

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**



INFORME FINAL DE LA TESIS DE GRADUACION:

"PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y CLINICO, ASI COMO COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE OBESIDAD EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER DE ENERO DEL 2015 A DICIEMBRE DEL 2016"

Presentado Por:

DR. FRANCISCO JOSÉ HERNÁNDEZ CAÑAS

Para Optar al Título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Asesor de tesis:

**DR. EFRAIN MAURICIO LIMA CALDERON
SAN SALVADOR, 25 DE ENERO DE 2018.**

INDICE

1.	RESUMEN DEL INFORME FINAL	PAG.1
2.	INTRODUCCIÓN	PAG. 3
3.	OBJETIVOS	PAG. 5
4.	DISEÑO Y METODOS	PAG. 6
5.	ESTRATEGIA DE ANALISIS	PAG. 8
6.	PRESENTACION DE RESULTADOS	PAG. 10
7.	DISCUSION DE RESULTADOS	PAG. 20
8.	CONCLUSIONES	PAG. 23
9.	RECOMENDACIONES	PAG. 25
10.	ANEXOS	PAG. 27

1.RESUMEN DEL INFORME FINAL

En el presente estudio se investigó las características del perfil tanto clínico como epidemiológico de las pacientes con algún grado de obesidad, que fueron atendidas en el periodo de tiempo de enero de 2015 a diciembre de 2016 en el Hospital Nacional de la Mujer, y las principales complicaciones durante el embarazo, atención del parto y durante el puerperio.

Para esto se realizó una revisión de expedientes ayudado por el Sistema de Morbimortalidad en Línea y Estadísticas Vitales (SIMMOW), en pacientes que consultaron en el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2016 en el Hospital Nacional de la Mujer, diagnosticadas con obesidad; a fin de obtener los datos útiles al estudio se hizo uso de un cuestionario obtenido a partir de la operacionalización de variable.

Se demostró que epidemiológicamente las pacientes evaluadas se encontraban en edad fértil, con edades entre los 20 y 30 años, siendo la mayor parte de ellas multíparas y con un nivel educativo intermedio.

Tal y como lo refleja la literatura mundial, las principales complicaciones presentes en las pacientes obesas fueron los trastornos hipertensivos tanto inducidos por el embarazo como los crónicos diagnosticados al inicio de este; y en menor medida las complicaciones infecciosas, en este caso evidenciadas por casos de corioamnionitis. En este estudio, fue en la etapa del parto que se presentó el mayor número de complicaciones tanto maternas como fetales, llevando a una gran cantidad de cesáreas por primera vez y a desgarros en el canal del parto.

En segundo plano se demostró que tan pertinente es la atención de las

pacientes con obesidad tipo mórbida, exclusivamente en un centro hospitalario de tercer nivel.

Quedo evidencia por tanto la gran importancia de instituir medidas de control nutricional en pacientes en edad fértil, en las cuales se encuentra la mayor cantidad de pacientes embarazadas y obesas.

En base a los resultados obtenidos en este estudio se demuestra lo necesario de la detección precoz de patologías tales como los trastornos hipertensivos y la diabetes gestacional, principalmente, en este grupo de gestantes, en las que el riesgo de padecer una de estas enfermedades aumenta.

1.INTRODUCCION

La mujer en edad reproductiva y especialmente la embarazada muestra cifras alarmantes de mal nutrición por exceso. En la última década el sobrepeso ha alcanzado al 32% de la población y la obesidad a un 20.9% de la población en las embarazadas en Latinoamérica. En estas mujeres con sobrepeso y obesidad se observa una mayor incidencia de aborto, una mayor tasa de fracaso en las técnicas de fertilidad, y mayor incidencia de parto prematuro, preclamsia, Diabetes Gestacional, tasa de cesáreas y macrosomía, así como de infección del sitio quirúrgico; las cuales son menos frecuentes en embarazadas cuyo estado nutricional es adecuado.¹

En mujeres obesas las tasas de inicio de lactancia son más bajas y hay mayor riesgo de abandono de la lactancia materna exclusiva.

Por otra parte los hijos de mujeres obesas tienen mayor riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad, así como secuelas metabólicas a presentarse en la infancia y adolescencia.²

Estos resultados adversos conllevan a una mayor duración de la estancia intrahospitalaria con repercusiones en los recursos económicos estatales y del paciente.

A pesar de que se han realizado múltiples estudios en los que se ha demostrado, la influencia de la obesidad en una mayor incidencia de malos resultados perinatales, poco se ha investigado si la obesidad por si sola genera los problemas antes mencionados o si estos son productos de las enfermedades Crónicas agregadas a la obesidad.

En el Hospital Nacional de la Mujer, solo en el 2015, hay una cantidad de 143 pacientes que fueron atendidas y diagnosticadas con algún grado de obesidad, y de estas el 43% corresponde a obesidad morbida.³

Dado que es un hospital de tercer nivel y la mayoría de pacientes que consultan padecen de una o varias enfermedades crónicas, gran cantidad de ellas presentan algún tipo de complicación, algunas de ellas pudiendo estar relacionadas únicamente con el grado de obesidad y otras más a las enfermedades crónicas agregadas a la obesidad.

1. Según cifras del Instituto Nacional de Estadística de España (INE)
2. Asociación Española de Pediatría, Lactancia Materna, página 1 y 2 de Manual General
3. Sistema de Registro del Hospital Nacional de la Mujer Dra María Isabel Rodríguez

1. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el perfil epidemiológico y clínico, así como las complicaciones durante la gestación, parto y puerperio de las pacientes diagnosticadas con obesidad en el Hospital Nacional de la Mujer de enero del 2015 a diciembre del 2016.

Objetivos Específicos

- ✓ Definir el perfil epidemiológico de las embarazadas diagnosticadas con obesidad atendidas en el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2016.
- ✓ Determinar el perfil clínico de las pacientes embarazadas y con obesidad atendidas de enero de 2015 a diciembre de 2016.
- ✓ Establecer las complicaciones de pacientes obesas durante el desarrollo del embarazo.
- ✓ Describir las complicaciones periparto presentadas en las pacientes diagnosticadas con obesidad.
- ✓ Demostrar la presencia de complicaciones en el puerperio en las pacientes diagnosticadas con los diferentes grados de obesidad.

2. DISEÑO Y MÉTODOS

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Estudio: El estudio es de tipo descriptivo y retrospectivo.

Por su ubicación en el tiempo es de tipo transversal.

- **Universo:** Todas las pacientes embarazadas clasificadas con algún grado de obesidad (IMC mayor o igual a 30) que han sido atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer
- **Ubicación:** Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez”
- **Periodo de investigación:** De enero de 2015 a diciembre de 2016
- **Muestra**
Todas las pacientes embarazadas clasificadas con algún grado de obesidad que consultaron e ingresaron en el Hospital Nacional de la Mujer en el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2016, que según el Sistema SIMMOW del hospital son un total de 143.
- **Procedencia de los sujetos:** Pacientes registrados en el Sistema SIMMOW del Hospital Nacional de la Mujer en los que se encuentre como diagnostico principal o secundarios algún grado de obesidad las cuales hayan consultado a este centro hospitalario en el periodo de tiempo ya establecido.
- **Método de recolección de datos:** La forma en cómo se recogerán los datos será mediante la revisión de expedientes del Sistema de archivo del Hospital Nacional de la Mujer y utilizando la hoja de

recolección, elaborada con preguntas cerradas; obtenida mediante la operacionalización de variables

- **Criterios de inclusión**

- Pacientes clasificadas con algún grado de obesidad evidenciada con un IMC mayor o igual a 30.
- Pacientes con al menos un control prenatal ya sea en el Hospital Nacional de la Mujer o algún otro centro de salud con registro en hoja CLAP.
- Pacientes que verifiquen parto ya sea vía vaginal o abdominal en el Hospital Nacional de la Mujer de enero de 2015 a diciembre de 2016.

- **Criterios de exclusión**

- Paciente que no ha llevado ningún tipo de control prenatal.
- Paciente con nacionalidad distinta a la salvadoreña.
- Expedientes que se encuentren incompletos.

3. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS

El protocolo de investigación se sometió a revisión por parte del comité de investigación del hospital el cual emitió dos dictámenes con observaciones a cumplirse. Posterior a esto pasó a revisión por el comité de ética del hospital quienes emitieron un tercer dictamen y una vez aprobado se pudo pasar a la fase de obtención de datos a través de la revisión de expedientes.

