

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

E.A.P DE OBSTETRICIA



TESIS

**“OBESIDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES
OBSTETRICAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE.
PUESTO DE SALUD DOS DE MAYO – PUCALLPA.
NOVIEMBRE 2016- ABRIL 2017”**

**TESISTAS:
CERVANTES CABRERA, JENNIFER KATHERINE
RODRIGUEZ RIQUEZ, GUERILYN YISENIA**

**ASESORA:
Mg. JESSYE M. RAMOS GARCÍA**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

HUÁNUCO – PERÚ

2017

**OBESIDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON
COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES
DEL TERCER TRIMESTRE. PUESTO DE SALUD DOS
DE MAYO - PUCALLPA. NOVIEMBRE 2016 – ABRIL
2017**

DEDICATORIA

A Dios por las fuerzas que nos da cada día y habernos permitido llegar hasta éste punto y poder lograr nuestros objetivos, además de todas las bendiciones que nos brinda y su incondicional amor.

A nuestros padres por el apoyo incondicional que nos brindan sin esperar nada a cambio y acompañarnos en este camino a pesar de las dificultades que se pudieron presentar.

AGRADECIMIENTO

A nuestra asesora la Mg. Jessye M. Ramos Garcia por el tiempo dedicado, consejos oportunos y las acertadas críticas constructivas que nos brindó para la realización de esta tesis.

Al Puesto de Salud Dos de mayo – Pucallpa por el gran trabajo que desarrollan a pesar de las dificultades, y por habernos brindado su experiencia profesional y humana, a la obstetra Angelica Campos Barreto y al obstetra Teodoro Meneses Bedoya, por su apoyo incondicional en la realización de esta tesis.

A los docentes de la facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan, por brindarnos sus conocimientos durante nuestra formación académica.

Al Obstetra Cesar Godoy Lopez por su apoyo incondicional en la elaboración de nuestra tesis.

A todos ellos, muchas bendiciones y nuestra eterna gratitud

RESUMEN

“OBESIDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. PUESTO DE SALUD DOS DE MAYO - PUCALLPA. NOVIEMBRE 2016 – ABRIL 2017.”

La Investigación realizada tuvo como objetivo dar a conocer la relación que existe entre la obesidad materna y las complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre del puesto de salud “Dos de Mayo”- Pucallpa. Noviembre 2016 – abril 2017; con un tipo de estudio retrospectivo, transversal, analítico que corresponde al nivel relacional, la población estuvo conformado por 330 gestantes y la muestra por 40 gestantes obesas del tercer trimestre que desarrollaron complicaciones obstétricas y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se empleó la técnica documental y el instrumento fue una ficha de recolección de datos, validada por el juicio de tres expertos, que fue procesada previa a una prueba piloto con el fin de valorar su aplicabilidad interna y calcular su confiabilidad a través de la prueba de Alpha de Cronbach. Las hipótesis fueron analizadas mediante la estadística inferencial no paramétrica y para ellos se utilizó el Chi cuadrado de Pearson. Los principales resultados fueron: la infección del tracto urinario es la complicación más frecuente con un 70%, seguido por la preeclampsia con un 20%; diabetes 2.5%, dislipidemia 2.5%; Sufrimiento fetal con un 2.5% y varices vulvar con un 2.5% no encontrándose casos de rotura prematura de membranas, sufrimiento fetal agudo, muerte intrauterina- óbito fetal

y anemia. El grado de obesidad donde se encontró mayor cantidad de complicaciones obstétricas es el Grado I y en menor cantidad es el grado III, debido a que las gestantes de grado I no cuidaron su ganancia de peso en el transcurso de la gestación. Por lo tanto se llegó a la siguiente conclusión, con un Chi cuadrado de Pearson de 6.74, se acepta la hipótesis alterna.

Palabras claves: *Obesidad materna, complicaciones obstétricas, gestantes del tercer trimestre.*

ABSTRACT

"MATERNAL OBESITY AND ITS RELATIONSHIP WITH OBSTETRIC COMPLICATIONS IN THOSE THIRD QUARTERS. POST OF HEALTH TWO OF MAY - PUCALLPA. NOVEMBER 2016 - APRIL 2017. "

The objective of the research was to report on the relationship between maternal obesity and obstetric complications in pregnant women in the third trimester of the "Dos de Mayo" health post - Pucallpa. November 2016 - April 2017; With a retrospective, cross-sectional, analytical type that corresponds to the relational level, the population consisted of 330 pregnant women and the sample by 40 obese pregnant women in the third trimester who developed obstetric complications and who met the inclusion and exclusion criteria. The documentary technique was used and the instrument was a data collection form, validated by the judgment of three experts, which was processed prior to a pilot test in order to assess its internal applicability and calculate its reliability through the test of Alpha of Cronbach. The hypotheses were analyzed by non-parametric inferential statistics and Pearson's Chi square was used for them. The main results were: urinary tract infection is the most frequent complication with 70%, followed by preeclampsia with 20%; Diabetes 2.5%, dyslipidemia 2.5%; Fetal distress with 2.5% and vulvar varicose veins with 2.5%, with no cases of premature rupture of membranes, acute fetal distress, intrauterine death - fetal death and anemia. The degree of obesity where the greatest number of obstetric complications was found is Grade I, and the lower grade III, due to the fact that grade I pregnant women did not take care of their weight gain in the course of

gestation. Therefore, we reached the following conclusion, with a Pearson Chi square of 6.74, the alternative hypothesis is accepted.

Key words: Maternal obesity, obstetric complications, third trimester pregnant women.

INDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESMEN.....	v
ABSTRACT.....	vii
CAPITULO I.....	13
MARCO TEÒRICO	13
1.1. Antecedentes.....	13
1.1.1. Internacionales.....	13
1.1.2. Nacionales.....	14
1.1.3. Locales	15
1.2. Investigación bibliográfica.....	15
1.4. Definición de términos básicos	42
1.5. Hipótesis.....	44
1.6. Variables.....	44
1.6.1. Variable independiente	44
1.6.2. Variable dependiente	44
VD: Complicaciones obstétricas	44
1.6.3. Indicadores.....	44
1.7. Operacionalización de variables (ver anexo N° 01).....	45
1.8. Objetivos.....	45
1.8.1. Objetivo general.....	45
1.8.2. Objetivos específicos	45
CAPITULO II.....	46
MARCO METODOLOGICO.....	46
2.1. Ámbito de estudio	46
2.2. Tipo de investigación.....	46
2.3. Diseño y esquema de investigación	47
2.4. Población y muestra	48
MUESTRA.....	48
2.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de datos	48
DISCUSIÓN.....	61
CONCLUSIONES	63
SUGERENCIAS	65
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS.....	68

ACRONIMOS

1. OMS : Organización Mundial de la Salud.
2. IMC: Índice de masa corporal.
3. EPT: Embarazo post termino.
4. IOM: Instituto de medicina.
5. DPG: Diabetes pre gestacional.
6. DG: Diabetes gestacional.
7. FCVE: Factor de crecimiento vascular endotelial.
8. FCP: Factor de crecimiento placentario.
9. FLT1: Receptores de alta afinidad Tirosina quinasas.
10. SFA: Sufrimiento fetal agudo.
11. CO₂: Dióxido de carbono.
12. FCF: Frecuencia cardiaca fetal.
13. PO₂: presión parcial del O₂ en una mezcla de gases de la atmósfera o en una solución, expresada en mmHg
14. APP: Amenaza de parto pretérmino.
15. RPM: Rotura prematura de membranas.
16. ITU: Infección del tracto urinaria
17. PEL: Preeclampsia leve
18. PES: Preeclampsia severa
19. PA: Presión arterial
20. SM: síndrome metabólico.
21. TG: triglicéridos.

INTRODUCCIÓN

Durante la gestación, hay varios factores genéticos, ambientales, sociales y alimentarios que cumplen un papel importante en el desarrollo normal del embarazo, uno de ellos es la alimentación relacionado directamente con el peso, en el cual la gestante debe cuidar y mantener, a través de estilos de vida saludables, que pueda disminuir los factores de riesgo durante el embarazo y en la finalización del mismo. Sin embargo se observó que las gestantes, debido a su economía, situaciones sociales y culturales presentan trastornos alimenticios como el incremento del peso el cual puede llevar a la obesidad.

Durante el embarazo, la obesidad pone en riesgo a la gestante de desarrollar varias complicaciones obstétricas como la diabetes gestacional, preeclampsia, infección de tracto urinario; también aumenta el riesgo de que ocurra los siguientes problemas como: pérdida del embarazo, defectos congénitos, parto prematuro y óbito fetal además contribuye a aumentar el riesgo de cesárea, independientemente la diabetes gestacional, preeclampsia, también aumenta el riesgo de que ocurra óbito fetal ⁽¹⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) mayo 2016, mediante un estudio destaca la creciente amenaza de las enfermedades no transmisibles para la supervivencia de las mujeres al embarazo y al parto donde siete de cada diez gestantes tienen sobrepeso, y tres de esos siete están obesos. Se considera que una persona con un índice de masa corporal (IMC) de 25 o más presenta

sobrepeso, mientras que una persona con un IMC de 30 o más presenta obesidad. ⁽²⁾

Mientras que en nuestro país el sobrepeso y obesidad en gestantes cada año aumenta, en el año 2009 la prevalencia fue de 30,4% mientras que para el año 2013 fue de 36,3% de casos reportados ⁽³⁾ y en el departamento de Ucayali el sobrepeso y obesidad ha mostrado una tendencia creciente en el periodo (de más de 7 puntos porcentuales), llegando a afectar a 1 de cada 3 gestantes que acudieron a los establecimientos de salud de la región. ⁽⁴⁾

En el capítulo I se presenta el problema de investigación en el que se describe el problema, objetivos, hipótesis y variables.

En el capítulo II se abordan los aspectos metodológicos de la tesis, tipo, diseño y esquema de investigación. También se describe a la población, muestra y las técnicas de recojo de la información.

En el capítulo III se presentan los resultados y su interpretación, seguidamente se ofrece la discusión de los resultados, las conclusiones.

CAPITULO I

MARCO TEÒRICO

1.1. Antecedentes

1.1.1. Internacionales

Cajas Gabriela (Guatemala 2015) titulada “obesidad materna y complicaciones materno-fetales que se presentan en las mujeres embarazadas con obesidad que asisten a consulta a los servicios de emergencia y consulta externa del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt en el periodo enero a octubre 2012.”. Cuyo objetivo fue Conocer a las complicaciones maternofetales que se presentan en las mujeres embarazadas con obesidad los resultados fueron: la incidencia de obesidad en embarazadas corresponde al 1.53% del total de pacientes embarazadas evaluadas durante el estudio; Dentro de las complicaciones desarrolladas, los trastornos hipertensivos obtuvieron un porcentaje de 72.32% siendo la complicación más frecuente. ⁽⁵⁾

Ordoñez Stalin, Buele Liliana (Ecuador 2013) titulada “incidencia de sobrepeso y obesidad materna y su relación con los principales riesgos obstétricos en mujeres gestantes atendidas en el área de Ginecología del Hospital Cantonal de Alamor durante el periodo octubre 2011- julio 2012.” Cuyo objetivo fue determinar la incidencia del sobrepeso y obesidad en embarazadas, los grupos de edad más afectados y los riesgos para el embarazo. Concluyo

que la obesidad y el sobrepeso son factores para desarrollar enfermedades del tracto genital (91.3%), hipertensión arterial (60%) y diabetes gestacional (20%) durante el embarazo, así como desencadenante de partos asistidos. ⁽⁶⁾

1.1.2. Nacionales

Santisteban Luis (Lambayeque 2015) titulada “sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de preeclampsia, Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque-2014”. Cuyo objetivo fue determinar si el sobrepeso y la obesidad constituyen factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia debido a que esta patología se ha convertido en un problema de salud pública en todo el mundo. Concluyo que el sobrepeso y la obesidad no constituyen factores de riesgo, pero si factores de riesgo para desarrollar severidad dentro de las gestantes que realizan preeclampsia. ⁽⁷⁾

Manrique Lía (lima 2016) titulada “complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes con sobrepeso y obesidad pregestacional atendidas en el Hospital Rezola Cañete durante el año 2015” cuyo objetivo fue: Determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes con sobrepeso y obesidad pregestacional y los resultados que obtuvieron fueron que del 100,0 % de gestantes atendidas durante el año 2015, 17,4% tuvieron diagnóstico de sobrepeso pregestacional y cumplieron los criterios de selección 9,0% y 14,5 % gestantes tuvieron diagnóstico de obesidad y cumplieron los criterios de selección 9,2 %. La complicación obstétrica más frecuente fue la infección del tracto

urinario, presentándose en 24,8 % gestantes con sobrepeso y 25,2 % con obesidad; seguido de la anemia en 7,1% gestantes con sobrepeso y 8,1 % con obesidad y en tercer lugar la preeclampsia en 4,8 % gestantes con sobrepeso y 5,0% con obesidad. ⁽⁸⁾

1.1.3. Locales

No se encontraron antecedentes regionales para este proyecto.

1.2. Investigación bibliográfica

1.2.1. OBESIDAD

Es el aumento exagerado del peso corporal producido por el incremento Universal de las reservas de grasas de un sujeto. Se considera obeso a todo individuo cuyo peso corporal sea superior en un 20% al peso teórico, de acuerdo a la edad, altura y sexo. ⁽⁹⁾

Se han utilizado diversos sistemas para definir y clasificar la obesidad en la actualidad se emplea el índice de masa corporal (IMC) también conocido como el índice de quetelet, el cual se calcula como el peso en kilogramos dividido por la talla en metros cuadrado ⁽¹⁰⁾

Fisiopatología

La obesidad es el resultado de un desequilibrio entre el aporte de energía y el gasto energético, cuyo resultado es una acumulación progresiva de la energía no utilizada en forma de triglicéridos en los adipocitos.

