Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Obstetricia

Factores de riesgo preconcepcional y resultados materno-neonatales en puérperas atendidas en un hospital del nivel II-2. Lima, 2025

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Kathia Rocio DE LA CRUZ BERROCAL

ASESOR

Dra. Mirian Teresa SOLÍS ROJAS
Celia Ysabel PALACIOS ALVA (Coasesor)

Lima, Perú

2026



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

De la Cruz K. Factores de riesgo preconcepcional y resultados materno-neonatales en puérperas atendidas en un hospital del nivel II-2. Lima, 2025 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2026.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Kathia Rocio De la Cruz Berrocal
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	73264241
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-9189-8272
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Mirian Teresa Solís Rojas
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	07938191
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-9517-4315
Datos de coasesor	
Nombres y apellidos	Celia Ysabel Palacios Alva
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	07534826
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-7134-6605
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Judith Daysi García Cajaleon
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	22486908
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Emilio Oswaldo Vega Gonzales
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	80652413
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Judith Josefina Cornejo Rivera
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	40561561

Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Autofinanciado
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Hospital San Juan de Lurigancho País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: San Juan de Lurigancho Urbanización: Los Álamos de Canto Grande Latitud: -11.96622 Longitud: -77.003601
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Enero 2025 – Junio 2026
URL de disciplinas OCDE	Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN: 17/ 09/ 2026

HORA INICIO : 14:30 hrs

HORA TÉRMINO : 15:30 hrs

2. MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE : Dra. Judith Daysi García Cajaleon

MIEMBRO : Dr. Emilio Oswaldo Vega Gonzales

MIEMBRO : Mg. Judith Josefina Cornejo Rivera

ASESOR (A) : Dra. Mirian Teresa Solís Rojas

3. DATOS DEL TESISTA

NOMBRES Y APELLIDOS : De la Cruz Berrocal, Kathia Rocio

CODIGO : 21010200

TÍTULO DE LA TESIS: " Factores de riesgo preconcepcional y resultados materno-neonatales en puérperas atendidas en un hospital del nivel II-2. Lima, 2025".

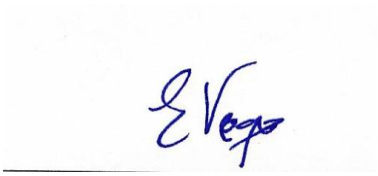
4. RECOMENDACIONES:

5. NOTA OBTENIDA: (16) DIECISEIS

6. PÚBLICO ASISTENTE: (Nombre, apellido y DNI)

N°	Nombres y apellidos	DNI
1	Antuanneth Viviana Cordova Quispe	77473819
2	Julia Berrocal Flores	28312537

7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURADO

	
DRA. JUDITH DAYSI GARCIA CAJALEON **D.N.I. 22486908**	**DR. EMILIO OSWALDO VEGA GONZALES** **D.N.I. 80652413**
PRESIDENTE	**MIEMBRO**

	
MG. JUDITH JOSEFINA CORNEJO RIVERA **D.N.I. 40561561**	**DRA. MIRIAN TERESA SOLIS ROJAS** **D.N.I. 07938191**
MIEMBRO	**ASESOR (A)**

UNMSM Firmado digitalmente por SALAZAR SALVATIERRA Emma Felicia FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 21.09.2026 23:05:54 -05:00	UNMSM Firmado digitalmente por VASQUEZ ALVA Rolando FAU 20148092282 soft Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 22.09.2026 08:57:44 -05:00
Dra. Emma Felicia Salazar Salvatierra Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia	Dr. Rolando Vásquez Alva Vicedecano Académico -Facultad de Medicina
DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA	**VICEDECANO ACADÉMICO DE FACULTAD DE MEDICINA**

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

Anexo 1

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Dra. Mirian Teresa Solis Rojas en mi condición de asesor acreditado mediante Dictamen/Resolución de la UPG o de la EP y/o Resolución Decanal N°003478–2026–D-FM/UNMSM de la tesis, cuyo título **es "Factores de riesgo preconcepcional y resultados materno-neonatales en puérperas atendidas en un hospital del nivel II-2. Lima, 2025",** presentado por la bachiller: Kathia Rocio De la Cruz Berrocal para optar el grado de Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 16 % de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

Lima, 23 de setiembre del 2026

Firma del Asesor

Nombres y Apellidos del asesor: Mirian Teresa Solis Rojas

DNI: 07938191

* Según corresponda: bachiller, magíster, doctor; título profesional o título de segunda especialidad

La vigencia del presente certificado corresponde a un período de noventa (90) días desde la fecha de su emisión; siempre que no haya observaciones en el texto durante el proceso de revisión por el jurado informante o surja alguna contingencia.

Agradecimiento

Agradezco a la universidad por haberme permitido formarme profesionalmente, así como a los docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia, por su constante orientación y apoyo durante mi formación profesional.

A mi asesora, Dra. Mirian Teresa Solís Rojas, y a mi coasesora, Dra. Celia Ysabel Palacios Alva, por su guía, paciencia y constante apoyo durante el desarrollo de este proceso de investigación.

Asimismo, expreso mi agradecimiento al personal del Hospital San Juan de Lurigancho por las facilidades brindadas para la realización del presente estudio.

Dedicatoria

Agradezco a Dios por permitirme permanecer firme durante todo este proceso, brindándome fortaleza para culminar este desafío.

A mis padres y hermanos, por su amor, apoyo incondicional y por ser mi mayor motivación para seguir adelante.

A mis amigas y a todas las personas que siempre me motivaron, por sus palabras de aliento y por acompañarme en este camino hacia el logro de mis metas.

Índice

Agradecimiento ii
Dedicatoria iii
Índice iv
Índice de tablas v
Resumen vi
Abstract vii
I. INTRODUCCIÓN 8
1.1. Planteamiento del problema 8
1.2. Objetivos 11
1.3. Importancia y alcance de la investigación 12
1.4. Limitaciones de la investigación 13
II. MARCO TEÓRICO 14
2.1. Antecedentes 14
2.2. Bases teóricas 22
2.3. Definición de términos 32
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES 33
3.1. Hipótesis 33
3.2. Variables 33
3.3. Operacionalización de variables 34
IV. MATERIALES Y MÉTODOS 41
4.1. Tipo de estudio 41
4.2. Diseño de estudio 41
4.3. Población 41
4.4. Muestra 42
4.5. Técnica 43
4.6. Instrumento de recolección de datos 44
4.7. Procedimientos 45
4.8. Análisis de datos 46
4.9. Consideraciones éticas 47
V. RESULTADOS 49
VI. DISCUSIÓN 59
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 68
ANEXOS 77

Índice de tablas

Tabla 1. Características biológicas, médicas, obstétricas y sociales de las puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima, 2025 (n = 201) 49

Tabla 2. Frecuencia de complicaciones que conformaron el resultado materno adverso en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima, 2025 (n=201) 51

Tabla 3. Frecuencia de complicaciones que conformaron el resultado neonatal adverso en recién nacidos de puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima, 2025 (n = 201) 52

Tabla 4. Análisis bivariado de los factores de riesgo preconcepcional asociados al resultado materno adverso en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima, 2025 (n = 201) 53

Tabla 5. Modelo multivariado de los factores de riesgo preconcepcional asociados al resultado materno adverso en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima, 2025 (n = 201) 55

Tabla 6. Análisis bivariado de los factores de riesgo preconcepcional asociados al resultado neonatal adverso en recién nacidos de puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima, 2025 (n = 201) 56

Tabla 7. Modelo multivariado de los factores de riesgo preconcepcional asociados al resultado neonatal adverso en recién nacidos de puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima, 2025 (n = 201) 58

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre los factores de riesgo preconcepcional y los resultados maternos y neonatales adversos en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025.

Materiales y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal. Participaron 201 puérperas seleccionadas por muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicó un cuestionario a las participantes y una ficha de recolección completada con la revisión de historias clínicas maternas y neonatales. Se estimaron razones de prevalencia ajustadas (RPa) mediante regresión de Poisson con varianza robusta.

Resultados: La edad promedio fue 29,22 ± 6,95 años y el 60,7% presentó sobrepeso u obesidad pregestacional. La prevalencia de resultado materno adverso fue 75,6% y la de resultado neonatal adverso, 26,4%. Las complicaciones más frecuentes fueron la infección del tracto urinario (39,3%) y la anemia (27,9%) en las madres, y la macrosomía (13,4%) en los recién nacidos. Ningún factor se asoció de forma independiente con el resultado materno adverso. Para el resultado neonatal adverso, la edad materna ≥35 años mostró mayor prevalencia (RPa=1,775; IC95%: 1,113–2,829; p=0,016) y la actividad laboral remunerada, menor prevalencia (RPa=0,613; IC95%: 0,384–0,979; p=0,041).

Conclusión: La edad materna avanzada se asoció con una mayor prevalencia de resultado neonatal adverso y la actividad laboral remunerada con una menor prevalencia de dicho resultado, sin lectura causal. El estudio no contó con potencia suficiente para evaluar exposiciones infrecuentes como el tabaquismo.

Palabras clave: Atención preconcepcional; factores de riesgo; salud materna; salud neonatal; tabaquismo; edad materna avanzada

Abstract

Objective: To determine the relationship between preconception risk factors and adverse maternal and neonatal outcomes among postpartum women treated at San Juan de Lurigancho Hospital, 2025.

Materials and methods: An observational, analytical, cross-sectional study at a relational level was conducted. A total of 201 postpartum women were included through non-probability convenience sampling. A structured questionnaire and a data collection form completed through the review of maternal and neonatal medical records were used. Adjusted prevalence ratios (aPR) and 95% confidence intervals (95% CI) were estimated using Poisson regression with robust variance.

Results: The mean age was 29.22 ± 6.95 years, and 60.7% had pregestational overweight or obesity. The prevalence of adverse maternal outcomes was 75.6% and that of adverse neonatal outcomes, 26.4%. The most frequent complications were urinary tract infection (39.3%) and anemia (27.9%) in mothers, and macrosomia (13.4%) in newborns. No factor was independently associated with adverse maternal outcomes. For adverse neonatal outcomes, advanced maternal age (≥35 years) showed a higher prevalence (aPR=1.775; 95% CI: 1.113–2.829; p=0.016) and paid employment a lower prevalence (aPR=0.613; 95% CI: 0.384–0.979; p=0.041).

Conclusion: Advanced maternal age was associated with a higher prevalence of adverse neonatal outcomes, and paid employment with a lower prevalence of the same outcome, without a causal interpretation. The study lacked sufficient power to assess infrequent exposures such as smoking.

Keywords: Preconception care; Risk factors; Maternal health; Neonatal health; Smoking; Advanced maternal age.

I. INTRODUCCIÓN

I.1. Planteamiento del problema

Determinación del problema

En 2023 fallecieron en el mundo alrededor de 260 000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, lo que equivale a una razón de mortalidad materna de 197 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos [(1)]. En el mismo periodo, 2,3 millones de recién nacidos murieron durante su primer mes de vida [(2)]. Una proporción sustantiva de estos desenlaces se relaciona con condiciones presentes antes de la concepción, susceptibles de ser identificadas y controladas mediante la atención preconcepcional, lo que sitúa a esta etapa como un punto de intervención con potencial impacto sobre la salud del binomio madre-recién nacido.

La salud materna durante el embarazo está influenciada por diversas condiciones presentes antes de la concepción. Los factores de riesgo preconcepcionales corresponden a características biológicas, médicas, obstétricas, sociales y conductuales que pueden incrementar la probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio o en el periodo neonatal. Por ello, la etapa preconcepcional constituye una oportunidad estratégica para identificar y modificar condiciones de riesgo antes del inicio de la gestación [(3,4)].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que una proporción importante de los embarazos ocurre sin planificación previa: se estima que 121 millones de embarazos anuales, cerca de la mitad del total mundial, son no intencionados [(5)], situación que limita la posibilidad de brindar intervenciones preconcepcionales oportunas dirigidas a identificar y controlar factores de riesgo antes del embarazo. Entre los principales factores asociados a resultados adversos se encuentran las alteraciones del estado nutricional, enfermedades crónicas no controladas, intervalos

intergenésicos cortos, edades maternas extremas, condiciones sociales desfavorables, consumo de tabaco y antecedentes obstétricos desfavorables. La ausencia de una adecuada evaluación preconcepcional puede dificultar la identificación temprana de estos factores y favorecer la aparición de complicaciones maternas y neonatales [2,6,7].

En América Latina y el Caribe, los factores de riesgo preconcepcionales continúan representando un problema relevante de salud pública debido a la persistencia de condiciones sociales, económicas y sanitarias que pueden afectar la salud reproductiva. En 2023 la razón de mortalidad materna en América Latina y el Caribe fue de 77 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos y la región registró la menor reducción de todas las regiones del mundo entre 2000 y 2023, con apenas 16,8% [1]. Diversos estudios realizados en países de la región han evidenciado la presencia frecuente de factores como alteraciones nutricionales, antecedentes obstétricos desfavorables y condiciones sociales asociadas a mayor vulnerabilidad reproductiva [8,9].

En el Perú, el 59,2% de las muertes maternas notificadas durante 2024 correspondió a causas obstétricas directas, encabezadas por la hemorragia obstétrica (20,4%) y los trastornos hipertensivos (17,9%), mientras que el 40,8% correspondió a causas indirectas, es decir, a enfermedades preexistentes agravadas por la gestación [10]. Esta última proporción resulta particularmente relevante para el enfoque preconcepcional, dado que remite a condiciones presentes antes del embarazo. El perfil de riesgo preconcepcional de la población peruana refuerza esta preocupación: en 2024 el 65,6% de las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años presentaba exceso de peso [11], el 24,6% de este mismo grupo presentaba anemia y el 8,4% de las adolescentes de 15 a 19 años había estado alguna vez embarazada [12]. Algunos de estos resultados se encuentran relacionados con condiciones que pueden ser identificadas y controladas antes de la concepción mediante intervenciones de atención preconcepcional. Asimismo, factores como las dificultades de acceso a los servicios de salud, las brechas educativas y

las condiciones socioeconómicas desfavorables pueden influir en la presencia de riesgos durante el proceso reproductivo y afectar los resultados neonatales [13].

La atención preconcepcional constituye una estrategia orientada a optimizar la salud de la mujer antes del embarazo mediante la identificación de riesgos, evaluación del estado nutricional, control de enfermedades preexistentes, consejería reproductiva y realización de intervenciones preventivas. Estas acciones se encuentran contempladas en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, que establece la importancia de evaluar el riesgo preconcepcional y promover condiciones favorables antes de la gestación [14].

A pesar de los avances en la atención materna, la evidencia sobre la relación entre los factores de riesgo preconcepcionales y los resultados maternos y neonatales continúa siendo limitada en algunos contextos hospitalarios del país. En particular, existe escasa información sobre esta asociación en el Hospital San Juan de Lurigancho, por lo que resulta necesario generar evidencia local que permita caracterizar esta problemática.

El vacío de conocimiento que motiva esta investigación puede delimitarse con precisión en tres planos. En el plano conceptual, la evidencia disponible se ha construido mayoritariamente sobre asociaciones aisladas entre un único factor preconcepcional y un desenlace específico —obesidad y parto prematuro, edad materna y prematuridad, intervalo intergenésico y bajo peso—, de modo que no permite establecer qué factores conservan una asociación independiente cuando se los evalúa de forma simultánea y se controla su efecto recíproco. En el plano metodológico, los estudios previos emplean definiciones heterogéneas de resultado adverso y, en su mayoría, reportan odds ratios en diseños donde el desenlace es frecuente, lo que sobrestima la magnitud de la asociación; son escasos los trabajos que estimen razones de prevalencia y que evalúen de manera conjunta el desenlace materno y el neonatal. En el

plano contextual, la evidencia peruana disponible proviene principalmente de hospitales de referencia de alta complejidad o de estudios retrospectivos basados exclusivamente en registros clínicos, y no de establecimientos de nivel II-2, que concentran la mayor parte de la atención obstétrica de la población urbana en situación de vulnerabilidad.

En consecuencia, no se dispone de evidencia local que responda a la pregunta de cuáles factores de riesgo preconcepcional conservan una asociación independiente con los resultados maternos y con los resultados neonatales adversos en una población atendida en un hospital de nivel II-2 de Lima Metropolitana. Abordar este vacío es relevante porque de él depende la posibilidad de priorizar, con criterio empírico y local, los contenidos de la consejería preconcepcional en un servicio con recursos limitados.

Por ello, el presente estudio se enfocó en determinar la relación entre los factores de riesgo preconcepcionales y los resultados maternos y neonatales en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho durante junio y julio de 2025. El estudio tuvo como propósito aportar información epidemiológica sobre la frecuencia de estos factores y su asociación con resultados adversos, contribuyendo a la generación de evidencia que pueda orientar futuras estrategias de prevención y atención preconcepcional en este contexto hospitalario.

Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo preconcepcionales y los resultados materno-neonatales en puérperas, atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025?

I.2. Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre los factores de riesgo preconcepcional y los resultados maternos y neonatales adversos en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025.

Objetivos específicos

- Identificar la relación entre los factores biológicos preconcepcionales y los resultados maternos y neonatales adversos en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025.
- Identificar la relación entre los factores médicos preconcepcionales y los resultados maternos y neonatales adversos en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025.
- Establecer la relación entre los factores obstétricos preconcepcionales y los resultados maternos y neonatales adversos en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025.
- Establecer la relación entre los factores sociales preconcepcionales y los resultados maternos y neonatales adversos en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025.

I.3. Importancia y alcance de la investigación

Esta investigación aportará información importante no solo a los profesionales de la salud sino también a las autoridades del Hospital San Juan de Lurigancho, al mostrar un análisis relacionado con los factores de riesgo preconcepcional y los resultados materno-neonatales, sino que también se alineará con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, como es el ODS 3: “salud y bienestar”, que se enfoca en garantizar servicios de calidad a toda la población para mejorar el estado de salud de estos [15]. Además, los resultados de este estudio beneficiarán a las mujeres en edad reproductiva porque les brindará una guía para comprender de qué manera se asocian los factores preconcepcionales en su salud y en la de su futuro hijo.

El alcance de la investigación es institucional y local: los hallazgos son aplicables al Hospital San Juan de Lurigancho y a establecimientos de nivel II-2 con características poblacionales similares, y no son

extrapolables al conjunto de la población peruana. En el plano práctico, la investigación aporta insumos para la planificación de programas de educación y consejería preconcepcional orientados a las necesidades de esta población, lo que puede contribuir a reducir las complicaciones obstétricas y neonatales. En el plano metodológico, ofrece una base para futuras investigaciones en salud reproductiva con un enfoque orientado a la atención preconcepcional integral.

I.4. Limitaciones de la investigación

El estudio presenta cuatro limitaciones principales, para cada una de las cuales se adoptaron medidas de mitigación. En primer lugar, el sesgo de memoria asociado al autorreporte de antecedentes preconcepcionales: para reducirlo, todas las variables clínicas objetivas (índice de masa corporal pregestacional, enfermedades crónicas y resultados maternos y neonatales) fueron obtenidas por revisión documental de las historias clínicas y no por autorreporte, y la entrevista se realizó durante el puerperio inmediato, con el evento reproductivo reciente. En segundo lugar, el muestreo no probabilístico por conveniencia limita la generalización de los hallazgos; para atenuarlo se captó a la totalidad de puérperas elegibles durante los turnos establecidos a lo largo de todo el periodo de estudio, evitando la selección discrecional de participantes, y se alcanzó un tamaño muestral (n=201) superior al mínimo calculado. En tercer lugar, la baja frecuencia de algunas exposiciones, en particular el tabaquismo y el consumo de alcohol, reduce la potencia estadística; esta limitación no pudo ser corregida en el diseño, por lo que se reportan los valores exactos de la prueba de Fisher y se advierte de forma explícita sobre la inestabilidad de las estimaciones correspondientes. En cuarto lugar, el diseño transversal impide establecer temporalidad; para no exceder el alcance del diseño, los resultados se presentan como asociaciones y no como relaciones causales.

II. MARCO TEÓRICO

II.1. Antecedentes

Debido a la diversidad de factores evaluados, se incluyeron estudios que analizaron asociaciones entre factores preconcepcionales específicos y diferentes resultados maternos o neonatales, aun cuando algunos no utilizaron exactamente la definición de resultado compuesto empleada en la presente investigación.

Bobadilla Chávez RE, el año 2025, en Perú, realizó un estudio observacional retrospectivo de cohortes en un hospital público de Huaraz, con una muestra de 276 gestantes, utilizando una ficha de recolección de datos. Las participantes fueron distribuidas según su índice de masa corporal pregestacional en gestantes con peso normal, sobrepeso y obesidad. Los resultados evidenciaron que el sobrepeso y la obesidad pregestacionales se asociaron significativamente con un mayor riesgo de parto prematuro. Asimismo, la edad materna mayor de 35 años, la procedencia rural, el control prenatal insuficiente, la placenta previa y el oligohidramnios mostraron asociación significativa con este resultado. Se concluyó que el sobrepeso y la obesidad pregestacionales constituyen factores de riesgo para el parto prematuro [16].

