



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE OBSTETRICIA

TESIS

Previo la Obtención del Título de

OBSTETRA

TEMA:

**TRAUMA OBSTÉTRICO EN LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO - OBSTETRICO
ENRIQUE C. SOTOMAYOR DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL
2013**

AUTOR:

MARCIA JUDITH GUAMÁN GUSQUI

TUTOR:

OBST. ADRIANA INTRIAGO R.

GUAYAQUIL – ECUADOR

2013



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA
AUTORIA DE TESIS

Esta tesis cuya autoría corresponde a la Srta. Marcia Judith Guamán Gusqui ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el tribunal examinador de Grado Nominado por la Escuela de Obstetricia como requisito parcial para optar el Título de OBSTETRA.

DR. ECUADOR MONTENEGRO M. MSC.

OBST. BERTHA MUÑOZ CRUZ

CERTIFICACION DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TITULO DE OBSTETRA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO LA TESIS DE GRADO PRESENTADA POR LA SRTA MARCIA JUDITH GUAMAN GUSQUI CON C.I # 0926605379.

CUYO TEMA DE TESIS ES:

PREVALENCIA DEL TRAUMA OBSTÉTRICO EN LA ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE C SOTOMAYOR DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE LA TESIS, SE APROBO EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO.

OBST. ADRIANA INTRIAGO R.

TUTORA

REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: TRAUMA OBSTETRICO EN LA ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS.

AUTOR/ES:
MARCIA GUAMAN GUSQUI

REVISORES:
OBST: ADRIANA INTRIAGO ROSADO.

INSTITUCIÓN:
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD:
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA: OBSTETRICIA

FECHA DE PUBLICACIÓN:

N. DE PAGS: 48

ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD

PALABRAS CLAVE: Trauma Obstétrico Factores de Riesgo Lesiones al Nacimiento

RESUMEN: Se define como trauma obstétrico a las lesiones causadas por las fuerzas mecánicas que actúan durante el proceso del trabajo de parto, o por agentes externo, como la tracción y manipulación en el paso del feto por el canal vaginal y durante su extracción, causando secuelas duraderas o permanentes en la madre o en el recién nacido. Existen factores de riesgos maternos y fetales asociados con los traumas obstétricos producidos en el momento del trabajo de parto que el profesional de salud debe detectar a tiempo para prevenir este problema de salud. El objetivo principal de este estudio fue determinar los traumas obstétricos en la atención del trabajo de parto en pacientes atendidas en el hospital Gineco - obstétrico Enrique C Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013, identificando los factores de riesgos en una muestra de 50 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión obteniendo los datos estadísticos mediante un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo y analítico, de lo cual se obtuvieron los siguientes resultados: el 30% tienen complicaciones o traumas en el parto, la frecuencia más alta del trauma obstétrico se dio en el desgarro perineal con el 52%; teniendo como riesgo asociado el peso del recién nacido el 56% se encuentran entre 2.501 a 3.500 gr que fue el porcentaje más alto.

N. DE REGISTRO (en base de datos):

N. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI

NO

CONTACTO CON AUTORES/ES:

Teléfono:
0959765055

E-mail:
maryu-86@hotmail.com

CONTACTO EN LA INSTITUCION:

Nombre: Escuela de Obstetricia

Teléfono:2-288133

E-mail:

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada con mucho amor, respeto a Dios y a mis padres; señor Juan José Guamán, y señora María Andrea Gusqui, quienes me brindaron su apoyo económico para iniciar mi carrera, para cumplir con mis sueños, metas. A mis hermanos ING. Rodolfo, Julio, Wilmer. Quienes me brindaron su apoyo para seguir adelante, para que pueda cumplir mi meta. A mi hija Analia que soporto mis horas de ausencia A mi esposo Vinicio Aldaz quien me brindó su apoyo incondicional, estuvo conmigo en los momentos más felices y también difíciles de mi vida para seguir adelante cumplir con mi objetivo propuesto.

MARCIA GUAMÁN GUSQUI

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios – Virgen María por su amor y misericordia, a mis padres por darme la fortaleza para seguir adelante, durante esta etapa de mi vida.

Este agradecimiento va dirigido también a mis hermanos por ser un ejemplo y a mi esposo por brindar su apoyo incondicional.

También a la Universidad de Guayaquil, facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Obstetricia quien me abrió sus puertas para que puedan hacer realidad mis sueños y objetivo de realizarme como una profesional.

A mi tutora OBST: Adriana Intriago que con su guía y orientación hemos obtenido este proyecto.

Para todos ellos mis más sinceros agradecimientos.

MARCIA GUAMÁN GUSQUI

RESUMEN

Se define como trauma obstétrico a las lesiones causadas por las fuerzas mecánicas que actúan durante el proceso del trabajo de parto, o por agentes externo, como la tracción y manipulación en el paso del feto por el canal vaginal y durante su extracción, causando secuelas duraderas o permanentes en la madre o en el recién nacido. Existen factores de riesgos maternos y fetales asociados con los traumas obstétricos producidos en el momento del trabajo de parto que el profesional de salud debe detectar a tiempo para prevenir este problema de salud. El objetivo principal de este estudio fue determinar los traumas obstétricos en la atención del trabajo de parto en pacientes atendidas en el hospital Gineco - obstétrico Enrique C Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013, identificando los factores de riesgos en una muestra de 50 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión obteniendo los datos estadísticos mediante un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo y analítico, de lo cual se obtuvieron los siguientes resultados: el 30% tienen complicaciones o traumas en el parto, la frecuencia más alta del trauma obstétrico se dio en el desgarro perineal con el 52%; teniendo como riesgo asociado el peso del recién nacido el 56% se encuentran entre 2.501 a 3.500 gr que fue el porcentaje más alto.

Palabras clave: Trauma Obstétrico Factores de Riesgo Lesiones al Nacimiento.

ABSTRACT

Obstetric trauma is defined as injuries caused by mechanical forces acting during labor, or by external agents, like pulling and manipulating the fetus going through the vaginal canal and during its extraction, causing lasting or permanent consequences in the mother or the newborn. There are maternal and fetal risk factors associated with the obstetric trauma produced at the time of labor that the healthcare professional must detect on time to prevent this health issue. The main goal of this investigation was to determine the obstetric trauma under labor care in patients treated at the "Hospital Gineco- Obstétrico Enrique C. Sotomayor", from September 2012 to February 2013, identifying the risk factors in a 50 patients sample that fulfilled the inclusion criteria obtaining statistical data through a retrospective, descriptive and analytical study, which showed the following results: 30% have complications or trauma during delivery, the highest rate of obstetric trauma occurred in perineum tear with 52%; having as an associated risk the newborn's weight, 56% is between 2501 to 3500 grams, which had the highest rate.

Key words: obstetric trauma, risk factors, birth injuries.

