

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**  
**FILIAL CHOTA**



**TESIS**

**PESO/TALLA MATERNO Y SU RELACIÓN CON EL BAJO PESO  
DEL RECIÉN NACIDO EN EL SERVICIO DE  
GINECOOBSTETRICIA. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO  
CADENILLAS CHOTA, 2024.**

**PARA OPTAR TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

**BACH. ENF. ELVIRA VEGA LESCANO**

**ASESORA:**

**M.Cs. MIRIAM MERCEDES HURTADO SEMPETEGUI**

**CHOTA – PERÚ**

**2025**

## **CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD**

1. Investigador: **Elvira Vega Lescano**

DNI: **46790712**

Escuela Profesional/Unidad UNC: **Escuela Profesional de Enfermería**

2. Asesor: **M. Cs. Miriam Mercedes Hurtado Sempértegui**

Facultad/Unidad UNC: **Facultad de Ciencias de la Salud**

3. Grado académico o título profesional

☐ Bachiller

☒ Título profesional

☐ Segunda especialidad

☐ Maestro

☐ Doctor

4. Tipo de Investigación:

☒ Tesis

☐ Trabajo de investigación

☐ Trabajo de suficiencia profesional

☐ Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:

**PESO/TALLA MATERNO Y SU RELACIÓN CON EL BAJO PESO DEL RECIÉN  
NACIDO EN EL SERVICIO DE GINECOOBTETRICIA. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN  
SOTO CADENILLAS CHOTA, 2024**

6. Fecha de evaluación: **30/09/2025**

7. Software antiplagio: ☒ TURNITIN

☐ URKUND (ORIGINAL) (\*)

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **10%**

9. Código Documento: **oid: 3117:505729052**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

☒ APROBADO ☐ PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 30/09/2025

Firma y/o Sello  
Emisor Constancia



**M. Cs. Miriam Mercedes Hurtado Sempértegui**  
**DNI. 27361006**

\* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

**COPYRIGHT © 2025 by  
ELVIRA VEGA LESCANO  
Todos los derechos reservados**

## FICHA CATALOGRÁFICA

**VEGA E. 2025. Peso/Talla materno y su relación con el bajo peso del recién nacido en el servicio de Ginecoobstetricia. Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota, 2024.** / Elvira Vega Lescano / 74 pág.

Asesora: M.Cs. Miriam Mercedes Hurtado Sempértegui

Disertación Académica para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería – UNC 2025.

**HOJA DE JURADO EVALUADOR**

**TÍTULO DE LA TESIS:**

**PESO/TALLA MATERNO Y SU RELACIÓN CON EL BAJO PESO DEL  
RECIÉN NACIDO EN EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA. HOSPITAL  
JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS CHOTA, 2024.**

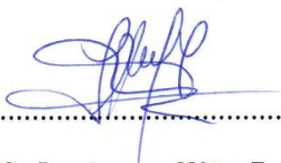
**AUTORA: Bach.Enf. Elvira Vega Lescano**

**ASESORA: M.Cs. Miriam Mercedes Hurtado Sempertegui.**

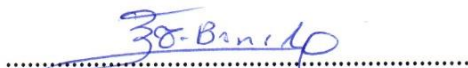
**JURADO EVALUADOR**



**Dr. Oscar Fernando Campos Salazar  
PRESIDENTE**



**M.Cs. Luz Amparo Núñez Zambrano  
SECRETARIA**



**M.Cs. Teófilo Benel Olivera  
VOCAL**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
"Norte de la Universidad Peruana"  
Fundada por Ley N° 14015 del 13 de Febrero de 1962  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MODALIDAD "A"

**ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA LA OBTENCION DEL TITULO  
PROFESIONAL DE LICENCIADA (O) EN ENFERMERIA**

Siendo las ...11 am... del ...15... de ...Setiembre... de 20...25..., los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico de Enfermería, reunidos en el ambiente...A 202... de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de Tesis denominada:

Peso / talla Materno y su relación en el bajo peso del  
Recién Nacido en el Servicio de Gineco Obstetricia, Hospital José  
Hernán Soto Cedemillo Chota, 2024

del (a) Bachiller en Enfermería:

Elvira Vega Descano

Siendo las ...12.45... del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: ...Aprobado..., con el calificativo de desaprobado (10) Bueno, con el cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra apto para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA**.

| Miembros Jurado Evaluador<br>Nombres y Apellidos |                                  | Firma |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|-------|
| Presidente                                       | Oscar Fernando Campos Salazar    |       |
| Secretario (a)                                   | Luz Amparo Nuñez Zambrano        |       |
| Vocal                                            | Teófilo Benel Olivera            |       |
| Accesitario (a)                                  |                                  |       |
| Asesor (a)                                       | Miriam Mercedes Huárida Sempetón |       |
| Asesor (a)                                       |                                  |       |

Términos de Calificación:  
EXCELENTE (19-20)  
REGULAR (12 - 13)

MUY BUENO (17 - 18)  
REGULAR BAJO (11)

BUENO (14 - 16)  
DESAPROBADO (10 a menos)

## **DEDICATORIA**

A Dios por la salud, las fuerzas y haberme ayudado siempre, en la realización de mi proyecto y tesis.

A mis padres por su amor, paciencia y apoyo incondicional, para culminar mi carrera profesional.

A mi querida hermana, Dianira por su apoyo incondicional, por darme el ánimo necesario que me impulso a seguir adelante.

***Elvira***

## **AGRADECIMIENTO**

A mi asesora, La M.Cs. Miriam Mercedes Hurtado Sempértegui quien, con sus orientaciones, sabios conocimientos y experiencia me guiaron para poder elaborar la presente tesis.

A mis profesores de la Universidad Nacional de Cajamarca, de la carrera, de Enfermería en la Filial Chota, mi agradecimiento infinito a todos, y todas por ser mi guía en todo mi recorrido estudiantil Universitario, por impartir sus conocimientos día a día.

A mis compañeros y amigos que me dieron su apoyo sin esperar nada a cambio me ayudaron compartiendo su conocimiento y a todas aquellas personas que en el transcurso de mi vida estudiantil estuvieron apoyándome de algún modo y lograron que éste sueño se haga realidad.

Agradezco a mi maravillosa familia por brindarme su apoyo incondicional y darme ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo, a todos ellos dedico este trabajo, porque han fomentado en mí el deseo de superación y de triunfo en la vida.

Los que han contribuido a la consecución de este logro. Espero contar siempre con su valioso e incondicional apoyo. Infinito agradecimiento.

***Elvira***



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

|                                                                  | Pág.      |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| DEDICATORIA.....                                                 | vii       |
| AGRADECIMIENTO.....                                              | viii      |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS.....                                        | ix        |
| LISTA DE TABLAS.....                                             | x         |
| GLOSARIO.....                                                    | xi        |
| RESUMEN.....                                                     | xii       |
| ABSTRACT.....                                                    | xiii      |
| INTRODUCCIÓN.....                                                | 1         |
| <b>CAPÍTULO I</b>                                                |           |
| <b>1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>                        | <b>4</b>  |
| 1.1 Definición y delimitación del problema de investigación..... | 4         |
| 1.2 Formulación del problema.....                                | 6         |
| 1.3 Justificación del estudio .....                              | 7         |
| 1.4 Objetivos: general y específicos .....                       | 8         |
| <b>CAPÍTULO II</b>                                               |           |
| <b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>                                     | <b>9</b>  |
| 2.1 Antecedentes del estudio .....                               | 9         |
| 2.2 Bases Teóricas .....                                         | 12        |
| 2.2.1 Teoría del cuidado .....                                   | 12        |
| 2.3. Base Conceptuales.....                                      | 13        |
| 2.3.1 Medidas antropométricas de la madre.....                   | 13        |
| 2.4. Hipótesis.....                                              | 21        |
| 2.5 Variables de estudio.....                                    | 22        |
| 2.5.1 Operacionalización de variables.....                       | 22        |
| <b>CAPÍTULO III</b>                                              |           |
| <b>3. MARCO METODOLÓGICO.....</b>                                | <b>23</b> |
| 3.1 Diseño y tipo de estudio .....                               | 23        |
| 3.2 Población de estudio.....                                    | 23        |
| 3.3 Criterios de inclusión y exclusión .....                     | 24        |
| 3.4 Unidad de análisis .....                                     | 24        |
| 3.5 Marco muestral.....                                          | 24        |
| 3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....        | 24        |
| 3.7 Procesamiento y análisis de datos .....                      | 25        |
| 3.8 Consideraciones éticas de la investigación.....              | 26        |
| <b>CAPÍTULO IV</b>                                               |           |
| RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....                                      | 29        |
| CONCLUSIONES.....                                                | 42        |
| RECOMENDACIONES .....                                            | 43        |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                 | 44        |
| ANEXOS .....                                                     | 50        |

## LISTA DE TABLAS

|                                                                                                                                                               | Pág. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Tabla 1:</b> Características sociodemográficas de la madre y RN en el servicio de Ginecoobstetricia. Hospital José H. Soto Cadenillas Chota, 2024.         | 29   |
| <b>Tabla2:</b> Peso materno antes del parto en el servicio de Ginecoobstetricia. del Hospital José H. Soto Cadenillas Chota, 2024.                            | 31   |
| <b>Tabla 3:</b> Talla materna antes del parto en el servicio de Ginecoobstetricia Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota, 2024.                           | 33   |
| <b>Tabla 4:</b> Peso del RN según clasificación de la OMS en el servicio de Ginecoobstetricia. del HJHSC, Chota, 2024.                                        | 35   |
| <b>Tabla 5:</b> Peso materno y su relación con el bajo peso del recién nacido Servicio de Ginecoobstetricia. del Hospital José Hernán Cadenillas Chota, 2024. | 37   |
| <b>Tabla 6:</b> Talla materna, y su relación con el peso del RN a término servicio de Ginecoobstetricia. Hospital José H. Soto Cadenilla Chota, 2024.         | 40   |

## **GLOSARIO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS**

1. HJHSC: Hospital José Hernán Soto Cadenillas
2. BPN: Bajo peso al nacer
3. OMS: Organización Mundial de la Salud
4. OPS: Organización Panamericana de la Salud
5. UNC-F-CH: Universidad Nacional de Cajamarca Filial Chota
6. RN: Recién nacido
7. PN: Peso Normal
8. EG: Edad Gestacional
9. ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
10. MINSA: Ministerio de Salud
11. DGSP: Dirección General de salud de las personas.
12. NTS: Norma Técnica de Salud
13. ENSIN: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional
14. INS: Instituto Nacional de Salud.

## RESUMEN

La investigación, tuvo como objetivo determinar la relación Peso/Talla materno y el bajo peso del Recién Nacido en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital JHSC-Chota 2024, de enfoque cuantitativo, de corte transversal y correlacional.; la recolección de datos fue a través de la entrevista y se usó un Formato Precodificado, luego se prescribió a los Carné de la Madre y del Niño(a) aplicado a 93 madres; con un muestreo representativo por conveniencia. Resultados: la clasificación del peso RN vivo a término según la OMS, (81,6%) se estableció en la categoría peso normal de (3000 a 3999gr). De las madres :44,1% tienen peso normal y su producto (RN) tienen peso normal (41.9%), seguido del 29% de madres con sobre peso, y 26,9% RN con peso normal, 18,3% de madres obesas, con 12,9% RN peso normal y 4,3% con obesidad; 8.6% de madres con bajo peso y 7,5% con RN bajo peso. La talla materna 44% talla adecuada (1,57 a 1,66m), el 32,3% con talla medianamente baja, y 21,5% con talla alta; de las cuales provienen 37,5%, RN con peso normal, y 19,7% de RN con bajo peso. 74,2% de madres tienen 20 a 34 años de edad, 46,2% multíparas, 35,5% primíparas, 88, 2% con edad gestacional a término, predominando el sexo masculino en RN. Se encontró relación directa entre el Peso/Talla materno y bajo peso del RN, coeficiente de correlación Rho de Spearman 0.496 positivo de valor moderado y una Sig.=0.000, se acepta la Ho. Concluyendo que el peso gestacional materno, contribuye a la varianza del peso del neonato en el HJHSC Chota.

Palabras clave: Peso Materno, recién nacido, peso bajo, gineco-obstetricia, hospital, Chota.

## ABSTRACT

This study aimed to determine the maternal weight/height relationship and low birth weight in the newborn in the Gynecology and Obstetrics Department of JHSC Hospital-Chota 2024. The approach was quantitative, cross-sectional, and correlational. Data collection was conducted through interviews using a pre-coded form. Mother and Child Cards were then issued to 93 mothers, using representative convenience sampling. Results: 81.6% of newborns were classified according to the WHO as normal weight (3000 to 3999 g). Of the mothers: 44.1% have normal weight and their product (RN) have normal weight (41.9%), followed by 29% of overweight mothers, and 26.9% RN with normal weight, 18.3% of obese mothers, with 12.9% RN normal weight and 4.3% with obesity; 8.6% of mothers with underweight and 7.5% with low weight RN. Maternal height 44% adequate height (1.57 to 1.66m), 32.3% with average short height, and 21.5% with tall height; of which come 37.5%, RN with normal weight, and 19.7% of RN with low weight. 74.2% of mothers were aged 20 to 34 years, 46.2% were multiparous, 35.5% were primiparous, and 88.2% had a full-term gestational age. Males predominated among newborns. A direct relationship was found between maternal weight/height and low birth weight. Spearman's Rho correlation coefficient was 0.496, moderately positive, and a Sig. = 0.000. The Ho was accepted. It was concluded that maternal gestational weight contributes to the variation in newborn weight at the Chota Hospital of the Hospital of Chota.

Keywords: Maternal weight, newborn, low birth weight, obstetrics and gynecology, hospital, Chota.