Los datos fueron obtenidos de la revisión de expedientes mediante el Sistema SIMMOW a fin de obtener aquellos expedientes de pacientes que consultaron al Hospital Nacional de la Mujer en el periodo ya establecido y diagnosticadas con obesidad, sin importar que padezcan o no de una enfermedad crónica de base

Se solicitó permiso de manera formal a la dirección del Hospital y al jefe de ESDOMED del Hospital Nacional de la Mujer, para la búsqueda y uso de datos obtenidos en los expedientes clínicos de enero de 2015 a diciembre de 2016

Con ayuda de un cuestionario elaborado a partir de la operacionalización de variables y una matriz de datos se obtuvieron los datos referentes al perfil demográfico de las pacientes, su grado de obesidad, la fase del embarazo en que se presentó, la complicación, si es que la hubiese, así como cual tipo de complicación perinatal es la que presentó durante el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio.

Una vez completada la recolección de datos se procedió a la realización de tablas con los resultados obtenidos, utilizando programa EXCEL. Posteriormente se realizaran graficas en base a las tablas, a fin de obtener una comparación más notoria de los resultados obtenidos y poder analizar los

resultados y las conclusiones en base a esto, así como relaciones porcentuales de los datos obtenidos.

Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos

- No se publicara el nombre de las personas de las que se obtuvieron los datos a partir del cuestionario, sin embargo en la matriz de datos si se utilizara el numero correlativo correspondiente al registro asignado por el Sistema de archivo del hospital del cual se tendrá en custodia por 1 año por parte del investigador por si se necesitara una comprobación de revisión de expedientes, pasado este tiempo se destruirá.
- De los datos personales presentes en el expediente clínico de la paciente únicamente se tomara en cuenta edad, paridad, IMC, número de consultas y diagnósticos de ingreso y egreso.
- Debido a que únicamente se hará uso de los expedientes clínicos sin necesidad de consultar directamente a la paciente, no se emitirá consentimiento informado, sin embargo se solicitara permiso a la dirección del hospital y jefatura de archivo con el compromiso de resguardar al información personal de las pacientes, de la forma que ya se mencionó.

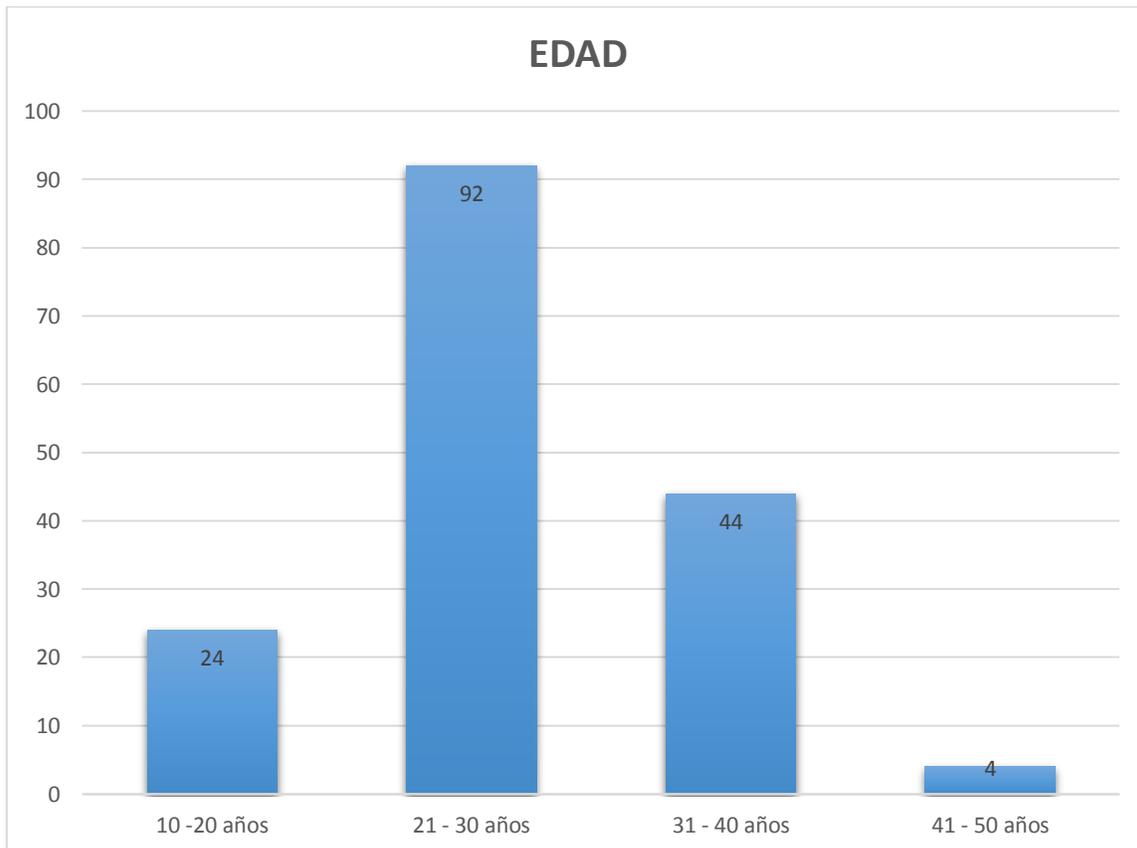
4. PRESENTACION DE RESULTADOS

Objetivo Especifico 1

Definir el perfil epidemiológico de las embarazadas diagnosticadas con obesidad atendidas en el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2016.

Edad Materna.

La edad de las pacientes incluidas en el estudio comprende desde los 15 hasta los 46 años, y fueron ordenados en rangos de 10 años comprendidos en 4 grupos. De un total de 164 pacientes, 24 (15%) se encontraban en el rango de edad entre los 10 a los 20 años; 92 pacientes (56%) en el rango de edad entre los 21 y 30 años; 44 pacientes (27%) pertenecen al rango entre 31 a 40 años; y 4 pacientes (2%) se encontraron entre los 41 y 50 años.



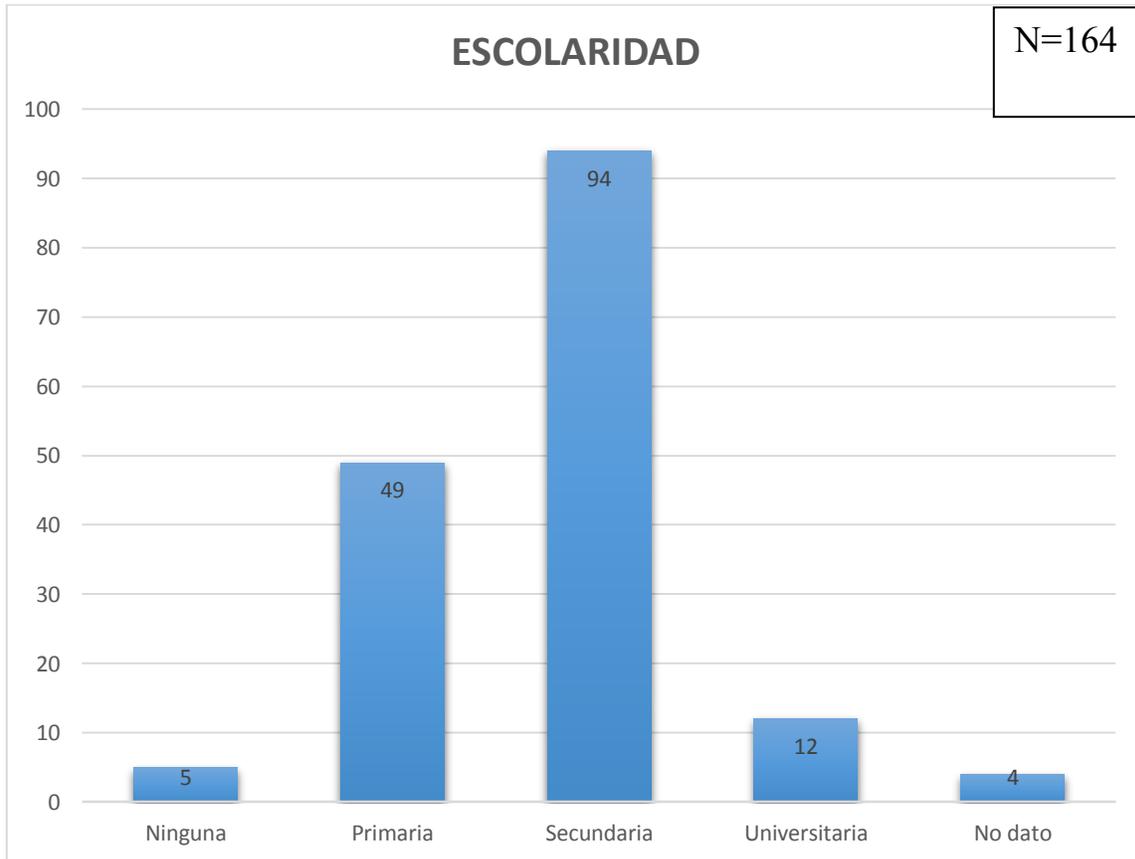
Fuente: Expedientes clínicos, Hospital Nacional de la Mujer, enero de 2015 a diciembre de 2016.