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	1
1. 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.1.2 PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN	2
1. 1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.1.4 VIABILIDAD.....	3
1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	4
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1.2.3 HIPÓTESIS	4
1.3 VARIABLES.....	4
1.3.1 VARIABLE DEPENDIENTE.....	4
1.3.2 VARIABLE INDEPENDIENTES	5
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 DEFINICIÓN.	6
2.2 FACTORES DE RIESGO:.....	6
2.3 INCIDENCIA.....	7
2.4 LESIONES SEGÚN EL TRAUMATISMO EN EL NIÑO.....	7
2.4.1 CAPUT SUCCEDANEUM.....	7
2.4.2 CEFALOHEMATOMA	8
2.4.3 FRACTURA DE CLAVÍCULA.....	8
2.4.4 FRACTURA DE HÚMERO	8
2.4.5 FRACTURA DE FÉMUR.....	9
2.4.6 PARÁLISIS DEL NERVIO FACIAL.....	9
2.4.7 PARÁLISIS DEL PLEXO BRAQUIAL.....	9
2.4.8 ASFIXIA PERINATAL	10
2.5 TRAUMAS QUE AFECTAN EL ÁMBITO MATERNO:	10

2.5.1	PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS	10
2.5.2	INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.....	11
2.5.3	INCONTINENCIA ANAL.....	11
2.5.4	FISTULAS GENITOURINARIAS (FGU)	11
2.5.5	DISFUNCIÓN SEXUAL	12
3.	MATERIALES Y METODOS	13
3.1	MATERIALES.....	13
3.1.1	LOCALIZACIÓN.....	13
3.1.2	CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO	13
3.1.3	PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN	14
3.1.4	RECURSOS A EMPLEAR:	14
3.1.5	UNIVERSO Y MUESTRA	14
3.2	METODO.....	15
3.2.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	15
3.2.2	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	15
3.2.3	PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
3.2.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN	15
3.2.5	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	16
3.2.6	ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	16
3.2.7	ECONOMICOS	17
3.2.8	CRONOGRAMA	17
4.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACION.....	18
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	26
5.1	CONCLUSION:	26
5.2	RECOMENDACIONES.	27
6.	PROPUESTA.....	28
6.1	CAPACITACIONES CON TALLERES Y CHARLAS.....	28
6.2	JUSTIFICACION.....	28
6.3	OBJETIVO GENERAL	29
6.4	FACTIBILIDAD	29
6.5	RESPONSABLES	29
7.	BIBLIOGRAFÍA	30-31

8. ANEXOS33

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA Y GRAFICO # 1..... PÁG 18
TABLA Y GRAFICO # 2..... PÁG 19
TABLA Y GRAFICO # 3..... PÁG 20
TABLA Y GRAFICO # 4..... PÁG 21
TABLA Y GRAFICO # 5..... PÁG 22
TABLA Y GRAFICO # 6..... PÁG 23
TABLA Y GRAFICO # 7..... PÁG 24
TABLA Y GRAFICO # 8..... PÁG 25

1. INTRODUCCIÓN

Las pacientes embarazadas en el momento del trabajo de parto son susceptibles de sufrir alguna lesión o trauma obstétrico, que con el avance tecnológico, científico, técnicas obstétricas utilizadas en la atención del parto han disminuido y las tasas de mortalidad y morbilidad perinatal han decrecido considerablemente. Se definirá como trauma obstétrico a las lesiones duraderas o permanentes en la madre y en el recién nacido, ocasionadas en el momento de la atención del parto o durante las maniobras utilizadas en la intervención del parto vaginal o por cesárea. Según el estudio realizado en otros países se establece que el mayor porcentaje de traumas obstétricos maternos un 70% se produce por hemorragia post parto, de tipo uterina al alumbramiento incompleto y una hemorragia de tipo no uterina producida por desgarro vaginal en un 42% (2)

El propósito de este trabajo es determinar los principales factores de riesgo que puede ocasionar los traumas obstétrico, en la madre y el recién nacido durante la atención del partos, en la provincia del Guayas y en la Hospital Enrique C. Sotomayor.

El traumatismo es la causa más frecuente de morbi-mortalidad materno-fetal en el periodo fértil de la mujer en los países industrializados. (8)

Considerando que en su mayoría los traumas obstétricos son permanentes, por medio de este estudio se proyectara dar soluciones con las que se pueda disminuir la prevalencia de los traumas ocasionados en el momento del parto tanto en la madre como en el feto

La Organización Mundial de la Salud reporta que existe en el mundo 529.000 muertes maternas al año, las cuales 166.000 son originadas por hemorragias obstétricas lo que representa el 25% de las muertes maternas, labor prolongado o retenido 8%, la hemorragia en el parto es una de las causas más frecuentes producidas por traumas obstétricos maternos en un 99%.

Entre los traumas obstétricos fetales el que ocupa mayor porcentaje es el tamaño de feto. Se ha comprobado que un 55% de los casos se produce con peso superior a 4,000 gramos.

1. 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué traumas obstétricos maternos y fetales se presentan con mayor frecuencia en las pacientes usuarias del hospital Gineco Obstétrico Enrique C Sotomayor?

Los traumas obstétricos son el resultado de múltiples factores que se pueden presentar en el momento del parto ya sea por vía vaginal o cesárea y constituye uno de los problemas de salud a nivel mundial y regional.

Entre las variantes clínicas que pueden ocasionar un trauma obstétrico tenemos: Desproporción céfalo pélvica, deficiente dilatación de partes blandas. Enfermedades o malformación del útero, alteraciones de la contracción uterina, macrosomía fetal y distocias de presentación.

La salud y la calidad de vida es de mucha importancia para el ministerio de salud del Ecuador, por lo que se plantea a los profesionales de salud, en la atención del parto ser partícipes en la correcta aplicación de las técnicas y métodos actualmente utilizados en este proceso con el objetivo de disminuir los traumas obstétricos a nivel de los hospitales del país (1)

1.1.2 PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia del trauma Obstétrico?

¿Cuáles son las principales causas de traumas obstétricos en la madre y feto?

¿Qué factores de riesgos son de mayor importancia?

¿Cuál es la prevalencia de los traumas obstétricos por deficiencia de oxígeno?

1. 1.3 JUSTIFICACIÓN

Se agrupa bajo el concepto de Traumatismo Obstétrico a las lesiones físicas originadas durante el trabajo de parto en la madre y feto. Estas complicaciones pueden ser causadas por traumatismos mecánicos o por deficiencia de oxígeno.

En todos los países es de mucha importancia la salud de sus habitantes, es por esto la preocupación de fomentar la investigación científica y estadística sobre los principales problemas de salud. Al no investigar no podríamos determinar las principales causas del problema en investigación.

Con la realización de este estudio, se determinara las causas de riesgos del trauma obstétrico en la madre y el feto, ocurridas durante el periodo de estudio, que con la aplicación de las nuevas técnicas y métodos para la extracción del producto de la concepción, se puede controlar o prevenir algún complicación evitando secuela en el neonato y la madre, objetivo primordial en la salud pública del país.

1.1.4 VIABILIDAD

Este estudio es viable porque además de contar con los permisos de la Universidad y del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C Sotomayor, servirá como ayuda para identificar los factores de riesgos, que podrían complicar el trabajo de parto y producir algún trauma obstétrico en la madre o en el feto, además dar un pequeño aporte a la salud del país, para el bienestar de la familia y del pueblo ecuatoriano.

