



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**Influencia de la paridad materna en el peso del recién nacido a término
en el hospital II-1 Chulucanas “Manuel Javier Nomberto”. Piura – 2019**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano**

AUTOR(ES):

Br. José Gabriel Castillo Floriano (ORCID:0000-0001-7383-3263)

Br. José Luciano Pazo Antón (ORCID:0000-0001-8375-4390)

ASESOR:

Dr. Michael Vite Castillo (ORCID: 000-0002-5512-0646)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud Perinatal

PIURA – PERÚ

2019

DEDICATORIA:

El presente trabajo está dedicado a mis padres, ya que fueron esencial en mi formación profesional a mis hermanos que siempre estuvieron apoyándome en todo momento y circunstancia.

Los autores

AGRADECIMIENTO

A todos los médicos por brindarme las enseñanzas que me impartieron día a día en esta hermosa profesión que la ejerceré con mucho amor.

Los autores.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	I
Página de jurado	Ii
Declaratoria de autenticidad	Iii
Dedicatoria	Iv
Agradecimiento	V
Índice de contenidos	Vi
Índice de tablas	Vii
Índice de gráficos	Viii
Resumen	Ix
Abstract	X
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	9
3.1. Tipo y diseño de investigación	9
3.2. Variables y operacionalización	9
3.3. Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis	10
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	12
3.5. Procedimientos	12
3.6. Método de análisis de datos	12
3.7. Aspectos éticos	13
IV. RESULTADOS	14
V. DISCUSIÓN	19
VI. CONCLUSIONES	21
VII. RECOMENDACIONES	22
REFERENCIAS	23
ANEXOS	26

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1. Peso promedio de los recién nacidos según paridad. Hospital II-1 Chulucanas. Piura 2019	14
TABLA N 2. Distribución según la edad materna de los recién nacidos. Hospital II- 1 Chulucanas. Piura 2019	15
TABLA N° 3 Distribución de las madres según nivel de instrucción. Hospital II – 1 Chulucanas Piura 2019.	16
TABLA N° 4, Edad gestacional de las madres. Hospital II- 1 Chulucanas 2019	17
TABLA N° 5, Diferencias de peso según sexo del recién nacidos hospital II- 1 Chulucanas. Piura 2019	18
TABLA N° 6, Correlaciones entre paridad materna y peso del recién nacido Hospital II- 1 Chulucanas. Piura 2019	18

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1. Distribución según la edad materna de los recién nacidos. Hospital II- 1 Chulucanas. Piura 2019	15
GRÁFICO N° 2 Distribución de las madres según nivel de instrucción. Hospital II – 1 Chulucanas Piura 2019.	16
GRÁFICO N° 3 Edad gestacional de las madres. Hospital II- 1 Chulucanas 2019	17

Resumen

El bajo peso al nacer, así como el recién nacido macrosómico se consideran un problema de salud público mundial y afecta el parto y la mortalidad infantil. Según el INEI, la tasa de natalidad en 2016 fue de 628,259 a nivel nacional, y Piura es la segunda más grande después de Lima, con 40,4151 nacimientos. Depende de la cantidad de nacimientos en nuestra área y de la importancia de leer si existen efectos secundarios relacionados con el peso para los recién nacidos o los nacimientos múltiples.

Objetivo: Determinar la influencia de la paridad materna en el peso del recién nacido a término en el Hospital II-1 Chulucanas-Manuel Javier Nomberto 2019

Metodología: Es un estudio básico, descriptivo, retrospectivo y transversal. El diseño es un estudio no experimental descriptivo simple, observacional, limitado a valorar la realidad con una ficha de recolección de datos, sin manipular las variables. Para la cual se contó con una muestra de 196 historias clínicas de recién nacidos el cual realizó un muestreo probabilístico, aleatorio simple de la población que cumpla con los criterios de inclusión.

Resultados: En general, se confirmó el efecto del valor materno en los lactantes de peso completo y se obtuvo una correlación positiva $r = 0,122$ lo que significa que a mayor número de hijos (paridad) es más probable tener otro hijo con más peso.

Conclusiones: Se estableció que el promedio del peso del recién nacido según la paridad de la madre fue de 2050 gr., mientras que la edad materna predominante fue de 18 a 23 años, el grado de instrucción fue de secundarias

Palabras claves: Lactantes, mortalidad, Chulucanas

ABSTRACT

Low birth weight as well as the macrosomic newborn are considered a global public health problem and affect childbirth and infant mortality. According to the INEI, the birth rate in 2016 was 628,259 nationwide, and Piura is the second largest after Lima, with 40,4151 births. It depends on the number of births in our area and the importance of reading for weight-related side effects for newborns or multiple births.

Objective: To determine the influence of maternal parity on the weight of the term newborn in Hospital II-1 Chulucanas-Manuel Javier Nomberto 2019

Methodology: It is a basic, descriptive, retrospective and cross-sectional study. The design is a simple, observational descriptive non-experimental study, limited to assessing reality with a data collection sheet, without manipulating the variables. For which there was a sample of 196 medical records of newborns which carried out a probabilistic, simple random sampling of the population that meets the inclusion criteria.

Results: In general, the effect of the maternal value in full-weight infants was confirmed and a positive correlation $r = 0.122$ was obtained, which means that the higher the number of children (parity) it is more likely to have another child with greater weight.

Conclusions: It was established that the average newborn weight according to the mother's parity was 2050 grams, while the predominant maternal age was 18 to 23 years, the degree of education was secondary

Keywords: Infants, mortality, Chulucanas

I. INTRODUCCIÓN

El acomodo del neonato al vivir fuera del útero materno, trae consigo disímiles canjes metabólicos y fisiológicos, uno de estos cambios es el detrimento del peso, en promedio 7% según diversas investigaciones, al tercer día se frecuente perder más peso evidenciándose en el decremento del peso.

Debido a esta pérdida de peso, provoca la confirmación del motivo. Varios estudios que sugieren que estos factores pueden dar a luz y que las madres pueden afectar la pérdida de peso examinan otros factores en este estudio, como sus efectos sobre el peso al nacer.

En algunos estudios existen varios factores asociados a la pérdida de peso infantil: complicaciones y cambios en la lactancia materna, mujeres embarazadas, aumento de la pérdida de peso en las primeras 24 horas por cesárea > 4.5%, estos tienden a tener un alto riesgo. La alimentación con fórmulas infantiles especiales resultó en una pérdida de peso del 3,1% en comparación con el uso de leche materna especial, pero en los días siguientes se observó una pérdida de peso superior al 10%. El estudio consideró muchos factores asociados con la pérdida excesiva de peso en los bebés, pero estos variaron de una población a otra.

Según la realidad del problema, la ciudad de Piura se ubica en la provincia de Piura y tiene una población de 1.844.129 habitantes. En nuestra población general siempre estamos asociados con datos uterinos (IMC), hipertensión, preeclampsia y afecta el peso corporal, como si no se estuvieran preparando para un embarazo similar al embarazo. No se ha identificado el motivo de los asesinatos.^{2,3}

Los cambios en el peso infantil, como el bajo peso al nacer y la mortalidad gigante, son factores de riesgo bien conocidos de morbilidad y mortalidad que conducen a la mortalidad infantil. El bajo peso al nacer (BPN) se considera un problema de salud pública mundial y afecta el parto y la mortalidad infantil. Entre los factores asociados al BPN, se observaron características antropométricas, nutricionales, sociales y maternas. Antecedentes de nacimiento y afecciones médicas relacionadas con el trabajo de parto y el parto, incluidas las malformaciones fetales 4. Los resultados del

BPN no se limitan a los nacimientos directos o intermedios, pero el retraso en el desarrollo continúa hasta la edad adulta e incluso puede aparecer en la descendencia. Con el aumento de la edad, el bajo peso al nacer fue la condición predecible, más asociada con la muerte de dos personas. LBa LBan LBW es un grupo diverso de personas del grupo de edad con bajo peso a largo plazo, bajo peso al nacer, mujeres embarazadas y productos para el embarazo múltiple. Cada uno tiene diferente cognición, cambio de vida, futuro, enfermedad y mortalidad 5.

