

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR.**



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

**“PREVALENCIA DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES  
DERMATOLÓGICAS EN GESTANTES ATENDIDAS POR CONSULTA  
EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y DERMATOLOGÍA EN RELACION A LA  
ETAPA GESTACIONAL EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS EN EL  
PERIODO ENERO- JUNIO 2017.”**

**AUTORA:**

**STEFANY FERNANDA GUAMAN JARAMILLO**

**DIRECTORA DE TESIS**

**DRA CATALINA TORRES**

**MACAS-CUENCA-ECUADOR**

**2017**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>CAPITULO I</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1 INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>8</b>
<b>1.2 Planteamiento Del Problema:</b> .....	<b>9</b>
<b>1.2.1 Situación Problemática:</b> .....	<b>9</b>
<b>1.3 Formulación Del Problema</b> .....	<b>10</b>
<b>1.4 Justificación</b> .....	<b>10</b>
<b>CAPITULO II</b> .....	<b>11</b>
<b>2. FUNDAMENTO TEORICO</b> .....	<b>11</b>
<b>2.2. Concepto Generales:</b> .....	<b>13</b>
<b>2.2.1 La Piel</b> .....	<b>13</b>
Epidermis .....	<b>13</b>
Dermis.....	<b>13</b>
Capa Subcutánea.....	<b>13</b>
<b>2.1.2. Cambios De La Piel Durante El Embarazo.</b> .....	<b>14</b>
<b>Principales Patologías Dermatológicas En El Embarazo</b> .....	<b>14</b>
<b>1 Penfigoide Gestacional (PG)</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1 Definición</b> .....	<b>14</b>
<b>1.2 Epidemiología</b> .....	<b>14</b>
<b>1.3 Etiopatogénesis</b> .....	<b>15</b>
<b>1.4 Clínica Y Diagnóstico</b> .....	<b>15</b>
<b>1.5 Tratamiento</b> .....	<b>16</b>
<b>1.6 Complicaciones</b> .....	<b>16</b>
<b>2 Erupción Polimórfica Del Embarazo (EPE)</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1 Definición Y Prevalencia</b> .....	<b>17</b>
<b>2.2 Fisiopatología</b> .....	<b>17</b>
<b>2.3 Cuadro Clínico</b> .....	<b>18</b>
<b>2.4 Diagnóstico</b> .....	<b>18</b>
<b>2.5 Diagnóstico Diferencial</b> .....	<b>18</b>
<b>2.6 Tratamiento</b> .....	<b>19</b>
<b>2.7 Pronóstico</b> .....	<b>19</b>
<b>3 Erupción Atópica Del Embarazo (EAE)</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1 Definición</b> .....	<b>19</b>

3.2 Etiopatogenia .....	20
3.3 Cuadro Clínico .....	20
3.4 Tratamiento .....	20
4 Melasma En El Embarazo.....	20
4.1 Definición, Etiopatogenia.....	20
4.3 Diagnóstico .....	22
4.3 Tratamiento.....	<b>22</b>
5. Estrías.....	22
5.1 Definición Y Etiología.....	22
5.2 Factores De Riesgos .....	22
5.5 Tratamiento .....	23
<b>CAPITULO III .....</b>	<b>23</b>
<b>3. HIPÓTESIS.....</b>	<b>24</b>
<b>CAPITULO IV .....</b>	<b>25</b>
<b>4. OBJETIVOS .....</b>	<b>25</b>
4.1 Objetivo General. ....	<b>25</b>
4.2 Objetivos Específicos.....	<b>25</b>
<b>CAPITULO V .....</b>	<b>26</b>
<b>5. DISEÑO METODOLOGICO.....</b>	<b>26</b>
5.1 Diseño General Del Estudio .....	<b>26</b>
5.1.1 Tipo Y Diseño De Estudio.....	<b>26</b>
5.1.2 Área De Investigación.....	<b>26</b>
5.1.4 Selección Y Tamaño De Muestra .....	<b>26</b>
5.1.5 POBLACION MUESTREO Y MUESTRA. ....	<b>26</b>
5.1.5.1 Población .....	26
5.1.5.2 Muestra.....	27
5.1.6 Unidad De Análisis Y Observación.....	<b>27</b>
5.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	<b>27</b>
5.2.1 Criterios De Inclusión .....	<b>27</b>
5.2.2 Criterios De Exclusión: .....	27
5.3 Métodos E Instrumentos Para Obtener La Información .....	<b>27</b>
5.3.1. Método De Procesamiento De La Información. ....	27
5.3.2 Técnicas De Recolección De Datos.....	28
5.3.3 Medidas Estadísticas .....	28
5.3.4 Procedimiento Para La Recolección De Información Y Descripción De Instrumentos A Utilizar.....	28

5.4	Procedimiento Para Garantizar Procesos Bioéticos.....	28
5.5.	Descripción De Variables .....	29
<b>CAPITULO IV</b> .....		<b>30</b>
6.	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>30</b>
6.1.	Cumplimiento Del Estudio .....	30
6.2.	Características De La Población De Estudio.....	30
6.3	Análisis De Los Resultados .....	30
<b>CAPITULO VII</b> .....		<b>35</b>
7.	<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>35</b>
<b>CAPITULO VIII</b> .....		<b>38</b>
8.	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>38</b>
8.1	Conclusiones .....	38
8.2	Recomendaciones .....	39
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....		<b>40</b>
<b>ANEXOS</b> .....		<b>44</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de las principales patologías dermatológicas en gestantes en relación a la etapa gestacional que acudieron a consulta externa de ginecología y dermatología del Hospital General de Macas.

**Diseño Metodológico:** Estudio de tipo descriptivo transversal que permitió medir la prevalencia con un universo de 300 gestantes tomando una muestra seleccionada al azar de 148 embarazadas entre 18 y 45 años que acuden a consulta externa de ginecología y dermatología que se obtuvo con el programa Epidat 4.1 teniendo una Proporción esperada: 20%, Nivel de confianza: 95%, Precisión Absoluta máxima: 5% .Los datos fueron ingresados en el programa SPSS versión 15 y analizados en tablas de porcentajes y frecuencias (variables cualitativas); variables cuantitativas: media y desvío estándar; para la comprobación de hipótesis se realizó: Chi cuadrado y valor de  $p < 0,005$  .

**Resultados:** Grupo entre 18 y 25 años, con una media de edad de 28 años (DE  $\pm 8$  años); una educación media y que se desempeñan en labores domésticas.Las principales patologías en relación a la etapa gestacional fueron: primer trimestre erupción atópica con el 50%( n°7/14), segundo trimestre estrías llegando al 53,3% (n°40/75), y en el tercer trimestre melasma 52,5%(n°31/59).

**Conclusiones:** Prevalencia de la patología dermatológica en relación a la etapa gestacional fueron: primer trimestre la erupción atópica con el 50%, segundo trimestre se observó estrías llegando al 53,3%, y en el tercer trimestre predominó el melasma con un 52,5%; hubo solo asociación estadística entre el melasma y el tercer trimestre.

**Palabras clave (DeCS):** GESTANTE, PERIODO, ETNIA, DERMATOPATOLOGÍA

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the prevalence of the main dermatological pathologies in pregnant women in relation to the gestational stage that went to the external consultation of gynecology and dermatology of General Hospital of Macas.

**Methodological Design:** A cross-sectional descriptive study that allowed to measure the prevalence with a universe of 300 pregnant women taking a random sample of 148 pregnant women between 18 and 45 years old who attend an outpatient clinic of gynecology and dermatology that was obtained with the program Epidat 4.1 having an expected proportion: 20%, confidence level: 95%, maximum absolute precision: 5%. Data were entered in the SPSS version 15 program and analyzed in tables of percentages and frequencies (qualitative variables); quantitative variables: mean and standard deviation; for the hypothesis testing was performed: Chi square and p value <0.005.

**Results:** Group between 18 and 25 years, with a mean age of 28 years (SD  $\pm$  8 years); a secondary education and that work in domestic tasks. The main pathologies in relation to the gestational stage were: first trimester atopic eruption with 50% (n ° 7/14), second trimester striae reaching 53.3% (n ° 40/75), and in the third quarter melasma 52.5% (n ° 31/59).

**Conclusions:** Prevalence of the dermatological pathology in relation to the gestational stage were: first trimester the atopic eruption with 50%; second trimester striae was observed reaching 53.3%; and in the third trimester, melasma predominated with a 52.5% %; there was only statistical association between melasma and the third trimester.

Keywords (DeCS): GESTANT, PERIOD, ETHNIC, DERMATOPATHOLOGY

## DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado primero a Dios y todas las personas que creyeron en mí desde un inicio que de alguna y otra manera aportaron para llegar al cumplimiento de este nuevo reto.

