



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA "WITREMUNDO TORREALBA"  
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
SERVICIO AUTONOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY  
MARACAY ESTADO ARAGUA**



**OBESIDAD Y SUS COMPLICACIONES EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA  
EMERGENCIA OBSTETRICA DEL SERVICIO AUTONOMO HOSPITAL CENTRAL  
DE MARACAY ENERO JULIO 2014**

**Maracay, Noviembre 2014**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA "WITREMUNDO TORREALBA"  
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
SERVICIO AUTONOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY  
MARACAY ESTADO ARAGUA**



**OBESIDAD Y SUS COMPLICACIONES EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA  
EMERGENCIA OBSTETRICA DEL SERVICIO AUTONOMO HOSPITAL CENTRAL  
DE MARACAY ENERO JULIO 2014**

**Autores:** Diana Torres.<sup>1</sup> Médico Residente de tercer nivel de la especialidad de Ginecología y obstetricia. Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay. Maracay Estado Aragua. Franqui Sandoval<sup>2</sup> Médico especialista en Ginecología y obstetricia, adjunto al servicio de Ginecología y obstetricia del Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay.

**Maracay, Noviembre 2014**

## **OBESIDAD Y SUS COMPLICACIONES EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA EMERGENCIA OBSTETRICA DEL SERVICIO AUTONOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY ENERO JULIO 2014**

**Autores:** Diana Torres.<sup>1</sup> Médico Residente de tercer nivel de la especialidad de Ginecología y obstetricia. Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay. Maracay Estado Aragua. Franqui Sandoval<sup>2</sup> Médico especialista en Ginecología y obstetricia, adjunto al servicio de Ginecología y obstetricia del Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay.

### **RESUMEN**

En Latinoamérica, la obesidad sigue en aumento y requieren la atención, en particular durante la etapa pregestacional y el embarazo, se ha descrito como una epidemia moderna, de allí la importancia de determinar la incidencia de obesidad y sus complicaciones en gestantes atendidas en la emergencia obstétrica Hospital Central de Maracay Enero- Julio 2014, estudio de campo, descriptivo, prospectivo, cuya muestra está conformada por 150 gestantes obesas con IMC mayor a 30, basada en la clasificación según la OMS; se utiliza un cuestionario para la recolección de datos, que son analizados mediante estadística descriptiva, representados en gráficos y tablas cuyos resultados: La edad más frecuente es de 25 a 29 años con el 27,33%, con grado de instrucción secundaria completa 40%, en unión estable con el 42%, ubicadas en el estrato III de la escala de Graffar (52%), La edad gestacional predominante es 37a 40 semanas con II a III gestas en el 51,33% cada uno, parto a término 53,3%, resueltas por cesárea en un 80.7%; El 40,67% se clasifico obesidad grado II y III, con una ganancia ponderal entre 5 a 24 Kg. Predominando complicación obstétrica con el 55,38% la preeclampsia grave y la leve (32,31%), seguido de la diabetes gestacional (15,38%), las médicas destaca hipertensión arterial crónica en crisis Hipertensiva (82,1%), bajo control nutricional basado en dieta con el 54,7%. Concluyendo que el seguimiento cuidadoso oportuno y eficaz de las gestantes obesas, debe ser enmarcado con el obstetra y valoración multidisciplinaria.

**Descriptor:** Obesidad, Complicaciones, Gestantes, Atendidas, Emergencia, Obstétrica.

## **OBESITY AND ITS COMPLICATIONS IN PREGNANT OBSTETRICAL SERVED IN THE EMERGENCY HOSPITAL SELF SERVICE CENTER Maracay JANUARY JULY 2014**

**Authors:** Diana Torres.1 Resident Physician tertiary specialty of Gynecology and Obstetrics . Self Service Central Hospital of Maracay. Maracay Estado Aragua . Franqui Sandoval 2 Medical Specialist in Gynaecology and Obstetrics , attached to the service of Gynecology and Obstetrics of the Autonomous Service Central Hospital of Maracay .

### **ABSTRACT**

In Latin America , obesity continues to rise and require attention , particularly during the preconception period and pregnancy has been described as a modern epidemic , hence the importance of determining the incidence of obesity and its complications in pregnant women at the emergency Maracay Central Hospital obstetric January- July 2014 , field survey , descriptive, prospective , whose sample consisted of 150 obese pregnant women with BMI greater than 30, based on the WHO classification ; a questionnaire to collect data, which are analyzed using descriptive statistics , graphs and charts shown in the results is used: The most common age is 25 to 29 years old with 27.33 % grade 40 % complete secondary education in stable relationship with 42 % located in stratum III Graffar scale (52 % ) , the predominant gestational age is 40 weeks 37th to II to III feats at 51.33 % each term delivery 53 3 % cesarean resolved in 80.7 % ; The 40.67 % grade II and III obesity was classified with a weight gain between 5-24 pounds . Predominating obstetric complication with 55.38 % severe and mild preeclampsia ( 32.31 % ), followed by gestational diabetes (15.38 % ) , medical notes chronic hypertension in hypertensive crises ( 82.1 % ) , low nutrient - based control diet with 54.7 % . Concluding that careful monitoring of timely and effective obese pregnant women should be framed with the obstetrician and multidisciplinary assessment.

**Keywords :** Obesity, Complications , Pregnant Women , Answered, Emergency Obstetric .

## INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la obesidad; es una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida que conducen a un trastorno metabólico; así mismo se caracteriza por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup>.<sup>(1)</sup>

La obesidad ha causado gran alarma en lo que se refiere a problemas de salud en buena parte del mundo y se ha descrito como una epidemia moderna, del siglo XXI. Es una enfermedad crónica y progresiva caracterizada por la ganancia excesiva de grasa y peso corporal que trae numerosas complicaciones y secuelas que repercute desfavorablemente en la salud en todos los aspectos y en la esperanza de vida de estos pacientes; del mismo modo representa un factor de riesgo de múltiples patologías crónicas como enfermedades cardiovasculares, trastornos hipertensivos del embarazo, alteraciones hematológicas, trastornos metabólicos, diabetes gestacional, entre otras, creando una enorme carga en la salud para la sociedad; El nivel socio-económico, edad, sexo o situación geográfica y su incidencia ha aumentado tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo; se convierte en una preocupación, ya que se presenta desde edades muy tempranas.<sup>(2)</sup>

