

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**RESULTADO PERINATAL MATERNO FETAL DE EMBARAZADAS CON
SOBREPESO Y OBESIDAD**

Estudio retrospectivo- descriptivo transversal de el resultado perinatal materno fetal de embarazadas con sobrepeso y obesidad en la consulta externa de obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el periodo comprendido de enero a agosto del 2009

KAREN MARIA REYES ALBENO

TESIS

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de estudios de postgrado de la
Facultad de Ciencias Medicas
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ginecología y Obstetricia
Febrero 2012**



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Karen María Reyes Albeno

Carné Universitario No.: 100016278

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Resultado perinatal materno fetal de embarazadas con obesidad"**.

Que fue asesorado: Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Y revisado por: Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para febrero 2012.

Guatemala, 15 de febrero de 2012

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

Guatemala, 16 de agosto de 2011

Doctor

Ricardo Walter García Manzo

Coordinador Específico de Programas de Postgrado

Universidad de San Carlos de Guatemala

Presente

Estimado Doctor García Manzo:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del Informe Final de Tesis con el título **"RESULTADO PERINATAL MATERNO FETAL DE EMBARAZADAS CON OBESIDAD"**

Estudio retrospectivo- descriptivo de el resultado perinatal materno fetal de embarazadas con obesidad en la consulta externa de obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el periodo comprendido de enero a agosto del 2009. Presentado por la **Dra. Karen María Reyes Albeno**, carné 100016278, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,



Dr. Edgar Herrarte
Médico y Cirujano
Colegiado 8,860

Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Asesor de Tesis

Coordinador docente Maestría en Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 16 de agosto de 2011

Doctor

Ricardo Walter García Manzo

Coordinador Específico de Programas de Postgrado

Universidad de San Carlos de Guatemala

Presente

Estimado Doctor García Manzo:

Por este medio le informo que revisé el contenido del Informe Final de Tesis con el título, **"RESULTADO PERINATAL MATERNO FETAL DE EMBARAZADAS CON OBESIDAD"**

Estudio retrospectivo- descriptivo de el resultado perinatal materno fetal de embarazadas con obesidad en la consulta externa de obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el periodo comprendido de enero a agosto del 2009. presentado por la **Dra. Karen María Reyes Albeno**, carné 100016278, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,



Dr. Edgar Herrarte
Médico y Cirujano
Carné 5,660

Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Revisor de Tesis

Coordinador docente Maestría en Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Universidad de san Carlos de Guatemala

Guatemala, 24 de enero de 2012

Doctor
Ricardo Walter García Manzo
Coordinador Específico de Programas de Postgrado
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Estimado doctor García Manzo:

De la manera más atenta me dirijo a usted deseando que sus labores diarias sean de éxito.

El motivo de la presente es informarle que la **Dra. Karen María Reyes Albeno**, carné 100016278, realizó su Maestría en Ginecología y Obstetricia en el Hospital de Ginecobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social aprobando los cursos y exámenes satisfactoriamente. Así mismo en septiembre de 2011, fue aprobado su examen de tesis por lo cual solicito su revisión y autorización para la impresión de la misma.

Sin otro particular y agradeciendo su atención a la presente, me suscribo,

Atentamente,



Dr. Edgar Herrarte Méndez
Médico y Cirujano
Licenciado 5,660

Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez
Coordinador Docente Maestría en Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 24 de enero de 2012

Doctor

Luis Alfredo Ruiz Cruz

Coordinador General del Programa de Maestrías y Especialidades

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado doctor Ruiz:

Deseo que sus actividades diarias sean de éxito, el motivo de la presente es informarle que he revisado el Informe Final de la Tesis titulada "**RESULTADO PERINATAL MATERNO FETAL DE EMBARAZADAS CON OBESIDAD**" Estudio retrospectivo-descriptivo de el resultado perinatal materno fetal de embarazadas con obesidad en la consulta externa de obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el periodo comprendido de enero a agosto del 2009., presentado por la **Dra. Karen Maria Reyes Albeno**, carné 100016278, el cual ha cumplido con todos los requisitos para su aval establecidos por la Maestría en Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y por la Universidad de San Carlos de Guatemala, pudiendo continuar con todos los trámites correspondientes para la impresión de tesis y realización del acto de graduación.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,



Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez

Coordinador Docente Maestría en Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Universidad de San Carlos de Guatemala

Dr. Edgar Herrarte
Médico y Cirujano
Carné 5,660



Vo. Bo. Dr. Ricardo Walter García Manzo

Coordinador Específico de Programas de Postgrados

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

Dr. Ricardo Garcia Manzo
MÉDICO Y CIRUJANO
Carné 2,512

DEDICATORIA

A DIOS

Por guiar mi vida y de quien proviene toda la sabiduría (Prov. 1:7)

A MIS PADRES

Por darme su apoyo incondicional en todo momento y animarme cuando ya no podía más, gracias a ustedes soy lo que soy en este momento y estamos cumpliendo un logro más junto, se los agradezco de todo corazón los amo con todo mi corazón

A MI ESPOSO

Por su apoyo emocional, su amor y confianza en todo momento sin usted no habría podido lograr esta meta que es un triunfo para los dos, lo amo.

A MIS HERMANOS

Por su apoyo en todo momento y sostenerme en oración son algo muy importante en mi vida, los amo.

A UNAS PERSONAS MUY ESPECIALES

Dona esperancita y Luisito por abrirme las puertas de su casa y de su corazón, por acogerme todo un año en su hogar y brindarme el apoyo y el ánimo que me dieron en esos días que estaba lejos de mi familia los quiero mucho

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Por enseñarme a dar valor a la vida humana y formarme como profesional

A PROFESORES Y AMIGOS

Quienes comparten con migo este triunfo.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Objetivos	15
IV. Material y método	17
V. Resultados	21
VI. Discusión y análisis	25
VII. Revisión bibliográfica	29
VIII. Anexos	31

INDICE DE TABLAS

TABLA No.1	21
TABLA No.2	21
TABLA No.3	22
TABLA No.4	22
TABLA No.5	23
TABLA No.6	23
TABLA No.7	24
TABLA No.8	24

RESUMEN

Introducción: La obesidad en el embarazo se vuelve un problema creciente en nuestra población, conllevando a una serie de complicaciones materno-fetales, (diabetes gestacional, hipertensión crónica como inducida por el embarazo, aumenta el índice de cesáreas, infecciones post parto y algunas complicaciones fetales como macrosomia con sus complicaciones propias, además aumenta el riesgo de defectos del tubo neural. las cuales conforman una problemática importante para la institución, fue necesario conocer cuales eran las principales complicaciones dadas para poder a unificar criterios de riesgos y así poder preparar tratamientos preventivos y terapéuticos oportunos.

