



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“RIESGO OBSTETRICO EN GESTANTES DE 26 A 30 AÑOS, INGRESADAS
EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, ENERO 2017 – ENERO
2018.”**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICA**

AUTORA:

PATRICIA KARINA PAGUAY LEON

DIRECTORA:

DRA. KATHERINE SALAZAR

ASESORA:

DRA. KATHERINE SALAZAR

CUENCA - ECUADOR

2019



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL**

Yo, Patricia Karina Paguay León, portadora de la cédula de ciudadanía No. 0104758693. En calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación de **"RIESGO OBSTETRICO EN GESTANTES DE 26 A 30 AÑOS, INGRESADAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, ENERO 2017 – ENERO 2018"**, de conformidad con el Art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 18 de Septiembre de 2019

Patricia Karina Paguay León

C.I: 0104758693



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Patricia Karina Paguay León, autor del trabajo de titulación **"RIESGO OBSTETRICO EN GESTANTES DE 26 A 30 AÑOS, INGRESADAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, ENERO 2017 – ENERO 2018"**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 18 de Septiembre de 2019

Patricia Karina Paguay León

C.I: 0104758693



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, Patricia Karina Paguay León, con cédula de ciudadanía No. 0104758693 autor del trabajo de investigación previo a la obtención del título de Médico, con el tema **“RIESGO OBSTETRICO EN GESTANTES DE 26 A 30 AÑOS, INGRESADAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, ENERO 2017 – ENERO 2018”**, mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizará estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelará a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos, los datos que se recolectarán permitirá conocer el riesgo obstétrico en gestantes de 26 a 30 años, ingresadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, enero 2017 – enero 2018; las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 18 de Septiembre de 2019

Patricia Karina Paguay León

C.I: 0104758693

AUTOR

RESUMEN

Antecedentes: se define como riesgo obstétrico al evento médico, obstétrico o sociodemográfico durante la gestación, y donde se encuentra un incremento en la morbimortalidad materno-fetal. Actualmente las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se basan en tres clasificaciones: riesgo bajo, alto e inminente, basándose en la existencia de algún factor de riesgo.

Objetivo general: determinar el riesgo obstétrico en gestantes de 26 a 30 años, ingresadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso; periodo enero 2017 – enero 2018.

Metodología: estudio descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 241 historiales clínicos entre 26 y 30 años de edad atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo 2017 al 2018. Los datos de quienes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión se escogieron por muestreo aleatorio simple. Mediante el programa estadístico SPSS v. 15.0. Se analizaron las variables cualitativas que fueron presentadas en tablas con los valores de frecuencia y porcentaje; y las variables cuantitativas con las medidas de tendencia central y de dispersión (media, desviación estándar).

Resultados: La media de edad en los pacientes fue (27.64 ± 1,3 DS). Con predominio las gestantes casadas 211 (87,5%), la etnia mestiza 240 (99,5%), instrucción primaria 173 (71,7%) y de residencia urbana 207 (85,8%). El riesgo obstétrico con superioridad fue el riesgo II o alto riesgo representado por la obesidad con 69 pacientes (88,63%).

Conclusiones: se determinó que el riesgo obstétrico más frecuente fue el grado II, presentando a la obesidad como factor predominante.

Palabras clave: Embarazo, Complicaciones del Embarazo, Complicaciones del Trabajo de Parto, Grado de Riesgo.

ABSTRACT

Background: Obstetric risk is defined as the medical, obstetric or sociodemographic event during pregnancy, and with a grow in maternal-fetal morbidity and mortality. Currently, the clinical practice guidelines of the Ministry of Public Health of Ecuador are based on three categories: low, high and imminent risk, based on the existence of a risk factor.

Objective: To determine the obstetric risk in pregnant women from 26 to 30 years old, admitted at the "Vicente Corral Moscoso" Hospital from January 2017 to January 2018.

Methodology: A descriptive cross-sectional research, the sample was formed by 241 clinical files between 26 and 30 years of age attended in the Hospital "Vicente Corral Moscoso" from January 2017 to January 2018. The data of those who met the inclusion and exclusion criteria were chosen by simple random sampling. Through the statistical software SPSS v15.0. Analyzing the qualitative variables that were displayed in tables with the frequency and percentage values; and quantitative variables with measures of central tendency and dispersion (average, standard deviation).

Results: The average age in patients was (27.64 ± 1.3 SD). Predominating married pregnant women 211 (87.5%), mestizo ethnic group 240 (99.5%), primary education 173 (71.7%) and urban residence 207 (85.8%). The high obstetric risk was level II or high risk represented by obesity with 69 patients (88.63%).

Conclusions: It was determined that the most frequent obstetrical risk was level II, showing obesity as a predominant factor.

KEYWORDS: PREGNANCY, PREGNANCY COMPLICATIONS, LABOR

COMPLICATIONS, LEVEL OF RISK.



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO

CENTRO DE IDIOMAS

Cuenca, 19 de septiembre del 2019

EL CENTRO DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, CERTIFICA QUE EL DOCUMENTO QUE ANTECEDE FUE TRADUCIDO POR PERSONAL DEL CENTRO PARA LO CUAL DOY FE Y SUSCRIBO


Dr. Wladimir Quinche Orellana, Msc.



Contenido

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
DEDICATORIA	10
AGRADECIMIENTO	11
CAPÍTULO I	12
1.1 INTRODUCCIÓN	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3 JUSTIFICACIÓN	15
CAPITULO II	16
2.1 MARCO TEÓRICO	16
2.1.1 Riesgo obstétrico	16
2.1.2 Factores de riesgo obstétrico	16
2.2 BASES TEÓRICAS	17
2.2.1 Antecedentes Médicos	17
2.2.2 Prevención de los Riesgos Obstétricos	17
2.2.3 Clasificación del Riesgo Obstétrico	17
2.2.4 Diagnóstico de la condición materna	20
2.2.5 Educación Materna	21
2.2.6 Marco Legal	21
2.2.7 Necesidades calóricas en el embarazo	23
2.2.8 Aumento de peso durante la gestación	23
2.2.9 Valoración del estado nutricional en gestantes	23
2.2.10 Obesidad y Sobrepeso en el Embarazo	25
2.2.11 Obesidad	26
2.2.12 Diabetes Gestacional	27
2.2.13 Trastornos Hipertensivos del Embarazo	28
2.2.14 Embarazo Ectópico	29
2.2.15 Aborto Espontáneo	30
2.2.16 Complicaciones Tromboembólicas	30
2.2.17 Complicaciones del parto	31
CAPÍTULO III	33
3.1 OBJETIVOS	33
3.1.1 Objetivo General	33
3.1.2 Objetivos Específicos	33
CAPÍTULO IV	34
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO	34

4.1.1	Diseño General del Estudio	34
4.2	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	36
4.2.1	Criterios de Inclusión	36
4.2.2	Criterios de Exclusión	36
4.3	MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	36
4.3.1	Método	36
4.3.2	Técnica	36
4.3.3	Instrumento	36
4.4	PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN ...	37
4.5	PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	38
4.6	DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	38
4.6.1	Variables Independientes	38
4.6.2	Variables Dependientes	38
4.7	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	39
4.8	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	43
4.9	PRESUPUESTO	45
CAPÍTULO V		46
5.1	RESULTADOS	46
5.1.1	Datos sociodemográficos	46
5.1.2	Índice de Masa Corporal en Gestantes	47
5.1.3	Complicaciones en el periodo gestacional y parto	47
5.1.4	Riesgo obstétrico en gestantes de 26 a 30 años.	48
CAPITULO VI		50
6.1	DISCUSIÓN	50
CAPITULO VII		52
7.1	CONCLUSIONES	52
7.2	RECOMENDACIONES	53
7.3	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXO 1: Oficio de Bioética		60
ANEXO 2: Oficio de coordinación de investigación		61
ANEXO 3: Formulario de recolección de datos		63
ANEXO 4: Informe de antiplagio		67
ANEXO 5: Rúbrica de pares revisores, rúbrica de revisión de dirección de carrera.		68

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres quienes me han apoyado siempre y han sido mi pilar y fortaleza, a la Sra. Susana León, mi amada madre, una gran mujer que me regalo sus valores, su ejemplo y siempre supo mantener su fe en mí. A mis hermanos y mis bellos sobrinos que son mi inspiración. A la Universidad Católica de Cuenca por haberme formado como futura médica, a mi tutora Dra. Katherine Salazar quien me ayudó a la realización de esta investigación, además me ha guiado y apoyado durante este trabajo, a mis amigos y amigas que me han acompañado a lo largo de este camino.

AGRADECIMIENTO

La actual tesis es el resultado del esfuerzo conjunto de mi directora de tesis Dra. Katherine Salazar y mi persona Karina Paguay. Agradeciendo a mi directora, quien en este periodo de tiempo ha puesto sus capacidades y conocimientos para que se lleve a cabo el desarrollo de la tesis, llenando todas mis expectativas. A mí querida madre quien creyó en mí en todo momento, apoyando y motivando mi formación académica, fortaleciendo mis habilidades, siempre enseñando a levantarme después de algún tropiezo y logró en mí una mujer luchadora y empoderada. A los médicos especialistas quienes colaboraron en la actual investigación. Finalmente, un agradecimiento eterno a mi institución Universidad Católica de Cuenca, preparándome para un futuro competitivo, como profesionales de bien.

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El riesgo obstétrico es una característica posible de detectar en la gestación, en donde se puede ver afectado la salud de la madre y el feto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la mortalidad materna como el deceso de una mujer durante el embarazo, parto o en los 42 días después del parto, ocasionada por cualquier causa relacionada con el embarazo, parto, puerperio o manejo pero que no estén asociadas con causas accidentales (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia que en el mundo alrededor de 585.000 mujeres mueren al año, por razones de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. Los países en vías de desarrollo ocupan el 99% de estas muertes observándose con mayor prevalencia en América Latina, África, Asia y el Caribe, en el año 2005 se obtuvo aproximadamente 536.000 muertes maternas en todo el mundo (2).

Durante la gestación el organismo materno sufre por cambios fisiológicos y anatómicos, siendo más notable los órganos en donde se desarrolla el feto, cuando estos cambios se producen de manera exorbitante se puede desarrollar en una patología y por lo tanto en un riesgo obstétrico dando lugar a un estado mórbido (3).

En general, el embarazo implica algunos riesgos materno-fetales, existiendo peligro en la salud de la madre, feto o neonato, sin dejar a un lado las condiciones sociodemográficas y obstétricas en las cuales encontramos la edad, estado civil, etnia, instrucción, número de gestaciones, semanas de gestación, lugar en donde ocurre el parto, persona quien atiende el parto, controles prenatales y accesibilidad a los diferentes servicios de salud (4).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países en vía de desarrollo, la mujer en estado de gestación tiene alrededor de 100 a 200 veces la posibilidad de presentar una muerte materna en comparación con una mujer en países desarrollados (5, 6).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el año 2012 Díaz A, Sanhueza R, Yaksic N de la Universidad de Chile, investigaron sobre los “Riesgos Obstétricos en el embarazo en adolescentes”, en donde la anemia en las adolescentes embarazadas presenta un valor de 49,36% en relación con las adultas embarazadas que fue de 43,67%, obteniendo resultados similares tanto en infecciones del tracto urinario (10,75% en adolescentes y adultas), con respecto a la diabetes gestacional se presenta un 1,26% en adolescentes, a diferencia del grupo de 20 a 29 años con un 2,53%. El porcentaje de anemia en adolescentes fue de 14,55%, y en adultas un 20,25% (7).

En el año 2008, en el Hospital Homero Castanier Crespo en la ciudad de Azogues – Ecuador, se realiza un estudio sobre las “complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo” en donde se presenta como resultados; que las edades con mayor prevalencia de embarazo fueron entre los 16 y 19 años, en donde las adolescentes de 16 años presentan un porcentaje de 9,49% del total de la población adolescente estudiada. La anemia en las adolescentes gestantes se presentó en un 46,39%, un 13,29% está constituido por las infecciones del tracto urinario (ITU), la diabetes gestacional en adolescentes embarazadas fue de un 1,26%. La Ruptura Prematura de Membranas (RPM), ocupa un 14,55% en donde el 8,7% se relaciona con el parto prematuro (8).

En el año 2015 en el “Hospital Provincial Isidro Ayora” en Loja - Ecuador, el Dr. Jirón Calva realiza una investigación sobre “Cumplimiento de Protocolos del Ministerio de Salud Pública, en el manejo adecuado del tercer período del parto. aplicados por médicos residentes y tratantes del área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja.”, en donde como resultados se presentan a las adolescentes de entre 12 a 16 años de edad constituyendo una mayor prevalencia de presentar amenaza de parto pretérmino con un 37%, infecciones maternas en general con el 24% de la población estudiada, el 17% está constituido por la preeclampsia, otro factor de riesgo obstétrico fue la Ruptura Prematura de Membranas (RPM) alcanzando un 10%. Tomando en cuenta la falta de control materno en los servicios de salud como

una de las principales causas para prevenir o diagnosticar ciertas complicaciones como las ya antes mencionadas (9).

En el año 2013 en el Hospital “Divina Providencia” del Cantón San Lorenzo, Esmeraldas, García V, presenta un estudio sobre los “Factores de riesgos Obstétricos en el embarazo” en donde se determina que el 26% de la población estudiada presentó amenaza de parto pretérmino, las infecciones del tracto urinario (ITU) se presenta en un 22%, abortos espontáneos y preeclampsia con un 7%, diabetes gestacional con un resultado del 4%, todos estos presentan relación con la falta de control materno, instrucción educativa de bajo nivel, siendo esta una de las causas principales de pérdidas maternas y fetales en el país (10).

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio investigativo se realiza con la finalidad de dar a conocer que el acceso a una atención en los servicios de salud durante el periodo de gestación es de gran importancia para la detección y diagnóstico de riesgo obstétrico, la complejidad que conlleva un embarazo como un fenómeno biosociocultural, determina que las mujeres embarazadas pueden sufrir complicaciones llevando a una muerte materno-fetal.

Las mujeres embarazadas se incluyen dentro de los grupos vulnerables por eso es importante mencionar al riesgo obstétrico ya que este no solo lleva asociado un solo riesgo o a una sola persona, por lo que se debería concientizar en que existe un riesgo materno fetal, teniendo presente que existe múltiples factores que implican en la morbilidad y mortalidad de la madre y el feto llegando a extenderse al periodo neonatal y post neonatal.

En Ecuador, hay un gran desconocimiento sobre las complicaciones y riesgos que implica el embarazo, sea por el déficit de información impartida por el sistema de salud, por decisión de las gestantes a acudir a medicina ancestral, entre otras.

Por todo lo mencionado anteriormente, el presente estudio tiene como finalidad dar a conocer a la población en general las múltiples complicaciones que se pueden presentar en una gestante, sea en la etapa gestacional como en el parto, por lo que es significativo llevar una alimentación adecuada, una vida saludable, actividad física y una buena estabilidad emocional sobretodo en la gestación. De tal manera, si se concientiza a la sociedad sobre los riesgos que implica la atención adecuada en la gestante, habrá una disminución en la prevalencia de la morbimortalidad en gestantes, con ello reducirá las complicaciones y las posibles muertes materno-fetales.

Por este motivo, esta investigación justifica la realización de: “RIESGO OBSTETRICO EN GESTANTES DE 26 A 30 AÑOS INGRESADAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, ENERO 2017 – ENERO 2018”.

CAPITULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Riesgo obstétrico

Es una medición que nos sirve para la detección o diagnóstico de un posible daño en la salud de la gestante, la dirección está enfocada en medir las posibles causas o probabilidades, es decir si existe la presencia o ausencia de dicho riesgo (11).

Embarazo de riesgo es aquel en el cual se ha podido detectar uno o más factores los cuales impliquen un riesgo en el embarazo a curso, pudiendo haber afectación maternofoetal. Cuando una mujer presenta alguna patología también se le incluye como una gestación de riesgo pues influye negativamente en el desarrollo del embarazo, por lo que se debería llevar un control más específico y con mayor número de visitas médicas prenatales (12).

Se conoce como gestación de bajo riesgo cuando no se ha determinado algún compromiso en la gestación, puesto que la ausencia de factores no determina que no surja una determinada complicación. Riesgo cero, no existe como tal, por lo que se debe especificar según el caso y el tipo de patología (12).

La detección de un riesgo obstétrico se determina mediante la consulta preconcepcional, es decir antes de que suceda la concepción, para acceder a la presencia si existiere patologías médicas o dificultades sociales que intervenga en el desarrollo del embarazo, y así poder tener resultados perinatales óptimos, siempre conscientes de que en cada visita prenatal se debe re-evaluar el riesgo de cada gestante, ya que el desarrollo gestacional puede variar cada semana (12).

2.1.2 Factores de riesgo obstétrico

Son aquellas características que se pueden detectar antes y durante el embarazo, la que se puede asociar a un desarrollo de daño en la madre o el feto en el embarazo, parto o puerperio (11).

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Antecedentes Médicos

Cuando una gestante presenta alguna patología relacionada en el embarazo, es necesario un control desde las primeras semanas de la gestación, de modo que se pueda clasificar el riesgo que presenta la paciente en función en la patología que se ha producido, y empezar tempranamente un control junto con el médico o especialista responsable del control del embarazo (12).

Es importante dar a conocer a la gestante el riesgo que conlleva una enfermedad de base en el embarazo, los trastornos tromboembólicos, generalmente se exacerban en el embarazo, otras enfermedades como la diabetes, epilepsia, trastornos endócrinos, hipertensión se relacionan con complicaciones perinatales. Siendo la diabetes mellitus y la hipertensión las enfermedades crónicas de gran interés por su grado de negatividad en la evolución de la gestación o ser agravadas por el embarazo (12).

2.2.2 Prevención de los Riesgos Obstétricos

Es necesario e importante una adecuada atención prenatal durante el embarazo, de igual manera el control preconcepcional es indispensable para la obtención de resultados estables y adecuados al momento del parto, este control nos ayuda detectar, descartar o tratar patologías médicas que producen riesgo durante el embarazo (11).

2.2.3 Clasificación del Riesgo Obstétrico

2.2.3.1 Clasificación Tradicional

Tradicionalmente le clasificaban al riesgo obstétrico de forma cuantitativa, en relación con cada factor de riesgo asignado un peso para cada criterio, encontramos cuatro niveles de clasificación tradicional (12).

Riesgo 0 o bajo: ausencia de los factores de riesgo incluidos en los demás grupos (13).

Riesgo 1 o medio: anomalía pélvica, Baja estatura <1,5 metros, Cardiopatía I, Condiciones socioeconómicas desfavorables, Control insuficiente de la gestación, Edad < 16 o > 35, Embarazo no deseado, Esterilidad previa, Tabaquismo, Gestante con Rh negativo, Fecha de última regla desconocida, Gran multiparidad, Hemorragia del 1º trimestre, Incompatibilidad Rh, Incremento de peso <5kg o >15kg, Infección del tracto urinario, Obesidad, Periodo intergenésico <12 meses (13).

Riesgo 2 o alto: anemia grave, Cardiopatía II, Diabetes gestacional, Embarazo gemelar, Gestación prolongada, Endocrinopatía, Hemorragia del 2º o 3º trimestre, Hidramnios, Oligoamnios, Malos antecedentes obstétricos, Infección materna por hepatitis, toxoplasma, rubeola, VIH, Obesidad mórbida, Preeclampsia leve, Sospecha de malformación fetal, Presentación anómala (13).

Riesgo 3 o muy alto: amenaza de parto prematuro, Cardiopatía III o IV, Diabetes pregestacional, Drogadicción, Alcoholismo, Gestación múltiple, Incompetencia cervical, Isoinmunización, Malformación uterina, Malformación fetal, Muerte perinatal recurrente, Placenta previa, Preeclampsia grave, Patología asociada grave, Crecimiento intrauterino retardado, Rotura prematura de membranas, SIDA clínico (13).

2.2.3.2 Clasificación actual según guías extranjeras

La gran parte de guías actualizadas clasifican al riesgo obstétrico en forma cualitativa en dos niveles bajo y alto riesgo, en función en la existencia de algún factor de riesgo, la clasificación de bajo o alto riesgo depende de la atención de primer nivel de salud, en donde se busca encontrar los embarazos con riesgos perinatales (14).

Factores Sociodemográficos: edad materna \leq 18 años, Edad materna \geq 35 años, Obesidad: IMC \geq 30, Delgadez: IMC < 18,5, Tabaquismo, Alcoholismo, Drogadicción, Nivel socioeconómico bajo, Riesgo laboral (14).

Antecedentes Reproductivos: esterilidad en tratamiento > 2 años, Abortos de repetición, Antecedentes de prematuridad, Antecedentes de crecimiento intrauterino retardado, Antecedentes de muerte perinatal, Antecedentes de

nacido con defecto congénito, Hijo con lesión neurológica residual, Antecedente de cirugía uterina (excepto legrado instrumental), Incompetencia cervical, Malformación uterina (14).

Antecedentes Médicos: hipertensión arterial, Enfermedad cardiaca, Enfermedad renal, Diabetes mellitus, Endocrinopatías, Enfermedad respiratoria crónica, Enfermedad hematológica, Epilepsia y otras enfermedades neurológicas, Enfermedad psiquiátrica, Enfermedad hepática con insuficiencia, Enfermedad autoinmune con afectación sistémica, Tromboembolismo, Patología médico-quirúrgica grave (14).

Factores de Riesgo en el actual Embarazo: hipertensión inducida por el embarazo, Anemia grave, Diabetes gestacional, Infección urinaria de repetición, Infección de transmisión perinatal, Isoinmunización Rh, Embarazo múltiple, Polihidramnios / oligohidramnios, Hemorragia genital, Placenta previa en > 32 semanas, Crecimiento intrauterino restringido, Defecto congénito fetal, Estática fetal anormal en > 36 semanas, Amenaza de parto pretérmino, Rotura prematura de membranas, Tumoración uterina, Patología médico-quirúrgica grave (14).

2.2.3.3 Clasificación según el MSP Ecuador

El riesgo obstétrico en Ecuador está clasificada en tres niveles; Riesgo 1 o Bajo Riesgo, Riesgo 2 o Alto Riesgo, Riesgo 3 o Riesgo Inminente.

- Riesgo 1 o Bajo Riesgo: se considera a un embarazo de bajo riesgo a aquel en el que no se encuentran antecedentes de enfermedad en la madre en donde se encuentre aumento de riesgo obstétrico o complicaciones en la gestación (16).

Los factores asociados son: Condiciones socio-económicas desfavorables. (Pobreza extrema, Desempleo, analfabetismo), Control insuficiente de la gestación: < 3 visitas prenatales, Edad extrema ≤ 19 años ó ≥ 35 años en el primer embarazo, Adolescentes menores de 15 años indiferentes del número de embarazos, Drogadicción, alcoholismo y Tabaquismo, Gran multiparidad (Mayor de 3 gestas), Incompatibilidad Rh, Infección de vías urinaria y Flujo vaginal

recurrentes por más de 2 ocasiones en tres controles subsecuentes, Período intergenésico por cesárea previa menor de 12 meses (15).

- Riesgo 2 o Alto Riesgo: hace referencia cuando existe complicaciones pequeñas en el embarazo, los cuales implican control en el primer nivel de atención, a estas gestantes se les hará un control con el médico familiar (16).

En este nivel encontramos los siguientes factores: Anemia (Hb < 10g/dl o HTO < 25%), Embarazo Múltiple, Enfermedades crónicas no transmisibles (endocrinopatías, nefropatías, enfermedades Inmunológicas, hipertensión.), Polihidramnios u Oligoamnios, Epilepsia, Historia obstétrica desfavorable: abortos espontáneos, partos prematuros y distócicos, antecedentes de retardo del crecimiento intrauterino, Enfermedades neuropsiquiátricas, Infección materna: HIV, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, estreptococo B, citomegalovirus, herpes 2, HPV, Presentación anómala: constatada tras la semana 36 de gestación, Desnutrición y Obesidad, Asma (15).

- Riesgo 3 o Riesgo Inminente: en este nivel se encuentra diagnosticada la patología médica asociada con la gestación y el parto, en donde se encuentra un aumento de peligro en la salud del feto o de la madre, las embarazadas necesitan consulta en un segundo nivel de atención y consideradas como pacientes ambulatorias o internadas por lo que el manejo correcto es referir a estas casas de salud (16).

Aquí encontramos los siguientes factores: Amenaza de parto pretérmino, Cardiopatías, Diabetes Gestacional descompensado o en tratamiento, Hemorragia vaginal, Rotura prematura de membranas mayor de 12 horas, SIDA clínico, Trastornos hipertensivos en el embarazo, Alteraciones en la Frecuencia cardiaca fetal (160 latidos por minuto o falta de movimientos) (15).

2.2.4 Diagnóstico de la condición materna

Se realiza una correcta anamnesis de la gestante y familiar con la finalidad de encontrar patologías las cuales puedan interferir en la gestación. Se obtienen los datos obstétricos previos es decir la existencia de antecedentes como recién nacidos con bajo peso, mortalidad perinatal, presencia de macrosomías o

malformaciones congénitas. Se debe indagar sobre el nivel de educación materna, si existen labores en donde se realice trabajos forzados, contacto con sustancias tóxicas, radiaciones, sustancias de material biológico con el propósito de que exista una remuneración o suspensión laboral (17).

El examen físico general y regional es importante para el diagnóstico de patologías que pueden presentar asintomatología se realiza un examen ginecológico en donde la inspección perianal es necesaria para la supresión de enfermedades como hemorroides, parásito anales o púbicos, plicomas, condilomas o vulvovaginitis; de igual manera una inspección vulvovaginal para la detección de Papanicolaou. Consecutivamente se realiza una evaluación del estado nutricional según peso – talla, control de la presión arterial, hematocrito, albuminuria y llevar una inspección según síntomas maternos existenciales (17).

2.2.5 Educación Materna

Una gestante bien capacitada sirve como prevención para la existencia y desarrollo de patologías que ponen en riesgo la vida materna, la capacitación materna sirve para aquellas embarazadas que se encuentran sin controles prenatales o con controles deficientes, en el control prenatal se debe concientizar a la paciente sobre lo importante que es una evaluación temprana en donde se haga toma de signos vitales explicar los síntomas de alarma, una correcta dieta en el embarazo, lactancia y cuidados en el recién nacido, se debe dar a conocer los derechos constitucionales de cada embarazada, llevar una planificación familiar y prepararles para el parto en donde se explicara de una manera simple y correcta tomando en cuenta el nivel de instrucción de la paciente (18).

2.2.6 Marco Legal

2.2.6.1 Ley Orgánica de Salud 2006

Capítulo III.- Salud sexual y reproductiva

Art. 21 las dificultades en salud pública requiere de una atención total, en donde exista prevención sobre los riesgos y soluciones en el ámbito educativo, social, sanitario, ético, psicológico y moral priorizando el derecho a vivir que está protegido por la constitución (19).

Art. 22 la atención pública o privada se encuentra en la obligación de priorizar las emergencias obstétricas en donde se suministre una atención de calidad y segura a aquellas pacientes que lo necesiten, sin compromiso económico o administrativo (19).

2.2.6.2 Constitución de la República del Ecuador 2014

Sección Cuarta

Mujeres Embarazadas

Art. 43 a las embarazadas y mujeres que se encuentren en estado de lactancia, el gobierno garantiza

1. No sufrir discriminación educativa o social por su embarazo.
2. La salud materna debe ser gratuita.
3. La salud y vida durante la gestación, parto y postparto es de prioridad contando con excelentes cuidados.
4. Facilitar lo necesario para una adecuada recuperación postparto y estado de lactancia (20).

2.2.6.3 Plan Nacional del Buen Vivir 2013

Objetivo 3: mejorar la calidad de vida de la población

3.2 extender las actividades en salud de promoción y prevención para optimizar los hábitos y calidad de vida de la población.

3.5 un elemento de derecho es garantizar el adecuado acceso a servicios de salud sexual y reproductiva como derecho a la libertad de las personas (21).

2.2.6.4 Código Orgánico del Trabajo 2013

Párrafo V: protección de la maternidad y la familia

Art. 122 Descanso en la maternidad: con la presentación de un certificado médico en el cual se identifique alguna enfermedad como consecuencia del embarazo se otorgará un descanso prenatal que tendrá una duración según lo que fije el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social o por otro profesional (22).

2.2.7 Necesidades calóricas en el embarazo

Se considera que el gasto metabólico en la gestación es aproximadamente de 70.000 – 80.000 Kcal con 300 Kcal como requisito diario, esta necesidad calórica debe ser considerada desde el segundo trimestre del embarazo, tomando en cuenta que la situación nutricional de la mujer previa a la gestación debe ser la adecuada (23). Distintos estudios internacionales refieren necesidades energéticas extras de 285 Kcal/día que se empieza desde el primer trimestre del embarazo, este valor puede ser considerado desde los 200 Kcal/día si la actividad física de la gestante es escasa (24).

2.2.8 Aumento de peso durante la gestación

El incremento de peso en la gestante sana puede alcanzar hasta 12 – 16 Kg: (25)

- Primer trimestre: 1,5 – 2kg.
- Segundo trimestre: 4kg.
- Tercer trimestre: 4 – 7kg

2.2.9 Valoración del estado nutricional en gestantes

Para una correcta evaluación, generalmente se utiliza la tabla de Rosso y Mardones (RM), en la cual encontramos categorías del estado nutricional en relación peso - talla (26).

2.2.9.1 Tabla de Rosso y Mardones

- Tomar las medidas de talla y peso de la gestante.
- Tomar el cálculo en porcentaje de peso utilizando el normograma (Fig. 1), en donde se puede identificar en la primera columna la talla en cm, en la segunda se encuentra el peso en Kg y en la tercera columna se encuentra en porcentajes peso – talla.
- A continuación se une con una regla los valores de talla y peso obtenidos en la consulta y observar el punto en donde se corta en la tercera columna, este valor se compra con la edad gestacional de la paciente.
- Se coloca el valor en la curva de aumento de peso (26).

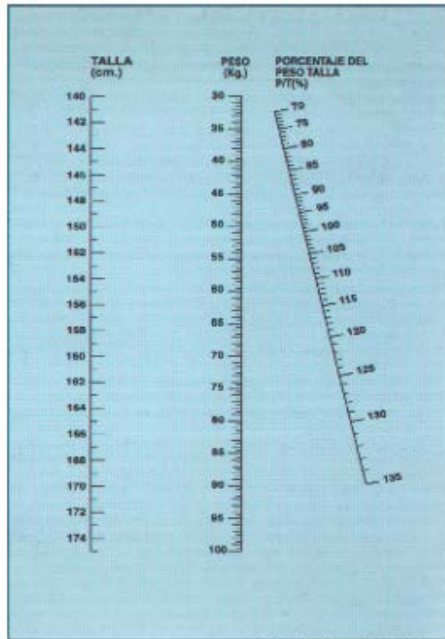


Figura 1- Normograma para cálculo de relación peso/talla de la gestante

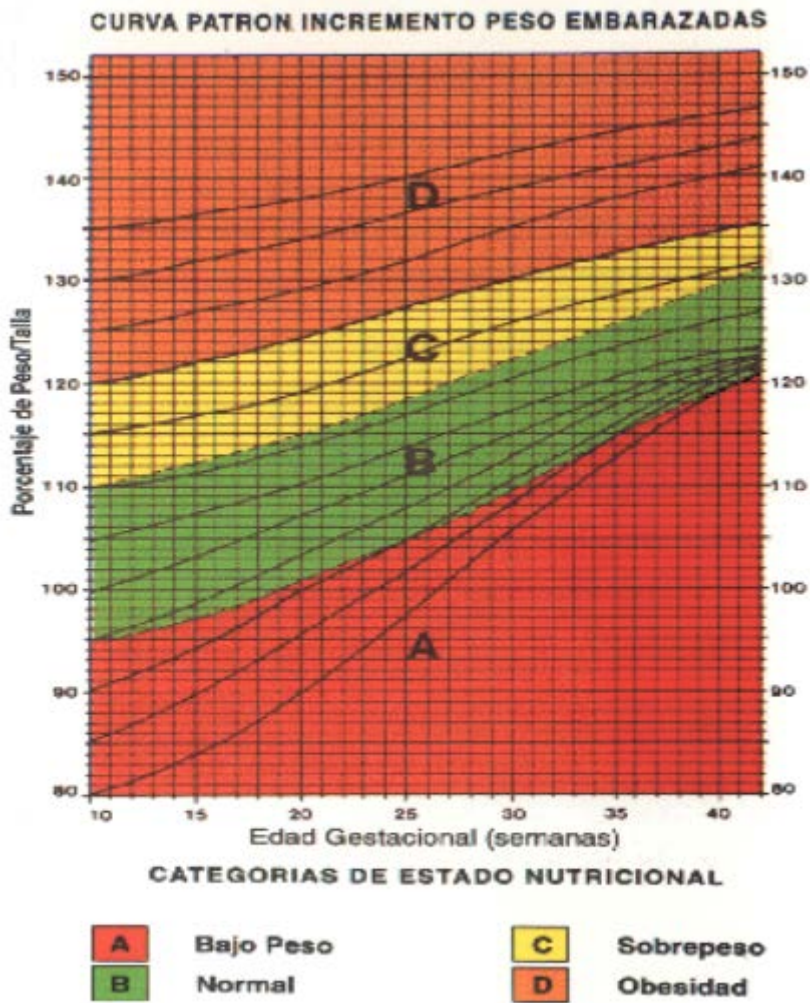


Figura 2- Curva de Rosso-Mardones

La curva de la tabla de Rosso y Mardones tiene en el eje horizontal la edad en semanas desde la décima semana hasta la 42, en donde cada división corresponde a una semana, en el eje vertical, se encuentra talla – peso en donde es representada por 1%, la base de los ejes están establecidas por cuatro categorías que corresponden al estado nutricional.

- Bajo peso: área “A”, en la parte inferior de la curva.
- Normal: área “B”
- Sobrepeso: área “C”.
- Obesidad: área “D”, en la parte superior de la curva.

Si el valor de peso – talla se encuentra ubicado en la línea divisoria, se le clasifica a la gestante en la categoría inferior (26).

2.2.10 Obesidad y Sobrepeso en el Embarazo

El periodo de la gestación es una etapa importante en la vida de las mujeres que debe ser controlado para llevar peso adecuado y evitar la obesidad.

Durante el embarazo, la ganancia de peso gestacional se ve influenciada por cambios fisiológicos, metabólicos y sobre todo el metabolismo placentario; en esta etapa se produce resistencia a la insulina entre un 40 y 50%, compuesta principalmente por la mayor resistencia insulínica pregrávida en mujeres obesas, éste llega a ser un factor muy importante para presentar complicaciones que ponen en riesgo tanto a la madre como al niño. Las mujeres que ya tienen sobrepeso u obesidad antes del primer embarazo tienden a retener o a ganar más peso tras el parto. El aumento de peso antes, durante y después de la gestación no solo afecta al embarazo actual, sino que también puede contribuir de forma importante al desarrollo de obesidad en el futuro (27).

2.2.10.1 Diagnóstico de Obesidad

Para el diagnóstico de obesidad es necesario determinar el Índice de Masa Corporal (IMC), éste índice radica a partir de la talla y peso de la paciente, para su cálculo se divide la masa corporal en kilogramos entre la estatura en metros elevada al cuadrado.

Se dice que un adulto sano se encuentra saludable con un intervalo de 18,5 a 24.9, peso bajo se ve reflejado en cifras por debajo de 18,5, se diagnostica de sobrepeso con valores de 25 a 29.9 y obesidad cuando se encuentra un valor mayor a 30. Existen métodos diferentes al IMC los cuales son índice cintura – cadera, cálculo de pliegues cutáneos entre otras, son de uso minoritario en la etapa gestacional (28).

2.2.11 Obesidad

La obesidad se encuentra entre los mayores problemas de salud, en donde se encuentra afectada a nivel mundial una población muy extensa, y en la actualidad se la ha descrito como la gran epidemia del siglo XXI. El peso corporal excesivo y el aumento de tejido adiposo hacen que la obesidad sea considerada una enfermedad la cual es crónica y progresiva, lo que hace que se complique la salud del paciente obeso (29).

Se conoce que la obesidad lleva a distintas complicaciones crónicas; entre las cuales se presentan trastornos metabólicos, hipertensivos durante el embarazo, patologías hematológicas y cardiovasculares, diabetes gestacional; por lo que es un factor determinante en la salud de la sociedad. En los países en vías de desarrollo se ha demostrado una incidencia en auge tanto en hombres y mujeres, se presenta en niños y adultos por lo que es un problema alarmante para la sociedad a nivel mundial (30).

Tanto la obesidad como el sobrepeso en la actualidad son considerados como el quinto factor a nivel mundial de morbilidad y mortalidad, según la organización mundial de la salud. Se ha establecido que cada año muere alrededor de 2.8 millones de personas ya sea por sobrepeso u obesidad, encontrándonos con datos alarmantes, el 44% está ocupado por pacientes diabéticos, el 23% se trata de pacientes que presentan cardiopatías de origen isquémico, y el 7% al 41% sufren patologías oncológicas las cuales se encuentran relacionadas con el sobrepeso y obesidad (29)

Para determinar sobrepeso u obesidad se emplea el índice de masa corporal en donde se evalúa el estado nutricional, siendo sobrepeso cuando el índice de

masa corporal oscila entre 25 a 29.9 kg/m² y obesidad cuando el IMC se encuentra igual o superior a 30 kg/m² (30).

Según la OMS se puede diagnosticar de obesidad durante el embarazo empleando el índice de masa corporal, en donde consta de obtención de la talla en metros y del peso de la mujer gestante en kilogramos, de igual manera se considera sobrepeso cuando el IMC oscila entre 25 kg/m² a 29.9 kg/m², y obesidad cuando el índice de masa corporal es igual o superior a 30 kg/m²; si se llegase a diagnóstico de sobrepeso u obesidad implicaría que el embarazo sería de alto riesgo. La obesidad se presenta de forma regular previo a un embarazo, y se ha demostrado que en la consulta clínica prenatal existe una relación de cada diez pacientes, dos se encuentran con un diagnóstico de obesidad gestacional, se ha establecido que cada mes se aumenta un kilogramo y para el final del embarazo se aumenta de diez a doce kilogramos; aunque se debe tener presente que en obesas gestantes el aumento de peso oscila entre seis a siete kilogramos (31).

Es de suma importancia en mujeres embarazadas calcular el índice de masa corporal tanto en la etapa pregestacional así como en el gestacional, esto nos sirve para evaluar el IMC antes del embarazo y para un buen control y valoración de la ganancia de peso durante el embarazo, la obtención del índice de masa corporal se obtiene calculando el peso con el que se inicia la gestación en kilogramos restando lo que se ha ganado de peso semanal, esto según la tabla que presenta el Instituto Nacional de Medicina, y el resultado obtenido se debe dividir para la estatura de la mujer gestante elevado al cuadrado (31).

2.2.12 Diabetes Gestacional

La diabetes gestacional es una alteración en el metabolismo de la glucosa reconocido durante el embarazo y que desaparece luego del parto. La presencia de diabetes gestacional determina los siguientes riesgos: macrosomía fetal, mortalidad perinatal, obesidad, diabetes, hipertensión y síndrome metabólico en los hijos, diabetes tipo 2 en la madre, (70% a los 10 años) y, pre-eclampsia (32).

La incidencia mundial de esta alteración varía entre 1% al 14%, dependiendo de la población y el método diagnóstico utilizado. La prevalencia en los países occidentales se encuentra alrededor del 5% de los embarazos (32).

Su patogenia no está bien definida, se cree que los cambios hormonales durante el embarazo influyen directamente en el metabolismo de los hidratos de carbono. Los estrógenos y progesterona, tienen acción directa sobre la insulina y estimulan su producción. Por este motivo existe una tendencia a disminuir los niveles de glucosa. Luego de la séptima semana de gesta se produce un aumento de la resistencia a la insulina por la acción de otras hormonas (cortisol, catecolaminas y lactógeno placentario). La insulina resistencia aumenta progresivamente hasta el final del embarazo y es favorecida por el aumento de la liberación de ácidos grasos libres (lipólisis). En la embarazada normal, la célula B es capaz de compensar estos cambios hormonales. En embarazadas con resistencia a la insulina y disfunción de las células B se producirá diabetes (33).

Los criterios diagnósticos más usados son los establecidos por Sociedad Argentina de Diabetes (6) y son los siguientes:

- Dos valores o más de glucemia en ayunas menor a 100 mg/dl (según la SAD)
- Post prueba de tolerancia oral a la glucosa a los 120 minutos menor 140 mg /dl (según OMS)

Debe realizarse con glucemia en el laboratorio y con 75 g de glucosa (en caso de realizar la prueba de tolerancia oral a la glucosa).

El tratamiento incluye el control nutricional como primer medida la actividad física, monitoreo glucémico durante toda la gesta. La ganancia de peso durante la gestación debe ser gradual, y seguir las recomendaciones que se establecen para un embarazo sin diabetes gestacional (33).

2.2.13 Trastornos Hipertensivos del Embarazo

Conjunto de patologías que tienen en común la hipertensión Arterial que coincide con la gestación. Estos trastornos son responsables del 38% del total de muertes maternas en el Ecuador (34).

El diagnóstico de hipertensión se realiza cuando la presión arterial es de 149/90 mmHg o mayor.

Dentro de estas patologías tenemos:

- Hipertensión gestacional. - Se denomina a la hipertensión detectada luego de las 20 semanas de gestación sin proteinuria, su diagnóstico es provisional y se confirma cuando la T/A se normaliza antes de las 12 semanas post parto.
- Preeclampsia. - Se caracteriza por hipertensión arterial a partir de las 20 semanas de gestación y proteinuria (30 mg/dl en una muestra de orina aleatoria). La intensidad de su sintomatología la clasifica en leve o grave.
- Eclampsia. - Se refiere a la presencia de preeclampsia más la aparición de crisis convulsivas tónico – clónicas generalizadas seguidas o no de coma.
- Hipertensión crónica. - denominado a la presencia de hipertensión antes: el embarazo, las 20 semanas de gestación y su persistencia por más de 12 semanas postparto.
- Hipertensión crónica con preeclampsia sobre agregada. - Presencia de proteinuria en hipertensas crónicas, aumento súbito de la proteinuria o la presión arterial en hipertensas crónicas y recuento de plaquetas menor a 100.000 mm³ (34).

2.2.14 Embarazo Ectópico

Embarazo ectópico es aquel en donde el producto se implanta en el exterior de la cavidad endometrial.

Su prevalencia es de 0.6 – 2% en, su frecuencia ha incrementado a lo largo de estos últimos años por los antibióticos los cuales son usados en la patología pélvica inflamatoria, métodos anticonceptivos, reproducción asistida, cirugías y anticonceptivos como el DIU.

Los embarazos ectópicos se pueden encontrar en diferentes ubicaciones; existe la tubárica representando el 98% de los casos dentro de ésta existe la ampular con 60%, seguida de la ístmica 35%, y en menor frecuencia la intersticial con el 3%, seguidamente de la tubárica se encuentra en ovario con 0.5 – 1%, le continua la cavidad abdominal y cérvix (34).

2.2.15 Aborto Espontáneo

Se define como aborto espontáneo a la interrupción que sucede sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de las gestantes de las 20 semanas de gestación de un producto con un peso menor de 500 gramos (35).

Sus principales factores de riesgo incluyen: edad de la madre (< 18 y > 35 años), enfermedades metabólicas en la madre (diabetes, obesidad, hiper e hipotiroidismo y otros trastornos endócrinos), intoxicaciones, radiaciones, causas inmunológicas, etc.

Hasta el momento no se sabe por qué la obesidad es uno de los factores para que se dé el aborto, sin embargo, puede ser posible que el peso excesivo aumente la inflamación de las paredes uterinas y disminuyendo la posibilidad de que un embarazo llegue a buen término, sin embargo, no se deben recomendar dietas extremas durante el embarazo para asegurarse de no perder al producto. "Hay muchas razones para tratar de perder peso antes de un embarazo, pero una vez que el embarazo está establecido, no hay que tratar de perder peso, ya que esto puede causar problemas" (35).

2.2.16 Complicaciones Tromboembólicas

El embarazo es un estado protrombótico, con aumento en la concentración plasmática de factores de la coagulación (I, VII, VIII y X), una disminución de la proteína S, y la inhibición de la fibrinólisis, lo cual tiene como resultado un riesgo cinco veces mayor de trombosis venosa. Otros factores que pueden ser importantes en la etiología del tromboembolismo venoso en el embarazo son: la edad materna avanzada, la paridad elevada, cesárea, preeclampsia y obesidad (36).

La obesidad duplica el riesgo de trombosis, debido a que presentan niveles mayores del factor VIII y IX, pero no de fibrinógeno. Además, la obesidad combinada con anticonceptivos orales en mujeres entre los 15 y 45 años de edad produce un riesgo 10 veces mayor de trombosis (36).

2.2.17 Complicaciones del parto

2.2.17.1 Parto Pretérmino

Se considera parto pretérmino como al parto que ocurre entre las 20 y 37 semanas de gestación.

Evidencia actual sugiere que la obesidad puede estar asociada con la inducción de parto prematuro con la finalidad de evitar complicaciones, pero no con el nacimiento espontáneo prematuro. Estudios realizados por Danish National Birth Cohort que incluyó a 62,167 mujeres, se encontró que los riesgos de ruptura prematura de membranas y de inducción de parto prematuro fueron más altos en los obesos en comparación con mujeres de peso normal, sobre todo antes de las 34 semanas de gestación (31).

2.2.17.2 Defectos Congénitos

Define a todo defecto estructural primario producido por un fallo o error localizado en la morfogénesis, su producción puede tener lugar antes o durante el periodo órgano genético o morfo genético ya sea por causa genética, ambiental o mixta.

Según un estudio publicado por American Journal of Clinical Nutrition reporta que las mujeres obesas son 11% más propensas a tener un bebé con una cardiopatía congénita.

Otros estudios refieren que existe mayor riesgo en defectos del tubo neural, especialmente de espina bífida, defectos cardiacos y de onfalocele (32).

2.2.17.3 Mortinato

Se considera como muerte fetal a aquella muerte intrauterina que se produce previo la eliminación del producto por parte de la madre, independientemente del tiempo de embarazo que lleve la madre, otros estudios determinan que la muerte fetal es aquella que se produce con un peso mayor fetal de 500 gramos y desde las 20 semanas de embarazo (33).

Entre los factores para que ocurra una muerte fetal encontramos factores ambientales, materno-fetal y ovular, disminución en la perfusión sanguínea

placentaria, reducción en la llegada de oxígeno al feto, hipertensión arterial, un insuficiente aporte calórico al feto, desequilibrio metabólico, infecciones materna – fetal, traumatismos, anomalías congénitas, intoxicaciones entre otras (33).

2.2.17.4 Macrosomía

Se establece como macrosomía al peso mayor de 4000gr en el feto, se ha establecido que el crecimiento fetal está relacionado con el peso materno y la poca sensibilidad a la insulina, la función placentaria puede verse afectada por la resistencia insulínica que presenta la madre, tomando en cuenta que en la gestación tardía existe una gran disponibilidad feto-placentaria en nutrientes (34).

Estudios demuestran que cuando por cada cinco kg que aumente el peso materno el feto presenta la posibilidad de un 30% de sufrir macrosomía.

2.2.17.5 Cesárea

Se trata de un procedimiento quirúrgico en cuya finalidad es la extracción del feto, se realiza una incisión a nivel de la pared abdominal, seguido se realiza lo mismo en el útero, las mujeres obesas presentan el doble de riesgo de complicaciones en una cesárea en comparación con gestantes aparentemente sanas (35).

CAPÍTULO III

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 Objetivo General

Determinar el riesgo obstétrico en gestante de 26 a 30 años, ingresadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso; periodo enero 2017 – enero 2018.

3.1.2 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población estudiada
- Evaluar el estado nutricional de las gestantes de 26 a 30 años
- Determinar la frecuencia de las complicaciones durante el periodo gestacional y parto.
- Estimar la frecuencia del riesgo obstétrico (por grado y tipo de patología) de las gestantes de 26 y 30 años.

CAPÍTULO IV

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.1 Diseño General del Estudio

4.1.1.1 Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal, retrospectivo.

4.1.1.2 Área de estudio:

La siguiente investigación se realizará en el Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM), localizado en el cantón Cuenca, provincia del Azuay, Ecuador, perteneciente a la Zona de Salud 6.

4.1.1.3 Universo de estudio:

Se conformará por 711 gestantes de 26 a 30 años de edad ingresadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo enero 2017 – 2018.

4.1.1.4 Selección y tamaño de la muestra:

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el programa informático Epi Info 7.2.1.0 año 2017, con la herramienta STATCALC POPULATION SURVEY. Teniendo como tamaño de población 711 (population size), frecuencia esperada 29% (8), (expected frequency), margen aceptable de error 5% (acceptable margin of error), efecto de diseño 1 (design effect), clusters 1. Obteniendo nivel de confianza 95%, teniendo en cuenta el 10% de pérdidas y muestra a estudiar 241 pacientes, se corroboró los resultados con la siguiente fórmula, basado en el teorema del límite central para calcular una proporción sobre una muestra, el valor que calculamos en la muestra será el más probable para nuestro universo.

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{(N - 1) * e^2 + p * q * Z^2}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra a calcular

N = Tamaño del población (711)

Z² = Nivel de confianza 95% (1,96²) = 3,8416

E² = margen de error al 5% (0,05²) = 0,0025

p: 29% (0,29)

q= 71% (0,71)

pe: 10% perdidas de la muestra obtenida

Obtenemos:

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{(N - 1) * e^2 + p * q * Z^2}$$

$$n = \frac{711 * 0,29 * 0,71 * 1,96^2}{(711 - 1) * 0,5^2 + 0,29 * 0,71 * 1,96^2}$$

$$n = \frac{711 * 0,29 * 0,71 * 3,8416}{710 * 0,0025 + 0,29 * 0,71 * 3,8416}$$

$$n = \frac{562,39064784}{1,775 + 0,79098544}$$

$$n = \frac{562,39064784}{2,56598544}$$

$$n = 219,1714103568725$$

$$n = 219 + pe$$

$$n = 219 + \frac{219 * 10}{100}$$

$$n = 219 + 21,9$$

$$n = 240,9$$

$$n = 241$$

4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.2.1 Criterios de Inclusión

- Gestantes de 26 a 30 años ingresadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo enero 2017-2018.

4.2.2 Criterios de Exclusión

- Historias clínicas incompletas.

4.3 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

4.3.1 Método

Observacional

4.3.2 Técnica

Revisión de Historias Clínicas

4.3.3 Instrumento

Se obtuvieron datos de las historias clínicas previa autorización otorgada por el Departamento de Investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso, se realizó un formulario para recolección de datos, y se utilizó la escala de Rosso y Mardones y se aplicó el uso de ésta ya explicado en el capítulo 2, para clasificar a las gestantes según su índice de masa corporal, seleccionando así nuestro grupo de interés, gestantes obesas.

Las encuestas constas de:

- Datos generales: en donde se encuentra la edad, estado civil, raza, nivel de instrucción y residencia.
- Medidas antropométricas: aquí encontramos el peso y la talla.
- Complicaciones en el periodo gestacional
- Complicaciones en el parto
- Tabla de Rosso y Mardones: para calcular en IMC.

- Riesgo obstétrico: en donde se identifica el tipo de riesgo materno.

Se realizó una encuesta de acuerdo a cuestionarios validados con la finalidad de realizar las modificaciones necesarias, llegando a obtener la encuesta final que va a ser aplicada en la presente investigación.

Autorización: se solicitó autorización para la ejecución de la investigación a la decana de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca.

Supervisión: El presente estudio fue supervisado por la Dra. Katherine Salazar, directora de la investigación.

4.4 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se realizó una revisión bibliográfica para sintetizar el marco teórico y tener bases de apoyo para los análisis respectivos. Se solicitó la autorización correspondiente al director del Hospital Vicente Corral Moscoso y se identificó las historias clínicas de los pacientes. Se recogió la información pertinente correspondiente a las variables en estudio las cuales se incorporó en la hoja de recolección de datos. Se recolecto la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca. Asimismo, está basado principalmente en la revisión de fuentes secundarias. En el presente trabajo se procedió a proteger a las personas involucradas, es decir no se dio a conocer nombres o apellidos de las personas que fueron estudiadas en el presente proyecto, protegiendo su identidad, usando códigos para las fichas de recolección, y sólo el autor tendrá acceso a la base de datos.

Este proyecto de investigación ha sido enviado a un Comité de Ética independiente y ha sido aprobado por el Hospital Vicente Corral Moscoso, autorizado. No hay objeciones éticas.

4.5 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se utilizará el programa SPSS, en el cual se creará una base de datos de todos los ítems del cuestionario previamente mencionado conjuntamente con cada una de las respuestas para así correlacionar cada uno de estos con las variables propuestas. Se realizará el análisis de cada ítem y se calculará el resultado de la sumatoria de cada cuestionario para conocer el riesgo obstétrico en las gestantes de 26 a 30 años.

4.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

4.6.1 Variables Independientes

- Edad (años)
- Sexo (hombre, mujer)
- Estado civil (soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre)
- Etnia (blanco, mestizo, afroamericano, indígena)
- Nivel de instrucción (analfabeto, primaria, secundaria, superior, cuarto nivel)
- Peso (kilogramos)
- Talla (metros)

4.6.2 Variables Dependientes

- Complicaciones en el periodo gestacional (hipertensión gestacional, embarazo ectópico, diabetes gestacional, preeclampsia, eclampsia, hipertensión crónica, hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada, aborto, complicaciones tromboembólicas).
- Complicaciones en el parto (parto pretérmino, mortinato, cesárea, macrosomía)
- Riesgo obstétrico.- bajo riesgo, alto riesgo, riesgo inminente.

4.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	(Temporal)Tiempo transcurrido	(18 años a 35 años)(36 años a 52 años)(53 años a 70 años)	Numérica y Ordinal
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto.	Situación de las personas determinada por sus relaciones, que establece ciertos derechos y deberes.	soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre	Nominal
ETNIA	Conjunto de persona de una misma raza, comunidad lingüística-cultural.	Comunidad (características morfo biológicas)	blanco, mestizo, afroamericano, indígena	Nominal
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Grado más alto de estudios realizados,	Títulos académicos o niveles académicos aprobados	analfabético, primaria, secundaria, superior, cuarto nivel	Ordinal

	en curso, o incompletos			
PESO	Fuerza con la que un cuerpo es atraído hacia la Tierra por medio de la gravedad		Kilogramos	Ordinal
TALLA	Medida para indicar la estatura de una persona		Metros	Ordinal
		Diabetes Gestacional	Es una alteración metabólica de la glucosa durante la etapa gestacional.	Nominal (Si o No)
		Hipertensión gestacional	Hipertensión arterial que aparece en el embarazo después de las veinte semanas de gestación	Nominal (Si o No)
		Eclampsia	Enfermedad que se presenta en el embarazo con signos de preeclampsia, crisis	Nominal (Si o No)

COMPLICACIONES EN EL PERIODO GESTACIONAL	Dificultades que puede llegar a presentarse en el embarazo		convulsivas seguido de un estado de coma.	
		Preeclampsia	Enfermedad caracterizada por hipertensión arterial más proteinuria a partir de la veinte semana de gestación	Nominal (Si o No)
		Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada	Gestantes con hipertensión crónica más proteinuria	Nominal (Si o No)
		Hipertensión crónica	Hipertensión en el embarazo que se presenta antes de la semana veinte de gestación y persiste por más de doce semanas postparto.	Nominal (Si o No)
		Complicaciones tromboembólicas	Alteraciones de los factores de la coagulación	Nominal (Si o No)
		Embarazo ectópico	Embarazo que se desarrolla usualmente en	Nominal (Si o No)

			las trompas uterinas.	
		Aborto	Interrupción del embarazo	Nominal (Si o No)
COMPLICACIONES EN EL PARTO	Dificultades y alteraciones en el parto	Macrosomía	Recién nacido con más de 4000 gramos de peso.	Nominal (Si o No)
		Parto Pretérmino	Se da entre la semana 20 a 37 de gestación.	Nominal (Si o No)
		Cesárea	Intervención quirúrgica para extraer el feto del vientre de la madre.	Nominal (Si o No)
		Mortinato	Producto muerto, con peso mayor a 500 gramos o mayor a las veinte semanas de gestación.	Nominal (Si o No)
	Bajo riesgo	Condiciones socioeconómicas, control, edad, drogadicción, alcoholismo, tabaquismo, multiparidad, incompatibilidad	Es cuando la madre el feto o el neonato, tienen una menor probabilidad de enfermar y morir o de padecer secuelas	Nominal (Si o No)

RIESGO OBSTETRICO		Rh, infección urinaria o vaginal.	durante el embarazo o después del parto.	
	Riesgo Alto	Anemia, embarazo múltiple, poli u oligohidramnios, epilepsia, infección materna, desnutrición, obesidad, asma.	Presenta alguna condición que aumenta la probabilidad materna o fetal de enfermar tener secuelas o morir antes o después del parto.	Nominal (Si o No)
	Riesgo Inminente	Amenaza de parto pretermino, cardiopatías, diabetes, hemorragia, RPM, SIDA, trastornos hipertensivos, alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal.	Condición elevada materna o fetal de tener secuelas o morir antes o después del parto.	Nominal (Si o No)

4.8 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO 2017 - 2018

ACTIVIDADES	Meses												RESPONSABLES											
	Septiembre 2017	Octubre 2017	Noviembre 2017	Diciembre 2017	Enero 2018	Febrero 2018	Marzo 2018	Abril 2018	Mayo 2018	Junio 2018														
Redacción del protocolo de trabajo de graduación y elaboración y/o selección del instrumento de recolección de datos.	■	■	■	■	■	■																	Investigadores Director	
Presentación y aprobación del protocolo de trabajo de graduación		■	■	■	■																			Investigadores Director
Recolección de los datos					■	■	■	■	■	■														Investigadores
Análisis e interpretación de los datos						■	■	■	■	■	■													Investigadores Director
Elaboración y presentación de la información										■	■	■	■	■										Investigadores Director
Redacción de las conclusiones y recomendaciones												■	■	■	■	■								Investigadores Director
Entrega del informe final																		■	■	■	■	■	■	Investigadores Director

4.9 PRESUPUESTO

N°	Descripción	Cantidad	Valor unitario	Valor total
			USD	USD
1	Computadora	1	0,00	0,00
2	Impresora	1	0,00	0,00
3	Hoja A4	400	0,01	4,00
4	Impresiones	400	0,08	32,00
5	Fotocopias	1500	0,01	15,00
6	Internet (horas)	120	0,30	36,00
7	Lápiz	8	0,30	2,40
8	Borrador	6	0,25	1,50
9	Anillados	2	1,50	3,00
10	Empastados	2	9,00	18,00
11	Flash Memory	2	8,00	16,00
12	Transporte	24	3,50	84,00
13	Alimentación	60	2,00	120,00
14	Formularios	340	0,20	68,00
15	Varios (5 %)			50,00
16	Libros Biblioteca			0,00
TOTAL				449,90

CAPÍTULO V

5.1 RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por historiales clínicos, tras el análisis de los datos se obtuvieron los siguientes resultados:

5.1.1 Datos sociodemográficos

Tabla 1. Historias clínicas de 241 pacientes entre 26 a 30 años ingresadas por cualquier patología en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

Datos sociodemográficos		
Variables		n (%)
Edad: media 27,64 ± 1,3 (DS)		
Estado civil	soltera	26 (10,7%)
	casada	211 (87,5%)
	divorciada	2 (0,8%)
	unión libre	2 (0,8%)
Etnia	mestizo	240 (99,5%)
	indígena	1 (0,4%)
Instrucción	analfabeto	2 (0,8%)
	Primaria	173 (71,7%)
	secundaria	62 (25,7%)
	Superior	3 (1,2%)
	cuarto nivel	1 (0,4%)
Residencia	Urbana	207 (85,8%)
	Rural	34 (14,1%)

Fuente: Base de datos programa SPSS v. 15.0

Elaborado por: Paguay León Patricia Karina

Interpretación: se recolectó los datos sociodemográficos según la revisión de las historias clínicas de las 241 gestantes ingresadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. En donde se puede observar que el promedio de edad fue 27,64 ± 1,3 (DS), con respecto al estado civil encontramos que las mujeres casadas se encuentran con mayor porcentaje siendo 87,5% (211), la etnia más representativa fue la mestiza con 240 (99,5%) casos, la primaria fue el nivel educativo con mayor número de pacientes teniendo un 173 (71,7%), se demostró

que 207 (85,8%) pacientes viven en una residencia urbana siendo esta la más notoria (tabla 1).

5.1.2 Índice de Masa Corporal en Gestantes

Tabla 2. Diagnóstico del estado nutricional por el índice de masa corporal en gestantes de 26 a 30 años de edad ingresadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca, periodo 2017 - 2018.

Índice de masa corporal	
Variables	n (%)
Bajo peso	1 (0,4%)
Normal	89 (36,9%)
Sobrepeso	83 (34,4%)
Obesidad	69 (28,6%)

Fuente: Base de datos programa SPSS v. 15.0

Elaborado por: Paguay León Patricia Karina

Interpretación: el índice de masa corporal se realizó con la tabla de Rosso y Mardones (R); donde el bajo peso se representó con un caso ocupando el (0,4%), un número mayor de casos encontramos en 89 pacientes (89,9%) con peso normal para la edad gestacional, seguida de 83 (34,4%) con sobrepeso. Se presentó obesidad en el 28,6% de la población estudiada (tabla 2).

5.1.3 Complicaciones en el periodo gestacional y parto

Tabla 3. Características de las complicaciones en el periodo gestacional y parto en gestantes de 26 a 30 años ingresadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

	Variables	n (%)
Complicaciones en el periodo gestacional	Diabetes gestacional	6 (2,4%)
	Hipertensión gestacional	11 (4,5%)
	Eclampsia	2 (0,8%)
	Preeclampsia	10 (4,1%)
	Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada	1 (0,4%)
	Hipertensión crónica	1 (0,4%)
	Complicaciones tromboembólicas	2 (0,8%)
	Embarazo ectópico	8 (3,3%)
	Aborto	1 (0,4%)

Complicaciones en el parto	Macrosomía	17 (7,0%)
	Parto pretérmino	15 (6,2%)
	Cesárea	26 (10,7%)
	Mortinato	3 (1,2%)

Fuente: Base de datos programa SPSS v. 15.0

Elaborado por: Paguay León Patricia Karina

Interpretación: entre las complicaciones en el periodo gestacional, la más frecuente en gestantes fue la hipertensión gestacional 11 (4,5%), con menor frecuencia se presentó preeclampsia 10 (4,1%), embarazo ectópico 8 (3,3%) y diabetes gestacional 6 (2,4%). En cuanto a complicaciones en el parto, la que predominó fue cesárea 26 (10,7%) y parto pretérmino 15 (6,2%) y con la menor frecuencia mortinato 3 (1,2%) (Tabla 3).

5.1.4 Riesgo obstétrico en gestantes de 26 a 30 años.

Tabla 4. Grado de riesgo obstétrico obtenidos de las 241 gestantes de 26 a 30 años ingresadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

Riesgo Obstétrico	
Tipo de Riesgo	Frecuencia
Riesgo 1	3 (1,2%)
Riesgo 2	94 (39,0%)
Riesgo 3	16 (6,6%)

Fuente: Base de datos programa SPSS v. 15.0

Elaborado por: Paguay León Patricia Karina

Interpretación: el riesgo obstétrico se clasifica en tres tipos de riesgo, se determinó en nuestro estudio que la mayor prevalencia fue el riesgo 2 o alto riesgo con 94 (39,0%), le sigue el riesgo 3 o riesgo inminente con una prevalencia de 16 (6,6%) (Tabla 4).

Tabla 5. Tipo de riesgo obstétrico de las 241 gestantes de 26 a 30 años ingresadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

Riesgo Obstétrico		
Factores	n (%)	
Riesgo 1 o bajo Riesgo		
Analfabetismo	1 (0,4%)	
Control insuficiente de la gestación: < 3 visitas prenatales	1 (0,4%)	
Infección de vías urinaria y Flujo vaginal recurrentes por más de 2 ocasiones en tres controles subsecuentes	1 (0,4%)	
Riesgo 2 o alto Riesgo		
Anemia (Hb < 10g/dl o HTO < 25%)	2 (0,8%)	
Embarazo Múltiple	4 (1,6%)	
Enfermedades crónicas no transmisibles	15 (6,2%)	
	Hipertensión	11 (4,5%)
	Hipotiroidismo	1 (0,4%)
	Leucemia Mieloide Aguda	1 (0,4%)
	Hipotiroidismo subclínico	1 (0,4%)
	Colangitis	1 (0,4%)
Polihidramnios u Oligoamnios	1 (0,4%)	
Infección materna	3 (1,2%)	
	Hepatitis B crónica	1 (0,4%)
	Pielonefritis	1 (0,4%)
	Sífilis	1 (0,4%)
Presentación anómala: constatada tras la semana 36 de gestación	1 (0,4%)	
Obesidad	69 (28,6%)	
Riesgo 3 o riesgo inminente		
Amenaza de parto pretérmino	6 (2,4%)	
Diabetes Gestacional descompensado o en tratamiento	6 (2,4%)	
Hemorragia vaginal	1 (0,4%)	
Rotura prematura de membranas mayor de 12 horas	2 (0,8%)	
Trastornos hipertensivos en el embarazo	1 (0,4%)	

Fuente: Base de datos programa SPSS v. 15.0

Elaborado por: Paguay León Patricia Karina

Interpretación: posterior a la aplicación del cuestionario para establecer el riesgo obstétrico encontramos como riesgo principal a la obesidad en 69 (28,6%), seguido de las enfermedades crónicas no transmisibles 15 (6,2%), dentro de estas se encuentra liderando la hipertensión 11 (4,5%) como alto riesgo (Grado II). Luego encontramos a embarazo múltiple en cuatro pacientes 4 (1,6%) como riesgo inminente (Grado III).

CAPITULO VI

6.1 DISCUSIÓN

En un estudio realizado por S. Cnattingius en Suecia en el año 2013, el riesgo de presentar parto pretérmino espontáneo tiene una mayor frecuencia en mujeres obesas con un índice de masa corporal igual o mayor a 30 kg/m² con un 0.52% de la población analizada. Los partos espontáneos se relacionan con contracciones uterinas, ruptura prematura de membranas, el parto médico se realiza por cesárea. Los riesgos se ajustan a la edad de la paciente, paridad, tabaquismo, educación, estatura. Estos resultados se corroboran en el presente estudio, dándose con mayor frecuencia complicaciones en gestantes obesas, y a la obesidad como mayor riesgo obstétrico (38).

En un estudio realizado por Juan Antonio Suárez González en Cuba, Santa Clara en el año 2013, expresa que entre las condiciones que complican la etapa gestacional y el parto se encuentra la obesidad con mayor frecuencia, también indica que las gestantes obesas presentaron preeclampsia, diabetes gestacional y eclampsia. En este estudio el 18.2% de los pacientes tenían sobrepeso, mientras que el 19.1% padecía de obesidad. Las complicaciones durante el embarazo fueron: diabetes gestacional con un 49.6%, trastornos hipertensivos con un 71.5%; mientras que en el parto las complicaciones fueron: parto distócico en un 35.7% y disdinamias (incoordinaciones uterinas) en un 72.2%; en el puerperio las complicaciones fueron trastornos hipertensivos con un 62.7% y anemia con un 82.4% de la población estudiada. Se apoya con nuestra población donde la población que presentó mayor incidencia fue el grupo de pacientes obesas predominando la preeclampsia en nuestro estudio (39).

En un estudio realizado por Dr. Alfredo Armando Morales Rodríguez en Cuba, Trinidad en el año 2013, especifica que el tratamiento para la obesidad en la etapa gestacional se orienta al tipo de dieta tomando en cuenta las necesidades nutricionales del feto, siendo la obesidad un riesgo mórbido ocasionando varias complicaciones en mujeres gestantes. Se ratifica con nuestra investigación, en donde se evidenció que la población con bajo nivel de instrucción, tenían

trastornos alimenticios lo que afecta el metabolismo y el índice de masa corporal (40).

En un estudio realizado por Nicolás Sardiñas Barrios en Cuba, Ciudad de la Habana en el año 2013, la incidencia para obesidad gestacional fue del 14.3%, apreciándose en este grupo una frecuencia mayor de padecer enfermedad hipertensiva gravídica con un 44.7%, infección de vías urinarias en un 28.9%, polihidramnios con un 5.2%, diabetes gestacional con un 2.6% de la población estudiada. No se corrobora con nuestros resultados obtenidos, debido a que predominó la preeclampsia como complicación en la etapa gestacional con un 13.4% (41).

En un estudio realizado por el Comité de Opinión del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras ACOG en Estados Unidos en Enero 2013, en su trabajo prospectivo con más de 16.000 gestantes, la obesidad se relacionó con una mayor frecuencia de padecer diabetes gestacional, preeclampsia, hipertensión gestacional y macrosomía fetal. La tasa de partos mediante cesárea, en gestantes con un IMC igual o menor a 29.9 kg/m² fue de 20.7%, mientras que para las gestantes con un IMC de 30 kg/m² a 34.9 kg/m² fue del 33.8% y por último las gestantes con un IMC de 35 kg/m² a 39.9 kg/m² se realizaron cesárea en el 47.4%. Se evidenció en la presente investigación, que a mayor índice de masa corporal, mayor serán las posibilidades de realizar un parto por cesárea, se reafirma con los datos obtenidos, en pacientes con sobrepeso una tasa de cesárea de 6.7% y en obesas con una tasa de cesárea 31.3% (42).