Souza RT, et al. el año 2025, en Brasil, publicaron una revisión narrativa sobre el asma durante el embarazo, con el objetivo de actualizar la evidencia relacionada con su diagnóstico, control, tratamiento y repercusiones materno-perinatales. Los autores señalaron que el asma constituye la enfermedad respiratoria crónica más frecuente durante la gestación y que el control de la enfermedad antes del embarazo es el principal predictor de su gravedad durante este periodo. Asimismo, identificaron al tabaquismo, el sobrepeso y la obesidad como factores asociados a un mayor riesgo de exacerbaciones asmáticas. La revisión destacó que la interrupción inadvertida del tratamiento de mantenimiento durante la gestación se asocia con un incremento de las exacerbaciones

y de las complicaciones maternas y fetales. Se concluyó que el adecuado control preconcepcional del asma y la continuidad del tratamiento durante el embarazo son fundamentales para disminuir los riesgos y mejorar los resultados materno-neonatales [17].

Qazi N, *et al.* el año 2024, en Pakistán, realizaron un estudio de cohorte con el objetivo de analizar la asociación entre el índice de masa corporal (IMC) pregestacional elevado y los resultados materno-neonatales. Participaron 390 gestantes, quienes fueron divididas en dos grupos según su IMC previo al embarazo: Grupo A (IMC <25 kg/m²) y Grupo B (IMC ≥25 kg/m²). Los resultados mostraron una asociación estadísticamente significativa entre el IMC elevado y un mayor riesgo de complicaciones maternas, entre ellas hemorragia posparto y trauma genital y perineal. Asimismo, se observó una mayor frecuencia de resultados neonatales adversos, como macrosomía y puntaje APGAR bajo al minuto. Se concluyó que el sobrepeso y la obesidad pregestacionales incrementan el riesgo de complicaciones maternas y perinatales adversas [18].

Flores-López B, *et al.* el año 2023, en México, llevaron a cabo un estudio transversal analítico con el objetivo de conocer las morbilidades maternas y perinatales asociadas a la edad materna avanzada. Participaron 240 gestantes distribuidas en dos grupos: grupo 1, mujeres de 35 años o más; y grupo 2, mujeres menores de 35 años. Los resultados mostraron una asociación significativa entre la edad materna avanzada y la presencia de diabetes mellitus gestacional, enfermedad hipertensiva del embarazo, cesárea, hemorragia obstétrica y control prenatal insuficiente. Asimismo, los recién nacidos de madres con edad materna avanzada presentaron mayor riesgo de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso para la edad gestacional e ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales. El análisis multivariado confirmó la asociación de la edad materna avanzada con diabetes mellitus, enfermedad hipertensiva del embarazo y hemorragia obstétrica. Se concluyó que la edad materna avanzada se asocia significativamente con una mayor morbilidad materna y perinatal [19].

Granés L, *et al.* el año 2023, en España, llevaron a cabo un estudio de cohortes retrospectivo con el objetivo de evaluar la asociación entre el nivel educativo materno y el parto prematuro. Se analizaron 10 467 nacimientos. Los resultados mostraron que las mujeres con menor nivel educativo presentaron un mayor riesgo de parto prematuro (RR=1.57; IC95%:1.21-2.03). Asimismo, el sobrepeso materno desempeñó un papel mediador importante en esta asociación, junto con otros factores como el tabaquismo, el consumo de drogas, la preeclampsia y las infecciones genitourinarias. Se concluyó que un bajo nivel educativo materno se asocia con un mayor riesgo de parto prematuro y que parte de esta relación puede estar mediada por factores maternos modificables y condiciones obstétricas asociadas [20].

Jani HT, *et al.* el año 2023, en India, realizaron un estudio observacional comparativo con diseño prospectivo, con el objetivo de determinar el impacto del período intergenésico en los resultados maternos. Participaron 140 mujeres seleccionadas mediante muestreo no probabilístico. La muestra se dividió en dos grupos: 70 mujeres con intervalo intergenésico corto (≤18 meses) y 70 mujeres con intervalo intergenésico normal (≥19 a ≤59 meses). Los resultados mostraron que las mujeres con intervalo intergenésico corto presentaron mayor frecuencia de anemia (p=0.017). Además, el análisis de regresión logística evidenció mayor riesgo de colestasis obstétrica (OR=4.186) y de dehiscencia o sensibilidad de cicatriz uterina (OR=10.666), mientras que presentaron menor riesgo de hipertensión inducida por el embarazo (OR=0.266). Se concluyó que los intervalos intergenésicos cortos se asocian con una mayor morbilidad materna y resultados perinatales adversos [21].

Doke P, *et al.* el año 2022, en India, realizaron un estudio transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de factores de riesgo preconcepcionales asociados a resultados materno-neonatales. Se incluyeron 7875 mujeres casadas y la información fue recolectada

mediante entrevistas y mediciones antropométricas. Los resultados mostraron que aproximadamente dos tercios de las participantes presentaban al menos un factor de riesgo preconcepcional. El factor más frecuente fue la ausencia de educación formal (44.35%). Asimismo, se observó una elevada prevalencia de bajo peso (IMC <18.5 kg/m²), alta paridad, consumo de tabaco y deficiencia en la ingesta de proteínas y calorías, especialmente en mujeres procedentes de áreas tribales. Se concluyó que los factores de riesgo preconcepcionales fueron frecuentes y presentaron una mayor prevalencia en las zonas tribales [22].

Dennis C, *et al.* el año 2022, en Canadá, llevaron a cabo un estudio transversal mediante un cuestionario en línea, con el objetivo de identificar la prevalencia y los factores asociados a la acumulación de riesgos preconcepcionales en mujeres en edad reproductiva. Se reclutaron 1080 mujeres. Los resultados mostraron que los factores de riesgo más frecuentes fueron el antecedente de cesárea (33.1%), aborto espontáneo (27.2%), alto peso al nacer (13.5%) y sobrepeso u obesidad (75%). Las mujeres sin educación postsecundaria presentaron más del doble de probabilidades de acumular factores de riesgo (OR=2.35; IC95%:1.74-3.17), al igual que las mujeres solteras (OR=2.22; IC95%:1.25-3.96). Por otro lado, aquellas con dos o más hijos presentaron menor probabilidad de acumular riesgos (OR=0.68; IC95%:0.52-0.86). Se concluyó que los factores de riesgo preconcepcionales son frecuentes en mujeres en edad reproductiva y que variables sociodemográficas como el nivel educativo, el estado civil y la paridad influyen significativamente en su acumulación [23].

Ishag A, *et al.* el año 2022, en Sudán, realizaron un estudio de casos y controles con el objetivo de evaluar los resultados materno-neonatales asociados a la gran multiparidad. El estudio incluyó mujeres con gran multiparidad (≥5 partos) y mujeres con baja paridad (2-4 partos) como grupo control. Los resultados mostraron una asociación significativa entre la gran multiparidad y la mayor edad materna (AOR=1.19; IC95%:1.16-1.23), menor nivel educativo (AOR=3.38; IC95%:2.49-5.58) y menor

asistencia al control prenatal (AOR=1.73; IC95%:1.02-2.92). Asimismo, las mujeres con gran multiparidad presentaron mayor riesgo de anemia (AOR=1.48), diabetes mellitus (AOR=10.61), parto por cesárea (AOR=1.87), nacimiento prematuro (AOR=1.90) e ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales (AOR=3.80). Se concluyó que la gran multiparidad se asocia con resultados materno-neonatales adversos [24].

Muñoz R, *et al.* el año 2022, en Perú, realizaron un estudio analítico comparativo con el objetivo de determinar la relación entre el desgarro perineal posparto y diversas variables obstétricas y sociodemográficas. La muestra estuvo conformada por 317 mujeres altoandinas de la región Ayacucho, distribuidas en dos grupos: 117 con desgarro perineal y 200 sin esta patología. Los resultados mostraron que, entre las variables sociodemográficas, únicamente la edad materna extrema se asoció significativamente con el desgarro perineal, triplicando su riesgo. Entre las variables obstétricas más relevantes se encontraron el parto precipitado, que incrementó el riesgo más de diez veces, y el período intergenésico corto, que lo aumentó aproximadamente cinco veces. Asimismo, la presencia de infecciones vaginales mostró una asociación significativa con este resultado. Se concluyó que el parto precipitado, el período intergenésico corto y las infecciones vaginales constituyen los principales factores asociados al desgarro perineal posparto en mujeres altoandinas de Ayacucho [25].

Caut C, *et al.* el año 2022, en Australia, llevaron a cabo una revisión sistemática tipo umbrella review con el objetivo de sintetizar la evidencia sobre los riesgos preconcepcionales modificables y los comportamientos de salud en mujeres y hombres, y su asociación con los resultados de salud materna y neonatal. Se incluyeron 27 revisiones sistemáticas y metaanálisis de estudios observacionales, analizando categorías como la composición corporal (sobrepeso y obesidad), los comportamientos relacionados con el estilo de vida (consumo de cafeína y tabaco), la nutrición, las exposiciones ambientales y el espaciamiento entre embarazos. Los resultados indicaron que estos factores se asociaron con

alteraciones en el desarrollo embrionario, mayor riesgo de diabetes mellitus gestacional, parto prematuro, trastornos del crecimiento fetal y otros resultados adversos maternos y neonatales. Se concluyó que la atención preconcepcional debe incluir intervenciones dirigidas a la composición corporal, el estilo de vida, la nutrición y el espaciamiento entre embarazos para mejorar los resultados maternos y de la descendencia [26].

Zhu YY, *et al.* el año 2021, en Estados Unidos, llevaron a cabo un estudio de cohorte prospectivo con 2449 mujeres, con el objetivo de evaluar la asociación entre factores preconcepcionales y de inicio del embarazo modificables y el riesgo de parto prematuro. Los resultados mostraron que las mujeres con un peso saludable antes del embarazo presentaron un menor riesgo de parto prematuro (RRa=0.58; IC95%:0.39-0.86). Asimismo, una dieta de alta calidad (RRa=0.68; IC95%:0.39-0.99) y niveles bajos o moderados de estrés (RRa=0.60; IC95%:0.41-0.88) también se asociaron con una reducción del riesgo. Además, las mujeres que reunían dos o tres factores saludables presentaron una disminución progresiva del riesgo de parto prematuro. Se concluyó que un estilo de vida saludable durante el período preconcepcional y el inicio del embarazo puede reducir significativamente el riesgo de parto prematuro [27].

Maas VYF, *et al.* el año 2021, en los Países Bajos, realizaron un análisis secundario de una cohorte prospectiva multicéntrica con el objetivo de evaluar la asociación entre los comportamientos de estilo de vida durante el período periconcepcional y los resultados materno-neonatales. Participaron 3684 gestantes, quienes completaron un cuestionario autoadministrado sobre hábitos preconcepcionales y del primer trimestre. Los resultados mostraron que las mujeres con sobrepeso y obesidad presentaron mayores probabilidades de desarrollar resultados materno-neonatales (aOR=1.61; IC95%:1.31-1.99 y aOR=2.85; IC95%:2.20-3.68, respectivamente), especialmente trastornos hipertensivos del embarazo y diabetes gestacional. Asimismo, las mujeres que continuaron fumando durante el embarazo tuvieron mayor riesgo de recién nacidos pequeños

para la edad gestacional (aOR=1.91; IC95%:1.05-3.15), riesgo que disminuyó en aquellas que abandonaron el hábito. Por otro lado, la ausencia de suplementación con ácido fólico mostró una tendencia hacia una mayor probabilidad de resultados materno-neonatales. Se concluyó que la cesación del tabaquismo, el mantenimiento de un índice de masa corporal normal y el inicio de la suplementación con ácido fólico antes de la concepción pueden disminuir el riesgo de resultados materno-neonatales, destacando la importancia de las intervenciones durante el período preconcepcional [28].

Zhao M, *et al.* el año 2021, en China, realizaron un estudio observacional multicéntrico con el objetivo de evaluar la asociación entre factores pregestacionales y del inicio del embarazo con el riesgo de diabetes mellitus gestacional. Se incluyeron 187 432 gestantes sin antecedente de diabetes mellitus pregestacional, procedentes de diez hospitales. Los resultados mostraron que el índice de masa corporal pregestacional se asoció significativamente con un mayor riesgo de diabetes mellitus gestacional, observándose un incremento del 22% en el riesgo por cada aumento de 3 kg/m² en el IMC (ORa=1.22; IC95%:1.21-1.24). Asimismo, el consumo de ácido fólico antes del embarazo se asoció con una reducción del 27% del riesgo de desarrollar esta complicación (ORa=0.73; IC95%:0.69-0.79). Se concluyó que diversos factores pregestacionales, especialmente el índice de masa corporal y la suplementación con ácido fólico, se encuentran asociados con el riesgo de diabetes mellitus gestacional y pueden ser útiles para la identificación temprana de gestantes de alto riesgo [29].

Durán J, *et al.* el año 2020, en México, realizaron un estudio observacional retrospectivo con el objetivo de investigar la asociación entre el índice de masa corporal pregestacional y los eventos maternos adversos durante el parto. Se incluyeron 427 gestantes y la información fue obtenida mediante historias clínicas, entrevistas y exploración física. Los resultados mostraron que el 33% de las participantes presentó IMC normal, el 30% sobrepeso y el 37% obesidad. El evento materno adverso más frecuente

fue la cesárea urgente (58.8%). Asimismo, la escolaridad secundaria se asoció con una reducción del riesgo de eventos maternos adversos (OR=0.56; IC95%:0.34-0.94), mientras que la primigravidez (OR=6.88; IC95%:3.37-12.58) y la secundigravidez (OR=5.57; IC95%:3.04-10.24) incrementaron significativamente dicho riesgo. Se concluyó que diversos factores maternos, entre ellos el índice de masa corporal pregestacional y las características sociodemográficas y reproductivas, influyen en la ocurrencia de eventos maternos adversos durante el trabajo de parto [30].

En síntesis, los antecedentes revisados evidencian que diversos factores presentes antes de la gestación, como la edad materna avanzada, el índice de masa corporal elevado, las enfermedades crónicas, los antecedentes obstétricos y determinados factores sociales y conductuales, se relacionan con una mayor frecuencia de complicaciones maternas y neonatales. Sin embargo, la mayoría de los estudios previos han evaluado asociaciones específicas entre un único factor de riesgo y un resultado particular, como parto prematuro, diabetes gestacional o trastornos hipertensivos, utilizando definiciones heterogéneas de resultados adversos. Asimismo, existe limitada evidencia que analice de manera integrada múltiples factores de riesgo preconcepcional y su asociación simultánea con resultados maternos y neonatales compuestos en población atendida en establecimientos públicos del contexto peruano. Por ello, el presente estudio busca aportar evidencia sobre la relación entre factores biológicos, médicos, obstétricos, sociales y conductuales preconcepcionales con la ocurrencia de resultados maternos y neonatales adversos, considerando una evaluación global del binomio madre-recién nacido.

II.2. Bases teóricas

Los factores de riesgo son cualquier condición de salud que contribuye a que una persona incremente la probabilidad de sufrir una enfermedad [3]. Los factores de riesgo preconcepcional comprenden distintas condiciones

que incluyen factores de riesgo biológicos, obstétricos y sociales preconcepcionales, que están asociados a que una mujer no grávida y su futuro hijo, sufran de algún daño, lesión o muerte, a lo largo de su proceso reproductivo, desde el embarazo, parto y en la etapa neonatal [8,9].

Los factores de riesgo preconcepcional pueden clasificarse en factores biológicos, médicos, obstétricos, sociales y conductuales, los cuales pueden influir en la salud materna y neonatal durante el proceso reproductivo. Los factores de riesgo biológicos incluyen la edad y el estado nutricional pregestacional, los cuales pueden aumentar la probabilidad de morbilidad materna [31]. Un factor relevante es la edad de la mujer, ya que en los últimos años se ha incrementado. Las edades extremas como las mujeres mayores de 35 años están asociadas a distintas complicaciones en la madre y en el neonato, se observa una mayor frecuencia de diabetes gestacional, enfermedades hipertensivas del embarazo, partos por cesárea y hemorragias obstétricas. Además, en cuanto al neonato se presentó un mayor riesgo de nacer pretérmino, bajo peso al nacer e ingreso del recién nacido a la UCIN [19,32,33].

Otro factor relevante, es el índice de masa corporal (IMC), es un indicador que se obtiene dividiendo el peso pregestacional en kilogramos por el cuadrado de alturas en metros. La OMS establece la clasificación del IMC de la siguiente manera: cuando el resultado es inferior a 18.5 kg/m² se considera bajo peso; entre 18.5 y 24.9 kg/m², peso normal; de 25 a 29.9 kg/m², sobrepeso; y cuando supera los 30 kg/m², obesidad [34]. En este contexto, el bajo peso materno es una condición menos investigada, pero reconocida como un factor de riesgo, se ha relacionado con un incremento del 20% en la probabilidad de parto prematuro, así como con un mayor riesgo de tener neonatos con bajo peso al nacer. Por lo tanto, esta situación puede considerarse en el contexto del IMC pregestacional, ya que un IMC bajo puede influir en estos resultados adversos [35]. Por otro lado, la obesidad pregestacional está asociado a resultados maternos y neonatales, como el riesgo de preeclampsia y eclampsia, así como recién

nacidos macrosómicos, por lo que se requiere de una atención especial durante el embarazo y parto [36,37].

Los antecedentes patológicos, como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades renales y cardiovasculares, etc, se caracterizan por un curso prolongado y generalmente lento, estas afecciones no suelen resolverse de manera espontánea y raramente tienen una cura completa. Una condición como la hipertensión crónica, influye en los resultados del binomio madre-niño, esto incrementa el riesgo tanto de desprendimiento prematuro de placenta y preeclampsia, en el caso de neonato alterar su peso y su edad gestacional al término del embarazo [38].

Por otro lado, las mujeres con diabetes mellitus que durante su embarazo se elevan los niveles de glucosa que afecta tanto a ella como al recién nacido. Por ello, se recomienda optimizar el control glucémico antes de la concepción, debido a que la diabetes mellitus pregestacional no controlada incrementa el riesgo de complicaciones maternas y fetales [39,40].

Las enfermedades cardiovasculares también suponen un reto significativo, dado que el embarazo genera adaptaciones fisiológicas en el sistema cardiovascular. El aumento del volumen sanguíneo, que comienza a incrementarse desde la sexta semana de gestación hasta alcanzar un 50% en la mitad del embarazo, junto con el aumento de la frecuencia cardíaca durante el tercer trimestre, sumado al mayor gasto cardíaco, supone un reto significativo para el sistema cardiovascular en mujeres con cardiopatías [41]. En el trabajo de parto, la demanda de oxígeno se multiplica por tres, mientras que la presión arterial se eleva con cada contracción, lo que puede comprometer aún más la función cardíaca en mujeres con cardiopatías [42,43].

La enfermedad renal crónica se define como la pérdida progresiva e irreversible de la función renal, manifestada por una tasa de filtración glomerular o depuración de creatinina inferior a 60 mL/min/1.73 m², que

persiste durante al menos tres meses. Durante el embarazo, los riesgos más significativos incluyen un aumento en la probabilidad de parto prematuro debido a los altos niveles de creatinina en sangre, una mayor incidencia de hipertensión materna que afecta la supervivencia fetal, y un incremento en la predisposición a desarrollar preeclampsia [44].

La endometriosis es una patología que se caracteriza por el crecimiento de tejido similar al útero fuera de él, lo cual puede provocar dolor, infertilidad y otras complicaciones. Estudios recientes han demostrado que las gestantes con diagnóstico confirmado de endometriosis presentan un mayor riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo. En comparación con aquellas sin esta condición, tienen un 35% más de probabilidad de presentar diabetes mellitus gestacional y un 30% más de riesgo de padecer trastornos hipertensivos del embarazo [45,46].

Por otro lado, las patologías tiroideas, como el hipertiroidismo e hipotiroidismo, están relacionadas a la gestación, ya que las hormonas tiroideas, se ven alteradas por los cambios fisiológicos que sufre la madre haciendo que estas enfermedades se manifiesten o se agraven. Tanto el exceso y el déficit de hormonas tiroideas pueden tener consecuencias adversas para la madre y el feto, como preeclampsia, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino, aborto espontáneo, entre otras complicaciones [47].

El hipertiroidismo es una afección caracterizada por una mayor actividad de la glándula tiroides, lo que provoca un incremento del metabolismo basal y diversas alteraciones sistémicas. Esta condición se distingue por niveles reducidos de TSH (hormona estimulante de la tiroides) y concentraciones elevadas de T4 libre (T4L). Durante la gestación, esta patología aumenta el riesgo materno de aborto espontáneo, parto prematuro, preeclampsia, hipertensión e insuficiencia cardíaca. En el feto, puede causar bajo peso al nacer [48].