En el desarrollo de la obesidad participan dos mecanismos:

1.- el aumento de la ingesta: en ello están implicados tanto factores que participan en la regulación de la ingesta (endógenos, como los factores genéticos, o exógenas, como los factores ambientales) como en la alteración en el tipo de ingesta.

2.- una disminución de gasto energético basal y total, con alteración de sus mecanismos de regulación. ⁽¹¹⁾

Etiopatogenia

Es multifactorial, en el cual interactúan factores genéticos, ambientales y de comportamiento. Respecto a los factores genéticos: existe un aumento de hormonas producidas en el tejido graso, principalmente la leptina, que normalmente actúa en el cerebro inhibiendo la ingesta (pérdida del apetito) y activando el gasto energético (pérdida de grasa), sin embargo en la obesidad se produce un estado de “resistencia a la leptina”, por ello estas personas tienen un apetito exagerado (hiperfagia) a pesar de tener un exceso de Leptina, la cual manda una información que no es registrada por el cerebro. La obesidad en la mujer se asocia a alteración de la ovulación, con la consiguiente disminución de la fertilidad, sea con Síndrome de Ovario Poliquístico, o sin la coexistencia de esta patología. Las obesas presentan mayor riesgo de aborto y disminución de las tasas de implantación embrionaria, lo cual podría deberse a deficiencia de la fase lútea y alterando la composición del líquido folicular, y así alterando el metabolismo de los ovocitos. La calidad del embrión se ve afectada por la pobre

calidad del ovocito, lo cual sería responsable del aumento de las tasas de aborto espontáneo y anomalías en el crecimiento. ⁽¹²⁾

En los factores ambientales y de estilos de vida se evidencia que los hábitos nutricionales y el estilo de vida contribuyen al desarrollo de la obesidad, pues la ingesta de nutrientes con alto contenido en grasa y poco volumen (dulces, productos precocinados) llegan a crear un hiperinsulinismo crónico con el consiguiente aumento del apetito creando una sobreingesta y almacenamiento en el tejido adiposo. Asimismo, el sedentarismo conlleva a una disminución del gasto energético favoreciendo a la obesidad. La inestabilidad emocional es otro factor que se asocia al desarrollo de la obesidad ya que conlleva a una falta de autoestima, lo que comporta en: aislamiento, sedentarismo e incremento de la ingesta. ⁽¹²⁾

Alteraciones del metabolismo energético

La obesidad es el reflejo de un balance energético positivo y prolongado entre la ingesta y el gasto de energía, en el que el exceso de energía ingresada se acumula en forma de tejido adiposo. ⁽¹¹⁾

Clasificación de la obesidad

La clasificación internacional de obesidad para un adulto es la propuesta por la OMS según el IMC. Sin embargo, según la definición de obesidad, las personas obesas son aquellas que tienen un exceso de grasa corporal.

Se considera que un hombre adulto de peso normal presenta un contenido de grasa en un rango del 15 al 20% del peso corporal total, y las mujeres entre el 25 y 30% del peso corporal total.

Deurenberg y colaboradores establecieron una ecuación para estimar el porcentaje total de grasa en adultos, basado en el IMC, la edad y el sexo.

Se puede observar que para una determinada talla y peso, el porcentaje de grasa corporal es alrededor de un 10% más alto en mujeres que en hombres. Lo anterior sugiere que las mujeres tienen una mejor adaptación a la grasa corporal que los hombres, debido a que gran parte de la grasa se distribuye en compartimentos subcutáneos y periféricos (mamas, glúteos, muslos), mientras que en los hombres el exceso de grasa tiende a depositarse en el abdomen, tanto grasa subcutánea como grasa intraabdominal. Por otro lado, se ha podido establecer que a medida que las personas envejecen, aumentan su contenido de grasa corporal, a pesar de mantener el peso estable. Sin embargo, para catalogar de obeso en la práctica a un sujeto, utilizamos la medición del peso corporal o el cálculo de índices basados en el peso y la altura (IMC), de acuerdo a como se ha establecido en Consensos Internacionales. Un IMC igual o superior a 30 kg/m² es el indicador clínico utilizado universalmente para diagnosticar obesidad en ambos sexos. ⁽¹³⁾

- Obesidad Grado I o moderada (IMC 30 – 34.9)
- Obesidad Grado II o severa (IMC 35 – 39.9)

- Obesidad Grado III o morvida (IMC > 40)

Factores epidemiológicos asociados al exceso de peso

- Demográficos
 - Edad
 - Sexo femenino
 - Raza
- Socioculturales
 - < Nivel educacional
 - < Ingreso económico
- Biológicos
 - Paridad
- Conductuales
 - > Ingesta alimentaria
 - Tabaquismo
 - Ingesta de alcohol
- Actividad Física
 - Sedentarismo

Consecuencias de la obesidad

- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012.
 - La diabetes mellitus tipo 2.
 - los trastornos del aparato locomotor.
 - Algunos cánceres (endometrio, mama y colon).

- Consecuencias tanto psicológicas como sociales que deterioran la calidad de vida.⁽¹³⁾

Obesidad y embarazo

La obesidad se acompaña de esterilidad parcial debido al incremento de la resistencia a la insulina en un estudio de bellver et al. (2009) observaron que la implantación, el embarazo y las tasas de nacimientos vivos se reducía en forma progresiva y significativa de acuerdo al aumento del IMC; en otro estudio de lashen et al. (2004) observaron que la obesidad se acompaña de un incremento del riesgo de abortos durante el primer trimestre y recurrentes. En las innumerables mujeres preobesas y obesas que logran un embarazo hay una serie de resultados perinatales adversos crecientes e interrelacionados.⁽¹⁰⁾

La Obesidad y los cambios fisiológicos de las gestantes

Las modificaciones fisiológicas que se dan en la embarazada para mantener la homeostasis en el complejo materno – fetal cambian radicalmente en la gestante obesa, favoreciendo severos desajustes que se dan en los depósitos grasos y en el uso de la glucosa tanto por parte de la madre como del feto, lo que, unido a las repercusiones anteriormente mencionadas que la obesidad por sí misma genera, supone en la embarazada una serie de condiciones de riesgo tanto para la madre como para el producto de la gestación.⁽¹⁴⁾

El embarazo está asociado a un amplio rango de modificaciones cardiovasculares debido al aumento de la demanda de oxígeno.

Los cambios debidos a la obesidad tienen marcados efectos en la función cardiaca, endotelial y vascular. Cada 100gr. De grasa depositada se incrementa el gasto cardiaco en 30-50ml/min, acompañándose de un incremento del volumen sanguíneo. La carga del volumen induce una hipertrofia de ventrículo izquierdo con la consecuente respuesta miocárdica a la incrementada presión de sobrecarga. Esta es secundaria al aumento de la actividad simpática debido a los potenciales efectos de hormonas tales como leptina, insulina y varios mediadores inflamatorios. El ritmo cardiaco se incrementa con el elevado gasto, disminuyendo el intervalo diastólico y así mismo, el tiempo de perfusión miocárdica. La conducción y la contractibilidad pueden estar igualmente comprometidas cuando se dan depósitos de grasa en el tejido miocárdico ⁽¹⁴⁾

El mecanismo de adaptación del embarazo al incremento del gasto cardiaco y sobrecarga de volumen, esta alterado en la paciente obesa debido a un esta de resistencia a la regulación del eje renina – angiotensina. La obesidad se comporta como un estado de colapso intravascular continuo que conlleva una hipovolemia relativa en cuanto se da una constante de volumen para una superficie a perfundir notablemente mayor. A esto se añade, en estas pacientes, un ineficiente mecanismo del bloqueo habitual de la aldosterona en la embarazada. Secundario igualmente a la hipoperfusión renal, se da una alteración en la síntesis de hematopoyetina que favorece una disminución de la

eritropoyesis con respecto a la embarazada normal y, adicionalmente, se aprecia una disminución de la absorción y distribución de folatos, por motivos desconocidos ⁽¹⁴⁾

Los cambios que se producen en el metabolismo de carbohidratos y lípidos durante el embarazo pretenden garantizar un suministro continuo de nutrientes al feto en crecimiento a pesar de la ingesta intermitente de alimentos derivada de la maternidad. La respuesta insulínica a la ingesta de alimento está incrementada durante el embarazo normal a través de las modulaciones metabólicas debidas a la influencia del cortisol, estrógenos y progestágenos que favorecen la lipogénesis y el almacenamiento de grasa. En la paciente obesa, estos mecanismos reguladores precoces no existen debido a que el tejido adiposo y el músculo estriado son resistente a la acción de la insulina, cuyas concentraciones se encuentran igualmente incrementada respecto a gestantes no obesas. Esta resistencia a la insulina, punto clave en los procesos fisiopatológicos de este proceso, se hace exagerada conforme avanza el embarazo, favoreciendo una ineficiente utilización de carbohidratos y un aumento significativo del riesgo de desarrollar diabetes gestacional tanto en gestantes con sobrepeso (tres veces) como en obesidad (seis veces). ⁽¹⁴⁾

En el embarazo, la concentración de triglicéridos se incrementa 2 – 3 veces en relación con no gestantes. Esto probablemente es el resultado de la lipólisis en un incrementado tejido adiposo como

consecuencia de la resistencia a la insulina y del estímulo en la liberación de ácidos grasos no esterificados. ⁽¹⁴⁾

Ganancia ponderal y necesidades energéticas maternas

El informe sobre el *National Research Council and Institute of Medicine* (IOM) del 2007 proporciona un análisis actual y exhaustivo de los factores que determinan el aumento de peso de la madre con relación con los factores biológicos, metabólicos y sociales pronósticos. Este pronóstico fue un seguimiento que respaldó las recomendaciones del IOM de 1990 para el aumento de peso gestacional, las cuales están basadas en el IMC anterior al embarazo. El depósito de tejido adiposo es mayor en las mujeres con un IMC elevado y por tanto los costos energéticos son significativamente más bajos. Kinoshita e Itoh (2006) estudiaron los cambios en la distribución regional del tejido adiposo durante todo el embarazo mediante la ecografía. Observaron que durante el tercer trimestre los incrementos predominantes ocurrían a expensas del tejido adiposo visceral. Pese a estas reservas, el catabolismo materno (al menos intuitivamente) no es un buen indicador del crecimiento y el desarrollo fetal. En consecuencia, se recomienda que incluso las mujeres obesas no intenten el adelgazamiento durante el embarazo, sino que limitan su ganancia ponderal. ⁽¹⁰⁾

1.2.2. COMPLICACIONES OBSTERICAS

1.2.2.1. DIABETES Y GESTACIÓN

Diabetes Pregestacional (DPG): Condición metabólica crónica caracterizada por Hiperglicemias, el cual se asocia a complicaciones vasculares a largo plazo. Existen dos formas: tipo 1 y tipo 2. ⁽¹⁵⁾

Diabetes tipo 1: se caracteriza por la deficiencia absoluta de insulina, debido a la destrucción autoinmune de las células de los Islotes de Langerhans del páncreas. Usualmente presenta anticuerpos anti células del islote. Es de inicio temprano. ⁽¹⁶⁾

Diabetes gestacional (DG): es la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de severidad variable, que comienza o se reconoce por primera vez durante el embarazo. Suele desaparecer luego del éste, pero con alto riesgo de repetirse en posteriores gestaciones. Clínicamente similar a la diabetes tipo 2.

Sea cual sea la causa de la hiperglicemia en el embarazo, debe tenerse en claro 3 puntos: (1) Incremento de la morbi-mortalidad perinatal, (2) Desarrollo futuro de diabetes tipo 2 en la madre y (3) Programación intraútero del desarrollo de desórdenes metabólicos en la vida futura. ⁽¹⁶⁾

ETIOLOGIA

No existe un agente etiológico definitivo para desarrollar diabetes en la gestación. Sin embargo los cambios hormonales

normales que suceden en ésta favorecen su aparición. Sólo en la DPG tipo 1 se ha detectado existencia de anticuerpos, con un sustento inmunológico. ⁽¹⁶⁾

Factores de riesgo asociados:

La búsqueda de la Diabetes Gestacional: debiera realizarse en toda embarazada, de acuerdo a las posibilidades de cada sistema de salud. En caso contrario, es imprescindible realizarla al menos en aquellas que presenten Factores de Riesgo:

- Antecedentes de familiares diabéticos de primer grado.
- Edad de la embarazada igual o mayor de 30 años.
- Sobrepeso u obesidad en la embarazada (I.M.C. 26,1 o más)
 - DG en embarazos previos.
 - Mortalidad perinatal inexplicada.
 - Macrosomía fetal (partos previos de 4 000 g o más)
 - Malformaciones congénitas.
 - Glucosuria en muestras matinales.
 - Polihidramnios.
 - Antecedentes de enfermedad tiroidea autoinmune.

1.2.2.2. PREECLAMPSIA

Es una complicación del embarazo caracterizada por alteración en la fisiología de las células endoteliales de las arterias espirales del útero, produciéndose una inadecuada invasión del

citotrofoblasto en estas arterias; esto altera la placentación y se desarrolla el síndrome isquémico en el tejido placentario y el compromiso de varios órganos maternos.

Se ha postulado mecanismos fisiopatológicos de tipo hipóxico, metabólico, inmune y genético, con aumento de los factores anti-angiogénicos, estrés oxidativo placentario por desbalance de los prooxidantes y antioxidantes maternos y expresión aberrante de las citoquinas, lo que ocasiona una respuesta inflamatoria sistémica exagerada. ⁽¹⁷⁾

Fisiopatología de la preeclampsia

La actual evidencia científica señala que la placenta es el órgano central en el desarrollo de la preeclampsia. En el embarazo normal, la formación vascular placentaria ocurre mediante tres mecanismos: 1) vasculogénesis, en la cual hay nueva formación de vasos sanguíneos; 2) angiogénesis caracterizada por crecimiento de nuevos capilares en preexistentes vasos sanguíneos; y, 3) pseudovasculogénesis o remodelación de las arterias espirales uterinas.