A mi madre, abuelita, padre, hermano y tío gracias por el apoyo incondicional en mi vida.

A mi novio gracias por siempre estar ahí en las buenas, malas y peores situaciones.

A mis amigas incondicionales Yadira, Norma, Karla y Taty gracias por confiar en mí y brindarme su apoyo.

A mi amigo Galo Ochoa gracias por esas palabras de aliento en el momento adecuado.

## AGRADECIMIENTO

“Un escalón más en mi carrera agradeciéndole primero al todo poderoso”

Un agradecimiento fraterno a la Dra. Catalina Torres por ser guía de mi trabajo investigativo.

De manera especial a la Dra. Karina Orellana quien fue asesora durante mi internado.

Mi apoyo incondicional a mi familia, novio y amigos.

## CAPITULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

El embarazo predispone a diversos cambios cutáneos: cambios fisiológicos y dermatosis propias del embarazo, algunos de los cuales se deben a la producción de distintas hormonas por la unidad feto-placentaria, así como a la actividad elevada de la hipófisis, tiroides y glándulas suprarrenales maternas. También ocurren cambios en el sistema inmunológico, metabólico y vascular que predisponiendo de esta manera (1).

Durante el embarazo la placenta produce una serie de hormonas proteicas (gonadotrofina coriónica humana, lactógeno placentario humano, tirotrófina coriónica humana y corticotrofina coriónica humana), así como las hormonas esteroideas progesterona y estrógenos. Los niveles séricos de estas hormonas son dinámicos a lo largo del embarazo y su influencia exacta sobre la fisiología cutánea se ignora (1).

Si bien no se conoce totalmente la influencia de las hormonas sobre la piel, se piensa que son responsables de muchos de los cambios cutáneos normales durante el embarazo (1).

Rudolph A, Müllegger R, Vaughan J, Kerl H. Consideran que los llamados “cambios fisiológicos” pueden ser patológicos cuando son severos (2).

Por otro lado, los cambios inmunológicos, endocrinos, metabólicos y vasculares hacen a la embarazada susceptible de empeorar o, con menor frecuencia, mejorar ciertas enfermedades dermatológicas (2).

Además, existen patologías cutáneas que ocurren exclusivamente en el embarazo (2).

A nivel mundial se estima que la prevalencia se produce entre un 30-50% en el periodo de gestación (2).

Rudolph A, Müllegger R, Vaughan J, Kerl H. (2006) trabajaron mediante un estudio retrospectivo con 505 embarazadas en Australia, el cual reportó: erupción atópica del embarazo (PEA) (50,7%), erupción polimórfica del embarazo (PEP) (21,6%), penfigoide gestacional (PG) (4,2%), colestasis intrahepática del embarazo (ICP) (3%) y dermatosis miscelánea (20,6%) (3).

Roizen V, Araya I. (2009) realizaron un estudio retrospectivo-descriptivo con 227 pacientes en Chile los resultados según la patología dermatológica fueron los siguientes: estrías con un 49,30%, melasma 30,83%, várices 24,22%, hiperemia gingival 10,57%, y telangiectasias aracniformes 10,13%. Se concluye que la presencia de las patologías dermatológicas según la etapa gestacional con los siguientes porcentajes: estrías con el 55,33% durante el tercer trimestre, melasma 40,77% en el tercer trimestre, varices con el 30 % en el segundo trimestre observando (4).

Hassan I, Bashir S. (2015) con un estudio transversal realizado que contó con 650 pacientes en la India, se evidenció la dermatosis específicas del embarazo dentro de éstas : el prurigo representó el 50%, erupción polimórfica del embarazo 12 % Colestasis Intrahepática 25%, y pénfigo gestacional 3% (5).

## **1.2 Planteamiento Del Problema:**

### **1.2.1 Situación Problemática:**

En la actualidad los cambios de piel son bastante comunes en el embarazo, aunque la mayoría de ellos son de naturaleza fisiológica y no necesitan más manejo. Sin embargo, las erupciones prurítica del embarazo, que no son una entidad rara, pueden ser una fuente de angustia significativa para la mujer embarazada y necesitan una intervención terapéutica oportuna; como también el melasma afecta a nivel psicológico y el mismo es de difícil manejo pero con cuidados oportunos su puede disminuir su aparición y finalmente el penfigoide gestacional y colestasis intrahepática pueden llegar hasta comprometer la vida del neonato aunque es muy poco frecuente estas entidades.

### 1.3 Formulación del Problema

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y obstétricas de la población de estudio según: edad, etnia, instrucción, ocupación y etapa gestacional?
- ¿Cuál es la prevalencia de las principales enfermedades dermatológicas en gestantes?
- ¿Cuál es la prevalencia de principales enfermedades dermatológicas en gestantes que se relación a la etapa gestacional?

### 1.4 Justificación

Las enfermedades dermatológicas son frecuentes en un 30-50 % durante el periodo gestacional ya que en este transcurso se producen diversos cambios fisiológicos o fisiopatológicos, hasta el momento no se estable de forma directa de las causas pero se supone que podrían aparecer en relación a la etapa gestacional debido a la producción hormonal que existe en cada una de estas etapas (5).

No existe información suficiente de estudios realizados sobre el tema, por lo tanto existe una gran necesidad de conocer, su prevalencia, datos estadísticos a nivel mundial, nacional y regional lo que limita analizar al respecto e iniciar un estudio donde se pueda establecer al menos datos estadísticos en el hospital que se labora.

La investigación reviste de relevancia académica ya que recolectarán las opiniones de los principales expertos, sus aportes científicos médicos que han contribuido al diagnóstico y manejo de estos tipos de patologías dermatológicas, de tal forma que la información obtenida en este estudio, servirá para complementar los anteriormente realizados.

A nivel social nos aportará con el conocimiento de la prevalencia de las principales patologías dermatológicas presentes en las gestantes que habitan el cantón Morona, con la finalidad de tomar medidas preventivas oportunas mediante los resultados obtenidos por la misma investigación respetando costumbres y tradiciones de las habitantes.

## CAPITULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes:

Aunque la mayoría de estas dermatosis cutáneas son benignas y se resuelven en el período postparto, algunas pueden arriesgar la vida fetal y requieren vigilancia prenatal (5).

La primera clasificación de las dermatosis del embarazo fue propuesta por Holmes y Black en 1983 e incluyó cuatro afecciones de la piel: 1. Penfigoide Gestacional (PG) 2. Erupción Polimórfica del Embarazo (EPE) (que incluye a: Pápulas urticarias pruriginosas y placas de embarazo [PUPPP]) 3. Prurigo de embarazo (PE) y 4. Foliculitis Prurítica del Embarazo (FPE) (5).

La segunda, propuesta por Shornick en 1998, incluyó la Colestasis Intrahepática del Embarazo (ICE) además de Penfigoide Gestacional, Erupción Polimórfica del Embarazo y Prurigo del Embarazo (5).

La tercera clasificación propuesta por Ambros-Rudolph en 2006, incluyeron cuatro condiciones principales: 1. Erupción atópica del embarazo, 2. Erupción polimórfica del embarazo, 3. Penfigoide gestacional y 4. Colestasis intrahepática del embarazo bajo dermatosis del embarazo (5).

La nomenclatura y clasificación de las dermatosis del embarazo ha sido controversial a lo largo del tiempo, pero actualmente se acepta clasificarlas en tres categorías (5):

#### 1) Cambios fisiológicos en el embarazo (5):

- Cambios en pigmentación (melasma, línea nigra)
- Cambios en pelo y uñas (hirsutismo, fragilidad ungueal, onicolisis distal)
- Cambios glandulares (hiperhidrosis, tubérculos de Montgomery)
- Cambios en el tejido conectivo (estrías por distensión)
- Cambios vasculares (eritema palmar, telangiectasias aracniformes)

## **2) Dermatosis y tumores cutáneos afectados por el embarazo (5):**

- **Enfermedades inflamatorias**
  - Dermatitis atópica
  - Dermatitis de contacto
  - Psoriasis
  - Acné
  - Hidrosadenitis supurativa y enfermedad de Fox-Fordyce.
- **Infecciones**
- **Enfermedades autoinmunes**
- **Desórdenes metabólicos**
- **Desórdenes del tejido conectivo**
- **Tumores cutáneos (5):**
  - Granuloma telangiectásico del embarazo o epulis del embarazo
  - Hemangiomas, hemangioendoteliomas y tumores glómicos
  - Moluscos Fibrosum gravidarum
  - Dermatofibromas, leiomiomas y queloides
  - Nevo melanocítico y melanoma.

## **3) Dermatosis que ocurren sólo en el embarazo (5):**

- Herpes gestationis (penfigoide gestationis)
- Erupción polimorfa del embarazo (PEP) o pápulas y placas urticarianas pruriginosas del embarazo (PPUPE)
- Prurigo del embarazo
- Foliculitis pruriginosa del embarazo.