Metodología: El estudio se realizo en el Hospital de Gineco-Obstetricia del hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, siendo un estudio descriptivo retrospectivo, tomando a toda mujer obesa con IMC >30 kg/mt² que consulto durante los meses de enero a agosto 2009, en Clínica de Nutrición y que resolvieron su embarazo en esta institución. Con la boleta de recolección de datos se tomo información del expediente acerca de que tipos de complicaciones se presentaron en ellas y sus productos.

Resultados: 52% de nuestro estudio fueron pacientes con obesidad tipo II. principales complicaciones presentadas a la madres fueron: Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensión Arterial, insuficiencia Venosa, hipotiroidismo, etc. Y las complicaciones presentadas en los fetos y neonatos fueron macrosomia, apgar < 7 puntos al minuto, distocia de hombros, entre otros.

Conclusión: la edad de las pacientes identificadas con obesidad el 70% se sitúa entre los 20 a 30 años, siendo la mayoría con obesidad tipo II observando que presentan complicaciones maternas 13% de ellas, siendo la principal vía de resolución la cesárea, teniendo aún así complicaciones perinatales. Por tal razón se recomendó crear un programa estricto de nutrición en toda mujer fértil y en estado de gravidez, además de tomar en cuenta de manera detallada el IMC en clínicas de bajo riesgo, continuando el monitoreo de alto riesgo y preparando al personal médico y paramédico para atender las posibles complicaciones que pueda presentarse en cualquier momento del embarazo, parto y posparto.

Palabras clave: embarazo, obesidad, complicaciones.

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente la obesidad crea problemas en todo tipo de pacientes sin embargo en la paciente embarazada durante este periodo presenta características especiales que hacen que las complicaciones sean perjudiciales para madre y feto-neonato, sin excepción el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Los recursos en nuestra institución, nos permitirían evitar la mayoría de las complicaciones presentadas en estos casos, evitando morbi-mortalidad para ambos, por lo que resulta imperdonable que continúe sucediendo dichos problemas.

Existe abundante información científica a nivel mundial y nacional acerca de esta patología y el embarazo, pero en nuestra institución actualmente no cuenta con esta información reciente, para poder establecer que problemática se nos está presentando, por tal razón se hizo este estudio para esclarecer las recomendaciones a las autoridades y así prevenir continúe dándose este problema.

Precisamente el objetivo de mi investigación fue determinar las principales complicaciones que se dan a nivel materno fetal secundarias a obesidad materna, detallando de forma individual tanto las complicaciones de la madre como del feto-neonato.

La estructura del trabajo fue diseñado para localizar a la mayoría de pacientes obesas quienes son nuestro objetivo de estudio, encontrando la mayoría de ellas en la clínica de nutrición, investigando en su expediente los datos necesarios para incluirlas dentro de nuestro estudio aplicando las normas en inclusión y exclusión, y evaluando las diferentes complicaciones materno y feto-neonatales. Clasificando y ordenando en una base de datos para luego ser analizadas. Dentro del estudio se muestra la metodología más detallada de cómo se realizó dicho trabajo.

Dentro de este estudio se muestran la presentación y discusión de los resultados obtenidos en el estudio, a partir de las descripciones estadísticas empleadas mediante, asociaciones y correlaciones existentes.

Por último se presentan las conclusiones y recomendaciones generales a partir de los objetivos planteados, los cuales nos permitirán ratificar nuestra postura sobre la importancia de identificar a las pacientes obesas y factores de riesgos para mejorar la atención de salud a estas pacientes en particular, y así evitar complicaciones prevenibles.

II. ANTECEDENTES

El embarazo es un estado natural en la vida de la mujer, sin embargo puede acompañarse de complicaciones, algunas veces asociadas por procesos inadecuados que pueden llevar a muerte materna o discapacidad.

En el mundo cada minuto que pasa ocurre una muerte materna, siendo alrededor de 500,000 a 600,000 muertes al año relacionadas al embarazo, parto, puerperio o problemas de salud que ya ha padecido la madre que pueden ser causa de la obesidad. El 99% de estas muertes se reportan en países en vías de desarrollo.

Uno de los aspectos relevantes del control prenatal es el diagnóstico, evaluación y manejo de la condición nutricional de la embarazada. Es conocido el hecho de que el peso materno pregestacional y su aumento durante el embarazo influyen directamente sobre el peso fetal. Es así como el bajo peso y la obesidad materna se relacionan con recién nacidos pequeños y grandes para la edad gestacional, respectivamente.

Un factor fundamental a tener en cuenta a la hora de planear quedar embarazada es el peso corporal. Es importante saber si se encuentra por encima o por debajo de su peso ideal.

El sobrepeso conlleva adversos problemas como son: dolores de pie, piernas, espalda, el corazón tiene que realizar mayor esfuerzo, pierde agilidad y es más propensa a caídas, los kilos de exceso no significan un bebé más grande y saludable, significa más problemas durante el parto y kilos demás en la madre después del parto

La obesidad y/o el sobrepeso también pueden tener su impacto en la fertilidad de una mujer. Con el exceso de peso, un aumento en los niveles de insulina puede provocar que los ovarios produzcan más hormonas masculinas e interrumpen la liberación de óvulos. La solución ideal es que su peso baje hasta alcanzar su rango de peso recomendado. Datos epidemiológicos han demostrado que el 6 % de las mujeres infértiles tiene sobrepeso. Más del 70 % de las mujeres infértiles por esta causa, pueden concebir espontáneamente si se someten a dietas adecuadas para normalizar su peso.

El parto es otro momento donde el sobrepeso complica la evolución normal de éste. La ganancia de peso exagerado durante el embarazo, aún en la paciente no obesa, va a dar lugar a partos complicados; se puede observar con frecuencia prolongación del tiempo de gestación, lo que ocasiona productos grandes (macrosómicos) con desproporción fetopélvica (mayor tamaño del producto en relación con la pelvis materna) lo cual aumentará en forma importante la posibilidad de terminar con una intervención quirúrgica (cesárea) con el riesgo añadido de que, debido al gran pániculo adiposo, existe poca tolerancia a la anestesia y dificultad respiratoria, entre otros.