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los casos de trauma obstétrico y factores de riesgo durante el trabajo de parto, mediante análisis de las historias clínicas en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor. En el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las principales causas de traumas obstétricos en la madre y feto
- Establecer la prevalencia del trauma obstétrico de acuerdo al número de controles prenatales.
- Identificar los principales factores de riesgos asociados a los traumas obstétricos.
- Establecer la prevalencia de los traumas obstétrico por deficiencia de oxígeno.

1.2.3 HIPÓTESIS

Detectando a tiempo las complicaciones en el embarazo, los riesgos de traumas obstétricos serán de un mínimo porcentaje en asfixia neonatal.

1.3 VARIABLES

1.3.1 VARIABLE DEPENDIENTE

- Trauma Obstétrico

1.3.2 VARIABLE INDEPENDIENTES

- Edad materna
- Paridad
- Control prenatal
- Peso fetal
- Estática fetal
- Asfixia neonatal

2. MARCO TEÓRICO

2.1 DEFINICIÓN.

Conocemos por traumatismo obstétrico a las lesiones producidas en el feto durante el trabajo de parto y su paso por el canal vaginal. Estas lesiones pueden ser provocadas por las fuerzas mecánicas exageradas que provocan en el recién nacido hemorragia, edema o rotura de tejido, esta complicación puede ocurrir a pesar de un óptimo manejo obstétrico.

El trabajo de parto expone al feto y a la madre a traumas obstétricos. Su frecuencia es menor en los partos eutócicos simple, que en otros tipos de partos, el trauma deja lesiones que pueden requerir desde simple observación hasta un tratamiento urgente. Define la lesión al nacimiento como toda aquella situación desfavorable que afecta al feto en el trabajo de parto. (2) Gresham E. Trauma obstétrico. Clin Pedíatra North Am. México

2.2 FACTORES DE RIESGO:

- Edad
- Paridad
- Controles prenatales
- Trabajo de parto prolongado o precipitado.
- Peso fetal
- Desproporción céfalo- pélvica

2.3 INCIDENCIA.

La incidencia varía dependiendo de la atención del parto.

Los traumas obstétricos aún presentes en la atención del parto han disminuido con relación al uso de los fórceps, ventosa, versiones obstétricas entre otras.

En la actualidad la presencia de traumas obstétricos en la madre y el feto han decrecido en porcentaje estadísticos, pero sin embargo aún representan un importante problema para las autoridades de salud.

La mayor parte de los traumas son leves, requiriendo sólo observación clínica, pero algunas producen repentinamente manifestaciones de rápida progresión.

2.4 LESIONES SEGÚN EL TRAUMATISMO EN EL NIÑO

- CAPUT SUCCEDANEUM
- CEFALOHEMATOMA
- FRACTURA DE CLAVÍCULA
- FRACTURAS DE HUMERO
- FRACTURA DE FÉMUR
- PARÁLISIS DEL NERVIOS FACIAL
- PARÁLISIS DEL PLEXO BRAQUIAL

2.4.1 CAPUT SUCCEDANEUM

Se refiere a una tumefacción edematosa difusa de los tejidos blandos del cuero cabelludo, aparece en la presentación cefálica. Esta tumefacción contiene suero y/o sangre y se produce por la alta presión que ejerce el útero y paredes vaginales sobre la presentación. La tumefacción es superficial, sobre el periostio y puede sobrepasar la línea media y las suturas. No requiere tratamiento especial y se resuelve a los 3 y 4 días. (7)

2.4.2 CEFALOHEMATOMA

Es una hemorragia subperióstica que aparece en el cabeza. Se produce durante el trabajo de parto, ruptura de vasos sanguíneos que van desde los huesos al periostio. Esta limitado al hueso craneal sobre el que se asienta, no sobrepasando las suturas ni fontanelas. La localización es sobre uno de los parietales, es raro que afecte al occipital y al frontal. Debido a que el sangrado es lento, se aprecia entre las 6 y 24 horas después del parto. No requiere tratamiento especial y desaparece entre las 2 semanas y los 3 meses. (7)

2.4.3 FRACTURA DE CLAVÍCULA

Es la fractura frecuente durante el parto, produciéndose en el 1.8 a 2% de los recién nacidos vivos. La mayor parte de ellas son en tallo verde, y en un pequeño porcentaje son completas. Se producen por retención de hombros durante el parto, especialmente en recién nacidos grandes para la edad gestacional y en parto en podálica con extensión de brazos. La fractura en tallo verde usualmente es asintomática, y se diagnostica por la aparición del callo de fractura alrededor del séptimo día del nacimiento. La fractura completa produce disminución o ausencia de movimientos del brazo del lado afectado, dolor a la movilización pasiva con llanto y reflejo de Moro incompleto. A la palpación se encuentra zona irregular y crepitación ósea (signo de la tecla). La extremidad se debe inmovilizar con el codo flexionado y el brazo en aducción por alrededor de 10 días. (7)

2.4.4 FRACTURA DE HÚMERO

El mecanismo más común es la retención de hombros en presentación de vértice o la extensión de los brazos en presentación podálica. La ubicación más frecuente es en la diáfisis. Suele ser en tallo verde y más raramente completa con desviación de fragmentos. Al igual que en el caso de la fractura de clavícula, la fractura en tallo verde sólo se diagnostica por la aparición del callo de fractura. La fractura se presenta clínicamente por deformación del brazo afectado, ausencia del reflejo de Moro, dolor y crepitación a la palpación. El diagnóstico es radiológico. El tratamiento consiste en la

reducción e inmovilización del brazo afectado en aducción por 2 a 4 semanas. El pronóstico es excelente.

2.4.5 FRACTURA DE FÉMUR

Es frecuente las fracturas de las extremidades inferiores en el recién nacido. ocurrir en parto en nalgas con encajamiento de hombros o brazos, en el que hay que traicionar de las piernas. Clínicamente se manifiesta por deformidad, ausencia de movimiento y dolor a la movilización pasiva de la extremidad afectada. La radiología confirma el diagnóstico y el tratamiento se realiza con tracción por 3 a 4 semanas hasta lograr la reducción y consolidación. (7)

2.4.6 PARÁLISIS DEL NERVIO FACIAL

Es originada por la presión a la salida del agujero estilomastoideo, ya sea por instrumentos o por el promontorio durante la rotación de la cabeza. Clínicamente se dificulta para cerrar el ojo del lado afectado y con la desviación de la comisura bucal hacia el lado opuesto. El tratamiento está en proteger la córnea con gotas oftálmicas. Si no hay recuperación en 10 días se debe la interrupción de la continuidad anatómica del nervio.

2.4.7 PARÁLISIS DEL PLEXO BRAQUIAL.

Es causada con frecuencia durante el parto podálico por la tracción del plexo braquial lo que origina hemorragia, edema e incluso desgarró de las raíces nerviosas. Es frecuente en niños macrosómicos, que pueden producir distocias de hombros, que dificulta la extracción de la cabeza. (7)

2.4.8 ASFIXIA PERINATAL

Se define asfixia perinatal a la insuficiencia de oxígeno en el sistema circulatorio del intercambio gaseoso materno fetal, las causas se originan en la vida intrauterina, un 20% se inicia antes del trabajo de parto, el 70% durante el trabajo de parto, el 10% durante el periodo neonatal.

Se define varios mecanismos que puede producir el estado asfíctico:

- ✚ Disminución de oxigenación materna.
- ✚ Dificultad de la circulación umbilical por compresión o lesiones del cordón, prolapso del cordón, circulares irreductibles, nudos verdaderos.
- ✚ Cambios del intercambio gaseoso a nivel placentario.
- ✚ Alteraciones del flujo placentario, como la hipertensión arterial, hipotensión materna y variaciones de la contractibilidad uterina.

2.5 TRAUMAS QUE AFECTAN EL ÁMBITO MATERNO:

- Prolapso de órganos pélvicos
- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Incontinencia anal
- Fístulas genitourinarias
- Disfunción sexual

2.5.1 PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS

Al hablar del prolapso o descenso de los órganos pélvicos (vejiga, útero, cúpula vaginal, recto) dentro o más allá de la vagina, periné o canal anal. Estas son patologías comunes en la población general femenina que en el embarazo vienen a complicar la salida del producto. (4)

2.5.2 INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Es la pérdida involuntaria de orina producida por un aumento repentino de la presión abdominal al realizar un esfuerzo (cuando tose, estornuda, salta, levanta un peso, etc.).

Es causada por una alteración del suelo pélvico combinada con disfunción a nivel del esfínter. (10)

2.5.3 INCONTINENCIA ANAL

Es involuntaria para controlar la defecación. La incontinencia fecal es debido a un daño muscular, puede ocurrir durante un parto vaginal traumático, o cuando hacemos una episiotomía para hacer que la abertura sea más grande. (10)

2.5.4 FISTULAS GENITOURINARIAS (FGU)

Estas lesiones se caracterizan por la pérdidas de orina o por una incontinencia post-miccional. Según su topografía, las fístulas del tracto urinario inferior en la mujer se pueden clasificar de la siguiente forma: (12)

➤ **Fístula vésico-vaginal (FVV):**

Producidas entre la vejiga y la vagina sin afectación ni del cuello vesical ni del esfínter uretral.

➤ **Fístula uretro-vésico-vaginal(FUVV):**

La comunicación con la vagina afecta, a la vejiga, al cuello vesical y a la uretra, viéndose implicados los componentes esfinterianos. El compromiso de la uretra puede ser parcial (porción proximal) o total.

➤ **Fístula uretro-vaginal (FUV):**

Se produce una comunicación entre la uretra, distal al cuello vesical, y la vagina. Se manifiesta como una incontinencia post-miccional sin fugas constantes de orina.

➤ **Fístula vésico -uterina (FVU):**

Se comunica directo entre la vejiga y la cavidad uterina con pérdidas continuas a través del orificio cervical.

2.5.5 DISFUNCIÓN SEXUAL

Con la episiotomía bien elaborada podemos prevenir el trauma perineal y evitar la dispareunia siendo estas un problema que influye en la vida sexual de la mujer, Algunos investigadores han argumentado la asociación entre la episiotomía y la dispareunia, incluso seis meses después del parto.

Una inadecuada reconstrucción de episiorrafia puede provocar riesgo de dispareunia, al igual que la estrechez del introito vaginal. Las complicaciones de la episiotomía son frecuentes después del parto, principalmente la infección de la episiorrafia, que es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes en estos casos, por la contaminación fecal de la herida, la infección de los loquios o la mala higiene del periné.

Algunas infecciones como la vaginitis, son causas de dispareunia debido a la inflamación, el eritema, la irritación y el prurito en el tejido vaginal, ocasionados por el hongo *Cándida albica*, el parásito *Trichomonas vaginal* y, por bacterias. Está asociado el uso de dispositivos intrauterinos (DIU) con la dispareunia y con la vaginitis, entre los factores relacionados con la dispareunia se presentan entre 60 y 180 días después del parto en mujeres con antecedentes de uno o dos partos (1)

3. MATERIALES Y METODOS

3.1 MATERIALES

3.1.1 LOCALIZACIÓN.

Los datos para la investigación de este estudio serán tomados del departamento de estadística en el Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Ubicado en las calles Pedro Pablo Gómez y 6 de Marzo -Guayaquil – Ecuador.

Consta de los siguientes servicios:

Admisión – Emergencia

Cuidados Intensivos

Cuidados Intermedios I - II

Toco-Quirúrgico

Consulta Externa

3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

El Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor está ubicada en la parroquia Bolívar de la ciudad de Guayaquil – Ecuador. La parroquia Bolívar tiene una extensión de aproximadamente 60 cuadras desde las calles Colón hasta Gómez Rendón y de la calle Lorenzo de Garaicoa a la Av. Quito A esta parroquia se la conoce como la parroquia de los nacimientos por tener el hospital Enrique C. Sotomayor donde nacieron no solo la mayoría de los guayaquileños, sino personas de otros cantones.

3.1.3 PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizo de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013.

3.1.4 RECURSOS A EMPLEAR:

3.1.4.1 HUMANOS

- ✓ Autor
- ✓ Tutor
- ✓ Personal del departamento Estadístico del Hospital Enrique C. Sotomayor.

3.1.4.2 FÍSICOS

- Historias clínicas
- Papel bond
- lápiz
- bolígrafo
- navegación por internet
- computadora
- tratados de medicina Gineco – Obstétrico
- tinta de impresora
- pasaje
- otros

3.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.5.1 UNIVERSO

El universo de este estudio, todas las pacientes que fueron atendidas durante el trabajo de parto en el Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor, fueron registradas en el departamento de estadísticas durante el periodo comprendido de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013.

3.1.5.2 MUESTRA

La muestra de este estudio corresponde a 50 pacientes que cumplen los criterios de inclusión, ingresadas en el Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C Sotomayor.

3.2 METODO

3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es Retrospectivo, Descriptivo, Analítico

3.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

No experimental

3.2.3 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

3.2.3.1 Operalización de equipos e instrumentos

Los instrumentos a utilizar serán las historias clínicas del departamento de estadística del Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C Sotomayor las cuales fueron elaboradas por los profesionales médicos y obstetrices y en ellas encontraremos los datos de interés para la realización de este estudio y posteriormente sacar las conclusiones que se establecieron como objetivos.

3.2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

3.2.4.1 criterios de inclusión

- a) Todas las pacientes embarazadas que presentaron trauma obstétrico en la atención de su parto.
- b) Todos los recién nacidos que sufrieron trauma obstétrico como consecuencia de su expulsión del vientre materno
- c) Todas las historias clínicas con información completa

3.2.4.2 criterios de exclusión

- a) Todas las pacientes embarazadas que no presentaron trauma obstétrico en la atención de su parto
- b) Todos los recién nacidos que no sufrieron trauma obstétrico como consecuencia de su expulsión del vientre materno
- c) Todas las historias clínicas con información incompleta

3.2.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

En este estudio de investigación, utilizaremos la información almacenada en la base de datos de historias clínicas de las pacientes, atendidas en esta institución, durante el periodo de estudio, las cuales posteriormente serán tabuladas para la elaboración de cuadros y gráficos.

3.2.6 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.

Para la realización de esta investigación, respetando normas y procedimiento se contó con las Autoridades de la Universidad de Guayaquil y la aceptación del Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor, obteniendo los datos necesarios para este estudio.

3.2.7 ECONOMICOS

Para el desarrollo de la tesis gaste una suma de \$ 560,00 dólares.

ACTIVIDAD	TOTAL
Viáticos	200,00
Internet	150,00
Fotocopias	20,00
Anillados	10,00
Impresiones	100,00
Empastado	50,00
Transporte	30,00
TOTAL	560,00

3.2.8 CRONOGRAMA

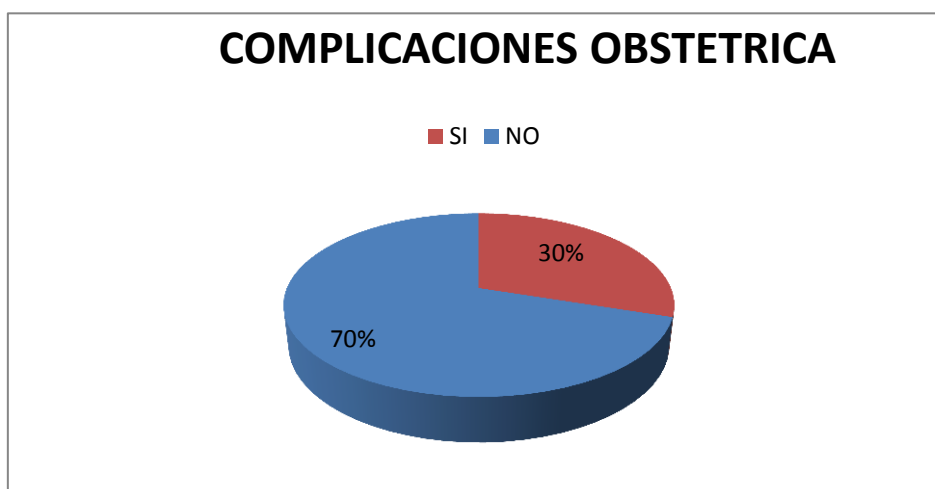
Véase en anexo pág. 35 y 36

4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACION

OBJETIVO # 1: DETERMINAR ALGUNA COMPLICACION OBSTETRICA DURANTE LA ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO.

CASOS	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	15	30 %
NO	35	70 %
TOTAL	50	100 %

GRAFICO.- 1



FUENTE: Datos Estadísticos en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor.
ELABORADO POR: Marcia Guamán Gusqui

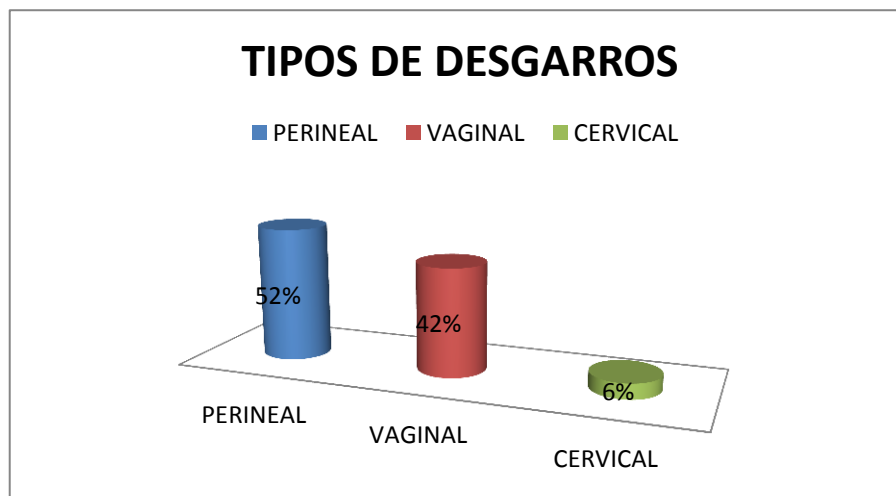
ANALISIS E INTERPRETACION:

Del total de la muestra, se obtuvo un 70 % que NO tuvieron ninguna complicación obstétrica durante el parto, 30 % SI tuvieron complicaciones como desgarros, hipotonías uterina transitorias.

OBJETIVO # 2: CAUSAS DE TRAUMA OBSTÉTRICO MATERNOS, A NIVEL DEL CANAL VAGINAL, SEGÚN EL TIPO DE DESGARRO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

TIPO DE DESGARRO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJES
PERINEAL	26	52 %
VAGINAL	21	42 %
CERVICAL	3	6 %
TOTAL	50	100%

GRAFICO: 2



FUENTE: Datos Estadísticos en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor. ELABORADO POR: Marcia Guamán Gusqui

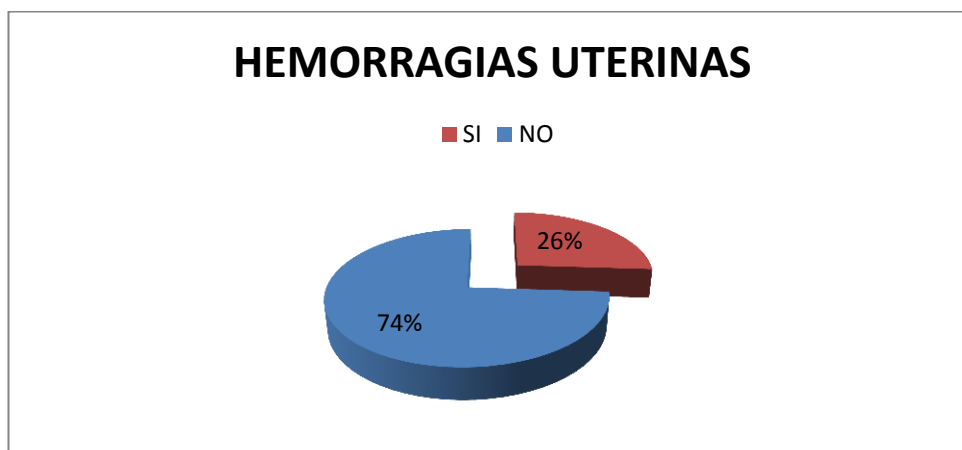
ANÁLISIS E INTERPRETACION:

Muestra de este estudio se observa que un 52 % corresponde a desgarros perineales durante la atención del parto, 42 % desgarros vaginales, y un 6 % desgarros cervicales durante la atención del trabajo de parto.

**OBJETIVO # 2: CAUSAS DE TRAUMA OBSTÉTRICO MATERNOS,
QUE PRESENTARON HEMORRAGIA UTERINA DURANTE EL
TRABAJO DE PARTO.**

CASOS	NUMERO DE PACIENTE	PORCENTAJE
SI	13	26 %
NO	37	74 %
TOTAL	50	100 %

GRAFICO.- 3



FUENTE: Datos Estadísticos en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor. **ELABORADO POR:** Marcia Guamán Gusqui

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

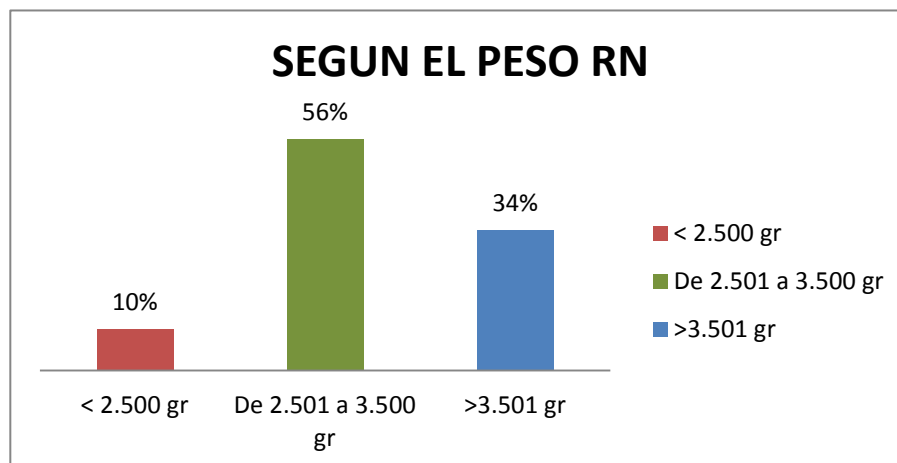
En esta investigación se muestra que el 74% NO presentaron hemorragias uterinas durante el trabajo de parto, y un 26% SI presentaron hemorragias uterinas.

OBJETIVO # 2: TRAUMAS OBSTETRICO FETALES.

EN EL RECIEN NACIDO SEGUN SU PESO EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO.

SEGÚN SU PESO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
< 2.500 gr	5	10%
De 2.501 a 3.500 gr	28	56 %
>3.501 gr	17	34 %
TOTAL	50	100 %

GRAFICO.- 4



FUENTE: Datos Estadísticos en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor. ELABORADO POR: Marcia Guamán Gusqui

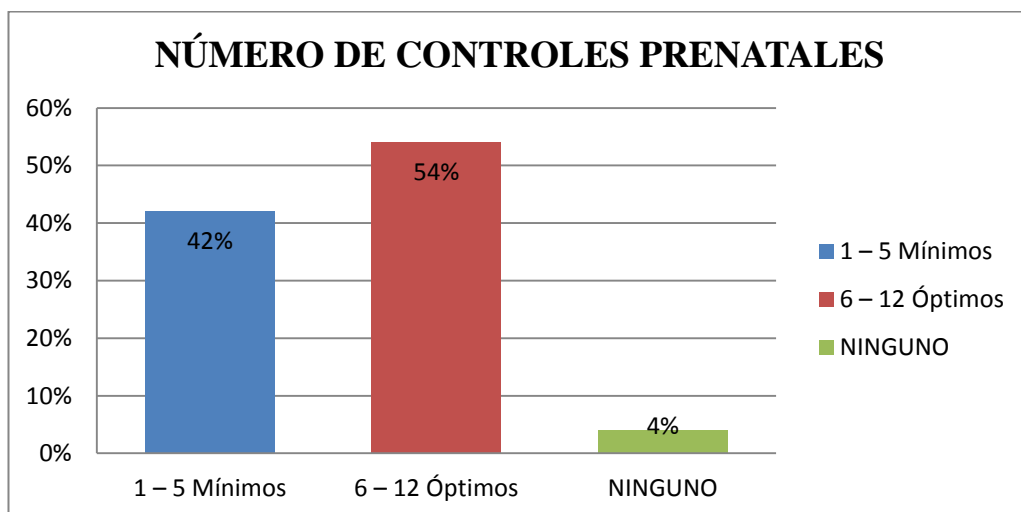
ANÁLISIS E INTERPRETACION:

En este estudio se estableció 56 % de los RN tuvieron un peso de 2.501 a 3.500 gr, mientras que un 34 % los recién nacido tuvieron un peso > 3.501 gr, y observamos que un 10 % < 2.500 gr.

OBJETIVO # 3: PREVALENCIA DEL TRAUMA OBSTETRICO DE ACUERDO AL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES.

N° DE CONTROL PRENATAL	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
1 – 5 Mínimos	21	42 %
6 – 12 Óptimos	27	54 %
NINGUNO	2	4 %
TOTAL	50	100 %

GRAFICO.- 5



FUENTE: Datos Estadísticos en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor. **ELABORADO POR:** Marcia Guamán Gusqui

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

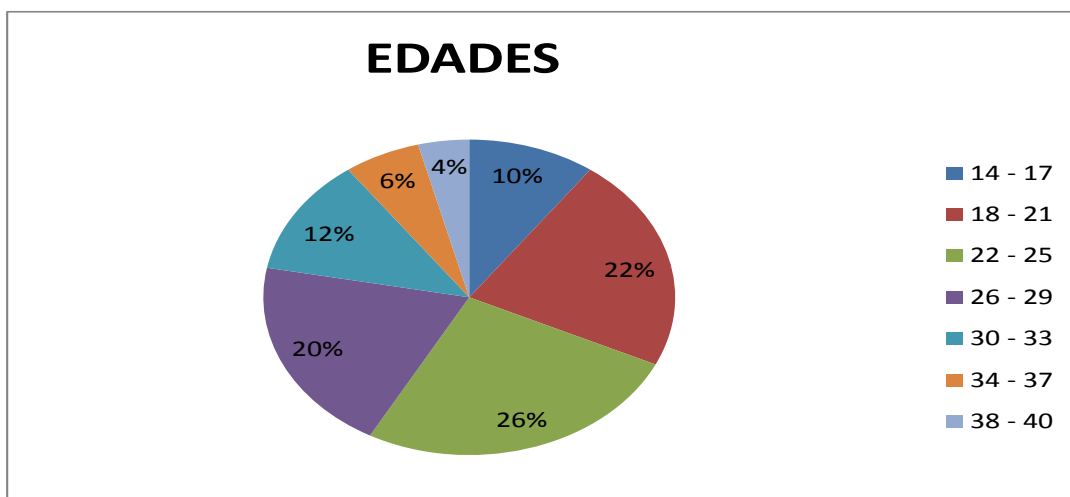
En esta muestra se observa un 54% de pacientes con controles prenatales subsecuentes durante su embarazo, mientras que un 42 % tuvieron controles irregulares, y un 4 % no obtuvieron controles prenatales.

Observamos que hay un mayor porcentaje en las pacientes que asisten a sus controles prenatales con regularidad.

OBJETIVO # 4: FACTORES DE RIESGO, SEGÚN SU EDAD.

EDAD	# PACIENTES	PORCENTAJE
14-17	5	10 %
18-21	11	22%
22-25	13	26%
26-29	10	20%
30-33	6	12%
34-37	3	6%
38-40	2	4%
TOTAL	50	100%

GRAFICO.-6



FUENTE: Datos Estadísticos en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor. **ELABORADO POR:** Marcia Guamán Gusqui

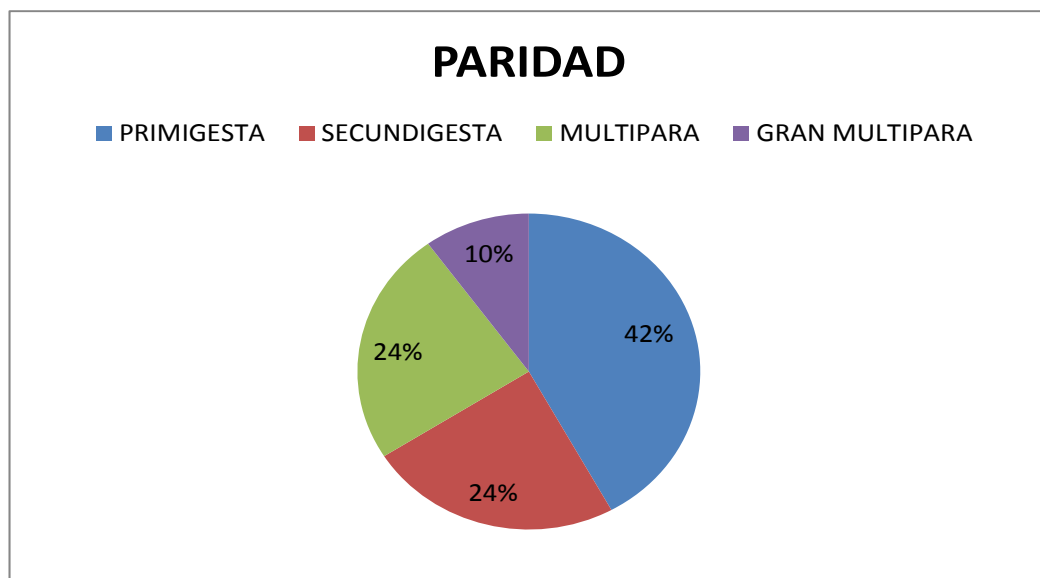
Análisis e Interpretación:

Del total de 50 pacientes, según las edades, se determina que un 26 % tienen de 22– 25 años de edad, seguida del 22 % corresponde a las pacientes de 18– 21 años de edad, y el 20% corresponde las edades de 26 – 29 seguida de 12% las edades de 30 – 33 años.

OBJETIVO # 4: FACTORES DE RIESGO, SEGÚN LA PARIDAD.

PARIDAD	# PACIENTES	PORCENTAJE
PRIMIGESTA	21	42
SECUNDIGESTA	12	24
MULTIPARIDAD	12	24
GRAN MULTIPARA	5	10
TOTAL	50	100

GRAFICO.- 7



FUENTE: Datos Estadísticos en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor. **ELABORADO POR:** Marcia Guamán Gusqui

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Muestra los resultados correspondientes a su paridad, hay un mayor porcentaje de un 42 % en las pacientes primigesta, mientras que un 24% están las secundigestas y la múltiparas, seguida de un 10% de la Gran múltipara.

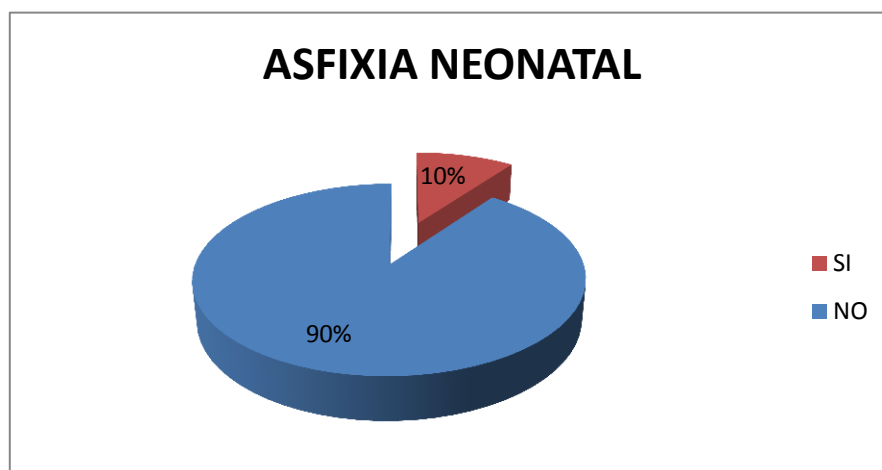
Debemos de poner énfasis a las primigestas para y prevenir posibles trauma obstétrico durante el trabajo de parto, evitar cualquier complicación a futuro.

OBJETIVO # 5 TRAUMA OBSTETRICO FETAL.

POR ASFIXIA NEONATAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

ASFIXIA NEONATAL	NUMERO DE NEONATOS	PORCENTAJES
SI	5	10 %
NO	45	90 %
TOTAL	50	100 %

GRAFICO.- 8



FUENTE: Datos Estadísticos en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor. ELABORADO POR: Marcia Guamán Gusqui

ANÁLISIS E INTERPRETACION:

En esta investigación determinamos que un 90 %, no presentaron asfixia perinatal, durante el parto, seguida que 10 %. Que si presentaron asfixia neonatal.

Esto quiero decir que existe un buen control de atención de los profesionales de salud a las pacientes.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES:

- Podemos concluir que de los casos estudiados, al determinar la principal causa del trauma obstétrico, en la madre y neonato, encontramos que el 30% tienen complicaciones en el parto, la frecuencia más alta del trauma obstétrico se dio en el desgarro perineal con el 52%. Los factores de riesgo con lesiones durante el nacimiento se dio en el peso del recién nacido con el 56% según el análisis, este peso se encuentran entre 2.501 a 3.500 gr, considerándose el porcentaje más alto.
- Considerando como factor de riesgo la edad de la madre se determinó con mayor porcentaje a las madres entre los 22 a 25 años con un 26%, seguido de las pacientes de 18 y 21 años correspondiéndoles un 22 % en las de 30 a 33 años un 12% de edad, y en las adolescentes de 14 a 17 años un porcentaje del 10% .
- Referente a su paridad los resultados de la muestra de estudio, existen un 42 % en pacientes primigesta que fueron atendidas durante el trabajo de parto.
- En el número de controles prenatales los resultados fueron el 54% fue óptimo quiere decir que las pacientes están acudiendo a las consultas subsecuentes durante su embarazo que son de 6 a 12 consultas prenatales.

5.2 RECOMENDACIONES.

- A nivel hospitalario analizar y estudiar semanalmente los casos que se presenten con trauma obstétrico, para mejorar la atención en el momento del parto.
- Brindar el apoyo a las pacientes que acuden a la consulta prenatal, explicar brevemente y con palabras sencillas, sobre los cambios fisiológicos, hormonales, emocionales durante su etapa de embarazo y sobre el desarrollo de su hijo.
Concientizar lo importante que son los controles prenatales, para detectar a tiempo alguna complicación que dificulte el parto y pueda dar origen a algún trauma obstétrico.
- Establecer confianza, demostrando calidad y calidez a la paciente, respetando etnias, religiones y costumbres.

6. PROPUESTA

6.1 ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL CONSTANTE Y CHARLAS EDUCATIVAS A LAS PACIENTES

Para prevenir los traumas obstétricos el personal especializado Médicos, Obstetras, Residentes, Internos, deben de seguir en constante actualización científica y técnica, para evitar riesgos y complicaciones durante la extracción del producto.

