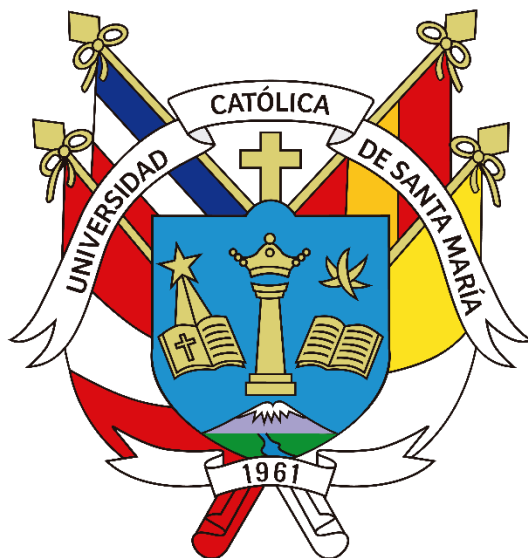


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



“COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES RELACIONADOS AL PARTO VAGINAL A TÉRMINO CON RECIÉN NACIDO MACROSÓMICO DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA, ENERO A DICIEMBRE 2021”

Tesis presentada por las Bachilleres:

Nayra Alvarado, Lizeth Nataly

Vilca Condori, Selene Nicole

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Obstetricia

Asesor:

**Dra. Oviedo Tejada, Verónica
Florencia**

Arequipa-Perú

2023



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 15 de Diciembre del 2022

INFORME DE DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

A: Dra. JANNET MARIA ESCOBEDO VARGAS.
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE: Dra. Jannet Escobedo Vargas
Mg. Victoria Sotomayor Martínez
Mg. Marcos Herrera Cárdenas
Dictaminadores del Borrador de Tesis

TITULO DEL BORRADOR:

“COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES RELACIONADOS AL PARTO VAGINAL A TÉRMINO CON RECIÉN NACIDO MACROSÓMICO DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA, ENERO A DICIEMBRE 2021”

PRESENTADO POR:

Bachilleres
Nayra Alvarado, Lizeth Nataly
Vilca Condori, Selene Nicole
Para optar el Título Profesional de Licenciadas en Obstetricia.

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TESIS, se da el DICTAMEN FAVORABLE.

Atentamente.

Dra. Jannet Escobedo Vargas
Código 0955

Mg. Victoria Sotomayor Martínez
Código 1550

Mg. Marcos Herrera Cárdenas
Código 2767

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la valentía de ir tras mis sueños y guiarme cada día para lograr ser una gran profesional.

A mis padres Juan y Sofia por su amor infinito, apoyo incondicional y por incentivar me cada día con sus consejos para que pueda culminar esta etapa en mi vida profesional.

A mis hermanas Yaneth y Edith, por su amor, conocimiento y enseñanzas.

A mi sobrino Diego que desde el cielo cada día me manda muchas fuerzas para seguir adelante y sin duda alguna su protección.

Lizeth N. Nayra Alvarado

A Dios quien llena de bendición a mi familia
A mis padres Selene y Percy por su amor, consejos y constante apoyo que hizo posible alcanzar mis sueños.

A mis hermanas Fresia y Ariane por siempre sacarme una sonrisa.

Selene N. Vilca Condori

AGRADECIMIENTOS

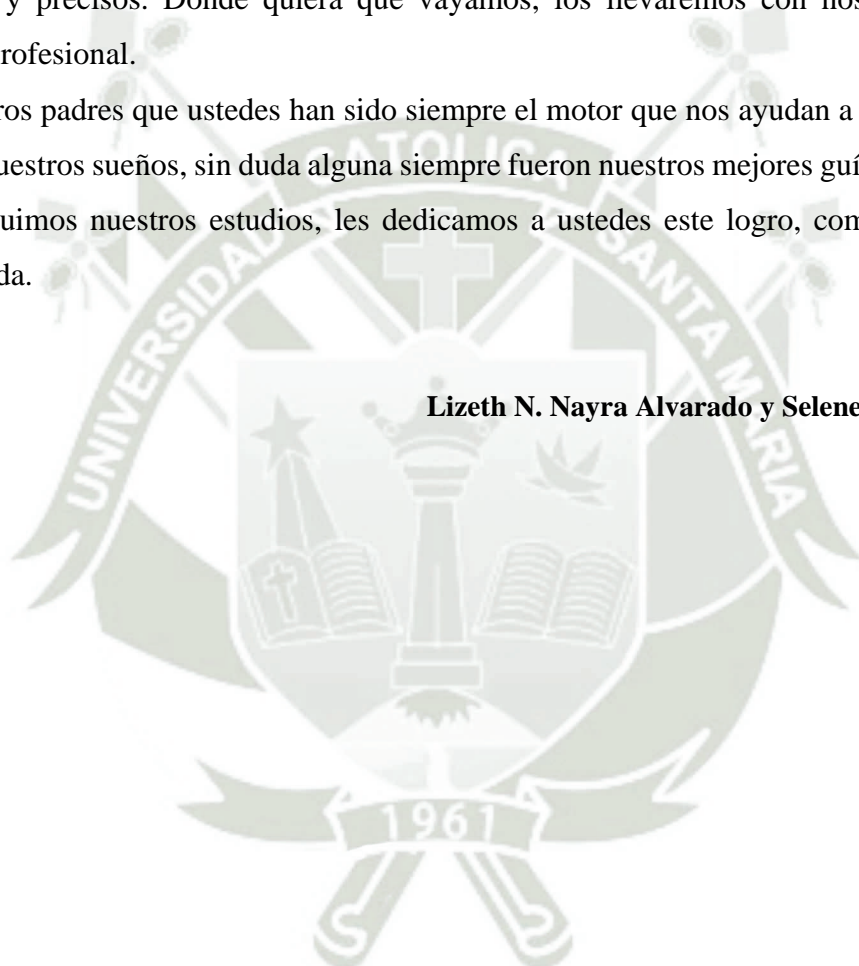
A Dios, por sus bendiciones en cada etapa de nuestra vida.

A nuestra Decana Mg. Janeth Escobedo Vargas por su paciencia, orientación y por sus múltiples palabras de aliento, cuando más lo necesitábamos.

A nuestros asesores, facilitadores y dictaminadores por sus palabras sabias, conocimientos rigurosos y precisos. Donde quiera que vayamos, los llevaremos con nosotras en nuestro transitar profesional.

Y a nuestros padres que ustedes han sido siempre el motor que nos ayudan a impulsarnos para cumplir nuestros sueños, sin duda alguna siempre fueron nuestros mejores guías de vida. Ahora que concluimos nuestros estudios, les dedicamos a ustedes este logro, como una meta más conquistada.

Lizeth N. Nayra Alvarado y Selene N. Vilca Condori





EPÍGRAFE

“Todos los triunfos nacen cuando nos atrevemos a comenzar”

Eugene Ware

RESUMEN

OBJETIVO: Esta investigación tiene como objetivo general identificar la relación que existe entre las complicaciones maternas-perinatales con el grado de macrosomía del recién nacido del Hospital III Goyeneche, Arequipa; enero a diciembre 2021.

MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio de tipo relacional, retrospectivo y transversal. Se hizo la revisión de las historias clínicas maternas de pacientes con parto vaginal a término y también de historias clínicas de recién nacidos con peso $\geq 4000\text{g}$. El instrumento empleado fue la ficha de recolección de datos, la población fue de 139 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que se encontraron en archivos del departamento de estadística. Posteriormente la información fue analizada por programa estadístico SPSS Statistics versión 26.0.

RESULTADOS: Se encontró 139 pacientes de parto vaginal a término con recién nacidos macrosómicos, el 90.6% es de grado I, seguido por el 9.4% de grado II, finalmente no se observan recién nacidos en el grado III. Las complicaciones maternas encontradas fueron: desgarro perineal 46.8%, desgarro cervical 1.4%, atonía uterina 2.2%, hemorragia postparto 7.2% y no se presentaron casos de endometritis. Y de acuerdo con las complicaciones perinatales fueron: Caput succedaneum 12.2%, Cefalohematoma 4.3%, parálisis del plexo braquial 1.4%, fractura de clavícula 0.7% y no se evidenció ningún caso de distocia de hombros.

CONCLUSIÓN: Existe relación estadísticamente significativa de las complicaciones maternas; desgarro cervical; complicaciones perinatales; parálisis del plexo braquial y fractura de clavícula con el grado de macrosomía ($p \leq 0.05$).

PALABRAS CLAVE: Complicaciones maternas, complicaciones perinatales, grado de macrosomía, parto vaginal.

ABSTRACT

OBJECTIVE: This research has the general objective of identifying the relationship between maternal-perinatal complications with the degree of macrosomia in the newborn at Hospital III Goyeneche, Arequipa; January to December 2021.

METHODS: A relational, retrospective and cross-sectional study was carried out.

The review of the maternal clinical records of patients with vaginal delivery at term and also of the clinical records of newborns weighing $\geq 4000\text{g}$ was made. The instrument used was the data collection form, the population was 139 patients who met the inclusion criteria and who were found in the files of the statistics department. Subsequently, the information was analyzed by the statistical program SPSS Statistics version 26.0.

RESULTS: 139 full-term vaginal delivery patients with macrosomic newborns were found, 90.6% are grade I, followed by 9.4% grade II, finally no newborns are observed in grade III. The maternal complications found were: perineal tear 46.8%, cervical tear 1.4%, uterine atony 2.2%, postpartum hemorrhage 7.2% and there were no cases of endometritis. And according to the perinatal complications they were: Caput succedaneum 12.2%, Cephalohematoma 4.3%, brachial plexus palsy 1.4%, clavicle fracture 0.7% and no case of shoulder dystocia was evidenced.

CONCLUSION: There is a statistically significant relationship of maternal complications; cervical tear; perinatal complications; brachial plexus palsy and clavicle fracture with the degree of macrosomia ($p \leq 0.05$).

KEY WORDS: Maternal complications, perinatal complications, degree of macrosomia, vaginal delivery.

INTRODUCCIÓN

La macrosomía es un término utilizado para denominar al recién nacido con un peso fetal elevado. Existen diferentes conceptos, pero el más usado en nuestro medio es: aquel recién nacido con peso de 4000 gramos a más, independiente de la edad gestacional porque se asocia a un mayor riesgo relativo de morbilidad materna y neonatal (1).

La primera evidencia de macrosomía fetal escrita en la literatura fue hecha por el monje médico François Rabelais en el siglo XVI, que relató la historia del bebé gigante Gargantúa. Muchos años después la esposa de Gargantúa murió al parir a Pantagruel M y Divon “porque era tan inmensamente grande que no podía venir al mundo sin sofocar a su madre” (2).

Como se sabe la macrosomía fetal está relacionada con una serie de complicaciones maternas y perinatales tales como: la infección, hemorragia posparto, parto prolongado, desgarros perineales de grado alto. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecología (ACOG), los fetos macrosómicos tienen un mayor riesgo de asfixia perinatal, aspiración de meconio, fractura de clavícula, lesión del plexo braquial y distocia de hombros. Un trabajo hecho por la Organización Mundial de la Salud en el año 2014 y 2015 reporta que, en la región de Sudamérica 7,6% de todos los neonatos nacieron macrosómicos. Asimismo, un estudio publicado el 2017 en el Perú encontró que la prevalencia global de macrosomía fue de 5,3%; el cual es un porcentaje relativamente menor al encontrado a nivel mundial, sin embargo, lleva consigo muchas condiciones mórbidas ya explicadas previamente (3).

Durante nuestro internado en el Hospital III Goyeneche hemos podido llegar a la conclusión de que existen pocos trabajos e investigaciones efectuadas allí, por ello decidimos abordar el tema porque nos resulta conveniente debido a que permitirá determinar la relación de las complicaciones materno-perinatales al parto vaginal a término con recién nacido macrosómico en el Hospital III Goyeneche en el año 2021. Así mismo, contribuirá a la estadística local y nacional para posteriores estudios.