Aparentemente, la obesidad también aumenta el riesgo de tener un parto prematuro (menos de 32 semanas) y muertes fetales tempranas o tardías cuando se trata de la primera gestación.

Ya que en Guatemala muchas mujeres en estado de gravidez desconocen la importancia de llevar un control adecuado del embarazo se ha planteado realizar un estudio prospectivo descriptivo sobre El resultado peri natal materno fetal de la embarazada con sobrepeso el cual se desarrollara con las pacientes que asistan a la consulta externa del Hospital de Gineco-Obstetricia, Pamplona del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el periodo comprendido de Enero---Agosto del año 2009.

La presente investigación pretende detectar en el Hospital de Ginecología y Obstetricia, los casos de aquellas mujeres consideradas como obesas. Se identificará en cada caso los factores prevenibles o no del proceso. Permitirá recomendar la implementación de sistemas de vigilancia del peso y la alimentación de la paciente.

Subir de peso durante el embarazo puede convertirse en una molestia no sólo desde un punto de vista estético, sino también puede llegar a ser un importante problema de salud.

Uno de los aspectos relevantes del control prenatal es el diagnóstico, evaluación y manejo de la condición nutricional de la embarazada. Es conocido el hecho de que el peso materno pregestacional y su aumento durante el embarazo influyen directamente sobre el peso fetal. Es así como el bajo peso y la obesidad materna se relaciona con recién nacidos pequeños y grandes para la edad gestacional, respectivamente.

Un factor fundamental a tener en cuenta a la hora de planear quedar embarazada es el peso corporal. Es importante saber si te encuentras por encima o por debajo de tu peso ideal.

En caso de encontrarte con sobrepeso el momento ideal para normalizarlo es antes del embarazo. Nunca se debe intentar hacer dieta durante el embarazo; cuando uno adelgaza se producen ciertas sustancias llamadas cuerpos cetónicos que atraviesan la placenta y son dañinos para el bebé.

Lo primero que hay que dejar claro es que engordar durante el embarazo es natural y se trata de una necesidad. Por otro lado, el peso que se gana durante el embarazo se distribuye entre el peso que gana el bebé, la placenta, los tejidos maternos y el líquido amniótico. El peso ganado permitirá un adecuado crecimiento del bebé. Por eso la mujer siempre tiene que ganar peso durante el embarazo.

El peso del bebé, el de la placenta, el del líquido amniótico, la lógica retención de líquidos y un necesario incremento de la grasa corporal son los factores que generan el aumento del peso de la embarazada durante la gestación.

Al final del embarazo ese aumento de peso es de aproximadamente el 20% del que se tenía antes del embarazo. Por encima de este incremento y si se trata de aumentos producidos por depósitos de grasa, podemos establecer que estamos ante un caso de sobrepeso que, si se incrementa notablemente, se convierte en obesidad.

Es importante precisar en que se debe tratar de incrementos de depósitos de grasa y no de excesos de retención de líquidos, que nada tienen que ver con sobrepeso u obesidad.

Toda embarazada debe saber que durante la gestación se produce una acumulación natural de grasa y que persiste aunque se controle la alimentación y que esa grasa va a tener un papel muy importante en el proceso de formación de la leche materna, por lo que sus efectos desaparecen al final de la lactancia.

No hay que exagerar, pues, con el control de la grasa. Tiene que haber la necesaria para todos los procesos que se desarrollan durante y después del embarazo.

Embarazada o no, el sobrepeso se adquiere por ingerir un exceso de calorías. Comer desordenadamente y en demasía conduce al sobrepeso y la obesidad.

Durante el embarazo se siente en muchas ocasiones un incremento del apetito y también se producen situaciones de ansiedad que se tiende a mitigar con la comida. Es fácil caer en una rutina de incremento del consumo de alimentos y de un tipo no siempre recomendable para la buena salud.

→En una mujer sana no hay otras causas que generen sobrepeso que los excesos en la comida.

→En mujeres con trastornos diabéticos hay riesgo de que durante el embarazo se produzca un incremento del peso y esa circunstancia debe estar siempre en conocimiento del médico desde los primeros momentos del embarazo.

El sobrepeso conlleva adversos problemas como son: dolores de pie, piernas, espalda, el corazón tiene que realizar mayor esfuerzo, pierde agilidad y es mas propensa a caídas, los kilos de exceso no significan un bebé más grande y saludable, significa más problemas durante el parto y kilos demás en la madre después del parto.

El aumento total de peso durante el embarazo se considera que debe ser 10 Kg. a 12 Kg. Distribuidos más o menos en la siguiente forma:

Peso del bebé 3,500 Kg.
Peso de la placenta 0,500 Kg.
Peso del líquido amniótico 1,000 Kg.
Peso de tejidos uterinos 1,000 Kg.
Peso de tejido mamario 1,000 Kg.
Peso de agua y grasa retenida 3,000 Kg.
TOTAL 10,000 Kg.

La alimentación durante el embarazo constituye un factor de vital importancia para la correcta formación y crecimiento del bebé. Numerosos estudios demuestran la relación existente entre la alimentación materna durante la gestación y la salud y crecimiento de su niño.

Especial relación existe entre la dieta materna y el desarrollo neurológico, por ejemplo: se conoce que una alimentación deficiente en ácido fólico puede ocasionar defectos en la médula espinal. Además, está demostrado que la alimentación también se relaciona con el curso del embarazo, por ejemplo: una alimentación inadecuada puede ocasionar complicaciones como anemia y/o pre eclampsia durante el embarazo y muchos de los desagradables síntomas que se pueden sufrir durante la gestación tales como fatiga, estreñimiento o calambres, pudieran minimizarse con una dieta adecuada.

Las mujeres que inician el embarazo con sobrepeso, o las que ganan demasiado durante el embarazo, se exponen a varios riesgos:

- Las mujeres embarazadas obesas tienen un riesgo incrementado de padecer diabetes gestacional, bebés grandes, defectos en el "tubo neural", preeclampsia, e inducción al parto.
- Por el contrario, las deficiencias nutricionales de la madre sumadas al bajo peso al nacer del bebé, son a nivel mundial la causa más importante de muerte infantil, en niños menores de 5 años.

La palabra "obesidad" generalmente se asocia con hipertensión, diabetes y enfermedades del corazón, pero pocas personas están enteradas del impacto del peso corporal sobre la fertilidad.