Desde el día 21 de la gestación, los factores angiogénicos solubles son expresados en células trofoblásticas, decidua materna y macrófagos y median el proceso de angiogénesis. Diferentes factores angiogénicos son expresados en la placenta; sin embargo, los más importantes mediadores del desarrollo vascular placentario son el factor de crecimiento vascular endotelial (FCVE) y el factor de crecimiento placentario (FCP). Existen varias formas del FCVE

incluyendo el FVCE-A, el FVCE-B, el FVCE-C, y el FVCE-D. FVCE-A se expresa extensivamente en la unidad útero-placentaria e induce angiogénesis y desarrollo vascular placentario a través de la unión a los receptores de alta afinidad tirosina quinasas Flt1 and KDR localizados en la membrana de la célula endotelial. El FCP está expresado esencialmente en el sincitiotrofoblasto y estimula también angiogénesis al unirse exclusivamente al receptor Flt. La remodelación de las arterias espirales es el otro mecanismo esencial para el establecimiento de la circulación útero-placentaria. Este es caracterizado por la invasión del citotrofoblasto a la pared de las arterias espirales, donde reemplaza las células endoteliales, disminuyendo la resistencia vascular sanguínea e incrementando el flujo sanguíneo a la placenta y el transporte de nutrientes y oxígeno al feto.

Una de las teorías más aceptadas acerca del origen de la preeclampsia sugiere que la enfermedad ocurre en dos etapas. La primera etapa es caracterizada por una invasión superficial del citotrofoblasto hacia las arterias espirales, lo cual origina impedimento a la perfusión placentaria. La segunda etapa ocurre como consecuencia de la progresión de la disfunción placentaria causando las manifestaciones clínicas de la enfermedad. La falla de la invasión trofoblástica ha sido atribuida a dos factores interrelacionados: 1) una maladaptación inmune paterno-materna; y, 2) un proceso inflamatorio generalizado y estrés oxidativo que

últimamente conduce a disfunción placentaria y disfunción endotelial. ⁽¹⁸⁾

Mortalidad materna

La mortalidad materna debida a preeclampsia es alta, variando desde 1,5% hasta 2,9%, siendo las principales causas la hemorragia posparto, desprendimiento prematuro de placenta, coagulopatía, insuficiencia renal, encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracerebral, síndrome Hellp y rotura del hematoma hepático.

En el Perú, la hipertensión inducida por el embarazo se ha encontrado entre las tres causas más importantes de mortalidad maternal desde la década de los 90 (Ludmir 1995). En esa década, la mortalidad debida a preeclampsia representaba 15,8% de todas las muertes maternas en el Perú. La mortalidad materna específica debida a preeclampsia ha sido 237/10 000 recién nacidos. Pacheco ⁽¹⁸⁾ halló una mortalidad materna en 18,9% de los casos cuando se complicaba con eclampsia.

Durante el periodo 2002-2011, la razón de mortalidad materna atribuida a preeclampsia fue 24,6/100 000 nacidos vivos, ocupando el segundo lugar como causa de mortalidad materna en el Perú. Sin embargo, a nivel urbano, la preeclampsia superó a la hemorragia durante ese periodo como principal causa de mortalidad materna. ⁽¹⁹⁾

Factores de riesgo de preeclampsia

En la literatura mundial, se ha identificado varios factores asociados al desarrollo de preeclampsia, los cuales se mencionan a continuación.

1. Primigravidez
2. Cambio de paternidad
3. Preeclampsia previa
4. Historia familiar de preeclampsia
5. Raza negra
6. Hipertensión crónica
7. Edad materna joven (< 20 años)
8. Edad avanzada (>35 años)
9. Índice de masa corporal aumentado
10. Embarazo múltiple
11. Diabetes mellitus pregestacional
12. Hiperhomocisteína
13. Resistencia a la insulina
14. Tabaquismo: efecto protector
15. Reproducción asistida

A continuación mostramos algunos hallazgos en los estudios de investigación.⁽¹⁷⁾

Obesidad

En un estudio de cohortes prospectivo en base comunitaria, 3 480 mujeres con obesidad mórbida definida como un índice de masa corporal mayor de 40 fueron comparadas con mujeres de peso normal (IMC: 19,8 a 26), encontrándose un alto riesgo de desarrollar preeclampsia.

En un estudio multicéntrico de 2 637 gestantes, se halló que el sobrepeso y la obesidad fueron los factores de riesgo más importantes para preeclampsia y preeclampsia severa, con riesgo atribuible porcentualizado de 64,9% y 64,4%, respectivamente. Las gestantes con IMC de 25 a 30 kg/m² tuvieron un 1,65, aquellas con IMC 30 a 35 un 2,34, con IMC 35 a 40 un 3,59 y aquellas con IMC mayor de 40 un 6,04. Hubo una relación dosis respuesta en la relación entre IMC y preeclampsia y preeclampsia severa. ⁽¹⁷⁾

Los cambios hemodinámicos asociados a la obesidad se traducen en hipertensión arterial, hemoconcentración y alteraciones de la función cardíaca. Se ha sugerido que la hipertensión crónica es diez veces más frecuente en las mujeres obesas que en las que tienen un peso normal. El riesgo de hipertensión inducida por la gestación y preeclampsia está aumentado significativamente en las mujeres con sobrepeso u obesidad al inicio del embarazo. En las diferentes series en las que se ha revisado este aspecto, se encuentra que las gestantes con IMC >30 tienen un riesgo de hipertensión inducida por la gestación tres veces superior a las gestantes con peso normal. El Grupo

Español para el Estudio de la Diabetes y Embarazo encontró en una serie de 9.270 gestantes españolas, que el 50% de los casos de hipertensión inducida por la gestación que se registraron en este grupo, se produjeron en gestantes con un IMC en los cuartiles superiores ⁽¹²⁾

1.2.2.3. SUFRIMIENTO FETAL AGUDO

El Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios fetomaternos, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal ⁽⁹⁾

Etiología

Dentro de las causas que pueden provocar SFA, tenemos aquellas que determinan una disminución del aporte de sangre al útero en cantidad y calidad, como es el caso de aquellas pacientes con preeclampsia, que produce disminución de la llegada de sangre al útero, pacientes diabéticas o hipertensas, como así también mujeres con anemia o problemas pulmonares que provocan falta de oxígeno en la sangre ⁽⁹⁾

Fisiopatología ⁽⁹⁾

Al reducirse los intercambios entre el feto y la madre, se reduce también el aporte de oxígeno al primero y la eliminación de productos de metabolismo fetal. La retención de CO₂ (hipercapnia) produce acidosis gaseosa.

Cuando disminuye el aporte de oxígeno hay una disminución de la presión parcial del gas en la sangre fetal (hipoxemia fetal). Hay una hipoxia fetal cuando las células no reciben el oxígeno suficiente para mantener su metabolismo normal.

Cuando hay hipoxia, los requerimientos energéticos de las células son satisfechos por medio de un aumento del consumo de hidratos de carbonos y otras sustancias que se degradan por metabolismo anaerobio. La consecuencia de esto es que disminuye el consumo de oxígeno por las células y aumentan los hidrogeniones (acidosis metabólicas), produciéndose también alteraciones en la relación lactato-piruvato, a predominio del lactato.

La caída del pH interfiere en el funcionamiento de las enzimas, lo que junto con el agotamiento de las reservas de glucógeno y la hipoxia produce alteraciones celulares que pueden hacerse irreversibles.

El agotamiento del glucógeno, que es precoz y grave a nivel cardíaco, se asocia a modificaciones del metabolismo del potasio por alteraciones del funcionamiento enzimático y la hipoxia, produciendo una falla miocárdica. A esto le sigue el shock que agrava las alteraciones celulares y ambos pueden causar muerte fetal.

Reacciones compensatorias de adaptación: la acidosis y la hipoxemia fetales producen un aumento prolongado del tono simpático, que se traduce por un aumento de la frecuencia

cardíaca. Cuando la PO₂ disminuye por debajo del nivel crítico, aumenta el tono vagal y se reduce la frecuencia fetal (FCF).⁽⁹⁾

Las modificaciones cardiovasculares producidas por la estimulación del sistema nervioso autónomo disminuyen los efectos perjudiciales de la perturbación del homeostasis fetal. Como el feto de término reacciona a la administración de adrenalina y noradrenalina en forma similar al adulto, se han podido inferir las siguientes conclusiones fisiopatológicas:

a) aumento de la circulación en el encéfalo y miocardio, porque los vasos de estos órganos no responden a la acción de dichas hormonas

b) aumento de la circulación en los vasos de las vellosidades coriales por el mismo motivo

c) disminución del gasto sanguíneo en otros parénquimas no vitales.

La disminución de la FCF producida por el estímulo del vago actuaría como mecanismo de ahorro de energía para el corazón.⁽⁹⁾

Complicaciones y secuelas⁽¹⁶⁾

- Edema cerebral.
- Convulsiones.
- Encefalopatía neonatal.
- Parálisis cerebral (asociada o no a retardo mental):

Cuadriplejia espástica o parálisis cerebral.

- Muerte fetal o Neonatal

1.2.2.4. MUERTE FETAL INTRAUTERINO – OBITO FETAL

DEFINICIÓN

Se define como la ausencia de: latido cardíaco, pulsación de cordón, respiración espontánea y movimientos del feto, antes de la separación completa del cuerpo de la madre desde las 22 sem. De gestación hasta el parto o desde que el feto pesa 500 g. ⁽¹⁶⁾

Muerte fetal intermedia:

Fetos muertos con 20 a 22 o más semanas completas de gestación, pero menos de 28 (su peso suele estar comprendido entre 500 y 1000 g) ⁽¹⁶⁾

Muerte fetal tardía:

Muertes fetales con 28 semanas completas de gestación o más (el peso fetal es mayor de 1000 g). ⁽¹⁶⁾

Etiología

Las causas son múltiples de origen ambiental, materno, ovular o fetales ⁽⁹⁾

- Causas fetales (10%): Malformaciones congénitas, restricción del crecimiento fetal, anomalías cromosómicas, asfixia intraparto, hipoxia intrauterina ⁽²⁰⁾
- Causas Placentarias y del cordón umbilical (40%)
- Causas de Origen Materno (15%)
- Causas Varias (10%)
- Causa Desconocida (25%) ⁽⁹⁾

Factores de riesgo asociados

a) Factores preconceptionales

Bajo nivel socioeconómico, analfabetismo, malnutrición materna, talla baja, obesidad, madre adolescente, edad materna avanzada, gran multiparidad, periodo íntergenésico corto, antecedentes ginecoobstétricos y genéticos. ⁽⁹⁾

b) Factores del embarazo

Anemia, mal control prenatal, poca ganancia de peso, aumento excesivo de peso, fumadora, alcoholismo, diabetes del embarazo, infección de vías urinarias, preeclampsia y eclampsia, hemorragias, Restricción de crecimiento intrauterino, rotura uterina de membranas, placenta previa, infección ovular, incompatibilidad sanguínea materna fetal, ingestión de drogas. ⁽⁹⁾

c) Factores del parto

APP, prociencia de cordón, circular de cordón, mala presentación, trabajo de parto prolongado, desproporción cefalo pélvica, sufrimiento fetal agudo, macrosomía fetal, mala atención del parto. ⁽⁹⁾

d) Factores fetales

Malformaciones congénitas, cromosomopatías ⁽⁹⁾.

1.2.2.5. INFECCION DEL TRACTO URINARIO

Bacteriuria asintomática: Presencia de bacteriuria significativa en una mujer sin síntomas de infección del tracto urinario. ⁽²¹⁾

Cistitis Aguda: Presencia de síntomas de la parte baja de las vías urinarias con bacteriuria significativa en un urocultivo. ⁽²²⁾

Dos tercios de las mujeres con cistitis aguda tendrán urocultivos negativos, lo que indica que la cistitis parece desarrollarse frecuentemente de nuevo en la mayoría de las embarazadas.

Los síntomas más frecuentes son: disuria, tenesmo vesical, polaquiuria, molestias suprapúbicas. Estas molestias son muy frecuentes en las embarazadas sin infección. El diagnóstico se basa en la presencia de una disuria significativa o de una hematuria macroscópica junto con un urocultivo positivo y ausencia de síntomas sistémicos. ⁽²³⁾

Pielonefritis Aguda: Infección de la vía excretoria alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones y que suele presentarse en el último trimestre de gestación y es casi siempre secundario a una bacteriuria asintomática no diagnosticada o no tratada correctamente y que presenta signos y síntomas muy floridos que alteran el estado general de la paciente. ⁽²⁴⁾

La pielonefritis aguda se diagnostica principalmente por signos y síntomas sistémicos junto con un urocultivo positivo que invariablemente da más de 100.000 colonias por ml. de un único microorganismo. Los hemocultivos son positivos en el 15% de los casos. ⁽²³⁾

Fisiopatología:

La infección del tracto urinario es más frecuente en mujeres que en hombres, el motivo principal es probablemente anatómico, pues su uretra tiene solo 3 a 4 cm. de longitud y está en estrecha proximidad con la vagina, el ano y el recto, todas zonas colonizadas

por flora intestinal (enterobacterias) El riñón incrementa su longitud durante el embarazo en aproximadamente 1 cm. este cambio es atribuido al aumento del volumen intersticial. La vejiga por si misma también aparece congestionada y es desplazada en forma anterosuperior de su posición anatómica normal. Fisiológicamente los efectos hormonales de niveles elevados de progesterona durante la gestación pueden contribuir a la dilatación de los uréteres que comúnmente se observa durante la gestación. Los altos niveles de progesterona podrían ejercer un efecto relajante de la musculatura de la vejiga y uréteres, resultando en una disminución del peristaltismo y disminución del flujo urinario. La gestación continúa y pasado el primer trimestre la obstrucción mecánica del uréter por el crecimiento uterino contribuye a la hidronefrosis el cual es más marcado en el lado derecho. El efecto combinado resulta en éstasis y volúmenes ureterales mayores de 200 ml. y un ambiente apropiado para el crecimiento bacteriano. Además los cambios relacionados al embarazo en la filtración glomerular incrementan la concentración de glucosa urinaria y la alcalinidad facilitando el crecimiento bacteriano. También ocurren alteraciones en los mecanismos inmunológicos de defensa en la gestación ⁽²⁵⁾.

Etiología

La mayor parte es producido por enterobacterias en un 90%, principalmente *Escherichia coli* en un 80 a 90%, *Klebsiella pneumoniae* y *Enterobacter spp*; otras bacterias Gram negativas

como *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Citrobacter*; y Gram positivos como *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus* del grupo B, y otros organismos como *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*.

Los organismos aislados en bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis aguda son similares en mujeres gestantes y no gestantes. Además, los uropatógenos que han sido aislados en cistitis es similar a los vistos en bacteriuria asintomática y los aislados en pielonefritis aguda son similares a los encontrados en cistitis y bacteriuria asintomática 6. Los pacientes con bacteriuria por *Streptococcus* del grupo B deben recibir además tratamiento profiláctico con antibióticos en el intraparto. ⁽²¹⁾

Las bacterias pueden penetrar a las vías urinarias por las siguientes vías:

1. Vía ascendente, implica migración de bacterias por la uretra
2. Vía descendente o hematogena, facilitada por el gran volumen de sangre que fluye en la zona (20-25% del gasto cardíaco), en combinación con la elevada presión hidrostática intracapilar.
3. Vía linfática, se ha demostrado interconexión de los conductos linfáticos entre el intestino grueso y las vías urinarias pero no se ha aclarado su significado clínico. ⁽²³⁾

1.2.2.6. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Es la rotura espontánea del corioamnios antes del inicio del parto. ⁽¹⁸⁾

De acuerdo a los diversos momentos en que ocurre la ruptura se denomina: ⁽⁹⁾

- Ruptura prematura
- Ruptura Precoz
- Ruptura tempestiva u oportuna
- Ruptura tardía
- Ruptura alta
- Ruptura falsa

Factores de riesgo: Ya que su causa es incierta; suele hallarse uno o más. ⁽²¹⁾

- Antecedente de RPM y parto pretérmino
- Antecedente de cirugía cervical, con cuello corto o no.
- Defecto local de Membranas; Déficit de Cu, **Zinc** y vitamina
- Polihidramnios; Embarazo múltiple; Hipercontractibilidad uterina
- Incompetencia cervical.
- Infección: cérvico vaginal, Vaginosis bacteriana; urinaria o intraamniótica
- Placenta previa; Desprendimiento Prematuro de Placenta
- Feto en podálico o transversa
- Anomalía congénita fetal
- Control prenatal deficiente; estado socio-económico bajo
- Traumatismos
- Tabaquismo
- Pruebas auxiliares invasivas:

- Biopsia de vellosidad corial
- Amniocentesis
- Amnioscopía
- Catéter intramniótico
- Coito a partir del segundo trimestre del embarazo
- Tacto vaginal a repetición

COMPLICACIONES MATERNAS ⁽²¹⁾

- Coriamnionitis
 - Endometriometritis
 - Pelviperitonitis.
 - Sepsis
- Infección puerperal: Endometritis, infección de episiorrafia o de pared.

1.2.2.7. DISLIPIDEMIA

Las dislipidemias o hiperlipidemias son alteraciones de los metabolismos de los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol o hipercolesterolemia e incrementos de las concentraciones de triglicéridos (tg) o hipertrigliceridemia. Son entidades frecuentes en la práctica médica que acompañan a diversas alteraciones como la diabetes mellitus tipo 2 (Dm2), La gota, el alcoholismo, la insuficiencia renal crónica, el hipotiroidismo, el síndrome metabólico (sm). ⁽²⁶⁾

1.2.2.8. VARICES VULVAR

Las venas vulvares son venas que comunican la circulación entre los órganos internos y zona pélvica de la mujer, entre la zona

del sistema venoso iliaco externa y interna y entre las venas perineales y cara medial del muslo. En general, este conjunto de venas irrigan toda la zona de la pelvis y el área genital posterior y anterior, por esto mismo, las varices vulvares pueden desarrollarse en cualquier parte de esta zona.

Aunque estas varices vulvares en el embarazo no presentan hemorragia o trombosis si puede producir malestares por la circulación, dispareunia, prurito y dolor.

Medicamente no son tratadas durante el embarazo, pero si deben atenderse luego del tercer mes del parto. ⁽²⁷⁾

1.3. Marco situacional

El presente estudio sobre obesidad materna y su relación con complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre. Es muy importante en el primer control prenatal identificar el IMC pregestacional y si es >30 prevenir el aumento excesivo de peso en el embarazo para así disminuir las complicaciones obstétricas en el tercer trimestre, tales como preeclampsia, diabetes, sufrimiento fetal agudo, muerte fetal intrauterina – óbito fetal, infección del tracto urinario, rotura prematura de membranas, anemia y la varices vulvar. Las cuales pueden llevar a la muerte materna si no se tiene un buen control y manejo oportuno de la gestante.

En el trascurso del externado en el puesto de salud “Dos de mayo”- Pucallpa, se ha encontrado casos de pacientes que

presentaron dichas complicaciones asociadas a la obesidad materna.

1.4. Definición de términos básicos

OBESIDAD.- es el estado patológico que se caracteriza por el excesivo acumulo de grasa en todo el cuerpo y cuando el índice de masa corporal es de 30 o superior. Obesidad en gestantes: es cuando la salud de la madre y del producto se encuentra en riesgos. (28)

ÍNDICE DE MASA CORPORAL: es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). (23)

GESTANTE: Gestante: estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto. (29)

COMPLICACIONES OBSTETRICAS.- Disrupciones y trastornos sufridos antes o después del nacimiento producto de una patología o enfermedad (30)

DIABETES GESTACIONAL: se dice que tiene diabetes gestacional las embarazadas que nunca han tenido diabetes. La diabetes gestacional se inicia cuando el cuerpo no puede producir ni utilizar toda la insulina que necesita para el embarazo. (31)

PREECLAMPSIA: es definida como el incremento de la presión arterial asociada a plaquetopenia, función hepática alterada,

insuficiencia renal, edema pulmonar o aparición de alteraciones cerebrales y visuales.⁽³²⁾

INFECCION DEL TRACTO URINARIO: se manifiesta debido a los cambios morfológicos y funcionales del embarazo.⁽³³⁾

SUFRIMIENTO FETAL AGUDO: es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios fetomaternos.⁽²¹⁾

OBITO FETAL: es la ausencia de latido cardiaco, pulsaciones del cordón, respiración espontanea, movimientos del feto antes de la separación completa del cuerpo de la madre.⁽³⁴⁾

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: Es la rotura espontánea del corioamnios antes del inicio del parto.

VARICES VULVAR: se presenta como pequeñas protrusiones aisladas, o principalmente en los labios mayores o como grandes masas que afectan a la vulva.⁽²⁷⁾

DISLIPIDEMIA: son alteraciones de los metabolismos de los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol o hipercolesterolemia e incrementos de las concentraciones de triglicéridos (tg) o hipertrigliceridemia.⁽²⁶⁾

1.5. Hipótesis

H.I.

La obesidad materna tiene relación con las complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre. Puesto de salud “Dos de Mayo”-Pucallpa. Noviembre 2016 – Abril 2017.

H.O.

La obesidad materna no tiene relación con las complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre. Puesto de salud “Dos de Mayo”-Pucallpa. Noviembre 2016 – Abril 2017.

1.6. Variables

1.6.1. Variable independiente

VI: Obesidad Materna

1.6.2. Variable dependiente

VD: Complicaciones obstétricas

1.6.3. Indicadores

Obesidad tipo I

Obesidad tipo II

Obesidad tipo III

Diabetes gestacional

Pre eclampsia

Infección del tracto urinaria

Rotura prematura de membranas

Sufrimiento fetal agudo

Muerte intrauterina, óbito fetal

Dislipidemia

Varices vulvar

1.7. Operacionalización de variables (ver anexo N° 01)**1.8. Objetivos****1.8.1. Objetivo general**

Conocer la relación que existe entre la obesidad materna y las complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre puesto de salud “Dos de Mayo”- Pucallpa. Noviembre 2016 – abril 2017.

1.8.2. Objetivos específicos

- Identificar las complicaciones obstétricas por obesidad durante el embarazo en gestantes del tercer trimestre.
- Identificar el grado de obesidad donde hay mayor incidencia de gestantes del tercer trimestre.
- Identificar el grado de obesidad, donde hay mayores complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre.
- Identificar los factores sociodemográficos asociados a la obesidad en gestantes del tercer trimestre.

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

2.1. **Ámbito de estudio**

El presente estudio se desarrolló en el Puesto de Salud Dos de Mayo – Domiciliado JR. Arenal N° 900 con Jr. Madre de Dios Mz 306 Lt 07, Ubicado en el distrito de Calleria, provincia de Coronel Portillo, departamento de Ucayali.

2.2. **Tipo de investigación**

El tipo de estudio en la presente investigación se ha determinado por sus características y el Nivel de estudio por la definición de su línea de investigación en salud:

Según el análisis y el alcance de los resultados: el estudio fue de tipo **Observacional** no existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador según el libro Seminarios de investigación científica por el autor Dr. José Supo.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: el estudio fue de tipo **Retrospectivo** porque los datos se recogieron donde el investigador no tuvo participación según el libro Seminarios de investigación científica por el autor Dr. José Supo

Según el periodo y secuencia: el estudio fue de tipo **transversal** porque la exposición de grupo de estudio es en un solo momento temporal para verificar la efectividad del tratamiento según el libro Seminarios de investigación científica por el autor Dr. José Supo

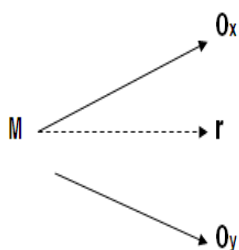
El nivel de investigación es Analítico: el análisis estadístico por lo menos es bivariado; por que plantea y pone a prueba hipótesis. Según el libro Seminarios de investigación científica por el autor Dr. José Supo **Relacional** ya que demuestran dependencia probabilística entre eventos según el libro Seminarios de investigación científica por el autor Dr. José Supo; **Bivariado:** de acuerdo al número de variables y de interés analítico, por el análisis estadístico y pone a prueba una hipótesis según el libro Metodología de la investigación por el autor Roberto Hernandez Sampieri

2.3. Diseño y esquema de investigación

El diseño corresponde a un estudio: No experimental, relacional - transeccional.

y se esquematiza:

ESQUEMA:



Leyenda:

M= Muestra en estudio

r= relación de asociación entre variables.

Ox= Observación de la Var. Independiente.

Oy= Observación de la variable dependiente.

2.4. Población y muestra

POBLACION:

Estará constituida por todas las 330 gestantes que acuden al control prenatal del Puesto de salud Dos de mayo-Pucallpa durante el periodo Noviembre 2016 – abril 2017

MUESTRA

Estará constituida por 40 gestantes del tercer trimestre con el diagnostico de obesidad que acuden al control prenatal del Puesto de salud Dos de mayo-Pucallpa durante el periodo Noviembre 2016 – abril 2017

Tipo de muestreo

No probabilístico por criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Gestantes del tercer trimestre con obesidad
- Embarazos Únicos

Criterios de exclusión:

- Gestantes del primero y segundo trimestre
- Embarazos múltiples
- Gestantes con sobrepeso
- Gestantes de bajo peso

2.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de datos

2.5.1. Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos

La fuente utilizada fue la secundaria puesto que los datos fueron recolectados de las historias clínicas.

La técnica usada fue la documental, mediante historias clínicas,

para lo cual el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos creada por los investigadores con preguntas cerradas para el recojo de los datos, registrado en las historias clínicas seleccionadas. (Ver anexo N° 1)

Se inició el estudio con la construcción del instrumento de recolección de información para lo cual se requirió a tres (03) jueces especialistas en investigación y en ginecología y obstetricia, para conocer su opinión a través de la técnica Delphi para la valoración del contenido del instrumento. (Ver anexo N° 4)

2.5.2. Procesamiento y presentación de datos

Se solicitó la autorización del gerente del Puesto de Salud Dos de mayo para la ejecución del trabajo de investigación. Se seleccionó a las pacientes según los criterios de inclusión y exclusión. (Ver anexo N° 7)

Para el análisis de datos, se ingresó la información de cada ficha al programa estadístico SPSS v. 20 para su análisis y procesamiento utilizando la técnica de la estadística descriptiva e inferencial.

Para la presentación de los resultados se utilizaron tablas y gráficos estadísticos que muestren el número, la frecuencia y los porcentajes.

Para los efectos de realizar la comprobación de la hipótesis se utilizó el estadístico de Chi Cuadrado de Pearson.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

TABLA N° 01: Indicadores de la obesidad materna.