El tratamiento de las dermatosis específicas del embarazo depende del estadio y severidad de la enfermedad (6).

En todos los casos el tratamiento con corticoides, tópicos y sistémicos, y los antihistamínicos sistémicos pueden ser efectivos. En el caso de penfigoide gestacional leve los corticoides tópicos con o sin antihistamínicos orales pueden ser efectivos y en los casos severos que no responden a corticoides sistémicos

pueden beneficiarse con otros agentes (metilprednisolona pulsada o inmunoglobulinas intravenosas (6).

## **2.2. Concepto Generales:**

### **2.2.1 La Piel**

La piel es la parte protectora de nuestro cuerpo y posee funciones específicas, las cuales se destacan en regularizar la temperatura, almacenar agua y grasa y evitan la entrada de gérmenes patógenos a nuestro organismo (6).

Además posee la capacidad de producir hormonas y sustancias pudiéndose considerar como órgano endocrino (7).

Se compone por 3 capas: epidermis, dermis y tejido subcutáneo (7).

#### **Epidermis**

Es la primera capa es fina y se compone de 3 capas:

- **Capa Córnea o llamada también estrato córneo:** Esta capa es la más superficial de todas, renovándose de manera continua y posee queratinocitos maduros (8).
- **Capa Escamosa:** Es la segunda capa posee queratinocitos activos que posterior evolucionan a células escamosas (8).
- **Capa Basal:** Es la última capa al igual que la capa córnea se renueva de manera constante y contiene melanocitos (8).

#### **Dermis**

Es la segunda capa y posee: una parte vascular, linfática, folicular, sudorípara, colágena, fibroblástica y nerviosa (9).

#### **Capa Subcutánea**

Siendo la más profunda de la piel y está compuesta de colágeno y grasa, de esta manera ayuda a la regularización de la temperatura y amortigua los impactos violentos evitando lesiones posteriores (9).

### **2.1.2. Cambios De La Piel Durante El Embarazo.**

En cuanto a los cambios dérmicos durante la etapa gestacional que van desde la parte inmunológica, pigmentaria, metabólica, vascular y endocrinológica que pueden ser de manera fisiológica o patológica (9).

Existe 3 aspectos que se puede considerar de la siguiente manera: (10).

- Producción placentaria de melanocortina (10).
- Incremento de niveles de hormona estimulante de los melanocitos y cambios en la concentración de los esteroides (10).
- Incremento de niveles de esteroides sexuales y andrógenos (10).

## **Principales Patologías Dermatológicas En El Embarazo**

### **1 Penfigoide Gestacional (PG)**

#### **1.1 Definición**

Es un trastorno cutáneo autoinmune raro e intensamente prurítico que sólo ocurre en asociación con el embarazo. Posee características clínicas e inmunológicas similar al grupo penfigoide de trastornos autoinmunes de la piel con ampollas. Anteriormente denominado como herpes gestacional, debido a la morfología similar de las ampollas. Su nombre fue cambiado por que se demostró que no estaba relacionado con ninguna activación del virus del herpes. La enfermedad comúnmente se presenta en el 2 o 3 trimestre pero también se ha reportado en el 1 trimestre y en puerperio (11,12).

#### **1.2 Epidemiología**

La incidencia es de aproximadamente 1 en 60.000 embarazos y la patogénesis todavía no está completamente establecida, pero una asociación con los haplotipos HLA-DR3 en el 61-80% de los pacientes y el HLA-DR4 en el 52-53% de las pacientes embarazadas (11).

Es una patología muy frecuente a nivel mundial que se presenta entre 1/1700 y 1/50 000 (12).

En Estados Unidos la incidencia es 1 /50 000 mientras que Reino Unido es alrededor de 1/40 000 y en Francia se presenta 1/1 600 (12).

Savervall C. (2011) en un estudio transversal con 505 embarazadas se establece que padecieron de dermatosis pruriginosas representando solo un 4% correspondía al penfigoide gestacional en Inglaterra (12).

### **1.3 Etiopatogénesis**

Su etiología en relación a la parte inmunológica se cree que hay una producción de autoanticuerpos (sobre todo en el IgG1), el mismo que se une al antígeno 180 kDa (BPAg2) de los hemidesmosomas de la membrana basal. Posterior se activa la vía clásica del complemento, con lesión a nivel de la unión dermo-epidérmica y formación de burbuja subepidérmica. El local primario de autoinmunidad parece ser la placenta, ya que los autoanticuerpos no se ligan sólo a la membrana basal de la epidermis sino también al epitelio coriónico y amniótico, ambos de origen ectodérmico (13).

La expresión anómala de las moléculas MHC clase II (probablemente de origen paterna) en la placenta y posteriormente, reacción cruzada con antígenos cutáneos. La susceptibilidad genética es evidenciada por la asociación de los antígenos HLA-DR3 (60-80%), HLA-DR4 (50%) o las dos (40-50%) y la detección del alelo nulo de C4 (en 70% de las pacientes) (13).

### **1.4 Clínica y Diagnóstico**

Comienza habitualmente en el 2 o 3 trimestre del embarazo (promedio a las 21 semanas de gestación) o en el posparto inmediato (en torno al 15-25% de los casos) (13).

El prurito es el síntoma predominante. Las lesiones que forman son pápulas y placas urticariformes que adquieren aspecto policíclico o en blanco y que evolucionan hacia una erupción bullosa generalizada que inician en la región umbilical y periumbilical en cerca de la mitad de los casos y se extienden a otras áreas del tronco y miembros, a menudo alcanzando las palmas y plantas (13).

La inmunofluorescencia directa diferencia con la erupción polimorfa del embarazo es que la inmunofluorescencia directa es negativa, incluso posteriormente, pero la inmunofluorescencia directa puede permanecer positiva por seis meses a cuatro años después de la remisión clínica (13).

Por regla general, se produce la remisión del cuadro al final del embarazo, seguido de agudización en el período posterior al parto, en el 75% de los casos (13).

Posteriormente, el cuadro tiende a resolverse espontáneamente entre algunas semanas o meses. Puede ser crónico cuando la dermatosis tiene una duración superior a seis meses en el puerperio (13).

Puede recurrir en gestaciones subsiguientes o con la toma de anticonceptivos orales y menstruación. Si se produce la recurrencia en una gestación siguiente es habitualmente más precoz y más grave (13).

En raras ocasiones, se han notificado patrones de embarazo (alrededor del 8% de los casos) hecho atribuido al intercambio de pareja o expresión de antígenos HLA-DR idénticos por la madre y el feto (13).

### **1.5 Tratamiento**

Se ha reportado que la corticoterapia oral es el tratamiento de elección de la madre y el feto (13).

Los dermocorticoides potentes pueden ser útiles en las lesiones urticariformes iniciales o en las agudizaciones. En el caso de la prednisona debe iniciarse con dosis bajas (0,25-0,50 mg / Kg / día) y aumentarse hasta obtener respuesta clínica. En casos graves, pueden ser necesarias dosis más altas, hasta 3 mg / kg / día (13).

Los tratamientos alternativos deben considerarse en el período post-parto en los casos recalcitrantes o crónicos debido a los efectos adversos graves asociados con el uso prolongado de corticoides. Algunas opciones son la minociclina o la doxiciclina, así como la inmunoglobulina endovenosa combinada con ciclosporina u otros tratamientos inmunosupresores (13).

### **1.6 Complicaciones**

A pesar de existir una tendencia a los recién nacidos (RN) con bajo peso y prematuridad (20%), el PG no se asoció la mayor mortalidad fetal (13).

Los riesgos fetales no disminuyen con la institución precoz del tratamiento, y se piensa que están asociados a un cierto grado de insuficiencia placentaria (13).

Los autoanticuerpos BP-180 pueden inducir microseparación epitelio-estromal en la placenta, lo que puede provocar alguna quiebra funcional de la placenta y explicar las complicaciones fetales (13).

En los RN el paso de anticuerpos a través de la placenta puede causar lesiones (hasta un 10%), pero estas desaparecen sin dejar secuelas (13).

## **2 Erupción Polimórfica Del Embarazo (EPE)**

### **2.1 Definición Y Prevalencia**

Permanece al grupo de las dermatosis pruriginosas específicas en el embarazo permaneciendo al grupo heterogéneo que afectan al 20% (14).

EPE (anteriormente denominado pápulas urticarias pruriginosas y placas de embarazo) es un trastorno inflamatorio benigno y autolimitado que suele afectar a las primigrávidas (42 %) en el 3 trimestre de gestación o compromete las semanas 35 y 39 (79%) o seguido del parto (15%). Rara vez se repite en el embarazo posterior (14).