La obesidad o el sobrepeso también pueden tener su impacto en la fertilidad de una mujer. Con el exceso de peso, un aumento en los niveles de insulina puede provocar que los ovarios produzcan más hormonas masculinas e interrumpan la liberación de óvulos. La solución ideal es que su peso baje hasta alcanzar su rango de peso recomendado. Datos epidemiológicos han demostrado que el 6 % de las mujeres infértiles tiene sobrepeso. Más del 70 % de las mujeres infértiles por esta causa, pueden concebir espontáneamente si se someten a dietas adecuadas para normalizar su peso.

Consecuencias en la fertilidad por la obesidad

- Ciclos menstruales irregulares o infrecuentes
- Aumento en la tasa de infertilidad
- Riesgo durante la cirugía reproductiva
- Menor éxito con los tratamientos de fertilidad

Si antes de embarazarse se llevas un exceso de peso o es obesa, los riesgos potenciales de complicaciones durante el embarazo son los siguientes:

Para la Madre:

- Preeclamsia.- Algunos investigadores han concluido que la obesidad materna antes del embarazo es un factor condicionante de preeclampsia .
- Diabetes Gestacional.- La mujer obesa tiene un riesgo aumentado de padecer diabetes durante el embarazo.

- Cesárea: El trabajo de parto se hace más lento y prolongado, por lo que casi siempre es necesaria la cesárea.
- Infecciones Post-Parto: La obesidad durante el embarazo, hace que la mujer este más vulnerable, la recuperación es más difícil y más lenta y si se realizó una cesárea, puede desarrollar infecciones después del parto.

Para el Bebé.-

- Macrosomía: Dentro de los factores asociados a este problema se señalan la mayor edad de la madre, obesidad materna antes del embarazo, resistencia a la insulina y el incremento en la incidencia de diabetes gestacional
- Defectos del Tubo Neural.- Los bebés nacidos de madres obesas, corren un riesgo más alto de presentar defectos muy severos del tubo neural, se piensa que puede ser debido a la deficiencia de nutrientes. Además, en las mujeres obesas las ondas del ultrasonido tienen dificultad para traspasar las capas de tejido graso y las imágenes resultan muy borrosas. Por lo tanto, los defectos del tubo neural en estos bebés, no siempre se pueden detectar.
- Una niñez con obesidad.- Las investigaciones han demostrado que los bebés nacidos de madres obesas tienen un riesgo aumentado de tener un sobrepeso a los 7 años de edad. Un estudio de la Universidad de Ohio publicado en la revista Pediatrics dice: "La evidencia sugiere que el desarrollo de la obesidad en adolescentes y adultos puede estar relacionado con una programación nutricional que se produce en un estadio muy temprano de la vida", explican los autores en el estudio.

El parto es otro momento donde el sobrepeso complica la evolución normal de éste. La ganancia de peso exagerado durante el embarazo, aún en la paciente no obesa, va a dar lugar a partos complicados; se puede observar con frecuencia prolongación del tiempo de gestación, lo que ocasiona productos grandes (macrosómicos) con desproporción fetopélvica (mayor tamaño del producto en relación con la pelvis materna) lo cual aumentará en forma importante la posibilidad de terminar con una intervención quirúrgica (cesárea) con el riesgo añadido de que, debido al gran panículo adiposo, existe poca tolerancia a la anestesia y dificultad respiratoria, entre otros.

Aparentemente, la obesidad también aumenta el riesgo de tener un parto prematuro (menos de 32 semanas) y muertes fetales tempranas o tardías cuando se trata de la primera gestación.

La elección de la técnica anestésica en la paciente embarazada obesa o mórbidamente obesa está influenciada por múltiples factores. La analgesia epidural es la elección obvia para el trabajo de parto y la analgesia epidural lumbar es, en muchos casos, una elección excelente para el parto vaginal o la operación cesárea, pero no está exenta de algunos inconvenientes en la paciente obstétrica obesa.

Importancia de la alimentación en una embarazada obesa.

Durante la gestación, todas las embarazadas deben realizar un control estricto de la ganancia de peso. Generalmente para la paciente no obesa se recomienda un consumo extra de 300 calorías y la ganancia de peso en total durante todo el embarazo debe ser de 9 a 11 kilogramos. En la paciente embarazada, se deberá administrar una dieta adecuada y cabe destacar que las dietas de reducción importante de peso están totalmente contraindicadas, ya que pueden ocasionar problemas en la madre como: descalcificación, anemia y problemas en el riñón que pueden afectar la presión arterial, entre otros.

Hay una fuerte relación entre ganancia excesiva de peso en el embarazo y obesidad posparto. El aumento del apetito que generalmente se produce durante el embarazo, contribuye aún más al sobrepeso o puede también ser su generador y como el aumento del apetito persiste luego del parto, no es raro que el aumento de peso se produzca después de embarazos sucesivos. Acompañando a este cuadro pueden aparecer hipertensión arterial, várices y dificultad para respirar. Además, esto ocurre con más frecuencia en los embarazos tardíos y en mujeres de mayor edad.

Estudios avalan riesgos del sobrepeso

-Según investigadores escandinavos la menor incidencia de complicaciones durante el embarazo se dio en el grupo de mujeres con el aumento de peso recomendado. El engordar mucho puede incrementar el riesgo de diabetes gravídica, preeclampsia y dificultades durante el parto. Las normas presentes establecidas por el Instituto de Medicina indican que las mujeres en Estados Unidos deberían engordar un promedio

de 11,5 kilos a 16 kilos durante el embarazo. En el estudio las mujeres que aumentaron el peso recomendado por el Instituto de Medicina tuvieron menos complicaciones durante el parto y el embarazo que las que engordaron más de 20 kg, durante el período de gestación. De hecho, observaron que a medida que una mujer engordaba más que el peso recomendado, su riesgo comenzaba a aumentar gradualmente.

-Una investigación publicada por "InterScience" sentenció que en comparación con mujeres de peso normal, las que tienen un índice de masa corporal igual o superior a 30, duplican la posibilidad de tener un embarazo con problemas. Y no importa si hay sobrepeso con anterioridad al embarazo o si se engorda durante la gestación. Los problemas, existen en ambos casos. Anomalías congénitas al sistema nervioso central, corazón, riñón y cara, incluso mayor riesgo de muerte fetal pueden afectar al niño. La mamá con sobrepeso también tendría más riesgos de enfermedades asociadas como diabetes gestacional e hipertensión del embarazo.