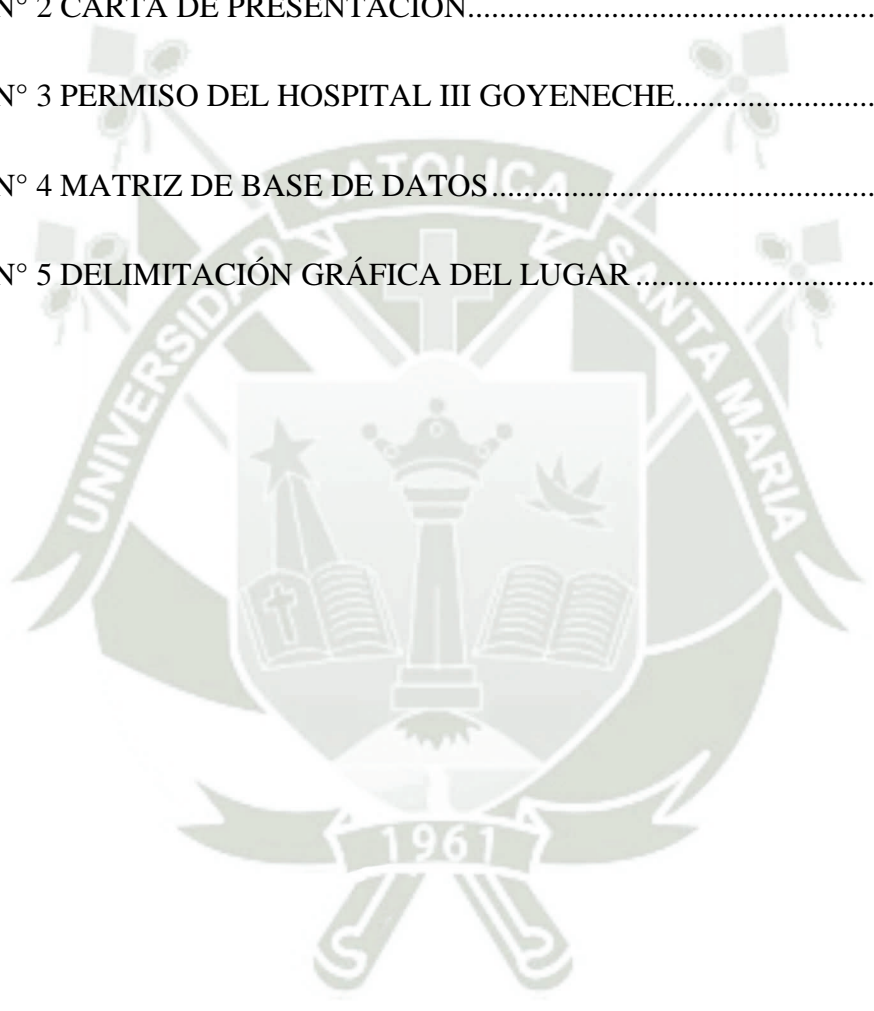
ÍNDICE GENERAL

DICTAMEN APROBATORIO	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTOS	III
EPÍGRAFE.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
1 PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	2
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:.....	2
1.2.1 ÁREA DEL CONOCIMIENTO:.....	2
1.2.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	3
1.2.3 INTERROGANTES BÁSICAS:.....	4
1.2.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN:	4
1.2.5 NIVEL DE INVESTIGACIÓN:	4
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	5
1.3.1 RELEVANCIA SOCIAL.....	5
1.3.2 INTERÉS PERSONAL.....	5
1.3.3 FACTIBILIDAD.....	5
2 OBJETIVOS:.....	6
3 MARCO TEÓRICO:	7

3.1	MARCO CONCEPTUAL	7
3.1.1	Definición de parto eutócico	7
3.1.2	Definición de macrosomía fetal	7
3.1.3	Clasificación.....	8
3.1.4	Factor de riesgo asociados a macrosomía fetal	8
3.1.5	Complicaciones	10
3.2	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	16
3.2.1	ANTECEDENTES LOCALES.....	16
3.2.2	ANTECEDENTES NACIONALES	17
3.2.3	ANTECEDENTES INTERNACIONALES:	20
4	HIPÓTESIS.....	21
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL		22
1	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN	23
1.1	MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	24
2	CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	24
2.1	UBICACIÓN ESPACIAL.....	24
2.1.1	Precisión del lugar.....	24
2.1.2	Caracterización del lugar.....	24
2.1.3	Delimitación Geográfica	24
2.2	UBICACIÓN TEMPORAL.....	24
2.2.1	CRONOLOGÍA	24
2.2.2	VISIÓN TEMPORAL.....	24
2.2.3	CORTE TEMPORAL	24
2.3	UNIDAD DE ESTUDIO	24

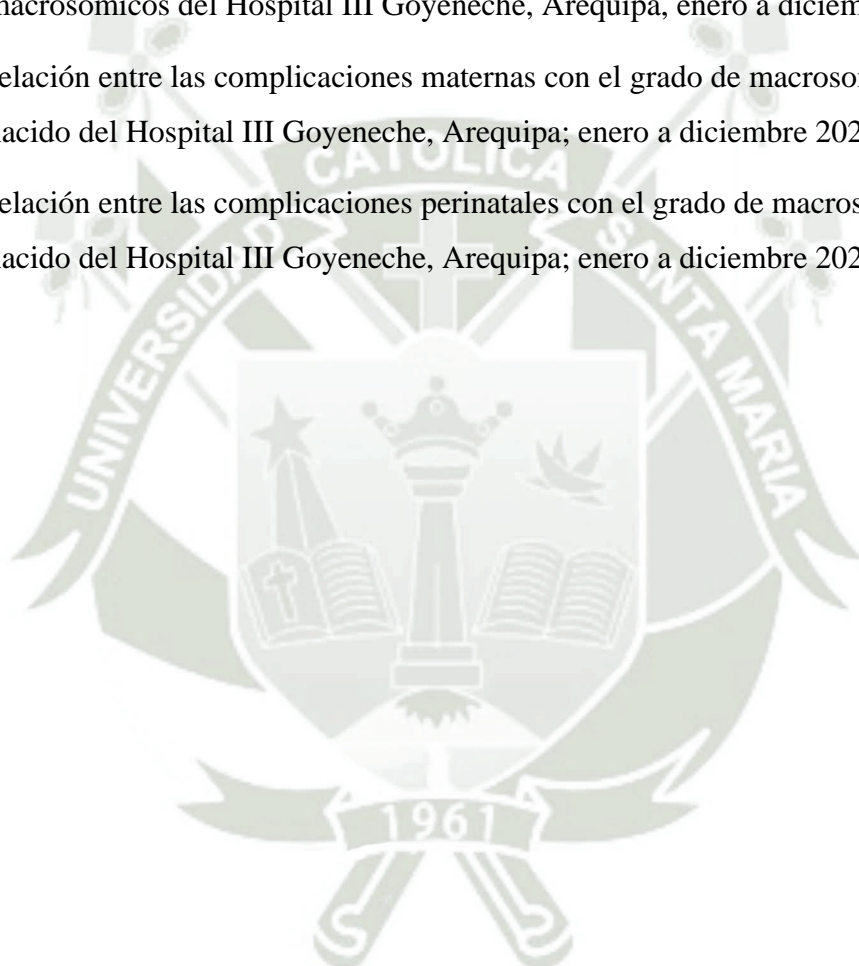
2.3.1	Universo Cuantitativo	24
2.3.2	Universo Cualitativo	25
2.3.3	Muestra.....	25
3	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.1	ORGANIZACIÓN.....	26
3.1.1	Autorización.....	26
3.2	RECURSOS.....	26
3.2.1	Recursos Humanos:.....	26
3.2.2	Recursos Físicos.....	26
3.2.3	Recursos Económicos	26
3.2.4	Recursos Institucionales	26
3.3	VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	27
4	ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS.....	27
4.1	PLAN DE PROCESAMIENTO	27
4.1.1	Plan de clasificación.....	27
4.1.2	Plan de codificación	27
4.1.3	Plan de recuento	27
4.1.4	Plan de análisis	27
4.1.5	Plan de tabulación	27
4.1.6	Plan de Graficación	27
4.2	PLAN DE ANÁLISIS	27
	CAPÍTULO III RESULTADOS	28
	DISCUSIÓN.....	34
	CONCLUSIONES	36

RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS.....	42
ANEXO N° 1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
ANEXO N° 2 CARTA DE PRESENTACIÓN.....	45
ANEXO N° 3 PERMISO DEL HOSPITAL III GOYENECHE.....	46
ANEXO N° 4 MATRIZ DE BASE DE DATOS.....	47
ANEXO N° 5 DELIMITACIÓN GRÁFICA DEL LUGAR.....	50



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Grado de macrosomía del recién nacido en el Hospital III Goyeneche, Arequipa; enero a diciembre 2021.....	29
Tabla 2 Complicaciones maternas relacionadas al parto vaginal a término con recién nacido macrosómico del Hospital III Goyeneche, Arequipa; enero a diciembre 2021. ...	30
Tabla 3 Complicaciones perinatales relacionadas al parto vaginal a término con recién nacidos macrosómicos del Hospital III Goyeneche, Arequipa, enero a diciembre del 2021.	31
Tabla 4 Relación entre las complicaciones maternas con el grado de macrosomía del recién nacido del Hospital III Goyeneche, Arequipa; enero a diciembre 2021.....	32
Tabla 5 Relación entre las complicaciones perinatales con el grado de macrosomía del recién nacido del Hospital III Goyeneche, Arequipa; enero a diciembre 2021.....	33



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Grado de macrosomía del recién nacido en el Hospital III Goyeneche, Arequipa; enero a diciembre 2021.....	29
--	----





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1 PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

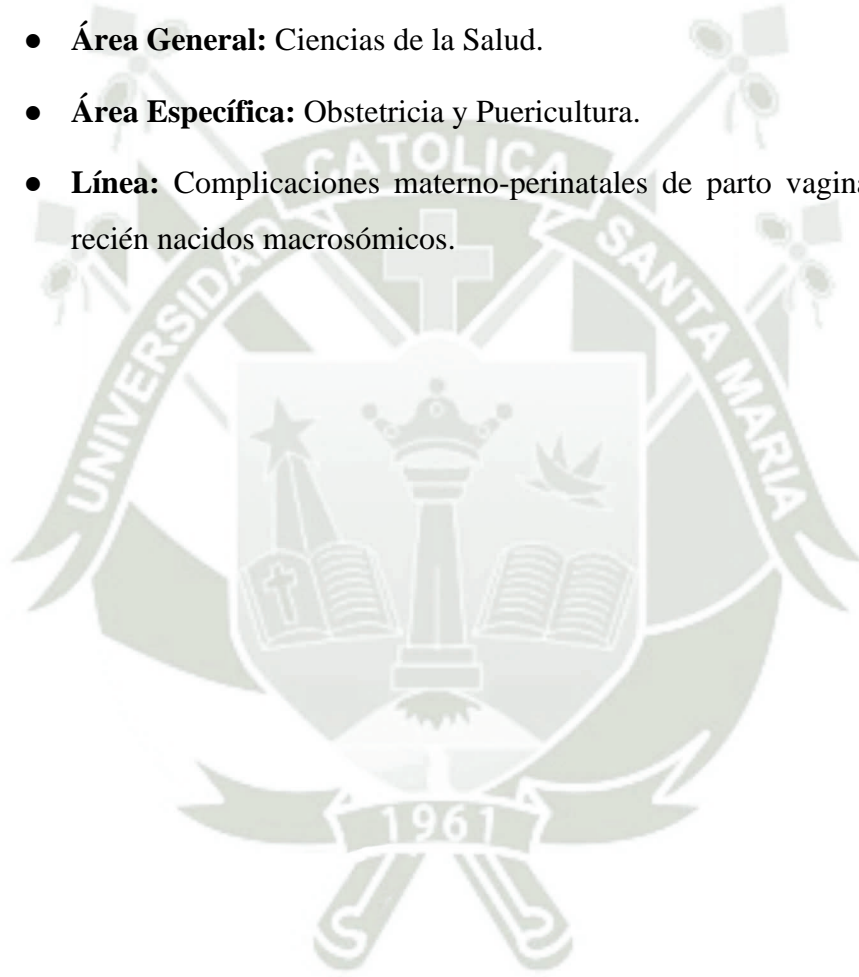
1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Complicaciones materno-perinatales relacionados al parto vaginal a término con recién nacido macrosómico del Hospital III Goyeneche, Arequipa, enero a diciembre 2021.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

1.2.1 ÁREA DEL CONOCIMIENTO:

- **Área General:** Ciencias de la Salud.
- **Área Específica:** Obstetricia y Puericultura.
- **Línea:** Complicaciones materno-perinatales de parto vaginal a término con recién nacidos macrosómicos.