Objetivo Especifico 1

Definir el perfil epidemiológico de las embarazadas diagnosticadas con obesidad atendidas en el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2016.

Escolaridad

Los datos sobre la escolaridad de las pacientes incluidas en el estudio se obtuvieron a partir de los datos registrados en la hoja de CLAP, y va desde el analfabetismo al cual pertenecen 5 de las pacientes (3%); educación primaria con un total de 49 pacientes (30%); educación secundaria, con un total de 94 pacientes (57%); y educación universitaria con 12 pacientes (7%). Hay 4 pacientes sin datos de escolaridad.



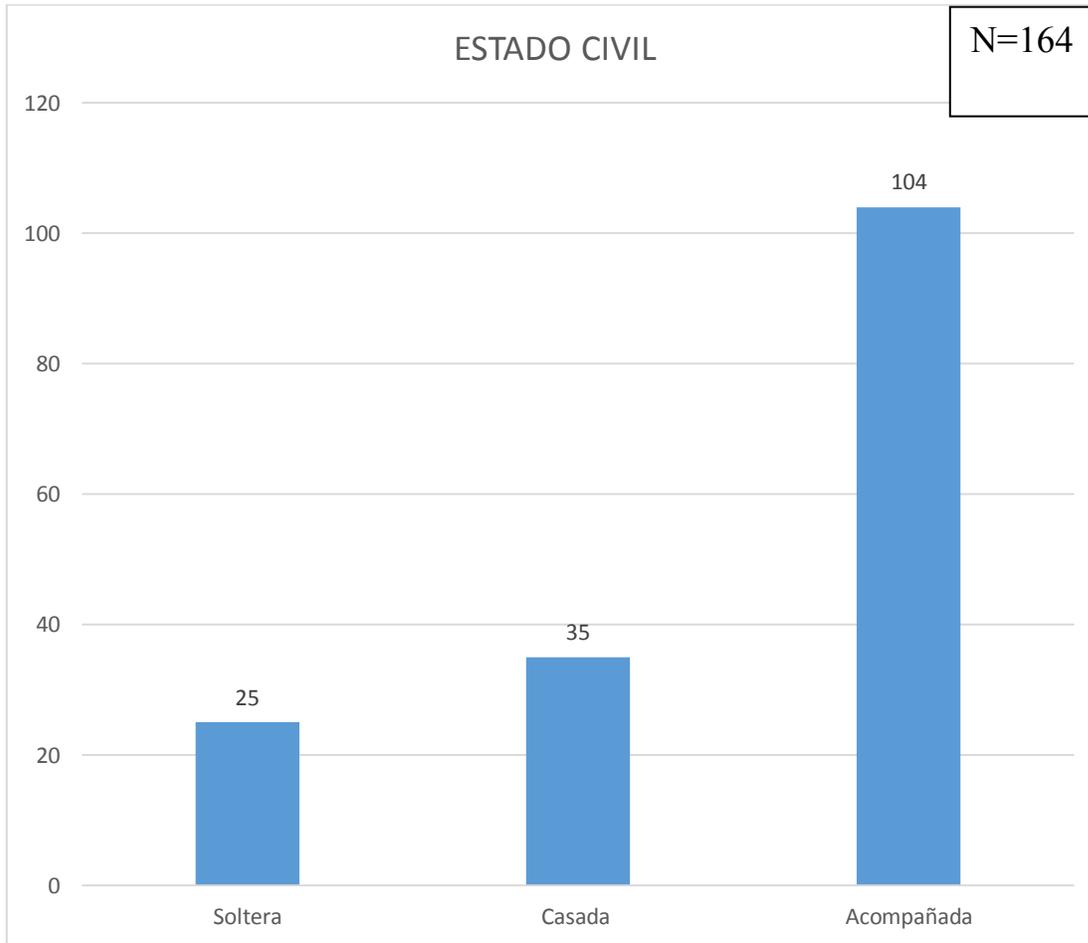
Fuente: Expedientes clínicos, Hospital Nacional de la Mujer, enero de 2015 a diciembre de 2016.

Objetivo Especifico 1

Definir el perfil epidemiológico de las embarazadas diagnosticadas con obesidad atendidas en el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2016.

Estado Civil

Las pacientes incluidas en el estudio se clasificaron en 3 grupos según lo establecido en la hoja de datos y en la hoja de CLAP. El 15% de las pacientes son solteras (25 en total); el 21% eran casadas; y la mayoría de ellas se encontraban acompañadas, siendo el 64% (104 pacientes).



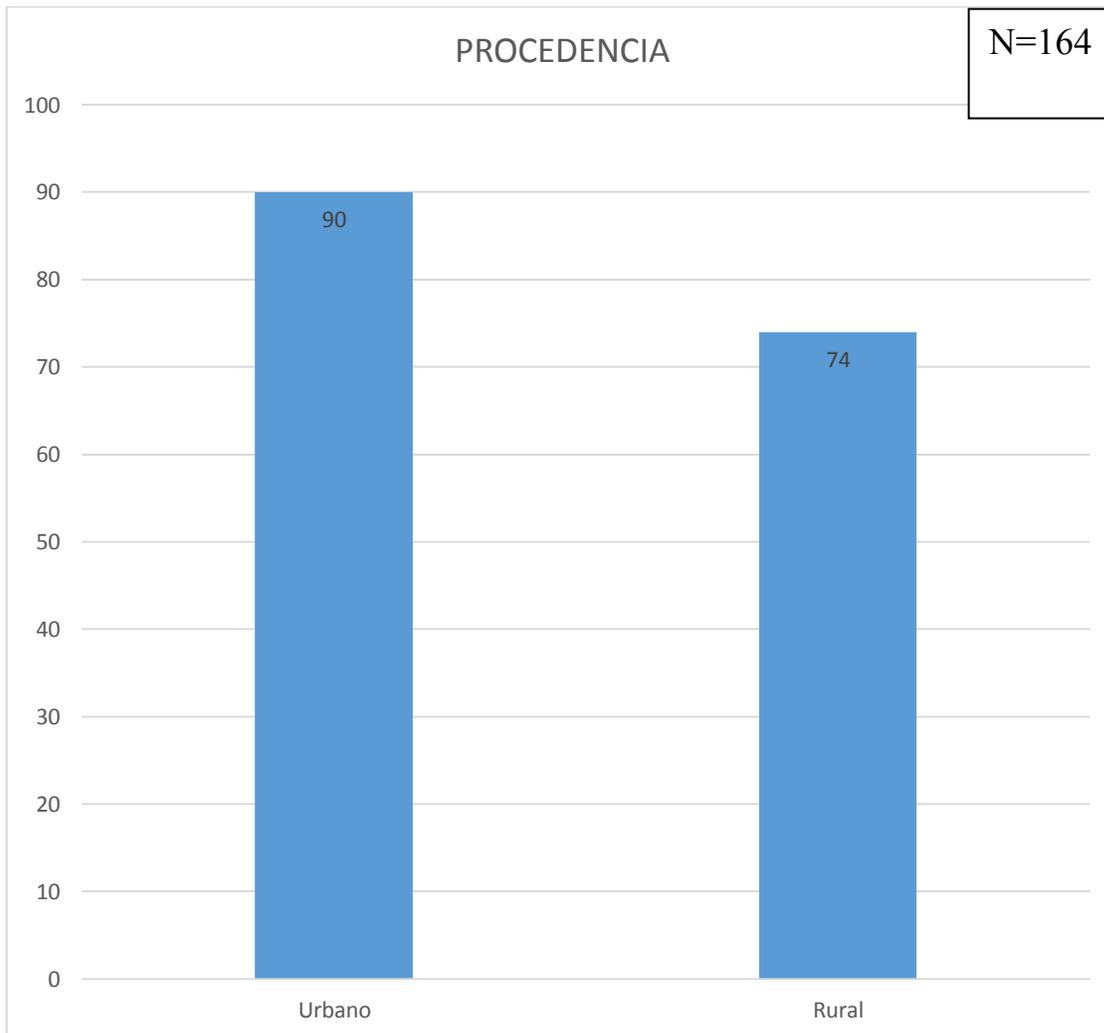
Fuente: Expedientes clínicos, Hospital Nacional de la Mujer, enero de 2015 a diciembre de 2016.

Objetivo Especifico 1

Definir el perfil epidemiológico de las embarazadas diagnosticadas con obesidad atendidas en el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2016.

Procedencia

La mayor parte de pacientes incluidas en el estudio tienen procedencia urbana con un total de 90 de 164 pacientes (54%) y el resto de ellas tienen procedencia rural.



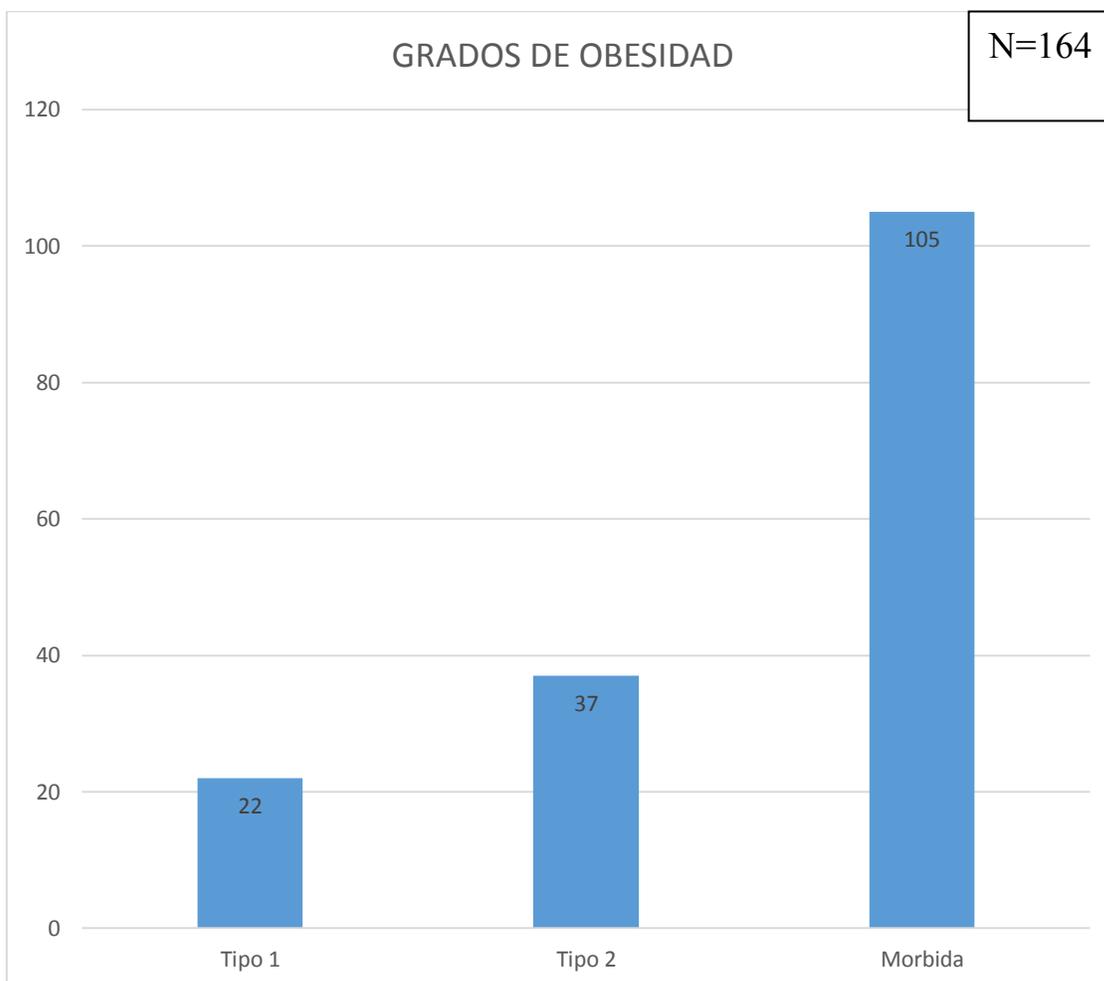
Fuente: Expedientes clínicos, Hospital Nacional de la Mujer, enero de 2015 a diciembre de 2016.

Objetivo Especifico 2

Determinar el perfil clínico de las pacientes embarazadas y con obesidad atendidas de enero de 2015 a diciembre de 2016.

Grados de Obesidad

En base al valor de Índice de Masa Corporal reflejado en la historia de ingreso, se clasifico a las pacientes obesas en tres tipos. Tipo 1 (13%) un total de 22 pacientes; Tipo 2 (23%) correspondiente a 37 pacientes; y clasificadas como obesidad mórbida el 64% de estas.



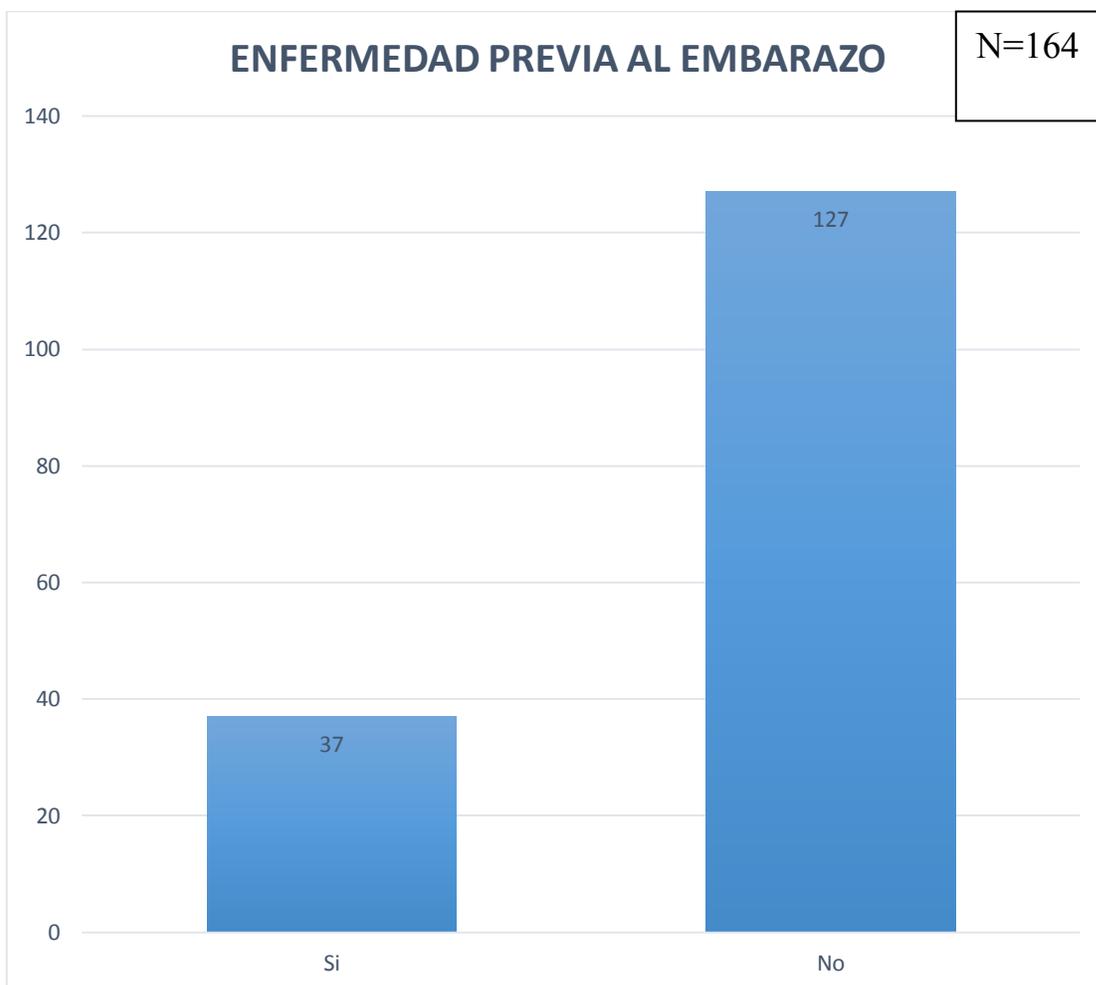
Fuente: Expedientes clínicos, Hospital Nacional de la Mujer, enero de 2015 a diciembre de 2016.

Objetivo Especifico 2

Determinar el perfil clínico de las pacientes embarazadas y con obesidad atendidas de enero de 2015 a diciembre de 2016.

Enfermedad Previa al Embarazo

Se clasificó en dos grupos según la paciente tuviera o no una patología crónica de base. El 23% de ellas tenía una enfermedad diagnosticada antes del embarazo. El 77% restante no tenían una enfermedad diagnosticada previo a embarazarse.



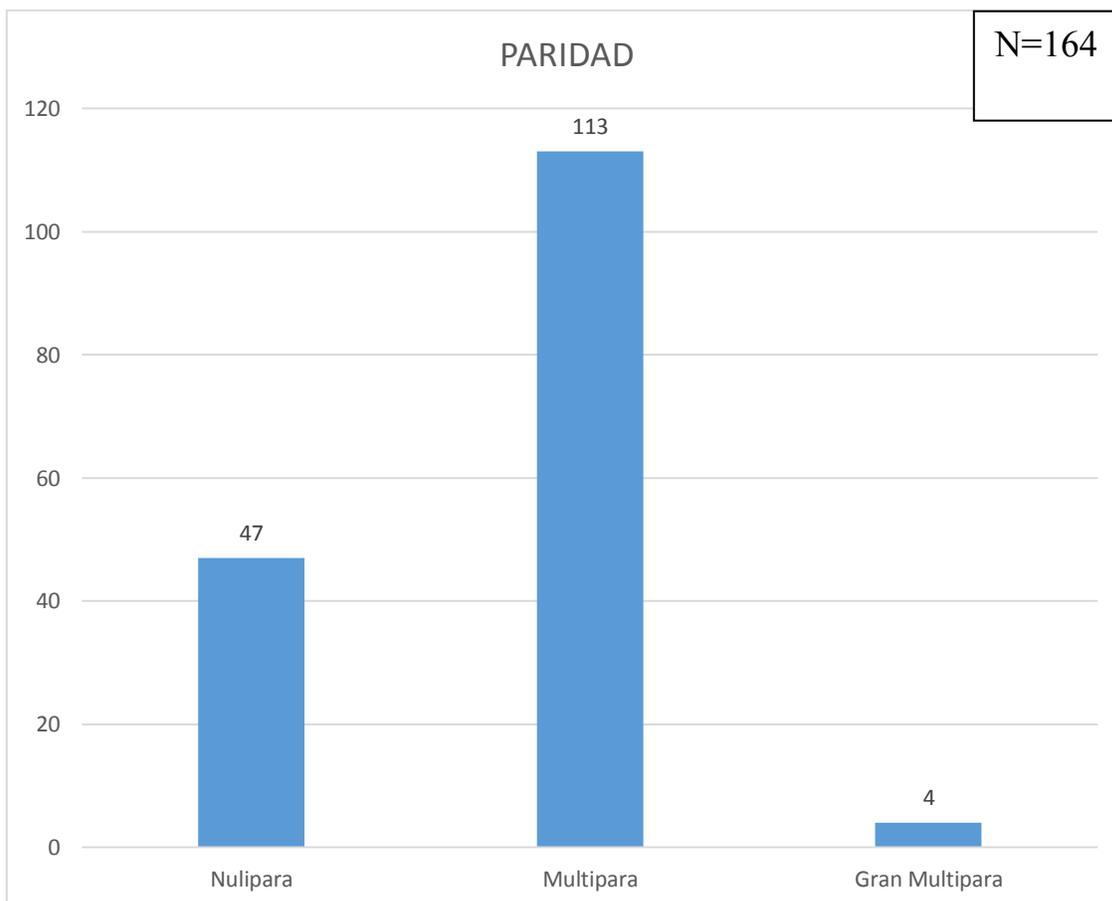
Fuente: Expedientes clínicos, Hospital Nacional de la Mujer, enero de 2015 a diciembre de 2016.

Objetivo Especifico 2

Determinar el perfil clínico de las pacientes embarazadas y con obesidad atendidas de enero de 2015 a diciembre de 2016.

Paridad

De las 164 pacientes en el estudio, el 29% eran nulíparas; el 69% se clasificaron como multíparas; y el resto 2 % gran multíparas, siendo la minoría de este grupo de estudio.



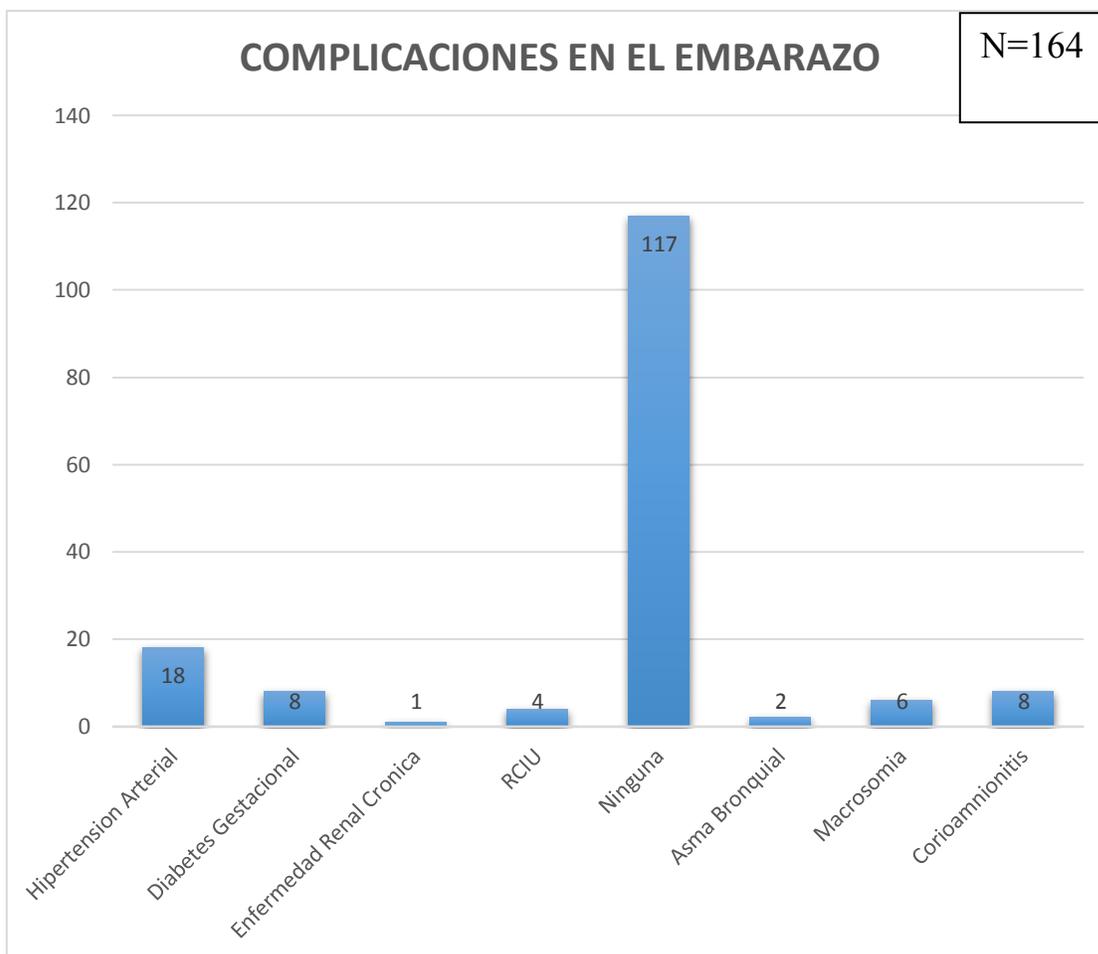
Fuente: Expedientes clínicos, Hospital Nacional de la Mujer, enero de 2015 a diciembre de 2016.

Objetivo Especifico 3

Establecer las complicaciones de pacientes obesas durante el desarrollo del embarazo.

Complicaciones en el Embarazo.

Las complicaciones que sufrieron las pacientes incluidas en el estudio fueron principalmente Hipertensión Arterial (11%), seguido por Diabetes Gestacional y corioamnionitis (5% c/u), y en menor medida macrosomia fetal (4%) y RCIU (2%). La gran mayoría de pacientes obesas (71%) no presento alguna complicación en el embarazo.



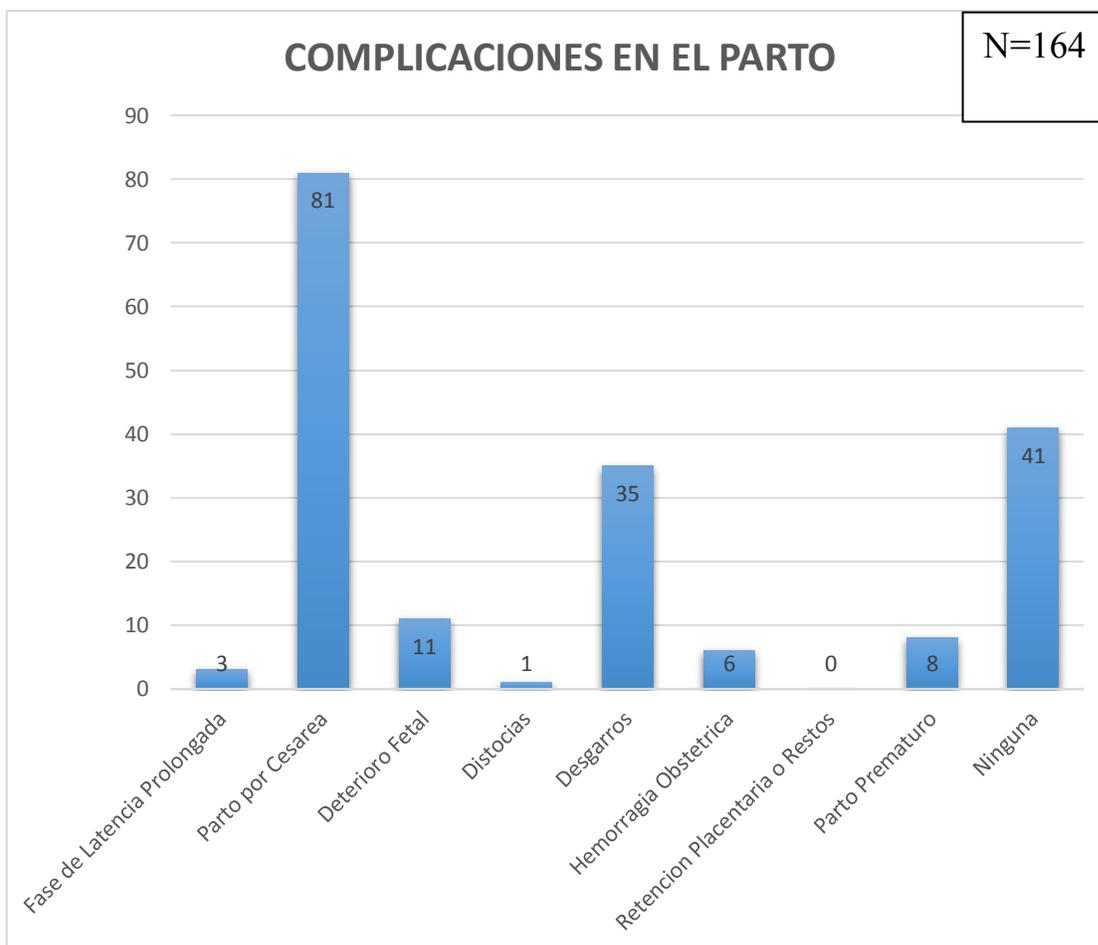
Fuente: Expedientes clínicos, Hospital Nacional de la Mujer, enero de 2015 a diciembre de 2016.

Objetivo Especifico 4

Describir las complicaciones periparto presentadas en las pacientes diagnosticadas con obesidad.

Complicaciones en el Parto.

Durante la atención del parto hubo una amplia gama de complicaciones en las pacientes obesas: 49% tuvieron parto por cesárea, el 21% tuvo desgarros en la atención del parto, el 7% presenta deterioro fetal, un 5% parto prematuro, el 4% hemorragia obstétrica. Solo el 25% del total, no tuvo complicaciones en el parto.



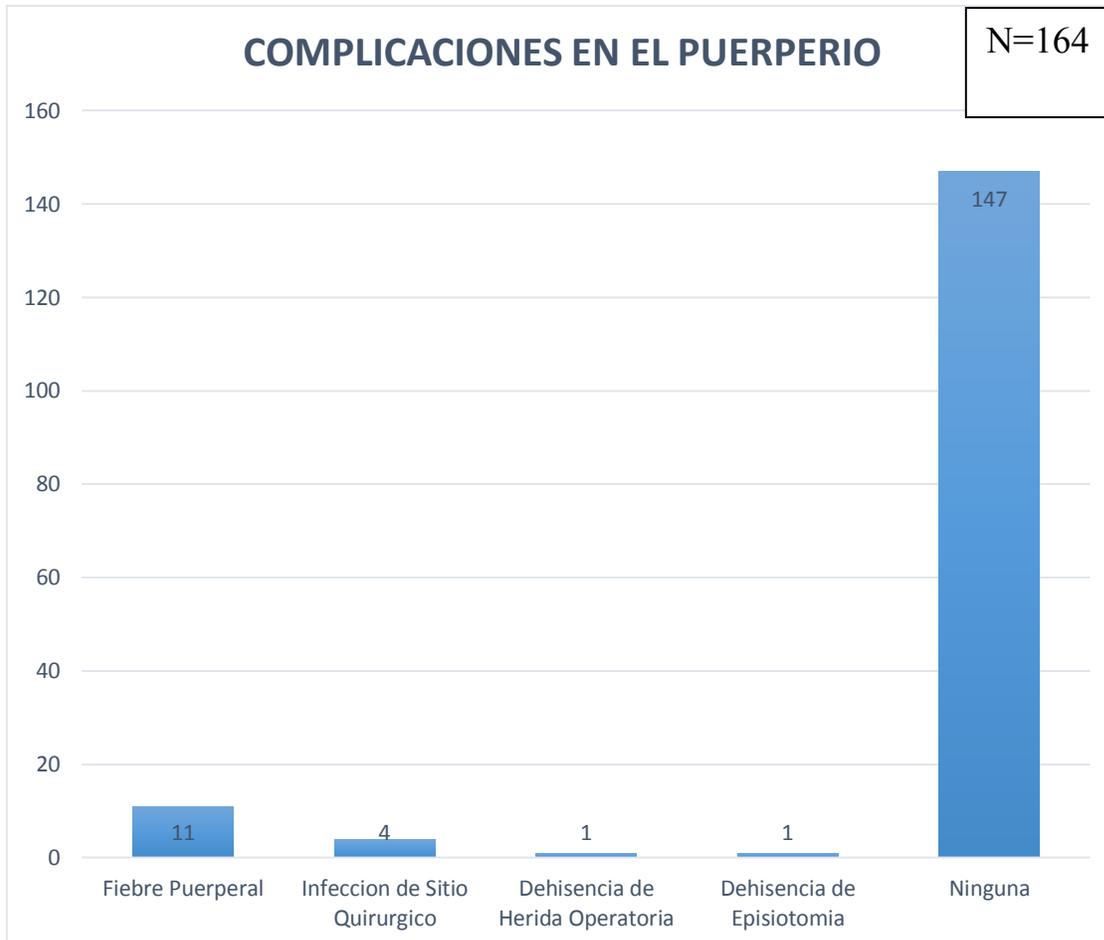
Fuente: Expedientes clínicos, Hospital Nacional de la Mujer, enero de 2015 a diciembre de 2016.

Objetivo Especifico 5

Demostrar la presencia de complicaciones en el puerperio en las pacientes diagnosticadas con los diferentes grados de obesidad

Complicaciones en el Puerperio

Dentro de las complicaciones posibles durante el periodo de puerperio, la principal complicación fue la fiebre puerperal en un 7%; un grupo de 4 pacientes (2%) tuvieron infección de sitio quirúrgico y el 1% dehiscencia de herida operatoria o de episiotomía.



Fuente: Expedientes clínicos, Hospital Nacional de la Mujer, enero de 2015 a diciembre de 2016.

5. DISCUSION DE RESULTADOS

El 59% de las pacientes embarazadas que consultaron el Hospital Nacional de la Mujer, padeciendo algún grado de obesidad se encontraban entre los 21 y los 30 años, en plena edad reproductivas y por tanto con la posibilidad de contraer nuevos embarazos posteriores; el segundo grupo de edad que con mayor frecuencia presenta embarazo padeciendo algún grado de obesidad son aquellas entre los 31 y 40 años.

La mayor parte de pacientes obesas tenían un nivel de estudio intermedio, correspondiente a secundaria, en un 57% y primaria en un 30%; Esto implica una buena capacidad de comprensión y de entendimiento de las sugerencias durante los controles prenatales, así como de la consejería nutricional y de salud que se les impartía. Un grupo más pequeño de estas tenía educación superior, un 7%, y solamente el 3% de estas no tenía educación.

Con respecto al estado civil de las pacientes incluidas en el estudio, la mayor parte de ellas se encontraba acompañadas, haciendo un 67% del total

La diferencia entre pacientes atendidas de la zona urbana y zona rural fue poca, debido a que gran parte de las pacientes procedentes de la zona rural habían sido referidas de otros centro hospitalarios, o por tener la categoría de obesidad mórbida ya estaban llevando controles prenatales en este centro y por tanto la atención del parto también fue en este.

En la categorización del tipo de obesidad, el 64% de estas estaba clasificada como obesa mórbida, con un índice de masa corporal arriba de 40, que es el tipo de pacientes que por normativa del ministerio deben ser atendidas en centro de tercer nivel; en segundo lugar eran tipo 2 y en menor cantidad tipo 1, siendo estas pacientes las que pueden ser atendidas en centros de segundo nivel, sino tienen una patología crónica de base que amerite ser evaluada en este hospital.

De un total de 164 pacientes la mayoría de estas (un 77%) no padecían patologías crónicas o enfermedades de base, lo que implica que habían iniciado el embarazo sin ninguna complicación o padecimiento más que la obesidad y que por consiguiente cualquier complicación en el embarazo, parto o puerperio podría estar relacionada únicamente a su estado

nutricional, mientras que el otro 23% si tenían una patología conocida previa al embarazo.

En cuanto a la paridad de las pacientes, el 69% de ellas era múltipara, es decir que la mayoría no presentaba los riesgos de ser primigesta ni el riesgo de la gran multiparidad; sin embargo existe un grupo nada despreciable del 29% que eran primigestas, y en quienes toma realce algunas complicaciones, como el parto por cesárea y los desgarros del canal del parto.

Las complicaciones que sufrieron las pacientes durante la gestación incluidas en el estudio fueron principalmente Hipertensión Arterial, comprendidas en este grupo la Hipertensión Arterial Crónica descubierta en el embarazo, y los distintos trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo (11%), seguido por diabetes gestacional y corioamnionitis (5% c/u), y en menor medida macrosomia fetal (4%) y RCIU (2%). La gran mayoría de pacientes obesas (71%) no presento alguna complicación en el transcurso del embarazo.

A diferencia del periodo de gestación, durante la atención del parto se presentó una amplia gama de complicaciones en las pacientes obesas: siendo la principal de estas, con un 49% el parto por cesárea, el 21% tuvo desgarros en la atención del parto, el 7% presentó deterioro fetal que conllevo a parto por vía cesárea de urgencia, un 5% parto prematuro, y el 4% complicaciones más graves como hemorragia obstétrica. Solo el 25% del total, no tuvo complicaciones registradas durante el periodo del parto.

En cuanto a las complicaciones que se tuvieron durante el puerperio la mayoría de las pacientes no tuvo complicaciones registradas durante este periodo, sin embargo de las que sí tuvieron la principal de ellas fue la fiebre puerperal la cual represento un 7%, el 4% de ellas tuvo infección de sitio

quirúrgico posterior a una cesárea; y en menor cantidad sufrieron dehiscencia de episiotomía y de herida operatoria, con un 1% cada uno.

6. CONCLUSIONES

- La mayor parte de pacientes embarazadas con diagnósticos de obesidad, atendidas en el hospital nacional de la mujer oscilan entre los 20 y 30 años de edad, y la mayoría de estas se encuentran acompañadas.

- El nivel de estudio de las pacientes obesas atendidas en este centro es, en su mayoría, de tipo medio, correspondiente a secundaria según el CLAP, lo que denota un buen nivel de comprensión de las recomendaciones y sugerencias.
- La principal procedencia de obesas embarazadas es urbana, aunque la diferencia con las de procedencia rural no es tan marcada como se esperaba.
- De los tres tipos de obesidad en que se clasificó el estado nutricional de las pacientes, las que se evalúan con más frecuencia en el hospital son las obesas mórbidas.
- La mayoría de pacientes con los diferentes tipos de obesidad atendidas en el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2016 no padecían de enfermedades crónicas o de base, previas al embarazo.
- Los trastornos hipertensivos del embarazo y la Hipertensión Arterial Crónica diagnosticada en el embarazo son las complicaciones que se encuentran a la cabeza en las pacientes obesas, seguidas por la Diabetes Gestacional y la corioamnionitis.
- Durante la atención del parto fue el periodo en el que más complicaciones se presentaron en las pacientes obesas, siendo la principal de estas el parto por cesárea de primera vez, ya sea electiva

o por urgencia, como en las que se diagnosticó pérdida del bienestar fetal.

- En el caso de los partos vaginales, el estar clasificada como paciente obesa aumenta la posibilidad de presentar desgarros en el canal del parto y puede llevar en cierta medida a desarrollar hemorragia obstétrica severa.

- El puerperio fue el periodo en el que menor cantidad de complicaciones se tuvo en las embarazadas obesas, en comparación con el desarrollo del embarazo y el parto.

7. RECOMENDACIONES

- ❖ Aumentar el cuidado y compromiso nutricional en las pacientes en edad reproductiva, y en especial entre 20 y 30 años de edad, tanto a

nivel institucional en consulta preconcepcional, como en los demás niveles de atención del Sistema público de salud.

- ❖ Aprovechar el buen nivel educativo que la mayoría de estas pacientes tiene para hacer conciencia de la estabilización de las enfermedades crónicas de base previo a buscar un embarazo, así también como de mejorar el estado nutricional preconcepcional.
- ❖ Dar énfasis a la atención en base a patologías pregestacionales, más que el padecimiento de obesidad.
- ❖ En las pacientes que se tengan ya clasificadas como obesas, es de vital importancia tener un control adecuado de la Presión Arterial y monitoreo glicémico, a fin de detectar de forma temprana los trastornos hipertensivos, así como la diabetes gestacional, que tan frecuente es en este grupo de pacientes.
- ❖ Asegurar la detección de Diabetes Gestacional durante la primera visita del control prenatal y en la semana 24 y 28 de gestación en las pacientes diagnosticadas con obesidad, en los tres niveles de atención.
- ❖ Con el fin de prevenir infecciones ovulares, es de suma importancia dar manejo completo y seguimiento a las infecciones de vías urinarias, así como a las infecciones vaginales en este tipo de pacientes.
- ❖ Debido a la gran cantidad de complicaciones que pueden presentarse durante la atención del parto de las pacientes con obesidad, este

debería ser atendido idealmente por personal experimentado y con todas las medidas preventivas posibles

- ❖ A fin de disminuir las cesáreas por urgencia por pérdida del bienestar fetal, es de mucha importancia realizar pruebas de bienestar fetal a las pacientes que padezcan de obesidad de manera rutinaria y con el fin de detectar tempranamente aquellas que podrían culminar en parto por vía abdominal.

- ❖ Una adecuada técnica de atención de parto, la valoración de la pelvis y el tamaño del producto, así como el uso de episiotomía u otras técnicas que disminuyan el trauma del canal del parto, pueden llevar a la prevención y reducción de la tasa de desgarros e incluso a disminuir cuadros tan graves como la hemorragia obstétrica severa.

8. ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

“PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y CLINICO, ASI COMO COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE OBESIDAD EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER DE ENERO DEL 2015 A DICIEMBRE DEL 2016”

1. Numero de registro: _____
2. Ecolaridad: Analfabeta: ___ Primaria: ___ Secundaria: ___ Universidad: ___
3. Edad: _____
4. Estado civil: Soltera: ___ Casada: ___ Acompañada: ___
5. Procedencia: Urbana: ___ Rural: ___
6. Indice de masa corporal _____
7. Clasificacion de grado de obesidad
 - a. Tipo I _____
 - b. Tipo II _____
 - c. Morbida _____
8. Padece de alguna enfermedad previa al embarazo: Si No
9. Presento alguna complicacion durante el embarazo: Si No
10. Si la respuesta anterior es si, cual o cuales de las siguientes
 - a. Hipertensión Arterial Cronica Si No
 - b. Diabetes Mellitus Si No

c. Hipertiroidismo	Si	No
d. Hipotiroidismo	Si	No
e. Cardiopatía Hipertensiva	Si	No
f. Enfermedad Renal Crónica	Si	No
g. Obito fetal	Si	No
h. Otra	Si	No
11. Presento alguna complicación en el parto:	Si	No
12. Si la respuesta anterior fue si, cual o cuales de las siguientes		
a. Fase de latencia prolongada	Si	No
b. Parto por cesárea	Si	No
c. Deterioro fetal	Si	No
d. Distocias	Si	No
e. Desgarros	Si	No
f. Hemorragia obstétrica	Si	No
g. Retención placentaria o de restos	Si	No
h. Parto prematuro	Si	No
13. Presentó alguna complicación en el puerperio	Si	No
14. Si la respuesta anterior fue si, cual o cuales de las siguientes		
a. Fiebre puerperal	Si	No
b. Infección de sitio quirúrgico	Si	No
c. Dehiscencia de HOP	Si	No
d. Otras	Si	No

ANEXO 2

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Controlling the Global Obesity Epidemic.
<http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/index.html>. [Accedido: 10 mayo 2011].
2. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004 Mar 10;291(10):1238-45. Erratum in: *JAMA*. 2005 Jan 19;293(3):293-4.
3. Bhattacharya S, Campbell DM, Liston WA, Bhattacharya S. Effect of Body Mass Index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies. *BMC Public Health*. 2007;7:168.
4. Gilmore J. Body mass index and health. *Health Reports (Statistics Canada, Catalogue 82-003)* 1999;11(1):31-43.
5. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, Hauth JC, Wenstrom KD. Prenatal care. In: *William's Obstetrics*. 21st ed. New York: Appleton and Lange; 2001:232.
6. Piirainen T, Isolauri E, Lagstrom H, Laitinen K. Impact of dietary counselling on nutrient intake during pregnancy: a prospective cohort study. *Br J Nutr*. 2006;96:1095-104.
7. CMACE/RCOG Joint Guideline. Management of women with obesity in pregnancy. March 2010.
8. Callaway LK, Prins JB, Chang AM, McIntye HD. The prevalence and impact of overweight and obesity in an Australian obstetric population. *Med J Aust*. 2006;184:56-9.
9. Leung TY, Leung TN, Sahota DS, Chan OK, Chan LW, Fung TY, Lau TK. Trends in maternal obesity and associated risks of adverse pregnancy outcomes in a population of Chinese women. *BJOG*. 2008;115:1529-37.
10. Rasmussen SA, Chu SY, Kim SY, Schmid CH, Lau J. Maternal obesity and risk of neural tube defects: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198:611-9.
11. Wolfe HM, Sokol RJ, Martier SM, Zador IE. Maternal obesity: a potential source of error in sonographic prenatal diagnosis. *Obstet Gynecol*. 1990;76:339-42.
12. Hendler I, Blackwell SC, Bujold E, Treadwell MC, Mittal P, Sokol RJ, et al. Suboptimal second-trimester ultrasonographic visualization of the fetal heart in obese women: should we repeat the examination?. *J Ultrasound Med*. 2005;24:1205-9.
13. Waller DK, Shaw GM, Rasmussen SA, Hobbs CA, Canfield MA, Siega-Riz AM, Gallaway MS, Correa A; National Birth Defects Prevention Study. Prepregnancy obesity as a risk factor for structural birth defects. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161:745-50.
14. Werler MM, Louik C, Shapiro S, Mitchell AA. Prepregnant weight in relation to risk of neural tube defects. *JAMA*. 1996;275:1127-8.
15. Fields NT, Piper JM, Langer O. The effect of maternal obesity on the accuracy of fetal weight estimation. *Obstet Gynecol*. 1995;86:102-7.

16. McDonald SD, Han Z, Mulla S, Beyene J; Knowledge Synthesis Group. Overweight and obesity in mothers and risk of preterm birth and low birth weight infants: systematic review and meta-analyses. *BMJ*. 2010 Jul 20;341:c3428. doi: 10.1136/bmj.c3428.
17. Smith GCS, Shah I, Pell JP, Crossley JA, Dobbie R. Maternal obesity in early pregnancy and risk of spontaneous and elective preterm deliveries: a retrospective cohort study. *Am J Public Health*. 2007;97:157-62.
18. Honest H, Bachmann LM, Ngai C, Gupta JK, Kleijnen J, Khan KS. The accuracy of maternal anthropometry measurements as predictor for spontaneous preterm birth-- a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;119:11-20.
19. Shah PS, Zao J. Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses. *BJOG*. 2009;116:1425-42.
20. Nohr EA, Vaeth M, Bech BH, Henriksen TB, Cnattingius S, Olsen J. Maternal obesity and neonatal mortality according to subtypes of preterm birth. *Obstet Gynecol*. 2007;110:1083-90.
21. Betrán AP, Wojdyla D, Posner SF, Gülmezoglu AM. National estimates for maternal mortality: an analysis based on the WHO systematic review of maternal mortality and morbidity. *BMC Public Health*. 2005 Dec 12;5:131.
22. Khashan AS, Kenny LC. The effects of maternal body mass index on pregnancy outcome. *Eur J Epidemiol*. 2009;24:697-705.
23. Heslehurst N, Simpson H, Ells LJ, Rankin J, Wilkinson J, Lang R, et al. The impact of maternal BMI status on pregnancy outcomes with immediate short-term obstetric resource implications: a meta-analysis. *Obes Rev*. 2008;9:635-83.
24. Usha Kiran TS, Hemmadi S, Bethel J, Evans J. Outcome of pregnancy in a woman with an increased body mass index. *BJOG*. 2005;112:768-72.
25. Chu SY, Kim SY, Lau J, Schmid CH, Dietz PM, Callaghan WM, et al. Maternal obesity and risk of stillbirth: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197:223-8.
26. Sibai BM, Ewell M, Levine RJ, Klebanoff MA, Esterlitz J, Catalano PM, et al. Risk factors associated with preeclampsia in healthy nulliparous women. The Calcium for Preeclampsia Prevention (CPEP) Study Group. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177:1003-10.
27. Ricart W, López J, Mozas J, Pericot A, Sancho MA, González González N y cols. Spanish Group for the Study of the Impact of Carpenter and Coustan GDM Thresholds. Body mass index has a greater impact on pregnancy outcomes than gestational hyperglycaemia. *Diabetologia*. 2005;48:1736-42.
28. Robinson HE, O'Connell CM, Joseph KS, McLeod NL. Maternal outcomes in pregnancies complicated by obesity. *Obstet Gynecol*. 2005;106:1357-64.
29. Weiss JL, Malone FD, Emig D, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al; FASTER Research Consortium. Obesity obstetric complications and cesarean delivery ratea population based screening study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:1091-7.
30. Colditz GA, Willett WC, Rotnitzky A, Manson JE. Weight gain as a risk factor for clinical diabetes mellitus in women. *Ann Intern Med*. 1995;122:481-6.