En Ecuador, en cuanto a obesidad la población predominante es la femenina ocupando el 55%, del mismo modo para sobrepeso con el 40%, siendo las personas con un status económico bajo los más afectados. En un estudio realizado por Silvia González en Ecuador, Cuenca en el año 2015, determino que las complicaciones en gestantes obesas fueron: diabetes gestacional con el 8.1%, hipertensión gestacional con el 12.9%, eclampsia 3%, preeclampsia con el 13.7%, aborto con el 2.7%, hipertensión crónica con el 2%, hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada con el 0.8%, siendo la menos frecuente las complicaciones tromboembólicas. Mientras que las complicaciones en el parto fueron: cesárea con el 28.9%, macrosomía con el 22.1%, parto pretérmino con

el 18%, siendo la menos frecuente mortinato con el 1.7%. Lo que corrobora con los resultados de la actual investigación (43).

CAPITULO VII

7.1 CONCLUSIONES

Se estudió a 241 gestantes de 26 a 30 años de edad que fueron atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, de las cuales se obtuvo 69 pacientes obesas con el normograma de Rosso y Mardones.

El riesgo obstétrico de mayor prevalencia en este estudio, fue el grado 2 o alto riesgo con 94 (39,0%)

Dentro de las complicaciones que se presentaron en la etapa gestacional, el grupo que destaco es el de gestantes obesas, seguido de hipertensión gestacional 11 (4,5%), diabetes gestacional y amenaza de parto pretérmino con 6 (2,4%).

Mientras que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre embarazo Múltiple 4 (1,6%) e Infección materna 3 (1,2%).

Con la misma relación de 2 (0,8%) se encuentra la anemia y la ruptura prematura de membranas.

Por lo que en este estudio se concluye que entre mayor es el índice de masa corporal en pacientes gestantes (sobrepeso, obesidad), mayores son las posibilidades de presentar complicaciones en el embarazo y en el parto. Siendo la obesidad un factor de riesgo importante en cuanto a complicaciones materno-fetales.

7.2 RECOMENDACIONES

Crear programas de nutrición encaminados a prevenir la obesidad materna

Concientizar a toda mujer en edad fértil que desee procrear, acudir a los servicios de salud que ofrece el Ministerio de Salud Pública para una cita médica preconcepción, donde se abarcará y se dará recomendaciones sobre el índice de masa corporal de la paciente.

En cuanto a los centros de salud de nuestro país, fortalecer el club de madres con planes de nutrición prenatales en cada charla impartida mensualmente, recalando las complicaciones que se presentan en el embarazo y en el parto.

Se recomienda nuevas investigaciones encaminadas a analizar las complicaciones en gestantes obesas en la etapa gestacional y en el parto, obteniendo nuevos conocimientos sobre riesgo gineco-obstétrico.

7.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad materna. [Online]; 2016 [citado 2019 Agosto 28]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad materna. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/
3. Maygrier Ch, Schwab A. Manual de obstetricia. Barcelona: Hijos de J. Espasa; 2015.p. 2-35.
4. Pinedo A, Távara L, Chumbe O, Parra J. Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Ginelcol Obstet 2015; 41(3): 52-54. Disponible en: http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1765/pdf_252
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Maternidad Saludable. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/familia/maternidad.htm>
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Reducir la mortalidad materna es prioridad diaria de la OPS. Información de prensa. Mayo de 2014. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPI/100/100feature19.htm>
7. Días A, (2015). Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom124e.pdf>
8. Trujillo A, Ugalde M, Valdivieso D. Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital "Homero Castanier Crespo" en el periodo enero- diciembre 2018. [citado 15 de junio de 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3739>
9. Baruffy G, Strobino D, Dellinger W. Definitions of high risk in pregnancy an evaluation of their predictive validity. Am J Obstet Gynecol, 148 (2014), pp. 781-786. [citado 11 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6538388>
10. Herman A, Irwig L, Groeneveld H. Evaluating obstetric risk scores by receiver operating characteristic curves. Am J Epidemiol, 127 (2016), pp. 831-842.

- [citado 24 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3354548>
11. Hobel C, Youkleres L, Forsythe A. Prenatal and intrapartum high-risk screening. II Risk factors scoring. *Am J Obstet Gynecol*, 135 (2015), pp. 1051-1056. [citado 5 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/517589>
 12. Amir Salud. Embarazo de riesgo: Concepto. Situaciones de riesgo. Clasificación, Descripción, planificación de los cuidados obstétricos ginecológicos. Implicaciones materno-fetales. Intervenciones y valoración de la situación de los trastornos cardiovasculares, respiratorios, digestivos, hematológicos, musculo esqueléticos y neurológicos durante el embarazo. [citado 8 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.amirsalud.com/>
 13. Espinilla B, Tomé E, Sadornil ME, Albillos L. Manual de Obstetricia para Matronas. Segunda edición. Valladolid: Difácil; 2016.
 14. Sociedad Ecuatoriana de Gineco-Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. [Monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2016 [citado 18 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.prosego.com/guias-practicas-de-asistencia/>
 15. Ministerio de Salud Pública. Clasificación del Riesgo Obstétrico. Coordinación Zonal 5 – Salud. Dirección Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de la Salud. [citado 17 de abril de 2019]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/ANEXO%20%20-%20CLASIFICACION%20DE%20RIESGOS%20OBST%20TRICOS.pdf>
 16. Hernández B, Trejo J, Ducoing D, Vázquez P. Guía clínica para la atención prenatal. *Rev. Med. IMSS* [Internet]. 2017 [citado 11 de junio de 2019]; 41(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/ims031f.pdf>
 17. Rodríguez, D. R. (2016). Embarazo en edad avanzada. [citado 3 de mayo de 2019]; 36(3). Disponible en: http://www.ecured.cu/Embarazo_en_edad_avanzada
 18. Orsono L, Watty C, Alonzo F, Dávila F, Echeverría M. Influencia de los antecedentes maternos en la mortalidad neonatal. *Ginecol Obstet Mex* 2018; 76 (12): 730-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom2008/gom0812f.pdf>

19. Ley Orgánica de Salud. Ley 67. 2016. [citado 7 de mayo de 2019]. Disponible en:
https://www.todaunavida.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf
20. Constitución de la República del Ecuador. Asamblea Constituyente. 2014. [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en:
<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>
21. Buen Vivir Plan Nacional. Todo el mundo mejor. Edición aprobada por el Consejo Nacional del Buen Vivir. 2013-2017. [citado 30 de agosto de 2019]. Disponible en:
https://www.unicef.org/ecuador/Plan_Nacional_Buen_Vivir_2013-2017.pdf
22. Dirección Nacional De Asesoría Jurídica de la PGE. Código del Trabajo. 2018; 167(17). [citado 30 de agosto de 2019]. Disponible en:
<http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/CODIGO-DEL-TRABAJO-1.pdf>
23. Portales Médicos. Impacto de la Obesidad sobre el embarazo. Documento en línea. Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2729/1/Impactode-la-obesidad-sobre-el-embarazo>
24. Sociedad Ecuatoriana de Gineco-Obstetricia. Embarazo en la adolescencia. [Monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2018 [acceso 18 de febrero de 2019]. Disponible en <http://www.prosego.com/guias-practicas-de-asistencia/>
25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Estadística incluida en el Plan Estadístico Nacional. Año 2016. [acceso 19 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla2
26. Mardones F, Rosso P. Desarrollo de una curva patrón de incrementos ponderales para la embarazada. Rev Med Chile 2017; 125: 1437-1448.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=7027921&pid=S0717-7518200300020000600002&lng=es
27. Sociedad Ecuatoriana de Gineco-Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. [Monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología

- y Obstetricia; 2017 [acceso 18 de febrero de 2019]. Disponible en <http://www.prosego.com/guias-practicas-de-asistencia/>
28. Sociedad Ecuatoriana de Gineco-Obstetricia. Cardiopatías y embarazo. [Monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2016 [acceso 18 de febrero de 2019]. Disponible en <http://www.prosego.com/guias-practicas-de-asistencia/>
29. Baquero Artigao F, Mellado Peña MJ, del Rosal Rabes T, Noguera Julián A, Goncé Mellgren A et al. Guía de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre tuberculosis en la embarazada y el recién nacido (I): epidemiología y diagnóstico. Tuberculosis congénita. [Monografía en Internet]. España: Sociedad Española de Infectología Pediátrica; 2015 [acceso 18 de febrero de 2019]. Disponible en <http://www.analesdepediatria.org/es/pdf/S1695403315000429/S300/>
30. López-Labady J, Lazarde J, Arreaza A. Granuloma Píogénico de gran tamaño en paciente embarazada: Presentación de un caso. Acta odontol. Venezuela [Internet]. 2018 [acceso 20 de febrero de 2019]; 41(3):240-243. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652003000300009
31. Sociedad Ecuatoriana de Gineco Obstetricia. Hepatopatías y embarazo. [Monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2016 [acceso 18 de febrero de 2019]. Disponible en <http://www.prosego.com/guias-practicas-de-asistencia/>
32. Sánchez Sendín D, Nogales Aguado P. Interpretación de la serología en las hepatitis virales. [Monografía en Internet]. Madrid: Jano; 2017 [acceso 18 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1722/39/00390045_LR.pdf
33. Sociedad Ecuatoriana de Gineco-Obstetricia. Coagulopatías congénitas y gestación. [Monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2018 [acceso 18 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.prosego.com/guias-practicas-de-asistencia/>
34. Fernández Alba J. Enfermedades inmunológicas y hemáticas. En: Fernández Alba J. Obstetricia Clínica de Llaca-Fernández. Segunda edición. México: McGrawHill; 2019.189-207

35. Martí-Carvajal AJ, Comunián-Carrasco G, Peña-Martí GE. Haematological interventions for treating disseminated intravascular coagulation during pregnancy and postpartum. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 3. Art. No.: CD008577. DOI: 10.1002/14651858.CD008577.pub2
36. Sociedad Ecuatoriana de Gineco-Obstetricia. *Epilepsia y embarazo*. [Monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2018 [acceso 18 de febrero de 2019]. Disponible en <http://www.prosego.com/guias-practicas-de-asistencia/>
37. Laza C, Cárdenas F. Una mirada al cuidado en la gestación desde la enfermería transcultural. *Rev. Cubana Enfermer.* 2018; 24 (3-4): 1-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000300009
38. Cnattingius S, Villamor E, Johansson S, Edstedt Bonamy AK, Persson M, Wikström AK, Granath F. Maternal obesity and risk of preterm delivery. *JAMA* 2018; 12; 309(22):2362-70. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000100011
39. Suárez J, Preciado R, Gutiérrez M, Cabrera M, Marín Y, Cairo V. Influencia de la obesidad pregestacional en el riesgo de preeclampsia/eclampsia. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* marzo de 2017;39(1):3-11. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v31n1/v31n1a03.pdf>
40. De Miranda L. Embarazo y obesidad: un binomio de alto riesgo. [citado 23 Mayo 2019]. Disponible en: http://www.elsalvador.com/mwedh/nota/nota_completa.asp?idCat=47895&idArt=6925723
41. Dariush M. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes and Obesity. *Circulation* [Internet]. 2016 Jan 12 [citado 24 Julio 2019]; 133(2):187-225. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26746178>.
42. Batsis JA, Mackenzie TA, Bartels SJ, Sahakyan KR, Somers VK, y Lopez-Jimenez F. Diagnostic Accuracy of body mass index in diagnosing obesity in the adult general population. *Inter J Obesity* [internet] 2016 [citado 20 Feb 2019]; 40(5):761-767. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26620887>

43. Vélez A, Narváez J. Prevalencia de obesidad en mujeres de 20 a 64 años en el Centro de Salud del Cantón Chordeleg, en el periodo enero de 2015 a diciembre de 2016. 2018. [citado 20 Feb 2019]. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30574/1/Proyecto%20de%20investigacion.pdf>

ANEXO 1: Oficio de Bioética



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 11 de mayo de 2018

El Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca **CERTIFICA** que ha conocido, analizado y aprobado el protocolo de estudio intitulado “RIESGO OBSTETRICO EN GESTANTES OBESAS DE 26 A 30 AÑOS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, ENERO 2017 – ENERO 2018”, cuya investigadora principal es la Srta. Patricia Karina Paguay León y que se encuentra siendo dirigida por el Dr. Wilson Campoverde B.

Código: PLPK3

Es todo cuanto se puede decir en honor a la verdad.

Atentamente,



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR



DR. WILSON CAMPOVERDE BARROS
COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA

Dr. Wilson Campoverde Barros
COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA



ANEXO 2: Oficio de coordinación de investigación



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 12 de junio de 2018.

Señor Doctor.
Oscar Chango Sigüenza
GERENTE DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina PAGUAY LEON PATRICIA KARINA con CI: 0104758692, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es **“RIESGO OBSTETRICO EN GESTANTES OBESAS DE 26 A 30 AÑOS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO ENERO 2017 – ENERO 2018”**. La Investigación será dirigida por el Dr. Wilson Campoverde, especialista en Bioética y docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:



Dra. Karla Aspiazú H.
Responsable del Criterio de Investigación
Facultad de Medicina
UCACUE

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

Oficio No. 0743-GHR-2018
Cuenca, 11 de julio de 2018

Doctora
Karla Aspiazu H.
RESPONSABLE DEL CRITERIO DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
Presente

Asunto: carta de interés institucional con protocolo de investigación "RIESGO OBSTETRICO EN GESTANTE OBESAS DE 26 A 30 AÑOS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO ENERO 2017 A ENERO 2018"

De mi consideración

Yo **OSCAR MIGUEL CHANGO SIGUENZA** con CI 0102631652, en calidad de autoridad del HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, manifiesto que conozco y estoy de acuerdo con la propuesta del protocolo de investigación titulado "**RIESGO OBSTETRICO EN GESTANTE OBESAS DE 26 A 30 AÑOS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO ENERO 2017 A ENERO 2018**". Cuyo investigador principal es Patricia Karina Paguay León.

Certifico también que se han establecido acuerdos con el investigador para garantizar la confidencialidad de los datos de los individuos, en relación con los registros médicos fuentes de información a los que se autorice su acceso.

Con sentimiento de distinguida consideración.

Atentamente,


Dr. Oscar Chango Sigüenza
GERENTE DEL HOSPITAL
VICENTE CORRAL MOSCOSO

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
GERENCIA

Ministerio de Salud Pública
Av. 12 de Abril y Los Arupos
Cuenca - Ecuador

ANEXO 3: Formulario de recolección de datos



UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE MEDICINA, ENFERMERIA Y CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA

HOJA RECOLECTORA DE DATOS

N° DE FORMULARIO: 133

HISTORIA CLINICA: 357405

FECHA: DIA / MES / AÑO 07/02/2018
1722237193

1. DATOS GENERALES

1.1 EDAD 26 AÑOS

1.2 ESTADO CIVIL.

SOLTERA
CASADA
VIUDA
DIVORCIADA
UNION LIBRE

1.3 RAZA (ETNIA)

BLANCA
MESTIZA
AFROECUATORIANA
INDÍGENA

1.4 NIVEL DE INSTRUCCIÓN

ANALFABETO
PRIMARIA
SECUNDARIA
SUPERIOR
CUARTO NIVEL



UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE MEDICINA, ENFERMERIA Y CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA

HOJA RECOLECTORA DE DATOS

N° DE FORMULARIO: 133

HISTORIA CLINICA: 357405

FECHA: DÍA / MES / AÑO 02/02/2018

1.5 RESIDENCIA

URBANO

RURAL

1.6 MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

PESO 71 KG TALLA 1.51 M

1.7 COMPLICACIONES EN EL PERIODO GESTACIONAL

- DIABETES GESTACIONAL SI NO
- HIPERTENSIÓN GESTACIONAL SI NO
- ECLAMPSIA SI NO
- PREECLAMPSIA SI NO
- HIPERTENSIÓN CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBREGREGADA SI NO
- HIPERTENSIÓN CRÓNICA SI NO
- COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS SI NO
- EMBARAZO ECTÓPICO SI NO
- ABORTO SI NO

1.8 COMPLICACIONES EN EL PARTO

- MACROSOMÍA SI NO
- PARTO PRÉTERMINO SI NO
- CESÁREA SI NO
- MORTINATO SI NO



UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE MEDICINA, ENFERMERIA Y CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA

HOJA RECOLECTORA DE DATOS

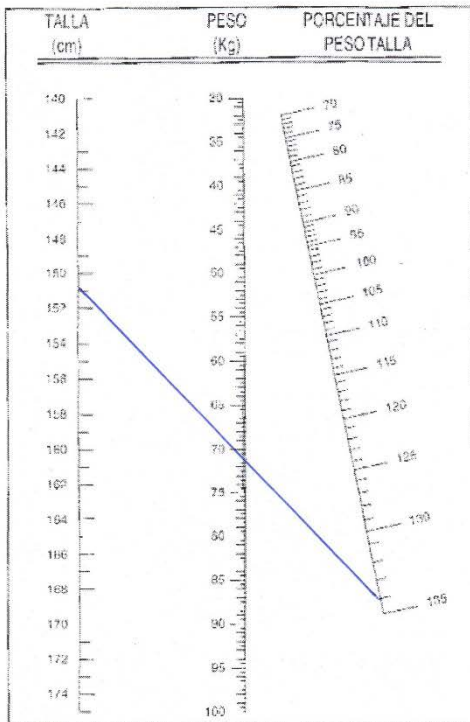
N° DE FORMULARIO: 133

HISTORIA CLINICA: 357405

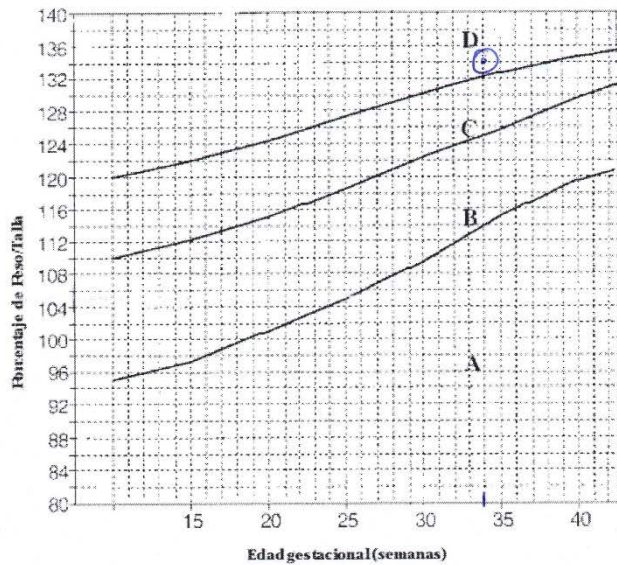
FECHA: DIA / MES / AÑO 02/02/2018

Gráfica de incremento de peso para embarazadas

Nomograma para clasificación de la relación Peso/Talla de la mujer(%)



Incremento de peso para embarazadas



- A: Bajo peso
- B: Normal
- C: Sobrepeso
- D: Obesidad

Fuente: Rosso P., Mardones S.F., Chile, 1988.



UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE MEDICINA, ENFERMERIA Y CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA

HOJA RECOLECTORA DE DATOS

N° DE FORMULARIO: 133.

HISTORIA CLINICA: 357405

FECHA: DIA / MES / AÑO 02/02/2018

1.9 RIESGO OBSTETRICO SI NO

2. INDIQUE EL RIESGO OBSTETRICO

Obesidad (A).

Amenaza de parto pretérmino. (2).

2.1 SEÑALE EL TIPO DE RIESGO

BAJO

ALTO

INMINENTE

ANEXO 4: Informe de antiplagio

INFORME FINAL DE TITULACION PATRICIA KARINA PAGUAY LEON

INFORME DE ORIGINALIDAD

7% INDICE DE SIMILITUD	7% FUENTES DE INTERNET	0% PUBLICACIONES	0% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	www.nutrilearning.com.ar Fuente de Internet	3%
2	aplicaciones.msp.gob.ec Fuente de Internet	2%
3	ishareslide.net Fuente de Internet	2%

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 2%

ANEXO 5: Rúbrica de pares revisores, rúbrica de revisión de dirección de carrera.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
UNIDAD DE TITULACIÓN
M.D. KARLA QUIMPTI GUERRERO, MGS.
SUPERINTENDENTE CARRERA MEDICINA



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: *Riesgo Obstétrico en Gestantes de 26 a 30 años, ingresadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Enero 2017 - Enero 2018*

Nombre del estudiante: *Patricia Karina Paguay Leon*

Director: *Dra. Katharine Palazar*

Nombre de par revisor: *Dr. Esteban Padrón M.*

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	X			1 / 1
Redacción Científica	X			1 / 1
Pensamiento crítico	X			1 / 1
Marco teórico	X			1 / 1
Anexos	X			1 / 1
Total				5 / 5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Dr. Esteban Padrón M.
Médico Ginecólogo
Libro 3 "1956" N° 50

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pío Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec





Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: *Riesgo Obstétrico en mujeres gestantes ingresadas en el Hospital Vicente Comal Moscoso en el período Enero 2017 - Enero 2018.*

Nombre del estudiante: *Paquay Leba Patricia Karing.*

Director: *Dra. Katherine Salazar.*

Nombre de par revisor: *Dr. Juan Muñoz C.*

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	<input checked="" type="checkbox"/>			4 /1
Redacción Científica	<input checked="" type="checkbox"/>			4 /1
Pensamiento crítico	<input checked="" type="checkbox"/>			4 /1
Marco teórico	<input checked="" type="checkbox"/>			4 /1
Anexos	<input checked="" type="checkbox"/>			4 /1
Total	5			20 /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Ninguna por el momento.

Hospital del IESS "José Carrasco A."
DR. JUAN P. MUÑOZ CAJILIMA
MÉDICO GINECÓLOGO - EMERGENCIA
L38 F 87 Número 256

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec





Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema:	Riesgo obstétrico en gestantes de 26 a 30 años, ingresadas en el Hospital Vicente General Morúa, enero 2017 – enero 2018.
Nombre del estudiante:	Patricia Karina Páez León.
Nombre del responsable de la calificación	
Director:	Dr. Katherine Salazar.
Asesor:	Dr. Katherine Salazar.

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	/			/	
Redacción Científica	/			/	
Pensamiento crítico	/			/	
Marco teórico	/			/	
Anexos	/			/	

* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:


 UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DR. FREDDY CARDENAS H.
 DIRECTOR DE CARRERA DE MEDICINA
Firma y sello del Director o Representante de Dirección de la Carrera de Medicina


Firma de aceptación del estudiante



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado septiembre 2017 – agosto 2018, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: La alumna PAGUAY LEON PATRICIA KARINA ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación titulado: "RIESGO OBSTETRICO EN MUJERES GESTANTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO EN EL PERIODO ENERO 2017- ENERO 2018", obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 10/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 50/100

Revisores: DRA. JUAN MUÑOZ/ DR. ESTEBAN PADRON

Director: DRA. ZOILA KATHERINE SALAZAR / **Asesor:** DRA. ZOILA KATHERINE SALAZAR

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación de la alumna antes mencionada.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
UNIDAD TITULACIÓN

Lcda. Carem Prieto M. Sc.

Responsable de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



17 SEP 2013

RECIBIDO
HORA: FIRMA