminuye la edad gestacional al momento del parto. En este contexto, identificar y comprender los factores maternos que influyen en la ocurrencia y severidad del parto prematuro resulta fundamental para fortalecer las estrategias de prevención y mejorar los resultados perinatales. Entre los determinantes maternos, el estado nutricional previo al embarazo ha cobrado especial relevancia en los últimos años. El índice de masa corporal pregestacional permite una aproximación objetiva al estado nutricional de la mujer antes de la concepción y se ha vinculado con diversos desenlaces obstétricos y neonatales. Tanto la delgadez como el exceso de peso pueden alterar el curso normal del embarazo, condicionando cambios metabólicos, inflamatorios y hormonales que influyen en el desarrollo fetal y en la duración de la

gestación. Sin embargo, la forma en que estas alteraciones se relacionan con los distintos grados de prematuridad aún requiere mayor análisis, especialmente en contextos regionales específicos.En la región amazónica del Perú, y particularmente en Ucayali, coexisten una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad reproductiva y una proporción considerable de nacimientos prematuros. A pesar de ello, la evidencia local que explore de manera específica la relación entre el índice de masa corporal pregestacional y el grado de prematuridad es limitada. Esta falta de información dificulta la toma de decisiones basadas en datos propios de la región y restringe el diseño de intervenciones preventivas adaptadas a la realidad sanitaria local. En este escenario, el presente estudio se propone analizar la relación entre el índice de masa corporal pregestacional y el grado de prematuridad en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023–2024. La investigación busca aportar evidencia local que contribuya a una mejor comprensión del rol del estado nutricional materno previo a la gestación en la severidad del parto prematuro, con el propósito de fortalecer el enfoque preventivo desde la etapa preconcepcional y optimizar el control prenatal en la región

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el año 2022 se estimó que una proporción considerable de la población adulta mundial —superior a los 2 500 millones de personas— presentaba algún grado de exceso de peso. Dentro de este grupo, cerca de 890 millones cumplían los criterios establecidos para obesidad. Esta situación refleja que, a nivel global, aproximadamente cuatro de cada diez adultos vivían con sobrepeso u obesidad, una proporción que contrasta con la registrada hacia 1990, cuando apenas un cuarto de la población adulta se encontraba en esa condición. (1)

La distribución de este fenómeno no es uniforme en todas las regiones. Mientras que en zonas como Asia Sudoriental y diversas áreas del continente africano la prevalencia ronda el 31 %, en las Américas alcanza valores cercanos al 67 %, evidenciando diferencias significativas asociadas a contextos sociales, económicos y ambientales.(1)

En América Latina y el Caribe, se estima que alrededor del 70 % de las mujeres entre 20 y 49 años presentan algún grado de sobrepeso u obesidad. En el caso peruano, los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar evidencian una tendencia ascendente en este problema nutricional entre las mujeres en edad reproductiva: mientras que a inicios del año 2000 la prevalencia era de 46,6 %, para 2018 había aumentado hasta alcanzar el 62,2 %. Este escenario tiene implicancias importantes, pues el exceso de peso antes del embarazo y durante el mismo puede afectar tanto la salud materna como el bienestar del recién nacido.(2)

En este contexto, el índice de masa corporal previo a la gestación constituye una medida fundamental para valorar el estado nutricional de la mujer. Un IMC elevado suele asociarse con recién nacidos de mayor peso, lo que puede aumentar el riesgo de

complicaciones obstétricas. Por el contrario, cuando el IMC es inferior a 18,5 kg/m², tiende a relacionarse con lactantes que nacen con bajo peso y con tamaños menores a los esperados para su edad gestacional, reflejando un estado de vulnerabilidad biológica desde el inicio de la vida.(2)

El estado nutricional de la mujer durante la etapa reproductiva constituye un determinante esencial para el desarrollo fetal y las condiciones de salud del niño a lo largo de su vida. En el contexto peruano, tanto los registros del SIEN como los de la ENDES muestran un incremento sostenido del sobrepeso y la obesidad en mujeres en edad fértil: las cifras ascendieron de 43 % en 1996 a 58,1 % en 2016. Una tendencia similar se observa en la población gestante, donde la proporción de mujeres con sobrepeso pasó de 30,4 % en 2009 a 36,3 % en 2013. (3)

La presencia de malnutrición materna, ya sea asociada a carencias nutricionales o al exceso de peso, incrementa la probabilidad de complicaciones durante el embarazo y el parto, y se vincula estrechamente con mayores niveles de morbilidad y mortalidad en la díada madre-hijo. Asimismo, las consecuencias de un estado nutricional inadecuado pueden expresarse desde el nacimiento y mantenerse en etapas posteriores, influyendo incluso en la salud del adulto.(3)

Si bien a escala nacional la tasa de nacimientos prematuros alcanzó el 7,7 % en 2024, en la región Ucayali se observó una proporción superior, equivalente al 8,5 %, lo que corresponde a 1 006 recién nacidos prematuros de un total de 11 794 nacidos vivos. Esta diferencia señala la presencia de una carga regional particular que requiere ser analizada mediante evidencia contextualizada y adecuada a las características locales.(4)

Esta carga elevada se presenta junto a determinantes maternos de importancia en la región. En 2023, el índice de masa corporal promedio en la población de 15 años a más alcanzó 26,9 kg/m², con valores superiores en las mujeres, cuyo promedio fue de 27,7 kg/m². Estas cifras reflejan un patrón de sobrepeso a nivel poblacional que, en el caso de mujeres en edad reproductiva, podría expresarse en una mayor frecuencia

de sobrepeso u obesidad antes del embarazo, condiciones asociadas a un incremento en la probabilidad de resultados perinatales desfavorables.(5)

No obstante, la producción científica local referente a la región Ucayali sigue siendo limitada y dispersa. Los estudios desarrollados en establecimientos hospitalarios de Pucallpa se han centrado principalmente en describir la frecuencia de prematuridad o en examinar factores generales asociados, como la edad materna, el número de controles prenatales, el intervalo intergenésico o la presencia de comorbilidades. Sin embargo, estos trabajos no abordan de manera específica el índice de masa corporal previo a la gestación como variable de exposición ni evalúan su influencia independiente sobre la ocurrencia de nacimientos prematuros, dejando un vacío importante en la comprensión de esta relación. (6).

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es la relación entre el índice de masa corporal pregestacional con el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre la delgadez pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024?
- ¿Cuál es la relación entre índice de masa corporal normal pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024?

- ¿Cuál es la relación entre el sobrepeso pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024?
- ¿Cuál es la relación entre la obesidad pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

- Determinar cuál es la relación que existe entre el índice de masa corporal pregestacional con el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer la relación entre la delgadez pregestacional y el grado de prematuridad en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.
- Establecer la relación entre índice de masa corporal normal pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.
- Establecer la relación entre el sobrepeso pregestacional y el grado de prematuridad en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.
- Establecer la relación entre la obesidad pregestacional y el grado de prematuridad en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.

1.4. JUTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La prematuridad es un importante problema de salud pública a nivel nacional e internacional, pues constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal. Sus consecuencias no se limitan al periodo inmediato, ya que también pueden generar secuelas permanentes en el desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño.

Entre los factores maternos asociados, el estado nutricional previo al embarazo —evaluado mediante el índice de masa corporal (IMC) pregestacional— desempeña un papel decisivo en el desarrollo fetal y en la duración de la gestación. Sin embargo, en la región amazónica, particularmente en Ucayali, la evidencia científica sobre la relación entre el IMC pregestacional y el grado de prematuridad es escasa.

Este estudio busca cubrir ese vacío de información, generando evidencia local que contribuya a comprender cómo el estado nutricional materno influye en la ocurrencia de partos prematuros. Los hallazgos podrán orientar estrategias preventivas desde la etapa preconcepcional, optimizar el control prenatal y disminuir los riesgos asociados al nacimiento prematuro.

Justificación teórica

Diversos estudios internacionales han demostrado la relación entre el IMC pregestacional y resultados perinatales como el bajo peso al nacer, la macrosomía y la prematuridad. Las investigaciones nacionales disponibles presentan limitaciones siendo una de ellas que estas fueron desarrolladas en regiones urbanas de la costa o sierra del Perú, con realidades sanitarias distintas a la Amazonía, lo que reduce su capacidad de extrapolación. Por otro lado, la mayoría se ha centrado en la relación del IMC con el peso al nacer, dejando de lado el análisis específico del grado de prematuridad como desenlace, Ucayali no se cuenta con investigaciones específicas que analicen dicha asociación. Esta investigación generará evidencia propia, útil como base para futuros estudios y como soporte científico en la elaboración de guías clínicas locales adaptadas al perfil epidemiológico regional.

Justificación practica

Los resultados serán de gran valor para los profesionales de la salud, especialmente aquellos vinculados al primer nivel de atención, obstetricia y neonatología. Identificar la relación entre el IMC pregestacional y la prematuridad permitirá diseñar intervenciones dirigidas al control del estado nutricional de las gestantes desde el periodo preconcepcional, contribuyendo a la prevención de complicaciones y a una mejor atención perinatal.

Justificación social

La prematuridad genera un impacto económico y emocional considerable en las familias, los servicios de salud y la sociedad. Dado que el estado nutricional pregestacional es un factor modificable, su adecuado abordaje puede reducir la incidencia de nacimientos prematuros y sus consecuencias.

La evidencia obtenida podrá orientar a la Dirección Regional de Salud de Ucayali y al Ministerio de Salud en la incorporación del control nutricional preconcepcional dentro de los programas de salud materna. Asimismo, permitirá actualizar guías clínicas y fortalecer estrategias de control prenatal adaptadas al perfil epidemiológico regional, incorporando la evaluación nutricional como parte esencial de los programas de salud reproductiva.

Justificación metodológica

Se plantea un enfoque cuantitativo porque el IMC pregestacional y el grado de prematuridad son variables objetivables, comparables y susceptibles de análisis estadístico, lo que permite estimar si existe asociación y en qué sentido se comporta dentro de una población definida. El estudio se justifica porque la prematuridad sigue siendo un problema relevante por sus consecuencias neonatales y por la carga que impone a los servicios de salud, y porque el estado nutricional previo al embarazo constituye un factor potencialmente modificable: si se demuestra relación con mayor severidad de prematuridad, se fortalece la base para acciones preventivas antes y al

inicio del control prenatal. En coherencia con ello, el nivel correlacional y el diseño no experimental evitan cualquier manipulación ética o clínicamente inapropiada y describen el fenómeno tal como ocurre en la práctica asistencial; además, el carácter transversal y retrospectivo permite aprovechar registros clínicos existentes, mejorando factibilidad y cobertura sin exponer a las pacientes a procedimientos adicionales.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2. 1 . ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Feldman et al. (2018), desarrollo una investigación titulada “Obesidad y sobrepeso como factores de riesgo para eventos adversos obstétricos-perinatales”. El propósito central del estudio fue analizar cómo el Índice de Masa Corporal (IMC) previo a la gestación se relaciona con la probabilidad de desarrollar complicaciones maternas y perinatales. Para ello, se llevó a cabo una cohorte retrospectiva basada en los registros del sistema informático perinatal correspondientes a los nacimientos atendidos en la maternidad del Hospital de Clínicas entre 2014 y 2016. Las participantes fueron clasificadas en dos grupos: por un lado, mujeres con IMC igual o superior a 25 kg/m², consideradas con sobrepeso u obesidad, y por otro, mujeres con IMC dentro del rango de peso nornal, establecido entre 18.5 y 24.9 kg/m². Posteriormente, se compararon entre ambos grupos diversas complicaciones obstétricas y resultados neonatales. La muestra final incluyó 1538 gestantes. De ellas, 607 (39,5%) presentaban sobrepeso u obesidad antes del embarazo, mientras que 931 (60,5%) tenían un IMC dentro de los parámetros de normalidad. El análisis evidenció que las mujeres con un IMC elevado presentaron una mayor probabilidad de experimentar diferentes eventos adversos. Se identificó un incremento significativo en el riesgo de desarrollar preeclampsia o eclampsia, con un riesgo relativo (RR) de 1.95. Del mismo modo, se observó un RR de 3.15 para diabetes gestacional, y un RR de 1.38 para infecciones urinarias. También se documentó un aumento en la frecuencia de cesáreas (RR 1.17) y de partos pretérmino (RR 1.36). En cuanto a las repercusiones neonatales, el riesgo de alteraciones fue ligeramente mayor (RR 1.02), aunque sin un aumento relevante, mientras que la

probabilidad de recién nacidos grandes para la edad gestacional mostró un incremento claro (RR 2.27). Estos resultados ponen de manifiesto que el exceso de peso previo a la concepción constituye un factor determinante en la aparición de desenlaces obstétricos y perinatales desfavorables. Bajo esta perspectiva, la atención preconcepcional adquiere un papel crucial, especialmente en lo que respecta a promover la reducción ponderal cuando sea necesario y fomentar hábitos de vida saludables antes del inicio del embarazo. (7)

Meléndez Gonzales et al. (2017), en su trabajo titulado "Relación entre el índice de masa corporal bajo previo al embarazo y el riesgo de parto prematuro". El objetivo del estudio fue determinar si un índice de masa corporal (IMC) bajo antes de la concepción se asocia con una mayor probabilidad de parto pretérmino y con la ocurrencia de ruptura prematura de membranas en etapa pretérmino. Para abordar esta cuestión, se diseñó un estudio transversal de carácter analítico, basado en una muestra aleatoria de mujeres atendidas entre enero de 2015 y enero de 2016. Se evaluaron los datos clínicos de 120 participantes. El análisis mediante un modelo de regresión lineal generalizada evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el IMC previo al embarazo y la probabilidad de parto pretérmino, con un coeficiente de determinación reducido ($r^2 = 0.016$) pero significativo ($p < 0.001$), lo que sugiere una relación modesta pero consistente. Los hallazgos indican que un IMC por debajo de los valores considerados normales antes de la gestación se vincula con un incremento leve en el riesgo de parto pretérmino. Asimismo, se observó que la probabilidad de ruptura prematura de membranas se eleva de forma discreta en aquellas pacientes con antecedentes de amenaza de aborto o episodios previos de ruptura prematura de membranas en embarazos pretéritos. (8)