.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente, en el mundo el peso y talla de las madres es un indicador muy preocupante en la salud pública, que influye en el peso al nacer, el cual es, sin dudas, el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorios, por tanto, en la actualidad la tasa de mujeres gestantes con bajo peso alcanzan a un 29% (43) y según las tendencias estadísticas mundiales describen también que en las mujeres gestantes existen una prevalencia de sobrepeso de 59 % y de obesidad un 27% (9) y la tasa de recién nacidos con bajo peso al nacer (BPN) 16%, constituye un indicador general de salud. El mismo que se está observando con mucho interés debido a que en los últimos años, el bajo peso y talla mediana de las madres va en aumento y por consiguiente el bajo peso al nacer (43); de tal manera que la salud de la madre y del recién nacido cobra un papel predominantemente e importante para el estado Peruano, MINSA, para las instituciones y personal de salud en general.

La salud materna tiene un impacto significativo en el peso del recién nacido, si la gestante sufre de enfermedades crónicas o no recibe atención prenatal adecuada, pueden surgir complicaciones para el bebé, por ejemplo, la diabetes gestacional puede subir el riesgo de que el bebé presente un peso excesivo al nacer, por otro lado, la falta de atención prenatal adecuada puede limitar el control del embarazo, lo cual afecta la salud del feto; esta situación se convierte en un problema de salud pública que requiere intervención para disminuir el sufrimiento de la gestante y la familia, así como los costos asociados a la salud (43)

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de BPN es un indicador de gran utilidad para vigilar el progreso de las naciones, considera que la mortalidad en el primer año de vida es 14 veces mayor en los recién nacidos con BPN, que los niños que nacen con un peso normal. (37) En las últimas décadas, el BPN ha experimentado una tendencia a disminuir, con una prevalencia en países en desarrollo de 19 % y de 5 % a 7 % en los países desarrollados. En el 2019, el índice de BPN en la región de las Américas fue de 8,1 de manera general, mientras que el área de América Latina presentó un índice de 8,0. (27) En Cuba, se produce un incremento ligero hasta llegar a un índice de 5,4 en 2019. (6).

En el Perú, Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), presentó un índice de 7,3 de recién nacidos de bajo peso en el año 2019, esto está algo por debajo de los 8,1 de recién nacidos de bajo peso que ha presentado la región de las américas en el mismo año. (37)

Así mismo, según, ENDES 2023, el porcentaje de neonatos nacidos con bajo peso en la región Cajamarca, fue 6,9 % durante el año 2023, resultando el tercer lugar con mayor porcentaje de bajo peso al nacer a nivel nacional, después de Pasco (8,9 %) y Junín (8,6%). (32).

Sobre la base de esta premisa el Hospital JHSC Chota no está ajeno a esta situación 8,6% de bajo peso y talla 1.57m de madres y 2,2% de BPN; podemos inferir que está en mayor predisposición y en riesgo respecto al manejo óptimo del peso / talla de las gestantes así como del bajo peso de su producto (sus recién nacidos), debido no solamente a las enfermedades que puedan adquirir antes o después del parto si no a la promoción y prevención deficiente, a la educación sanitaria y trabajo articulado efectivo interinstitucional e intersectorial deficiente, sobre la nutrición y el ser y hacer de la alimentación nutricional de las gestantes y madres para el beneficio de las mujeres en edad fértil, adolescentes y embarazadas. De ahí que es importante que el personal de salud, autoridades y demás, esté altamente capacitados y sensibilizados para reflexionar y tomar decisiones fuertes y tenga el conocimiento acerca de la salud de las gestantes, madres y su producto, en beneficio de este binomio, por ende, del personal, comunidad y la población en general.

Todas estas razones explícitas líneas arriba han motivado realizar esta investigación con el objetivo de determinar el Peso y Talla Materno y su relación con el bajo peso del RN vivo a término en el servicio de Ginecoobstetricia del HHJSC- Chota,2024.

Estructuralmente este trabajo de investigación, comprende cuatro partes básicas: el primer capítulo se presenta el problema de investigación donde se define y se delimita, se hace una exposición de la situación problemática. En el segundo capítulo el marco teórico, se incluye antecedentes del estudio, antecedentes teóricos, conceptos básicos respecto al tema, hipótesis de investigación y variables. El tercer capítulo trata del diseño

metodológico y metodología de la investigación, incluye el diseño y tipo de estudio, la población, criterios de inclusión y exclusión, unidad de análisis, muestra, muestreo, técnicas de recolección de datos, la presentación y procesamiento, consideraciones éticas, dificultades y delimitaciones del estudio; el cuarto capítulo contiene los resultados en tablas estadísticas, así como la discusión de los mismos. Finalmente, las conclusiones expresadas en respuestas claras y recomendaciones consideradas de acuerdo a la naturaleza de la investigación.



## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Definición y delimitación del problema de investigación**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al peso de la gestante como uno de los indicadores más importantes para evaluar la evolución normal del embarazo y del estado nutricional del binomio (madre -niño). De igual manera define a la talla materno como un factor importantísimo para evaluar el riesgo de complicación en el embarazo y en el parto. Y sobre todo en el riesgo de mortalidad intrauterina y neonatal llegando a una conclusión según estudios estadísticos el sobrepeso la obesidad y el bajo peso materno en países de alto, mediano y bajos ingresos, esta población adquiere un sobre peso de 40% , obesidad del 15% y bajo peso 10% en el 2020 (8).

Según las tendencias estadísticas mundiales describen también que en las mujeres gestantes existen una prevalencia de sobrepeso de 59 % y de obesidad un 27% y bajo peso un 11%(9). Por lo que el peso al nacer se considera un predictor del futuro del recién nacido. El índice de mortalidad asciende a medida que disminuye el peso al nacer, para cualquier semana de la gestación, por lo que es un factor muy importante para la supervivencia del neonato, así como para un crecimiento y desarrollo saludables. (1)

Hay muchas causas que influyen en el crecimiento y desarrollo intrauterinos, pero es evidente por estudios realizados que son determinantes del desarrollo y funcionamiento placentario, factores de tipo fetales como son la gemelaridad, anomalías cromosómicas, malformaciones congénitas, factores ambientales, como lugar de residencia, uso de teratógenos, radiaciones, así como los maternos, donde encontramos las enfermedades asociadas con la gestación (anemia, sepsis urinaria, preeclampsia), hábitos tóxicos, paridad, edad materna, estado nutricional, etc. (2).

En América Latina y el Caribe ocurren dos nacimientos con bajo peso al nacer cada minuto y la contribución del bajo peso al nacer, a la mortalidad neonatal es del 75%.(3).

Las Alarmas maternos han adquirido gran relevancia por ser el medio de origen y desarrollo del embrión y al mismo tiempo receptores de las características sociales y ambientales. (2). Parece cierto que la malnutrición materna y la poca ganancia de peso durante la gestación, pueda tener entre otras alarmas, implicaciones inmediatas y a largo plazo sobre la salud fetal y a corto plazo en el bajo peso al nacer. (3)

Se ha evidenciado que el peso preconcepcional materno, es un factor condicionante del peso del recién nacido, independiente del efecto que pueda tener tanto la ganancia ponderal como los otros factores implicados en el peso del producto de la concepción. Existen otras variables antropométricas que se considera reflejan también la situación nutricional de la embarazada entre las que se encuentran la talla y el índice de masa corporal (IMC). En relación a la talla, interpretada como un indicador de la historia nutricional pasada, existen observaciones sobre la relación de ésta y el peso al nacer. De igual manera, las madres con talla de 1.43 cm tienen recién nacidos significativamente más pequeños que las madres más altas (4).

A todo ello, las observaciones realizadas en la población gestante en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital José Soto Cadenillas Chota, se aprecia que existe insuficiente conocimiento sobre la importancia del control de calidad del peso/ talla de la gestante, por parte del personal que labora en dicho servicio, por ende se desconoce el incremento de peso, durante y al final del embarazo; la consecuencia que pueda traer éste en el producto es decir en el Recién Nacido, así como la alarma de riesgo que lleva la gestante de bajo peso a un futuro retardo de crecimiento fetal intrauterino o a un próximo recién nacido de bajo peso, los cuales potencialmente pueden dar origen a un futuro lactante desnutrido. En tal sentido el porcentaje del Peso /Talla gestacional de aplicación en el presente trabajo se basaría en las medidas antropométricas perinatales y su relación con el bajo peso del RN.

En relación a la problemática expuesta, este estudio pretendió señalar algunos hechos relevantes que permitieron dar una visión del problema a nivel de la población gestante en el último trimestre de gestación y finalmente la necesidad de disminuir la incidencia del bajo peso al nacer es decir del recién nacido vivo a término, ya que las características en el embarazo y del peso al nacer, probablemente pueda guardar relación no muy bien definidas o bien definidas con la supervivencia infantil. La calidad de vida constituye la combinación de patrones prevalentes de la sociedad, lo

que denota realidades favorables y desfavorables de las que mucho tienen que ver con la supervivencia y vigilancia epidemiológica.

Planteamos que es necesario en primer lugar que se deberá reconocer la gravedad del problema y en segundo lugar a la voluntad política y social de las autoridades de salud del MINSA, Direcciones Regionales y subregionales de salud del País para aplicar políticas adecuadas y coherentes estableciendo programas coordinados y difundir una meta ambiciosa de estos programas, sería que los niños nazcan de embarazos controlados de calidad y el producto obtenido sea de peso favorable y con oportunidades de salud que redunden en vidas, familias y sociedades constructivas y de desarrollo.

En este contexto, la investigación sobre el peso y talla gestacionales y el BPN atañe a varias especialidades médicas, para replantear políticas públicas, además estudiar la producción científica en este campo complementa de manera eficaz las opiniones y los juicios emitidos por las autoridades de salud, proporciona herramientas útiles y objetivas para comprender la estructura temática de las principales líneas de investigación; lo cual propicia que los profesionales deban plantear estrategias para futuras investigaciones.

Por lo tanto, el presente trabajo se encontrará involucrado en el área de Materno infantil, específicamente en la nutrición de la embarazada y en el área de Salud Pública, en su afán de dar solución al problema de bajo peso del recién nacido a término; por lo que la presente investigación buscará, determinar la relación entre el Peso/Talla de la madre con el bajo peso del recién nacido en el Hospital José Soto Cadenillas Chota.

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cuál es la relación entre el Peso/Talla materno y el bajo peso del Recién Nacido en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2024?.

### **1.3. Justificación del estudio**

El Peso/Talla materno y el bajo peso del recién nacido (RN) en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota, 2024, Es de suma importancia porque constituye un problema grave debido a que la morbilidad y mortalidad materna perinatal cada día va en aumento. Es así, que el estado nutricional materno durante la gestación contribuye y es un determinante fundamental para el crecimiento fetal y el peso del recién nacido. Para ello varios estudios de tipo descriptivo, casos y controles, han establecido la relación entre peso/talla materna y bajo peso al nacer, el peso al nacer como evaluador de la maduración biológica del recién nacido, constituye un parámetro importante que se debe tener en consideración, pues cuando éste se encuentra por debajo de los 2500g se producen alteraciones importantes en los elementos que determinan el estado de salud de la población, es decir, el desarrollo físico, la morbilidad, la mortalidad infantil y perinatal, la invalidez.

La presente investigación fue relevante socialmente porque los resultados se dieron a conocer a las instituciones de salud encargadas de velar por el bienestar de la población gestante y su Recién Nacido, el gobierno local, regional y nacional sector salud con la finalidad de que sensibilicen a las familias y autoridades sobre la importancia de la alimentación nutritiva, controles gestacionales y cuidados de la gestante. Además, el estudio sirvió de base para otros investigadores que trabajen el tema, ya que en la actualidad es una línea de investigación poco desarrollada en la zona. Así mismo, aporta resultados que ayudan a comprender esta problemática tanto a la carrera de Enfermería como a las instituciones de salud y sociales, con la finalidad de implementar y establecer acciones en mejoras de la calidad de vida de la población gestantes y recién nacidos.

A todo ello este trabajo, beneficiará a las madres gestantes, a los recién nacidos, a la población materna e infantil, así como a las autoridades y trabajadores de salud del HJHSC- Chota y a la Universidad Nacional de Cajamarca- Filial Chota.

## **1.4. Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar la relación Peso/Talla materno antes del parto y el bajo peso del Recién Nacido vivo a término en el servicio de GinecoObstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota ,2024.

### **Objetivos específicos**

1. Analizar las características sociodemográficas de la madre y su Recién Nacido en el servicio de ginecoobstetricia. Hospital José H. Soto Cadenillas Chota 2024.
2. Identificar el peso /talla de las gestantes, antes del parto en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota, 2024.
3. Clasificar a los recién nacidos en categorías de peso según la OMS en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota, 2024?
4. Establecer la relación Peso/Talla materno antes del parto y el peso del Recién Nacido vivo a término en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota, 2024.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del estudio

La Organización Mundial de la Salud (OMS-2020) en un estudio “El sobrepeso y la obesidad materna en países de altos, medianos y bajos ingresos, estimó en 2020 en la población Gestante, un sobrepeso de 40 % y obesidad de 15%. (8) En Latinoamérica y el Caribe las estadísticas del informe World’s Women 2019, describen, en mujeres gestantes, una prevalencia de sobrepeso de 59 % y de obesidad 27 %. (9).

ENSIN, (2019), Colombia las cifras no se alejan de esta realidad, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2019, el exceso de peso en mujeres alcanza 59,5 % y la talla un promedio 1.66 cm. Se destaca que de las gestantes evaluadas en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2019; presentaron sobrepeso 24 % y obesidad 15,2 %, una talla medianamente alta con un incremento de la obesidad de 5,4 % respecto a la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2017. (10).

