



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES OCURRIDAS
DURANTE LA ATENCIÓN DE PARTO VAGINAL EN RECIÉN
NACIDOS MACROSÓMICOS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL, PERIODO ENERO- DICIEMBRE
2016”

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

Presentado por:

Bach: SÁNCHEZ LUJAN, MARITA MASIEL

Bach: YATACO MONTOYA, BETTSY MARIA

ASESOR: AYALA PERALTA, FELIX DASIO

LIMA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios por ser el pilar fundamental que ha guiado nuestra vida, a nuestros padres y hermanos por el apoyo incondicional brindado, estando con nosotras en todo momento de alegrías y tropiezos.

A Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima por el apoyo brindado para realizar de nuestra investigación.

A la Universidad Privada Norbert Wiener por brindarme una excelente calidad educativa en nuestra formación profesional con valores éticos y científicos plasmados en su misión y visión institucional.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a Dios porque ha estado con nosotras en cada paso que damos, cuidándonos y dándonos fortalezas para continuar, a nuestros padres quienes a lo largo de nuestra vida han velado por nuestro bienestar y educación siendo nuestro apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se nos presentaba sin dudar ni un solo momento en nosotras. A nuestros hermanos y demás familiares que nos motivaron a seguir adelante en este proyecto para dar lo mejor de nosotras.

Al Instituto Nacional Materno Perinatal por permitirnos desarrollar la presente investigación con la finalidad de contribuir en la disminución de morbilidad materno perinatal.

A el jurado examinador y de manera muy especial la Mag Carola Claudia Arbildo por el apoyo que nos brindó para culminar la realización de nuestra tesis.

ASESOR DE TESIS:

Magíster Ayala Peralta, Félix Dasio

JURADO

PRESIDENTE: Dr. Carlos Leónidas Rodríguez

SECRETARIA: Mag. Carola Claudia Arbildo

VOCAL: Dr. Cesar Tárraga Palomino

ÍNDICE

RESUMEN	1
CAPITULO I:	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Justificación	6
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivo Específicos	7
CAPITULO II:	9
MARCO TEORICO	9
2.1. Antecedentes	9
2.2. Bases Teóricas	13
2.2.1. Factores Determinantes para el Crecimiento Fetal	14
2.2.2. Clasificación	18
2.2.3. Diagnóstico	19
2.2.4. Pronóstico.....	19
2.2.5. Complicaciones	19
2.2.6. Depresión Neonatal	30
2.2.7. La Distocia de Hombros.....	30
2.4. Hipótesis	39
2.5. Variables	39
2.5.1. Variable Independiente	39
2.5.2. Variable Dependiente	39
2.5.3. Variables Intervinientes:.....	39
2.6. Operacionalización de variables	40
CAPITULO III:	42
DISEÑO METODOLOGICO	42
3.1. Tipo de Investigación	42
3.2. Ámbito de Investigación	42
3.3. Población y Muestra	42
3.3.1. Población.....	42
3.3.2. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	43

3.3.3. Unidad de análisis.....	44
3.3.4. Tamaño de muestra.....	44
3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos	45
3.5. Procesamiento de datos y análisis estadístico.....	46
3.6. Aspectos Éticos	46
3.6.1. Confiabilidad	46
3.6.2. Veracidad	47
CAPITULO IV:	47
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	48
4.1. Resultados.....	48
4.2. Discusión	71
CAPÍTULO V:	74
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
5.1. CONCLUSIONES.....	74
5.2. Recomendaciones.....	76
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	77
ANEXOS.....	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según características sociodemográficas del INMP2016.....	49
Tabla 2:Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según características obstétricas del INMP 2016.	52
Tabla 3 Complicaciones maternas ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico del INMP 2016.	55
Tabla 4 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según características del recién nacido del INMP 2016.....	57
Tabla 5 Complicaciones perinatales ocurridas durante la atención del parto vaginal en recién nacidos macrosómicos del INMP 2016.....	60
Tabla 6 complicaciones maternas ocurridas según grupos etario del INMP 2016.	61
Tabla 7 complicaciones maternas ocurridas según paridad del INMP 2016... ..	63
Tabla 8 complicaciones perinatales ocurridas según grupos etarios del INMP 2016.....	65
Tabla 9 complicaciones perinatales ocurridas según características paridad del INMP 2016.....	67
Tabla 10 Factores de riesgo materno de parto vaginal en recién nacido macrosómicos en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2016	69

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico 1: Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según edad materna del INMP 2016.	50
Gráfico 2 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según estado civil del INMP 2016.	50
Gráfico 3 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según escolaridad del INMP 2016.	51
Gráfico 4 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según ocupación del INMP 2016.	51
Gráfico 5 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según índice de masa corporal pre-gestacional del INMP 2016.	53
Gráfico 6 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según número de atenciones prenatales del INMP 2016.	54
Gráfico 7 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según edad gestacional del INMP 2016.	54
Gráfico 8 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según paridad del INMP 2016.	54
Gráfico 9 Complicaciones maternas ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico del INMP 2016.	56
Gráfico 10 Complicaciones maternas ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico del INMP 2016.	56

Gráfico 11 Complicaciones maternas ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico del INMP 2016.	57
Gráfico 12 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según características del recién nacido del INMP 2016.	58
Gráfico 13 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según características del recién nacido del INMP 2016.	59
Gráfico 14 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según características del recién nacido del INMP 2016.	59
Gráfico 15 Complicaciones perinatales ocurridas durante la atención del parto vaginal en recién nacidos macrosómicos del INMP 2016.	60
Gráfico 16 complicaciones maternas ocurridas según grupo etario del INMP 2016.	62
Gráfico 17 complicaciones maternas ocurridas según grupos etarios del INMP 2016.	62
Gráfico 18 complicaciones maternas ocurridas según grupos etarios del INMP 2016.	63
Gráfico 19 complicaciones maternas ocurridas según paridad del INMP 2016.	64
Gráfico 20 complicaciones maternas ocurridas según paridad del INMP 2016.	64
Gráfico 21 complicaciones maternas ocurridas según paridad del INMP 2016.	65
Gráfico 22 complicación perinatal sufrimiento fetal agudo según grupos etarios del INMP 2016.	66

Gráfico 23 complicación perinatal depresión neonatal moderada según grupos etarios del INMP 2016.....	66
Gráfico 24 complicación perinatal distocia de hombros según grupos etarios del INMP 2016.....	67
Gráfico 25 complicación perinatal sufrimiento fetal agudo según paridad del INMP 2016.....	68
Gráfico 26 complicación perinatal depresión moderada al nacer según paridad del INMP 2016.	68
Gráfico 27 complicación perinatal distocia de hombros según paridad del INMP 2016.....	69
Gráfico 28 Factores de riesgo materno de parto vaginal en recién nacido macrosómicos en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2016	70

RESUMEN

Este trabajo de investigación tiene como finalidad identificar las complicaciones maternas perinatales durante la atención de parto vaginal con recién nacidos macrosómicos del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de enero- diciembre 2016.

Mediante el estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, se revisaron ciento treinta y nueve historias clínicas de egresos maternos.

Como resultado la edad promedio fue de $34,8 \pm 3,4$ años de edad.

Características sociodemográficas: conviviente 79,1%, secundaria completa 67,6%, ama de casa 81,2% y estado social medio 97,1%.

Variables obstétricas: 43.1% de los de los egresos tuvieron control prenatal deficiente, el 24.5% no tuvieron ninguna atención prenatal atención prenatal, con respecto al IMC pre-gestacional el 47,5% tuvo sobrepeso; 11.5% presentaron edad gestacional mayor de 42 semanas; 79,1% son multíparas, los antecedentes de macrosomía fetal y obesidad materna fueron los factores de riesgos que predominaron con mayor porcentaje. Las característica en relación al sexo del recién nacido se observa que el 64% corresponden a sexo masculino y el 36% a sexo femenino. Los recién nacidos presentaron en su mayoría apgar moderado 76.3% al minuto y normal 61.9% a los 5 minutos. Las complicaciones maternas que predominaron fueron: hemorragias post parto 56.8%. Trabajo de parto disfuncional 55,4%; desgarro de partes blandas 54.7%. Complicaciones perinatales más frecuentes que se encontraron fueron: depresión moderada al nacer 33.1%; seguido sufrimiento fetal agudo 30.22 % y distocia de hombros con 25.9% la y otros 10.8%.

En conclusión, las complicaciones maternas predominantes fueron trabajo de parto disfuncional, desgarro de partes blandas y hemorragias post parto las complicaciones perinatales, sufrimiento fetal agudo, depresión leve al nacer y distocia de hombros.

Palabras clave: Complicaciones maternas; Complicaciones perinatales; macrosomía fetal.

ABSTRACT

This research aims to identify perinatal maternal complications during vaginal delivery with macrosomic newborns from the National Maternal Perinatal Institute during the period of January-December 2016.

Through the observational, descriptive, retrospective study, one hundred and thirty-nine clinical records of maternal expenses were reviewed.

As a result the mean age was 34.8 ± 3.4 years of age. Sociodemographic characteristics: cohabiting 79.1%, complete secondary 67.6%, housewife 81.2% and average social status 97.1%. Obstetric variables: 43.1% of those in the outpatient had poor prenatal control, 24.5% had no prenatal care, compared to pre-gestational BMI, 47.5% were overweight; 11.5% presented gestational age greater than 42 weeks; 79.1% are multiparous. The characteristics in relation to the sex of the newborn are observed that 64% correspond to male sex and 36% to female sex. The newborns presented in the majority apgar moderate 76.3% to the minute and normal 61.9% in the 5 minutes. The maternal complications that predominated were: postpartum haemorrhage 56.8%. Dysfunctional labor 55.4%; Tear of soft tissue 54.7%. Most frequent perinatal complications were: moderate depression at birth 33.1%; Followed by acute fetal distress 30.22% and shoulder dystocia with 25.9% and another 10.8%.

In conclusion, the predominant maternal complications were dysfunctional labor, soft tissue tear and perinatal complications, acute fetal distress dips II and III, mild depression at birth, and shoulder dystocia.

Keywords: Maternal complications; perinatal complications; fetal macrosomía.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La macrosomía fetal es un diagnóstico definido por un peso arbitrario al nacer de 4000 gr a más. En la actualidad la macrosomía ha aumentado su frecuencia, debido a múltiples factores de riesgo, que si bien, se han podido identificar algunos; otros permanecen siendo una incógnita para la ciencia médica. El parto vaginal de estos fetos grandes ocasiona numerosas complicaciones tanto en la madre como en el recién nacido las cual que puede conllevar al aumento de la tasa de morbilidad y mortalidad materna perinatal, dos veces mayor que la de la población general.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto.²³

En Europa hasta el 2010, la tasa de mortalidad materna de más del 50% de países oscilaba de 2 a 8 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. Como vemos en España, con una tasa de mortalidad materna de 6 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos,³⁹

A nivel Latinoamericano, más del 50% de países de Centroamérica tiene una tasa de mortalidad materna mayor de 73 muertes por cada 100 mil nacidos vivos y la situación se agrava en Sudamérica ya que más del 50% de países tiene una tasa de mortalidad mayor de 92 muertes por cada 100 mil nacidos vivos siendo el país con menor tasa de mortalidad, Chile con 25 muertes por cada 100 mil nacidos vivos hasta el 2010.

Analizando la actualidad en nuestro país, en el Perú, Según datos de Grupo Banco Mundial el año 2015 la muerte materna fue 63 por cada 100 mil nacidos vivos además.⁴¹ Según ENDES 2014 fue de 93 muertes por cada

100 mil nacidos vivos.⁹ según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA) el 20,2% de la mortalidad materna en el Perú de 2002 a 2011 se dio en el momento del parto. El Perú actualmente es considerado uno de los países con la tasa más alta de mortalidad materna.⁴⁰

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los fetos macrosómicos pueden complicar el trabajo de parto con la consecuente necesidad de una cesárea o de un parto instrumental.¹³

Globalmente, la incidencia de la macrosomía, oscila entre 3-9% de los recién nacidos vivos; sin embargo, en países como Estados Unidos esta incidencia aumenta, superando el 10% de todos los embarazos, en países como Cuba se estimó una incidencia del 4,5% y en países de América Latina, en los últimos años, se ha incrementado en un 2,5% en función de la transición nutricional observada en la últimas décadas, siendo responsable del 1 a 3,5% de las complicaciones durante el parto.³²

Encontrándose complicaciones maternas perinatales como: desgarro de partes blandas, trabajo de parto prolongado y retención de hombros.³²

A nivel nacional en el Perú, la incidencia de macrosomía fetal es muy variable, encontrándose por ejemplo en el Hospital de Tacna una incidencia del 20,83%, mientras que en el Hospital Nacional San Bartolomé (Lima) la incidencia es del 16,4%⁶. En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (Callao), la incidencia es de fue 8% de los recién nacidos vivos, de los cuales la mayoría terminó en parto vaginal. Asimismo la prevalencia de este problema en 29 Hospitales del Ministerio de Salud, del Perú, fue de 11,37%, oscilando oscilando entre 7,12% en la sierra, 9,81% en la selva y 14,34% en la costa.³¹

Observándose complicaciones como hemorragias posparto por rotura uterina, desgarros vagino-perineales de distinto grado, hipotonía o atonía uterina, hematomas, distocias en el trabajo de parto, infecciones, parto

operatorio, hipoglucemia y como complicaciones perinatales, fractura de clavícula, parálisis del plexo braquial, parálisis facial, céfalo hematomas, etc.

A nivel local Luis Ñañez realizó una investigación el año 2002-2004, donde de una población de 15,850 atenciones de parto 1,147 fueron macrosómicos (7.4%), naciendo el 52.8 % por cesárea y partos vaginales 47.5%. Se registraron 11 muertes perinatales de macrosómicos. La principal complicación materna fue el desgarro perineal. Las complicaciones neonatales más frecuentes fueron: Caput succedaneum, Asfixia neonatal, Taquipnea transitoria y Hipoglicemia neonatal.³⁸

En el instituto nacional materno perinatal se atiende aproximadamente 62 partos diarios con un promedio mensual de 1,850, anualmente atiende 21,968 de los cuales 12,200 fueron partos vaginales y 9,768 parto cesárea; 1,903 de estos partos fueron con recién nacido macrosómico de. La tasa de mortalidad materna entre los años 2012 y 2016 en el hospital de estudio fue de 38 casos ocasionado por distintas causas: el 10.5 % de estas causas fueron por hemorragia, que es una de las complicaciones que se pueden presentar en un parto vaginal con recién nacido macrosómico según el boletín estadístico 2015 – 2016.¹⁰

Por lo tanto el presente trabajo de investigación pretende dar a conocer cuáles son las complicaciones materno perinatales ocurridas durante el parto vaginal en recién nacido macrosómico atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal enero- diciembre 2015.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las complicaciones materno-perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacidos macrosómicos atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Enero- diciembre 2016?

1.3. Justificación

La morbimortalidad materno perinatal continúa siendo un problema de salud pública sobre todo por complicaciones durante la atención de parto, y más aún cuando el parto no se produce por las vías necesarias o indicadas. Un parto vaginal con recién nacidos macrosómico, complican 2 veces más que los recién nacidos con peso adecuado porque se presentan traumas obstétricos.

Por otro lado cabe resaltar que las complicaciones maternas más frecuentes durante la atención del parto vaginal del recién nacido macrosómicos son: Desgarros del canal de parto como; desgarros perineal, vaginales cervicales que ocasionan aumento de la hemorragia pos parto que conlleva a anemia aguda y por consecuente shock hipovolémico que es causa de muerte materna. Así mismo la reparación del canal de parto puede terminar en infección de herida quirúrgica si no es manejado adecuadamente incluso puede causar sepsis materna.

Por ello, la importancia del estudio radica en poner en conocimiento las principales complicaciones maternas, y de su magnitud en el momento del parto. Su conocimiento proporcionará elementos claves y medidas preventivas que contribuyan a la mejor evaluación y acción por parte de los profesionales de salud, para superar las debilidades y fortalecer los aciertos, y de esta manera lograr así una mejor calidad de atención y evitar el aumento de la tasa de muerte materna.

A pesar que en la actualidad contamos con un avanzado adelanto tecnológico en la obstetricia moderna y que en el instituto nacional materno perinatal existes diversos tipos de investigaciones relacionados a la

macrosomía neonatal solo uno de ellos toma relación o importancia a las complicaciones que conlleva un parto por vía vaginal con recién nacido macrosómico. Por lo cual, surge la necesidad de observar el comportamiento y sus complicaciones que se presentan en el trabajo de parto que pueden ser perjudiciales tanto a la madre como al recién nacido, es por ello la principal importancia de desarrollar esta investigación en el Instituto Nacional Materno Perinatal debido que esta institución es la responsable nacional de velar por la salud de la madre y el niño, y a través de sus estadísticas, plantear propuestas que mejoren la situación de salud materna y perinatal a nivel nacional. Es por ello que pretendemos incentivar a la investigación continua referente a nuestro estudio, esperando que en un futuro dicho tema sirva como base para otras investigaciones.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Identificar las complicaciones materno-perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Enero-diciembre 2016.

1.4.2. Objetivo Específicos

- ✓ Determinar las características sociodemográficas de la población de estudio del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero-Diciembre 2016.
- ✓ Describir las características maternas de la población de estudio del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero-Diciembre 2016.
- ✓ Establecer la complicación materna más frecuencia en el parto vaginal en recién nacido macrosómico atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Enero-Diciembre 2016.

- ✓ Identificar la complicación perinatal más frecuente durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Enero- diciembre 2016.
- ✓ Determinar las características de los recién nacidos macrosómicos del estudio del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero-Diciembre 2016.
- ✓ Reconocer las complicaciones maternas ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según grupo etario del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero-Diciembre 2016
- ✓ Describir las complicaciones maternas ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según paridad del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero-Diciembre 2016.
- ✓ Relacionar las complicaciones perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según grupo etario del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero-Diciembre 2016.
- ✓ Describir las complicaciones perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según paridad del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero-Diciembre 2016.
- ✓ Identificar el factor de riesgo materno más frecuente durante la atención de parto vaginal con recién nacido macrosómico en el instituto nacional materno perinatal enero- diciembre 2016.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Nacionales

A nivel nacional encontramos los siguientes antecedentes: Según Elizabeth Vento (Perú - 2016), en su estudio observacional descriptivo comparativo. Titulada macrosomía fetal y complicaciones maternas y neonatales en usuarias de parto vaginal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, callao 2014. Se obtuvo como resultados la hemorragia posparto se asocia a la presencia de macrosomía fetal, otras complicaciones maternas como: el desgarro perineal, el desgarro cervical, la hipodinamia, la hipotonía y el trabajo de parto prolongado no se asociaron con casos de la macrosomía fetal. El apgar al minuto menor a 7 puntos también se asoció con la presencia de macrosomía fetal. La complicación materna y neonatal asociada a la macrosomía fetal en usuarias de parto vaginal atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2014 fue la hemorragia posparto y apgar al minuto menor a 7 puntos.³²

Katherine Chávez (2015), realizó un estudio analítico, de corte transversal de casos y control retrospectivo, con una población de 306 puérperas atendidas de parto con peso igual o mayor de 4000 g. La muestra estuvo conformada por 60 casos (puérperas que tuvieron un recién nacido macrosómico); comparado con 60 controles (puérperas que tuvieron un recién nacido adecuado para la edad gestacional). Titulado Factores maternos asociados a macrosomía en recién nacidos de puérperas atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo y octubre 2014. Concluyendo que encontró una asociación estadísticamente significativa entre los factores maternos y la macrosomía en recién nacidos, identificados en el estudio tales como: el peso pregestacional, la edad gestacional, y el control prenatal.³

Edison Roque. (Perú- 2014), realizó un estudio retrospectivo, básico, descriptivo, casos y controles, con una muestra de 40 recién nacidos para cada grupo titulado factores de riesgo y complicaciones perinatales de los recién nacidos macrosómicos del servicio de neonatología en el hospital regional de Cajamarca 2014. Concluyendo que los factores de riesgo asociados a los recién nacidos macrosómicos son la procedencia rural, la talla materna >160m, el sobrepeso/obesidad previa al embarazo, altura uterina por encima de 35 cm, multiparidad y sexo masculino del recién nacido. Y las complicaciones perinatales son el apgar bajo (depresión moderada al nacer), hipoglucemia neonatal, hiperbilirrubinemia (ictericia patológica), fractura de clavícula, cefalohematoma, dificultad respiratoria y hemorragia intracraneal.²⁸

Según Jessely Galván (2013), en su publicación titulada “Estudio comparativo entre el ponderado fetal por ecografía y la altura uterina para el diagnóstico de macrosomía fetal en gestantes a término” cuyo objetivo fue comprobar la eficacia de la medición de la altura uterina con el peso fetal estimado por ecografía para el diagnóstico prenatal de macrosomía fetal en las gestantes a término. Fue un estudio de una cohorte retrospectiva con todas las gestantes a término que ingresaron al Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre el 1º de julio de 2010 al 31 de mayo de 2011. concluye que la altura uterina ofreció mejor posibilidad de diagnóstico de macrosomía fetal que el ponderado fetal por ecografía.⁵

Luis Razzo (Perú - 2010), realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de casos y controles, titulado “Incidencia y factores de riesgo de macrosomía fetal en el Hospital San José callao enero – diciembre 2006” Donde Concluyo que la incidencia de macrosomía fetal 5,6%. En relación a los antecedentes maternos predominan los antecedentes de recién nacido macrosómico, diabetes, toxemia en el embarazo anterior y distocia de hombros. En cuanto a las complicaciones maternas durante el embarazo observo que predominó la rotura prematura de membranas y la amenaza de parto prematuro. En cuanto a las complicaciones maternas durante el parto, encontró predominancia de desgarro de partes blandas, distocia de

hombro, trabajo de parto prolongado y hemorragias; las complicaciones maternas durante el puerperio fueron la endometritis, absceso de pared, y hemorragia postcesárea. En cuanto a la morbimortalidad perinatal, esta fue del 27,27 %. Durante el embarazo hubo 1 muerte fetal y 1 muerte intraparto, durante el parto predominó el sufrimiento fetal agudo. En el período neonatal se destacó la hipoxia perinatal, seguida de hipoglucemia, parálisis braquial y cefalohematoma.²⁷

