



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA**

**La Multiparidad como factor de riesgo para Diabetes Mellitus
Gestacional**

Para optar por el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

AUTORES: Anny Dennis Huilca Briceño
Nathalie Melissa Romani Varillas

ASESORES: Antonio Bernabé Ortiz
Viviana Ulloa Millares

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 09 de Febrero del 2016

CALIFICACIÓN: APROBADO

Lima, Perú

2016

TABLA DE CONTENIDO

1. <u>Artículo Científico</u>	3
1.1. Cuerpo del Artículo	4
1.2. Referencias Bibliográficas	15
1.3. Tablas	18
1.4. Figuras	21
2. <u>Revista de Publicación</u>	23
3. <u>Situación del envío</u>	25
4. <u>Carta de Compromiso</u>	27

1. Artículo Científico

LA MULTIPARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA DIABETES MELLITUS

GESTACIONAL

Autores: Huillca-Briceño A^{1,2,3}, Romani-Varillas NM^{1,2}

¹Bachiller de Medicina

²Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú.

³Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (SOCIEMUPC). Lima, Perú

Autor correspondal: Huillca-Briceño, A
correo electrónico: annyhuillca@gmail.com

Asesor Metodológico: Bernabé-Ortiz, A

Asesor Temático: Ulloa-Millares, V

RESUMEN

Objetivo: Determinar potenciales factores de riesgo para diabetes mellitus gestacional (DMG). **Métodos:** Estudio de casos y controles realizado en el Hospital Alberto Sabogal mediante recolección de historias clínicas del 2009 a 2014. Se define como caso las gestantes con diagnóstico de DMG mediante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG), previa glucosa en ayunas anormal y control a la gestante sin valores indicativos de DMG. Las variables de interés fueron paridad, antecedente de cesáreas, abortos y recién nacido con mayor peso. Modelos de regresión logística fueron calculados para estimar odd ratios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%). **Resultados:** Se incluyeron 84 casos y 336 controles. En el modelo multivariado, la multiparidad incrementó el riesgo de DMG (OR= 3,54; IC95% 1,55 – 8,14). También, antecedente de abortos, a partir del segundo aborto (OR= 3,40, IC95% 1,55 – 7,44) y cesáreas previas (1 cesárea OR= 3,5 IC95% 1,89 – 6,47 y 2+ cesáreas OR=8,35 IC95% 3,50 – 19,95). La multiparidad, dos o más abortos y mayor número de cesáreas son factores de riesgo para DMG. **Palabras claves:** Diabetes Gestacional, paridad, cesárea, Prueba de tolerancia a la glucosa, macrosomía fetal.

ABSTRACT

Objectives: To identify risk factors for gestational diabetes mellitus (GDM). **Methods:** A case-control study was performed in Alberto Sabogal Hospital, collecting medical records from 2009 to 2014. A case was defined as a pregnant women diagnosed with GDM by an oral glucose tolerance test (OGTT) after an abnormal fasting glucose and control was defined as a pregnant women without GDM indicative values. The study outcome was GDM. The variables of interest were multiparity, previous cesarean section, abortions, newborn with the greatest weight. Logistic regression were used to calculate the odds ratio (OR) and a confidence interval of 95% (IC95%). **Results:** 84 cases and 336 controls were included. In the multivariate model, multiparity increased risk of GDM (OR= 3.54, 95% CI 1.55 to 8.14). As well history of abortions, from the second abortion (OR= 3.40, 95% CI 1.55 to 7.44) and previous cesarean section are also related (cesarean section 1 OR= 3.5 95% CI 1.89 to 6.47 and 2+ cesarean OR= 8.35 95% CI 3.50 to 19.95). Multiparity, two or more abortions, a biggest number of cesarean sections are GDM risk factors.

Key words: gestational diabetes, parity, cesarean section, glucose tolerance test, fetal macrosomia.

INTRODUCCIÓN

Se estima que en Perú la prevalencia de Diabetes Mellitus (DM) es de 7% (1) y uno de cada 100 de estos casos es de tipo gestacional (2). Un reporte previo, menciona que la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) afecta al 4% de las gestantes peruanas (3). En un meta-análisis previo se encontró una prevalencia de DMG de 3.4% (4). Se han registrado 200,000 casos al año en Estados Unidos que aumentan la morbilidad materno fetal (5-7). Por ejemplo, estudios como HAPO y otros describen un mayor número de cesáreas y óbitos fetales atribuibles a DMG, siendo la macrosomía neonatal una de las complicaciones más frecuentes (6, 8-10).