En Latinoamérica, el problema de obesidad sigue en aumento y tiene múltiples facetas que requieren atención, en particular durante la etapa pregestacional y el embarazo. En las mujeres embarazadas existen tres períodos en los cuales su peso corporal juega un papel determinante en el futuro de ellas y de sus hijos. El primer período es el peso previo al embarazo (pregestacional), el segundo período es el (embarazo) debido a la ganancia de peso gestacional y el tercer período es el peso (postparto).<sup>(3)</sup>

La OMS; informa que el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor de riesgo principal de morbilidad y mortalidad en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad; Por consiguiente, define el estado nutricional usando el índice de masa corporal (IMC), calculado como proporción del peso en kg/altura en  $m^2$ , por lo que se considera sobrepeso cuando el IMC está entre 25 y 29,9 y hablamos de obesidad con un IMC de 30 o más. <sup>(1)</sup>

El diagnóstico obesidad según la OMS se determina con el cálculo en base al Índice de Masa Corporal (IMC) que se obtiene mediante la ecuación peso entre talla al cuadrado, de tal manera que si una paciente presenta un IMC de 25 a 29,9  $kg/m^2$  se considera en sobrepeso, mientras que si excede al IMC de 30  $kg/m^2$  es obesa, lo que automáticamente la convierte en paciente con embarazo de alto riesgo. Es común que la paciente tenga obesidad previa al embarazo, y en relación a esto se describe que en la consulta prenatal en un promedio de 1 a 2 de cada 10 mujeres tienen obesidad; la ganancia es 1kgs por mes con un total de 10 – 12 kg en total, teniendo en cuenta que en las obesas su ganancia ponderal de 6-7  $kg$  <sup>(4)</sup>.

Para los casos de mujeres gestantes es importante calcular este indicador, tanto antes como durante la gestación, con el fin no sólo de analizar el estado nutricional previo a la gestación, sino también de monitorear y controlar la ganancia progresiva de peso, además de poder evaluar a la mujer gestante con los mismos indicadores del adulto. En las gestantes el índice de masa corporal es igual a peso de la gestante inicial más la ganancia de peso por semanas de gestación dividido entre la estatura al cuadrado. <sup>(4)</sup>

Los estudios indican que el peso pregestacional es el que tiene mayor influencia como factor de riesgo de complicaciones. Las cifras de obesidad en las

mujeres desde la etapa pregestacional son alarmantes. En Chile la prevalencia de obesidad se incrementó de 13 a 32% y si se considera el sobrepeso, alcanza el 50%, en Colombia es de 24% y en México alcanza hasta 51%. Como consecuencia a la falta de conciencia y al alto consumo de productos refinados de la industria alimentaria moderna. Y Venezuela se ubica como el vigésimo cuarto país con un 65,2% de la población mayor de 15 años con sobrepeso y obesidad, datos de la más reciente clasificación realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado por el Diario El Universal en el 2008<sup>(5)</sup>

Cnattingius et al,<sup>(6)</sup> realizaron un estudio donde describen que la obesidad aumenta el riesgo de parto prematuro, pero la asociación a la obesidad, las estimaciones de riesgo se ajustaron por edad materna, paridad, tabaquismo, educación, estatura, país de nacimiento de la madre y año del parto.

Del mismo modo, Suarez, Et al<sup>(7)</sup>, señala que una de las condiciones maternas que con mayor frecuencia complica el periodo de gestación y el parto es la obesidad, indicando que las gestantes obesas presentaron casos de preeclampsia agravada eclampsia y diabetes gestacional.

Así mismo, Sardiñas (2010); realizó un estudio de investigación basada en la repercusión de obesidad en embarazadas con 38 gestantes que identifico alto porcentaje de complicaciones cardiovasculares y metabólicas y determinaron una incidencia significativa de obesidad en la gestación de 14,3%.<sup>(8)</sup>

El Comité de Opinión del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras ACOG, en su Boletín N°549 emitido en Enero 2013 hace referencia que las complicaciones maternas, en un estudio multicéntricos prospectivo de más de 16.000 pacientes, un IMC de 30 a 39,9 se asoció con un mayor riesgo de diabetes mellitus gestacional, la hipertensión gestacional, la preeclampsia, y la macrosomia fetal, en comparación con un IMC de menos de 30. En este mismo estudio, la tasa de partos por cesárea fue de 20,7% para las mujeres con un IMC de 29,9 o menos, el 33,8%

para las mujeres con un IMC de 30 a 34,9, y 47,4% para las mujeres con un IMC de 35 a 39,9.<sup>(9)</sup>

La OMS, afirma que la obesidad afecta al 30% de la población aragüeña y en especial a gestantes entre 25 y 45 años de edad. El creciente aumento de los casos de obesidad que se han registrado en Aragua en los últimos meses ha ubicado a la entidad en el primer lugar a nivel nacional.<sup>(5)</sup>; de allí que en el Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay se han evaluado en el año 2012 se registraron 194 pacientes que presentaban obesidad.

En otro orden de idea, Morales (2012); ante la problemática expuesta a nivel mundial, se observa que no existe una conducta definida para el tratamiento de la obesidad en la embarazada, ya que solo se utilizan orientaciones de tipo dietético, donde se debe tomar en cuenta las necesidades nutricionales para el feto, de allí que muchas pueden ser las orientaciones dadas a las usuarias embarazadas sobre la obesidad<sup>(10)</sup>, A su vez Sharada y otros (2008); encontraron una relación entre ingresos y dietas sanas en un estudio realizado. Demostrando que en los países más pobres llevar una dieta sana es muy caro para la mayoría de la población. Para los habitantes de los países ricos, llevar una dieta sana es una gran prioridad sin importar su costo.<sup>(11)</sup>; Del mismo modo, Ramírez (2012); establece que el nivel socioeconómico está basada en el estudio de las características sociales de la familia, la profesión del padre, el nivel de instrucción de la madre, las fuentes de ingreso familiar, las condiciones de alojamiento adaptado a la realidad nacional por el Dr. Hernán Méndez Castellano para clasificar la condición y estilo de vida de cada embarazada<sup>(12)</sup>.