Cnattingius S et al. (2015), en su estudio titulado "Obesidad materna y riesgo de parto prematuro". El objetivo fue evaluar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) registrado al inicio temprano del embarazo y el riesgo de parto prematuro, tanto según la edad gestacional como según los mecanismos que precipitan el nacimiento. Para ello, se llevó a cabo un estudio de cohorte con base poblacional, incluyendo a mujeres con gestaciones únicas y recién nacidos vivos en Suecia entre 1992 y 2010. La información materna y los datos obstétricos se extrajeron del Registro Médico Nacional de Nacimientos del país. El análisis se centró en tres categorías de prematuridad: extremadamente prematuro (22–27 semanas), muy prematuro (28–31 semanas) y moderadamente prematuro (32–36 semanas). Asimismo, se diferenciaron los partos prematuros de origen espontáneo —relacionados con trabajo de parto pretérmino o ruptura prematura de membranas— y aquellos motivados por indicación médica, ya fuera por cesárea programada o inducción del parto. Las estimaciones de riesgo fueron ajustadas tomando en cuenta múltiples factores maternos, obstétricos y sociodemográficos. En el total de 1.599.551 nacimientos con información disponible sobre IMC, se registraron 3.082 partos extremadamente prematuros, 6.893 muy prematuros y 67.059 moderadamente prematuros. Los resultados mostraron una tendencia clara: el riesgo de parto prematuro aumentó progresivamente a medida que el IMC materno se elevaba, con un impacto más marcado en los nacimientos extremadamente prematuros. Entre las mujeres con IMC dentro de los parámetros normales, la tasa de partos extremadamente prematuros fue de 0,17%. Esta proporción se incrementó de manera gradual en los grupos con sobrepeso y diversas categorías de obesidad, alcanzando cifras que duplicaron o triplicaron el riesgo observado en las mujeres con peso normal. Además, el riesgo de prematuridad espontánea en su forma más grave aumentó particularmente entre las mujeres con obesidad, mientras que los partos prematuros indicados por motivos médicos también fueron más frecuentes en mujeres con sobrepeso y obesidad, lo que sugiere la influencia de

condiciones clínicas asociadas al exceso de peso que requieren intervenciones tempranas. Los hallazgos evidencian que, en el contexto sueco, el sobrepeso y la obesidad materna constituyen factores relevantes en la aparición de parto prematuro, sobre todo en sus formas más severas. Este patrón plantea la necesidad de evaluar el fenómeno en otras poblaciones y de considerar intervenciones preventivas dirigidas a la salud preconcepcional y al acompañamiento nutricional durante el embarazo. (9)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Farfán Flores E. (2024) en su estudio publicado "Obesidad Pregestacional como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes atendidas en el instituto nacional materno perinatal durante el periodo 2021 – 2022". El propósito central del estudio fue establecer si la obesidad previa a la gestación actúa como un factor de riesgo para el parto pretérmino en las mujeres atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los años 2021 y 2022. Para responder a esta pregunta, se empleó un diseño observacional de enfoque cuantitativo, con carácter analítico y retrospectivo, estructurado bajo la modalidad de casos y controles. La muestra estuvo conformada por 544 gestantes, distribuidas equitativamente entre los grupos de casos (n = 272) y controles (n = 272). El análisis estadístico incluyó una fase bivariada mediante la prueba Chi cuadrado de Pearson y una fase multivariada basada en regresión logística. La edad promedio de las participantes fue de 28,46 años (DE = 6,63). El valor mediano del IMC pregestacional fue de 25,79 kg/m², con un rango que osciló entre 17,74 y 45,26 kg/m². Dentro del grupo de mujeres con parto pretérmino, el 14,5% presentaba obesidad, proporción superior a la observada en el grupo de partos a término (8,2%), lo que anticipaba una posible relación entre ambas variables. Los resultados del análisis multivariado reforzaron esta asociación: la obesidad pregestacional mostró un aumento significativo del riesgo de parto pretérmino (ORa = 1,75). Asimismo, otros factores maternos y

obstétricos se vincularon de forma clara con este desenlace, entre ellos la asistencia a menos de seis controles prenatales, la presencia de preeclampsia, la ruptura prematura de membranas, la restricción del crecimiento fetal y la placenta previa, todos ellos con estimaciones de riesgo elevadas. Los hallazgos permiten afirmar que, en el periodo evaluado, la obesidad pregestacional se relacionó de manera significativa con la ocurrencia de parto pretérmino en la población atendida. Este patrón subraya la importancia de la atención preconcepcional y del seguimiento nutricional temprano como estrategias para reducir el impacto de factores modificables sobre el curso del embarazo. (10)

Carrera Arroyo E. (2020), en su estudio que lleva por título "Obesidad materna y riesgo de parto pretérmino en gestantes de institución nacional materno perinatal lima". El propósito de la investigación fue determinar la relación entre la obesidad materna y el riesgo de parto pretérmino en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, así como identificar los factores asociados a la presencia de obesidad antes del embarazo. Para ello, se desarrolló un estudio observacional con enfoque analítico, de carácter longitudinal y retrospectivo, basado en un diseño de casos y controles. La muestra estuvo compuesta por 149 gestantes distribuidas entre los grupos de casos y controles. (11)

Los resultados revelaron que el 53% de la población evaluada presentaba sobrepeso u obesidad según el índice de masa corporal previo a la concepción. Asimismo, la prevalencia de obesidad fue mayor entre las mujeres que tuvieron un parto pretérmino (58%) en comparación con aquellas cuyos partos ocurrieron a término. Durante el segundo semestre de 2017, el 20,7% de los nacimientos correspondieron a partos pretérmino, de los cuales el 3,9% se clasificaron como prematuros severos (28 a 32 semanas) o extremadamente prematuros (22 a 27 semanas). Los factores médicos relacionados con la

obesidad mostraron una frecuencia superior en el grupo de casos, mientras que las características sociodemográficas fueron comparables entre ambos grupos. En el análisis inferencial se halló evidencia estadística suficiente para corroborar las hipótesis planteadas. El cálculo del Odds Ratio arrojó un valor de 1,62, superior a la unidad, con un intervalo de confianza al 95% cuyos límites no incluyeron el valor de referencia, lo que confirmó la fuerza de la asociación observada. Sobre la base de estos resultados, se concluyó que la obesidad pregestacional se relaciona significativamente con un mayor riesgo de parto pretérmino, especialmente en sus formas más graves. Además, los hallazgos señalaron que la mayoría de estos partos se produjeron por indicación médica y, con frecuencia, mediante cesárea. (11)

Meza Carbonelli, Miranda Flores. (2018), publicaron su investigación titulada "Índice de masa corporal pre gestacional y su efecto en el desarrollo y crecimiento fetal-neonatal en dos hospitales de Lima-Perú (2000-2015)". El estudio tuvo como propósito analizar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) previo al embarazo y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo fetal-neonatal. Para ello, se utilizó un diseño de cohorte retrospectiva basado en la información registrada en el Sistema Informativo Perinatal (SIP 2000). La población incluyó a 183.926 gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé y el Hospital Nacional Dos de Mayo, ambas instituciones de referencia en Lima, Perú. Se efectuó un censo de todas las mujeres que dieron a luz en estos establecimientos entre los años 2000 y 2015. La variable independiente fue el IMC pregestacional, mientras que las variables dependientes correspondieron a la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y a la prematuridad. (12)

Los datos mostraron que el 2,64% de las gestantes presentaba bajo peso, el 27,79% tenía sobrepeso y el 6,88% registraba obesidad de grado I antes

del embarazo. La ocurrencia de RCIU fue baja, alcanzando el 0,66% de los recién nacidos, mientras que la prematuridad representó el 1,75% del total de nacimientos. El análisis reveló que el bajo peso materno previo a la gestación incrementó más del doble el riesgo de RCIU (RR = 2,27), mientras que el sobrepeso y la obesidad de grado I se asociaron con una reducción moderada de este riesgo. En cuanto a la prematuridad, el bajo peso se vinculó con un incremento leve del riesgo, aunque sin alcanzar significación estadística, y la obesidad de grados II y III mostró un patrón similar, también sin evidencia robusta de asociación.

Los hallazgos permiten afirmar que el bajo peso pregestacional constituye un factor de riesgo para la aparición de RCIU. Asimismo, tanto el bajo peso como la obesidad de mayor grado mostraron únicamente una relación débil y no significativa con la prematuridad, lo que sugiere que el IMC pregestacional influye de manera diferenciada en los distintos desenlaces perinatales. (12)

2.1.3. Antecedentes Locales

Azarpay Figueroa L (2025), publicó su tesis titulada “Complicaciones maternas relacionadas a gestantes con obesidad internadas en el hospital amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2020 – 2024”. La cual tuvo por objetivo: El objetivo del estudio fue determinar las complicaciones maternas asociadas a la obesidad en gestantes hospitalizadas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante 2020–2024. Se desarrolló una investigación cuantitativa de nivel correlacional, con diseño no experimental, transversal y retrospectivo, cuyas unidades de análisis fueron las gestantes atendidas en ginecoobstetricia. La muestra incluyó 2000 gestantes con parto en el servicio (1000 obesas y 1000 no obesas). La información se obtuvo mediante revisión documental del SIP 2000, registrando tipo de obesidad y principales complicaciones materno-fetales; el análisis descriptivo se realizó con frecuencias y porcentajes, y el análisis bivariado con chi-cuadrado y Odds Ratio (OR). Los resultados evidenciaron que

la obesidad se asoció con mayor probabilidad global de complicaciones (χ^2=278,193; p<0,001; OR=5,256) y, específicamente, con diabetes gestacional (χ^2=52,6; p<0,001; OR=3,790), preeclampsia (χ^2=43,442; p<0,001; OR=2,224), prematuridad (χ^2=28,65; p<0,001; OR=1,946), macrosomía fetal (χ^2=174,279; p<0,001; OR=5,285) y cesárea (χ^2=130,8; p<0,001; OR=2,932); en cambio, la anemia no mostró asociación estadísticamente significativa (χ^2=2,418; p=0,120; OR=2,830). En conjunto, se concluye que las gestantes con obesidad presentaron más complicaciones maternas en comparación con las no obesas en el periodo evaluado. (13)

2. 2 . BASES TEORICAS

INDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL

Según la guía técnica para la valoración antropométrica de la gestante establecida por el Instituto Nacional de Salud (INS), el índice de masa corporal pregestacional (IMC PG) constituye una herramienta fundamental para determinar el estado nutricional de la mujer antes del inicio del embarazo. Esta clasificación permite orientar la estimación de la ganancia de peso recomendada a lo largo del periodo gestacional, considerando las características individuales de cada gestante. Para su cálculo, se emplean los datos correspondientes al peso previo a la gestación en kilogramos (kg) dividido por la talla en metros elevada al cuadrado $(m)^2$. Como se muestra en la siguiente fórmula:

$$IMC\ PG = \frac{\text{PESO PREGESTACIONAL (kg)}}{\text{TALLA } (m)^2}$$

Si bien el IMC no evalúa de manera directa la proporción de grasa corporal, mantiene una correlación suficientemente sólida con técnicas de medición más especializadas y ha demostrado una relación consistente con múltiples alteraciones metabólicas y enfermedades. (14,15)

En el contexto peruano, el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de Salud reconoce al IMC como el criterio principal para la evaluación nutricional de mujeres en edad reproductiva y de gestantes, posicionándolo como un parámetro de referencia en los servicios de salud. (16).

