



# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

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

**“FRECUENCIA DE COMPLICACIONES CLINICO-  
QUIRURGICAS EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA DE LA  
CIUDAD DE QUITO DURANTE EL PERIODO 2009-2010”**

**TESINA DE GRADO PREVIO LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE:  
Médico General**

**POR:  
Carlos Moreno Cobos  
Santiago Allauca Tingo**

**Tutores:  
Dr. Flavio Vintimilla  
Dr. Ángel Mayacela**

**RIOBAMBA-ECUADOR  
2011**

## **DERECHO DE AUTORÍA**

Nosotros, Carlos Moreno y Santiago Allauca somos responsables de las ideas, resultados y propuestas expuestas en el presente trabajo de investigación, y los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

### **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios, por la vida y por ser tan generoso con nosotros brindándonos cada día salud para seguir consiguiendo cada una de nuestras metas.

Agradecemos a nuestros padres que fueron los pilares fundamentales en nuestras vidas para alcanzar cada uno de nuestros logros conseguidos, y con ese amor incondicional, han sabido apoyarnos y han sido nuestro soporte para culminar esta carrera.

Nuestros agradecimientos también al personal docente de la especialidad; de la Universidad Nacional de Chimborazo que con su paciencia supieron impartir, sus conocimientos que quedan sembrados en cada uno de nosotros y que darán frutos de calidad y servicio en el futuro a la sociedad.

**DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación  
va dedicado a mis padres, hermanas y  
amigos quienes con su apoyo generoso  
supieron guiarme y brindarme sanos  
consejos

SANTIAGO ALLAUCA

**DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de investigación, que es fruto de mi  
responsabilidad y esfuerzo; a mis padres, hermanos y  
en especial a mi esposa e hijos que fueron la  
inspiración principal para seguir adelante, para  
levantarme cuando me he caído y seguir luchando  
hasta conseguir esta meta al brindarme todo su apoyo  
su amor y cariño para culminar mi carrera y sea  
alguien útil para la sociedad.

CARLOS MORENO

## RESUMEN

Durante nuestra experiencia como estudiantes de medicina en el servicio de ginecología obstetricia surgieron interrogantes que explicaran la alta incidencia de complicaciones clínico-quirúrgicas que contribuyen a la morbilidad materno fetal.

Usualmente las complicaciones clínicas y quirúrgicas se maneja con tratamiento médico hasta después del parto cuando se puede realizar con un mínimo riesgo materno-fetales sin embargo una complicación aguda, empeoramiento o una enfermedad grave requiere una rápida intervención quirúrgica.

El embarazo induce profundos cambios fisiológicos en cada uno de los sistemas y estos pueden ampliar o desorientar la evaluación de ciertos trastornos, el embarazo también altera varias evaluaciones de laboratorio estándar, en mujeres no embarazadas algunas de estas sugerirían disfunción notoria de órganos o por el contrario normalidad en un momento en que la mujer estaba muy enferma.

De acuerdo a lo anterior hemos decidido realizar la presente investigación para establecer la relación entre las variables con el fin de determinar factores de riesgo y soluciones que contribuyan a disminuir la morbilidad materna.

Usualmente, la apendicitis y la colecistitis se maneja con tratamiento médico hasta después del parto cuando la cirugía se puede realizar con un mínimo riesgo materno-fetales sin embargo una complicación aguda, empeoramiento o una enfermedad grave requiere una rápida intervención quirúrgica

En nuestro estudio se evidencia que existen múltiples patologías clínicas y quirúrgicas que pueden complicar el curso normal del embarazo llegando incluso a su terminación.

Se evidencia que en los últimos años se a incrementado la mortalidad materna principalmente por causas clínicas entre las que tenemos la eclampsia, la hipertensión arterial y el síndrome de hellp y sin ninguna muerte por causa quirúrgica.

La apendicitis es la responsable de aproximadamente el 75 % de todos los casos de urgencia quirúrgica durante el embarazo. En caso de existir demora en cuanto a tomar la resolución de extirpar el apéndice, esto podría provocar el aumento del riesgo de mortalidad materna y fetal.

La valoración de un abdomen agudo es más difícil durante la gestación que fuera de esta, debido al crecimiento del útero.

**SUMMARY**

During our experience like medicine students in the service of gynecobstetricia arose queries that you/they explained the high incidence of clinical-surgical complications that you/they contribute to the fetal maternal morbimortalidad.

The clinical and surgical complications are usually managed with medical treatment until after the childbirth when it can be carried out however with a maternal-fetal minimum risk a sharp complication, worsening or a serious illness requires a quick surgical intervention.

The pregnancy induces deep physiologic changes in each one of the systems and these they can enlarge or to disorient the evaluation of certain dysfunctions, the pregnancy also alters several evaluations of standard laboratory, in non pregnant women some of these they would suggest notorious disfunción of organs or on the contrary normality in a moment in that the woman was very sick.

According to the above-mentioned we have decided to carry out the present investigation to establish the relationship among the variables with the purpose of determining factors of risk and solutions that contribute to diminish the maternal morbimortalidad.

Usually, the appendicitis and the colecistitis are managed with medical treatment until after the childbirth when the surgery can be carried out however with a maternal-fetal minimum risk a sharp complication, worsening or a serious illness requires a quick surgical intervention

In our study it is evidenced that multiple clinical and surgical pathologies that can complicate the normal course of the pregnancy even arriving to their termination exist.

It is evidenced that in the last years you had increased the maternal mortality mainly by causes clinics among those that we have the eclampsia, the arterial hypertension and the hellp syndrome and without any death for surgical cause.

The appendicitis is the responsible for approximately 75% of all the cases of surgical urgency during the pregnancy. In the event of existing delay as for taking the resolution of extirpating the appendix, this could cause the increase of the risk of maternal and fetal mortality.

The valuation of a sharp abdomen is more difficult during the gestation than outside of this, due to the growth of the uterus.

## VII

### INDICE

Portada	
Derechos de autoría	II
Agradecimiento	III
Dedicatoria	IV
Resumen	V
Summary	VI
Índice	VII
Índice de tablas	XI
Índice de gráficos	XIII
Introducción	1
CAPITULO I	3
Marco referencial	3
1. Problematización	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivo	5
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específico	5
1.4 Justificación	6
CAPITULO II	7
2. Marco teórico	7
2.1 Marco institucional.	7
2.1.1.-Posicionamiento personal	7

## VIII

2.1 Marco institucional.	7
2.1.1.-Posicionamiento personal	7
2.2.-Fundamentación Teórica	8
2.2.1.- Factores sociodemográficos	8
2.2.2 Antecedentes médicos	8
2.2.2.1 Hipertensión arterial	9
2.2.2.2 Diagnóstico	10
2.2.2.3 Medicamentos para la HTA en el embarazo	10
2.2.2.4 Cardiopatías	11
2.2.2.4.1 Las enfermedades del corazón en el embarazo	13
2.2.2.4.2 La enfermedad cardíaca congénita	13
2.2.2.5 La epilepsia durante el embarazo	13
2.2.2.5.1 Frecuencia de las crisis incrementa el riesgo de anomalías	14
2.2.2.6 Diabetes durante la gestación	14
2.2.2.6 .1 Manejo de la Diabetes en el embarazo	15
2.2.2.6 .2 El tratamiento médico	15
2.2.2.6 .3 Protocolos de terapia de insulina	15
2.2.2.7 Patologías respiratorias.	15
2.2.2.8 Patologías hematológicas	16
2.2.2.9 Cambios músculo-esqueléticos	17
2.2.2.10 Eclampsia y Preeclampsia	19
2.2.2.11 Complicaciones tromboembólicas de la gestación	20

## IX

2.2.2.10 Eclampsia y Preeclampsia	19
2.2.2.11 Complicaciones tromboembólicas de la gestación	20
2.2.2.12 Infecciones	21
2.2.2.13 Pielonefritis en el embarazo	22
2.2.2.14 Hepatitis B La hepatitis B	23
2.2.2.15 Infecciones TORCH:	23
2.2.2.15.1 Diagnóstico de la toxoplasmosis	23
2.2.2.15.2 Tratamiento	24
2.2.2.16 Sífilis	24
2.2.2.16.1 Tratamiento de la sífilis en el embarazo	24
2.2.2.17 Infecciones por VIH en el embarazo	24
2.2.2.18 Las infecciones de rubéola	25
2.2.2.18.1 Diagnóstico de las infecciones de rubéola materna	25
2.2.2.19 Citomegalovirus (CMV)	25
2.2.2.19.1 Diagnóstico de Citomegalovirus	25
2.2.2.20 Virus del herpes simple (HSV) tipo II	26
2.3.2.21 TRASTORNOS QUIRÚRGICOS	26
2.3.2.21.1 Coleletiasis y colecistitis	26
2.3.2.21.2 Apendicitis	26
2.2.4.5 Trauma en el embarazo	27
2.3.- Definición de Términos Básicos	28

2.2.4.5 Trauma en el embarazo	27
2.3.- Definición de Términos Básicos	28
2.4.1 Sistema de Hipótesis	30
2.4.2.- Variables	30
2.4.2.1 Variable Independiente	30
2.4.2.2 Variable Dependiente	30
2.5 Operacionalización de variables	30
<b>CAPITULO III</b>	<b>31</b>
<b>3. MARCO METODOLOGICO</b>	<b>31</b>
3.1 Método	31
3.2 Población y Muestra	31
3.2.1 Población	31
3.2.2 Muestra	31
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3.4 Técnicas para el análisis e interpretación de resultados	32
<b>CAPITULO IV</b>	<b>45</b>
4.1 Conclusiones	45
4.2 Recomendaciones	46
4.2 Anexos	47
5. Bibliografía	48

## INTRODUCCIÓN

Usualmente las complicaciones clínicas y quirúrgicas se maneja con tratamiento médico hasta después del parto cuando se puede realizar con un mínimo riesgo materno-fetales sin embargo una complicación aguda, empeoramiento o una enfermedad grave requiere una rápida intervención quirúrgica

El embarazo induce profundos cambios fisiológicos en cada uno de los sistemas y estos pueden ampliar o desorientar la evaluación de ciertos trastornos, el embarazo también altera varias evaluaciones de laboratorio estándar, en mujeres no embarazadas algunas de estas sugerirían disfunción notoria de órganos o por el contrario normalidad en un momento en que la mujer estaba muy enferma.

Diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en 2005 hubo 536 000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado.

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas

El 99% de las muertes maternas que se registran en el mundo corresponden a los países en desarrollo. La RMM es de 450 por 100 000 nacidos vivos en las regiones en desarrollo, y de 9 por 100 000 en las regiones desarrolladas.

Además de las diferencias entre países, también hay grandes disparidades dentro de un mismo país entre ricos y pobres, así como entre poblaciones urbanas y rurales.