Dora Vilcas (2007), en su tesis titulada “Incidencia y factores de riesgo de macrosomía fetal en el Hospital II Suárez Angamos” donde realizó un estudio retrospectivo de casos y controles en el cual tuvo como resultados: la incidencia de macrosomía en el hospital II Suarez de Angamos fue de 6.78%, en relación a los antecedentes maternos predominan los antecedentes de recién nacido macrosómico, hipertensión arterial, toxemia en el embarazo anterior y distocia de hombros. Al comparar al grupo de estudio (macrosómico) y control (peso adecuado) se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($P < 0,05$) en relación al antecedente de recién nacido macrosómico, hipertensión y diabetes. Concluyo que la incidencia la macrosomía fue de 6.78%, en relación a los antecedentes maternos predominan los antecedentes de recién nacido macrosómico.³³

2.1.2. Antecedentes Internacionales

A nivel Internacional encontramos los siguientes antecedentes:

Ingrid Gonzales (Guatemala - 2015), En su tesis titulada “Macrosomía fetal en gestantes diabéticas y no diabéticas; obteniendo como Conclusión que al observa una fuerza de asociación con las variables obesidad, multiparidad y diabetes en embarazos previos sin embargo por los datos obtenidos con el intervalo de confianza y O.R. los resultados obtenidos no son concluyentes y las gestantes no diabéticas fueron las mayormente afectadas.⁶

Ricardo Ávila y col (México - 2013), realizaron un estudio observacional, analítico, prospectivo, transversal y comparativo entre dos grupos de neonatos. El grupo de casos estuvo conformado por 100 macrosómicos, y el grupo control por cien neonatos con peso adecuado al nacer (≥ 2.5 kg y < 4 kg). Titulado Factores de riesgo del recién nacido macrosómico. Donde concluyo los factores de riesgo asociados a macrosomía fueron: edad materna mayor de 26 años, periodo gestacional mayor de 40 semanas, ganancia ponderal de más de 11 kg durante la gestación. Diabetes gestacional, antecedentes de dos o más gestaciones, nivel educativo medio a profesional. Recién nacido sexo masculino, hipoglicemia, Apgar bajo en el primer minuto.¹

Paola Barbecho y Tatiana Barrera (Ecuador - 2013), realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de carácter clínico cuya muestra está constituida por todas las mujeres embarazadas a término, que tuvieron productos grandes para la edad gestacional durante el año 2011. Titulada Incidencia, factores de riesgo y complicaciones materno-perinatales durante el embarazo y parto de niños a término, grandes para la edad gestacional, nacidos en el hospital Vicente Corral Moscoso desde el 1 enero hasta el 31 de diciembre del 2011. Donde tuvo como resultados la incidencia RNTGEG fue del 6.2%, el promedio de edad materna fue de 26 años, el promedio de talla de la población fue de 1.52 cm, las mujeres con sobrepeso anterior al embarazo presentaron mayor frecuencia de RNTGEG, la diabetes gestacional, diabetes mellitus, hipertensión arterial y la enfermedad hipertensiva del embarazo tuvieron poca relación con los RNTGEG, la edad gestacional más frecuente relacionada con RNTGEG fue de 39 semanas. El 91%de las madres RNTGEG presento algún tipo de complicación durante el parto como parto prolongado y desgarro de partes blandas a si mismo las complicaciones de los más comunes RNTGEG dentro del periodo perinatal fueron: Compromiso de bienestar fetal, hipoglicemia y presencia de caput succedaneum.²

Elier Castro (México - 2013), en su investigación titulada macrosomía fetal: incidencia, factores de riesgo asociados y complicaciones maternas

en el hospital de ginecología y obstetricia del instituto materno infantil del estado de México, de julio 2010 a julio 2013. Para el cual realizo un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal y de tipo observacional con una muestra integrada por 30,584 nacimientos a término. Donde selecciono a los recién nacidos con peso mayor 4000g considerándolos como diagnóstico de macrosomía el cual concluyo que la incidencia de macrosomía coincide con lo reportado en estadísticas nacionales. Los factores de riesgo más relevantes en su población son la obesidad materna y la multiparidad. La principal complicación materna fue el desgarro perineal, seguida de atonía uterina y hemorragia post parto. Las complicaciones perinatales complicaciones presentes fueron la distocia de hombros, asfixia y fractura de clavícula.

Marco Zavala y col (México - 2009), en su estudio observacional, ambispectivo, transversal, analítico en Recién nacidos vivos sanos de 36 a 42 semanas, Se calculó el IMC de cada individuo y se estimó la distribución porcentual de la población estratificado por edad y sexo; se establecieron grupos de riesgo y calculamos tasas de prevalencia, proporciones y asociación con el parto vía abdominal, titulada “Índice de masa corporal en la definición de macrosomía fetal” Concluye que: Empleando el IMC la prevalencia de macrosomía es mayor. Aproximadamente el 50% de los neonatos >4,000g poseen un IMCAEG. Todos los neonatos grandes para su edad gestacional, sin importar la escala que se emplee, tienen riesgo significativo de nacer por vía abdominal.³⁵

2.2. Bases Teóricas

Macrosomía fetal (Macrosomía o Macrosomatía); etimológicamente significa tamaño grande del cuerpo. Tradicionalmente, la macrosomía fetal ha sido macro soma definida por un peso arbitrario al nacer, tal como 4000,

4100, 4500 o 4536 gramos.²⁵ El parto de estos fetos grandes ocasiona traumatismo tanto en la madre como en el feto. Históricamente, la macrosomía fetal ha estado asociada a una alta tasa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, dos veces mayor que la de la población general.³¹

De acuerdo al Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. define a la macrosomía fetal (también denominado hipertrófico), como aquel feto que pesa al nacer más de 4.000grs.,o que tiene un peso fetal estimado por ecografía de más de 4.500grs.⁴ sin embargo aún existe controversia a nivel mundial por una definición más exacta. Existen quienes apoyan la utilización del percentil mayor 90 de peso fetal para la edad gestacional²⁵ y otros un valor neto del peso neonatal de a 4000,4500 o 5000 gramos.

Un estudio realizado en Latinoamérica sugiere que la definición actual debe considerar el peso al nacer de 4000 g a mas dicho estudio menciona además que la macrosomía se asocia a un mayor riesgo relativo de morbilidad materna y neonatal. Esta definición ha sido usada en los últimos años, reportando un aumento considerable de la incidencia de macrosomía, con tasas que oscilan entre 10 a 13%.²⁶

Etiopatogenia de macrosomía fetal; datos evidenciados informan que no existe una causa específica la cual determine el crecimiento excesivo del feto. Es por ello que la macrosomía puede estar asociada a diversos factores recogidos en los antecedentes de las pacientes antes del embarazo y durante este, para su predisposición en el embarazo actual. Dentro de estos factores tenemos, los factores genéticos quienes controlan el crecimiento fetal tempranamente en la gestación y los factores ambientales que son más importantes al final de la gestación.²⁵

2.2.1. Factores Determinantes para el Crecimiento Fetal

2.2.1.1. Factores Genéticos

Existe un control genético de crecimiento y de diferenciación celular que es predictivo para el tamaño básico al nacer de las especies. El rango del tamaño al nacer que aparentemente está determinado genéticamente es grande. El peso normal al nacer en humanos varía de 2950 a 3850g en la semana 40 de gestación. Aproximadamente, 20% de la variación del peso al nacer en humanos es atribuible al genotipo fetal.²⁵

- ✓ Sexo fetal: el genotipo masculino se asocia a un incremento del peso al nacer. Los neonatos varones pesan 150 a 200 g más que el sexo femenino.

- ✓ Capacidad fetal para asimilar los nutrientes: Estos factores genéticos parecen contribuir con un tercio de la variación del peso al nacer. Schemmer y Col encontraron que mientras más variantes cromosómicas, hay un desorden en la proliferación celular; y en caso del genotipo masculino hay una diferencia significativa con relación a las mujeres, los neonatos varones pesan 150gr a 200gr más que el sexo femenino.^{1, 27} El genotipo fetal cuenta con un 15% de variaciones en el peso al nacer debido a los siguientes factores: genotipo Masculino, antecedente de Macrosomía, raza, etnia, contribuciones genéticas de la madre y del padre, y Capacidad fetal para asimilar los nutrientes.²⁵

2.2.1.2. Factores Ambientales

Los factores medio ambientales son aquellos medios en donde el feto y la madre van a desarrollarse. Estos factores son más importantes en el III trimestre del embarazo debido a que es el tiempo en que las variaciones del tamaño para el nacimiento se hacen más evidentes. Entre ellos tenemos factores ambientales Maternos extrauterinos, factores ambientales intrauterinos y factores contaminantes. Entre los factores ambientales extrauterinos tenemos: Estado emocional, Estado de nutrición, Hábitos, Estilos de vida y educación. Entre los factores

ambientales Intrauterinos tenemos: Vascularidad, Función placentaria y duración del embarazo y los factores Contaminantes son: agentes tóxicos y agentes infecciosos. En la medida que aumenta el tamaño fetal comienzan a verse implicados factores maternos y fetales.²⁶

- ✓ En caso de la nutrición materna, las mujeres que empieza la gestación con sobrepeso u obesidad, pues son condicionantes directos para el peso del feto, ya que el 10 a 40% de estas gestantes pierden o gana menos de 5,4kg al término del embarazo. A pesar de ello el 15 a 33% de los neonatos a término son macrosómico, comparado con las gestantes no obesas quienes aumentan de 9 a 13,5kg durante la gestación.²⁶
- ✓ El incremento del volumen plasmático e Hipertensión inducida por el embarazo
- ✓ Las reservas nutricionales pregrávidas y la ingesta durante el embarazo tienen una correlación positiva con la expansión del volumen sanguíneo gestacional, la presión sanguínea y el flujo útero placentario, por lo tanto; con la cantidad de nutrientes maternos transferidos al feto. Es por ello que el padecimiento de hipertensión durante la gestación es una respuesta hemodinámica a estos mecanismos que producen un reflejo del incremento de reservas pre- grávido y la elevada ingesta de nutrientes durante el embarazo.
- ✓ La diabetes gestacional y mellitus es la enfermedad que con mayor frecuencia complica el embarazo y se presenta aproximadamente en el 4% de las gestaciones. La importancia de la diabetes mellitus materna no controlada radica en las repercusiones en el feto, como principal complicación tenemos la macrosomía debido a que estas secuelas no solo son endocrinas sino más bien metabólicas, por acción de la hiperglucemia y la hiperinsulinemia en el I trimestre y en el resto del embarazo respectivamente.²⁶
- ✓ El embarazo prolongado es aquella que excede a las 42 semanas de gestación. La cual tiene como una de sus complicaciones la macrosomía neonatal teniendo más del 10% de nacimientos con

más de 4000gr. Es decir, la macrosomía es 3 a 7 veces más frecuentes en esta clase de embarazos.²⁶

- ✓ Cuando se juntan los factores de la edad y la paridad, la presencia de anomalías congénitas y la incidencia de feto macrosómico de tipo simétrico aumentan, ocasionando así una desproporción cefalopélvica y una mala presentación fetal; que condiciona a la gestante a un parto por cesárea.

2.2.1.3. Factores Microambientales

Son aquellos factores constituidos por el ambiente uterino entre los que encontramos el líquido amniótico, el cordón umbilical, las membranas amniocoriónicas y la placenta.

- ✓ La hormona más importante que regula el crecimiento fetal es la insulina. El exceso del mismo facilita el crecimiento fetal por medio de 2 mecanismos: la insulina induce un aumento de los procesos anabólicos, es decir, incrementa la utilización celular de la glucosa y su músculo esquelético; promueve la incorporación de los aminoácidos a las proteínas y la síntesis de estas, y disminuye el catabolismo proteico y la lipólisis; y el otro mecanismo es cuando la insulina actúa como factor de crecimiento y produce hipertrofia e hiperplasia de los tejidos sensibles a su acción (hígado, músculo esquelético, corazón, bazo, timo y adrenales), lo que provoca finalmente un aumento exagerado del tamaño fetal. La insulina ha sido denominada la hormona de crecimiento fetal.
- ✓ Útero placentarios: La influencia de la placenta es a través de tres mecanismos: El tamaño funcional, la capacidad de transportar oxígeno y nutrientes, y el metabolismo materno.

Existiendo así una correlación positiva entre el peso placentario y el peso fetal al nacer, esto está específicamente relacionado con el área de superficie vellosa aumentada en caso de fetos macrosómicos. Esta

correlación indica que el componente funcional de la placenta es de principal importancia para el crecimiento fetal.²⁵

2.2.1.4. Factores Macroambientales

Son los factores constituidos por las características ambientales, telúricas, físicas, sociales y económicas; es decir el ambiente terrestre y la repercusión que pueden tener sobre el crecimiento y desarrollo del feto. Mediante estos factores: estilos de vida, geografía y emociones.

2.2.2. Clasificación

2.2.2.1. Macrosomía Simétrica o Constitucional

Este tipo de macrosomía es influenciada genéticamente interactuando con un medio ambiente adecuado. Estos neonatos tienen un índice ponderal que se encuentra entre el percentil 90 y 97. Se caracteriza por ser grande en sus medidas, pero no presenta ninguna anomalía. Pero encontramos al momento de nacer los siguientes riesgos: condiciona a un parto por cesárea, desproporción feto pélvica y mala presentación fetal.

2.2.2.2. Macrosomía Asimétrica o Metabólica

Este tipo de Macrosomía es influenciada por un medio no adecuado en relación al mal control de patologías metabólicas en la madre.

Se caracteriza por estar encima del percentil 97 en relación al índice ponderal. A su vez se aprecia un crecimiento fetal acelerado y asimétrico. Este tipo está caracterizado principalmente por orgamegalia, la cual debe considerarse una entidad patológica. Suele observarse en mujeres diabéticas con mal control metabólico.

2.2.3. Diagnóstico

La determinación para macrosomía neonatal depende de una buena anamnesis y de una evaluación clínica feto - materna. Durante la evaluación se interrogará acerca de los síntomas y antecedentes clínicos, se efectuará un examen físico y pélvico con la finalidad de diagnosticar complicaciones que se debieran hacer al sospechar en la macrosomía fetal.

Mediante estos datos los profesionales de salud estimarán el peso al nacer, y se evaluará el peligro presente para la madre y/o feto en relación a los factores de riesgo. Además se podrá realizar una ecografía para determinar la velocidad de crecimiento fetal, la simetría en las proporciones corporales del feto y las características de la placenta y anexos.

2.2.4. Pronóstico

La sospecha de un nacimiento con feto macrosómico está asociada a desarrollar enfermedades maternas posteriores al nacimiento; la mayoría de madres no identificadas con diabetes en el embarazo, en un nacimiento macrosómico existe una alta probabilidad de desarrollarla.

Si la macrosomía fetal es lo suficientemente considerable como para causar daño potencial durante un parto vaginal, se podrá pronosticar la mejor vía de parto, buscando así una mejor salud futura para el binomio madre/ feto.²⁵

2.2.5. Complicaciones

Entendiéndose como complicación al término utilizado para describir problemas médicos adicionales que se pueden desarrollar después del trabajo de parto, parto y puerperio del recién nacido macrosómico.²¹

2.2.5.1. Complicaciones Maternas

Son aquellas complicaciones que se desarrollan en la madre durante el trabajo de parto, parto y puerperio. Entre ellas tenemos:

- ✓ El trabajo de parto disfuncional se define como la progresión anormal del trabajo de parto.
- ✓ El expulsivo prolongado se da cuando la duración del expulsivo es mayor de 1 hora para las multíparas y de 2 horas para nulíparas.^{12, 21}
- ✓ La retención de la placenta se considera a la falta de expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos posteriores al nacimiento.²²
- ✓ La retención de restos ovulares se da cuando parte de placenta como cotiledones se quedan retenidos en el útero.²²
- ✓ El desgarrar de partes blandas son laceraciones.
- ✓ La atomía uterina, causada por insuficiente contracción de la musculatura uterina.^{22,29}
- ✓ La ruptura uterina es la disolución de continuidad no quirúrgica de la pared uterina durante la gestación o en el trabajo de parto.²⁹
- ✓ La hemorragia post-parto es la pérdida sanguínea vaginal que condiciona alteración hemodinámica (aproximadamente >500cc), dentro de las 24 horas post parto de vía vaginal y más de 100cc por una cesárea.²⁹
- ✓ El shock hipovolémico es definido como la hipoperfusión de los tejidos, con disminución de la respiración celular. En el parto la mujer está expuesta inevitablemente por una situación de pérdida sanguínea de intensidad variable.²⁹

2.2.5.2. Complicaciones Perinatales

- ✓ El sufrimiento fetal agudo es el estado de compromiso fetal durante el trabajo de parto producido por la disminución del pase de oxígeno de madre a feto. En el presente trabajo se está considerando que el sufrimiento fetal agudo desencadena DIPS que es caídas transitorias de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) producidas por las contracciones uterinas. Se clasifican en; dips tipo II o desaceleraciones tardías y dips tipo III umbilicales o desaceleraciones variables.^{19,20}
- ✓ La distocia de hombros se define como la retención de los hombros después de la salida de la cabeza fetal la cual puede desencadenar.
- ✓ La fractura de clavícula es una ruptura del hueso de la clavícula,
- ✓ La parálisis braquial es la pérdida del movimiento o debilidad del brazo, causada por daño al conjunto de nervios alrededor del hombro, llamado plexo braquial.^{19,20}
- ✓ EL Apgar bajo al nacer o depresión neonatal se manifestada como Apgar bajo se relaciona con la prematurez, la pos-madurez y patologías maternas que pueden alterar el intercambio gaseoso materno fetal.²⁰

En el presente trabajo estamos considerando otras complicaciones perinatales como:

La asfixia perinatal definida como la disminución de oxígeno y aumento de dióxido de carbono con acidosis secundaria. Asfixia significa etiológicamente falta de respiración o falta de aire clínicamente es un síndrome que comprende; la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica.³⁴

Cefalohematoma; es una acumulación de sangre ubicada debajo del cuero cabelludo producida por una hemorragia subperióstica.

El síndrome de aspiración de meconio es el cuadro clínico de dificultad respiratoria en el recién nacido por presencia de líquido amniótico meconial debajo de las cuerdas vocales (árbol traqueobronquial) debido a la aspiración de líquido amniótico conteniendo meconio en el momento de la primera respiración o intra-útero.^{19,20}

La muerte perinatal es definida por “La Organización Mundial de la Salud” como la muerte del feto o recién nacido desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida.

En el presente trabajo de investigación se desarrolló con mayor especificación a las complicaciones maternas perinatales que se presentaron en el estudio.

2.2.5.3. Complicaciones Maternas Perinatales Encontradas en el Estudio

2.2.5.3.1. Trabajo De Parto Disfuncional

Parto disfuncional ocurre cuando el progreso en la dilatación, y el descenso de la presentación o en la expulsión del feto se aparta del ritmo normal.³⁴

El trabajo de parto disfuncional eleva la morbilidad y mortalidad materna por el aumento de la cesárea, las instrumentaciones, las lesiones del canal del parto y las hemorragias del tercer y cuarto periodo del parto. La principal tarea del médico en el parto disfuncional es la observación cuidadosa y evitar el intervencionismo exagerado. Se recomienda el uso del partograma para lograr fácilmente su identificación.

2.2.5.3.2. Trabajo de Parto Prolongado

Detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto

por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las 12 horas. Se manifiesta porque la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha.^{12, 21}

Las etiologías encontradas son las siguientes: desproporción céfalo pélvica, mala presentación o situación fetal, uso de sedantes uterinos, ayuno prolongado y distocias cervicales, y de contracción.

Los factores de riesgos asociados, son los siguientes: parto domiciliario, gestantes obesas o desnutridas, gestantes adolescentes menor de 15 años, gestantes añosas mayor de 35 años, talla corta: menor de 1.40 m, abdomen péndulo, intervalo ínter genésico prolongado y cascaredas anteriores.

El cuadro clínico se manifiesta de la siguiente manera: duración prolongada del trabajo del parto, curva de dilatación del trabajo de parto ingresa a la zona de riesgo, monitoreo clínico del trabajo de parto alterado y agotamiento materno.

Los criterios de diagnóstico se dan cuando se produciéndose alteraciones en la fase latente. Esto se evidencia cuando la fase latente dura un promedio mayor a veinte horas, en primíparas y en multíparas mayor de catorce horas

Las alteraciones de la fase activa se comprueba mediante el tacto vaginal y la lectura del partograma con curva de alerta se pueden detectar por enlentecimiento y por detención.

En el caso de alteración de enlentecimiento se enfoca a la fase activa o prolongada, en la que dilatación cervical avanza con una velocidad menor de 1 cm/hora, durante la fase activa del trabajo de parto. En promedio se considera si esta fase dura más de doce horas en primíparas y ocho horas en multíparas.^{12, 21}

También existe el retraso del descenso o descenso lento cuando la presentación fetal desciende menos de 1 cm/hora en nulíparas y menos de 2cm/hora en multíparas, durante la fase activa del trabajo de parto.^{12, 21}

En el caso de alteración por detención tenemos dos formas, la primera es la detención de la dilatación, que ocurre cuando se interrumpe o se detiene en la fase activa en dos horas o más. La segunda forma es la detención del descenso, que ocurre cuando no existe el progreso del descenso del polo fetal en una hora o más, tanto en nulíparas o multíparas, fundamentalmente en el expulsivo.^{12, 21,34}

La alteración expulsivo prolongado considera más de dos horas en nulíparas y multíparas para más de una hora.