Por lo antes descrito el determinar las condiciones de salud de las gestantes que presenten obesidad, al igual que los indicadores que inciden directamente sobre el desarrollo de la misma, proporciona información que es útil al personal médico, enfermería, estudiantes y trabajadores de salud que deseen ahondar en el conocimiento de la relación del peso previo al embarazo, así como la ganancia excesiva durante la gestación, que representan factores negativos que implican complicaciones para la embarazada y su neonato, por lo que estas pacientes debe



ser catalogados como embarazos de alto riesgo, en este marco de ideas se tienen como objetivos:

### **OBJETIVO GENERAL**

-Determinar la incidencia de obesidad y sus complicaciones en gestantes atendidas en la Emergencia Obstétrica del Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay (SAHCM) en el periodo Enero Julio 2014.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar las embarazadas obesas desde el punto de vista socioepidemiológicos.
- Determinar las características obstétricas más relevantes en las gestantes obesas, paridad, edad gestacional, número de control prenatal, periodo de culminación y vía de resolución de la gestación.
- Clasificar el grado de obesidad de las gestantes según OMS, y señalar la ganancia ponderal.
- Establecer las complicaciones Obstétricas y Médicas.
- Establecer si están bajo control nutricional y cuál es la conducta tomada.

## MATERIALES Y METODOS

La investigación se enmarca en un estudio no probabilístico, aleatorizado de campo no experimental, descriptivo, de índole prospectivo, cuya población está comprendida por las gestantes que acudieron al Servicio de Emergencia Obstétrica SAHCM en el periodo Enero a Julio 2014. Un total de 4631 gestantes atendidas por el servicio, basado en el Movimiento Hospitalario del servicio de registro y estadísticas medicas de la institución, para el periodo propuesto, para fines de la investigación se incluyen las embarazadas que presentan algún grado de obesidad para el momento de ser entrevistadas, las cuales se captaron al azar y cuya selección es de forma aleatoria, sujeta a los días de guardia del autor y durante el tiempo libres o al culminar la actividad laboral; como criterio de inclusión, se postula el tener un índice de masa corporal por encima de  $\geq 30$ , usando la clasificación según el índice de masa corporal (IMC) propuesto por la OMS, de acuerdo a la formula;  $IMC: \text{Peso(kg)} \div \text{Estatura}^2(\text{Mts}^2)$ , para tal fin se procede a pesar y tallar en el peso que se encuentra el servicio, una balanza con tallimetro, de marca Nuevo Leon y se determina el grado de obesidad de acuerdo a la formula ya descrita y según la escala de IMC de la OMS, resultando al final en una población 210, donde se obtiene una muestra representativa conformada por 150 embarazadas que aportaron datos completos y manifestaron por escrito firmando su consentimiento de participar en la investigación, lo que representan el 71,43 %; para obtener peso inicial de su gestación, se usa el registrado en la tarjeta de control, si era presentada por la gestante, o en caso contrario por medio del interrogatorio de la misma, resaltando que con el peso inicial y el peso actual se obtiene la ganancia ponderal de la siguiente manera:  $\text{Peso Actual} - \text{Peso inicial}$ . (PA- PI), para dar a conocer la ganancia de peso durante toda la gestación.

Dentro de este orden de ideas, con la información requerida, para cumplimiento de los objetivos de la investigación, se realizó un instrumento tipo encuesta cuyo cuestionario, previamente diseñado y evaluado por tres expertos, información que incluyen la variable socio epidemiológicas como, edad, nivel

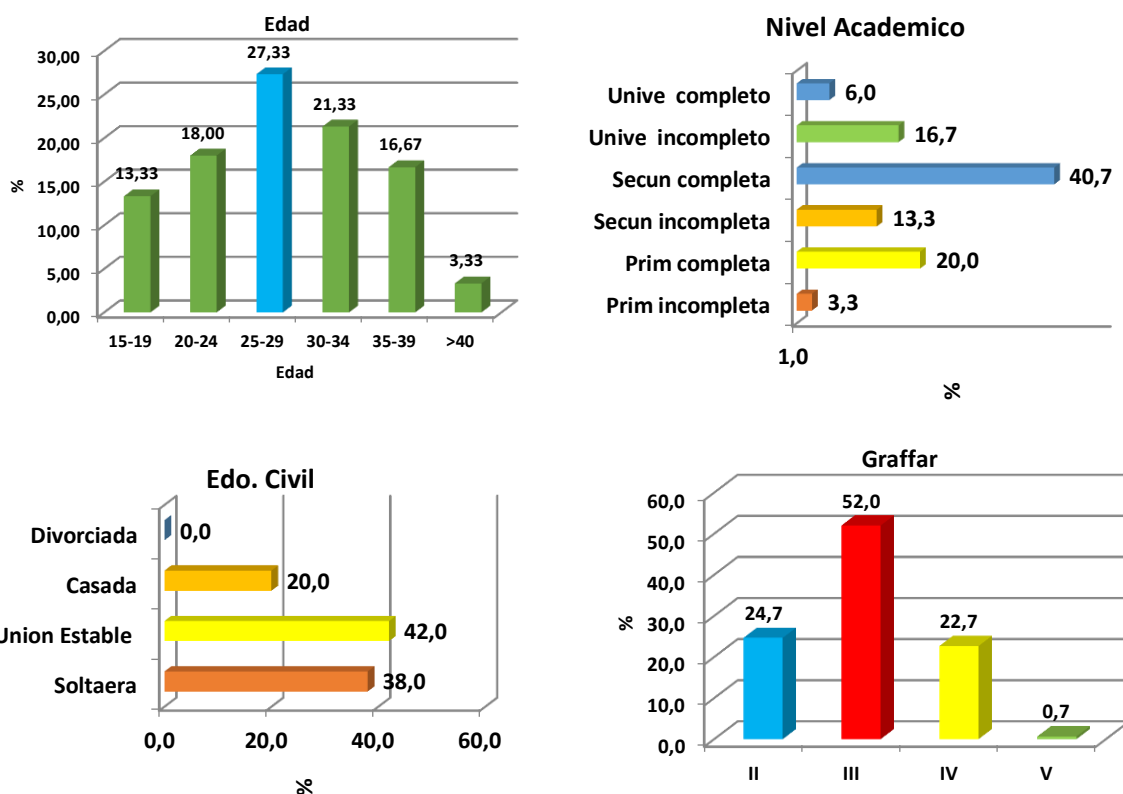
académico, estado civil, escala de Graffar, características obstétricas más relevantes como paridad, edad gestacional, control prenatal, periodo en que culmina y vía de resolución de la gestación, datos antropométricos como peso y talla, ganancia ponderal, complicaciones médicas y obstétricas presentes en el embarazo, y por ultimo manejo y conducta nutricional, que para su análisis se elabora una base de datos en Excel 2007, y se utiliza el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v15.0 en español, para cálculos de frecuencia, porcentaje, mínimo, máximo, promedios o medias, desviación estándar, así como asociación de variables con un IC95%. Los resultados son presentados mediante tablas y gráficos describiendo frecuencias e índices porcentuales a partir de los cuales se realizó la interpretación, discusión, formulación de conclusiones y recomendación.