Guzmán F. Heredia, S. (2019). En su estudio. Peso materno y su relación con el peso y longitud al nacer del recién nacido en un Centro de Salud de Ecuador; objetivo, determinar el aumento de peso materno y su relación con el peso y la longitud en el nacimiento del recién nacido en un Centro de Salud, 2019. estudio no experimental, con un diseño transversal retrospectivo que incluyó a 164 gestantes y su neonatos seleccionados a través de los criterios de inclusión y exclusión. Resultados, gestantes entre 16 a 42 años promedio la talla 1.74 como máximo, 1.35cm mínimo y una mediana de 1.51 cm. ganancia de peso al inicio del embarazo, 32.2% tuvo baja ganancia de peso, 58.2% una ganancia de peso normal y 9.6% ganancia de peso mayor a lo recomendado. Peso del neonato adecuado al nacer 60.6%, mientras que el 31.5% inadecuado; 6.67% bajo peso al nacer y sólo el 1.21% excesivo. Peso al nacer con la edad de la madre hubo relación significativa ( $p$  de 0.0073) cuando más edad tenga la madre mayor es el peso del niño, comparado con gestantes adolescentes y jóvenes. Conclusión, la ganancia de peso y talla de la madre y el peso del niño al

nacer están relacionados, demostrando que la ganancia de peso puede influir en el peso del neonato. (11).

Monagas, D. Travieso (2018). En su artículo científico: Peso, estado Nutricional materno y su relación con el peso al nacer en la Unidad Municipal de Materno Infantil-Boyerros. Habana-Cuba. 2018. Objetivo determinar la relación del peso y estado nutricional de la madre con el bajo peso y peso por debajo de los 1500 g al nacer. Estudio descriptivo retrospectivo, con una población de 78 madres de recién nacidos, cuyos resultados fueron: el 67.9% de niños presentó un peso por encima de 1500g; el 24.5% de madres se encontraban en 25 a 29 años. El 44% de niños nacidos con muy bajo peso procedían de madres clasificadas con sobre peso y obesas, mientras que en las madres con bajo peso y desnutridas solo se presentó en un 20%. Las madres que tuvieron adecuada y exagerada ganancia de peso fueron las responsables de la mayor cantidad de niños con peso inferior a los 1500g y más del 50% de las que ganaron exageradamente fueron madres clasificadas como sobre peso y obesas al inicio del embarazo. (12).

Ramírez, D. Calvo-Betancur<sup>1</sup>, V. Restrepo, S. Antioquia Colombia (2021). En su estudio, Efecto del comportamiento del peso y talla materno en el peso del neonato. 2021. Objetivo: evaluar el efecto del comportamiento del peso y talla materno en dos grupos, gestantes con recién nacido macrosómico (grande) y normopeso (peso normal). Estudio longitudinal retrospectivo. población 90. Instrumento historias clínicas del control prenatal de los último cinco años. se encontró que la estatura fue 1,57 m. 4,2 % presentó bajo peso, 57,3 % peso adecuado, 27,1 % sobrepeso y 11,5 % obesidad. El exceso de peso pregestacional en los grupos con recién nacidos macrosómicos y normopeso fue 47,9 % y 29,2 % respectivamente. De las gestantes con recién nacido macrosómico 64,6% presentaron ganancias de peso excesivas durante la gestación, en comparación con 29,2 % del grupo con recién nacido normopeso. Al observar la magnitud del efecto, se encontró que las mujeres con excesiva ganancia de peso durante la gestación tuvieron 3,16 veces más probabilidad de que su hijo fuera macrosómico, comparado con aquellas con ganancia de peso. El peso gestacional materno, contribuyó a la varianza del peso del neonato, especialmente en el grupo de gestantes con recién nacido macrosómico. Conclusión: La ganancia ponderal del peso y talla materna impacta el peso al nacer,

es decir que, a mayor peso y talla gestacional materno, mayor fue el peso del recién nacido. (13)

En Colombia (2023). Factores maternos relacionados con el peso al nacer de recién nacidos a término. estudio realizado a partir del registro de nacido vivo en un periodo de diez años y que incluyó cerca de seis millones de neonatos a término, se encontró que 33 % presentaron peso inadecuado al nacer; de los cuales 24,7 % tuvo peso insuficiente (entre 2500 y 2999 g), 3,8 % bajo peso ( $<$  a 2500 g) y 4,5 % macrosomía ( $>$  a 4000 g). El incremento en las cifras de macrosomía respecto a las de bajo peso, es reflejo de la situación de malnutrición por exceso en las mujeres y /o madres en edad reproductiva en el País. (14) .

En Perú, Ticona M, Huanco D (2019). En su investigación “Factores maternos que influyen en el peso del recién nacido en 29 Hospitales del Ministerio de Salud. Perú 2019. Objetivo: Determinar si la edad materna, escolaridad y paridad influyen en el peso del recién nacido en 29 Hospitales del Ministerio de Salud- Perú. Estudio retrospectivo, transversal, en 56 196 recién nacidos vivos de embarazo único de 37 a 42 semanas de gestación, sin factores que alteren el peso al nacer. Se analizó relación de peso al nacer con talla, peso, edad materna, escolaridad y paridad. Se calculó peso promedio, desviación estándar, percentil 50 y proporción de categorías de peso del recién nacido (bajo, insuficiente, adecuado y alto). Encontraron: 19,4% fueron madres adolescentes y 11,2% mayores de 35 años, con un promedio de 25,6 años y de talla fue 1.56m. El promedio de peso de recién nacidos fue 3,207 g. + 437 g., incrementándose conforme aumenta la edad materna; los RN de adolescentes presentaron 101 g. de peso menos que la población general y las mayores de 35 años 67 g. más ( $p < 0.01$ ). (15)

Morales N. Huancavelica (2020). En su investigación ganancia de peso materno y ganancia de peso del RN en gestantes en edad extrema atendidas en el Centro de salud Pichari 2020. Objetivo fue determinar la relación de la ganancia de peso materno con el peso del recién nacido en gestantes de edad extrema atendidas en el centro de salud Pichari. Estudio fue analítico correlacional retrospectivo de corte transversal, quienes encontraron que la ganancia de peso materno promedio es de 11.5 kg con peso que fluctúa entre 7 kg a 14 kg; el peso del RN promedio es 3.229



kg, el peso mínimo es 2.780 kg y el máximo de 3.931kg. La talla fue normal 88,2 % tuvieron 1.45 cm, en conclusión, éxito correlación significativa entre la ganancia de peso materno y el peso del RN. (31).

Valdivia T, (2020). Tesis. Factores maternos asociados al bajo peso del recién nacido a término, en el servicio de neonatología del Hospital Regional Docente de Cajamarca 2020. Objetivo: Determinar los principales factores maternos de riesgo, y dentro de ellos si el antecedente de hijo anterior nacido con bajo peso, es el factor de riesgo más importante asociado a bajo peso del recién nacido a término. Estudio: observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles, 103 historias clínicas de recién nacidos a término con bajo peso y en el grupo de controles 103 historias clínicas de recién nacidos a término con peso adecuado. Resultados: hijo anterior con bajo peso mostró que es factor de riesgo con asociación significativa, existe 4,4 veces más probabilidad de que vuelva a nacer un recién nacido a término con bajo peso. Llegando a la conclusión, el antecedente de tener un hijo anterior con bajo peso al nacer, es uno de los factores maternos de riesgo más importantes, para el bajo peso del recién nacido a término. (16)

ENDES. Cajamarca (2023), el porcentaje de neonatos nacidos con bajo peso en la región Cajamarca, fue 6.9 % durante el año 2023, resultando el tercer lugar con mayor porcentaje de bajo peso al nacer a nivel nacional, después de Pasco (8.9 %) y Junín (8.6%). (32).

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. Teoría del cuidado humanizado:**

La fuente principal de la teoría descrita por Jean Watson es el cuidado humanizado que Enfermería lo practica mediante una relación de ayuda y confianza entre el personal de enfermería y el paciente lo cual es de suma importancia para el bienestar biopsico-social.

Al desempeñar el cuidado se establece una relación enfermera- paciente, generando afecto, preocupación y responsabilidades de ambos. Este cuidado descubre lo humano, hace aflorar valores, principios, por lo que puede decirse que el cuidado

profesional es sinónimo del cuidado humanizado (18). El cuidado humanizado ha sido ampliamente desarrollado por la teórica de Enfermería Jean Watson, quien reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser; este ser es un ser en relación a otro que lo invoca (19). Este cuidado es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud (20). Watson postula que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. Es por lo expuesto que la experta hace un llamado a mejorar la enfermería actual y entrega un marco disciplinario con el cual trabajar en nuestra práctica diaria en los diferentes ámbitos de la enfermería, visualizando a la persona desde una mirada transformadora e integral, alejándose del modelo biomédico (21).

## **2.3. Bases Conceptuales**

### **2.3.1 Mediciones antropométricas de la madre**

La antropometría de la madre gestante, consiste en la obtención de datos sobre las características maternas para conocer las mediciones corporales entre las cuales son las más comunes la talla y el peso (22). El peso es uno de los elementos con que se cuenta para evaluar la evolución normal del embarazo y el estado nutricional de la madre y su niño, que permite conocer tanto a nivel individual como poblacional el riesgo de presentar recién nacidos de bajo peso (23). Talla materna es un factor importante está, relacionada con el riesgo de experimentar complicaciones en el embarazo y en el parto; así como en el riesgo de mortalidad intrauterina y perinatal. En ese sentido dado que la talla mediana de la mujer peruana esta, por debajo de 1.57m, es necesario tener algunas recomendaciones de ganancia de peso al respecto. (33)

De acuerdo con las guías del MINSA, la estatura materna se categoriza de la siguiente forma:

- Talla baja" es inferior a 1,45 m.
- Talla Mediana abarca desde 1,46 m hasta 1,56 m.
- Talla adecuada o normal, se sitúa entre 1,57m y 1,65 m.
- Talla alta, es cuando la estatura supera 1,67 m.

Resulta interesante que la estatura materna se divida en cuatro categorías: baja, mediana, Adecuada y alta, cada una con umbrales específicos. Según se expresa en la Resolución Ministerial N° 325-2019/MINSA, se resalta la importancia de identificar la “talla baja” (típicamente < 1,40 m) para la valoración del riesgo obstétrico en gestantes. En los lineamientos técnicos complementarios, por ejemplo, en la NTS n°105 – MINSA/DGSP.V.01, se establece que se debe prestar especial atención a las gestantes con estaturas bajas (alrededor de 1,40m). (41)

Dado que las cifras exactas pueden variar según la versión del documento normativo consultado, se recomienda a los profesionales revisar la última actualización de los lineamientos del MINSA para confirmar los rangos aplicables en cada contexto (33).

### **2.3.2 Incremento de peso durante el embarazo**

El aumento de peso durante el embarazo no es un fenómeno uniforme. Toda mujer normal tiene periodos de incremento que se apartan del promedio. En el presente estudio estaremos evaluando la ganancia de peso materno mediante el indicador Peso/Talla para cada edad gestacional. El cual se basará en porcentaje de adecuación y el peso para la talla por la edad gestacional (semanas de gestación) usaremos la gráfica de incremento de peso que muestra el Carné de control Materno Perinatal del Ministerio de Salud (MINSA), de control de la gestante (anexo 1). Esta se basa en el principio en que las madres más pequeñas deberán ganar menos peso que las madres más altas, así como las madres que inician un embarazo con bajo peso deben ganar más peso que la obesa. (23)

Este carné, clasifica a la embarazada en tres categorías: Bajo peso, Peso Normal, Sobre peso. El seguimiento permite conocer a nivel individual si va a hacer algún

peligro para la madre o para el feto; así como va a permitir orientar a la madre sobre aspectos de alimentación y nutrición si no evoluciona adecuadamente se le puede demostrar objetivamente cual es la falla. Además de permitir el cálculo del porcentaje del peso estándar, permite calcular el peso deseable al término del embarazo. haciendo uso de este carné. (17)

### **2.3.3 Mujer Gestante**

Según la OMS, una mujer gestante es aquella que se encuentra en estado de embarazo, es decir, desde la concepción hasta el parto y enfatiza la importancia de una atención prenatal temprana, periódica e integral para reducir los riesgos de complicaciones y muertes maternas y perinatales. (17)

### **2.3.4 Mediciones antropométricas en el neonato:**

Desde el proceso de diferenciación celular hasta alcanzar la madurez de los tejidos constitutivos del organismo, se observa una evolución permanente que se inicia desde la vida intrauterina hasta llegar a la etapa adulta. Durante este período se experimentan cambios en el genoma, sustentados básicamente por los llamados brotes de crecimiento y los efectos que van confiriendo el medio ambiente físico y psicosocial. La búsqueda de indicadores pronósticos del crecimiento, sensibles y específicos, es de gran importancia práctica, ya que la detección temprana y oportuna de disarmonías o alteraciones en el patrón de crecimiento permite una pronta intervención que disminuye la posibilidad de secuelas en las estructuras básicas somáticas. Sin embargo, es notoria la diversidad de criterios para la valoración de estos trastornos y su repercusión en el futuro. (24)

Las medidas antropométricas determinadas con exactitud y aplicadas a índices o comparadas con tablas, constituyen uno de los mejores indicadores del estado de nutrición, tanto en neonatos como en niños mayores, puesto que son de gran ayuda para la evaluación del crecimiento en estas etapas de la vida. Estas medidas pueden incluir talla o longitud supina, peso, pliegues cutáneos, perímetro braquial y cefálico, entre otras.