- Defectos de nacimiento, parto prematuro y otros problemas graves de la salud en las guaguas al nacer están relacionados con los crecientes índices de obesidad entre las mujeres en edad de procrear, según un estudio, perteneciente a la Universidad de Columbia en Nueva York. Para las madres, existen serias complicaciones, como la diabetes gestacional y una presión sanguínea peligrosamente elevada. Y para las guaguas, existen riesgos como el nacimiento prematuro, defectos serios de nacimiento y otros graves problemas, afirman los investigadores.

Un trabajo holandés ha demostrado que el sobrepeso o la obesidad reducen hasta un 43% las posibilidades de concebir un hijo de forma natural.

Se trata del primer estudio realizado con parejas con problemas de fertilidad que no tenían ningún problema aparente para lograr un embarazo, cuyas mujeres ovulaban con normalidad y en las que los hombres tenían un seminograma normal. Las 3.000 díadas participantes llevaban un año o más tratando de concebir cuando fueron reclutadas.

La investigación, cuyos resultados aparecen en el último número de la revista 'Human Reproducción', se centró en la relación entre el índice de masa corporal (IMC) -la relación entre la altura y el peso- de ellas y las posibilidades de concebir. Tal y como

sospechaban los autores, “la obesidad es un importante factor de riesgo para lograr un embarazo”.

Por cada punto que aumenta el IMC, la probabilidad de concepción se redujo un 5%, aproximadamente. Por cada año que envejece una mujer, se produce una disminución similar, lo que da una idea de las dimensiones del problema.

“El estudio nos muestra que las mujeres obesas con ciclos regulares, al igual que aquellas que no ovulan, tienen menos opciones de concebir. Dada la creciente prevalencia de la obesidad, este es un hallazgo preocupante”, señala Jan Willem van der Steeg, autor principal del trabajo.

En mujeres con un IMC de 35 (a partir de 30 se considera obesidad) las probabilidades de lograr un embarazo espontáneo eran un 26% inferiores a las de aquellas con IMC entre 21 y 29. Si este índice alcanzaba los 40, las opciones caían un 43%.

La leptina, una hormona segregada principalmente por los adipocitos, las células grasas, regula la ingesta y gasto de energía, el apetito y el metabolismo. Aunque se trata sólo de una hipótesis, los investigadores creen que esta molécula podría estar relacionada con la infertilidad.

“Es posible que las mujeres obesas tengan alteraciones hormonales que afecten negativamente a las posibilidades de tener una fertilización e implantación correctas”, apunta van der Steeg. Esta hormona, que aumenta a medida que crece la grasa corporal, podría intervenir de algún modo en la producción de esteroides en los ovarios.

A la luz de estos resultados, van der Steeg y su equipo consideran que aquellas mujeres con exceso de peso deberían ser alertadas de los riesgos que comporta, no sólo de los descubiertos en su investigación, que tendrán que ser corroborados por otros estudios, sino del aumento de las complicaciones obstétricas durante el embarazo y el parto que acompaña a las féminas orondas.

Restricción energético-proteica para el sobrepeso o para la ganancia excesiva de peso durante el embarazo.

Existe una revisión en base a tres investigaciones clínicas aleatorizadas, cuyo objetivo fue evaluar los efectos de prescribir dietas de baja energía a mujeres embarazadas con sobrepeso o a aquellas con ganancia excesiva de peso temprana en la gestación , sobre la subsecuente ganancia de peso, desarrollo de pre-eclampsia y otros resultados del embarazo.

Se vio que la restricción energético-proteica condujo a una significativa reducción en la ganancia materna de peso semanal y en el peso del recién nacido, pero no hubo claros efectos sobre la hipertensión inducida por el embarazo o preeclampsia. Otros resultados, incluyendo mortalidad fetal/infantil y otras medidas de morbilidad materna (por ejemplo, cesárea), o estado nutricional a largo plazo, no fueron reportados.

Se concluye de esta revisión que la restricción energético-proteica a mujeres embarazadas con sobrepeso o que tienen una ganancia excesiva de peso durante el embarazo, es improbable que sea beneficiosa y puede ser riesgosa para el desarrollo y crecimiento fetal.

Los efectos

Hasta hace relativamente pocos años existía una tendencia a la dramatización de las situaciones de sobrepeso en el embarazo.

Se asociaban a complicaciones en el momento del parto, predisposición a situaciones de hipertensión arterial o a preeclampsia.

Hoy día la práctica médica ha desechado estos riesgos y el sobrepeso en el embarazo no está asociado a ningún riesgo específico.

Hay estudios que relacionan la gestación de bebés de peso alto en madres con sobrepeso con una mayor predisposición al parto por cesárea.

Ciertamente, una embarazada con sobrepeso está más expuesta que una en su peso a sufrir dolores de espalda, calambres, fatiga, problemas de sueño, etc., pero son los mismos problemas que tiene una no embarazada con sobrepeso u obesidad.

Nada de ello influye en problemas específicos que compliquen el desarrollo del bebé.

Si el embarazo de por sí genera todo tipo de molestias a una embarazada con un peso normal, en una obesa esas molestias se multiplican notablemente.

Una embarazada con sobrepeso es más difícil de examinar ginecológicamente y si hay que recurrir a una cesárea la operación es más laboriosa que en una embarazada con peso normal.

En realidad, los efectos del sobrepeso en el embarazo se notan después del parto. Si no se controla la situación hay muchas probabilidades de que el sobrepeso se mantenga y se convierta en crónico y si se suceden varios embarazos en esta situación se puede llegar a un cuadro de obesidad médicamente preocupante.

El tratamiento

El embarazo no es el momento para ponerse a dieta.

Así de claro hay que tenerlo. Una disminución de los aportes de elementos nutritivos básicos puede poner en peligro el desarrollo del bebé.

La clave está en la alimentación sana y equilibrada, en la ingesta de los nutrientes necesarios en la cantidad necesaria para afrontar el desarrollo del bebé y no salirse de esas reglas.

Si ya había sobrepeso antes del embarazo lo adecuado es seguir las pautas normales de alimentación que para una embarazada no obesa.

Si cuidas tu peso se verá reflejado en la salud de tu bebé a largo plazo.

Actualmente, uno de los problemas que más preocupa a las familias es la obesidad, los países desarrollados están sufriendo una epidemia donde por supuesto, las mujeres embarazadas no están exentas.