Diversos factores incrementan el riesgo de desarrollar DMG (11), la paridad, el antecedente de aborto y el antecedente familiar de diabetes mellitus se encuentran dentro del grupo más importante (4). En el caso de la multiparidad la información encontrada es controversial, dado que algunos estudios como Di Cianni la asocian a menor riesgo (12), mientras que en otros estudios a mayor riesgo (13, 14, 15). Sin embargo, una revisión sistemática menciona que las grandes multíparas tienen más riesgo de presentar obesidad y DMG (16).

Objetivos

El objetivo del presente estudio fue evaluar potenciales factores de riesgo de DMG, incluyendo antecedentes obstétricos como cesáreas previas, abortos previos y paridad.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de casos y controles no pareados en un ratio 1:4, en base a información recolectada de Historias Clínicas y de la Historia Clínica Perinatal (CLAP) del

Hospital Alberto Sabogal, Callao, Perú. Este hospital de nivel IV atendió 16,605 partos y 16,763 nacimientos en el año 2013, a donde suelen derivarse los embarazos considerados de alto riesgo obstétrico por ser un hospital de mayor capacidad resolutive (17).

Definiciones

Los casos se identificaron de los registros e historias clínicas de gestantes atendidas o referidas al Hospital Alberto Sabogal de los últimos cinco años (2009-2014) con controles prenatales iniciados durante el primer trimestre y con al menos un control en cada trimestre en el servicio de Gineco-Obstetricia. Solo se seleccionaron a las gestantes con el diagnóstico confirmado de DMG.

La variable resultado del estudio fue Diabetes Mellitus Gestacional, definida como aquella diagnosticada después de las 24 semanas de embarazo mediante una prueba de glucosa en ayunas. Si el valor encontrado fue ≥ 126 mg/dl, el diagnóstico fue confirmado mediante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG), ambos registrados en las historias clínicas revisadas. La prueba se realiza en un estado de ayunas de 8 a 14 horas (con un consumo mínimo de 150 g de carbohidratos en la dieta, en los últimos 3 días). Esta consiste en una muestra rápida de glucosa en sangre (inmediatamente después), a la hora y a las dos horas de la ingesta de una solución con 75gr de glucosa. La prueba fue considerada positiva si se encontraba al menos un valor anormal (rápido >92 mg/dl, 1hr >180 mg/dl o 2hr >153 mg/dl) (18, 19).

Los controles fueron seleccionados de los mismos registros e historias clínicas del Hospital Alberto Sabogal, ordenados por fecha de atención, de donde se seleccionaron los casos y en igual periodo de tiempo (5 años) en una razón de 4 controles consecutivos cada vez que se seleccionaba un caso.

Se definió como control, a aquellas gestantes con historia clínica en el mismo servicio que habían iniciado el control prenatal durante el primer trimestre con al menos uno en cada trimestre y que, al realizarse una prueba de glucosa en ayunas a partir de las 24 semanas de embarazo, esta fue normal cuando el valor era menor de 126mg/dl descartando el diagnóstico de DMG sólo con ese resultado.

Se excluyó de ambos grupos del estudio (casos y controles) a las gestantes con antecedente de infección por VIH y a las gestantes con embarazo múltiple.

Variables incluidas en el estudio

La variable de exposición de interés fue paridad, definida como el número de partos registrados hasta la fecha sin incluir el embarazo actual. Esta se categorizó como nulípara, gestante con un parto, gestante con 2 partos o múltipara (3 o más partos) (11). Otras variables de exposición incluidas en el análisis fueron: antecedentes obstétricos incluyendo cesáreas previas (0, 1 y 2+), el número de gestaciones previas (primigesta, segundigesta, o multigesta, es decir 3+ gestaciones), antecedente de abortos (0, 1 y 2+), y recién nacido de mayor peso previo al embarazo actual (<4000 o ≥ 4000 gramos). Todas estas variables fueron medidas a través de la Historia Clínica u hoja CLAP que toda gestante tiene como control de su embarazo. Finalmente, algunas variables fueron consideradas como potenciales confusores como la edad (<35 y ≥ 35), estado civil (soltera y con pareja), antecedente familiar de DM (si/no) y antecedente familiar de hipertensión arterial (si/no).

Las variables analizadas en este estudio se escogieron en base a investigaciones previas que evaluaban su asociación a DMG.

Cálculo del tamaño muestral

La muestra se tomó con una potencia de 80% y un nivel de significancia del 5%, basado en una proporción de casos (DMG) expuestos a paridad de 54.4% y una proporción de controles expuestos de 37.2% a la variable paridad de acuerdo a un estudio previo (13). El resultado fue una muestra mínima total de 405, compuesto por 81 casos y 324 controles, en una relación de 1:4 (Figura 1).

Recolección de Datos

En todos los hospitales se hace un seguimiento al embarazo desde el diagnóstico hasta el postparto, mediante las hojas CLAP e Historias Clínicas que recopilan información demográfica así como información clínica. Se recolectaron los datos de las gestantes a estudiar en un periodo 2009 al 2014. Con esta información se llenó una ficha de recolección de datos elaborada por las mismas investigadoras (Figura 2).

Plan de análisis de datos

Los datos fueron ingresados en el programa Microsoft Excel 2010®, a través de un proceso de doble digitación. El análisis de datos se realizó a través del paquete estadístico STATA 11.0 para Windows (STATA Corp LP, College Station, TX, US).

Primero se realizó un análisis descriptivo de la población estudiada comparando casos y controles. Para el análisis bivariado, algunas variables numéricas fueron categorizadas y comparadas usando la prueba de Chi cuadrado o la prueba Exacta de Fisher, según fuera el caso.

Se realizó regresión logística para evaluar la asociación entre las exposiciones de interés y DMG. Se obtuvieron valores de Odds Ratio (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%) que fueron ajustados (aOR) por potenciales confusores, es decir, se realizó el análisis de cada variable de forma individual ajustada a las variables confusoras como edad, estado

civil, antecedente familiar DM y antecedente familiar HTA en base a otros estudios realizados.

Se elaboraron varios modelos de análisis crudo y ajustado de cada variable de forma independiente entre ellas. En la tabla 3 se describen cinco modelos diferentes.

Aspectos éticos

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú, y el Comité Académico del Hospital Alberto Sabogal. Se realizó una revisión de historias clínicas sin usar información personal de las pacientes (identificadores personales).

RESULTADOS

Se incluyeron 84 casos y 336 controles. La media de edad de los casos fue de 30 (DE: 6,6) años y de los controles de 34 (DE: 4,9) años. Se encontró diferencia estadísticamente significativa en la edad y en el antecedente familiar de DM e HTA entre casos y controles (Tabla 1).

Cuando se realizó el análisis comparativo de los antecedentes gineco-obstétricos, se encontró asociación entre DMG y un mayor número de partos ($p < 0,001$), número de cesáreas previas al embarazo actual ($p < 0,001$), antecedente de un recién nacido previo macrosómico ($p < 0,001$) y abortos previos ($p = 0,001$) (Tabla 2).

En el modelo multivariable, las gestantes multíparas presentaron mayor probabilidad de Diabetes Mellitus Gestacional comparado con las gestantes nulíparas (Ver Tabla 3). Dentro de los otros factores, el antecedente de cesáreas previas y la historia de abortos previos estuvieron asociados a mayor probabilidad de presentar DMG. El antecedente de

recién nacido de mayor peso macrosómico con un promedio de 3647 g (DE: 484,9 g) en casos y 3425 g (DE: 763,7 g) en controles, también se encuentra asociado a DMG (Detalles presentados en la Tabla 3).

DISCUSIÓN

La paridad como factor asociado

Cualquier estado que aumente la resistencia a la insulina de manera crónica o repetida predispone a desarrollar diabetes mellitus gestacional, un ejemplo de ello es la multiparidad debido a que el embarazo es un estado diabetogénico (20). El presente estudio encontró que hay tres veces más probabilidad de presentar DMG en una gestante múltipara comparado a una nulípara. Seghieri y col mencionan que existe asociación entre paridad y DMG, pero que esta asociación también se vincula al sobrepeso pre-gestacional y la ganancia de este progresivamente en cada gestación (21). En una serie de estudios, entre ellos Khan y colaboradores, y, una revisión sistemática existe una asociación estadísticamente significativa entre multiparidad y DMG. (12,13,14). Por otra parte, en un estudio realizado en Australia, se revisaron casos desde 1995 hasta el 2005 y se encontró que la multiparidad es un factor protector para la DMG. Además, se menciona que este factor protector aumenta con el número de hijos que tiene la madre (23). En el estudio en mención se explica que existen otros factores asociados como la obesidad que generan resistencia a la insulina y a su vez infertilidad, por lo que hay casos de nuliparidad asociados a DMG que podrían explicar sus resultados (22,23). Por otra parte, en un estudio peruano realizado en el 2009 no se encontró asociación entre la variable descrita y DMG (11). Sin embargo, no especifica cómo calcularon su tamaño muestral por lo que no se puede saber si es suficiente.

Otras variables de exposición

Dentro del análisis multivariable, el antecedente de abortos previos ha demostrado asociación significativa para el desarrollo de diabetes mellitus gestacional, incrementando la probabilidad de desarrollar esta enfermedad en 3 veces. Asimismo, otros estudios, incluyendo un meta-análisis, encuentran asociación entre antecedentes de abortos y DMG (4,9,24). Ésta asociación se puede explicar porque el embarazo en sí, es un estado diabetogénico que aumenta el riesgo de DMG (19). En el presente estudio, así como en otros estudios realizados previamente, se ha encontrado asociación significativa entre el antecedente de macrosomía y DMG, incrementando el riesgo en cuatro veces (14,15,24).

Limitaciones

Existen otras variable consideradas potencialmente confusoras en este estudio como el nivel socioeconómico y años de educación que no pudieron ser medidos por no estar registrado en la fuente de obtención de datos. Al ser todas pacientes del Seguro Social (EsSalud), estas o sus parejas reciben un ingreso monetario fijo al estar laborando, siendo un sesgo de selección.

Al ser el diseño del estudio de tipo retrospectivo, algunos datos de las historias clínicas no fueron registrados o no pudieron ser verificados. Sin embargo, se espera que esto ocurra en casos y en controles en la misma magnitud (mala clasificación no diferenciada), que no afectaría los resultados del estudio, en todo caso subestimaría el valor real del OR obtenido.

La prueba de tolerancia oral a la glucosa no es aplicada a ambos grupos, solo a los casos. Al descartar el diagnóstico de DMG con el resultado de una prueba de glucosa en ayunas existe el riesgo de clasificar mal un caso en el grupo control. Sin embargo, el uso de la

PTOG para confirmar el diagnóstico DMG incrementa el VPP lo que hace más adecuada la selección los casos (25).

Fortalezas

El presente estudio tiene una mayor potencia al tener relación de casos y controles de 1:4, en comparación a otros estudios con un ratio menor. Por otra parte, las variables estudiadas no se han descrito previamente en nuestra población por otros estudios.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente estudio describe asociación entre DMG con algunos antecedentes obstétricos como la multiparidad, el antecedente de cesáreas y/o abortos. Por esta razón, se recomienda implementar medidas de prevención e identificación de gestantes con signos de alarma de DMG para realizar un diagnóstico temprano, así como el seguimiento de estas pacientes en el postparto.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener conflicto de interés en la publicación del artículo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seclen SN, Rosas ME, Arias AJ, Huayta E, Medina CA. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population based longitudinal study. *BMJ Open Diabetes Research and Care* 2015; 3:e000110.
2. Revilla L. Situación de la vigilancia de diabetes en el Perú, al I semestre de 2013. *2013; 22 (39): 825–828*
3. ESSALUD Seguro Social de Salud del Perú [Internet]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/2012/11/14/diabetes-mellitus-afecta-al-4-de-gestantes-en-el-peru/>
4. Jafari-Shobeiri M, Ghojzadeh M, Azami-Aghdash S, Naghavi-Behzad M, Piri R, Pourali-Akbar Y et al. Prevalence and Risk Factors of Gestational Diabetes in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health* 2015; 44(8):1036-1044.
5. American Diabetes Association. Gestational Diabetes Mellitus. Definition, detection, and diagnosis. *Diabetes care* 2003; 26(1): S103-S105
6. The HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. *N Engl J Med* 2008; 358:1991-2002.
7. Kampmann U, Madsen LR, Skajaa GO, Iversen DS, Moeller N, Ovesen P. Gestational diabetes: A clinical update. *World J Diabetes* 2015; 6(8): 1065-1072
8. Wendland EM, Torloni MR, Falavigna M, Trujillo J, Dode MA, Campos MA et al. Gestational diabetes and pregnancy outcomes - a systematic review of the World Health Organization (WHO) and the International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012; 12:23.
9. Bener A, Saleh N, Al-Hamaq A. Prevalence of gestational diabetes and associated maternal and neonatal complications in a fast-developing community: global comparisons. *International Journal of Women's Health* 2011; 3:367–373
10. Schmidt M, Duncan BB, Reichelt AJ, Branchtein L, Matos MC, Costa e Forti A et al. Gestational Diabetes Mellitus Diagnosed With a 2-h 75-g Oral Glucose Tolerance Test and Adverse Pregnancy Outcomes. *Diabetes Care* 2001; 24(7):1151–1155.
11. Ylave G, Gutarra RB. Diabetes mellitus gestacional. Experiencia en el Hospital militar central. *Rev Per Ginecol Obstet* 2009; 55:135-142

12. Di Cianni G, Volpe L, Lencioni C, Miccoli R, Cuccuru I, Ghio A, et al. Prevalence and risk factors for gestational diabetes assessed by universal screening. *Diabetes Res Clin Pract* 2003; 62(2):131-7.
13. Khan R, Ali K, Khan Z. Socio-demographic risk factors of Gestational Diabetes Mellitus. *Pak J Med Sci* 2013; 29(3):843-6.
14. Keshavarz M, Cheung NW, Babae GR, Moghadam HK, Ajami ME, Shariati M. Gestational diabetes in Iran: incidence, risk factors and pregnancy outcomes. *Diabetes Res Clin Pract* 2005; 69:279–286
15. Campo-Campo MN, Posada-Estrada G, Betancur-Bermúdez LC, Jaramillo-Quiceno DM. Factores de riesgo para diabetes gestacional en población obstétrica en tres instituciones de Medellín, Colombia. Estudio de casos y controles. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2012; 63:114-118
16. Yves J, Katrien V, Sanne V. A Systematic Review of Grand Multiparity. *Current Women's Health Reviews* 2006; 2(1)
17. ESSALUD Seguro Social de Salud del Perú [Internet]. Estadística Institucional. EsSalud en Cifras: Informativo Mensual 2013. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>
18. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes care* 2013; 36(1): 67-74
19. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2013. *Diabetes Care* 2013; 36(1): 11-66.
20. Buchanan TA, Xiang AH. Gestational diabetes mellitus. *J Clin Invest* 2005; 115(3): 485–491
21. Seghieri G, De Bellis A, Anichini R, Alviggi L, Franconi F, Breschi MC. Does parity increase insulin resistance during pregnancy? *DiabeticMed* 2005; 22(11):1574-80.
22. Anna V, van der Ploeg HP, Cheung NW, Huxley RR, Bauman AE. Sociodemographic correlates of the increasing trend in prevalence of gestational diabetes mellitus in a large population of women between 1995 and 2005. *Diabetes Care* 2008; 31(12): 2288-93.
23. Santillana E, Ávila F. Infertilidad e insulinoresistencia. *Arch Inv Mat Inf* 2009; 1(3):118-122

24. Soheilykhah S, Mogibian M, Rahimi-Saghand S, Rashidi M, Soheilykhah S, Piroz M. Incidence of gestational diabetes mellitus in pregnant women. *Iranian Journal of Reproductive Medicine* 2010; 8(1): 24-28
25. Buchanan TA, Xiang AH, Page KA. Gestational Diabetes Mellitus: Risks and Management during and after Pregnancy. *Nat Rev Endocrinol* 2012; 8(11): 639–649.

TABLAS

Tabla 1: Características demográficas de los casos y controles

Características	Casos (n=84)	Controles (n=336)	Valor p
EDAD			0,001*
<35 años	44 (52,38%)	241(71,73%)	
>=35 años	40 (47,62%)	95 (28,27%)	
ESTADO CIVIL			0,061*
Soltera	10 (11,90%)	70 (20,90%)	
Con Pareja	74 (88,10%)	265 (79,10%)	
ANTECEDENTE FAMILIAR DE DM			<0,001*
No	40 (47,62%)	250 (74,4%)	
Si	44 (52,38%)	86 (25,6%)	
ANTECEDENTE FAMILIAR DE HTA			0,024*
No	51 (60,71%)	246 (73,21%)	
Si	33 (39,29%)	90 (26,79%)	

*Prueba Chi cuadrado

Tabla 2. Características Ginecobstétricas de casos y controles

Características	Casos (n=84)	Controles (n=336)	Valor p
PARIDAD			<0,001*
0 partos	15 (17,86%)	102 (30,36%)	
1 Parto	25 (29,76%)	108 (32,14%)	
2 Partos	21 (25,00%)	91 (27,08%)	
3+ partos	23 (27,38%)	35 (10,42%)	
NÚMERO DE GESTACIONES			0,070*
Primigesta	10 (12,35%)	77 (22,92%)	
Segundigesta	24 (29,63%)	103 (30,65%)	
3+ gestaciones	47 (58,02%)	156 (46,43%)	
CESÁREAS			<0,001**
0 cesáreas	42 (50,0%)	277 (82,44%)	
1 cesárea	26 (30,95%)	47 (13,99%)	
2+ cesáreas	16 (19,05%)	12 (3,57%)	
RN MAYOR PESO			<0,001*
Eutrófico	68 (80,95%)	320 (95,24%)	
Macrosómico	16 (19,05%)	16 (4,76%)	
GANANCIA DE PESO			0,226**
Normal	1 (14,29%)	11 (35,48%)	
Baja Ganancia	3 (42,86%)	5 (16,13%)	
Alta Ganancia	3 (42,86%)	15 (48,39%)	
ABORTOS PREVIOS			0,001*
0 abortos	49 (58,33%)	232 (69,05%)	
1 abortos	19 (22,62%)	83 (24,70%)	
2+ abortos	16 (19,05%)	21 (6,25%)	

*Prueba Chi cuadrado, **Test exacto de Fisher

Tabla 3. Factores asociados a Diabetes mellitus gestacional

CARÁCTERÍSTICAS	MODELO CRUDO		MODELO AJUSTADO*	
	OR	IC 95%	aOR	IC 95%
PARIDAD				
Nuliparidad	1 (Ref)		1 (Ref)	
1 Parto	1,57	0,79 – 3,15	1,50	0,72 – 3,11
2 Partos	1,57	0,76 – 3,22	1,14	0,53 – 2,48
Multiparidad	4,47	2,10 – 9,51	3,54	1,55 – 8,14
CESÁREAS				
0 cesáreas	1 (Ref)		1 (Ref)	
1 cesárea	3,65	2,05 – 6,51	3,50	1,89 – 6,47
2+ cesáreas	8,79	3,89 – 19,88	8,35	3,50 – 19,95
RN MAYOR PESO				
Eutrófico	1 (Ref)		1 (Ref)	
Macrosómico	4,71	2,24 – 9,87	4,24	1,94 – 9,29
GESTACIONES				
Primigesta	1 (Ref)		1 (Ref)	
Segundigesta	1,79	0,81 – 3,97	1,47	0,64 – 3,36
3+ gestaciones	2,32	1,11 – 4,84	1,56	0,71 – 3,43
ABORTOS				
0 Aborto	1 (Ref)		1 (Ref)	
1 Aborto	1,08	0,60 – 1,95	0,92	0,50 – 1,73
2+ Abortos	3,61	1,76 – 7,41	3,40	1,55 – 7,44

*Ajustado por Edad, Estado Civil, Antecedente familiar DM y Antecedente familiar HTA.

FIGURAS

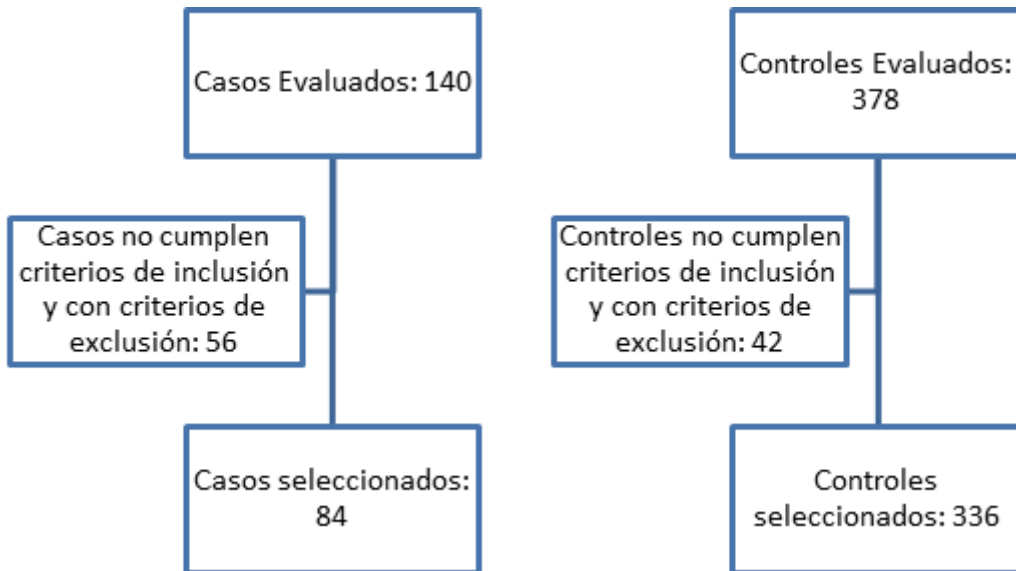


Figura 1. Flujograma

2. Revista de Publicación

Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología




Sitio de la publicación médica cubana

Revistas Médicas Cubanas

Página de inicio
Acerca de esta revista
Cuerpo editorial
Instrucciones a los autores
Infomed



RNPS 0132
ISSN 0138-600X
versión impresa
RNPS 1865
ISSN 1561-3062
versión electrónica
Última actualización
28/12/2015



Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología

<p>Vol 41, año 2015 No. 1 No. 2 No. 3 No. 4</p>	<p>Vol 40, año 2014 No. 1 No. 2 No. 3 No. 4</p>	<p>Vol 39, año 2013 No. 1 No. 2 No. 3 No. 4 Suplemento Especial</p>
<p>Vol 38, año 2012 No. 1 No. 2 No. 3 No. 4</p>	<p>Vol 37, año 2011 No. 1 No. 2 No. 3 No. 4</p>	<p>Vol 36, año 2010 No. 1 No. 2 No. 3 No. 4</p>
<p>Vol 35, año 2009 No. 1 No. 2 No. 3 No. 4</p>	<p>Vol 34, año 2008 No. 1 No. 2 No. 3</p>	<p>Vol 33, año 2007 No. 1 No. 2 No. 3</p>

Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia

Country: Cuba

Subject Area: Medicine

Subject Category:

Category	Quartile (Q1 means highest values and Q4 lowest values)															
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Obstetrics and Gynecology	Q3	Q3	Q3	Q4	Q4	Q4	Q4		Q4	Q4	Q4	Q3	Q4	Q3	Q3	Q3

Publisher: Editorial Ciencias Médicas. Publication type: Journals. ISSN: 0138600X

Coverage: 1996-2002, 2006-2014

H Index: 7

Scope:

Publicar artículos tanto de obstetricia y ginecología como de especialidades afines. Contiene trabajos originales, revisiones bibliográficas y presentaciones de casos, principalmente de autores cubanos. (source)

3. Situación del envío

ENVÍO DEL ARTÍCULO A LA REVISTA DE PUBLICACIÓN

La multiparidad como factor de riesgo de Diabetes Melitus Gestacional



Anny Huilca <annyhuilca@gmail.com>

22:51 (hace 0 minutos) ☆



para revista.scog

Buenas Noches,

Las autores del presente trabajo somos Médicos Cirujanos graduadas de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas y nos encontramos interesadas en publicar nuestro artículo en su revista, esperamos que sea de su interés.

Saludos cordiales,

Anny Huilca
Autor corresponsal

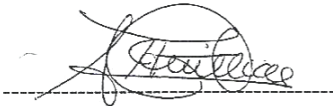
2 archivos adjuntos



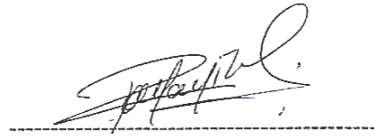
4. Carta de Compromiso

CARTA DE COMPROMISO

El día 26 de Febrero del 2016 se realizó el envío del Artículo Científico con título “La Multiparidad como factor de riesgo de Diabetes Mellitus Gestacional” a la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Nos comprometemos a corregir las observaciones planteadas por la revista y, en caso sea rechazado, a enviar el artículo a otra revista indizada en SCOPUS.



Anny Dennis Huillca Briceño
Autora



Nathalie Melissa Romani Varillas
Autora