El peso y la talla son generalmente consideradas como las medidas más importantes para evaluar un crecimiento y estado de nutrición normales. También se incluyen

las medidas de perímetros y pliegues cutáneos, a pesar de que requieren de una estandarización más exacta en la toma de las medidas. El avance en el estudio exacto y cuantitativo del crecimiento se basa sobre todo en la introducción de técnicas de precisión no invasivas, para reconocer y medir las observaciones aplicando a los datos obtenidos el análisis gráfico, numérico y estadístico. (25)

La antropometría debe ser un procedimiento de rutina en las unidades de cuidados neonatales, ya que permite la identificación de neonatos con mayor riesgo de morbi-mortalidad y de aquellos que pueden sufrir una afección en el estado de nutrición. (25)

**2.3.5 Peso al nacer:** En el recién nacido el peso al nacimiento es uno de los indicadores antropométricos más importantes, que permite predecir la probabilidad de la supervivencia perinatal y el crecimiento, el indicador más sensible de la salud posnatal. Clasificación del recién nacido de acuerdo al peso al nacer:

- Macrosómico:  $> 4\,000\text{ g}$
- Peso normal:  $2\,500$  a  $3\,999\text{ g}$
- Bajo peso:  $< 2\,500$
- Peso muy bajo:  $< 1\,500\text{ g}$  (17)

**Bajo peso del recién nacido:** Definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el peso al nacer menor de  $2\,500$  gramos, independientemente de la edad gestacional y de la causa. (26).

El peso de un niño es el factor de mayor importancia por sí solo. Como determinante de sus posibilidades de supervivencia y de crecimiento y desarrollo sano, dado que el peso al nacer viene condicionado por el estado de salud y nutrición de la madre. El peso al nacer es la primera medición del recién nacido hecha después del nacimiento, dicho peso deberá ser tomado, preferentemente dentro de la primera hora de vida, antes que ocurra la pérdida posnatal significativa de peso.

Según la OMS clasifica al peso al nacer en 4 categorías:

- Bajo peso al nacer, peso inferior a  $2\,500\text{ gr}$
- Peso insuficiente, peso del nacimiento entre  $2\,500\text{ gr}$  a  $2\,999\text{ gr}$ .
- Peso normal, comprende de  $3\,000$  a  $3\,999\text{ gr}$
- Sobre Peso, mayor a  $4\,000\text{ gr}$ .

### **2.3.6 Recién nacido vivo**

Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre independientemente de la duración del embarazo, de un producto de concepción que después de dicha separación respire o de cualquier señal de vida tal como palpitaciones del corazón, pulsaciones del cordón umbilical, o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si ha cortado o no el cordón umbilical y está o no desprendida la placenta. (17).

### **2.3.7. Clasificación del recién nacido según edad gestacional**

- Recién nacido pretérmino, nacimiento con menos de 38 semanas de gestación.
- Recién nacido a término, Nacimiento entre 38 a 42 semanas completas ~~34~~ de gestación.
- Recién nacido post término, Nacimiento con 42 semanas completas de gestación o más. (17)

### **Indicadores**

El peso y el tamaño del recién nacido son indicadores reconocidos de la salud fetal y del neonato a nivel individual y poblacional. El peso de nacimiento está relacionado con la mortalidad neonatal, postneonatal y con morbilidad en la niñez (OMS, 2025). El tamaño al nacer refleja la duración de la gestación y la tasa media de crecimiento desde la concepción hasta el nacimiento (Anderson, 2017). Distintos factores influyen en el crecimiento intrauterino. Entre ellos, se mencionan aspectos biológicos como sexo y edad gestacional del recién nacido; edad y talla materna, paridad, período intergenésico, orden de nacimiento, peso preconcepcional, estado nutricional y aumento ponderal durante el embarazo, salud física, emocional, aspectos sociales y económicos de la madre antes y durante el embarazo entre otras variables (OMS, 2025). El peso, la longitud y el perímetro cefálico son medidas antropométricas que se realizan de forma rutinaria en un recién nacido. La valoración bidimensional del peso de nacimiento junto con la edad gestacional indica con qué tamaño ha nacido el niño, clasificándolos en pequeños para la edad gestacional (PEG), apropiado o adecuado para la edad gestacional (AEG) y grande para la edad gestacional (GEG). Los criterios usados frecuentemente para delimitar

estas categorías se basan en distribuciones percentiladas de peso al nacer para la edad gestacional y sexo, derivadas de poblaciones aceptadas como referencias, siendo el percentil 10 el aceptado para la división entre PEG y AEG, y el percentil 90 entre AEG y GEG. Esta clasificación repercute en el diagnóstico, pronóstico, vigilancia y tratamiento de los niños (OMS, 1993). La talla materna en particular se ha planteado como uno de los factores que influye en el peso al nacer. La estatura es una medida antropométrica utilizada en el screening de riesgo de resultados gestacionales insatisfactorios para infantes y madres. Al igual que otros parámetros antropométricos, se ha utilizado no sólo para evaluar el riesgo del bajo peso al nacer, (37) sino también de la mortalidad perinatal, neonatal e infantil, e incluso para la duración de la lactancia materna (38). Por otro lado, la talla de la madre se acepta como un indicador clínico útil de riesgo de complicaciones obstétricas, como parto por cesárea (39).

Algunos autores comentan que si bien no hay un fundamento preciso de cómo la talla materna puede afectar el peso de nacimiento, tanto factores genéticos como ambientales también pueden estar involucrados. Por ello, algunos autores utilizan el Índice de Masa Corporal (IMC) como única variable indicadora del estado nutricional durante el embarazo. Sin embargo, investigaciones como la de Voigt et al, (2018) indican que hacer eso no es conveniente, ya que han demostrado que los riesgos perinatales pueden variar sustancialmente entre mujeres con el mismo IMC, pero con tallas y pesos diferentes, incluso si el IMC está dentro de los rangos de normalidad (41).

A pesar de estas discrepancias con respecto a la valoración nutricional se recomienda considerar la talla de la madre como un posible condicionante de los resultados obstétricos. (39).

### **Medición del Peso**

Condiciones Balanza mecánica de plataforma (con tallímetro incorporado): Instrumento para pesar personas, de pesas con resolución de 100 g y con capacidad igual o mayor a 140 kg. Debe calibrarse periódicamente con resolución de balanza de plataforma: En estas, hacer ajuste diario y/o antes de cada pesada: Operación de llevar la balanza a un estado de funcionamiento conveniente para su uso. Observar las siguientes indicaciones: colocar la pesa mayor y la pesa menor en “0” (cero). Calibración mensual y/o cada vez que sea necesario.

## Procedimientos

1. Verificar la ubicación y condiciones de la balanza. La balanza debe estar ubicada sobre una superficie lisa, horizontal y plana, sin desnivel o presencia de algún objeto extraño bajo ésta y debe contar con una buena iluminación.
2. Explicar a la gestante y a su acompañante, de ser el caso, el procedimiento de la medición de peso y solicitar su colaboración.
3. Solicitar a la gestante que se quite los zapatos y el exceso de ropa y, de ser necesario, se cubra con una bata.
4. Ajustar la balanza a “0” (cero) antes de realizar la medición de peso.
5. Solicitar a la gestante que se coloque en el centro de la plataforma de la balanza, en posición erguida y relajada, mirando al frente de la balanza, con los brazos a los costados del cuerpo, con las palmas descansando sobre los muslos, los talones ligeramente separados y las puntas de los pies separados formando una “V”.
6. Deslizar la pesa mayor correspondiente a kilogramos hacia la derecha, hasta que el extremo común de ambas varillas no se mueva, luego retroceder una medida de 10 kilogramos. La pesa menor correspondiente a gramos debe estar ubicada al extremo izquierdo de la varilla.
7. Deslizar la pesa menor correspondiente a gramos hacia la derecha, hasta que el extremo común de ambas varillas se mantenga en equilibrio en la parte central de la abertura que lo contiene.
8. Leer el peso en kilogramos y la fracción en gramos; y, descontar el peso de las prendas con las que se pesó a la gestante.
9. Registrar el peso obtenido en kilogramos (kg), con un decimal que corresponda a 100 g, en el formato correspondiente, con letra clara y legible (ejemplo: 65,1 kg). Nota: Si las condiciones ambientales, la falta de privacidad del servicio u otras circunstancias no permiten tomar el peso en condiciones óptimas, debe pesarse a la gestante y luego restarle el peso de la ropa con la que fue pesada. Para ello, el servicio debe contar con una lista de prendas de mayor uso local con sus respectivos pesos.



## **Medición de la Talla**

**Condiciones:** Tallímetro fijo de madera: Instrumento para medir la talla en personas, el cual debe ser colocado sobre una superficie lisa y plana, sin desnivel u objeto extraño alguno bajo el mismo; y, con el tablero apoyado en una superficie plana formando un ángulo recto con el piso. Revisión del equipo: El deslizamiento del tope móvil debe ser suave y sin vaivenes, la cinta métrica debe estar adherida al tablero y debe observarse nítidamente su numeración. Asimismo, debe verificarse las condiciones de estabilidad del tallímetro.

### **Procedimiento**

1. Verificar la ubicación y condiciones del tallímetro. Verificar que el tope móvil se deslice suavemente, y chequear las condiciones de la cinta métrica, a fin de dar una lectura correcta.
2. Explicar a la gestante el procedimiento de medición de la talla y solicitar su colaboración.
3. Solicitar a la gestante que se quite los zapatos, el exceso de ropa y los accesorios u otros objetos en la cabeza que interfieran con la medición; y, pedirle, de ser necesario, se cubra con una bata.
4. Indicar y ayudar a la gestante a que se ubique en el centro de la base del tallímetro, de espaldas al tablero, en posición erguida, mirando al frente, con los brazos a los costados del cuerpo, con las palmas de las manos descansando sobre los muslos, los talones juntos y las puntas de los pies ligeramente separados formando una “V”
5. Asegurar en lo posible, que los talones, pantorrillas, nalgas, hombros y parte posterior de la cabeza se encuentren en contacto con el tablero del tallímetro.
6. Verificar en lo posible el “plano (línea horizontal imaginaria que sale del borde superior del conducto auditivo externo hacia la base de la órbita del ojo y que debe ser perpendicular al tablero del tallímetro).
7. Colocar la palma abierta de su mano izquierda sobre el mentón de la gestante, luego ir cerrándola de manera suave y gradual sin cubrir la boca, con la finalidad de asegurar la posición correcta de la cabeza sobre el tallímetro.
8. Con la mano derecha deslizar el tope móvil hasta hacer contacto con la superficie superior de la cabeza, comprimiendo ligeramente el cabello; luego deslizar el tope móvil hacia arriba. Este procedimiento debe ser realizado tres veces en forma

consecutiva, acercando y alejando el tope móvil. Cada procedimiento debe tener un valor en metros, centímetros y milímetros.

9. Leer las tres medidas obtenidas, sacar el promedio y registrarlo en la historia clínica en centímetros con una aproximación de 0,1 cm. Si la medida cae entre dos milímetros debe registrarse el milímetro inferior. (42)

#### **2.4. Hipótesis general y específica**

Ho. Existe relación entre el Peso /Talla materno y el bajo peso del RN vivo a término en el Servicio de Ginecoobstetricia del HJHSC Chota, 2024.

H1. No existe relación entre el Peso /Talla materno y el bajo peso del RN vivo a término en el Servicio de Ginecoobstetricia del HJHSC. Chota, 2024.

#### **2.5. Variables de estudio y matriz de operacionalización.**

- V1 Peso / Talla materno
- V2 Peso del RN

### 2.5.1. Operacionalización de las variables

| Variables                     | Definición conceptual                                                                                                                              | Definición operacional                                                                              | Dimensiones                                                                                                                           | Indicadores                                                                 | Categorías                                                                                                                               | Tipo de variable                                                             |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| V1.<br>Peso /Talla Materna    | El peso y la talla son generalmente consideradas como las medidas más importantes para evaluar un crecimiento y estado de nutrición normales. (25) | Se operacionalizó de la siguiente manera:<br>Talla de la gestante y ganancia de peso de la gestante | -Baja<br><br>-Mediana<br><br>-Adecuada<br><br>-Alta<br><br><br><br>-Bajo peso<br><br>-Peso normal<br><br>-Sobre peso<br><br>-Obesidad | Talla en metros (m).<br><br><br><br><br><br><br><br>Peso en kilogramos (Kg) | <1.45m<br><br>1.46-1.56m<br><br>1.57-1.66<br><br>1.67 a más.<br><br><br><br>Menos 7.5Kg<br><br>12.5Kg<br><br>13.5Kg<br><br>13.9Kg a más. | Cuantitativa continua.<br><br><br><br><br><br><br><br>Cuantitativa continua. |
| V2.<br>Peso del Recién Nacido | Peso al nacer independiente de la edad gestacional y de la causa. (26)                                                                             | Se operacionalizó de la siguiente manera:                                                           | -Bajo peso<br><br>-Peso insuficiente<br><br>-Peso normal sobre peso.<br><br>-Sobre peso.                                              | Peso RN en gramos                                                           | - Menor de 2500 gr<br><br>2500.2999gr<br><br>3000-3999gr<br><br>4000gr a más                                                             | Cuantitativa continua.                                                       |

## **CAPÍTULO III**

### **DISEÑO METODOLÓGICO O METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Diseño y tipo de estudio**

El presente estudio fue no experimental, de enfoque cuantitativo, de corte transversal y correlacional. El enfoque cuantitativo, fue apropiado, cuando queremos estimar las magnitudes u ocurrencia de los fenómenos y probar hipótesis, es un proceso secuencial, orientado a la realidad objetiva, deductivo y probatoria. Fue de corte transversal porque se recolectó datos en un solo momento, en un tiempo único. Fue correlacional, porque pretendió asociar conceptos, fenómenos, hechos o variables, las que se midieron y se encontraron su relación en términos estadísticos (29).

La presente investigación fue de corte transversal porque la investigadora recopiló los datos una sola vez y correlacional porque las variables (Peso al nacer y Peso/talla, materno) se relacionaron entre sí.

#### **3.2. Población de estudio**

La población de estudio estuvo constituida por todas las mujeres gestantes que acudieron, a ser atendidas en su parto por un periodo de treinta días, en el servicio de Ginecoobstetricia del HJHSC. Chota, 2024. Que fueron un numero de 93.