La idea de que una mujer embarazada debe de comer por dos es tiempo pasado. La realidad es que si se comienza un embarazo con sobrepeso o se adquiere en el transcurso de esta etapa, se aumenta la probabilidad de riesgos para el bebé y para la mamá. Hoy sabemos que si se cuida el peso durante el embarazo éste se verá reflejado en la salud del niño a largo plazo.

El ¿cuántos kilos subir? depende del peso que tenga una mujer al entrar en el embarazo y tu médico es quien debe establecer cuántos kilos son recomendables ganar; aunque por lo regular se recomienda aumentar de 7 a 11 kilos, los necesarios para contribuir a la ganancia ponderal del bebé. No obstante, en la paciente con sobrepeso y principalmente en la obesa no se acepta el mismo aumento de peso que en la embarazada que no presenta este problema.

Vigilar tu peso es vital, especialmente después de las 20 semanas de embarazo, donde se debe estar atenta por si se presenta un aumento repentino de peso, porque si va acompañado de hinchazón en pies, manos y rostro puedes desarrollar lo que se llama preeclampsia, es decir, presión arterial elevada por el embarazo.

Pero esa hinchazón no solo puede ser causa de este padecimiento, también puede ser una retención moderada de líquidos, el cual es una consecuencia normal del embarazo. Antes se recomendaba la restricción en el uso de la sal, pero cuando la retención es moderada, no se debe tratar con dietas bajas en sodio.

Por tanto, si bien la moderación en el consumo de sal y otros alimentos ricos en sodio es una recomendación apropiada para todas las etapas de la vida, la restricción radical no es conveniente durante el embarazo. De hecho, hay estudios que tratan sobre la hiponatremia neonatal, niveles bajos de sodio en sangre, que se ha observado en recién nacidos de mujeres que precisamente se restringen indebidamente el consumo de sal en el embarazo.

En todo caso es recomendable que no dejes de visitar a tu médico, y que estés enterada de cómo va tu peso mes a mes, ya que del cuidado y atención que tengas durante el embarazo, también dependerá la salud de tu bebé.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- 3.1.1** Identificar a las pacientes de Consulta Externa del hospital de gineco obstetricia del instituto guatemalteco de seguridad social que tienen sobrepeso y obesidad.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.2.1** Determinar la prevalencia de obesidad de las pacientes que acuden a consulta externa.
- 3.2.2.** Identificar los factores de riesgo en pacientes embarazadas con obesidad
- 3.2.3.** Conocer las consecuencias del sobrepeso en mujeres embarazadas.
- 3.2.4.** Identificar la vía de resolución más común en estas pacientes.
- 3.2.5.** Evaluar el resultado perinatal basado en el peso fetal, apgar, asfixia fetal, distocias de hombros, etc.

IV MATERIAL Y METODO

4.1. Diseño del estudio

Tipo de Estudio

Estudio retrospectivo descriptivo transversal en pacientes embarazadas con sobrepeso y obesidad que asistan a la consulta de alto riesgo y nutrición del instituto guatemalteco de seguridad social pamplona en el periodo de Enero a Agosto del año 2009.

Unidad de Análisis

Individuo: todas las mujeres atendidas en el hospital de Ginecología y Obstetricia de Pamplona que tengan índice de masa corporal del rango mayor de 30kg/m²

4.2. Población y Muestra

Se estudio de forma retrospectiva a las pacientes atendidas en el hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.). Específicamente en la clínica de **alto riesgo y nutrición** tomando en cuenta todas las pacientes.

La población total fue el número de pacientes con sobrepeso y obesidad específicamente todas aquellas con IMC > 30Kg.mt². atendidas en dichas clínicas en el año 2,008

4.3. Criterios de Inclusión

Pacientes afiliadas y beneficiaras al seguro social

Pacientes embarazadas con diagnostico de obesidad

Pacientes que asisten a la clínica de alto riesgo y nutricion

Pacientes que presentaron complicaciones materno-fetales durante el embarazo y además obesidad.

Pacientes atendidas durante el año 2008

4.4. Criterios de Exclusión

Pacientes embarazadas que no estén en la clínica de alto riesgo

Pacientes que no correspondieron al periodo de tiempo establecido

Expediente que presenten información incompleta.

Pacientes con control prenatal extrahospitalario

Pacientes con atención del parto extrahospitalario

4.5. Variables de estudio

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
EDAD	Cada uno de los periodos en que se considera divide la vida humana	Tiempo que ha vivido una persona según expediente del paciente	Cuantitativo	Pacientes en edad fértil
PESO	Fuerza ejercida sobre un cuerpo por la gravedad de la tierra	Medición dada en Kilogramos	Cuantitativo	Kilogramos
EMBARAZO	Estado de la mujer que corresponde desde la fecundación del ovulo hasta el parto	Subunidad beta	cualitativo	Si embarazo o no embarazo
OBESIDAD	Acumulación de grasa que rebasa el biotipo normal, debido a la ingestión calórica que sobrepasa los	Muestran un índice de masa corporal mayor de 30Kg/mt	Cuantitativa	Peso en kilogramos y la talla en m.

	requerimientos energéticos del organismo.			
VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO	Tipo de parto que se lleva a cabo según la indicación	Vaginal o cesárea	Cualitativa	Parto por cesárea o parto vía vaginal
TALLA	Medición de la longitud de la persona	Centímetros metros	Cuantitativa	Talla en metros
INDICE DE MASA CORPORAL	Relación del peso y la talla en una persona determinada	Kg/m ²	Cuantitativa	Es la relación del peso en kg con la talla en metros al cuadrado
SOBREPESO	condición de poseer más grasa corporal de la que se considera saludable en relación con la estatura	Muestra un índice de masa corporal entre 25 y 30Kg/mt	cuantitativa	Peso en kilogramos y la talla en m.
RESULTADO PERINATAL	Estado de bienestar fetal durante y después de el embarazo	Valores de apgar al minuto y a los cinco minutos y el peso fetal obtenido de expediente clínico	cuantitativa	Apgar, peso fetal

4.6. Técnica de recolección de datos.

El estudio nos dio información acerca de los problemas que corre la madre y el feto y evaluó la vía de resolución más común en este tipo de pacientes.

Se evaluaron los expedientes clínicos en el hospital de ginecología y obstetricia del seguro social pamplona de pacientes embarazadas diagnosticadas con obesidad y que son vistas en la clínica de alto riesgo y nutrición.