Se presenta en 1 de cada 160 embarazos (14).

### **2.2 Fisiopatología**

A pesar de la alta frecuencia de EPE, se sabe poco sobre su etiología. Se sugiere que hay cambios en las hormonas sexuales y las respuestas inmunológicas, pero ninguna de estas teorías está justificada (15).

En la actualidad la más aceptada es la enfocada a las alteraciones de las respuestas inmunológicas debido a la producción de anticuerpos específicos contra productos liberados por la elevación del colágeno, se observan lesiones en un inicio sobre las estrías de distensión (15).

En otras teorías poco estudiadas mencionan que existe la aparición de anticuerpos para el trofoblasto. Se basa esta teoría, debido a que estos anticuerpos reaccionan contra el aporte génico paterno por lo que no se observa en los siguientes embarazos pero si reaparece cuando cambian de pareja (15).

### **2.3 Cuadro Clínico**

Se caracteriza por la presencia de pápulas , urticarias que con influyen formando posteriormente placas eritematosas apareciendo en un inicio a nivel de la región abdominal, con mayor incidencia sobre las estrías, pero respetan la zona periumbilical, para luego extenderse a las extremidades superiores, los glúteos y el tercio proximal de los muslos, respetando las zonas de la cara, las palmas y las plantas (15).

El prurito es intenso y puede preceder a la erupción en 8-15 días (15).

Se estima que alrededor de un 50% las lesiones progresan como microvesículas que recubren las estrías distendidas (15).

La erupción puede convertirse en polimorfa, con vesículas (15%), lesiones en blanco (5%), lesiones policíclicas (5%), las escorias y lesiones eczematiformes (20%) son frecuentes en la fase pre-resuelta (15).

Dura aproximadamente seis semanas, resolviendo espontáneamente, siendo la primera semana el período más sintomático (15).

### **2.4 Diagnóstico**

El diagnóstico puede presentar cualidades en cuanto a su localización y forma de presentación. Generalmente no se observa compromiso de su estado mucho menos se reflejan alteraciones en exámenes de laboratorio (16).

Su histología es inespecífica y varía según el estadio de la dermatosis. En las lesiones iniciales predomina edema de la dermis con un infiltrado linfo-histiocitario que se puede acompañar de eosinófilos. Las lesiones más antiguas muestran alteraciones epidérmicas (espongiosis, paraqueratosis, acantosis y exocitosis). La infiltración eosinofílica puede ser marcada en hasta un tercio de los casos, pero es menos intensa que en el PG (16).

### **2.5 Diagnóstico Diferencial**

Está conformado en primera instancia el pénfigo gestacional, el mismo que abarca la parte umbilical con la aparición de ampollas. Y el resultado de la inmunofluorescencia indirecta es positiva más depósitos de C3 (16).

Como segunda opción se puede diferenciar con la colestasis intrahepática en ella las pruebas hepáticas se encuentran alteradas y se manifiesta en el examen físico con ictericia y prurito (16).

En la erupción atópica del embarazo, las pacientes tienen, por lo general, una historia previa de dermatitis atópica y las lesiones inician en el primer trimestre de la gestación (16).

## **2.6 Tratamiento**

De intensidad leve a moderada puede ser tratada sintomáticamente con medidas generales (emolientes, compresas húmedas en la piel), antipruriginosos tópicos, dermocorticoides de baja potencia y antihistamínicos orales (16).

La utilización de antihistamínicos de primera generación (hidroxizina, difenidramina) durante el embarazo no está asociada a ningún riesgo fetal, siendo considerados seguros. Muchas veces, los antihistamínicos de segunda generación (cetirizina, desloratadina y loratadina) son preferidos, ya que casi no atraviesan la barrera hemato-encefálica y casi no causan somnolencia (16).

En los casos con prurito intenso o cuando la erupción se vuelve generalizada, puede considerarse corticoterapia oral (prednisona 40-60 mg/día o prednisolona) (16).

## **2.7 Pronóstico**

No posee complicaciones considerables, posee un buen pronóstico materno-fetal y con un tiempo de duración de dicha patología de alrededor de seis semanas. En cuanto a una nueva aparición es muy bajo su porcentaje pero se puede considerar en embarazos múltiples (16).

## **3 Erupción Atópica Del Embarazo (EAE)**

### **3.1 Definición**

El concepto introducido recientemente, se define como exacerbación o primera manifestación de lesiones eczematiformes o papulosas en pacientes con antecedentes de atopía, después de la exclusión de otras patologías. También conocido como prurigo, foliculitis pruriginosa y eccema en el embarazo (16).

### **3.2 Etiopatogenia**

Es responsable de alrededor del 50% de las dermatosis del embarazo y comienza temprano, antes del tercer trimestre, en aproximadamente el 75% de los casos (16).

Se tiende a recurrir en gestaciones posteriores, dado el contexto de atopía. Se cree que esta dermatosis es desencadenada por alteraciones inmunológicas específicas del embarazo: la disminución de la inmunidad celular y la producción de citocinas Th1 (IL-2, interferón gamma, IL-12) que se compensa con el aumento de la inmunidad humoral y de la secreción de las citocinas Th2 (IL-4, IL-10) (17).

Incluye dos grupos de pacientes, uno que durante el embarazo experimenta cambios en la piel atópica por primera vez o después de una larga remisión y, en segundo lugar, los pacientes que sufren una exacerbación de la dermatitis atópica preexistente (17).

### **3.3 Cuadro Clínico**

Los síntomas por lo general comienzan temprano en el primer o segundo trimestre y típicamente vuelven a ocurrir en embarazos posteriores debido al fondo atópico. Muchas mujeres con EAE tienen una Ig E sérica elevada, una prueba de alergia positiva para alérgenos aéreos y una historia familiar de enfermedades atópicas (17).

### **3.4 Tratamiento**

El tratamiento propuesto es sintomático, con corticosteroides tópicos, emolientes y antihistamínicos (17).

## **4 Melasma En El Embarazo**

### **4.1 Definición, Etiopatogenia**

También llamado cloasma o máscara del embarazo. Es una hipermelanosis adquirida, irregularmente modelada, de luz a marrón oscuro, con distribución simétrica sobre la frente, labios superiores, mejillas, mentón, cuello y, ocasionalmente, antebrazos. Afecta a los fototipos de la piel de Fitzpatrick IV. (18)

Se considera que existe un incremento de producción de melanina (19).

En 1976 no se encontró diferencias en los niveles de  $\beta$ -MSH (Hormona Estimulante de Melanocitos) plasmáticas medidos por radioinmunoensayo específico entre el embarazo y el período postparto, los cuales estaban dentro del rango normal (19).

En 1978 Observaron niveles significativamente más altos de niveles de  $\alpha$ -MSH inmunoreactivos durante el embarazo tardío (19).

También se puede explicar que durante el embarazo, especialmente en el tercer trimestre, las mujeres tienen niveles aumentados de hormonas placentarias, ováricas y pituitarias que representan un estímulo para la melanogénesis, lo que puede explicar la asociación del melasma con el embarazo (19).

La elevación de la Hormona Estimulante de Melanocitos (MSH), los estrógenos y la progesterona también conducen a un aumento de la transcripción de tirosinasa y dopacromo tautomerasa, que puede estar implicada en el desarrollo de la pigmentación en este período (19).

Estas observaciones implican que el melasma en el embarazo es más probable asociarse con las hormonas femeninas circulantes que los péptidos de MSH. De hecho, el aumento de los niveles de progesterona en el embarazo y en la producción de estrógenos que ocurre desde la octava hasta la trigésima semana de embarazo refleja el típico patrón de progresión de la hiperpigmentación (19).

Hexsel D, Lacerda D, Cavalcante A, Ayres E, Azulay L, Weber B, Serra M, López C. (2014) en un estudio transversal en donde se evaluaron 119 mujeres con melasma facial en Brasil. Se concluyó que el melasma estaba en relación con el embarazo en un (40%), la exposición al sol (37%) y la anticoncepción oral hormonal (22%) (20).

#### **4.2 Prevalencia**

Su prevalencia se encuentra aproximadamente entre 1.5% y 3.3% y obedece a la etnia, foto tipo de piel y a la exposición a la luz solar, su prevalencia en el embarazo ascienden a 50 –70% (20).

El inicio del melasma ocurre generalmente durante la segunda mitad del período gestacional y se puede encontrar en el 45-75% de los embarazos (20).

### **4.3 Diagnóstico**

Los tres patrones de melasma que se reconocen clínicamente son: centofacial (61%, el tipo más común), malar (21%) y mandibular (16%) (20).