El hipotiroidismo es una afección caracterizada por una reducción en la actividad de la glándula tiroides, lo que provoca una menor producción de

hormonas tiroideas. Esta disminución puede originarse por un problema primario en la propia glándula o como consecuencia de alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario, afectando el metabolismo basal y desencadenando múltiples alteraciones sistémicas [49]. En el contexto del embarazo, el hipotiroidismo se asocia a complicaciones obstétricas significativas. Las mujeres afectadas pueden presentar un mayor riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro y restricción del crecimiento intrauterino, lo que se traduce en recién nacidos con bajo peso al nacer. Además, se ha observado un aumento de hipertensión crónica y preeclampsia en aquellas con niveles elevados de TSH y disminución de T4, especialmente si el tratamiento no es adecuado [47].

El asma es una enfermedad crónica que afecta las vías respiratorias, reduciendo su diámetro debido a la inflamación y a la contracción de los músculos que las rodean, lo que dificulta la salida y entrada del aire [50]. Durante el embarazo, el asma materna se asocia a un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, incluyendo preeclampsia y diabetes gestacional, que pueden impactar tanto la salud materna como el desarrollo fetal. Además, las gestantes con asma tienen mayor probabilidad de presentar parto prematuro y recién nacidos con bajo peso, lo que incrementa el riesgo de complicaciones neonatales, como dificultades respiratorias y alteraciones en el desarrollo neurológico del recién nacido [51].

Los factores de riesgo obstétricos forman parte de una parte de la historia clínica, es aquella información sobre los embarazos anteriores que se van a relacionar a los resultados maternos y neonatales en el actual embarazo [52]. Entre estos factores, el antecedente de aborto recurrente se refiere a la pérdida espontánea de dos o más embarazos consecutivos, confirmada mediante ecografía o análisis histopatológico, que ocurre antes de las 20 semanas de gestación y con un peso fetal de 500 gramos o menos. Este antecedente se considera un factor de riesgo, ya que la probabilidad de que exista una causa subyacente o múltiples factores responsables de las pérdidas gestacionales aumenta conforme se incrementa el número de

abortos en la pareja [53]. El tener abortos espontáneos recurrentes incrementa significativamente el riesgo de experimentar nuevas pérdidas gestacionales; así como se evidencia en un estudio, las probabilidades de aborto involuntario aumentan con cada pérdida previa. Tras un primer aborto, el riesgo de una pérdida adicional aumenta en un 54%, mientras que tras dos o tres abortos consecutivos, las probabilidades se incrementan significativamente, casi cuadruplicándose en el último caso [54].

La paridad es el número de partos previos que tiene la paciente en relación con la gestación actual. En mujeres multíparas, se ha evidenciado que aumenta la posibilidad de una inserción baja de la placenta y de atonía uterina tras el parto. En particular, tener un alto número de embarazos presentaron mayor probabilidad de diabetes mellitus gestacional comparado con las gestantes nulíparas, como este factor de riesgo no puede modificarse, es crucial informar a las mujeres sobre este riesgo [55].

El intervalo intergenésico, se considera aquel periodo desde donde termina el último embarazo y empieza el siguiente, si es un corto espacio intergenésico, es considerado menor a 18 meses. Es relevante señalar que el riesgo de experimentar diversas complicaciones aumenta en función del intervalo intergenésico que haya transcurrido, ya sea de 3, 6, 9, 12 o 18 meses. Entre las complicaciones que pueden surgir se incluyen la prematuridad, la ruptura uterina, el bajo peso al nacer, la restricción del crecimiento intrauterino y el óbito fetal [56,57].

El bajo peso al nacer se define como un peso inferior a 2500 gramos al momento del nacimiento, independientemente de la edad gestacional. Un historial de recién nacidos con bajo peso puede indicar problemas de salud materna, como desnutrición, diabetes gestacional o hipertensión, que deben ser controlados antes de concebir nuevamente. El antecedente de recién nacidos macrosómicos, definidos como aquellos con un peso superior a 4000 gramos, puede impactar en embarazos futuros. Las

mujeres con este historial tienen entre cinco y diez veces más probabilidades de tener otro feto macrosómico en gestaciones subsecuentes [58].

Finalmente, haber tenido una cesárea previa se vincula con un mayor riesgo de inserción baja de la placenta, acretismo placentario y ruptura uterina durante el trabajo de parto. Este riesgo aumenta de manera exponencial a medida que se incrementa el número de cesáreas anteriores [59].

Los factores de riesgo sociales son aquellas condiciones y características del entorno social que rodean a una persona y que pueden influir negativamente en su salud y en la de su futuro hijo [60]. como el bajo nivel de escolaridad; está asociado con un menor acceso a información sobre salud, menor conocimiento sobre prácticas de cuidado prenatal, y menos recursos para acceder a servicios de salud. El estado de madre soltera; debe considerarse un factor de riesgo para resultados adversos, ya que pueden enfrentar más estrés y tener menos apoyo, lo cual puede afectar negativamente su salud y la del recién nacido [61].

El alcoholismo y el tabaquismo son considerados hábitos nocivos que pueden afectar la salud reproductiva antes del embarazo. Al respecto, Flores-Ramos refiere que el consumo de sustancias dañinas constituye uno de los principales riesgos presentes en la etapa preconcepcional [62]. Algunos estudios indican que más del 50% de las personas inician el consumo de alcohol siendo menor de edad y continúan con este hábito a lo largo de su vida adulta [63]. Así como condiciones de vida o de trabajo adversas, condiciones laborales adversas, como trabajos físicamente demandantes, exposición a toxinas, o altos niveles de estrés, pueden afectar la salud reproductiva de una mujer y el desarrollo del feto [64]. La actividad física preconcepcional constituye un factor modificable cuya relación con los resultados neonatales aún presenta evidencia limitada y heterogénea. En cuanto a su impacto en el peso al nacer, se observó que las mujeres que no realizaban ejercicio antes del embarazo presentaron

un 40% menos de probabilidad de tener un recién nacido macrosómico en comparación con aquellas que practicaban altos niveles de actividad física [65].

Resultados maternos-neonatales adversos

Los resultados maternos se refieren a aquellas condiciones o eventos que afectan la salud de la madre y el recién nacido, medidos durante el embarazo. Las principales complicaciones que ocurren durante el embarazo en mujeres con factores de riesgo preconcepcional se conforman primero por la hipertensión gestacional, que se define como la aparición de hipertensión sin proteinuria después de las 20 semanas de gestación, y la diabetes gestacional se describe como cualquier nivel de intolerancia a la glucosa que es detectado o diagnosticado por primera vez durante el embarazo. Dentro de un estudio se evalúa como tener un IMC mayor a 25 durante la preconcepción, se encuentra asociada a un mayor riesgo de desarrollar estas condiciones [66].

La eclampsia es un trastorno multisistémico grave caracterizado por una marcada vasoconstricción e hipertensión, que puede acompañarse de coagulación en pequeños vasos. En los casos de pacientes que han fallecido debido a eclampsia, se han observado daños significativos en órganos como el riñón, el cerebro y el hígado, siendo especialmente relevantes el edema y las hemorragias cerebrales [67].

Durante el embarazo, las infecciones del tracto urinario (ITU) representan una de las patologías médicas más frecuentes, siendo superadas únicamente por la anemia [68]. Estas infecciones se producen por la presencia y multiplicación de microorganismos en las vías urinarias, lo que puede desencadenar una respuesta inflamatoria e incluso un compromiso tisular si no se tratan adecuadamente. Una de las formas más comunes de ITU es la cistitis, cuyo diagnóstico se basa en la sospecha clínica ante síntomas como disuria, aumento en la frecuencia y urgencia urinaria, así

como molestias en la región suprapúbica. Es importante destacar que, en la cistitis, estos signos se presentan sin síntomas sistémicos, como fiebre.

En contraste, la pielonefritis constituye una forma más grave de infección urinaria. Su diagnóstico también es clínico y se caracteriza por la presencia de fiebre mayor a 38 °C, escalofríos, dolor en el flanco o a nivel costovertebral durante la percusión, náuseas y vómitos, pudiendo acompañarse o no de los síntomas típicos de cistitis. Ante la sospecha de pielonefritis, se debe solicitar un examen general de orina, donde la piuria representa un hallazgo importante para confirmar la infección. Además, es fundamental realizar un urocultivo con antibiograma para identificar el agente etiológico y establecer el tratamiento antibiótico más adecuado [68]. Reconocer y tratar oportunamente estas infecciones es esencial para prevenir complicaciones tanto en la madre como en el feto durante la gestación.

La amenaza de aborto espontáneo se define como la presencia de sangrado vaginal durante la primera mitad del embarazo, generalmente acompañado de dolor o cólicos uterinos, con cuello uterino cerrado y evidencia de viabilidad fetal. Es una condición que puede evolucionar hacia la pérdida gestacional, aunque también puede culminar en un embarazo viable [69].

El trabajo de parto prematuro se refiere a aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. Cuando una gestante presenta contracciones uterinas regulares acompañadas de cambios en el cuello uterino. Diversos factores como la ocupación materna y la atención prenatal deficiente, están estrechamente relacionados con un mayor riesgo de parto prematuro. La edad materna extrema, tanto en adolescentes como en mujeres mayores, incrementa el riesgo debido a inmadurez fisiológica o comorbilidades. El peso materno inadecuado, ya sea bajo o elevado, también se asocia a partos prematuros, especialmente en casos extremos. Un periodo intergenésico corto (<18 meses) y hábitos nocivos

como el tabaquismo aumentan la probabilidad de resultados perinatales adversos [70].

En cuanto a los resultados del parto, dentro de estos se encuentra el tipo de parto, ya sea vaginal o por cesárea, y las complicaciones durante el mismo son aspectos importantes. Las cesáreas suelen estar indicadas en casos de complicaciones obstétricas, como la falta de progreso del trabajo de parto o el sufrimiento fetal, sin embargo, también conllevan riesgos adicionales, como infecciones postoperatorias o hemorragia. Estas condiciones están frecuentemente asociadas con factores de riesgo preconcepcionales, especialmente en mujeres con obesidad o trastornos metabólicos. Estudios como el de Zhu, encontraron que las mujeres con un estilo de vida saludable antes presentaron un menor riesgo de parto prematuro, confirmando que un adecuado control preconcepcional puede reducir significativamente este riesgo [19,27].

En cuanto a las complicaciones maternas, la hemorragia posparto, preeclampsia, y anemia son algunas de las más comunes y peligrosas. Un estudio realizado en Pakistán encontró una fuerte correlación entre el índice de masa corporal (IMC) elevado antes del embarazo y la incidencia de complicaciones maternas graves, como hemorragia y preeclampsia, lo que resalta la necesidad de intervenciones nutricionales y médicas antes de la concepción [18].

El desgarro obstétrico se clasifica en cuatro grados según la severidad del daño, conforme a los criterios del RCOG. El primer grado corresponde a una afectación superficial que compromete únicamente la piel del periné y, en algunos casos, la mucosa vaginal. El segundo grado involucra una lesión de los músculos perineales, sin comprometer el esfínter anal. En el tercer grado ya existe daño al esfínter anal y se subdivide en tres tipos: el tipo 3a, cuando menos del 50 % del esfínter externo está comprometido; el tipo 3b, cuando se afecta más del 50 % de dicho esfínter; y el tipo 3c, cuando la lesión compromete tanto el esfínter externo como el interno.

Finalmente, el cuarto grado es el más severo, ya que implica una ruptura completa del esfínter anal y de la mucosa rectal [71].

La gravedad del estado clínico de la gestante durante el embarazo, el parto, el aborto o el puerperio, así como la necesidad de intervenciones especializadas para evitar complicaciones mayores, hacen necesaria su atención en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) obstétrica. Esta situación se relaciona estrechamente con las principales causas de ingreso identificadas, como la eclampsia, el síndrome de HELLP y la preeclampsia severa, así como con afecciones indirectas como insuficiencia renal o cardiopatías. Muchas de estas condiciones podrían ser detectadas y gestionadas tempranamente mediante un adecuado control preconcepcional, lo que resalta la importancia de identificar factores de riesgo antes del embarazo para prevenir complicaciones graves que comprometan la vida de la madre [72,73].

Finalmente, los resultados neonatales son importantes, ya que reflejan el estado de salud del recién nacido al nacer. Indicadores como la puntuación de Apgar permiten valorar de manera estandarizada el estado clínico del recién nacido al minuto y a los cinco minutos de vida, así como su respuesta inicial a las intervenciones de reanimación neonatal [74]. Y el peso neonatal, la mayoría de los recién nacidos que nacen entre las semanas 37 y 40 pesan, se considera bajo peso al nacer 2500 gramos y macrosómico, cuando el peso del recién nacido es de 4000 gramos, este indicador proporciona información clave sobre el bienestar del neonato en los primeros minutos de vida [75]. Las complicaciones que pueden enfrentar los neonatos, como dificultades respiratorias o infecciones, están a menudo relacionadas con los factores de riesgo preconcepcionales de la madre, incluyendo su estado nutricional y condiciones crónicas. El bajo peso al nacer puede asociarse con factores maternos como desnutrición, anemia, enfermedades crónicas, insuficiencia placentaria o restricción del crecimiento fetal. En contraste, la diabetes gestacional se relaciona con mayor frecuencia con

macrosomía fetal y alteraciones metabólicas neonatales, aunque otros mecanismos pueden coexistir dependiendo del contexto clínico. [76,77].

II.3. Definición de términos

Mortalidad materna: Fallecimiento de una mujer durante el embarazo o en los 42 días posteriores a su finalización, sin importar la duración o ubicación del embarazo, como resultado de causas vinculadas o agravadas por el embarazo o su tratamiento, excluyendo las causas accidentales o incidentales [78].

Atención preconcepcional: Conjunto de intervenciones biomédicas, conductuales y sociales brindadas antes de la concepción con el objetivo de identificar y modificar factores de riesgo que puedan afectar la salud de la mujer, el embarazo y los resultados perinatales [79].

Salud reproductiva: Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Incluye la capacidad de tener una vida sexual satisfactoria y segura, así como la libertad para decidir si reproducirse, cuándo y con qué frecuencia hacerlo [80,81].

Morbilidad materna: Cualquier afección de salud atribuida o agravada por el embarazo y el parto que afecta negativamente el bienestar de la mujer durante la gestación, el parto o el puerperio [78].

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

III.1. Hipótesis

Hipótesis general:

Existe relación entre factores de riesgo preconcepcionales y resultados materno-neonatales en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025.

Hipótesis específicas:

- Existe relación entre los factores biológicos preconcepcionales y los resultados maternos y neonatales en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025.
- Existe relación entre los factores médicos preconcepcionales y los resultados maternos y neonatales en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025.
- Existe relación entre los factores obstétricos preconcepcionales y los resultados maternos y neonatales en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025.
- Existe relación entre los factores sociales preconcepcionales y los resultados maternos y neonatales en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025.

III.2. Variables

Variable independiente:

Factores de riesgo preconcepcional. La variable independiente estuvo constituida por un conjunto de factores de riesgo preconcepcional analizados de manera individual. No se construyó un puntaje global de riesgo; cada factor fue considerado una exposición independiente para evaluar su asociación con los resultados materno-neonatales.

Variable dependiente:

Resultado materno adverso: se definió como la presencia de al menos una de las siguientes complicaciones: infección del tracto urinario,

anemia, trastorno hipertensivo del embarazo, diabetes gestacional, hemorragia obstétrica, infección puerperal u otra complicación registrada en la historia clínica.

Resultado neonatal adverso: se definió como la presencia de al menos una de las siguientes complicaciones: prematuridad, bajo peso al nacer, macrosomía, síndrome de dificultad respiratoria neonatal, puntaje de Apgar <7 a los 5 minutos, ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales u otra complicación registrada en la historia clínica.

III.3. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo y escala	Valor final
Factores de riesgo preconcepcional	Los factores de riesgo preconcepcional son aquellos elementos o condiciones presentes en la mujer antes del embarazo que pueden afectar negativamente su salud o la del feto durante el proceso reproductivo. Estos factores incluyen aspectos biológicos, sociales, y conductuales que incrementan las probabilidades de complicaciones durante el embarazo, parto o en la salud del recién nacido [3,8,9].	Los factores de riesgo preconcepcional fueron medidos mediante una encuesta dirigida a las puérperas del Hospital San Juan de Lurigancho. Los factores de riesgo preconcepcional fueron evaluados individualmente mediante encuesta estructurada y revisión documental de historias clínicas, sin generar un puntaje global de riesgo.	Factores biológicos	Edad materna avanzada	Cualitativa Nominal	<35 años (0) ≥35 años (1)
				IMC alto	Cualitativa Nominal	IMC <25 kg/m² (0) IMC ≥25 kg/m² (1)
			Factores médicos	Enfermedad materna crónica	Cualitativa Nominal	No (0) Sí (1)
			Factores obstétricos	Nuliparidad	Cualitativa Nominal	No nulípara (0) Nulípara (1)
				Intervalo intergenésico corto	Cualitativa Nominal	≥18 meses (0) <18 meses (1) No aplica: nulíparas (excluidas del análisis de esta variable)
				Antecedente de aborto	Cualitativa Nominal	No (0) Sí (1)

				Antecedente de parto prematuro	Cualitativa Nominal	No (0) Sí (1)
				Recién nacido con bajo peso anterior	Cualitativa Nominal	No (0) Sí (1)
				Antecedente de cesárea	Cualitativa Nominal	No (0) Sí (1)
			Factores sociales	Educación baja	Cualitativa Nominal	Secundaria completa o superior (0) Hasta secundaria incompleta (1)
				Pareja estable	Cualitativa Nominal	No (soltera, viuda o divorciada) (0) Sí (casada o conviviente) (1)
				Actividad laboral remunerada	Cualitativa Nominal	No (sin ocupación, estudiante o ama de casa) (0) Sí (trabajadora dependiente o independiente) (1)
				Actividad física regular	Cualitativa	No (0)

					Nominal	Sí (≥30 minutos por día al menos 5 días por semana) (1)
				Consumo habitual de alcohol	Cualitativa Nominal	No (0) Sí (consumo >2 veces por semana antes del embarazo) (1)
				Tabaquismo	Cualitativa Nominal	No (0) Sí (>1 cigarrillo al día antes del embarazo) (1)
Resultado materno adverso	Condición clínica desfavorable presentada por la gestante durante el embarazo, parto o puerperio [78].	Presencia de al menos una complicación materna registrada en la historia clínica durante el embarazo, parto o puerperio.	Resultado materno	Presencia de ≥1 complicación materna: * Infección urinaria * Anemia * Amenaza de aborto * Desgarro obstétrico * Hemorragia posparto	Cualitativa Nominal	No (0) Sí (≥1 complicación) (1)

				* Diabetes gestacional * Preeclampsia * Trabajo de parto prematuro * Eclampsia * Ingreso a UCI		
Resultado neonatal adverso	Condición clínica desfavorable presentada por el recién nacido durante el nacimiento o periodo neonatal inmediato [76,77].	Presencia de al menos una complicación neonatal registrada en la historia clínica del recién nacido.	Resultado neonatal	Presencia de ≥1 complicación neonatal: * Macrosomía * Ingreso a UCIN * Prematuridad * Síndrome de dificultad respiratoria neonatal * Bajo peso al nacer * Apgar <7 a los 5 minutos	Cualitativa Nominal	No (0) Sí (≥1 complicación) (1)

Nota: Los factores de riesgo preconcepcional fueron analizados como variables independientes individuales; no se construyó un puntaje global de riesgo. La información fue obtenida mediante dos fuentes: encuesta estructurada aplicada a las participantes y revisión de historias clínicas maternas y neonatales. Las variables sociodemográficas, hábitos y antecedentes referidos por la participante fueron recolectados mediante encuesta, mientras que el índice de masa corporal pregestacional, enfermedades crónicas y resultados materno-neonatales fueron obtenidos mediante revisión documental de los registros clínicos.

La variable enfermedad materna crónica correspondió a la presencia de al menos una condición diagnosticada previamente al embarazo, incluyendo hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, asma bronquial, enfermedad renal crónica, enfermedades autoinmunes u otras patologías crónicas registradas en la historia clínica.

Para la variable intervalo intergenésico corto, el análisis se realizó únicamente en mujeres con antecedente de parto previo. Las participantes nulíparas fueron consideradas como no aplicables para esta variable y no fueron incluidas en el cálculo de dicha exposición.

La variable pareja estable fue operacionalizada considerando la convivencia con pareja antes del embarazo, utilizando la condición de casada o conviviente como indicador de presencia de pareja conviviente estable. La actividad laboral remunerada incluyó tanto trabajo dependiente como independiente, considerando como categoría de referencia la ausencia de actividad laboral remunerada.