1.2.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES	
VARIABLE DEPENDIENTE Complicaciones	MATERNAS		
	Endometritis	Si No	
	Desgarro perineal	Si No	
	Desgarro cervical	Si No	
	Atonía Uterina.	Si No	
	Hemorragia Post parto	Si No	
	PERINATALES		
	Cefalohematoma	Si No	
	Caput succedaneum	Si No	
	Parálisis del plexo braquial	Si No	
	Fractura de clavícula	Si No	
	Distocia de Hombros	Si No	
	VARIABLE INDEPENDIENTE		
	Parto vaginal a término con recién nacido macrosómico	Grado de macrosomía	Grado I (4000 - 4499 gr) Grado II (4500 - 4999 gr). Grado III (> 5000 gr)

1.2.3 INTERROGANTES BÁSICAS:

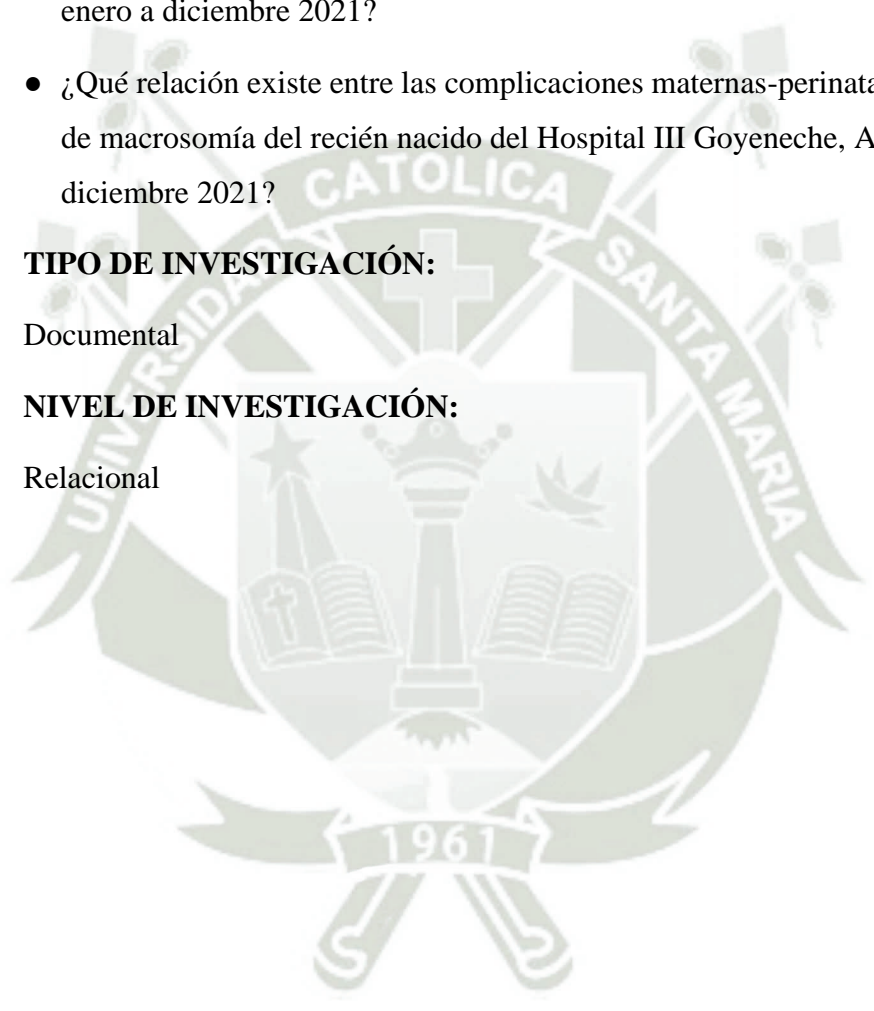
- ¿Cuáles son las complicaciones maternas relacionadas al parto vaginal a término con recién nacido macrosómico del Hospital III Goyeneche, Arequipa, enero a diciembre 2021?
- ¿Cuáles son las complicaciones perinatales relacionadas al parto vaginal a término con recién nacido macrosómico del Hospital III Goyeneche, Arequipa, enero a diciembre 2021?
- ¿Qué relación existe entre las complicaciones maternas-perinatales con el grado de macrosomía del recién nacido del Hospital III Goyeneche, Arequipa, enero a diciembre 2021?

1.2.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Documental

1.2.5 NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

Relacional



1.3 JUSTIFICACIÓN

1.3.1 RELEVANCIA SOCIAL

La macrosomía fetal es un problema de salud pública a nivel nacional e internacional trayendo consigo complicaciones maternas y perinatales tales como: endometritis, desgarros perineales y cervicales, atonías uterinas, aumento de las hemorragias postparto; por otro lado, en el neonato origina traumas obstétricos como cefalohematoma y caput succedaneum, parálisis del plexo braquial, fractura de clavícula y distocias de hombros, debido a que es una condición obstétrica asociada al incremento del riesgo de morbilidad materno-perinatal (2).

Si bien se conoce que existen trabajos relacionados al tema planteado, aún no existe ninguno que se haya realizado en el Hospital III Goyeneche 2021.

1.3.2 INTERÉS PERSONAL

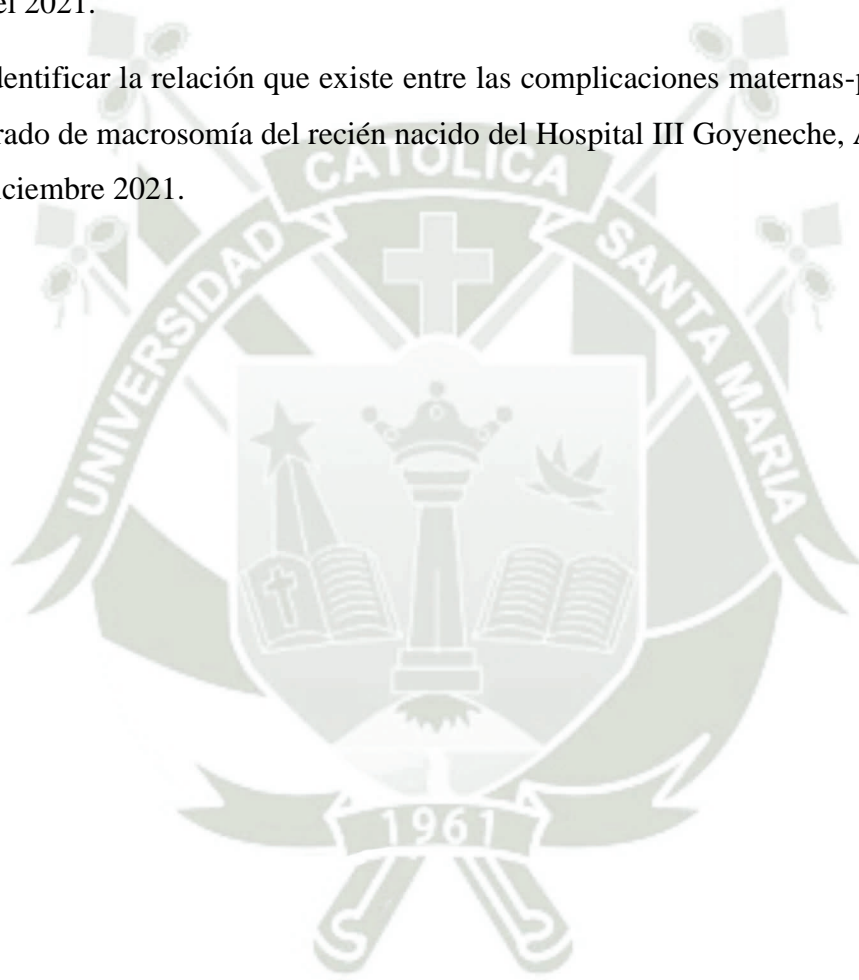
Se desea indagar este tema con la finalidad de lograr mejorar nuestras habilidades y conocimientos en base a lo estudiado para poder brindar una atención con calidad y calidez a nuestras pacientes para así poder prevenir algún tipo de complicaciones en las pacientes y recién nacidos (1).

1.3.3 FACTIBILIDAD

El presente proyecto es viable debido a que los datos del estudio se encontraron disponibles en las historias clínicas de la población anteriormente mencionada, por lo cual se solicitó la autorización a la institución correspondiente para poder utilizar los datos. Así mismo, este establecimiento de salud es concurrido por una gran cantidad de pacientes por lo que se puede brindar una mejor calidad de información sobre las pacientes que serán evaluadas para este estudio (1).

2 OBJETIVOS:

- Identificar las complicaciones maternas relacionadas al parto vaginal a término con recién nacido macrosómico del Hospital III Goyeneche, Arequipa, enero a diciembre 2021.
- Determinar las complicaciones perinatales relacionadas al parto vaginal a término con recién nacidos macrosómicos del Hospital III Goyeneche, Arequipa, enero a diciembre del 2021.
- Identificar la relación que existe entre las complicaciones maternas-perinatales con el grado de macrosomía del recién nacido del Hospital III Goyeneche, Arequipa, enero a diciembre 2021.



3 MARCO TEÓRICO:

3.1 Marco conceptual

3.1.1 Definición de parto eutócico

El parto normal o eutócico (OMS 1996) se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones (4).

La macrosomía fetal puede dificultar el parto vaginal y poner en riesgo al bebé en la cual puede presentar lesiones durante el nacimiento. Asimismo, aumenta el riesgo de problemas de salud para el bebé después del nacimiento (5).

3.1.2 Definición de macrosomía fetal

La macrosomía se refiere al crecimiento más allá de un umbral específico. Según la etimología: macro: grande, soma: cuerpo, significa cuerpo o tamaño grande del cuerpo (6).

Se define como un peso al nacer igual o mayor a 4 000 g. En algunos otros contextos, un peso mayor de 4 500 g; aunque las conductas clínicas deberían tomarse a partir de los 4 000 g. Se sabe que la macrosomía fetal está asociada con una serie de complicaciones maternas y perinatales, como infección, hemorragia posparto, parto prolongado, desgarros perineales de grado alto, parto por cesárea, accidentes anestésicos y eventos tromboembólicos. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecología (ACOG), los fetos macrosómicos tienen un mayor riesgo de asfixia perinatal, aspiración de meconio, fractura de clavícula, lesión del plexo braquial y distocia de hombros. Aunque su prevalencia varía entre diferentes razas y diferentes grupos étnicos, afecta aproximadamente entre el 6 y 10% de todos los recién nacidos. Se debe conocer que la insulina materna es la principal hormona responsable del crecimiento fetal intrauterino. Durante el embarazo, la irregularidad de los niveles de glucosa en la sangre posprandial materna y la secreción excesiva de insulina, específicamente en el segundo y tercer trimestre, pueden causar macrosomía fetal. Por lo tanto, el riesgo debe considerarse durante la atención prenatal para mujeres embarazadas con diabetes mellitus pregestacional o gestacional. Así también, existen otros factores que han demostrado estar relacionados como lo es el perfil lipídico, principalmente los triglicéridos y los niveles de colesterol HDL (3).

3.1.3 Clasificación

3.1.3.1 Grados de Macrosomía

El autor Boulet y et al dicen:

Los Recién Nacidos Macrosómicos deben ser clasificados en tres categorías:

- Grado I (4 000 – 4 499 gramos) tiene riesgo 15 veces mayor a un recién nacido con peso de 3000 – 3 999 gramos.
- Grado II (4 500 – 4 999 gramos) se duplica la probabilidad de cesárea.
- Grado III (mayor a 5 000 gramos) finaliza en cesárea (7).

3.1.3.2 Tipos de Macrosomía

–**Macrosomía Simétrica o Constitucional**

Se da como consecuencia del factor genético y de un ambiente adecuado dentro del útero. El producto es grande cuando se realiza la medición, pero no quiere decir que tenga alguna anomalía. Es importante la vigilancia del parto para evitar posibles traumas (8).

–**Macrosomía Asimétrica o Metabólica**

Es el crecimiento fetal acelerado y asimétrico del feto. Caracterizado por la Organomegalia como principal patología. Es común observarse en gestantes diabéticas con un mal control metabólico (8).

3.1.4 Factor de riesgo asociados a macrosomía fetal

3.1.4.1 Factores maternos y paternos

- Obesidad materna
- Talla mayor a 1,65 m
- Excesiva ganancia de peso durante el embarazo
- Multiparidad, 4 o más partos
- Edad materna mayor de 35 años
- Período intergenésico prolongado
- Diabetes mellitus materna

- Antecedentes de diabetes gestacional
- Antecedentes de RN macrosómico
- Tamaño uterino y placentario
- Factores socioeconómicos y culturales (9).