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

##### **Criterios de inclusión**

- Mujeres que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado según el caso.
- Mujeres sin problemas auditivos y de comunicación.
- Mujeres gestantes en el último mes de gestación.
- Mujeres que se encontraron en periodo de parto.
- Mujeres con su RN vivo a término.
- Mujeres que estuvieron en pleno conocimiento de sus facultades.

### **Criterios de exclusión**

- Mujeres que se negaron a participar en el estudio de investigación.
- Mujeres con problemas auditivos y de lenguaje.
- Mujeres que no firmaron el consentimiento informado.
- Mujeres con RN muerto. o natimuerto y/o prematuro
- Mujeres o Madres cesareadas, y/o con parto gemelar

#### **4.4 Unidad de análisis**

Estuvo constituido por cada una de las madres y su recién nacido vivo a término. (es decir por el binomio madre–niño).

#### **3.5. Marco Muestral**

Estuvo constituida por el listado y carné de control perinatal de 93 gestantes que acudieron a ser atendidas para su parto y su recién nacido vivo a término en el servicio de Ginecoobstetricia del HJSC. Chota, 2024. En un periodo de 30 días.

#### **3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica que se utilizó en este estudio, fue la entrevista y la observación, para recolectar la información se elaboró un formato precodificado por la propia investigadora, el cual constó de los siguientes parámetros: Número de Orden, Apellidos y Nombres de la gestante, Edad, Peso, Talla, Fecha de Nacimiento del último hijo o aborto, FUR, Fecha de Nacimiento del RN, Edad Gestacional, Numero de Gestaciones, Embarazo Múltiple, Sexo y Peso del RN, además del Carné de Control Materno Perinatal del Ministerio de Salud, el cual sirvió para registrar el Peso y Talla de la gestante antes del parto; de igual manera se procedió inmediatamente a pesar al RN a término después de ser separado de la madre (Corte del cordón umbilical) para ello también se utilizó, además del formato precodificado el Carné de Atención Integral de Salud del Niño menor de 5 años. Estos datos se recolectaron, durante un periodo de 30 días, en 24 horas en dos turnos: de 7am a 7pm y de 7pm a 7am.

El formato precodificado sirvió para registrar las diferentes características referidas a cada unidad de estudio.

### **3.9. Proceso de recolección de datos**

1. Se cumplió con el procedimiento administrativo exigido por la entidad, mediante un documento emitido por la Dirección General de la UNC-Filial Chota, se solicitó formalmente la autorización, al señor director del Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota.
2. Se informó al director, sobre la investigación a realizar, los objetivos y finalidad; luego una vez que nos proporcionó la autorización, se procedió a recolectar la información.
3. Posteriormente se procedió a analizar el servicio de Gineco-Obstetricia, se dialogó con las responsables del servicio, explicándoles el fin de nuestra presencia en dicho servicio, el cual fue por 30 días y se trabajó las 24 horas del día, es decir en dos turnos de 7am a 7pm y de 7pm a 7am. Al mismo tiempo se presentó el documento de autorización. Quienes aceptaron sin ninguna objeción.
4. A partir de ese momento se procedió a recolectar la información, primeramente, a calibrar la balanza y preparar el tallímetro, luego a atender, a cada una de las gestantes por orden de llegada, explicándoles el procedimiento, se les pesó y talló a cada una de las gestantes que acudieron al servicio de Gineco-obstetricia para próximamente, ser atendidas en su parto.
5. Seguidamente se registraron los datos de la madre en el formato precodificado para luego pasarlo al carné de Control Materno Perinatal del Ministerio de Salud.
6. Seguidamente se aplicó el instrumento a través de la entrevista a cada una de las mujeres gestantes.
7. Luego de ser atendida en su parto y después del parto, se procedió a atender al RN cuyo procedimiento consistió en Pesar y Tallar al RN vivo a termino
8. Los datos se registraron en el formato precodificado y luego se prescribió al Carné de Atención Integral de Salud del Niño Menor de 5 años, los mismos que fueron procesados.
9. Para la recolección de los datos se realizó y se cumplió con todas las medidas de bioseguridad requeridas ante la actualidad.

### **3.10. Validez y confiabilidad del instrumento**

El instrumento para el Peso/Talla de la gestante se utilizó el Carné de control Materno Perinatal, del Ministerio de Salud, el cual es utilizado y actualmente se utiliza en las Redes Integrales de Salud y en todos los Centros y Puestos de Salud a Nivel Nacional. Por lo que está ya validado por el MINSA.

El Instrumento para el peso del RN se utilizó el Carné de Atención Integral de Salud del Niño Menor de 5 Años del Ministerio de Salud, el mismo que también es utilizado actualmente en las Redes Integrales de Salud (RIS) y en todos los Centros y Puestos de Salud a Nivel Nacional. Por lo que ya se encuentra validado.

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

Una vez que se recopiló la información a través de la entrevista y observación, la investigadora verificó que la información este completa y todos los indicadores correctamente registrados, luego esta información fue codificada e ingresada en una hoja de cálculo Excel, para posteriormente ser procesada con el Software Estadístico SPSS Versión 26.0.

Los resultados fueron presentados en tablas estadísticas simples y de doble entrada haciendo uso de la estadística, la prueba de Rho de Spearman=0,496 con un grado de Significancia.=0,000. La cual nos ayudó a determinar que Peso/Talla Materno se relacionan con el bajo peso del RN vivo a término en el servicio de GinecoObstetricia del HJSC Chota, 2024 con un alto grado de significancia. (Rho =0,496 S=0,000.).

### **3.12. Consideraciones éticas y rigor científico**

#### **3.12.1. Consideraciones éticas**

- **Consentimiento o Aprobación de la Participación:** Fue necesario que las participantes firmen el consentimiento explícito acerca de su colaboración. Las formas de aprobación se adaptaron a los consentimientos y requerimientos legales de la localidad donde se llevó a cabo la investigación o aprobación de: en el caso de menores de edad se requirió el consentimiento de los padres de

familia (por escrito). Si, se involucra a una o varias instituciones, se requiere también de la aprobación de un representante legal de éstas. (30).

En este estudio, la participación de las mujeres gestantes, fue de forma voluntaria, para tener evidencia, la participante firmó el consentimiento informado.

- **Confidencialidad:** No se revela la identidad de los participantes; ni se indicó de quiénes fueron obtenidos los datos y anonimato.; Traicionar la confianza de los participantes es una violación a los principios de la ética y la moral. Es conveniente que los participantes reciban “algo” en reciprocidad de su involucramiento en un estudio (30).

La información recolectada en el estudio fue usada únicamente para fines y análisis de datos del estudio, de otro lado las entrevistas son anónimas y la información es personal.

- **El contexto en el cual se conducen las investigaciones debe ser respetado:** Obteniendo los debidos permisos para observar y cumplir con acceder al lugar de las reglas del sitio parte de personas autorizadas. Recordar que somos cooperativos, cordiales “invitados”, por lo cual debemos de ser respetuosos sus creencias, costumbres de ser amables, y debemos de respetar o tener respeto al lugar donde se efectúan las investigaciones (30).

Algunas participantes en el estudio conservan sus raíces culturales, sus creencias y su religión, en este caso la investigadora respetó la cultura, costumbres y religión involucradas en la vida de las familias.

### 3.12.2. Rigor científico

- **Validez interna.** Correspondencia entre la realidad y los datos. Tener certeza de la verdadera relación entre la variable independiente y dependiente o saber si el estímulo tiene o no un efecto real (29).

Para alcanzar este criterio la investigadora realizó una prueba piloto si es pertinente para verificar la validez y la confiabilidad de las preguntas planteadas; Sin embargo, en este estudio el instrumento que se utilizó ya se encuentra validados por el MINSA. Además, el análisis de los resultados se realizó a la luz del marco teórico.



- **Validez externa.** grado en que puede aplicarse los resultados de una investigación a otros sujetos o contextos. Esta se refiere a qué tan generalizables son los resultados de un experimento a situaciones no experimentales, así como a otros participantes, casos o poblaciones (29).

Este criterio se vio cuando otros investigadores aplicaron y compararon sus resultados con otros estudios realizados en otros grupos de población muy parecidos a la población del estudio que se realizó.

- **Confiabilidad.** Grado en que los instrumentos repiten las mismas medidas en las mismas circunstancias. En este procedimiento un mismo instrumento de medición se aplica dos o más veces a un mismo grupo de personas o casos, después de cierto periodo. Si la correlación entre los resultados de las diferentes aplicaciones es muy positiva, el instrumento se considera confiable (29).

Para este criterio la investigadora evaluó la confiabilidad del instrumento aplicando el mismo instrumento a un grupo de personas después de cierto periodo, si los resultados son parecidos el instrumento fue confiable.

- **Objetividad.** Grado en que la investigación está exenta de la influencia de la perspectiva del investigador. La objetividad es, en términos de la investigación cuantitativa, un estándar o ideal que se refiere a la medida en que mediante el proceso de indagación podemos captar los fenómenos tal cual son realmente (29).

Para lograr la objetividad de la investigación la mayoría de las personas entrevistadas, estuvieron de acuerdo y permitieron que se les registre sus datos verdaderamente en el instrumento de recolección de la información.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### Presentación y análisis de los resultados

Los datos se analizaron utilizando estadígrafos de frecuencias simples relativos, así como de correlación entre la variable dependiente y la independiente en tablas estadísticas que a continuación se presentan.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de la madre y RN en el servicio de Ginecoobstetricia. Hospital José H. Soto Cadenillas Chota, 2024.

| Características        | Categoría      | N° | %      |
|------------------------|----------------|----|--------|
| Edad                   | De 16 a 19     | 6  | 6,5%   |
|                        | De 20 a 34     | 69 | 74,2%  |
|                        | De 35 a 40     | 13 | 14,0%  |
|                        | Mas de 40      | 5  | 5,4%   |
| Paridad                | Primípara      | 33 | 35,5   |
|                        | Múltipara      | 43 | 46,2   |
|                        | Gran Múltipara | 17 | 18,3   |
| Edad gestacional RN    | Pretérmino     | 1  | 1,1%   |
|                        | A término      | 93 | 97,8%  |
|                        | Postérmino     | 1  | 1,1%   |
| Sexo del recién nacido | Masculino      | 47 | 50,5%  |
|                        | Femenino       | 46 | 49,0%  |
| Total                  |                | 93 | 100,0% |

Esta tabla 1, nos muestra las características sociodemográficas de las madres y recién nacidos atendidos en el hospital JHSC-Chota 2024, donde, el 74,2% de las madres se encuentran entre 20 y 34 años de edad y el 14% oscila entre 35 a 40 años; el 46,2% son múltiparas y el 35,5% son primíparas. La mayoría de ellas dieron a luz con edad

gestacional a término el 97.8 %; predominando el sexo masculino en los Recién Nacidos.

Estos datos son casi similares a los encontrados por Valdivia T, (2020) en Cajamarca. En su estudio el 70,5% de madres fueron mayores de 20 años de edad; difieren de este mismo autor respecto al número de partos, en Cajamarca el 100% multíparas con RN a término y En el HJSC Chota el 46,2% multíparas y el 88.2% RN a término. (16)

Así mismo, estos resultados del trabajo en estudio, también difieren de los encontrado por Monagas D (2018) en Cuba, respecto a la edad de las madres, el 24.5% de ellas se encontraban en 25 a 29 años de edad (12).

Resultados que probablemente se deban a que el estudio en investigación las madres la mayoría son muy jóvenes, desconocen la importancia, de la alimentación durante el embarazo o por factores alimentarios, así como a factores económicos fundamentalmente.

Para ello la OMS, (2025) indica, distintos factores influyen en el crecimiento intrauterino. Entre ellos, se mencionan aspectos biológicos como sexo y edad gestacional del recién nacido; edad y talla materna, paridad, período intergenésico, orden de nacimiento, peso preconcepcional, estado nutricional y aumento ponderal durante el embarazo, salud física, emocional, aspectos sociales y económicos de la madre antes y durante el embarazo entre otras variables (37)

**Tabla 2.** Peso materno, antes del parto, en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital José H. Soto Cadenillas Chota, 2024.

| <b>Peso materno</b> | <b>N°</b> | <b>%</b> |
|---------------------|-----------|----------|
| Bajo Peso           | 19        | 21,0     |
| Peso normal         | 41        | 44,1     |
| Sobrepeso           | 16        | 17,6     |
| Obesidad            | 17        | 18,3     |
| Total               | 93        | 100,0%   |

Esta Tabla 2, muestra que de todas las madres atendidas en HJHSC-Chota, el 44,1% tienen peso normal antes del parto y en segundo lugar se encuentra el bajo peso materno 21,0%, seguido de 18,3% de obesidad materna.

Estos datos son similares a los encontrados por Ramírez, D. Calvo-Betancur<sup>1</sup>, V. Restrepo, S. Antioquia Colombia 2021. en su estudio, Al clasificar el estado nutricional pregestacional, 14,2 % presentó bajo peso, 57,3 % peso adecuado, 27,1 % sobrepeso y 11,5 % obesidad. El exceso de peso pregestacional en los grupos con recién nacidos macrosómicos y normopeso fue 47,9 % y 29,2 % respectivamente.

De las gestantes con recién nacido macrosómico 64,6% presentaron ganancias de peso excesivas durante la gestación, en comparación con 29,2% del grupo con recién nacido normopeso y bajo peso. (BPN) Al observar la magnitud del efecto, se encontró que las mujeres con excesiva ganancia de peso durante la gestación tuvieron 3,16 veces más probabilidad de que su hijo fuera macrosómico llegando a la conclusión que: La ganancia ponderal del peso y talla materna impacta el peso al nacer, es decir que, a mayor peso y talla gestacional materno, mayor fue el peso del recién nacido y a menor peso materno menos RN con bajo peso. (13)

Difieren a los encontrados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un

estudio “El sobrepeso y la obesidad materna en países de altos, medianos y bajos ingresos, estimó en 2020 en la población Gestante, un sobrepeso de 40 % y obesidad de 15%. (8) Así mismo difieren de los encontrado en Latinoamérica y el Caribe en donde las estadísticas del informe World’s Women 2019, describen, en mujeres gestantes, una prevalencia de sobrepeso de 59 % y de obesidad 27 %. (9).