Existen complicaciones maternas como hemorragias causada desgarras cervicales y rotura uterina que amerita reparación quirúrgica en sala de operaciones.

2.2.5.3.3. Desgarro de Partes Blandas

Los desgarras de partes blandas es la pérdida de continuidad, que se produce en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina). El desgarro puede ser central o lateral.

- ✓ La morbilidad asociada a los desgarras perineales es un problema de salud, ya que más del 91% de las mujeres reportan un síntoma persistente al menos por ocho semanas después del parto.

Un riesgo importante para las pacientes es presentar desgarro perineal, que principalmente ocurren en las primíparas con mayor frecuencia especialmente cuando no se realiza la episiotomía, o ésta es insuficiente para facilitar la salida del feto, cicatrices operatorias previas, deficiente atención del parto, parto precipitado, macrosomía fetal (se describe a un feto con un peso mayor de 4000g). Anomalías congénitas y rigidez de los tejidos especialmente en las primíparas añosas, a veces existen algunas condiciones desfavorables en la constitución del perineo (malnutrición materna, infecciones) que facilitan los desgarros a pesar de la experiencia de la persona que atiende el parto, también se presentan en pelvis estrechas y en variedades occipitosacras.^{12, 21}

2.2.5.3.4. Clasificación de Desgarros

Los desgarros vulvoperineales se clasifican en cuatro grados:

- ✓ Primer grado: solo la piel y los tejidos superficiales
- ✓ Segundo grado: además de la piel y los tejidos superficiales están comprometidos los músculos de periné.
- ✓ Tercer grado: extiende de los músculos perineales al esfínter del ano.
- ✓ Cuarto grado: las estructuras anteriores más la mucosa rectal.³⁴

2.2.5.3.5. Consecuencias de los Desgarros

Los desgarros perineales ocurren con frecuencia, especialmente los de primer grado, muchas veces no necesitan ser reparados; los de segundo grado generalmente pueden ser fácilmente suturados bajo anestesia local y cicatrizan sin mayores complicaciones. Los de tercer y cuarto grado necesitan una sutura especial, cuidados y a veces puede utilizarse antibiótico profiláctico.¹²

Las consecuencias de los desgarros perineales es una episiotomía o desgarro mal suturado tienen consecuencias que ocasionan un efecto negativo en el área psicológica de la mujer, estas consecuencias pueden ser a corto, mediano y largo plazo, tales como, la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal, prolapso, etc.

Los factores de riesgo para el desgarro perineal, según las bibliografías existen muchos factores de riesgo para presentar desgarro perineal, estos se pueden agrupar en las siguientes categorías:

- ✓ Factores maternos (edad materna y anemia materna)
- ✓ Factores obstétricos (paridad, tiempo del expulsivo y periodo intergenésico corto.
- ✓ Factores neonatales (peso del recién nacido)

2.2.5.3.6. Hemorragia Postparto

Pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva a la expulsión de la placenta durante las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 cc por cesárea.³⁴

También se define por el sangrado postparto con cambios hemodinámicos que requiere transfusión de sangre. Además la diferencia del hematocrito en más del 10%, en comparación al ingreso. Hemorragia postparto tardío es la pérdida sanguínea después de las 24 horas, postparto, hasta la culminación del puerperio.

La etiología en la hemorragia intraparto es causada por la retención de placenta. La hemorragia postparto es generada por atonía uterina, retención de restos o alumbramiento incompleto, lesión del canal del parto (laceraciones y/o hematomas), inversión uterina y coagulación intravascular diseminada.

En los aspectos epidemiológicos se presenta hasta en el 10% de los partos, es la primera causa de la muerte.

2.2.5.3.7. Criterios de Diagnósticos

- ✓ Atonía uterina: Sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño, que no se contrae.¹²
- ✓ Retención de placenta: Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido.¹²
- ✓ Retención de restos placentarios y/o restos de membranas: Sub involución uterina, placenta se encuentra incompleta (ausencia de cotiledones o parte de membranas ovulares).
- ✓ Lesión de canal del parto: Sangrado continuo con útero contraído.¹²
- ✓ Inversión uterina: Útero no palpable a nivel del abdomen, tumoración que se palpa en canal vaginal o protruye por fuera del canal vaginal. Dolor hipogástrico agudo.

2.2.5.4. Sufrimiento Fetal Agudo

Definido como el Estado de compromiso fetal instalado durante el trabajo de parto caracterizado por hipoxia, hipercapnia y acidosis .Los términos "SFA" y "Fetal Oistress" ,debido a su imprecisión e inespecificidad, están siendo reemplazados por "Riesgo de Pérdida del Bienestar Fetal" y " Estado Fetal No Tranquilizador", respectivamente.^{20,21}

Existen factores de riesgo asociados a la reducción de flujo sanguíneo a través del cordón umbilical son provocados por circular de cordón, nudos verdaderos y prolapso del cordón umbilical así como también se considera que el uso de analgésicos y anestésicos. Existen factores

maternos que también se encuentran asociados como: Anemia severa, alteraciones de la contracción uterina, desequilibrio ácido-base, desprendimiento prematuro de placenta, diabetes mellitus, cardiopatías, embarazo prolongado, enfermedad hipertensiva del embarazo, hemoglobinopatías., shock e Hipotensión materna, soimmunización Rh, prematuridad., sepsis, latrogenia.

El diagnóstico puede hacerse durante el trabajo de parto de una forma indirecta mediante el registro continuo de la FCF (monitorización biofísica), o de una forma más directa mediante el análisis de microtomas de sangre fetal (monitorización bioquímica). Ambos procedimientos no se excluyen, sino que se complementan.

Los criterios de diagnósticos se manifiestan mediante patrón cardiotocográfico no tranquilizador, indeterminado o anormal, tinción meconial del líquido amniótico asociado a Patrones no normales de la frecuencia cardíaca fetal. Alteración del equilibrio ácido-base. PH fetal.

2.2.5.5. Trazados de Categoría I

La categoría I está considerado como estado ácido base normal incluyendo lo siguiente:

- ✓ Línea de Base: 110 a 160 latidos x minuto.
- ✓ Variabilidad": Moderada.
- ✓ Desaceleraciones Tardías o Variables: Ausentes.
- ✓ desaceleraciones Tempranas: Presentes o Ausentes.
- ✓ Aceleraciones: Presentes o Ausentes.

2.2.5.6. Trazados de Categoría II:

La categoría II es indeterminado por ser no predictivos de estado ácido base anormal, pero no hay evidencia adecuada para clasificarlo como Categorías I ó II y requiere vigilancia y reevaluación tomando en cuenta circunstancias asociadas, incluye cualquiera de lo siguiente:

- ✓ Línea de Base: puede presentar taquicardia o Bradicardia no acompañada por variabilidad ausente.
- ✓ Variabilidad: Variabilidad mínima o ausente no acompañada por desaceleraciones frecuentes y variabilidad marcada.
- ✓ Aceleraciones: Ausencia de aceleraciones inducidas por estimulación fetal.
- ✓ Desaceleraciones Periódicas o Episódicas: Desaceleraciones variables recurrentes acompañadas por variabilidad Mínima o moderada también se pueden presentar de la siguiente manera:
 - Desaceleración prolongada menor o igual a dos minutos pero menos diez minutos.
 - Desaceleraciones Tardías recurrentes con variabilidad Moderada desaceleraciones variables con retomo lento al basal.

2.2.5.7. Trazados de Categoría III

Esta categoría es considerada anormal por los predictivos de estado ácido base anormal. Incluye cualquiera de lo siguiente:

Variabilidad ausente y alguno de los casos se presenta de la siguiente manera: Desaceleraciones Tardías Recurrente, Desaceleraciones Variables Recurrentes o Bradicardia y Patrón Sinusoidal.

Dentro de los exámenes auxiliares para diagnosticar el compromiso fetal tenemos el monitoreo electrónico fetal y la medida del estado ácido-base fetal se realiza una microtoma de pH de calota fetal: Es el método más fiable para el diagnóstico de sufrimiento fetal permite

determinar el estado ácido base fetal en el trabajo de parto dando como resultados si el PH mayor 7.25 quiere decir es esta dentro de los parámetros normales, si PH es de 7.2 a 7.24, es probable el desarrollo de la hipoxia fetal, si PH es menor de 7.2 es indicativo de hipoxia/acidemia fetal y se recomienda extracción fetal por la vía más rápida^{20,21}

2.2.6. Depresión Neonatal

Es la valoración del test de Apgar al minuto menor o igual a seis con evolución neurológica neonatal normal. Hasta hace algunos años el término de asfixia perinatal fue usado para referirse al recién nacido que tenía un puntaje de Apgar bajo.

En la actualidad se sabe que un neonato deprimido no es sinónimo de asfixia neonatal.³⁷

2.2.6.1. Clasificación de depresión neonatal

En la depresión neonatal leve tenemos a los antecedentes de sufrimiento fetal agudo, al Apgar < 6 al minuto y ≥ 7 a los cinco minutos, PH cordón umbilical > 7.18 y asintomático a las 10 minutos. En depresión neonatal moderado tenemos a los antecedentes de sufrimiento fetal agudo, Apgar < 6 al minuto y < a los cinco minutos, PH cordón umbilical > 7.18 y asintomático a las 10 minutos.

En la última clasificación tenemos a la depresión neonatal severa, asfixia perinatal (Apgar de 0 a 3 al minuto persistente a los 5 minutos)
³⁷

2.2.7. La Distocia de Hombros

Se define como el fallo en la salida espontánea del tronco fetal, por el impacto del hombro anterior contra la sínfisis del pubis, o más raramente el

hombro posterior contra el promontorio sacro, que requiere de maniobras especiales para poder desprender los hombros.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda considerar una cesárea electiva para prevenir distocia de hombros ante un peso fetal estimado de más de 5.000 g en mujeres no diabéticas y mayor de 4500g en mujeres diabéticas.^{29, 34}

Dentro de los Factores de Riesgo tenemos a la macrosomía fetal, diabetes mellitus, antecedente de distocia hombros, alteraciones del Parto., embarazo posttermino.y obesidad y ganancia de peso elevada en el embarazo.

2.2.7.1. Manejo Intraparto de la Distocia de Hombros

El objetivo es realizar el parto de forma segura previniendo la asfixia fetal y la parálisis braquial, así como evitar fracturas óseas al feto y traumatismos maternos.

Se estima que el asistente al parto tiene unos siete minutos para extraer un feto previamente bien oxigenado antes de que se produzcan daños por asfixia. Aunque otros estudios informan que el 47% de los fetos con DH mueren en los 5 primeros minutos tras la salida de la cabeza.

Hay diferentes maniobras descritas para resolver una distocia de hombros y no hay evidencia de que una sea más eficaz que otra. Se recomienda comenzar con la maniobra de Mc Roberts (ayudada por presión suprapúbica) por ser la maniobra eficaz más sencilla.

Las maniobras que sigan a ésta, dependerán de las circunstancias particulares de cada caso y de la experiencia del operador. Hay que actuar de forma sistemática para conseguir tanto efectividad como delicadeza, y evitar la prolongación del tiempo entre la extracción de la cabeza y el cuerpo fetal, así como no causar traumas innecesarios

Se recomienda en primer lugar un intento suave de tracción caudal de la cabeza fetal, asistido por el esfuerzo expulsivo materno. Si esta medida inicial no da resultado, debemos indicar a la madre que cese los pujos por el riesgo de agravar la impactación del hombro anterior sobre la sínfisis materna y colocarla con las nalgas al borde de la cama. Pedir ayuda inmediatamente tras el diagnóstico de distocia de hombros. No se ha de emplear la presión sobre el fondo uterino.

- ✓ Se asocia con una tasa de complicaciones neonatales inaceptablemente elevada y puede causar rotura uterina.
- ✓ La episiotomía no es necesaria en todos los casos. Existe controversia sobre si la episiotomía es necesaria, ya que la distocia de hombros típica no se produce por obstrucción por los tejidos blandos.
- ✓ La realización de una amplia episiotomía puede ayudar a la realización de maniobras de rotación interna. Se aconseja por tanto considerarla, sin ser ésta obligatoria.

2.2.7.2. Maniobras de Primer Nivel

Son aquellas que se realizan desde el exterior, de forma sencilla, sin anestesia y que tratan de modificar la estática (dimensiones) y la dinámica (posiciones) de la pelvis y del feto.

- ✓ Maniobra de Mc Roberts: Consiste en provocar una hiperflexión de las caderas sobre el abdomen materno, con su propia colaboración o con la de dos ayudantes. De esta forma se logra el enderezamiento del sacro en relación a las vértebras lumbares con la rotación simultánea de la sínfisis púbica hacia la cabeza materna, lo cual puede contribuir a desimpactar el hombro anterior fetal. Es de fácil aplicación y tiene baja morbilidad materna y neonatal, debiendo elegirse como primera opción. Esta maniobra resuelve un 42% de

las DH. En caso de fracaso, no insistir en la maniobra y pasar a una de segundo nivel.³⁴

- ✓ Presión supra púbica: Se aplica si fracasa la maniobra anterior, o conjuntamente con ésta, solucionando en conjunto el 60% de la distocia de hombros. Se describen dos variantes: No es mandatorio la práctica de una episiotomía y se recomienda no utilizar la maniobra de Kristeller.
- ✓ Técnica de Mazzanti: consiste en la aplicación de presión suprapúbica en la línea media y en sentido posterior por parte de un ayudante, al tiempo que se tracciona suavemente y hacia abajo (no hacia fuera) de la cabeza fetal; consiguiendo con ello desalojar el hombro anterior de su posición, empujándolo detrás de la sínfisis del pubis y disminuir el diámetro biacromial.³⁴
- ✓ Técnica de Rubín: consiste en la aplicación de presión lateral sobre el hipogastrio materno contra el hombro anterior, en un intento de movilizar la cintura escapular a una posición oblicua dentro de la pelvis materna desimpactado de este modo el hombro. Al tiempo se tracciona suavemente de la cabeza hacia abajo para desprender el hombro una vez desimpactado.

- ✓ Maniobra de Gaskin, posición “a gatas”, maniobra cuádruple o maniobra de “allfours”: consiste en que la gestante pase a una posición ventral y quede apoyada sobre sus manos y rodillas. En esta posición, la fuerza de gravedad actúa sobre el feto, modificándose además los diámetros pélvicos, de modo que resulta especialmente útil en la desimpactación del hombro posterior. Se precisa ausencia de analgesia epidural y recomendándose solo mientras acude la asistencia solicitada. Efectividad del 83%. Se recomienda que la primera maniobra que se realice sea la de McRoberts, acompañada de presión supra púbica.

2.2.7.3. Maniobras de segundo nivel

Son las que se practican en un tiempo intravaginal, de forma más compleja y preferiblemente bajo anestesia; tratando de modificar la estática (dimensiones) o la dinámica (posición) del feto.

- ✓ Maniobra de destornillador de Woods: Consiste en rotar los hombros en la pelvis para sacar el hombro posterior en uno de los diámetros oblicuos. Habitualmente requiere la práctica de episiotomía que facilite el espacio suficiente para la manipulación intravaginal. Posteriormente se aplicará presión con 2 dedos. Se recomienda que la primera maniobra que se realice sea la de McRoberts, acompañada de presión suprapúbica en la cara anterior del hombro posterior rotándolo hacia arriba con lo cual se consigue exteriorizar el hombro posterior en uno de los diámetros oblicuos. Posteriormente, se sigue rotando hasta transformarlo en anterior, pero ya fuera de la pelvis. Luego se libera el otro hombro (ahora posterior) traccionando hacia arriba del cuerpo del feto. Esto tiende a abducir los hombros y aumentar el diámetro biacromial.³⁴
- ✓ Maniobra de Rubin (maniobra de Woods inversa: se basa en la aplicación de presión con dos dedos sobre el hombro más accesible, sea al anterior o el posterior, en dirección al esternón fetal, provocando una aducción de los hombros, y con ello, la reducción de la circunferencia y diámetro biacromial, hasta exteriorizar el hombro en uno de los diámetros oblicuos, procediendo posteriormente igual que en la maniobra de Woods.
- ✓ Maniobra de Jacquemier: maniobra de Barnum o extracción manual del hombro posterior: para su realización se introduce la mano suavemente a lo largo de la convergencia del sacro. Si el dorso del feto está hacia la derecha de la madre, se usa la mano derecha; y si el dorso está a la izquierda de la madre, se emplea la mano izquierda (o la más hábil del operador). Posteriormente, con dos dedos (índice y anular) se sigue el trayecto del brazo posterior hasta el codo, aplicando compresión con los dedos en la fosa antecubital para que el antebrazo se flexione. De esta forma se

puede sujetar el antebrazo, luego se desplaza éste sobre el pecho enrollándolo en torno a la cara del feto, tirando hacia arriba, con lo cual se logra la extracción del brazo posterior. Es importante movilizar los huesos del antebrazo y del brazo con cuidado, como si nuestros dedos fueran férulas para evitar la fractura, que es fácil de producir si los movilizamos con el dedo como un gancho. El mayor riesgo es la fractura de humero.³⁴

2.2.7.4. Maniobras de tercer nivel

Su empleo es excepcional. Producen alta morbimortalidad. Clásicamente se han descrito las siguientes:

- ✓ La fractura de clavícula intencionada es la presión digital sobre algunas de las clavículas usualmente la anterior hacia la sínfisis púbica reduciendo el diámetro biacromial.
- ✓ maniobra de Zavanelli es la reintroducción de la cabeza fetal en el canal de parto con posterior extracción mediante cesárea.

2.3. Terminología Básica:

Edad fértil: En el siguiente trabajo se consideró a las mujeres en edad fértil las edades entre los 15 y los 49 años clasificándolas de la siguiente manera 15-19años, 20 a 34 y 35 a más.

Adolescencia: La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años y que incluye tres fases adolescencia temprana (10 a 13) ,adolescencia mediana (14 a 16) y adolescencia tardía (17 a 19).²⁴

Edad materna avanzada: El embarazo en mujeres de 35 o más años ha sido definido como embarazo en edad materna avanzada, aunque otros

utilizan este término a partir de los 40 años y como embarazo en edad muy avanzada a partir de los 45 años.¹⁵

Gestación: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como aquella etapa que comienza cuando culmina la implantación en blastocisto; luego se denomina embrión cuando llega hasta la semana ocho del embarazo; y a partir de esta semana, y hasta al parto se llama feto. Este período corresponde a 280 días o 40 semanas.²³

Paridad: Número de partos que ha tenido la gestante, antes del embarazo actual. Donde se toma en cuenta el total de recién nacidos a término, pre término, abortos y número de hijos vivos actualmente.¹²

Atención prenatal: el ministerio de salud (MINSA) la define como la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano sin deterioro de la salud de la madre.³⁶

IMC (índice de masa corporal): es el divisor entre el peso basal y la talla expresada en kg/m^2 (peso/ talla) cuya fórmula más conocida es la del índice Quetelet.³⁷

IMC pregestacional: es la cantidad de masa corporal de las gestantes antes de embarazarse, se puede clasificar en bajo peso, adecuado y sobre o alto peso.³⁷

Edad gestacional: Número de semanas de embarazo que tiene la gestante al momento de la resolución del embarazo.¹²

Gestación prolongada o embarazo prolongado: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como gestación prolongada es la que dura más de 42 semanas (> 294 días), o 14 días después de la fecha probable de parto (FPP).²³

Antecedentes obstétricos patológicos: Complicaciones obstétricas durante embarazo anteriores al embarazo actual.

Factores de riesgo obstétrico y perinatal: Aquellos casos en los que por incidir durante la gestación, en el parto, o en el recién nacido determinados factores sociales, médicos, obstétricos o de otra índole se produce una morbilidad y mortalidad perinatal superior a la de la población en general.

Parto: El parto es el proceso por el cual se expulsa del útero, el producto o feto con un peso igual o mayor de 500 g, igual o mayor a las 22 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación, ya sea en forma espontánea y fisiológica constituyendo la eutócía o en forma anormal o patológica en cuyo caso constituye la distocia.²⁹

Parto normal o eutócico: es aquel que evoluciona con todos sus parámetros dentro de los límites fisiológicos.²²

Parto Distócico: es aquel que presenta algunas alteraciones de su evolución (distocia contráctil del útero, del mecanismo del parto, parto prolongado evaluado porque en el partograma sobrepasa el percentil 90 de la curva de dilatación cervical en función del tiempo. Dicho de otra manera, toda dificultad a la libre realización del parto por las vías naturales, se considera distocia.²⁹

Trabajo de Parto: Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos. Comprende desde el inicio de las contracciones uterinas y la dilatación del cuello uterino hasta la expulsión de la placenta y sus anexos.^{12, 34}

Periodo de trabajo de parto: El trabajo de parto es el proceso que culmina en el parto. Empieza con el inicio de las contracciones uterinas regulares y termina con el parto del recién nacido y la expulsión de la placenta.¹²

Periodo de dilatación: Consta a su vez de dos fases: • Fase Latente: Se inicia desde el momento en que la madre percibe dinámica uterina y finaliza con la presencia de un cuello borrado y 3 cm de dilatación • Fase Activa: Periodo de tiempo comprendido entre los 3y los 10 centímetros de dilatación.³⁴

Periodo expulsivo: Se inicia cuando se ha llegado a la dilatación completa del cérvix y finaliza con el nacimiento del feto.³⁴

Alumbramiento: Ocurre entre el nacimiento del recién nacido (RN) y la expulsión de la placenta. Puede durar hasta 45 minutos en nulíparas y un máximo de 30 minutos en multíparas. Mientras tanto en la cavidad uterina se forma el hematoma retro placentario que hace el despegamiento de la placenta de la decidua basal conjuntamente con las membranas.