CATEGORIZACION DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL

Según los puntos de corte habitualmente establecidos por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) un IMC PG inferior a 18.5 se interpreta como delgadez, mientras que los valores comprendidos entre 18.5 y 24.9 corresponden a un estado nutricional considerado normal. Las cifras entre 25.0 y 29.9 se clasifican como sobrepeso, y un IMC PG igual o mayor a 30.0 se ubica dentro del rango de obesidad. Este esquema permite una valoración rápida del estado ponderal y constituye un insumo fundamental en la evaluación clínica y epidemiológica. (15,17)

TABLA 1 CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA GESTANTE SEGÚN EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL

INDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL (IMC PG)	CLASIFICACIÓN
< 18,5	Delgadez
≥ 18.5 y < 25,0	Normal
25.0 y < 30.0	Sobrepeso
≥ 30.0	Obesidad

GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO

La ganancia de peso gestacional (GPG) constituye un proceso multifactorial en el que intervienen tanto los cambios fisiológicos y metabólicos propios de la mujer embarazada como la actividad metabólica de la placenta. En respuesta a la necesidad

de contar con indicadores simples y comparables, organismos internacionales como la FAO y la OMS han recomendado el uso del índice de masa corporal (IMC) para evaluar el estado nutricional materno. Este indicador, derivado de la relación entre el peso en kilogramos y la talla en metros al cuadrado, ha mostrado una sólida asociación con el nivel de adiposidad y con la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, además de ser accesible y de fácil aplicación clínica. (17)

TABLA 2 RECOMENDACIONES DE GANANCIA DE PESO PARA GESTANTES DE EMBARAZO ÚNICO SEGÚN SU ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL

Clasificación nutricional según IMC Pregestacional	IMC PG (kg/m^2)	1er Trimestre (kg/trimestre)	2do y 3er Trimestre (kg/semana)	Recomendación de ganancia de peso total (kg)
Delgadez	< 18,5	0.5 a 2.0	0.51 (0.44 – 0.58)	12.5 a 18.0
Normal	≥ 18.5 y < 25,0	0.5 a 2.0	0.42 (0.35 -0.50)	11.5 a 16.0
Sobrepeso	25.0 y < 30.0	0.5 a 2.0	0.28 (0.23 – 0.33)	7.0 a 11.5
Obesidad	≥ 30.0	0.5 a 2.0	0.22 (0.17 – 0.27)	5.0 a 9.0

Las mujeres que inician la gestación con un IMC dentro de los rangos considerados normales y que mantienen una ganancia de peso acorde con las recomendaciones tienden a cursar el embarazo con menor frecuencia de complicaciones y a tener partos con evolución más favorable. En contraste, una

ganancia ponderal por encima de lo sugerido se relaciona con una mayor probabilidad de presentar alteraciones obstétricas como hipertensión, diabetes gestacional, trastornos venosos, litiasis biliar, prolongación del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino, complicaciones neonatales, infecciones periparto, eventos trombóticos, anemia, infecciones urinarias y dificultades en el establecimiento de la lactancia. Estos patrones evidencian la importancia del control adecuado del peso como componente esencial del cuidado prenatal. (17)

RECIEN NACIDO

Recién nacido vivo

Se entiende por recién nacido vivo aquel que, tras la expulsión o extracción completa del cuerpo materno, manifiesta signos vitales independientemente del tiempo de gestación. Estos signos pueden incluir respiración espontánea, actividad cardíaca, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos musculares efectivos. La condición se mantiene sin importar si el cordón umbilical ha sido seccionado o si la placenta permanece adherida. (18)

Recién nacido prematuro

Se clasifica como prematuro al neonato que nace antes de alcanzar las 37 semanas de gestación. La duración promedio del embarazo se estima en aproximadamente 280 días, con una variabilidad fisiológica de alrededor de ± 15 días, lo que delimita el margen dentro del cual se identifica la prematuridad. (19,20)

Clasificación del recién nacido según edad gestacional

- Recién nacido de término (RNT): aquel que nace entre las 37 y menos de 42 semanas completas de gestación (259 a 293 días).

- Recién nacido pretérmino (RNP) o prematuro: aquel cuyo nacimiento ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación (menos de 259 días).
- Recién nacido postérmino (RNPT): neonato que supera las 42 semanas completas de gestación (más de 293 días).(20)

PREMATURIDAD

Definición

La prematuridad se describe como el nacimiento que ocurre antes de alcanzar las 37 semanas completas de gestación. Este punto de corte permite distinguir a los recién nacidos cuyo desarrollo intrauterino no ha llegado al término fisiológico habitual. (21)

Epidemiología

A escala mundial, se estima que alrededor del 11% de los nacimientos vivos corresponde a partos prematuros, aunque la incidencia presenta gran variabilidad entre países, situándose en un rango aproximado del 5% al 18%. Durante los últimos quince años, la frecuencia de nacimientos antes de término ha mostrado una tendencia sostenida al incremento. La prematuridad constituye, además, la segunda causa de mortalidad en niños menores de cinco años, y la probabilidad de fallecimiento se eleva conforme disminuye la edad gestacional al momento del nacimiento. Este patrón también se observa en la incidencia de las principales complicaciones asociadas, como la displasia broncopulmonar, la retinopatía del prematuro o las hemorragias intraventriculares.

Un aspecto relevante en salud pública es la organización de la atención perinatal mediante la zonificación sanitaria, cuyo objetivo es garantizar que los embarazos de alto riesgo y los nacimientos prematuros sean atendidos en centros con la capacidad asistencial adecuada. La evidencia indica que esta estrategia reduce la

mortalidad y disminuye la frecuencia de secuelas a los dos años, particularmente en los grandes prematuros. En este marco, la literatura especializada aborda no solo la definición de prematuridad, el retraso del crecimiento intrauterino y el bajo peso para la edad gestacional, sino también su etiopatogenia y los principales indicadores epidemiológicos relacionados con morbilidad y mortalidad. (21)

El panorama global reciente muestra que, en 2020, aproximadamente 13,4 millones de niños nacieron antes de las 37 semanas de gestación. Las complicaciones derivadas de estos nacimientos representaron en 2019 cerca de 900.000 defunciones en menores de cinco años. Se estima que hasta el 75% de estas muertes podrían evitarse mediante intervenciones costo-efectivas actualmente disponibles. A nivel internacional, la tasa de prematuridad en 2020 fluctuó entre el 4% y el 16% de los nacimientos. (22)

En el contexto peruano, se calcula un promedio anual de 30.000 nacimientos prematuros. La información disponible muestra variaciones entre distintas fuentes: la ENDES reporta una prevalencia de 23%, la OMS de 8,8% y el sistema de registro del Certificado de Nacido Vivo del MINSA, aproximadamente 7%. Además, el sistema de vigilancia del CDC notifica más de 2.000 defunciones anuales asociadas a prematuridad. En el Instituto Nacional Materno Perinatal, entre 2016 y 2021 se atendió un promedio de 17.614 partos al año. De ellos, el 9% correspondió a recién nacidos con pesos entre 2.500 y 1.500 gramos; el 2%, a neonatos entre 1.500 y 1.000 gramos; y el 1%, a recién nacidos con pesos inferiores a 1.000 gramos. Las tasas de mortalidad fueron del 13%, 43% y 75% para cada uno de estos grupos, respectivamente. Respecto a los datos internacionales, la prematuridad se mantiene como la principal causa de muerte en menores de cinco años. (23)

Clasificación de la prematuridad

La prematuridad se organiza en subcategorías según la edad gestacional al momento del nacimiento, lo que permite distinguir distintos niveles de vulnerabilidad clínica. Se considera prematuro extremo a aquel recién nacido con menos de 28

semanas de gestación; muy prematuro al nacido entre las 28 y 31 semanas; prematuro moderado entre las 32 y 33 semanas y prematuro tardío al que nace entre las 34 y 37 semanas completas. Esta clasificación es fundamental para orientar el manejo clínico y anticipar las posibles complicaciones. (22)

Complicaciones

Los recién nacidos prematuros presentan un riesgo elevado de desarrollar diversas complicaciones debido a la inmadurez de sus órganos, que aún no han alcanzado un funcionamiento fisiológico pleno. La probabilidad y la gravedad de estas alteraciones dependen, en gran medida, del grado de prematuridad —a menor edad gestacional, mayor riesgo— así como de las condiciones maternas y obstétricas que hayan acompañado el embarazo y el parto.(24)

Entre los problemas más frecuentes se encuentran las dificultades respiratorias, asociadas al desarrollo incompleto del sistema pulmonar; las alteraciones digestivas, relacionadas con la inmadurez del tracto gastrointestinal; los trastornos neurológicos, que derivan de la vulnerabilidad del sistema nervioso central; y las complicaciones cardíacas, debido a la transición hemodinámica incompleta del recién nacido prematuro. Estas áreas constituyen los principales ejes de seguimiento y tratamiento en las unidades neonatales especializadas. (25)

2. 3 . DEFINICION DE TERMINOS

- IMC: Se trata de un indicador antropométrico que establece la relación entre el peso corporal, expresado en kilogramos, y la talla medida en metros al cuadrado. Su propósito principal es evaluar y clasificar el estado nutricional de la población adulta, ofreciendo una aproximación sencilla y estandarizada del equilibrio entre masa corporal y estatura. (16,26)
- EDAD GESTACIONAL: Se define como el número de días transcurridos desde el primer día de la última menstruación correspondiente al ciclo en el que

ocurrió la concepción hasta la fecha de evaluación. Este cálculo constituye un parámetro fundamental para valorar el desarrollo fetal y orientar la atención prenatal. (27)

- DELGADEZ: Se entiende como un estado nutricional inferior al rango considerado saludable. Se identifica mediante un índice de masa corporal (IMC) por debajo de 18.5, resultado de dividir el peso en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado. Esta condición puede reflejar un déficit energético o nutricional y tiene implicancias en la salud general y reproductiva de la mujer.(28)
- SOBREPESO: Es una condición frecuente que se describe como un peso corporal superior al considerado adecuado para la estatura de una persona. Este exceso puede originarse por un incremento de tejido graso, aunque en algunos casos también puede relacionarse con mayor masa muscular o acumulación de líquidos. Habitualmente, se identifica mediante un índice de masa corporal (IMC) situado entre 25 y 29, rango que indica un estado nutricional por encima del nivel saludable. (29)
- OBESIDAD: Es una enfermedad crónica de naturaleza multifactorial, caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de tejido adiposo en el organismo, capaz de comprometer diversas funciones biológicas y generar efectos negativos sobre la salud. (1)
- PREMATURIDAD: Se denomina prematuro a todo recién nacido vivo cuyo nacimiento ocurre antes de alcanzar las 37 semanas completas de gestación, momento en el cual el desarrollo intrauterino aún no ha llegado al término fisiológico esperado.(22)
- EMBARAZO A TERMINO: Se considera un embarazo a término aquel cuyo curso completa aproximadamente 40 semanas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha estimada de parto, aceptándose como intervalo

fisiológico normal un periodo que oscila entre las 37 y 42 semanas de gestación. (30)

2. 4 . HIPOTESIS

2.4.1. Hipótesis General

- Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el índice de masa corporal pregestacional con el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.
- H0: No existe relación estadísticamente significativa entre el índice de masa corporal pregestacional con la prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024

2.4.2. Hipótesis Específicas

- Ha1: Existe una relación significativa entre la delgadez pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.
- Ho1: No existe relación significativa entre la delgadez pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.
- Ha2: Existe una relación significativa entre índice de masa corporal normal pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.
- Ho2: No existe una relación significativa entre índice de masa corporal normal pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.
- Ha3: Existe relación significativa entre el sobrepeso pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.

- Ho3: No existe relación significativa entre el sobrepeso pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.
- Ha4: Existe relación significativa entre la obesidad pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.
- Ho4: No existe relación significativa entre la obesidad pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.

2. 5 . VARIABLES DE ESTUDIO

- **Variable dependiente:** Grado de Prematuridad
- **Variable independiente:** Índice de Masa corporal Pregestacional

TABLA 3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	CATEGORÍA	INSTRUMENTO
Variable independiente (V1): Índice de Masa Corporal Pregestacional (IMC PG)	Es un indicador antropométrico útil para estimar la relación entre el peso y la estatura en previo a la gestación.	Es un indicador que se calculará dividiendo el peso corporal pregestacional, medido en kilogramos (kg), entre el cuadrado de su estatura en metros (m^2)	Estado Antropométrico	Cualitativa	Ordinal	Delgadez: < 18.5 Normal: 18.5 - <25.0 Sobrepeso: 25.0 - <30.0 Obesidad: ≥ 30.0	Ficha de recolección de datos
Variable dependiente (V2): Grado de Prematuridad	Se refiere al nivel de desarrollo fetal al momento del nacimiento, expresado en semanas completas de gestación	Número de semanas completas de gestación al momento del parto, determinado por ecografía temprana o por fecha de última menstruación confiable, y clasificado.	Salud Perinatal	Cualitativa	Ordinal	Prematuro tardío (34 a <37 semanas) Prematuro moderado (32 a <34 semanas) Muy prematuro (<32 semanas) Prematuro extremo (<28 semanas)	Ficha de recolección de datos

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3. 1 . AMBITO DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, con dirección de Jirón Aguaytía 548, perteneciente al distrito de Yarinacocha, provincia de Coronel Portillo, región de Ucayali – Perú

3. 2 . TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación adopta un enfoque cuantitativo, caracterizado por la recopilación y el análisis de información expresada en forma numérica. Este tipo de aproximación permite explorar vínculos entre variables y someter a verificación las hipótesis planteadas mediante el empleo de técnicas estadísticas que respaldan la interpretación de los resultados. (31).

3. 3 . NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación se clasifica como correlacional, debido a que su propósito central es identificar el nivel de relación que se establece entre dos variables analizadas en su estado natural. Este enfoque permite examinar cómo varían de manera conjunta, sin intervenir directamente en ellas ni modificar sus condiciones originales. (32)

3. 4 . DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio se enmarca dentro de un diseño no experimental, dado que no implica la aplicación de tratamientos, manipulaciones o condiciones controladas sobre las variables consideradas. Las y los participantes son observados en su entorno habitual, procurando no intervenir ni modificar las circunstancias en las que se desarrollan los fenómenos analizados. Asimismo, las variables se examinan tal como

ocurren en la realidad, sin inducir cambios que alteren su comportamiento. El enfoque es de carácter transversal, pues la información se obtiene en un único momento temporal, lo que permite describir la situación estudiada a partir de una sola recolección de datos. (33)

3. 5 . POBLACIÓN, MUESTA Y MUESTREO

3.5.1. Población

La población estimada fue de 154 gestantes, conformada por todas las gestantes con partos pretérminos atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.

3.5.1. Muestra

La fórmula empleada para el tamaño muestral ajustado a una población finita es:

$$N = \frac{\mathrm{N} \,.\, \mathrm{Z}^{\,2} . p\,(1-p)}{E^2 . (N-1) + Z^2 . p\,(\,1-p)}$$

Donde:

N = Tamaño de la población (154)

Z = Nivel de confianza (1.96 para un 95%)

p = Proporción esperada (50% = 0.50)

e = Margen de error aceptado (3% = 0.03)

Calculando la muestra:

$$N = \frac{154\ x\ 1.96^2 x\ 0.5\ x\ 0.5}{0.03^2\ x\ (154-1) + 1.96^2\ x\ 0.5\ x\ 0.5}$$

Tamaño total de la muestra: 138 personas

El tamaño muestral mínimo calculado fue de 138 personas. Se consideró una muestra final de 138 mujeres con parto pretérmino atendidos en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2023 -2024, que cumplieron con los criterios de inclusión

y exclusión. Este número superior al mínimo estimado mejora la precisión de los resultados.