Su diagnóstico se lo puede hacer desde la simple observación, pero hay varios instrumentos que ayudan a un mejor enfoque entre ellos están: la luz de Wood (320 –400 nm) la misma que ayuda a la identificación de la profundidad de la localización del pigmento y en relación a gravedad puede apoyar utilizando la colorimetría, Mexameter y la puntuación de Melasma Area and Severity Index (21).

### **4.3 Tratamiento**

Es de difícil manejo pero se utiliza el siguiente tratamiento:

#### **-Protección Solar**

El uso de protección solar es de suma importancia ya que la exposición al sol debe ser minimizada (22).

## **5. Estrías**

### **5.1 Definición Y Etiología**

Son bandas lineales atróficas rosadas a violáceas que aparecen más comúnmente en las áreas de estiramiento máximo, como los muslos, los pechos y el abdomen, y generalmente retroceden a bandas atróficas persistentes de color carne después del parto (23).

“Estas depresiones lineales superficiales aparecen como resultado de la afectación de la función fibroblástica por causas mecánicas (estiramiento cutáneo) y bioquímicas (aumento de hormonas esteroideas que inhiben la actividad fibroblástica)” (23).

Algunos argumentos manifiestan que puede existir la reducción de los niveles séricos de la relaxina conforme avance el embarazo (23).

### **5.2 Factores De Riesgos**

Se ha manifestado entre ellos la predisposición genética, el peso durante la etapa gestacional y la edad ya que alrededor del 27 % de las adolescentes padecen de esta dermatopatía (23).

García J, Hernández M, Sanz M, Tadeo M. (2011) en un estudio transversal con 519 gestantes en España. En el concluyen que existe una asociación directa entre la edad y la aparición en menores de 30 años, alto predominio de estrías anteriores al embarazo actual (85%) y una disminución a la incidencia a mayor edad. Con respecto al sobrepeso y la obesidad aumentan significativamente el riesgo. Y finalmente la aparición de la menarquia a más temprana edad correlaciona al desarrollo (23).

### **5.5 Tratamiento**

Debido a que no existe un tratamiento efectivo para eliminarlas, se plantea la prevención basándose en la recuperación de la capacidad elástica de la piel, mediante el uso estimulantes celulares de los fibroblastos (centella asiática y el aceite de rosa mosqueta) y de sustancias que aporten aminoácidos entre ellos están la hidroxiprolina y el ácido aspártico. Para la regeneración de las fibras de colágeno y elastina como el hidroxiprolisilano –C (23).

## CAPITULO III

### 3. HIPÓTESIS

La prevalencia de las principales patologías dermatológicas en las gestantes es más frecuente en el tercer trimestre de gestación en relación con las otras etapas del embarazo.

## **CAPITULO IV**

### **4. OBJETIVOS**

#### **4.1 Objetivo General.**

-Determinar la prevalencia de las principales enfermedades dermatológicas en gestantes atendidas por consulta externa de ginecología y dermatología en el hospital general macas en el periodo enero -junio 2017.

#### **4.2 Objetivos Específicos.**

4.2.1 Caracterizar sociodemográficamente a la población mediante: edad, semanas de gestación, etnia, instrucción, ocupación.

4.2.2 Identificar la prevalencia de las principales enfermedades dermatológicas en el embarazo.

4.2.3. Determinar las principales alteraciones cutáneas más frecuentes durante la gestación en relación a la etapa gestacional.

## CAPITULO V

### 5. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 5.1 Diseño General Del Estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se analizó un universo de 300 gestantes, resultando una muestra al azar de 148 pacientes embarazadas que acudieron a consulta externa de ginecología y dermatología del Hospital General Macas desde enero a junio del 2017. Se explicó a los participantes sobre la investigación y se les hizo firmar el consentimiento informado en caso de que quisieran formar parte de esta. Se procedió a la inspección y a los participantes se les aplicó una encuesta, los datos fueron recolectados en un formulario para su posterior análisis

##### 5.1.1 Tipo Y Diseño De Estudio

Es de tipo descriptivo transversal.

##### 5.1.2 Área De Investigación

Hospital General de Macas consulta externa de dermatología y ginecología.

##### 5.1.3 Universo De Estudio.

Alrededor de 300 paciente que acuden a consulta externa en seis meses.

##### 5.1.4 Selección Y Tamaño De Muestra

Pacientes embarazadas que acuden a consulta externa de dermatología y ginecología durante seis meses.

#### 5.1.5 POBLACION MUESTREO Y MUESTRA.

##### 5.1.5.1 Población

Universo: 300

Nivel Confianza: 95.0%

Proporción esperada: 20%

#### 5.1.5.2 Muestra

Se tomó como muestra seleccionada al azar a 148 personas entre 18 y 45 años que acuden a consulta externa con ginecología y dermatología en el Hospital General de Macas. Las principales variables a analizar serán: edad, etnia, etapa gestacional y nivel de instrucción.

#### 5.1.6 Unidad De Análisis Y Observación

Pacientes embarazadas que acuden a consulta externa de ginecología y dermatología en el Hospital General Macas.

### **5.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### 5.2.1 Criterios De Inclusión

- Pacientes gestantes que firmen el consentimiento informado.
- Paciente embarazada que acuden a consulta externa de ginecología y dermatología de 18 – 45 años de edad.

#### 5.2.2 Criterios De Exclusión:

- Pacientes con alteraciones mentales que les impida decidir en forma voluntaria y consciente su participación en este estudio.

### **5.3 Métodos E Instrumentos Para Obtener La Información**

#### 5.3.1. Método De Procesamiento De La Información.

Se procedió con la recolección de datos mediante una encuesta. El instrumento empleado para la recolección de los datos fue un formulario (Anexo # 1) donde constan todas las variables necesarias para el estudio que se sumara con el examen físico junto con el apoyo de la dermatóloga y los ginecólogos.

### 5.3.2 Técnicas De Recolección De Datos

**Encuesta.** Se aplicó una encuesta a las pacientes embarazadas que acudieron a consulta externa previa firma del consentimiento informado para la obtención de la información necesaria para la realización del estudio.

**Examen Físico:** Tras la valoración por parte del profesional para la obtención de la información necesaria para la realización del estudio y se registró en dicha encuesta.

### 5.3.3 Medidas Estadísticas

Frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar mediante la utilización del programa SPSS versión 15, relación Chi- cuadrado y valor de p.

### 5.3.4 Procedimiento Para La Recolección De Información Y Descripción De Instrumentos A Utilizar.

Se procesaron los datos serán introducidos en una base de Microsoft, el análisis de datos se utilizaron el programa SPSS versión 15 y para la interpretación de los datos se utilizaron tablas.

## 5.4 Procedimiento Para Garantizar Procesos Bioéticos

Se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica de Cuenca para la realización de la investigación. Se obtuvo el permiso correspondiente del Director del Hospital Macas para realizar el estudio en la institución. Las participantes fueron informadas acerca de los objetivos del presente estudio, se aclararán las dudas existentes y se dejará claro que su participación o no del estudio incidió en la calidad de la atención con los profesionales de la salud, posterior a lo cual quienes decidan voluntariamente participar se les solicitará firmar un consentimiento informado (Anexo # 2)

## 5.5. Descripción De Variables

- Variables independientes: edad, etnia, etapa gestacional y nivel de instrucción.
- Variable dependiente: enfermedades dermatológicas (erupción polimórfica, melasma, estrías, erupción atópica del embarazo )

### 5.5.1 Operalización De Variables.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escalas
<b>Edad</b>	Está referida al tiempo de existencia de alguna persona, desde el nacimiento, hasta la actualidad.	Cronológica	Edad en años registrada en el formulario. Cédula	Años cumplidos al momento de realizar el estudio
<b>Etnia</b>	Como se identifica según su cultura y costumbres.	Geográfica	Respuesta registrada en el formulario según la INEC	Shuar ( ) Mestiza ( )
<b>Ocupación/profesión</b>	Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario.	Laboral	Respuesta registrada en el formulario según la INEC	Empleado Privado ( ) Empleada Doméstica ( )
<b>Instrucción</b>	Es el proceso de educación recibida en el transcurso del tiempo.	Social	Respuesta registrada en el formulario según el INEC	Ignora ( ) Educación Básica-Preparatoria ( ) Educación Básica-Elemental y Media ( ) Bachillerato ( ) Técnico Superior ( )
<b>Etapas gestacional</b>	al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto	Temporal	FUM AFU Reportados en el formulario 051	Primer Trimestre ( ) Segundo Trimestre ( ) Tercer Trimestre ( )
<b>Enfermedades Dermatológicas en el embarazo</b>	Son los cambios cutáneos durante el embarazo son fenómenos muy variados, entre ellas: cambios inmunológicos, metabólicos, vasculares (redistribución de flujos y apertura de nuevos lechos vasculares) y endocrinos	Patológica	Reportado en el formulario tras la inspección y el examen físico.	Penfigoide Gestacional ( ) Erupción Polimórfica Del Embarazo ( ) Estrías ( ) Melasma ( ) Erupción Atópica del Embarazo ( )

## CAPITULO VI

### 6. RESULTADOS

#### 6.1. Cumplimiento Del Estudio

La presente investigación se realizó en el departamento de ginecología y dermatología del Hospital General Macas en el período de enero a junio del año 2017. En el cual participaron gestantes que acudieron a consulta en ese período de tiempo y que estuvieron de acuerdo en formar parte del estudio, se les aplicó una encuesta y se procedió a la revisión dermatológica.

#### 6.2. Características De La Población De Estudio

Fueron seleccionadas 148 pacientes embarazadas al azar que acudieron a consulta externa de dermatología y ginecología en el Hospital General Macas desde enero hasta junio del año 2017.

#### 6.3 Análisis De Los Resultados

Los resultados fueron analizados por: frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar mediante la utilización del programa SPSS versión 15, relación Chi- cuadrado y valor de p

Para conocer la prevalencia se empleó la fórmula estadística:

$$Prevalencia\ total = \frac{a + c}{n} * 100$$

Se obtuvieron los siguientes resultados:

**Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio, según: grupos de edad, etnia, nivel de instrucción, ocupación y etapa gestacional.**

<b>VARIABLES</b>		<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Grupos de Edad</b>	18 a 25 años	65	43,9%
	26 a 36 años	56	37,8%
	Más de 35 años	27	18,2%
	Total	148	100,0%
<b>Etnia</b>	Shuar	57	38,5%
	Mestiza	91	61,5%
	Total	148	100,0%
<b>Nivel de Instrucción</b>	Ignora	2	1,4%
	Educación básica (preparatoria)	2	1,4%
	Educación básica (elemental y media)	78	52,7%
	Bachillerato	65	43,9%
	Técnico superior	1	0,7%
	Total	148	100,0%
<b>Ocupación</b>	Empleada Doméstica	115	77,7%
	Empleada Privada	33	22,3%
	Total	148	100,0%
<b>Etapa de Gestación</b>	Primer Trimestre	14	9,5%
	Segundo Trimestre	75	50,7%
	Tercer Trimestre	59	39,9%
	Total	148	100,0%

Fuente: Base de datos

Elaboración: La autora

El grupo de edad de 18-25 años alcanzaron el 43% (n°65) con una media de 28 años (DE ± 8 años); mientras que el 61,5% (n°95) de las gestantes se auto identificó como mestiza, con un nivel de educación básica (elemental y media) representando el 52,7% (n°78), la gran mayoría dedicándose a las labores domésticas y cursando en el segundo trimestre del embarazo alrededor del 50,7% (n°75) de las gestantes.

**Tabla 2. Prevalencia de las Principales Patologías Dermatológicas en gestantes que acuden a consulta externa de Ginecología y Dermatología en el HGM**

PRINCIPALES PATOLOGIAS DERMATOLÓGICAS		
VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje
MELASMA		
SI	48	32,4%
NO	7	4,7%
TOTAL	55	37,1%
ESTRIAS		
SI	59	39,9%
NO	5	3,5 %
TOTAL	64	43,4 %
ERUPCIÓN POLIMÓRFICA DEL EMBARAZO		
SI	1	0,7%
NO	9	6,1%
TOTAL	10	6,8%
ERUPCIÓN ATÓPICA DEL EMBARAZO		
SI	16	10,8%
NO	3	2%
TOTAL	19	12,8%
Total	148	100,0 %

Fuente: Base de datos

Elaboración: La autora

La prevalencia de las principales patologías dermatológicas en las gestantes resultó: estrías que se observó en el 39,9% (n°59), seguidas por el melasma con el 32,4 % (n°48), erupción atópica del embarazo con el 10,8 % (n°16), y finalmente las erupciones polimórficas con el 0,7% (n°1).

**Tabla 3. Principales Patologías Dermatológicas en Gestantes en relación a la etapa gestacional, HGM**

DIAGNOSTICO:	ETAPA			Total	CHI-CUADRADO	VALOR DE P
	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE			
MELASMA	SI	1	16	31	11,46	0,003
	NO	2	4	1		
TOTAL		3	20	32		
ESTRIAS	SI	1	40	18	5,61	0,060
	NO	1	2	2		
TOTAL		2	42	20		
ERUPCIÓN POLIMÓRFICA DEL EMBARAZO	SI	0	0	1	1,67	0,435
	NO	1	5	3		
TOTAL		1	5	4		
ERUPCIÓN ATÓPICA DEL EMBARAZO	SI	7	7	2	0,83	0,662
	NO	1	1	1		
TOTAL		8	8	3		
TOTAL		14	75	59		

Fuente: Base de datos

Elaboración: La autora

Existe una asociación estadísticamente significativa entre la patología dermatológica y la etapa gestacional: melasma (Chi cuadrado: 11,46 y Valor de p: 0,003), pero en las demás patologías dermatológicas no hubo una asociación estadísticamente significativa: estrías (Chi cuadrado 5,61 y Valor de p: 0,060), erupción polimórfica del embarazo (Chi cuadrado 1,67 y Valor de p: 0,435) y erupción atópica (Chi cuadrado: 0,83 y Valor de p: 0,662).

## CAPITULO VII

### 7. DISCUSIÓN

El análisis de las 148 gestantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión dieron resultados importantes que al ser comparados con los estudios anteriores tenemos:

El promedio de edad de las 148 gestantes del estudio fue de 28 años; el grupo estuvo representado por mujeres de 18 a 25 años (n° 65); en su mayoría pertenecieron a la etnia mestiza, con un nivel de educación media y dedicándose a las labores domésticas. En cambio, Rudolph A, Müllegger R, Vaughan J, Kerl H. (2006) mediante un estudio retrospectivo con 505 embarazadas con una edad entre 15 y 45 años en Australia, el cual reportó una edad media de 30 años. En el estudio realizado por Roizen V, Araya I. (2009) realizaron un estudio retrospectivo-descriptivo con 227 pacientes entre los 14-49 años en Chile, encontró que la edad media de la edad fue de 26 años (4). Y en la investigación realizada Hassan I, Bashir S. (2015) con un estudio transversal realizado que contó con 650 pacientes con una edad entre 17-39 años en la India, encontraron una edad media de 24 años (5).

En relación a la distribución por edad gestacional se pudo observar que alrededor del 50,7% (n°75) de las gestantes se encontraban cursando el segundo trimestre del embarazo. En cambio en el estudio de Roizen V, Araya I. (2009) realizaron un estudio retrospectivo-descriptivo con 227 pacientes en Chile el cual reportó: un 14,90% de las mujeres se encontraba en el primer trimestre, mientras que el 39,60% se encontraban en el segundo y 45,37% tercer trimestre de embarazo (4).

En nuestra investigación, la prevalencia de las principales patologías dermatológicas en gestantes resultaron: las estrías, que se observó un 39,9% (n°59), seguidas por el melasma con el 32,4 % (n°48), erupción atópica del embarazo con el 10,8 % (n°16), y finalmente las erupciones polimórficas con el 0,7% (n°1) .En comparación al estudio realizado por Rudolph A, Müllegger R, Vaughan J, Kerl H. (2006) mediante un estudio retrospectivo con 505 embarazadas en Australia, el cual reportó: erupción atópica del embarazo (PEA) (50,7%), erupción polimórfica del embarazo (PEP) (21,6%), penfigoide gestacional (PG) (4,2%), colestasis intrahepática del embarazo (ICP) (3%) y dermatosis miscelánea (20,6%) (3).

Mientras que en otro estudio elaborado por: Roizen V, Araya I. (2009) realizaron un estudio retrospectivo-descriptivo con 227 pacientes en Chile los resultados según la patología dermatológica fueron los siguientes: estrías con un 49,30%, melasma 30,83%, várices 24,22%, hiperemia gingival 10,57%, y telangiectasias aracniformes 10,13% (4). Y en el estudio de : Hassan I, Bashir S. (2015) con un estudio transversal realizado que contó con 650 pacientes en la India, se evidenció la dermatosis específicas del embarazo dentro de éstas : el prurigo representó el 50%, erupción polimórfica del embarazo 12 % Colestasis Intrahepática 25%, y pénfigo gestacional 3% (5).

En este estudio las principales patología dermatológicas en relación a la etapa gestacional de las 148 gestantes se obtuvo que en el primer trimestre la patología dermatológica más observada fue la erupción de tipo atópica con el 43,8% (n° 7). Durante el segundo trimestre en cambio, el trastorno más observado fueron las estrías, llegando al 67,8% (n° 40). En el último trimestre lo que más se observó fue el melasma en el 64,6% (n°31) de las embarazadas; se correlaciona con el tercer trimestre de la investigación de Roizen V, Araya I. (2009) con un estudio retrospectivo-descriptivo con 227 pacientes en Chile concluyen que la presencia de las patologías dermatológicas según la etapa gestacional con los siguientes porcentajes: varices con el 30 % en el segundo trimestre, observando estrías con el 55,33% junto con el melasma 40,77% en el tercer trimestre (4).

De los resultados obtenidos en esta investigación se puede deducir que existe una asociación estadísticamente significativa entre la patología dermatológica y la etapa gestacional: melasma (Chi cuadrado: 11,46 y Valor de p: 0,003) que concuerda con el estudio de Roizen V, Araya I. (2009) realizaron un estudio retrospectivo-descriptivo con 227 pacientes Chile, encontró que el melasma a lo largo de la gestación, se observa una mayor frecuencia en el tercer trimestre ( $p < 0,005$ ), lo que es estadísticamente significativo con respecto al resto de la gestación (4); pero en las demás patologías dermatológicas no hubo una asociación estadísticamente significativa: estrías (Chi cuadrado 5,61 y Valor de p: 0,060), erupción polimórfica del embarazo (Chi cuadrado 1,67 y Valor de p: 0,435) y erupción atópica (Chi cuadrado: 0,83 y Valor de p: 0,662) lo que llamo la atención ya que lo esperable es que a medida que avance el embarazo se presentan diversos cambios hormonales y estructurales. Pero en el estudio de Roizen V, Araya I. (2009) realizaron un estudio retrospectivo-descriptivo con 227 pacientes Chile, encontró que la Erupción Polimorfa del Embarazo existe una asociación estadísticamente significativo ( $p: 0.001$ ) en relación a la paridad: primigestas (73%) y multíparas (16%) (4).

No se encontró ninguna paciente con varices, colestasis intrahepática ni mucho menos pénfigo gestacional. La incidencia de estas entidades no está bien definida en la literatura, así que existe la posibilidad de que sea muy infrecuente.

## CAPITULO VIII

### 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 8.1 Conclusiones

- En esta investigación que se realizó en el Hospital General de Macas en base a 148 pacientes gestantes que acudieron a consulta externa de ginecología y dermatología se observó que la gran mayoría de las maternas que formaron parte poseían una edad joven-adulta, con nivel de educación media, dedicándose a los quehaceres domésticos con una edad gestacional del tercer trimestre y que pertenecían la etnia mestiza.
- En referencia a las principales patologías dermatológicas durante en el embarazo se reportaron las siguientes: las estrías, que se observó un 39,9% (n°59), seguidas por el melasma con el 32,4 % (n°48), erupción atópica del embarazo con el 10,8 % (n°16), y finalmente las erupciones polimórficas con el 0,7% (n°1).
- En cuanto a las principales patologías dermatológicas en relación a la etapa gestacional se detalla que durante en el primer trimestre fue la erupción de tipo atópica con el 43,8% (n° 7). Durante el segundo trimestre en cambio, el trastorno más observado fueron las estrías, llegando al 67,8% (n° 40). En el último trimestre lo que más se observó fue el melasma en el 64,6% (n°31) de las embarazadas
- Las mujeres embarazadas presentan un gran número de cambios cutáneos durante la gestación. Este trabajo constituye una aproximación a este problema a nivel nacional.
- Nuestra población es distinta a lo descrito en la literatura, por lo que debemos conocer estas diferencias para orientar nuestro enfrentamiento de la mujer en esta etapa.

## 8.2 Recomendaciones

Una vez concluida la investigación se considera importante destacar lo siguiente:

- Desarrollar más proyectos de investigación desde el punto de vista dermatológico y obstétrico en busca de las patologías más frecuentes a nivel local, regional y nacional.
- Analizar por qué la etnia shuar es menos susceptible a presentar patologías dermatológicas durante el periodo de gestación en comparación a la etnia mestiza.
- Comparar posteriormente estudios en relación a las demás etnias que posee nuestro país y complementando finalmente de forma internacional.
- Investigar si existe una correlación entre la paridad con la presentación de las patologías dermatológicas durante esta etapa.
- Interactuar los conocimientos ancestrales de la etnia shuar con la medicina tradicional para evitar posibles complicaciones dermatológicas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sachdeva S. The Dermatoses of Pregnancy. Indian Dermatol. [Internet].2008. [citado el 18 de mayo del 2017];53(3):pp.103–105.Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2763729/>
2. Rudolph A, Müllegger R, Vaughan J, Kerl H. The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. Am Dermatol. [Internet]. 2006. [citado el 18 de mayo del 2017];54(3):pp.395-404.Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16488288>.
3. Roizen V, Araya I, Faivovich I, Roizen G. Cambios Dermatológicos Fisiológicos y Patológicos del Embarazo Estudio en 227 Mujeres. Rev. Chilena Dermatol. [Internet]. 2009.[citado el 18 de mayo del 2017]; 25(4):pp.344-351.Disponible en : [http://www.sochiderm.org/web/revista/25\\_4/4.pdf](http://www.sochiderm.org/web/revista/25_4/4.pdf)
4. Hassan I, Bashir S, Taing S. A Clinical Study of the Skin Changes in Pregnancy in Kashmir Valley of North India: A Hospital Based Study. Indian J Dermatol.[Internet].2015.[citado el 18 de mayo del 2017];60(1):pp.28–32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318058/>
5. Vaughan S, Ambros C, Nelson C .Enfermedades de la Piel durante el Embarazo. Intra Med. [Internet].2016.[citado el 18 de mayo del 2017] .Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=84357>
6. Valdés R, Torres B, González J, Almeda P. La Piel y el Sistema endocrinológico. GMed. [Internet]. 2012.[citado el 18 de mayo del 2017];148:pp.162-8.Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2012/gm122g.pdf>

7. Hospital Virgen de las Nieves [Internet]. España, Granada: Hospital Virgen de las Nieves [citado 18 de mayo del 2017]. Disponible en: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/clase2010\\_transtornos\\_dermicos.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2010_transtornos_dermicos.pdf)
8. Universidad Autónoma de México [Internet]. México: Universidad Autónoma de México [citado el 18 de mayo del 2017] . Disponible en : [http://histologiaunam.mx/descargas/ensenanza/portal\\_recursos\\_linea/apunt es/Sistema-tegumentario.pdf](http://histologiaunam.mx/descargas/ensenanza/portal_recursos_linea/apunt es/Sistema-tegumentario.pdf)
9. Acosta I, Valdés O, Valdés O . Penfigoide gestacional una dermatosis específica del embarazo . Rev Cub Med Int Emerg [Internet] .2016.[citado el 19 de mayo del 2017];(3):pp-30-36. Disponible en: <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/164/278>
10. Cruz C., Navarrete C, Majerson D. Penfigoide gestacional “Herpes gestationis”. Revisión a partir de un caso clínico . Rev Chil Obst Ginecol [Internet].2012.[citado el 19 de mayo del 2017]; 77(1): pp.64 – 71. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n1/art13.pdf>
11. Taberna M. Penfigoide Gestacional [tesis doctoral]. Argentina: Universidad de Rosario. Facultad de Ciencias Médicas; 2011.[citado 20 de mayo del 2017]. Disponible en: <http://www.dermatologiarosario.com.ar/pps/monografias/nuevas/PENFIGOIDE%20GESTACIONAL.pdf>
12. Villanueva A, Sánchez I. Síndrome de PPUPE: Pápulas y placas urticariformes y pruriginosas del embarazo. Rev Cent Dermatol Pascua [Internet].2016.[citado el 21 de mayo del 2017]; 25. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2016/cd162d.pdf>

13. Agüero L, Jiménez L. Dermatitis en el Embarazo. Rev Med. Cos [Inter].2011. [citado el 21 de mayo del 2017.] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2011/rmc113r.pdf>
14. Savervall C, Sand F, Thomsen S. Dermatological Diseases Associated with Pregnancy: Pemphigoid Gestationis, Polymorphic Eruption of Pregnancy, Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy, and Atopic Eruption of Pregnancy .NLM.[Internet]-2015.[citado el 22 de mayo del 2017 ]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4644842/pdf/DRP2015-979635.pdf>
15. Tyler K. Physiological Skin Changes During Pregnancy .Clinical Obstetrics & Gynecology. Journals [Internet] .2015 [citado 23 de mayo del 2017] ;58: pp. 119–124.Disponible en [http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Abstract/2015/03000/Physiological\\_Skin\\_Changes\\_During\\_Pregnancy.14.aspx](http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Abstract/2015/03000/Physiological_Skin_Changes_During_Pregnancy.14.aspx)
16. Díaz K. Revision Sistemática: Actualización del tratamiento para el Melasma [tesis doctoral]. España: Universidad de Barcelona; 2015.[citado 23 de mayo del 2017]- Disponible en: <http://www.semcc.com/master/files/Melasma%20-%20Dra.%20Diaz.pdf>
17. Barberie M, Brandao M, Andrade B, Silva M, Bartoli L. African ancestry is associated with facial melasma in women: a cross-sectional study. NLM [Internet].2017 [citado 24 de mayo del 2017]. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5316149/pdf/12881\\_2017\\_Article\\_378.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5316149/pdf/12881_2017_Article_378.pdf)
18. Hexsel D, Lacerda D, Cavalcante A, Ayres E, Azulay L, Weber B, Serra M, López C. Epidemiology of melasma in Brazilian patients: a multicenter

- study. IJD [Internet].2016 [citado 30 de mayo] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-4632.2012.05748.x/full>
19. Sharique A, Suraj , Sharma B. Hormonal Evaluation in Females Having Melasma. Journal of Evolution Medical [Inter]. 2015[citado 3 de junio del 2017]; 4(76):pp.13240-13247. Disponible en: [https://jemds.com/latest-articles.php?at\\_id=9026](https://jemds.com/latest-articles.php?at_id=9026)
20. Muller I, Rees A. Melasma and Endocrine Disorders .PJD[Internet].2014[citado 7 de junio del 2017] .Disponible en:[https://www.researchgate.net/profile/Ilaria\\_Muller/publication/273723428\\_Melasma\\_and\\_Endocrine\\_Disorders/links/5509bda00cf26198a639974f.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ilaria_Muller/publication/273723428_Melasma_and_Endocrine_Disorders/links/5509bda00cf26198a639974f.pdf)
21. Vera T, Couthino I, Gaimero A, Vierira M. Dermatoses Específicas da Gravidez. Acta Med Port [Internet] .2013 [citado el 5 de junio del 2017];26(5):pp.593-600.Disponible en :<http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/2006/3780>
22. García J, Hernández M, Sanz M, Tadeo M. Epidemiología de las estrías gravídicas en España. Elsevier [Internet].2014 [citado el 6 de junio del 2017]; 57 (8):pp.349-355. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501314001484>
23. Machiet L, Vaillant L. Piel y Embarazo. Science [Internet]. 2017[citado el 25 de junio del 2017]; 51:pp. 1-8 .Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761289616825145>

## ANEXOS

### Anexo N° 1: Código de bioética.



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 02 de agosto de 2017

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 "PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS EN GESTANTES ATENDIDAS POR CONSULTA EXTERNA EN RELACIÓN A LA ETAPA GESTACIONAL EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS EN EL PERIODO ENERO - JUNIO 2017", cuyo investigador principal es la Srta. Stefany Fernanda Guamán Jaramillo y que se encuentra siendo dirigida por la Dra. Catalina Torres.

Código: GJSF2

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

Atentamente,

Dr. Wilson Campoverde Barros  
COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA



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



DR. WILSON CAMPOVERDE BARROS  
COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA



## Anexo N° 2: Permiso del Hospital General de Macas.



OFICIO AMDD-01-033-2017  
Macas, 18 de mayo de 2017

Doctor

Lorgio Aguilar A.

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

En su despacho:

De mi consideración:

En atención a su oficio s/n de fecha 12 de mayo del 2017, en el cual solicita la autorización para que, como parte de las prácticas pre profesionales, la Interna Rotativa de Medicina Stefany Fernanda Guamán Jaramillo con C.I. 1104966211, realice acciones investigativas que sirvan de base y tributen al trabajo de Titulación, cuyo tema es: "Prevalencia de enfermedades dermatológicas en gestantes atendidas por consulta externa en relación a la etapa gestacional en el Hospital General de Macas en el periodo enero 2016 – mayo 2017".

Me permito informar que se autoriza a la Interna Rotativa para que realice dicha investigación en el Hospital General de Macas.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,

Dr. Marco Villegas T.

GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE MACAS

MV/pch



### **Anexo N° 3: Consentimiento informado.**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

ESTIMADA USUARIA

Nos Encontramos Realizando De Una Investigación Sobre Las Enfermedades Dermatológicas En El Embarazo De Personas Que Acuden A Consulta Externa En El Hospital General De Macas Con Fines Investigativos Siendo Interna Rotativa De Medicina De La Universidad Católica De Cuenca. Se Le Pedirá Que Suministre Algunos Datos Personales, Los Cuales No Serán Divulgados, Ni Serán Usados Con Fines Diferentes Al Estudio **“PREVALENCIA DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS EN GESTANTES ATENDIDAS POR CONSULTA EXTERNA EN RELACION A LA ETAPA GESTACIONAL EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS EN EL PERIODO ENERO 2016-MAYO 2017.**

Le Agradecemos por su participación y colaboración. !!

LUGAR Y FECHA:.....

YO:..... con CI N°:..... he recibido la explicación sobre el estudio de investigación que va a realizarse en el Hospital General Macas. Me ha informado sobre los procedimientos que se llevaran a cabo, de la importancia de los mismos para la investigación. Por lo tanto doy mi consentimiento para formar parte de estudio en beneficio de la investigación.

-----

**FIRMA DE LA PACIENTE**

-----

**FIRMA DE LA INTERNA.**

## Anexo N° 4: Cuestionario

### CUESTIONARIO: Mixto Adaptado según el INEC y Formulario 051 MSP

La siguiente información de será de uso exclusivo para el estudio de investigativo de la cual forma parte.

#### UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA



- **EDAD:** \_\_\_\_\_ Años cumplidos.
- **ETNIA: INEC ¿Cómo se identifica según sus costumbres y tradiciones?**
  - ❖ Shuar ( )
  - ❖ Mestiza ( )
- **OCUPACION: Según INEC ¿Cuál es el nivel de Instrucción y año más alto que aprobó?**
  - ❖ Ignora ( )
  - ❖ Educación Básica-Preparatoria ( )
  - ❖ Educación Básica-Elemental y Media ( )
  - ❖ Bachillerato ( )
  - ❖ Técnico Superior ( )
- **ETAPA GESTACIONAL:**
  - Primer Trimestre ( )
  - Segundo Trimestre ( )
  - Tercer Trimestre ( )
- **ENFERMEDAD DERMATOLOGICA:**  
(TRAS LA INSPECCION Y VALORACION MEDICA SE CLASIFICA AL GRUPO QUE PERTENECE:
  - Penfigoide Gestacional ( )
  - Erupción Polimórfica Del Embarazo ( )
  - Estrías ( )
  - Melasma
  - Erupción Atópica del Embarazo ( )

## Anexo N° 5 Anti plagio

---

### TESIS FINAL

---

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

---

4%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE  
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

---

#### FUENTES PRIMARIAS

---

1

1%

[www.medigraphic.com](http://www.medigraphic.com)

Fuente de Internet

---

2

1%

www.semcc.com

Fuente de Internet

3

1%

docplayer.es

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 100 words

Excluir bibliografía

Fuente de Internet

Activo

**Anexo N° 6: Oficio del director de tesis**



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

**UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERIA**

Cuenca 20 de septiembre del 2017

**Señor, Doctor.**

Lorgio Aguilar

**DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION**

**Señora, Doctora.**

Patricia Vanegas

**DIRECTORA DE UNIDAD DE TITULACION**

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el Trabajo de Grado, de título: **“PREVALENCIA DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS EN GESTANTES ATENDIDAS POR CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y DERMATOLOGÍA EN RELACION A LA ETAPA GESTACIONAL EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS EN EL PERIODO ENERO- JUNIO 2017** ; realizado por el estudiante **STEFANY FERNANDA GUAMAN JARAMILLO** , ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados ,motivo por el cual me permito sugerir se de paso a la sustentación del mismo

Con sentimientos de distinguida consideración.

**Atentamente,**

**Dra Catalina Torres.**

*Dra. Catalina Torres Mesa*  
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA  
C.M.A. 1447  
C.A. 01 0612 2003  
INHMT: 01-08-0027-C  
C.I. 0102304847

**Manuel Vega y Pio Bravo**

**Teléfono: 830752-413175**

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)



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

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA**

Yo, Stefany Fernanda Guamán Jaramillo, autor del proyecto de investigación titulado: **“PREVALENCIA DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS EN GESTANTES ATENDIDAS POR CONSULTA EXTERNA EN RELACION A LA ETAPA GESTACIONAL EN EL HOSPITAL GENERAL MACAS EN EL PERIODO ENERO 2016-MAYO 2017**; reconozco y acepto el derecho de la Universidad Católica de Cuenca, de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor;

**Atentamente,**

**Stefany Fernanda Guamán Jaramillo**

**CI. 1104966211**

**Manuel Vega y Pio Bravo**

**Teléfono: 830752-413175**

**[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)**