Después del lapso indicado se presenta nuevamente sintomatología contráctil, comprobándose al examen abdominal la elevación y la lateralización del útero como signo de desprendimiento de la placenta para seguidamente ser expulsada.^{12, 34}

Manejo Activo del Alumbramiento: Administración de 10 ul de Oxitocina vía intramuscular, Tracción contra tracción mediante la maniobra de Brand Andrews y Masaje Uterino.³⁴

El Test de Apgar: El test de Apgar es un sistema de calificación para la evaluación del recién nacido inmediatamente después de su nacimiento los signos que se evalúan al minuto y a los cinco minutos son características fácilmente identificables como: frecuencia Cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, respuesta refleja y color

Estos signos se evalúan y se asignan un valor de 0 a 2. La valoración al minuto expresa principalmente la evolución prenatal y a los 5 minutos tiene un mayor pronóstico en cuanto a la normalidad o potencial anormalidad neurológica y riesgo de mortalidad Los recién nacidos en condiciones excelentes son los comprendidos en el Test de Apgar con un puntaje mayor

a 7; los niños moderadamente deprimidos tienen un puntaje de 4 a 6 y los niños severamente deprimidos son los que tienen apgar de 0 a 3 al minuto.

Para fines prácticos podemos considerar el Apgar a los 5 minutos como:

Puntuación 0–3: Riesgo aumentado de parálisis cerebral

Puntuación 4–6: Anormal, afectado por diversos factores

Puntuación 7–10: Normal.³⁴

Etapa Perinatal: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la etapa perinatal aquella que comienza a las 22 semanas completas ó 154 días de gestación o 500 gramos de peso y termina a los 7 días completos después del parto.²³

2.4. Hipótesis

Por tratarse de un estudio de tipo descriptivo no necesita de una hipótesis.

2.5. Variables

2.5.1. Variable Independiente

Como única variable independiente tenemos al parto vaginal con recién nacido macrosómico.

2.5.2. Variable Dependiente

Las variables dependientes son consideradas en las complicaciones maternas perinatales.

2.5.3. Variables Intervinientes:

Estas variables son: edad, ocupación, grado de instrucción y estado civil

2.6. Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
VARIABLE INDEPENDIENTE					
Parto vaginal con recién nacido macrosómico	cualitativa	Parto por vía vaginal con recién nacido con un peso mayor o igual 4000 g	$\geq 4000g$	Nominal	Peso de Recién nacido
VARIABLES DEPENDIENTES					
Complicaciones maternas	Cualitativa	La pérdida sanguínea >500cc pos parto	Hemorragia post parto Desgarro	Nominal	1. Si 2. No
	Cualitativa	La pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina).	de partes blandas Trabajo de	Nominal	1. Si 2. no
	Cualitativa	Parto disfuncional ocurre cuando el progreso en la dilatación, en el descenso de la presentación o en la expulsión del feto se aparta del ritmo norma	parto disfuncional	Nominal	1. si 2. no
Complicaciones perinatales	cualitativa	Estado de compromiso fetal instalado durante el trabajo de parto caracterizado por hipoxia, hipercapnia y acidosis	Sufrimiento fetal agudo	Nominal	1. si 2. no
	cualitativa	Es la valoración del test de Apgar al minuto menor o igual a 6 con evolución neurológica neonatal normal.	Depresión modera al nacer	Nominal	1. si 2. no

	cuantitativa	Fallo en la salida espontanea del tronco fetal, por el impacto del hombro anterior contra la sínfisis del pubis, o más raramente el hombro posterior contra el promontorio sacro.	Distocia de hombros	Nominal	1. si 2. no
Índice de masa corporal pre-gestacional	Cuantitativa	Es la cantidad de masa corporal de las gestantes, antes de embarazarse,	1. Bajo peso <18.5 2. Normal 18.5-<25 3. Sobrepeso IMC <=30 a>25 4. Obesidad IMC> 30	Continua	Peso pre-gestacional
Factores de riesgos maternos	Cualitativo	Circunstancia que aumenta las probabilidades de la gestante de contraer una enfermedad	1. Antecedentes de Macrosomía 2. Antecedentes de diabetes 3. Antecedentes de diabetes gestacional 4. Embarazo prolongad 5. obesidad	Nominal	1. si 2. no
Paridad	Cuantitativa	Nº de gestaciones	1. Primípara 2. Multipara 3. Gran múltipara≥6	discontinua	Formula obstétrica
atenciones prenatales	Cuantitativa	Número de controles realizados	1. 0 2. 1 a 5 3. ≥6	Discontinua	1) No atención 2) Deficiente 3) optimo
Edad gestacional	cuantitativa	Semanas de gestación por FUR	1) 37 a 40 2) 41 a 42 3) 42 o mas	Discontinua	Tiempo de gestación
Sexo del recién nacido	Cualitativo	Fenotípicamente establecido	1) Masculino 2) femenino	Nominal	sexo
Puntuación de Apgar	Cualitativo	Examen rápido que se realiza al minuto y a los 5 minutos después del nacimiento	1) 7 – 10 2) 4 –6 3) 0 – 3	Nominal	1) Normal 2) Moderado 3) severo

VARIABLES INTERVINIENTES

Edad Materna	cuantitativa	Años transcurridos	1) 15 de 19 años 2) 20 a 34 3) 35 a mas	continua	años
Estado civil	Cualitativa	Unión conyugal	1) Soltera 2) Casada 3) Conviviente 4) Viuda 5) Divorciada	Nominal	Tipo unión
Grado de instrucción	Cualitativa	Grados alcanzados	1) Analfabeta 2) primaria 3) Secundaria 4) Superior técnico 5) Superior universitario	Nominal	Grados
Ocupación	Cualitativa	Actividad que realiza	1) ama de casa 2) obrero 3) independiente	Nominal	Actividad

CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO

3.1. Tipo de Investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

3.2. Ámbito de Investigación

El diseño del presente estudio se realizó en el instituto Nacional Materno perinatal que se encuentra ubicado en Jirón Miro Quesada 941, cercado de Lima 15001 Distrito de lima- Perú. Es una institución asistencial de Nivel III-2, es una dependencia del MINSA, fundada el 10 de octubre de 1826.

3.3. Población y Muestra

3.3.1. Población

Todas las historias clínicas de las puérperas que tuvieron un parto vaginal con recién nacido macrosómico, en el instituto nacional materno

perinatal durante los meses de enero a diciembre 2016 Considerando los criterios de inclusión y exclusión para delimitar a la población de estudio.

3.3.2. Criterios de Inclusión y Exclusión

3.3.2.1. Criterios de Inclusión

- ✓ Historia clínicas de puérperas de edades fértiles a partir de 15 años y ≥ 35 años de edad.
- ✓ Historias clínicas de puérperas con y sin control prenatal.
- ✓ Historia clínica de puérperas con recién nacido macrosómico que hayan tenido edad gestacional >37 semanas. (a término y post termino).
- ✓ Historia clínica de puérperas que hayan ingresado al servicio en el periodo I del trabajo de parto.
- ✓ Historia clínica de puérperas con recién nacido macrosómico que hayan nacido por parto vaginal.
- ✓ Historias clínicas de puérperas con recién nacidos de peso $\geq 4000g$.
- ✓ Historia clínica con Registro completo de datos necesarios para la realización del estudio.

3.3.2.2. Criterios de Exclusión

- ✓ Historia clínicas de puérperas de edades fértiles de 10 a 14 años de edad.
- ✓ Historia clínica de puérperas con recién nacido macrosómico que hayan tenido edad gestacional <37 semanas (pre termino)
- ✓ Historias clínicas de puérperas con recién nacidos macrosómico que hayan nacido de parto por cesárea
- ✓ Historias clínicas de puérperas con recién nacido de peso $< 4000g$.
- ✓ Historia clínicas de puérperas con recién nacido macrosómico que ingresó al Servicio durante el II periodo del parto.

- ✓ Historia clínica de puérperas con recién nacido Macrosómicos de parto domiciliario.
- ✓ Historias clínicas de Puérpera con recién nacido macrosómicos referido de otro Centro de Salud.
- ✓ Historia clínica con Registro Incompleto de datos necesarios para la realización del estudio.

3.3.3. Unidad de análisis

La Unidad de Análisis está constituida por cada registro de historias clínicas correspondiente a los partos vaginales con recién nacidos macrosómicos, atendidos en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del instituto nacional materno perinatal durante los meses de enero a diciembre 2016.

3.3.4. Tamaño de muestra

El número total de partos durante el periodo 2016 en el Instituto Nacional Materno Perinatal= 21,983 (Fuente: Oficina de Estadística del INMP). En el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo 2016 nacieron en total 1903 recién nacidos macrosómico, que es la población total. (Fuente: Oficina de Estadística del INMP). Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula:

$$n = Z^2 P Q N / E^2 (N-1) + Z^2 P Q$$

Donde “n” es el tamaño de la muestra, “Z” es una desviación normal cuyo valor (1,96) corresponde al grado de confianza establecido (95%), “P” la proporción de unidades que posee el atributo de interés (11% del total de la población), “Q” corresponde a 1 – P, “E” es el error o precisión de la estimación (0,05) y “N” es el tamaño de la población. Reemplazando los datos en la fórmula obtenemos:

$$n = Z^2 P Q N / E^2(N-1) + Z^2 P Q$$

$$n = (1,96)^2 \times 0,11 \times 0,89 \times 1903 / (0,05)^2 \times 1902 + (1,96)^2 \times 0,11 \times 0,89$$

$$n = 3.8416 \times 1903 / 0.0025 \times 1902 + (3.8416 \times 0.11 \times 0.89)$$

$$n = 715.70429392 / 4.755 + 0.37609264$$

$$n = 715.70429392 / 5.13109264$$

$$\mathbf{n = 139.48}$$

Lo que nos da como resultado 139, que representa el tamaño de la muestra es de 139 historias clínicas de puérperas con recién nacidos macrosómicos las cuales fueron seleccionadas utilizando el muestreo aleatorio simple sin reposición aplicando los criterios de inclusión y exclusión.

3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue Observacional mediante la revisión de historias clínicas (fuente directa).

El instrumento que se utilizó en la recolección de datos fue una Ficha de registro debidamente validada. La cual cuenta con 33 datos distribuidos en 7 ítems:

3.5. Procesamiento de datos y análisis estadístico

Para la ejecución de la investigación se solicitó un permiso al director y al jefe del servicio de gineco-obstetricia del instituto nacional materno perinatal, solicitando la autorización para la recopilación de la información de las Historias Clínicas maternas perinatales cuyo egreso materno corresponde al año 2016 y según la población de estudio. Las historias clínicas se identificaron con la ayuda del personal de archivo y admisión de la Oficina de Estadística e Informática del INMP. Para la revisión y registro se utilizó una ficha de recolección de datos diseñada y basada a la presencia o ausencia de los criterios evaluados, según la muestra requerida para el estudio.

Se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Windows Excel. Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS - PASW versión 20 (Statistical Packaged for the Social Sciences – Predictive Analytics Software) para la elaboración de tablas descriptivas, de frecuencia, así como también de gráficos, que nos permitieron analizar los resultados para la elaboración de las conclusiones.

3.6. Aspectos Éticos

3.6.1. Confiabilidad

La presente investigación no va en contra de los principios éticos de las personas cuyas historias clínicas fueron incluidos en esta investigación, ni en contra de la ética de la universidad, ni del instituto donde se realizó la recolección de los datos.

Todos los procedimientos del presente estudio tratan de preservar la integridad y los derechos fundamentales de los pacientes sujetos a

investigación, de acuerdo con los lineamientos de las buenas prácticas clínicas y de ética en investigación biomédica. Se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos.

Se avaló que la investigación tendrá fines netamente educativos con un enfoque de mejora continua en la atención de salud. Este trabajo no requiere un consentimiento informado.

3.6.2. Veracidad

Se garantiza que los datos fueron analizados de manera correcta, sin alterarlos, ni manipularlos de ninguna forma posible, es decir fueron tabulados tal cual se encontraba registrado en las historias clínicas.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Se presenta los resultados de 139 de gestantes que han tenido un parto vaginal con recién nacido macrosómicos en el Instituto Nacional Materno Perinatal los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión. Asimismo se usó el análisis descriptivo donde se calcularon las medidas de tendencia central y los resultados presentados en cuadros de distribución de frecuencias (simples), además de respectivo gráfico.

Tabla 1 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según características sociodemográficas del INMP2016.

Características sociodemográficas	N	%
Edad		
De 15 a 19 años	20	14.4%
De 20 a 34	86	61.9%
De 35 a más	33	23.7%
Estado Civil		
Soltera	9	6.5%
Conviviente	110	79.1%
Casada	20	14.4%
Escolaridad		
Sin instrucción	6	4.3%
Primaria	13	9.3%
Secundaria	94	67.6%
Superior técnico	22	15.8%
Superior universitario	4	2.9%
Ocupación		
Ama de casa	113	81.3%
Obrera	12	8.6%
Independiente	13	9.4%
Estudiante	1	0.7%
Total	139	100.0%

De acuerdo a la tabla 1, se observa que el 66.9% (93 casos) de las mujeres corresponden al grupo etario entre 20 y 34 años de edad, siendo consideradas como adultas; corresponden a adolescentes el 14.4% (20 casos) y edad materna avanzada en 23.7% (33 casos). El estado civil que predominó en las mujeres atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal fueron convivientes (79.1%).

Respecto a la escolaridad se evidencia que el 67.6% tienen nivel secundario seguido del superior (técnico y universitario) con el 19.3%. La ocupación con mayor frecuencia fue ama de casa (81.4%) (Ver Gráfico 1).

Gráfico 1: Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según edad materna del INMP 2016.

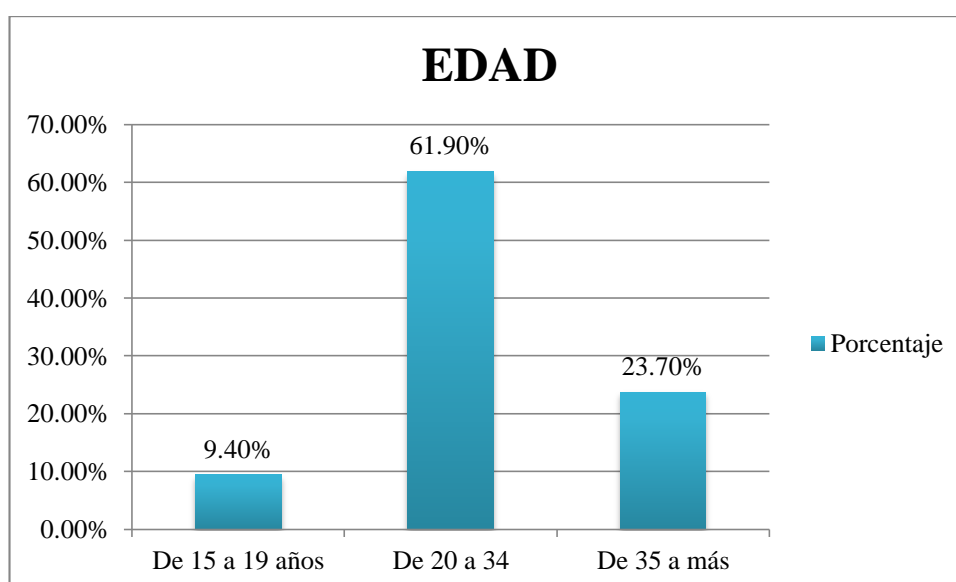


Gráfico 2 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según estado civil del INMP 2016.

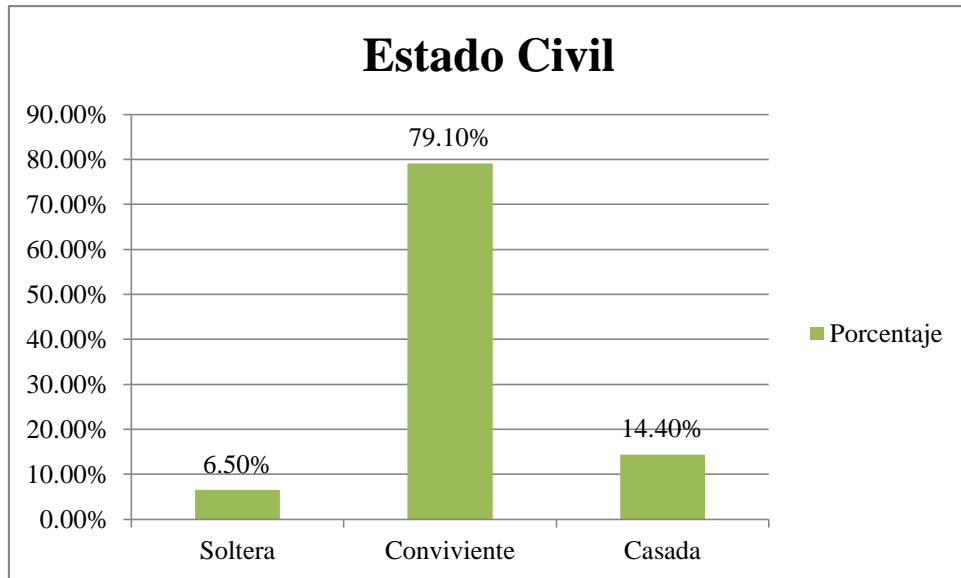


Gráfico 3 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según escolaridad del INMP 2016.

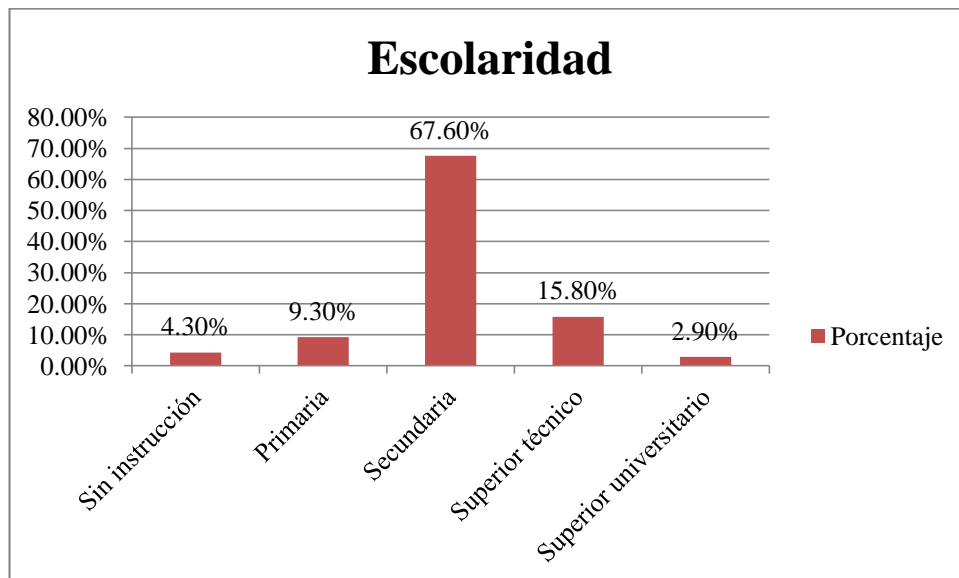


Gráfico 4 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según ocupación del INMP 2016.

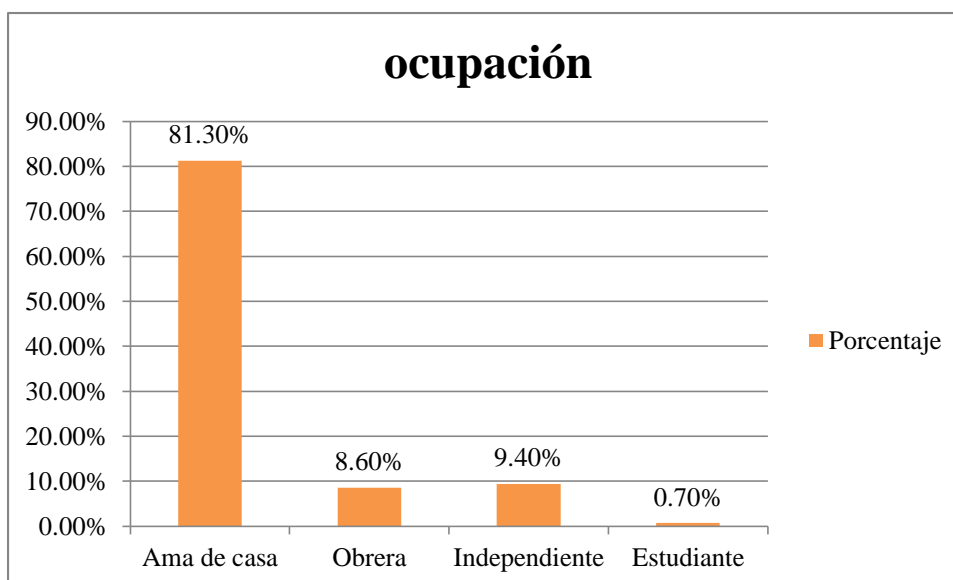


Tabla 2: Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según características obstétricas del INMP 2016.