3.1.4.2 Factores fetales

- Sexo masculino
- Síndromes genéticos (9):

- **Wiedemann-Beckwith**

Es el síndrome que tiene entidad genética de sobrecrecimiento más común, con una incidencia aproximada de 1 en 10000-13 700 nacimientos. Presenta un amplio espectro clínico, que incluye macrosomía pre y posnatal, macroglosia, alteraciones en el pabellón auricular, defectos en la pared abdominal, visceromegalia e hipoglucemia por hiperinsulinemia. Es un síndrome de predisposición a cáncer en la infancia, causado por una variedad de alteraciones genéticas y/o epigenéticas que suelen afectar la regulación de los genes (10).

- **Sotos**

Es una enfermedad genética con un patrón de herencia autosómico dominante, causado en un 90% de los casos por una haploinsuficiencia del gen NSD1 (nuclear proteína SET dominio de unión a receptor 1, con locus 5q35; la prevalencia reportada es 1:15.0001. Los pacientes afectados se caracterizan por un crecimiento prenatal y posnatal excesivo, macrocefalia, facies específicas y retraso en el desarrollo motor, cognitivo y social (11).

- **Weaver**

Cursa con sobrecrecimiento pre y postnatal, edad ósea acelerada, macrocráneo, rasgos cráneo faciales distintivos, retardo en el desarrollo y en el lenguaje, todo lo cual se debe a mutaciones en el gen (12).

- **Marschall-Smith**

Cursa con una maduración ósea acelerada, rasgos dismórficos (frente prominente, macizo facial pequeño, ojos prominentes, escleróticas azules, narinas antevertidas, puente nasal

plano, micrognatia, labios evertidos), alteraciones cerebrales (hipoplasia del cuerpo calloso), baja talla, cifoescoliosis, defectos cutáneos en la pigmentación, pubertad precoz central y rodete subaórtico, y en ocasiones alteraciones en el desarrollo neuropsicomotor. El compromiso respiratorio por obstrucción de las vías altas es la patología principal que produce infecciones respiratorias de repetición, condiciona un déficit de crecimiento y disminuyendo las posibilidades de hasta la etapa adulta, incluyendo un alto riesgo de sufrir complicaciones anestésicas en relación con el mantenimiento de las vías aéreas (13).

– **Banayan**

Se caracteriza por macrocefalia, pólipos intestinales hamartomatosos, lipomas y máculas hiperpigmentadas en el pene (14).

3.1.5 Complicaciones

Se entiende como complicación al término empleado para describir problemas médicos añadidos que se pueden desarrollar después del trabajo de parto, parto y puerperio del recién nacido macrosómico (15).

3.1.5.1 Complicaciones maternas

Son aquellas complicaciones que se desarrollan en la madre durante el trabajo de parto, parto y puerperio, se tiene (15).

– **Endometritis**

Es la invasión de gérmenes patógenos a la cavidad uterina posterior al parto, comprendiendo decidua, pero con posibilidad de invadir la capa muscular (endometriitis) y los parametrios (parametritis) (16). Es una de las causas más comunes de fiebre en el postparto. Es una infección polimicrobiana en la que mayormente se encuentran agentes aerobios y anaerobios en el tracto genital. El mecanismo de contagio depende de la vía del parto, el principal factor de riesgo es la cesárea, aumentando la incidencia en un 25% comparado con un parto vía vaginal (17).

Los factores de riesgo principales son: anemia, desnutrición, obesidad, enfermedades crónicas y bajo nivel socioeconómico, en líquido amniótico presencia de meconio, embarazo postérmino, parto pre término, infección intraamniótica, vaginosis bacteriana, inmunosupresión y colonización por el estreptococo grupo B. El factor de riesgo más

importante es la retención de restos placentarios, debido mayormente a trabajos de partos prolongados, partos distócicos, etc (18).

– **Desgarros**

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) (19).

A. Desgarro perineal

El desgarro perineal es una complicación del parto; los desgarros perineales constituyen soluciones de continuidad que pueden estar acompañadas de contusiones menores, desgarros de músculos o laceraciones mayores con pérdida de sustancia tisular o no (20).

La clasificación del desgarro perineal, descrita por Sultán, que ha sido adoptada por la International Consultation on Incontinence y por el RCOG; detalla el desgarro perineal en cuatro grados, y el tercer grado se subdivide:

- **PRIMER GRADO:** Solo lesión de piel perineal
- **SEGUNDO GRADO:** Lesión de músculos perineales sin afectar al esfínter anal
- **TERCER GRADO:** Lesión perineal que afecta al esfínter anal externo (EAE)
 - **Grado 3a:** Desgarro de menos del 50% del grosos del EAE
 - **Grado 3b:** Desgarro de más del 50% del grosos del EAE
 - **Grado 3c:** Desgarro del EAE y el esfínter anal interno (EAI)
- **CUARTO GRADO:** Lesión del periné que afecta al EAE y el EAI, así como el epitelio anal (21).

Los desgarros perineales son de causa multifactorial, al producirse durante el parto se verá influenciado por la madre, el feto y el parto (22).

Los factores de riesgo obstétricos son: periodo expulsivo prolongado, instrumentación de parto, uso de episiotomía y distocia de hombros. Los factores de riesgo maternos son: sobrepeso, primiparidad, edad materna avanzada; y los factores de riesgo neonatales: macrosomía, variedad de posición occipito posterior persistente (20).

B. Desgarro cervical

Desgarros cervicales de hasta 2 cm se consideran como inevitables en el curso de un parto normal, estos desgarros curan rápida y raramente son el origen de algún problema. Afectan las estructuras vasculares que determinan la aparición de hemorragias inmediatas a su producción. Los desgarros cervicales raramente se extienden hasta involucrar el segmento uterino inferior y la arteria uterina. Mayormente se relacionan a maniobras traumáticas e inadecuadas sobre el cérvix, en partos de RN macrosómicos (23).

– Atonía Uterina

Es la incapacidad del útero de contraerse tras el alumbramiento, lo que conlleva una falta de hemostasia del lecho placentario, con la consiguiente hemorragia excesiva en el postparto inmediato (más de 500 ml de sangre tras parto vaginal o más de 1000 ml tras cesárea en las primeras 24 horas). Constituye una verdadera emergencia, ya que este sangrado está relacionado a clínica, ocasionando hipovolemia, inestabilidad hemodinámica y shock (24).

– Hemorragia Post parto

Hay una ausencia de uniformidad de criterio al momento de definir la hemorragia postparto, aceptándose varias definiciones en cuanto a diferentes parámetros se estimen. Una de las definiciones más universalmente aceptadas es aquella que define la hemorragia postparto como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea (25).

A. CLASIFICACIÓN

- **Hemorragia Posparto Primaria o Precoz (HPPP):** Pérdida sanguínea dentro de las 24 horas del parto.
- **Hemorragia Posparto Secundaria o Tardía (HPPS):** Pérdida sanguínea después de las 24 horas Posparto, hasta la culminación del puerperio (9).

Los factores predisponentes a la pérdida excesiva de sangre en el postparto: primigravidez, obesidad materna, macrosomía fetal, embarazo múltiple, trabajo de parto prolongado, corioamnionitis, preeclampsia, anemia materna y hemorragia preparto (26).

3.1.5.2 Complicaciones perinatales

El período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días) de gestación (el tiempo cuando el peso al nacer es normalmente de 500 g) y termina siete días completos después del parto (27).

Se tiene:

– Traumas obstétricos

Se denomina trauma obstétrico a las lesiones duraderas que suceden durante el trabajo de parto, el parto o las maniobras necesarias para la atención neonatal por acción u omisión y que las padece la madre y el recién nacido. Los traumas obstétricos son causados por la mecánica del feto al pasar por el canal del parto o por la tracción y presión producidas por la manipulación durante el parto (28).

Entre los factores que pueden aumentar el riesgo de trauma obstétrico, se han señalado a los siguientes: factores maternos: rigidez del canal del parto, edad avanzada, primiparidad, talla baja y anomalías cefalopélvicas; factores fetales: embarazo múltiple, parto a término, anomalías fetales, macrocefalia, muy bajo peso, presentación anormal, macrosomía y gran prematuridad; factores del embarazo: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, falta de descenso de la presentación y oligohidramnios; factores del parto: alteraciones del cordón, circular al cuello, rotura uterina, maniobra de Kristeller, sufrimiento fetal, malposición fetal, versión-extracción, parto extremadamente rápido, distocia de hombros, parto instrumentado y parto prolongado (29).

A. Cefalohematoma

Es causado por una hemorragia subperióstica. Forma una masa lateral firme, definida, que no cruza líneas de sutura. A veces no es evidente hasta varias horas después del parto y, a menudo, aumenta de tamaño en las primeras 12-24 h. Por lo general, continúa siendo palpable durante 2-3 semanas, y también puede aparecer un borde calcificado (30).

B. Caput succedaneum

El tumor del parto es una tumefacción edematosa difusa del cuero cabelludo causada por presión durante el parto, causando acumulación de líquido externa al periostio. Es blando y depresible, tiene bordes difusos, no está limitado por líneas de sutura y se localiza

mayormente sobre el vértice. Generalmente está presente en el momento del nacimiento, y se resuelve en varios días (30).

C. Parálisis del plexo braquial

La parálisis braquial perinatal o lesión del plexo braquial (31), es una lesión por tracción del plexo braquial, generando parálisis flácida del miembro torácico (32), como consecuencia de una excesiva tracción y extensión lateral sobre el cuello fetal durante el parto, por la extensión, desgarró o avulsión de las raíces nerviosas cervicales y la primera torácica (33).

El brazo afectado se presenta con el codo extendido, en abducción y rotación interna. El antebrazo está en pronación con la muñeca flexionada. El reflejo de Moro, el radial y el bicipital están ausentes pero el reflejo de prensión palmar está intacto (34).

Los factores de riesgo más importantes son la distocia de hombro, la macrosomía, el parto instrumental (33), y en casos aislados, en recién nacidos por cesárea (32).

D. Fractura de clavícula

El traumatismo óseo más frecuente en el recién nacido es la fractura de clavícula (35), afectándose preferentemente en su tercio medio (36). Se define como la pérdida de solución de continuidad del hueso producida bruscamente en el parto (35), en ocasiones se percibe un chasquido cuando se produce la fractura (34).

La sintomática es sutil: crepitación, tumefacción local, reflejo de Moro asimétrico, irritabilidad, etc (36).

La cifra de fractura de clavícula varía de acuerdo al país, en Perú la cifra alcanza un 4%, en Argentina es del 3,2% en EE.UU. la cifra es menor del 1% y en países de Oriente como Israel y Hong Kong la incidencia fluctúa entre el 1,5 y el 2.9% (35).

– Distocia de hombros

La distocia de hombros es la dificultad en el desprendimiento espontáneo de los hombros después de la salida de la cabeza fetal (37), durante el parto vaginal, una vez que la tracción moderada de la cabeza hacia abajo ha fallado. Sucede cuando el hombro anterior, y con menos frecuencia el hombro posterior, impacta sobre la sínfisis del pubis o el promontorio, respectivamente (9).

Asimismo, se debe considerar el diagnóstico cuando después de la expulsión de la cabeza fetal no ha ocurrido el desprendimiento de los hombros en un límite de tiempo de < 1 minuto.

Además, se precisa de maniobras obstétricas para conseguir la expulsión completa del feto (37).

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 (38).



3.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1 ANTECEDENTES LOCALES

TÍTULO: “INCIDENCIA DE MACROSOMÍA Y COMPLICACIONES INMEDIATAS EN EL NEONATO MACROSÓMICO NACIDO EN EL HOSPITAL III YANAHUARA” DURANTE EL AÑO 2018.

AUTORES: Roque Quico, Kevin Ricardo

RESUMEN:

La incidencia de la macrosomía neonatal y sus complicaciones asociadas se encuentran en aumento en los últimos años, afectando a la población neonatal a nivel mundial, incluido el Hospital III Yanahuara de Arequipa. **Objetivo:** Determinar la incidencia de la macrosomía y sus complicaciones inmediatas en el neonato macrosómico nacido en el Hospital III Yanahuara en el año 2018.

Métodos: El presente estudio observacional, retrospectivo y transversal se desarrolló en el Hospital III Yanahuara en el periodo Enero-2018 a Diciembre-2018; la población estuvo conformada por recién nacidos macrosómicos (peso>4000g) cuyo parto fue atendido en el Hospital III Yanahuara en el periodo indicado; estos fueron 271, se excluyeron 13 historias clínicas que no se encontraron en archivo; dando un total de 258 recién nacidos. Los datos fueron ingresados al programa estadístico SPSS vs25 obteniendo tablas de frecuencias y analizándolas mediante la prueba estadística chi cuadrado. **Resultados:** La incidencia de neonatos macrosómicos obtenida en el presente estudio fue de 8.7%, lo que corresponde a 271 neonatos macrosómicos de un total de 3116 recién nacidos. Las complicaciones más frecuentes halladas fueron: hipoglicemia (52.8%) y policitemia (28.6%); con menor frecuencia se encontró síndrome de dificultad respiratoria (7.2%), fractura de clavícula (5.8%), parálisis braquial (2.8%), cefalohematoma (1.4%) y Caput succedaneum (1.4%); no se registraron casos de depresión respiratoria, ni de muerte neonatal. El 26% de los neonatos macrosómicos fueron asimétricos y se encontró asociación estadísticamente significativa con las complicaciones. **Conclusiones:** la incidencia de macrosomía neonatal fue 8.7%, las complicaciones más frecuentes fueron hipoglicemia y policitemia, se encontró asociación estadística entre los neonatos macrosómicos asimétricos y las complicaciones (39).

3.2.2 ANTECEDENTES NACIONALES

TÍTULO: “MACROSOMÍA FETAL Y COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES. HOSPITAL DE SUPE LAURA ESTHER RODRÍGUEZ DULANTO, BARRANCA. 2016-2017.”

AUTORES: Ramirez Valladares, Luz Yanila

RESUMEN:

Se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son las complicaciones materno-perinatales relacionadas a la macrosomía fetal en puérperas de parto vaginal atendidas en el Hospital de Supe Laura Esther Rodríguez Dulanto? Barranca. 2016 - 2017? teniendo como *objetivo* general determinar las complicaciones materno-perinatales relacionadas a la macrosomía fetal en puérperas de parto vaginal, hipótesis: La macrosomía fetal está relacionada significativamente con las complicaciones materno-perinatales en puérperas de parto vaginal. Investigación de enfoque cuantitativo, retrospectivo, correlacional, con diseño no experimental y transversal. El instrumentó empleado fue la ficha de recolección de datos, la muestra fue de 122 historias clínicas. La información se procesó mediante el programa SPSS V22.00 realizándose la contrastación de la hipótesis a través de la prueba chi cuadrado. **Resultados:** Dentro de las complicaciones maternas: el 77,9% de los recién nacidos de las puérperas de parto vaginal presentaron macrosomía fetal tipo armónico; el 24,6% presentaron hemorragia post parto masiva; el 38,5% hemorragia post parto primaria y el 14,8% hemorragia post parto secundaria y de acuerdo a las complicaciones perinatales: el 77,9% de los recién nacidos de las puérperas de parto vaginal presentaron macrosomía fetal tipo armónico; el 74,6% de los recién nacido tuvieron hipoglicemia de $< 40\text{mg/dl}$ y el 3,3% presentaron hipoglicemia de $> 40\text{mg/dl}$. **Conclusiones:** La macrosomía fetal está relacionada significativamente con las complicaciones materno-perinatales en puérperas de parto vaginal. ($p < \text{o igual } 0.05$) (40).

TÍTULO: “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”

AUTORES: Sánchez Z Lujan, Marita Masiel; Yataco Montoya, Betsy Maria

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 pregestacional 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. La 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 (15).

TÍTULO: “COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES DE PARTOS POR VÍA VAGINAL CON RECIÉN NACIDOS MACROSÓMICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES 2018-2019.”

AUTORES: Estacio León, Dana Sharon

RESUMEN:

El objetivo fue determinar las complicaciones maternas y neonatales de partos por vía vaginal con recién nacidos macrosómicos atendidos en el Hospital Sergio E. Bernales 2018- 2019. La presente investigación fue de tipo cuantitativa, descriptiva y retrospectiva. De los 152 partos el 71,1% fueron convivientes. El 77% con grado de instrucción secundaria. Un 81,6% fueron amas de casa. En relación con la edad gestacional el 75,7% tuvieron entre 37 a 40 semanas y 24,3% tuvieron 41 semanas a más. El 76,3% fueron múltiparas. El índice de masa corporal pre gestacional fue 36,2% con sobrepeso, 30,9% de peso normal y 30,3% con obesidad. El 44,1% presentaron desgarro de primer grado en el canal del parto, el 32,2% trabajo de parto prolongado. Las complicaciones neonatales fueron 36,2% la distocia de hombros, el síndrome de aspiración meconial 32,9%, la fractura de clavícula un 25%, 27,6% con caput succedaneum, 19,1% parálisis braquial o facial y la asfixia neonatal un 3,7%. Llegando a concluir que la obesidad y el sobrepeso pre gestacional fueron la característica más frecuente en las madres con partos de recién nacidos macrosómicos. La complicación materna más frecuente fue el trabajo de parto prolongado y laceración del canal del parto. El síndrome de aspiración meconial y distocia de hombros fueron las complicaciones neonatales más frecuentes (18).

3.2.3 ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

TÍTULO: COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES DE LA MACROSOMÍA FETAL: ESTUDIO DE COHORTE.

AUTORES: J.beta,n khan,M. Fiolna,A Jalil,G. Ramadan,R Akolekar.

RESUMEN:

Objetivo: Estimar los riesgos de complicaciones maternas y neonatales en embarazos con macrosomía. **Métodos:** Este fue un estudio de cohorte retrospectivo realizado en una unidad de maternidad grande en el Reino Unido entre enero de 2009 y diciembre de 2016. La incidencia de complicaciones maternas y neonatales en embarazos con macrosomía, definida como peso al nacer (BW) > 4000 g, y en aquellos con grave la macrosomía, definida como BW > 4500 g, se comparó con la de embarazos con BW normal (2500–4000 g). Se realizó un análisis de regresión para determinar las razones de probabilidad (OR) de complicaciones en embarazos macrosómicos en comparación con aquellos con peso normal. **Resultados:** La población de estudio de 35 548 embarazos incluyó 4522 (12,7 %) con macrosomía, de los cuales 643 (1,8 %) tenían macrosomía grave y 31 026 (87,3 %) con peso corporal normal. En el grupo de macrosomía, el OR ajustado fue 3,1 (IC 95 %, 2,6–3,6) para cesárea por falta de progresión, 2,4 (IC 95 %, 2,0–3,0) para hemorragia posparto grave, 2,3 (IC 95 %, 1,9–2,8) para lesión obstétrica del esfínter anal, 10,4 (IC 95 %, 8,6–12,6) para distocia de hombros, 28,5 (IC 95 %, 8,9–90,7) para lesión obstétrica del plexo braquial, 32,3 (IC 95 %, 3,8–278,2) para nacimiento fracturas y 4,4 (IC 95 %, 2,2–8,8) para encefalopatía hipóxico-isquémica. Los valores respectivos en embarazos con macrosomía grave fueron 4,3 (IC 95 %, 3,1–6,1), 2,9 (IC 95 %, 1,9–4,4), 3,1 (IC 95 %, 1,9–5,1), 28,7 (IC 95 %, 20,8–39,8), 73,9 (IC 95 %, 15,1–363,2), 87,2 (IC 95 %, 7,7–985,0) y 13,8 (IC 95 %, 5,2–36,8). **Conclusión:** La macrosomía se asocia con resultados perinatales adversos graves. Este estudio proporciona estimaciones precisas de los riesgos para ayudar en el manejo del embarazo. Copyright © 2019 ISUOG. Publicado por John Wiley & Sons Ltd (41).

4 HIPÓTESIS

Dado que, el parto vaginal de un recién nacido macrosómico es un problema de salud pública debido a que su nacimiento implica diferentes complicaciones que causan daño al recién nacido, madre o en ambos.

Es probable que, exista relación significativa entre las complicaciones materno-perinatales en parto vaginal a término con recién nacido macrosómico.





1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN

VARIABLE	INDICADORES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Complicaciones</p>	<p>MATERNAS</p> <p>Endometritis</p> <p>Desgarro perineal</p> <p>Desgarro cervical</p> <p>Atonía Uterina.</p> <p>Hemorragia Post parto</p> <p>PERINATALES</p> <p>Cefalohematoma</p> <p>Caput succedaneum</p> <p>Parálisis del plexo braquial</p> <p>Fractura de clavícula</p> <p>Distocia de Hombros</p>	<p>Análisis documental</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p> <p>(ANEXO N°1)</p>
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Parto vaginal a término con recién nacido macrosómico</p>	<p>Grado de Macrosomía</p>	<p>Análisis documental</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p> <p>(ANEXO N°1)</p>

1.1 Materiales de Verificación

- Ficha de recolección de datos
- Computadora
- Impresora
- Material de escritorio

2 CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 UBICACIÓN ESPACIAL

2.1.1 Precisión del lugar

Departamento de Arequipa, Provincia de Arequipa Hospital III Goyeneche.

2.1.2 Caracterización del lugar

Ámbito institucional que se encarga de brindar servicios de salud a toda la zona urbana rural, está ubicado en la Av. Goyeneche s/n.

2.1.3 Delimitación Geográfica

(ANEXO N° 5)

2.2 UBICACIÓN TEMPORAL

2.2.1 CRONOLOGÍA

Enero - diciembre 2021

2.2.2 VISIÓN TEMPORAL

Retrospectivo

2.2.3 CORTE TEMPORAL

Transversal

2.3 UNIDAD DE ESTUDIO

2.3.1 Universo Cuantitativo

139 pacientes atendidas en el Hospital III Goyeneche 2021.

2.3.2 Universo Cualitativo

2.3.2.1 Criterios de inclusión

- Partos atendidos en el Hospital III Goyeneche.
- Historias Clínicas Materno-Perinatal que se encuentran completas
- Pacientes desde los 15 años de edad hasta 50 años.
- Pacientes con cualquier paridad.
- Recién nacido a término.
- Recién nacidos con peso = ó >4000 gr
- Parto único.

2.3.2.2 Criterios de exclusión

- Cesareadas
- Paciente con parto extrahospitalario.
- Óbitos fetales con peso = o >4000 gr

2.3.3 Muestra

En la presente investigación no se calculó el tamaño de la muestra, debido a que se trabajó con la totalidad de la población que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión del Hospital III Goyeneche (6).

3 ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 ORGANIZACIÓN

3.1.1 Autorización

Se solicitó autorización al director del Hospital III Goyeneche para la ejecución de la investigación.

El procedimiento fue reconocer nuestra población mediante el libro de registro de partos del servicio de Gineco-Obstetricia posteriormente se buscó las historias clínicas de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión en el departamento de estadística. De ellas se tomó lo que se consideró de utilidad para el proceso de investigación.

3.2 RECURSOS

3.2.1 Recursos Humanos:

- Bachiller Lizeth Nataly Nayra Alvarado.
- Bachiller Selene Nicole Vilca Condori.
- Asesora: Dra. Verónica Florencia Oviedo Tejada.

3.2.2 Recursos Físicos

- Material de escritorio
- Computadora
- Impresora.

3.2.3 Recursos Económicos

Autofinanciado

3.2.4 Recursos Institucionales

Instalaciones del Hospital III Goyeneche.

3.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

No se requirió la validación por tratarse de una ficha de recolección de datos.

La ficha de recolección de datos: Se utilizó para colocar los datos encontrados en las diferentes historias clínicas.

4 ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1 Plan de procesamiento

4.1.1 Plan de clasificación

El tipo de matriz es de sistematización y documental. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de la ficha de recolección de datos.

4.1.2 Plan de codificación

No se usó.

4.1.3 Plan de recuento

El tipo de recuento es manual y computarizado.

4.1.4 Plan de análisis

Es cuantitativo y cualitativo.

4.1.5 Plan de tabulación

El tipo de cuadro es literal y numérico.

4.1.6 Plan de Graficación

Se utilizó tablas y graficas de barras.

4.2 Plan de análisis

Se hizo uso de la estadística descriptiva. Su manejo fue mediante el paquete estadístico SSP (Statistical Package for the Social Sciences) versión 26.0.

- **Tipo de análisis:** Bivariado.
- **Por el número de variables:** Análisis bivariado. Prueba de chi cuadrado.
- **Por su naturaleza:** El análisis es cuantitativo y cualitativo.



Tabla 1

Grado de macrosomía del recién nacido en el Hospital III Goyeneche, Arequipa; enero a diciembre 2021.

	F	%
Grado I	126	90.6
Grado II	13	9.4
Grado III	0	0
Total	139	100.0

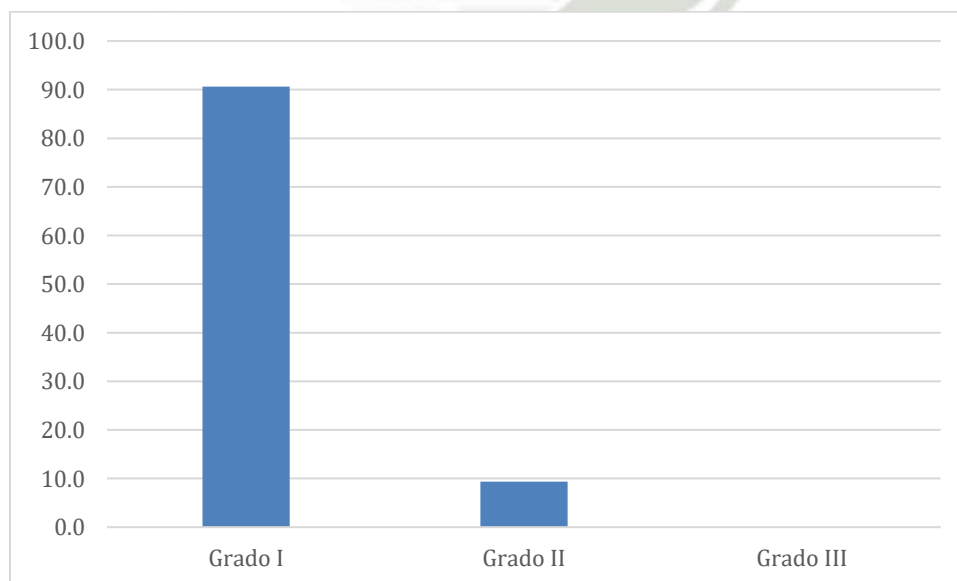
Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla y gráfico se puede apreciar el grado de macrosomía del recién nacido en el Hospital III Goyeneche, Arequipa; enero a diciembre 2021.

El 90.6% es de grado I, seguido por el 9.4% de grado II, finalmente no se observan recién nacidos en el grado III.

Gráfico 1

Grado de macrosomía del recién nacido en el Hospital III Goyeneche, Arequipa; enero a diciembre 2021.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2

Complicaciones maternas relacionadas al parto vaginal a término con recién nacido macrosómico del Hospital III Goyeneche, Arequipa; enero a diciembre 2021.

		F	%
ENDOMETRITIS	Si	0	0%
	No	139	100.0
DESGARRO PERINEAL	Si	65	46.8
	No	74	53.2
DESGARRO CERVICAL	Si	2	1.4
	No	137	98.6
ATONÍA UTERINA	Si	3	2.2
	No	136	97.8
HEMORRAGIA POST PARTO	Si	10	7.2
	No	129	92.8
Total		139	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla se aprecia las complicaciones maternas relacionadas al parto vaginal a término con recién nacido macrosómico del Hospital III Goyeneche, Arequipa; enero a diciembre 2021.

El 100% no presentó endometritis; el 46.8% tuvo un desgarro perineal mientras el 53.2% no; respecto al desgarro cervical el 98.6% no tuvieron esta complicación, el 97.8% no presentó atonía uterina mientras el 2.2% si; finalmente el 92.8% no presentó hemorragia post parto pero el 7.2% sí.

Tabla 3

Complicaciones perinatales relacionadas al parto vaginal a término con recién nacidos macrosómicos del Hospital III Goyeneche, Arequipa, enero a diciembre del 2021.

		F	%
CEFALOHEMATOMA	Si	6	4.3
	No	133	95.7
CAPUT SUCCEDANEUM	Si	17	12.2
	No	122	87.8
PARÁLISIS DEL PLEXO BRAQUIAL	Si	2	1.4
	No	137	98.6
FRACTURA DE CLAVÍCULA	Si	1	0.7
	No	138	99.3
DISTOCIA DE HOMBROS	Si	0	0
	No	139	100.0
Total		139	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla se aprecia las complicaciones perinatales relacionadas al parto vaginal a término con recién nacidos macrosómicos del Hospital III Goyeneche, Arequipa, enero a diciembre del 2021.

El 95.7% no presentó cefalohematoma mientras el 4.3% si; respecto a la complicación caput succedaneum el 87.8% no presentó esta complicación sin embargo el 12.2% sí; el 98.6% no presentó parálisis del plexo braquial mientras el 1.4% si; respecto a una fractura de clavícula el 99.3% no presentó esta complicación, mientras el 0.7% si; el 100% no presenta una distocia de hombros.

Tabla 4

Relación entre las complicaciones maternas con el grado de macrosomía del recién nacido del Hospital III Goyeneche, Arequipa; enero a diciembre 2021.

		GRADO DE MACROSOMIA						X ²	P =
		Grado I		Grado II		Total			
		F	%	F	%	F	%		
Endometritis	Si	0	0%	0	0%	0	0	0	0
	No	126	90.6%	13	9.4%	139	100.0%		
Desgarro Perineal	Si	60	43.2%	5	3.6%	65	46.8%	0,397	0,529
	No	66	47.5%	8	5.8%	74	53.2%		
Desgarro Cervical	Si	1	0.7%	1	0.7%	2	1.4%	3,955	0,047
	No	125	89.9%	12	8.6%	137	98.6%		
Atonía Uterina	Si	3	2.2%	0	0.0%	3	2.2%	0,316	0,574
	No	123	88.5%	13	9.4%	136	97.8%		
Hemorragia Post Parto	Si	8	5.8%	2	1.4%	10	7.2%	1,441	0,230
	No	118	84.9%	11	7.9%	129	92.8%		
Total		126	90.6%	13	9.4%	139	100.0%		

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se aprecia la relación entre las complicaciones maternas con el grado de macrosomía del recién nacido del Hospital III Goyeneche, Arequipa; enero a diciembre 2021.

Solo se presenta una relación estadísticamente significativa entre desgarro cervical y el grado de macrosomía del recién nacido ($p=0,047$).

Tabla 5

Relación entre las complicaciones perinatales con el grado de macrosomía del recién nacido del Hospital III Goyeneche, Arequipa; enero a diciembre 2021.

		Grado de Macrosomía				Total		X ²	P =
		Grado I		Grado II		F	%		
		F	%	F	%				
Cefalohematoma	Si	5	3.6%	1	0.7%	6	4.3%	0,396	0,529
	No	121	87.1%	12	8.6%	133	95.7%		
Caput Succedaneum	Si	16	11.5%	1	0.7%	17	12.2%	0,275	0,600
	No	110	79.1%	12	8.6%	122	87.8%		
Parálisis del plexo braquial	Si	0	0.0%	2	1.4%	2	1.4%	19,668	0,000
	No	126	90.6%	11	7.9%	137	98.6%		
Fractura de clavícula	Si	0	0.0%	1	0.7%	1	0.7%	9,763	0,002
	No	126	90.6%	12	8.6%	138	99.3%		
Distocia de hombros	Si	0	0%	0	0%	0	0%	0	0
	No	126	90.6%	13	9.4%	139	100.0%		
Total		126	90.6%	13	9.4%	139	100.0%		

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se puede apreciar la relación entre las complicaciones perinatales con el grado de macrosomía del recién nacido del Hospital III Goyeneche, Arequipa; enero a diciembre 2021.

Se observa una relación estadísticamente significativa entre complicación parálisis del plexo braquial y el grado de macrosomía del recién nacido ($p= 0,000$).

En la complicación fractura de clavícula se observa una relación estadísticamente significativa con el grado de macrosomía del recién nacido ($p= 0,002$).

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó para determinar las complicaciones materno-perinatales relacionados al parto vaginal a término con recién nacidos macrosómicos del Hospital III Goyeneche, Arequipa, enero a diciembre de 2021. Se realizó la presente investigación debido a que la macrosomía fetal conlleva muy frecuentemente a complicaciones tanto perinatales como maternas. Con el presente trabajo queremos poner en evidencia estas complicaciones y así lograr una adecuada y oportuna intervención.

Para tal fin se realizó una evaluación de las historias clínicas maternas que tuvieron parto vaginal y también las historias clínicas del recién nacido con más de 4000 gramos de peso. Así mismo, se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

En el 2021 se registraron 143 nacimientos en el libro de registro de partos, de los cuales solamente 139 cumplieron con los criterios de inclusión y se encontraron en los archivos del Departamento de Estadística.

Con respecto al grado de macrosomía de los recién nacidos, en la **Tabla y Gráfico 1** se muestra que durante el año 2021 el 90.6% corresponde al grado I y el 9.4% pertenece al grado II; finalmente no se observan recién nacidos en el grado III. Beta et. al, en su estudio define macrosomía como peso al nacer > 4000 g donde se encontró un 87.3% y macrosomía severa > 4500 g un 1.8% (41).

En la **Tabla N°2**, se muestra que las complicaciones maternas relacionadas al parto vaginal son los desgarros perineales con un 46.8%, el 7.2% presentó hemorragia post parto, un 2.2% presentó atonía uterina, el 1.7% presentó desgarro cervical y por último no se registraron casos de endometritis. Datos diferentes encontró el autor Sánchez M; Yataco B donde predominó con un 56.8% la hemorragia post parto y 54.7% el desgarro de partes blandas (15). Así mismo, Estacio D nos indica que la complicación más frecuente encontrada en su estudio es la laceración del canal del parto. Según la Revista de Ginecología y Obstetricia Mexicana menciona que el peso del feto es un factor de riesgo que ocasiona una hemorragia por distensión uterina sobre todo los fetos con más de 4 000 g. De la misma manera existen investigaciones donde refieren que ante mayor peso mayor riesgo, ya que complica el nivel de estiramiento de la región perineal (18).

En la **Tabla N°3**, se muestra que las complicaciones perinatales con mayor relación son el caput succedaneum con un 12.2% y el cefalohematoma con 4.3%. Datos diferentes encontró Roque K que tanto el cefalohematoma y caput succedaneum obtuvieron porcentaje semejante de 1.4%

(39). También el autor Estacio D en su estudio nos indica que en cuarto lugar se encuentra la complicación de caput succedaneum teniendo un 27,6%. Según Estacio D y Ramirez L en sus tesis nos indican que el aumento del amoldamiento de la cabeza del recién nacido es debido a la compresión repetida de la cabeza fetal contra la pelvis o cuando se utilizan instrumentos para extraer al neonato (18).

Respecto a la parálisis del plexo braquial se encontró un 1.4% y en fractura de clavícula un 0.7%. Así mismo, Roque K encontró diferentes resultados registrándose un 5.8% de fractura de clavícula y un 2.8% de parálisis del plexo braquial (39). Estacio D nos indica datos similares al anterior autor con un 25% de fractura de clavícula y un 19.1% de parálisis del plexo braquial (18). Finalmente, J Beta et al manifiesta un 28.5% de lesión de plexo braquial (41).

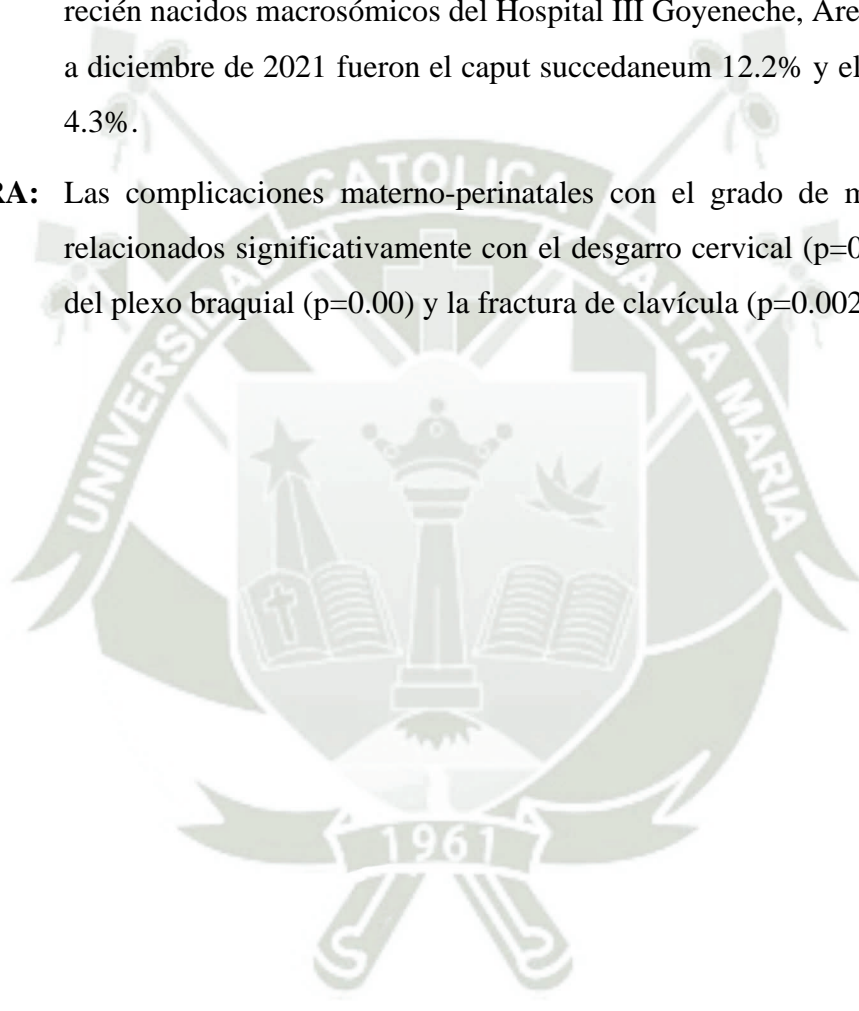
Hay que resaltar que en nuestro estudio no se registraron casos de distocia de hombros. Datos diferentes se encontraron según los autores: Sanchez M, Yataco B que encontró un 25.9% de distocia de hombros (15), Estacio D halló un 36.2% (18), y J Beta et al un 10.4% (41).

En la **Tabla N° 4**, entre las complicaciones maternas relacionadas con el grado de macrosomía, se encuentra que el desgarro cervical ($p=0.047$) tiene relación estadísticamente significativa. Sin embargo, en el estudio de Ramirez L, que tuvo una metodología distinta a la utilizada en este trabajo, encontró que todas las complicaciones maternas (endometritis, desgarro de partes blandas, atonía uterina, trabajo de parto prolongado y hemorragia postparto) tienen una asociación estadísticamente significativa entre la macrosomía y las complicaciones maternas en púerperas de parto vaginal ($p < 0.05$) (40).

En la **Tabla N° 5**, se muestra que las complicaciones perinatales relacionadas con el grado de macrosomía; la parálisis del plexo braquial ($p=0.000$) y la fractura de clavícula ($p=0.002$) tienen relación estadísticamente significativa. En el estudio de Ramirez L (40), que realizó una metodología diferente a la utilizada en este trabajo, halló que todas las complicaciones perinatales (distocia de hombros, fractura de clavícula, parálisis braquial o facial y moldeamiento craneano) tienen una asociación estadísticamente significativa entre la macrosomía y las complicaciones perinatales en púerperas de parto vaginal ($p < 0.05$). Así mismo, se encontraron resultados diferentes en el autor Roque K en donde el análisis estadístico no encontró significancia entre las complicaciones inmediatas del neonato y la clase de macrosomía (39).

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Las complicaciones maternas relacionadas al parto vaginal a término con recién nacidos macrosómicos del Hospital III Goyeneche, Arequipa entre enero a diciembre de 2021 fueron los desgarros perineales 46.8% y hemorragia postparto 7.2%.
- SEGUNDA:** Las complicaciones perinatales relacionados al parto vaginal a término con recién nacidos macrosómicos del Hospital III Goyeneche, Arequipa entre enero a diciembre de 2021 fueron el caput succedaneum 12.2% y el cefalohematoma 4.3%.
- TERCERA:** Las complicaciones materno-perinatales con el grado de macrosomía están relacionados significativamente con el desgarro cervical ($p=0.04$), la parálisis del plexo braquial ($p=0.00$) y la fractura de clavícula ($p=0.002$).



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al equipo multidisciplinario del Hospital III Goyeneche involucrado en cada atención materna, se le sugiere poder realizar capacitaciones periódicamente para que puedan obtener nuevas habilidades profesionales con el fin de brindar una atención adecuada, realizar un diagnóstico oportuno y precoz. Así mismo, mejorar el manejo y toma de decisiones ante la presencia de estas complicaciones para así poder disminuir el riesgo de morbi-mortalidad materno-perinatal debido al parto vaginal con relación a la macrosomía.

SEGUNDA: Se recomienda al servicio de Gineco-Obstetricia tener mayor comunicación con el servicio de Neonatología para llevar un registro completo y veraz en el llenado de las complicaciones del recién nacido, como también sugerimos al personal de obstetricia que se realice el correcto llenado de las complicaciones maternas en el libro de registro de partos.

Así mismo, se aconseja una correcta escritura de nombre y apellidos de la madre y recién nacido para así poder tener un fácil acceso al número de historia clínica en el departamento de estadística.

TERCERA: En base a nuestros resultados se recomienda realizar más investigaciones prospectivas con mayor población y complejidad, para así poder evaluar con una mayor cantidad de variables que puedan estar relacionados al grado de macrosomía y sus complicaciones maternas- perinatales; con el fin de tener datos estadísticos más actualizados, ampliar y mejorar las evidencias sobre el tema debido a la gran importancia que tienen los resultados en la mejora del bienestar de binomio madre-hijo.

CUARTA: A la facultad de Obstetricia y Puericultura, se le sugiere realizar talleres educativos para los estudiantes acerca de las complicaciones materno- perinatales de la macrosomía fetal, donde se brinde conocimientos actualizados, para que posteriormente puedan realizar un diagnóstico oportuno y brinden una atención adecuada al momento que realicen su internado. Así mismo, se les sugiere poder utilizar las maquetas que dispone la facultad para que los talleres sean más didácticos y complementen la enseñanza.

QUINTA: En base a nuestros resultados se recomienda al futuro investigador desarrollar estudios comparativos de caso control retrospectivo con mayor complejidad sobre las complicaciones maternas-perinatales entre los recién nacidos macrosómicos y no macrosómicos.

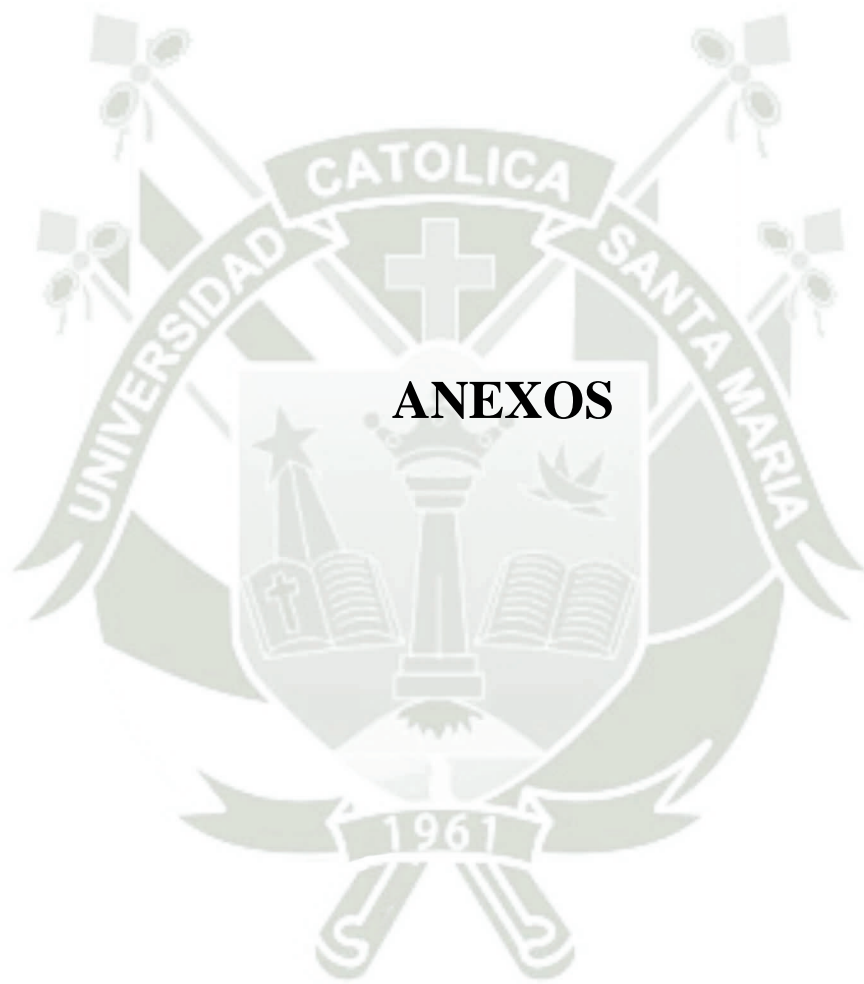
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Romero Nardelli LB. Factores de riesgo asociados a la macrosomía fetal. Revista Nacional Itauguá. 2014;: 17.
2. Ticona Rendón M. Macrosomía fetal en el Perú prevalencia, factores de riesgo y resultados perinatales. Ciencia & Desarrollo. 2019;: 10.
3. Huacachi Trejo K, Correa López LE. Características maternas asociadas al diagnóstico de macrosomía fetal en un hospital iii-1 de la capital de Perú. Revista de la Facultad Medicina Humana. 2020;: 77.
4. Uranga Alfredo, Urman Jorge, Lomuto Celia, Martínez Inés, Weisburd María Juliana, García Oscar, Galimberti Diana. Queiruga Marta. Guía para la Atención del Parto Normal Horacio en Maternidades Centradas en la Familia. 4ta ed. Argentina; 2010.
5. Mayo clinic. Macrosomía fetal. [Online].; 2021. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/fetal-macrosomia/symptoms-causes/syc-20372579#:~:text=La%20macrosom%C3%ADa%20fetal%20puede%20complicar,el%20beb%C3%A9%20despu%C3%A9s%20del%20nacimiento.>
6. Susanibar Peña CE. Factores asociados a morbimortalidad en recién nacidos macrosómicos atendidos en el hospital Vitarte. [Online].; 2016. Available from: [https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/782/SusanibarCarlos_pdf_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y.](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/782/SusanibarCarlos_pdf_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
7. Abramowicz JS, MD, FACOG , FAIUM Jennifer T , Ahn, MD, FACOG. Macrosomia Fetal. UpToDate. 2022 Julio.
8. Espinoza Venero AI, Romero Miranda GS. Repositorio academico Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. [Online].; 2014 [cited 2022 04 22. Available from: [https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/338146/Tesis%20Espinoza%20-%20Romero.pdf?sequence=1.](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/338146/Tesis%20Espinoza%20-%20Romero.pdf?sequence=1)
9. Dr. Enrique Guevara Ríos , Dr. Amadeo Sánchez Góngora , Dr. Antonio Mambret Luna Figueroa , Dr. Félix Dasio Ayala Peralta , Dr. Pedro Arnaldo Mascaro Sanchez , Dr. César Augusto Carranza Asmat. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología instituto nacional materno perinatal editorial/editor instituto nacional materno perinatal. 2nd ed. Perú Hedlelbnd, editor. Lima; 2018.

10. Cammarata et al. Síndrome de Beckwith-Wiedemann. Aspectos clínicos y etiopatogénicos de una entidad ejemplo de impronta genómica. *Archivo Argentino Pediátrico*. 2018 Marzo; 116(5).
11. Saldarriaga , Molina-Barrera LC, Ramírez-Cheyne. Síndrome de Sotos diagnosticado por hibridación genómica comparativa. *Revista Chilena de Pediatría*. 2016 Diciembre; 87(4).
12. Chiong Quesada CM, Trull Martínez , Carbonell Perdomo D, Figueredo Trimiño. Síndrome Weaver. Presentación de dos casos. *Revista Cubana de Genética Comunitaria*. 2017; 11(3).
13. Amparo Borque I , Hortensia Yagüe M , Yasmina Jose G. , Marta Lamarca B. , Francisco Villalobos S. , Miguel Angel Ruiz C.. Síndrome de Marshall- Smith en mujer adulta. Nuevos retos en anticoncepción. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2017 Octubre; 82(4).
14. Gil MG. Síndrome Bannayan-Riley-Ruvalcaba. [Online].; 2009-2015 [cited 2022 Abril 22. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/289982499.pdf>.
15. Sánchez Lujan MM, Yataco Montoya BM. Repositorio Universidad Privada Norbert Wiener. [Online].; 2017 [cited 2022 Abril 22. Available from: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/680/TITULO%20-%20YATACO%20MONTROYA%20BETTSY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
16. Ames Guerrero. Repositorio UNSA. [Online].; 2013 [cited 2022 Abril 22. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4076/MDamgug.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
17. Chaverri Guillen. Endometritis Postparto. *Revista Médica Sinergia*. 2016 Diciembre; 1(12).
18. Estacio León DS. Repositorio Universidad Privada del Norte. [Online].; 2020 [cited 2022 Abril 22. Available from: <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/24402/Estacio%20Le%C3%B3n,%20Dana%20Sharon.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
19. Santos Maláquez. Repositorio Institucional de la Universidad Ricardo Palma. [Online].; 2016 [cited 2022 Abril 24. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/249982725.pdf>.

20. Woog Castañón , Arvizu Armenta JA, González Aldeco PM, Rodríguez Ayala , Chávez Loranca MdlÁ, Juárez Tabares JC. Factores de riesgo maternos y neonatales para desgarro perineal severo. Acta Médica Grupo Ángeles. 2020 Agosto; 19(2).
21. Folcha , Parés , Castillo , Carreras. Aspectos prácticos en el manejo de las lesiones obstétricas perineales de tercer y cuarto grado para minimizar el riesgo de incontinencia fecal. ELSEVIER - Cirugía Española. 2009 Marzo; 85(6).
22. Bustamante Torres RA. Repositorio Universidad Ricardo Palma. [Online].; 2020 [cited 2022 Abril 24. Available from: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/3431/MED-T030_71432874_T%20%20%20RUBITT%20ANYELA%20BUSTAMANTE%20TORRES.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
23. Pilco Pérez VP. dspace. [Online].; 2021 [cited 2022 Abril 20. Available from: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/35717/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20N%20285%29.pdf>.
24. Aparicio Peralta M, Fernández Gómez. DOCPLAYER. [Online].; 2020 [cited 2022 Abril 16. Available from: <https://docplayer.es/82047833-Manejo-de-la-atonia-uterina-mercedes-aparicio-peralta-matrona-veronica-fernandez-gomez-matrona.html>.
25. Karlsson , C. Pérez Sanz. Hemorragia postparto. Anales Sistema Sanitario de Navarra. 2009; 32(1).
26. Hernández-Morales MA , García-de la Torre JI. Factores de riesgo de hemorragia obstétrica. Ginecología y Obstetricia de México. 2016 diciembre; 84(12).
27. Asamblea Mundial de la Salud. Definiciones [Online].; 2012 [cited 2022 Abril 25. Available from: https://files.sld.cu/dne/files/2012/03/vol1_definiciones.pdf.
28. Murguía-González , Hernández-Herrera RJ, Nava-Bermea. Factores de riesgo de trauma obstétrico. Ginecología y Obstetricia de Mexico. 2013 Junio; 81.
29. Bocanegra García GE, Bocanegra García LM. Factores asociados a los tipos de trauma obstétrico en recién nacidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo del 2004 al 2005. Revista Medica Vallejana. 2007 Octubre; 4(2).
30. Gleason CA, Juuel SE. Enfermedad del recién nacido. 10th ed. ElSevier , editor. Barcelona-España: LIBRO AVERY; 2018.

31. Dogliotti DAA. Conceptos actuales en la parálisis braquial perinatal. *Archivo Argentino Pediátrico*. 2011 Mayo; 109(4).
32. Fraind-Maya , Loyo Soriano LE, Migoya Nuño. Parálisis obstétrica del plexo braquial. *Acta Pediátrica México*. 2021 Febrero; 42(2).
33. Dieguez MC, Cerisola A, Moraes. Parálisis braquial obstétrica de etiología prenatal. *Archivo Pediátrico Uruguay*. 2013 Mayo; 84(1).
34. Rodríguez-Alarcón Gómez J, Melchor Marcos JC, Martín Vargas L, Fernández Llebreg del Rey. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*. [Online].; 2008 [cited 2022 Abril 25. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14_1.pdf.
35. Péreza , Andaluza , Arriagadaa , Oyarzúna , Urrutiaa. Fractura de clavícula en recién nacidos: factores de riesgo y morbilidad asociada. *ELSEVIER*. 2006 Marzo; 49(3).
36. Azcúnaga Santibáñez , Arena Ansótegui J. Fractura de clavícula en el recién nacido. *Anales Españoles de Pediatría*. 1997; 46(4).
37. Nogales Lora F, Aguilar Díaz E, Ballesterero Quinto I. Distocia de hombros en paritorio: a propósito de un caso. *SANUM 2021*. 2020 Diciembre; 5(1).
38. Sánchez Falcón M. Repositorio Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Online].; 2020 [cited 2022 Marzo 10. Available from: <https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3701/MED.%20HUMANA%20-%20Marillory%20S%c3%a1nchez%20Falc%c3%b3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
39. Roque Quico KR. 1Library. [Online].; 2019 [cited 2022 Marzo 13. Available from: <https://1library.co/document/q5m9k1ry-incidencia-macrosomia-complicaciones-inmediatas-neonato-macrosomico-hospital-yanahuara.html>.
40. Ramirez Valladares LY. Repositorio Universidad Nacional “Santiago Antúnez de Mayolo”. [Online].; 2018 [cited 2022 Marzo 12. Available from: http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2852/T033_76262406_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
41. Beta,N , Khan,M , Fiolna,A , Khalil,G , Ramadan,R , Akolekar. Complicaciones maternas y neonatales de la macrosomía fetal: estudio de cohorte. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2019 Marzo; 54.



ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: Complicaciones materno-perinatales relacionados al parto vaginal a término con un recién nacido macrosómico del Hospital III Goyeneche Arequipa, enero a diciembre 2021.

I. DATOS GENERALES:

Apellidos y Nombres Materno (iniciales):

Edad:

Apellidos y Nombres Recién Nacido (iniciales):

II. MACROSOMÍA FETAL

Peso:

1. Clasificación:

1. () Grado I (4000 - 4499 gr)
2. () Grado II (4500 - 4999 gr).
3. () Grado III (> 5000 gr).

III. COMPLICACIONES MATERNAS

2. Endometritis

1. Si ()
2. No ()

3. Desgarro perineal

1. Si ()
2. No ()

4. Desgarro cervical

1. Si ()
2. No ()

5. Atonía Uterina.

1. Si ()
2. No ()

6. Hemorragia Post parto

1. Si ()
2. No ()

III. COMPLICACIONES PERINATALES

7. Cefalohematoma

1. Si ()

2. No ()

8. Caput succedaneum

1. Si ()

2. No ()

9. Parálisis del plexo braquial

1. Si ()

2. No ()

10. Fractura de clavícula

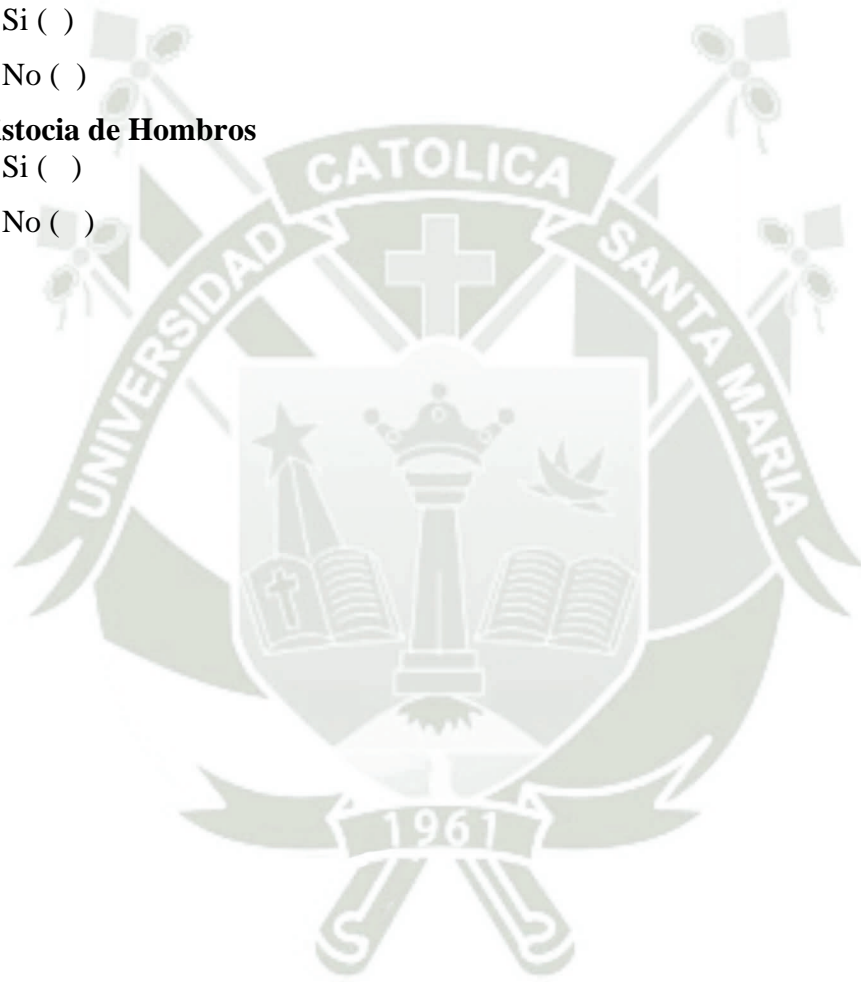
1. Si ()

2. No ()

11. Distocia de Hombros

1. Si ()

2. No ()



ANEXO N° 2
CARTA DE PRESENTACIÓN



Universidad Católica
de Santa María

AREQUIPA - PERU ☎ (5154)382038 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> 📘 [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

"IN SCIENTIA ET FIDE ES IT FORTITUDO NOSTRA"

(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, 07 de setiembre 2022

Sr. Dr.
WILFREDO VICTOR GUTIERREZ ZARATE
Director del Hospital III Goyeneche Arequipa
Ciudad. -

Asunto: Recolección de datos - FOYP

Tengo a bien dirigirme a Usted, para manifestarle que uno de los requisitos para la titulación de nuestras egresadas de la Facultad de Obstetricia y Puericultura es realizar un trabajo de investigación sobre nuestra carrera profesional, y para lo cual las señoritas **NAYRA ALVARADO**, **LIZETH NATALY** Identificada con DNI 77135656 y **VILCA CONDORI, SELENE NICOLE** Identificada con DNI 72950721, están realizando el trabajo de investigación titulado: **"COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES RELACIONADOS AL PARTO VAGINAL A TÉRMINO CON RECIÉN NACIDO MACROSÓMICO, HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA, ENERO A DICIEMBRE 2021"**, y como entenderá el mismo deberán obtener información mediante la revisión de documentos de las pacientes que fueron atendidas en el Área de Gineco-Obstetricia a cargo del Dr. Henry Rodríguez Gamero - Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia. Al respecto, dicha revisión de documentos se llevará a cabo en el periodo de setiembre - octubre del presente año 2022.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,



Dra. JANNET ESCOBEDO VARGAS
Decana (e) de la Facultad de Obstetricia
y Puericultura de la UCSM



ANEXO N° 3

PERMISO DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ



GOBIERNO REGIONAL
AREQUIPA



“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

PROVEIDO DE AUTORIZACION N° 067-2022-GRA/GRS/HG-OADI.-

Visto el Doc N° 4997565 Exp: 3183449 con la aceptación del Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia; con el visto bueno de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, esta Dirección AUTORIZA a:

**NAYRA ALVARADO LIZETH NATALY
VILCA CONDORI SELENE NICOLE**

Egresadas de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María, para que recabe información aplicando el instrumento de investigación para realizar el Proyecto de Tesis titulado **“COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES RELACIONADOS AL PARTO VAGINAL A TERMINO CON RECIEN NACIDO MACROSOMICO, HOSPITAL III GOYENECHÉ AREQUIPA, ENERO A DICIEMBRE 2021”**, Y estará cargo de la facilitadora Obsta. Lizbeth Margareth Nieto Valencia, según informa el Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia.

Arequipa, 23 de Setiembre del 2022

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Wilfredo Piñón Gutiérrez Zarate
DIRECTOR
C.M.F. 32119 R.N.E. 17956

WVGZ/YEM/ear.
CC. Archivo
DOC: 5004093
EXP: 3183449

Hospital Goyeneche Av. Goyeneche s/n. Telf. 231313. Tele Fax: 223501

1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2

ANEXO N° 5 DELIMITACIÓN GRÁFICA DEL LUGAR