## RESULTADOS

La incidencia de las gestantes obesas que acuden al Servicio de Emergencia Obstétrica del SAHCM en el periodo de Enero a Julio del 2014 es de 27,27 %, lo que equivales a casi 2,7 de cada diez.

### CARACTERÍSTICAS SOCIOEPIDEMIOLÓGICAS.

**Grafico 01.** Distribución de la población según Características Socioepidemiologicas, según la Edad, Nivel Académico, Estado Civil, y Escala de Graffar, Servicio de Emergencia Obstétrica. SAHCM. Enero Julio 2014.



Fuente: El autor Diana Torres.

Los datos permiten observar que la edad de las gestante oscilaron entre 16 a 44 años, con una media de  $\bar{X}$ :  $28,15 \pm 6,51$  años, siendo el grupo etario más frecuente el de 25 a 29 años con el 27,33%, cabe destacar que el 40% de la mismas tiene como nivel educativo secundaria completa, el estado civil predominante es la unión estable con el 42%, y en la escala de Graffar aplicada a la población estudiada,

señala que un 52% de las embarazadas se encuentra en un estrato III, lo que las ubican en un nivel socioeconómico media, no menos importante el 0.7% pertenece al estrato V como pobreza crítica.

### CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS MÁS RELEVANTES.

**Tabla 02.** Distribución de la población según Paridad, Servicio de Emergencia Obstétrica. SAHCM. Enero Julio 2014.

| Paridad      | Fr         | %          |
|--------------|------------|------------|
| I            | 37         | 24,67      |
| II-III       | 77         | 51,33      |
| IV-V         | 28         | 18,67      |
| >V           | 8          | 5,33       |
| <b>Total</b> | <b>150</b> | <b>100</b> |

Fuente: El autor Diana Torres.

Con respecto a la paridad predomina de II a III gestas con el 51,33%, ubicando en segundo lugar las Primigesta con el 24,67 %.

**Tabla 02.1** Distribución de la población según Edad Gestacional y Control Prenatal, Servicio de Emergencia Obstétrica. SAHCM. Enero Julio 2014.

| Edad Gestacional | Fr         | %          | Control Prenatal | Fr         | %          |
|------------------|------------|------------|------------------|------------|------------|
| 20-23            | 1          | 0,67       | No controlado    | 7          | 4,67       |
| 24-27            | 5          | 3,33       | Mal Controlado   | 27         | 18,00      |
| 28-32            | 18         | 12,00      | Controlado       | 116        | 77,33      |
| 33-36            | 49         | 32,67      |                  |            |            |
| 37-40            | 77         | 51,33      |                  |            |            |
| <b>Total</b>     | <b>150</b> | <b>100</b> | <b>Total</b>     | <b>150</b> | <b>100</b> |

Fuente: El autor Diana Torres.

**Tabla 02.2** Distribución de la población según Culminación del Embarazo y Vía de Interrupción, Servicio de Emergencia Obstétrica. SAHCM. Enero Julio 2014.

| <b>Culminación del embarazo</b> | <b>Fr</b>  | <b>%</b>   | <b>Vía de Interrupción</b> | <b>Fr</b>  | <b>%</b>   |
|---------------------------------|------------|------------|----------------------------|------------|------------|
| <b>A término</b>                | 77         | 51,33      | <b>Parto</b>               | 29         | 19,3       |
| <b>Pre termino</b>              | 73         | 48,67      | <b>Cesárea</b>             | 121        | 80,7       |
| <b>Total</b>                    | <b>150</b> | <b>100</b> | <b>Total</b>               | <b>150</b> | <b>100</b> |

La edad gestacional van de 22 a 40 semanas con una media de  $\bar{X}$ : 35,7± 5,03 semanas, predominado el rango de 37 a 40 semanas con el 51,33 %, no obstante en cuanto a el control prenatal en su mayoría fue bien controlado con el 77,33%, contrasta con el no controlado que fue de 4,67%; siendo la culminación de la gestación, el parto a término con el 51,33% con una leve diferencia de 6,6 % de los partos pre términos, y cuya vía de interrupción, arrojo alto porcentaje la cesárea con un 80.7%.

### **CLASIFICACIÓN DE GRADO DE OBESIDAD.**

**Tabla 03.** Distribución de la población según Grado de Obesidad, según la OMS, Servicio de Emergencia Obstétrica. SAHCM. Enero Julio 2014.

| <b>IMC</b>                       | <b>Fr</b>  | <b>%</b>   |
|----------------------------------|------------|------------|
| <b>Obesidad Grado I 30-34,9</b>  | 28         | 18,67      |
| <b>Obesidad Grado II 35-39,9</b> | 61         | 40,67      |
| <b>Obesidad Grado III ≥40</b>    | 61         | 40,67      |
| <b>Total</b>                     | <b>150</b> | <b>100</b> |

**Fuente:** El autor Diana Torres, Clasificación según OMS.

Uno de los componentes más importantes, como es el índice de masa corporal (IMC), el 40,67% está en el grado de obesidad II y III respectivamente que

sumados da un total de 81,33%. La ganancia ponderal de las embarazadas se representó entre 5 a 24 Kg. Con media de  $\bar{X}$  : 12,22,  $\pm$ 3,57 Kg.

### COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y MÉDICAS.

**Tabla 04.** Distribución de la población según Complicaciones Obstétricas. Unidad de Emergencia Obstétrica. Servicio de Emergencia Obstétrica. SAHCM. Enero Julio 2014.

| <b>Maternas</b>                                       |    |       |
|---|----|-------|
| <b>Hipertensión Arterial Inducida por el embarazo</b> |    |       |
| <b>Pre eclampsia Grave</b>                            | 72 | 55,38 |
| <b>Pre eclampsia Leve</b>                             | 42 | 32,31 |
| <b>Diabetes Gestacional</b>                           | 20 | 15,38 |
| <b>HELLP</b>  | 17 | 13,08 |
| <b>Eclampsia</b>                                      | 13 | 10,00 |
| <b>Fetales</b>  |    |       |
| <b>Sufrimiento Fetal</b>                              | 6  | 4,62  |
| <b>Ovulares</b>                                       |    |       |
| <b>RPM</b>  | 15 | 11,54 |

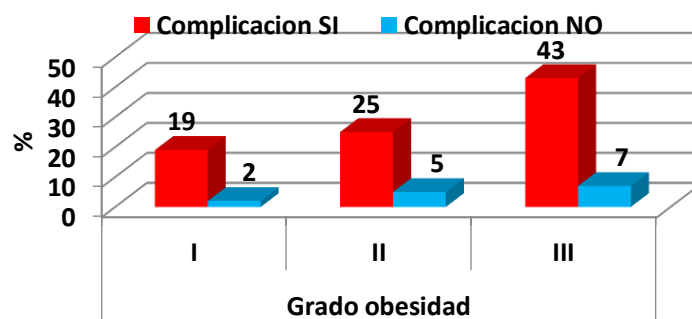
**Fuente:** El autor Diana Torres

Las complicaciones en la gestante obesas se encuentra entre 86,7%, y de estas complicaciones se pueden denotar dentro de las maternas, los tres primeros lugares, la preeclampsia grave con un 55,38%, seguido de la preeclampsia leve con un 32,31% y la diabetes gestacional con un 15,38 %, de las fetales solo se reportó el sufrimiento fetal con el 4,62%, no obstante de las ovulares, RPM con el 11,54%.

**Tabla 04.1.** Distribución de la población según Complicaciones Médicas. Unidad de Emergencia Obstétrica. Servicio de Emergencia Obstétrica. SAHCM. Enero Julio 2014.

Con respecto a las complicaciones médicas, se observó que el 26% las presento; están representadas a su vez por la hipertensión arterial crónica en crisis Hipertensiva en un 100%.

**Grafico 4.3:** Análisis estadístico de la relación de las variables grados de obesidad y complicaciones obstétricas y Complicaciones Médicas. Unidad de Emergencia Obstétrica. Servicio de Emergencia Obstétrica. SAHCM. Enero Julio 2014.



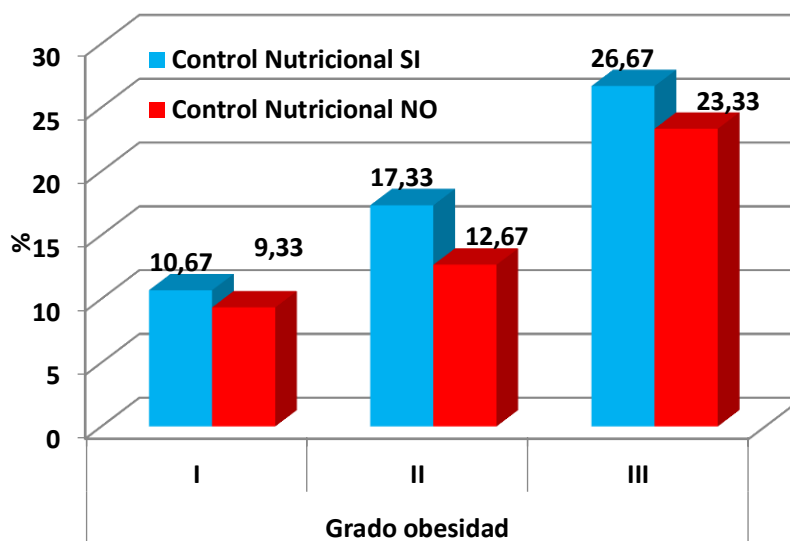
**Fuente:** El autor Diana Torres

Al relacionar las variables grado de obesidad con complicaciones obstétricas se observa, que en mayor proporción se complica son la pacientes obesas grado III en el orden del 43% (N: 150, IC95% 34,75-50,58), siendo ellas el grupo más representativos de las embarazadas con obesidad.



## MANEJO NUTRICIONAL

**Grafico 05.** Distribución de la población según Control Nutricional. Unidad de Emergencia Obstétrica. Servicio de Emergencia Obstétrica. SAHCM. Enero Julio 2014.



**Fuente:** El autor Diana Torres

En su mayoría (54,7%) manifestó, estar bajo control nutricional, siendo la terapéutica exclusiva el régimen de dieta, mas no incentivar a la actividad física, no obstante al relacionar las variables grados de obesidad con control nutricional o no; vemos que el grupo con mayor porcentaje de no estar bajo control igualmente como el objetivo anterior son las obesas grado III las que mayormente no se encuentran bajo un control nutricional 23,33%.