Criterios de Inclusión:

- Mujeres con parto prematuro, definido como nacimiento antes de las 37 semanas completas de gestación.
- Edad materna entre 18 y 40 años.
- Embarazo único (no múltiple).
- Registro documentado de peso y talla pregestacional o en el primer trimestre, para el cálculo del IMC pregestacional.
- Registro documento de edad gestacional en el momento del parto.

Criterios de Exclusión:

- Presencia de enfermedades crónicas maternas que puedan influir en la prematuridad, como diabetes pregestacional, hipertensión arterial crónica, lupus, insuficiencia renal, etc.
- Malformaciones congénitas mayores detectadas en el recién nacido.
- Datos clínicos incompletos o poco confiables (peso, talla, edad gestacional).

3.5.1. Muestreo

El muestreo fue de tipo aleatorio simple, considerando una población finita de 134 mujeres con parto pretérmino atendidos en el hospital amazónico durante el periodo 2023-2024

3. 6 . TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró una ficha de recolección de datos (ANEXO 02) para consignar la información requerida que se obtendrá de la base de datos del Sistema Informativo Perinatal (SIP) 2000 del Hospital Amazónico de Yarinacocha periodo 2023-2024. La

ficha de recolección consta de 2 partes distribuidas de la siguiente forma: En la primera parte se consigna datos maternos y en la segunda datos neonatales.

3. 7 . PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se obtuvo el permiso necesario para el acceso a los datos del Hospital Amazónico de Yarinacocha y autoridades pertinentes.

La ficha de recolección de datos será revisada y los datos obtenidos serán recopilados en un formato Excel, para luego ser analizados por un programa estadístico.

3. 8 . TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

La recolección de datos se realizará utilizando una hoja de cálculo en Microsoft Excel, donde se organizará y codificará la información obtenida. Posteriormente, el análisis estadístico se llevará a cabo empleando un software estadístico para Windows, lo que permitirá una adecuada presentación, interpretación y contraste de los datos.

Las variables cuantitativas (índice de masa corporal pregestacional y edad gestacional al parto) se describirán mediante gráficos de barras y tablas de frecuencia. Previamente, se evaluó la distribución de dichas variables mediante las pruebas de Kolmogorov–Smirnov y de Shapiro–Wilk, utilizando un nivel de significancia de $\alpha = 0,05$. En concordancia con la literatura, se otorgó mayor peso al resultado de la prueba de Shapiro–Wilk por su mayor potencia para detectar desviaciones de la normalidad en muestras pequeñas y moderadas. En caso de observarse valores de p inferiores a 0,05, se consideró que la variable no seguía una distribución normal y se optó por procedimientos estadísticos no paramétricos.

El índice de masa corporal pregestacional se analizó principalmente como variable categórica (delgadez, peso normal, sobrepeso y obesidad), mientras que la edad gestacional se categorizó en grados de prematuridad. Para explorar la relación entre el IMC pregestacional y el grado de prematuridad se emplearon tablas de contingencia y la prueba chi-cuadrado de independencia. De manera complementaria,

se utilizó la correlación de Spearman al tratar ambas variables en escala ordinal. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

3. 9 . CONTROL DE SESGOS

Para garantizar la validez interna de los resultados, se aplicarán estrategias específicas orientadas a reducir los principales tipos de sesgos:

Sesgo de selección

- Se definirá claramente la población de estudio (gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024).
- La muestra se obtendrá mediante un muestreo probabilístico, asegurando que todos los sujetos elegibles tengan la misma probabilidad de ser incluidos.
- Se aplicarán criterios de inclusión y exclusión preestablecidos, evitando decisiones subjetivas en la selección de participantes.

Sesgo de información

- Los datos se recopilarán de manera estandarizada a partir de historias clínicas y registros oficiales, utilizando un instrumento previamente validado.
- Se realizará control de calidad mediante una doble verificación aleatoria de registros para garantizar la consistencia de la información.

3.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS, CONFIDENCIALIDAD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Confidencialidad y protección de datos personales

- La información utilizada en esta investigación provendrá de la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP 2000) del Hospital Amazónico de Yarinacocha.

- El SIP 2000 es un sistema estandarizado de registro perinatal que ya incorpora protocolos de seguridad y confidencialidad en el manejo de datos clínicos.
- Para efectos del presente estudio, los registros serán exportados en una base secundaria anonimizada, eliminando identificadores personales (nombres, DNI, número de historia clínica u otros).
- Los resultados se presentarán en forma agregada, sin exponer datos individuales.

Consentimiento informado en estudios retrospectivos

- Debido a que se trata de un estudio retrospectivo basado en el análisis de registros del SIP 2000, no habrá contacto directo con las pacientes ni se modificará su atención médica.
- Se solicitará autorización al Hospital Amazónico de Yarinacocha y al Comité de Ética de la Universidad Nacional de Ucayali para el uso de la base de datos.
- El consentimiento informado individual no será aplicable en este contexto, dado que los datos son secundarios y se trabajará únicamente con información anonimizada.

CAPITULO IV

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1. EVALUACIÓN DE LA NORMALIDAD DE LAS VARIABLES

TABLA 4 PRUEBA DE NORMALIDAD

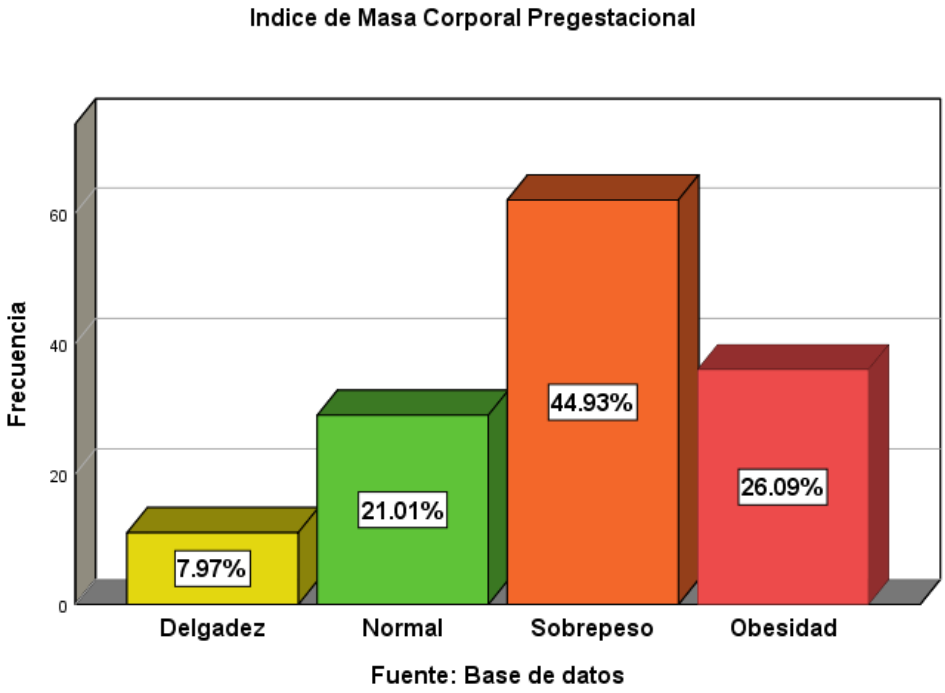
Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov			**Shapiro-Wilk**		
	Estadístico	*gl*	*Sig.*	*Estadístico*	*gl*	*Sig.*
Índice de masa corporal pregestacional (IMC PG)	0.058	138	.200*	0.980	138	0.038
Grado de Prematuridad (GP)	0.347	138	0.000	0.613	138	0.000

Fuente: Base de datos

En la **tabla 4** se observa que en el Índice de Masa corporal (IMC), Kolmogorov–Smirnov no mostró desviaciones significativas respecto de la normalidad (p = 0,200), mientras que la prueba de Shapiro–Wilk indicó una desviación estadísticamente significativa (p = 0,038). Para el Grado de Prematuridad (GP), ambas pruebas evidenciaron una distribución no normal (p < 0,05). En consecuencia, se decidió no asumir normalidad y emplear medidas de resumen no paramétricas.

4.1.2. ANALISIS DESCRIPTIVO

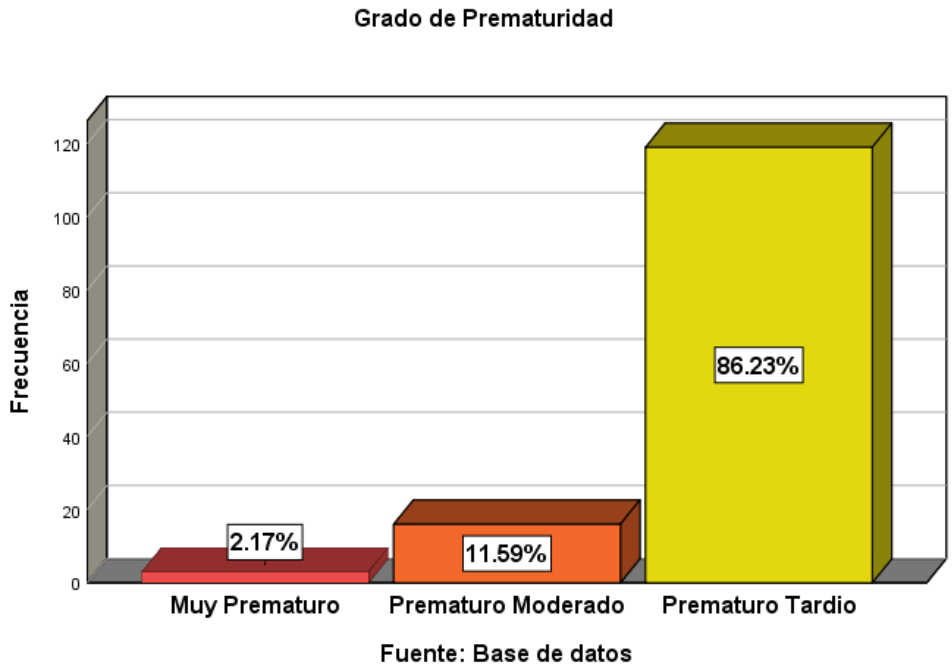
FIGURA 1 FRECUENCIA DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL (IMC PG)



Fuente: Base de datos

La **Figura 1** muestra que la mayor proporción de participantes se ubica en la categoría de sobrepeso (44.93%), seguida de la obesidad (26.09%), lo que evidencia una alta presencia de exceso de peso dentro de la muestra. En contraste, solo 21.01% presenta peso normal, reflejando una menor representación de individuos dentro de rangos considerados saludables. Finalmente, la delgadez (7.97%) constituye la categoría menos frecuente, aunque su presencia sugiere variabilidad en las condiciones nutricionales de los participantes.

FIGURA 2 FRECUENCIAS DE GRADOS DE PREMATURIDAD

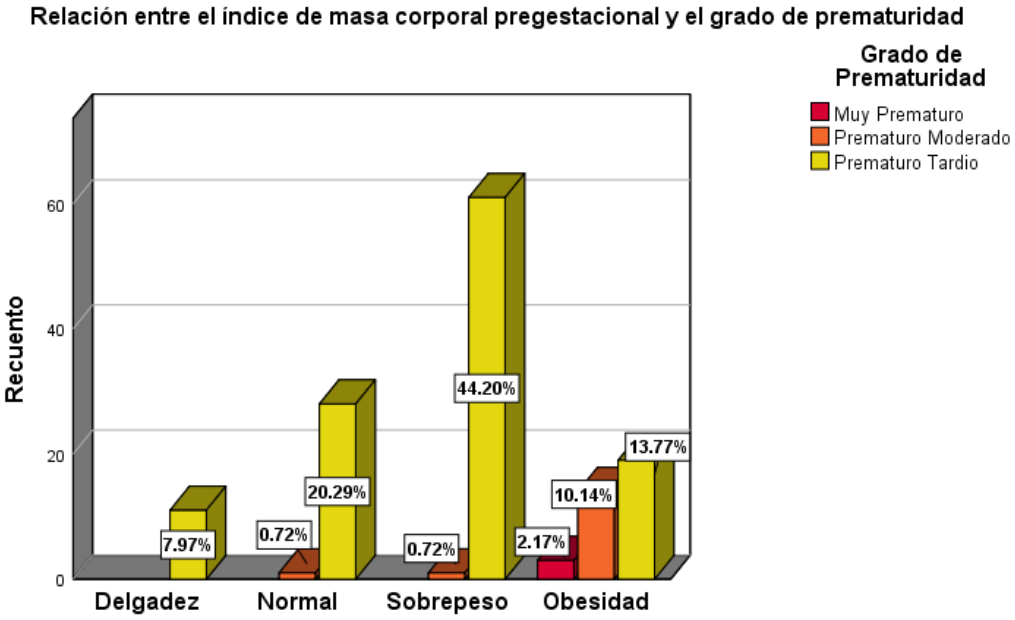


La **Figura 2** muestra la distribución de los participantes según el grado de prematuridad. La mayor proporción corresponde al prematuro tardío (86.23%), lo que indica que la mayoría de los casos se concentra en esta categoría. En menor proporción se identifica el prematuro moderado (11.59%), mientras que el muy prematuro (2.17%) representa el porcentaje más reducido dentro de la muestra. Esta distribución evidencia un predominio claro de nacimientos con prematuridad tardía y una baja frecuencia de grados más severos.

4.1.3. ANALISIS INFERENCIAL

4.1.3.1. RESULTADO GENERAL

FIGURA 3 RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL Y EL GRADO DE PREMATURIDAD



Fuente: Base de datos

La **Figura 3** presenta la relación entre las categorías de Índice de Masa Corporal y los grados de prematuridad. En todas las categorías de IMC se observa un predominio del prematuro tardío, siendo más notable en sobrepeso (44.20%) y obesidad (13.77%), donde concentra la mayor frecuencia relativa. En el caso de la clasificación normal, esta categoría también es la más representada, con 20.29%, aunque en proporciones menores respecto a los grupos con mayor IMC.

Las categorías de muy prematuro y prematuro moderado muestran valores considerablemente bajos en cada grupo de IMC, destacando únicamente pequeños porcentajes en la categoría de obesidad (2.17% y 10.14%, respectivamente). Esta distribución refleja que la mayoría de los participantes, independientemente del IMC, pertenece al grado de prematuridad tardía, mientras que los grados más severos aparecen de manera marginal.

TABLA 5 PRUEBA DE CHI – CUADRADO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL Y GRADO DE PREMATURIDAD

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46.229[a]	6	0.000
Razón de verosimilitud	42.599	6	0.000
Asociación lineal por lineal	23.838	1	0.000
N de casos válidos	138		

Fuente: Base de datos

En la **tabla 5** se muestra que la prueba de Chi-cuadrado indica una asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas ($X^2 = 46.229$; gl = 6; p = 0.00), lo que sugiere que la distribución del grado de prematuridad varía en función del IMC de las participantes.

TABLA 6 CORRELACIÓN DE SPEARMAN DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL Y GRADO DE PREMATURIDAD

Correlación de Spearman				
			Índice de Masa Corporal	Grado de Prematuridad
Rho de Spearman	Índice de Masa Corporal	Coeficiente de correlación	1.000	.465**
		Sig. (bilateral)		0.000
		N	138	138
	Grado de Prematuridad	Coeficiente de correlación	.465**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	
		N	138	138

Fuente: Base de datos

La **Tabla 6** muestra los resultados de la correlación de Spearman aplicada para evaluar la relación entre el índice de masa corporal y el grado de prematuridad. El coeficiente obtenido (rho = .465; p = 0.000) indica una correlación positiva y significativa, lo que implica que a medida que aumenta el IMC también tiende a incrementarse el grado de prematuridad registrado.

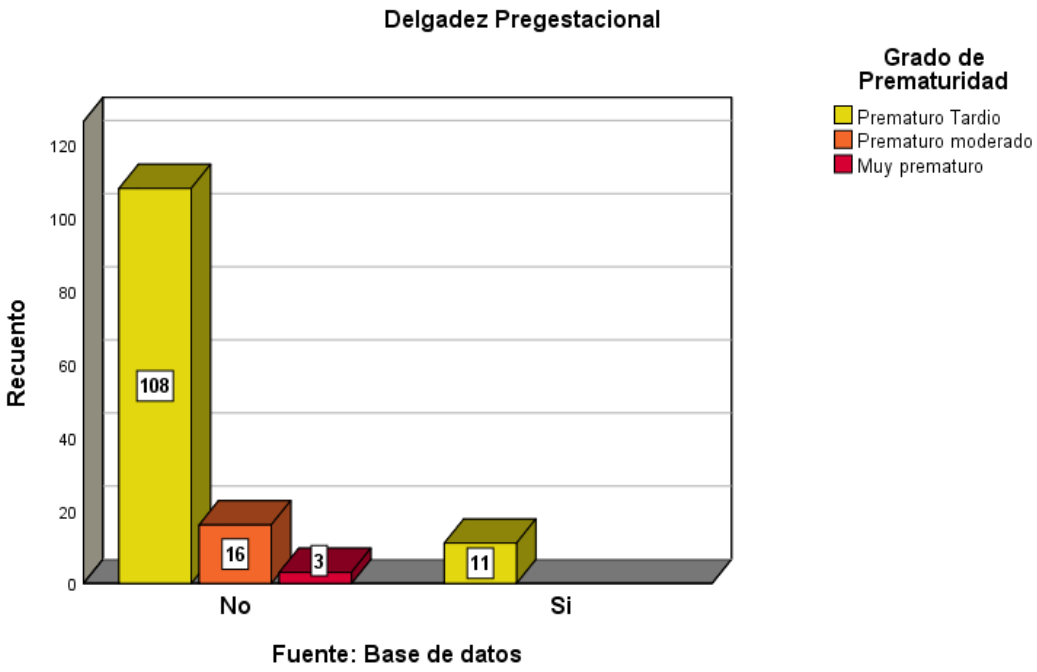
4.1.3.2. RESULTADO ESPECIFICO 1

TABLA 7 RELACIÓN ENTRE DELGADEZ PREGESTACIONAL Y GRADO DE PREMATURIDAD

Delgadez y Grado de Prematuridad							
		Grado de Prematuridad					
		Prematuro Tardío	Prematuro moderado	Muy prematuro	Total	Prueba Estadística	Valor p
Delgadez Pregestacional	No	108 (90.8%)	16 (100%)	3 (100%)	127 (92%)	X^2= 1.908; gl=2	0.385
	Si	11 (9.2%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (8%)		

Fuente: Elaboración propia

FIGURA 4 DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE PREMATURIDAD SEGÚN LA DELGADEZ PREGESTACIONAL



Fuente: Base de datos

En la **tabla 7** y **Figura 4** se observa que la mayoría de las gestantes sin delgadez pregestacional se concentra en la categoría de prematuro tardío (108 casos; 90.8 %), mientras que los casos de prematuro moderado (16 casos) y muy prematuro (3 casos) se presentan únicamente en este grupo. En contraste, entre las gestantes con delgadez pregestacional todos los recién nacidos corresponden a prematuro tardío (11 casos; 9.2 %).

La prueba de Chi-cuadrado arroja un valor de $X^2 = 1.908$ con 2 grados de libertad y un valor $p = 0.385$, por lo que no se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre la delgadez pregestacional y el grado de prematuridad en la muestra analizada.

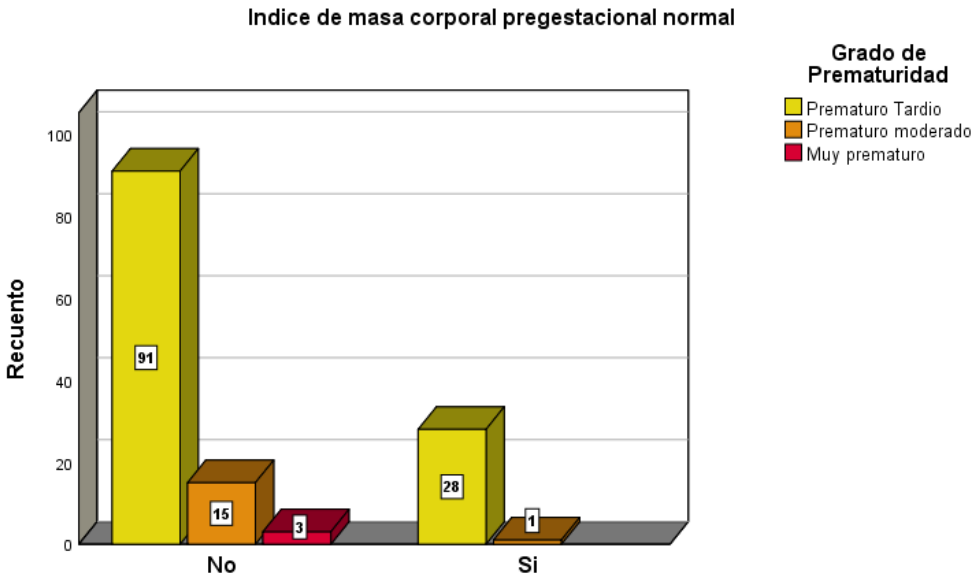
4.1.3.3. RESULTADO ESPECIFICO 2

TABLA 8 RELACIÓN ENTRE EL INDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL NORMAL Y GRADO DE PREMATURIDAD

Tabla cruzada de IMC Pregestacional Normal y Grado de Prematuridad							
		Grado de Prematuridad				Prueba estadística	Valor p
		Prematuro Tardio	Prematuro moderado	Muy prematuro	Total		
Índice de Masa Corporal Normal Pregestacional	No	91 (76.5%)	15 (93.8%)	3 (100%)	109 (79%)	X^2= 3.353; gl=2	0.187
	Si	28 (23.5%)	1 (6.2%)	0 (0%)	29 (21%)		

Fuente: Elaboración propia

FIGURA 5 DISTRIBUCIÓN DE GRADO DE PREMATURIDAD SEGÚN EL INDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL NORMAL



Fuente: Base de datos

La **Tabla 8** y **Figura 5** presenta la relación entre el índice de masa corporal pregestacional normal (IMC PG normal) y el grado de prematuridad. De los 138 casos

analizados, 109 gestantes (79%) no presentaron IMC pregestacional normal, mientras que 29 gestantes (21%) sí presentaron IMC pregestacional normal.

En el grupo sin IMC pregestacional normal, la mayor proporción de nacimientos correspondió a prematuros tardíos (91 casos; 76,5%), seguido de prematuros moderados (15 casos; 93,8%) y la totalidad de los casos de prematuridad muy temprana (3 casos; 100%). Por su parte, en el grupo con IMC pregestacional normal, los nacimientos se concentraron principalmente en la categoría de prematuros tardíos (28 casos; 23,5%), con menor frecuencia de prematuros moderados (1 caso; 6,2%) y sin casos de prematuridad muy temprana.

El análisis estadístico mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson mostró un valor de $\chi^2 = 3,353$ con 2 grados de libertad y un valor de $p = 0,187$, esto indica que no existe asociación estadísticamente significativa entre la condición de IMC pregestacional normal y el grado de prematuridad. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula de independencia entre ambas variables.

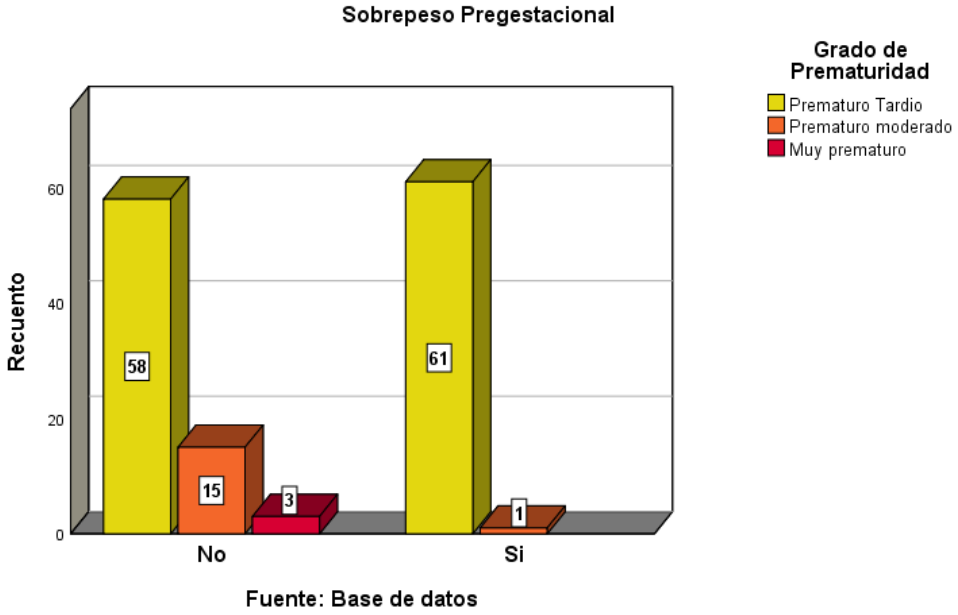
4.1.3.4. RESULTADO ESPECIFICO 3

TABLA 9 RELACIÓN ENTRE EL SOBREPESO PREGESTACIONAL Y GRADO DE PREMATURIDAD

Sobrepeso y Grado de Prematuridad							
		Grado de Prematuridad			Total	Prueba Estadística	Valor p
		Prematuro Tardío	Prematuro moderado	Muy prematuro			
Sobrepeso Pregestacional	No	58 (48.7%)	15 (93.8%)	3 (100%)	76 (55.1%)	X2= 14.050; gl=2	0.001
	Si	61 (51.3%)	1 (6.3%)	0 (0%)	62 (44.9%)		

Fuente: Elaboración propia

FIGURA 6 DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE PREMATURIDAD SEGÚN EL SOBREPESO PREGESTACIONAL



Fuente: Base de datos

En la **Tabla 9** y la **Figura 6** se observa en el grupo sin sobrepeso pregestacional, la mayoría se clasifica como prematuro tardío (58 casos; 48.7 %), también se registran prematuros moderados (15 casos; 93.8 %) y muy prematuros (3 casos; 100 %). El grupo con sobrepeso pregestacional, predomina el prematuro tardío (61 casos; 51.3 %), y prematuro moderado (1 caso; 6.3 %).

El contraste estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado muestra un valor de $X^2 = 14.050$ con 2 grados de libertad y un valor $p = 0.001$, lo que indica la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre el sobrepeso pregestacional y el grado de prematuridad.

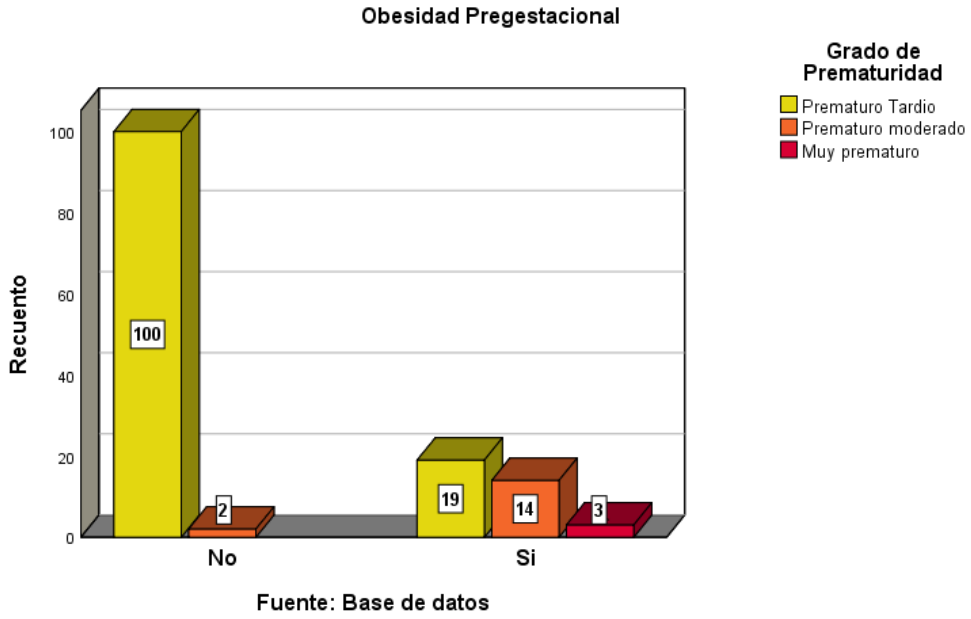
4.1.3.5. RESULTADO ESPECIFICO 4

TABLA 10 RELACIÓN ENTRE OBESIDAD PREGESTACIONAL Y GRADO DE PREMATURIDAD

Obesidad Pregestacional y Grado de Prematuridad							
		Grado de Prematuridad			Total	Prueba Estadística	Valor p
		Prematuro Tardío	Prematuro moderado	Muy prematuro			
Obesidad Pregestacional	No	100 (84%)	2 (12.5%)	0 (0%)	102 (73.9%)	X2= 45.118; gl=2	0.00
	Si	19 (16%)	14 (87.5%)	3 (100%)	36 (26.1%)		

Fuente: Elaboración propia

FIGURA 7 DISTRIBUCIÓN DE GRADO DE PREMATURIDAD SEGÚN OBESIDAD PREGESTACIONAL



Fuente: Base de datos

La **Tabla 10** y **Figura 7** se aprecia que, entre las gestantes sin obesidad pregestacional, la mayoría de los recién nacidos se clasifica como prematuro tardío

(100 casos; 84 %), mientras que las categorías de prematuro moderado (2 casos; 12.5 %) y muy prematuro (0 casos) presentan frecuencias mínimas o nulas.

En contraste, en el grupo de gestantes con obesidad pregestacional se observa una distribución diferente: aunque se mantienen casos de prematuro tardío (19 casos; 16 %), aumenta notablemente la presencia de prematuro moderado (14 casos; 87.5 %) y se concentran todos los casos de muy prematuro (3 casos; 100 %) en esta categoría.

La prueba de Chi-cuadrado arroja un valor de $X^2 = 45.118$ con 2 grados de libertad y un valor $p = 0.00$, lo que evidencia una asociación estadísticamente significativa entre la obesidad pregestacional y el grado de prematuridad en la muestra estudiada.

4.2 DISCUSION

El objetivo principal del presente estudio fue determinar la relación entre el índice de masa corporal pregestacional con el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en esta investigación se encontró que la mayoría de gestantes con parto pretérmino presentaba exceso de peso antes del embarazo: casi la mitad se ubicó en sobrepeso y aproximadamente una cuarta parte en obesidad, mientras que el peso normal y la delgadez fueron minoritarios. A la vez, más de cuatro quintas partes de los recién nacidos correspondieron a prematuros tardíos y solo una proporción pequeña a formas moderadas o muy prematuras.

Al analizar conjuntamente ambas variables, la prueba de chi–cuadrado mostró una asociación global significativa entre el IMC pregestacional y el grado de prematuridad ($X^2 = 46,229$; $p < 0,001$), y la correlación de Spearman evidenció una relación positiva de magnitud moderada (rho = 0,465; $p < 0,001$). Esto sugiere que, dentro de esta cohorte de partos pretérmino, a mayor IMC pregestacional tiende a observarse un grado más avanzado de prematuridad.

Estos resultados se inscriben en el contexto epidemiológico descrito en el marco teórico, donde se documenta un incremento sostenido del sobrepeso y la obesidad en mujeres peruanas en edad reproductiva, así como una carga importante de prematuridad a nivel nacional y regional (Magallanes-Corimanya et al., 2018; Moran Flores et al., 2023). En Ucayali, el promedio de IMC poblacional supera el punto de corte para sobrepeso, lo que contribuye a explicar la elevada proporción de gestantes con exceso de peso en la muestra. (3,5)

La dirección de la asociación encontrada es consistente con lo reportado por estudios internacionales y nacionales que señalan al sobrepeso y, sobre todo, a la obesidad pregestacional como factores vinculados a resultados perinatales adversos.

Feldman et al. (2018) describieron que las gestantes con IMC ≥ 25 kg/m² presentaban más preeclampsia, diabetes gestacional, infecciones urinarias, cesáreas y partos pretérmino, mientras que Cnattingius et al. (2014) evidenciaron un aumento progresivo del riesgo de prematuridad —especialmente extrema— a medida que se incrementaba el IMC materno. En el contexto peruano, Farfán Flores (2024) y Cabrera Arroyo (2020) demostraron que la obesidad pregestacional se asociaba con mayor probabilidad de parto pretérmino, reforzando el rol del exceso de peso como factor modificable relevante. (7,9–11)

En relación con el **primer resultado específico**, no se halló asociación estadísticamente significativa entre la delgadez pregestacional y el grado de prematuridad ($X^2 = 1,908$; $p = 0,385$). Todas las gestantes con delgadez tuvieron recién nacidos prematuros tardíos y no se registraron casos de prematuridad moderada o muy prematura en este subgrupo.

Esta ausencia de asociación contrasta parcialmente con algunos estudios que han señalado al bajo IMC como factor vinculado a parto pretérmino. Meléndez Gonzales et al. (2017) reportaron una relación significativa entre IMC bajo y mayor probabilidad de parto pretérmino, aunque de magnitud modesta. De manera similar, Meza Carbonelli y Miranda Flores (2018) encontraron que la delgadez materna duplicaba el riesgo de restricción del crecimiento intrauterino y se asociaba débilmente con prematuridad. (12,34)

Varias consideraciones pueden ayudar a comprender la discrepancia. En primer lugar, la proporción de gestantes con delgadez en este estudio fue reducida (menos del 10 % de la muestra), lo que disminuye la potencia estadística para detectar asociaciones y amplifica el efecto de pequeñas variaciones en la distribución de los grados de prematuridad. En segundo lugar, al tratarse de un estudio realizado exclusivamente en mujeres con parto pretérmino, no se incluyeron gestantes con

embarazo a término, por lo que la comparación se circunscribe a distintos grados de prematuridad y no a la presencia o ausencia de esta. Es posible que el bajo IMC influya más en la ocurrencia del parto pretérmino frente al parto a término que en la severidad del grado de prematuridad una vez que el parto anticipado ya ha ocurrido.

Desde una perspectiva clínica, el hallazgo no descarta la relevancia de la delgadez pregestacional, pero sugiere que, en este escenario específico, el déficit nutricional podría estar más relacionado con otros desenlaces —como el bajo peso al nacer o la restricción del crecimiento— que con la variación entre grados de prematuridad. Esto coincide con la idea planteada por Meza Carbonelli y Miranda Flores (2018), quienes observaron un impacto más claro del bajo IMC sobre el crecimiento fetal que sobre la edad gestacional al parto. (12)

En el **segundo resultado específico** no se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. La prueba de chi-cuadrado de Pearson arrojó un valor de p = 0,187, lo que indica que la distribución del grado de prematuridad no difiere de manera significativa entre gestantes con IMC pregestacional normal y aquellas sin esta condición.

Desde el análisis descriptivo, se observó que tanto en el grupo con IMC pregestacional normal como en el grupo sin IMC normal predominó la prematuridad tardía, mientras que los casos de prematuridad moderada y muy prematura fueron menos frecuentes. Este patrón sugiere que el hecho de iniciar la gestación con un IMC dentro de los rangos considerados normales no se asocia necesariamente con una menor severidad del parto pretérmino, al menos en la población estudiada.

Estos hallazgos son concordantes con investigaciones previas que señalan que el IMC pregestacional normal, a diferencia del sobrepeso y la obesidad, no constituye un factor de riesgo independiente para la aparición de formas más graves de prematuridad. Estudios como el de Meza Carbonelli y Miranda Flores (2018) reportaron que las gestantes con IMC dentro de parámetros normales no presentaron

un incremento significativo en el riesgo de prematuridad, lo que respalda la ausencia de asociación encontrada en este estudio. De manera similar, investigaciones internacionales han señalado que el riesgo de prematuridad tiende a incrementarse principalmente en los extremos del estado nutricional materno, especialmente en la obesidad, más que en el rango considerado. (12)

Respecto al **tercer resultado específico**, sí se evidenció una asociación significativa entre el sobrepeso pregestacional y el grado de prematuridad ($X^2 = 14,050$; $p = 0,001$). No obstante, el patrón no apunta a una mayor concentración de casos graves en el grupo con sobrepeso, sino a una distribución diferenciada: entre las gestantes sin sobrepeso se observaron más casos de prematuridad moderada y muy prematura, mientras que en las gestantes con sobrepeso predominó con claridad el prematuro tardío, con muy pocos casos de otros grados.

Este comportamiento sugiere que el sobrepeso, en ausencia de obesidad, podría asociarse principalmente a formas menos severas de prematuridad dentro del espectro de partos pretérmino. La literatura no es completamente homogénea al respecto. Algunos trabajos agrupan sobrepeso y obesidad como una sola categoría de "exceso de peso", lo que dificulta diferenciar sus efectos específicos (Feldman et al., 2018). Otros estudios, como el de Meza Carbonelli y Miranda Flores (2018), encontraron que el sobrepeso materno incluso parecía disminuir ligeramente el riesgo de restricción del crecimiento intrauterino y no mostraba una relación robusta con la prematuridad.(7,12)

En la población del Hospital Amazónico de Yarinacocha, el sobrepeso es muy frecuente en mujeres en edad reproductiva. Es posible que una parte de las gestantes clasificadas en esta categoría mantenga reservas energéticas suficientes sin llegar al grado de disfunción metabólica que suele acompañar a la obesidad. En ese marco, el sobrepeso podría comportarse como un factor neutral o discretamente protector frente

a las formas más severas de prematuridad, mientras que los riesgos se harían más evidentes cuando el IMC alcanza valores propios de obesidad. Esta hipótesis es coherente con el gradiente de riesgo descrito por Cnattingius et al. (2014), donde el aumento del IMC se asociaba de forma más marcada con los partos extremadamente prematuros en los niveles más altos de obesidad. (9)

No obstante, debe advertirse que, al ser un estudio transversal y retrospectivo, no es posible descartar la influencia de variables de confusión no controladas, como la distribución de comorbilidades, la calidad del control prenatal o las indicaciones médicas de interrupción del embarazo. Por ello, los resultados deben interpretarse con cautela y considerarse como un punto de partida para investigaciones futuras con diseños analíticos que permitan un ajuste más fino.

El **cuarto resultado específico** mostró una asociación particularmente fuerte entre la obesidad pregestacional y el grado de prematuridad ($X^2 = 45{,}118$; $p < 0{,}001$). En el grupo de gestantes con obesidad se concentraron casi todos los casos de prematuridad moderada y la totalidad de los muy prematuros, mientras que entre las gestantes sin obesidad predominó de manera abrumadora el prematuro tardío y prácticamente no se registraron formas más severas.

Este hallazgo refuerza la noción de que la obesidad pregestacional no solo se relaciona con la ocurrencia del parto pretérmino, sino también con su gravedad. La evidencia nacional coincide con esta interpretación: Farfán Flores (2024) identificó a la obesidad pregestacional como factor de riesgo independiente para parto pretérmino, y Cabrera Arroyo (2020) describió una mayor prevalencia de obesidad entre las gestantes que tuvieron partos pretérminos, especialmente en sus formas severas. A nivel internacional, Cnattingius et al. (2014) mostraron que el riesgo de prematuridad extrema aumenta de forma importante en mujeres con obesidad, y Feldman et al. (2018) vincularon el exceso de peso con mayor frecuencia de complicaciones

maternas que pueden motivar interrupciones anticipadas del embarazo. Al integrar antecedentes locales, estos hallazgos concuerdan de manera directa con la tesis de Azarpay Figueroa (2025), también desarrollada en el mismo hospital y con registros SIP 2000, donde la obesidad se asoció con mayor probabilidad de prematuridad (OR = 1,946; p < 0,001) y, además, con condiciones maternas como diabetes gestacional y preeclampsia, junto con un incremento de cesáreas. (7,9–11,13)

Desde el punto de vista fisiopatológico, estos resultados son plausibles. La obesidad se asocia con inflamación crónica de bajo grado, resistencia a la insulina, alteraciones endoteliales y un mayor riesgo de preeclampsia, diabetes gestacional e infecciones, todas ellas condiciones que pueden desencadenar la indicación de parto prematuro o precipitar el trabajo de parto antes de término. La concentración de casos moderados y muy prematuros en el grupo obeso sugiere que estas vías patogénicas podrían tener un impacto particular en la edad gestacional al nacimiento.

En el contexto de Ucayali, donde las encuestas nacionales indican una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres, la asociación encontrada adquiere relevancia sanitaria. Los resultados apoyan la necesidad de fortalecer las intervenciones de control nutricional en la etapa preconcepcional y durante el embarazo, no solo para reducir la prematuridad en general, sino también para prevenir sus formas más graves, que se asocian con mayor morbilidad y mortalidad neonatal. (22,23)

En conjunto, los resultados muestran que el IMC pregestacional se relaciona de manera significativa con la severidad de la prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, destacando el papel de la obesidad como principal categoría de riesgo. La delgadez, en cambio, no mostró asociación con los distintos grados de prematuridad en esta cohorte, y el sobrepeso pareció vincularse sobre todo con formas tardías, lo que matiza la interpretación del “exceso de peso” como un bloque homogéneo.

No obstante, existen elementos metodológicos que deben tenerse en cuenta. El diseño transversal y retrospectivo limita la capacidad para establecer relaciones causales y abre la posibilidad de sesgos de selección e información, pese a las estrategias aplicadas para minimizarlos. Además, el estudio se realizó en un único hospital, con una muestra restringida a partos pretérmino, por lo que los resultados describen patrones dentro de este grupo y no permiten estimar riesgos relativos frente a gestaciones a término. Finalmente, el número reducido de gestantes con delgadez podría haber dificultado la detección de asociaciones reales.

A pesar de estas limitaciones, la investigación aporta evidencia local sobre una relación poco explorada en la región amazónica y abre la posibilidad de desarrollar estudios prospectivos y análisis multivariados que incluyan otros determinantes maternos y obstétricos. Desde la práctica clínica, los hallazgos refuerzan la importancia de considerar el IMC pregestacional como un indicador clave en la evaluación de riesgo reproductivo y en la planificación de intervenciones dirigidas a reducir la carga de prematuridad en Ucayali.

CONCLUSIONES

- El índice de masa corporal pregestacional mostró una relación significativa con el grado de prematuridad, evidenciada tanto por la prueba de Chi-cuadrado como por la correlación de Spearman. A mayor IMC pregestacional, se observó una tendencia hacia grados más avanzados de prematuridad.

- La delgadez pregestacional no presentó asociación significativa con el grado de prematuridad. En este grupo, todos los casos correspondieron a prematuros tardíos, lo que sugiere que el bajo IMC no se relacionó con variaciones en la severidad de la prematuridad dentro de la muestra.

- El índice de masa corporal pregestacional normal no mostró una asociación estadísticamente significativa con el grado de prematuridad Estos resultados indican que iniciar la gestación con un IMC dentro de los rangos considerados normales no influye de manera determinante en la severidad del parto pretérmino.

- El sobrepeso pregestacional sí mostró una asociación significativa, aunque su patrón se caracterizó principalmente por una mayor concentración de prematuros tardíos. Esto indica que, en ausencia de obesidad, el sobrepeso no se vinculó con incrementos en las formas más severas de prematuridad.

- La obesidad pregestacional fue la categoría con mayor impacto sobre la severidad de la prematuridad, concentrando la mayoría de casos de prematuridad moderada y la totalidad de los muy prematuros. La asociación estadística encontrada confirma la relevancia de la obesidad materna como un factor fuertemente ligado a resultados perinatales más graves.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer la evaluación nutricional preconcepcional y del primer trimestre, con identificación temprana de mujeres con sobrepeso u obesidad. Esto permitiría establecer intervenciones oportunas orientadas a reducir la probabilidad de prematuridad en sus formas más severas.

- Implementar programas de consejería nutricional individualizada, dirigidos a gestantes con IMC elevado, priorizando el control de comorbilidades asociadas como hipertensión gestacional, diabetes y síndrome metabólico, dado su rol en la anticipación del parto.

- Estandarizar protocolos de seguimiento prenatal para gestantes con obesidad, incorporando monitoreo más intensivo y herramientas de tamizaje de complicaciones obstétricas que puedan derivar en prematuridad moderada o muy prematura.

- Desarrollar estrategias comunitarias de educación en salud, orientadas a promover hábitos alimentarios saludables y actividad física en mujeres en edad reproductiva, considerando que el exceso de peso es altamente prevalente en la región y como un factor modificable.

- Optimizar los registros clínicos y bases de datos institucionales, integrando variables nutricionales, obstétricas y neonatales que permitan un análisis más robusto en futuros estudios y mejoren la capacidad del hospital para monitorear tendencias.

- Promover investigaciones con diseños prospectivos y análisis multivariados, que permitan evaluar la contribución de otros factores maternos y perinatales no incluidos en este estudio, con el fin de comprender con mayor precisión la dinámica entre el IMC y la severidad de la prematuridad.

- Incorporar la evaluación del estado nutricional en las políticas regionales de salud materna, de modo que las intervenciones preventivas se integren a los programas de control prenatal y planificación familiar en Ucayali.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Internet. 2025 [citado el 24 de agosto de 2025]. Obesidad y Sobrepeso. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
2. Soria-Gonzales LA, Moquillaza-Alcántara VH. Pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain related to birth weight. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2021;88:212–22. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412020000400003&script=sci_abstract&tlng=en
3. Magallanes-Corimanya M, Barazorda-Huyhua MI, Roa-Meggo YJ. Índice de masa corporal pregestacional, ganancia de peso gestacional y retención de peso posparto. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2018;44:1–2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100011
4. Albán Wendy. Balance Anual de Salud Materna y Neonatal, Año 2024 y Perspectivas 2025. Mesa de Concentración de la Lucha Contra la Pobreza [Internet]. 2025;2–39. Disponible en: https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2025-03-11/ppt-mclcp-balance-smn-2024v3.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023, Nacional y Departamental [Internet]. INEI. Lima; 2023. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6389989/5601739-resumen-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023.pdf?v=1716478980
6. Panduro Florida Roxy. Factores Asociados a parto pretérmino en gestantes del hospital regional de Pucallpa en el año 2021 [Tesis de pregrado en Internet]. [Pucallpa]: Universidad Nacional de Ucayali; 2022. Disponible en: https://apirepositorio.unu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/35c3d3af-7d05-45d0-98a6-d792496ebd51/content
7. Feldman F, Alonso V, Radcenco VL, Viroga S, Vitureira G. Obesidad y sobrepeso como factores de riesgo para eventos adversos obstétricos-perinatales. Sociedad Ginecológica de Uruguay [Internet]. 2018;56(1):29–536. Disponible en:

https://www.ginecotocologicab.hc.edu.uy/images/Publicaciones/ObesidadSobrepeso.pdf

8. Meléndez Gonzales C, Saldaña Solórzano C. Relación entre el índice de masa corporal bajo previo al embarazo y el riesgo de parto prematuro. Ginecologl Obstet Mex [Internet]. septiembre de 2017; Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000900589#B2
9. Cnattingius S, Villamor E, Johansson S, Bonamy E, Persson AK, Wikström M, et al. Obesidad materna y riesgo de parto prematuro. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2014;79(1):3–70. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262014000100011&script=sci_arttext
10. Farfán Flores EM. Obesidad Pregestacional como factor de riesgo de parto pretérmino en gestantes atendidas en el instituto nacional materno perinatal durante el periodo 2021 - 2022 [Tesis de pregrado en internet]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2024. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/22eff368-5559-4eee-8c2c-db4a92458325/content
11. Cabrera Arroyo EE. Obesidad materna y riesgo de parto pretérmino en gestantes de institución nacional materno perinatal lima [Tesis de pregrado en internet]. [Lima]: Universidad Nacional Federico Villareal; 2020. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/3960
12. Meza Carbonelli KM, Miranda Flores MS. Índice de masa corporal pre gestacional y su efecto en el desarrollo y crecimiento fetal-neonatal en dos hospitales de Lima-Perú (2000-2015) [Tesis de pregrado en internet]. [Lima]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2018. Disponible en: https://upc.aws.openrepository.com/bitstream/handle/10757/624967/Meza_CK.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Azarpay Figueroa LM. Complicaciones maternas relacionadas a gestantes con obesidad internadas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2020-2024 [Tesis de Pregrado en Internet]. [Pucallpa]: Universidad Nacional de Ucayali; 2025.

Disponible en: https://repositorio.unu.edu.pe/items/1831863e-f7a7-4237-af67-f9d40f75f957

14. Bhaskaran K, Douglas I, Forbes H, dos-Santos-Silva I, Leon DA, Smeeth L. Body-mass index and risk of 22 specific cancers: a population-based cohort study of 5·24 million UK adults. The Lancet [Internet]. 2014;65:755–65. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25129328/
15. Aguilar Esenarro L ángel, Lázaro Serrano ML. Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Gestante [Internet]. Lima; 2019 nov. Disponible en: www.minsa.gob.pe
16. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación, Nutrición y Vida Saludable (CENAN) [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.gob.pe/34823-instituto-nacional-de-salud-centro-nacional-de-alimentacion-y-nutricion-cenan
17. Minjarez-Corral M, Rincón-Gómez I, Angélica Morales-Chomina Y, De M, Espinosa-Velasco J, Zárate A, et al. Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2014;28(3):159–66. Disponible en: http://www.medigraphic.com/inper
18. Instituto Vasco de Estadistica. Nacido Vivo [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/elem_1449/definicion.html
19. Rellan Rodríguez S, Garcia De Ribera C, Paz M, Garcia A. El recién nacido prematuro [Internet]. España; 2023. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/
20. Hospital Cayetano Heredia. Guía de Procedimiento Asistencial para la Atención del Recién Nacido [Internet]. Lima; 2019. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_203-2019-HCH-DG.pdf
21. Nuytten A. Prematuridad: generalidades. EMC Pediatr [Internet]. marzo de 2023;58(1):1–6. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1245178923474422
22. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010:

a systematic analysis. The Lancet [Internet]. octubre de 2023;402:1261–71. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

23. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet Child Adolesc Health [Internet]. el 1 de febrero de 2022 [citado el 24 de agosto de 2025];6(2):106–15. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8786667/
24. Ministerio de Salud. Bebés prematuros tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/50523-bebes-prematuros-tienen-mayor-riesgo-de-sufrir-complicaciones
25. Hospital Universitario de Getafe. El Recién nacido prematuro [Internet]. Salud Madrid. Getafe; 2019 [citado el 24 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/hospital/getafe/file/3783/download?token=Sj9g_GPi
26. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Tabla de Valoración Nutricional según IMC [Internet]. Lima; 2012. Disponible en: https://repositorio.ins.gob.pe/server/api/core/bitstreams/579a95a6-81d8-4d1d-abfe-0233db4d86f3/content
27. Pérez-Luco. Edad Gestacional Dudosa y Embarazo en Vías de Prolongación/Prolongado [Internet]. 2016 [citado el 13 de agosto de 2025]. Disponible en: https://sintesis.med.uchile.cl/tratados-por-especialidad/tratados-de-ginecologia-y-obstetricia/13724-24-edad-gestacional-dudosa-y-embarazo-en-vias-de-prolongacion-prolongado
28. Instituto Neurometabolico. Bajo peso | Artículo Informativo | INM - Endocrinología [Internet]. 2015 [citado el 24 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.endocrinologia-inm.com/bajo-peso
29. Instituto Nacional del Cáncer (NCI). Definición de sobrepeso - Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. 2020 [citado el 24 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sobrepeso

30. Instituto Nacional de Estadística. Embarazo a término [Internet]. 2017 [citado el 13 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.ine.es/DEFIne/concepto.htm?c=5831

31. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucia M del P. Metodología de la Investigación [Internet]. 6a ed. Mc Graw Hill; 2014 [citado el 13 de agosto de 2025]. Disponible en: https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

32. Ato M, López JJ, Benavente A. Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. Anales de Psicología / Annals of Psychology [Internet]. el 20 de septiembre de 2013 [citado el 13 de agosto de 2025];29(3):1038–59. Disponible en: https://revistas.um.es/analesps/article/view/178511

33. Arias Gonzales J, Covinos Gallardo M. Diseño y Metodología de la Investigación [Internet]. 1a ed. Enfoques Consulting EIRL, editor. Arequipa; 2021. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/352157132

34. Meléndez-González C, Saldaña-Solórzano C, González-Habib R, Tirán-Saucedo J. Relación entre el índice de masa corporal bajo previo al embarazo y el riesgo de parto prematuro [Internet]. 2017 [citado el 8 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000900589

ANEXOS

ANEXO 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	FORMA DE REGISTRO	METODOLOGIA
Problema general: ¿Cuál es la relación entre el índice de masa corporal pregestacional con el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024? **Problemas específicos:** ¿Cuál es la relación entre la delgadez pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024? ¿Cuál es la relación entre índice de masa corporal normal pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024? ¿Cuál es la relación entre el sobrepeso pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo	**Objetivo general:** Determinar cuál es la relación que existe entre el índice de masa corporal pregestacional con el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024. **Objetivos específicos** •Establecer la relación de la delgadez pregestacional y el grado de prematuridad en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024. Establecer la relación entre índice de masa corporal normal pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024. •Establecer la relación entre el sobrepeso pregestacional y el grado de prematuridad en pacientes del Hospital	**Hipótesis General** Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre el índice de masa corporal pregestacional con el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024. H0: No existe relación estadísticamente significativa entre el índice de masa corporal pregestacional con la prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024 **Hipótesis Específicas:** Hi: Existe una relación significativa entre la delgadez pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024. Ho: No existe relación significativa entre la delgadez pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2020-2024. Hi: Existe relación significativa entre el sobrepeso pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital	Índice de Masa Corporal Pregestacional (IMC PG) Grado de Prematuridad	Delgadez: < 18.5 Normal: 18.5 - <25.0 Sobrepeso: 25.0 - <30.0 Obesidad: ≥ 30.0 Prematuro tardío (34 a <37 semanas) Prematuro moderado (32 a <34 semanas) Muy prematuro (<32 semanas) Prematuro extremo (<28 semanas)	SIP 2000 SIP 2000	TIPO DE INVESTIGACION: Relacional DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental, transversal POBLACION: La población estimada fue de 154 mujeres con parto pretérmino, conformada por todas las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.

2023-2024? ¿Cuál es la relación entre la obesidad pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024?	Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024. •Establecer la relación entre la obesidad pregestacional y el grado de prematuridad en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024. .	Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024. Ho: No existe relación significativa entre el sobrepeso pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024. Hi: Existe una relación significativa entre índice de masa corporal normal pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024. Ho: No existe una relación significativa entre índice de masa corporal normal pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024. Hi: Existe relación significativa entre la obesidad pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024. Ho: No existe relación significativa entre la obesidad pregestacional y el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.		MUESTRA: Se obtuvo una muestra de 138 gestantes.

ANEXO 2 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS MATERNOS	
Datos antropométricos	**UM**
Peso	Kilogramos
Talla	Metros
IMC	kg/m2
Delgadez	kg/m2
Peso Normal	kg/m2
Sobrepeso	kg/m2
Obesidad	kg/m2
Datos Neonatales	**UM**
Prematuridad	Si / No
Edad Gestacional al Nacer	Semanas
Prematuro Tardío	34 a <37 semanas
Prematuro Moderado	32 a <34 semanas
Muy Prematuro	<32 semanas
Prematuro Extremo	<28 semanas

ANEXO 3 FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

FICHA DE JUICIO DE EXPERTOS

I. **DATOS GENERALES**

a) APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: _____
b) INSTITUCIÓN DONDE LABORA: _____
c) TIPO DE EXPERTO: _____
d) AUTOR DEL INSTRUMENTO: Bach. Med. Roberto Carlos Domínguez Naupay
e) NOMBRE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Relación entre el Índice de Masa Corporal pregestacional con el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2020-2024.

II. **ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

INDICADORES	CONTENIDO	DEFICIENTE 00 – 20%	REGULAR 21-40%	BUENO 41 – 60%	MUY BUENO 61 - 80%	EXCELENTE 81-100%
FUNCIONALIDAD	El instrumento responde a los objetivos de la investigación planteada					
OBJETIVIDAD	El instrumento está expresado en comportamientos observables.					
ORGANIZACIÓN	El orden y lógica de los ítems es adecuado.					
CLARIDAD	El vocabulario es adecuado para el grupo de investigación.					
SUFICIENCIA	El número de ítems propuesto es suficiente para medir la variable.					
CONSISTENCIA	Tienes la base teórica y científica que respalda.					
COHERENCIA	Entre el objetivo, problema e hipótesis existe coherencia.					
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
APLICABILIDAD	Los procedimientos para su aplicación y su corrección son sencillos.					

III. **OPINION DE LA APLICABILIDAD:** _____
_____

IV. **PROMEDIO DE LA VALORACIÓN:**

V. **OBSERVACIONES:**
_____
_____
_____

FIRMA DEL EXPERTO:

FICHA DE JUICIO DE EXPERTOS

I. **DATOS GENERALES**

a) APELLIDOS Y NONBRES DEL EXPERTO: Levezu Luján Eduardo Elias
b) INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Hospital Amazónico de Yarinacocha
c) TIPO DE EXPERTO: Especialista en neonatologia
d) AUTOR DEL INSTRUMENTO: Bach. Med. Roberto Carlos Domínguez Naupay
e) NOMBRE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Relación entre el Indice de Masa Corporal pregestacional con el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.

II. **ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

INDICADORES	CONTENIDO	DEFICIENTE 00 – 20%	REGULAR 21-40%	BUENO 41 – 60%	MUY BUENO 61 - 80%	EXCELENTE 81-100%
FUNCIONALIDAD	El instrumento responde a los objetivos de la investigación planteada					X
OBJETIVIDAD	El instrumento está expresado en comportamientos observables.					X
ORGANIZACIÓN	El orden y lógica de los ítems es adecuado.					X
CLARIDAD	El vocabulario es adecuado para el grupo de investigación.				X	
SUFICIENCIA	El número de ítems propuesto es suficiente para medir la variable.					X
CONSISTENCIA	Tienes la base teórica y científica que respalda.					X
COHERENCIA	Entre el objetivo, problema e hipótesis existe coherencia.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
APLICABILIDAD	Los procedimientos para su aplicación y su corrección son sencillos.					X

III. **OPINION DE LA APLICABILIDAD:** Procedente

IV. **PROMEDIO DE LA VALORACIÓN:** Excelente

V. **OBSERVACIONES:**

FIRMA DEL EXPERTO:

Dr. Eduardo Elias Leveau Luján
Médico Neonatologo
CMP: 72080 RNE: 40519

FICHA DE JUICIO DE EXPERTOS

I. **DATOS GENERALES**

a) APELLIDOS Y NONBRES DEL EXPERTO: Bocañegra Gofredo, Humberto Omar.
b) INSTITUCIÓN DONDE LABORA: HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA.
c) TIPO DE EXPERTO: ESPECIALISTA EN PEDIATRIA.
d) AUTOR DEL INSTRUMENTO: Bach. Med. Roberto Carlos Domínguez Naupay
e) NOMBRE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Relación entre el Indice de Masa Corporal pregestacional con el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.

II. **ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

INDICADORES	CONTENIDO	DEFICIENTE 00 – 20%	REGULAR 21-40%	BUENO 41 – 60%	MUY BUENO 61 - 80%	EXCELENTE 81-100%
FUNCIONALIDAD	El instrumento responde a los objetivos de la investigación planteada					X
OBJETIVIDAD	El instrumento está expresado en comportamientos observables.				X	
ORGANIZACIÓN	El orden y lógica de los ítems es adecuado.					X
CLARIDAD	El vocabulario es adecuado para el grupo de investigación.					X
SUFICIENCIA	El número de ítems propuesto es suficiente para medir la variable.					X
CONSISTENCIA	Tienes la base teórica y científica que respalda.					X
COHERENCIA	Entre el objetivo, problema e hipótesis existe coherencia.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
APLICABILIDAD	Los procedimientos para su aplicación y su corrección son sencillos.					X

III. **OPINION DE LA APLICABILIDAD:** PROCEDENTE

IV. **PROMEDIO DE LA VALORACIÓN:** EXCELENTE

V. **OBSERVACIONES:**

NINGUNA.

FIRMA DEL EXPERTO:

Dr. Humberto Bocanegra G
MEDICO PEDIATRA
C.M. [illegible] RNE. 24741

FICHA DE JUICIO DE EXPERTOS

I. **DATOS GENERALES**

a) APELLIDOS Y NONBRES DEL EXPERTO: CAMPOS GARCIA JUAN PEDRO
b) INSTITUCIÓN DONDE LABORA: HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA.
c) TIPO DE EXPERTO: ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
d) AUTOR DEL INSTRUMENTO: Bach. Med. Roberto Carlos Domínguez Naupay
e) NOMBRE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Relación entre el Indice de Masa Corporal pregestacional con el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.

II. **ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

INDICADORES	CONTENIDO	DEFICIENTE 00 – 20%	REGULAR 21-40%	BUENO 41 – 60%	MUY BUENO 61 - 80%	EXCELENTE 81-100%
FUNCIONALIDAD	El instrumento responde a los objetivos de la investigación planteada					X
OBJETIVIDAD	El instrumento está expresado en comportamientos observables.					X
ORGANIZACIÓN	El orden y lógica de los ítems es adecuado.				X	
CLARIDAD	El vocabulario es adecuado para el grupo de investigación.					X
SUFICIENCIA	El número de ítems propuesto es suficiente para medir la variable.					X
CONSISTENCIA	Tienes la base teórica y científica que respalda.					X
COHERENCIA	Entre el objetivo, problema e hipótesis existe coherencia.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
APLICABILIDAD	Los procedimientos para su aplicación y su corrección son sencillos.					X

III. **OPINION DE LA APLICABILIDAD:** PROCEDENTE

IV. **PROMEDIO DE LA VALORACIÓN:** EXCELENTE

V. **OBSERVACIONES:**

NINGUNA.

FIRMA DEL EXPERTO:

Dr. Juan Pedro Campos Garcia
GINECÓLOGO OBSTETRA
CMP 78219 RNE 50930

FICHA DE JUICIO DE EXPERTOS

I. **DATOS GENERALES**

a) APELLIDOS Y NONBRES DEL EXPERTO: Miguel Fernando Castillo Linares
b) INSTITUCIÓN DONDE LABORA: Hospital Amazónico de Yarinacocha
c) TIPO DE EXPERTO: Ginecología y obstetricia
d) AUTOR DEL INSTRUMENTO: Bach. Med. Roberto Carlos Domínguez Naupay
e) NOMBRE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Relación entre el Indice de Masa Corporal pregestacional con el grado de prematuridad en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2023-2024.

II. **ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

INDICADORES	CONTENIDO	DEFICIENTE 00 – 20%	REGULAR 21-40%	BUENO 41 – 60%	MUY BUENO 61 - 80%	EXCELENTE 81-100%
FUNCIONALIDAD	El instrumento responde a los objetivos de la investigación planteada					X
OBJETIVIDAD	El instrumento está expresado en comportamientos observables.					X
ORGANIZACIÓN	El orden y lógica de los ítems es adecuado.					X
CLARIDAD	El vocabulario es adecuado para el grupo de investigación.					X
SUFICIENCIA	El número de ítems propuesto es suficiente para medir la variable.					X
CONSISTENCIA	Tienes la base teórica y científica que respalda.					X
COHERENCIA	Entre el objetivo, problema e hipótesis existe coherencia.					X
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
APLICABILIDAD	Los procedimientos para su aplicación y su corrección son sencillos.					X

III. **OPINION DE LA APLICABILIDAD:** Aplicable.

IV. **PROMEDIO DE LA VALORACIÓN:** Excelente

V. **OBSERVACIONES:** Ninguna.

FIRMA DEL EXPERTO:

MINISTERIO DE SALUD
CASTILLO LINARES
MÉDICO - CMP N° 40065
RNE N° 04247

ANEXO 4 PERMISO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA

GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
DIRECCION REGIONAL DE SALUD UCAYALI
HOSPITAL AMAZÓNICO

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

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

Yarinacocha, 30 de enero del 2025

CARTA Nº 011 -2025-GRU-DIRESAU-HAYA

Señor:
ROBERTO CARLOS DOMINGUEZ NAUPAY
Presente.-

ASUNTO:		AUTORIZACION PARA ACCESO A INFORMACION DE REGISTRO DE DATOS ESTADISTICOS DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
REF.	:	SOLICITUD S/N. DEL 20/01/2025

Es grato dirigirme a ustedes saludándoles cordialmente, a la vez, en atención al documento de la referencia y previa coordinación con la jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia, **se le autoriza el acceso a información de registro de datos estadísticos de pacientes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia**, la misma que sólo puede ser utilizada para el desarrollo sus proyecto de tesis denominado "Relación entre el Indice de Masa Corporal Pregestacional y el grado de Prematuridad en el Hospital Amazónico - año 2023 - 2024".

Sin otro particular, me suscribo de ustedes no sin antes expresarles mi consideración.

Atentamente,

HOSPITAL AMAZONICO YARINACOCHA V° B° OPTO GINECO OBSTETRICIA

DIRECCION EJECUTIVA

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL AMAZONICO
Dr. Walter Roman Leveau Bardi
Director Ejecutivo del Hospital Amazónico
CMP. N° 72236

WRLB/DE-HA

Cc : Dpto. Gineco-Obst.

Dirección: Jr. Aguaytia N° 605 – Yarinacocha – Coronel Portillo – Ucayali - Perú
Teléfono: E-mail: hamazonico@hotmail.com Teléfono: 596188

Región Productiva

ANEXO 5 APROBACIÓN POR COMITE DE ETICA DE FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Pucallpa, 31 de Julio de 2025

OFICIO N°054-2025-UNU-FMH-CEI

Señor:
MC. Eugenio Alfredo Faustor Villajuan
Presidente de la Comisión de Grados y Títulos – FMH
Universidad Nacional de Ucayali
Presente. –

ASUNTO: INFORME DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

De mi especial consideración:

Por la presente me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo hacerle llegar el informe correspondiente a la evaluación realizada por este Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina Humana.

Título del proyecto: **"RELACION ENTRE EL INDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL CON EL GRADO DE PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA DURANTE EL PERIODO 2023-2024."**

Autor: Bach. Roberto Carlos Domínguez Naupay

Conclusiones:

Protocolo aprobado: (x)
Protocolo con observaciones:
Se posterga la deliberación.
Protocolo rechazado.

Observaciones:

✓ Sin observaciones pendentes

Acuerdo

Este Comité acordó APROBAR y mediante informe escrito, sugiere a la Comisión de Grados y Títulos – FMH, que, no teniendo observaciones, el proyecto de investigación queda. APROBADO habiendo cumplido con los requisitos éticos básicos para ejecutarse.

MC. Mg. Luis Enrique Ciudad Fernández
Presidente

MC. Mg. Edilberto Núñez Campos
Miembro

Lic. Adm. Juan Cartagena Sajamí
Representante de la Comunidad

c.c
Archivo

ANEXO 6 ACTA DE APROBACION DE PROYECTO DE TESIS

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

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
COMISIÓN DE GRADOS Y TITULOS

Pucallpa, 07 de agosto del 2025

OFICIO N°202-2025-UNU-FMH-CGyT

Señor:
BACH. ROBERTO CARLOS DOMINGUEZ NAUPAY
Presente. -

ASUNTO : REMITO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APROBADO

Ref. : Oficio N° 054-2025-UNU-FMH-CEI

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y, en mérito al documento de referencia, el Presidente de la Comisión de Grados y Títulos, le hace llegar su Proyecto de Investigación **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad, para su conocimiento y trámite correspondiente.

Título del Proyecto: "RELACIÓN ENTRE EL INDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL CON EL GRADO DE PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACOCHA DURANTE EL PERIODO 2023-2024".

Sin otro particular, me suscribo de usted reiterándole muestras de especial consideración y estima personal.

Atentamente;

M.C. Eugenio Alfredo Faustor Villajuan
Presidente de la Comisión de Grados
y Títulos – FMH

C.C.
OMCC
Archivo