Características obstétricas	N	%
IMC Pre gestacional		
Normal	52	37.4%
Sobrepeso	66	47.5%
Obesidad	21	15.1%
Atención Prenatal		
1- 5 deficiente	60	43.1%
≥ 6 óptimo	45	32.4%
No atención prenatal	34	24.5%
Edad gestacional		
37a 40ss	105	75.5%
41 a 42	18	13.0%
42 a mas	16	11.5%
Paridad		
Primípara	25	18%
Múltipara	110	79.1%

Gran múltipara ≥ 6	4	2.9%
Total	139	100.0%

Según la tabla 2, en relación al Índice de Masa Corporal pre-gestacional, se observa que el 47.5% (66 casos) de las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal presentan sobrepeso pre-gestacional, el 37.4% (52 casos) tienen peso normal y el 15.1% (21 casos) son obesas. En cuanto a atención prenatal recibida se encontró que el 43.1% (60 casos) de las gestantes tuvieron atenciones prenatales deficientes; seguido del 32.4% (45 casos) tuvieron atenciones prenatales óptimas y sin ningún control prenatal corresponden a 24.5% (34 casos). Con relación a edad gestacional se observa que el 75.5% (105 casos) de las gestantes tenían entre 37 y 40 semanas; y 11.5% (16 casos) mayor de 42 semanas. En cuanto a la paridad se evidencia que el 79.1% (110 casos) de las usuarias fueron múltiparas, seguido del 18% (25 casos) de las gestantes que corresponde a primíparas.

Gráfico 5 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según índice de masa corporal pre-gestacional del INMP 2016.

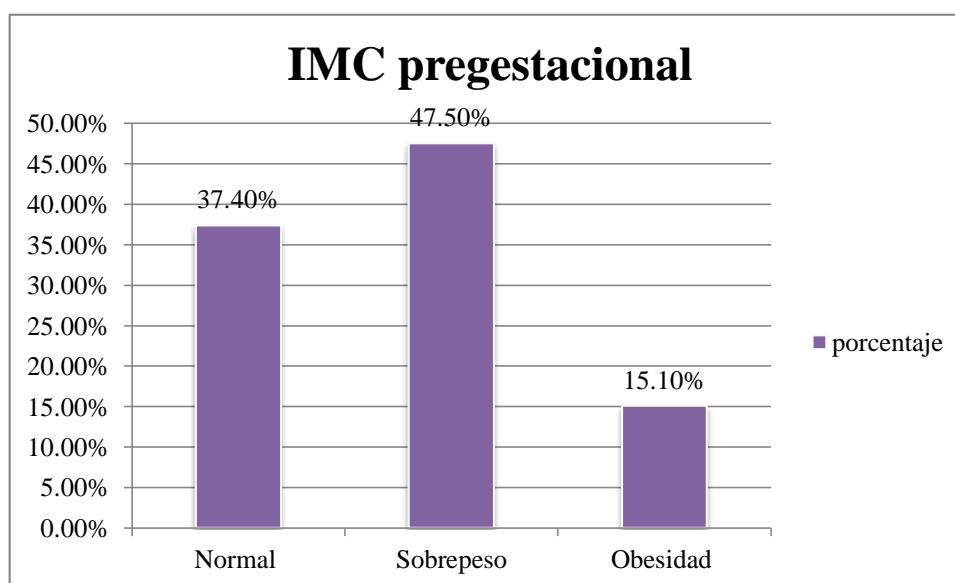


Gráfico 6 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según número de atenciones prenatales del INMP 2016.

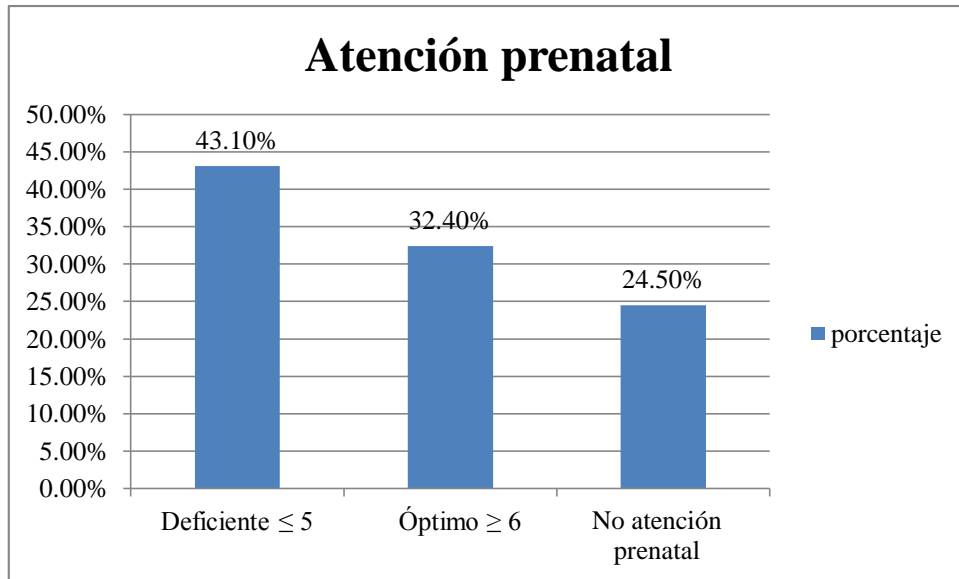


Gráfico 7 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según edad gestacional del INMP 2016.

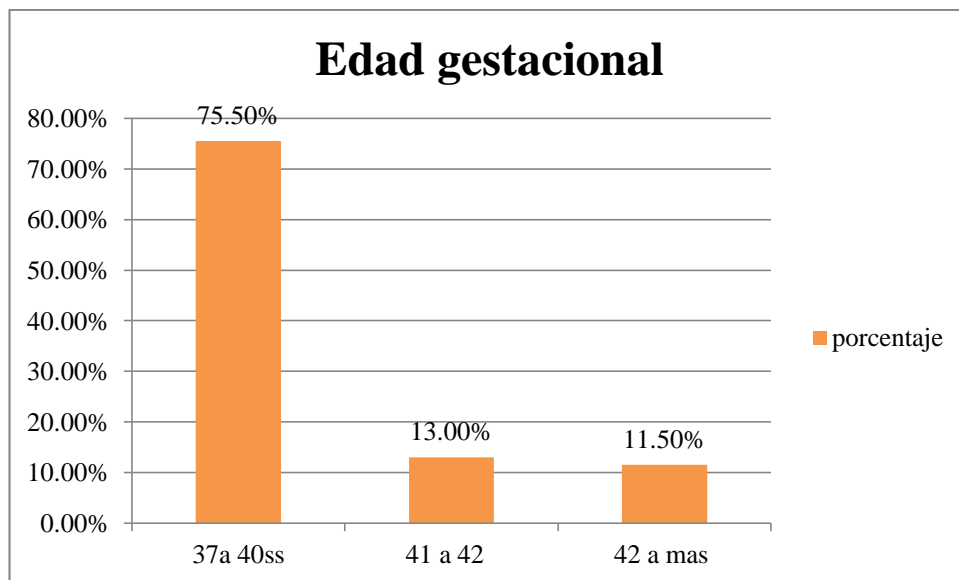


Gráfico 8 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según paridad del INMP 2016.

Complicaciones en el trabajo de parto	N	%
Hemorragia post parto		
Si	79	56.8%
No	60	43.2%
Trabajo de parto disfuncional		
Sí	77	55.4%
No	62	44.6%
Desgarro de partes blandas		
Si	76	54.7%
No	63	45.3%
Total	139	100.0%

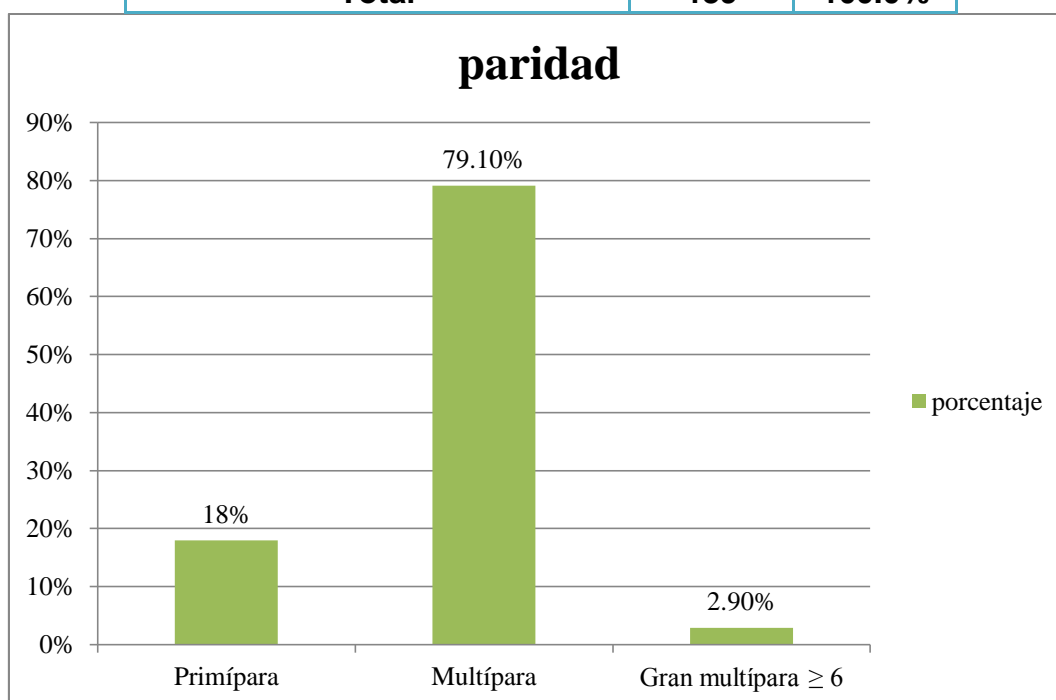


Tabla 3 Complicaciones maternas ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico del INMP 2016.

De acuerdo a la tabla 4, se observa que las puérperas que tuvieron parto vaginal con recién nacido macrosómico el 56.8% (79 casos) presentaron hemorragia post parto. En relación a la complicación materna trabajo de parto disfuncional 55.4%(77 casos). En cuanto a desgarros de partes blandas 54.7% (76 casos) de las puérperas presentaron esta complicación.

Gráfico 9 Complicaciones maternas ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico del INMP 2016.

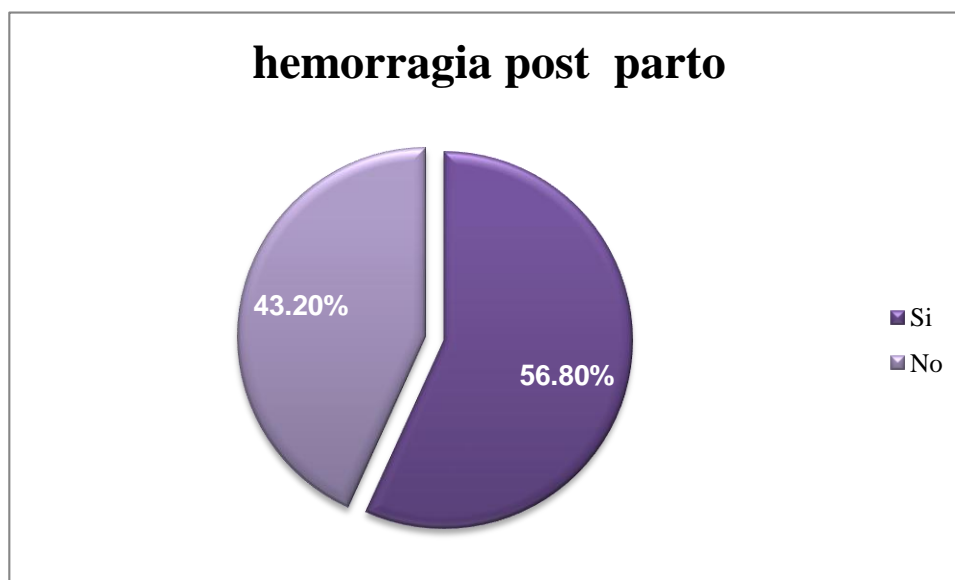


Gráfico 10 Complicaciones maternas ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico del INMP 2016.

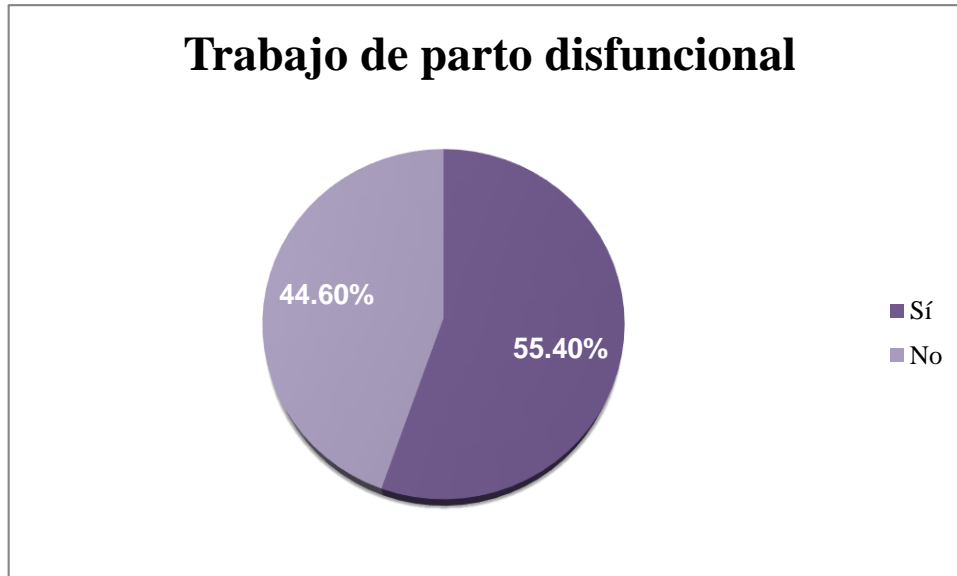


Gráfico 11 Complicaciones maternas ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico del INMP 2016.

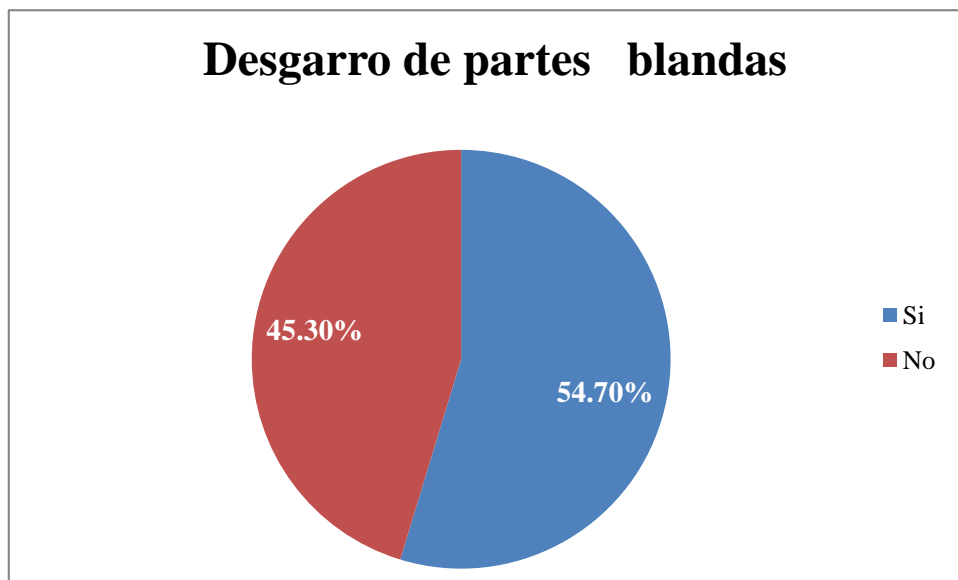


Tabla 4 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según características del recién nacido del INMP 2016

Características del recién nacido	□ ± DS	
Talla (cm)	52.19± 3.28	
Sexo	N	%
Femenino	50	36%
Masculino	89	64%
Apgar al minuto		
0-3	7	5.0%
4-6	106	76.3%
7-10	26	18.7%
Apgar a los 5 minutos		
0-3	7	5.0%
4-6	46	33.1%
7-10	86	61.9%
Total	139	100.0%

Según la tabla 5, se observa que la talla promedio de los recién nacidos macrosómico fue de 52.19± 3.28 cm; En relación al sexo del recién nacido macrosómico se observa que el 64% (89 casos) corresponden a sexo masculino y el 36% (50 casos) a sexo femenino. Asimismo, la valoración del puntaje Apgar al minuto se observa que la mayoría de ellos 76.3%(106 casos) tuvieron puntaje de 4 a 6 bajo, seguido de puntaje Apgar bajo normal al nacer en 18.7% (26 casos) puntaje entre 7 a 10; mientras que el Apgar a los 5 minutos presentó en 61.9% (86 casos) puntaje normal entre 7 a 10; y Apgar bajo se encontró en 33.1% (46 casos) con puntaje entre 4 a 6.

Gráfico 12 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según características del recién nacido del INMP 2016.

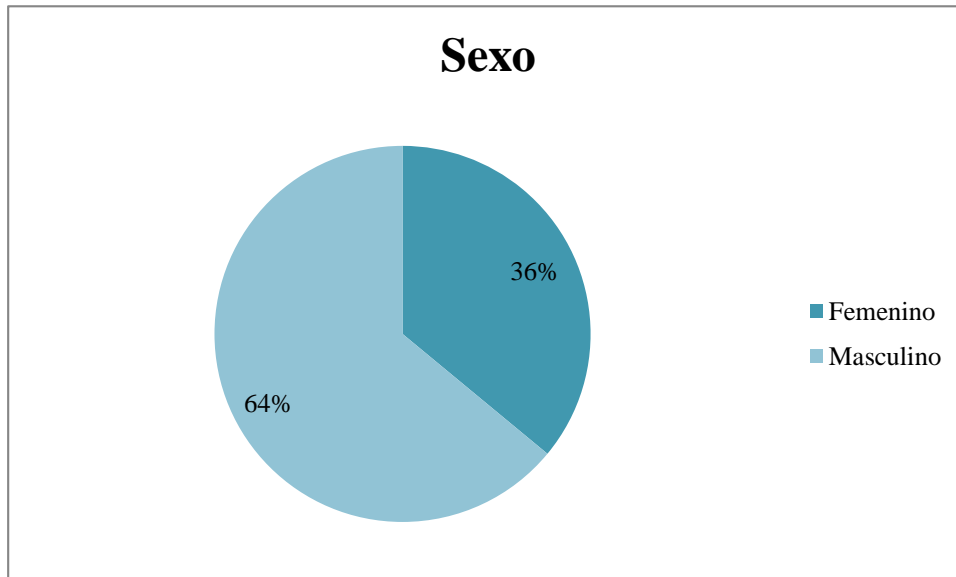


Gráfico 13 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según características del recién nacido del INMP 2016.

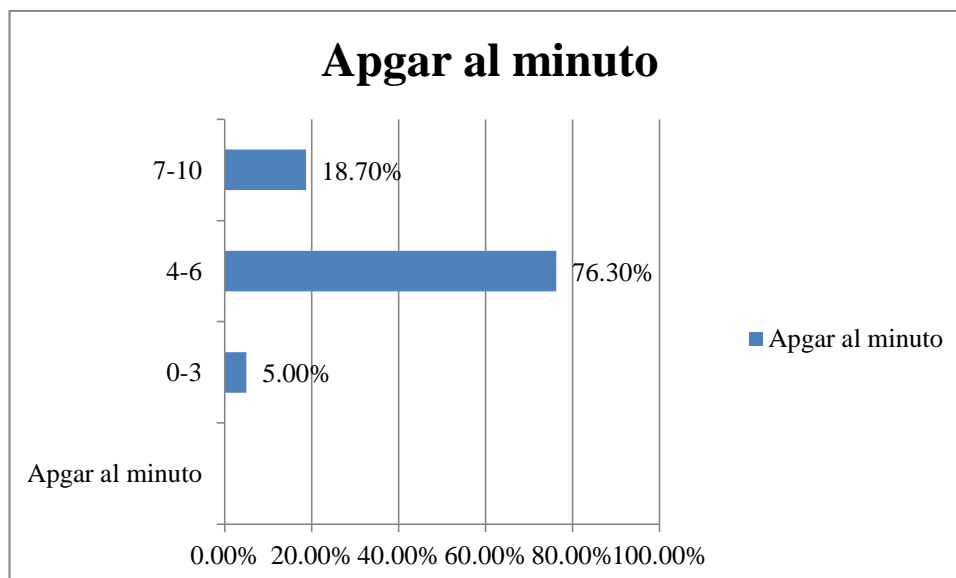


Gráfico 14 Complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según características del recién nacido del INMP 2016.

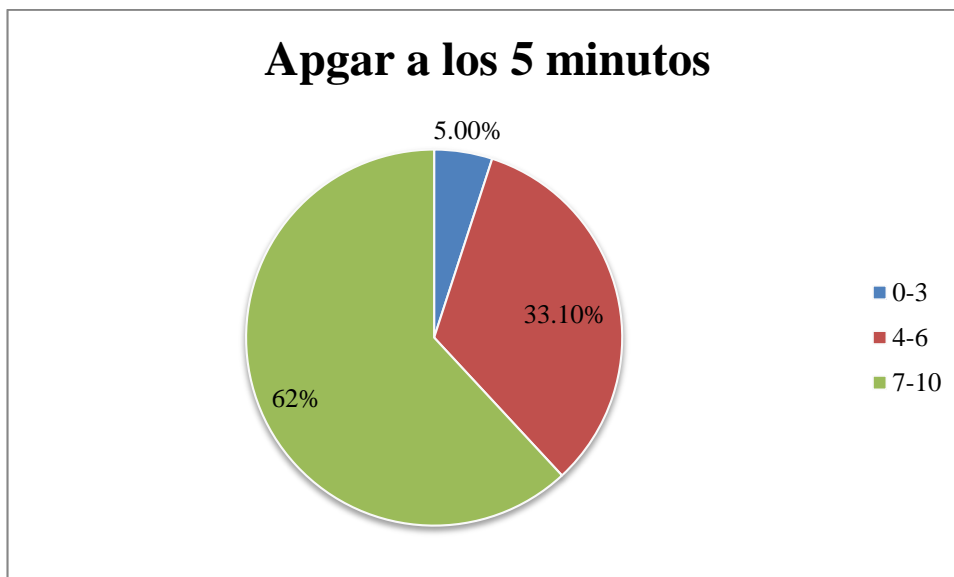


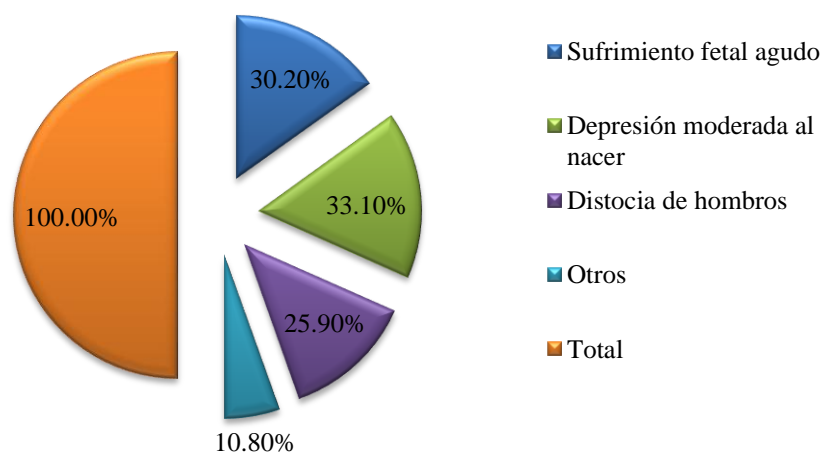
Tabla 5 Complicaciones perinatales ocurridas durante la atención del parto vaginal en recién nacidos macrosómicos del INMP 2016.

Complicaciones Perinatales	N	%
Depresión Neonatal Moderada	46	33.10
Sufrimiento Fetal Agudo	42	30.20
Distocia de Hombros	36	25.90
Otros	15	10.80
Total	139	100.00%

Según la tabla 5, se observa que el 33.1% (46 casos) de los recién nacido macrosómico presentaron depresión moderada al nacer. En cuanto a la complicación perinatal sufrimiento fetal agudo se encontró 30.22 % (42 casos). En relación a la distocia de hombros con 25.9% (36 casos). Seguido de otros con 10.8 % (15 casos).

Gráfico 15 Complicaciones perinatales ocurridas durante la atención del parto vaginal en recién nacidos macrosómicos del INMP 2016.

Complicaciones perinatales



Complicaciones maternas	Trabajo de parto disfuncional		Desgarro de partes blandas		Hemorragias post parto	
	N	%	N	%	N	%
Edad						
15 a 19 años	20	26.0	20	26.3	18	22.8
20 a 34 años	24	31.2	52	68.4	28	35.4
> 35	33	42.8	4	5.3	33	41.8
TOTAL	77	100%	76	100%	79	100%

Tabla 6 complicaciones maternas ocurridas según grupos etario del INMP 2016.

En la tabla 6: se observa que en relación al trabajo de parto disfuncional la edad materna mayor de 35 años 42.8% (33 casos) tuvieron mayor porcentaje de dicha complicación; En cuanto a desgarro de partes blandas el 68.4%(52 casos) corresponde a la edad de 20 a 34 años y la hemorragia post parto se presentó 41.8%(33 casos) entre la edad mayor de 35 años de edad.

Gráfico 16 complicaciones maternas ocurridas según grupo etario del INMP 2016.

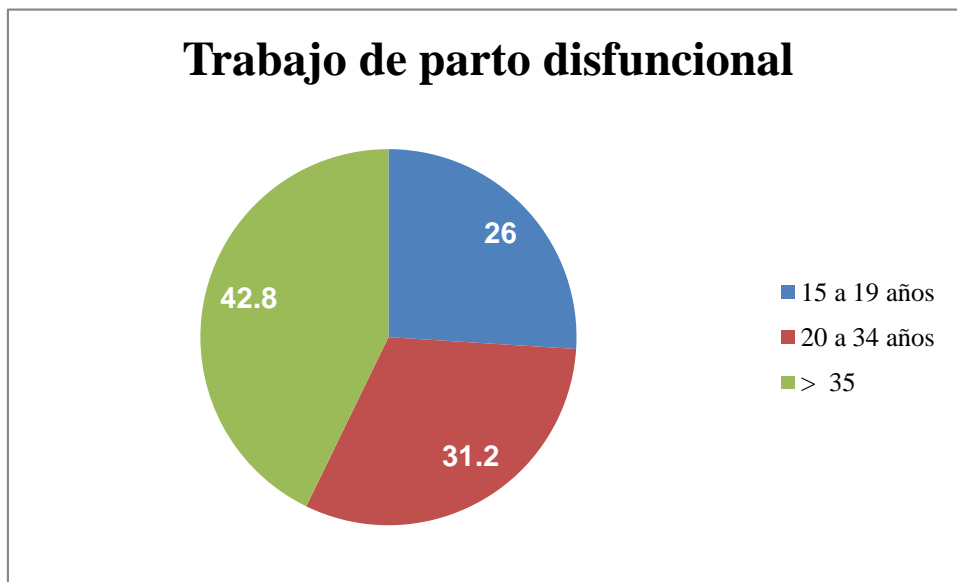


Gráfico 17 complicaciones maternas ocurridas según grupos etarios del INMP 2016

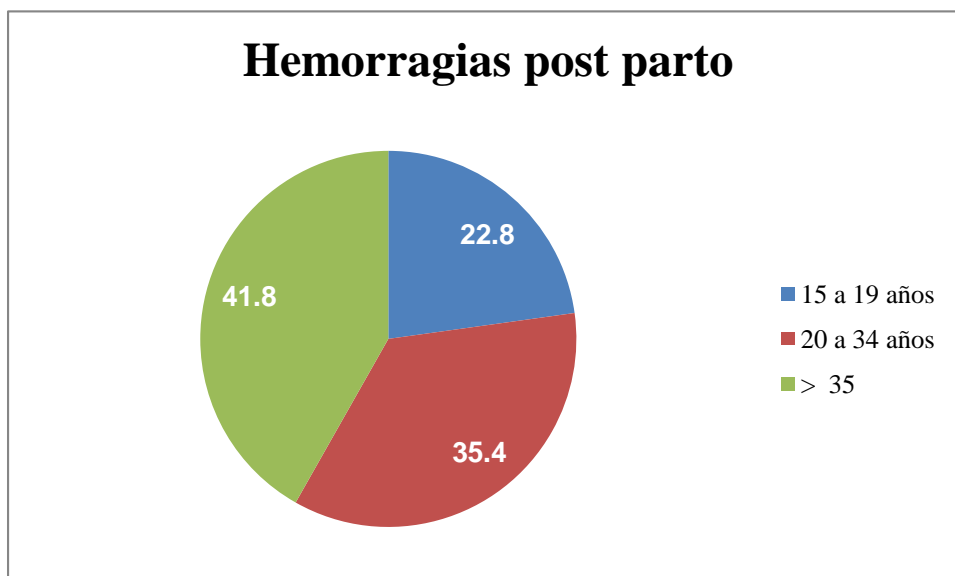


Gráfico 18 complicaciones maternas ocurridas según grupos etarios del INMP 2016.

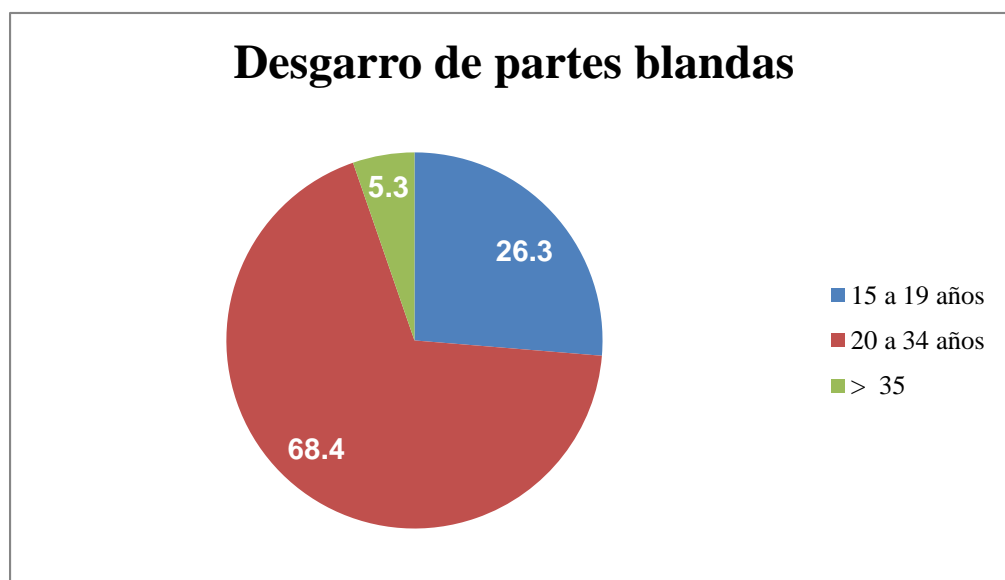


Tabla 7 complicaciones maternas ocurridas según paridad del INMP 2016.

Complicaciones maternas	Trabajo de parto disfuncional		Desgarro de partes blandas		Hemorragias post parto	
	N	%	N	%	N	%
Paridad						
Primípara	25	32.4	23	30.3	25	31.6
Múltipara	48	62.3	51	67.1	50	63.3
Gran múltipara	4	5.3	2	2.6	4	5.1
TOTAL	77	100%	76	100%	79	100%

En la tabla 7 se observa que la complicación materna trabajo de parto disfuncional se presentó 62.3 % (48 casos) en múltiparas seguido de 32.4% (25 casos) en primíparas; En cuanto a la complicación materna desgarro de partes blandas se presentó 67.1 % (51 casos) en múltiparas y el 30.3%(23

casos) en primíparas. Con referencia a hemorragias post parto 63.3% (50 casos) se presentó en multíparas y el 31.6% (25 casos) primíparas.

Gráfico 19 complicaciones maternas ocurridas según paridad del INMP 2016.

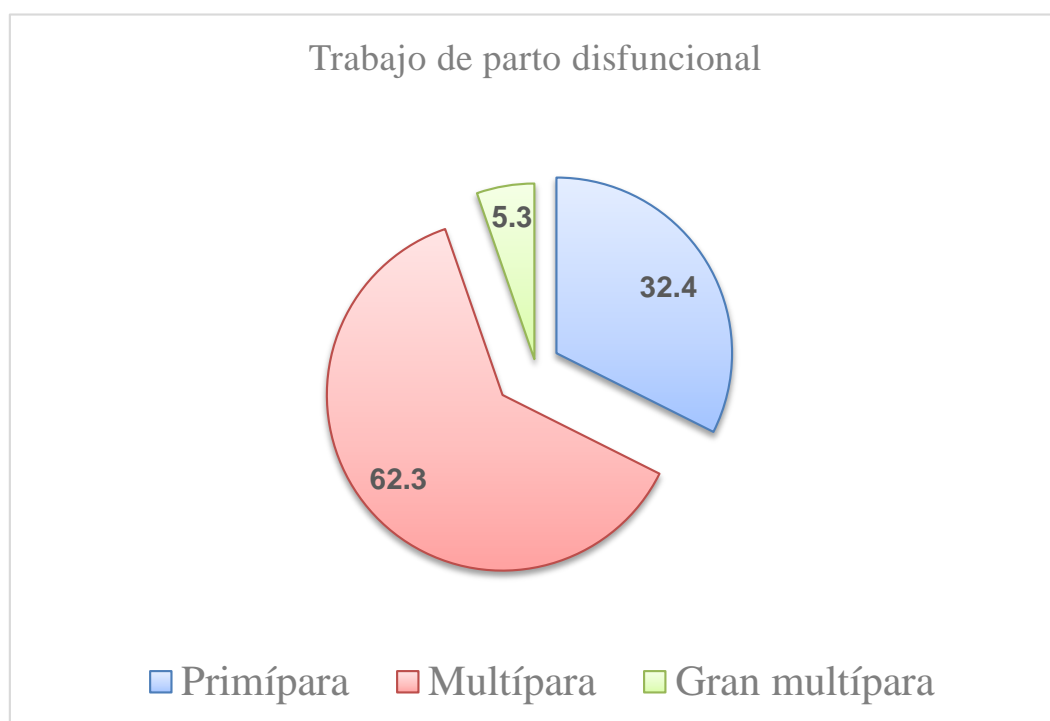


Gráfico 20 complicaciones maternas ocurridas según paridad del INMP 2016.

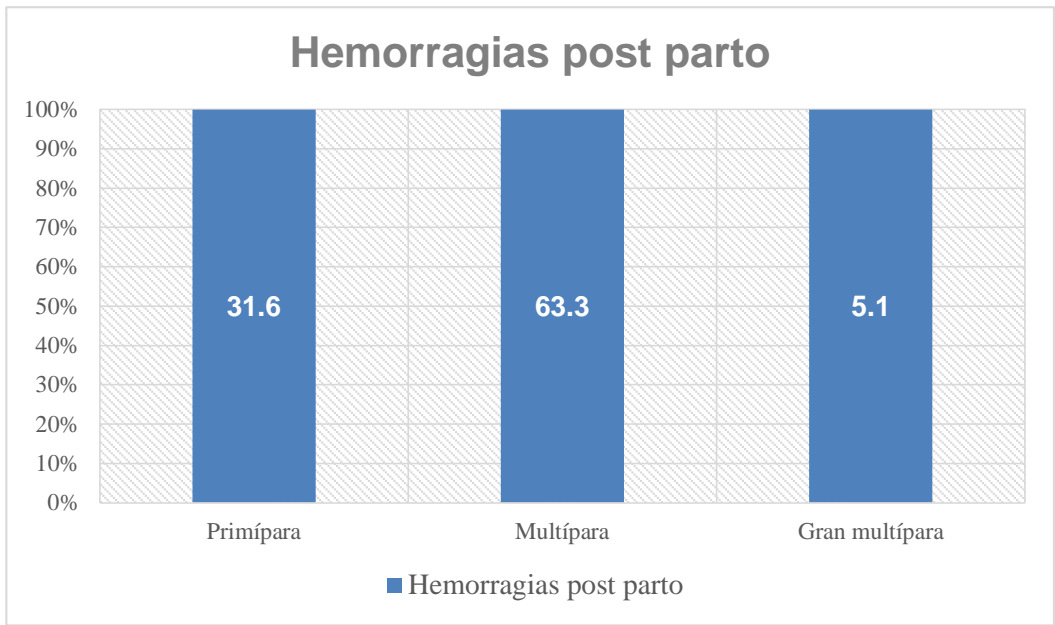


Gráfico 21 complicaciones maternas ocurridas según paridad del INMP 2016

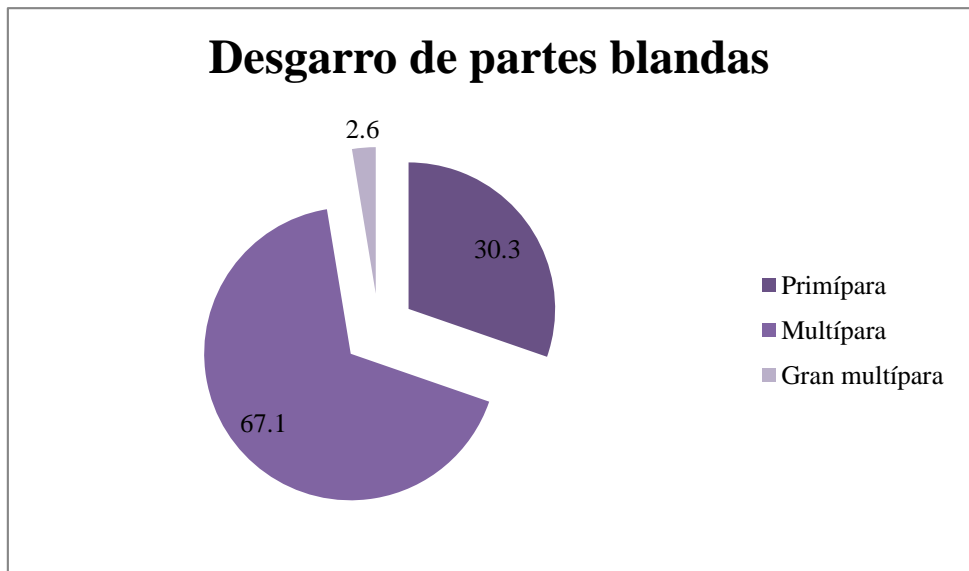


Tabla 8 complicaciones perinatales ocurridas según grupos etarios del INMP 2016.

De acuerdo a la tabla 8, se observa que el 45.2% (19 casos) de las adolescentes tuvieron complicación perinatal sufrimiento fetal agudo seguidas de las añosas 42.9%(18 casos). Respecto a la complicación perinatal depresión moderada al nacer se presentó 43.4% (20 casos) en adolescentes y 37.0 % (17 casos) en añosas. La complicación distocia de hombros se presentó en la mayoría de las adolescentes 55.5% (20 casos) y en añosas se presentó un total de 27.8%(10 casos)

Gráfico 22 complicación perinatal sufrimiento fetal agudo según grupos etarios del INMP 2016.

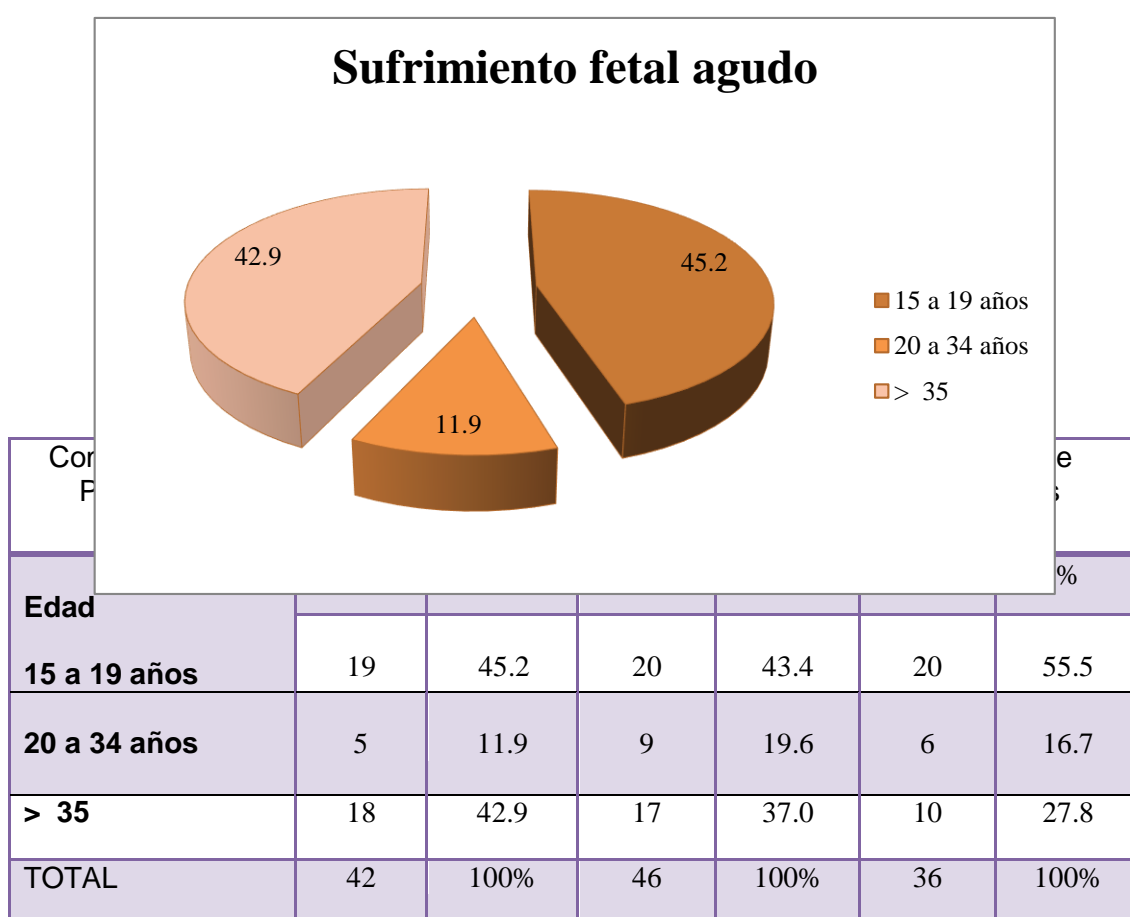


Gráfico 23 complicación perinatal depresión neonatal moderada según grupos etarios del INMP 2016.

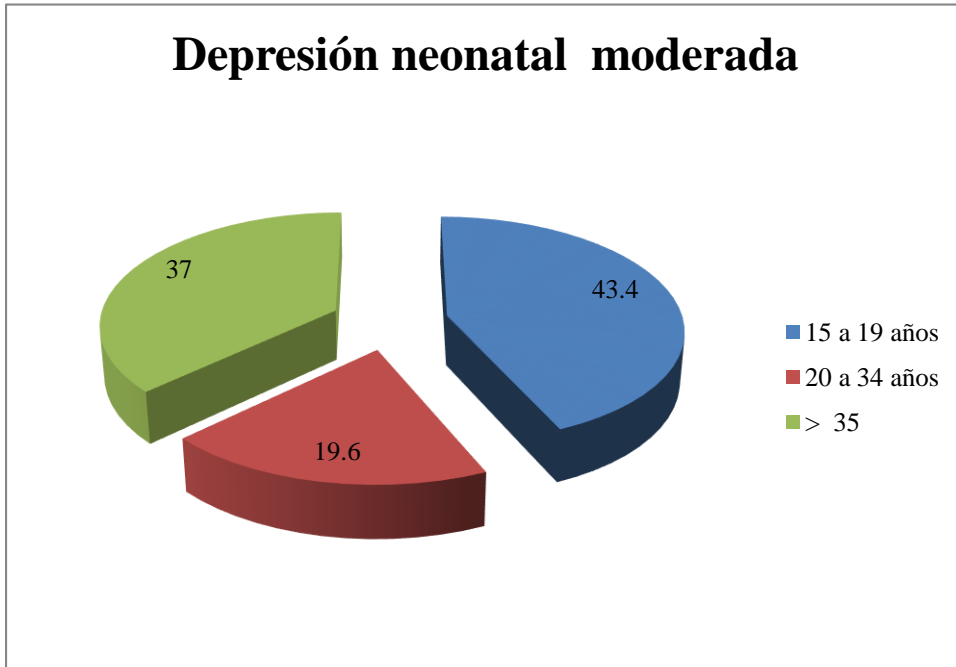


Gráfico 24 complicación perinatal distocia de hombros según grupos etarios del INMP 2016.

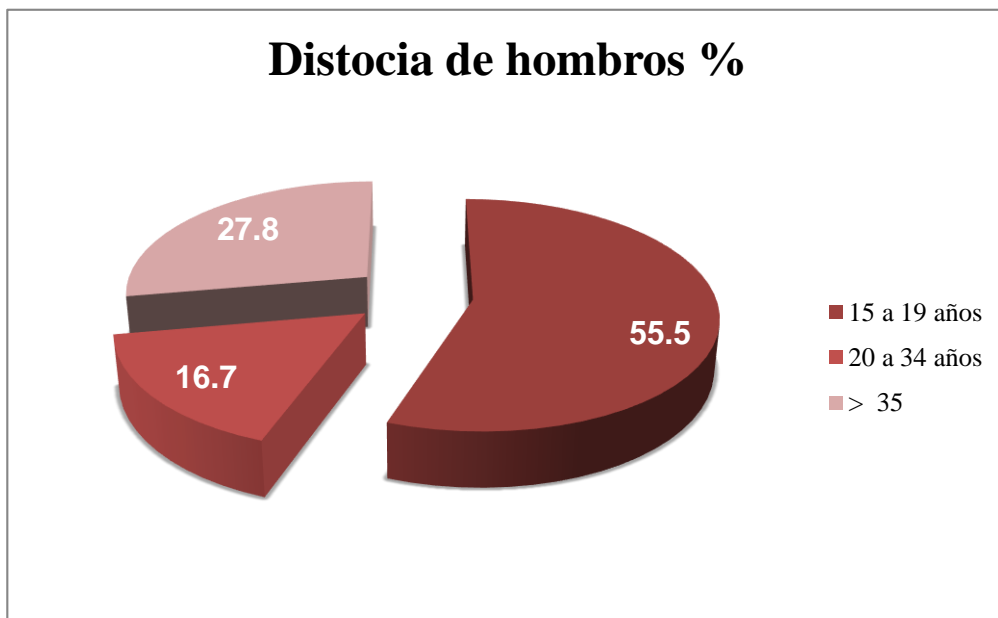


Tabla 9 complicaciones perinatales ocurridas según características paridad del INMP 2016.

Complicaciones perinatales	Sufrimiento fetal agudo		Depresión neonatal moderada		Distocia de hombros	
	N	%	N	%	N	%
Paridad						
Primípara	20	47.6	29	63.0	14	38.9
Múltipara	18	42.9	15	32.6	18	50
Gran múltipara	4	9.5	2	4.4	4	11.1
TOTAL	42	100%	46	100%	36	100%

Según la tabla 9, en relación a la complicaciones perinatales sufrimiento fetal agudo 47.6% (20 casos), depresión neonatal moderada 63% (29casos) y distocia de hombros 38.9%(14 casos), se presentaron en mayor porcentaje en las mujeres primíparas.

Gráfico 25 complicación perinatal sufrimiento fetal agudo según paridad del INMP 2016.

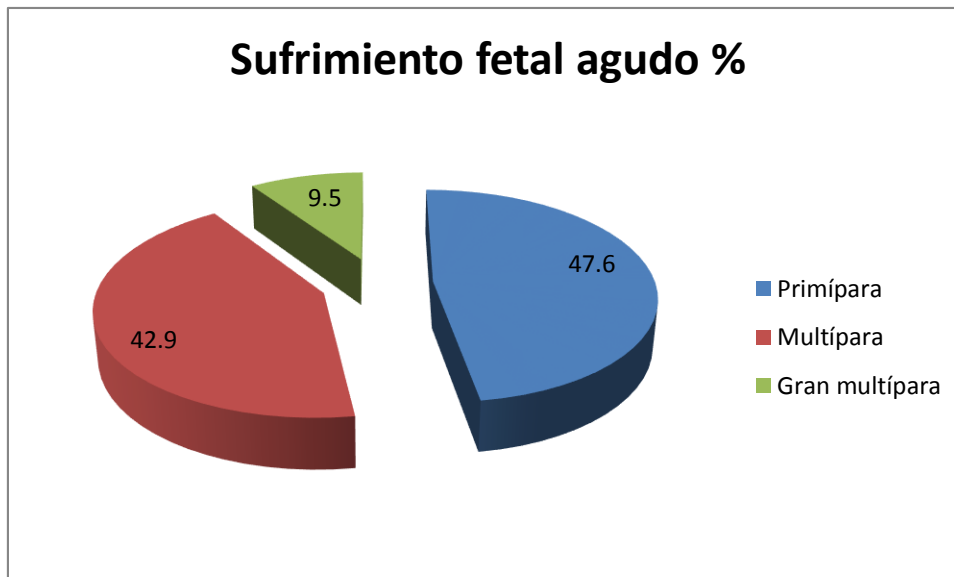


Gráfico 26 complicación perinatal depresión moderada al nacer según paridad del INMP 2016.

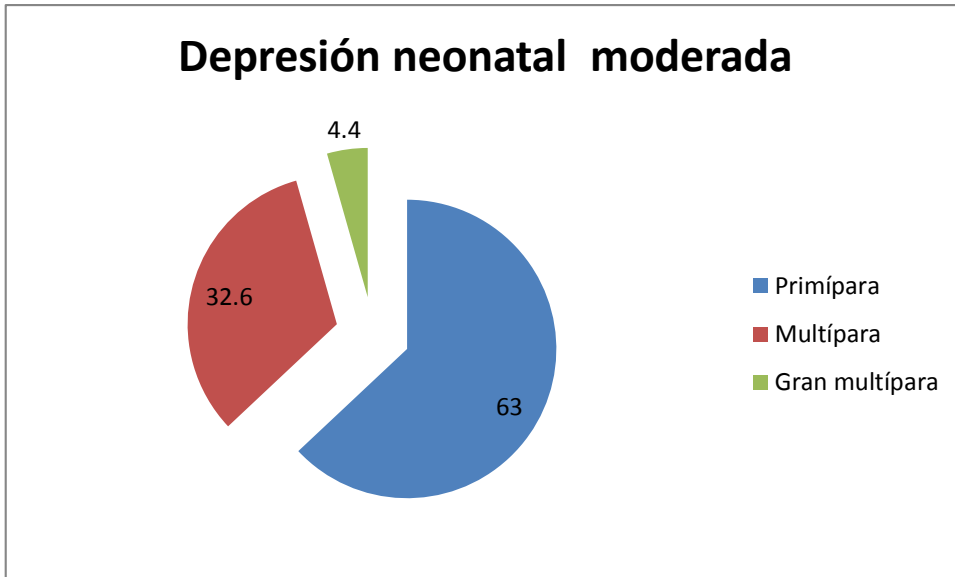


Gráfico 27 complicación perinatal disticia de hombros según paridad del INMP 2016.

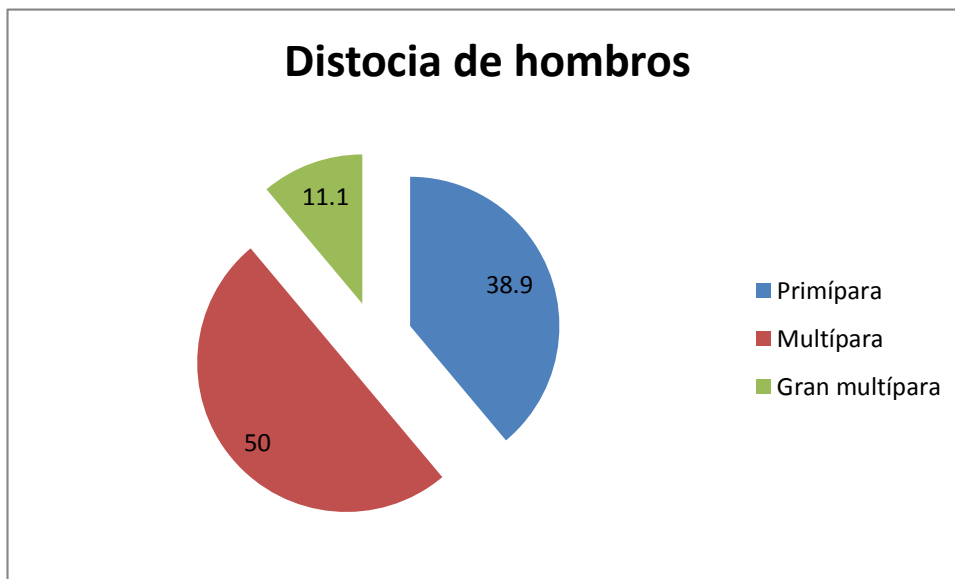
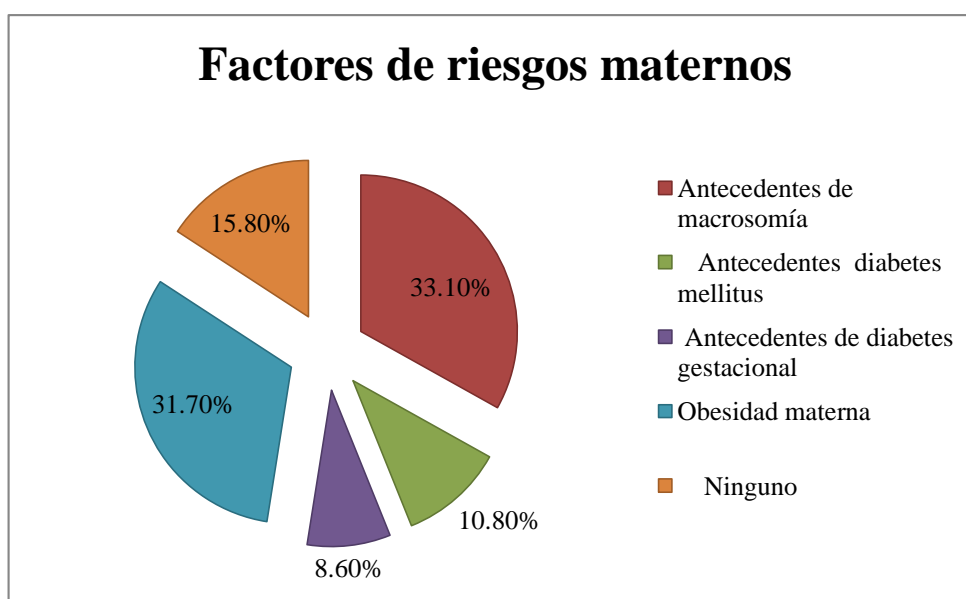


Tabla 10 Factores de riesgo materno de parto vaginal en recién nacido macrosómicos en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2016

Factores de riesgo materno	N=139	%
Antecedente de macrosomía	46	33.1%
Antecedente de diabetes	15	10.8%
Antecedentes de diabetes gestacional	12	8.6%
Obesidad materna	44	31.7%
Ninguno	22	15.8%

De acuerdo a la tabla 10, se observa que el factor de riesgo materno más frecuente fue el antecedente de macrosomía en 33.1% (46 casos) y obesidad materna 31.7% (44 de los casos), mientras que los menos frecuentes fueron antecedentes de diabetes y diabetes gestacional,

Gráfico 28 Factores de riesgo materno de parto vaginal con recién nacido macrosómicos en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2016



4.2. Discusión

En el presente estudio se pudo observar que la edad materna difiere como factor de riesgo en relación a la macrosomía fetal, ya que solo el 23,7% de las madres tuvieron más de 35 años; comparado con el estudio realizado en Chile por Albornoz quien encontró que los niños macrosómico en comparación con los nacidos de peso normal difieren significativamente en mayor edad materna.³¹

Según Barbecho y barrera. En su investigación encontró que el 46,3% de las madres tuvo sobrepeso pre gestacional, concluyendo que el factor de riesgo materno que mayormente se presenta es la obesidad y el sobrepeso en un 71.8%.². En cuanto a nuestros resultados el índice de masa corporal fue mayor a 26, es decir, que el 47,5% de las madres tenían sobrepeso. En el estudio realizado por Ávila (2013) encontró que el IMC promedio de su grupo de casos fue de 26,4 y de los controles en 25,7.¹

Con respecto a la paridad se pudo observar que en un mayor porcentaje de las madres fueron multíparas (79,1%), y solo un 2,9% gran multíparas, lo cual se asemeja al estudio realizado por Chávez quien en su gran mayoría de la población de estudio fueron multíparas, además no hubo ningún caso de gran multiparidad. Concluyendo que no existe asociación entre la paridad y macrosomía neonatal ($p=0.79$).³

Las complicaciones maternas que se producen durante el parto de un recién nacido macrosómico son diversas, en el presente estudio la complicación que predominó fueron los desgarros de partes blandas (54,7%). Esta situación podría evitarse realizando una correcta evaluación y diagnóstico de la gestante, ya que, a la gran mayoría de la población de estudio se le realizó episiotomía de diversos tipos (media, medio lateral); contrastando con el estudio realizado por Barbecho y barrera. Encontró que el 34.06% de sus casos tuvieron desgarro de partes blandas, lo cual se asemeja a nuestra investigación.² Además en la investigación desarrollada por Razzo (2010) concluyó que las complicaciones del parto con mayor predominancia fueron los desgarros de partes blandas siendo estadísticas significativas ($P < 0,05$).²⁷

Relacionado a la complicación materna hemorragia post parto se encontró 56.8 % similares resultados fueron encontrados por ventó (2016) quien en su estudio demuestra que el 13.2% de las usuarias con diagnóstico de macrosomía fetal presentó hemorragia posparto por lo cual se afirma que la hemorragia posparto se asocia con la presencia de macrosomía fetal ($p=0.03$)³²

Referente a las complicaciones perinatales se presentó: sufrimiento fetal agudo (30.2%) lo cual se asemeja con el estudio realizado por Razzo.²⁷ quien encontró estadística significativa en sufrimiento fetal agudo $<0,05$. Del mismo modo Barbecho y barrera encontraron mayor frecuencia complicaciones del bienestar fetal (34.37%).²

En relación a la complicación perinatal distocia de hombros (25.9%) datos que difieren con el trabajo realizado por Barbecho y barrera.² quien encontró y caput Succedaneum (30.62%). en cambio Razzo (2010) encontró diferencias significativas en lo referente a distocia de hombros ($p < 0.05$).²⁷

En la recolección de datos del recién nacido se notó que en su gran mayoría de los macrosómico fueron de sexo masculino (63,6%), según Pacheco refiere que las gestantes con feto de sexo masculino tienen mayor ganancia ponderal y el genotipo masculino se asocia a un incremento del peso al nacer de 150- 200gramos más que el sexo femenino. Sin embargo en el estudio ejecutado por Ventó (2016) el sexo que prevaleció fue el femenino (52.9%).³²

La atención prenatal es una actividad preventiva promocional en la cual se le brinda a la gestante información y orientación sobre los cambios y procesos que ocurrirán durante el proceso de embarazo y parto, además de hacer la detección oportuna de gestantes de riesgo y tomar las medidas necesarias como: realizar interconsultas a otras especialidades, solicitar exámenes auxiliares según requiera, etc. En nuestro trabajo de investigación se obtuvo que un gran porcentaje de las madres con recién nacido macrosómico tuvieron un control prenatal deficiente (43,1%), por lo tanto se limitan las posibilidades de brindar una atención prenatal óptima dejando como resultado un parto con complicaciones maternas perinatales. Es por ello que como futuras profesionales de la salud y exclusivamente de la etapa prenatal, es de suma importancia brindar nuestros conocimientos y orientar a las madres sobre los cuidados durante el embarazo para lograr un parto con madre y recién nacido saludable.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- 1) Las características socio demográficas de la población de estudio fueron: La mayoría de mujeres estuvieron entre las edades de 20 a 34 años, con estado civil conviviente, de grado de instrucción secundaria y de ocupación ama de casa.
- 2) Referentes a las características obstétricas la mayoría de la población de estudio tenían el diagnóstico nutricional de sobrepeso al inicio del embarazo que tuvieron como paridad, multíparas y un número de atenciones prenatales deficiente. El mayor porcentaje se encontraban con una adecuada edad gestacional, a término.
- 3) La complicación materna más frecuente que se presentó durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico fue hemorragias post parto.
- 4) En cuanto a la complicación perinatal que se encontró con mayor frecuencia fue la Depresión moderada al nacer.

- 5) Referente a las características de los recién nacidos del estudio, la mayoría fueron de sexo masculino. El mayor porcentaje nacieron con apgar moderado al minuto con rápida recuperación a los 5 minutos.
- 6) En relación a las complicaciones maternas ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según grupo etario nos dio como resultado que las puérperas añosas presentaron mayor porcentaje de hemorragia post parto y trabajo de parto disfuncional.
- 7) En relación a las complicaciones maternas según paridad se observó que las multíparas presentaron en mayor porcentaje las tres complicaciones encontradas en el estudio como: desgarro de partes blandas, hemorragia pos parto y trabajo de parto disfuncional.
- 8) En cuanto a las complicaciones perinatales según grupo etario se observa que los recién nacidos macrosómicos de las puérperas adolescentes y añosas presentaron mayor porcentaje de complicaciones como: Depresión moderada al nacer, sufrimiento fetal agudo y distocia de hombros.
- 9) En relación a las complicaciones perinatales ocurridas según paridad se encontró que los recién nacidos macrosómicos de puérperas primíparas presentaron depresión neonatal, sufrimiento fetal agudo.
- 10) Referente a los factores de riesgo materno más frecuente encontrados en el estudio fueron: Antecedente de macrosomía y obesidad materna.

5.2. Recomendaciones

- 1) Fomentar en las pacientes la importancia de la atención prenatal para lograr que todas las gestante tenga el número de atenciones prenatales indicadas por el ministerio de salud (MINSA), ya que de esta manera se poder evitar tener un parto complicaciones maternas perinatales.
- 2) Realizar un buen control prenatal, llenado correcto del carnet perinatal y además mejorar la elaboración de las historias clínicas y deben ser recopilados todos los datos en lo que respecta al recién nacido macrosómico
- 3) Identificar las gestantes precozmente con diagnostico nutricional patológico en sobre peso y obesidad
- 4) realizar la interconsulta a los servicios correspondientes (ej.: nutrición, endocrino, laboratorio, etc.) a toda gestante con obesidad y sobre peso
- 5) Facilitar a las gestantes con feto macrosómico tenga una vía de parto electiva, para evitar complicaciones en el nacimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ávila R, Herrera M, Salazar C, Camacho R. Parámetros obstétricos y neonatales de los partos de recién nacidos macrosómicos en el Complejo Hospitalario de Jaén. *Matronas Prof.* 2010; 11(3-4): 83-6
2. Barbecho P, Barrera T. factores de riesgo y complicaciones materno-perinatales durante el embarazo y parto de niños a término, grandes para la edad gestacional, nacidos en el hospital Vicente Corral Moscoso desde el 1 enero hasta el 31 de diciembre del 2011. Tesis. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca. Ecuador, 2013.
3. Chavez Atoche K. Factores maternos asociados a macrosomía en recién nacidos de puérperas atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, mayo – octubre 2014. Tesis. Universidad San Martín de Porres Lima - Perú 2015
4. Espinoza VA, Romero MG. Correlación entre el estado nutricional materno y la ganancia de peso gestacional con macrosomía fetal en el Hospital Uldarico Rocca 2014. Tesis. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas .Lima 2014
5. Galvan Valdivia J. Estudio comparativo entre el ponderado fetal por ecografía y la altura uterina para el diagnóstico de macrosomía fetal en gestantes a término. Tesis. Facultad de medicina humana. Universidad de San Martín de Porres. Lima 2013

6. González IL. macrosomía fetal en gestantes diabéticas y no diabéticas. Tesis. Facultad de ciencias médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala ,2015.
7. Guzmán CJ, Carrasco S, Gómez G, Herrainz C, Tofé V. Embarazo prolongado. RN postmaduro Rev Med Chile 2008; 142: 168-174.
8. Hospital María Auxiliadora. Departamento de Gineco Obstetricia. Guías de Práctica Clínica Para la Atención de Emergencias Obstétricas 2012 pag 337-50
9. INEI. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar 2014. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html
10. Instituto Nacional Materno perinatal. Boletín estadístico 2015 – 2016. Disponible en:
[file:///C:/Users/docente/Downloads/Boletin Estadistico 2015 - 2016-11.pdf](file:///C:/Users/docente/Downloads/Boletin_Estadistico_2015_-_2016-11.pdf).
11. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica en neonatología. Lima Perú, 2013.
12. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y procedimientos en obstetricia. Lima-Perú, 2010.
13. Irion O, Bouvain M. Inducción del trabajo de parto para la macrosomía fetal presunta (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
14. Kuster A. Macrosomía fetal: características del recién nacido y formas de terminación del embarazo de acuerdo a la edad materna y el número de gestas. Tesis. Facultad de Medicina Humana. Universidad abierta interamericana. Uruguay, 2006.
15. Lemor A. Relación entre la edad materna avanzada y la morbilidad neonatal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Enero -Octubre del 2012. Horiz Med 2014; 14(2): 22-26)