Los resultados materno y neonatal fueron construidos como variables compuestas, definidas por la presencia de al menos una complicación registrada. La presencia de múltiples complicaciones en una misma participante no modificó la codificación final del resultado, que fue clasificado de forma dicotómica como ausencia (0) o presencia (1) del evento compuesto.

Respecto a la variable independiente, en el marco teórico los factores de riesgo preconcepcional se describen en cinco grupos (biológicos, médicos, obstétricos, sociales y conductuales). Para efectos de la operacionalización, del planteamiento de objetivos e hipótesis y del análisis, los factores conductuales (tabaquismo, consumo habitual de alcohol y actividad física regular) fueron incorporados dentro de la dimensión de factores sociales, por tratarse de conductas de salud socialmente determinadas y para mantener la correspondencia con los cuatro objetivos específicos formulados. Esta decisión se aplica de manera uniforme en el marco teórico, la operacionalización de variables, el análisis estadístico y las conclusiones.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

IV.1. Tipo de estudio

El estudio corresponde a un enfoque cuantitativo y a un tipo de investigación no experimental. El nivel de investigación es relacional, en tanto se evaluó la asociación estadística entre un conjunto de exposiciones preconcepcionales y dos desenlaces compuestos, sin manipulación de variables ni asignación de la exposición. El alcance es correlacional-explicativo limitado: permite estimar la magnitud y la dirección de las asociaciones y ajustarlas por potenciales factores de confusión, pero no establecer relaciones de causalidad ni secuencia temporal, dado que la exposición y el desenlace se midieron en un mismo momento. El alcance geográfico y poblacional se circunscribe a las puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, establecimiento de nivel II-2, durante los meses de junio y julio de 2025.

IV.2. Diseño de estudio

El diseño de estudio es observacional, analítico y transversal.

IV.3. Población

La población estuvo constituida por 418 puérperas cuyos partos fueron atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho entre junio y julio de 2025. El número de puérperas fue obtenido a partir de los registros de atención de partos proporcionados por la Unidad de Estadística del hospital.

Unidad de análisis

Cada puérpera cuyo parto fue atendido en el Hospital San Juan de Lurigancho entre junio y julio del año 2025.

Criterios de inclusión

- Puérperas de 18 años o más
- Puérperas cuyos partos fueron atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho entre junio y julio de 2025

Criterios de exclusión

- Puérperas con alteraciones cognitivas o trastornos psiquiátricos que dificulten responder el cuestionario
- Puérperas que no acepten participar en el estudio

IV.4. Muestra

Durante el periodo de estudio se identificaron 418 puérperas cuyos partos fueron atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho. De ellas, se evaluó el cumplimiento de los criterios de selección. Posteriormente, fueron invitadas a participar aquellas que se encontraban disponibles durante el periodo de captación. Se incluyeron finalmente 201 participantes que aceptaron participar y completaron la información requerida. Las participantes excluidas correspondieron a aquellas que no cumplían los criterios de inclusión o que rechazaron participar. No se registraron datos faltantes en las variables analizadas.

La muestra estuvo conformada por 201 puérperas. El tamaño muestral se justificó mediante la fórmula para comparación de dos proporciones utilizando el programa OpenEpi, tomando como referencia el estudio de Maas et al., quienes reportaron una frecuencia de resultados adversos del embarazo de 35,5% en mujeres con obesidad pregestacional y de 15,5% en mujeres con índice de masa corporal normal. Se consideró un nivel de confianza del 95%, una potencia estadística del 80% y una relación de 1:1 entre expuestas y no expuestas. El tamaño mínimo calculado fue de 148 participantes; sin embargo, se incluyeron 201 puérperas, número que supera el mínimo requerido, permitiendo incrementar la precisión de las estimaciones de asociación entre los factores evaluados y los resultados materno-neonatales.

Cabe precisar que el parámetro empleado en el cálculo del tamaño muestral fue la frecuencia de resultados adversos del embarazo en mujeres con obesidad pregestacional frente a mujeres con índice de masa corporal normal, reportada por Maas et al. Este referente fue seleccionado por corresponder al factor de riesgo preconcepcional con mayor prevalencia documentada en la población objetivo y por disponer de estimaciones publicadas para ambos grupos de comparación, condición que no se cumplía para las demás exposiciones evaluadas. En el análisis, dicho factor fue operacionalizado como índice de masa corporal pregestacional elevado (≥25 kg/m²), categoría que incluye tanto el sobrepeso como la obesidad, con el fin de conservar la potencia estadística prevista y evitar la fragmentación de una exposición de por sí frecuente.

Debe reconocerse, no obstante, que este procedimiento condiciona una limitación relevante. El tamaño muestral fue dimensionado para detectar diferencias en una exposición frecuente, por lo que el estudio carece de potencia suficiente para detectar asociaciones en exposiciones poco frecuentes, como el tabaquismo (n=8; 4,0%) y el consumo habitual de alcohol (n=10; 5,0%). Las estimaciones correspondientes a estas variables deben interpretarse, por tanto, como exploratorias.

Tipo de muestreo

La captación de participantes se realizó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia durante los meses de junio y julio de 2025 en el servicio de puerperio del Hospital San Juan de Lurigancho. La identificación de potenciales participantes se efectuó diariamente durante los turnos establecidos de atención del servicio, considerando a las puérperas hospitalizadas que cumplían los criterios de inclusión. Posteriormente, se verificó la elegibilidad y se solicitó el consentimiento informado antes de aplicar los instrumentos.

IV.5. Técnica

Las técnicas empleadas para la recolección de datos fueron la encuesta y la revisión documental de historias clínicas.

IV.6. Instrumento de recolección de datos

Los instrumentos de recolección de datos utilizados en la presente investigación fueron un cuestionario estructurado y una ficha de recolección de datos.

El cuestionario tuvo como finalidad recopilar información autorreportada relacionada con factores de riesgo preconcepcional. Incluyó variables sociodemográficas, antecedentes obstétricos referidos por la participante, hábitos y actividad física previa al embarazo. Su aplicación tuvo una duración aproximada de 10 minutos. Las variables clínicas objetivas (índice de masa corporal pregestacional, antecedentes patológicos maternos y los resultados maternos y neonatales) fueron obtenidas mediante revisión de historias clínicas maternas.

La validez de contenido de ambos instrumentos fue evaluada mediante juicio de expertos. Participaron cinco profesionales con experiencia en investigación y salud materno-perinatal, quienes valoraron los 21 ítems en función de su relevancia, representatividad y claridad, utilizando una escala ordinal de 1 a 4 puntos (1 = baja pertinencia y 4 = alta pertinencia). Se calculó el coeficiente V de Aiken para cada ítem y criterio, obteniéndose un valor global de 0,977 y valores por ítem entre 0,867 y 1,000 (Anexo 5). Se consideró adecuada la validez de contenido cuando el coeficiente fue ≥0,80, criterio que cumplieron todos los ítems.

Debido a que los instrumentos estuvieron conformados por variables independientes que representan diferentes dimensiones y no buscan medir un único constructo subyacente, no correspondió la aplicación de pruebas de consistencia interna como el coeficiente alfa de Cronbach. En este contexto, la validez de contenido constituyó el procedimiento metodológico más apropiado para garantizar la calidad de los instrumentos.

IV.7. Procedimientos

En primer lugar, el proyecto de investigación fue presentado al Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para su evaluación y aprobación correspondiente.

Posteriormente, el proyecto fue sometido a evaluación por el Comité de Ética en Investigación del Hospital San Juan de Lurigancho. Tras obtener la aprobación ética y la autorización para la ejecución del estudio por parte de la institución, se realizaron las coordinaciones con la jefatura del servicio de puerperio para iniciar la recolección de datos.

La recolección de datos se llevó a cabo en el servicio de puerperio del hospital y fue realizada por la propia autora. La captación de participantes se realizó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia durante los meses de junio y julio de 2025 en el servicio de puerperio del Hospital San Juan de Lurigancho. La identificación de potenciales participantes se efectuó diariamente durante los turnos establecidos de atención del servicio, considerando a las puérperas hospitalizadas que cumplían los criterios de inclusión. Posteriormente, se verificó la elegibilidad y se solicitó el consentimiento informado antes de aplicar los instrumentos.

A cada participante se le explicó el propósito del estudio, sus objetivos, beneficios y consideraciones éticas. Posteriormente, se solicitó la firma del consentimiento informado, garantizando la participación voluntaria, la confidencialidad de la información y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento.

Luego de obtener el consentimiento informado, se aplicó un cuestionario estructurado de manera individual a las puérperas seleccionadas, con el fin de obtener información sobre factores de riesgo preconcepcional biológicos, obstétricos y sociales. El tiempo promedio de aplicación fue de aproximadamente 10 minutos por participante.

Posteriormente, se revisaron las historias clínicas maternas para obtener información relacionada con el índice de masa corporal pregestacional, antecedentes médicos y los resultados maternos y neonatales evaluados en el estudio. La información fue registrada en una ficha de recolección de datos elaborada para la investigación.

Finalizada la recolección de datos, la información procedente de los cuestionarios y de las historias clínicas fue revisada, codificada e incorporada en una base de datos. Posteriormente, los datos fueron procesados y analizados utilizando los programas estadísticos correspondientes para dar respuesta a los objetivos planteados.

IV.8. Análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el programa Microsoft Excel 2016 para la organización, depuración y codificación inicial de la información. Posteriormente, el procesamiento estadístico se realizó mediante el software IBM SPSS Statistics versión 28.0.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio. Las variables cualitativas fueron presentadas mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para las variables cuantitativas se evaluó la distribución de los datos mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. Las variables con distribución normal fueron resumidas mediante media y desviación estándar; mientras que aquellas con distribución no normal fueron descritas mediante mediana y rango intercuartílico.

Para el análisis bivariado se evaluó la asociación entre los factores de riesgo preconcepcional y los resultados maternos y neonatales mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. Cuando alguna de las frecuencias esperadas fue menor de cinco, se utilizó la prueba exacta de Fisher. Asimismo, se calcularon las razones de prevalencia crudas (RPc) con sus intervalos de confianza al 95% mediante modelos de regresión de Poisson con varianza robusta. En aquellas exposiciones en las que el desenlace resultó constante dentro de uno de los estratos (es decir, cuando la

totalidad de las expuestas presentó el evento), el intervalo de confianza de la razón de prevalencias se estimó mediante el método de puntuación de Miettinen-Nurminen, dado que en esa situación la varianza de Katz y la varianza robusta se anulan parcialmente y generan intervalos artificialmente estrechos, discordantes con la prueba exacta.

Posteriormente, se construyeron modelos multivariados de regresión de Poisson con varianza robusta para identificar factores asociados independientemente con los resultados materno y neonatal adverso. Se incluyeron en los modelos aquellas variables que presentaron un valor de $p<0,20$ en el análisis bivariado y aquellas consideradas clínicamente relevantes según la evidencia científica previa, con el objetivo de controlar posibles factores de confusión. Se excluyeron de los modelos las exposiciones en las que el desenlace fue constante dentro del estrato expuesto, por no ser posible estimar de forma válida la varianza de su coeficiente.

La presencia de colinealidad entre las variables independientes fue evaluada mediante el factor de inflación de la varianza (VIF), considerando valores elevados como indicativos de problemas de colinealidad. La adecuación del modelo fue evaluada mediante indicadores de ajuste global, incluyendo la prueba de bondad de ajuste basada en estadísticos de Pearson y deviance. Asimismo, se revisaron los residuos e indicadores de influencia para identificar posibles observaciones con impacto excesivo sobre las estimaciones.

Los resultados de los modelos multivariados fueron expresados mediante razones de prevalencia ajustadas (RPa) con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se consideró evidencia estadística significativa cuando el valor de p fue menor de 0,05. Las categorías de referencia fueron aquellas definidas como ausencia de exposición o condición basal para cada variable independiente.

IV.9. Consideraciones éticas

La presente investigación fue aprobada por la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Asimismo, se obtuvieron las autorizaciones correspondientes de la Oficina de Docencia e Investigación del Hospital San Juan de Lurigancho y del Comité de Ética competente para la ejecución del estudio. Durante todo el desarrollo de la investigación se respetaron los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, de acuerdo con las normas éticas aplicables a la investigación en seres humanos.

Antes de la participación, a cada puérpera se le explicó el propósito de la investigación, los procedimientos a realizar, los beneficios esperados y la ausencia de riesgos significativos derivados de su participación. Posteriormente, se solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo 3), garantizando que la participación fuera voluntaria y que las participantes pudieran retirarse del estudio en cualquier momento sin repercusión alguna en la atención recibida. Para preservar el anonimato de las participantes, los cuestionarios fueron codificados y no incluyeron datos que permitieran su identificación directa.

V. RESULTADOS

V.1. Análisis descriptivo

Se incluyeron 201 participantes en el estudio. La edad promedio fue de 29,22 ± 6,95 años. Respecto al índice de masa corporal, el 38,3% presentó peso normal, el 33,3% sobrepeso, el 27,4% obesidad y el 1,0% bajo peso. Asimismo, el 7,0% de las participantes reportó al menos una enfermedad crónica.

Entre los antecedentes obstétricos, el 30,8% fue nulípara, el 23,4% presentó antecedente de aborto y el 22,9% tenía antecedente de cesárea previa. Además, el 9,0% refirió antecedente de parto prematuro, el 5,0% antecedente de recién nacido con bajo peso al nacer y el 8,0% presentó un intervalo intergenésico menor de 18 meses.

En relación con los factores sociales, el 20,4% presentó un nivel educativo bajo, el 76,1% tenía pareja estable y el 45,8% realizaba actividad laboral remunerada. Por otro lado, el 4,0% reportó tabaquismo, el 5,0% consumo habitual de alcohol y el 32,8% realizaba actividad física regular. Las características generales de la población estudiada se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características biológicas, médicas, obstétricas y sociales de las puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima, 2025 (n = 201)

Variable	n (%) o media ± DE
Factores biológicos	
Edad (años)	29,22 ± 6,95
Índice de masa corporal	

Variable	n (%) o media ± DE
Bajo peso	2 (1,0)
Normal	77 (38,3)
Sobrepeso	67 (33,3)
Obesidad	55 (27,4)
Factores médicos	
Enfermedad crónica	14 (7,0)
Factores obstétricos	
Nulípara	62 (30,8)
Antecedente de aborto	47 (23,4)
Cesárea previa	46 (22,9)
Parto prematuro previo	18 (9,0)
Recién nacido previo con bajo peso al nacer	10 (5,0)
Intervalo intergenésico corto (<18 meses)	16 (8,0)
Factores sociales	
Educación baja	41 (20,4)
Pareja estable	153 (76,1)
Actividad laboral remunerada	92 (45,8)
Tabaquismo	8 (4,0)
Consumo habitual de alcohol	10 (5,0)
Actividad física regular	66 (32,8)

DE: desviación estándar

Respecto a las complicaciones maternas, las más frecuentes fueron la infección del tracto urinario (39,3%), la anemia (27,9%), la amenaza de aborto (17,9%) y desgarro obstétrico (17,9%). El resultado materno adverso estuvo presente en 152 participantes (75,6%), definido como la

presencia de al menos una complicación materna durante el embarazo, parto o puerperio. También se observaron hemorragia posparto en el 15,9%, diabetes gestacional en el 7,5%, preeclampsia en el 6,5%, trabajo de parto prematuro en el 4,0%, eclampsia en el 2,0% e ingreso a UCI en el 1,5% de las participantes (Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia de complicaciones que conformaron el resultado materno adverso en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima, 2025 (n=201)

Complicación materna	n	%
Infección del tracto urinario	79	39,3
Anemia	56	27,9
Amenaza de aborto	36	17,9
Desgarro obstétrico	36	17,9
Hemorragia posparto	32	15,9
Diabetes gestacional	15	7,5
Preeclampsia	13	6,5
Trabajo de parto prematuro	8	4,0
Eclampsia	4	2,0
Ingreso a UCI	3	1,5

Una participante pudo presentar más de una complicación materna, por lo que la suma de porcentajes puede exceder el 100%.

En cuanto a las complicaciones neonatales, la macrosomía fue la más frecuente (13,4%), seguida del ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales (8,5%), la prematuridad (7,5%) y el síndrome de dificultad respiratoria neonatal (4,5%). El resultado neonatal adverso estuvo presente en 53 recién nacidos (26,4%), definido como la presencia de al menos una complicación neonatal evaluada. Asimismo, el bajo peso al

nacer se presentó en el 2,0% y el puntaje Apgar <7 a los 5 minutos en el 0,5% de los recién nacidos (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia de complicaciones que conformaron el resultado neonatal adverso en recién nacidos de puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima, 2025 (n = 201)

Complicación neonatal	n	%
Macrosomía	27	13,4
Ingreso a UCIN	17	8,5
Prematuridad	15	7,5
Síndrome de dificultad respiratoria neonatal	9	4,5
Bajo peso al nacer	4	2,0
Apgar <7 a los 5 minutos	1	0,5

Un recién nacido pudo presentar más de una complicación neonatal, por lo que la suma de porcentajes puede exceder el 100%.

V.2. Análisis inferencial

En el análisis bivariado de los factores asociados al resultado materno adverso, ninguna de las quince exposiciones evaluadas alcanzó significación estadística. El tabaquismo presentó la mayor magnitud de asociación (RPc=1,34; IC95%: 0,90–1,47), sin significación estadística (prueba exacta de Fisher, p=0,203). Debe precisarse que las ocho participantes expuestas a tabaquismo presentaron el desenlace, de modo que el resultado es constante dentro del estrato expuesto; en esta situación los métodos convencionales de estimación de la varianza (Katz y varianza robusta) producen intervalos de confianza artificialmente estrechos, por lo que el intervalo se estimó mediante el método de puntuación de Miettinen-Nurminen. El antecedente de parto prematuro fue la única variable que cumplió el criterio de entrada al modelo multivariado (p=0,152), y se incorporó junto con la edad materna, el índice de masa

corporal y la presencia de enfermedad crónica por su relevancia clínica documentada en la evidencia previa. El resto de las exposiciones, incluidos el consumo habitual de alcohol (p=0,456), la nuliparidad, el antecedente de aborto, la cesárea previa, el antecedente de bajo peso al nacer, el intervalo intergenésico corto, la educación baja, la pareja estable, la actividad laboral remunerada y la actividad física regular, no mostraron asociación estadísticamente significativa (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis bivariado de los factores de riesgo preconcepcional asociados al resultado materno adverso en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima, 2025 (n = 201)

Variable		n	Eventos n (%)	RPc (IC95%)	p
Edad ≥35 años	No	140	105 (75,0)	Ref.	0,756
	Sí	61	47 (77,0)	1,03 (0,87–1,21)	
IMC alto	No	79	57 (72,2)	Ref.	0,357
	Sí	122	95 (77,9)	1,08 (0,91–1,28)	
Enfermedad crónica	No	187	140 (74,9)	Ref.	0,525
	Sí	14	12 (85,7)	1,15 (0,91–1,44)	
Nuliparidad	No	139	107 (77,0)	Ref.	0,502
	Sí	62	45 (72,6)	0,94 (0,79–1,13)	
Antecedente de aborto	No	154	119 (77,3)	Ref.	0,324
	Sí	47	33 (70,2)	0,91 (0,74–1,12)	
Cesárea previa	No	155	116 (74,8)	Ref.	0,635
	Sí	46	36 (78,3)	1,05 (0,88–1,25)	
Parto prematuro previo	No	183	141 (77,0)	Ref.	0,152
	Sí	18	11 (61,1)	0,79 (0,54–1,16)	
Bajo peso al nacer previo	No	191	145 (75,9)	Ref.	0,708
	Sí	10	7 (70,0)	0,92 (0,61–1,39)	

Variable		n	Eventos n (%)	RPc (IC95%)	p
Intervalo intergenésico corto	No	185	140 (75,7)	Ref.	1,000
	Sí	16	12 (75,0)	0,99 (0,74–1,33)	
Educación baja	No	160	120 (75,0)	Ref.	0,685
	Sí	41	32 (78,0)	1,04 (0,87–1,25)	
Pareja estable	No	48	37 (77,1)	Ref.	0,787
	Sí	153	115 (75,2)	0,98 (0,82–1,17)	
Actividad laboral remunerada	No	109	80 (73,4)	Ref.	0,423
	Sí	92	72 (78,3)	1,07 (0,91–1,25)	
Tabaquismo	No	193	144 (74,6)	Ref.	0,203
	Sí	8	8 (100,0)	1,34 (0,90–1,47)[a]	
Consumo habitual de alcohol	No	191	143 (74,9)	Ref.	0,456
	Sí	10	9 (90,0)	1,20 (0,96–1,50)	
Actividad física regular	No	135	99 (73,3)	Ref.	0,280
	Sí	66	53 (80,3)	1,10 (0,94–1,28)	

RPc: Razón de prevalencias cruda; IC95%: Intervalo de confianza al 95%; Ref.: categoría de referencia (ausencia de exposición). Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson; prueba exacta de Fisher cuando alguna frecuencia esperada fue menor de cinco (enfermedad crónica, parto prematuro previo, bajo peso al nacer previo, intervalo intergenésico corto, tabaquismo y consumo habitual de alcohol). [a] En el caso del tabaquismo, las ocho participantes expuestas presentaron el desenlace, por lo que el desenlace es constante dentro del estrato expuesto y la varianza de la razón de prevalencias no puede estimarse por el método de Katz ni por varianza robusta (el primer término de la varianza se anula y el intervalo resultante es artificialmente estrecho). El intervalo reportado corresponde al método de puntuación de Miettinen-Nurminen, congruente con la prueba exacta de Fisher.