Así como en Colombia, las cifras no se alejan de esta realidad, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2019, el exceso de peso en mujeres alcanza 59,5 %. Se destaca que de las gestantes evaluadas en la ENSIN 2019; presentaron sobrepeso 24 % y obesidad 15,2 %, con un incremento de la obesidad de 5,4 % respecto a la ENSIN 2017 (10).

Asimismo, Monagas, D. Travieso en su artículo científico: Habana-Cuba. Publicado en 2019, encontraron madres clasificadas con sobre peso y obesas, madres con bajo peso y desnutridas un 20%, madres que tuvieron adecuada y exagerada ganancia de peso. y más del 50% de las que ganaron exageradamente fueron madres clasificadas como sobre peso y obesas al inicio del embarazo. (12). En cambio, en HJSC Chota el peso materno se encuentra en segundo lugar con 21,1% con bajo peso.

**Tabla 3.** Talla materna, antes del parto, en el servicio de Ginecoobstetricia. Hospital José H. Soto Cadenillas Chota, 2024.

| <b>Talla materna/ m</b> |                        | <b>N°</b> | <b>%</b> |
|-------------------------|------------------------|-----------|----------|
| Baja                    | < 1,46                 | 2         | 2,2      |
| Mediana                 | 1,46-1,56              | 30        | 32,3     |
| Adecuada                | 1,57-1,65              | 41        | 44,0     |
| Alta                    | 1, 66 <sup>a</sup> más | 20        | 21,5     |
| Total                   |                        | 93        | 100,0    |

En esta tabla se observa la estatura de las gestantes, antes del parto en el HJHSC Chota, donde el 44% de ellas tienen una talla adecuada que oscila entre 1,57 a 1,65m; seguido del 32,3% con talla medianamente baja.

Estos resultados son similares a los encontrados por Ramírez, D. Calvo-Betancur<sup>1</sup>, V. Restrepo, S. Antioquia Colombia 2021. en su estudio, de toda la población gestante, la estatura fue 1,57m (13).

Difieren a los de ENSIN 2019, que la talla alcanzó un promedio 1.66cm es decir una talla medianamente alta. (10)

Estos datos probablemente se deban a que estas madres desde su infancia no tuvieron una alimentación nutritiva adecuada, ya sea por desconocimiento, por falta de educación sanitaria y fundamentalmente, por una baja economía.

En ese contexto, la literatura de Fontana D, 2021 afirma; la talla de la mujer es un factor de riesgo no modificable que tiene componentes genéticos y ambientales, pudiendo ser resultado de una situación socioeconómica desfavorable, indicando una historia de malnutrición pasada. Dado que condiciona el crecimiento fetal durante la gestación, en forma conjunta con otras variables biológicas, demográficas y del estado nutricional materno, es un factor a tener en cuenta como indicativo de la salud materna, no sólo al momento de presentar un embarazo sino también a lo largo de todo el ciclo vital de una mujer, pudiendo redundar en mejoras de la salud de futuras generaciones. (31)

En consecuencia, el peso y talla pregestacional se relaciona con el peso al nacer, existe relación significativa ( $Rho = 0.496$ ). La correlación entre ganancia de peso/talla y el peso del neonato tuvo relación significativa. En conclusión, la ganancia de peso y talla de la madre y el peso del niño al nacer están relacionados, demostrando que la ganancia de peso materno puede influir en el peso del neonato.

**Tabla 4.** Peso del recién nacido según, clasificación OMS en el servicio de Ginecoobstetricia del HJHSC Chota, 2024.

| <b>Categorías Peso del RN- OMS</b> | <b>N°</b> | <b>%</b> |
|------------------------------------|-----------|----------|
| Peso bajo (> a 2500gr)             | 2         | 2,2%     |
| Peso Insuficiente (2500 a 2999)    | 10        | 10,8%    |
| Peso normal (3000 a 3999)          | 76        | 81,6%    |
| Sobre peso (4000 a más)            | 5         | 5,4%     |
| Total                              | 93        | 100.0%   |

La tabla 4, muestra la clasificación en categorías, del peso de los recién nacidos vivos a término según la Organización mundial de la Salud (OMS), en el HJHSC Chota, donde el 81,6% se estableció en la categoría peso normal de 3000 a 3999 gramos de peso, y porcentajes mínimos en las categorías bajo peso y peso insuficiente (2.2% ;10,8%) menor a 2500 gramos y sobre peso (5,4%) de mayor a 4000 gramos.

Resultados que se asemejan a los de Ramírez, D. Calvo-Betancur<sup>1</sup>, V. Restrepo, S. en Antioquia Colombia 2021. Quienes encontraron en su estudio, 50% (48) recién nacidos macrosómicos (sobre peso) y 50% (48) con hijos normopeso. (peso normal). Las madres con sobre peso pregestacionales, tuvieron 3,16 veces más probabilidad de que su hijo fuera macrosómico, comparado con aquellas con ganancia de peso normal o bajo peso. (13)

Difieren de estos resultados a los encontrados por Monagas, D. Travieso Habana-Cuba. 2018. el 67.9% de niños presentó un peso por encima de 2500g; el 24.5% de madres se encontraban en 25 a 29 años. El 44% de niños nacidos con muy bajo peso procedían de madres clasificadas con sobre peso y obesas, mientras que en las madres con bajo peso y desnutridas solo se presentó en un 20%. Las madres que tuvieron adecuada y exagerada ganancia de peso fueron las responsables de la mayor cantidad de niños con peso inferior a los 2500g. (12).

Respeto a estos resultados podemos decir que el peso del recién nacido es un indicador importante en el cuidado de Enfermería de los recién nacidos (RN). Por consiguiente,



al contrastar con la literatura, Padonou G, y otros, indica: el peso del RN es crucial para su desarrollo adecuado, uno de los primeros indicadores de salud que se evalúan tras el nacimiento y el peso al nacer, es el factor determinante más importante para el crecimiento y desarrollo del bebé. Además, la resistencia a la insulina intraútero continúa después del nacimiento y se ha relacionado con riesgo de hipertensión, diabetes tipo 2, obesidad, embolias y coronariopatías. (38)

En efecto, las ideas antes expuestas, hace referencia a la teoría de Jean Watson, quien refuerza y afirma: La fuente principal es el cuidado humanizado que Enfermería lo practica mediante una relación de ayuda y confianza entre el personal de Enfermería y el paciente, lo cual es de suma importancia para el bienestar bio-psico-social. Al desempeñar el cuidado, se establece una relación enfermera-paciente, generando afecto, preocupación y responsabilidades de ambos. Este cuidado descubre lo humano, hace aflorar valores, principios, por lo que puede decirse que el cuidado profesional, es sinónimo del cuidado humanizado (18). El cuidado humanizado ha sido ampliamente desarrollado por la teórica de Enfermería Jean Watson, quien reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser; este ser es un ser en relación a otro que lo invoca (19). el cuidado del recién nacido y demás personas es responsabilidad de Enfermería.

**Tabla 5.** Peso materno antes del parto y su relación con el bajo peso del Recién Nacido, Servicio de Ginecoobstetricia. Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota, 2024.

| Peso materno | Peso del recién nacido a termino |     |               |      |               |      |                |     | Total |       |
|--------------|----------------------------------|-----|---------------|------|---------------|------|----------------|-----|-------|-------|
|              | Peso bajo Insuficiente           |     | Bajo Peso     |      | Peso normal   |      | Sobre Peso     |     |       |       |
|              | < 2500                           |     | 2500 a 2999 g |      | 3000 a 3999 g |      | 4000 g. a más. |     |       |       |
|              | Nº                               | %   | Nº            | %    | Nº            | %    | Nº             | %   |       |       |
| Bajo Peso    | 1                                | 1.1 | 7             | 7,5  | 0             | 0,0  | 0              | 0.0 | 8     | 8.6   |
| Peso normal  | 1                                | 1,1 | 1             | 1,1  | 39            | 41,9 | 0              | 0.0 | 41    | 44,1  |
| Sobrepeso    | 0                                | 0.0 | 1             | 1,1  | 25            | 26,9 | 1              | 1,1 | 27    | 29,0  |
| Obesidad     | 0                                | 0.0 | 1             | 1,1  | 12            | 12,9 | 4              | 4,3 | 17    | 18,3  |
| Total        | 2                                | 2.2 | 10            | 10.8 | 76            | 81.7 | 5              | 5,4 | 93    | 100,0 |

**Rho de Spearman=0,496 Sig.=0,000**

La tabla 5, nos muestra que, de todas las madres encuestadas la mayoría, 44,1% tienen peso normal y su producto o recién nacido 41,9% también tienen peso normal, seguido del 29% de madres con sobre peso, sin embargo 26,9% de sus recién nacidos con peso normal, y un porcentaje de 18,3% de madres con obesidad mientras que sus RN 12,9% tienen peso normal y solamente 4,3% con obesidad ; cabe mencionar que existe un número mínimo 8.6% de madres con bajo peso y sus RN 7,5% también con bajo peso al nacer . Como podemos observar del total de RN a término la mayoría de ellos 81,7% nacieron con peso normal (3000 a 3999gr). Es decir, si aumenta el Peso/Talla de la madre va en incremento el peso del recién nacido.

Estos datos son casi similares a los encontrados por Guzmán F. Heredia, S. 2019 (11) en Ecuador, el 32,2% de las madres tuvo baja ganancia de peso, el 58,2% una ganancia de peso normal y el 9,6% ganancia de peso mayor a lo recomendado. En cuanto al peso del neonato fue adecuado al nacer en el 60,6%, (peso normal) mientras que el 31,5% fue inadecuado; el 6,67% presentó bajo peso al nacer y sólo el 1,21% excesivo es decir sobre peso.

Difieren de los encontrados por La Organización Mundial de la Salud (OMS) en un estudio “El sobrepeso y la obesidad materna en países de altos, medianos y bajos ingresos, estimó en 2020 en la población Gestante, un sobrepeso de 40 % y obesidad de 15%. (8).

Así mismo, en Latinoamérica y el Caribe las estadísticas del informe World's Women 2019, describen, que, en mujeres gestantes, existe una prevalencia de sobrepeso de 59% y de obesidad 27 %. (9).

Como se puede observar en el estudio estos resultados, si bien es cierto que la mayoría de las gestantes tuvieron un peso normal, pero no llegan al cincuenta por ciento de la población (44.1%) gestante; sin embargo, existen porcentajes considerables como sobre peso (29,6%) y obesidad (28, %) que nos llama la atención, probablemente se deban a que las madres han ganado su peso gestacional adecuado que es 12,5 kg al final del embarazo, así como el peso del RN normal. Para lo cual, se puede inferir: que los antecedentes de las madres al inicio del embarazo, ha sido también adecuado y la ingesta de alimentos han sido nutritivos ricos en proteínas, vitaminas, lípidos y carbohidratos es decir una alimentación balanceada durante la gestación. Por lo tanto, la importancia de madres bien nutridas con peso adecuado también su producto (RN) será bien nutridos y con peso normal.

Así mismo, el sobre peso y obesidad de las madres probablemente se deban, a una subalimentación y/o un desequilibrio alimentario desde su infancia y durante el embarazo, a la mala utilización de los recursos propios de la región sumados a los antojitos de comidas chatarra y al medio ambiente que las rodea.

En cambio, Según, ENDES Perú en el 2023, el porcentaje de neonatos nacidos con bajo peso en la región Cajamarca, fue 6,9 % durante el año 2023, resultando el tercer lugar con mayor porcentaje de bajo peso al nacer a nivel nacional, después de Pasco (8,9 %) y Junín (8,6%). (32).

Dentro de este orden la literatura de la OMS menciona: el peso de la madre y del recién nacido son indicadores reconocidos de la salud fetal y del neonato a nivel individual y poblacional. El peso de nacimiento está relacionado con la mortalidad neonatal, postneonatal y con morbilidad en la niñez (37). Distintos factores influyen en el crecimiento intrauterino. Entre ellos, se mencionan aspectos biológicos, orden de

nacimiento, peso preconcepcional, estado nutricional y aumento ponderal durante el embarazo, salud física, emocional, aspectos sociales y económicos de la madre antes y durante del embarazo entre otras. (38). El peso, la longitud y el perímetro cefálico son medidas antropométricas que se realizan de forma rutinaria en un recién nacido. La valoración bidimensional del peso de nacimiento junto con el peso y la edad gestacional indica con qué peso ha nacido el niño, clasificándolos en categorías según la OMS: RN con peso normal, RN con peso Insuficiente, RN con sobre peso y RN con bajo peso. Los criterios usados frecuentemente para delimitar estas categorías se basan en distribuciones percentiladas de peso al nacer, derivadas de poblaciones aceptadas como referencias, el percentil 10 y el percentil 90 entre otros. Esta clasificación repercute en el diagnóstico, pronóstico, vigilancia y tratamiento de los niños (39).

Sumado a ello ENSIN 2019, en Colombia, destaca que de las gestantes evaluadas en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional; presentaron sobrepeso 24 % y obesidad 15,2 %, una talla medianamente alta con un incremento de la, obesidad de 5,4 % respecto a la ENSIN 2017 (10).

En consecuencia, el peso y talla pregestacional de la madre, se relaciona con el peso al nacer, existe relación significativa ( $Rho = 0.496$ ). La correlación entre ganancia de peso/talla y el peso del neonato tuvo relación significativa. En conclusión, la ganancia de peso y talla de la madre y el peso del niño al nacer están relacionados, demostrando que la ganancia de peso materno puede influir en el peso del neonato. Por lo tanto, el coeficiente de correlación Rho de Spearman es de 0.496 positivo de valor moderado y significativo  $Sig.=0.000$ , la relación es directa, sube el Peso/talla de la madre y mejora el peso del recién nacido.