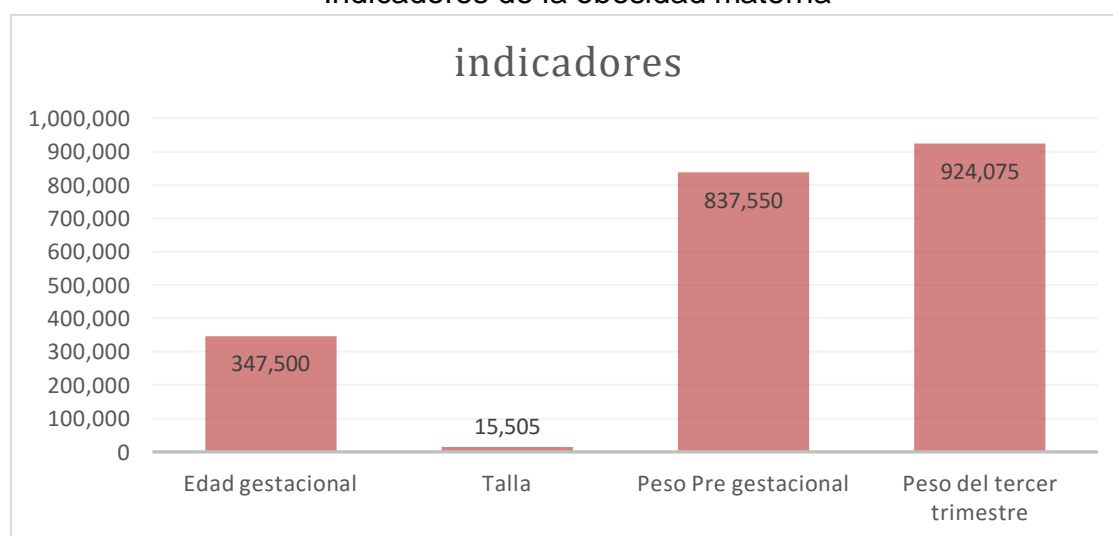
Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad gestacional	40	29,00	40,00	34,7500	3,54278
Talla	40	1,50	1,62	1,5505	,02541
Peso Pre gestacional	40	73,00	99,00	83,7550	6,01131
Peso del tercer trimestre	40	78,50	108,00	92,4075	6,77334
N válido (por lista)	40				

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Para determinar si existe la relación entre la obesidad materna y las complicaciones obstétricas se observaron indicadores como: Edad gestacional donde la edad gestacional mínima fue 29 semanas y la edad gestacional máxima fue 40 semanas, Talla donde la talla mínima fue 1.50 cm y la máxima 1.62 cm, Peso Pre gestacional mínimo fue 73 kg y máximo de 99 kg, Peso del tercer trimestre mínimo fue de 78.5kg y máximo fue de 108 kg.

Grafico N°01

Indicadores de la obesidad materna



Fuente: Historias clínicas

TABLA N° 02: Complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre.

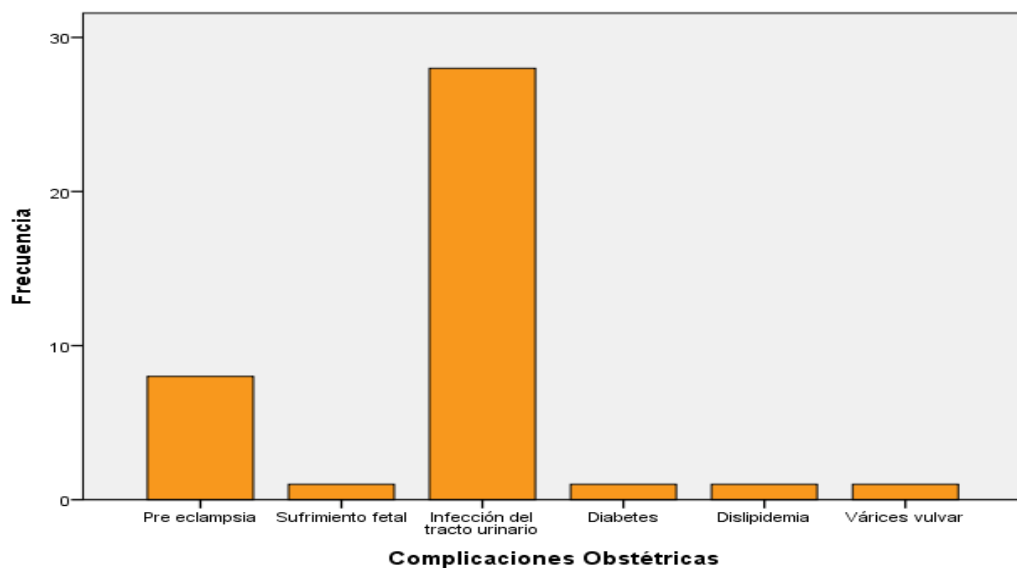
Complicaciones obstétricas			
	frecuencia	porcentaje	Porcentaje acumulado
Pre eclampsia	8	20,0	20,0
Sufrimiento fetal	1	2,5	22,5
Infección del tracto urinario	28	70,0	92,5
Diabetes	1	2,5	95,0
Dislipidemia	1	2,5	97,5
Várices vulvar	1	2,5	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Se pudo identificar que de las 40 gestantes del tercer trimestre con obesidad materna el 20% desarrollo preeclampsia, el 2.5% desarrollo sufrimiento fetal agudo, el 70% desarrollo infección del tracto urinario, el 2.5% desarrollo diabetes, 2.5% desarrollo dislipidemia, el 2.5% desarrollo varices vulvar, no encontrándose casos de rotura prematura de membranas, sufrimiento fetal agudo, muerte intrauterina- óbito fetal y anemia. Siendo la complicación más frecuente Infección del tracto urinario.

Gráfico N° 02

Complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre



Fuente: Historias clínicas

TABLA N° 03: Grado de obesidad de gestantes (peso pregestacional).

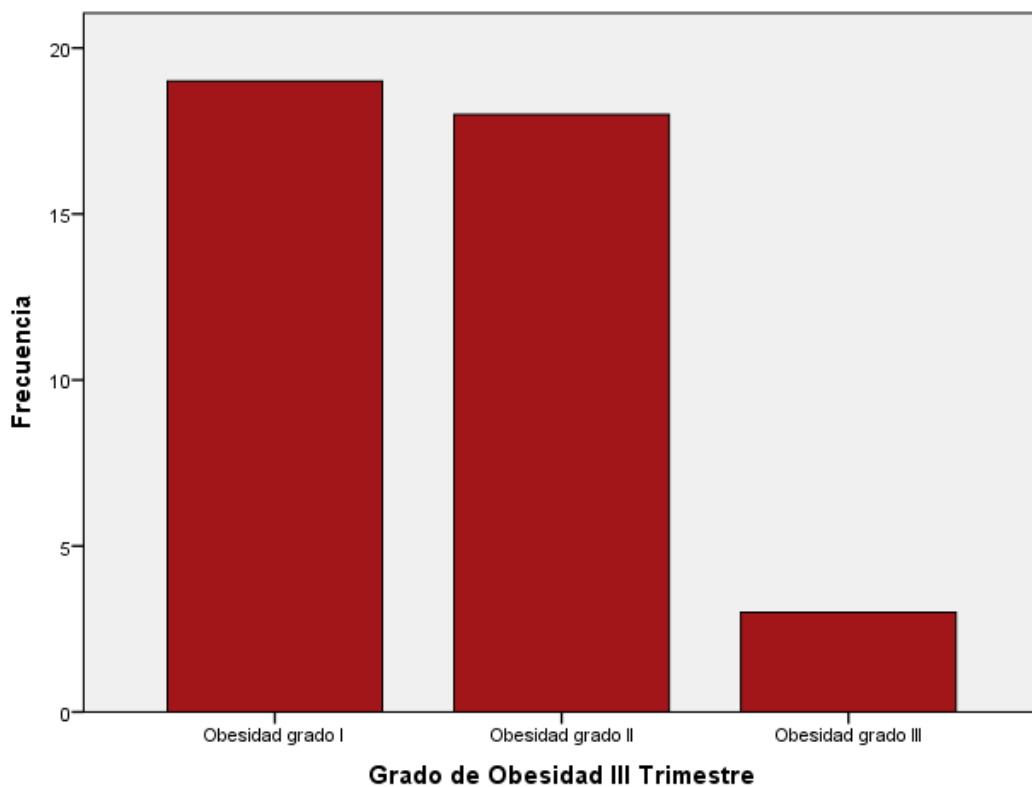
Grado de Obesidad III Trimestre			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Obesidad grado I	19	47,5	47,5
Obesidad grado II	18	45,0	92,5
Obesidad grado III	3	7,5	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Se pudo encontrar que el grado de obesidad donde hay mayor frecuencia de gestantes es el grado de obesidad tipo I con un porcentaje de 47.5% seguido por el grado de obesidad tipo II con un 45% y en menor cantidad el grado de obesidad tipo III con un 7.5%.

Gráfico N° 03

Grado de obesidad de gestantes (peso pregestacional)



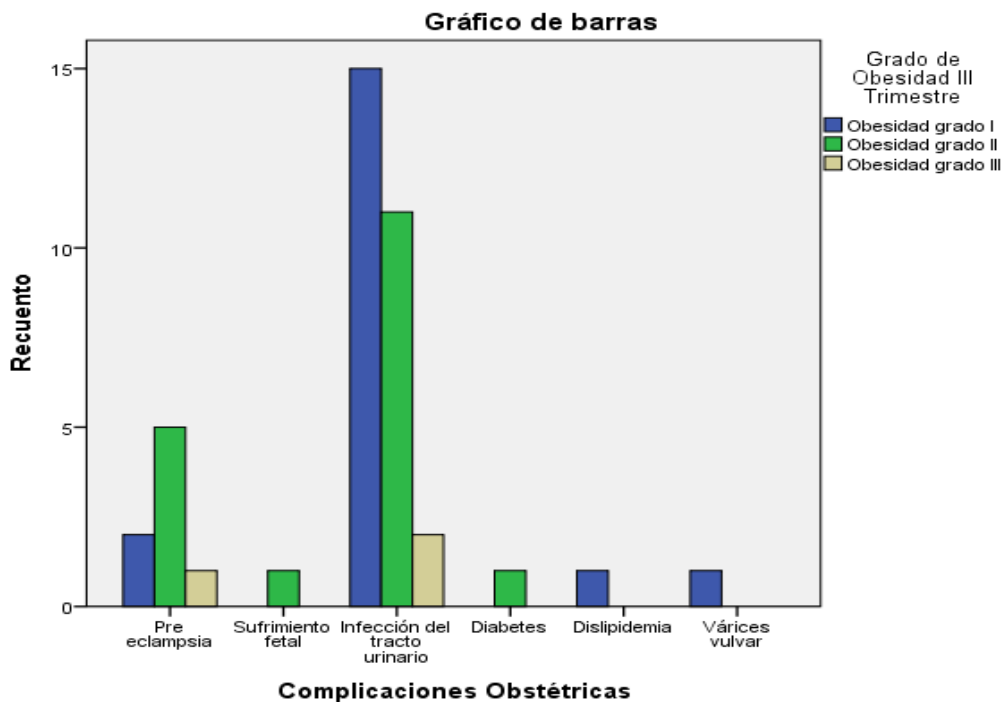
Fuente: Historias clínicas

TABLA N° 04: Grado de obesidad y complicaciones obstétricas.

		Grado de Obesidad III Trimestre			Total
		Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad grado III	
Complicaciones Obstétricas	Pre eclampsia	2	5	1	8
	Sufrimiento fetal	0	1	0	1
	Infección del tracto urinario	15	11	2	28
	Diabetes	0	1	0	1
	Dislipidemia	1	0	0	1
	Várices vulvar	1	0	0	1
	Total	19	18	3	40

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Se pudo identificar que el grado de obesidad donde hubo mayor recuento de complicaciones obstétricas fue el grado I con 19 pacientes, seguido por el grado II con 18 pacientes y el grado donde hubo menor recuento de complicaciones obstétricas fue el grado III con 3 pacientes.

Gráfico N° 04**Grado de obesidad y complicaciones obstétricas**

Fuente: Historias clínicas

TABLA N° 05: Grado de obesidad y complicaciones obstétricas.

COMPLICACIONES OBSTETRICAS GRADO DE OBESIDAD III TRIMESTRE TABULACION CRUZADA						
		GRADO DE OBESIDAD III TRIMESTRE			TOTAL	
		OBESIDAD GRADO I	OBESIDAD GRADO II	OBESIDAD GRADO III		
COMPLICACIONES OBSTETRICAS	PREECLAMPSIA	recuento	2	5	1	8
		% dentro de las complicaciones obstétricas	25,0%	62,5%	12,5%	100,0%
		% del total	5,0%	12,5%	2,5%	20,00%
	SUFRIMIENTO FETAL	recuento	0	1	0	1
		% dentro de las complicaciones obstétricas	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% del total	0,0%	2,5%	0,0%	2,5%
	INFECCION DEL TRACTO URINARIO	recuento	15	11	2	28
		% dentro de las complicaciones obstétricas	53,6%	39,3%	7,1%	100,0%
		% del total	37,5%	27,5%	5,0%	70,0%
	DIABETES	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de las complicaciones obstétricas	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% del total	0,0%	2,5%	0,0%	2,5%
	DISLIPIDEMIA	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de las complicaciones obstétricas	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% del total	2,5%	0,0%	0,0%	2,5%
	VARICES VULVAR	Recuento	1	0	0	1
% dentro de las complicaciones obstétricas		100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
% del total		2,5%	0,0%	0,0%	2,5%	
total	Recuento	19	18	3	40	
	% dentro de las complicaciones obstétricas	47,5%	45,0%	7,5%	100,0%	
	% del total	47,5%	45,0%	7,5%	100,0%	

Fuente: Historias clínicas

Interpretación:

- Se pudo identificar que del 20% de gestantes que desarrollaron preeclampsia el 5% se encontró en el grado I de obesidad materna, el 12.5% en el grado II y el 2.5% en el grado III.
- Se pudo identificar que del 2.5% de gestantes que desarrollaron sufrimiento fetal el 0% se encontró en el grado I de obesidad materna, el 2.5% en el grado II y el 0% en el grado III.

- Se pudo identificar que el 70% de gestantes que desarrollaron Infección del tracto urinario el 37.5% se encontró en el grado I de obesidad materna, el 27.5% en el grado II y el 5% en el grado III.
- Se pudo identificar que el 2.5% de gestantes que desarrollaron diabetes el 0% se encontró en el grado I, el 2.5% en el grado II y el 0% en el grado III.
- Se pudo identificar que el 2.5% de gestantes que desarrollaron Dislipidemia el 2.5% se encontró en el grado I de obesidad materna y ningún caso en el grado II y III.
- Se pudo identificar que el 2.5% de gestantes que desarrollaron varices vulvar el 2.5% se encontró en el grado I de obesidad materna y ningún caso en el grado II y III.

TABLA N° 06: Factores sociodemográficos asociados a la obesidad materna.

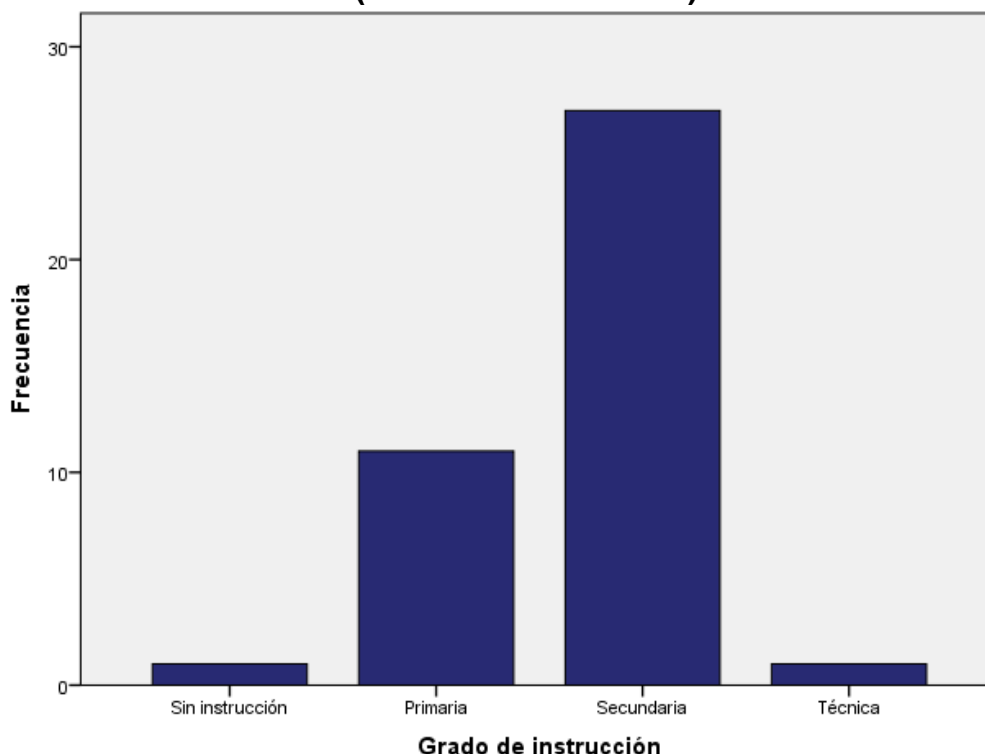
Grado de instrucción			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin instrucción	1	2,5	2,5
Primaria	11	27,5	30,0
Secundaria	27	67,5	97,5
Técnica	1	2,5	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Se pudo conocer que la mayor frecuencia en el grado de instrucción es en el nivel secundario con 67.5%, seguido por la primaria con 27.5%, sin instrucción con 2.5%, superior técnico con el 2.5%.

Gráfico N° 05

**Factores sociodemográficos asociados a la obesidad materna
(Grado de instrucción)**



Fuente: Historias clínicas

TABLA N° 07: Factores sociodemográficos asociados a la obesidad materna.

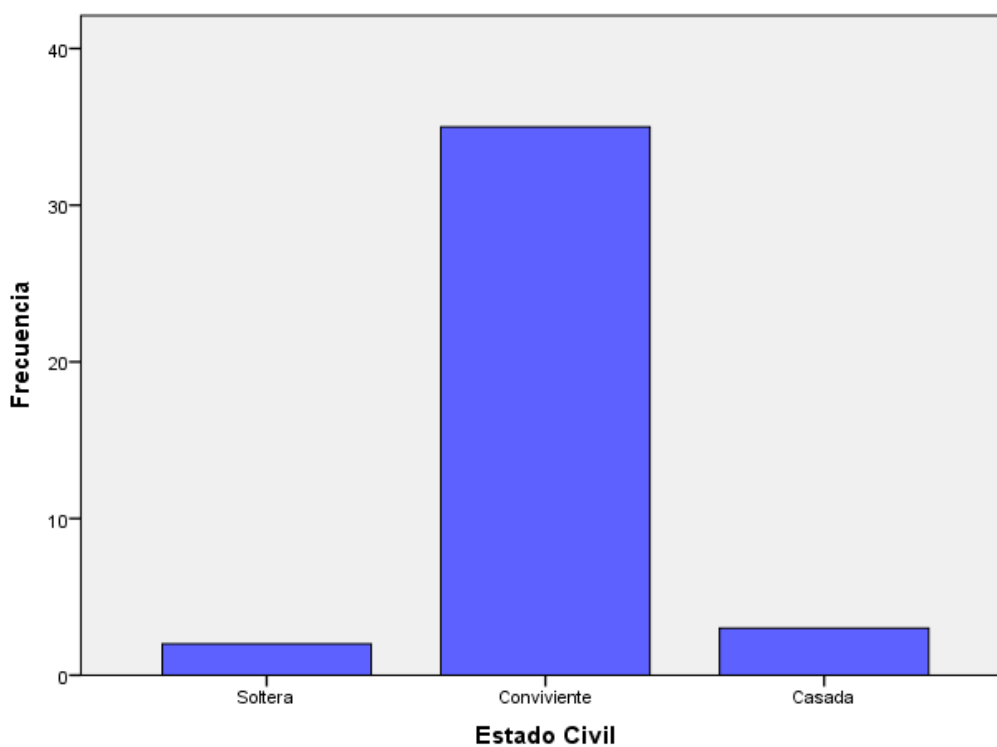
Estado Civil			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltera	2	5,0	5,0
Conviviente	35	87,5	92,5
Casada	3	7,5	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Se pudo conocer que la mayor frecuencia en el estado civil es el de conviviente con 87.5% seguido por el estado civil de casadas con 7.5%, y el estado civil de soltera con 5%.

Gráfico N° 06

**Factores sociodemográficos asociados a la obesidad materna
(Estado Civil)**



Fuente: Historias clínicas

TABLA N° 08: Factores sociodemográficos asociados a la obesidad materna.

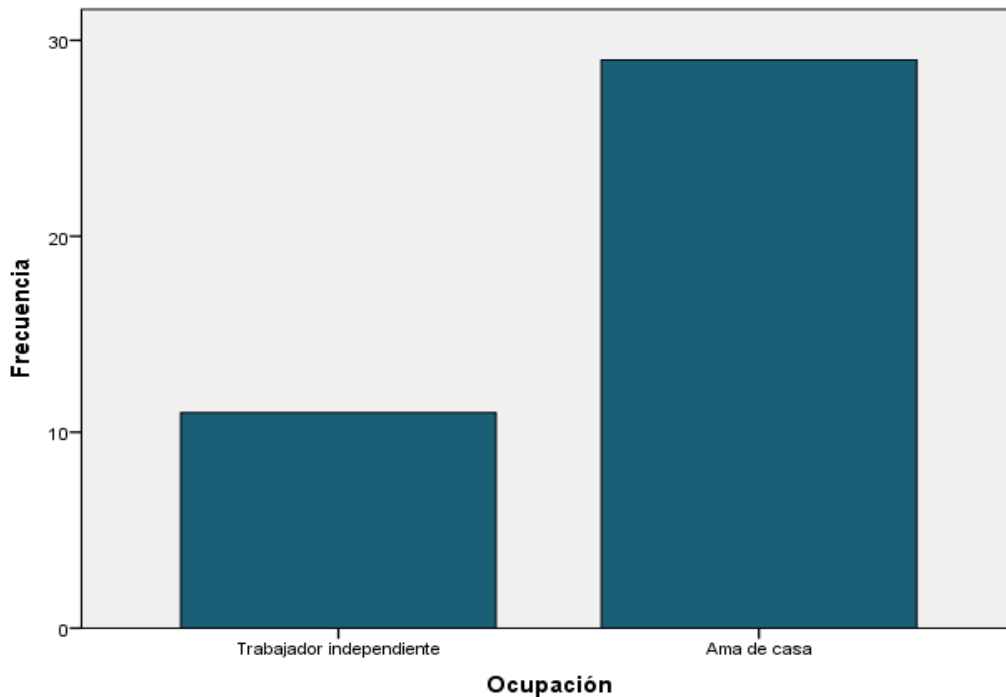
Ocupación			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trabajador independiente	11	27,5	27,5
Ama de casa	29	72,5	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Se pudo conocer que el 72.5% pertenecen a la ocupación de ama de casa siendo este el mayor porcentaje y el 27.5% pertenece a la ocupación de trabajador independiente siendo el de menor porcentaje.

Gráfico N° 07

**Factores sociodemográficos asociados a la obesidad materna
(Ocupación)**



Fuente: Historias clínicas

TABLA N° 09: Factores sociodemográficos asociados a la obesidad materna.

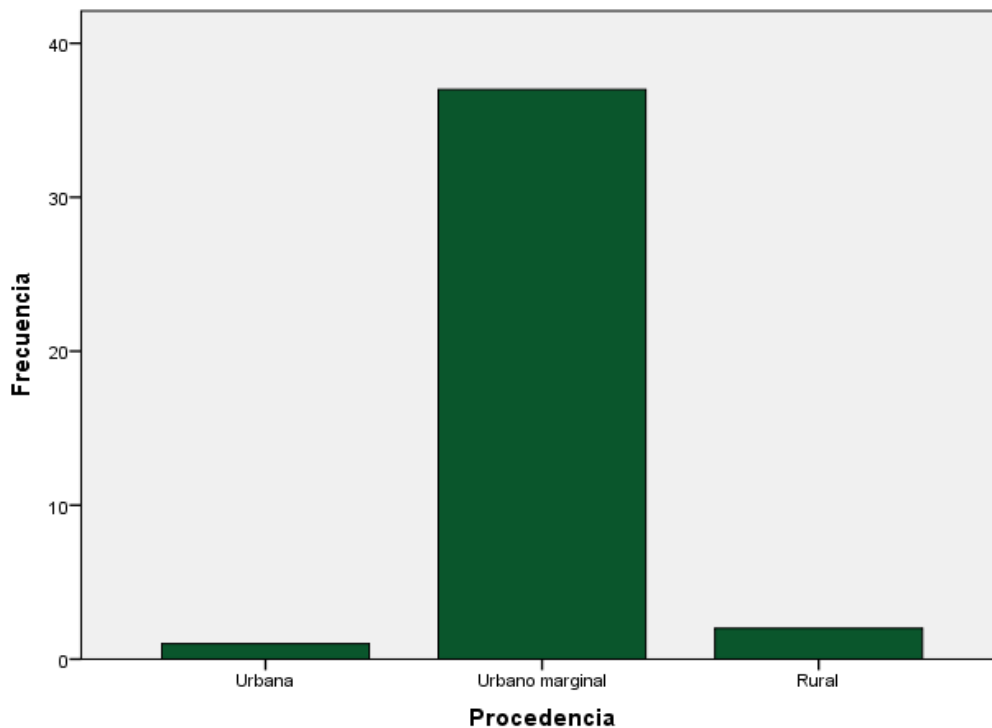
Procedencia			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Urbana	1	2,5	2,5
Urbano marginal	37	92,5	95,0
Rural	2	5,0	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Historias clínicas

Interpretación: Se pudo identificar que el 92.5% pertenecen al área Urbano marginal, seguido por el 5% que pertenece al área rural y el 2.5% que pertenece al área urbana.

Gráfico N° 08

**Factores sociodemográficos asociados a la obesidad materna
(Procedencia)**



Fuente: Historias clínicas

Medidas simétricas de Chi cuadrado y Karl Pearson

Complicaciones obstétricas por obesidad durante el embarazo en gestantes del tercer trimestre.

Complicaciones Obstétricas	Grado de Obesidad III Trimestre			Total	Chi-cuadrado	gl	Significación asintótica
	Obesidad grado I	Obesidad grado II	Obesidad grado III				
preeclampsia	2	5	1	8	6.744	10	.749
Sufrimiento fetal	0	1	0	1			
Infección del tracto urinario	15	11	2	28			
Diabetes	0	1	0	1			
Dislipidemia	1	0	0	1			
Varices vulvar	1	0	0	1			
Total	19	18	3	40			

Fuente: Historias clínicas

Prueba de hipótesis

H0 La obesidad materna no tiene relación con las complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre.

H1 La obesidad materna tiene relación con las complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre.

Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna donde la obesidad materna tiene relación con complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre del “Puesto de salud Dos de mayo” – Pucallpa durante el periodo de noviembre 2016 a abril 2017.

DISCUSIÓN

La obesidad es el aumento exagerado del peso corporal y para catalogarlo usamos utilizamos la medición del peso corporal o el cálculo de índices basados en el peso y la altura (IMC). Un IMC igual o superior a 30 kg/m² es el indicador clínico utilizado para diagnosticar dicha enfermedad. La obesidad materna durante el embarazo pone en riesgo a la gestante de desarrollar distintas complicaciones obstétricas.

Teniendo en cuenta los diversos estudios realizados sobre la obesidad materna y su relación con complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre y los resultados hallados; podemos añadir: En nuestra investigación; el 70% desarrollo infección del tracto urinario, siendo la complicación más frecuente; seguido por la preeclampsia con un 20%; diabetes 2.5%, dislipidemia 2.5%; sufrimiento fetal con un 2.5% y varices vulvar con un 2.5%; no encontrándose casos de rotura prematura de membranas, sufrimiento fetal agudo, muerte intrauterina – óbito fetal y anemia.

Cajas Gabriela (2015) en su estudio de investigación titulado “Obesidad materna y complicaciones materno – fetales que se presentan en las mujeres embarazadas con obesidad que asisten a consulta a los servicios de emergencia y consulta externa del departamento de ginecología y obstetricia del hospital Roosevelt en el periodo enero a octubre del 2012.” cuyas complicaciones encontradas fueron los Trastornos hipertensivos 72.32%. Dichos resultados se podrían relacionar con la investigación de **Ordoñez Stalin, Buele Liliana (2013)** en su estudio de investigación titulado “Incidencia de sobrepeso y obesidad materna y su relación con los principales riesgos obstétricos en mujeres gestantes atendidas en área de ginecología del hospital Cantonal de alamor

durante el periodo octubre 2011 – julio 2012”. Concluyo que la obesidad y el sobrepeso son factores para desarrollar enfermedades del tracto genital 91.3%, hipertensión arterial 60% y diabetes gestacional 20% durante el embarazo. Donde la mayor complicación obsterica fue la infección del tracto urinario similar a los resultados que encontramos en nuestra investigación.

Asimismo, el estudio realizado por **Manrique Lía (2016)** titulado “Complicaciones obstericas y perinatales en gestantes con sobrepeso y obsesida pregestacional atendidas en el hospital Rezola Cañete durante el año 2015” donde las complicación obstétrica mas frecuente fue la infección del tracto urinario, presentadose en 25.2% en gestantes obesas, seguido por la anemia con un 8.1% y en tercer lugar la preeclampsia con un 5% en gestantes obesas, por lo cual concluimos que en nuestra investigación no se encontró anemia pero al igual que este estudio en mayor frecuencia encontramos la infección del tracto urinario. Además encontramos un caso de dislipidemia y varices vulvar, las se dieron en menor frecuencia

CONCLUSIONES

- La obesidad materna se encuentra relacionado con las complicaciones obstétricas en gestantes del trimestre puesto de salud “Dos de Mayo”- Pucallpa. Noviembre 2016 – abril 2017.
- Siendo la infección del tracto urinario la complicación más frecuente con un 70%, seguido por la preeclampsia con un 20%; diabetes 2.5%, dislipidemia 2.5%; Sufrimiento fetal con un 2.5% y varices vulvar con un 2.5% no encontrándose casos de rotura prematura de membranas, sufrimiento fetal agudo, muerte intrauterina- óbito fetal y anemia.
- Por lo tanto, se llegó a la siguiente conclusión, con un Chi cuadrado de Pearson de 6.74, se acepta la hipótesis alterna.
- Se encontró que la mayor incidencia de gestantes se encuentra en la obesidad grado I seguida por la obesidad de grado II y en menor cantidad en la obesidad grado III.
- El grado de obesidad donde se encontró mayor cantidad de complicaciones obstétricas es el Grado I y en menor cantidad es el grado III, debido a que las gestantes de grado I no cuidaron su ganancia de peso en el transcurso de la gestación.
- Los factores sociodemográficos que se lograron conocer son el **estado civil** cuya mayor frecuencia es el de conviviente con 87.5% seguido por el estado civil de casadas con 7.5%, y el estado civil de soltera con 5%; **grado de instrucción** la mayor frecuencia es el nivel secundario con 67.5%, seguido por la primaria con 27.5%, sin

instrucción con 2.5%, superior técnico con el 2.5%; **Ocupación** siendo el de mayor porcentaje el de ama de casa con un 72.5% y el 27.5% pertenece a la ocupación de trabajador independiente siendo el de menor porcentaje; **Procedencia** donde se encontró que el 92.5% pertenecen al área Urbano marginal, seguido por el 5% que pertenece al área rural y el 2.5% que pertenece al área urbana.

SUGERENCIAS

- Al personal de salud, especialmente a las obstetras identificar oportunamente las complicaciones obstétricas, en la gestante del tercer trimestre con obesidad materna. ya que se identificó que la complicación obstétrica más frecuente es la infección del tracto urinario seguido por la preeclampsia dichas enfermedades si el diagnostico no es temprano pueden llegar a ser de riesgo para la gestante.
- Al Gerente del Puesto de Salud Dos de Mayo y a la jefa de obstetras también se le recomienda difundir a su al personal los resultados de la presente investigación para que conozcan la realidad de sus gestantes en cuanto al desarrollo de la obesidad siendo el grado I el de mayor proporción e implementar un programa de nutrición gestacional a cargo del profesional obstetra.
- Se sugiere al personal de salud encargado de atender y evaluar a la gestante en cumplir estrictamente con los controles prenatales y con mucho más énfasis en las gestantes con obesidad tipo I ya que se demostró que desarrollan mayores complicaciones obstétricas.
- Al profesional de obstetricia que labora en el puesto de salud Dos de Mayo se le recomienda tomar medidas de promoción y prevención sobre la obesidad en especial en la población más vulnerable que serían las gestantes cuya procedencia el área urbano marginal, las amas de casa y convivientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colegio americano de obstetras y ginecologos. La obesidad y el embarazo. The american college of obstetricians and gynecologists. 2016 mayo.
2. Margaret C Hogan, Biani Saavedra- Avendano, Blair Gardner, Luis M Torres - Palacios, Ana L Rhenals - Osorio, Bertha L Vasquez Sierra, Patricia N Soliz - Sanchez, Emmanuela Gakidou y Rafael Lozano. Reclassifying causes of obstetric death in Mexico: a repeated cross-sectional study. Bull world health organ - OMS. 2016 Mayo.
3. Ministerio de salud Indscndayndedvayn. Estado Nutricional en niños y gestantes de los establecimientos de salud del ministerio de salud. informe gerencial nacional. periodo primer semestre 2014. Lima: Dirección ejecutiva de vigilancia alimentaria y nutricional, Lima; 2014.
4. Ministerio de salud Indscndayn. Ucayali- situación nutricional. informe ejecutivo. Pucallpa: Instituto Nacional de Estadística e Informática, Ucayali; 2013.
5. Montenegro GC. Obesidad materna y complicaciones materno - fetales que se presentan en las mujeres embarazadas con obesidad que asisten a la consulta a los servicios de emergencia y consulta externa del departamento de Ginecología y obstetricia del hospital Roosevelt. 2012..
6. Ordoñez Torres Stalin Raúl BCLdc. Incidencia de sobrepeso y obesidad materna y su relación con los principales riesgos obstetricos en mujeres gestantes atendidas en el área de Ginecología del hospital cantonal de Alamor durante el periodo octubre 2011 - julio 2012. 2013..
7. Albetto SBL. sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de preeclampsia, hospital provincial docente Belén de Lambayaque- 2014. 2015..
8. Vany MCL. Complicaciones obstetricas y perinatales en gestants con sobrepeso y obesidad pre gestacional atendidas en el Hospital Rezola Cañete durante el año 2015. 2016..
9. Duverges RRF. OBSTETRICIA. 6th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2011.
- 10 Williams - Cunnighan - Leveno - Blon -Hauth- Rouse - Spong. WILLIAMS . OBSTETRICIA. 23rd ed.: MC GRAW HILL; 2011.
- 11 Matarranz CDGRY. TRANSTORNOS ALIMENTARIOS. 1st ed. España: . MC GRAW - HILL; 2005.
- 12 León RdlAG. Complicaciones obstetricas y perinatales en gestantes con . obesidad pregestacional atendidas en el hospital nacional Daniel Alcide Carrión durante el primer semestre del 2014. 2014..
- 13 G. DMM. Definición y clasificación de la obesidad. Revista Medica Clínica . Condes. 2012.
- 14 Lozano RadmndsDDRS. Obesidad en la embarazada cuestión de salud. . cuestión social. 2011..

- 15 (ALAD) ALdd. Normas para el manejo de la diabetes y la gestación. 2010..
- 16 Perinatal, Ministerio de salud e Instituto Nacional Materno. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA. 2010..
- 17 Sanchez SE. Simposio Preeclampsia , viejo problema aun no resuelto-. conceptos actuales. Revista peruana de Ginecología y obstetricia. 2014.
- 18 Romero JP. Ginecología y Obstetricia. 1st ed. Lima : MAD Corp S.A; 1999.
- 19 Ministerio de salud del Perú Dgde. [Online].; 2013 [cited 2017 febrero 13. Available from: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperú/MINSA/Mortalidad-Materna-Perú.pdf>.
- 20 Pons DA, Sepúlveda DE, Rencoret DG. Muerte Fetal. Revista medica clínica las Condez. 2014 noviembre; 25 (6).
- 21 Jose DrdCHS. Guías de práctica clínica de obstetricia. 2013..
- 22 Gilstrap III LC RS. Infecciones de las vias urinarias durante el embarazo. Clinicas de Ginecología y Obstetricia. 2001; 3.
- 23 Siña PED. OBSTETRICIA. Cuarta edición ed. Santiago de Chile: Mediterraneo; 2011.
- 24 Salud. ITdSNd. Infeccion urinaria y embarazo. 2005..
- 25 Mittal P WD. Urinary tract infections in pregnancy. clinics in perinatology. 2005; setiembre; 32(3).
- 26 soca pem. dislipidemias. scielo. 2009 diciembre; 20(6).
- 27 [Online]. Available from: www.varices.org.
- 28 obstetricia Cadgy. ACOG. [Online].; 2016 [cited 2017 Enero 15. Available from: <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/La-obesidad-y-el-embarazo>.
- 29 Montero LC. Portales medicos. [Online].; 2014 [cited 2017 marzo 15. Available from: http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gestante.
- 30 Social IMdS, 2013. Adherencia a las guías de práctica clínica de control prenatal en la consulta de la UMF 64 Córdoba Veracruz. 2013..
- 31 Association AD. [Online]. Available from: www.diabetes.org.
- 32 romero Djp. guias de hipertención del embarazo ACOG. SCIELO. 2013 DICIEMBRE; 59(4).
- 33 Herraiz Ma. infección del tracto urinario en la embarazada. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 2005 diciembre; 23.
- 34 ovalle a. estudio anatomico clinica de las causas de muerte fetal. scielo. 2005; 70(5).

ANEXOS

ANEXO N° 01

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO
VALDIZAN**

FACULTAD DE OBSTETRICIA

ANEXO N° 1

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

TITULO: "OBESIDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. PUESTO DE SALUD "DOS DE MAYO". NOVIEMBRE 2016 – ABRIL 2017"

INDICACIONES

Llenar el presente formulario con suma atención.

I. DATOS DE INTERES

- 1.1. Edad gestacional: _____.
- 1.2. N° de HCL: _____.
- 1.3. Talla: _____.
- 1.4. Peso pregestacional: _____.
- 1.5. Peso del 3^{er} trimestre: _____.

II. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

- 2.1. Grado de instrucción:
Sin instrucción () primaria () secundaria () Técnica ()
superior universitario ()
- 2.2. Estado civil:
Soltera () Conviviente () Casada () Divorciada () Viuda ()
- 2.3. Ocupación:
Trabajador Independiente () Trabajador Dependiente () Ama
de casa ()
- 2.4. Procedencia:
Urbana () Urbano marginal () Rural ()

III. GRADO DE OBESIDAD QUE SE ENCUENTRA LA GESTANTE DEL TERCER TRIMESTRE

- 2.1 Obesidad grado I IMC 30 – 34.9 ()
- 2.2 Obesidad grado II IMC 35 – 39.9 ()
- 2.3 Obesidad grado III IMC > 40 ()

IV. COMPLICACIONES OBSTETRICAS

4.1. Preeclampsia	Si ()	No ()
4.2. Eclampsia	Si ()	No ()
4.3. Muerte intrauterina, óbito fetal	Si ()	No ()
4.4. Sufrimiento fetal	Si ()	No ()
4.5. Infección del tracto urinario	Si ()	No ()
4.6. Ruptura prematura de membranas	Si ()	No ()
4.7. Trabajo de parto prolongado	Si ()	No ()
4.8. Diabetes	Si ()	No ()

V. GRADO DE OBESIDAD Y COMPLICACIÓN OBSTETRICA

5.1. Preeclampsia	I ()	II ()	III ()
5.2. Eclampsia	I ()	II ()	III ()
5.3. Muerte intrauterina, óbito fetal	I ()	II ()	III ()
5.4. Sufrimiento fetal	I ()	II ()	III ()
5.5. Infección del tracto urinario	I ()	II ()	III ()
5.6. Ruptura prematura de membranas	I ()	II ()	III ()
5.7. Trabajo de parto prolongado	I ()	II ()	III ()
5.8. Diabetes	I ()	II ()	III ()

ANEXO N° 02

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
VARIABLE DEPENDIENTE: Complicaciones Obstetricas	Cualitativa	Complicación Obstétrica Del tercer trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes gestacional • Preeclampsia • Infección Urinaria • Rotura prematura de membranas • Sufrimiento fetal agudo • Óbito fetal • Dislipidemia • Varices vulvar 	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Nominal	Historia Clínica Ficha de recolección de datos.
VARIABLE INDEPENDIENTE: Obesidad Materna	Cualitativa	Tipos de obesidad	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad Tipo I • Obesidad tipo II • Obesidad tipo III 	IMC Obesidad tipo I (30-34.0) Obesidad tipo II (35-35.9) Obesidad tipo III (>40)	Ordinal	Historia clínica Ficha de recolección de datos.
Variable Interviniente: Factores Sociodemograficos	Cualitativa	Factores Sociodemograficos	Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> - Sin instrucción - Primaria - Secundaria - Técnica - Superior universitario 	Nominal	Historia Clínica Ficha de recolección de datos.
			Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> - Soltera - Casada - Conviviente - Divorciada 	Nominal	

			Ocupación	<ul style="list-style-type: none">- Trabajo Independiente- Trabajo dependiente- Ama de casa	Nominal	
			Procedencia	<ul style="list-style-type: none">- Urbano- Urbano Marginal- Rural	Nominal	

ANEXO N° 03 MATRIZ DE CONSISTENCIA

OBESIDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. PUESTO DE SALUD “DOS DE MAYO”. NOVIEMBRE 2016- ABRIL 2017.

PROBLEMA General y Específico	OBJETIVOS General y Específicos	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la obesidad materna y las complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre del puesto de salud “Dos de Mayo”- Pucallpa. Noviembre 2016 – abril 2017?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones obstétricas durante el embarazo en gestantes del tercer trimestre con obesidad?</p> <p>¿Cuál es la característica de la altura uterina en</p>	<p>OBJETIVO GENERAL.</p> <p>Conocer la relación que existe entre la obesidad materna y las complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre del puesto de salud “Dos de Mayo”- Pucallpa. Noviembre 2016 – abril 2017</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las complicaciones obstétricas por obesidad durante el embarazo en gestantes del tercer trimestre. • Identificar el grado de obesidad donde hay 	<p>H.I</p> <p>La obesidad materna tiene relación con las complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre. Puesto de salud “Dos de Mayo”- Pucallpa. Noviembre 2016 – Abril 2017.</p> <p>H.O.</p> <p>La obesidad materna no tiene relación con las complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre. Puesto de salud “Dos de Mayo”- Pucallpa. Noviembre 2016 – Abril 2017.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Obesidad</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso • Obesidad tipo I • Obesidad tipo II • Obesidad tipo III <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Complicaciones obstétricas</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes gestacional • Pre eclampsia • Infección urinaria • Rotura prematura de membranas 	<p>NIVEL Y TIPO DE INV.</p> <p>El nivel es relacional y de tipo observacional, prospectivo, transversal, bivariado, analítico.</p> <p>MÉTODO DE INV.</p> <p>Cuantitativo, deductivo.</p> <p>DISEÑO DE INV.</p> <p>Correlacional.</p> <p>DIAGRAMA</p> <p style="text-align: center;"><u>Leyenda:</u></p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph LR M --- X M --- r M --- Y </pre> </div> <p>M= Muestra Ox= Observación de la Var. Independiente.</p>	<p>UNIVERSO</p> <p>Estará constituida por las gestantes de la ciudad de Pucallpa durante el periodo. Noviembre 2016 – abril 2017</p> <p>POBLACION:</p> <p>Estará constituida por las 330 gestantes que acuden al control prenatal al Puesto de salud Dos de mayo-Pucallpa durante el periodo Noviembre 2016 – abril 2017</p> <p>MUESTRA</p> <p>Estará constituida por las 40 gestantes del tercer trimestre con obesidad que acuden al control prenatal al Puesto de salud Dos de mayo-Pucallpa durante el periodo Noviembre 2016 – abril 2017</p> <p>MUESTREO</p> <p>No probabilístico por criterios de inclusión y exclusión.</p>

<p>gestantes del tercer trimestre con obesidad?</p> <p>¿Cuál es el grado de obesidad, donde hay mayores complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre?</p>	<p>mayor incidencia de gestantes del tercer trimestre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el grado de obesidad, donde hay mayores complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre. • Identificar los factores sociodemográficos asociados a la obesidad en gestantes del tercer trimestre. 		<ul style="list-style-type: none"> • Sufrimiento fetal agudo • Muerte intrauterina, óbito fetal • Trabajo de parto prolongado 	<p>Oy= Observación de la variable dependiente. r= relación de dependencia entre variables</p>	<p>Criterios de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestantes del tercer trimestre con obesidad • Embarazos Únicos <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestantes del primero y segundo trimestre • Embarazos múltiples • Gestantes con sobrepeso <p>TECNICA</p> <p>La técnica es la documentaria, es una técnica básica de análisis documental. Será de tipo retrospectivo porque se tomarán de las historia clínicas.</p> <p>INSTRUMENTO</p> <p>Ficha de recolección de datos, donde trasladaremos dicha información.</p> <p>Carnet Perinatal.</p> <p>TECNICAS ESTADISTICAS</p> <p>Estadístico de prueba (SPSS v 21). Para análisis de datos el coeficiente de correlación (r) de Pearson, como valor predictivo.</p>
---	---	--	--	---	--

ANEXO N° 04**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Quién suscribe Quinones Flores Mitsi, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "OBESIDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. PUESTO DE SALUD "DOS DE MAYO" PUCALLPA. NOVIEMBRE 2016 – ABRIL 2017", elaborado por las alumnas para el Desarrollo Social reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



.....
DNI. 22475878

ANEXO N° 05**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Quién suscribe RUIZ PANDURO, WILBUR HENRI GI, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "OBESIDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. PUESTO DE SALUD "DOS DE MAYO" PUCALLPA. NOVIEMBRE 2016 – ABRIL 2017", elaborado por las alumnas para el Desarrollo Social reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



Ruiz Panduro Wilbur H.
OBSTETRA
COP. 31311

.....
DNI. 70416154.....

ANEXO N° 06**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Quién suscribe M^g. Ruth L. Córdova Ruiz, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "OBESIDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE. PUESTO DE SALUD "DOS DE MAYO" PUCALLPA. NOVIEMBRE 2016 – ABRIL 2017", elaborado por las alumnas para el Desarrollo Social reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Ruth Córdova

Ruth L. Córdova Ruiz

DNI. 22520276

ANEXO N° 07



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA

CARGO



Huánuco, 07 de junio de 2016.

OFICIO N° 406-2016-UNHEVAL/FOBST-DI.

Señor:
Obst. Teodoro Serafin Meneses Bedoya
GERENTE ACLAS PUESTO DE SALUD – DOS DE MAYO - PUCALLPA

PRESENTE.-

ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

Atención: SERVICIO DE OBSTETRICIA.


De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo muy cordialmente y, a la vez solicitar a su Despacho autorice mediante una constancia de aceptación a las Bachilleres **CERVANTES CABRERA, Jennifer Katherine** y **RODRIGUEZ RIQUEZ, Guerilyn Yisenia**; la ejecución del trabajo de investigación denominado: "**OBESIDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD DOS DE MAYO - PUCALLPA, NOVIEMBRE 2016 – ABRIL 2017**", el mismo que requiere la recolección de datos de las historias clínicas de Obstetricia y del Sip.

Sin otro particular, agradezco la atención que brindará a la presente y hago propicia la oportunidad para expresarle las muestras de consideración y estima personal.

Atentamente,




Dña. Mary Luisa Maque Ponce
DECANA


MINSA - DIRESA UCAYALI

Teodoro Serafin Meneses Bedoya
GOP 12392 - OBSTETRA
CLAS DOS DE MAYO
GERENTE

C. c.
Archivo

27-06-17

Am

7-30
m

ANEXO N° 08



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA

**RESOLUCIÓN N° 069-2017-UNHEVAL/FOBST-D.**

Huánuco, 04 de abril de 2017.

VISTO:

La Solicitud N° 0345378, de fecha 15.MAR.2017, presentada por las alumnas CERVANTES CABRERA, Jennifer y RODRIGUEZ RIQUEZ, Guerilyn, mediante el cual solicita modificación del título de Proyecto de Investigación;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución N° 015-2016-UNHEVAL/FOBST-DI, de fecha 18.MAR.2016, se aprueba como exclusividad el título de Proyecto de Investigación: "RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y LA PRÁCTICA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN GESTANTES DE ATENCIÓN PRENATAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA AÑO 2016", de las alumnas CERVANTES CABRERA, Jennifer y RODRIGUEZ RIQUEZ, Guerilyn y se nombra a la Mg. Jessye Mirtha Ramos García, Asesora de las alumnas mencionadas;

Que, con Solicitud N° 0345378, de fecha 15.MAR.2017, las alumnas CERVANTES CABRERA, Jennifer y RODRIGUEZ RIQUEZ, Guerilyn, solicitan modificación del título de Proyecto de Investigación, debiendo ser: "OBESIDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD DOS DE MAYO. NOVIEMBRE 2016 – ABRIL 2017";

Que, con Proveído N° 005-COM-UI/FOBST-UNHEVAL-2017, de fecha de recepción 28.MAR.2017, la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, indica que la comisión de la unidad de investigación ha revisado el tema en la base de datos y OPINA FAVORABLE, dando por aceptado el cambio de título de Proyecto de investigación;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **MODIFICAR** el título del Proyecto de Investigación debiendo ser: "**OBESIDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD DOS DE MAYO. NOVIEMBRE 2016 – ABRIL 2017**", de las alumnas **CERVANTES CABRERA, Jennifer y RODRIGUEZ RIQUEZ, Guerilyn**, de la Facultad de Obstetricia y queda registrado en el cuaderno de Actas del Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia.
- 2° **RATIFICAR EL NOMBRAMIENTO** de la **Mg. Jessye Mirtha Ramos García**, Asesora de las alumnas **CERVANTES CABRERA, Jennifer y RODRIGUEZ RIQUEZ, Guerilyn**, para la elaboración de su Proyecto de Investigación, así como la orientación de su desarrollo.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Mary L. Maque Ponce
Dra. Mary L. Maque Ponce
DECANA

DISTRIBUCIÓN:

DUIFO, INTERESADAS, ASESORA y ARCHIVO.

ANEXO N° 09



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA

**RESOLUCIÓN N° 129-2017-UNHEVAL/FOBST-D.**

Huánuco, 03 de mayo de 2017.

VISTO:

El Informe N° 01-2017-UNHEVAL-FOBST-JTE, de fecha de recepción 28.ABR.2017, presentado por el Mg. Julio Constantino Tueros Espinoza y la Obsta. Haydee Humán De La Cruz, mediante el cual informan de la suficiencia de Proyecto de Tesis de las alumnas CERVANTES CABRERA, Jennifer Katherine y RODRIGUEZ RIQUEZ, Guerilyn Yisenia, de la Facultad de Obstetricia;

CONSIDERANDO:

Que las alumnas de la Facultad de Obstetricia CERVANTES CABRERA, Jennifer Katherine y RODRIGUEZ RIQUEZ, Guerilyn Yisenia, presentaron dos (02) ejemplares del Proyecto de Tesis titulado: "OBESIDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD DOS DE MAYO. NOVIEMBRE 2016 – ABRIL 2017", para su aprobación, habiendo quedado registrado en el Instituto de Investigación;

Que, con Informe N° 01-2017-UNHEVAL-FOBST-JTE, de fecha 28.ABR.2017, el Mg. Julio Constantino Tueros Espinoza y la Obsta. Haydee Humán De La Cruz, Comisión Revisora Ad Hoc del Proyecto de Tesis titulado: "OBESIDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD DOS DE MAYO. NOVIEMBRE 2016 – ABRIL 2017", de las alumnas CERVANTES CABRERA, Jennifer Katherine y RODRIGUEZ RIQUEZ, Guerilyn Yisenia, de la Facultad de Obstetricia, indican que se encuentra APTA para su aprobación y ejecución;

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, en su Capítulo IV de la modalidad de la tesis, Art. 18° dice: Emitida la Resolución de Decanato, el alumno(a) procederá a desarrollar su Proyecto de Tesis en un tiempo mínimo de sesenta (60) días hábiles. Si no lo desarrollara en un plazo de catorce meses, debe presentar un nuevo Proyecto de Tesis, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** el proyecto de tesis titulado: "OBESIDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD DOS DE MAYO - PUCALLPA. NOVIEMBRE 2016 – ABRIL 2017", a partir del 28.ABR.2017, de las alumnas **CERVANTES CABRERA, Jennifer Katherine** y **RODRIGUEZ RIQUEZ, Guerilyn Yisenia**, de la Facultad de Obstetricia, asesorada por la Mg. Jessye Mirtha Ramos García.
- 2° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA
Mary L. Maque Ponce
Dña. Mary L. Maque Ponce
DECANA

DISTRIBUCIÓN:

DUIFO
Asesora
Interesadas
Archivo

ANEXO N° 10



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 220-2017-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 20 de julio de 2017.

VISTO:

La Solicitud N° 0365324, de fecha 19.JUL.2017, presentada por las egresadas CERVANTES CABRERA, Jennifer Katherine y RODRIGUEZ RIQUEZ, Guerilyn Yisenia, de la Facultad de Obstetricia;

CONSIDERANDO:

Que, en el Art. 17° del Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL señala: "Una vez que el tesista ha elaborado el Borrador de Tesis, con el visto bueno de su Asesor, y obtenido el grado de bachiller, solicitará al Decano, en el Formato Único de Trámite, se designe al Jurado de Tesis, adjuntando a su solicitud, la copia de la resolución que aprueba el Proyecto de Tesis y cuatro (04) ejemplares del Borrador de Tesis, un ejemplar para cada miembro del Jurado". Art. 18° señala: "El Jurado de Tesis es designado por el Decano, integrado por cuatro (04) profesores ordinarios: tres (03) serán titulares y un (01) accesitario. El Jurado se compone de: Presidente, Secretario y Vocal. De los cuales dos son especialistas del tema de la Tesis y un especialista en metodología de la investigación. El de mayor categoría y precedencia preside dicho Jurado";

Que, con Solicitud N° 0365324, de fecha 19.JUL.2017, las egresadas de la Facultad de Obstetricia CERVANTES CABRERA, Jennifer Katherine y RODRIGUEZ RIQUEZ, Guerilyn Yisenia; comunican que han culminado con la elaboración del Borrador de la Tesis titulada: "OBESIDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD DOS DE MAYO - PUCALLPA. NOVIEMBRE 2016 – ABRIL 2017", bajo el asesoramiento de la Mg. Jessye Mirtha Ramos García, quien mediante Oficio N° 010-AT-JMRG-FOBST-2017, de fecha 19.JUL.2017, comunica la culminación de elaboración del Borrador de Tesis; y que cumple con los estándares exigidos del Reglamento de Grados y Títulos, y se encuentra en condiciones de ser revisado por el Jurado de Tesis, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **DESIGNAR**, dictaminadores de Jurado de la Tesis titulada: "OBESIDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD DOS DE MAYO - PUCALLPA. NOVIEMBRE 2016 – ABRIL 2017", presentada por las egresadas CERVANTES CABRERA, Jennifer Katherine y RODRIGUEZ RIQUEZ, Guerilyn Yisenia, de la Facultad de Obstetricia, debiendo el jurado estar integrado de la siguiente manera:

PRESIDENTE	:	Obsta. Gloria Haydee Humán De La Cruz
SECRETARIO	:	Mg. Julio Constantino Tueros Espinoza
VOCAL	:	Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz
ACCESITARIA	:	Obsta. Ana Marfa Soto Rueda

2. **DISPONER**, que los docentes designados informen al Decano acerca de la suficiencia del Borrador de Tesis en un plazo que no exceda los quince días hábiles.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA
Dra. [Firma]

Distribución: Jurados, Asesora, Interesadas y Archivo.