Según el INEI, la tasa de natalidad en 2016 fue de 628,259 a nivel nacional, y Piura es la segunda más grande después de Lima, con 40,4151 nacimientos. Depende de la cantidad de nacimientos en nuestra área y de la importancia de leer si existen efectos secundarios relacionados con el peso para los recién nacidos o los nacimientos múltiples. Porque es muy importante tener información sobre la prevalencia del peso al nacer o la obesidad. ⁶.

Se formula la siguiente pregunta: ¿Cómo Influye la paridad materna en el peso del recién nacido a término en el Hospital II-1 Chulucanas “Manuel Javier Nomberto” 2019?

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud lo ha confirmado porque a menudo se le llama bajo peso al nacer (BPN) debido al bajo peso al nacer de los bebés y niños menores de un año. La carga de que las madres no tomen las medidas necesarias para aumentar de peso correctamente porque la mayoría son primarias. Este problema se produce debido a la anemia, la desnutrición y, por tanto, al desarrollo fetal. su bebé por enfermedades y problemas de salud. Esto puede variar desde un desarrollo corporal lento hasta un retraso mental severo.

Los bebés con bajo peso al nacer suelen ser complicados. Es posible que tenga problemas con su dieta, respiración y enfermedad. Debido a la falta de grasa corporal, se debe tener mucho cuidado para mantener la temperatura corporal. En general, el bajo peso al nacer, mayor riesgo de complicaciones para el bebé. En general, cuanto menos luz tenga su bebé, mayor será el riesgo de complicaciones.

También es importante mencionar que los malos hábitos maternos y la edad de la misma influyen directamente en esta situación con gran impacto socioeconómico.

Las percepciones de las madres en Perú han cambiado significativamente en las últimas décadas, con un aumento constante en el número de madres que dieron a luz en el pasado, el número de intervenciones en el útero y partos especiales. el número de mujeres mayores. En este contexto, determinar y comparar el peso de los niños según la imparcialidad ayuda a obtener una evaluación completa del impacto de estos factores en el trabajo y los resultados en nuestra comunidad.

Este Trabajo nos permitirá plantearnos planes regionales para realizar acciones que atenúen esta problemática desde el punto de la perspectiva primípara-multípara-gran múltipara y peso del recién nacido ⁷.

El objetivo general de este estudio pretende determinar la influencia de la paridad materna en el peso del recién nacido a término en el Hospital II-1 Chulucanas-Manuel Javier Nomberto 2019. En particular, es apropiado evaluar el peso medio al nacer de los lactantes desde la perspectiva de los embarazos primíparos múltiples y partos múltiples. Determine la edad promedio del recién nacido. Identificar el nivel educativo de la madre. Esto determina los casos más comunes de embarazo durante la pubertad. Determine si hay una diferencia en el peso al nacer y el sexo.

II. MARCO TEÓRICO

Internacionales

Chinga B. 2018. Ecuador. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en una muestra de 129 adolescentes embarazadas para evaluar la relación entre el bajo peso materno y el peso infantil al nacer. Se ha encontrado que existe una relación entre el peso del cuerpo del bebé y el de la madre, y que cuanto menor es el peso y la edad de la madre, menor es el peso del bebé. Además, R.N. El peso promedio provino de madres de 17 a 19 años (55%). 43% de R.N. Pesa entre 1.700 gramos y 2.399 gramos. En cuanto a la discriminación, encontramos que el 75% de las pacientes tratadas dieron a luz por primera vez. Por lo tanto, la nutrición antes y después del embarazo es importante para la salud y la vida tanto de los bebés como de las madres. ⁸.

Noa M, et al. 2017. Cuba. De 2015 a 2016 realizaron un estudio comparativo mostrando la prevalencia de bajo peso al nacer y la percepción del área de salud "Omar Lanedo Pubilones" en Guantánamo. El espacio incluye a todas las mujeres embarazadas en este momento y el resultado final es una tasa de natalidad más baja. Factores como la edad de nacimiento, la obesidad moderada, la pérdida de peso y las diferencias de opinión afectan directamente la apariencia de los bebés prematuros. ⁹.

Nacionales

Acuña M. 2017. Andahuaylas. Se realizó un estudio aleatorizado, controlado y departamental del BPN en el Hospital Ugopetche para identificar factores de riesgo para mujeres embarazadas en R.N Population R.N. Contiene 52 historias clínicas de mujeres embarazadas. La edad promedio de las mujeres embarazadas y NPB fue de 27.23 años, el peso corporal promedio antes del embarazo fue de 53.24, el peso promedio de la madre fue de 8.81 kg, el 46.2% fue sangre menstrual durante 2 años, el 7.7% fue un aborto previo, el 11.5%. Se observa como ejemplo. Entre las complicaciones del B.P.N. y RN materna, 19.2% H.I.E, 34.6% R.P.M, 21.2% I.T.U., 7.7% infecciones vaginales y 48.1% anemia se observaron durante el embarazo. Se concluyó que los factores de riesgo para gestantes de 13 y 49 años superaron la finca y semilla, peso menor a 5 kilogramos y altura menor a 140 cm. Factores de riesgo de nacimiento: conmoción cerebral primípara y de corta duración ¹⁰

Caballero J. 2015. Lima. Información, revisión, corte transversal, de enero a diciembre de 2014, para identificar los factores sociales, socioeconómicos y de riesgo asociados a la infertilidad en el Hospital San Juan del Rigancho. Se realizó un análisis estadístico. Nacimiento e infertilidad. Los resultados mostraron que el 58,4% de las mujeres casadas y el 77,5% de las amas de casa. El 80,9% tenía una graduación de la escuela secundaria, el 50% tenía entre 20 y 34 años, el 64% tenía cierta prevalencia de obesidad antes del embarazo y el 43,9% tenía un período de parto corto. El 25,7% tiene bajo peso al nacer y el 20% tiene antecedentes de bajo peso al nacer. El 66,3% nació primero. En cuanto al IMC antes del embarazo, el 65,2% había retrasado el inicio del embarazo, el 38,2% había tenido menos de 6 partos, el 43,8% había ganado peso y el 29,2% tenía anemia. Finalmente, los factores de riesgo para el parto son bajo peso al nacer, primíparas, inicio tardío del embarazo, menos de 6 cuidados prenatales y antecedentes de salud pediátrica de parto prematuro y bajo peso corporal por anemia.