El embarazo fue una vez considerado una contraindicación para una intervención quirúrgica sin embargo lo que constituye realmente un riesgo es si se presenta alguna complicación posterior a la cirugía. Todavía existe cierta controversia en cuanto a la seguridad de los procedimientos laparoscópicos durante el embarazo.

La apendicitis es la responsable de aproximadamente el 75 % de todos los casos de urgencia quirúrgica durante el embarazo. Durante el embarazo, la apendicitis aguda presenta peligros serios para la madre y el feto. Se la ha catalogado como la emergencia quirúrgica más común durante el embarazo. Por lo común ocurre con más frecuencia durante el segundo trimestre de la gestación.

La valoración de un abdomen agudo es más difícil durante la gestación que fuera de esta, debido al crecimiento del útero y a menudo puede confundirse los síntomas de molestias del tracto urinario con el apéndice.

La operación inmediata es el tratamiento de elección, independientemente de la edad gestacional en los últimos siete años, la cirugía laparoscópica se ha desarrollado como una opción de tratamiento potencial para pacientes embarazadas en el exterior sin embargo en el Ecuador se sigue realizando la cirugía abierta como tratamiento quirúrgico en estas dos patologías.

La demora en la intervención se produce por la preocupación del daño que podría causar la operación sobre el embarazo, con la decisión consiguiente de operar sólo cuando se tiene la certeza definitiva de apendicitis aguda. Esta demora en practicar la operación genera gran número de apéndices perforados y un daño mucho mayor para el embarazo.

## **CAPITULO I**

### **1. PROBLEMATIZACION**

#### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Debido a que las pacientes embarazadas con complicaciones clínico-quirúrgicas presentan muchos problemas propios tanto diagnósticos como terapéuticos y si no se reconoce o se entiende los cambios fisiológicos, puede retrasar las demandas del paciente, el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

Tenemos que saber diferenciar los síntomas que son normales durante el embarazo de aquellos que pueden indicar un trastorno más importante, comprender como ambos pueden afectarse entre sí, evaluar con seguridad a las pacientes embarazada y tratar con seguridad la afección, sin producir efectos adversos en la madre o el feto

El análisis de la morbilidad y mortalidad es una de las actividades más importantes para evaluar el estado de salud de una población, al igual que distintos organismos en el campo de la salud, han mostrado un interés especial en el estudio de los problemas de la mujer y en la disminución de la mortalidad materna.

De esta manera, el equipo de trabajo deberá estar atento a cualquier manifestación clínica que surja en el paciente, sea esta de mejoría o de complicación ya que cualquier cambio puede significar una mala evolución que termine con la muerte del paciente.

En el embarazo se producen cambios anatómicos y fisiológicos que pueden presentar síntomas similares a algunas patologías debido al crecimiento del útero durante el embarazo hace más difícil la interpretación del dolor abdominal y el aumento de sensibilidad a la palpación y hace más difícil la valoración o muchas veces se puede confundir con ITU.

La colecistitis aguda y apendicitis son las emergencias más comunes intra-abdominal que complican el embarazo y se asocian con significativas tasas de aborto espontáneo, parto prematuro, y fetal mortalidad.

La gran incidencia de litiasis en mujeres en edad fértil está relacionada con el número de embarazos. En nulíparas jóvenes, la enfermedad tiene una prevalencia semejante a la de los hombres de edad comparable. En cambio, la colelitiasis es mucho más frecuente en las multíparas. Este fenómeno depende del número de partos de la mujer más que de su edad.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Teniendo en cuenta que uno de las metas de un país es lograr el desarrollo de sus poblaciones como su principal responsabilidad. La participación de los funcionarios del área de la salud es fundamental para plantear y facilitar la ejecución de estrategias que contribuirán a mejorar la calidad de atención de la población y evitar así la recarga de trabajo.

Es difícil cuantificar con exactitud la incidencia de enfermedades clínicas y quirúrgicas que complican el embarazo, pero pueden estimarse mediante diversos índices de hospitalización.

En base a los antecedentes anotados surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es la frecuencia de complicaciones clínico- quirúrgicas en embarazadas atendidas en el Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito durante el periodo 2009-2010?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar las complicaciones clínico-quirúrgicas más frecuentes en las pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito durante el periodo 2009-2010

### **1.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar el grupo etáreo que presentó más complicaciones clínico quirúrgicas.
2. Identificar los factores de riesgo que predisponen a estas patologías.
3. Determinar si las patologías clínicas y quirúrgicas aumentaron la mortalidad materna.

### **1.3.3.- JUSTIFICACIÓN**

Tomando en cuenta la frecuencia de hospitalizaciones durante el embarazo por patologías clínica y quirúrgicas no obstétricas, su relación con el aumento de la mortalidad y las dificultades que se presentan en la diferenciación de la sintomatología que son similares y son puntos de posible duda y equivocación y tomando en cuenta el hecho de que estas patologías y sus complicaciones pueden ser prevenidas a través del manejo oportuno, adecuado y preciso, se considera de relevancia el conducir un trabajo de investigación que comprende el periodo 2009-2010 según los casos que se logren investigar en las pacientes atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito en donde se realizará el presente trabajo investigativo.

La calidad de atención en esta unidad hospitalaria es un proceso que pretende alcanzar el más alto grado de excelencia en atención a las pacientes en todo el proceso de gestación es por esto que para lograrlo es necesario la existencia de un proceso de mejora continua en el que participen todos los profesionales para de esta manera tomar medidas apropiadas para reducir el ingreso de embarazadas al dar un diagnóstico erróneo y así evitar la duplicidad de funciones, la recarga de trabajo y la prolongación en la obtención de resultados

De esta manera se lograrán beneficios, teniendo un manejo terapéutico adecuado y acertado de dichas patologías, tanto el personal médico y de enfermería optimizarán sus conocimientos para un tratamiento acertado.

## **CAPITULO II**

### **2.-MARCO TEORICO**

#### **2.1.- MARCO INSTITUCIONAL.**

La Maternidad se creó inicialmente para atender la demanda de la ciudad de Quito y sus alrededores. Para marzo de 1951, fecha de su inauguración, la Maternidad Isidro Ayora atendía a una población de 250.000 a 300.000 habitantes de la ciudad de Quito.

A lo largo de los años, la institución se ha transformado en un hospital de referencia para Pichincha, la sierra ecuatoriana y para todo el territorio nacional.

Al momento, el Hospital Gíneco-Obstétrico ðIsidro Ayoraö de Quito es una unidad del Ministerio de Salud de tercer nivel, considerada como Hospital de Especialidad, que atiende a mujeres adultas y adolescentes gestantes, en labor de parto, madres lactantes, recién nacidos/as normales y patológicos y mujeres en la esfera ginecológica. (1)

#### **2.1.1 POSICIONAMIENTO PERSONAL**

En el embarazo se producen una serie de cambios que tienen como fin acondicionar el cuerpo de la madre para la gestación así como para el parto.

Durante este estado en el que la mujer enfrenta muchos cambios que involucran todos los sistemas corporales y que pueden cursar con diferentes patologías clínicas-quirúrgicas que complican el embarazo como el caso de las infecciones de vías urinarias, apendicitis aguda siendo estas una de las emergencias más comunes intra-abdominal que complican a la mujer embarazada (4)

Históricamente, la apendicitis y la colecistitis se maneja con tratamiento médico hasta después del parto cuando la cirugía se puede realizar con un mínimo riesgo materno-fetales el riesgo agudo empeoramiento o una enfermedad grave requiere una rápida valoración así también requiere una intervención quirúrgica.(13)

## **2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

El embarazo situación en la que se encuentra la mujer desde la concepción hasta el parto. El embarazo normal tiene una duración de 280 días, puede conllevar una serie de situaciones negativas que complican, dificultan o incluso impiden el normal desarrollo del mismo.

### **2.2.1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS**

Las circunstancias de la mujer embarazada pueden presentar una serie de factores que hacen que el embarazo sea potencialmente complicado. Dichos factores son:

- Edad materna igual o menor de 15 años.
- Edad materna igual o mayor de 35 años.
- Índice de masa corporal (IMC) de obesidad, es decir, mayor de 29.
- Índice de masa corporal (IMC) de delgadez, es decir, menor de 20.
- Tabaquismo.
- Alcoholismo.
- Drogadicción.
- Nivel socioeconómico bajo.

Cada uno de dichos factores implica un manejo del embarazo que lleva a una mayor frecuencia de las consultas de seguimiento.

Igualmente implica un adecuado consejo higiénico y dietético de la mujer embarazada. (1)

### **2.2.2 ANTECEDENTES MÉDICOS**

Con determinada frecuencia la mujer embarazada presenta una serie de patologías médicas que con el embarazo pueden verse agravadas.

Las circunstancias patológicas que pueden poner en riesgo el embarazo y/o la salud de la mujer son:

- Hipertensión arterial.
- Cardiopatías.
- Enfermedad renal.
- Diabetes.
- Endocrinopatías.
- Enfermedad respiratoria crónica.
- Enfermedades hematológicas.
- Epilepsia y otras enfermedades neurológicas.
- Enfermedad psiquiátrica.
- Enfermedad hepática con insuficiencia.
- Enfermedad autoinmune con afectación sistémica.
- Tromboembolismo.
- Patología médico-quirúrgica grave.(2)

### **2.2.2.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Los estados hipertensivos del embarazo son una de las complicaciones con mayor repercusión en la salud materna. Continúan siendo una de las cuatro primeras causas de mortalidad en la mujer embarazada, tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo, y son también causas de morbilidad potencialmente grave (generalmente transitoria, pero con riesgo de secuelas permanentes): alteraciones neurológicas, hepáticas, hematológicas y renales. (7)

No sólo existen repercusiones maternas sino también fetales, ya que la alteración placentaria asociada puede producir retrasos de crecimiento, con potencial riesgo de muerte fetal, y obligar a finalizar la gestación antes de término. Los estados hipertensivos del embarazo constituyen una de las primeras causas de prematuridad electiva tanto en interés fetal como materno. (9)

Se clasifican los estados hipertensivos del embarazo en cuatro grupos:

- Hipertensión crónica.
- Preeclampsia-eclampsia.

- Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida.
- Hipertensión transitoria.

Se define hipertensión a una presión arterial sistólica igual o superior a 140 mm. Hg. o una presión de 90 mm. Hg. en la diastólica, determinadas en dos ocasiones separadas un mínimo de cuatro horas. Una elevación de 30 mm. Hg. en la sistólica o de 15 mm. Hg en la diastólica. (9)

Ante la detección de una hipertensión en una embarazada, debe establecerse el tipo y la gravedad de la misma y descartar la existencia de patología asociada, por lo que se aconseja realizar una valoración analítica completa con evaluación de la función renal y proteinuria, función hepática y pruebas de coagulación, así como solicitar exploraciones de fondo de ojo y ECG. Si se descartan las patologías asociadas (especialmente la proteinuria que haría sospechar preeclampsia) se debe llevar un control mayor del habitual de la embarazada (cada dos semanas hasta la semana 30 y semanalmente después de ella). (9)

Con evolución favorable (control tensional adecuado y ausencia de signos de Preeclampsia y signos de bienestar fetal correcto), el embarazo puede transcurrir con normalidad hasta la semana 40 y es factible continuar con la actividad laboral. (5)

#### **2.2.2.2 DIAGNÓSTICO**

- PA > 140/90 (2 lecturas de 8 horas de diferencia)
- Proteinuria (> 1 300mg/24hr o más)
- Edema no dependiente (de manos y cara). (7)

#### **2.2.2.3 MEDICAMENTOS PARA LA HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO (<150 / 100)**

- Metildopa
  - Los estudios a largo plazo, demuestran seguridad y eficacia
  - Los efectos secundarios : somnolencia, anemia hemolítica, prueba de Coombs positiva

- Los beta-bloqueantes (propranolol)
- Se asoció con RCIU
- Probablemente sea seguro
- Combinados alfa y beta bloqueador (lebatolol)
  - Seguro y eficaz
- Bloqueadores alfa (prazosin,)
- Los antagonistas del calcio (nifedipino)
  - Eficaz y segura al parecer
  - Dolores de cabeza son un efecto secundario común
- Vasodilatadores directos (hidralazina)
- Hidroclorotiazida
  - Impide la expansión de volumen
  - Trombocitopenia neonatal reportados

Enzima convertidora de angiotensina (IECA)

- Contraindicado en el embarazo
  - Oligohidramnios
  - Insuficiencia renal neonatal
  - La mortalidad perinatal. (7)

#### **2.2.2.4 CARDIOPATÍAS**

Durante el embarazo se producen una serie de alteraciones funcionales en diversos órganos de la economía. Las modificaciones cardiovasculares no suponen riesgo para la mujer sana. Sin embargo, en una paciente con una cardiopatía pueden ser peligrosas. En su origen existen tres factores: (8)

- Causas hormonales: los esteroides se fijan en los receptores del miocardio y estimulan la producción de proteína contráctil.
- Causas volumétricas: por el aumento del volumen plasmático durante el embarazo.

- Necesidades nutritivas: las demandas para el desarrollo y crecimiento fetal se satisfacen mejor con una circulación hipercinética que facilite los mecanismos de intercambio.<sup>(8)</sup>

Los cambios cardiovasculares que se producen durante el embarazo son:

- Aumento del tamaño del corazón que es desplazado hacia arriba y hacia la izquierda y, en consecuencia, se modifica la topografía del choque de la punta (lo que puede ser interpretado como patológico).
- A la auscultación puede existir soplo sistólico de eyección y un refuerzo del primer ruido.
- El gasto cardiaco (producto del volumen sistólico por la frecuencia) aumenta en un 30 o 40 %, como consecuencia del aumento de la frecuencia cardiaca.
- La modificación de la resistencia vascular periférica provoca leves alteraciones de la tensión arterial.
- La presión del útero grávido en la vena cava inferior provoca un aumento de la presión venosa de las extremidades inferiores y la posible aparición de varices de miembros inferiores, edemas maleolares y/o hemorroides (las varices aparecen en el 50 % de las gestantes).
- La oclusión de la vena cava inferior por el útero grávido, cuando la mujer adopta una posición de decúbito supino, disminuye el retorno venoso al corazón pudiendo producir cuadros de síncope (aparecen en un 5 % de las embarazadas), sobretodo en el último mes de embarazo o en embarazos muy voluminosos (hidramnios, embarazos múltiples).<sup>(13)</sup>

Las cardiopatías congénitas más frecuentemente asociadas a riesgo elevado son:

- Hipertensión pulmonar
- Coartación de aorta.
- Síndrome de Marfan.

Como regla general se puede considerar que el embarazo agrava en un grado la clasificación de la NYHA de la cardiopatía en cuestión. <sup>(2)</sup>

#### **2.2.2.4.1 LAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN EN EL EMBARAZO**

- Signos y síntomas normales del embarazo que imitan a las enfermedades del corazón
  - Dificultad para respirar
  - Dolor en el pecho (la expansión de la caja torácica)
  - Nicturia
  - Edema
  - Ingurgitación yugular
  - EKG - cambios inespecíficos del ST, PVC, hipertrofia ventricular izquierda, a la izquierda la desviación del eje
  - La radiografía de tórax - silueta cardíaca agrandada
  - Ecocardiograma - una dilatación de los ventrículos e insuficiencia tricúspide
  
- Mantener a la madre sana.
- Evitar la sobrecarga de líquidos y la anemia
- Los casos severos requieren a veces el reposo en cama en el hospital durante todo el embarazo
- El parto vaginal es generalmente preferido (una excepción = síndrome de Marfan)
- Consideraciones anestésicas requieren una consulta previa. (2)

#### **2.2.2. 4.2 LA ENFERMEDAD CARDÍACA CONGÉNITA**

- Las lesiones estenóticas les va peor en el embarazo
- El síndrome de Eisenmenger tuvo el mayor riesgo de mortalidad
- Tratamiento en el embarazo es similar a un no embarazo. (13)

#### **2.2.2.5 LA EPILEPSIA DURANTE EL EMBARAZO**

- El embarazo, probablemente tiene poco efecto de la evolución de la enfermedad.

- Los medicamentos están asociados con anomalias congénita
  - Síndrome de hidantoína fetal (la cara y las anomalías mano)
  - Defectos del tubo neural (ácido valproico). (15)

#### **2.2.2.5.1 LA FRECUENCIA DE LAS CRISIS TAMBIÉN INCREMENTA EL RIESGO DE ANOMALÍAS**

- Aumenta el riesgo mayor que los medicamentos
- La dosis de la medicación tiene que ser mayor debido a aumento del volumen plasmático
- Los pacientes dejan de tomar medicamentos por temor a los defectos de nacimiento.
- Si no hay convulsiones en 2 años, puede tratar de detener la medicación. (1)

#### **2.2.2.6 DIABETES DURANTE LA GESTACIÓN**

Durante el embarazo se producen una serie de procesos hormonales y metabólicos que pueden producir el desencadenamiento de una diabetes gestacional. En otras ocasiones el embarazo agrava la situación metabólica previa de la mujer. La diabetes aparece en el 5 al 12 % de las embarazadas. (6)

Su presencia es una situación de riesgo materno-fetal, asociándose a una mayor frecuencia de complicaciones que son:

- Abortos espontáneos y/o complicaciones obstétricas (infecciones, hidramnios, prematuridad, hipertensión).
- Alteraciones del crecimiento (CIR), sufrimiento fetal, traumatismo obstétrico, muerte intraútero y mayor frecuencia de malformaciones congénitas.
- Diabetes clínica para la mujer que persiste después del embarazo.(6)

El manejo clínico de la embarazada con diabetes implica un seguimiento mayor del habitual, incluyendo la utilización de insulina (los antidiabéticos orales no están recomendados) si el control dietético e higiénico (ejercicio) no consigue neutralizar

las cifras de glucosa. Dicho seguimiento implica la realización de ecografías como mínimo mensuales a partir de la semana 28-29 por si es necesario finalizar la gestación antes de la semana 35. (6)

#### **2.2.2.6 .1 MANEJO DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO**

- Dieta - 30-35 kcal / kg de peso corporal ideal para la dieta.
- Prueba de glucosa - el ayuno y 2 horas, después de las comidas
  - 2 horas de PP <120mg/dl (17)

#### **2.2.2.6 .2 EL TRATAMIENTO MÉDICO**

- Oral, glibenclamida
- Humalog (Lispro) - pico = 30 min, duración 1 hora
- Regulares de insulina - pico = 2, 3 horas, la duración = 8, 6 horas
- Insulina NPH o Lenta - pico = 6, 12 horas = duración 16-24 horas
- Ultralenta ó 16, 10 horas picos, duración 36 + horas
- Bomba de infusión. (17)

#### **2.2.2.6 .3 PROTOCOLOS DE TERAPIA DE INSULINA**

- Mañana y HS NPH, regular antes del desayuno y la cena
- Mañana Ultralenta, antes de las comidas regulares
- NPH noche, antes de las comidas humalog
- Bombas de infusión. (12)

#### **2.2.2.7 PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS**

Al igual que en el aparato cardiocirculatorio, el embarazo supone para la mujer un aumento de rendimiento y exigencia del aparato respiratorio. Ello se debe a tres razones fundamentales:

- Congestión nasal por edema de la mucosa.
- Necesidad de inspiraciones más profundas.

- Aumento de la presión diafragmática e intra-abdominal.

Ello conlleva un aumento de la fatiga respiratoria (sobretudo al final del embarazo) y un aumento de los efectos según la patología previa. Dada la edad de los pacientes las patologías más frecuentes se relacionan con:

- Tabaquismo.
- Asma.

En el asma grave hay mayor morbimortalidad fetal. Son más frecuentes los retardos del crecimiento intrauterino (CIR) y la hipoxia neonatal. La embarazada con asma previa puede seguir la pauta de tratamiento que venía recibiendo. (12)

El asma es la neumopatía obstructiva más común en la embarazada, ocurre en un 1% de éstas. Tiene relativa importancia el agravamiento de las crisis asmáticas estacionales en la mujer embarazada. En este sentido debe valorarse individualmente el manejo de estas pacientes a la vista de su trabajo (ambiente muy pulvígeno) y pudieran ser necesarios episodios de incapacidad temporal en presencia de dichas crisis. (2)

#### **2.2.2.8 PATOLOGÍAS HEMATOLÓGICAS**

Es clásico considerar la presencia de anemia en las embarazadas. Se debe a varios factores:

- El aumento del volumen sanguíneo que provoca una hemodilución.
- El aumento del consumo de hierro, que si no es compensado dietéticamente puede producir déficit del mismo.
- Aumento del consumo de folatos que puede provocar no sólo el déficit hemático sino que además puede añadirse un defecto de cierre del tubo neural.(13)

El criterio para definir la anemia del embarazo es diferente a la utilizada en otras situaciones debido a la presencia de la llamada ðpseudoe anemia del embarazoö, que se caracteriza por la disminución de las concentraciones debido a una mayor dilución de

los elementos celulares. La OMS define la situación de anemia del embarazo como toda situación en que la concentración de hemoglobina materna se sitúe por debajo de los 110g/L. (17)

Valorando el volumen corpuscular medio (VCM) se distinguen los siguientes tipos de anemia:

- Microcíticas.
- Macrocíticas.
- Normocíticas.

En el embarazo, la más frecuente es la microcítica y en la inmensa mayoría de los casos se debe a la ferropenia, aunque existen casos de otras etiologías pero se diagnostican previamente al embarazo. Otras causas de anemia durante el embarazo son las pérdidas hemáticas (hemorroides) o nutricionales (falta de cobalamina o de folatos). La existencia de anemia tiene importancia por su relación con recién nacidos de bajo peso, incluso con una mayor tasa de prematuridad. (4)

#### **2.2.2.9 CAMBIOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS**

Los cambios en el sistema músculo-esquelético son responsables de muchos de los síntomas comunes durante el embarazo y que son fundamentalmente:

- Hormigueos y calambres en manos, brazos y piernas de predominio nocturno.
- Contracturas bruscas de los gemelos de predominio nocturno.
- Dolores costales.
- Lumbociática y dolores lumbares.
- Dolores pélvicos y dolor a punta de dedo en sínfisis púbica.

Dicha clínica se produce por una serie de modificaciones del eje de carga y una serie de alteraciones estructurales. Por su importancia incidimos en los principales. (15)

La estática corporal del cuerpo de la mujer embarazada, a partir de la prominencia del abdomen, provoca una serie de desequilibrios que serán más o menos acentuados según la propia estructura corporal de la mujer. (13)

La acentuación de la lordosis cervical y el hundimiento del cinturón escapular puede provocar un compromiso cervicobraquial que provoca parestesias y dolor en extremidades superiores sobretodo con la mujer en decúbito y a partir del tercer trimestre. (12)

- Los músculos rectos del abdomen se separan de la línea media, creando una diástasis de los rectos de extensión variable. En ocasiones es tan importante que el útero sólo se halla recubierto por una delgada capa de peritoneo, fascia y piel. Esta situación provoca que el aumento del volumen abdominal se señale con una protrusión periumbilical. (2)
- La hiperlordosis del embarazo se ha considerado como una compensación del desplazamiento del centro de gravedad corporal de la gestante motivado por el feto. Hoy se considera que esta hiperlordosis es tan sólo aparente, ya que la gestante compensa el desvío de su centro de gravedad, no mediante una hiperlordosis, sino desplazando hacia atrás todo el eje cráneo-caudal. Esta nueva posición puede causar una lumbalgia, sobre todo si existe una deficiente higiene postural. En ocasiones se origina una lumbociática por compresión del nervio ciático.(2)
- La movilidad de las articulaciones sacroiliacas es debida a la acción hormonal.(2)

La relajación articular puede originar algias difusas. Al final de la gestación los movimientos del feto (encajamiento) puede llegar a producir parestesias en miembros inferiores. (12)

En el resto de los trabajos y en las primeras semanas de gestación, la causa del cuadro de lumbalgia se debe achacar fundamentalmente a la estructura corporal de la mujer y/o existencia de lesiones previas (escoliosis, cifosis, etc.).(2)

Los cambios hormonales de la gestación parece que pueden provocar también un cierto aumento del compromiso (previamente constreñido) del nervio mediano a su paso por el canal del carpo. En estas condiciones puede provocarse clínica del

síndrome del túnel carpiano, caracterizado por dolor y parestesias en el territorio del nervio y de aparición fundamentalmente nocturna. (13)

#### **2.2.2.10 ECLAMPSIA Y PREECLAMPSIA**

Se vio anteriormente como la situación de hipertensión arterial en la mujer embarazada puede provocar la existencia de un embarazo de riesgo cuando dicha hipertensión se complica y se produce la presencia de preeclampsia. (2)

Se define como el hallazgo después de la semana 20 de embarazo (salvo enfermedad trofoblástica o hidrops) de hipertensión, acompañada por proteinuria, edema o ambos. (4)

Eclampsia es la ocurrencia de convulsiones en una paciente con preeclampsia que no pueden ser atribuidas a otras causas. (4)

La preeclampsia siempre es potencialmente peligrosa para la madre y el feto, pero son signos de especial gravedad, y se considera preeclampsia grave, los siguientes:

- Tensión arterial de 160 y/o 110 mm. Hg. o más.
- Proteinuria de 2 gr. o más en 24 horas.
- Creatinina sérica mayor de 1,2 mg/dl.
- Menos de 100.000 plaquetas/ml. o bien anemia hemolítica.
- Enzimas hepáticas elevadas.
- Cefaleas, alteraciones visuales o dolor epigástrico.
- Hemorragia retiniana, exudado en fondo de ojo o papiledema.
- Edema pulmonar.
- Oliguria (< 600ml en 24 horas).(5)

Se desconoce exactamente la causa de la preeclampsia y parece que hay acuerdo en que su etiología no sería única sino multifactorial, aunque hay tendencia a dividir los factores etiológicos en dos grandes grupos: placentarios y maternos. El primer grupo tendría su génesis en una reducción de la perfusión placentaria, y el segundo tendría su base en alteraciones maternas persistentes, aunque a veces no evidentes. La

preeclampsia es un síndrome asociado exclusivamente al embarazo y para su desarrollo se requiere la presencia de la placenta. (10)

En los casos de preeclampsia leve en el embarazo a término se debe terminar la gestación y en consecuencia procede, desde el punto de vista laboral, la prestación de maternidad. (15)

En los casos de gestante pretérmino (más de 28 semanas) lo apropiado es el tratamiento conservador pero con reposo domiciliario (no es aconsejable el ingreso hospitalario con reposo estricto en cama). En consecuencia procede, una vez diagnosticada, la concesión de la incapacidad temporal hasta finalizar el embarazo. (3)

La preeclampsia grave es una situación de extrema gravedad. Si el embarazo se encuentra en la semana 34 o superior debe ser interrumpida la gestación. (3)

En el embarazo entre las semanas 28 a 34 existe discusión de los beneficios de su prolongación. En general se aconseja provocar la maduración fetal para adelantar el final de la gestación. Desde el punto de vista laboral procede el descanso y en consecuencia la interrupción laboral a través de la incapacidad temporal. (3)

#### **2.2.2.11 COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS DE LA GESTACIÓN**

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) incluye dos cuadros clínicos:

- Trombosis Venosa Profunda (TVP).
- Tromboembolismo pulmonar (TEP)

El embarazo supone una situación de aumento de riesgo de tromboembolismo venoso, en el que están presentes los tres elementos de la triada de Virchow: estasis venosas, hipercoagulabilidad y daño o lesión vascular. (4)

En las formas más típicas, la paciente presenta dolor, sensibilidad, hinchazón, cordón venoso palpable, cambios de su coloración y diferencias en su diámetro. El diagnóstico de TVP se realiza con ultrasonidos. (10)

El TEP es una de las causas principales de mortalidad materna. Se presenta clínicamente con un cuadro de disnea, taquicardia, taquipnea, dolor pleurítico, fiebre, ansiedad, roce pleural, etc. El diagnóstico de la TEP requiere la gammagrafía de ventilación/perfusión. El tratamiento es anticoagulante de forma inmediata, pudiendo prolongarse más allá de la finalización del embarazo. (8)

La etiología de dichos cuadros se relaciona con una situación de hipercoagulabilidad previa pero agravada con una serie de situaciones desencadenantes o agravantes como son:

- Hiperemesis.
- Deshidratación.
- Infección severa.
- Inmovilización prolongada (más de 4 días en cama).
- Preeclampsia.
- Pérdidas sanguíneas excesivas.

Los dos cuadros clínicos indicados son susceptibles de ingreso hospitalario y tratamiento que implicarán una incapacidad laboral. En consecuencia procede conceder una incapacidad temporal, generalmente hasta la finalización del embarazo.

(16)

#### **2.2.2.12. INFECCIONES**

La principal problemática de las infecciones en el embarazo es que frecuentemente cursan de forma asintomática, o con pocas manifestaciones clínicas para la madre, por lo que pasarían desapercibidas salvo despistaje serológico en situación de riesgo teórico. Es por ello que, con frecuencia, el diagnóstico es tardío por la detección ecográfica de alteraciones en el feto. (2)

Los agentes que se han demostrado que son los causantes de la infección

<b>VIRUS</b>	<b>BACTERIAS</b>	<b>PROTOZOOS</b>	<b>HONGOS</b>	<b>MICOPLASMA</b>
Rubéola	Treponema pallidum	Toxoplasma gondii	Especis de cándida	Micoplasma Hominis
Hepatitis A, B, C, D, E	Neisseria gonorrhoeae	Plasmodium	Especies de Malassezia	Ureaplasma
VIH	Estreptococo Agalactiae			
Varicela Zóster	Listeria monocytogenes			
Herpes simple	Clamydia trachomatis			
Citomegalovirus				
Parvovirus				
Papiloma humano				
Sarampión				
Parotiditis				
Poliomielitis				
Coxsackie B				

(13)

### **2.2.2.13 PIELONEFRITIS EN EL EMBARAZO**

- Mayor incidencia en el embarazo
  - La dilatación de los uréteres (efecto de la progesterona)
  - La obstrucción ureteral (uréter derecho por el útero aumentado de tamaño)
  - Aumento de la glucosuria

- Bacteria asintomáticos conduce a 20-40% de pielonefritis
- Organismos más comunes
  - E. Coli
  - Klebsiella
  - Proteus <sup>(4)</sup>

Las complicaciones de la pielonefritis en el embarazo

- Parto prematuro
- El shock séptico
- El síndrome de distrés respiratorio del adulto <sup>(18)</sup>

#### **2.2.2.14 HEPATITIS B**

- No hay tratamiento específico para la madre el embarazo tiene poco o ningún efecto sobre la enfermedad
- Los recién nacidos con mayor frecuencia se infectan durante el parto
- Los recién nacidos deben recibir inmunoglobulina de hepatitis B y la vacunación. <sup>(13)</sup>

#### **2.2.2.15 INFECCIONES TORCH:**

- Toxoplasmosis
  - Carne poco cocida infectada
  - Arena para gatos
- Secuelas del recién nacido
  - Microcefalia, hidrocefalia
  - Retraso mental
  - hepatoesplenomegalia <sup>(2)</sup>

#### **2.2.2.15.1 DIAGNÓSTICO DE LA TOXOPLASMOSIS**

- IgM anticuerpos maternos
- 4 veces en el aumento de IgG en muestras pareadas

- Amniocentesis - la presencia de ADN de la toxoplasmosis
- Sangre fetal IgM (17)

#### **2.2.2.15.2 TRATAMIENTO**

- Pirimetamina, sulfasalizine
- Espiramicina (17)

#### **2.2.2.16 SÍFILIS**

- Enfermedad de transmisión sexual que se caracteriza, desde el punto de vista clínico, por cursar con periodos sintomáticos y otros asintomáticos (latencias) y puede transmitirse con carácter hereditario (madre embarazada a feto).(2)

##### **2.2.2.16.1 TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS EN EL EMBARAZO**

- Latente temprana (<1 año de duración) = 2,4 millones de unidades penicilina G
- Latente tardía (> 1 año de duración) = 2,4 millones de unidades semanales x 3 dosis penicilina G
- La sífilis terciaria = penicilina intravenosa
- Alérgica a la penicilina desensibilización requiere el embarazo para prevenir la sífilis congénita (17)

##### **2.2.2.17 INFECCIONES POR VIH EN EL EMBARAZO**

- Tratamiento de las embarazadas no deben ser alterados por el embarazo
- Zidovudina (AZT) reduce la transmisión vertical del 25% al 5%
- Cesárea previa al trabajo de parto se reduce aún más a 3.2% (17)

### **2.2.2.18 LAS INFECCIONES DE RUBÉOLA**

- La incidencia es poco frecuente debido a la vacuna
- 1<sup>o</sup> trimestre infección materna es menos probable de transmisión al feto, pero se asocia con los defectos más graves.
  - Ceguera
  - Sordera
  - Microcefalia
  - Retraso mental
- Las infecciones más tarde por lo general no causan problemas en el feto (1)

#### **2.2.2.18.1 DIAGNÓSTICO DE LAS INFECCIONES DE RUBÉOLA MATERNA**

- Anticuerpos IgM
- Cuatro veces más anticuerpos IgG en sueros pareados
- No existe un tratamiento específico (17)

### **2.2.2.19 CITOMEGALOVIRUS (CMV)**

- La infección más común adquirida antes de nacer
- La infección primaria más probabilidades de causar problemas en el feto.
  - Hidrocefalia, microcefalia
  - Retraso mental
  - Ceguera o sordera (4)

#### **2.2.2.19.1 DIAGNOSTICO DE CITOMEGALOVIRUS**

- IgG (infección pasada) o IgM (infección reciente o recurrente)
- Exámenes de rutina no se recomienda
- Riesgo de transmisión = 40%
  - 10% se verá afectado al nacer

- 10% de los recién nacidos afectados presentan efectos retrasados (déficit auditivo, retraso en el desarrollo, problemas de aprendizaje) (4)

#### **2.2.2.20 VIRUS DEL HERPES SIMPLE (HSV) TIPO II**

- La transmisión perinatal generalmente se adquiere durante el parto vaginal
- Más común de una infección primaria materna
- La tasa de mortalidad > 50%, los sobrevivientes generalmente tienen discapacidades severas
- El parto por cesárea para las mujeres con lesiones genitales activas se recomienda (13)

#### **2.2.2.21 TRASTORNOS QUIRÚRGICOS**

##### **2.2.2.21.1 COLELETIASIS Y COLECISTITIS**

- Aumento de la frecuencia en el embarazo (efecto estrogénico)
  - Diagnóstico: ecografía
  - Tratamiento
    - Expectante (medicamentos para el dolor, evitar los alimentos grasos)
    - Si los síntomas son severos o con obstrucción de la CDB, la cirugía puede realizarse de forma segura - preferiblemente en el 2<sup>o</sup> trimestre.
- (13)

##### **2.2.2.21.2 APENDICITIS**

- El diagnóstico es difícil
  - Leucocitos hasta 15.000 puede ser normal en el embarazo
  - Apéndice aumenta con el crecimiento del útero - no en el sitio del dolor en la clásica de la localización
  - Muchas mujeres normales tienen dolor abdominal
- Retraso en el diagnóstico puede tener consecuencias desastrosas
  - El shock séptico y la muerte materna
  - Trabajo de parto prematuro

- Aborto

- En caso de duda - la cirugía no debe retrasarse <sup>(14)</sup>

#### **2.2.4.5 TRAUMA EN EL EMBARAZO**

- No viable el feto - la madre se debe tratar primero
  - Realizar todos los estudios diagnósticos necesarios (un máximo de 5 rads de rayos X se considera seguro para el feto)
  - Realizar la cirugía según sea necesario
- Viable el feto - el tratamiento de la madre primero
  - Monitor de tonos cardíacos fetales
  - En el parto si la visualización se ve obstaculizada por el útero aumentado de tamaño o con sufrimiento fetal
  - Realizar todos los estudios diagnósticos necesarios <sup>(13)</sup>

### **2.3 DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS.**

**Paridad.-** Número de hijos nacidos vivos y fetos muertos mayores de 20 semanas de gestación que haya tenido la madre.

**Nulípara.-** Mujer que nunca ha parido por vía vaginal

**Primípara.-** Mujer que ha tenido un niño por vía vaginal

**Multípara.-** Mujer que ha tenido 2 o más niños por vía vaginal

**Gran múltipara.-** Mujer que ha tenido más de 5 niños por vía vaginal

**Abortos.-** Es la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos.

**Intervalo intergenésico.-** Tiempo entre la terminación de un embarazo y la fecundación del siguiente

**Edad gestacional.-** Es el tiempo transcurrido desde la última menstruación y se expresa en semanas

**Control prenatal.-** Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

**Sin control.** Insuficiente (1-4 controles). Mínimo eficiente (5 controles). Seis o más controles

**Antecedentes de parto pretérmino.-** Presencia de por lo menos un embarazo que culminó antes de cumplidas las 37 semanas de gestación. Edad.- Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.

**Escolaridad.-** Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Analfabeta. Primaria incompleta. Primaria completa. Secundaria incompleta. Secundaria completa. Superior.

**Residencia.-** Ubicación geográfica de donde vive una persona. Urbano. Sub urbano. Rural.

**Estado civil.-** Tipo de enlace establecido por una pareja. Soltera. Casada. Divorciada. Viuda. Unión libre.

**Patologías Asociadas.-** Aquí se incluyen todos los padecimientos que complican la gestación, que como resultado dan algún grado de insuficiencia placentaria que conduce a hipoxia fetal crónica y un menor aporte de nutrientes necesarios para el desarrollo normal del feto.

### 2.4.1 HIPÓTESIS

Las pacientes que presentaron complicaciones clínico quirúrgicas durante su embarazo sufren de un aumento en la mortalidad materna.

### 2.4.2.- VARIABLE DE INVESTIGACIÓN

Las variables que tenemos en el presente estudio son de dos tipos:

**2.4.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:** complicaciones clínico quirúrgicas.

**2.4.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE:** aumento de la mortalidad.

### 2.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADOR	TÉCNICA
<b>DEPENDIENTE</b> - Aumento de la morbimortalidad.	Conjunto de complicaciones derivadas de un procedimiento médico y muertes producido por una enfermedad entre los que se han visto afectados por la misma.	- Complicaciones  - Muertes	- HTA - Cardiopatías. - IRA - Diabetes. - Endocrinopatías - Enf. respiratoria - Epilepsia. - Enf. hepática. - Patología quirúrgica  - Ausencia de signos vitales	➤ Historia clínica
<b>INDEPENDIENTE</b> - Complicaciones clínico quirúrgicas	Una serie de patologías médicas que con el embarazo pueden verse agravada.	- Patologías  - Embarazo	- Diagnóstico  - Control periódico	- Observación  -Historia Clínica

## **CAPITULO III**

### **3. MARCO METODOLOGÍCO**

#### **3.1.- METODO**

- **TIPO DE INVESTIGACION**

Descriptivo porque describe el fenómeno de estudio con sus características, partimos de la realidad del problema hasta llegar a una síntesis en donde se realizó un análisis, comparación de datos y generalización de resultados.

- **DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

De acuerdo a la profundidad del estudio.

La investigación que ejecutamos es de campo porque los datos se obtienen de HCL por estadística, es documental porque se obtiene la información de libros e internet

De acuerdo a la intervención del investigador.

Explorativo porque se realizará la revisión directa de las historias clínicas.

- **TIPO DE ESTUDIO**

- Retrospectivo por que se obtiene la información de hechos pasados.

- De corte Transversal. porque la información se toma del desenlace del fenómeno de estudio.

#### **3.2.- POBLACIÓN Y MUESTRA**

**3.3.1.- POBLACION.** Mujeres embarazadas que presentaron complicaciones clínico-quirúrgico en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora durante los años 2009-2010.

#### **3.3.2.- MUESTRA**

No se trabajo con muestra sino se trabajo con toda la población.

### **3.3.- TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.**

- Revisiones bibliográficas
- Revisión de HISTORIAS CLINICAS
- Internet

### **3.4 TECNICAS PARA EL ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.**

- Análisis dinámico de indicadores y variables.
- Tabulación de datos.
- Análisis e interpretación de datos, mediante cuadros, gráficos estadísticos en el programa Microsoft Excel, como: barras, pasteles según la valoración y los objetivos planteados dentro de la investigación.

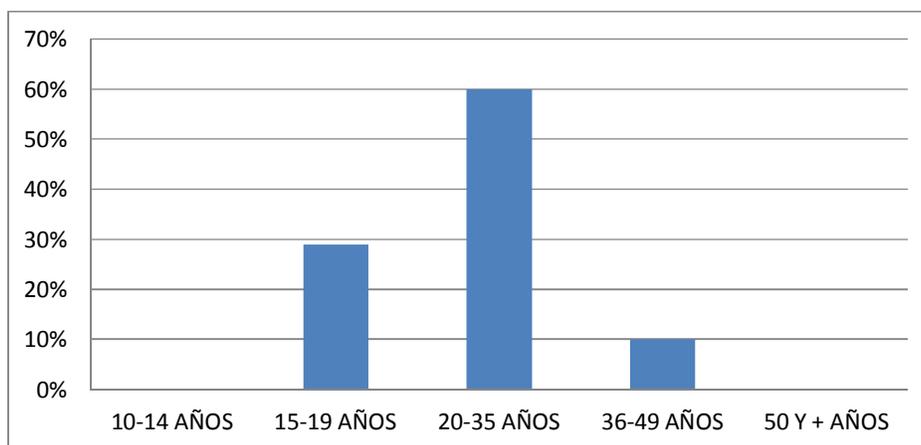
**TABLA 1**  
**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES CLÍNICO-QUIRÚRGICAS SEGÚN EL GRUPO ETAREO EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2009.**

<b>GRUPO ETAREO</b>	<b>CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
10 - 14 AÑOS	15	1
15 - 19 AÑOS	875	29
20 - 35 AÑOS	1818	60
36 - 49 AÑOS	313	10
50 Y + AÑOS	3	0.01
TOTAL ANUAL	3024	100

FUENTE: Estadística del hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora  
ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

**GRAFICO 1**

**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES CLÍNICO-QUIRÚRGICAS SEGÚN EL GRUPO ETAREO EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2009.**



FUENTE: Tabla 1  
ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

### **ANALISIS**

Encontramos un gran porcentaje de pacientes entre 20 y 35 años que presentan complicaciones clínico -quirúrgicas con un 60% sin embargo es un valor sesgado ya que la edad principalmente adolescentes es un factor de riesgo y existe una gran cantidad de complicaciones con un 30%

**TABLA 2**

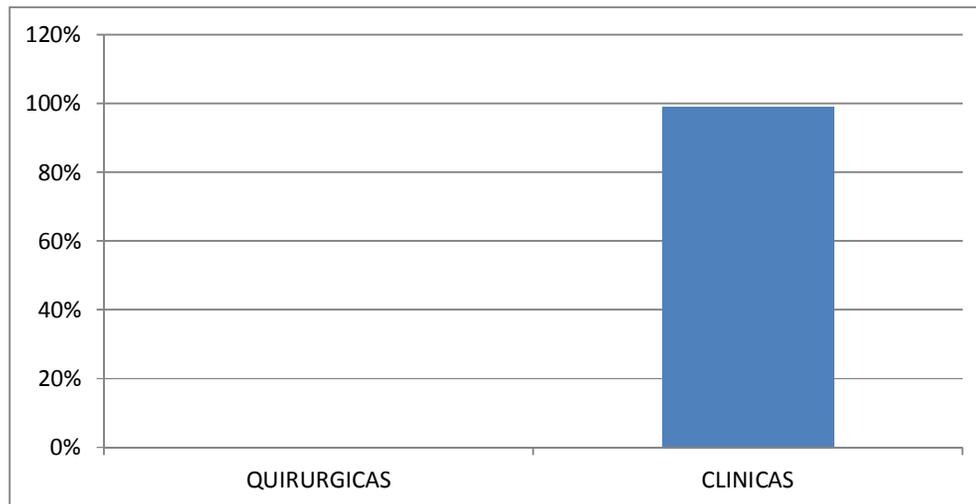
**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES CLÍNICO-QUIRÚRGICAS EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2009.**

COMPLICACIONES	CASOS	PORCENTAJE
QUIRÚRGICAS:	9	0.3
CLÍNICAS:	3015	99.7
TOTAL	3024	100

FUENTE: Estadística del hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora  
ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

**GRAFICO 2**

**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES CLÍNICO-QUIRÚRGICAS EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2009.**



FUENTE: Tabla 2  
ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

**ANALISIS**

Podemos darnos cuenta de que no se ha producido un importante número de complicaciones quirúrgicas apenas el 0.3% predominando ampliamente las complicaciones clínicas con un 99.7%

**TABLA 3**  
**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES CLÍNICO-QUIRÚRGICAS POR**  
**SISTEMAS EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL**  
**GINECO Ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2009**

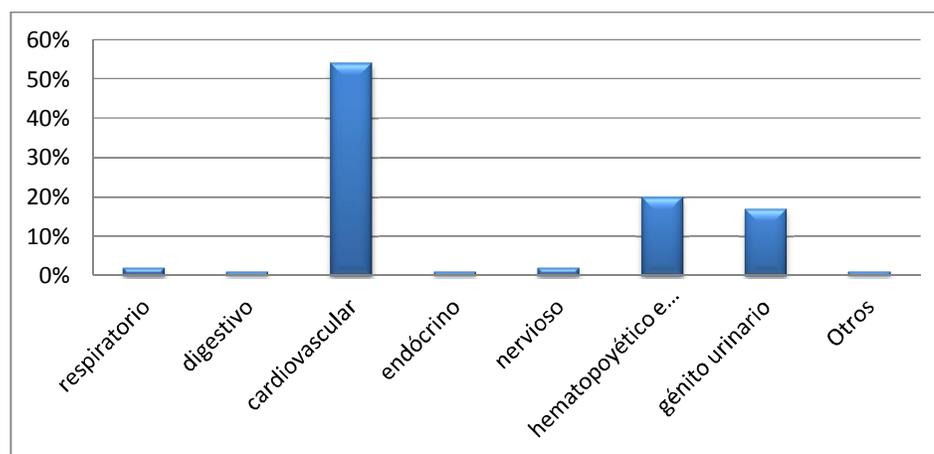
COMPLICACIONES POR SISTEMAS	CASOS	PORCENTAJE
Sistema respiratorio	52	2
Sistema digestivo	37	1
Sistema cardiovascular	1655	55
Sistema endócrino	39	1
Sistema nervioso	48	2
Sistema hematopoyético e inmunológico	614	20
Sistema genitourinario	525	17
Otros:	54	2
TOTAL	3024	100

FUENTE: Estadística del hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora

ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

Nota: OTROS: Piel, sistema osteomuscular.

**GRAFICO 3**  
**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES CLÍNICO-QUIRÚRGICAS POR**  
**SISTEMAS EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL**  
**GINECO Ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2009**



FUENTE: Tabla 3

ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

### ANALISIS

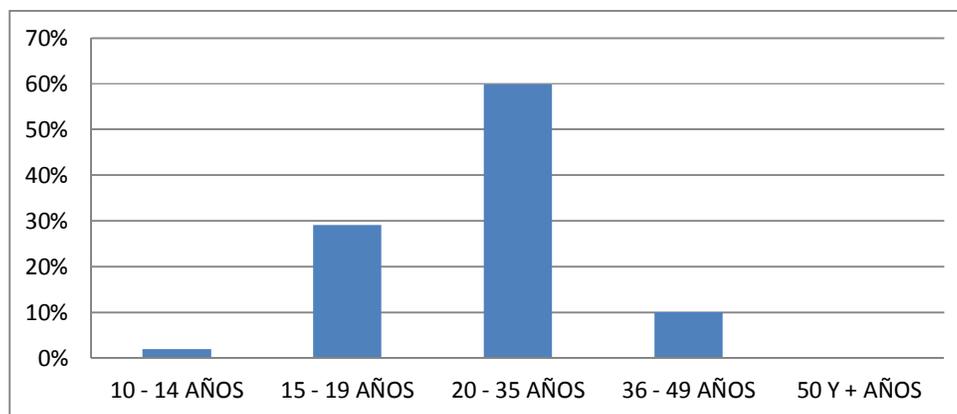
Observamos que se presentan con más frecuencia complicaciones en el sistema cardiovascular con un 55% seguido del sistema hemático e inmunológico con un 20% y el sistema genitourinario con un 17% que es donde más se debe poner atención sin dejar de descuidar los demás sistemas del organismo que poseen un menor porcentaje.

**TABLA 4**  
**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES CLÍNICO-QUIRÚRGICAS SEGÚN EL GRUPO ETAREO EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2010.**

<b>GRUPO ETAREO</b>	<b>CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
10 - 14 AÑOS	64	2
15 - 19 AÑOS	943	29
20 - 35 AÑOS	1948	59
36 - 49 AÑOS	308	10
50 Y + AÑOS	0	0
TOTAL ANUAL	3258	100

FUENTE: Estadística del hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora  
ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

**GRAFICO 4**  
**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES CLÍNICO-QUIRÚRGICAS SEGÚN EL GRUPO ETAREO EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2010.**



FUENTE: Tabla 4  
ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

### ANALISIS

Existe como en el año 2009 un predominio en las edades entre 20 y 35 años con un porcentaje de 59% de igual manera un valor sesgado y observamos que se ha incrementado el número de complicaciones en pacientes adolescentes con un porcentaje de 31% superando a las del año 2009 con un 1% de diferencia.

**TABLA 5**

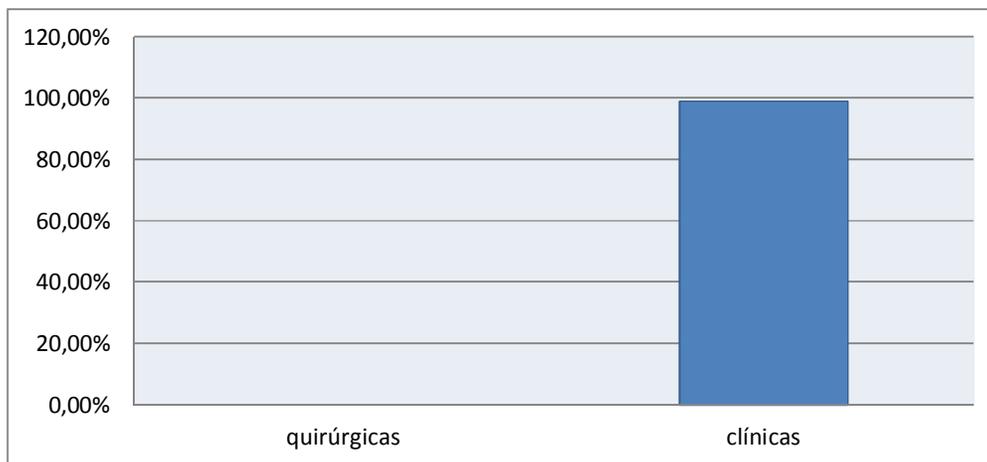
**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES CLÍNICO-QUIRÚRGICAS EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO Ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2010.**

COMPLICACIONES	CASOS	PORCENTAJE
QUIRÚRGICAS:	20	1
CLÍNICAS:	3238	99
TOTAL	3258	100

FUENTE: Estadística del hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora  
ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

**GRAFICO 5**

**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES CLÍNICO-QUIRÚRGICAS EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO Ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2010.**



FUENTE: Tabla 5  
ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

**ANALISIS**

Vemos un leve incremento de complicaciones quirúrgicas con un 1% sin embargo no es una cantidad importante y existe al igual que el 2009 un predominio amplio de las complicaciones clínicas con un 99%

**TABLA 6**  
**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES CLÍNICO-QUIRÚRGICAS POR**  
**SISTEMAS EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL**  
**GINECO ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2010.**

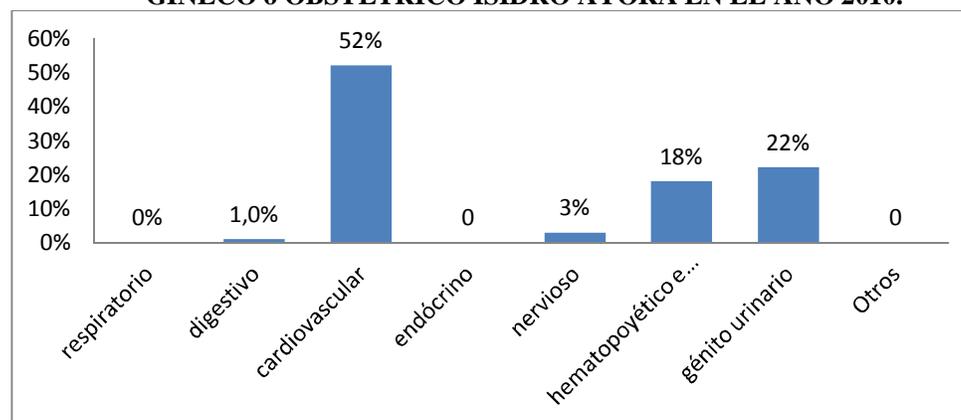
COMPLICACIONES POR SISTEMAS	CASOS	PORCENTAJE
Sistema respiratorio	26	0.8
Sistema digestivo	43	1
Sistema cardiovascular	1690	52
Sistema endócrino	130	0.4
Sistema nervioso	80	3
Sistema hematopoyético e inmunológico	580	18
Sistema genitourinario	707	22
Otros:	2	0.06
TOTAL	3258	100

FUENTE: Estadística del hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora

ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

Nota: OTRAS: Piel, sistema osteomuscular.

**GRAFICO 6**  
**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES CLÍNICO-QUIRÚRGICAS POR**  
**SISTEMAS EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL**  
**GINECO ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2010.**



FUENTE: Tabla 6

ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

### ANÁLISIS

Observamos que se presenta con más frecuencia las complicaciones en el sistema cardiovascular con un 52% seguido del sistema genitourinario con un 22% y el sistema hemático e inmunológico 18% existiendo un incremento también en el sistema endocrino a diferencia del año 2009 en el que el porcentaje es bajo.

**TABLA 7**

**FRECUENCIA DE MORTALIDAD CLÍNICO-QUIRÚRGICAS POR PATOLOGÍA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2009**

<b>MORTALIDAD</b>	<b>CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Enfermedades. infecciosas	68	19
Enfermedad cardiovascular	236	67
Enfermedad. neurológica	28	8
Otras	20	6
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100</b>

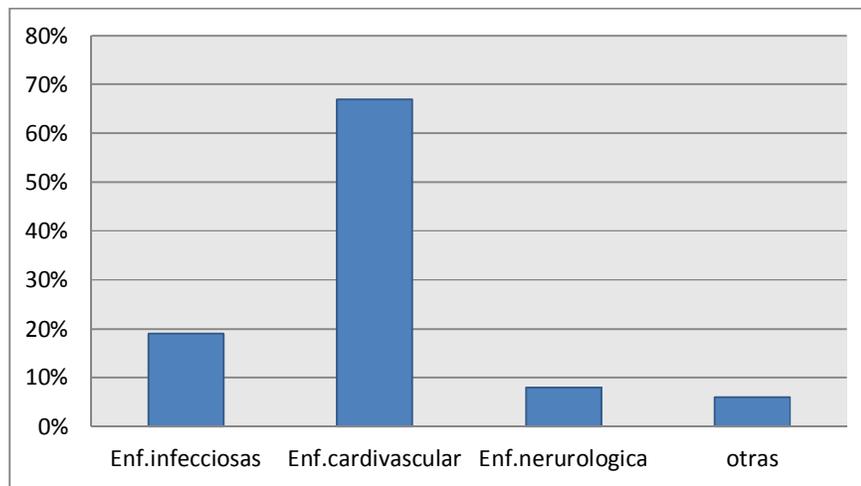
**FUENTE:** Estadística del hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora

**ELABORACIÓN:** Carlos Moreno; Santiago Allauca

**Nota:** OTRAS: Enfermedades de la piel, enfermedades gastrointestinales, enfermedades virales.

**GRAFICO 7**

**FRECUENCIA DE MORTALIDAD CLÍNICO-QUIRÚRGICAS POR PATOLOGÍA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2009**



**FUENTE:** Tabla 7

**ELABORACIÓN:** Carlos Moreno; Santiago Allauca

**ANALISIS**

Observamos un predominio de mortalidad materna por patologías cardiovasculares con un 67% seguido por patologías infecciosas con un 19%.

**TABLA 8**

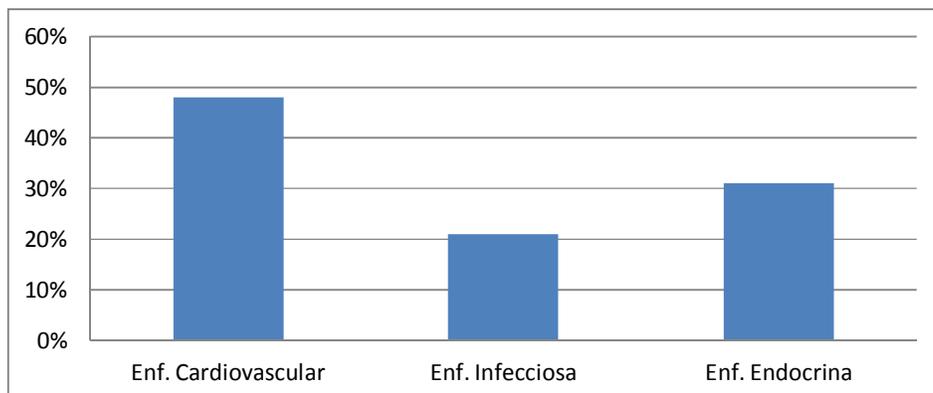
**FRECUENCIA DE MORTALIDAD CLÍNICO-QUIRÚRGICAS POR PATOLOGÍA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2010**

<b>MORTALIDAD</b>	<b>CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Enfermedades infecciosas	28	21
Enfermedad cardiovascular	64	48
Enfermedad endócrina	41	31
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Estadística del hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora  
**ELABORACIÓN:** Carlos Moreno; Santiago Allauca

**GRAFICO 8**

**FRECUENCIA DE MORTALIDAD CLÍNICO-QUIRÚRGICAS POR PATOLOGÍA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL AÑO 2010**



**FUENTE:** Tabla 8  
**ELABORACIÓN:** Carlos Moreno; Santiago Allauca

**ANALISIS**

Observamos que a diferencia del año 2009 existe una disminución de la mortalidad materna a la mitad y con un predominio de mortalidad por patologías cardiovasculares con un 48% seguido por patologías endócrinas en un 31% y patologías infecciosas en un 21%.

**TABLA 9**  
**FRECUENCIA DE MORTALIDAD CLÍNICO-QUIRÚRGICAS POR**  
**PATOLOGIA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL**  
**HOSPITAL GINECO ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA PERIODO 2009-**  
**2010**

MORTALIDAD/PATOLOGIA	CASOS	PORCENTAJE
Enfermedad infecciosa	96	20
Enfermedad cardiovascular	300	62
Enfermedad neurológica	28	6
Enfermedad endócrina	41	9
Otras	20	4
<b>TOTAL</b>	<b>485</b>	<b>100</b>

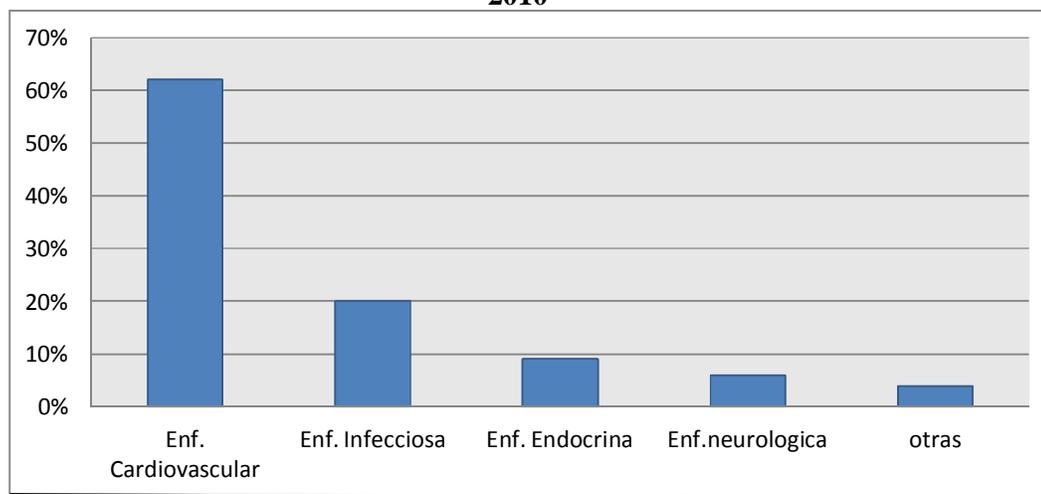
FUENTE: Estadística del hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora

ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

Nota: OTRAS: Enfermedades de la piel, enfermedades gastrointestinales y virales

**GRAFICO 9**

**FRECUENCIA DE MORTALIDAD CLÍNICO-QUIRÚRGICAS POR**  
**PATOLOGIA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL**  
**HOSPITAL GINECO ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA PERIODO 2009-**  
**2010**



FUENTE: Tabla 9

ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

### ANALISIS

El total en los 2 años existe un amplio predominio de muertes por causas cardiovasculares con un 62% es decir más de la mitad de las pacientes seguida de muertes por causas infecciosas en un 20% y en menor cantidad por causa endócrina, neurológica.

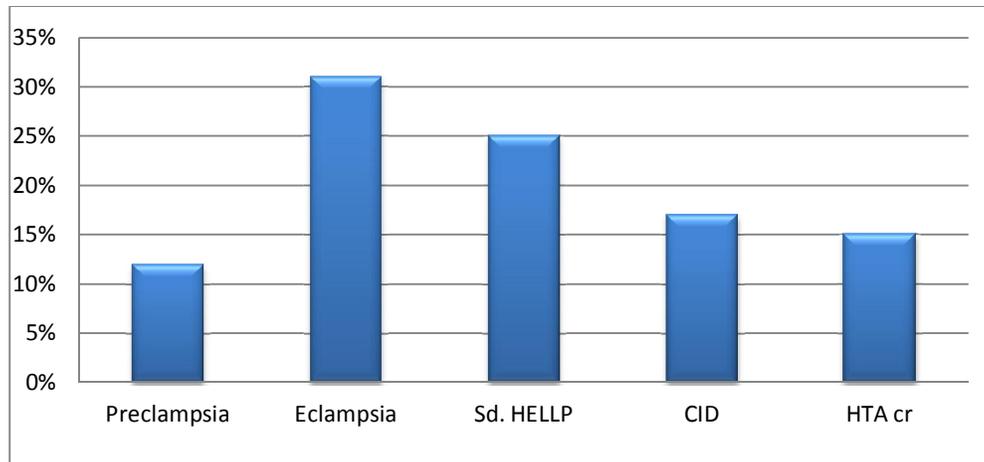
**TABLA 10**  
**FRECUENCIA DE MORTALIDAD EN MUJERES EMBARAZADAS POR**  
**PATOLOGIA CARDIOVASCULAR EN MUJERES EMBARAZADAS**  
**ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO 6 OBSTETRICO ISIDRO AYORA**  
**EN EL PERIODO 2009\_ 2010**

<b>MORTALIDAD/PATOLOGIAS</b>	<b>CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Preeclampsia	37	12
Eclampsia	94	31
Síndrome de. Hellp	74	25
Coagulación intravascular diseminada	51	17
Hipertensión arterial	44	15
<b>TOTAL</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

FUENTE: Estadística del hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora

ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

**GRAFICO 10**  
**FRECUENCIA DE MORTALIDAD EN MUJERES EMBARAZADAS POR**  
**PATOLOGIA CARDIOVASCULAR EN MUJERES EMBARAZADAS**  
**ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO 6 OBSTETRICO ISIDRO AYORA**  
**EN EL PERIODO 2009\_ 2010**



FUENTE: Tabla 10

ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

### ANALISIS

Observamos que entre las patologías cardiovasculares la que se presenta con mayor frecuencia es la eclampsia con un 31% seguida del Síndrome de Hellp con un 25% y la Hipertensión arterial con un 15%, y un número menor en las demás patologías.

**TABLA 11**

**PREDOMINIO MORTALIDAD EN BASE A PATOLOGIA CLINICA-QUIRURGICA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL PERIODO 2009-2010**

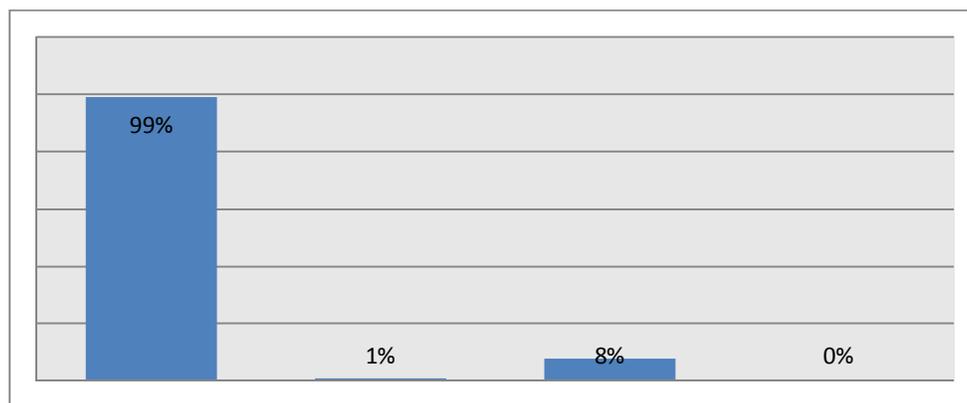
AÑO	INGRESOS	COMPLICACIONES. CLINICAS		COMPLICACIONES. QUIRURGICAS		MORTALIDAD Complicaciones. clínicas		MORTALIDAD Complicaciones. Quirúrgica
2009	3024	3015		9		352		0
2010	3258	3238		20		133		0
TOTAL	6282	6253	99%	29	0.8%	485	7.7%	0

FUENTE: Estadística del hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora

ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

**GRAFICO 11**

**PREDOMINIO MORTALIDAD EN BASE A PATOLOGIA CLINICA-QUIRURGICA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO ó OBSTETRICO ISIDRO AYORA EN EL PERIODO 2009-2010**



FUENTE: Tabla 11

ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

**ANALISIS**

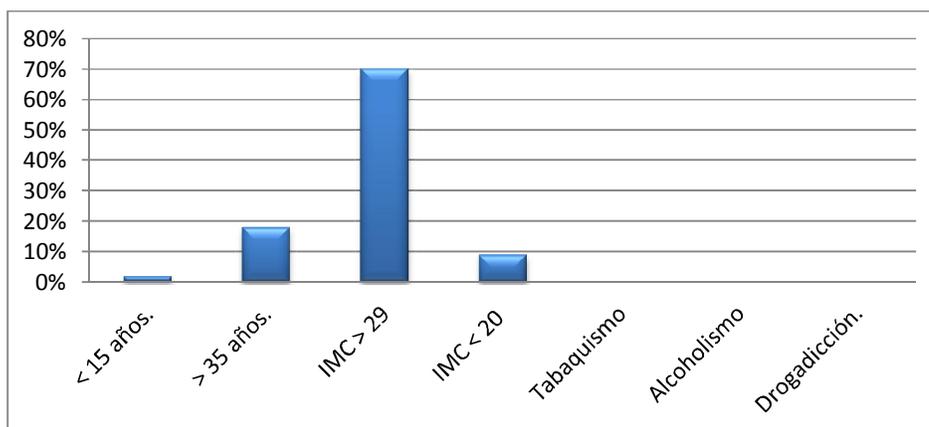
Observamos un amplio predominio de complicaciones clínicas con un 99% en relación a las complicaciones quirúrgicas que apenas tiene el 0.8% y una mortalidad de 7.7% en los 2 años únicamente por causas clínicas.

**TABLA 12**  
**FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN A LAS COMPLICACIONES CLÍNICO QUIRURGICOS EN PACIENTES EMBARAZADAS PERIODO 2009-2010**

GRUPO ETAREO	CASOS	PORCENTAJE
< 15 años.	79	2
> 35 años.	624	18
Índice de Masa Corporal > 29	2396	70
Índice de Masa Corporal < 20	320	9
Tabaquismo	19	0.6
Alcoholismo	5	0.1
Drogadicción.	4	0.1
TOTAL	3447	100

FUENTE: Estadística del hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora  
ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

**GRAFICO 12**  
**FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN A LAS COMPLICACIONES CLÍNICO QUIRURGICOS EN PACIENTES EMBARAZADAS PERIODO 2009-2010**



FUENTE: Tabla 1  
ELABORACIÓN: Carlos Moreno; Santiago Allauca

### ANALISIS

Se evidencia que los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de las complicaciones clínico-quirúrgicas en las pacientes son un IMC mayor de 29 con un porcentaje de 38% seguida de pacientes mayores de 35 años con un porcentaje de 9.96%, a continuación un IMC menor de 20 con un 5.1% y los demás factores de riesgo como alcohol, tabaco y drogas en un menor porcentaje.

## **CAPITULO IV**

### **4.1 CONCLUSIONES.**

Concluimos que existen múltiples patologías que pueden alterar el curso del embarazo llegando incluso a su terminación con fetos no viables.

Las pacientes embarazadas adolescentes y de edad avanzada son el grupo etario que mayor número de complicaciones presentaron.

Las pacientes que presentan un índice de masa muscular mayor a 29 sufrieron de un mayor riesgo de complicaciones clínico quirúrgico.

En nuestro estudio las complicaciones clínicas son más frecuentes, y presentaron un mayor número de mortalidad materna con un 7.7%.

Las complicaciones quirúrgicas no generaron ninguna muerte materna.

La hipertensión arterial, la eclampsia, el Síndrome de HELLP, son las causas más frecuentes de mortalidad de las complicaciones clínicas.

#### **4.2 RECOMENDACIONES.**

Mejorar la atención integral en las embarazadas por parte del personal de salud para disminuir la mortalidad materna.

Mejorar la atención integral en lo que se refiere a nutrición para evitar el sobrepeso en las mujeres antes y durante el embarazo.

Debe existir campañas constantes para capacitar y concienciar más a los adolescentes en lo que se refiere a sexualidad para disminuir el número de embarazos en adolescentes así como sus complicaciones ya que la edad también es un factor de riesgo.

Realizar un diagnóstico temprano de las patologías para que las pacientes sean referidas a hospitales de especialidades y disminuir la mortalidad materna.

## ANEXOS.

	<b>CATEGORÍAS / ESCALA</b>	<b>INDICADOR</b>		
<b>Complicaciones clínico quirúrgicas embarazada</b>	<b>Número de casos</b>			
	<b>Grupo de Edad</b>	<b>CASOS</b>		
	10-14	79	1.3%	
	15-19	1818	28.9%	
	20-35	3766	59.9%	
	36-49	621	9.9%	
	50 y +	3	0.04%	
		<b>TOTAL: 6284</b>		
	<b>Patologías De Riesgo</b>	<b>Anemia</b>	SI: 640	NO: 5644
		Si No		
<b>Diabetes melliuts</b>		SI: 72	NO: 6212	
Si No				
<b>Infección del Tracto</b>				
<b>Urinario</b>		SI: 1816	NO: 4468	
Si No				
<b>HTA</b>		SI: 44	NO:6240	
<b>Apendicitis</b>		SI: 0	NO: 6284	
Si No				
<b>colecistitis</b>	SI: 29	NO: 6255		
Si No				

## 5. BIBLIOGRAFIA.

1. S. Ecuador Salud en las Américas: países, 2007. (2):299-316 ECUADOR. MINISTERIO DE SALUD. Proceso de Normatización del Sistema Nacional de 105 Salud. Componente Normativo Materno Neonatal. Quito: MSP, 2008. pp. 176 ó 183
2. SCHWARCZ, R; FESCINA, R y DUVERGES, C. Obstetricia. 6 ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2005. pp. 253- 270
3. GOLDENBERG, R. The management of preterm labor. Obstetric and Gynecology. (25):1020- 1037. Enero 2003  
<http://www.geosalud.com/embarazo/embarazopretermino.htm>
4. WILLIAMS Gineco obstetricia, edición 2006 sección 8, Cap. 24 - 32
5. Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
6. Alvariñas J, Salzberg S. Diabetes y embarazo en Ruiz M: Diabetes Mellitus. Librería Akadia Editorial (Buenos Aires) 2004. 3ª edición. Págs: 548-557.
7. Protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) Transtornos hipertensivos del embarazo (Actualizado en 2006).
8. Cunningham FG, Lowe TW. Cardiovascular disease complicating pregnancy. William Obstetrics, Norwalk CT. Appleton and Lange, 1996, p.761-763.
9. Cotton DB, Lee W, Mitha JC, Dorman KF. Cardiovascular alterations in severe pregnancy induced hypertension. Am. J Obstet Gynecol .1998; 158: 523-525.
10. Leduc L, Wheeler JM, Krshan B, Mitchell P, Cotton DB. Coagulation profile in severe preeclampsia. Obstet Gynecol 1992; 79: 14-17.
11. Sibai BM, Ramadin MK, Chari RS. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets): subsequent pregnancy outcome and long term prognosis. Am J Obstet Gynecol 1995; 171: 1251-1259.

12. Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. santiago oriente dr. luis tisé brousse. 2007; vol 2 (3): 215-220
13. Malee MP. Complicaciones médicas y quirúrgicas del embarazo. En: Scott JR, Gibas RS, Parlan BY, Haney, ed. Danforth Tratado de Obstetricia y Ginecología. 9ª ed. Méjico: McGraw-Hill Interamericana, 2003.
14. Moreno Sanz C, Pascual Pedrero A, Picazo Yeste J, Corral Sánchez MA, Marcello Fernández M, Seoane González J. Apendicectomía laparoscópica y embarazo. Experiencia personal y revisión de la bibliografía. Cir Esp 2005; 78(6): 371-6.
15. BOTERO, J. Obstetricia y Ginecología. 8a.ed. Bogotá: Corporación para Investigación Biológicas, 2004. pp. 312-315.
16. COPELAND, J. y otros. Ginecología. 2da.ed. México: Médica Panamericana, 2003. pp. 1232-1234.
17. Alan H. DeCherney, Lauren Nathan. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 8a.
18. Ed. El Manual Moderno, 2003; p. 211, 289.
19. 14.- Elu MC, Santos Pruneda E. Mortalidad materna: una tragedia evitable. Perinatol Reprod Hum 2004; 18(1):44-51