En base a los expedientes clínicos se lleno una boleta de recolección, con los datos correspondientes, para lo cual se elaboro un instrumento especifico en donde se incluyeron todas las variables en estudio y que se pudo aplicar al expediente de cada paciente incluida en la investigación.

4.7. Aspectos Éticos

La información de las pacientes estudiadas fue confidencial y la divulgación de los resultados se realizo de manera general, sin especificar identificación de las pacientes.

4.8. Plan de Tabulación y Análisis

Para realizar el análisis de los resultados se utilizo la comparación de variables mediante el uso de tablas cruzadas.

Se empleo el procesador de texto de "Microsoft Word" de Windows 2007 y el graficador "Microsoft Excel ". Todos los resultados se mostraron en tablas expresados en porcentaje.

V RESULTADOS

Tabla No. 1

Intervalos de edad de pacientes vistas en clínica de nutrición del hospital de gineco
obstericia IGSS por sobrepeso y obesidad de enero a agosto de 2,009

Intervalos de edad	No. pacientes	%
20-25	52	35
26-30	52	35
31-35	26	17
35-40	20	13
TOTAL	150	100

MEDIA: 27 anos

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla No. 2

Vía de resolución del parto de pacientes con sobrepeso y obesidad en el hospital de
gineco obstetricia IGSS de enero - agosto 2,009

Terminación embarazo	No. Pacientes	%
PES	56	37
CSTP	91	61
PDS	3	2
TOTAL	150	100%

PES: parto eutosico simple

CSTP: cesárea

PDS: parto distosico simple

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla No. 3

IMC en pacientes vistas en la clínica de nutrición del hospital de gineco obstetricia
IGSS de enero a agosto de 2009

Categoría	No. pacientes	%
SOBREPESO	13	9
OBESIDAD I	26	17
OBESIDAD II	78	52
OBESIDAD III	33	22
TOTAL	150	100%

IMC: índice de masa corporal

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla No.4

Ganancia de peso que se obtuvo antes de resolución del embarazo en kilogramos en
las pacientes vistas en la clínica de nutrición del hospital de gineco obstetricia IGSS
por sobrepeso y obesidad de enero a agosto de 2,009

ganancia	No. pacientes	%
1-7 kg.	73	49
7-14kg.	57	38
15-21kg.	14	9
22-29kg.	6	4
TOTAL	150	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla No.5

Enfermedades de base en las pacientes vistas en la clínica de alto riesgo y nutrición del hospital de gineco obstetricia IGSS por obesidad y sobrepeso de enero a agosto de 2,009

enfermedad materna	No. Pacientes	%
SAAF	2	10
HTA CRONICA	6	30
DMII	6	30
IVS	4	20
HIPOTIROIDISMO	2	10
TOTAL	20	100

SAAF: síndrome anticuerpos antifosfolipidos

HTA: hipertensión arterial

DM: diabetes mellitus

IVS: insuficiencia venosa superficial

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla No.6

Paridad de pacientes con sobrepeso y obesidad vistas en la clínica de alto riesgo y nutrición del hospital de gineco obstetricia IGSS durante el periodo de enero a agosto de 2,009

paridad	No. pacientes	%
PRIMIGESTAS	45	30%
2 O MAS GESTAS	105	70%
TOTAL	150	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla No.7

Complicaciones maternas en pacientes vistas en clínica de alto riesgo y nutrición del hospital de gineco obstetricia IGSS por sobrepeso y obesidad en el periodo de enero a agosto de 2,009

Complicaciones maternas	No. pacientes	%
DIABETES GESTACIONAL	15	10
PRECLAMPSIA	17	11
HTA GESTACIONAL	10	7
RASGADURA GII	2	1
TOTAL	44	29%

HTA: hipertensión arterial

N=150 ($44 \times 100 / 150 = 29\%$)

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla No.8

Complicaciones feto-neonatales en pacientes vistas en clínica de alto riesgo y nutrición del hospital de gineco obstetricia IGSS por sobrepeso y obesidad en el periodo de enero a agosto de 2,009

Complicaciones feto-neonatales	No. pacientes	%
MACROSOMIA	10	7
DISTOCIA DE HOMBROS	2	1
APGAR < DE 7PTS	5	3
ASFIXIA FETAL	2	1
TOTAL	19	12%

N=150 ($19 \times 100 / 150 = 12\%$)

Fuente: instrumento de recolección de datos

VI DISCUSION Y ANALISIS

La edad de las pacientes identificadas con obesidad se sitúa entre los 20 a 30 años en su mayoría (70%).

Únicamente un 30% fueron primigestas.

En cuanto la vía de resolución del embarazo la principal vía fue por cesárea en un 61%, en segundo lugar partos eutócicos simples con un 37%, y se presentó en 2% partos distócicos simples.

La ganancia de peso al final del embarazo se encontró dentro de 1 a 7 kilogramos en mayor porcentaje 49%, seguido por un 38% de pacientes que ganó de 7-14 kilogramos, y el 13% ganó más de 15kilogramos.

Según el índice de masa corporal al final del embarazo se presentaron mayormente pacientes con obesidad tipo II, es decir con un IMC entre 35-39.9, siendo en total 78 pacientes las identificadas correspondiendo al 52% del total; a continuación se identifico en mayor medida pacientes con obesidad tipo I con un IMC entre 30-34.9, 33 pacientes(22%); con obesidad tipo III o IMC >40 se identificaron 26 pacientes(17%), y en menor medida se identificaron pacientes únicamente con sobrepeso correspondiendo a 13 pacientes (9%).

En el 13% de las pacientes se identificó enfermedades de base, la de mayor presentación fue diabetes mellitus tipo II(6) y en segundo lugar pacientes con hipertensión crónica(5); siendo las anteriores enfermedades que se correlacionan directamente con la presencia de sobrepeso u obesidad.

El 87% de las pacientes no presentaron ninguna enfermedad de base.

Las principales complicaciones maternas en pacientes con sobrepeso y obesidad fueron preeclampsia 11% y diabetes gestacional 15%, también se identificó pacientes con hipertensión transitoria 7% y únicamente el 1% presentaron rasgadura grado III.

El 29% de los embarazos de mujeres con obesidad y sobrepeso presentaron complicaciones maternas.

Se identificó un 12% de complicaciones fetales, la principal complicación asociada a las pacientes con obesidad y sobrepeso fue la macrosomía (7%), otras complicaciones fueron apgar menor de 7 al minuto de nacimiento (3%), distocia de hombros y asfixia fetal (1%).