Además impartir charlas educativas a las pacientes que acuden a la consulta externa, concientizándolas sobre la importancia del control pre natal, para el buen desarrollo del embarazo y así prevenir complicaciones posteriores en el momento del parto.

6.2 JUSTIFICACION

De acuerdo a los resultados obtenidos es importante analizar los casos presentados de trauma obstétrico tanto materno como fetales. Este análisis nos ayudara a realizar una vigilancia clínica adecuada del trabajo de parto para identificar complicaciones de manera oportuna y así alcanzar el máximo grado del bienestar materno fetal, siendo un objetivo primordial en la salud pública del país.

Con atención a las pacientes, es primordial que ellas asistan al control prenatal y se las informe sobre los riesgos obstétricos, que pueden ocurrir durante el trabajo de parto.

6.3 OBJETIVO GENERAL

Implementar medidas preventivas con el uso adecuado de las nuevas técnicas y procedimientos que delimiten el trauma obstétrico durante el control pre natal y una adecuada valoración de la pelvis materna, para elegir mejor la vía de nacimiento y así garantizar el bienestar materno fetal.

6.4 FACTIBILIDAD

Esta propuesta es factible, porque el hospital cuenta con los recursos necesarios para la actualización profesional y los espacios y personal capacitado para impartir las charlas a las pacientes

6.5 RESPONSABLES

Autor

Profesionales de la salud

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Burgos Jesús. Amaya s. editorial medico panamericana 2008
2. Cavanagh D, Membery J, Macleod G. *Obstet Gynecology* 1965; 26(2):157-164
3. Cervantes D.S., Beltrán S.R., <http://vforoisem.galeon.com/029.htm>
México
4. Chauhan S, Martin J, Henrichs C, Morrison J, Magan E: *Am J Obstet Gynecology* 2003; 189: 408-17. Complicaciones maternas y perinatales con rotura uterina
5. Faneite P, Repilloza M, Alvarez N, Leonardi L. Rotura uterina (1984-1995). *Rev Obst Gin Venez* 1996; 56(3):135-140.
6. Fernández Pilar Dra. Traumatismo obstétrico. Pag 88
7. García H.J. Peña A. Incidencia de lesiones asociadas al nacimiento en recién nacido *Rev. Med. IMSS* 2004, 42 C1.
8. Mouritsen L. Classification and evaluation of prolapse. *Best Pract res Clin Obst. Gynaecol.*
9. Schwarcz R, Duverges C, Díaz A y col, Distocia de causa ovular: Anomalías por exceso de volumen fetal. En: *Obstetricia*. Editorial El Ateneo, 4º edición.1989

10. [HTTP//www.Clevelandclinic.ORG/Health/Shic/HTML/S14574.ASP](http://www.Clevelandclinic.ORG/Health/Shic/HTML/S14574.ASP)
11. [HTTP//Escuela.Med.Puc.Cl/Publ/Ortopediatraumatologia/trau_Secc01/trau_sec01_20.HTML](http://Escuela.Med.Puc.Cl/Publ/Ortopediatraumatologia/trau_Secc01/trau_sec01_20.HTML).
12. [HTTP//WWW2.UNIVADIS.NET/MICROSITES/AREA_SALUDM UJER/PDFS/17-FISTULAS_GENITO_URINARIAS_LESIONES_URETERALES.PD](http://WWW2.UNIVADIS.NET/MICROSITES/AREA_SALUDM UJER/PDFS/17-FISTULAS_GENITO_URINARIAS_LESIONES_URETERALES.PD)

ANEXOS

8. ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**FICHAS DE CASOS A LAS PACIENTES CON TRAUMA OBSTÉTRICO EN
LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL GINECO –
OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A
FEBRERO DEL 2013**

NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA: -----

1.- DATOS DE AFILACION

✓ Edad: _____

2.- ¿CUAL ES SU PARIDAD?

✓ primigesta ()

✓ Secundigestas ()

✓ Multípara ()

✓ Gran multípara ()

3.- SE HA REALIZADO CONTROLES PRENATALES DURANTE SU ESTADO GESTACIONAL

✓ SI ()

✓ NO ()

4.- ¿CUANTOS CONTROLES PRENATALES SE HA REALIZADO DURANTE SU EMBARAZO?

- ✓ 1 – 5 mínimo: ()
- ✓ 6 – 12 óptimos: ()
- ✓ Ninguno : ()

5.- TUVO USTED ALGUNA COMPLICACION OBSTETRICA DURANTE LA ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO

- ✓ SI ()
- ✓ NO ()

6.- PRESENTÓ ALGUN TIPO DE DESGARRO DURANTE LA ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO.

- ✓ Desgarro perineal: ()
- ✓ Desgarro vaginal: ()
- ✓ Desgarro cervical : ()

7- PRESENTO USTED ALGUNA HEMORRAGIA UTERINAS DURANTE LA ATENCION DEL PARTO.

- ✓ SI ()
- ✓ NO ()

8.- SEGÚN SU PESO, TUVO ALGUNA COMPLICACION SU BEBE EN EL MOMENTO DE SU NACIMIENTO

- ✓ <2.500 gr: ()
- ✓ De 2.501 a 3.500 gr: ()
- ✓ 3.501 gr : ()

9.- DURANTE EL TRABAJO DE PARTO SU BEBE PRESENTO DIFICULTAD RESPIRATORIA.

- ✓ SI ()
- ✓ NO ()

HISTORIAS CLINICAS

20461971	20614196	20723681	30115907	20717935
20452723	20353513	20684994	20639474	20722144
20417913	20515871	20716420	20661189	20730142
20573842	20529196	20726590	20727393	30115907
20553053	20562523	30396891	20735336	20733935
20709904	20624999	20611427	20735174	20732650
20709007	20627275	20714843	20734944	20732180
20674614	20644185	20724719	20734043	20731266
20649875	20413738	20736100	20679250	20730454
20668912	20717219	30219916	20602065	20726772

CONTROL DE TUTORIAS ANTEPROYECTO																				
MESES	Sep-12				Oct-12				Nov-12				Dic-12				Ene-13			
ACTIVIDADES	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S
Presentación del Tema Propuesto				X																
Análisis del Tema					X	X														
Presentación de Correcciones							X	X												
Tácticas de Elaboración del Anteproyecto									X	X	X	X								
Presentación del Anteproyecto											X	X			X					
Correcciones																	X			
Presentación del Anteproyecto Corregido																	X			
Correcciones																		X		
Presentación del Anteproyecto Corregido																			X	
Aprobación del Anteproyecto																				X

OBST. ADRIANA INTRIAGO R.

TUTORA

CONTROL DE TUTORIAS TESIS																								
MESES	Ene-13				Feb-13				Mar-13				Abr-13				May-13				Jun -13			
ACTIVIDADES	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S
Tácticas de Elaboración de la Tesis																								
Presentación de Solicitud para obtención de las HC																								
Presentación de Hoja de Recolección de Datos																								
Recolección de datos de las Pacientes																								
Presentación de Tesis																								
Correcciones																								
Presentación de Tesis Corregida																								
Correcciones																								
Presentación de Tesis Corregida																								
Aprobación de Tesis																								

OBST: ADRIANA INTRIAGO R.

TUTORA