En conclusión, a mayor peso de la madre mayor peso del RN. Por tanto, se acepta la  $H_0$ . (hipótesis cero).

**Tabla 6.** Talla materna y su relación con el peso del Recién Nacido a término en el servicio de ginecoobstetricia. Hospital José. H. Soto Cadenillas Chota 2024.

| Talla materna             | Peso recién nacido |     |           |             |             |             |          |     | Total |             |
|---------------------------|--------------------|-----|-----------|-------------|-------------|-------------|----------|-----|-------|-------------|
|                           | Peso Insuficiente  |     | Peso bajo |             | Peso normal |             | Obesidad |     |       |             |
|                           | N°                 | %   | N°        | %           | N°          | %           | N°       | %   | Ni    | %           |
| <b>Baja &lt; 1,46</b>     | 0                  | 0,0 | 0         | 0,0         | 1           | 1,1         | 1        | 1,1 | 2     | 2,2         |
| <b>Mediana 1,46-1,56</b>  | 1                  | 1,1 | 13        | 14,3        | 16          | <b>17,6</b> | 0        | 0,0 | 30    | <b>32,3</b> |
| <b>Adecuada 1,57-1,66</b> | 1                  | 1,1 | 3         | 3,2         | 35          | <b>37,5</b> | 2        | 2,2 | 41    | <b>44,0</b> |
| <b>Alta 1,67 a más)</b>   | 0                  | 0,0 | 2         | 2,2         | 14          | <b>15,4</b> | 2        | 2,2 | 20    | <b>21,5</b> |
| <b>Total</b>              | 2                  | 2,2 | 18        | <b>19,7</b> | 56          | 81,6        | 5        | 5,4 | 93    | 100,0       |

**Rho de Spearman=0,496 Sig.=0,000**

En esta Tabla observamos la talla de la madre antes del parto y la relación con el peso del recién nacido a término en el HJHSC-Chota, donde la mayoría de las madres 44% tienen talla adecuada (1,57 a 1,66m), el 32,3% con talla medianamente baja, seguido de 21,5% con talla alta. De las cuales provienen 37,5%, 15,4% y 17,6% recién nacidos con peso normal respectivamente. Sin, embargo se observa un total de 19,7% RN con bajo peso y peso insuficiente 2,2%. Que hace un total de 20 RN. De estos RN, 14 son de madres con talla mediana, 4 de adecuada talla, y 2 de talla alta.

Estos datos son similares a los encontrados por Ramírez, D. Calvo-Betancur<sup>1</sup>, V. Restrepo, S. en Antioquia Colombia 2021. Al realizar el análisis de dos grupos, de gestantes encontraron, que la estatura fue 1,57 m. La talla gestacional materna, contribuyó a la varianza del peso del neonato, especialmente en el grupo de gestantes con recién nacido macrosómico. Así como la ganancia ponderal del peso y talla materno tiene relación con el peso al nacer, es decir que a mayor peso y talla gestacional materno mayor fue el peso del RN.(13) Difieren, de Ticona M, Huanco D. en 2019 en 29 Hospitales del Ministerio de Salud – Perú, en su estudio se analizó relación de peso al nacer con talla gestacional y otros indicadores. encontraron que el promedio de talla fue 1.69m. (15)

Datos que probablemente se deban a que el bajo peso e insuficiente del neonato disminuye a medida que el periodo intergestacional sea más corto o más largo, (menor de 2años; y/o 5 y más años) los neonatos de bajo peso después de intervalos cortos entre nacimientos, puede deberse también, a la incapacidad de la madre para recuperar sus reservas

nutricionales entre un embarazo y otro; en tanto que la causa del bajo peso neonatal, después de intervalos prolongados puede guardar relación con alguna enfermedad materna.

Para ello la literatura de Fontana D. 2021 argumenta, la talla de la mujer es un factor de riesgo no modificable que tiene componentes genéticos y ambientales, pudiendo ser resultado de una situación socioeconómica desfavorable, indicando una historia de malnutrición pasada. Dado que condiciona el crecimiento fetal durante la gestación, en forma conjunta con otras variables biológicas, demográficas y del estado nutricional materno, es un factor a tener en cuenta como indicativo de la salud materna, no sólo al momento de presentar un embarazo sino también a lo largo de todo el ciclo vital de una mujer, pudiendo redundar en mejoras de la salud de futuras generaciones. (31)

Por último, es conveniente acotar que, en Colombia, las cifras no se alejan de esta realidad, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2019, la talla alcanza un promedio de 1.66 cm. (10). Se destaca que de las gestantes evaluadas en la ENSIN 2019 presentaron, una talla medianamente alta respecto a este estudio.

Por consiguiente, al establecer la prueba de Rho de Spearman entre la talla de la gestante y el recién nacido a término, se encontró que es significativa, es decir existe asociación entre las dos variables, con una significancia de  $\text{Sig}=0.000$ . Las variables de investigación se midieron en escala ordinal, por tanto, se usó el coeficiente de correlación no paramétrico Rho de Spearman. Se tuvo  $\text{Rho}=0.496$ , positivo de valor moderado, en consecuencia, se rechaza  $H_1$ .

Concluyendo que el peso gestacional materno, contribuye a la varianza del peso del neonato. Por tanto, en el estudio se encontró una relación significativa entre el peso y talla de la madre, y el peso del recién nacido.

Comprobándose la hipótesis 0: Existe relación entre el Peso /Talla materno y el bajo peso del RN a término en el Servicio de Ginecoobstetricia del HJHSC Chota, 2024.

## CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos planteados y los resultados del estudio se concluye lo siguiente:

1. De todas las madres atendidas en HJHSC-Chota, la mayoría tuvieron peso normal antes del parto, segundo lugar sobre peso, seguido un porcentaje considerable de bajo peso. Respecto a la talla la mayoría tienen talla adecuada (1,57 a 1,66m), en segundo lugar, con talla medianamente baja.
2. Según la OMS se clasifico a los RN del HJSC en las categorías de peso:  
Bajo porcentaje en la **categoría sobre peso (4000 gr. a más.)**, la mayoría se estableció en la **categoría peso normal de (3000 a 3999 gr.)** porcentaje muy bajo en la **categoría Peso Insuficiente de (2500 a 2999 gr.)** Y un mínimo porcentaje en la **categoría bajo peso, menor a (2500 gr.)**  
De todos los RN vivos a término, porcentajes considerables tuvieron menos de 2500 gr ubicados en la categoría el bajo peso al nacer.
3. El peso/ talla de la madre en el Hospital JHSC-Chota de todas las encuestadas una cuarta parte de ellas tuvieron bajo peso y sus recién nacidos también con bajo peso al nacer. Y la mayoría de madres tienen talla adecuada 1,57 a 1.66m. y talla medianamente baja y sus recién nacidos tienen peso normal y bajo peso.

Existiendo relación directa entre el peso /talla de la madre y el bajo peso del recién nacido, Por el coeficiente de correlación Rho de Spearman es de 0.496 positivo de valor moderado y una significancia de Sig.=0.000, si se incrementa el Peso/talla de la madre, se incrementa también el peso del recién nacido. Es decir, a mayor peso y talla de la madre mayor peso del RN. Por tanto, se acepta la Ho. (hipótesis cero).

Concluyendo que el peso gestacional materno, contribuye a la varianza del peso del neonato.

Por tanto, en el estudio se encontró una relación significativa entre el peso y talla de la madre, y el peso del recién nacido.

Comprobándose la hipótesis 0: Existe relación entre el peso /Talla materno y el bajo peso del RN a término en el Servicio de Ginecoobstetricia del HJHSC Chota.

## **RECOMENDACIONES**

Del presente trabajo, motivo de Investigación se desprenden las siguientes recomendaciones:

1. A la Facultad Ciencias de la Salud a través de sus carreras profesionales que brinda y a los docentes de la carrera de Enfermería Filial Chota, realicen prácticas en los centros de salud de la zona rural dando mayor realce a las actividades comprendidas en el primer nivel de prevención, con la finalidad de mejorar el nivel de salud del binomio madre niño. Así como fomentar e inculcar a la investigación sobre el tema.
2. A las instituciones formadoras de personal profesional de salud. Incidir en la educación sanitaria, respecto a la nutrición de la gestante, es primordial educar en el cómo es la alimentación de la madre gestante, es relevante indicar por qué en madres adolescentes y añosas se presenta nacimientos de bajo peso; enfatizando que el estado nutricional del recién nacido va depender mucho de los controles de la madre gestante, por lo que es de suma importancia educar a las mujeres en edad fértil y que van a ser madres, todo el proceso de la importancia de llevar un embarazo normal y los cuidados que debe tener.
3. A la Región de Salud Cajamarca y a las sub direcciones de salud o RIS, implementen adecuadamente el servicio de Ginecoobstetricia, así como en los servicios periféricos para que se brinde una atención de Calidad a la madre y al niño de acuerdo a los requerimientos de la estrategia o programa de la mujer. Así como también implemente un programa exclusivo de alimentación suplementaria dando prioridad al binomio madre niño.
4. A los familiares de las madres gestantes tomar importancia la salud de la madre gestante y del niño por nacer, para la asistencia al centro de salud desde el primer mes de embarazo, y realizar sus controles prenatales completos.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. María Teresa Martínez Barroso. Rev Cubana Obstet Ginecol. v.25 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 1999 (fecha de ingreso 02 de julio 2024). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X1999000200008,.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X1999000200008,.)
2. Matienzo G. Gómez M. Ganancia de Peso Materno: Relación con el Peso del Recién Nacido.
3. López A. Martínez V. Embarazo. (fecha de acceso 30 de junio 2024). disponible en [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com) guías clínicas. 2018.embarazo.
4. Alarcón G. y col. Relación del peso del recién nacido con edad gestacional y antropometría materna en gestantes del hospital Belén de Trujillo – 2021. Tesis Fac. Medicina. UNT. (fecha de ingreso 07-junio2024) [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1013-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2709-1-10-20151214%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1013-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2709-1-10-20151214%20(2).pdf).
5. Bolzan A. Guimarey L. Antropometría pregestacional y gestacional en adolescentes y sus recién nacidos. Arch Argent Pediatría. 2001; 99(4): 296-301.
6. Sánchez F. Trelles E. Castanedo, R. Lugones, M. Índice de masa corporal en embarazadas adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003; 19(1): 12-8.
7. Puig A. Hernández J. Sierra M. Crespo T. Suarez R. Desnutrición materna y su relación con algunos resultados perinatales. Rev Cubana. Obst Ginecol. 2003; 29(1): 23-8.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.2019-2023>.

9. United Nations. The world's women 2019: trends and statistics. New York; 2019. Disponible en: [https://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/worldswomen2019\\_report.pdf](https://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/worldswomen2019_report.pdf)
10. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Instituto Nacional de Salud. Universidad Nacional de Colombia. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2019. Bogotá D.C: Ministerio de Salud y Protección Social; 2019.
11. Guzmán F, Heredia, S.. Ganancia de Peso Materno y su Relación con el Peso y Longitud al Nacer del Recién Nacido en un Centro de Salud. Ecuador 2019.
12. Monagas, D. Travieso. Artículo científico. “Peso, estado Nutricional materno y su relación con el peso al nacer en la Unidad Municipal de Materno Infantil-Boyerros. Habana Cuba. 2018. Publicada en el 2019.
13. Ramírez D. Montoya<sup>1</sup>. Calvo V. Restrepo-Mesa. Efecto del comportamiento del peso materno en el peso del neonato. Ministerio de Salud. Archivos latinoamericanos de nutrición revista de la sociedad latinoamericana de nutrición. Antioquia -Colombia.2021.
14. Estrada-Restrepo A. Restrepo-Mesa SL. Feria NDCC. Santander FM. Factores maternos relacionados con el peso al nacer de recién nacidos a término. Colombia, 2012-2022. Cad Saude Publica. 2023 Nov 1;32(11): e 00133215. Disponible en: [www.ensp.fiocruz.br/csp](http://www.ensp.fiocruz.br/csp).
15. Ticona, M. Huanco, D. Tesis “Factores maternos que influyen en el peso del recién nacido en 29 Hospitales del Ministerio de Salud - Perú 2019.
16. Valdivia, T. Tirado, L. Factores maternos asociados al bajo peso del recién nacido a término, en el servicio de neonatología del Hospital Regional Docente de Cajamarca en 2020. Repositorio.UNC.

17. OMS. Organización Mundial de la salud. Evaluación de las Estrategias de la salud 2025 – 2030. 23-105pp.
18. Hinostroza, N. El cuidado profesional de enfermería un enfoque humanístico, Rev. Enferm.Vanguard. 2014; 2 (1):86-97.
19. Watson, J. Caring science as sacred science. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005.
20. Urra, E. Jara, A. García, M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería. 2011; XVIII (3):11-22.
21. Watson, J. Watson's theory of human caring and subjective living Experiences: carative factors/caritas processes as a Disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto Context Enferm. 2007; 16(1): 129-35.
22. Reeder, R. Mastroenni, L. Martin, L. Enfermería Materno Infantil. Veinteava edición. Mexico. ed. Interamericana.2021.
23. Swartz, R. Et.Al. Obstetricia. 4ta edición, Argentina. Ed. El piteneo. novena edición. 2018.
24. Cárdenas, C. López, ,D. C. Mediciones antropométricas en el neonato. scielo. [ internet ].México. 2015 -62(3) [citado junio 2024]; disponible desde URL: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462005000300009](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462005000300009).
25. Cárdenas, C. López DKHDASMECOP. Mediciones antropométricas en el neonato. scielo. [internet].Argentina. 2018-85(9) [ citado julio;2024]; disponible desde URL:[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262011000100006](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000100006).