11

Alván V. 2015. Iquitos. De enero a diciembre de 2014, en el Servicio de Neonatología del Hospital Iquitos Cesar Galair García de Loreto, para identificar factores relacionados con la infertilidad durante la infancia (socioeconómicos, biológicos, reproductivos) No pruebas, comparación, revisión y sección distrital. Se han realizado estudios. Aquí, se estima que 150 mujeres embarazadas han tenido partos a largo plazo. Entre los resultados del estudio, los factores biológicos incluyeron edad materna entre 19 y 34 años (61,33%), peso corporal de 50 kg o más antes del embarazo, aumento de 6 a 16 durante el embarazo y altura de 1,50 metros o más. En cuanto a nacimientos y embarazos, el BPN informó nacimiento temprano (52,67%), gestación a corto plazo (36,62%), aborto previo (24,67%) e historia infantil (6, 67%). Los dos últimos ítems son el porcentaje más bajo de todos los ítems estudiados. La diabetes mellitus (38%) y la hipertensión durante el embarazo (17%) mostraron la mayor proporción de grupos clínicos presentados por la madre durante el embarazo. En cuanto a los factores socioeconómicos que presenta el BPN, la mayoría de ellos tienen un estado de convivencia (77%), es decir, nivel de educación secundaria superior (61,33%) y riesgo. Condición (12%)¹².

Según el marco fisiológico del estudio, el desarrollo fetal y los resultados reproductivos están estrechamente asociados con la salud y la esperanza de vida del

feto, el retraso en el desarrollo y el riesgo de deterioro cognitivo, supervivencia y enfermedad cardíaca posterior. La tasa de natalidad y la edad gestacional son indicadores clave del parto que apoyan la relación entre los niveles fetal y prenatal. Esto se debe a que ambas variables (es decir, defectos de nacimiento y / o parto prematuro) están asociadas con el sistema genético. Factores hormonales y biológicos que afectan la salud del mundo. Círculo de la vida.

La tabla de hora y peso al nacer se puede utilizar para estimar la prevalencia de bajo peso al nacer con un peso al nacer de menos del 10 por ciento del peso al nacer. Sin embargo, el mapa de desarrollo fetal desarrollado para poblaciones específicas es adecuado para evaluar el desarrollo en diferentes poblaciones, ya que existen diferencias clínicas significativas en la importancia del peso al nacer y el valor del 11%. Y un método de investigación. Por tanto, es importante diferenciar entre desarrollo cognitivo y desarrollo cognitivo. Los patrones de comparación muestran el crecimiento de muchos bebés durante un período de tiempo y las curvas estándar muestran cómo los bebés crecen de manera saludable. Por tanto, el crecimiento es una regla¹². Las tasas de natalidad son uno de los cambios más simples e incomprensibles de la epidemia, con la amenaza de muerte en el primer año y, en menor medida, problemas de desarrollo infantil y diversas enfermedades infantiles.¹¹ Los análisis epidemiológicos a menudo consideran el peso al nacer como la vía causal para estos resultados de salud.

La paridad es un predictor bien conocido del peso al nacer, y los bebés nacidos de mujeres con discapacidad intelectual tienen un peso más bajo al nacer y una mayor proporción de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).¹³ Al mismo tiempo, el rápido aumento de los partos prematuros (CS) durante las últimas 37 semanas se asocia con un aumento de la mortalidad infantil en los países en desarrollo.^{14,15} La paridad como factor de prejuicio es importante, y se demostró que el peso del primer hijo era más liviano que el del niño que lo siguió. De manera similar, el retraso del crecimiento intrauterino en hombres caucásicos promedió 100 g de peso corporal después de 38 semanas de amenorrea. Hay menos defectos de nacimiento en los bebés nacidos de madres en segunda etapa⁹. Se observó que el peso promedio del producto aumentó del segundo al quinto niño y disminuyó del sexto niño. Existe un gran debate sobre el

impacto de la autorregulación en la carga futura de los niños. La pérdida de peso promedio de un bebé a partir del día 5 puede deberse a un estado socioeconómico negativo más que a un equilibrio. Por otro lado, se sabe que las mujeres sensibles tienen más probabilidades de desarrollar adicción, una enfermedad que confirma la prevalencia de niños con sobrepeso. Por el contrario, la diabetes asociada con foets más pesados es más común en muchas mujeres. ¹⁶.

El crecimiento abdominal, medido por el peso, la altura y la circunferencia, es una medida de la salud humana y refleja la salud y la madurez del feto. El desarrollo fetal intrauterino implica la captación de moléculas simples en células complejas. Esto ocurre al mismo tiempo que la diferenciación celular, lo que resulta en la formación de órganos y tejidos con funciones complejas e interrelacionadas. Se desconoce la estructura exacta, pero puede cambiar por varias razones. El 60% de la diferencia de peso al nacer puede deberse al crecimiento fetal. ¹⁷. El desarrollo uterino puede afectar la dieta, los antecedentes de nacimiento, el peso, la altura y los hábitos (tabaco, alcohol, drogas). Peso durante el embarazo, sexo fetal, distancia al nacer, sistema reproductivo y edad de nacimiento.

Sobre la base de estos supuestos de razones, se utilizó el peso al nacer para describir la mortalidad infantil y la morbilidad subsiguiente, y se utilizó como el criterio de valoración medio de la salud. El uso principal del peso al nacer es proporcionar una estimación del número de nacimientos prematuros en la población (aunque esto también requiere métodos de investigación especiales). Aunque no existe una proximidad con el peso al nacer, la relación entre el peso al nacer y los diferentes resultados de salud sugiere el funcionamiento de mecanismos biológicos que afectan la salud humana. Hay una posibilidad. ¹⁸

El principal atractivo para los pediatras son los bebés con problemas de crecimiento. En teoría, estos bebés pueden tener un mayor riesgo de enfermedad cardíaca y tener 13 años. No faltan pruebas de rutina, porque los sujetos de la mayoría de los implantes cocleares de bajo peso al nacer aún no han crecido y porque indican un alto riesgo de ataque cardíaco. Además, algunos de estos bebés nacen prematuramente. Numerosos estudios sugieren que un aumento en la edad del parto

está asociado con la salud de los adultos, no durante el embarazo, pero pocos tienen la capacidad de investigar el impacto humano.¹⁹

Investigaciones recientes se han centrado en la medida en que el crecimiento postnatal puede modificar o aumentar los riesgos establecidos en el útero. Tanto el crecimiento infantil deficiente como el aumento de peso excesivo en la infancia parecen estar asociados con un mayor riesgo cardiovascular²⁰.

III. METODO

3.1. Tipo y diseño de investigación

Es un estudio básico, descriptivo, retrospectivo y transversal. El diseño es un estudio no experimental descriptivo simple, observacional, limitado a valorar la realidad con una ficha de recolección de datos, sin manipular las variables.

3.2. Variables y Operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
Paridad materna	Numero de gestaciones que han llegado a culminar en parto.	Numero de gestaciones con parto a término, de participantes.	Primípara Multípara Gran Multípara	Cualitativa nominal
Peso del recién nacido	Peso en gramos al momento del nacimiento	Peso en gramos del neonato del estudio	Gramos	Cuantitativa continua
Edad materna	Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento hasta el último parto de la madre gestante.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha, según historia clínica	Años registrados	Cuantitativa discreta
Grado de instrucción	Nivel máximo de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta, si se han terminado o definitivamente incompletos, dentro del sistema educativo.	Nivel máximo de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta, si se han terminado o definitivamente incompletos, dentro del sistema educativo. Según dato en historia clínica.	Analfabeto Primaria Secundaria Técnico Superior universitari o	Cuantitativa continua
Edad gestacional	Tiempo cronológico transcurrido desde la concepción hasta la fecha de parto.	Tiempo desde concepción hasta la fecha de parto, según fecha de ultima regla	37 38 39 40 41	Cualitativa ordinal.

Sexo del recién nacido	Características fenotípicas que diferencian al macho de la hembra de la especie humana	Características fenotípicas que diferencian al macho de la hembra de la especie humana para este estudio.	masculino femenino	Cualitativa nominal
-------------------------------	--	---	-----------------------	---------------------

3.1. Población, muestra y muestreo

Población

La población de estudio estuvo conformada por las historias clínicas de todos los recién nacidos a término, cuyo parto fue atendido en el Hospital II-1 Chulucanas-Manuel Javier Nomberto, entre enero y diciembre del 2019.

Muestra

Tamaño de la muestra. Para el cálculo del tamaño de la muestra se hizo uso de la siguiente fórmula donde no se tiene marco muestral

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 * S^2}{d^2}$$

Donde:

Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0.050
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2 =$	0.975
Z de (1- $\alpha/2$)	$Z (1 - \alpha/2)^2 =$	1.960
Desviación estándar	$S =$	2.600
Varianza	$S^2 =$	6.760
Precisión	$d =$	0.260

Aplicando la fórmula resulta:

$$n = \frac{1.96 * 6.760}{0.260^2}$$

Tamaño de la muestra $n = 196$

Tipo de muestreo. Se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio simple de la población que cumpla con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

1. Historia clínica de todo recién nacido a término durante el período de estudio en el Hospital II-1 Chulucanas-Manuel Javier Nomberto 2019.
2. Historia clínica donde las Gestantes tengas controles prenatales completos.
3. Historia clínica donde la gestación sea única, atendidas en el Hospital II-1 Chulucanas-Manuel Javier Nomberto 2019
4. Historia clínica donde cuya edad materna sea de 18 a 39 años atendidas en el Hospital II-1 Chulucanas-Manuel Javier Nomberto 2019

Criterios de exclusión

1. Historia clínica de recién nacido con incompatibilidad sanguínea
2. Historia clínica de recién nacido con malformación congénita.
3. Historia clínica de recién nacido por cesárea a causa de RCIU.
4. Historias clínicas incompletas.
5. Historia clínica donde las gestantes hayan tenido consumo de alcohol y tabaco.
6. Historia clínica donde las gestantes hayan tenido como diagnóstico diabetes mellitus
7. Historia clínica donde las gestantes hayan tenido como diagnóstico preclampsia, hipertensión inducida por el embarazo.
8. Historia clínica donde las gestantes hayan tenido infecciones urinarias a repetición.
9. Historia clínica donde las gestantes hayan tenido hemorragias durante la gestación.
10. Historia clínica donde las gestantes hayan tenido un IMC <19.8 o >29 .

3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos

El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de los datos registrados en las historias clínicas de los neonatos.

Se elaboró una ficha de recolección de datos (anexo 1), que nos permitió recabar la información necesaria para el desarrollo de los objetivos.

Se solicitó formalmente el acceso a las historias clínicas de los recién nacidos a término dentro del período de estudio y que las mismas contaban con la información completa.

3.5. Procedimientos

El inicio de este estudio se preparó con la redacción de un oficio formal dirigido al Director del Hospital II-1 Chulucanas-Manuel Javier Nomberto autoridad correspondiente quien tiene el cargo, solicitándole el permiso apropiado para poder revisar las historias clínicas de la sección de archivo y estadística, así mismo realizar el registro de los datos necesarios, o sacar copia de las mismas para trabajarlas en gabinete, por consiguiente, poder procesar la información obtenida para realizar la discusión y el análisis de los resultados obtenidos y poder determinar el logro de los objetivos previamente propuestos.

3.6. Método de análisis de datos

La información obtenida del archivo de la colección está incrustada en el programa SPSS® v.24. El análisis y la interpretación de los datos se realizan utilizando una medida central del entorno de desarrollo con una gran cantidad de variables y un porcentaje de variables calificadas. Las comparaciones de significado se realizan mediante la prueba independiente T de Student. Se utilizó la corrección de Yeats cuando se introdujeron cambios significativos. Del mismo modo, las representaciones gráficas y los dibujos se utilizan en función de cuestiones relacionadas con las tablas.

3.7. Aspectos éticos

Principio de la Beneficencia: Teoría de la Caridad: "Mejor", en el campo de las ciencias de la salud, este principio brinda una mejor atención a los médicos calificados, conocimiento del paciente y la posibilidad de crear una mejor calidad de vida. Todo debe hacerse. Este estudio respeta el principio de asistencia pública porque no se han utilizado factores externos que pongan en peligro sus vidas contra un gran número de investigadores durante sus interacciones con datos médicos.

Principio de autonomía: Se basa en la creencia de que las personas no deben dejarse influir por el mundo exterior y ser respetadas en las decisiones de la vida. El estudio actual respeta la propiedad del paciente porque ninguna acción puede dañar al paciente.

Principio de justicia: Este principio fue identificado como justo y no discriminatorio antes, durante y después de participar en la investigación. Este trabajo tiene en cuenta este principio, ya que los resultados del estudio se examinan de forma profesional y conductual, sin diferencias ni prioridades.

Principio de No Maleficencia: "Primum Non Nocere" no podía hacer daño al principio. No hacer daño es más importante que hacer buenas obras. Este estudio respeta este principio porque no expone a la población a factores externos que dañen o dañen la integridad del paciente, además de que no se implementan procedimientos innecesarios o sistemas de tratamiento experimental en desarrollo.

Confidencialidad: Toda la información obtenida y recopilada en esta investigación será única y exclusivamente utilizada para poder cumplir los objetivos del mismo. Se respetará la identidad de cada paciente.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 1, Peso promedio de los recién nacidos según paridad. Hospital II- 1 Chulucanas. Piura 2019

Paridad	Peso		
	2010 a 2500	2550 a 3400	3500 a 4500
Gran Multípara	0	0	4200
Multípara	0	3255	4000
Primípara	2050	2620	3800
Peso promedio	2050	2975	4000

Fuente: elaboración propia

Interpretación:

El peso promedio de los recién nacidos a término de madre primípara, de madres multíparas y de madres gran multíparas. De las 196 gestantes que formaron parte del estudio se determina el peso promedio en los grupos de madres estudiadas y la paridad de las mismas así las primíparas el promedio de peso de sus recién nacidos fue de 2050 gr., en las multíparas 59 madres tuvieron recién nacidos entre 2550 a 3,400 para un promedio de 2,975 y el grupo de Gran multíparas que son 55 madres el peso de los recién nacidos oscila de 3,500 a 4,500 con un promedio de 4,000 gr., se aprecia como a mayor paridad existe un incremento en el peso de los recién nacidos. (Ver Tabla No. 1)

TABLA N° 2, Distribución según la edad materna de los recién nacidos. Hospital II- 1 Chulucanas. Piura 2019

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 23	95	48.5
24 a 29	49	25
30 a 35	34	17.3
36 a más	18	9.18

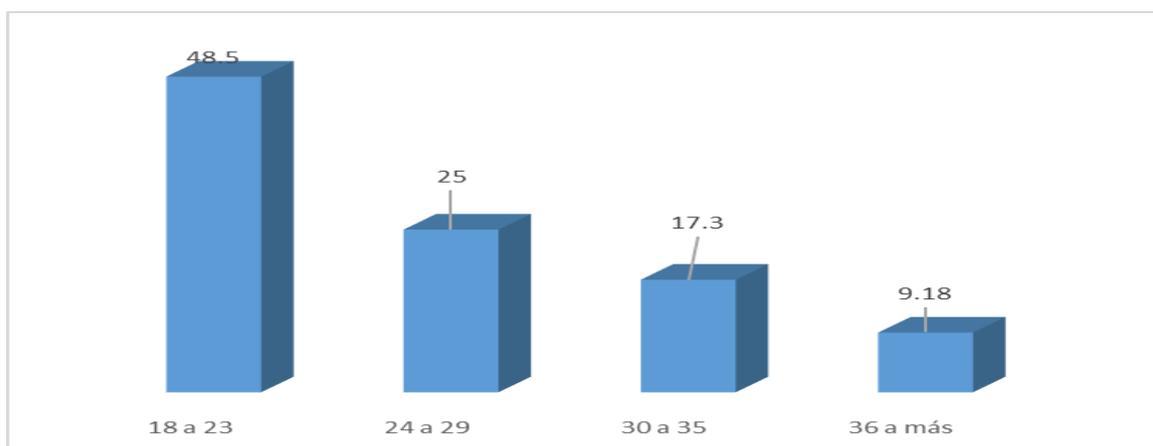
Estadísticos

Promedio	25.5 años	
Des. Estand	5.96 años	
Mín y Máx	18 años	39 años

Fuente: elaboración a partir de los datos

Interpretación: Según la edad de la madre que participaron en el estudio, el promedio fue de 25.5 con una desviación de ± 5.96 años, la amplitud de las madres del grupo de estudio oscilo en un rango ente 18 años para la mínima y 39 años la máxima: la distribución por grupos etarios el 48.5% de las madres tenían entre los 18 a 23 años de edad, el 25% entre los 24 a 29 años, el 17.3% tenían entre los 30 a 35 años. Se encontró que el 9.2% tenían 36 años a más, siendo este un grupo considerado de alto riesgo reproductivo (Ver Tabla No. 2 y Grafico No. 1).

GRÁFICO N° 1, Distribución según la edad materna de los recién nacidos. Hospital II- 1 Chulucanas. Piura 2019



Fuente: elaboración a partir de los datos

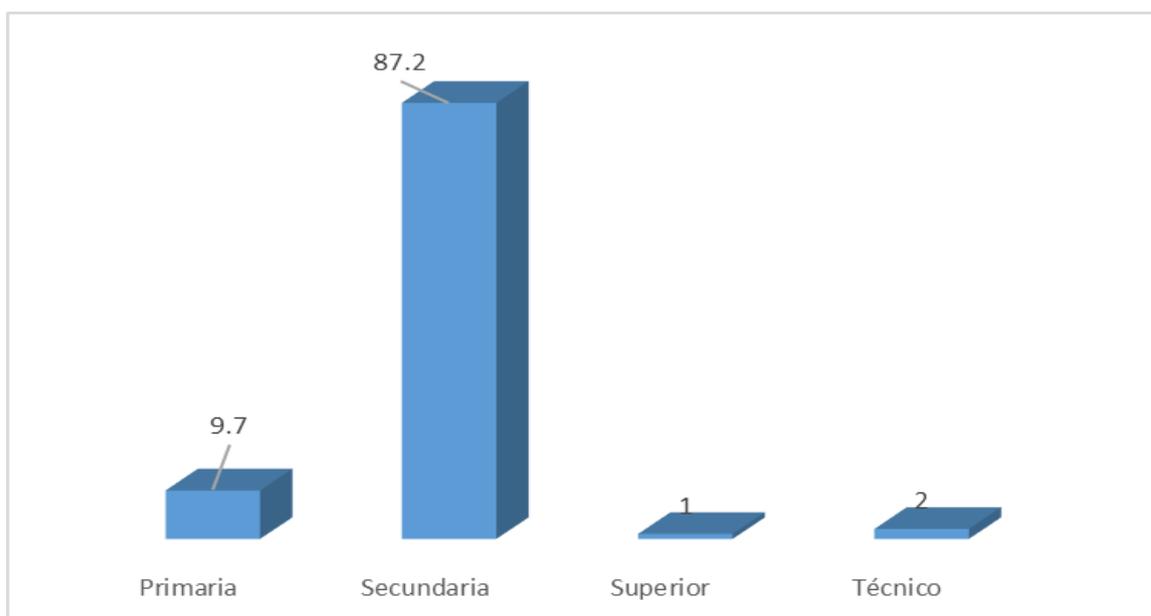
TABLA N° 3, Distribución de las madres según nivel de instrucción. Hospital II – 1 Chulucanas Piura 2019.

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	19	9.7
Secundaria	171	87.2
Superior	2	1.0
Técnico	4	2.0
Total	196	100.0

Fuente: elaboración a partir de los datos

El nivel de instrucción de las madres la mayor proporción son las que tienen nivel de estudios secundarios que representan el 87.2%, seguidas del nivel primario con un 9.7%, y de nivel Superior solo el 3.0%. (Ver Tabla No. 3 y Grafico No. 2).

GRÁFICO N° 2 Distribución de las madres según nivel de instrucción. Hospital II – 1 Chulucanas Piura 2019.



Fuente: elaboración por los investigadores a partir de los datos

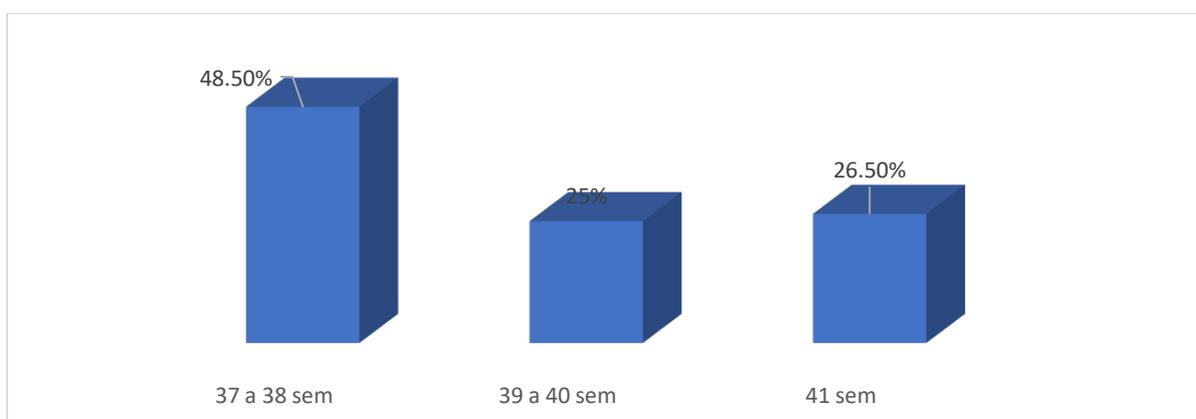
TABLA N° 4, Edad gestacional de las madres. Hospital II- 1 Chulucanas 2019

SEMANAS DE GESTACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
37 a 38	95	48.5
39 a 40	49	25
41	52	26.5
Estadísticos		
Promedio	38.8	100
Des. Estand	1.09	
Mín. y Máx.	37 sem	41 sem

Fuente: elaboración a partir de los datos

Interpretación: La situación de la edad gestacional y el peso de los recién nacidos en el grupo de madres seleccionados para el estudio, el 48.5% eran consideradas a término con 37 a 38 semanas, 26.5% tenían 41 o más semanas y el 25%, siendo el promedio 38.8 semanas de gestación con una D. Estándar de 1.09 que implica un poco variabilidad en la serie de datos y un rango de 3 semanas de gestación que confirma lo expuesto referido a la poca variación de la edad gestacional en este grupo de madres. El promedio de semanas de gestación fue de 38.8 ± 1.09 semanas y el valor mínimo fue de 37 semanas y el máximo fue de 41 semanas (Ver Tabla No. 4 y Grafico No. 3).