En el modelo ajustado, ninguna de las variables incorporadas se asoció de manera independiente con el resultado materno adverso: edad materna ≥35 años (RPa=1,03; IC95%: 0,87–1,21; p=0,764), índice de masa corporal elevado (RPa=1,07; IC95%: 0,91–1,26; p=0,428), presencia de enfermedad crónica (RPa=1,12; IC95%: 0,89–1,42; p=0,338) y antecedente de parto prematuro (RPa=0,79; IC95%: 0,54–1,15; p=0,221). El tabaquismo y el consumo habitual de alcohol no fueron incorporados al modelo por no cumplir el criterio de entrada establecido en la sección de análisis de datos (p=0,203 y p=0,456, respectivamente) y, en el caso del tabaquismo, por la imposibilidad de estimar de forma válida la varianza de su coeficiente con solo ocho mujeres expuestas, todas ellas con el desenlace (Tabla 5).

Tabla 5. Modelo multivariado de los factores de riesgo preconcepcional asociados al resultado materno adverso en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima, 2025 (n = 201)

Variable	RPa	IC95%	p
Edad ≥35 años	1,03	0,87 – 1,21	0,764
IMC alto	1,07	0,91 – 1,26	0,428
Enfermedad crónica	1,12	0,89 – 1,42	0,338
Parto prematuro previo	0,79	0,54 – 1,15	0,221

RPa: Razón de prevalencias ajustada; IC95%: Intervalo de confianza al 95%; Ref.: categoría de referencia (ausencia de exposición).

Respecto al resultado neonatal adverso, el análisis bivariado evidenció una asociación estadísticamente significativa con la edad materna ≥35 años (RPc=2,05; IC95%: 1,31–3,21; p=0,002) y con el antecedente de aborto (RPc=1,69; IC95%: 1,06–2,68; p=0,034). Además, el índice de masa corporal elevado (p=0,113), la nuliparidad (p=0,064) y la actividad laboral remunerada (p=0,091) presentaron valores de p inferiores a 0,20, por lo que fueron incorporados al modelo multivariado (Tabla 6).

Tabla 6. Análisis bivariado de los factores de riesgo preconcepcional asociados al resultado neonatal adverso en recién nacidos de puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima, 2025 (n = 201)

Variable		n	Eventos n (%)	RPc (IC95%)	p
Edad ≥35 años	No	140	28 (20,0)	Ref.	0,002
	Sí	61	25 (41,0)	2,05 (1,31–3,21)	
IMC alto	No	79	16 (20,3)	Ref.	0,113
	Sí	122	37 (30,3)	1,50 (0,90–2,50)	
Enfermedad crónica	No	187	48 (25,7)	Ref.	0,529
	Sí	14	5 (35,7)	1,39 (0,66–2,93)	
Nuliparidad	No	139	42 (30,2)	Ref.	0,064
	Sí	62	11 (17,7)	0,59 (0,33–1,06)	
Antecedente de aborto	No	154	35 (22,7)	Ref.	0,034
	Sí	47	18 (38,3)	1,69 (1,06–2,68)	
Cesárea previa	No	155	39 (25,2)	Ref.	0,476
	Sí	46	14 (30,4)	1,21 (0,72–2,02)	
Parto prematuro previo	No	183	47 (25,7)	Ref.	0,575
	Sí	18	6 (33,3)	1,30 (0,65–2,61)	
Bajo peso al nacer previo	No	191	49 (25,7)	Ref.	0,296
	Sí	10	4 (40,0)	1,56 (0,70–3,46)	
Intervalo intergenésico corto	No	185	50 (27,0)	Ref.	0,568
	Sí	16	3 (18,8)	0,69 (0,24–1,98)	
Educación baja	No	160	41 (25,6)	Ref.	0,637
	Sí	41	12 (29,3)	1,14 (0,66–1,97)	
	No	48	14 (29,2)	Ref.	0,614

Variable		n	Eventos n (%)	RPc (IC95%)	p
Pareja estable	Sí	153	39 (25,5)	0,87 (0,52–1,47)	
Actividad laboral remunerada	No	109	34 (31,2)	Ref.	0,091
	Sí	92	19 (20,7)	0,66 (0,41–1,08)	
Tabaquismo	No	193	51 (26,4)	Ref.	1,000
	Sí	8	2 (25,0)	0,95 (0,28–3,22)	
Consumo habitual de alcohol	No	191	50 (26,2)	Ref.	0,725
	Sí	10	3 (30,0)	1,15 (0,43–3,04)	
Actividad física regular	No	135	36 (26,7)	Ref.	0,891
	Sí	66	17 (25,8)	0,97 (0,59–1,59)	

RPc: Razón de prevalencias cruda; IC95%: Intervalo de confianza al 95%; Ref.: categoría de referencia (ausencia de exposición). Prueba estadística: Chi-cuadrado de Pearson; prueba exacta de Fisher cuando alguna frecuencia esperada fue menor de cinco (enfermedad crónica, parto prematuro previo, bajo peso al nacer previo, intervalo intergenésico corto, tabaquismo y consumo habitual de alcohol).

En el análisis multivariado, la edad materna ≥35 años se asoció de forma independiente con una mayor prevalencia de resultado neonatal adverso (RPa=1,775; IC95%: 1,113–2,829; p=0,016). Asimismo, la actividad laboral remunerada se asoció con una menor prevalencia de resultado neonatal adverso, presentó una menor prevalencia del resultado neonatal adverso (RPa=0,613; IC95%: 0,384–0,979; p=0,041). Por otro lado, el IMC alto y la nuliparidad no mostraron asociación estadísticamente significativa. El antecedente de aborto no mostró asociación estadísticamente significativa en el modelo ajustado (RPa=1,571; IC95%: 0,991–2,489; p=0,055) (Tabla 7).

Tabla 7. Modelo multivariado de los factores de riesgo preconcepcional asociados al resultado neonatal adverso en recién nacidos de puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Lima, 2025 (n = 201)

Variable	RPa	IC95%	p
Edad ≥35 años	1,78	1,11 – 2,83	0,016
IMC alto	1,35	0,81 – 2,22	0,241
Nuliparidad	0,77	0,41 – 1,45	0,431
Antecedente de aborto	1,57	0,99 – 2,48	0,055
Actividad laboral remunerada	0,61	0,38 – 0,97	0,041

RPa: Razón de prevalencias ajustada; IC95%: Intervalo de confianza al 95%; Ref.: categoría de referencia (ausencia de exposición).

VI. DISCUSIÓN

La población estudiada presentó una elevada frecuencia de factores de riesgo preconcepcional, principalmente sobrepeso u obesidad, antecedentes obstétricos y condiciones sociales desfavorables. Estos hallazgos son comparables con los reportados en estudios previos, que describen una alta prevalencia de estos factores en mujeres en edad reproductiva. La frecuencia de sobrepeso u obesidad pregestacional observada (60,7%) es muy próxima al 65,6% de exceso de peso reportado a nivel nacional para las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años en 2024 [11], lo que sugiere que la población estudiada no constituye un grupo de riesgo nutricional excepcional sino un reflejo del patrón nacional [16,20,22,23].

Respecto al resultado materno adverso, ninguno de los factores preconcepcionales evaluados se asoció de manera independiente con el desenlace. El tabaquismo, que en el análisis crudo mostró la mayor diferencia de prevalencia (100% frente a 74,6%), no alcanzó significación estadística (p=0,203) y su intervalo de confianza es compatible tanto con ausencia de efecto como con un incremento cercano al 50%. Este resultado no debe leerse como evidencia de que el tabaquismo preconcepcional carezca de efecto sobre los desenlaces obstétricos: la evidencia acumulada, incluidas la cohorte de Maas et al. [28] y la revisión paraguas de Caut et al. [26], documenta de forma consistente lo contrario. Lo que el presente estudio muestra es que su diseño no estaba en condiciones de responder esa pregunta. Con ocho mujeres expuestas (4,0%), la potencia para detectar una diferencia de la magnitud observada es cercana al 11%; para alcanzar una potencia del 80% habrían sido necesarias aproximadamente 27 mujeres expuestas. Esta limitación es consecuencia directa del dimensionamiento muestral, calculado a partir de la obesidad pregestacional —una exposición frecuente en la población—, lo que garantizó potencia para los factores prevalentes pero no para los infrecuentes.

La elevada prevalencia del resultado materno adverso (75,6%) merece una lectura específica. Su magnitud no refleja necesariamente una población de riesgo excepcional, sino la composición del desenlace compuesto, en el que predominan la infección del tracto urinario (39,3%) y la anemia (27,9%), dos condiciones de alta frecuencia y manejo habitualmente ambulatorio en el contexto peruano. Una posible explicación de esta distribución es el perfil socioeconómico de la población usuaria de un hospital de nivel II-2 de Lima Este, donde el acceso tardío al control prenatal y las condiciones de saneamiento se asocian a mayor incidencia de infección urinaria y déficit de hierro. Esta composición del desenlace atenúa la capacidad del modelo para detectar asociaciones con complicaciones graves pero infrecuentes, como la eclampsia o el ingreso a UCI, que en conjunto representaron menos del 4% de los eventos.

Respecto a los resultados neonatales, la edad materna avanzada (≥35 años) se asoció de manera independiente con una mayor prevalencia de resultado neonatal adverso, coincidiendo con lo reportado por Flores-López et al. [19] e Ishag et al. [24]. La coincidencia es esperable porque el mecanismo propuesto es biológico y poco sensible al contexto: el envejecimiento vascular y la disfunción endotelial progresiva reducen la eficiencia de la placentación, lo que se traduce en un mayor riesgo de restricción del crecimiento, prematuridad y necesidad de cuidados intensivos neonatales. La magnitud observada en este estudio (RPa=1,78) resulta menor que la reportada por Flores-López et al. en población mexicana; una explicación plausible es que en la presente muestra el desenlace compuesto estuvo dominado por la macrosomía (13,4%), un evento cuya relación con la edad materna está mediada por el estado metabólico más que por la edad en sí misma, lo que diluye la fuerza de la asociación frente a estudios centrados en prematuridad o bajo peso.

La actividad laboral remunerada se asoció de manera independiente con una menor prevalencia de resultado neonatal adverso. Este hallazgo no debe interpretarse como un efecto protector de la actividad laboral, sino

como la expresión de un conjunto de condiciones no medidas en el estudio. La explicación más razonable es que el trabajo remunerado opere como marcador de un nivel socioeconómico más favorable, que a su vez determina mejor acceso a control prenatal oportuno, mejor situación nutricional y mayor cobertura de seguro de salud. Dennis et al. [23] y Doke et al. [22] documentaron precisamente esta lógica al observar que las mujeres con mayores desventajas sociales y educativas acumulaban más factores de riesgo preconcepcional. A ello se suma un posible sesgo de trabajadora sana, en la medida en que las mujeres con enfermedad crónica o mayores limitaciones funcionales tienen menor probabilidad de mantenerse laboralmente activas. Como el estudio no midió ingreso, seguro ni número de controles prenatales, la confusión residual no puede descartarse y la asociación no admite lectura causal.

El antecedente de aborto perdió la significación estadística observada en el análisis bivariado tras el ajuste por las demás variables del modelo (RPa=1,571; IC95%: 0,991–2,489; p=0,055). La atenuación fue moderada y el intervalo de confianza se mantuvo próximo a la unidad, patrón que sugiere confusión parcial por la edad materna, dado que las mujeres de 35 años o más concentran simultáneamente mayor número de pérdidas gestacionales previas y mayor riesgo neonatal. Este comportamiento difiere del reportado por Ishag et al. [24], quienes mantuvieron la asociación tras el ajuste; una diferencia atribuible a que dicho estudio trabajó con gran multiparidad en un contexto de fecundidad más alta, donde el antecedente obstétrico desfavorable se acumula de forma independiente de la edad. En la presente muestra, con una media de edad de 29,22 años y predominio de baja paridad, ambos factores se solapan y el modelo no permite separarlos.

La ausencia de asociación para algunas variables descritas previamente en la literatura podría explicarse por la baja frecuencia de ciertas exposiciones, la limitada potencia para detectar asociaciones específicas y la posibilidad de errores de clasificación derivados del autorreporte y del registro clínico. En segundo lugar, debe considerarse el posible sesgo de

memoria inherente a la recolección de información mediante autorreporte, particularmente para antecedentes preconcepcionales como enfermedades crónicas o hábitos previos al embarazo, que pudieron ser recordados de manera imprecisa por las participantes. De manera similar, el subregistro en las historias clínicas maternas y neonatales pudo haber afectado la identificación completa de antecedentes patológicos y de determinadas complicaciones, atenuando la magnitud real de las asociaciones evaluadas. Otra hipótesis es que la atención prenatal recibida haya atenuado parcialmente el efecto de algunos factores preconcepcionales; sin embargo, el estudio no evaluó la calidad ni la oportunidad del control prenatal, por lo que esta explicación no puede confirmarse.

Así también, debe señalarse que tanto el resultado materno adverso como el resultado neonatal adverso fueron construidos como variables compuestas, es decir, definidas por la presencia de al menos una complicación entre varias posibles. Si bien este enfoque permite un análisis más eficiente, tiene la limitación de agrupar complicaciones de distinta gravedad clínica, desde afecciones leves y de manejo ambulatorio hasta condiciones severas que comprometen la vida materna o neonatal, lo que puede diluir la fuerza de asociación de determinados factores de riesgo cuando se analizan frente al resultado compuesto en su conjunto, en comparación con lo que se observaría si cada complicación se evaluara de manera individual. La elevada prevalencia del resultado materno adverso observada (75,6%) debe interpretarse considerando la definición del resultado compuesto, que incluyó eventos frecuentes como infección del tracto urinario y anemia. Si bien esta estrategia permitió evaluar de manera global la ocurrencia de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, puede reducir la capacidad para diferenciar eventos de distinta relevancia clínica y limitar la interpretación de la magnitud de asociación con complicaciones maternas de mayor gravedad.

Entre las fortalezas del estudio destacan el abordaje de los factores de riesgo preconcepcional, incluyendo dimensiones biológicas, médicas, obstétricas y sociales, lo que permitió una evaluación amplia de las condiciones presentes antes de la gestación. Asimismo, se analizaron simultáneamente los resultados maternos y neonatales, proporcionando una visión más completa de las posibles repercusiones de dichos factores sobre el binomio madre-hijo. Otra fortaleza importante fue la utilización de modelos de regresión de Poisson con varianza robusta, lo que permitió ajustar las estimaciones por las variables incorporadas en los modelos multivariados.

Sin embargo, los resultados deben interpretarse considerando algunas limitaciones. Debido al diseño transversal, no es posible establecer relaciones causales entre los factores de riesgo preconcepcional y los resultados evaluados, sino únicamente asociaciones estadísticas. Asimismo, el muestreo no probabilístico por conveniencia limita la capacidad de generalizar los hallazgos a otras poblaciones de gestantes o puérperas fuera del contexto estudiado.

Otra limitación corresponde al posible sesgo de memoria, dado que parte de la información sobre los antecedentes preconcepcionales fue obtenida mediante autorreporte. A ello se suma la limitada potencia estadística para las exposiciones infrecuentes. El tabaquismo estuvo presente en ocho participantes (4,0%) y el consumo habitual de alcohol en diez (5,0%); para el contraste observado en tabaquismo la potencia del estudio es cercana al 11%, y habrían sido necesarias aproximadamente 27 mujeres expuestas para alcanzar el 80% convencional. En consecuencia, la ausencia de asociación estadísticamente significativa para estas variables no debe interpretarse como evidencia de ausencia de efecto, sino como imposibilidad del diseño para detectarlo.

Finalmente, el estudio fue realizado en un único establecimiento de salud de nivel II-2 de Lima Metropolitana, por lo que los resultados podrían estar influenciados por características propias de la población usuaria, de la

organización de los servicios y del contexto local. Por ello, se recomienda desarrollar futuras investigaciones multicéntricas, con muestras más amplias y diseños longitudinales, que permitan confirmar los hallazgos observados y profundizar en el análisis de los factores de riesgo preconcepcional asociados a los resultados maternos y neonatales.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- En las puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el año 2025, la relación entre los factores de riesgo preconcepcional y los resultados maternos y neonatales adversos fue heterogénea: se identificó asociación independiente con el resultado neonatal adverso, mientras que ninguno de los factores evaluados se asoció de manera independiente con el resultado materno adverso.
- En relación con los factores biológicos preconcepcionales, la edad materna ≥35 años se asoció de manera independiente con una prevalencia 77,5% mayor de resultado neonatal adverso respecto a las mujeres menores de 35 años (RPa=1,775; IC95%: 1,113–2,829; p=0,016). El índice de masa corporal elevado no mostró asociación estadísticamente significativa con los resultados maternos ni neonatales en el análisis ajustado.
- Respecto a los factores obstétricos preconcepcionales, la nuliparidad, el antecedente de cesárea, el antecedente de parto prematuro y el intervalo intergenésico corto no mostraron asociación estadísticamente significativa con los resultados evaluados. El antecedente de aborto presentó asociación significativa únicamente en el análisis bivariado con el resultado neonatal adverso; sin embargo, esta asociación perdió significancia estadística tras el ajuste (RPa=1,571; IC95%: 0,991–2,489; p=0,055).
- En relación con los factores sociales preconcepcionales, la actividad laboral remunerada se asoció con una menor prevalencia de resultado neonatal adverso (RPa=0,613; IC95%: 0,384–0,979; p=0,041); dicha asociación no admite una interpretación causal y es atribuible, con mayor probabilidad, a condiciones socioeconómicas no evaluadas en el estudio. El tabaquismo preconcepcional no mostró asociación estadísticamente significativa con el resultado materno adverso (p=0,203); la totalidad de las ocho mujeres expuestas presentó el desenlace, situación que impide

estimar de forma válida la magnitud de la asociación y refleja la insuficiente potencia del estudio para exposiciones infrecuentes. El nivel educativo, el estado conyugal, la actividad física regular y el consumo habitual de alcohol tampoco mostraron asociación estadísticamente significativa. En cuanto a los factores médicos, la presencia de enfermedad materna crónica no se asoció con ninguno de los desenlaces evaluados.

- En la población estudiada se observó una elevada frecuencia de factores de riesgo preconcepcional, destacando el sobrepeso u obesidad pregestacional, el antecedente de aborto y la cesárea previa. Asimismo, las complicaciones maternas más frecuentes fueron la infección del tracto urinario y la anemia, mientras que la macrosomía constituyó el resultado neonatal más frecuente.

Recomendaciones

- Al Hospital San Juan de Lurigancho y a los servicios de Obstetricia y Planificación Familiar: mantener el tamizaje del consumo de tabaco y la consejería para la cesación tabáquica durante la atención preconcepcional, sustentados en la evidencia internacional disponible, dado que el presente estudio no contó con potencia estadística suficiente para evaluar dicha asociación en esta población.
- Al personal de salud que brinda atención preconcepcional y consejería reproductiva: fortalecer la identificación y el seguimiento de mujeres con edad materna ≥35 años, promoviendo una evaluación integral de riesgos y orientación reproductiva antes de la gestación.
- A los responsables de los programas de salud materna: reforzar las actividades de atención preconcepcional integral orientadas a la identificación y manejo oportuno de factores biológicos, médicos, obstétricos y sociales modificables, priorizando intervenciones sustentadas en evidencia y evitando asumir un efecto protector de variables que requieren confirmación, como la actividad laboral remunerada.
- A la Universidad y a los investigadores en salud materno-perinatal: desarrollar estudios multicéntricos con muestreo probabilístico, mayor tamaño muestral y diseños longitudinales que permitan confirmar las asociaciones observadas y establecer la temporalidad entre los factores de riesgo preconcepcional y los resultados materno-neonatales.
- En futuras investigaciones, mejorar la medición de variables de baja frecuencia, especialmente el tabaquismo y el consumo de alcohol, mediante instrumentos validados o biomarcadores cuando sea factible, así como recoger información más detallada sobre los antecedentes de aborto y las condiciones socioeconómicas, con el fin de reducir el sesgo de clasificación y comprender mejor las asociaciones observadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, UNDESA/Population Division. Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [citado 30 de agosto de 2026]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381012/9789240108462-eng.pdf

2. World Health Organization. Newborn mortality [Internet]. Geneva: World Health Organization; [citado 31 may 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality

3. World Health Organization. Preconception care: maximizing the gains for maternal and child health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado 31 de mayo de 2026]. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/fdf92314-7bb8-4b3e-a721-c727c7aebeb1/content

4. World Health Organization. Maternal health [Internet]. Geneva: World Health Organization; [citado 31 may 2026]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/maternal-health

5. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Estado de la Población Mundial 2022: visibilizar lo invisible [Internet]. Nueva York: UNFPA; 2022 [citado 30 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.unfpa.org/es/swp2022

6. Poix S, Elmusharaf K. Investigating the pathways from preconception care to preventing maternal, perinatal and child mortality: A scoping review and causal loop diagram. Prev Med Rep. 2023;34:102274. doi:10.1016/j.pmedr.2023.102274

7. Habte A, Dessu S, Haile D. Determinants of practice of preconception care among women of reproductive age group in southern Ethiopia, 2020: content analysis. Reprod Health. 2021;18(1):100. doi:10.1186/s12978-021-01154-3

8. Lau López S, Rodríguez Cabrera A, Pría Barros M del C. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Revista Cubana de Salud Pública. 2013;39:836-49. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/rcsp/2013.v39suppl1/836-849/

9. Rivero-Torres J, Manning-Ávila EA, Massó-Bombalé G, Lobaina-Díaz AJ. Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres de edad fértil del área Este de Guantánamo, 2020. Gaceta Médica Estudiantil. 2020;1(2):e104-112. Disponible en: https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/24

10. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación de la mortalidad materna, Perú 2025 [Internet]. Lima: Ministerio de

Salud; 2025 [citado 30 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2025/SE272025/03.pdf

11. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia de la situación del sobrepeso, obesidad y sus determinantes en el marco del Observatorio de Nutrición y estudio del sobrepeso y obesidad. Informe técnico 2025 [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Salud; 2025 [citado 30 de agosto de 2026]. Disponible en: https://observateperu.ins.gob.pe/

12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: series anuales de indicadores principales de la ENDES, 1986-2024 [Internet]. Lima: INEI; 2025 [citado 30 de agosto de 2026]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/files/publicaciones/2024/SERIES_ANUALES_1986_2024.pdf

13. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto [Internet]. Lima: UNFPA Perú; 2023 [citado 31 may 2026]. Disponible en: https://peru.unfpa.org/es/news/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-problemas-en-el-embarazo-o-el-parto

14. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna [Internet]. Lima: MINSA; 2013 [citado 1 de marzo de 2026]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf

15. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Objetivo 3: Salud y bienestar [Internet]. New York: PNUD; [citado 6 jun 2026]. Disponible en: https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals/salud-bienestar

16. Chávez REB. Sobrepeso y Obesidad Pregestacionales como Factores de Riesgo de Parto Prematuro en un Hospital Público de Huaraz – Perú, 2019-2020. Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano. 2025;6(1):1731-46. doi:10.61368/r.s.d.h.v6i1.555

17. Souza RT, Bonomi IB de A, Maganha CA, Ferreira EC, Solha STG, Vetorazzi J, et al. Asthma and pregnancy. Rev Bras Ginecol Obstet. 2025;47:e-FPS5. doi:10.61622/rbgo/2025FPS5

18. Qazi Q, Liaqat N, Afridi F, Khattak S. Association of high pre-pregnancy body mass index with adverse maternal and perinatal outcomes. Pak J Med Sci. 2024;40(3Part-II):313-7. doi:10.12669/pjms.40.3.7317

19. Flores-López B, Naves-Sánchez J, Sosa-Bustamante GP, González AP, Luna-Anguiano JLF, Paque-Bautista C. Morbilidades materna y perinatal asociadas a edad avanzada en gestantes. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2023;61(Supl 2):S83-9. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10761194/

20. Granés L, Torà-Rocamora I, Palacio M, De la Torre L, Llupià A. Maternal educational level and preterm birth: Exploring inequalities in a hospital-based

cohort study. PLoS One. 2023;18(4):e0283901. doi:10.1371/journal.pone.0283901

21. Jani HT, Sud S, Jeyaseelan S. Impact of interpregnancy interval on maternal and perinatal outcomes. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2023;12(10):2986-92. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20232934

22. Doke PP, Gothankar JS, Chutke AP, Palkar SH, Patil AV, Pore PD, et al. Prevalence of preconception risk factors for adverse pregnancy outcome among women from tribal and non-tribal blocks in Nashik district, India: a cross-sectional study. Reprod Health. 2022;19(1):166. doi:10.1186/s12978-022-01473-z

23. Dennis CL, Prioreschi A, Brown HK, Brennenstuhl S, Bell RC, Atkinson S, et al. Medical, behavioural and social preconception and interconception risk factors among pregnancy planning and recently pregnant Canadian women. Fam Med Community Health. 2022;10(3):e001175. doi:10.1136/fmch-2021-001175 PubMed PMID: 36113893

24. Abdelmageed E, Bahaeldin H, Nadiah A, Abdelbagi A, Duria R, Ishag A. Maternal and neonatal outcomes of grand multiparity in Khartoum, Sudan. Afr Health Sci. 2022;22(1):164-71. doi:10.4314/ahs.v22i1.21

25. Muñoz de la Torre RJ, Mendoza Vilcahuaman J, Jauregui Sueldo JC, Toral Santillán EJ, Villanueva Navarro KY, Quispe Aroni R, et al. Desgarro perineal posparto y variables obstétricas y sociodemográficas en mujeres peruanas altoandinas. MediSur. 2022;20(3):402-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2022000300402

26. Caut C, Schoenaker D, McIntyre E, Vilcins D, Gavine A, Steel A. Relationships between Women's and Men's Modifiable Preconception Risks and Health Behaviors and Maternal and Offspring Health Outcomes: An Umbrella Review. Semin Reprod Med. 2022;40(3-04):170-83. doi:10.1055/s-0042-1744257

27. Zhu Y, Hedderson MM, Brown SD, Badon SE, Feng J, Quesenberry CP, et al. Healthy preconception and early-pregnancy lifestyle and risk of preterm birth: a prospective cohort study. Am J Clin Nutr. 2021;114(2):813-21. doi:10.1093/ajcn/nqab089

28. Maas VYF, Poels M, Lamain-de Ruiter M, Kwee A, Bekker MN, Franx A, et al. Associations between periconceptional lifestyle behaviours and adverse pregnancy outcomes. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):492. doi:10.1186/s12884-021-03935-x

29. Zhao M, Yang S, Hung TC, Zheng W, Su X. Association of pre- and early-pregnancy factors with the risk for gestational diabetes mellitus in a large Chinese population. Sci Rep. 2021;11(1):7335. doi:10.1038/s41598-021-86818-7

30. Durán-Nah JJ, Porter-Magaña A, Navarro-Cabrera E. Índice de masa corporal pregestacional y el riesgo de eventos adversos maternos. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2020;58(3):233-42. doi:10.24875/RMIMSS.M20000026

31. Dean SV, Lassi ZS, Imam AM, Bhutta ZA. Preconception care: nutritional risks and interventions. Reprod Health. 2014;11(Suppl 3):S3. doi:10.1186/1742-4755-11-S3-S3

32. Carducci ME, Izbizky G. Edad materna avanzada como factor de riesgo de resultados adversos maternos y perinatales. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba. 2024;81(1):24-39. doi:10.31053/1853.0605.v81.n1.41447

33. Heras Pérez B, Gobernado Tejedor JA, Mora Cepeda P, Almaraz Gómez A. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2011;54(11):575-80. doi:10.1016/j.pog.2011.06.012

34. Vila Candel R, Faus García M, Martín Moreno JM. Recomendaciones internacionales estándar sobre la ganancia de peso gestacional: adecuación a nuestra población. Nutrición Hospitalaria. 2021;38(2):306-14. doi:10.20960/nh.03340

35. Álvarez Cuenod JS, Sánchez Sánchez V, González Martín JM, Emergui Zrihen Y, Suarez Guillén V, Ribary Domingo A, et al. Valores extremos del IMC materno: factores determinantes de peores resultados obstétricos y perinatales. Clín investig ginecol obstet (Ed impr). 2022;100754-100754. doi:10.1016/j.gine.2022.100754

36. Suárez González JA, Preciado Guerrero R, Gutiérrez Machado M, Cabrera Delgado MR, Marín Tápanes Y, Cairo González V. Influencia de la obesidad pregestacional en el riesgo de preeclampsia/eclampsia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013;39(1):3-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000100002

37. Grados Valderrama F de M, Cabrera Epiquen R, Diaz Herrera J. Estado nutricional pregestacional y ganancia de peso materno durante la gestación y su relación con el peso del recién nacido. Revista Médica Herediana. 2003;14(3):128-33. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2003000300006&script=sci_abstract

38. Cohen Y, Gutvirtz G, Avnon T, Sheiner E. Chronic Hypertension in Pregnancy and Placenta-Mediated Complications Regardless of Preeclampsia. J Clin Med. 2024;13(4):1111. doi:10.3390/jcm13041111

39. Office on Women's Health. La salud antes de concebir [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; [citado 31 may 2026].

Disponible en: https://espanol.womenshealth.gov/pregnancy/you-get-pregnant/preconception-health

40. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 15. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2025;49(Supplement_1):S321-38. doi:10.2337/dc26-S015

41. De Backer J, Haugaa KH, Hasselberg NE, De Hosson M, Brida M, Castelletti S, et al. 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy. European Heart Journal. 2025;46(43):4462-568. doi:10.1093/eurheartj/ehaf193

42. Múnera-Echeverri AG. Enfermedad cardíaca y embarazo. Revista Colombiana de Cardiología. 2018;25:49-58. doi:10.1016/j.rccar.2017.11.028

43. Martinez RR, Díaz FAE. LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN COLOMBIA. Boletín del Observatorio en Salud [Internet]. 2010 [citado 31 de mayo de 2026];3(4). Disponible en: https://revistas.unal.edu.co/index.php/bos/article/view/17968

44. Manterola-Álvarez D, Hernández-Pacheco JA, Estrada-Altamirano A. Enfermedad renal crónica durante el embarazo: curso clínico y resultados perinatales en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Perinatología y reproducción humana. 2012;26(4):147-53. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000400003

45. Frincu F, Carp-Veliscu A, Petca A, Badiu DC, Bratila E, Cirstoiu M, et al. Maternal-Fetal Outcomes in Women with Endometriosis and Shared Pathogenic Mechanisms. Medicina (Kaunas). 2021;57(11):1258. doi:10.3390/medicina57111258

46. Farland LV, Prescott J, Sasamoto N, Tobias DK, Gaskins AJ, Stuart JJ, et al. Endometriosis and Risk of Adverse Pregnancy Outcomes. Obstet Gynecol. 2019;134(3):527-36. doi:10.1097/AOG.0000000000003410

47. Kotani T, Imai K, Ushida T, Moriyama Y, Nakano-Kobayashi T, Osuka S, et al. Pregnancy Outcomes in Women with Thyroid Diseases. JMA J. 2022;5(2):216-23. doi:10.31662/jmaj.2021-0191

48. Cooper DS, Laurberg P. Hyperthyroidism in pregnancy. Lancet Diabetes Endocrinol. 2013;1(3):238-49. doi:10.1016/S2213-8587(13)70086-X

49. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. Thyroid. 2017;27(3):315-89. doi:10.1089/thy.2016.0457

50. Bravo-Solarte DC, Garcia-Guaqueta DP, Chiarella SE. Asthma in pregnancy. Allergy Asthma Proc. 2023;44(1):24-34. doi:10.2500/aap.2023.44.220077

51. Namazy JA, Schatz M. Asthma and pregnancy. J Allergy Clin Immunol. 2011;128(6):1384-1385.e2. doi:10.1016/j.jaci.2011.10.034

52. National Cancer Institute. Definición de antecedentes obstétricos. Diccionario de cáncer del NCI [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2011 [citado 31 may 2026]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/antecedentes-obstetricos

53. Carrington B, Sacks G, Regan L. Recurrent miscarriage: pathophysiology and outcome. Curr Opin Obstet Gynecol. 2005;17(6):591-7. doi:10.1097/01.gco.0000194112.86051.26

54. Magnus MC, Wilcox AJ, Morken NH, Weinberg CR, Håberg SE. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. BMJ. 2019;364:l869. doi:10.1136/bmj.l869

55. Huillca-Briceño A. La multiparidad como factor de riesgo de diabetes mellitus gestacional. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016;42(2):189-98. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000200005

56. Zavala-García A, Ortiz-Reyes H, Salomon-Kuri J, Padilla-Amigo C, Preciado Ruiz R, et al. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2018;83(1):52-61. doi:10.4067/s0717-75262018000100052

57. Ball SJ, Pereira G, Jacoby P, de Klerk N, Stanley FJ. Re-evaluation of link between interpregnancy interval and adverse birth outcomes: retrospective cohort study matching two intervals per mother. BMJ. 2014;349:g4333. doi:10.1136/bmj.g4333

58. Martinez Marietti C, Corradi L, Flores MG, Caratti MM. Factores de riesgo maternos y complicaciones obstétricas en gestantes de recién nacidos macrosómicos en el Hospital Materno Neonatal Dr. Ramón Carrillo, Córdoba, Argentina. Revista FASGO [Internet]. 2024;23(1):32-48 [citado 6 de junio de 2026]. Disponible en: https://fasgo.org.ar/index.php/enlaces/ministerio-de-salud/146-revista-fasgo/n-21-2024/2950-factores-de-riesgo-maternos-y-complicaciones-obstetricas-en-gestantes-de-recien-nacidos-macrosomicos-en-el-hospital-materno-neonatal-dr-ramon-carrillo-cordoba-argentina

59. Criollo CAG, Martínez YVC, Ardila K del C, García MAV, Jaramillo RDJP. Placenta acreta en un embarazo temprano: reporte de caso. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2022;68(1). doi:10.31403/rpgo.v68i2389

60. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health: debates, policy and practice, case studies. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/44489

61. Sotero Salgueiro GA, Sosa Fuertes CG, Domínguez Rama Á, Alonso Telechea J, Medina Milanesi R. El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. Revista Médica del Uruguay. 2006;22(1):59-65. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000100009

62. Flores-Ramos M. Uso de sustancias adictivas durante el embarazo. Perinatología y reproducción humana. 2012;26(3):169-71. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000300001

63. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [citado 6 jun 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745

64. Cai C, Vandermeer B, Khurana R, Nerenberg K, Featherstone R, Sebastianski M, et al. The impact of occupational activities during pregnancy on pregnancy outcomes: a systematic review and metaanalysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2020;222(3):224-38. doi:10.1016/j.ajog.2019.08.059

65. Krogsgaard S, Gudmundsdottir SL, Nilsen TIL. Prepregnancy physical activity in relation to offspring birth weight: a prospective population-based study in Norway-The HUNT Study. J Pregnancy. 2013;2013:780180. doi:10.1155/2013/780180

66. Garovic VD, Dechend R, Easterling T, Karumanchi SA, McMurtry Baird S, Magee LA, et al. Hypertension in Pregnancy: Diagnosis, Blood Pressure Goals, and Pharmacotherapy: A Scientific Statement From the American Heart Association. Hypertension. 2022;79(2):e21-41. doi:10.1161/HYP.0000000000000208

67. Garduño JCB, Cánovas YF, Herrera JA, de León Ponce MD, Cano AES, Vega CGB. Eclampsia. Revista CONAMED. 2022;27(S1):s14-19. doi:10.35366/108518

68. American College of Obstetricians and Gynecologists. Urinary Tract Infections in Pregnant Individuals. Obstetrics & Gynecology. 2023;142(2):435. doi:10.1097/AOG.0000000000005269

69. Mouri Mi, Hall H, Rupp TJ. Threatened Miscarriage. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [citado 6 de junio de 2026]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430747/

70. Iza Aquieta LL, Solórzano MEB. Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. RECIMUNDO. 2022;6(3):393-408. doi:10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.393-408

71. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. First- and second-degree tears [Internet]. London: RCOG; [citado 31 may 2026]. Disponible en:

https://www.rcog.org.uk/for-the-public/perineal-tears-and-episiotomies-in-childbirth/first-and-second-degree-tears/

72. Mourão LF, Mendes IC, Marques ADB, Cestari VRF, Braga RMB de B, Mourão LF, et al. Ingresos en UCI por causas obstétricas. Enfermería Global. 2019;18(53):304-45. doi:10.6018/eglobal.18.1.302341

73. Veras TCDS, Mathias TADF. Hospitalizations leading causes for maternal disorders. Rev esc enferm USP. 2014;48(3):401-8. doi:10.1590/S0080-623420140000300003

74. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 644: The Apgar Score. Obstet Gynecol. 2015;126(4):e52-5. doi:10.1097/AOG.0000000000001108

75. National Library of Medicine. Birth weight [Internet]. MedlinePlus. Bethesda (MD): National Library of Medicine; [citado 31 may 2026]. Disponible en: https://medlineplus.gov/birthweight.html

76. Connolly BH. Neonatal assessment: an overview. Phys Ther. 1985;65(10):1505-13. doi:10.1093/ptj/65.10.1505

77. Berhane M, Workineh N, Girma T, Lim R, Lee KJ, Nguyen CD, et al. Prevalence of Low Birth Weight and Prematurity and Associated Factors in Neonates in Ethiopia: Results from a Hospital-based Observational Study. Ethiop J Health Sci. 2019;29(6):677-88. doi:10.4314/ejhs.v29i6.11

78. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. Morbilidad y mortalidad maternas [Internet]. Bethesda (MD): NICHD; 2020 [citado 6 jun 2026]. Disponible en: https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/maternal-morbidity-mortality

79. Dean SV, Lassi ZS, Imam AM, Bhutta ZA. Preconception care: closing the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn and child health. Reprod Health. 2014;11 Suppl 3(Suppl 3):S1. doi:10.1186/1742-4755-11-S3-S1.

80. World Health Organization. Reproductive health [Internet]. Geneva: World Health Organization; [citado 6 jun 2026]. Disponible en: https://www.who.int/southeastasia/health-topics/reproductive-health

81. National Institute of Environmental Health Sciences. Reproductive health [Internet]. Research Triangle Park (NC): NIEHS; [citado 6 jun 2026]. Disponible en: https://www.niehs.nih.gov/health/topics/conditions/repro-health

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA
¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo preconcepcional y los resultados materno-neonatales en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025?	**General:** Determinar la relación entre los factores de riesgo preconcepcional y los resultados materno-neonatales en puérperas atendidas en el Hospital San Juan, 2025 **Específicos:** ● Identificar la relación entre los factores biológicos preconcepcionales y los resultados maternos y neonatales adversos en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025. ● Identificar la relación entre los factores médicos preconcepcionales y los resultados maternos y neonatales adversos en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025. ● Establecer la relación entre los factores obstétricos preconcepcionales y los resultados maternos y neonatales adversos en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025. ● Establecer la relación entre los factores sociales preconcepcionales y los resultados maternos y neonatales adversos en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025.	Existe relación entre factores de riesgo preconcepcional y resultados materno-neonatales en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2025.	**Variable independiente:** Factores de riesgo preconcepcional **Dimensiones:** • Factores biológicos: edad, IMC pregestacional • Factores médicos: enfermedad crónica • Factores obstétricos: paridad, intervalo intergenésico, antecedente de aborto, antecedente de parto prematuro, antecedente de recién nacido con bajo peso, antecedente de cesárea • Factores sociales: grado de instrucción, estado civil, actividad laboral remunerada, actividad física, consumo de alcohol y consumo de tabaco. **Variable dependiente:** Resultados materno-neonatales **Dimensiones:** • Resultado materno adverso • Resultado neonatal adverso	**Enfoque:** Cuantitativo **Tipo:** No experimental **Diseño:** Observacional, analítico, transversal **Población:** 418 puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho entre junio y julio **Muestra:** 201 puérperas **Muestreo:** No probabilístico por conveniencia **Técnica:** Encuesta y revisión documental **Instrumento:** Cuestionario estructurado y ficha de recolección de datos **Análisis estadístico:** Descriptivo; Chi cuadrado de Pearson y prueba exacta de Fisher; regresión de Poisson con varianza robusta; método de puntuación de Miettinen-Nurminen para estratos con desenlace constante

Anexo 2: Instrumento de recolección

Sección I: Cuestionario sobre factores de riesgo preconcepcional en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho

N.° de participante: _____

Fecha: / /

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS

1. ¿Qué edad tenía antes de quedar embarazada?

_____ años

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS

2. Número de antecedentes de aborto

Respuesta: _____

3. Número de partos vaginales previos

Respuesta: _____

4. Número de cesáreas previas

Respuesta: _____

5. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde la finalización de su último embarazo hasta el inicio del embarazo actual?

_____ meses

6. Número de partos prematuros previos

Respuesta: _____

7. Número de recién nacidos previos con peso menor de 2500 gramos

Respuesta: _____

FACTORES DE RIESGO SOCIALES

8. ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción alcanzado?
( ) Sin estudios
( ) Primaria incompleta
( ) Primaria completa
( ) Secundaria incompleta
( ) Secundaria completa
( ) Superior incompleta
( ) Superior completa

9. Antes del embarazo, ¿cuál era su estado civil?
( ) Soltera
( ) Casada
( ) Viuda
( ) Divorciada
( ) Conviviente

10. Antes del embarazo, ¿cuál era su principal actividad laboral?
( ) Sin ocupación
( ) Estudiante
( ) Trabajadora independiente
( ) Trabajadora dependiente
( ) Ama de casa

11. Antes del embarazo, ¿fumaba habitualmente (más de un cigarrillo al día)?
( ) Sí
( ) No

12. Antes del embarazo, ¿consumía alcohol habitualmente (más de dos veces por semana)?
( ) Sí
( ) No

13. Antes del embarazo, ¿realizaba actividad física al menos 30 minutos por día, cinco veces por semana?

( ) Sí

( ) No

Sección II: Ficha de recolección de datos de historia clínica materna y neonatal

FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL

• IMC pregestacional: _____ kg/m²

• Hipertensión arterial: Sí ( ) No ( )

• Diabetes mellitus: Sí ( ) No ( )

• Cardiopatía: Sí ( ) No ( )

• Nefropatía: Sí ( ) No ( )

• Endometriosis: Sí ( ) No ( )

• Síndrome de ovario poliquístico: Sí ( ) No ( )

• Hipotiroidismo: Sí ( ) No ( )

• Hipertiroidismo: Sí ( ) No ( )

• Asma: Sí ( ) No ( )

RESULTADOS MATERNOS

• Preeclampsia: Sí ( ) No ( )

• Eclampsia: Sí ( ) No ( )

• Amenaza de aborto: Sí ( ) No ( )

• Diabetes gestacional: Sí ( ) No ( )

• Infección del tracto urinario: Sí ( ) No ( )

• Trabajo de parto prematuro: Sí ( ) No ( )

• Anemia: Sí ( ) No ( )

• Tipo de parto:

( ) Vaginal

( ) Cesárea

• Hemorragia posparto: Sí ( ) No ( )
• Desgarro obstétrico: Sí ( ) No ( )
• Ingreso a UCI: Sí ( ) No ( )

RESULTADOS NEONATALES

• APGAR al quinto minuto: _____
• Peso al nacer: _____ gramos
• Prematuridad: Sí ( ) No ( )
• Macrosomía: Sí ( ) No ( )
• Apgar <7 a los 5 minutos: Sí ( ) No ( )
• Síndrome de dificultad respiratoria neonatal: Sí ( ) No ( )
• Ingreso a UCIN: Sí ( ) No ( )

Anexo 3: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, Decana de América)
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio

Factores de riesgo preconcepcional y resultados maternos-neonatales en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima, 2025

Investigadora

Kathia de la Cruz Berrocal, estudiante de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, desarrolla esta investigación como parte de los requisitos para optar al título profesional de Licenciada en Obstetricia.

Propósito del estudio

El objetivo de esta investigación es determinar la relación entre los factores de riesgo preconcepcional y los resultados maternos-neonatales en puérperas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el año 2025. Los resultados contribuirán a generar evidencia que permita fortalecer las estrategias de promoción de la salud, consejería preconcepcional y planificación familiar, favoreciendo la prevención de riesgos maternos y neonatales.

Procedimientos

Si usted acepta participar, se le solicitará responder un cuestionario que incluye preguntas sobre sus características sociodemográficas y factores de riesgo preconcepcional. El cuestionario será respondido marcando con un aspa (X) la alternativa que corresponda. El tiempo estimado de participación es de aproximadamente 10 minutos.

Riesgos

La participación en este estudio implica un riesgo mínimo, ya que únicamente consiste en responder un cuestionario. No se realizarán procedimientos médicos, toma de muestras ni intervenciones que afecten su salud o la de su bebé. Si alguna pregunta le genera incomodidad, usted puede dejar de responderla o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna consecuencia.

Beneficios

Usted no recibirá un beneficio directo por participar en esta investigación. Sin embargo, al finalizar el cuestionario, la investigadora le brindará información sobre medidas de prevención, cuidado preconcepcional y planificación familiar. Además, los resultados del estudio podrán contribuir al desarrollo de estrategias para mejorar la atención en salud materna.

Confidencialidad

Toda la información recopilada será tratada con estricta confidencialidad. Los datos serán codificados y utilizados únicamente con fines de investigación. En ningún informe, publicación o presentación derivada del estudio se revelará su identidad. Solo la investigadora y su asesora tendrán acceso a la información recopilada.

Participación voluntaria

Su participación es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de brindar explicaciones y sin que ello afecte la atención de salud que recibe en el

establecimiento. Si lo desea, podrá solicitar una copia de este consentimiento informado.

Consultas y contacto

Si tiene alguna pregunta sobre la investigación o desea obtener mayor información, puede comunicarse con la investigadora:

Kathia de la Cruz Berrocal

Teléfono: -

Si tiene consultas sobre sus derechos como participante de investigación, puede comunicarse con el Comité de Ética en Investigación que aprobó este estudio, cuyos datos de contacto serán proporcionados por la investigadora.

Aprobación ética

Este proyecto ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación correspondiente antes del inicio de la recolección de datos.

Declaración de consentimiento

He leído la información anterior, se me han explicado los objetivos del estudio, he podido realizar las preguntas que consideré necesarias y todas ellas han sido respondidas satisfactoriamente. Comprendo que mi participación es voluntaria y acepto participar en esta investigación.

( ) Sí acepto participar

( ) No aceptó participar

—---------- ……...

Firma del participante Firma del investigador

Fecha: ____ / ____ / _____

Anexo 4: Validación del instrumento

Experto 1

Validación del instrumento (juicio de expertos)

Nº	ITEMS	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	Sugerencia
FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO PRECONCEPCIONAL						
1	¿Cuántos años tenías antes de quedar embarazada?	4	4	4	4	
2	¿Cuál fue su índice de masa corporal (IMC) preconcepcional?	4	4	4	4	
FACTORES DE RIESGO MÉDICOS PRECONCEPCIONAL						
3	¿Sufre de alguna enfermedad materna crónica?	4	4	4	4	
FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO PRECONCEPCIONAL						
4	Número de antecedentes de abortos	4	4	4	4	
5	Número de partos vaginales previos	4	4	4	4	
6	Número de cesáreas previas	4	4	4	4	

7	¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su último embarazo?	4	4	4	4	
8	Número de partos prematuros previos	4	4	4	4	
9	Número de Recién Nacidos con un peso menos de 2500 gramos	4	4	4	4	
FACTORES DE RIESGO SOCIAL PRECONCEPCIONAL						
10	¿Cuál es su máximo nivel de instrucción alcanzado?	4	4	4	4	
11	Antes de su embarazo, ¿cuál era su estado civil?:	4	4	4	4	
12	Antes de su embarazo, ¿cuál era su principal actividad laboral?	4	4	4	4	
13	Antes de su embarazo, ¿solía fumar habitualmente (más de un cigarro al día)?	4	4	4	4	
14	Antes de su embarazo, ¿consumía alcohol habitualmente (más de 2 veces a la semana)?	4	4	4	4	

15	Antes de su embarazo, ¿solía realizar algún tipo de actividad física de al menos 30 minutos, cinco veces a la semana? (Caminar, correr, nadar, montar bicicleta, bailar, saltos de tijeras, etc.)	4	4	4	4	
RESULTADOS DURANTE EL EMBARAZO						
16	Durante su embarazo, ¿presentó alguna de las siguientes complicaciones?	4	4	4	4	
RESULTADOS DEL PARTO						
17	¿Cuál fue su tipo de parto?	4	4	4	4	
18	Durante su parto, ¿presentó alguna de las siguientes complicaciones?	4	4	4	4	
RESULTADOS NEONATALES						
19	¿Cuál fue el APGAR de su bebé?	4	4	4	4	
20	¿Cuál fue el peso de su recién nacido?	4	4	4	4	
21	¿Su recién nacido presentó alguna de las	4	4	4	4	

	siguientes complicaciones?					

Observaciones
Opción de aplicabilidad:
Aplicable (X) Aplicable después de corregir ( ) No aplicable ( )
Apellidos y nombres del juez evaluador: Cornejo Rivera Judith Josefina
DNI: 40561561



Firma del Experto

Certificado de valoración global del instrumento de recolección de datos

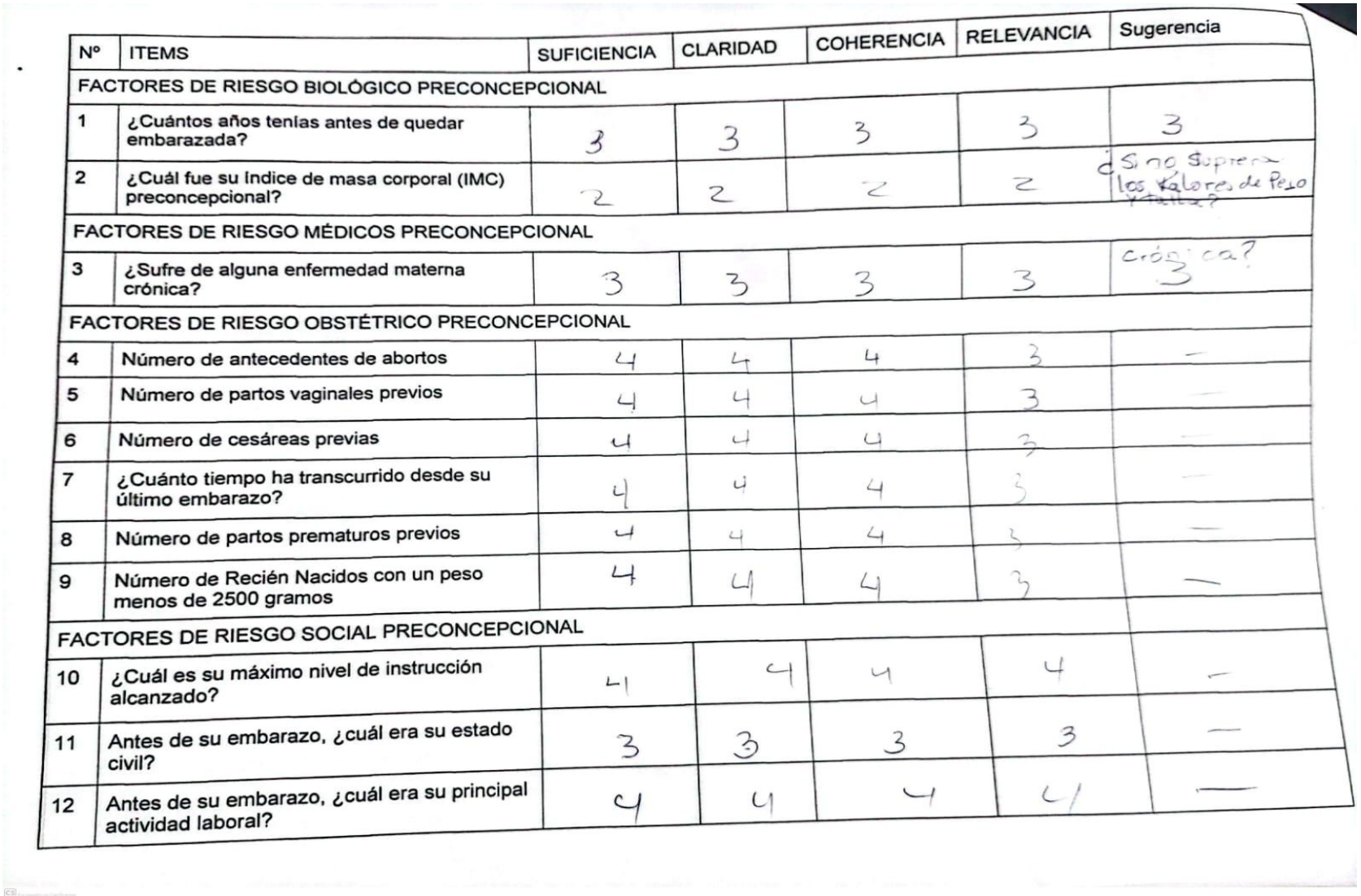
Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos presentado.

Marque con una (X) en SI o NO, de acuerdo a su opinión como experto.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento propuesto responde al problema de investigación	x		
2	Las instrucciones son claras y orientadoras para el desarrollo del instrumento.	x		
3	La estructura del instrumento es adecuada en función a la operacionalización de las variables	x		
4	Los ítems permitirán lograr el objetivo del estudio	x		
5	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	x		
6	El número de ítems es adecuado.	x		
7	Los ítems están redactados en forma clara y concisa.	x		
8	Los ítems están redactados en forma entendible a la población en estudio	x		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems	x		



Firma del Experto



Nº	ITEMS	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	Sugerencia
FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO PRECONCEPCIONAL						
1	¿Cuántos años tenías antes de quedar embarazada?	3	3	3	3	3
2	¿Cuál fue su Índice de masa corporal (IMC) preconcepcional?	2	2	2	2	¿Si no Supiera los Valores de Peso y Talla?
FACTORES DE RIESGO MÉDICOS PRECONCEPCIONAL						
3	¿Sufre de alguna enfermedad materna crónica?	3	3	3	3	crónica? 3
FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO PRECONCEPCIONAL						
4	Número de antecedentes de abortos	4	4	4	3	—
5	Número de partos vaginales previos	4	4	4	3	—
6	Número de cesáreas previas	4	4	4	3	—
7	¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su último embarazo?	4	4	4	3	—
8	Número de partos prematuros previos	4	4	4	3	—
9	Número de Recién Nacidos con un peso menos de 2500 gramos	4	4	4	3	—
FACTORES DE RIESGO SOCIAL PRECONCEPCIONAL						
10	¿Cuál es su máximo nivel de instrucción alcanzado?	4	4	4	4	—
11	Antes de su embarazo, ¿cuál era su estado civil?	3	3	3	3	—
12	Antes de su embarazo, ¿cuál era su principal actividad laboral?	4	4	4	4	—

Experto 2

13	Antes de su embarazo, ¿solía fumar habitualmente (más de un cigarro al día)?	4	4	4	4	
14	Antes de su embarazo, ¿consumía alcohol habitualmente (más de 2 veces a la semana)?	4	4	4	4	
15	Antes de su embarazo, ¿solía realizar algún tipo de actividad física de al menos 30 minutos, cinco veces a la semana? (Caminar, correr, nadar, montar bicicleta, bailar, saltos de tijeras, etc.)	4	4	4	4	
RESULTADOS DURANTE EL EMBARAZO						
16	Durante su embarazo, ¿presentó alguna de las siguientes complicaciones?	4	4	4	4	
RESULTADOS DEL PARTO						
17	¿Cuál fue su tipo de parto?	3	3	3	3	MODIFICAR DE LENGUAJE SENCILLO
18	Durante su parto, ¿presentó alguna de las siguientes complicaciones?	4	4	4	4	
RESULTADOS NEONATALES						
19	¿Cuál fue el APGAR de su bebé?	3	3	3	3	MODIFICAR DE LENGUAJE MÁS SENCILLO
20	¿Cuál fue el peso de su recién nacido?	4	4	4	4	
21	¿Su recién nacido presentó alguna de las siguientes complicaciones?	4	4	4	4	

Observaciones

Opción de aplicabilidad:

Aplicable ( ) Aplicable después de corregir (✓) No aplicable ( )

Apellidos y nombres del juez evaluador: LANDA MATURRANO BERTHA AURORA

DNI: 09654753

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DE LURIGANCHO

Obst. Bertha A. Landa Maturrano
COP. 8213 REG. ESP. 1907

Firma del Experto

Certificado de valoración global del instrumento de recolección de datos

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos presentado.

Marque con una (X) en SI o NO, de acuerdo a su opinión como experto.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento propuesto responde al problema de investigación	X		
2	Las instrucciones son claras y orientadoras para el desarrollo del instrumento.	X		
3	La estructura del instrumento es adecuada en función a la operacionalización de las variables	X		
4	Los ítems permitirán lograr el objetivo del estudio	X		
5	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	X		
6	El número de ítems es adecuado.	X		
7	Los ítems están redactados en forma clara y concisa.	X		
8	Los ítems están redactados en forma entendible a la población en estudio	X		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems	X		

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

Obst. Bertha A. Landa Maturrano
COP. 8213 REG. ESP. 1907

Firma del juez evaluado

Validación del instrumento (juicio de expertos)

"Factores de riesgo preconcepcional y resultados materno-neonatales en puérperas atendidas en un Hospital del nivel II-2 Lima, 2025"

Nº	ITEMS	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	Sugerencia
FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO PRECONCEPCIONAL						
1	¿Cuál es su edad ?	4	3	4	4	
2	¿Cuál fue su IMC pregestacional?	4	4	4	4	
FACTORES DE RIESGO MÉDICOS PRECONCEPCIONAL						
3	¿Sufre de alguna enfermedad materna crónica?	4	2	4	4	Debes enlistar y a cada uno poner si o no
FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO PRECONCEPCIONAL						
4	Número de antecedentes de abortos	4	4	4	4	
5	Número de partos vaginales previos	4	4	4	4	

Experto 3

6	Número de cesáreas previas	4	4	4	4	
7	¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su último embarazo?	4	4	4	4	4
8	Número de partos prematuros previos	4	4	4	4	4
9	Número de Recién Nacidos con un peso menos de 2500 gramos	4	4	4	4	4
FACTORES DE RIESGO SOCIAL PRECONCEPCIONAL						
10	¿Cuál es su grado de instrucción?	4	3	3	3	el máximo nivel de instrucción alcanzado
11	Antes de su embarazo, ¿cuál era su estado civil?:	4	4	4	4	
12	¿Cuál es su condición de trabajo?	4	2	4	4	Cuál es la principal actividad laboral

13	Antes de su embarazo, ¿solía fumar habitualmente (más de un cigarro al día)?	4	4	4	4	
14	¿Consumía alcohol habitualmente (más de 2 veces a la semana)?	4	2	4	4	¿Especificar antes del embarazo? ¿Y de este embarazo?
15	Antes de su embarazo, ¿solía realizar algún tipo de actividad física de al menos 30 minutos, cinco veces a la semana? (Caminar, correr, nadar, montar bicicleta, bailar, saltos de tijeras, etc.)	4	4	4	4	
RESULTADOS DURANTE EL EMBARAZO						
16	Durante su embarazo, ¿presentó alguna de las siguientes complicaciones?	4	2	4	4	igual enlistar las complicaciones y poner si o no a cada uno
RESULTADOS DEL PARTO						
17	¿Cuál fue su tipo de parto?	4	4	4	4	En este embarazo
18	Durante su parto, ¿presentó alguna de las	4	2	4	4	Redactar cada uno de

	siguientes complicaciones?					las complicaciones con opción de si o no
RESULTADOS NEONATALES						
19	¿Cuál fue el APGAR de su bebé?	4	4	4	4	
20	¿Cuál fue el peso de su recién nacido?	4	4	4	4	
21	¿Su recién nacido presentó alguna de las siguientes complicaciones?	4	2	4	4	Hay que especificar y cada uno sí o no

Observaciones: es posible que no todos los datos puedas recolectar como estudio retrospectivo si revisas las historias clínicas.
Opción de aplicabilidad:
Aplicable (x) Aplicable después de corregir () No aplicable ()
Apellidos y nombres del juez evaluador: Dra. Yuly Raquel Santos Rosales
DNI: 40387603
28/03/2025



Firma del Experto

Certificado de valoración global del instrumento de recolección de datos

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan, se le solicita dar opinión sobre el instrumento de recolección de datos presentado.

Marque con una (X) en SI o NO, de acuerdo a su opinión como experto.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento propuesto responde al problema de investigación	x		
2	Las instrucciones son claras y orientadoras para el desarrollo del instrumento.	x		
3	La estructura del instrumento es adecuada en función a la operacionalización de las variables	x		
4	Los ítems permitirán lograr el objetivo del estudio	x		
5	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	x		
6	El número de ítems es adecuado.	x		
7	Los ítems están redactados en forma clara y concisa.	x		
8	Los ítems están redactados en forma entendible a la población en estudio	x		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems	x		



Firma del juez evaluado

Validación del instrumento (juicio de expertos)

Nº	ITEMS	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	Sugerencia
FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO PRECONCEPCIONAL						
1	¿Cuántos años tenías antes de quedar embarazada?	4	4	4	4	
2	¿Cuál fue su índice de masa corporal (IMC) preconcepcional?	4	4	4	4	
FACTORES DE RIESGO MÉDICOS PRECONCEPCIONAL						
3	¿Sufre de alguna enfermedad materna crónica?	4	4	4	4	
FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO PRECONCEPCIONAL						
4	Número de antecedentes de abortos	4	4	4	4	
5	Número de partos vaginales previos	4	4	4	4	
6	Número de cesáreas previas	4	4	4	4	
7	¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su último embarazo?	4	4	4	4	
8	Número de partos prematuros previos	4	4	4	4	

Experto 4

9	Número de Recién Nacidos con un peso menos de 2500 gramos	4	4	4	4	
FACTORES DE RIESGO SOCIAL PRECONCEPCIONAL						
10	¿Cuál es su máximo nivel de instrucción alcanzado?	4	4	4	4	
11	Antes de su embarazo, ¿cuál era su estado civil?:	4	4	4	4	
12	Antes de su embarazo, ¿cuál era su principal actividad laboral?	4	4	4	4	
13	Antes de su embarazo, ¿solía fumar habitualmente (más de un cigarro al día)?	4	4	4	4	
14	¿Consumía alcohol habitualmente (más de 2 veces a la semana)?	4	4	4	4	
15	Antes de su embarazo, ¿solía realizar algún tipo de actividad física de al menos 30 minutos, cinco veces a la semana? (Caminar, correr, nadar, montar bicicleta, bailar, saltos de tijeras, etc.)	4	4	4	4	
RESULTADOS DURANTE EL EMBARAZO						
16	Durante su embarazo, ¿presentó alguna de las siguientes complicaciones?	4	4	4	4	

RESULTADOS DEL PARTO						
17	¿Cuál fue su tipo de parto?	4	4	4	4	
18	Durante su parto, ¿presentó alguna de las siguientes complicaciones?	4	4	4	4	
RESULTADOS NEONATALES						
19	¿Cuál fue el APGAR de su bebé?	4	4	4	4	
20	¿Cuál fue el peso de su recién nacido?	4	4	4	4	
21	¿Su recién nacido presentó alguna de las siguientes complicaciones?	4	4	4		

Observaciones: .....

Opción de aplicabilidad:

Aplicable (X) Aplicable después de corregir ( ) No aplicable ( )

Apellidos y nombres del juez evaluador: MORAN RODRIGUEZ, VERONICA GIANNINA

DNI: 10129081



Firma del Experto

Certificado de valoración global del instrumento de recolección de datos

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos presentado.

Marque con una (X) en SI o NO, de acuerdo a su opinión como experto.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento propuesto responde al problema de investigación	x		
2	Las instrucciones son claras y orientadoras para el desarrollo del instrumento.	x		
3	La estructura del instrumento es adecuada en función a la operacionalización de las variables	x		
4	Los ítems permitirán lograr el objetivo del estudio	x		
5	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	x		
6	El número de ítems es adecuado.	x		
7	Los ítems están redactados en forma clara y concisa.	x		
8	Los ítems están redactados en forma entendible a la población en estudio	x		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems	x		



Firma del juez evaluado

Validación del instrumento (juicio de expertos)

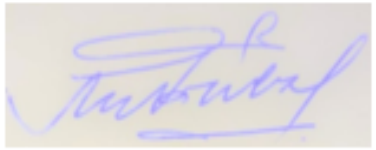
Nº	ITEMS	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	Sugerencia
FACTORES DE RIESGO BIOLÒGICO PRECONCEPCIONAL						
1	¿Cuántos años tenías antes de quedar embarazada?	4	4	4	4	
2	¿Cuál fue su índice de masa corporal (IMC) preconcepcional?	4	4	4	4	
FACTORES DE RIESGO MÈDICOS PRECONCEPCIONAL						
3	¿Sufre de alguna enfermedad materna crónica?	4	4	4	4	
FACTORES DE RIESGO OBSTÈTRICO PRECONCEPCIONAL						
4	Número de antecedentes de abortos	4	4	4	4	
5	Número de partos vaginales previos	4	4	4	4	
6	Número de cesáreas previas	4	4	4	4	

7	¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su último embarazo?	4	4	4	4	
8	Número de partos prematuros previos	4	4	4	4	
9	Número de Recién Nacidos con un peso menos de 2500 gramos	4	4	4	4	
FACTORES DE RIESGO SOCIAL PRECONCEPCIONAL						
10	¿Cuál es su máximo nivel de instrucción alcanzado?	4	4	4	4	
11	Antes de su embarazo, ¿cuál era su estado civil?	4	4	4	4	
12	Antes de su embarazo, ¿cuál era su principal actividad laboral?	4	4	4	4	
13	Antes de su embarazo, ¿solía fumar habitualmente (más de un cigarro al día)?	4	4	4	4	
14	Antes de su embarazo, ¿consumía alcohol habitualmente (más de 2 veces a la semana)?	4	4	4	4	

15	Antes de su embarazo, ¿solía realizar algún tipo de actividad física de al menos 30 minutos, cinco veces a la semana? (Caminar, correr, nadar, montar bicicleta, bailar, saltos de tijeras, etc.)	4	4	4	4	
RESULTADOS DURANTE EL EMBARAZO						
16	Durante su embarazo, ¿presentó alguna de las siguientes complicaciones?	4	4	4	44	
RESULTADOS DEL PARTO						
17	¿Cuál fue su tipo de parto?	4	4	4	4	
18	Durante su parto, ¿presentó alguna de las siguientes complicaciones?	4	4	4	4	
RESULTADOS NEONATALES						
19	¿Cuál fue el APGAR de su bebé?	4	4	4	4	
20	¿Cuál fue el peso de su recién nacido?	4	4	4	4	

21	¿Su recién nacido presentó alguna de las siguientes complicaciones?	4	4	4	4	

Observaciones
Opción de aplicabilidad:
Aplicable (x) Aplicable después de corregir ( ) No aplicable ( )
Apellidos y nombres del juez evaluador: Ordóñez Ferro María del Pilar
DNI: 25669525



Firma del Experto

Certificado de valoración global del instrumento de recolección de datos

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos presentado.

Marque con una (X) en SI o NO, de acuerdo a su opinión como experto

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento propuesto responde al problema de investigación	x		
2	Las instrucciones son claras y orientadoras para el desarrollo del instrumento.	x		
3	La estructura del instrumento es adecuada en función a la operacionalización de las variables	x		
4	Los ítems permitirán lograr el objetivo del estudio	x		
5	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	x		
6	El número de ítems es adecuado.	x		
7	Los ítems están redactados en forma clara y concisa.	x		
8	Los ítems están redactados en forma entendible a la población en estudio	x		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems	x		



Firma del juez evaluado

Anexo 5: Validez de contenido del instrumento (V de Aiken)

V de Aiken

La validez de contenido fue determinada mediante juicio de cinco expertos, quienes evaluaron los 21 ítems del instrumento en los criterios de relevancia, representatividad y claridad. Se calculó el coeficiente V de Aiken para cada ítem y criterio, obteniéndose valores entre 0,867 y 1,000, con un valor global de 0,977. Todos los ítems superaron el punto de corte de 0,80, por lo que la validez de contenido resultó adecuada y el instrumento pudo ser utilizado en el estudio.

Tabla A5.1. Resultados consolidados de la evaluación de los ítems por jueces expertos en los criterios de relevancia, representatividad y claridad

ITEM	Criterio	Media	DE	V de Aiken	Interpretación V	Inferior	Superior
	Relevancia	3.8	0.447	0.933	VALIDO	0.702	0.988
	Representatividad	3.8	0.447	0.933	VALIDO	0.702	0.988
Item1	Claridad	3.8	0.447	0.933	VALIDO	0.702	0.988
	Relevancia	3.6	0.894	0.867	VALIDO	0.621	0.963
	Representatividad	3.6	0.894	0.867	VALIDO	0.621	0.963
Item2	Claridad	3.6	0.894	0.867	VALIDO	0.621	0.963
	Relevancia	3.8	0.447	0.933	VALIDO	0.702	0.988
	Representatividad	3.8	0.447	0.933	VALIDO	0.702	0.988
Item3	Claridad	3.8	0.447	0.933	VALIDO	0.702	0.988
	Relevancia	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Representatividad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
Item4	Claridad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Relevancia	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Representatividad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
Item5	Claridad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Relevancia	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Representatividad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
Item6	Claridad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Relevancia	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Representatividad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
Item7	Claridad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Relevancia	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Representatividad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
Item8	Claridad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Relevancia	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Representatividad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
Item9	Claridad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000

	Relevancia	3.8	0.447	0.933	VALIDO	0.702	0.988
	Representatividad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
Item10	Claridad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Relevancia	3.8	0.447	0.933	VALIDO	0.702	0.988
	Representatividad	3.8	0.447	0.933	VALIDO	0.702	0.988
Item11	Claridad	3.8	0.447	0.933	VALIDO	0.702	0.988
	Relevancia	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Representatividad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
Item12	Claridad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Relevancia	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Representatividad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
Item13	Claridad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Relevancia	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Representatividad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
Item14	Claridad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Relevancia	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Representatividad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
Item15	Claridad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Relevancia	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Representatividad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
Item16	Claridad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Relevancia	3.8	0.447	0.933	VALIDO	0.702	0.988
	Representatividad	3.8	0.447	0.933	VALIDO	0.702	0.988
Item17	Claridad	3.8	0.447	0.933	VALIDO	0.702	0.988
	Relevancia	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Representatividad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
Item18	Claridad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Relevancia	3.8	0.447	0.933	VALIDO	0.702	0.988
	Representatividad	3.8	0.447	0.933	VALIDO	0.702	0.988
Item19	Claridad	3.8	0.447	0.933	VALIDO	0.702	0.988
	Relevancia	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Representatividad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
Item20	Claridad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Relevancia	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
	Representatividad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000
Item21	Claridad	4	0.000	1.000	VALIDO	0.796	1.000

Anexo 6: Resolución decanal

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE MEDICINA
DECANATO

Visto el expediente digital N° F01B2-20240000384, de fecha 26 de diciembre de 2024 de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de tesis.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Decanal N° 002373-2023-D-FM/UNMSM de fecha 19 de junio de 2023 ratificada con Resolución Rectoral N° 003396-2024 de fecha 04 de marzo del 2004 se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su Capítulo V. DE LA PLANIFICACION, Art. 8: establece que: "La tesis (T) podrá ser individual o grupal (máximo tres), compartiéndose las responsabilidades de la elaboración." así mismo, en su Capítulo VI: Del Asesoramiento aprobación e inscripción del proyecto de tesis: Art. 23 establece que: "Con la aprobación del proyecto por parte del Comité de Investigación correspondiente y, de un Comité de Ética en Investigación, la Dirección de la EP solicitara al Vicedecanato Académico la Resolución Decanal de la aprobación del proyecto, y el tesista podrá iniciar la ejecución de su proyecto de tesis;

Que, mediante Oficio N°000437-2024-EPO-FM/UNMSM, la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, informa que los Proyecto de Tesis que figura en la propuesta cuenta con opinión favorable del Comité de Investigación de la citada Escuela para su ejecución; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220;

SE RESUELVE:

1°Aprobar los Proyectos de Tesis, según detalle:

Nº	AUTORES	CODIGO	ASESOR	TITULO
1.	Antuanneth Viviana, Cordova Quispe	21010253	Dra. Mirian Teresa Solís Rojas código N° 090352 **CO ASESORA:** Mg. Estefania Sachenka, Lecca Sánchez	Factores de riesgo asociados al síndrome de flujo vaginal en gestantes de un Centro Materno Infantil. Lima, 2025.
2	Calderon Yalle Brigitte Alexandra	21010281	Dra. Giovanna Gladys Pante Salas código N° 0A2234	Factores asociados a riesgo preconcepcional en gestantes del hospital San Juan de Lurigancho, 2025.

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://spsgd.unmsm.edu.pe/verifica/inicio.do** e ingresando el siguiente código de verificación: **BYNMUMC**

3	Morante Bances Leydi Jazmin	21010198	Ir. Emilio Oswaldo Vega Gonzales código N° 0A9089 **CO ASESORA:** Dra. Alhuay Puca PauliaEmiliana	Influencia de un programa con arteterapia en la autoeficacia de la lactancia materna exclusiva en gestantes del Centro Materno Infantil Magdalena, Lima 2025
4	Isabell Adriana Estela Melendez	21010242	Ir. Emilio Oswaldo Vega Gonzales código N° 0A9089 **CO ASESORA:** Mg. Estefania Sachenka, Lecca Sánchez	Adicción a redes sociales y conductas sexuales de riesgo en línea en adolescentes de una institución educativa de lima metropolitana, 2025
5	De La Cruz Berrocal, Kathia Rocio	21010200	ra. Mirian Teresa Solís Rojas código N° 090352 **CO ASESORA:** Obst.Palacios Alva Celia Ysabel	Factores de riesgo preconcepcional y resultados materno- neonatales en puérperas atendidas en un hospital Del Nivel II-2. Lima, 2025.
6	Maria de los Angeles Kytana Mayta Inga	20010403	ra. Emma Felicia Salazar Salvatierra código N° 06346E	Relación entre características del síndrome de flujo vaginal y actitudes de gestantes que acuden a un Hospital en Perú, 2024

2° Encargar a la Escuela Profesional de Obstetricia el cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese, archívese.

DRA. ALICIA J. FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. DE PELLA
VICEDECANA ACADÉMICA

DR. LUIS ENRIQUE PODESTA GAVILANO
DECANO (e)

rmmb

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://spsgd.unmsm.edu.pe/verifica/inicio.do** e ingresando el siguiente código de verificación: **BYNMUMC**

Resolución Decanal N.° 003478-2026-D-FM/UNMSM, de fecha 11 de agosto de 2026, que amplía la vigencia del proyecto de tesis aprobado mediante Resolución Decanal N.° 000007-2025-D-FM/UNMSM.

Firmado digitalmente por DEL CARMEN SARA Jose Carlos FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11.08.2026 13:52:55 -05:00

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE MEDICINA
DECANATO

Lima, 11 de Agosto del 2026

RESOLUCIÓN DECANAL N° 003478-2026-D-FM/UNMSM

Visto el expediente digital Nº F01B2-20260000125, de fecha 27 de julio de 2026 de la Facultad de Medicina, sobre ampliación de vigencia de Proyectos de Tesis.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Decanal N° 002373-2023-D-FM/UNMSM de fecha 19 de junio de 2023 ratificada con Resolución Rectoral N° 003396-2024 de fecha 04 de marzo del 2024 se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su Capítulo X. VIGENCIA DEL PROYECTO DE TESIS, Art. 42: establece que: "Una vez aprobado el proyecto de tesis, este tendrá vigencia de un año calendario para su ejecución. Si después de transcurrido este tiempo, no ha sido presentado el informe final, el proyecto de tesis se anula de oficio. Cuando amerite el caso, se puede solicitar por única vez una ampliación del plazo, a solicitud del tesista y Asesor; esta extensión no será mayor de 6 meses.";

Que, mediante Oficio N°000227-2026-EPO-FM/UNMSM, la directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, solicita ampliación de vigencia del proyecto de tesis de la tesista De La Cruz Berrocal, Kathia Rocio con código 21010200 estudiante de la mencionada escuela, acogiéndose a la Resolución Rectoral N° 003396-2024-R/UNMSM (aprobación de Reglamento para la elaboración de tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas al Señor Decano por la Ley Universitaria N° 30220;

SE RESUELVE:

1° **Ampliar los plazos de vigencia de la Resolución Decanal N° 000007-2025-D-FM/UNMSM de fecha 02 de enero de 2025, según detalle:**

Nº	AUTOR	CODIGO	ASESOR	TITULO
5	De La Cruz Berrocal, Kathia Rocio	21010200	Dra. Mirian Teresa Solís Rojas código N° 090352 CO ASESORA: Obst.Palacios Alva Celia Ysabel	Factores de riesgo preconcepcional y resultados materno- neonatales en puérperas atendidas en un hospital Del Nivel II-2. Lima, 2025.

2º Encargar a la Escuela Profesional de Obstetricia el cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese, archívese.

Dr. ROLANDO VÁSQUEZ ALVA
VICEDECANO ACADÉMICO

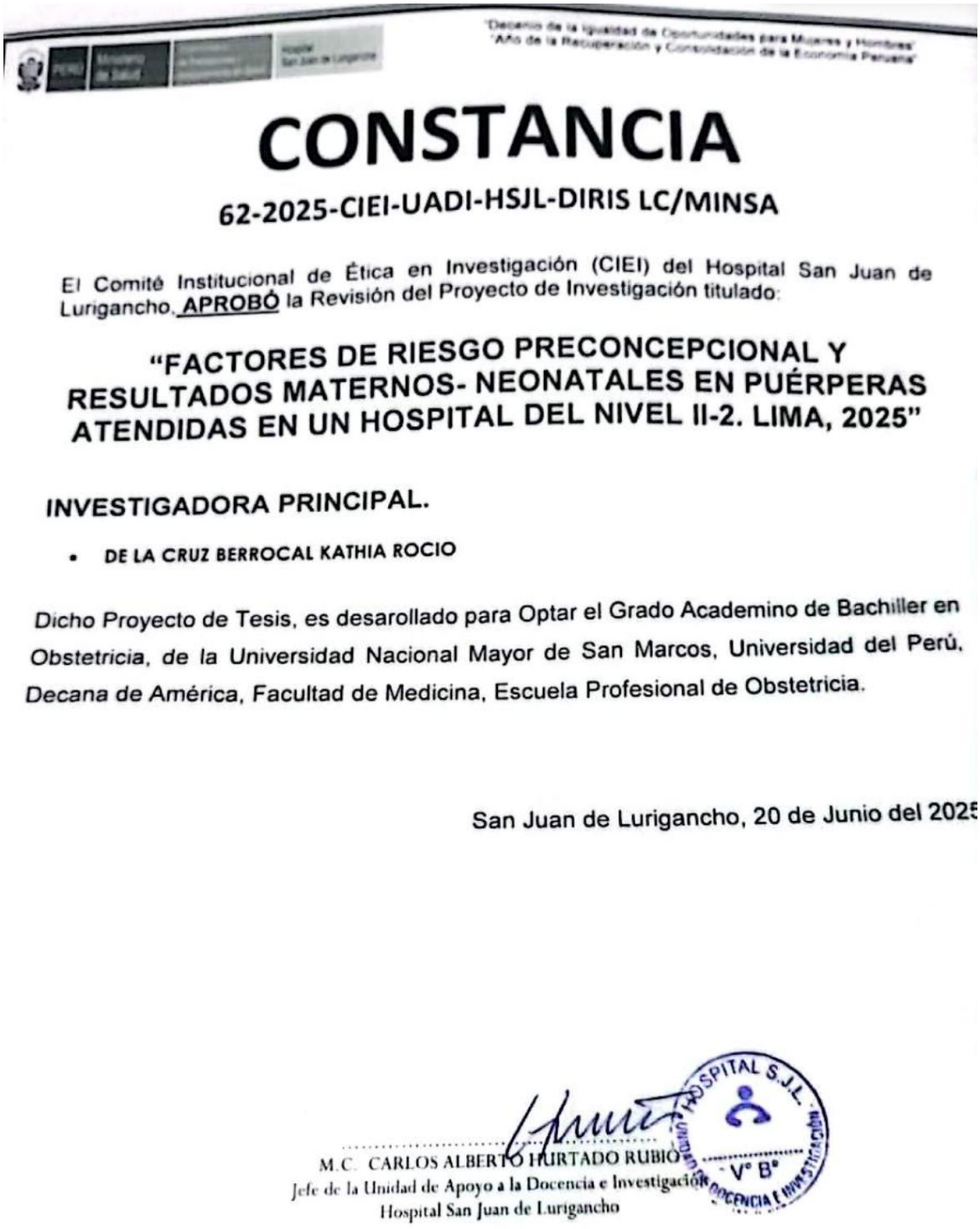
Dr. JOSÉ CARLOS DEL CARMEN SARA
DECANO

IDS/mmb

Firmado digitalmente por VASQUEZ ALVA Rolando FAU 20148092282 soft
Motivo: Doy V° B°
Fecha: 11.08.2026 13:45:08 -05:00

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://spsgd.unmsm.edu.pe/verifica/inicio.do** e ingresando el siguiente código de verificación: **PVEKYVF**

Anexo 7: Comité de ética



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

CONSTANCIA

62-2025-CIEI-UADI-HSJL-DIRIS LC/MINSA

El Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital San Juan de Lurigancho, **APROBÓ** la Revisión del Proyecto de Investigación titulado:

"FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL Y RESULTADOS MATERNOS- NEONATALES EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DEL NIVEL II-2. LIMA, 2025"

INVESTIGADORA PRINCIPAL.

- **DE LA CRUZ BERROCAL KATHIA ROCIO**

Dicho Proyecto de Tesis, es desarollado para Optar el Grado Academino de Bachiller en Obstetricia, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad del Perú, Decana de América, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia.

San Juan de Lurigancho, 20 de Junio del 2025

M.C. CARLOS ALBERTO HURTADO RUBIO
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital San Juan de Lurigancho

HOSPITAL S.J.L. UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN V° B°