16. López A, Ordóñez A. Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2006;57(4):279-290
17. Luis Tisné Brousse. Hospital Santiago Oriente Rev. Obstet. Ginecol. - 2016; vol 11 (2):6-1. Disponible en : <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/607>
18. Martínez J, Pardo J. Macrosomía fetal: Riesgo Perinatal Clínica Las Condes. 2003; 14(2):1-7. Disponible en:
http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_14_3/Macrosomiafetal.pdf
19. Ministerio de salud. Guía técnica: guía de prácticas clínicas para la atención del recién nacido. Lima 2006 Disponible en URL:
www.minsa.gob.pe/dgsp/.../RM10412006%20RN%20sano%20y%20enfermo.pdf
20. Ministerio de salud. Guías Clínicas de neonatología - Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima Perú, 2013. Disponible en URL:
https://issuu.com/inmp/docs/guias_clinicas_de_neonatologia
21. Ministerio de Salud. Guía Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva. Lima-Perú; 2004.
22. Mongrut A. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. 5ta ed. Lima; 2011.
23. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Nota descriptiva 2016. Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
24. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente. Nota descriptiva 2017. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/e/
25. Pacheco Romero J. Ginecología Obstetricia y Reproducción. (2 ed.). Perú-lima: Candiotti vera; 2014. p.1399-1412.
26. Castro López E. Macrosomía fetal: incidencia, factores de riesgo asociados y complicaciones maternas en el hospital de ginecología y obstetricia del instituto materno infantil del estado de México, de julio 2010 a julio 2013. Tesis. Facultad de Medicina Humana. Universidad Autónoma del Estado de México. 2014
27. Razzo Sandoval. incidencia y factores de riesgo de macrosomía fatal en el Hospital San José del Callao enero – diciembre 2006. Tesis. Universidad

- Nacional Mayor De San Marcos. Perú,2010
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3032/1/razzo_sl.pdf
28. Roque Julca E. factores de riesgo y complicaciones perinatales de los recién nacidos macrosómicos del servicio de neonatología. Hospital Regional de Cajamarca 2014. Tesis. Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional de Cajamarca.2014
 29. Schwarcz, R. Fescina R. Duverges C.Obstetricia 6ta ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2005.
 30. Teva GM, Redondo R, Rodríguez I, Martínez S, Abulhaj M. Análisis de la tasa de detección de fetos macrosómicos mediante ecografía. Rev Chil Obstet Ginecol 2013; 78(1): 14 – 18.
 31. Ticona M, Huanco D. Macrosomía fetal en el Perú: prevalencia, factores de riesgo y resultados perinatales. Ciencia & Desarrollo. 2006;10:59-62
 32. Vento Aguirre E. Macrosomía fetal y complicaciones maternas y neonatales en usuarias de parto vaginal. Hospital Daniel Alcides Carrión, Callao 2014. Tesis de Post Grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú 2016
 33. Vilcas Garcia. Incidencia y factores de macrosomía fetal en el hospital II Suarez Angamos. Tesis. Facultad de medicina humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú, 2007.
 34. Williams. Obstetricia. 23° edición. Mexico: McGraw Hill Interamericana Editores S.A.; 2011.
 35. Zavala-Gonzales MA, Reyes-Diaz GK, Posada-Arevalo SE, Jiménez-Balderas EA. Índice de masa corporal en la definición de macrosomía fetal en Cárdenas, Tabasco, México. Salud en Tabasco 2009; 15(1):828-838.
 36. Arispe claudia. et al. Frecuencia de control prenatal inadecuado y sus factores asociados a su ocurrencia. Rev med hered 22 (4) 2011 pag 169
 37. Macurí O, Wildon Carlos. Evaluación del índice de masa corporal pregestacional y ganancia de peso gestacional en el instituto nacional materno perinatal, julio 2001 – 2002. Tesis. Facultad de Medicina Humana. Universidad san Martín de Perras. Perú, 2007.
 38. Ñañez Luis. Características del parto en la macrosomía fetal en el Instituto Especializado Materno Perinatal en el año 2002-2004. Tesis. Facultad de Medicina Humana unidad de post grado. Universidad Mayor de San Marcos

39. Index Mundi. Mapa Comparativo de Países [página principal en Internet Disponible en: <http://www.indexmundi.com/map/?v=2223&r=eu&l=es>
40. MINSA .Dirección General de Epidemiología. La Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011. Lima – Perú; 2013.
41. Banco Mundial [internet] Estados Unidos: Banco mundial ;2011 [Fecha de acceso 29 de Julio del 2016] URL Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.NMRT?end=2015&start=1990>

ANEXOS

Anexo N°1:
Ficha de instrumento de recolección de datos
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA N°: _____

Clínica:.....

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

1. Edad: _____

- (1) 15 a 19 años ()
- (2) De 20 a 34 ()
- (3) De 35 a más. ()

2. Estado civil

- (1) Soltera ()
- (2) Conviviente ()
- (3) Casada ()

3. Escolaridad

- (1) Sin instrucción ()
- (2) Primaria ()
- (3) Secundaria ()
- (4) Superior técnico ()
- (5) Superior universitario ()

4. Ocupación

- (1) Ama de casa ()
- (2) Empleada ()
- (4) Independiente ()
- (5) Estudiante ()

II. DATOS INDIVIDUALES:

5. Peso pre gestacional: _____ **talla:** _____ **IMC:** _____

6. Número de controles prenatales: _____

- (1) De ninguno
- (2) De 1-5
- (3) > o igual 6

7. factores de riesgo materno:

- (1) Antecedentes de Macrosomía
- (2) Antecedentes de diabetes
- (3) Diabetes gestacional
- (4) hipertensión inducida por el embarazo
- (5) obesidad
- (6) Otros _____

III. DATOS OBSTÉTRICOS.

8. Edad gestacional (semanas): _____

- (1) 37a 40ss.
- (2) 41 a 42
- (3) 42 a más

9. Paridad

- (1) Primípara
- (2) Multípara
- (3) Gran multípara ≥ 6

10. Periodo inter genésico: _____

- (1) ≤ 2 años
- (2) 2 a 4 años
- (3) > 4 años

IV. CARACTERÍSTICAS DEL PARTO

11. Inicio del Trabajo de Parto _____

- (1) Espontanea
- (2) Inducida

12. Tipo de parto _____

- (1) Eutócico
- (2) Distócico instrumentado

13. Hubo acentuación del parto _____

- (1) SI
- (2) No

14. Rotura artificial de membranas _____

- (1) SI
- (2) No

15. circular de cordón _____

- (1) simple
- (2) doble
- (3) triple

16. Características del líquido amniótico

- (1) Claro
- (2) Meconial fluido
- (3) Meconial espeso

17. Se realizó alguna maniobra para ayudar a la salida del feto _____

- (1) maniobra de primer nivel
- (2) maniobra de segundo nivel
- (3) maniobra de tercer nivel
- (4) ninguna

V. COMPLICACIONES MATERNAS PERINATALES EN EL PERIODO I

18. Alteraciones maternas en el periodo de dilatación fase activa _____

- (1) Dilatación lenta o prolongada ()
- (2) Dilatación estacionaria ()
- (3) Otros ()
- (4) Ninguno ()

19. descenso de la cabeza fetal. _____

- (1) retraso de descenso o descenso lento ()
- (2) detención del descenso ()

VI. COMPLICACIONES MATERNAS PERINATALES EN EL PERIODO II Y III

20. Duración del periodo expulsivo fue (minutos) según paridad _____

- (1) mayor de 1 hora ()
- (2) mayor de 2 horas ()
- (3) menor de 1 hora ()
- (4) menor de 2 horas ()

21. Hubo expulsivo prolongado _____

- (1) si ()
- (2) no ()

22. Hubo desgarro partes blandas _____

- (1) vaginal ()
- (2) cervical ()
- (3) perineal ()
- (4) Ninguno ()
- (5) otro

23. Hubo hemorragia post parto _____

- (1) Atonía uterina ()
- (2) Retención placentaria ()
- (3) retención de restos placentarios ()
- (4) lesiones de canal de parto ()
- (4) Otros _____ ()
- (5) Ninguno ()

24. Hubo rotura uterina _____

- (1) si ()
- (2) no ()

25. complicaciones perinatales _____

- (1) Sufrimiento fetal agudo DIPS II Y III ()
- (2) Depression neonatal leve o moderada ()
- (3) Asfixia perinatal ()
- (4) Cefalohematoma ()
- (5) Aspiración de meconio ()
- (6) Distocia de hombros ()
- (7) otros: _____

VII. DATOS DEL RECIEN NACIDO:

26. sexo del recién nacido

- (1) femenino ()
- (2) masculino ()

27. Peso al nacer _____

- (1) 4000 -4400g ()
- (2) 4500-4900g ()
- (3) 5000 a más ()

28. Talla al nacer: _____
29. Perímetro cefálico: _____
30. Puntuación de Apgar.

	Al minuto	A 5 minutos
(1)0-3	()	()
(2)4-6	()	()
(3)7-10	()	()

Anexo N°2:
Solicitud de Permiso
SOLICITUD DE PERMISO

Lima, _____ de _____ 2017

Dr. Enrique Guevara Ríos
Director General del instituto nacional materno perinatal
Presente

Estimado Sr.: Enrique Guevara Ríos

Es grato dirigirnos a usted para hacerle llegar un saludo cordial.

Dentro de la formación de pregrado y para la obtención del título profesional de Licenciadas en Obstetricia de la Universidad Privada Norbert Wiener, se considera muy importante la realización de actividades de investigación.

Las alumnas egresadas más adelante señaladas, están desarrollando la temática "complicaciones materno perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacidos macrosómicos atendidas en el instituto nacional materno perinatal, periodo enero-diciembre 2016" cuyo asesor principal es DR. Félix Ayala peralta,

Es de nuestro interés que esta investigación se pueda realizar en este establecimiento de Salud siendo el objetivo de esta petición el permiso para la revisión de historias clínicas con el fin de evaluar datos clínicos de pacientes atendidas en este establecimiento de salud. Una vez terminado el proceso de análisis de los datos, se entregará un documento describiendo los resultados de dicho estudio.

Es importante señalar que esta actividad no conlleva ningún gasto para su institución y que se tomarán los resguardos necesarios para no interferir con el normal funcionamiento de las

actividades propias de la institución. De igual manera, se protegerá la identidad e información de los pacientes ya que no se registrarán los nombres respectivos de los pacientes asegurando la confidencialidad de la presente investigación.

Las alumnas egresadas que llevarán a cabo esta actividad son:

CRITERIOS	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5	VALOR
1	1	1	0	1	1	4
2	1	1	0	1	1	4
3	1	1	1	1	0	4
4	1	1	0	1	0	3
5	1	1	1	1	1	5
TOTAL	5	5	2	5	3	20

Sánchez Lujan Marita Masiel. DNI: 46819188

Yataco Montoya Betsy María. DNI: 44322368

Sin otro particular y esperando una buena acogida, se despide atte.

Dr. Oscar Ugarte Ubilluz Decano de la Facultad de Ciencias de La Salud de
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo N°3: Validación del instrumento

1= de acuerdo 0= desacuerdo

PROCESAMIENTO:

Ta: N° TOTAL DE ACUERDO DE JUECES

Td: N° TOTAL DE DESACUERDOS DE JUECES

Prueba de Concordancia entre los Jueces:

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

b = Grado de concordancia significativa

$$b = \frac{20}{20} \times 100 = \mathbf{0.80}$$

Según herrera

Confiabilidad del instrumento:
EXCELENTE VALIDEZ



Anexo N° 4:

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

Hoja de validación del instrumento- juez n°1


1

HOJA DE VALIDACIÓN – PRUEBA PILOTO

Estimado (a) docente reciba usted nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es un instrumento diseñado para el proceso de evaluación del Proyecto de investigación titulado: "complicaciones maternas y neonatales durante el trabajo de parto, parto y puerperio en el recién nacido macrosómico del Hospital Nacional María Auxiliadora, Lima – Perú " con miras al mejoramiento del instrumento de recolección de datos. Su finalidad es conocer su percepción, calificación y sugerencias sobre dicho tema. Por ello le pedimos responda a las siguientes preguntas de modo responsable y sincero. Sus resultados servirán para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación. Muchas gracias por su colaboración.

Datos personales:

- Nombres y apellidos: Liliana Yarina Yastegre Pizango
- Profesión: Obstetriz
- Especialidad: SALUD PUBLICA
- Fecha de evaluación: 25. NOV. 2016


 LILIANA YARINA YASTEGRE PIZANGO
 OBSTETRIZ
 COP, 16109

Datos de calificación:

1. Las preguntas son consistentes de acuerdo al problema y objetivos de la investigación:

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es no, diga porque:

2. La formulación y redacción de las preguntas son correspondientes al tema:

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es no, diga porque:

3. Usted agregaría alguna otra pregunta:

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es sí, ¿Cuáles?:

4. Usted eliminaría alguna pregunta

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es sí, ¿Cuáles?:

5. Recomendaciones y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Anexo N° 5:

Hoja de validación del instrumento- juez n°2

HOJA DE VALIDACIÓN – PRUEBA PILOTO

Estimado (a) docente reciba usted nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es un instrumento diseñado para el proceso de evaluación del Proyecto de investigación titulado: "complicaciones maternas y neonatales durante del trabajo de parto, parto y puerperio en el recién nacido macrosómico del Hospital Nacional María Auxiliadora, Lima – Perú " con miras al mejoramiento del instrumento de recolección de datos. Su finalidad es conocer su percepción, calificación y sugerencias sobre dicho tema. Por ello le pedimos responda a las siguientes preguntas de modo responsable y sincero. Sus resultados servirán para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación. Muchas gracias por su colaboración.

Datos personales:

- Nombres y apellidos: Erika Rodríguez Lara.
- Profesión: Mg. Licenciada en Obstetricia.
- Especialidad: Mg. Salud Sexual y Reproductiva.
- Fecha de evaluación: 27-11-2016

Datos de calificación:

1. Las preguntas son consistentes de acuerdo al problema y objetivos de la investigación:

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque:

2. La formulación y redacción de las preguntas son correspondientes al tema:

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque:

3. Usted agregaría alguna otra pregunta:

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es sí, ¿Cuáles?:


4. Usted eliminaría alguna pregunta

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es sí, ¿Cuáles?:

5. Recomendaciones y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Se recomienda más orden en la redacción, eliminar
algunas teorías sobre el tipo de parto y complicaciones
durante el puerperio.


Mg. Erika Rodríguez Lara.
C.O.P. 18550.

Anexo N° 6:
Hoja de validación del instrumento- juez n°3

HOJA DE VALIDACION-PRUEBA PILOTO

Estimado (a) docente reciba usted nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es un instrumento diseñado para el proceso de evaluación del proyecto de investigación titulado "**Complicaciones maternas, fetales y neonatales durante los periodos del parto del recién nacido macrosómico del Hospital María Auxiliadora Lima-Perú.**" Con miras al mejoramiento del instrumento de recolección de datos. Su finalidad es conocer su percepción, calificación y sugerencias sobre dicho tema. Por ellos le pedimos responda a las siguientes preguntas de modo responsable y sincero. Sus resultados servirán para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación.
Muchas gracias por su colaboración

Datos personales:

- Nombres y apellidos: *Claudia Arce Alangua*
- Profesión: *Obstetra*
- Especialidad: *Ginecología y Reproducción*
- Fecha de evaluación: *27-11-2016*

Datos de calificación:

1. Las preguntas son consistentes de acuerdo al problema y objetivos de la investigación:

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es No, diga porque:

En el instrumento faltan datos maternos, fetales y neonatales.

2. La formulación y redacción de las preguntas son correspondientes al tema:

a) Si

b) No

Si su respuesta es No, diga porque:

El título dice complicaciones maternas, y neonatales en el parto, el instrumento incluye fetales

Anexo N° 7:

Hoja de validación del instrumento- juez n°4

HOJA DE VALIDACIÓN – PRUEBA PILOTO

Estimado (a) docente reciba usted nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es un instrumento diseñado para el proceso de evaluación del Proyecto de investigación titulado: "complicaciones maternas y neonatales durante el trabajo de parto, parto y puerperio en el recién nacido macrosómico del Hospital Nacional María Auxiliadora, Lima – Perú " con miras al mejoramiento del instrumento de recolección de datos. Su finalidad es conocer su percepción, calificación y sugerencias sobre dicho tema. Por ello le pedimos responda a las siguientes preguntas de modo responsable y sincero. Sus resultados servirán para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación. Muchas gracias por su colaboración.

Datos personales:

- Nombres y apellidos: *Panagot, Fernandez G. Romulo*
- Profesión: *Médico Cirujano*
- Especialidad: *Ginecología y Obstetricia*
- Fecha de evaluación: *24/Nov/2016*

Datos de calificación:

1. Las preguntas son consistentes de acuerdo al problema y objetivos de la investigación:

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque:

2. La formulación y redacción de las preguntas son correspondientes al tema:

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque:

3. Usted agregaría alguna otra pregunta:

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es sí, ¿Cuáles?:

4. Usted eliminaría alguna pregunta

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es sí, ¿Cuáles?:

5. Recomendaciones y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Se debería considerar las complicaciones producidas de la atención referente al neonato (Pavor, crisis convulsivas, encefalopatía de hembras, etc.)

*Panagot
CUIP: 14877*

1

Anexo N° 8:

Hoja de validación del instrumento- juez n°5

HOJA DE VALIDACIÓN – PRUEBA PILOTO

Estimado (a) docente reciba usted nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es un instrumento diseñado para el proceso de evaluación del Proyecto de investigación titulado: "complicaciones maternas y neonatales durante del trabajo de parto, parto y puerperio en el recién nacido macrosómico del Hospital Nacional María Auxiliadora, Lima – Perú " con miras al mejoramiento del instrumento de recolección de datos. Su finalidad es conocer su percepción, calificación y sugerencias sobre dicho tema. Por ello le pedimos responda a las siguientes preguntas de modo responsable y sincero. Sus resultados servirán para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación. Muchas gracias por su colaboración.

Datos personales:

- Nombres y apellidos: Luis Javier Solís
- Profesión: Ginecóloga
- Especialidad: Indice Sarcica - Obstetra
- Fecha de evaluación: 24 - NOV - 2016

Datos de calificación:

1. Las preguntas son consistentes de acuerdo al problema y objetivos de la investigación:

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque:

2. La formulación y redacción de las preguntas son correspondientes al tema:

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque:

3. Usted agregaría alguna otra pregunta:

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es si, ¿Cuáles?:

4. Usted eliminaría alguna pregunta

- a) Si
 b) No

Si su respuesta es si, ¿Cuáles?:

5. Recomendaciones y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Especificar el problema, si es en macrosomías o
Edad grandes + Ademas si el trabajo de
complicaciones Maternas o fetal

Dr. Luis Javier Solís Solís
Médico Obstetra
C.M.P. 2000112000-17718

Formulación del problema	Objetivo general	Hipótesis de la investigación	Variables	Metodología	Población y muestra	Técnica e instrumentos
¿Cuáles son las complicaciones maternas perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacidos macrosómico atendidas en el instituto nacional materno perinatal Enero-diciembre 2016?	Identificar las complicaciones materno-perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Enero- diciembre 2016.	Por tratarse de un estudio de tipo descriptivo no necesita de una Hipótesis	1.Variable independiente Parto vaginal con recién nacido macrosómico 2.Variable dependiente Complicaciones maternas perinatales 3.Variables intervinientes Edad Ocupación Grado de instrucción Estado civil	1. Enfoque: investigación cuantitativa 2. Tipo: descriptivo 3 Nivel: observacional retrospectivo 4. Diseño: transversal	población Todas las historias clínicas de las puérperas que tuvieron un parto vaginal con recién nacido macrosómico, en el instituto nacional materno perinatal durante los meses de enero a diciembre 2016 Muestra: según el departamento de estadísticas del instituto nacional materno perinatal en el 2016 la demanda de partos fue 21,983 de los cuales 12,200 fueron partos vaginales y 9,768 partos por cesárea. 1,903 de estos partos fueron partos con recién nacido macrosómico. El tamaño de la muestra calculada fue de 139 historias clínicas de egresos macrosómico	Técnica: La técnica de recolección de datos será observacional mediante la revisión de historias clínicas (fuente directa) Instrumento: El instrumento que se utilizó en la recolección de los datos fue una ficha de registro la cual cuenta con 30 datos distribuidos en 7 ítem <ul style="list-style-type: none"> • El primer ítem cuenta con los datos de filiación. • El segundo ítem cuenta con los antecedentes maternos • Tercero ítem datos obstétricos • Cuarto ítem características del parto • Quinto ítem complicaciones maternas perinatales periodo de dilatación • Sexto ítem complicaciones materna perinatales en el periodo II y III periodo de parto • Séptimo ítem datos de recién nacido
	Objetivos específicos 1)Determinar las características sociodemográficas de la población de estudio del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero-Diciembre 2016 2) Describir las características maternas de la población de estudio del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero-Diciembre 2016. 3) Establecer las complicaciones maternas que se presentan con mayor frecuencia en el parto vaginal en recién nacido macrosómico atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Enero-Diciembre 2016 4) Identificar las complicaciones perinatales más frecuentes durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero- diciembre 2016 5) Determinar las características de los recién nacidos macrosómicos del estudio del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero-Diciembre 2016 6)Reconocer las complicaciones maternas ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según grupo etario del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero-Diciembre 2016 7) Relacionar las complicaciones perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según paridad del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero-Diciembre 2016. 8)Relacionar las complicaciones perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según grupo etario del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero- Diciembre 2016. 9) Describir las complicaciones perinatales ocurridas durante la atención de parto vaginal en recién nacido macrosómico según paridad del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero-Diciembre 2016. 10) Identificar el factor de riesgo materno más frecuente durante la atención de parto vaginal con recién nacido macrosómico en el instituto nacional materno perinatal					

--	--	--	--	--	--	--