26. Salud OMdl. WHO\_NMH\_NHD\_14.5. [Online].; 2017 [cited 2019 noviembre 22. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO\\_NMH\\_NHD\\_14.5\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf).
27. OPS. [Online].; 2019 [cited 2019 noviembre 30. Available from: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51543/9789275321287\\_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y).
28. INEI MdS. INEI. [Online].; 2019 [cited 2019 noviembre 22. Available from: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores\\_de\\_Resultados\\_de\\_los\\_Programas\\_Presupuestales\\_ENDES\\_Primer\\_Semestre\\_2019.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2019.pdf).
29. Hernández Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill. [Internet]. 2018 [citado el 6 de enero de 2023]. Disponible desde URL: <https://www.abebooks.com/Metodolog%C3%ADa-investigaci%C3%B3n-rutas-cuantitativa-cualitativa-mixta/30039131736/bd>.
30. Reyes M. La ética en la investigación cuantitativa. [Internet]. 2017 [citado el 7 de enero de 2023]. Disponible desde URL: <http://meryannguaita.blogspot.com/2017/07/la-etica-en-la-investigaci%C3%B3n.html#:~:text=%C2%BFQU%C3%89%20ES%20LA%20%C3%89TICA%3F,misma%20y%20con%20los%20dem%C3%A1s>.
31. Morales N. Ganancia de peso materno y ganancia de peso del RN en gestantes en edad extrema atendidas en el Centro de salud Pichari 2020- Huancavelica <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/3570>.
32. ENDES-INEI. Indicadores de los programas presupuestales de salud materno neonatal y desarrollo infantil temprano octubre lima Perú. 2023. [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2023/ppr/Indicadores\\_de\\_Resultados\\_de\\_los\\_Programas\\_Presupuestales\\_%20ENDES\\_Primer\\_Semestre\\_2023\\_FT.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2023/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_%20ENDES_Primer_Semestre_2023_FT.pdf)

33. MINSA, Resolución Ministerial N° 325-2019. /MINSA", [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/306405/Resoluci%C3%B3n\\_Ministrial\\_N325-2019-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/306405/Resoluci%C3%B3n_Ministrial_N325-2019-MINSA.PDF).
  
34. Yadav, D. K., Shukla, G. S., Gupta, N., Shrestha, N., Singh, A., Kaphle, H. P. 2020. Maternal and Obstetric Factors Associated with Low Birth Weight. Journal of Nepal Health Research Council, 17(4), 443-450. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v17i4.226>
  
35. Skåren, L., Davies, B., Bjørnerem, Å. 2020. The effect of maternal and paternal height and weight on antenatal, perinatal and postnatal morphology in sex-stratified analyses. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 99(1), 127-136. <https://doi.org/10.1111/aogs.13724>
  
36. R Core Team. (2020). R: A language and environment for statistical computing (R version 4.0.3) [Computer software]. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>
  
37. OMS. Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre bajo peso al nacer [Global nutrition targets 2025: Low birth weight policy brief ]. Organización Mundial de la Salud. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO\\_NMH\\_NHD\\_14.5\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf)
  
38. Aguemon, B., Bognon, G. M. A., Houessou, N. E., Damien, G., Ayelo, P., Djossou, E. 2019. Poor maternal anthropometric characteristics and newborns' birth weight and length: A cross-sectional study in Benin. International Health, 11(1), 71-77. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihy056>
  
39. Marshall, N., Biel, F., Boone-Heinonen, J., Dukhovny, D., Caughey, A., Snowden, J. 2019. La asociación entre el peso, la estatura materna, el índice de masa corporal y los resultados perinatales. Revista Americana de Perinatología, 36(06), 632-640. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1673395>

40. Della Fontana et al., 2021. Antropo, 46, 9-17. [www.didac.ehu.es/antropo](http://www.didac.ehu.es/antropo) 15.
41. "NTS nº105 – MINSA/DGSP. V.01", {en línea} directrices del MINSA. 2023
42. Instituto Nacional de Salud..INS<sup>74</sup> Guía Técnica para la Valoración nutricional antropométrica de la gestante. INS. 2021.
43. Pacurucu, N, Calderón P, Villavicencio E, 2023.Estado Nutricional del Recién Nacido: Factores asociados a la madre en Latinoamérica - Revisión Bibliográfica. 2023. Rev.Fac salud. volumen 7, Nº 13, diciembre 2023 - mayo 2024, pp. 47-58. <http://doi.org/10.29076/issn.2602-8360vol7iss13.2023pp47-58>.

# **ANEXOS**

## ANEXO N° 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Chota .....de..... del 2024.

YO..... acepto  
participar libre y voluntariamente en el estudio de investigación titulada **“PESO/TALLA MATERNO Y SU RELACIÓN CON EL BAJO PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA. DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA, 2024”** Declaro haber sido informada del objetivo del proyecto, mi participación consistirá en responder con veracidad y de forma oral a las preguntas que me plantearan, así como permitiré las actividades que me realicen y a mi RN. La investigadora se compromete a guardar confidencialidad y anonimidad de los datos, los resultados se informarán de forma general, guardando en reserva la identidad de las personas que serán entrevistadas, del cual autorizo mi participación firmando el presente documento.

---

**FIRMA DEL ENCUESTADO**



**ANEXO 2**  
**FORMATO PRECODIFICADO**

| N°<br>orden | Apellidos y<br>nombres | Edad en<br>años | P<br>Kg | T<br>cm | %P/T | Fecha de<br>nacimient<br>o. Del<br>último<br>hijo o<br>aborto | FUR | Fecha<br>nacimient<br>o RN | Edad<br>Gestacion<br>al | N°<br>Gestacio<br>nes | Embarazo<br>múltiple | Sexo<br>RN | Peso RN |
|-------------|------------------------|-----------------|---------|---------|------|---------------------------------------------------------------|-----|----------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|------------|---------|
|-------------|------------------------|-----------------|---------|---------|------|---------------------------------------------------------------|-----|----------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|------------|---------|

| Unidad | Descripción | Material | Medida | Valor | Observaciones |
|--------|-------------|----------|--------|-------|---------------|
| 1      | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 2      | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 3      | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 4      | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 5      | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 6      | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 7      | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 8      | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 9      | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 10     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 11     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 12     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 13     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 14     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 15     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 16     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 17     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 18     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 19     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 20     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 21     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 22     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 23     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 24     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 25     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 26     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 27     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 28     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 29     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 30     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 31     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 32     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 33     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 34     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 35     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 36     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 37     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 38     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 39     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 40     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 41     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 42     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 43     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 44     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 45     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 46     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 47     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 48     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 49     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 50     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 51     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 52     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 53     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 54     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 55     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 56     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 57     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 58     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 59     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 60     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 61     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 62     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 63     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 64     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 65     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 66     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 67     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 68     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 69     | Gravilla    | Gravilla | 1.00   | 1.00  |               |
| 70     | Gravilla    | Gravilla | 1.0    |       |               |





## CARNÉ DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

55

[illegible]

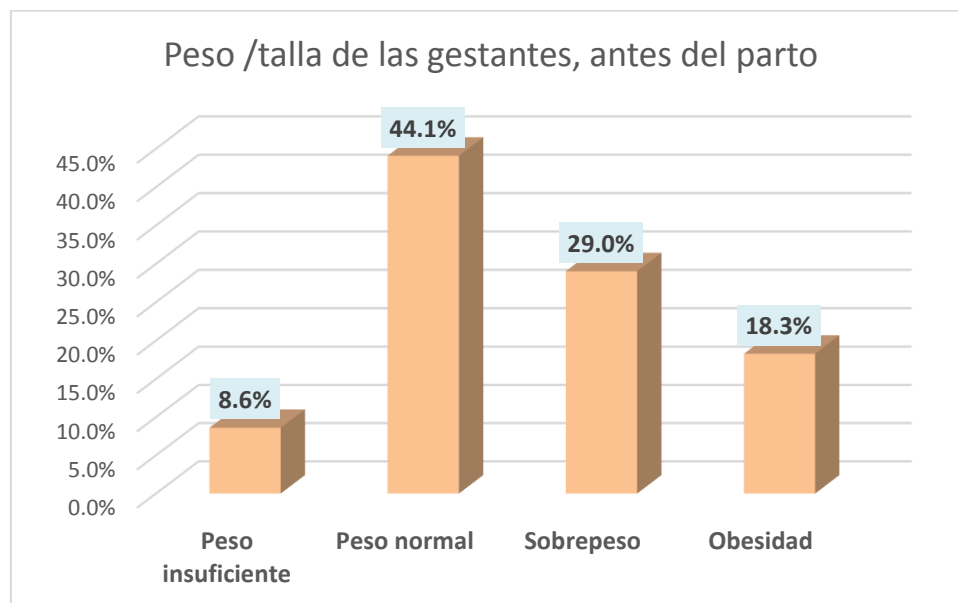
| EDAD |    | MUSCULOS Y MOVILIDAD |    |    |    |    |    |    |    |    |    | COORDINACION Y MOVILIDAD |    |    |    |    |    |    |    |    |   | COMUNICACION Y MOVILIDAD |   |   |   |   |   |   |   |   |  | COMUNICACION Y MOVILIDAD |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|----|----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|---|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| EDAD |    | MUSCULOS Y MOVILIDAD |    |    |    |    |    |    |    |    |    | COORDINACION Y MOVILIDAD |    |    |    |    |    |    |    |    |   | COMUNICACION Y MOVILIDAD |   |   |   |   |   |   |   |   |  | COMUNICACION Y MOVILIDAD |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30   | 29 | 28                   | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18                       | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8                        | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30   | 29 | 28                   | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18                       | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8                        | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30   | 29 | 28                   | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18                       | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8                        | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30   | 29 | 28                   | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18                       | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8                        | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30   | 29 | 28                   | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18                       | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8                        | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30   | 29 | 28                   | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18                       | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8                        | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30   | 29 | 28                   | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18                       | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8                        | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30   | 29 | 28                   | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18                       | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8                        | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30   | 29 | 28                   | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18                       | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8                        | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30   | 29 | 28                   | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18                       | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8                        | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30   | 29 | 28                   | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18                       | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8                        | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30   | 29 | 28                   | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18                       | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8                        | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30   | 29 | 28                   | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18                       | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8                        | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30   | 29 | 28                   | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18                       | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8                        | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30   | 29 | 28                   | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18                       | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8                        | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30   | 29 | 28                   | 27 | 26 | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 | 20 | 19 | 18                       | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8                        | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 |   |   |  |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

[illegible][illegible]

## ANEXOS 5

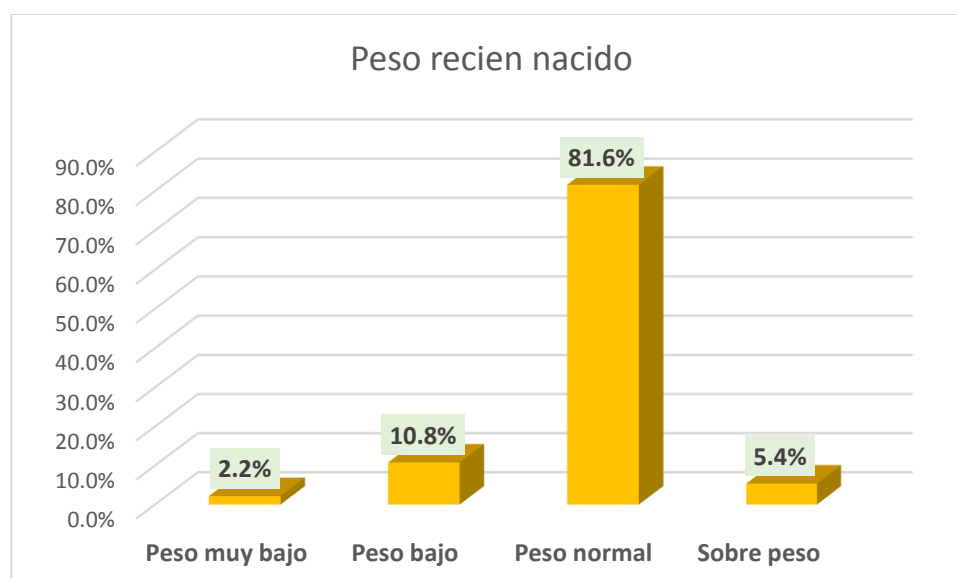
### Gráfico 2

Distribución para el peso /talla de las gestantes, antes del parto



### Gráfico 3

Clasificación de los pesos en recién nacidos en categorías de peso



## ANEXO 6

**Tabla 7**

Correlación Peso/Talla materno y el bajo peso del Recién Nacido vivo, en el servicio de Gineco0bstetricia del Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2024

| X/Y                           | Rho de Spearman            | Peso del recién nacido |
|-------------------------------|----------------------------|------------------------|
| <b>Peso/Talla de la Madre</b> | Coeficiente de correlación | 0.496                  |
|                               | Sig.                       | 0.000                  |

Esta tabla nos muestra la correlación del peso/talla materna y el peso del recién nacido

### 2.4. Hipótesis general y específica

H0. Existe relación entre el Peso /Talla materno y el bajo peso del RN a término - Servicio de Ginecoobstetricia del HJSC Chota, 2024.

H1. No existe relación entre el peso /Talla materno y el bajo peso del RN a término - Servicio de Ginecoobstetricia del HJSC. Chota, 2024.

Nivel de significación 5% o 0.05

Las variables de investigación se midieron en escala ordinal, por tanto, se usó el coeficiente de correlación no paramétrico Rho de Spearman.

De la Tabla 4, se tuvo  $Rho=0.496$ , positivo de valor moderado, considerando  $0 \leq Rho \leq 1$ .

Significación o Sig.=0.000, menor a 0.05, en consecuencia, se rechaza H1.

#### Se determina:

Existe relación entre el Peso /Talla materno y el bajo peso del RN a término - Servicio de Ginecoobstetricia del HJHSC Chota.