## DISCUSION

La obesidad constituye un grave problema en la población actual, prevaleciendo en mujeres en edad reproductiva. En atención a la problemática, la incidencia de las gestantes obesas que acuden al Servicio de Emergencia Obstétrica del SAHCM en el periodo de Enero a Julio del 2014, es el 27,27%, lo que equivale a casi 2,7 de cada diez, por lo que coincide en el trabajo de investigación por Sardiñas (2010); basada en la repercusión de obesidad en las embarazadas, determinando una incidencia significativa de obesidad en la gestación de 14,3%. Los datos permiten observar, que la edad de las gestante oscilaron entre 16 a 44 años, siendo el grupo etario más frecuente el de 25 a 29 años con el 27,33% , concordando con los datos más reciente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2008, argumenta, que la obesidad alcanzo el 30% de la población aragüesa entre 25 y 45 años de edad en relación con dicha investigación e indicando por la presente investigación que son gestantes jóvenes en su mayoría, cabe destacar que el 40% de la mismas, tiene como nivel educativo secundaria completa, con una relación de pareja estable con el 42%, el cual guarda relación al estudio de Sardiñas quien resalta que el nivel académico más frecuente fue secundario, lo que puede suponer, el poco conocimiento de la gravedad que al ser obesas y aun mas durante la gestación, esta condición aumenta el riesgo de sufrir diferentes complicaciones, que pueden presentarse; dentro de este orden de ideas, la escala de Graffar aplicada a la población estudiada señala que el 52% de las embarazadas en estudio se encuentra en un estrato III, con un nivel socioeconómico media, y un porcentaje inferior de 0.7% pertenece a un nivel de pobreza crítica, siendo este último, una proporción pequeña pero que no deja de ser importante dado que al igual que, González (2013), expone que el nivel socio-económico, edad, sexo o situación geográfica y su incidencia ha aumentado tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo; por lo que esta situación se convierte en una preocupación, ya que se presenta desde edades muy tempranas, influyendo como un determinante en la aparición de complicaciones maternas y fetales.

Cabe considerar, por otra parte con respecto a la paridad, que predomina de II a III gestas con el 51,33%, ubicándose en segundo lugar las Primigesta con el

24,67 %; al igual que predominó el rango de 37 a 40 semanas de gestación con el 51,33 %, a diferencia de Cnattingius et al, quienes describen que la obesidad aumenta el riesgo de parto prematuro en relación a la obesidad, en esta investigación se evidencia totalmente lo contrario, pero si concordando con que en este predomina tener de II Y III gestas incluyendo la actual, no obstante este valor nos refiere que en su mayoría llega a una edad gestacional si no adecuada, por lo menos viable con soporte médico para el producto de la gestación. Debe señalarse que el control prenatal, en su mayoría fue catalogado como bien controlado con el 77,33%, dado que al igual que Sharada, menciona que el primer control prenatal, debería ser oportuno y preciso, con un diagnóstico nutricional claro, con fines de implementar una serie de medidas en relación a sus características nutricionales, para efecto de prevenir complicaciones maternas y fetales a futuro.

Dentro de este marco, reafirmando lo antes expuesto, la culminación de la gestación, predominó el parto a término con el 51,33%, con una leve diferencia de 6,6 por ciento de los partos pre términos, observándose que este menor porcentaje presentados, desencadenados por sufrimiento fetal, ruptura prematura de membrana, o a consecuencia de deterioro materno y alteración del Doppler, dando como conducta oportuna la interrupción, siendo la vía alta o cesárea más frecuente, con alto porcentaje del 80.7%, donde este resultado coincide con el comité americano de ginecología y obstétrica (ACOG) en el 2013.

Uno de los componentes más importantes, como es el índice de masa corporal (IMC), el 40,67% está en el grado de obesidad II y III respectivamente que sumados da un total de 81,33%, se observa que la población en estudio está entre los dos valores más altos de la clasificación según la OMS, que al relacionarlo con las complicaciones obstétricas; en este orden de ideas, las pacientes obesas en la clasificación grado III, el 43% son la más representativas de este grupo que se complican, guardan relación con ACOG, señala que hubo mayor complicación en gestantes con IMC entre 35,5 a 39,9 entre ellas las cardiovasculares; por lo que en resumidas cuenta, es evidente, que la ganancia ponderal, se ubica entre 5 a 24 Kg., aun cuando existen valores extremos, con una media de 12,22kg de promedio sin embargo se asemeja con lo postulado por la organización mundial de la salud,

quienes señala que la ganancia en el periodo de la gestación es normal en el orden de 10- 12 kg en peso.

Asociando a las complicaciones en la gestante obesas, estas se encuentra entre 86,7%, del grupo en general y de ellas se pueden denotar que de las complicaciones maternas, en los tres primeros lugar de importancia la Preeclampsia Grave con un 55,38%, seguido de la Preeclampsia Leve y la Diabetes Gestacional, similar a los resultados expuestos por Suarez y otros, quienes indicaron que las gestantes obesas presentan primordialmente como complicación la preeclampsia grave, eclampsia, y diabetes gestacional, lo cual es importante resaltar, que estas se asocian al incremento de la morbilidad o causa de consulta por servicio de emergencia obstétrica, con consecuencia en la madre y el producto de la gestación; entre las complicaciones médicas, se encuentran rango inferior comparada con las anteriores (26%), y dentro de las cuales se destaca en un 82,1% la Hipertensión Arterial Crónica en crisis Hipertensiva, evidentemente contrasta con lo señalado por la OMS (2013), donde la obesidad es el quinto factor de riesgo principal de morbilidad y mortalidad en el mundo, indicando, el 44% diabetes mellitus, el 23% cardiovasculares, son atribuibles al sobrepeso y obesidad, para la realidad de esta investigación la hipertensión supera a los trastornos metabólico.

Finalmente, en su mayoría el 54,7% manifestó, estar bajo control nutricional, siendo la terapéutica exclusiva el régimen nutricional o de dieta, mas no son incentivadas a la actividad física, y peor aún el 45,3% no acudieron a orientación nutricional, por lo que Sharada y otros colaboradores señalan, en el año 2008, que encontraron una relación entre ingresos y dietas sanas en un estudio realizado; demostrando que en los países más pobres llevar una dieta sana, es muy caro, para la mayoría de la población.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La obesidad es uno de los factores de riesgo más importante para el desarrollo de diversas enfermedades en ellas metabólicas y cardiovasculares.

Se observa con mucha preocupación que la gestantes a pesar de ser en su mayoría jóvenes, con un grado de instrucción aceptable, en unión estable, nivel socioeconómico medio y haber tenido la experiencia de una gesta anterior, presenten un grados de obesidad de II a III, con una ganancia ponderal significativa y que por ello, las complicaciones obstétricas sean más frecuentes, dentro de cuales la Preeclampsia Grave o leve así como la Diabetes Gestacional sea lo más frecuente, no sin menospreciar a un grupo en que las complicaciones médicas como Hipertensión Arterial Crónica en crisis Hipertensiva corran con el riesgo de sufrir accidentes cerebro vascular discapacitantes o fatales, y que a pesar o indistintamente de que su mayoría estuvo bajo control prenatal, con manejo nutricional casi en su totalidad, llama a la atención que a pesar de ello se observa alto porcentaje de complicaciones lo que a su vez puede ser determinante a pesar de su embarazo a término y que sea la cesárea la vía de interrupción más relevante tal vez con la visión y misión de resguardar la vida de madre e hijo.

Cumplido los objetivos consecuentes, se debe concluir, que el seguimiento cuidadoso oportuno y eficaz de las gestantes obesas, debe ser enmarcado en la principal prioridad del obstetra dado que su incidencia de 2,7 de cada 10 gestantes que acudirán a la consulta regular, con la finalidad implícita de evitar posibles riesgos en la madre y el feto. Dado a lo antes expuesto y a los resultados obtenidos, las gestantes obesas deben tener evaluación multidisciplinaria, médicos internista, endocrinólogo, y nutricionistas siendo el obstetra tratante el garante de que estas evaluaciones sean cumplida a cabalidad y sean de calidad, y de esta misma manera el régimen nutricional, debe ir de la mano de la actividad física de forma tal, que a la hora de culminación de su gestación lleguen en la mejor condición posible para enfrentar un trabajo de parto exitoso sin complicaciones.

Es necesario desarrollar herramientas informativas en apoyo del estado, con el objetivo de que la población en todos sus estratos conozca de las complicaciones obstétricas y médicas más frecuentes en relación con la obesidad, y estas mismas sean incluidas a la consulta exclusiva a diagnóstico de obesidad o en la consulta de alto riesgo obstétrica de la institución, con el obstetra y un nutricionista para dar un seguimiento veraz y satisfactorio.

Evidentemente, debido a que las complicaciones quirúrgicas son mayores en las pacientes obesas, es importante desarrollar un protocolo de atención médica donde la vía de interrupción ideal sea vaginal, con la finalidad de prevenir las complicaciones propias de una intervención, la estancia de la paciente en la institución y los costos derivados de cada procedimiento.

Dentro de este marco, es de suma importancia dar seguimiento u orientación una vez terminado el embarazo, para así, llegar a un peso más cercano al ideal y mantener la salud de dicha paciente en el periodo postnatal, brindándole una buena calidad de vida y al producto de la gestación, que sea cuidado por una madre con el mayor estado de salud posible, condiciones orientadas por su médico obstetra.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios todo poderoso por sus bendiciones y estar a mi lado siempre, permitiendo alcanzar una meta más en vida.

A mis padres Agustín Torres Y Raquel de Torres; por ser mi pilar fundamental, por el apoyo y confianza brindada. LOS AMO.

A mis hermosos hermanos; Dayana, Agustín, Daniel y Ronnie, por estar a mi lado en momentos de alegría y de tristeza, por ser centro de estímulo en mi vida. LOS ADORO.

A mis sobrinos Romulito, Agustincito y Paulita, por ese amor grande e inocente que me llenan de mucha felicidad. LOS ADORO MIS TESOROS.

A mi abuela Paula, por ser fuente de apoyo incondicional, y tenerme presente en sus oraciones. TQM.

A mi apreciado cuñado Rafael Rodríguez, por el apoyo brindado y sincero, lleno de mucho estímulo en todo momento. TQM MI CUÑIS.

A todos mis tíos y tías, que de alguna u otra manera estuvieron pendiente de mí llenando de mucho estímulo, LOS QUIERO MUCHO.

A mis amigos y compañeros de estudios, seres muy especiales, que han sido importantes en este recorrido, nada fácil, pero no imposible; En especial Yarelis y Esteban, quienes me han brindado siempre una palabra de aliento impulsándome a seguir adelante en todo momento, y por compartir bellos y malos momentos como una gran familia durante estos 3 años. LOS QUIERO MUCHO.

A Julio, por tu gran apoyo incondicional, lleno de mucho estímulo brindado día a día, TE QUIERO MUCHO.

A mi tutor Dr. Franqui Sandoval, tanto por brindarme el apoyo en la elaboración de la tesis de grado, como por el estímulo para no cesar en ningún momento.

A HCM, Adjuntos, forjador de mi aprendizaje, a los cuales le agradezco el apoyo a lo largo de la meta.

Y a todas aquellas personas que no menciono, pero que están siempre en mi corazón, mis más sinceras palabras de agradecimiento, ya que de una u otra forma aportaron un granito de arena en pro de siguiente logro.

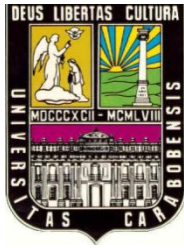
**¡A TODOS MIL GRACIAS!**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

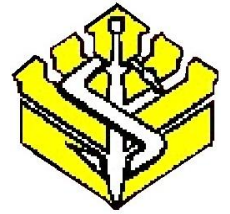
1. OMS. obesidad epidemia a nivel mundial. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>. 2014.
2. González Jorge -Moreno, Jesús Salvador Juárez-López y Jorge Luis Rodríguez-Sánchez. Obesidad y embarazo. REVISTA MÉDICA MD, Año 4, número 4, mayo-julio 2013.
3. Dr. Ricardo Pérez Cuevas MD, 27 de Noviembre de 2013. Artículo. Tenemos un problema bien gordo. Disponible en: <http://blogs.iadb.org/salud/2013/11/27/tenemos-un-problema-bien-gordo/>
4. Restrepo Mesa, Sandra L. y Martínez Soto, Mónica. "Instructivo para la Graficación y Análisis de Indicador de índice de Masa Corporal en Mujeres Gestantes". Universidad de Antioquia. Escuela de Nutrición y Dietética. Disponible en: [http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/632/tema\\_2/lecturas/instructivoIMC.p](http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/632/tema_2/lecturas/instructivoIMC.p)
5. Castillo, Andreina. La Obesidad afecta a 30% de la Población Aragüeña. Diario El Aragüeño. Disponible en: <http://www.elaragueno.com.ve/region/articulo/31818/la-obesidad-afecta-a-30-de-la-poblacion-araguena->. 12 de Octubre de 2013.
6. Cnattingius S, VillamorE, Johansson S, Edstedt Bonamy AK, Persson M, WikströmAK, Granath F. Maternal obesity and risk of preterm delivery. JAMA 2013 12; 309(22):2362-70.
7. Suárez González, Juan Antonio; Preciado Guerrero, Richard; Gutiérrez Machado, Mario; Cabrera Delgado, María Rosa; Tápanes, Yoani Marín; Cairo González, Vivian. Influencia de la obesidad pregestacional en el riesgo de preeclampsia/eclampsia. Hospital Provincial Ginecobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. 2013.
8. Nicolás Sardiñas, Yarima Carvajal, Claudia Escalante. Repercusión de Obesidad en la morbilidad Obstétrica. Policlínico Universitario Juan Gualberto Gómez, Cuba. Tesis de Grado para optar Título de Especialidad en Ginecología y Obstetricia 2010, disponible en: [http://scielo.sld.cu./scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=so138-600x2010000100003](http://scielo.sld.cu./scielo.php?script=sci_arttext&pid=so138-600x2010000100003).



9. Committee on Obstetric Practice. Obesity in Pregnancy. Committee Opinion, Number 549, January 2013. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Disponible <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Obesity-in-Pregnancy>.
10. Morales Rodríguez, Alfredo Armando. Obesidad: Enfermedad de Alto Riesgo en la Vida Reproductiva de la Mujer. Hospital General Trinidad Tomás Carrera Galiano. Trinidad. Sancti Spíritus. Cuba. 2012.
11. Sharada Keats y Steve Wiggins. Mayores índices de obesidad en países en vías de desarrollo Artículo en línea. Disponible en <http://www.vitonica.com.mx/> 2014
12. Ramírez, L. Evolución 1982-2007 de los Estratos Sociales en Venezuela y su Conexión con la Elección Presidencial 2012. Revista Mundo Universitario, Nº 41, Vol X (3), 311-322, 2012.
13. Departamento de Registro y Estadísticas de Salud SAHCM. Anuarios Epidemiológicos. Hospital Central de Maracay. Movimiento Hospitalario 2014.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD NUCLEO ARAGUA  
ESCUELA DE MEDICINA "DR. WITREMUNDO TORREALBA"  
POSTGRADO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY  
MARACAY ESTADO ARAGUA



CUESTIONARIO.

**Ítem 1. Características Socioepidemiológicas.**

- 1.1 **Nombres Y Apellidos:** \_\_\_\_\_  
1.2.- **C.I:** \_\_\_\_\_ 1.3 **Edad:** \_\_\_\_\_  
1.4- **Nivel académico:** Ninguno: \_\_\_\_\_ Primaria: **C ( ) I ( )** Secundaria: **C ( ) I ( )**  
Superior: **C ( ) I ( )**  
1.5.- **Estado Civil:** Soltera: \_\_\_\_\_ Unión Estable: \_\_\_\_\_ Casada: \_\_\_\_\_ Divorciada:  
1.6.- **Escala de Graffar:**  
.- Profesión del jefe de la familia 3.- principal fuente de ingreso familiar  
2.- nivel de instrucción de la madre 4.- condiciones de alojamiento  
**Graffar I ( )** Clase Alta **Graffar II ( )** Clase media Alta **Graffar III ( )** Clase  
media **Graffar IV ( )** Pobreza Relativa **Graffar V ( )** Pobreza Crítica.

**Ítem 2. Características obstétricas:**

- 2.1.- **Gestas:** Primigesta: \_\_\_\_\_ II-IV: \_\_\_\_\_ V o más: \_\_\_\_\_  
2.2.- **Edad Gestacional de Ingreso:** \_\_\_\_\_  
**Control prenatal:** Número de controles \_\_\_\_ Institución: Publica ( ) Privada ( )  
2.3.- **Culminación y Vía de interrupción de la Gestación:**  
➤ A término ( ) Pre termino ( )  
➤ Parto: ( ) Cesárea ( )

**Ítem 3. Identificar el índice de masa corporal de acuerdo al grado de obesidad, según la OMS.**

Peso Inicio: \_\_\_\_\_ Peso Actual: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

1. Obesidad Grado I \_\_\_\_\_ (30.0- 34.9)
2. Obesidad Grado II \_\_\_\_\_ (35.0- 39.9)
3. Obesidad Grado III \_\_\_\_\_ ( mayor de 40)

## Ítem 4. Complicaciones Durante el Embarazo

### Obstétricas:

1. Diabetes Gestacional:\_\_\_\_\_
2. Hipertensión Arterial inducida por el embarazo\_\_\_\_\_
  - ❖ Preeclampsia Leve\_\_\_\_\_ Preeclampsia Grave\_\_\_\_\_
  - ❖ Eclampsia.\_\_\_\_\_
  - ❖ Síndrome Hellp: clase I ( ) clase II ( ) clase III ( )
3. Anemia.\_\_\_\_\_
4. Amenaza de parto pretermino\_\_\_\_\_
5. Ruptura prematura de membranas\_\_\_\_\_
6. Sufrimiento fetal: \_\_\_\_\_
7. Patología liquido Amniótico: Oligoamnio ( ) Polihidramnio ( )
8. Desprendimiento prematuro de placenta\_\_\_\_\_
9. Placenta previa\_\_\_\_\_

### Medicas:

1. Hipertensión arterial crónica en crisis Hipertensiva.\_\_\_\_\_
2. Diabetes mellitus: Tipo 1 ( ) Tipo 2 ( )
3. Hipotiroidismo\_\_\_\_\_
4. Hipertiroidismo\_\_\_\_\_
5. Enfermedades Inmunológicas: especifique\_\_\_\_\_
6. Cardiopatía materna\_\_\_\_\_

## Ítem 5. Manejo por Nutricionista

- 1.- Dieta: ( )
- 2.- Caminar: ( )
- 3.- Ninguno: ( )