6.1. CONCLUSIONES

6.1.1. Existe dentro de la mayoría de pacientes una obesidad grado II lo que está relacionado con mayor morbilidad para la paciente no solo durante el embarazo además muchas de las pacientes con problemas de obesidad pasan desapercibidas es decir no son enviadas a la clínica correspondiente y otras que si pasan no acuden a sus citas de manera constante ya que muchas de ellas tenían una o dos citas únicamente.

6.1.2. Se observó que al final del embarazo las señoras aumentaban el doble de su peso, lo que creaba una descompensación en las enfermedades de base.

6.1.3. También se observó que la vía más común de resolución fue la cesárea la primera de las causas fue desproporción cefalopelvica y la segunda fue macrosomia, esto como consecuencia trae más morbilidad a estas pacientes por el riesgo de las mismas a una infección del sitio de la herida operatoria y dehiscencias de las mismas.

6.1.4. Las principales enfermedades de base observadas en estas pacientes son Diabetes mellitus tipo II e Hipertensión crónica claramente asociadas estas dos según la bibliografía con la obesidad; y justamente las complicaciones maternas mas observadas son preclampsia y Diabetes mellitus gestacional patologías cuya fisiopatología se ve relacionada con pacientes con sobrepeso y obesidad.

6.1.5. A nivel fetal la más frecuente complicación fue macrosomia dado que está íntimamente relacionada con diabetes mellitus tipo II y diabetes mellitus gestacional por lo tanto concluyo que la obesidad es un factor de riesgo de padecer alguna patología, exacerbar otra en el conjunto materno fetal.

6.1.6. La prevalencia de embarazadas con sobrepeso y obesidad es de 15%.

6.2. RECOMEDACIONES

6.2.1. Ante los resultados citados anteriormente creo necesario el control nutricional en toda mujer en edad fértil, para lo cual sería de utilidad implementar programas rígidos nutricionales en dichas mujeres en las instituciones de salud, para que en el momento del embarazo la paciente ya haya logrado un peso ideal y así disminuir la incidencia de pacientes con sobrepeso y obesidad en el embarazo, ya que en este momento será de más difícil manejo y se presentaran complicaciones que no sólo afectaran a la madre, sino también al feto.

6.2.2. En toda clínica de control prenatal de bajo riesgo se debe tomar en cuenta el índice de masa corporal de la paciente desde su primera cita, para identificar a las pacientes que se encuentren en sobrepeso y obesidad, como también pacientes que se encuentran en riesgo de llegar a sobrepeso, brindándoles plan educacional nutricional a tiempo, la cual evite llegar a rangos mayores de índice de masa corporal.

6.2.3. Control periódico de presión arterial y glicemias en las pacientes con sobrepeso y obesidad, tomando en cuenta que estas patologías se asocian más a pacientes con índices de masa corporal que las clasifican en sobrepeso u obesidad.

VII. REVISION BIBLIOGRAFICA

1. Cunningham Mc Donald. Obstetricia Williams. 21 Edición. Mexico: Editorial Panamericana; 2000. cap.50.
2. Academia Nacional de Medicina, Caracas, Venezuela. Boletín ANM. Faneite P. Julio 2010. Año 2, N° 19. II-152.
3. Gabbe S. Et. Al. Obstetricia. 1ra ed. España: Editorial Marbán; 2007.cap.18
4. Gleisher N. Tratado de las Complicaciones Clínicas del Embarazo. 3ra Edición. Editorial Panamericana; Cap. 37
5. Guasch E. Analgesia epidural para parto en la gestante obesa. Revistas Sociedad Española del Dolor 2006 julio.; 13 (7): 456.
6. Hernández J. Embarazo posterior a cirugía bariátrica y complicaciones materno-fetales. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2008 Julio: 59(3): 216-222 4.
7. Hibbard, J. U., et. al. "Trial of Labor or Repeat Cesarean Delivery in Women With Morbid Obesity and Previous Cesarean Delivery.." Obstet Gynecol 108: 125-133
8. Organización panamericana de la salud. Guía clínica de manejo de pacientes con obesidad y embarazo en Guatemala 2007.
9. Owualla M. Obesidad y Embarazo, revista pediatrics agosto 2006
10. Puello E. Obesidad materna está asociada con una mayor mortalidad infantil, 2007.
11. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Guidelines for obesity and pregnancy: No. 155. J Obstet Gynaecol Can. 2005; 27:164-74.
12. Salinas P. et.al. Rev. Chilena, Obstetricia y Ginecología Cirugía bariátrica y embarazo 2006; 71(5): 357-363.
13. Sobrepeso y obesidad, riesgo de complicaciones durante el embarazo, (referido en 2008 julio 1): revista colombiana pbstetricia y ginecologia
14. Tamara E. et.al. Efectos a corto y largo plazo de la obesidad durante el embarazo. 2007.
15. Valenzuela S. Obesidad Mórbida. El Periódico Guatemala 2007, sept. 17.
16. Villela A. Obesidad, Epidemia Mundial. El Periódico Guatemala 2004 agosto 26.
17. Wigil P. Obstetricia Complicaciones del Embarazo, Obesidad y Embarazo. distribuidora editorial; 2008. Cap. 16.

VIII.ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS
RESULTADO PERINATAL MATERNO FETAL DE EMBARAZADAS CON
SOBREPESO EN CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO
GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL PAMPLONA
DE ENERO- AGOSTO DEL 2009

EDAD: _____ AFILIACION: _____ FECHA DE
PARTO _____
PARIDAD: G _____ P _____ A _____ C _____

VIA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO
PES _____

CSTP _____

PESO AL INICIO EMBARAZO _____ Kg.
TALLA: _____ METROS
PESO AL FINAL EMBARAZO _____ kg. GANANCIA TOTAL
_____ Kg.
IMC: _____ Kg/mt²

Enfermedades de base:

Clasificación de obesidad marque en cual cae la paciente según el IMC

Sobrepeso	25.0 - 29.9	↓
Obesidad clase I	30.0 - 34.9	
Obesidad clase II	35.0 - 39.9	
Obesidad clase III	>40.0	

COMPLICACIONES MATERNAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

COMPLICACIONES FETALES

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

PERMISO PARA REPRODUCCION

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “**Resultado perinatal materno fetal de embarazadas con sobrepeso y obesidad**” Para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos del autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial