



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO
FACTORES QUE PREDISPONEN MACROSOMIA EN
RECIEN NACIDOS EN LAS GESTANTES
DEL HOSPITAL QUILLABAMBA LA
CONVENCIÓN CUSCO 2018

PRESENTADO POR:
RUTH ENEIDA CHURA COQUEÑA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

JULIACA – PERÚ
2024



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

TRABAJO ACADÉMICO

**FACTORES QUE PREDISPONEN MACROSOMIA EN
RECIEN NACIDOS EN LAS GESTANTES
DEL HOSPITAL QUILLABAMBA LA
CONVENCIÓN CUSCO 2018**

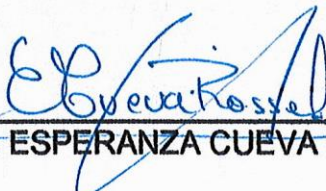
PRESENTADO POR:

RUTH ENEIDA CHURA COQUEÑA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

APROBADA POR:

PRESIDENTE

: 
Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL

PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

SEGUNDO MIEMBRO

: 
M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

LINEA DE INVESTIGACIÓN

: SALUD PÚBLICA - SEG04



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°141 - 2024-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 03 de junio del 2024

VISTO:

El Expediente N° 2024-04397, de la Egresado (a) **CHURA COQUEÑA RUTH ENEIDA**, con DNI N° 02412254 y Código N° 1620100026, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**, de la Sede Central Juliaca, de la **Escuela de Posgrado** de la **Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"** de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS** de la Sede Central Juliaca, de la **Escuela de Posgrado** de la **Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"** de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- NOMBRAR a los miembros de Jurado que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico de la egresado (a) **CHURA COQUEÑA RUTH ENEIDA**, con DNI N° 02412254 y Código N° 1620100026, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**, de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

Presidente	:	Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL
Primer Miembro	:	Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Segundo Miembro	:	M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

SEGUNDO. - DETERMINAR que LA **SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO** se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

Fecha	:	Jueves, 06 de junio del 2024
Hora	:	08:30 a.m.
Lugar	:	Aula N° 209 - EPG - UANCV - JULIACA

TERCERO. - AUTORIZAR la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO
Dr. Leopoldo Wenceslao Condit Cari
DIRECTOR (a)



FACTORES QUE PREDISPONEN MACROSOMIA EN BEBÉS NACIDOS EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL QUILLABAMBA LA CONVENCIÓN CUSCO 2018

INFORME DE ORIGINALIDAD

30%

INDICE DE SIMILITUD

29%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.mayoclinic.org Fuente de Internet	4%
2	middlesexhealth.org Fuente de Internet	3%
3	wiki2.org Fuente de Internet	3%
4	www.bebesymas.com Fuente de Internet	2%
5	www.grafiati.com Fuente de Internet	2%
6	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	2%
7	docplayer.es Fuente de Internet	1%
8	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%



METADATOS COMPLEMENTARIOS

TRABAJO ACADÉMICO	
FACTORES QUE PREDISPONEN MACROSOMIA EN RECIEN NACIDOS EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL QUILLABAMBA LA CONVENCIÓN CUSCO 2018	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	RUTH ENEIDA CHURA COQUEÑA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02412254
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0004-0925-3984
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	ESPERANZA CUEVA ROSSEL
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02558176
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784
Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA – SEG04
Grupo de investigación	No aplica.



Ubicación geográfica de la investigación

Hospital: Quillabamba
País: Perú
Departamento: CUSCO
Provincia: LA CONVENCION
Distrito: SANTA ANA
Latitud: 12° 51' 50.493" S
Longitud: 72° 41' 26.928" W
<https://maps.app.goo.gl/XE7SgrxGdEaX4Jw8>



Año o rango de años en que se realizó la investigación

Enero 2018 – Junio 2018

URL de disciplinas OCDE
https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html
- Librería

Ciencias médicas, Ciencias de la salud
<https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00>
Obstetricia
<https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02>



UNIVERSIDAD ANDAHUAYLAS "NÉSTOR CERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Segundo Ortiz Cansaya
DIRECTOR
DE INVESTIGACIÓN - EPG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo RUTH ENEIDA CHURA COQUEÑA, identificado con DNI
Nro. 02412254 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
 Programa de Segunda Especialidad,
 Programa de Maestría o Doctorado

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico
denominada:

FACTORES QUE PREDISPONEN MACROSOMÍA EN RECIÉN NACIDOS EN LAS

GESTANTES DEL HOSPITAL QUILLABAMBA LA CONVENCION

CUSCO 2018

Asesorado por: _____

Es un tema original.


Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 28 de Junio del 2024


Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios padre todo poderoso por haberme permitido llegar hasta aquí.

A mis padres Fidela y Edverto, a mi Esposo Hugo y a mis hijas Tatiana y Milagros, mi nieta Areliz y hermanos Wilbert, Haide y Edgar. Por su paciencia y brindarme su apoyo incondicional.



AGRADECIMIENTOS

Agradecer en primer lugar, A la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez por darme la oportunidad de estudiar en esta escuela profesional, asimismo agradezco a los docentes por brindarme su apoyo y experiencia.

Al Hospital de Quillabamba por darme la oportunidad de realizar mi trabajo de estudio.

A mi compañera Jeanette por su conocimiento y guía para realizar el presente trabajo.



ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DE TRABAJO DE CAMPO

1.1. TÍTULO DEL INFORME DEL TRABAJO ACADÉMICO.....	1
1.1.1. Institución donde se ejecuta	1
1.1.2. Duración	1
1.1.3. Responsable.....	1
1.1.4. Descripción Del Problema.....	1
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO.....	2
1.3. OBJETIVOS.....	3
1.3.1. Objetivo General	3
1.3.2. Objetivo Especifico	3

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. MARCO TEORICO GENERALIDADES	4
2.2. FACTORES DE RIESGO	5
2.2.1. DESNUTRICIÓN	5
2.2.2. ADOLESCENCIA.....	6
2.2.3. ANEMIA	7
2.2.4. ENFERMEDAD CELÍACA SIN DIAGNOSTICA	8
2.2.5. HEMORRAGIA PREPARTO	9
2.2.6. DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA.....	9



2.2.7. PLACENTA PREVIA..... 9

2.2.8. HIPERTENSIÓN..... 10

2.2.9. ¿QUE ES LA MACROSOMIA? 10

2.2.10. OBESIDAD 11

2.3. ANTECEDENTES 11

 2.3.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES..... 11

 2.3.2. ANTECEDENTES NACIONALES 13

 2.3.3. ANTECEDENTES LOCALES 19

2.4. MARCO CONCEPTUAL 20

 2.4.1. MACROSOMIA FETAL..... 20

CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD

3.1. PLANIFICACIÓN 33

 3.1.1. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN TIPO DE INVESTIGACIÓN: 33

 3.1.2. VARIABLES INVESTIGATIVAS: 33

 3.1.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 34

3.2. POBLACIÓN 35

3.3. MUESTRA 35

3.4. TÉCNICAS INSTRUMENTOS Y FUENTES DE RECOLECCIÓN DE DATOS 35

 3.4.1. TECNICA..... 35

 3.4.2. INSTRUMENTO 35

3.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS RECOLECTADOS 36

CONCLUSIONES 55

RECOMENDACIONES 56

REFERENCIAS..... 57

ANEXOS 60

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 60



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 MACROSOMIA CON RELACION A LA EDAD DE GESTANTE	37
TABLA 2 MACROSOMIA CON RELACION EN EL IMC DE GESTANTE	39
TABLA 3 MACROSOMIA CON RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL AL PARTO	41
TABLA 4 MACROSOMIA CON RELACION A LA PARIDAD	43
TABLA 5 MACROSOMIA CON RELACION AL CONTROL PRENATAL.....	45
TABLA 6 MACROSOMIA CON RELACION A LA ALTURA UTERINA	47
TABLA 7 MACROSOMIA CON RELACION AL PESO DEL RECIEN NACIDO .	49
TABLA 8 MACROSOMIA CON RELACION CON EL SEXO DEL RN	51
TABLA 9 MACROSOMIA CON RELACION VIA DEL PARTO.....	53



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Indicador edad de las gestantes	37
Figura 2. indicador del índice de masa corporal.....	39
Figura 3. Indicador edad gestacional	41
Figura 4. indicador paridad.....	43
Figura 5. indicador controles pre natales	45
Figura 6. indicador altura uterina.....	47
Figura 7. indicador peso del recién nacido	49
Figura 8. indicador sexo del recién nacido	51
Figura 9. macrosomía con relación a la vía de parto.....	53



RESUMEN

El trabajo académico, tiene como **objetivo**; determinar los factores que predisponen macrosomía en recién nacido de las gestantes del hospital Quillabamba la Convención Cusco del 2018. **Metodología**, el trabajo es descriptivo, la población que se considero fue de 545 gestantes, que acudieron al hospital de Quillabamba la convención de enero a junio del 2018, la muestra se consideró a 47 gestantes las cuales se hicieron los controles y así también su labor de parto los cuales 47 tuvieron sus recién nacidos con macrosomía y 498 con un peso normal en el hospital Quillabamba de enero a junio del 2018. Se utilizo como técnica la revisión documentaria de la historia clínica y su instrumento la ficha de recolección de datos. **Resultado**, se muestra resultados de edad de las gestantes que predominan un 51% (24) de las gestantes entre 18 a 29 años, 47% (22) entre 30 a 41 años, seguido de un 2%. **Se concluye** que, los factores más importantes que predisponen en la macrosomía del recién nacido son los factores obstétricos. en el hospital Quillabamba de enero a junio del 2018. En el factor sociodemográfico el que predomina más es el índice de masa corporal con una prevalencia de 41 % (19) con sobre peso, 38% (18) con obesidad seguido también del factor edad con un 21% mujeres entre los 18 y 29 años dieron como resultado RN macrosómicos. Se recomienda, al personal obstétrico del hospital Quillabamba para establecer con precisión la edad gestacional a partir de la reunión principal y distinguir los distintos factores de apuesta.

Palabras claves: ecografía, fetal, infancia, prenatales, riesgos, recién nacido.



ABSTRACT

The academic work aims to: determine the factors that predispose macrosomia in newborns of pregnant women at the Quillabamba hospital for the Cusco Convention of 2018. Methodology, the work is descriptive, the population considered was 545 pregnant women, who attended the Quillabamba hospital for the convention from January to June In 2018, the sample was shown to 47 pregnant women who underwent controls and also their labor, of which 47 had their newborns with macrosomia and 498 with a normal weight at the Quillabamba hospital from January to June 2018. I use as a technique the documentary review of the clinical history and its instrument the data collection sheet. Result, the age results of the pregnant women are shown, which predominate 51% (24) of the pregnant women between 18 and 29 years old, 47% (22) between 30 and 41 years old, followed by 2%. It is concluded that the most important factors that predispose newborn macrosomia are obstetric factors. at the Quillabamba hospital from January to June 2018. In the sociodemographic factor, the one that predominates the most is the body mass index with a prevalence of 41% (19) with overweight, 38% (18) with obesity, also followed by the age factor. with 21% women between 18 and 29 years old, the results were macrosomic. It is recommended that the obstetric staff of the Quillabamba hospital accurately establish the gestational age from the main meeting and distinguish the various betting factors.

Keywords: ultrasound, fetal, childhood, prenatal, risks, newborn.



INTRODUCCIÓN

El primer informe escrito sobre la macrosomía fetal fue realizado por el sacerdote clínico François Rabelais en el siglo XVI, quien relató la historia del bebé Goliat Gargantúa. Numerosos años después del hecho, la media naranja de Gargantúa falleció en el parto, ya que era tan espléndidamente enorme y pesado que era incapaz de aparecer en escena sin asfixiar a su madre. "(1)"

Macrosomía o Macrosomía (escala completa: 'enorme'; soma: 'cuerpo'), etimológicamente implica un tamaño corporal enorme.

La macrosomía fetal se ha caracterizado generalmente por un peso al nacer como 4.000, 4.100, 4.500 o 4.536 gramos. El transporte de estas enormes crías perjudica tanto a la madre como al bebé, y la macrosomía fetal se ha relacionado con una elevada tasa de mortalidad y sufrimiento materno y perinatal, el doble que en cualquier otro caso. "(2)."

Las mediciones imperativas en los exámenes han mostrado una expansión del peso al nacer a largo plazo, con la mejor expansión en las naciones industrializadas. "(3)".

El peso al nacer $> 4\ 000\text{ g}$, que afecta a alrededor del 5% de todos los nacimientos, se ha considerado en muchos exámenes como inseparable de la macrosomía fetal. Por otra parte, el embrión que supera la edad gestacional, que afecta al 10% de todos los nacimientos, ha recibido hasta ahora poca atención por parte de los especialistas.

Conseguido poca consideración por parte de los analistas hasta este punto,



por ejemplo, el 5% de los bebés enormes no se delegan ahora mismo macrosómico y no se benefician del enfoque de apuesta perinatal. Por lo tanto, el significado más correcto de macrosomía es pensar en la edad gestacional y percentil (90th), que tienen fundamentalmente mayor perinatal gamble que embriones de tamaño típico es 36cm.

La motivación de este estudio fue reconocer los factores que presagian la macrosomía fetal, conocer el resultado prenatal de estos bebés contrastado con el de los jóvenes ordinarios estimados en el dispensario médico de Quillabamba y proponer medidas para evitarla. "(4)"

Se consideró en el capítulo I: La motivación de este estudio fue reconocer los factores que presagian la macrosomía fetal, conocer el resultado prenatal de estos bebés contrastado con el de los jóvenes ordinarios estimados en el dispensario médico de Quillabamba y proponer medidas para evitarla.

En el capítulo II: Compuesto por establecimiento hipotético, sistema hipotético y estructura calculada.

En el capítulo III: La configuración de la revisión fue esclarecedora, transversal e inminente; se trataba de un plan no experimental y el ejemplo considerado fue el de 47 embarazadas unidas.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DE TRABAJO DE CAMPO

1.1. TÍTULO DEL INFORME DEL TRABAJO ACADÉMICO

Factores que predisponen macrosomía en recién nacidos en las gestantes del hospital Quillabamba la Convención Cusco 2018.

1.1.1. Institución donde se ejecuta

La investigación presente se realizó hospital Quillabamba la Convención Cusco de Enero a junio 2018.

1.1.2. Duración

El trabajo de investigación tuvo una duración de 6 meses contiguo desde el de Enero al 30 de junio del 2018.

1.1.3. Responsable

Obstetra Ruth Eneida Chura Coqueña

1.1.4. Descripción Del Problema

En todo el mundo se sabe que la tasa de macrosomía fetal es elevada y que se trata de una afección médica generalizada.



La macrosomía fetal se ha caracterizado por un peso errático. Sea como fuere, la macrosomía fetal debería caracterizarse ahora como un bebé enorme para la edad gestacional. (> percentil 90).

Los peligros maternos que deberían hacernos pensar en la macrosomía fetal son un aumento de peso desmesurado, siendo el drenaje postgestacional un inconveniente.

En consecuencia, la metodología más correcta peligro de macrosomía es pensar en la edad gestacional y > percentil 90, que tendrá un mayor riesgo perinatal que las crías típicas estimados. A partir de la instantánea de la originación cada período de humano no enteramente resuelto por la comunicación de cualidades adquiridas y diferentes elementos ecológicos. Se evalúa que el peso al nacer correspondiente a la herencia no está totalmente asentado por variables maternas. La expansión en el peso al nacer es una marca que ha sido de larga preocupación para el grupo de servicios médicos esenciales. Esto, al superar las limitaciones de la ordinariez por sobreabundancia, se convierte en un factor de riesgo para el niño, la madre o ambos.

Es elemental este trabajo de campo que viene a ser el reconocimiento de los problemas el cual viene afectando a nuestras madres gestantes en el hospital de Quillabamba la convención Cusco. Por lo tanto, la pregunta será.

¿Qué factores predisponen macrosomía en recién nacidos en las gestantes del Hospital Quillabamba la Convención Cusco del 2018?

1.2.JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

Es importante ejecutar el presente trabajo académico porque es un problema



de salud pública, que aqueja a las madres gestantes a nivel mundial por lo tanto mencionaremos:

Que la macrosomía fetal es uno de los problemas a nivel mundial, este nos motivó a realizar un estudio, con la finalidad de identificar la incidencia, de macrosomía fetal factores de riesgo, conocer el resultado prenatal de estos recién nacidos. Como también para poder evaluar las complicaciones más serias que ponen en riesgo la vida del binomio madre y niño por nacer y tomar la decisión oportuna para contribuir a la disminución de las complicaciones que predisponen la presencia de recién nacidos macrosómicos en las madres gestantes atendidas en el hospital Quillabamba la convención.

1.3.OBJETIVOS

1.3.1.Objetivo General

Determinar los factores que predisponen macrosomía en recién nacido de las gestantes del hospital Quillabamba la Convención Cusco del 2018.,

1.3.2.Objetivo Especifico

- ✓ Conocer los factores sociodemográficos de riesgo que influyen en los neonatos macrosómicos.
- ✓ Identificar los factores obstétricos que conllevan a recién nacidos macrosómicos.
- ✓ Determinar el peso del recién nacido en gramos para ver si tiene el peso normal o macrosómico.
- ✓ Identificar el sexo del recién nacido para ver en que genero se da más la macrosomía
- ✓ Identificar vía de parto.



CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1.MARCO TEORICO GENERALIDADES

La gravidez o embarazo es el periodo comprendido entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el pronto alumbramiento, en cuanto a los cambios fisiológicos, metabólicos, morfológicos que se producen en las mujeres encaminados a permitir la introducción del niño avance del bebé, el sustento, la seguridad, como la interferencia de los ciclos mensuales, o la expansión del volumen del pecho en previsión de la lactancia. El término embarazo alude a los cambios fisiológicos de mejora y desarrollo del bebé dentro del útero materno. En principio, el embarazo tiene un lugar con la señora y el desarrollo al bebé, aunque por y por muchas personas utilizan los dos términos como equivalentes “(4)”

En las personas los embarazos son típicamente únicos, de vez en cuando pueden ocurrir embarazos dobles o diferentes. Estrategias conceptivas ayudados están ampliando la ocurrencia de numerosos embarazos en las naciones creadas. “(5)”



En las personas, el embarazo transcurre alrededor de 40 semanas desde el día principal del último marco de tiempo femenino o 38 semanas

desde la preparación (aproximadamente 9 meses). El riesgo más grave de parto sin éxito es en el trimestre primario, el inicio del tercer trimestre es visto como la marca de idoneidad de la cría (aquella a partir de la cual puede soportar útero adicional sin ayuda clínica). (6)

2.2. FACTORES DE RIESGO

Hay embarazos que, por sus condiciones singulares, necesitan ayuda y seguimiento explícito. Pueden presentar dificultades o cuestiones imprevisibles a las que hay que acudir de inmediato y de forma experta para intentar no poner en peligro a la madre o al niño. A continuación, se recogen algunos de estos factores de riesgo. "(7)"

2.2.1. DESNUTRICIÓN

La alimentación de una mujer antes, durante y después del embarazo es fundamental para tener hijos sanos. Las necesidades de suplementación aumentan de forma impresionante durante el embarazo y la lactancia. Una mujer desnutrida o malnutrida durante el embarazo puede tener problemas durante el embarazo y la lactancia el parto. Además, puede tener un niño con bajo peso al nacer (menos de 2.500 g). Estos pequeños están abocados a desarrollarse y crear con retraso, contraer enfermedades y estirar la pata (la apuesta aumenta cuanto menor sea el peso al nacer). Tener bajas reservas de micronutrientes, que pueden provocar enfermedades como palidez, insuficiencia de zinc o vitamina A, etc., puede provocar enfermedades coronarias, hipertensión, sobrepeso y diabetes de inicio en la edad adulta". (12)"



2.2.2.ADOLESCENCIA

En los países no industrializados, el 40% concibe un hijo antes de los 20 años. No muchos de estos embarazos son planeados o deseados por los jóvenes. Muchos de ellos se ven obligados por las dificultades imperantes a tener relaciones y embarazos precoces, o son consecuencia de que a los jóvenes se les niega el acceso gratuito a estrategias profilácticas. El embarazo juvenil puede tener terribles consecuencias para el bienestar tanto a largo plazo como en el presente. Temporalmente, el resultado del embarazo será con toda probabilidad antipático. Una explicación biomédica, la joven embarazada es más propensa a experimentar un desequilibrio céfalo-pélvico cuando los huesos pélvicos no están completamente desarrollados y está más en peligro de tener un hijo con bajo peso al nacer y toxemia del embarazo. Otro tipo de secuelas a largo plazo son las fístulas obstétricas, que, debido a la expulsión o debilitamiento del trabajo, que es una abertura entre la vagina y la vejiga o el recto, hacen que la mujer experimente los efectos inseguros de la incontinencia continua. Esta afección afecta por regla general a unos cuantos millones de niños y mujeres, y se calcula que cada año se producen entre 50.000 y 100.000 nuevos casos.

Las jóvenes embarazadas corren un mayor riesgo de sufrir problemas de salud y dar a luz a niños con bajo peso. Por razones físicas y sociales. "(7)".

Sus cuerpos aún no han crecido, por lo que los requisitos de suplementos son colosalmente altos durante el crecimiento. Además, están más expuestas que las hembras adultas a perder peso durante el crecimiento, el transporte o la lactancia.



Esto se debe principalmente al grado de necesidad del lugar donde residen, que no sólo afecta a la madre sino también a los niños. Se observó que la situación de las mujeres embarazadas era problemática antes, durante y después del parto, debido a las dificultades económicas. El factor de la indigencia hace que haya menos puertas abiertas a la instrucción, lo que disminuiría los embarazos precoces y, por consiguiente, la necesidad.

Esto se debe a que, suponiendo que el embarazo se produzca en estados de necesidad, tendrá sin duda circunstancias económicas y sociales, y la repetición intergeneracional del embarazo en jóvenes adultas podría ser un componente intermedio de la generación intergeneracional de la indigencia. Algunas jóvenes son reacias a decir que están embarazadas y, por tanto, posponen la atención prenatal. Algunas jóvenes se ven obligadas a abandonar la escuela y, en ocasiones, su hogar, por lo que deben intentar ayudarse a sí mismas, y a veces recurren a la prostitución para ello.

Estos peligros pueden atajarse informando con antelación a las jóvenes y adolescentes de los peligros del embarazo y de las distintas técnicas preventivas. Es más, deben ser advertidas y asesoradas en caso de que estén embarazadas." (8)"

2.2.3. ANEMIA

La palidez materna es un factor de riesgo importante y puede afectar al embarazo, sobre todo durante el trimestre principal. Puede provocar bajo peso al nacer en el niño. Para evitar estos riesgos, es importante hacer todo lo posible para analizar y tratar la palidez de la madre." (9)"

En las mujeres, con frecuencia se comete el error de atribuir la presencia



de palidez al drenaje femenino y, básicamente, respaldar el aumento de hierro, sin llevar a cabo valoraciones significativas para buscar o descartar posibles enfermedades causantes de anemia.²³ Los puntos centrales que causan palidez incorporan un bajo ingreso de hierro, contratiempos superfluos (cambios en el ciclo mes a mes, micro hemorragias gastrointestinales) o procesos que incluyen irritación gastrointestinal continua o modificaciones en la retención gastrointestinal, como la enfermedad celíaca y la conciencia del gluten no celíaca no descubierta ni tratada (la palidez podría ser su único signo, sin ni siquiera rastro de síntomas relacionados con el estómago),²⁴²⁵²⁶²⁷ o la enfermedad de Crohn.”(10)”

2.2.4. ENFERMEDAD CELÍACA SIN DIAGNOSTICA

La enfermedad celíaca no descubierta y no tratada es una razón moderadamente normal, pero en su mayor parte secreta, de diferentes problemas de concepción. Se trata de una infección del sistema inmunitario provocada por la utilización de gluten, que puede influir en cualquier órgano. Normalmente no presenta efectos secundarios relacionados con el estómago y la mayoría de los casos pasan desapercibidos y no se descubren. Con frecuencia, los problemas regenerativos son el principal signo de la presencia de la enfermedad celíaca, por ejemplo.

menstruaciones esporádicas, falta de fruto o disminución de la riqueza, partos infructuosos, complejidades durante el embarazo, limitación del desarrollo intrauterino, muerte fetal, parto inesperado, bajo peso al nacer y problemas de lactancia. “(11) “

Por regla general, la dieta severa sin gluten previene o disminuye el



riesgo de problemas regenerativos. Los problemas o decepciones en el embarazo no se deben básicamente a una mala absorción, sino a la reacción del sistema inmunitario provocada por la presencia de gluten, que hace daño a la placenta. El embarazo también puede ser un desencadenante de la enfermedad celíaca en mujeres con propensión genética a consumir gluten. "(10)"

2.2.5. HEMORRAGIA PREPARTO

Antes de las 24 semanas, el drenaje vaginal puede provocar un parto prematuro. Después de las 24 semanas, se considera que la cría es práctica, lo que implica que puede salir adelante fuera del útero de la madre. El drenaje después de las 24 semanas se conoce como flujo preparto, y los dos principales responsables son la placenta. "(6)"

2.2.6. DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA

Suponiendo que la placenta se aisle del útero, se producirá un drenaje. La sangre se acumula hasta que sale a borbotones por el cuello del útero, a lo que se une una agonía extrema y compresiones uterino. Se considera una urgencia obstétrica, ya que pone en peligro la presencia tanto de la madre como del niño, y sólo en casos excepcionalmente únicos no acaba en crisis de cesárea.

2.2.7. PLACENTA PREVIA

Cuando la placenta está adherida a la parte inferior de la masa uterina, se denomina placenta previa. Se tolera de forma absoluta o algo sobre el cuello uterino, tiende a ser peligrosa durante el transporte, causando drenaje e interfiriendo con el flujo sanguíneo de la criatura. El problema se reconoce con



ecografía. Suponiendo que se produzca el drenaje, se le confesará a la clínica de urgencias y el niño será transportado por segmento de cesárea.

2.2.8.HIPERTENSIÓN

La hipertensión gestacional es la presencia de hipertensión superior a 140/90 mmHg en una mujer embarazada que no se ha detectado después de las 20 semanas de gestación.³² Dado que la hipertensión existe antes del embarazo, requiere una evaluación clínica y un tratamiento previo del embarazo. Podría requerir una diferencia en la medicación y la observación de la capacidad renal. Con un desarrollo legítimo, es posible un embarazo y un parto normales. Si la hipertensión gestacional aparece durante el embarazo, puede requerir un tratamiento a corto plazo o continuado, dependiendo de la gravedad. A veces es necesario un parto prematuro, mediante alistamiento o cesárea, para evitar problemas a la madre y al recién nacido. Un aumento de la tensión circulatoria después del vigésimo séptimo día de embarazo puede ser un efecto secundario de la toxemia, un trastorno posiblemente peligroso para la embarazada y su bebé. "(12)"

2.2.9.¿QUE ES LA MACROSOMIA?

El término se utiliza para describir una mejora o tamaño corporal innecesario, como en el caso de un bebé con un peso al nacer superior al esperado.

La fisiopatología de la macrostomia está relacionada con el estado de desarrollo materno o fetal. Esta afección está estrechamente relacionada con la diabetes gestacional, sobre todo cuando no se controla adecuadamente, así como en casos de sobrepeso materno o aumento de peso materno



potencialmente extremo.

Estas variables comparten prácticamente tiempos discontinuos de hiperglucemia. La hiperglucemia en el embrión provoca sensación de insulina, vigorizando muchos elementos que resultan en la acumulación de grasa y glucógeno, y el resultado es un bebé más pesado de lo normal (a partir de 4.000 g).”(5)”

El riesgo de este tipo de bebés de nacer por cesárea es alto.

2.2.10.OBESIDAD

Un niño concebido poco o enorme para la edad gestacional (cualquiera de las dos cosas) se recuerda que tiene un mayor peligro de corpulencia más adelante.

2.3.ANTECEDENTES

2.3.1.ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En Chile hay pocos exámenes distribuidos, uno nuevo, de la Clínica Las Higueras de Talcahuano, diseccionó cada uno de los casos de lesión obstétrica en 3.719 traslados sucesivos, de los cuales 178 (5%) introdujeron algún tipo de lesión obstétrica, siendo las más regulares la fisura de clavícula (2,9%) y el hematoma cefálico (1,9%). La pérdida de movimiento facial se contabilizó en el 0,16%, la rotura de húmero, el drenaje su aponeurótico y el hematoma suprarrenal en un caso (5). En todos los casos la macrosomía no fue un factor de riesgo. Una revisión global distribuida en 1997 intentó decidir la ocurrencia de lesiones en el nacimiento, heridas estables y tipo de transporte en un compañero de bebés macrosómicos. Se analizaron y contrastaron los



resultados de 2.924 recién nacidos macrosómicos y 16.711 bebés traídos al mundo con un peso de entre 3.000 y 3.999 gramos. Los resultados mostraron que los recién nacidos macrosómicos tienen varias veces más probabilidades de sufrir lesiones que los controles.

El riesgo de lesión relacionado con el tipo de transporte fue varias veces mayor en el caso de las heridas implacables en los medios de transporte utilizables (fórceps) en comparación con los medios de transporte no restringidos y los segmentos de cesárea. No obstante, el número absoluto de heridas constantes fue sólo del 0,3%. Se estimó que un segmento de cesárea electiva normal destinado a prevenir un caso de lesión laboral podría suponer entre 148 y 258 cesáreas. La aversión a los medios de transporte utilizables supondría entre 50 y 99 cesáreas por cada lesión incansable evitada. Estos descubrimientos aconsejan la administración ansiosa y moderada del transporte de una cría macrosómica y la utilización prudente de fórceps en estos casos".(5)"

Hospital Civil «Dr. José Macías Hernández» de Cd. Victoria, Tamaulipas. Hospital Infantil de Tamaulipas. De pediatría de México.

Pensamos en 100 casos (macrosómico > 4 kg) frente a 100 controles (peso ordinario $\geq 2,5$ kg - < 4 kg). La orientación en los casos fue 68 varones/32 mujeres y en los controles 46 varones/54 mujeres, con más varones en el grupo macrosómico que en el grupo de referencia. ($p < 0.01$). La media de tiempo de crecimiento en los casos fue de 40,12 SDG (SD 0,98) y en los controles de 39,4 SDG (SD 1,09) ($p < 0,001$) (Tabla I). La edad materna media en los casos fue de 26,8 años (DE 5,9) y en los controles de 23,6 años (DE 6,6) ($p < 0,001$). La



carga materna media al inicio del embarazo en los casos fue de 66,3 kg (DE 11,9) y en los controles de 63,6 kg (DE 12,9). ($p = n.s.$).

El nivel típico de las madres de los casos era de 1,58 m, (DE 0,06) mientras que el de los controles era de 1,56 m (DE 0,05). El promedio de peso materno típico era de 26,4 para el grupo de situación (SD 4,46) y de 25,7 en el grupo de referencia (SD 5,75), sin contraste masivo $p = n.s.$ La carga típica hacia el final del embarazo para las mamás de situación era de 79,6 kg (SD 11,6) y en las mamás de control de 73,3 kg (SD 12,8), con una distinción masiva $p < 0,001$. La cantidad de desarrollos en las madres de los casos era en normal 2,86 (SD 1,72) y en las de los controles 2,32 (SD 1,41) ($p < 0,01$). A lo largo de toda la existencia de las mamás de los casos, 19 tenían elementos equivalentes o más notables que 4 kg, mientras que 19 tenían elementos equivalentes o más notables que 4 kg o varios kg, mientras que en la otra reunión no hubo ningún conjunto de experiencias de un niño que pesara 4 kg o más. "(12) "

A El ir con factores de riesgo fueron vistos como en todo el mundo: Salazar en Venezuela consideró como factores fundamentales: antecedentes maternos, por ejemplo, recién nacido bien visible, diabetes, hipertensión vascular, las patologías relacionadas más incesantes fueron: diabetes, aumento de peso materno mayor a 15 kg, enfermedad hipertensiva, retraso en el embarazo, y los enredos ocurridos durante el transporte fueron: desgarros de tejidos delicados, distocia de trabajo, retraso en el trabajo y mantenimiento del hombro. Albornoz "(13) "

2.3.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Los atributos maternos relacionados con la macrostomia Los resultados



fetales en Perú seguidos en este estudio fueron: historia de bebé claramente visible, nivel y peso significativos, multiparidad y edad más prominente que o comparable a 35 años, historia individual de diabetes y diabetes en el embarazo. Los inconvenientes maternos incluían hipertensión vascular, poli hidramnios, trabajo desalentado y zona de cesárea. En cuanto a los factores de riesgo de macrostomia fetal a nivel público, Pacora, de la clínica de Urgencias San Bartolomé, encontró como variables de riesgo de macrostomia fetal, ordenadas por particularidades: aumento de peso desmesurado, bebé varón, madurez superior a 30 años, corpulencia, historia de embrión enorme, nivel superior a 1,60 m, diabetes familiar y fragilidad. "(14)"

La tasa de macrosomía fetal en la Clínica San José del Callao de enero a diciembre de 2006 fue del 5,6%. En comparación con los antecedentes maternos, hubo prevalencia de bebés macrosómicos, diabetes, preeclampsia en el embarazo anterior y distocia de hombros. Al observar el grupo de revisión (macrosómico) y el grupo de referencia (peso suficiente), se encontraron contrastes realmente masivos ($P < 0,05$) sólo comparables con el antecedente histórico de bebés macrosómicos.

En cuanto a los enredos durante el embarazo, prevalecieron la rotura intempestiva de las capas y el peligro de parto prematuro; sólo en la rotura intempestiva de las capas hubo contrastes mensurablemente enormes ($P < 0,05$). ($P < 0,05$).

Con respecto a las complejidades durante el trabajo, encontramos poder de desgarrar de tejido delicado, distocia de hombro, trabajo retrasado y drenaje. Hubo contrastes críticos medibles ($P < 0,05$) para los desgarros de tejidos



delicados y la distocia de hombros.

En cuanto a las complejidades durante el puerperio, las patologías que predominaron fueron la endometritis, la úlcera de pared y el drenaje postcesárea; en cualquier caso, no hubo contrastes críticos medibles en ninguna de estas patologías. ($P > 0,05$).

La morbimortalidad perinatal fue del 27,27%. Durante el embarazo hubo 1 fallecimiento fetal y 1 intraparto; durante el transporte predominaron los problemas fetales extremos. En el periodo neonatal destacó la hipoxia perinatal, seguida de hipoglucemia, parálisis braquial y cefalohematoma. En la hipoxia perinatal hipoxia perinatal y problemas fetales intensos, se encontraron contrastes mensurables ($P < 0,05$) entre el grupo de revisión y el grupo de referencia.

Los resultados hallados en la presente revisión coinciden con los de otros exámenes comparables realizados en ámbitos diferentes.

En Cajamarca hasta 20,91% en el Centro de Bienestar Kennedy de Ilo. Los factores de riesgo tremendos fueron: rasgos maternos: historia de macrosomía fetal ($OR=3,2$), historia de diabetes ($OR=2,6$), edad 35 años ($OR=1,4$), nivel 1.65m ($OR=2,75$), peso 65 kg ($OR=2,16$), multiparidad ($OR=1,4$) y dificultades maternas: polihidramnios ($OR=2,7$), diabetes ($OR=1,7$), hipertensión pasada ($OR=1,4$) y trabajo desalentado ($OR=1,86$). Los resultados perinatales fueron: horror expandido ($OR=1,5$), distocia de hombros ($OR=8,29$), hipoglucemia ($OR=2,33$), lesión esquelética ($OR=1,9$), agravamientos hidroelectrolíticos ($OR=1,9$), asfixia del parto ($OR=1,6$) y taquipnea transitoria ($OR=1,5$). No tuvo mayor riesgo de mortalidad que el



RNAEG. Los recién nacidos macrosómicos en Perú tienen mayor riesgo de mortalidad, sin embargo no tienen mayor mortalidad que los niños adecuados para la edad gestacional. Macrosomía fetal; bebé tremendo para la edad gestacional.

Pervasiveness of fetal macrosomia fetal macrosomia medical clinics of the Peruvian service of wellbeing year 2005 science and past turn of events, familial diabetes and male sex. Martínez.

El objetivo de este estudio fue establecer los elementos que podrían desencadenar la macrosomía fetal en el Establecimiento II-2 Tarapoto en el año 2012. Se realizó un estudio transversal, cuantitativo, tipo encuesta. Se trabajó con una población total de 97 pacientes que presentaron una posteridad de 4,000gr o más. Para obtener los datos, se recopiló información mediante una estructura de surtido de información. Los resultados del examen fueron los siguientes: de acuerdo con la población considerada, las madres que tuvieron bebés macrosómicos fueron descritas por estar en el grupo de edad de 19-35 años con un 64,9% (63), convivencia conyugal con un 53,6% (52), ocupación de ama de casa con un 73% (72) y formación opcional fragmentada con un 32% (31). El ritmo de macrosomía fetal en el Centro II-2 Tarapoto fue de 3,6% (97 casos) en 2012. Los elementos inclinantes más constantes hacia la macrosomía fetal son: antecedentes familiares de diabetes 36% (35), ganancia de peso materno durante la eclosión de 11 a más kg 79,4% (77), saldo de madres con no menos de 1 posteridad 74% (72). Debemos ser pioneros en la promoción de la importancia de la atención prenatal para todas las mujeres. (72%). mujeres embarazadas, distinguan la macrosomía fetal de otras patologías



lo antes posible y tomen las decisiones adecuadas. Trazar las actividades y los sistemas funcionales durante el parto aconseja reconocer los factores que inclinan a la macrosomía fetal más pronto que tarde, garantizando una amplia consideración. Palabras clave: Macrosomía, factores de inclinación, alimentación materna. "(15)"

Mohan V, et al durante 2017 distribuyeron un concentrado de revisión cuyo objetivo era observar el aumento de peso durante el embarazo entre las asiáticas

Se analizaron las diferentes caracterizaciones de peso (IMC) y los resultados del embarazo en cada una de las diferentes agrupaciones de IMC en las que 2728 mujeres embarazadas acudieron a centros prenatales y focos de maternidad en el sur de la India desde enero de 2011 hasta enero de 2014. Obteniendo como resultados que las mujeres con sobrepeso y corpulentas que engordaron más durante el embarazo tenían un alto riesgo de bebés macrosómicos (sobrepeso - proporción de posibilidades [OR]: 2,3, 95% tramo de seguridad [CI]: 1,1-5,2, P = 0,02 y gorditas - OR: 1,6, 95%: CI: 1,1-2,4, P = 0,01). Además, las mujeres obesas que aumentaban de peso también tenían más probabilidades de parto prematuro (OR: 2,1; IC del 95%: 1,1-3,8; p = 0,01), cesárea (OR: 1,9; IC del 95%: 1,4-2,5; p <0,001) e intoxicación sanguínea (OR: 2,8; IC del 95%: 1,1-7,2; p = 0,03). 0.03). Las mujeres de peso normal y con sobrepeso que engordaron menos tuvieron un impacto protector sobre el fragmento de cesárea y la macrosomía. Las conclusiones fueron que las mujeres con sobrepeso o corpulentas que engordan más de lo indicado corren un alto riesgo de tener un embarazo poco favorable. Las mujeres de peso



normal y con sobrepeso que no alcanzan exactamente el peso recomendado suelen tener menos riesgo de segmento cesárea y macrosomía. No obstante, corren un mayor riesgo de tener un hijo con bajo peso al nacer y de dar a luz prematuramente. Esto se debe a la necesidad de poner suficiente carga durante el embarazo. 26

El presente examen pretende reconocer los indicadores de la macrosomía y los entresijos durante el parto vaginal. Se trató de un estudio de casos y controles, encuestas y correlaciones. Se utilizaron como marca de macrosomía el peso del bebé superior o equivalente a 4.000 g.

Así, se incorporaron 208 bebés macrosómicos traídos al mundo en 2005 y 2006, que representaban el 10,9% y el 9,8% del total de recién nacidos, por separado. Los indicadores relacionados con la macrosomía fueron los siguientes: diabetes materna, Aumento de peso de las embarazadas superior o igual a 12 kg, IMC que muestra sobrepeso o vigor, periodo gestacional superior o igual a 49 meses, edad materna superior o igual a 29 años, antecedentes de crías macrosómicas, nivel uterino superior o igual a 34 cm, sexo masculino del niño. No se observó ninguna relación entre el retraso del embarazo y la macrosomía. Los principales factores que preveían la macrosomía en el momento de la retirada fueron el nivel uterino superior a 34 cm (44%) y el sexo masculino del embrión (5%), que, al igual que los distintos marcadores, adquieren mayor o menor fuerza cuando se asocian entre sí, llegando a una probabilidad del 100% cuando se tiene acceso a no menos de 5 componentes. Dado que la probabilidad dependerá de los indicadores interrelacionados, se elaboró un diagrama de flujo que muestra la probabilidad



de presentar macrosomía fetal. Entre los retos vimos que el 21,1% de las madres con recién nacidos macrosómicos presentaban trabajo diferido; el 2,9% de los bebés macrosómicos presentaban brecha clavicular; el 31,7% de las madres con recién nacidos macrosómicos presentaban desgarros en el transporte, el 71,4% de los desgarros de II grado y el 100% de los desgarros de III grado estaban relacionados con esta experiencia; se observó rotura prematura de capas en el 17,3% de los niños macrosómicos y en el 5,1% de los niños no macrosómicos. Se debe realizar una identificación y valoración satisfactorias de las variables que presagian la macrosomía para elegir la mejor vía de transmisión y evitar dificultades durante el trabajo. "(27)"

2.3.3.ANTECEDENTES LOCALES

Propuesta de trabajo en el Colegio Público del Altiplano se dirigió un trabajo de exploración sobre relación de proporciones antropométricas neonatales de azar con edad gestacional, según Lubchenco, clínica de emergencias III Es salud - Juliaca y clínica médica Santa Nick rosa - puerto Maldonado, 2013 de tipo conexión de carga normal neonatal de azar con edad gestacional en pretérmino y presente término coincidiendo en Lubchenco de la clínica Médica Santa Clause Rosa-Puerto Maldonado (2375gr y 4239. 09gr) según Clínica Médica III ESSALUD-Juliaca (2295.71gr y 4144.54gr), 2013, es alta. Con un nivel de importancia $p = 0,05$. La relación de la talla típica neonatal en peligro con la edad

El nivel gestacional a pretérmino y postérmino según Lubchenco de la Clínica St Nick Rosa-Puerto Maldonado (47,76cm y 52,03cm) según la Clínica



III ESSALUD-Juliaca (46,17cm y 51,1cm), 2013, es alto. Con un nivel de importancia $p = 0,05$. La conexión del circuito cefálico neonatal típico en peligro con la edad gestacional a pretérmino y postérmino según Lubchenco de la Clínica San Nick Rosa-Puerto Maldonado (32,42cm y 35,84cm) comparable a la Clínica Médica III ESSALUD-Juliaca (31,25cm y 34,90cm), 2013 es alta. Con un nivel de importancia $p = 0,05$..”(22)”

La conexión del borde torácico neonatal típico en peligro con la edad gestacional a pretérmino y postérmino según Lubchenco de la clínica de Emergencia San Nick Rosa-Puerto Maldonado (31,47cm y 35,22cm) correspondiente a la clínica de Emergencia III EESS (31,47cm y 35,22cm). Clínica Médica Rosa-Puerto Maldonado (31.47cm y 35.22cm) correspondiente a la clínica de Emergencia III EESS. ”(12)”

2.4.MARCO CONCEPTUAL

2.4.1.MACROSOMIA FETAL

El término macrosomía fetal se utiliza para describir a un bebé que es esencialmente más grande de lo normal.

Un niño con macrosomía fetal pesa más de 4 kg (8 libras y 13 onzas) al venir al mundo, sin tener en cuenta la edad gestacional. Alrededor del 9% de los niños pesan más de 4,5 kg (8 libras y 13 onzas) al nacer.

Sea como fuere, los peligros relacionados con la macrosomía fetal aumentan significativamente cuando el peso al nacer supera los 4,5 kilogramos (9 libras y 15 onzas).

La macrosomía fetal puede dificultar el transporte vaginal y poner al bebé



en peligro de sufrir lesiones durante el transporte. Además, la macrosomía fetal aumenta las probabilidades de que el bebé sufra problemas clínicos tras el nacimiento.

La macrosomía fetal es difícil de distinguir y analizar durante el embarazo. Sin embargo, existen algunos signos y efectos secundarios potenciales:

- **Altura importante del fondo uterino.** Durante las visitas previas al parto, el proveedor de asistencia médica podría tener la opción de medir el nivel del fondo uterino o, al menos, la distancia entre el lugar más notable del útero y el hueso púbico. Un nivel del fondo uterino escandalosamente increíble podría ser un signo de macrosomía fetal.
- **Exceso de líquido amniótico (polihidramnios).** Una gran La medida de líquido amniótico, el líquido que envuelve y protege al niño durante el embarazo, podría ser una señal de que el pequeño es más grande de lo normal.

La cantidad de líquido amniótico refleja la producción de pis del niño, y un niño más grande produce más pis. Algunas enfermedades que aumentan el tamaño del niño también pueden aumentar la producción de orina del niño.

La macrosomía fetal puede deberse a factores hereditarios o a una infección materna, como la ronquera o la diabetes. De vez en cuando, el niño puede padecer una enfermedad que acelere los acontecimientos fetales.

A veces, el peso al nacer es superior al normal sin una razón evidente. Son muchas las variables que pueden ampliar el riesgo de macrosomía fetal. Algunas pueden controlarse, pero otras no. Por ejemplo:



- **Antecedentes de macrosomía fetal.** Si ha tenido recientemente un hijo con macrosomía fetal, tiene un mayor riesgo de tener otro hijo con esta afección. Asimismo, si pesó más de 8 libras y 13 onzas (varios kg) al llegar al mundo, es probable que tenga un hijo enorme.
- **Obesidad de la madre.** La macrosomía fetal es más probable suponiendo que seas husky.
- **Aumento de peso excesivo durante el embarazo.** Adquirir mucho peso durante el embarazo aumenta el riesgo de macrosomía fetal.
- **Embarazos anteriores.** El riesgo de macrosomía fetal aumenta con cada embarazo. Hasta el quinto embarazo, el peso normal al nacer de cada embarazo evolutivo aumenta en su mayor parte en torno a 4 onzas. (113 g).
- **Esperas un bebé varón.** En general, los niños varones pesan algo más que las niñas. La mayoría de los bebés que pesan más de 9 libras, 15 onzas son hombres jóvenes.
- **Embarazo pasado de término.** En caso de que su Si el embarazo se prolonga más de catorce días después de la fecha prevista del parto, el bebé corre un mayor riesgo de macrosomía fetal.
- **La edad de la madre.** Las mujeres de más de 35 años están abocadas a tener un hijo con macrosomía fetal.

Es más probable que la macrosomía fetal esté provocada por la diabetes, la hinchazón o el aumento de peso de la madre durante el embarazo que por otro motivo diferentes que por causas diferentes. En el caso de que estos



factores de riesgo estén ausentes y se piense en macrosomía fetal, su hijo podría tener una enfermedad poco común que influye en el desarrollo fetal.

Su proveedor de atención médica podría sugerirle que se someta a pruebas demostrativas antes del parto y tal vez hable con un instructor hereditario, en función de las consecuencias de esas pruebas.

La macrosomía fetal presenta peligros para su bienestar y el de su hijo, tanto durante el embarazo como después del parto." (15)"

RIESGOS PARA LA MADRE

Las posibles dificultades de la macrosomía fetal para la madre podrían incluir:

- **Problemas con el trabajo de parto.** La macrosomía fetal puede hacer que el niño se atasque en el canal del parto, que sufra heridas en el parto o que sea necesario utilizar fórceps o un dispositivo de vacío durante el transporte (fórceps o transporte por vacío). En algunos casos es necesario realizar una cesárea.
- **Laceraciones del aparato genital.** Durante el transporte, La macrosomía fetal puede hacer que el niño dañe la vía del parto, por ejemplo, desgarrando los tejidos vaginales y los músculos situados entre la vagina y la rabadilla (músculos perineales).
- **Sangrado después del parto.** La macrosomía fetal aumenta el riesgo de que la estructura muscular uterina no se contraiga como se espera tras el parto (atonía uterina). Esto puede provocar un posible drenaje grave tras el parto.



- **Rotura uterina.** Si se ha sometido a una cesárea o a un procedimiento médico uterino mayor, la macrosomía fetal aumenta el riesgo de que se produzca un estallido uterino, un enredo poco frecuente pero grave en el que el útero se desgarró a lo largo de la línea de la cicatriz de la cesárea u otro procedimiento médico uterino. Una cesárea en crisis es importante para evitar enredos peligrosos. "(16)"

RIESGOS PARA EL RECIEN NACIDO Y SU INFANCIA

Las posibles complicaciones de la macrosomía fetal para tu bebé pueden ser:

- **Nivel de azúcar en sangre menor de lo normal.** Un niño con macrosomía fetal vendrá al mundo con un nivel de glucosa inferior al normal.
- **Obesidad infantil.** Las investigaciones proponen que la corpulencia de los jóvenes aumenta a medida que aumenta el peso al nacer.
- **Síndrome metabólico.** Suponiendo que su hijo se determina que tienen macrosomía fetal, la persona está en peligro de condición metabólica durante las primeras
- **Etapas.** Condición metabólica es una reunión de problemas pulso expandido, glucosa alta, músculo sobreabundancia versus grasa alrededor de la cintura, o los niveles de colesterol inusual que ocurren simultáneamente y aumentar el riesgo de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular y diabetes.

Se esperan más exploraciones para decidir si estos impactos podrían aumentar el riesgo de diabetes, sobrepeso y enfermedades coronarias en la



edad adulta.

Suponiendo que usted tiene factores de riesgo de macrosomía fetal, el punto es, probablemente, va a surgir en las visitas de rutina antes del nacimiento.

He aquí algunas preguntas fundamentales que debe plantear a su proveedor de asistencia médica sobre la macrostomia fetal:

- ¿Cuál es la causa probable de la enfermedad?
- ¿Qué tipo de pruebas necesito hacerme?
- ¿Qué hay que hacer ahora?
- ¿Debo respetar alguna restricción?
- ¿Cómo afectará la macrosomía fetal a mi bebé?
- ¿Será necesario que me someta a una cesárea?
- ¿Mi bebé necesitará pruebas o atención médica especial cuando nazca?

Independientemente de las preguntas que haya organizado, siga adelante y plantee preguntas diferentes durante la entrevista.

Evaluar o prever el peso de un niño que viene al mundo es problemático. No se puede hacer un hallazgo concluyente de macrosomía fetal hasta después de concebir y calibrar al niño.

Recuerde que cualquier evaluación del tamaño de un niño realizada durante el embarazo depende de la información precisa sobre la edad gestacional del niño. En caso de que un niño se considere grande para la edad gestacional, es fundamental afirmar si su fecha de parto es correcta.



En caso de que presente factores de riesgo de macrosomía fetal, es probable que su proveedor de atención médica le realice pruebas para evaluar el bienestar y la mejora de su hijo, como las siguientes.

- **Ecografía.** Hacia el final del tercer trimestre, su proveedor de servicios médicos o una persona más de su grupo de servicios médicos puede realizar una ecografía para obtener estimaciones de las partes del cuerpo de su hijo, como la cabeza, la sección media y el fémur. En ese momento, el proveedor de servicios médicos consolidará esas estimaciones en una receta para calcular el peso de su hijo.

En cualquier caso, la exactitud de la ecografía para anticipar la macrosomía fetal ha sido problemática.

- **Análisis prenatales.** En caso de que su proveedor de asistencia médica piense que su hijo padece macrosomía fetal, podría realizarle pruebas previas al parto, por ejemplo, una prueba en reposo o un perfil biofísico fetal, para evaluar la prosperidad de su hijo.

Una prueba en reposo estima el pulso del niño por su propia evolución. El perfil biofísico fetal combina una prueba en reposo con una ecografía para evaluar el desarrollo, el tono muscular, la respiración y el volumen de líquido amniótico del bebé.

En caso de que se crea que el exceso de peso del niño se debe a una enfermedad materna, su proveedor de servicios médicos podría sugerir la realización de pruebas antes del parto, a partir del séptimo día de embarazo.

Recuerde que la macrosomía por sí sola no justifica la realización de pruebas prenatales para evaluar la prosperidad de su hijo. Antes de concebir al



niño, también puedes plantearte hablar con un pediatra que tenga experiencia en el tratamiento de niños con macrosomía fetal.

Suponiendo que el proveedor de atención médica sospeche macrosomía fetal, no implica que el parto vaginal esté naturalmente excluido. No obstante, debe realizar el parto en la clínica en caso de que sea necesario utilizar fórceps o ventosa durante el trabajo o de que sea necesario realizar una cesárea.

La aceptación del trabajo (que incluye constricciones uterinas vigorizantes antes de que comience el trabajo sola) en su mayor parte no se sugiere. La investigación propone que el alistamiento para el trabajo no disminuye el riesgo de complicaciones relacionadas con la macrosomía fetal y puede aumentar la necesidad de cesárea. (17)

Tu profesional de salud podría recomendar una cesárea en los siguientes casos:

- **Tienes diabetes.** En el caso de que usted tenía diabetes antes del embarazo o por otro lado suponiendo que fomenta la diabetes gestacional y su proveedor de atención médica calibra que su hijo pesa 9 libras, 15 onzas (4,5 kilogramos) o más, un segmento de cesárea podría ser el método más seguro para el transporte de su hijo.
- El niño pesa 11 libras (5 kilogramos) o más y usted no tiene experiencias de diabetes materna. En el caso de que no tengas diabetes pregestacional o gestacional y tu proveedor de asistencia médica calibre que el niño pesa 5 kilogramos (11 libras) o más, la persona en cuestión podría sugerirte un segmento de cesárea.
- Has transportado a un niño cuyo hombro se ha estancado detrás del hueso



pélvico (distocia de hombros). Si has dado a luz a un niño con distocia de hombros, tienes más posibilidades de que el problema se repita. Un segmento de cesárea podría ser prescrito para mantenerse alejado de los peligros relacionados con la distocia de hombros, como una clavícula rota.

En caso de que su proveedor de asistencia médica le sugiera un segmento de cesárea programada, examine los peligros y las ventajas.

Tras la concepción de su hijo, se inspeccionará a la persona para detectar indicios de heridas en el parto, un nivel de glucosa inusualmente bajo (hipoglucemia) y un problema sanguíneo que influya en el recuento de plaquetas rojas (policitemia). La persona podría requerir una atención excepcional en la unidad de urgencias neonatales de la clínica de urgencias.

Recuerde que su hijo podría estar en peligro de padecer gordura en la adolescencia y obstrucción insulínica, por lo que debería ser observado para detectar estos problemas en futuras revisiones.

Además, en caso de que no se le haya diagnosticado diabetes recientemente, su proveedor de atención médica la evaluará tras el traslado. Durante sus futuros embarazos, se le examinará minuciosamente para detectar signos y efectos secundarios de la diabetes gestacional (un tipo de diabetes que aparece durante el embarazo).

En caso de que su proveedor de servicios médicos sospeche macrosomía fetal durante el embarazo, es posible que tenga una perspectiva inquieta sobre el transporte y el bienestar de su hijo, y la preocupación puede hacer que le resulte difícil ocuparse de sí misma.

Habla con tu proveedor de servicios médicos sobre cómo puedes aliviar



la presión y trabajar por el bienestar de tu hijo. También puede buscar información y apoyo de mujeres que han tenido bebés con macrosomía fetal.

No podrá evitar la macrosomía fetal, pero puede dar lo mejor de sí misma para tener un embarazo sólido.

Por ejemplo:

- **Programa una consulta previa a la concepción.** Si está pensando en quedarse embarazada, hable con su médico. Si eres corpulenta, es posible que te recomienden otros expertos en bienestar, por ejemplo, un dietista o un profesional especializado en corpulencia, que pueden ayudarte a cambiar tu estilo de vida y a conseguir una carga sólida antes del embarazo.
- **Controla tu peso.** Engordar con frecuencia durante el embarazo, entre 11 y 16 kg (25 y 35 libras), contribuye al desarrollo y la mejora de tu hijo. Sea como fuere, no existe una forma única de abordar el aumento de peso durante el embarazo. Trabaja con el profesional de tus servicios médicos para averiguar qué es lo que quieres.
- **Controla la diabetes.** Si padecía diabetes antes del embarazo o si, por el contrario, padece diabetes gestacional, póngase en contacto con su médico para tratar la enfermedad. El control de la glucosa es la mejor manera de evitar problemas, como la macrosomía fetal.
- **Incorpora la actividad física a tu rutina diaria.** Siga las propuestas de su experto en servicios médicos con respecto al trabajo real. "(18)"

RECIÉN NACIDOS CON MACROSOMIA FETAL

Los niños con un peso o un nivel desorbitados pueden presentar



afecciones médicas o un parto más complicado, aunque hoy en día gran parte de los casos se reconocen de antemano, lo que evita desastres mayores.

El peso y el nivel se determinan pensando además en la edad gestacional, pero en general, los bebés que sobrepasan los límites de las tablas se consideran en peligro. Por encima de los 4 kilos empiezan a notarse, sin embargo, los casos que se comprueban como posiblemente neuróticos son los que llegan con cargas superiores a los 4 kilos y medio. De hecho, el peso gestacional elevado se considera por encima del percentil 90.

Tener un peso o nivel elevado se designa como "macrosomía". La palabra significa "cuerpo enorme" y procede de las raíces griegas full scale (enorme) y soma (cuerpo). Alrededor del 5% de los niños vienen al mundo por encima de este percentil 90. Sin embargo, no todos se consideran macrosómicos y no todos requerirán medidas extraordinarias.

Algunas variables presagiosas de la macrosomía son un desarrollo fetal innecesario, la diabetes familiar y un grosor de la placenta superior a 4 centímetros. Es más normal en mujeres mayores de 30 años y también es más frecuente en embriones masculinos.

Una de las variables más ordinarias y menos problemáticas para un peso elevado al nacer es que los tutores sean enormes, y en estos casos las cualidades hereditarias son el componente clave. Éstas son las más inofensivas.

No obstante, existen diferentes causas que pueden desencadenar un aumento desorbitado de peso o talla en el niño. Una de ellas es que la madre haya engordado mucho durante el embarazo, pero si el peso del niño no es



excesivo, no suele ser peligroso.

La diabetes materna, tanto si la mujer ya la padecía antes del embarazo como si se trata de diabetes gestacional, es quizá la causa más conocida. La aclaración está relacionada con la digestión del azúcar. En el momento en que la glucosa de la madre es alta, el niño administra insulina adicional, lo que puede hacer que se congestione o acumule grasa.

Estos niños extremadamente grandes aparecen en escena enfrentándose a peligros explícitos. Para empezar, durante el parto pueden tener problemas para ser concebidos. El parto vaginal de niños de alto peso al nacer puede alargarse, poniendo en peligro a la madre o al niño. Muchas veces es importante recurrir a la cesárea, que en sí misma, aunque fundamental y salvadora de vidas, incluye además mayores ritmos de muerte y complejidades perinatales." (19)!"

Para la madre, suele incluir una cesárea o un parto instrumental, lo que hace que su recuperación sea más complicada y puede incluir problemas difíciles. En los países que carecen de un marco de bienestar suficiente, estos traslados, al no tener la opción de acudir a una clínica de urgencias en caso de necesidad, suelen acabar con la muerte de la madre y el niño.

La asimetría feto-pélvica observada, el uso de fórceps o ventosas, la cesárea, las secreciones posparto y las lesiones en la fosa del parto aumentan las probabilidades de muerte materna y los consiguientes problemas en la pared vaginal. En los países desarrollados, los peligros para la madre son menores, pero no desaparecen por completo.

En los partos vaginales, la distocia de hombros es más normal que en



los niños de peso normal. Es más, puede haber tasas más altas de asfixia neonatal, anhelo de meconio y afirmación de clínica médica tras el parto. Por lo tanto, la posibilidad de realizar una cesárea se considera la opción más adecuada en términos generales.

No cabe duda de que hay mimos que vienen al mundo con varios kilos por vía vaginal y sin complejidades, e igualmente hay casos de positivos engañosos en el pasado, por lo que los expertos deben ser extremadamente conscientes de la multitud de información existente antes de decidirse por un segmento de cesárea reservado y aclarar a la madre los datos a los que tienen acceso con total veracidad.

Suponiendo que la madre padezca diabetes, el niño, al venir al mundo, puede no seguir la pauta de su propia glucemia. Es más, eso traerá confusiones, siendo las más conocidas en niños con macrosomía la ictericia, la hipoglucemia y las dificultades respiratorias.

A grandes rasgos, los factores de riesgo incluyen la corpulencia materna, haber dado a luz a un niño macrosómico en el pasado, un embrión masculino y una expansión crítica del peso y, en particular, del IMC (registro de peso) de la madre sorprendente.

En las naciones creadas, donde los ritmos de gordura y diabetes son más elevados y la maternidad se pospone, los casos de macrosomía aumentan. En consecuencia, un desarrollo decente del embarazo ayudará a los especialistas a estar preparados y a tener la opción de actuar adecuadamente en el momento del parto. "(20)"



CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD

3.1.PLANIFICACIÓN

3.1.1.MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación es de tipo descriptivo, transversal Se trata de un diseño no experimental

3.1.2.VARIABLES INVESTIGATIVAS:

Variable Dependiente

Macrosomía

- Peso del recién nacido
- Sexo del recién nacido
- Vía de parto

Variable Independiente

Factores sociodemográficos y obstétricos

- Edad



- Paridad
- Estado nutricional (IMC)
- Edad gestacional
- Control pre natal
- Altura uterina

3.1.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES
Variable independiente	Factores sociodemográficos	Edad	12-17años. 18 a 29 años 30 a 41 años 42 años a mas
		Estado nutricional (IMC).	Bajo Peso < 18.5 Normal 18.5 a 24.9 Sobre peso 25 a 29.9 Obesidad I 30.0 a 34.5.
		Edad Gestacional al parto.	37-40sem 41sem a mas
	Factores obstétricos	Paridad	Primíparas Segundíparas multiparas
		Control pre natal	1-6 controles 6+controles ningunos
		Altura uterina	32 a 34 cm 35 a 37 cm
Variable dependiente		Peso en gramos Recién Nacidos	-4000gr-4400gr. 4500gr - 5000 gr
Macrosomía		Sexo del recién nacido	Masculino Femenino
		Vía de parto	Vaginal Cesárea



3.2. POBLACIÓN

La población que se considero fue de 545 gestantes, que acudieron al hospital de Quillabamba la convención de enero a junio del 2018

3.3. MUESTRA

En la muestra se consideró a 47 gestantes las cuales se hicieron los controles y así también su labor de parto los cuales 47 tuvieron sus recién nacidos con macrosomía y 498 con un peso normal en el hospital Quillabamba de enero a junio del 2018.

3.4. TÉCNICAS INSTRUMENTOS Y FUENTES DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. TECNICA

Revisión documentaria de la historia clínica.

3.4.2. INSTRUMENTO

Ficha de recolección de datos.

Criterios de Inclusión

- Gestantes que tuvieron su atención de parto en el hospital de Quillabamba la convención entre enero a junio del 2018
- Gestantes con más de 6 controles pre natales

Criterios de Exclusión

- Mujeres que cursen su embarazo con alguna enfermedad crónica estando registrada en su historia clínica.
- Gestantes con targa de VIH.



3.5. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

RECOLECTADOS

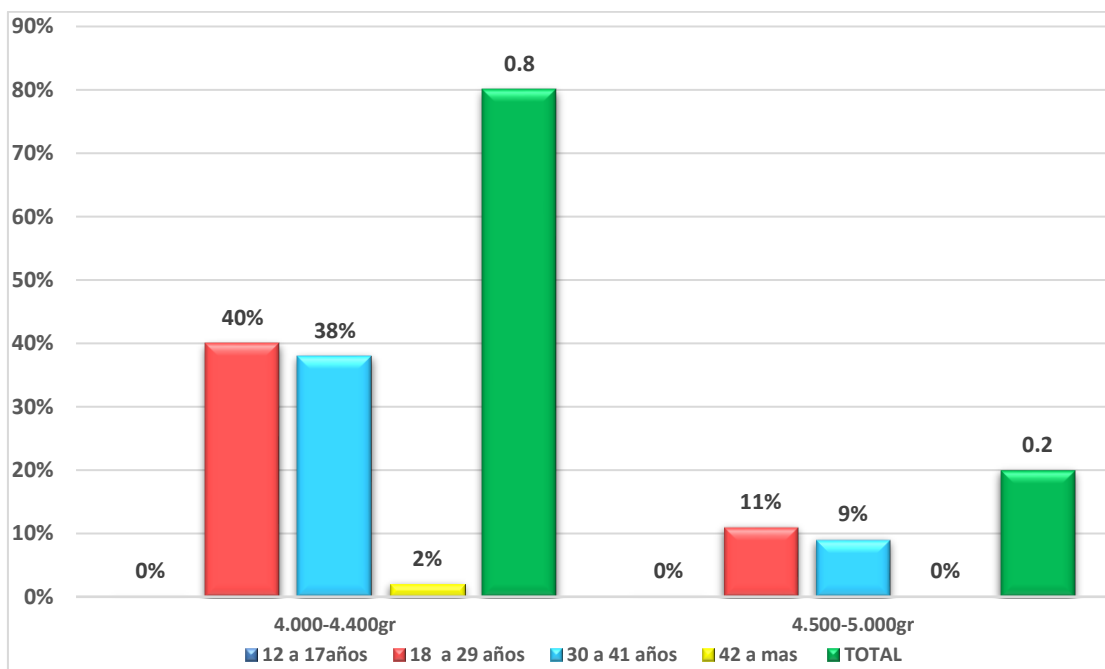
- Se solicitó la autorización del jefe de servicio del Gineco Obstetricia del Hospital de Quillabamba la Convención, para el acceso a la información necesaria.
- Se utilizó una ficha de recolección de datos, recogidos debidamente de las fichas perinatales y libros de atención de partos.

TABLA 1
MACROSOMIA CON RELACION A LA EDAD DE GESTANTE

MACROSOMICO						
Edad	4000-4400gr		4500-5000gr		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
12 a 17años	0	0%	0	0%	0	0%
18 a 29 años	19	40%	5	11%	24	51%
30 a 41 años	18	38%	4	9%	22	47%
42 a mas	1	2%	0	0%	1	2%
Total	38	80%	9	20%	47	100%

Nota; Ficha de recolección de datos

Figura 1.
indicador de edad de las gestantes



NOTA; Tabla 1



En la tabla número 1 se muestra resultados de edad de las gestantes que predominan un 51% (24) de las gestantes entre 18 a 29 años, 47% (22) entre 30 a 41 años, seguido de un 2% (1).

Al asociar el indicador edad con la macrosomía resalta el 51% (24) que tienen entre 18 y 29 años también 47% (22) entre los 30 a 41 años sus partos dieron como resultados recién nacidos macrosómicos que acudieron al hospital Quillabamba

La edad ordenada de un individuo comunicada en años, esta edad hace que el individuo se encuentre en un periodo de mejora decidiendo, el mismo que influye en su forma de ser.

DISCUSIÓN: Con todo, como podemos encontrar en nuestro marcador más recordado, que es la edad, el grupo etario abrumador se encuentra en el rango de 18 a 29 años de edad, obteniendo el 51%. Asimismo, mirando otros estudios de exploración, se encontraron similitudes en la revisión realizada para decidir los factores inclinantes hacia la macrosomía fetal en la clínica II-2 Tarapoto Medical en el año 2012. Para lo cual se hizo una revisión cuantitativa clara, comparable a la población examinada, las madres que tuvieron bebés macrosómicos se retrataron por estar en el grupo de edad de 19 - 35 años con 64.9%. (63).

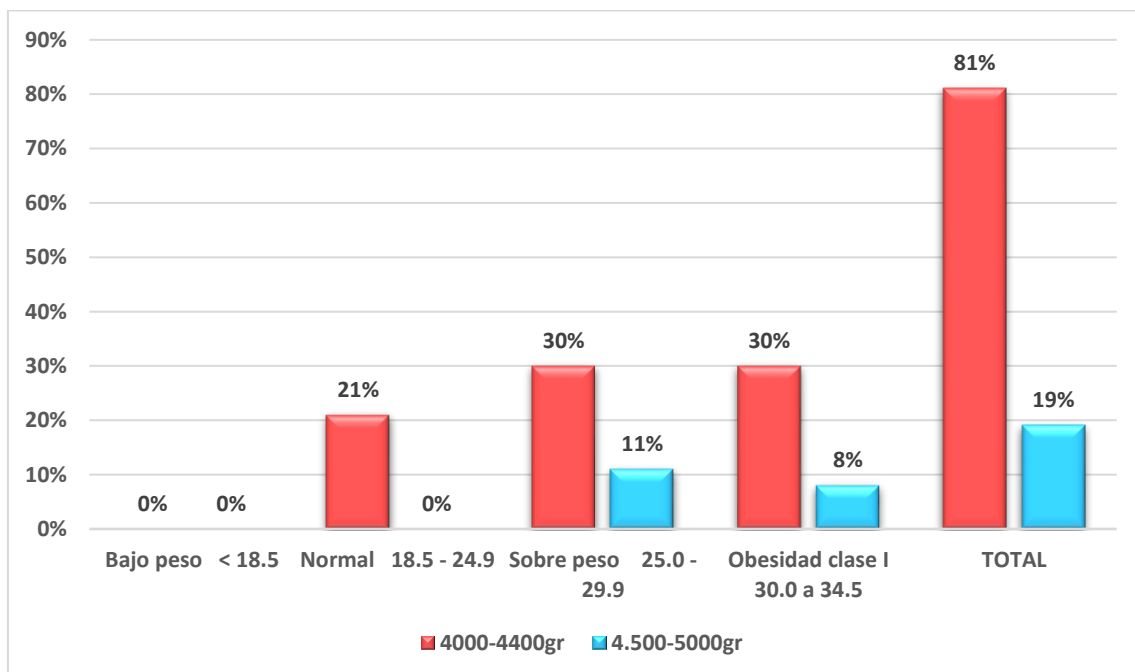
TABLA 2
MACROSOMIA CON RELACION EN EL IMC DE GESTANTE

IMC	MACROSOMICO					
	4000-4400gr		4500-5000gr		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo peso < 18.5	0	0%	0	0%	0	0%
Normal 18.5 - 24.9	10	21%	0	0%	10	21%
Sobre peso 25.0 -29.9	14	30%	5	11%	19	41%
Obesidad clase I 30.0 a 34.5	14	30%	4	8%	18	38%
TOTAL	38	81%	9	19%	47	100%

NOTA; Ficha de recolección de datos

Figura 2.

Indicador de masa corporal



NOTA; Tabla 2



En la tabla 2 se muestra el resultado del indicador del índice de masa corporal donde se evidencia que el 41% (19) tiene sobre peso, seguido de un 38% (18) están con sobre peso clase I y el 21% (10) normal,

Como podemos observar el que más predomina es sobre peso con un 41 % seguido de obesidad grado I 38% y un 21% normal son los factores que más predominan en este indicador,

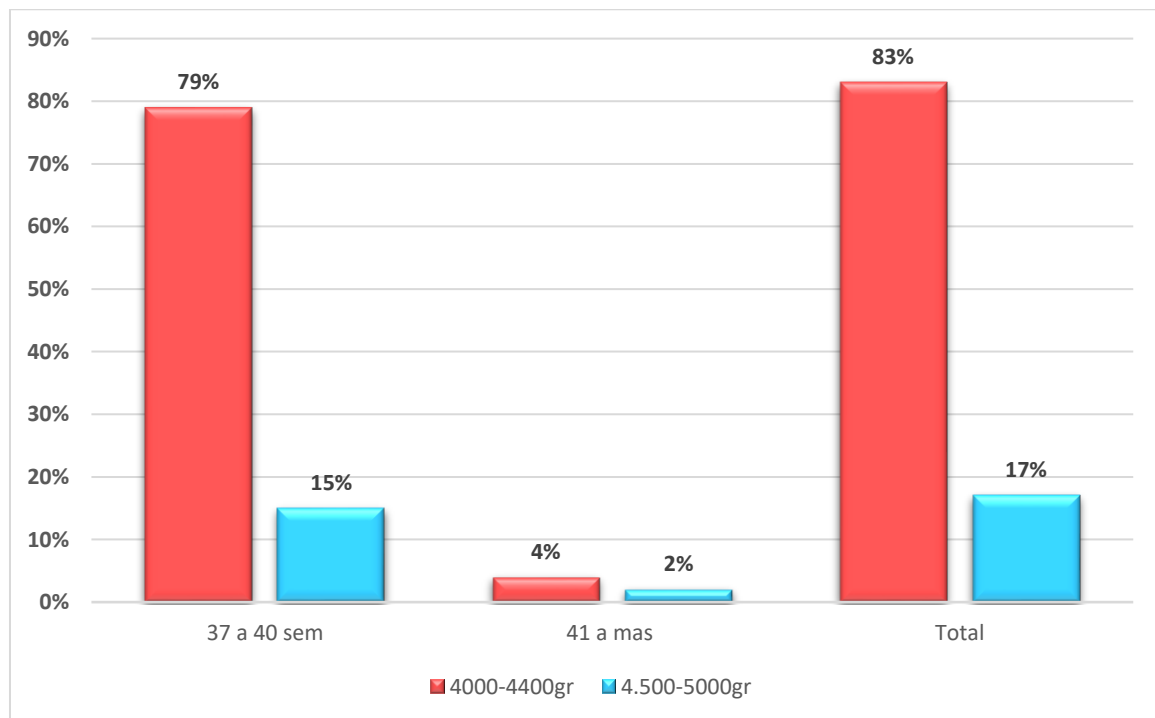
DISCUSIÓN: Llegamos a la conclusión que el sobre peso es un factor predisponente en cuanto a la macrosomía fetal obteniendo un 41% un factor significativo, también comparando otros estudios de investigación se encontró similitud en cuanto al estudio realizado, para decidir los factores inclinantes hacia la macrosomía fetal en la clínica Médica II-2 Tarapoto 2012. Por esta razón, un aumento de peso materno durante el desarrollo de 11 a más kg. 79,4% (77), estudio descriptivo, cuantitativo, en relación a la población estudiada, en cuanto también.

TABLA 3
MACROSOMIA CON RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL AL PARTO

MACROSOMICO						
EDAD	4000-4400gr		4500-5000gr		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
37 a 40sem	37	79%	7	15%	44	94%
41 a mas	1	2%	2	4%	3	6%
Total	38	81%	9	19%	47	100%

NOTA; Ficha de recolección de datos

Figura 3.
edad gestacional



NOTA; Tabla 3



En la tabla 3 se muestra resultados del indicador, edad gestacional donde se evidencia que el 94% (44) tiene entre 37 a 40 sem. de gestación, y un 6% (3) tiene más de 41 sem a más macrosómicos.

Como podemos observar el 94% predomina más con una edad gestacional entre 37 a 40 sem lo cual dieron como resultado su parto con recién nacido macrosómico que acudieron al hospital Quillabamba.

DISCUSIÓN; En conclusión, tenemos un 94 % con una edad gestacional I entre 37 a 40 sem comparando con estudios ya realizado encontramos una comparación significativa con el proyecto de tesis factores inclinantes hacia la macrosomía fetal en el hospital de Emergencia II-2 Tarapoto 2012. Para lo cual se completó un informe descriptivo, obtener un 50% entre 40 semanas, Perú tienen un mayor riesgo de morbilidad, sin embargo, no tienen mayor mortalidad que los bebés razonables para la edad gestacional. Macrosomía fetal; bebés enormes para la edad gestacional.

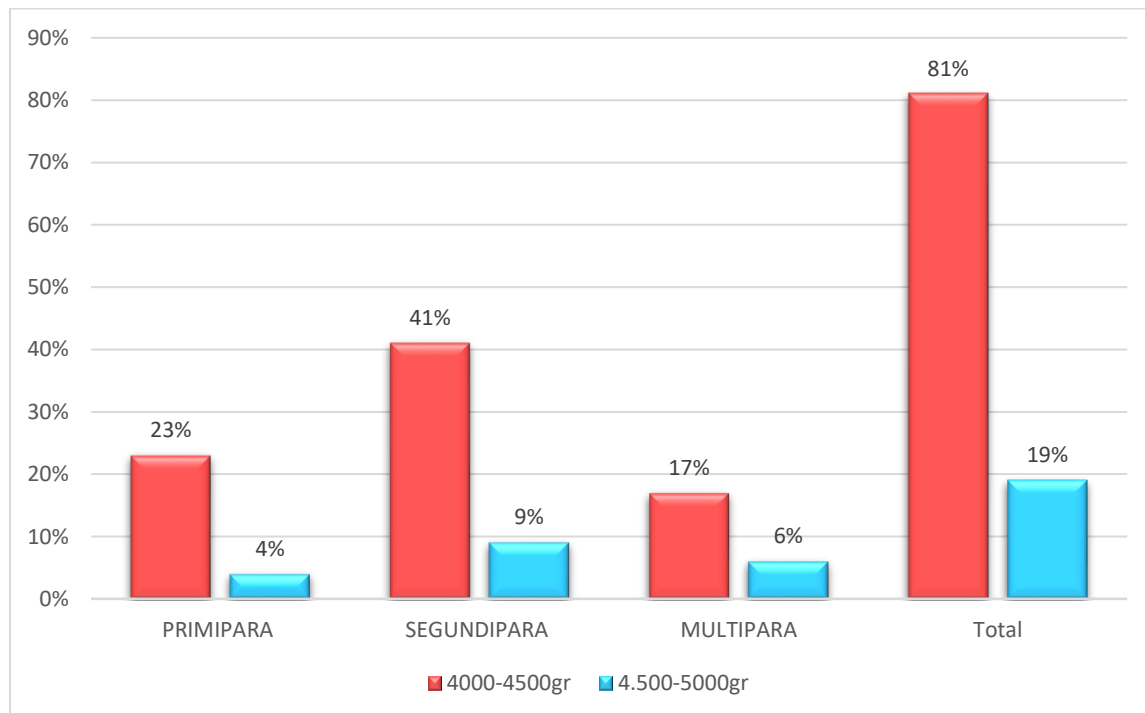
Prevalencia de la macrosomía fetal hospitales del ministerio de salud del Perú año 2005 ciencia y desarrollo anterior, diabetes familiar y sexo masculino. Martínez.

TABLA 4
MACROSOMIA CON RELACION A LA PARIDAD

MACROSOMICO						
PARIDAD	4000-4400gr		4.500-5000gr		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
PRIMIPARA	11	23%	2	4%	13	27%
SEGUNDIPARA	19	41%	4	9%	23	49%
MULTIPARA	8	17%	3	6%	11	23%
TOTAL	38	81%	9	19%	47	100%

NOTA; Ficha de recolección de datos

Figura 4.
Indicador paridad



NOTA; Tabla 4



En la tabla 4 se muestra resultados del indicador paridad donde se evidencia que 49% (23) son secundíparas, y un 27 % (13) son primíparas, 23% (11) son múltiparas con recién nacidos macrosómicos.

Como podemos observar las gestantes que acudieron al hospital Quillabamba fueron 49% son secundíparas seguidos de las primíparas con un 27% lo que más resalta

DISCUSIÓN; En conclusión, tenemos el 49 % de gestantes son secundíparas comparados con estudios realizados, comparando las encuestas demográficas de salud familiar 2015 ENDES-PERU el porcentaje de mujeres que tienen dos hijos (múltiparas) es de un 48,3% que se asemeja a nuestros datos estadísticos.

A nivel nacional como el de Huaroto Palomino Karina et al en (Ica 2012) donde se obtuvo que el 40,2% de las mujeres que presentaron macrostomia son las secundíparas

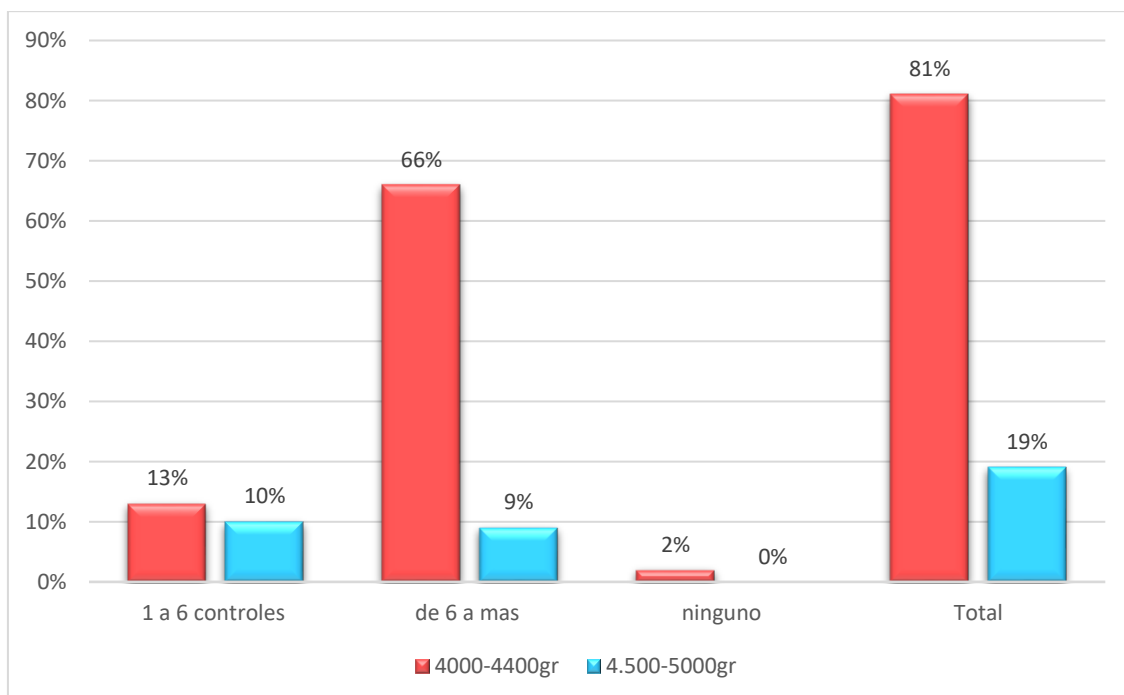
TABLA 5
MACROSOMIA CON RELACION AL CONTROL PRENATAL

MACROSOMICO						
CONTROLES PRE NATALES	4000-4400gr		4400-5000gr		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
1 a 6 controles	6	13%	5	10%	11	23%
de 6 a mas	31	66%	4	9%	35	75%
ninguno	1	2%	0	0%	1	2%
TOTAL	38	81%	47	19%	47	100%

NOTA; Ficha de recolección de datos

Figura 5.

Indicador controles prenatales



NOTA; Tabla 5



En la tabla 5 se muestra resultados del indicador controles pre natales, donde se evidencia que el 75% (35) tienen 6 a más controles, seguido del 23 % (11) 1 a 6 controles, 2% (1) no tiene ningún control de los cuales todos son macrosómicos.

El número de las atenciones pre natales que realizamos a nuestras gestantes es un 75 % tienen más de 6 controles a lo largo del embarazo lo cual se recomienda la estrategia de salud sexual reproductiva.

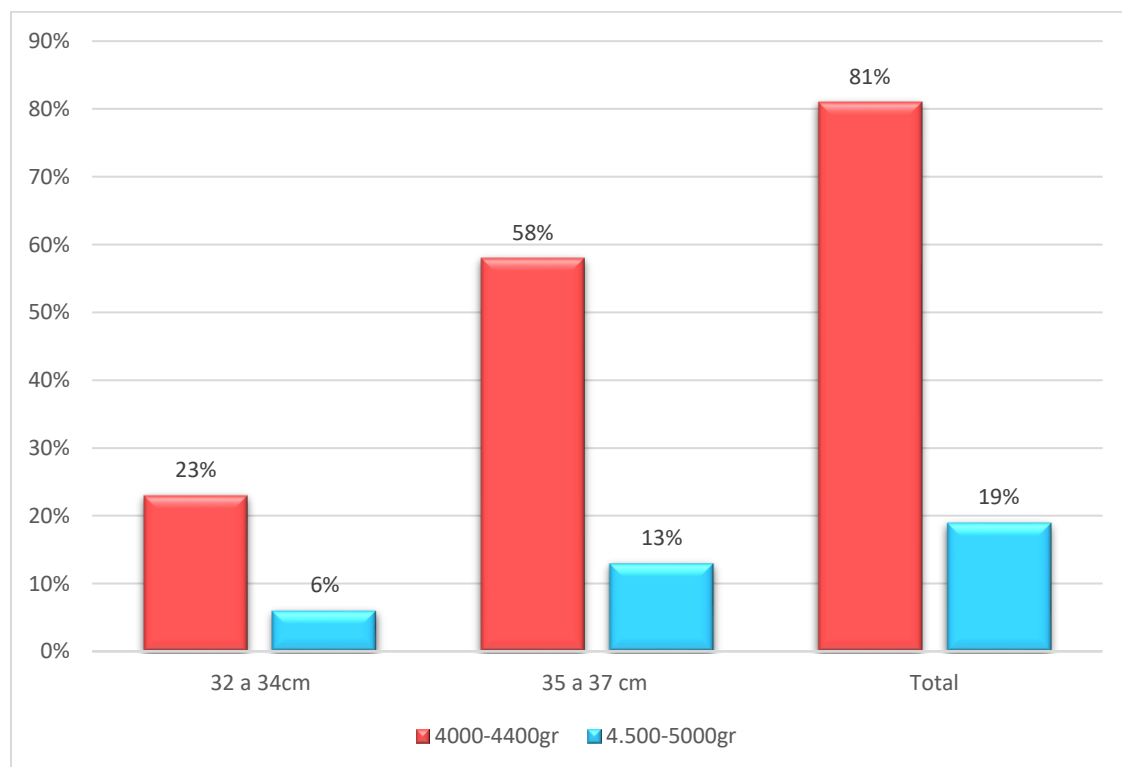
DISCUSIÓN; En conclusión, llegamos a un 75% gestantes que tienen más de 6 controles durante todo su embarazo comparado con estudios ya realizados, macrosomía fetal asociados al parto vaginal atendidos en EL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE 2016 '2017 presentado por el DR RODRIGO DEL CARMEN FACERO quien dio a conocer un 86.4 % tiene más de 6 controles pre natales.

TABLA 6
MACROSOMIA CON RELACION A LA ALTURA UTERINA

MACROSOMICO						
EDAD	4000-4400gr		4500-5000gr		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
32 a 34cm	11	23%	3	6%	14	30%
35 a 37 cm	27	58%	6	13%	33	70%
TOTAL	38	81%	9	19%	47	100%

NOTA; Ficha de recolección de datos

Figura 6.
Indicador altura uterina



NOTA; Tabla 6



En la tabla 6 se muestra resultados del indicador altura uterina donde se evidencia que el 70 % (33) tiene entre 35 a 37 cm de altura uterina, seguido de un 30% (14) tiene 32 a 34 cm de altura uterina son los que llegaron a recién nacidos macrosómicos.

Como podemos evidenciar observamos un 70% tiene una altura uterina entre 35 a 37 cm donde podemos decir que esta más de lo normal. seguido del 30% que es lo normal y dando como resultados recién nacidos macrosómicos.

DISCUSION: Llegamos a la conclusión según nuestro indicador de altura uterina predomina un 70% tiene entre 35 a 37 cm. comparando con estudios ya realizados, La media de tiempo de desarrollo en los casos fue de 40,12 SDG (SD 0,98) y en los controles de 39,4 SDG (SD 1,09) ($p < 0,001$) (Tabla I). La edad materna media en los casos fue de 26,8 años (DE 5,9) y en los controles de 23,6 años (DE 6,6) ($p < 0,001$). La carga materna media al inicio del embarazo en los casos fue de 66,3 kg (DE 11,9) y en los controles de 63,6 kg (DE 12,9) ($p = n.s.$).

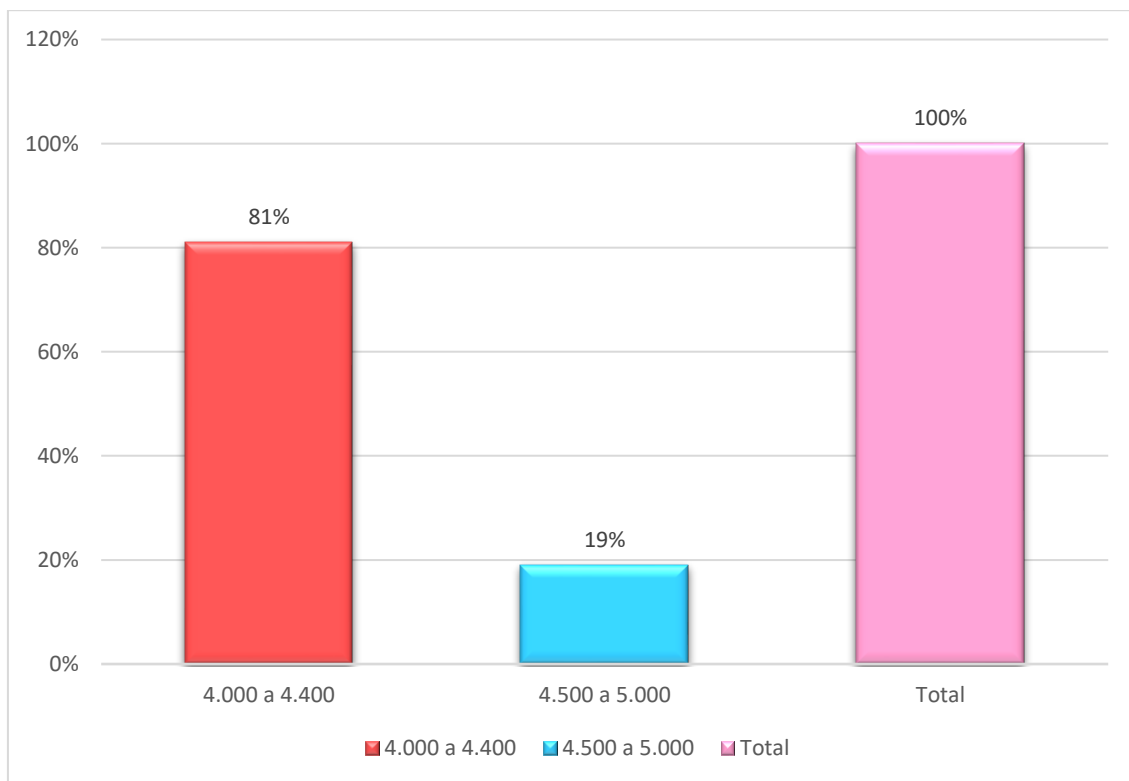
Nivel gestacional a pretérmino y postérmino según Lubchenco de la Clínica Médica St Nick Rosa-Puerto Maldonado (47,76cm y 52,03cm) comparable a la Clínica Médica III ESSALUD-Juliaca (46,17cm y 51,1cm), 2013, es alto. Con un nivel de importancia $p = 0,05$.

TABLA 7
MACROSOMIA CON RELACION AL PESO DEL RECIEN NACIDO

MACROSOMIA		
Peso del RN	N°	%
4.000 a 4.400	38	81%
4.500 a 5.000	9	19%
Total	47	100%

NOTA; Ficha de recolección de datos

Figura 7.
Indicador peso del recién nacido



FUENTE; Tabla 7



Tabla 7 se muestra resultados del indicador peso del recién nacido donde se evidencia que el 81% (38) recién nacidos tiene macrosomía seguido de un 19% (9) con un peso mayor a 4500 gr hasta 5000gr.

Podemos observar que tenemos un 81% recién nacidos con macrosomía, podemos decir que demostramos que la mayoría de las gestantes que acudieron al hospital Quillabamba en la mayoría dieron a luz recién nacidos macrosómicos

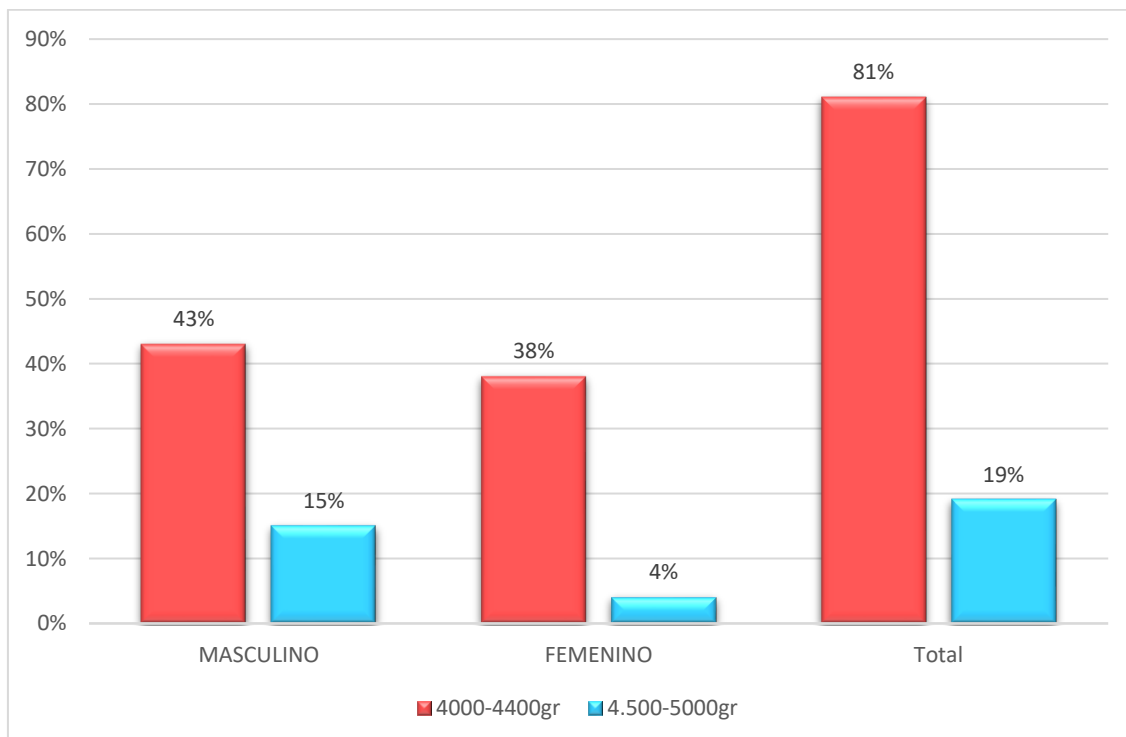
DISCUSIÓN: en conclusión tenemos un 12 % de recién nacidos con macrosomía entre un peso de 4000 a 4400gr y 4500 a 5000gr. encontramos estudios ya realizados que se asemejan a nuestro resultado, hospital III Es salud - Juliaca y clínica médica Santa Clause rosa - puerto Maldonado, 2013 conexión del peso gestacional neonatal típico con la edad gestacional a pretérmino y postérmino según Lubchenco de la clínica Médica Santa Clause Rosa-Puerto Maldonado (2375gr y 4239,09gr) según la clínica de Emergencia III ESSALUD-Juliaca (2295,71gr y 4144,54gr), 2013, es alta. Con un nivel de importancia $p = 0,05$. La relación del nivel típico neonatal en peligro con la edad.

TABLA 8
MACROSOMIA CON RELACION CON EL SEXO DEL RN

MACROSOMICO						
EDAD	4000-4400gr		4400-5000gr		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
MASCULINO	20	43%	7	15%	27	58%
FEMENINO	18	38%	2	4%	20	42%
TOTAL	38	81%	9	19%	47	100%

NOTA; Ficha de recolección de datos

Figura 8.
Indicador sexo del recién nacido



NOTA; Tabla 8



En la tabla 8 podemos evidenciar según el indicador sexo del recién nacido tenemos un 58% (27) son de sexo masculino seguido de 42% (20) son de sexo femenino son macrosómicos de todas nuestras gestantes que dieron a luz en el hospital Quillabamba.

Podemos observar que 58% son recién nacidos con macrosomía de los cuales son de sexo masculino y el 42% de sexo femenino podemos decir que el sexo masculino es el de mayor incidencia en recién nacidos macrosómicos.

Discusión: En conclusión, en nuestro indicador El sexo del lactante prevaleció más en el sexo masculino contrastado y se concentra en la actualidad sostenido por las semejanzas cilíndricas con, La investigación de casos y controles, revisión y correlacional. El peso del bebé superior o equivalente a 4000 gr. se utilizó como marca de macrosomía, por lo que se incorporaron 208 bebés macrosómicos traídos al mundo en 2005 y 2006, lo que representa el 10,9% y el 9,8% del número total de bebés, por separado. Los indicadores relacionados con la macrosomía fueron los siguientes: diabetes materna, aumento de peso de las embarazadas superior o equivalente a 12 kg, IMC que demuestra sobrepeso o corpulencia, periodo gestacional superior o equivalente a 49 meses, edad materna superior o equivalente a 29 años, antecedentes de hijos macrosómicos, nivel uterino superior o equivalente a 34 cm, sexo masculino del bebé. No se rastreó ninguna relación entre el retraso del embarazo y la macrosomía.

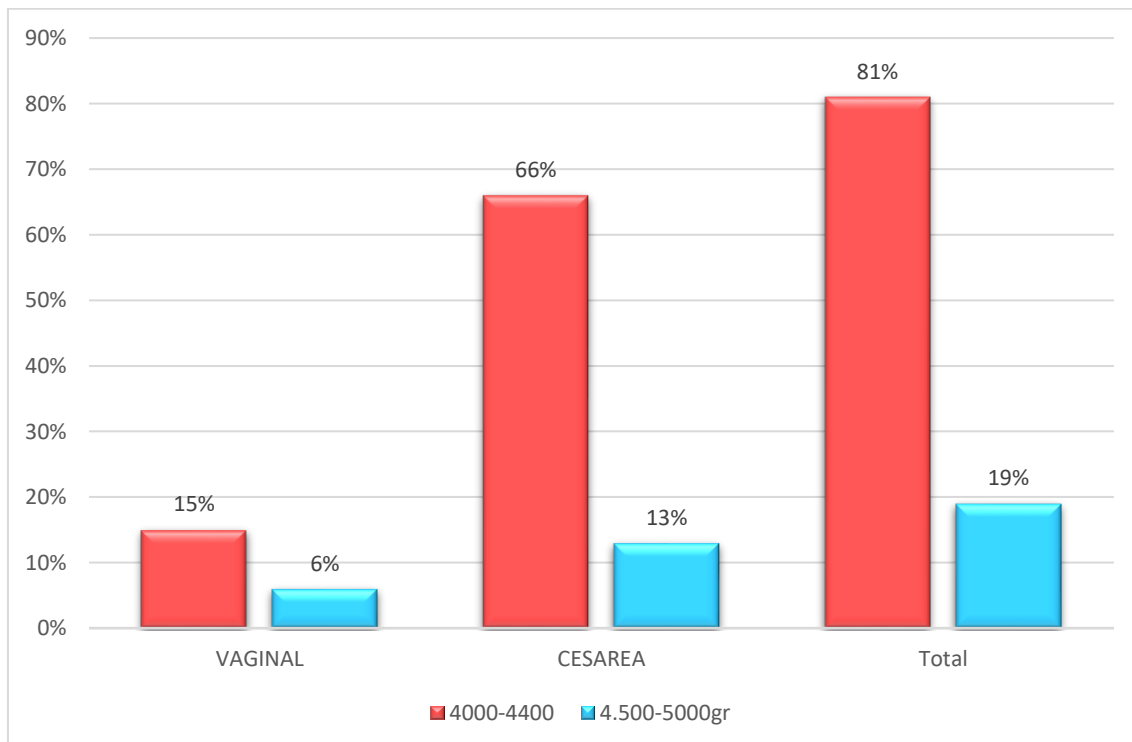
TABLA 9
MACROSOMIA CON RELACION VIA DEL PARTO

MACROSOMICO						
PARTO	4000-4400gr		4500-5000gr		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
VAGINAL	7	15%	3	6%	10	21%
CESAREA	31	66%	6	13%	37	79%
TOTAL	38	81%	9	19%	47	100%

NOTA; Ficha de recolección de datos

Figura 9.

macrosomía con relación a la vía de parto



NOTA; Tabla 9



En la tabla número 9 se muestra como resultados asociados a la macrosomía con relación a la vía de parto donde podemos evidenciar un 79% (37) terminaron en Cesárea seguido de un 21% (10) terminaron en parto vía vaginal.

Podemos evidenciar que la mayoría de los recién nacidos macrosómicos terminaron en parto por cesárea con un 79% observamos también que tenemos un pequeño porcentaje del 10 % que terminaron en parto vaginal

Conclusión: Aunque en nuestro estudio no se evaluó el dolor materno, otros estudios muestran que el transporte vaginal de bebés macrosómicos está relacionado con un aumento crítico del dolor en el suelo pélvico. Tras el transporte vaginal de un recién nacido macrosómico, aproximadamente 1 de cada 20 mujeres sufrirá una lesión perineal grave (7). Como consecuencia de lo anterior, estas pacientes están expuestas a largo plazo a un riesgo más grave de incontinencia urinaria, además de prolapso de órganos pélvicos, por cual observando nuestra investigación nos damos cuenta que tenemos un mayor porcentaje de 79% terminaron en cesárea para no exponernos a la morbilidad materna.



CONCLUSIONES

PRIMERA: Los factores más importantes que predisponen en la macrosomía del recién nacido son los factores obstétricos. en el hospital Quillabamba de enero a junio del 2018.

SEGUNDA: En el factor sociodemográfico el que predomina más es el índice de masa corporal con una prevalencia de 41 % (19) con sobre peso, 38% (18) con obesidad seguido también del factor edad con un 21% mujeres entre los 18 y 29 años dieron como resultado RN macrosómicos.

TERCERA: Dentro de los factores obstétricos el que predomina más con un 94% tienen una edad gestacional de 37 a 40 sem, 6% tienen más de 6 controles 70% tienen una altura uterina 35 a 37 cm ,49% son segundíparas.

CUARTA: En el peso de los recién nacidos macrosómicos el que tuvo mayor prevalencia e de un 81% peso entre >4000-4400gr, seguido 9% con un peso 4500-5000gr.

QUINTA: El 58% de recién nacidos macrosómicos de sexo masculino seguido de 42% de sexo femenino también macrosómicos.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al personal obstétrico del hospital Quillabamba para establecer con precisión la edad gestacional a partir de la reunión principal y distinguir los distintos factores de apuesta.

SEGUNDA: Al personal obstétrico del hospital de Quillabamba se debe enfatizar más la dieta aconsejar dieta balanceada como ejemplo fibras y vegetales también control estricto de glucosa en gestantes.

TERCERA: A las obstetras enfatizar más a los controles pre natales y saber identificar a tiempo los riesgos que presentaran las gestantes.

CUARTA: Al personal gineco obstetra, aceptación del trabajo antes de las 42 semanas. Suponiendo que él bebe empiece a llegar a aspectos cercanos a la macrosomía, debe pensarse en el final de la gestación y, si es importante, incitar al trabajo.

QUINTA: Dirigido también a todo el personal que Recepcione al recién nacido identificar el sexo del recién nacido de inmediato con toda seguridad con previa verificación de la madre y de todo el equipo de salud que atiende el parto



REFERENCIAS

1. Langer O. Fetal Macrosomia: Etiological Factors. In Abnormal Fetal Growth, pp. 99110. Edited by M.Y. Divon. Elsevier Science Publishing Co, Inc. New York, Amsterdam, London 1991.
2. Modanlou HD, Dorchester WIL, Thorosina A, Frreeman RK: Macrosomia maternal, fetal and neonatal implications. Obstet Gynecol 1980; 55: 420424.
3. Hytten F. L. I. Birth weight. In the Physiology of Human Pregnancy pp. 240259. Blackwell Scientific Publication, Oxford London 1964
4. Varner MW, Disproportionate Fetal growth. Chapter 15 in Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, pp. 340351. Edited by M.L. Pernol. 7th Edition. Appleton & Lange. USA 1991.
5. La incidencia de embarazos gemelares en la población general es de un 1,5 %. En técnicas de fecundación asistida puede alcanzarse el 20 %. Luis E. Tsng, Juan F. Mere. Ginecología y Obstetricia. Vol. 42, n.º 3, diciembre de 1996
6. Menéndez, G. G. E., Navas, C. I., Hidalgo, R. Y., & Espert, C. J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente, Revista Cubana de Obstetricia
7. Bilbao G, J. (2006). «Anemias carenciales I: anemia ferropénica». IT del Sistema Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad y Consumo de España 30 (2/2006): 35-41
8. Bilbao G., J (2006). «Anemias carenciales I: anemia ferropénica». IT del Sistema Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad y Consumo de España 30 (2/2006): 35-41.
9. Rahmati S, D. A, Azami M, Hafezi Ahmadi MR, Sayehmiri K (marzo de 2017). «Maternal Anemia during pregnancy and infant low birth weight: A systematic



- review and Meta-analysis». *Int J Reprod Biomed (Yazd)* (Revisión Sistemática y Metanálisis) **15** (3): 125-134.
10. Lomer MC (agosto de 2011). «Dietary and nutritional considerations for inflammatory bowel disease». *Proc Nutr Soc* (Revisión) **70** (3): 329-35
 11. Tersigni C, Castellani R, de Waure C, Fattorossi A, De Spirito M, Gasbarrini A, Scambia G, Di Simone N (2014 Jul-Aug). «Celiac disease and reproductive disorders: meta-analysis of epidemiologic associations and potential pathogenic mechanisms». *Hum Reprod Update* (Metaanálisis) **20** (4): 582-93
 12. A. V. et al. (2006) El recién nacido macrosómico: incidencia y morbimortalidad. *Ginecol. & obstet*; 30(2):24-9.
 13. Silvia A. G. et al. (2002) Complicaciones más frecuentes del recién nacido macrosómico. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 113(3):
Página: 29-32
 14. Warsoff SL, Gohari P, Berkowitz RL. (2006) The estimation of fetal weight by computer assisted analysis. *Am J Obstet Gynecol*; 128:881-5.
 15. Berek J. *Ginecología de Novak*, 13va edición. 2004; 382-383.
 16. *Revista Cubana de Medicina General Integral* v.16 n.1 Ciudad de La Habana ene.-feb. 2000.
 17. *Ginecología y Obstetricia 1997-2008 UNMSM*. Oficina General del Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central.
 18. Botero J, Jubiz A. *Ginecología y Obstetricia*, 6ta edición. 2000; 259-261.
 19. *Revista Cubana de Medicina General Integral* v.16 n.1 Ciudad de La Habana ene.-feb. 2000.
 20. *Revista. Cubana. Medicina General Integral*. v.16 n.1 Ciudad de La Habana Enero. Febrero. 2003.



21. Henriksen T. The Macrosomic Fetus: a challenge in current obstetrics. Acta Obstet. Gynecol Scand 2008; 87 (2) 134-45.
22. Walsh CA. Mahcny RT. Foley ME. Dalyz. OHerlihy C. Recurrence of fetal Macrosomia in non-diabetic pregnancies. J Obstet. Gyna: ecol; 2007.
23. Najafian M. Cheraghi M. Occurrence of fetal macrosomia rate and its maternal and neonatal complications: a 5-year cohort study. ISRN Obstet Gynecol. 2012; 2012: 353.
24. Macrosomia maternal, fetal and neonatal implications. Obstet Gynecol Birth weight. In the Physiology of Human Pregnancy pp. 240-259.
25. Gonzalez Cristobal, et. al. Factores de riesgo para macrosomía en recién nacidos hijos de madre con diabetes gestacional (Risk factors for macrosomy in newborn children with pregnant diabetes mothers. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos revista en línea 2008 accesado 11 de abril de 2011; 4 (1): [6 pantallas.
26. Mohan V, Bhavadharini B, Anjana R, Deepa M, Jayashree G, Nrutya S et al. Aumento de peso gestacional y resultados del embarazo en relación con el índice de masa corporal en mujeres indias asiáticas. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2017; 21 (4): 588-592.
27. Universidad Ricardo Palma, macrosomía fetal factores predisponentes autor Paredes Torres Josept Isaac, Hospital Nacional PNP 2005 y 2006



ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Edad

12-17años. 18-29años 30-41años 42 años+...

2. Estado nutricional de la gestante IMC:

Bajo peso..... Normal..... Sobrepeso.....

3. Edad gestacional al parto:

37-40sem..... 41sem-+.....

4. Paridad:

Primíparas..... secundípara..... Multípara.....

5. Nro. de control pre natal:

1-6CPN..... 6^a+CPN..... ninguno..

6. Altura uterina:

32 -34cm..... 35 -37cm.....

7. Peso de Recién nacido:

4000 -4400gr... 4500 -5000gr...

8. Sexo del Recién Nacido:

Masculino..... Femenino.....

9. Tipo de parto

casaría vaginal.....



ANEXO 1 FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 28/06/2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: RUTH ENEIDA CHURA COQUEÑA

Dirección: CALLE PARAÍSO S/N LA CONVENCION QUILLABAMBA - CUSCO

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 02412254

Teléfono: 974450133 email: rutheneida10@hotmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Escuela Profesional o Mención: _____

Título o Grado Académico a optar: SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Asesor: _____

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: FACTORES QUE PREDISPONEN MACROSOMÍA EN RECIÉN NACIDOS EN LAS

GESTANTES DEL HOSPITAL QUILLABAMBA LA CONVENCION

CUSCO 2018

Palabras claves, (3 a 5 términos): _____

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

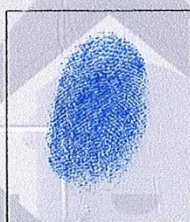
En consecuencia, la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral. Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA - SEG04

Firma de Autor



huella digital

28 de Junio del 2024

Fecha