GRÁFICO N° 3 Edad gestacional de las madres. Hospital II- 1 Chulucanas 2019



Fuente: elaboración por los investigadores a partir de los datos

TABLA N° 5, Diferencias de peso según sexo del recién nacidos hospital II- 1 Chulucanas. Piura 2019

Sexo	Peso			Total
	2010 a 2500	2550 a 3400	3500 a 4500	
Femenino	2060	3255	4200	103
Masculino	2040	2620	3800	93
Promedio	2050	2975	4000	196

Fuente: elaboración propia

Interpretación: En cuanto a la diferencia del peso de los recién nacidos según el sexo favorecen al sexo femenino en todos los grupos de 20 gr. a 635 gr., que oscila entre 20 y 635 gr. en los diferentes grupos según el peso. (Ver Tabla No. 5).

TABLA N° 6, Correlaciones entre paridad materna y peso del recién nacido Hospital II- 1 Chulucanas. Piura 2019

			paridad	peso
Rho de Spearman	paridad	Coeficiente de correlación	1.	0.112.
		Sig. (bilateral)	0.0.	0.258
		N	196	196
	peso	Coeficiente de correlación	0.112	1
		Sig. (bilateral)	0.258.	0.0.
		N	196	196

Fuente: Elaboración a partir los datos obtenidos

Con el propósito de conocer la relación entre la paridad materna y el peso del recién nacido a término en el Hospital II-1 Chulucanas-Manuel Javier Nomberto en el año 2019, se realizó una prueba estadística de Correlación de Spearman, que tuvo una correlación positiva directa de $r = 0.112$ lo que significa que a mayor número de hijos (paridad) es más probable tener otro hijo con más peso (Ver Tabla No. 5).

4.2. DISCUSIÓN

En este estudio, quisimos examinar el efecto de la crianza sobre el peso al nacer en el Hospital II-1 Chulucanas-Manuel Javier Nomberto en 2019. Las diferencias incluyen el día, el peso al nacer y la maternidad. Edad de nacimiento, nivel educativo, edad de nacimiento, sexo.

En general, se confirmó el efecto del valor materno en los lactantes de peso completo y se obtuvo una correlación positiva $r = 0,122$. Esto significa que cuanto mayor es el número de hijos (paridad), es más probable que tengan otros hijos. Pérdida de peso.

Había 76 personas en el grupo obeso, incluidas 40 (52,6%) madres vulnerables y 36 (47,4%) mujeres múltiples. Los resultados obtenidos en estos estudios son incompatibles con los realizados por Vargas 22, Caglar 23. Allí, la mayoría de las madres se asociaron con un peso corporal elevado, Vargas tuvo una OR: 2,54 $p < 0,0001$, y Caglar mostró que la pérdida de peso estaba asociada. Con un peso mayor. Los recién nacidos con demencia son comunes en mujeres vulnerables. Dewey 23 señala que el éxito de la lactancia materna es mucho más importante que la consistencia, lo que sugiere que el peso es una prioridad máxima.

Se observó que varios grupos de madres mostraron $p: 0.011$ y OR: 0.48, identificando un grupo estadístico grande como protección contra el aumento de peso infantil. La quimioterapia materna específica mostró $p: 0.011$ y OR: 2.07, buscando una asociación significativa con la pérdida de peso infantil en el Hospital Antonio Lorena Cusco en 2018. En cuanto al peso del bebé, según el criterio de elección, no tiene nada que ver con la consistencia (peso 2550-4500 gramos en rango personal).

Los resultados encontrados concuerdan con el estudio de Valencia 32, donde no se encontró relación de peso normal de nacimiento con la pérdida de peso excesiva en recién nacidos. En relación con la edad de la madre, los recién nacidos presentaron en sus categorías madre adolescente (18 a 23 años) con 95 madres (48.5%), madre joven adulta 49 (25%) y madre adulta 34 (17.3%).

La joven madre es mayor que el resto de la población y tiene un mayor riesgo de accidente cerebrovascular, lo que genera más factores de riesgo de pérdida de peso en los lactantes del Hospital II-1 Chulucanas-Manuel Javier Nomberto. Los resultados de estos estudios son consistentes con el estudio. Según Vargas (22), quien obtuvo OR: 2,47 (P: 0,007), difiere del estudio de Chantry (25) (P: 0,01), en cuanto a la pérdida de peso en lactantes por grupo en ancianos. Una madre que encuentra la idoneidad como factor.

La educación infantil es el 87,2% de la educación secundaria, pero la educación primaria es el 9,7%, el nivel más alto es pequeño, el 3% se distribuye a los colegios técnicos, el 2% y solo el 1%. De manera similar, en el nivel más alto de educación secundaria, el estudio Sutta (26), que tiene una ventaja técnica de p: 1 graduación de secundaria, p: 1 diploma de secundaria, p: 0.069, es significativo en el rendimiento académico. No se encontró ninguna relación. También en esta categoría Un estudio realizado en el Hospital Antonio Lorena Cusco en 2018 fue el más común, observándose p: 0.013 y OR: 2.2694, que se asociaron con aumento de peso en lactantes.

El nivel de lectura del Ministerio de Salud es de unos 59 casos (77,7%), que corresponde al bachillerato, y la mayoría de los bachilleres no lo han completado. Los resultados obtenidos en este estudio son inconsistentes con el estudio de Vargas (22), quien encontró una asociación significativa con la educación superior en la pérdida de peso infantil. En este estudio, la edad gestacional fue de 37 a 38 semanas, la tasa de embarazo más alta fue de 48,5%, menos del 50% en algunos tipos de edad de nacimiento, 26,5% de gestación durante las semanas 39 a 40, 25% de edad gestacional. Entre 39 y 40 semanas de embarazo. Este cambio no está asociado con una pérdida de peso significativa en los bebés. Este resultado es similar al de Valencia (27), donde no hubo asociación entre la edad normal al nacer y la pérdida de peso significativa en los lactantes, $p > 0,05$. En cuanto al género de los recién nacidos, casi no hubo diferencia por género, y se encontró que el número de niños y niñas era casi el mismo. Un estudio de Sutta (26) encontró que no había una relación significativa entre el sexo del lactante y la pérdida de peso del lactante. El estudio encontró que: Para mujeres p: 0,7079. Los resultados de este estudio son Vargas (22), Caglar (23), Capilla (25).

V. CONCLUSIONES.

1. El promedio del peso del recién nacido según la paridad de la madre fue de 2050 gr. en las primíparas, 2975 gr. en la multíparas y 4,000 gr. en la gran multípara
2. La edad materna predomina el grupo de 18 a 23 años con un 48.5%, seguido por el de 24 a 29 años con un 25.0%, el menos representado fueron las madres de 36 y más con el 9.2%
3. El 87.2% de las madres tenían nivel de instrucción de secundarias coincidente con otros estudios revisados. El nivel superior solo alcanza el 3%
4. La edad gestacional promedio de las madres fue de 38.8 sem. Con un rango que fluctúa de 37 a 41 semana de gestación.
5. El sexo femenino de los recién nacidos tuvo muy poca variabilidad al relacionarlo con el peso al nacer
6. Existe una correlación positiva directa con un coeficiente (r) de 0.112.

VI. RECOMENDACIONES

1. Realizar programas de alimentación y vigilancia nutricional en las madres adolescentes porque según este estudio tiene mayor incidencia de hijos de bajo peso al nacer.
2. Programas educativos a las gestantes sobre alimentación y nutrición en las primeras semanas de gestación para evitar posteriores complicaciones en el recién nacido.
3. Vigilancia del espacio intergenésico en las gestantes y reducir el riesgo reproductivo materno perinatal.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística e informática INEI. Perú: crecimiento y distribución de la población, 2017. [citado 26 agosto 2019]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1530/libro.pdf.
2. Gonzales I, Guillermo G, Hoyos A, et al. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Policlínico Universitario José Jacinto Milanés. 2013-2014. Rev Méd Electrón [Internet]. [citado 02 setiembre 2019]. 2018; 40(1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1733/3703>.
3. Flores J. Embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes como factores de riesgo para bajo peso al nacer en el Hospital San José de enero a diciembre del 2016. [tesis de grado]. Universidad Ricardo Palma. 2018.
4. Alvarez J, Pérez G, Selva A, et al. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en la Policlínica “Ramón López Peña”, Santiago de Cuba. Correo Científico Médico de Holguín (CCM). 2019; 23(2).
5. Wilcox A. On the importance and the unimportance of birthweight. Int J Epidemiol. 2001 Dec;30(6):1233-41.
6. Crosby D, Ahmed S, Razley A, et al. Obstetric and neonatal characteristics of pregnancy and delivery for infant birthweight ≥ 5.0 kg. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017 Dec;30(24):2961-2965.
7. Wang X, Zhang X, Zhou M, et al. Association of prepregnancy body mass index, rate of gestational weight gain with pregnancy outcomes in Chinese urban women. Nutr Metab (Lond). 2019 Aug 19; 16: 54.
8. Chinga B. Relación entre la poca ganancia de peso materno y peso del recién nacido de adolescentes atendidas en el Hospital “Matilde Hidalgo de Procel” en el período de noviembre del 2017 a febrero del 2018. [tesis de grado]. Universidad de Guayaquil. 2018.
9. Acuña M. Factores de riesgo de gestantes con recién nacido de bajo peso al nacer del Hospital Hugo Pesceto, enero a junio Andahuaylas 2017. [tesis de grado]. Universidad Nacional de Huancavelica. 2018.

10. Noa M, Bravo N, Álvarez Y, et al. Comportamiento de bajo peso al nacer en el Policlínico Universitario “Omar Ranedo Pubillones”, Guantánamo 2015-2016. *Revista de información científica* 2017; 96(5). 826-34.
11. Caballero J. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el Hospital San Juan De Lurigancho enero-diciembre 2014. [tesis de grado]. Universidad Alas Peruanas. 2015.
12. Alván V. Factores asociados para bajo peso al nacer en recién nacidos a término en el Hospital Iquitos “César Garayar Garcia” en el año 2014. [tesis de grado]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2015.
13. Juárez S. Notes on vital statistics for the study of perinatal health. *Gac Sanit.* 2014; 28: 505–7.
14. Leon D, Lithell H, Vagero D, et al. Reduced fetal growth rate and increased risk of death from ischaemic heart disease: cohort study of 15,000 Swedish men and women born 1915–29. *BMJ* 2018; 317: 241–5.
15. Li C, Liu Y, Zhang W. Joint and independent associations of gestational weight gain and pre-pregnancy body mass index with outcomes of pregnancy in Chinese women: a retrospective cohort study. *PLoS One* 2015;10:e0136850.
16. Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S. Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2014; 311: 1536-46.
17. Haugen M, Brantsæter AL, Winkvist A, Lissner L, Alexander J, Oftedal B, et al. Associations of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain with pregnancy outcome and postpartum weight retention: a prospective observational cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14: 201.
18. Tsai YL, Chen LC, Seow KM, Chong KM. The recommendations of the American Institute of Medicine (IOM) for normal and underweight women to reduce the risk of low birth weight. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2015; 54: 1e7.
19. Hung TH, Chen SF, Hsu JJ, Hsieh TT. Gestational weight gain and risks for adverse perinatal outcomes: A retrospective cohort study based on the 2009 Institute of Medicine guidelines. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2015; 54: 421e5.
20. Hung TH, Chen SF, Lo LM, Hsieh TT. Contemporary second stage labor patterns in Taiwanese women with normal neonatal outcomes. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2015; 54: 416e20.

21. Zhao R, Zhang W, Zhou L. Relationship between the risk of emergency cesarean section for nullipara with the prepregnancy body mass index or gestational weight gain. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2017; 52(11): 757-764.
22. Vargas D. Factores asociados a la pérdida excesiva de peso en recién nacidos por cesárea. Cusco. Perú, 2015.
23. Caglar M, Ozer I, Altugan F. Factores de riesgo para la pérdida excesiva de peso e hipernatremia en neonatos amamantados en forma exclusiva. *Braz J Med Biol Res* [Internet]. 2016, Abr. [citado el 06 de Jul. de 2016]; 39 (4): 539-544. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2006000400015
24. Dewey K, Nommsen A, et cols. Los factores de riesgo para la lactancia materna infantil insuficiente comportamiento, retraso en inicio de la lactancia, y el exceso de pérdida de peso neonatal. *Pediatrics*. 2003, Sep; 112 (3).
25. Chantry C, Nommsen L, Peerson J, Cohen R, Dewey K. El exceso de pérdida de peso en recién nacidos alimentados con leche materna, relación con el equilibrio de líquidos durante el parto de la madre. *Pediatrics*. 2010, Sep; 127 (1): 173-179.
26. Sutta Visa, Maribel. Factores asociados a la pérdida de peso excesiva en recién nacidos, hospital Antonio Lorena-Cusco, 2018. Universidad Andina del Cusco. Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Medicina Humana
27. Valencia Ch. Factores asociados a la pérdida excesiva de peso en neonatos sanos a término en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, 2013 – 2015. Cusco – Perú. 2015.

ANEXOS

ANEXO 1:
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**INFLUENCIA DE LA PARIDAD MATERNA EN EL PESO DEL RECIÉN
NACIDO A TÉRMINO EN EL HOSPITAL II-1 CHULUCANAS-MANUEL
JAVIER NOMBERTO -2019**

Ficha N°

I.- DATOS DE LA MADRE

1. Edad:

2. Paridad

Primípara () Multípara () gran Multípara ()

3. Edad gestacional por FUR

37 () 38 () 39 () 40 () 41 ()

4 grado de instrucción:

analfabeta ()

primaria ()

secundario ()

superior ()

II.- DATOS DEL RECIÉN NACIDO

1. Sexo: M () F ()

2. Peso

ANEXO 2

CARTA DE COMPROMISO

CARTA DE COMPROMISO SOBRE VIABILIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SUSTENTADO EN EL CURSO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DEL CICLO XIII – ESCUELA DE MEDICINA DE LA UCV – FILIAL PIURA.

YO, JOSE LUCIANO PAZO ANTON - ORCID : 0000-0001-8375-4390
IDENTIFICADO(A) CON DNI N° 47205858 ALUMNO(A) MATRICULADO(A) EN EL
CURSO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DEL CICLO 20201, EN LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA
UCV FILIAL PIURA; EN MI CALIDAD DE AUTOR(RA) DEL PROYECTO DE TESIS TITULADO:

INFLUENCIA DE LA PARIDAD MATERNA EN EL
PESO DEL REGEN NACIDO A TERMINO EN EL
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA, SANTA
ROSA II-2 - 2019.

EL MISMO QUE TIENE COMO ASESOR AL DOCENTE:
DR. MICHAEL VITE CASTILLO
(ORCID : 000 - 0002 - 5512 - 0646)

Y QUE PRETENDO REALIZAR EN LA INSTITUCIÓN:
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERU COREA, SANTA ROSA
II - 2 - 2020.

DURANTE EL SIGUIENTE CURSO: DESARROLLO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN QUE
CORRESPONDE AL CICLO 20202.

DECLARO QUE SI TIENE VIABILIDAD PARA SU EJECUCIÓN EN LOS ASPECTOS DE:

- ACCESO A LA INFORMACION O DATA REFERENTE A LOS SUJETOS DE INVESTIGACIÓN O MUESTRAS O HISTORIAS CLINICAS U OTRA INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN QUE CORRESPONDE A MI TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO-CIRUJANO.
- QUE CUENTA CON EL NÚMERO SUFICIENTE DE CASOS O SUJETOS O MUESTRAS (MÁS DE 60).
- QUE LA INSTITUCIÓN EN LA CUAL REALIZARÉ LA INVESTIGACIÓN HA ASEGURADO BRINDAR LAS FACILIDADES PARA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN Y RESPONDERÁ AFIRMATIVAMENTE LA SOLICITUD DE FACILIDADES PARA EL ESTUDIO. DOCUMENTO NECESARIO QUE INCORPORARÉ COMO ANEXO EN EL INFORME FINAL DE LA TESIS.

ASÍ MISMO DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO CON ANTELACIÓN DE ESTAS CONDICIONES,
LAS MISMAS QUE HAN DEVENIDO POR EL PROBLEMA SANITARIO CONDICIONADO POR LA
PANDEMIA DEL COVID-19.

Piura, 01 de Julio del 2020

PAZO ANTON JOSE LUCIANO

Apellidos y nombres del alumno
DNI N° 47205858



CARTA DE COMPROMISO

CARTA DE COMPROMISO SOBRE VIABILIDAD DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SUSTENTADO EN EL CURSO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DEL CICLO XIII – ESCUELA DE MEDICINA DE LA UCV – FILIAL PIURA.

YO, Jose Gabriel Castillo florea no
IDENTIFICADO(A) CON DNI N° 44722851 ALUMNO(A) MATRICULADO(A) EN EL
CURSO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DEL CICLO 20201, EN LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA
UCV FILIAL PIURA; EN MI CALIDAD DE AUTOR(RA) DEL PROYECTO DE TESIS TITULADO:

Influencia de la Paridad Materna en el
Peso del Recien nacido a término en
el hospital de la amistad Perú - Conca,
Santa Rosa II - 2 - 2019

EL MISMO QUE TIENE COMO ASESOR AL DOCENTE:
Michael vife Castillo

Y QUE PRETENDO REALIZAR EN LA INSTITUCIÓN:
Hospital de la amistad Perú - Conca
Santa Rosa 2020

DURANTE EL SIGUIENTE CURSO: DESARROLLO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN QUE
CORRESPONDE AL CICLO 20202.

DECLARO QUE SI TIENE VIABILIDAD PARA SU EJECUCIÓN EN LOS ASPECTOS DE:

- ACCESO A LA INFORMACIÓN O DATA REFERENTE A LOS SUJETOS DE INVESTIGACIÓN O MUESTRAS O HISTORIAS CLINICAS U OTRA INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN QUE CORRESPONDE A MI TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO-CIRUJANO.
- QUE CUENTA CON EL NÚMERO SUFICIENTE DE CASOS O SUJETOS O MUESTRAS (MÁS DE 60).
- QUE LA INSTITUCIÓN EN LA CUAL REALIZARÉ LA INVESTIGACIÓN HA ASEGURADO BRINDAR LAS FACILIDADES PARA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN Y RESPONDERÁ AFIRMATIVAMENTE LA SOLICITUD DE FACILIDADES PARA EL ESTUDIO. DOCUMENTO NECESARIO QUE INCORPORARÉ COMO ANEXO EN EL INFORME FINAL DE LA TESIS.

ASÍ MISMO DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO CON ANTELACIÓN DE ESTAS CONDICIONES,
LAS MISMAS QUE HAN DEVENIDO POR EL PROBLEMA SANITARIO CONDICIONADO POR LA
PANDEMIA DEL COVID-19.

Piura, 01 de Julio del 2020



DNI N° 44722851

ANEXO 4

RESOLUCIÓN DE PROYECTO



RESOLUCIÓN DE ESCUELA N°233-2020/DEMED-UCV-PIURA

Piura, 01 de julio del 2020

VISTO: la solicitud de fecha 24 de junio de 2020 presentada por los internos de Medicina **CASTILLO FLOREANO GABRIEL y PAZO ANTON JOSE LUCIANO** quienes solicitan asesor para su anteproyecto de tesis.

CONSIDERANDO:

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo SAC, en su Título II, Capítulo I, Artículo 8º precisa que nuestra institución otorga el Grado Académico de Bachiller a los (as) estudiantes que luego de haber aprobado todas las experiencias curriculares previstas en el correspondiente Plan de Estudios, haber acumulado el número de créditos establecidos en el documento pertinente, acreditar las Competencias Básicas en Inglés y Computación y contar con Resolución de Facultad aprobándoles los Proyecto de Tesis; son declarados (as) expeditos (as) para obtenerlo por su respectiva Facultad;

Que, según el Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo SAC (Resolución Rectoral N° 034-2008/UCV) en el capítulo IV, artículos 27, 28, 29 y 32 que establece los requisitos para asesores y jurados.

Que el Título II, Capítulo V, Artículo 33 del precitado Reglamento, determina que el (la) Titulando (a) al aprobar su Proyecto de Tesis, hecho que deberá constar en el Acta de Aprobación respectiva, refrendada por las firmas y sellos del Jurado Evaluador; se le expedirá por parte de la escuela la resolución de aprobación que corresponde.

Estando a lo expuesto y dispuesto, de conformidad con las atribuciones y funciones que se les ha conferido a las respectivas Facultades de la Universidad César Vallejo;

SE RESUELVE:

Art. 1º ASIGNAR ASESOR al ANTEPROYECTO DE TESIS que enseguida se detalla:

APELLIDOS Y NOMBRES	ANTEPROYECTOS DE TESIS	ASESOR
<ul style="list-style-type: none">• CASTILLO FLOREANO GABRIEL• PAZO ANTON JOSE LUCIANO	Influencia de la paridad en el peso del recién nacido a término en hospital santa toda 2019	Dr. Michael Vite Castillo

Art. 2º AUTORIZAR La ejecución del proyecto cuyo título se menciona en el artículo precedente, en el plazo que señala la "recolección de datos" del mismo.



UCV UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO - PIURA
Dr. EDGAR BAZAN PALOMINO
Coordinador de la Escuela de Medicina
UCV - Piura

C.C.: Registros Académicos /Archivo