

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**GANANCIA DE PESO MATERNO Y PESO DEL RECIEN NACIDO EN UN
HOSPITAL REGIONAL 2014**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR LOS BACHILLERES:

SANCHEZ FLORES, Ronnie Luis

SEDANO SOLORZANO, Evelyn Fiorella

HUANCAYO – PERÚ

2015

JURADOS

Mg. Santiago Cortez Orellana

Mg. Luz Luza Ruiz de Castillo

MC. Aldo Mayorca Moran

ASESOR

Mg. Erwin Tito Ortega

DEDICATORIA

La presente tesis la dedicamos a Dios, por permitirnos todo lo vivido y llegar a este momento, por concederme salud y entendimiento, quien nos dio fuerza para no desmayar en las adversidades que se presentaron, y continuar en busca de nuestros objetivos, sin perder nunca la dignidad ni rendirnos en el intento.

A nuestros padres y hermanos, por el incondicional apoyo que nos brindaron desde los inicios de nuestra carrera.

A nuestros maestros, por todo lo aprendido durante estos años, y por enseñarnos lo más preciado de ser médicos.

AGRADECIMIENTO

Para poder realizar esta tesis de la mejor manera posible fue necesario del apoyo de muchas personas a las cuales queremos agradecer

En primer lugar a nuestros padres, quienes han sido un apoyo moral y económico para lograr éste fin. Gracias por su paciencia.

A nuestro asesor de tesis, el Dr. Erwin Tito Ortega, a quien le debemos el hecho de que esta tesis tenga los menos errores posibles.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibidos de nuestras familias y amigos.

A todos ellos, muchas gracias.

INDICE

JURADOOS	II
ASESOR	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I	10
INTRODUCCION	10
Planteamiento del problema	11
Formulación del problema.....	11
Justificación.....	12
Objetivos.....	13
Marco Teórico.....	14
Hipótesis	27
Variables de investigación	28
CAPÍTULO II	29
Material y métodos	29
Tipo de investigación.....	29
Nivel de investigación.....	29
Diseño de investigación.....	29
Muestra	30
Tamaño de la muestra	30
Tipo de la muestra.....	30
Criterios de inclusión y exclusión.....	30

Métodos de recolección de datos.....	31
Instrumento de recolección de datos (Ver anexo 2)	31
Validación del instrumento de recolección de datos	32
Procesamiento y aplicación del instrumento	32
Análisis estadístico descriptivo e inferencial	32
Prueba de Hipótesis.....	33
Aspectos éticos de la investigación.....	33
CAPÍTULO III.....	34
RESULTADOS.....	34
CAPÍTULO IV.....	43
DISCUSIÓN.....	43
CAPÍTULO V.....	47
CONCLUSIONES.....	47
CAPÍTULO VI	48
RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS.....	54
1. Instrumento de recolección de datos.....	54
2. Matriz de operacionalización.....	56
3. Validez del instrumento.....	59

RESUMEN

Objetivo: Determinar la correlación de la ganancia de peso materno y el peso del recién nacido a término en un Hospital Regional 2014.

Metodología: Se realizó un estudio tipo correlacional, transversal, retrospectivo durante el periodo Enero Diciembre 2014, la muestra estuvo conformada por 71 gestantes con sus recién nacidos a término que cumplan con lo criterio de inclusión de esta investigación realizada en un Hospital Regional 2014, la muestra utilizada fue no probabilística.

Resultados: De los 71 gestantes se encontró que el 52.1% tuvieron insuficiente ganancia de peso. Además de los recién nacidos a término encontramos que un 71.8% fueron adecuado peso para la edad gestacional. El IMC materno pregestacional normal presentó un 61.1% de ganancia de peso insuficiente. Además el 90.7% de gestantes con IMC normal obtuvieron recién nacidos a términos adecuados para la edad gestacional.

Conclusiones: Existe una correlación entre la ganancia de peso materno y el peso del recién nacido a término, con un $p= 0.003$ y una correlación moderada según el coeficiente de Pearson (0.427).

Palabras Claves: Ganancia de peso materno, Peso del recién nacido.

ABSTRACT

Objective: To determine the correlation of maternal weight gain and birth weight at term in a 2014 Regional Hospital.

Methodology: A correlational, cross-sectional retrospective study was conducted during the period January December 2014, the sample consisted of 71 pregnant women with term infants who meet the criteria for inclusion in this research in a Regional Hospital 2014, the sample used was not random.

Results: Of the 71 pregnant women found that 52.1% had insufficient weight gain. In addition to term infants found that 71.8% were appropriate for gestational age. The normal prepregnancy maternal BMI showed a 61.1% gain in underweight. Moreover 90.7% of pregnant women with normal BMI obtained newborns appropriate for gestational age terms.

Conclusions: There is a correlation between maternal weight gain and birth weight at term, with $p = 0.003$ and a moderate correlation according to Pearson's coefficient (0.427).

Keywords: maternal weight gain, weight newborn.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es bien sabido que la ganancia de peso materno tiene gran influencia en el peso del recién nacido como se establecen en los estudios desde los años sesenta, que luego fue reconocido por el Instituto de Medicina en 1990 con un estudio multicéntrico(1), estableciendo parámetros para la ganancia de peso durante la gestación, debido a la frecuencia de complicaciones tanto maternas y fetales, que fue revisado y modificado en el 2009 por el mismo instituo (1).

En nuestra realidad ya desde hace más de una década se tomó en consideración la importancia de la salud materna y del recién nacido en los controles prenatales; sin embargo aún en la actualidad se evidencia algunas carencias en cuanto al control de una adecuada ganancia de peso materno en nuestros centros de salud, preocupándose solo por la excesiva ganancia de peso por complicaciones obstétricas pero la inadecuada ganancia de peso involucra además de ello resultados adversos tanto a mediano como a largo plazo, presentándose un aumento de la mortalidad fetal e infantil, parálisis cerebral, hipoglucemia, hipocalcemia, policitemia y la asfixia al nacer, los persistentes déficit de tamaño y los déficits persistentes en el rendimiento neurocognitivo; además de los problemas obstétricos como preeclampsia, vía de partos, etc (1).

Si nos situamos en nuestro contexto como país en vía de desarrollo, donde encontramos zonas de pobreza extrema, bajos niveles educativos y de salubridad se obtiene un contexto de riesgo para que las futuras madres posean un peso inadecuado antes de iniciar la gestación, obteniendo también un resultado final una ganancia inadecuada de peso.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.2.1 PLANTEAMIENTO GENERAL

¿Cuál es correlación de la ganancia de peso materno con el peso del recién nacido a término de gestantes atendidas en un Hospital Regional 2014?

2.2.2 PLANTEAMIENTOS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la correlación de la ganancia de peso materno con el peso del recién nacido a término según la edad gestacional en las gestantes atendidas en un Hospital Regional 2014?
- ¿Cuál es la correlación del IMC materno pregestacional con la ganancia de peso materno en las gestantes atendidas en un Hospital Regional 2014?
- ¿Cuál es la correlación del IMC materno pregestacional con el peso del recién nacido a término según la edad gestacional en las gestantes atendidas en un Hospital Regional 2014?
- ¿Cuál es la correlación de la ganancia de peso materno y peso para la edad gestacional del recién nacido a término según la consulta a nutrición en las gestantes atendidas en un Hospital Regional 2014?

III. JUSTIFICACIÓN

3.1 TEÓRICA:

El siguiente trabajo encuentra su justificación en la importancia de la problemática que causa un mal control en la ganancia de peso materno, ya que en varios estudios se muestran que madres con pobre ganancia de peso tienen productos con bajo peso al nacer o las gestantes con excesiva ganancia de peso obtienen productos macrosómicos con sus respectivas complicaciones perinatales. (2) Sin embargo, el promedio de la ganancia de peso en los países en vías de desarrollo como el nuestro es menor que las recomendaciones estándares por la OMS.

Por ello al existir poca concordancia entre los estudios que tocan el tema de influencia de la ganancia de peso materno y el peso del recién nacido; conllevando a complicaciones inmediatas y mediatas que esto genera, ya que, algunos estudios precisan como influyen en dicha relación, mientras otros autores niegan esta relación, es que se hace necesario que logre dilucidar esta situación.

3.2 SOCIAL :

Esta investigación es necesaria para brindarle un mejor control de las madres en su ganancia de peso durante la gestación partiendo de un adecuado estado nutricional, ya que en nuestro medio solo es considerado un ítem más en los controles prenatales sin darle mayor relevancia, porque con una mejor valoración del peso materno ganado se puede tener menos complicaciones en el recién nacido, entre ellos como bajo peso al nacer o gran peso al nacer con complicaciones metabólicas y con retraso en la capacidad del recién nacido para adaptarse mejor al medio extra materno o complicaciones obstétricas y la elección del medio de culminación del parto (3); y asimismo, es complementariamente conveniente la investigación para

mejorar la calidad de atención primaria brindando mayor información sobre el aspecto nutricional y la adecuada ganancia de peso durante la gestación; para así poder garantizar condiciones óptimas para el crecimiento fetal y desarrollo del nuevo ser.

3.3 METODOLÓGICO:

La investigación se realizara utilizando el método científico, que es un método de investigación usado principalmente en la producción de conocimiento y esta investigación es factible realizarla ya que al analizar la correlación entre las variables de estudio, se puede determinar la importancia de la ganancia de peso materno y el peso del recién nacido.

Se han encontrado muchos enfoques que están siendo actualmente utilizado para hacer recomendaciones sobre cómo las mujeres deberían aumentar de peso durante el embarazo; por esto; es necesario este estudio de acuerdo a la realidad socio-cultural de nuestra población.

IV. OBJETIVO:

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la correlación de la ganancia de peso materno y el peso del recién nacido a término en un Hospital Regional 2014.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar si la ganancia de peso maternose correlaciona con el peso del recién nacido a término según la edad gestacional en las gestantes atendidas en un Hospital Regional 2014.

- Determinar si el IMC materno pregestacional se correlaciona con la ganancia de peso materno en las gestantes atendidas en un Hospital Regional 2014.
- Determinar si el IMC materno pregestacional se correlaciona con el peso del recién nacido a término según la edad gestacional en las gestantes atendidas en un Hospital Regional 2014.
- Determinar la correlación de la ganancia de peso materno y peso para la edad gestacional del recién nacido a término según la consulta a nutrición en las gestantes atendidas en un Hospital Regional 2014.

V. MARCO TEÓRICO:

5.1 ANTECEDENTES:

- Carolina Godoy, Simony Lira Nascimento (2014) en su investigación A Population Based Study on Gestational Weight Gain according to Body Mass Index in the South east of Brazil concluye que las mujeres embarazadas con sobrepeso y obesas mostraron mayor riesgo de aumento de peso durante el embarazo; de otra manera las mujeres que comenzaron el cuidado prenatal con peso inferior tuvieron menor riesgo a un aumento excesivo de peso, además la tasa de prematuridad fue mayor en embarazadas obesas también concluyó que las mujeres con sobrepeso y obesas mostraron los recién nacidos con mayor peso al nacer; por otro lado las mujeres con bajo peso mostró los recién nacidos con <2.500 gr.(2)
- Julie Johnson, Clifton R. (2013) en su investigación Pregnancy Outcomes With Weight Gain Above or Below the 2009 Institute of Medicine Guidelines concluye una clara asociación entre el aumento

de peso gestacional y el resultado del embarazo. La mayoría de las mujeres de ese estudio aumentaron más peso durante el embarazo que está recomendado por las guías actuales de la OIM y este aumento de peso excesivo ha tenido claras desventajas clínicas. (3)

- S. Lumbanraja (2013) en su investigación Aumento de peso maternal y su correlación con el peso al nacer concluye que el aumento de peso materno en el segundo y tercer trimestre mostró una diferencia estadísticamente significativa con el peso al nacer del bebé.(4)
- MilkaJeric, DamirRoje, (2013) en su investigación pre pregnancyunderweight and fetal growth in relation to institute of medicine recommendations for gestational weight gain concluye que la ganancia inapropiadamente bajo peso gestacional aumenta adicionalmente la tasa de recién nacidos PEG en el grupo de madres con IMC bajo antes del embarazo. (5)
- SuttanarattApiwantana, RatchadawanSooklim (2013) en su investigación Effect of Gestational Weight Gain on Pregnancy Outcomes in Underweight Pregnant Women concluyó que las mujeres con bajo peso con el aumento de peso gestacional menor de 12 kg no se encuentran mayor riesgo de bajo peso al nacer y pequeño para la edad gestacional, pero también concluye que las mujeres que aumentaron de menos de 8 kg durante el embarazo se incrementaron significativamente el riesgo de tener un bajo peso al nacer.(6)
- MicheleDrehmer, Bruce Bartholow Duncan (2013) en su investigación Association of Second and Third Trimester Weight Gain in Pregnancy with Maternal and Fetal Outcomes concluyó que las mujeres con aumento de peso insuficiente en el segundo trimestre obtuvo mayor

riesgo de pequeño para la edad gestacional y las mujeres con exceso de peso en el segundo trimestre obtuvo un mayor riesgo de obtener el producto grande para la edad gestacional. (7)

- Bárbara Miranda (2012) investigó Asociación entre el aumento de peso materno y fetal: estudio de cohorte y encontró que había una relación directa entre el aumento de peso materno y el peso al nacer del feto, es decir, madres que ganaron más peso durante el embarazo tenían bebés más pesados, con mayor incidencia de macrosomía.(8)
- NobukoHarita, MasatoshiKariya (2012) en su investigación GestationalbodyweightgainamongunderweightJapanesewomenrelatedto small - for-gestational- agebirth concluye que la ganancia de peso gestacional de bajo peso se asociaron con una mayor incidencia de nacimiento de pequeños para la edad gestacional encontrando que las mujeres con bajo ganancia gestacional que tenía 9,0 kg o menos de Ganancia de peso tenía un riesgo significativamente mayor de obtener pequeño para la edad gestacional que las mujeres con peso normal que tenían 9,1-11,0 kg de ganancia de peso gestacional.(9)
- S Upadhyay (2011) Asociación entre el índice de masa corporal de la madre y el peso al nacer de neonatos Se encontró que el aumento de peso gestacional tiene fuerte asociación con el peso al nacer de los recién nacidos y que la antropometría materna es un determinante importante del peso al nacer. (10)
- Erika Ota (2011) en su investigación Índice de masa corporal materno y el aumento de peso gestacional y su asociación con los resultados perinatales en Vietnam concluye la relación entre el aumento de peso durante la gestación y la probabilidad de tener un bebé demasiado pequeño o demasiado grande para la edad

gestacional en función de la categoría de IMC materno sigue siendo el mismo. (11)

- Sohyun Park (2011) en su investigación Assessment of the Institute of Medicine Recommendations for Weight Gain During Pregnancy: Florida, 2004–2007 concluye que los pequeños para la edad gestacional fueron menos frecuente entre las mujeres obesas y que el aumento de peso gestacional menos de lo recomendado se asoció con mayores probabilidades de pequeños para la edad gestacional y obtener un mayor peso gestacional que la recomendada era asociado con menos probabilidad de pequeño para la edad gestacional. (12)
- Yunes Zárraga, Barrios Reyes (2011) en su investigación Efecto del estado nutricional de la madre sobre el neonato concluyó que el estado nutricional de la madre según el IMC inicial, final y masa grasa, no se relaciona de manera significativa con el estado nutricional del producto, excepto cuando la madre tiene desnutrición, que se asoció a menor peso promedio al nacer. (13)
- Danielle E. Durie, Lorelei L. Thornburg (2011) en su investigación Effect of Second-Trimester and Third-Trimester Rate of Gestational Weight Gain on Maternal and Neonatal Outcomes concluyó que tasas subóptima y excesivas de aumento de peso gestacional se asocian con resultados adversos del embarazo en mujeres no obesas, en particular, las mujeres no obesas con subóptimas de aumento de peso han aumentado las probabilidades de pequeños para la edad gestacional, un hallazgo que no se ve en las mujeres más obesas. (14)
- San José Pérez, Bárbara Idianis (2011) en su investigación Factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer observó en su estudio

observa que la ganancia insuficiente de peso se presentó en el mayor número de casos con BPN (53,22 %) con la RCIU como la forma clínica que predominó, al encontrarse 15 casos para un 24,19 %; seguido de los casos con ganancia exagerada de peso que aportaron también 10 casos de RCIU (16,12 %) de los 17 casos con ganancia por encima de lo esperado para su IMC.(15)

- Sharon J. Herring (2010) investigó Ganancia de peso durante el embarazo: Su importancia para el estado de salud materno-infantil concluye que las ganancias de peso gestacional muy bajas como las muy elevadas se asocian a un mayor riesgo de parto prematuro y mortalidad del lactante. (16)

5.2 MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL RELACIONADO AL TEMA DE LA INVESTIGACIÓN

ESTADO NUTRICIONAL MATERNO

El estado nutricional materno, antes y durante la gestación, es un determinante fundamental para el crecimiento fetal y el peso del recién nacido (17,18); habiéndose establecido su relación con riesgos para el desarrollo de bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino y prematuridad (17,18,19,20).

La ganancia de peso estacional es un factor pronóstico importante de los desenlaces de salud a corto y largo plazo, tanto para mujeres en edad fértil como para su descendencia. Se ha confirmado que la ganancia de peso estacional se asocia directamente al crecimiento intrauterino y, de este modo, es menos probable que los lactantes nacidos de mujeres que ganan más peso durante el embarazo nazcan con tamaño pequeño para la edad gestacional o con bajo peso al nacer.

En esta etapa del ciclo vital de la mujer se aprecia un acelerado crecimiento y desarrollo de tejidos maternos y fetales, responsables ambos de una ganancia de peso cuyos componentes pueden ser divididos en dos partes: la que se atribuye al producto de la concepción (feto, placenta y líquido amniótico) y la que responde a la expansión de los tejidos de la futura madre (aumentan el útero, mamas, volumen sanguíneo, líquido extracelular, reservas de grasa; y especialmente, material nutritivo para afrontar la lactancia).

El estado nutricional pregestacional materno y la ganancia de peso durante la gestación son los factores más importantes relacionados con el peso al nacer (19,21), el cual es probablemente el parámetro que se relaciona más estrechamente con la morbilidad perinatal, crecimiento antropométrico y el desarrollo mental ulterior del recién nacido (19,22,23).

La ganancia de peso en el embarazo, además de estar relacionada con el consumo de alimentos, también tiene que ver con factores ambientales y los de naturaleza psicosocial. Las mujeres de grupos socio-económicos más deprimidos tienen mayor riesgo de ganar menos peso y de desnutrirse durante el embarazo y por lo tanto dar a luz productos con deficiente estado nutricional y menor posibilidad de crecer normalmente en la vida post natal. El estado nutricional de la gestante es posible evaluarlo mediante indicadores antropométricos, bioquímicos y clínicos. (24)

Existen evidencias que una de las maneras más sencillas de evaluar el estado nutricional de las gestantes, es cuantificando el peso pregestacional o de base, midiendo la talla y determinando la ganancia ponderal. Una de las formas más usadas es a través del Índice de Masa Corporal (IMC) a partir de la fórmula de Quetelet, cuyo valor se obtiene dividiendo el peso pregestacional entre la talla al cuadrado (peso/talla²)

expresado en Kg/m² (19) El IMC relaciona la estatura con el peso de la paciente, y se cree que es un mejor predictor de la composición de grasas corporales que el peso corporal real solo (26).

Los valores de clasificación del Instituto de Medicina (2009) de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC),

Situación del peso antes del embarazo (Categoría de índice de masa corporal)	Intervalos recomendados de ganancia de peso total, kg
Peso inferior al normal (<18,5)	12,5–18
Normal (18,5–24,9)	11,5–16
Sobrepeso (25–29,9)	7–11,5
Obesidad (≥30)	5–9

Adaptado del IOM [1].

¹ Los cálculos suponen una ganancia de peso de 0,5 a 2 kg en el prim

Según la OMS, el aumento promedio de peso para una mujer que inicia su embarazo con un adecuado peso deberá estar en el rango de los 6 a 12 Kg. Mongrut señala un rango más angosto para este aumento, pero con una media mayor a la que refiere la OMS, señalando que para las gestantes el rango adecuado debe ser de 10 a 11 Kg (27). Este autor refiere que este aumento se distribuirá de la siguiente manera:

- Kg que serán proporcionados por el peso ganado del producto desde la concepción.
- 1 Kg se deberá al incremento del peso magro que ocurre debido al crecimiento uterino.
- 0.5 Kg se originan del crecimiento y llenado de leche en las glándulas mamarias.
- 0.6 Kg será en promedio lo que pesarán la placenta, el cordón umbilical y membranas al final de la gestación.
- 1 Kg. Del peso será debido al líquido amniótico acumulado dentro de la cavidad amniótica.

- Kg será el producto del incremento de la grasa subcutánea y la retención de agua.

Todo este aumento que se producirá durante el tiempo que dura la gestación se produce de manera más progresiva, y de manera más menguada durante los tres primeros meses, ya que en este periodo el crecimiento del nuevo ser será microscópico, pero se llevará a cabo de una manera exponencial, hasta aproximadamente la décima semana de gestación, en donde el crecimiento ya puede observarse ectoscópicamente, El útero ya empieza a protruir desde su posición frecuente hasta distinguirse en el abdomen de la gestante, es así que, si en el primer trimestre la gestante aumentaba un promedio de 1 a 2 Kg. Por cada mes, a partir del segundo trimestre la ganancia de peso será superior por cada mes, ya que en estos meses el producto ya está formado casi en su totalidad y en adelante se dedicará a ganar peso, manifestándose con un aumento mucho más notorio del abdomen de la gestante. (28,29)

Por ello uno de los aspectos relevantes del control prenatal es el diagnóstico, evaluación y manejo de la condición nutricional de la embarazada. Es conocido el hecho de que el peso materno pregestacional y la ganancia ponderal durante el embarazo influyen directamente sobre el peso fetal. Es así como el bajo peso y la obesidad materna se relaciona con recién nacidos pequeños y grandes para la edad gestacional, respectivamente. Alrededor del 8.2% de los recién nacidos pesan más de 4 000gr. (30)

La atención prenatal permite identificar algunas complicaciones del embarazo y admite establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada, lo que significa un costo menor en su atención posterior, mejorando la atención y la calidad de vida de las gestantes y sus hijos. A la vez, reduce la morbimortalidad

materna y perinatal, los partos prematuros y el número de recién nacidos con bajo peso al nacer, al identificar diversos factores de riesgo biológicos. Implica no solo el número de visitas sino cuando fueron realizadas durante el transcurso del embarazo (31,32,33).

Los consejos nutricionales para la mujer embarazada han variado con el tiempo: anteriormente, las mujeres eran estimuladas a tener modestos incrementos de peso durante la gestación y a consumir dietas hipocalóricas, mientras que en otros momentos, fueron incentivadas a “comer por dos”, lo que contribuyó a ganancias de peso excesivas, con mayor patología materna y fetal.

En la actualidad se comprenden mejor cuáles son las necesidades nutricionales durante el embarazo y el rol de los diferentes nutrientes específicos para esta etapa de la vida, sin embargo, las recomendaciones en cuanto al consumo de energía y calorías, muchas veces no son concordantes y generan confusión en el equipo de salud (34).

Por ello, esta investigación surge a partir de las observaciones realizadas en el servicio de obstetricia durante los controles prenatales del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”. Se ha podido apreciar que el estado nutricional materno es un factor determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido, por ende la atención materna-fetal es considerada una prioridad, tanto a nivel nacional como mundial, debido a las elevadas tasa de mortalidad.

CLASIFICACIÓN DEL RN POR PESO Y EDAD GESTACIONAL

La utilidad de clasificar a los pacientes en diferentes categorías según distintas características, ya sean de sus antecedentes como de su

examen físico, surge por la necesidad de definir criterios de riesgo potencial que permitan prevenir o resolver precozmente patologías o complicaciones (35).

El objetivo básico de agrupar a los pacientes de esta forma es lograr con medidas sencillas y de bajo costo, la solución de inconvenientes que, de presentarse, aumentarían mucho el riesgo y también el costo de las soluciones posibles (35).

El primer criterio que se utilizó para clasificar al RN fue el peso de nacimiento con prescindencia de todo otro dato. Es por todos, conocida la gran división en RN con peso mayor o menor de 2500 gr. También se conoce la gran diferencia que existe entre estos dos grupos en mortalidad y morbilidad, tanto en el periodo neonatal como en etapas más alejadas. Esta clasificación fue mejorada pero aún puede ser de utilidad cuando se trata de comparar resultados entre distintos centros asistenciales (35,36).

En el año 1967, Battaglia y Lubchenco de la universidad de Colorado, publicaron su ya clásica clasificación de los RN según su peso y edad gestacional.

Para ello confeccionaron una tabla de crecimiento intrauterino con los pesos de nacimiento correspondiente a cada edad gestacional (EG) desde la semana 24 a la 46 del embarazo. Establecieron los percentiles 10 y 90, con una zona comprendida entre ambos que llamaron de peso adecuado. Los RN que estaban por encima del percentil 90 eran de alto peso y los que estaban por debajo de percentil 10 se denominaban de bajo peso (36).

Esto se complemento con la división de los RN según la duración del embarazo en tres grupos: a) RN de termino, entre 38 y 42 semanas, b) RN preterminos los nacidos con 37 semanas o menos, y c) RN nacidos

de postérmino, cuando el nacimiento se producía a las 42 semanas o más (37).

Esta división permite ubicar rápidamente a cualquier neonato con solo dos parámetros y tener una idea clara de los riesgos y de patologías que se deben prevenir.

En resumen podemos decir que la EG y el PN están íntimamente ligados a los antecedentes obstétricos y al pronóstico de todo RN (38).

EVALUACIÓN DEL PESO DE NACIMIENTO

Para evaluar si el peso de nacimiento (PN) es normal se debe:

Establecer un correcto diagnóstico de la edad gestacional.

Verificar en un estándar de peso al nacer si el peso registrado se encuentra entre los valores que se consideran normales (35).

Se entiende por peso normal aquel que es adecuado para la edad gestacional y restricción del crecimiento fetal a aquel neonato que se encuentra por debajo de dicho rango considerado normal(37,38).

Hablamos de bajo peso al nacer cuando el recién nacido pesa en el momento del nacimiento menos de 2500 gr. Cuando el peso se encuentra por debajo del percentil 10 que se corresponde con la edad gestacional, decimos que es un bajo peso para la edad gestacional, puede tratarse de un niño prematuro, término post-termino (37,38).

La organización mundial de la salud, define el parto prematuro como aquel finalizado antes de completar las 37 semanas de gestación o 259 días después del primer día del último periodo menstrual.

5.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

GANANCIA DE PESO DURANTE LA GESTACIÓN

El estado nutricional materno al inicio del embarazo, y el incremento de este a lo largo de la gestación, son factores determinantes del peso del producto al nacer, el cual es probablemente el parámetro que se relaciona más estrechamente con la morbilidad perinatal, crecimiento antropométrico y el desarrollo psicomotor ulterior del recién nacido.

La ganancia de peso de la mujer es el resultado del crecimiento del feto, la placenta, el líquido amniótico y los tejidos maternos. El feto representa aproximadamente el 25 % de la ganancia total, la placenta alrededor del 5 % y el líquido amniótico el 6 %.

La expansión de los tejidos maternos aporta dos terceras partes de la ganancia total. Se produce aumento del útero y las mamas y hay expansión del volumen sanguíneo, los líquidos extracelulares y las reservas de grasa. La expansión del volumen sanguíneo aporta el 10 % de la ganancia total. Cuando existe edema en miembros inferiores, la expansión de del líquido celular representa aproximadamente el 13 % de la ganancia total.

La toma del peso con regularidad es la única medición corporal con valor para evaluar la ganancia de peso en el embarazo. (27)

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo ideada por el estadístico belga L. A. J. Quetelet, por lo que también se conoce como índice de Quetelet. (27)

El IMC es igual a la masa en kilogramos dividida por el cuadrado de la estatura en metros.

Se calcula según la expresión matemática:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso}}{\text{estatura}^2}$$

Y las unidades de medida en el sistema MKS son:

$$\text{kg} \cdot \text{m}^{-2} = \text{kg}/\text{m}^2$$

El valor obtenido no es constante, sino que varía con la edad y el sexo. También depende de otros factores, como las proporciones de tejidos muscular y adiposo. En el caso de los adultos se ha utilizado como uno de los recursos para evaluar su estado nutricional, de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud. (27)

PESO AL NACER

El peso al nacer se refiere al peso del recién nacido inmediatamente después de su nacimiento. Tiene correlación directa con la edad a la que nació y puede estimarse durante el embarazo midiendo la altura uterina.

- ✓ **AEG:** Adecuado para la edad gestacional: cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de la curva de crecimiento intrauterino (CCI)
- ✓ **PEG:** Pequeño para la edad gestacional: cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.
- ✓ **GEG:** Grande para la edad gestacional: cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI.

Un neonato que se halle dentro del rango normal de peso para su edad gestacional se considera *apropiado para la edad gestacional* (AEG), mientras que el que nace por encima o por debajo del límite definido para la edad gestacional ha sido expuesto a un desarrollo fetal que lo predispone a complicaciones tanto para su salud como para la de su madre, ellas pueden ser macrosomía fetal o bajo peso al nacer respectivamente. (27)

VI. HIPÓTESIS:

6.1 HIPÓTESIS GENERAL

Existe correlación entre la ganancia de peso materno y el peso del recién nacido a término según la edad gestacional de gestantes atendidas en un Hospital Regional 2014.

6.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICA

- Existe correlación entre la ganancia de peso materno con el peso del recién nacido a término según la edad gestacional en las gestantes atendidas en un Hospital Regional 2014
- Existe correlación entre el IMC materno pregestacional con la ganancia de peso materno en las gestantes atendidas en un Hospital Regional 2014
- Existe correlación entre el IMC materno pregestacional con el peso del recién nacido a término según la edad gestacional en las gestantes atendidas en un Hospital Regional 2014
- Existe correlación entre la ganancia de peso materno y peso para la edad gestacional del recién nacido a término según la consulta a nutrición en las gestantes atendidas en un Hospital Regional 2014.

VII. VARIABLES DE INVESTIGACIÓN, OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables de estudio son:

V1: Ganancia de peso Materno

V2: Peso del recién nacido

La operacionalización se muestra en el Anexo N° 1.

II. CAPITULO MATERIAL Y MÉTODO

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

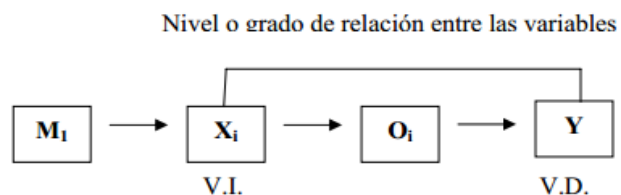
El presente trabajo es de tipo de investigación básica.

2.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es de nivel de investigación explicativo

2.3. DISEÑO GRÁFICO DE INVESTIGACIÓN

El diseño es correlacional.



- **M₁**: Muestras 1 (Un solo grupo de estudio)
- **X_i**: Variable(s) Independiente(s) de estudio. I= 1, 2, ...
- **O_i**: Observaciones i: Resultados a ser medidos respecto a la variable dependiente Y
- **Y**: Variable Dependiente de estudio

8.4 POBLACIÓN:

La población está constituida por 3101 gestantes y sus recién nacidos a término que fueron atendidas en el periodo Enero Diciembre 2014. Es decir aquellas historias clínicas perinatales de pacientes que tuvieron su atención de parto y sus recién nacidos a término que cumplan los criterios de inclusión de esta investigación realizado en un Hospital Regional.

8.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Está conformada por 71 pacientes y sus recién nacidos a término en el periodo Enero – Diciembre 2014, que posean las mismas características que la población y cumplan los criterios de inclusión de esta investigación.

8.6 TIPO DE LA MUESTRA

La muestra es de tipo no probabilística por conveniencia.

8.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

8.8.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Todas las historias clínicas de gestantes atendidas en un Hospital Regional 2014.
- ✓ Gestantes con ganancia de peso durante el embarazo, atendidas en un Hospital Regional 2014.
- ✓ Se incluyó a todas las gestaciones a término comprendidas entre las 37 a 41 semanas, atendidas en un Hospital Regional 2014.

- ✓ Gestantes entre los 20 a 35 años de edad. atendidas en un Hospital Regional 2014.
- ✓ Todas las historias clínicas perinatales que incluyan gestaciones únicas, atendidas en un Hospital Regional 2014.

8.8.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Todas las historias clínicas perinatales de gestantes y de sus recién nacidos que registraron alguna deformación congénita.
- ✓ Todas las historias clínicas de gestantes con alguna comorbilidad.
- ✓ Todas las historias clínicas de gestantes y de sus recién nacidos, que presenten ausencia de las variables ya planteadas en las historias clínicas.
- ✓ Todas las historias clínicas perinatales de gestantes cuyos recién nacidos presenten el diagnóstico de pre término y post-término.
- ✓ Todas las historias clínicas perinatales de RN de madres con hábitos nocivos (tabaco, alcohol, drogas)
- ✓ Todas las historias clínicas perinatales RN de madres con tratamientos médicos como corticoides, antineoplásicos.
- ✓ Todas las historias clínicas perinatales de gestaciones múltiples
- ✓ Todas las historias clínicas perinatales de gestantes adolescentes y añosas.

2.3 VALIDEZ DEL Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento de recolección de datos posee una validez de contenido por juicio de expertos, quienes revisaron el instrumento de recolección de datos.

Haciendo la operacionalización respectiva se obtuvo un valor de $P=0.01$.

La confiabilidad se realizó con el alfa de Cronbach con un valor de 0.806

2.5 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Para el procesamiento y aplicación del instrumento de recolección de datos se solicitó al Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” de Huancayo el acceso a las historias clínicas perinatales de gestantes (CLAP - OPS) y de sus recién nacidos que fueron atendidos en el año 2014, los datos fueron recolectados en el instrumento elaborado para tal fin, para su posterior procesamiento.

2.6 PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron procesados manualmente. Asimismo estos datos obtenidos en las Fichas de Recolección fueron almacenados en una base de datos creado en el paquete estadístico SPSS (Statistics Program for Social Sciences V 20.0), se realizaron los cálculos estadísticos.

2.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables fueron evaluadas mediante el análisis descriptivo e inferencial.

El análisis descriptivo nos permitió saber la frecuencia y porcentajes, en cambio el tipo de estadística descriptiva bivariada nos permitió obtener las tablas de correlación de las variables en estudio las cuales fueron presentadas en tablas con sus respectivos valores de correlación. En el análisis inferencial se utilizó la prueba Chi cuadrada y el coeficiente de

correlación de Pearson (prueba de asociación de dos variables cuantitativas).

2.8 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Se determinó la correlación de ganancia de peso materno y peso del recién nacido con las pruebas estadísticas: Chi cuadrado, coeficiente de contingencia C de Pearson.

2.9 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Al haberse obtenido datos de las historias clínicas no se requirió de ningún consentimiento informado, por otra parte en el instrumento de recolección de datos sólo se consignó número de historia clínica para corroborar la legalidad de los datos, mas no el nombre del paciente

III. CAPITULO RESULTADO

3.1 FRECUENCIAS DE CARACTERÍSTICAS GENERLES

Tabla 1: Frecuencias

	VARIABLE	n	%
Edad (años)	20 a 24	36	36,6
	25 a 29	23	32,4
	30 a 35	22	31,0
Grado de instrucción	Primaria	9	12,7
	Secundaria	35	49,3
	Superior	27	38,0
Estado civil	Soltera	12	16,9
	Casada	12	16,9
	Conviviente	47	66,2
Ocupación	Ama de casa	43	60,6
	Independiente	20	28,2
	Estudiante	5	7,0
	Profesional	3	4,2
Número de gestaciones	Primigesta	21	29,6
	Multigesta	50	70,4

Paridad			
	Nulípara	25	35,2
	Primípara	21	29,6
	Múltipara	21	29,6
	Gran múltipara	4	5,6
Índice de MC			
	Bajo	3	4,2
	Normal	54	76,1
	Sobrepeso	12	16,9
	Obesidad	2	2,8
Ganancia de peso materno			
	Insuficiente	37	52,1
	Adecuada	29	40,8
	Excesiva	5	7,0
Consulta a nutrición			
	Si	62	87,3
	No	9	12,7
Sexo del R.N			
	Masculino	32	45,1
	Femenino	39	54,9
Peso para la EG del R.N			
	Pequeño	18	25,4
	Adecuado	51	71,8
	Grande	2	2,8
Peso (g) del R.N			
	< 2500	5	7,0
	2500 a 4000	64	90,1
	> 4000	2	2,8

3.2. RELACIÓN ENTRE GANANCIA DE PESO MATERNO Y PESO DEL RECIÉN NACIDO

Tabla 1: Relación entre la ganancia de peso materno y peso del recién nacido a término para la edad gestacional del RN
(n = 71)

Ganancia de peso materno	Peso del RN para la edad gestacional					
	Pequeño		Adecuado		Grande	
	RN	%	RN	%	RN	%
Insuficiente	15	40,5	22	59,5		
Adecuada	2	6,9	26	89,7	1	3,4
Excesiva	1	20,0	3	60,0	1	20,0

$$\chi^2 = 15,812; \text{ Valor P} = 0,003; C = 0,427$$

En la tabla 2 se aprecia que existe relación directa y significativa entre ganancia de peso materno y peso para la edad gestacional del recién nacido a término, pues el 40,5% de las gestantes con ganancia de peso insuficiente tienen recién nacidos a término peso pequeño para la edad gestacional, el 89,7% de las madres con ganancia de peso adecuada tienen hijos con peso adecuado para la edad gestacional y el 20% de las madres con ganancia de peso excesivo tienen hijos con peso grande para la edad gestacional. La magnitud de esta relación es del orden del 42,7% (moderada: 0,4 a 0,6), dada por el coeficiente de contingencia C de Pearson.

En el gráfico 1 se percibe que la relación entre la ganancia de peso materno (kg) y el peso del RN (gramos) es directa o positiva con tendencia creciente, lo que indica que a mayor ganancia de peso materno, mayor es el peso del RN y, a menor ganancia de peso materno, menor es el peso del RN. Esta presentación ratifica la afirmación establecida por la chi cuadrada.

Gráfico 1

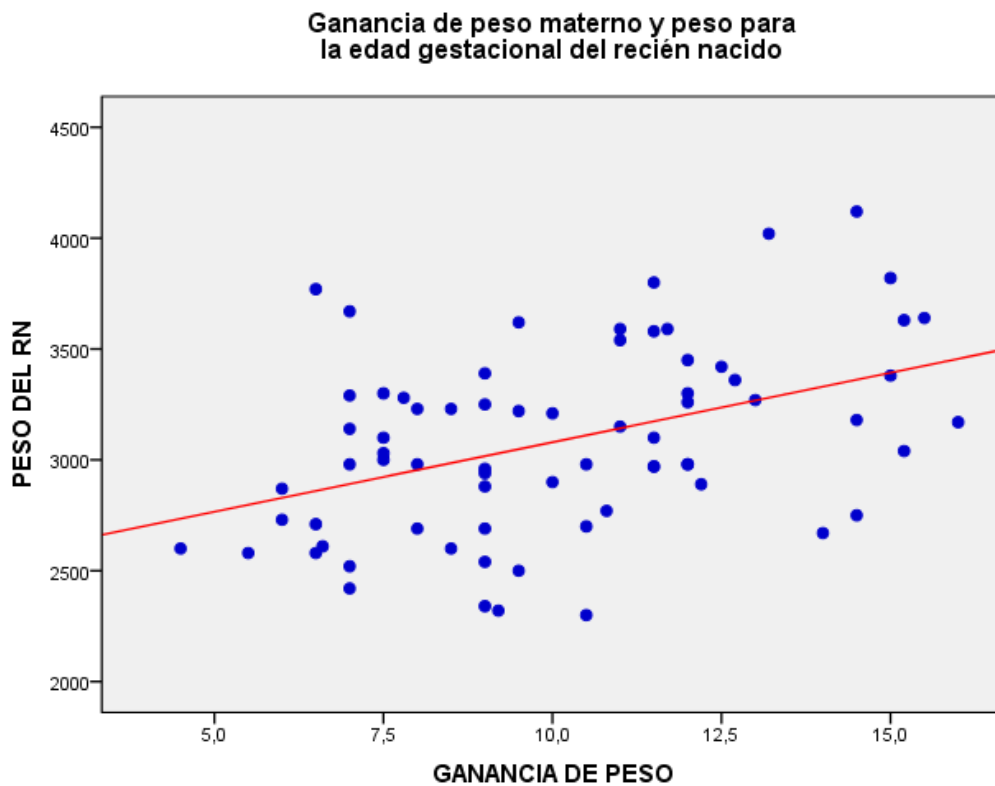


Tabla 2^a: Relación entre la ganancia de peso materno y peso del RN a término
(n = 71)

Ganancia de peso materno	Peso del RN (kg)					
	< 2500		2500 a 4000		> 4000	
	RN	%	RN	%	RN	%
Insuficiente	5	13,5	32	86,5		
Adecuada			28	96,6	1	3,4
Excesiva			4	80,0	1	20,0

$$\chi^2_{\text{cal}} = 11,163 \quad \text{Valor P} = 0,025 \quad C = 0,369$$

En la tabla 2A se observa que existe relación directa y significativa entre ganancia de peso materno y peso del recién nacido a término, pues el 13,5% de las madres con ganancia de peso insuficiente tienen hijos con peso inferior a 2500 gramos, el 96,6% de las madres con ganancia de peso adecuada tienen hijos con peso de 2500 a 4000 gramos y el 20% de las madres con ganancia de peso excesivo tienen hijos con peso mayor a 4000 gramos. La magnitud de esta relación es del orden del 36,9% (baja: 0,2 a 0,4), dada por el coeficiente de contingencia C de Pearson.

De los resultados de las tablas 2 y 2A se deriva que, en un Hospital Regional de Huancayo, existe relación significativa entre la ganancia de peso materno y el peso para la edad gestacional del recién nacido y, entre la ganancia de peso materno y el peso del recién nacido.

Con estos resultados se afirma o acepta la hipótesis de investigación:

“Existe correlación significativa entre la ganancia de peso materno y el peso del recién nacido a término en un Hospital Regional 2014”.

3.3 RELACIÓN ENTRE IMC DE LA MADRE Y GANANCIA DE PESO MATERNO

Tabla 3: Relación entre IMC materna pregestacional y ganancia de peso materno (n = 71)

IMC de la Madre pregestacional	Ganancia de peso materno					
	Insuficiente		Adecuada		Excesiva	
	Madres	%	Madres	%	Madres	%
Bajo	2	66,7	1	33,3		
Normal	33	61,1	21	38,9		
Sobrepeso	2	16,7	7	58,3	3	25
Obesidad					2	100

$$\chi^2_{\text{cal}} = 40,754 \quad \text{Valor P} = 0 \quad \text{C} = 0,604$$

En la tabla 3 se aprecia que existe relación directa y significativa entre índice de masa corporal de la madre y ganancia de peso materno, pues el 66,7% de gestantes con bajo IMC o el 61,1% con IMC normal poseen ganancia de peso insuficiente, el 58,3% de madres con sobrepeso tienen ganancia de peso adecuada y el 100% de madres con obesidad poseen ganancia de peso excesiva. La magnitud de esta relación es del orden del 60,4% (alta), dada por el coeficiente de contingencia C de Pearson.

3.4 RELACIÓN ENTRE IMC DE LA MADRE Y PESO DE RECIÉN NACIDO

Tabla 4: Relación entre IMC materna pregestacional y peso del recién nacido a término
(n = 71)

IMC de la Madre pregestacional	Peso del RN					
	PEG		AEG		GEG	
	RN	%	RN	%	RN	%
Bajo	2	66,7	1	33,3		
Normal	4	7,4	49	90,7	1	1,9
Sobrepeso			11	91,7	1	8,3
Obesidad			2	100		

$\chi^2_{\text{cal}} = 5,767$ Valor P = 0,045

En la tabla 4 se aprecia que existe relación directa y significativa entre índice de masa corporal de las gestantes y peso del recién nacido, pues el 66.7% de gestantes con bajo IMC pregestacional tuvieron PEG, el 33.3% de gestantes con bajo IMC tuvieron AEG, el 90,7% de gestantes con IMC normal obtuvieron AEG, y solo el 8.3% de gestantes con sobrepeso obtuvieron GEG.

3.5 RELACIÓN ENTRE GANANCIA DE PESO MATERNO Y DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO, SEGÚN CONSULTA A NUTRICIÓN

Tabla 5: Relación entre la ganancia de peso materno y peso para la edad gestacional del RN a término, según consulta a nutrición

Consulta a nutrición	Ganancia de peso materno	Peso del RN para la edad gestacional					
		Pequeño		Adecuado		Grande	
		RN	%	RN	%	RN	%
Si (n = 62)	Insuficiente	10	31,2	22	68,8		
	Adecuada	1	4,0	23	92,0	1	4
	Excesiva	1	20,0	3	60,0	1	20
No (n = 9)	Insuficiente	5	100				
	Adecuada	1	25	3	75		

Si: $\chi^2_{\text{cal}} = 12,019$ Valor P = 0,017 C = 0,403

No: $\chi^2_{\text{cal}} = 5,625$ Valor P = 0,018 C = 0,620

En la tabla 5 se aprecia que existe relación directa y significativa entre ganancia de peso de las madres que realizaron o no consulta a nutrición y, peso para la edad gestacional del recién nacido a término. La magnitud de estas relaciones es del orden del 40,3% (moderada) y 62% (alta) para las madres que realizaron o no consulta a nutrición, respectivamente, dada por el coeficiente de contingencia C de Pearson.

IV. CAPITULO

DISCUSIÓN

En nuestra investigación encontramos que existe una relación positiva entre la ganancia de peso materno y el peso del recién nacido a término con una $p=0.003$ y una correlación de orden moderada con la C de Pearson = 0.427 la cual nos demuestra que a más ganancia de peso encontramos que hay menos el riesgo de obtener pequeños para la edad gestacional. Fue similar el hallazgo con una $P < 0.001$ de esta relación según Erika Ota¹¹ en la cual también encuentra una $p < 0.001$ para el más alto ganancia de peso de lo recomendado tiene el riesgo de tener un bebé demasiado grandes para la edad gestacional ($p < 0,001$).

Al igual que en la investigación que realizó Miranda⁸ en su investigación realizada en Brasil, también encontró que el peso al nacer también se correlacionó con peso total aumentar durante el embarazo a través de correlación a través del coeficiente de Spearman (0,19; $P < 0,01$). Este resultado es similar debido a que esta

investigación se realizó en un contexto similar al de nuestra investigación en un hospital público, sin embargo, presenta un estudio de tipo cohorte.

También encontramos que S. Lumbanraja⁴ mostró en su estudio que existe una correlación significativa entre la ganancia de peso materno total peso al nacer del recién nacido con $p = 0,030$, pero muestra una correlación débil ($r = 0,2$). mientras que nuestra investigación encontró una correlación moderada que es del orden de $C = 0,427$.

En nuestro estudio también se evidenció que la ganancia de peso inadecuada baja a lo recomendado es de 52,1%, el 40,8% ganancia de peso adecuada y el 7% ganancia de peso inadecuada alta a lo recomendado, en contraste con lo encontrado en el estudio de Johnson³ en su estudio de doble ciego realizado en Pensilvania, encontró que la mayoría en un 73% de las mujeres ganó más peso de lo recomendado, menos de 1 de cada 5 (17.5%) se mantuvo dentro de las directrices, mientras que 1 en 10 (9,5%) ganaron menos de lo recomendado además que las mujeres con un IMC normal antes del embarazo que ganó menos de lo recomendado.

Milka⁵ en su investigación estableció que la ganancia insuficiente de bajo peso gestacional aumenta adicionalmente la tasa de recién nacidos PEG en el grupo de madres con bajo IMC antes del embarazo ($p = 0,02$), en nuestra investigación vemos similitud ya que la ganancia de peso insuficiente baja durante la gestación presenta un 40.6% de obtener un pequeño para la edad gestacional.

Park¹² en su investigación encontró que el 41,6% de las mujeres comenzó el embarazo con sobrepeso y la obesidad de estos el 51,2% aumentaron de peso en exceso durante el embarazo sobre la base de recomendaciones de 2009 del Instituto de medicina, no obstante nuestra investigación muestra que las gestantes inician el embarazo con un IMC normal pre gestacional y de las que inician con sobrepeso y el 25 % aumentaron de peso de forma exagerada durante el embarazo. Además encontró que la ganancia de peso bajo en el embarazo de lo recomendado se asoció con mayores probabilidades de pequeños para la edad gestacional similar al nuestro.

En otra investigación realizado por Tarqui³⁹ elaborado en Perú en la cual realizó un estudio que incluía a todas las regiones del país, encontró que las gestantes que iniciaron el embarazo con sobrepeso fueron más prevalentes en Junín (62,6%). Mientras que en nuestro estudio nuestras gestantes iniciaron con IMC pregestacional normal 76.1%, además se encontró que a nivel nacional la mayoría de las gestantes inició el embarazo con exceso de peso (sobrepeso u obesidad); de estas, la mitad tuvo ganancia de peso insuficiente, mientras que nosotros encontramos que un 16.7% de gestantes con sobrepeso al inicio de su gestación tuvieron una ganancia inadecuada baja de peso.

También encontró que del total de gestantes con peso normal al inicio del embarazo, las dos terceras partes tuvieron ganancia de peso insuficiente siendo muy afín a nuestra investigación que encontró un 61.1%.

Dado los contrastes encontrados en la presente investigación se sugiere ampliar este estudio mediante niveles de investigación de mayor complejidad como son: los niveles explicativos.

V. CAPITULO

CONCLUSIONES

1. La ganancia de peso materno y el peso del recién nacido a término según la edad gestacional se correlaciona estadísticamente significativamente ($p=0.003$) con un orden moderado según el coeficiente de Pearson 0.427.
2. Se establece que el IMC materno pregestacional y la ganancia de pesomaterna se correlaciona estadísticamente significativamente ($p=0.00$) con un coeficiente de Pearson 0.604.
3. El IMC materno pregestacional y el peso del recién nacido a término se relaciona significativamente ($P=0.045$)
4. Por último, encontramos que existe relación directa y significativa entre ganancia de peso materno y el peso del recién nacido a término según la consulta a nutrición encontrando que las que no realizaron consulta a nutrición obtuvieron mayor porcentaje de pequeños para la edad gestacional y los que realizaron consulta a nutrición obtuvieron en mayor porcentaje adecuados para la edad gestacional.

VI. CAPITULO RECOMENDACIONES

Reforzar dentro de los programas de atención materna en el aspecto nutricional de nuestras gestantes, ya que encontramos en nuestra investigación un gran porcentaje de gestantes con ganancia insuficiente de peso, además de servir como referencia para la actualización de políticas públicas y para subrayar la importancia social que tiene el tema nutricional en el país.

Así mismo, recomendamos que la medición del peso ponderal materno de forma obligatoria desde el primer control pre natal sobretodo antes de las 12 semanas de gestación; y a partir de ello sea monitoreado cada control de ganancia de peso hasta el momento del parto.

Por último, esta investigación podría servir como un precedente en la realización de investigaciones futuras en las cuales se podría realizar una clasificación nacional en distintas poblaciones y estratos socio-económicos sobre la adecuada ganancia de peso durante la gestación y así poder obtener un recién nacido con adecuado peso al nacer, y así evitar las complicaciones durante el embarazo y del recién nacido.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Grados Valderrama Flor de María, Cabrera Epiqueñ, Ronald, Díaz Herrera Jorge. Estado nutricional pregestacional y ganancia de peso materno durante la gestación y su relación con el peso del recién nacido. *RevMedHered.* 2003; 14 (3): 128-5.
2. Carolina Godoy, Simony Lira Nascimento. A Population-Based Study on Gestational Weight Gain according to Body Mass Index in the Southeast of Brazil. *RevPhysiologyJournal* (2014) 2014: 1-6.
3. Johnson J, Clifton R. Pregnancy outcomes with weight gain above or below the 2009 Institute of Medicine guidelines. *RevObstet and Gynecol.* 2013; 121(5):969-75.
4. S. Lumbanraja, D. Lutan, I. Usman. Maternal Weight Gain and Correlation with Birth Weight Infants. *Procedia - Social and BehavioralSciences.* 2013; 103 (1): 647 – 656.
5. MilkaJeric, DamirRoje. Maternal pre-pregnancy underweight and fetal growth in relation to institute of medicine recommendations for gestational weight gain. *Revearlhumdev* (2013) 89(5):277–281.
6. SuttanarattApiwantana, RatchadawanSooklim. Effect of Gestational Weight Gain on Pregnancy Outcomes in Underweight Pregnant Women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* (2013) 21(3):124-131.
7. Michele Drehmer, Bruce Bartholow Duncan. Association of Second and Third Trimester Weight Gain in Pregnancy with Maternal and Fetal Outcomes. *RevPlosone.* (2013) 8 (1): 1-8.

8. Bárbara Miranda Ferreira Costal, Régis Resende Paulinelli, Maria Alves Barbosa. Association between maternal and fetal weight gain: cohort study. Sao Paulo Med J. 2012; 130(4):242-7.
9. Nobuko Harita, Masatoshi Kariya. Gestational bodyweight gain among underweight Japanese women related to small-for-gestational-age birth. Rev J. Obstet. Gynaecol. (2012) 38(9): 1137–1144.
10. S Upadhyay, RP Biccha, MT Sherpa, R Shrestha and PP Panta. Association between maternal body mass index and the birth weight of neonates. Nepal Med Coll J. 2011; 13(1): 42-45.
11. Erika Ota, Megumi Haruna, Motoi Suzuki, Dang Duc Anh, Le Huu Tho, Nguyen Thi Thanh Tam. Maternal body mass index and gestational weight gain and their association with perinatal outcomes in Viet Nam. Bull World Health Organ. 2011; 89:127–136.
12. Sohyun Park, William M. Sappenfield. Assessment of the Institute of Medicine Recommendations for Weight Gain During Pregnancy: Florida, 2004–2007. Matern Child Health J (2011) 15:289–301.
13. Yunes Zárraga, Barrios Reyes. Efecto del estado nutricional de la madre sobre el neonato. Pediatría de México (2011) 13(3):103-8.
14. Danielle E. Durie, Lorelei L. Thornburg. Effect of Second-Trimester and Third-Trimester Rate of Gestational Weight Gain on Maternal and Neonatal Outcomes. Rev obstetrics & gynecology (2011) 118(3):569-575.

15. San José Pérez, Bárbara Idianis. Factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 37(4):489-501.
16. Sharon J. Herring, Emily Oken. Ganancia de peso durante el embarazo: Su importancia para el estado de salud materno-infantil. Ann Nestlé. 2010;68:17–28.
17. Krasovec K, Anderson M., Pan American Health Organization. Maternal Nutrition and Pregnancy Outcomes: Anthropometric Assessment. American Health Organization. Washington DC. 1991.
18. WHO. A WHO collaborative study of maternal anthropometry and pregnancy outcomes. Int J Gynecol Obstet 1997;57:1-15.
19. Vilchez, A, Ávila D, Maternal Nutritional Factors and Low Birth Weight in a Health Area, Rev Finlay, 2013;3(1):4-13. Disponible en <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/172>.
20. WHO. Maternal anthropometry for prediction of pregnancy outcomes: Memorandum from a USAID/ WHO/PAHO/ Mothe Care meeting. Bull WHO 1991;69: 523-532.
21. Pacora P, Ruiz S. Nutrición Materna : Comer por dos para el bienestar del embarazo y la progenie?. Ginecología y Obstetricia 1995;41:8-17.
22. Pacheco J. Aspectos maternos y fetales. Ginecología y Obstetricia 1995; 41: 21-31.
23. Kramer M. Maternal nutrition, pregnancy outcome and public healthy policy. Can Med Assoc J 1998; 159: 663- 665.

24. Durie D, Thornburg L. Effect of second trimester and third trimester Rate of Gestational Weight Gain on Maternal and Neonatal Outcomes, Rev Obstetrics & Gynecology 2011 vol. 118(3), 569-575.
25. Sandoval, Manzano E. Evaluación del índice de masa corporal, ganancia de peso materno y porcentaje de peso ideal en mujeres con embarazos normales. Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia 1999; 67:404-407.
26. Guidance for Healthy Weight Gain in Pregnancy, New Zealand, Ministry of Health, 2014
27. Mongrut Steane, A. Tratado de Obstetricia. Tomo I. 3a Ed. Lima: Mongrut Steane; 1999.
28. Burgoa J et al. Retardo del crecimiento uterino. Servicio de Neonatología del Hospital Clínico de Chile. 2003.
29. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil en el Perú. Lima-Peru 2004.
30. Norman J, Reynolds R, Consequences of obesity and overweight during pregnancy The consequences of obesity and excess weight gain in pregnancy. Rev Proceedings of the Nutrition Society 2011; 70(1):514
31. Casini y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramon Sarda 2002, 21 (2).
32. Schwarcz R y col. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado pre-concepcional y del control prenatal. Ministerio de Salud de la Nación. 2001. www.msal.gov.ar.

33. Sánchez Nuncio H et al. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad Neonatal. RevMedInstMex Seguro Soc 2005; 43 (5): 377-380.
34. Chaviano Quesada J et al. Edad materna, riesgo nutricional preconcepcional y peso al nacer. Rev Cubana AlimentNutr 2000;14(2):94-9.
35. Cifuentes Javier Manual de pediatría “Recién nacido: concepto, riesgo y clasificación”. Chile. 2002.
36. Cuba de la Cruz M, Reyes Ávila R “Bajo peso al nacer y edad materna” Rev. Cubana Med Gen Integral 1992, 8(4): 306-309
37. Ceriani Cernadas, Clasificación del recién nacido según su peso y edad gestacional, Editorial Médica Panamericana.1993.
38. Fustiñana, Carlos Alberto Retardo de crecimiento intrauterino, PRONAP (Programa nacional de actualización pediátrica). 2003:61-66.
39. Tarqui, C., Estado nutricional y ganancia de peso en gestantes peruanas, 2009-2010. AnFacmed. 2014;75(2):99-105

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS FORMULARIO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS EN LAS HISTORIAS

Ficha de Recolección N°..... N° H.C:.....

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estudio: “Ganancia de Peso Materno y Peso del Recién Nacido en un Hospital Regional 2014”

I. DATOS DE LA PACIENTE:

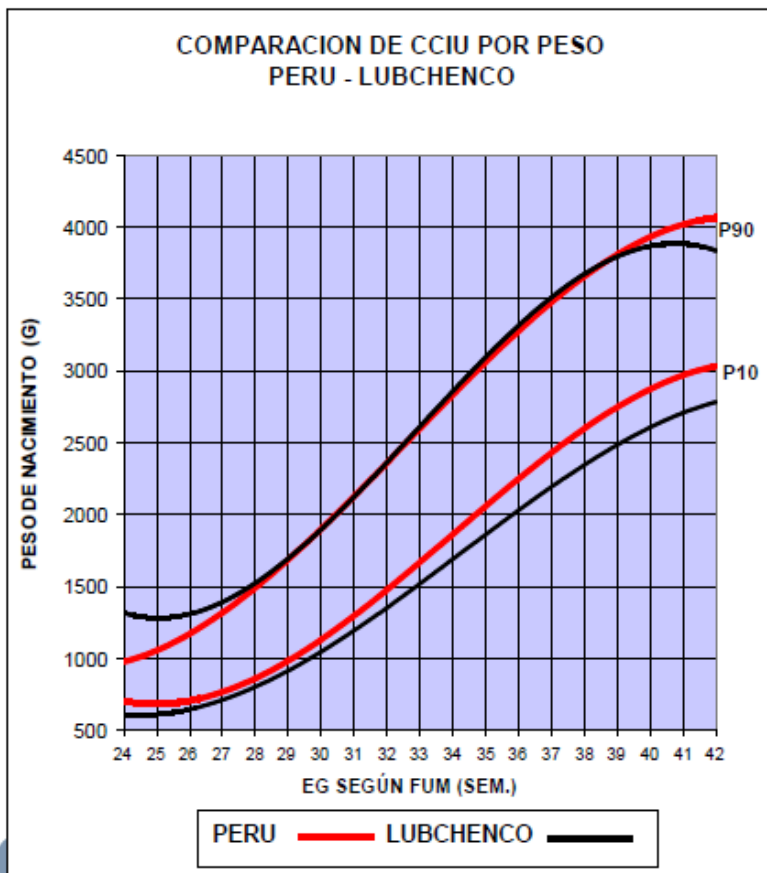
1. EDAD:(a) 20 – 24 (b) 25 – 29 (c) 30 - 35
2. ESTADO CIVIL: (a) Soltera (b) Casada (c) Conviviente (d) Otro
3. GRADO DE INSTRUCCIÓN: (a) Analfabeta (b) Primaria inc. (c) Primaria com.
(d) Secundaria inc. (e) Secundaria com. (f) Superior inc. (g) Superior com.
4. OCUPACIÓN: (a) Ama de casa (b) Independiente (c) Estudiante (d) Profesional

II. DATOS OBSTÉTRICOS:

5. N° Gestaciones: (a) Primigesta (b) Multigesta
6. Paridad: (a) Primípara (b) Multípara (c) Gran multípara
7. EDAD GESTACIONAL: (a) 37 (b) 38 (c) 39 (d) 40 (e) 41
8. N° DE CPN: (a) 0 (b) < 6 (c) >6
9. PESO HABITUAL: Kgr.
10. TALLA:cms.
11. IMC: (a) Bajo (b) Normal (c) Sobrepeso (d) Obesidad
12. GANANCIA DE PESO TOTAL (PESO ACTUAL – PESO PREGESTACIONAL):..... Kgr.
13. CLASIFICACIÓN DE GANANCIA DE PESO MATERNO:
(a) Ganancia de peso materno insuficiente (b) Ganancia de peso materno adecuada
(c) Ganancia de peso materno excesiva
14. CONSULTA A NUTRICIÓN: (a) Si (b) No

III. DATOS DEL RECIEN NACIDO:

- 15. SEXO: (a) Varón (b) Mujer
- 16. TALLA: cms.
- 17. Peso al nacer:Kg
- 18. PESO POR EDAD GESTACIONAL: (a) AEG (b) PEG (c) GEG
- 19. Clasificación del R.N según peso
 - (a) < 2500
 - (b) 2500 – 4000
 - (c) > 4000



Edad Gest.	Prctil. 10	Prctil. 50	Prctil. 90
24	533	621	708
25	611	711	811
26	705	821	936
27	815	948	1082
28	938	1092	1245
29	1073	1248	1424
30	1217	1417	1616
31	1370	1595	1819
32	1529	1780	2031
33	1693	1970	2248
34	1859	2164	2469
35	2027	2359	2691
36	2194	2553	2913
37	2358	2744	3131
38	2518	2930	3343
39	2671	3109	3547
40	2809	3269	3729
41	2953	3437	3921
42	3078	3582	4087

MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CIENTÍFICA 2007

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE VARIABLE	ESTADÍSTICA	VALOR DE MEDICIÓN
Edad Materna	Aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica	V. Numérica V. Cuantitativa	Razón	Desviación estándar Media	20 – 24 25 – 29 30 - 35
ESTADO CIVIL	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	V. Politómica V. Cuantitativa	Ordinal	Tabla de frecuencias y porcentajes	Soltera Casada Conviviente Otros
GRADO DE INSTRUCCIÓN	El <i>peso</i> ideal de cada <i>persona</i> viene marcado por su constitución corporal, su edad y su sexo.	V. Politómica V. Cuantitativa	Ordinal	Tabla de frecuencias y porcentajes	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
OCUPACIÓN	Vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien).	V. Politómica V. Cuantitativa	Ordinal	Tabla de frecuencias y porcentajes	Ama de casa Independiente Estudiante Profesional
NÚMERO DE GESTA	Numero de gestaciones incluidas la actual	V. Politómica V. Cuantitativa	Ordinal	Tabla de frecuencias y	Primigesta Multigesta

				porcentajes	
PARIDAD	Número embarazos que una mujer ha dado a luz.	V. Politómica V. Cuantitativa	Ordinal	Tabla de frecuencias y porcentajes	Nulipara Primípara Multípara Gran multípara
EDAD GESTACIONAL	Es una estimación de la edad gestacional basada en la fecha de última regla.	V. Politómica V. Cuantitativa	Ordinal	Tabla de frecuencias y porcentajes	37 Semanas 38 Semanas 39 Semanas 40 Semanas 41 Semanas
NÚMERO DE CONTROLES PRE- NATALES	Seguimiento médico que se realiza durante el embarazo.	V. Politómica V. Cuantitativa	Ordinal	Tabla de frecuencias y porcentajes	Ninguno Menor de 6 Mayor igual a 6
PESO HABITUAL MATERNA	El peso Indicador de la masa corporal,	V. Numérica	Razón	Desviación estándar Media	Kilogramos
TALLA MATERNA	Es un indicador fundamental para enjuiciar el crecimiento en longitud.	V. Numérica V. Politómica	Razón	Tabla de frecuencias y porcentajes	Metros
GANANCIA DE PESO TOTAL MATERNA	Es un indicador fundamental que nos permite saber cuánto es el aumento en Kg.	V. Numérica V. Politómica	Ordinal	Tabla de frecuencias y porcentajes	Kilogramos
CLASIFICACIÓN DE GANANCIA DE PESO TOTAL MATERNA	Es un indicador que permite clasificarla la ganancia de peso materno que nos permitirá definir si es adecuada o no.	V. Politómica V. Cuantitativa	Ordinal	Tabla de frecuencias y porcentajes	Inadecuada baja Adecuada Inadecuada alta
CONSEJERÍA NUTRICIONAL	Hace referencia a charlas y consejos que se imparte durante los controles del embarazo.	V. Politómica V. Cuantitativa	Ordinal	Tabla de frecuencias y porcentajes	Si No

SEXO DEL RN	Diferenciación entre masculino y femenino	V. Politémica	Nominal	Tabla de frecuencias y porcentajes	Masculino Femenino
PESO DEL RECIEN NACIDO	El peso Indicador de la masa corporal,	V. Numérica	Razón	Desviación estándar Media	Kilogramos
TALLA DEL RECIEN NACIDO	Es un indicador fundamental para enjuiciar el crecimiento en longitud.	V. Numérica	Razón	Desviación estándar Media	Metros
CLASIFICACIÓN DE PESO DEL RECIEN NACIDO	El peso indicador de la masa corporal del recién nacido.	V. Politémica V. Cuantitativa	Ordinal	Tabla de frecuencias y porcentajes.	Menor de 2500 Kg 2500 – 4000 Kg Mayor a 4000 Kg
PESO DEL RECIEN NACIDO DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL	Indicador del peso del recién de acuerdo a la edad gestacional materna	V. Politémica V. Cuantitativa	Ordinal	Tabla de frecuencias y porcentajes.	AEG PEG GEG

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO

CONSOLIDACIÓN DE EXPERTOS INFORMANTES DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.1 Autores del Instrumento de Recolección de datos: RONNIE LUIS SANCHEZ FLORES

EVELYN FIORELLA SEDANO SOLORZANO

1.2 Título de la investigación: GANANCIA DE PESO MATERNO Y PESO DEL RECIÉN NACIDO EN UN HOSPITAL REGIONAL 2014.

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN E INFORMANTES

EXPERTOS INFORMANTES E INDICADORES	CRITERIOS	Dr. LisberPaucar A.	Dra. Rosa Bejrano M.	Dr. Rafael Benavides E.	Dr. Isela Paitan S.	Dr. George Ricaldi V.	Dr. Sergio Guerra B.	e °	TOTAL	MEDIA ARITMÉTICA	VALOR "P"
CLARIDAD	El vocabulario empleado para el grupo etario de la investigación	80%	85%	85%	85%	80%	75%	00.5	81.66%	81.66	0.01
OBJETIVIDAD	El instrumento esta expresado en comportamientos observables	75%	81%	80%	80%	80%	80%	00.5	79.33%	79.33	0.01
ACTUALIDAD	Adecuado para la investigación	85%	80%	80%	80%	75%	81%	00.5	80.16%	80.16	0.01
ORGANIZACIÓN	El orden de los ítems y áreas es adecuado	80%	75%	85%	75%	80%	85%	00.5	80%	80	0.01
SUFICIENCIA	El número de ítems propuestos es suficiente para medir la variable	90%	81%	75%	81%	75%	77%	00.5	79.83%	79.83	0.01
INTENCIONALIDAD	El instrumento responde a objetivos planteados	80%	81%	85%	85%	80%	90%	00.5	83.5%	83.5	0.01
CONSISTENCIA	Tiene una base teórica y científica que la respalda	80%	88%	80%	90%	85%	80%	00.5	83.5%	83.5	0.01
COHERENCIA	Entre el problema, objetivos e hipótesis existe coherencia	75%	88%	80%	81%	80%	75%	00.5	79.83%	79.83	0.01
METODOLOGÍA	Se siguió pasos para la investigación	84%	90%	80%	85%	75%	90%	00.5	84%	84	0.01
PERTINENCIA	El instrumento es adecuado para la investigación	80%	90%	83%	85%	80%	77%	00.5	82.5%	82.5	0.01
PROMEDIO		80.9%	83.9%	81.3%	82.7%	79%	81%	00.5	81.22%	81.22	100%

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

A. ALFA DE CRONBACH

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	20	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,806	14

La confiabilidad se realizó con el alfa de Cronbach el cual da un valor de 0.806

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE
INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante : GUERRA BARANDIARÁN SERGIO JOSÉ
 1.2. Cargo e Institución donde labora : ESTADÍSTICA - ULADECA / UNLP.
 1.3. Nombre del Instrumentos motivo de evaluación: FICHAS DE REVISIÓN DE DATOS.
 1.4. Título de la Investigación: "CAMBIO DE PESO MATERNO Y PESO DEL RECIÉN NACIDO EN UN HOSPITAL REGIONAL. 2014."
 1.5. Autor del Instrumento:

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-20%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado				75%	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables				80%	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					81%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					85%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad				77%	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					90%
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos – científicos				80%	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				75%	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del diagnóstico					90%
10. PERTENENCIA	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación				77%	
PROMEDIO DE VALIDACIÓN						81%

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: 81 % **IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:** SI

(...) El Instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado.

(...) El Instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Huancayo, 02 de Febrero del 2015

Sergio Guerra Barandiarán
Dr. SERGIO GUERRA BARANDIARÁN
 Lf. 475 N° 16 - U.C.V.
 TRUJILLO - PERU

Firma del Experto Informante
 DNI N° 11143140 Teléfono: 984-450906

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DEL RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

1.2 Cargo e institución donde labora:

1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Encuesta para evaluación del ganancia de peso materno y peso del recién nacido en un hospital regional 2014.

1.4 Título de la investigación: "GANANCIA DE PESO MATERNO Y PESO DEL RECIEN NACIDO EN UN HOSPITAL REGIONAL 2014"

1.5 Autor del instrumento: Investigadores

II. ASPECTO DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Esta formulado con el lenguaje apropiado					85%
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observable				80%	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				80%	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización logia				75%	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					81%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					85%
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico - científico					90%
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					81%
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnostico					85%
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado pa el propósito de la investigación					85%
PROMEDIO DE VALIDACION						

III. PROMEDIO DE VALORACION: _____ %

(...) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado

(...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

Icela Patiño Santibañez
PEDIATRA
CMPA 2014

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DEL RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

1.2 Cargo e institución donde labora:

1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Encuesta para evaluación del ganancia de peso materno y peso del recién nacido en un hospital regional 2014.

1.4 Título de la investigación: "GANANCIA DE PESO MATERNO Y PESO DEL RECIEN NACIDO EN UN HOSPITAL REGIONAL 2014"

1.5 Autor del instrumento: Investigadores

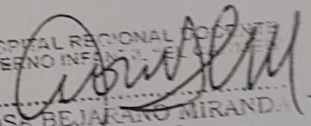
II. ASPECTO DE VALIDACION

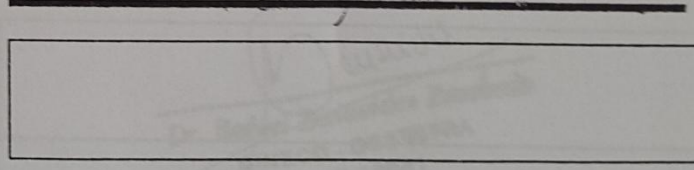
INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Esta formulado con el lenguaje apropiado					85%
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observable					81%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				80%	85%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización logia				78%	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					81%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					81%
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico - científico				80%	88%
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				80%	88%
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnostico				80%	90%
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación					90%
PROMEDIO DE VALIDACION						

III. PROMEDIO DE VALORACION: _____ %

(...) El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado

(...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.


 HOSPITAL REGIONAL DE PEDIATRIA
 MATERNO INFANTIL DEL VENEZUELA
 ROSA BEJARANO MIRANDA
 PEDIATRA
 C.I. 20095 RNE 22009



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

1.2 Cargo e institución donde labora:

1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Encuesta para evaluación del ganancia de peso materno y peso del recién nacido en un hospital regional 2014.

1.4 Título de la investigación: "GANANCIA DE PESO MATERNO Y PESO DEL RECIEN NACIDO EN UN HOSPITAL REGIONAL 2014"

1.5 Autor del instrumento: Investigadores


II. ASPECTO DE VALIDACION

	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy buena 61-80%	Excelente 81-100%
1.	1. CLARIDAD	Esta formulado con el lenguaje apropiado				80%	
2.	2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observable				80%	
3.	3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				75%	
4.	4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización logia				80%	
5.	5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad				75%	
6.	6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias				80%	
7.	7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico - científico					85%
8.	8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				80%	
9.	9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnostico				75%	
10.	10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación				80%	
10	PROMEDIO DE VALIDACION						

III. PROMEDIO DE VALORACION: _____ %

El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado

El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.


 Dr. George Roldán Victoria
 OBSTETRICIA
 N° 50455

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DEL RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

1.2 Cargo e institución donde labora:

1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Encuesta para evaluación del ganancia de peso materno y peso del recién nacido en un hospital regional 2014.

1.4 Título de la investigación: "GANANCIA DE PESO MATERNO Y PESO DEL RECIEN NACIDO EN UN HOSPITAL REGIONAL 2014"

1.5 Autor del instrumento: Investigadores

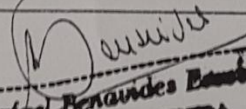
II. ASPECTO DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Esta formulado con el lenguaje apropiado					85%
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observable				80%	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				80%	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización logia					85%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad				75%	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					85%
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico - científico				80%	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				80%	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnostico				80%	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación					83%
PROMEDIO DE VALIDACION						

III. PROMEDIO DE VALORACION: _____%

() El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado

(...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.


Dr. Rafael Benavides Escobar
 SINECO - OBSERVATORIA
 RNE 18841

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DEL RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

1.2 Cargo e institución donde labora:

1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Encuesta para evaluación del ganancia de peso materno y peso del recién nacido en un hospital regional 2014.

1.4 Título de la investigación: "GANANCIA DE PESO MATERNO Y PESO DEL RECIEN NACIDO EN UN HOSPITAL REGIONAL 2014"

1.5 Autor del instrumento: Investigadores


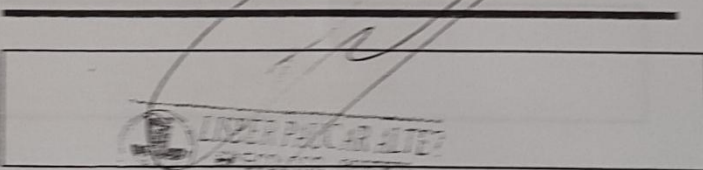
II. ASPECTO DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Esta formulado con el lenguaje apropiado				80%	
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observable				75%	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					85%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización logia				80%	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					90%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias				80%	
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico - científico				80%	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones				75%	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito del diagnostico					84%
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado para el propósito de la investigación				80%	
PROMEDIO DE VALIDACION						

III. PROMEDIO DE VALORACION: _____ %

El instrumento puede ser aplicado, tal como está elaborado

(...) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado.

BASE DE DATOS

*07 marzo 2015 base de datos.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

	EDAD	CIVIL	GRADO	OCUP	GEST	PARI	EGESTA	CPN	P.MAT	TALLA	IMC	GPESOT	CLA.GPM	NUT
1	1	3	4	2	1	0	2	3	43,0	1,54	1	12,5	2	1
2	1	1	5	1	1	0	2	3	56,0	1,60	2	10,5	1	1
3	3	3	6	2	2	1	2	1	52,0	1,56	2	11,5	2	2
4	2	2	6	1	1	0	2	2	48,0	1,55	2	11,5	2	1
5	2	1	6	4	1	0	2	3	67,0	1,63	3	15,5	3	1
6	3	3	5	1	2	2	2	1	50,0	1,60	2	9,0	1	2
7	2	3	4	1	2	0	2	2	48,0	1,42	2	11,5	2	1
8	2	3	5	1	2	2	3	3	48,0	1,51	2	7,5	1	1
9	1	1	5	2	1	0	2	2	59,0	1,50	2	4,5	1	1
10	3	2	5	1	2	2	2	2	64,0	1,51	3	6,6	1	1
11	2	3	5	2	2	1	2	3	58,0	1,62	2	15,0	2	1
12	2	3	2	1	2	2	2	2	65,0	1,57	3	6,0	1	1
13	3	3	4	1	2	3	2	2	58,0	1,43	3	7,0	2	1
14	3	3	2	1	2	2	3	3	52,0	1,47	2	12,0	2	1
15	3	3	2	1	2	3	2	3	63,0	1,51	3	7,5	2	1
16	3	3	1	1	2	2	2	3	47,0	1,48	2	6,0	1	1
17	3	2	5	1	2	2	2	3	64,0	1,51	3	7,5	2	1
18	3	3	3	1	2	2	2	3	53,0	1,48	2	10,5	1	1
19	1	1	6	2	1	0	2	3	47,0	1,48	2	16,0	2	1
20	3	3	4	2	2	2	2	3	67,0	1,46	4	8,5	3	1
21	1	3	5	2	1	0	2	2	45,0	1,46	2	10,5	1	1
22	1	3	4	2	2	1	2	3	57,0	1,52	2	6,5	1	1
23	1	3	6	4	1	0	2	1	51,0	1,52	2	8,0	1	2

*07 marzo 2015 base de datos.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	EDAD	Númerico	8	0	EDAD MATERNA	{1, 20 - 24}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
2	CIVIL	Númerico	8	0	ESTADO CIVIL	{1, Soltera}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	GRADO	Númerico	8	0	GRADO DE IN...	{0, Analfabe...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
4	OCUP	Númerico	8	0	OCUPACION	{1, Ama de ...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	GEST	Númerico	8	0	NUMERO DE ...	{1, Primiges...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
6	PARI	Númerico	8	0	PARIDAD	{0, Nulipara}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
7	EGESTA	Númerico	8	0	EDAD GESTA...	{1, < 37}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
8	CPN	Númerico	8	0	CONTROL PR...	{1, 0}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
9	P.MAT	Númerico	8	1	PESO MATER...	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
10	TALLA	Númerico	8	2	TALLA MATER...	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
11	IMC	Númerico	8	0	IMC MATERNA	{1, Bajo}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
12	GPESOT	Númerico	8	1	GANANCIA DE...	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
13	CLA.GPM	Númerico	8	0	CLASIFICACIO...	{1, Gananci...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
14	NUT	Númerico	8	0	CONSULTA A ...	{1, Si}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
15	HEMO	Númerico	8	0	HEMOGLOBINA	{1, < 7}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
16	SEXRN	Númerico	8	0	SEXO R.N	{1, Masculin...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
17	TALRN	Númerico	8	2	TALLA R.N	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
18	PESORN	Númerico	8	0	PESO DEL R.N	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
19	P.EDGEST	Númerico	8	0	PESO POR ED...	{1, Pequeño...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
20	CL.P.RN	Númerico	8	0	CLASIFICACIO...	{1, < 2500}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada