UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"COMPLICACIONES PRENATALES HOSPITALARIAS"

(Revisión del año 1978. Hospital de Ginecoobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social)

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

POR:

LUIS ALFREDO NUÑEZ RAMIREZ

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Mayo de 1979

INDICE

1. INTRODUCCION

2. ANTECEDENTES

3. OBJETIVOS

4. MATERIAL, METODOS y RECURSOS

5. VARIABLES

6. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

7. CONCLUSIONES

8. RECOMENDACIONES

9. BIBLIOGRAFIA

10. ANEXOS

INTRODUCCION

El estudio de las complicaciones prenatales ha sido una de las preocupaciones de la Obstetricia por las consecuencias que tienen éstas tanto sobre la madre, como sobre el feto y posteriormente en el niño. Consecuencias que pueden en muchos casos ser fatales, dependiendo de la rapidez con que sean detectadas y controladas las complicaciones que se presenten.

El presente trabajo consiste en una investigación retrospectiva de las Complicaciones Prenatales que son atendidas en el Hospital de Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, efectuando una revisión del último año con el fin de determinar la causa más frecuentes de ingreso al servicio de Complicaciones Prenatales de dicho Hospital. Luego se realizó un estudio bibliográfico para tratar de establecer (o estandarizar) medidas Diagnósticas y Terapéuticas que serán indudablemente de beneficio para las pacientes que son atendidas en los servicios mencionados. Por lo cual el trabajo también pretende ser una guía práctica para el manejo de las Complicaciones Prenatales en nuestro medio.

ANTECEDENTES

1. En el Hospital de Gineco-obstetricia no se cuenta con ninguna investigación sobre complicaciones prenatales.

2. Cuenta con dos tesis únicamente: Amenaza de Aborto con Substancia Beta Adrenérgica, Dr. Marco A. Zenteno 1970.

   Toxemia gravídica aguda, Dr. Guillermo Pérez, 1964.

Se hace revisión bibliográfica de los problemas de mayor incidencia y de los medicamentos más usados a continuación.

AMENAZA DE ABORTO

DEFINICION:

Se presume que hay amenaza de aborto cuando aparece flujo vaginal sanguinolento de cualquier intensidad o una franca hemorragia vaginal durante la primera mitad del embarazo. Según esta definición la amenza de aborto es en extremo común pues 1 de cada 5 mujeres embarazadas presenta hemorragia por vagina en cantidad escasa o en algunos casos verdaderas hemorragias durante los primeros meses de gestación.

Estadísticamente se ha encontrado que en un 10o/o el embarazo, en la mujer evoluciona hacia un aborto, siendo la causa más frecuente la anomalía del desarrollo óvulo-embionario.

CUADRO CLINICO:

El Signo más frecuentemente encontrado es la hemorragia vaginal, aunque algunas hemorragias prococes son fisiológicas tal como el signo placentario descrito por Hartman en el mono Rhesus.

Se encuentra además dolor en hipogastrio y en región lumbosacra que coincide con contracciones uterinas, aunque al inicio del cuadro no se presenta este síntoma.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial se debe hacer con: Embarazo extrauterino no roto y mola hidatiforme que son las causas que producen con más frecuencia hemorragia vaginal en la primera mitad del embarazo.

EVOLUCION:

La hemorragia vaginal puede durar días o semanas. El dolor puede persistir un tiempo igual, el embarazo en la mayoría de los casos tiende a seguir su curso no volviendo a presentarse las molestias.

Sin embargo hay casos en los cuales se presenta muerte del producto de la concepción, con retención y transformación in útero, o bien aborto. El embarazo con amenaza de aborto, puede también evolucionar hacia un aborto inevitable o hacia la expulsión incompleta del producto.

COMPLICACIONES:

Las complicaciones de acuerdo a la evolución ya mencionada podemos considerarlas en: Muerte del producto con retención intrauterina del mismo y pérdida gestacional con expulsión incompleta del contenido uterino, esto último expone a la madre que no se trata adecuadamente, a sufrir contaminación bacteriana de diversa índole que puede constituirse en infección localizada al área genital interna y/o externa, o diseminarse en todo el organismo comprometiendo intensamente en este último caso la integridad orgánica de la gestante por todos los daños que a distintos niveles se producen cuando se establece este tipo de

infección diseminada.

TRATAMIENTO:

Se divide según la mayor parte de autores en dos partes cuando hay hemorragia con dolor y cuando hay hemorragia sin dolor, utilizándose en el segundo caso reposo y tranquilizantes; y en el primer caso se utiliza además de lo anterior substancia útero inhibidoras de las cuales la más recientemente utilizada es la indometacina, la cual se ha comprobado disminuye la contractilidad uterina in vitro.

Se han utilizado otras drogas como los beta adrenérgicos como el n-butil simpatol y otros utero inhibidores como la isoxsuprima y el sulfato de magnesio.

Cuando se puede comprobar por medio de un colpocitograma o un urocitograma que hay alguna alteración endócrina encontrando descamación con predominio de células parabasales índice de profunda hipofunción sincicial, o altos índices eosinófilos o cariopicnóticos que demuestran inversión de la relación estrógeno-progesterona, se justifica el tratamiento hormonal efectuado generalmente con progesterona.

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

EDAD GESTACIONAL	CONTRACIONES UTERINAS PRECOZMENTE AUMENTADAS	CUELLO UTERINO
- 20 a 37 semanas - Feto clínicamente pequeño	- Son percibidas y causan molestias en la embarazada. - Frecuencia mayor 2 - 3 por hora. - Persistencia mayor de 1 hora.	- en borramiento - inicio dilatación (orificio Interno).

SINTOMAS Y SIGNOS

Edad de Embarazo:

Amenorrea:

De 20 a 37 semanas de amenorrea segura (feto vivo) y se correlacione con los signos clínicos o paraclínicos que confirmen la edad gestacional.

Tamaño y Madurez Fetal:

Se debe correlacionar con la amenorrea, si se desconoce o duda la fecha de amenorrea, los signos de más importancia son tamaño y madurez fetal; altura uterina, diámetro biparietal por ultrasonograma, líquido amniótico, rayos X fetales harán el diagnóstico.

Contracciones Uterinas:

Son dolorosas y causan molestias; son detectables por palpación o tocografía; su frecuencia debe ser mayor que lo normal.

Al estar la contractilidad uterina aumentada se iniciará tratamiento con útero inhibidores.

Por un aumento de las mismas se espera una hora recibiendo tratamiento con un comprimido de diazepán (10 mg) esperando disminuyan las contracciones, luego inhibidores.

Cuello Uterino:

Compararlo con el último examen con el fin de apreciar las modificaciones, serán mejor si es efectuado por la misma persona.

Sin examen Anterior:

Que exista diferencia respecto a la que se espera encontrar en relación a la paridad y edad gestacional; desgarros, incompetencia cervical debe ser tomada en cuenta y observada al examen.

Otros Elementos:

Expulsión de limos.
Dolor Lumbosacro con las contracciones.
Rotura prematura de las membranas ovulares.
Antecedentes de parto prematuro.
Clase Social Baja.
Mala nutrición materna.
Peso previo embarazo menor de 45 kilogramos.
Reducción de peso durante la gestación.
Insuficiente ganancia de peso semanal.
Madre soltera.
Trabajo, esfuerzo físico.
Edad materna de 18 - 40 años.
Talla baja.
Fumadora durante el embarazo.
Intervalo intergenésico breve.
Embarazo múltiple.

Placenta previa sin hemorragia vaginal.
Infección Urinaria.

La hipertensión arterial, toxemia, polihidramnios, anomalías congénitas, por tener algunas de ellas tratamiento individualmente o no conviene la prolongación del embarazo.

DIAGNOSTICO DE TRABAJO DE PARTO PREMATURO:

Edad de embarazo:

De 20 a 37 semanas de amenorrea relacionada con signos clínicos; si no se conoce la edad de amenorrea hacer diagnóstico por otro método.

Contracción uterina:

Frecuencia: 1 o más en 10 minutos.

Duración: 15 segundos.

Patron Contráctil: mantenerse como mínimo en los inicios de la dilatación cervical (2 - 3 Cms.) por 30 minutos a pesar del reposo y tratamiento.

Cuello Uterino:

Borramiento: Total o parcial, sin valor diagnóstico en las multíparas.

Dilatación: 2 Centímetros o más.

Borramiento y dilatación en aumento en relación al examen anterior.

Confirmación del Diagnóstico:

Se somete la paciente a reposo y diazepán una tableta de 10 miligramos.

Franco trabajo de parto: (más de 4 cms., dilatación)

Más de 4 cms., dilatación y en aumento la contractibilidad en forma periódica hacen que el mayor número de casos sea irreversible; por ello los útero inhibidores no son suficientes para evitar nacimiento del feto de pretérmino.

TRATAMIENTO DE ELECCION:

- Evaluar el caso y repasar las contraindicaciones para prolongar la gestación.
- Realizar control clínico materno-fetal previo.
- Tratamiento de la patología asociada.

Tratamiento:

1. Utero inhibidor rápida instalación (betamimético fenoterol (partusisten))
2. Utero inhibidor lento efecto sostenido (ASA, indometacina, etc.)
3. Presicofármaco para tranquilizar (Diazepán).
4. Inductor de la madurez pulmonar fetal (glucocorticoide).

Etapas para efectuar el tratamiento:

a. Ataque.
b. Sostén durante la intervención.
c. Tratamiento de sostén ambulatorio.

a. Debe utilizarse betamimético intravenoso u oral. Acción rápida por vía intravenoso, forma oral en donde no se dispone de material y de equipo paramédico suficiente; por esta vía son menos potentes.

Betamimético I.V.:

Diazepán Intramuscular.
Indometacina 100 miligramos vía rectal.
Fenoterol (partusisten)
Hipotensas Effortil 250 - 500 miligramos/minuto.
Betametasona 12 miligramos I.M. en menos de 35 semanas, (embarazo).

(Partusisten dosis mínimas para inhibir contractilidad uterina sin provocar efectos cardiovasculares; si a los 20 minutos la inhibición es insuficiente y la frecuencia cardíaca no superó 120 por minuto aumentar la dosis a 2 mcg/min., y luego si continúa el aumento sin cambió cardíaco aumentar a 4 mcg/min., en hipotensas utilizar effortil.

1 ampolla 0.5 mg. 1 mg. (2 Amp.) en 230 ml. de D/A al 5o/o.

1 ampolla effortil 10 mg. 10 amp. en 190 ml. de D/A al 5o/o).

Si las contracciones seden pero luego nuevamente se inician hay que volver a iniciar el tratamiento.

b. Sostén durante la intervención:

Reposo
Dizepán 10 mg. I.M.
Indometacina 100 mg.
Fenoterol oral 5-15 mg.

Betametasona 12 mg. I.M. en menos de 35 semanas de embarazo.

C. Sostén:

Reposo en cama por 48 horas, si las membranas estan enteras movilización gradual.
Restricción examen vaginal
Partusisten oral 5 mg. c/ 6 horas.
Indometacina oral 25 mg. c/6 horas por 7 días.
Valium 10 mg. c/ 6 horas (48 horas)
Betametasona 12 mg. I.M. c/ 24 horas 1 dosis la tercera dosis 12 mg. a los 7 días.

Ambulatorio:

Referir consultorio periférico
Retorno a las actividades físicas
Indometacina oral 25 mg. c/ 6 horas por 7 días.
ASA 1 gramo c/ 6 horas a partir del séptimo día.
Suspender Indometacina por 7 días, dar partusisten 5 mg c/ 6 horas oral.
Tercera dosis de betametasona 12 mg.
Control a Consulta externa

CONTRAINDICACIONES PARA DETENER EL PARTO:

Rotura prematura de membranas (20o/o) con infección (6o/o).
Cardipatía orgánica no comprensada (6o/o).
Ritmo Cardíaco patológico materno.
Abruptio Placentae (3.5o/o).
Placenta Previa con hemorragia (3.5o/o).
Hipertensión arterial crónica.
Nefropatía crónica.
Toxemia gravídica moderada o grave.

Diabetes (1o/o).
Retardo crecimiento y sufrimiento fetal crónico.
Polihidramnios (6o/o).
Eritroblastosis Fetal (6o/o).
Malformaciones congénitas (6o/o).
Hipertiriodismo.
Trabajo de parto de más de 4 cms., de dilatación cervical.
Madurez pulmonar fetal comprobada.

INFECCION URINARIA:

DEFINICION:

Las infecciones renales fueron consideradas como una más de las enfermedades que podían complicar la gestación y afectaban las vías urinarias excretoras sin lesionar el intersticio renal. Sin embargo los métodos mas modernos de diagnóstico han puesto en evidencia que se encuentra afectado el parénquina renal, (pielonefritis).

ETIOLOGIA:

Los gérmenes infectantes pueden ser de distinto tipo, el predominante en pacientes hospitalizadas es el estafilococo aureus, en segundo lugar el E. Coli y por último el Proteus y el Aerobacter. Aunque con alguna frecuencia se pueden encontrar infecciones mixtas.

FISIOPATOLOGIA:

Los uréteres de la gestante experimentan una progresiva obstrucción que comienza a las 20 semanas y alcanza su máximo al término, es debida a comprensión del útero aumentado de tamaño y a una estasis urinaria que favorece la colonización y proliferación de gérmenes.

El reflujo urinario vesicoureteral durante la micción se

presenta en las embarazadas con pielonefritis. Alrededor de 4 - 10o/o de las embarazadas normales presentan una bacteriuría de más de 100,000 colonias por ml., de orina que aparece a las 8 semanas y desaparece después del parto; los gérmenes encontrados son bacilo coli y estafilococo. La úretra corta y las estructuras anatómicas de continencia de la orina muy inferiores a las del hombre favorecen las infecciones en la porción inferior del tracto urinario. Las pacientes con pielonefritis crónica sufren una reagudización, la toxemia gravídica puede conllevar a una isquemia renal, la hiperemesis gravídica al producir desequilibrio hidrosalino conlleva a la disminución de la luz de los conductos excretores.

La constipación permitirá una exacerbación bacteriana intestinal que por vía linfática infecta el insterticio renal.

Vías de Infección: Descendente: hemática, linfohemática o por contigüidad; ascendente es la más importante, se puede producir por reflujo vesicourinario.

SINTOMATOLOGIA:

Pielonefritis aguda, su forma habitual, la mediana, tiene una fase de comienzo presupurativa, en el segundo trimestre, con fiebre, lumbalgia, trastornos miccionales y síntomas generales. Puñopersución dolorosa. El período de estado, supuración, se acompaña de remisión de los síntomas y piuria. Pielonefritis crónica los síntomas son poco definidos, febrícula, dolores lumbares, escasos trastornos miccionales, hipertensión.

DIAGNOSTICO:

Examen de sedimento urinario: proteinuria, leucocituria, eritrocituria, piuria, cilindruria, células centelleantes en las pielonefritis crónicas reactivadas; recuento en cultivo de 100,000 a 120,000 colonias por ml de orina.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Colecistitis, apendicitis, glomerulonefritis, litiasis renal, procesos anexiales en postparto y postaborto.

TRATAMIENTO:

Antibióticos de acuerdo con antibiograma y acidificametes de la orina tipo ampicilina, sulfas, etc.

DIAZEPAN

Pertenece al grupo de las Benzodiazepinas que es el grupo de drogas tranquilizantes menores más modernas. Todos los preparados son sintéticos y poseen una acción farmacológica semejante a la de los alquiloides.

Actúa sobre el sistema nervioso central con un efecto tranquilizante sobre todo en los estados de ansiedad y sus efectos se deben probablemente a una acción depresora sobre el sistema activador ascendente reticular y especialmente sobre el sistema límbico por lo que además tienen cierto efecto de relajante muscular.

Su absorción se lleva a cabo en todo el tracto gastrointestinal, su concentración máxima en sangre se alcanza a las dos horas para descender y desaparecer a los tres o cuatro días.

Las drogas y sus metabolitos se excretan en su mayor parte (un 90o/o) por la orina y esta excresión no rápida por lo cual se asume que la vida media de las Benzodiasepinas es alrededor de 48 horas.

Sus contraindicaciones son principalmente: la hipotonia muscular y la miasteniagrave.

INDOMETACINA:

Se encuentra en el grupo de los Indoles e Indazoles que a su vez pertenecen a las drogas antipiréticas, analgésicas y antiinflamatorias no esteroides.

Para el objeto del presente trabajo solo se analizará sus efectos de relajante muscular, ya que las acciones analgésicas y antiflogisticas son comunes a todas las drogas de ésta familia y no tienen relación con el tratamiento de las complicaciones prenatales estudiadas.

En ese sentido la Indometacina tiene un efecto depresor sobre la musculatura del intestino y del útero lo cual, se ha comprobado administrando drogas estimulantes tales como pilocarpina y acetilcolina con las cuales mostraron un antagonismo marcado por lo que se puede decir que estas drogas (la indometacina y la aminopirina) poseen una acción espasmolítica a nivel de útero e intestino delgado.

En investigaciones recientes (del año 1976) se ha comprobado que la Indometacina disminuye la actividad del músculo uterino in vitro, efecto que según se cree, se debe al desplazamiento de los Iones de Calcio de la membrana celular de dichas fibras musculares.

Se absorven prácticamente en todo el tracto gastrointestinal, su concentración sanguínea máxima se alcanza a la hora o dos horas y su vida media es de dos horas.

Su excreción se hace casi en su totalidad en la orina.

Las reacciones adversas son comunes ya que se pueden encontrar en un 47o/o de los casos y son principalmente: cefalea, ardor y dolor epigástrico, vómitos y diarrea.

Por lo cual sus contraindicaciones son en pacientes con enfermedad péptica, úlcera gastroduodenal y diarrea.

CLORHIDRATO DE ISOXSUPRINA

Pertenece al grupo de las fenolaminas que son drogas simpatomiméticas y se encuentran en el sub-grupo de fenolaminas con el radical hidroxilo fenólico en posición PARA: en donde también se encuentra el butil simpatol y la foledrina.

La acción de estas drogas es a nivel de los receptores adrenérgicos alfa y beta, la Isoxsuprina actúa principalmente a nivel de los receptores betas por lo que tiene efectos vasodilatores y broncodilatadores, actuando además a nivel de la musculatura uterina como un inhibidor de las contracciones musculares.

Se absorven bien tanto por la vía bucal como parenteral, no sufren destrucción a nivel de hígado por lo que son de acción prolongada.

Las contraindicaciones son en pacientes con hipotensión arterial o que sufran de una afección arterial grave, esto último en pacientes ancianos.

LA ORCIPRENALINA también es una droga simpatomimética pero se encuentra en el grupo de las catecolaminas sintéticas sus efectos relacionados con este tema son: la inhibición uterina por la disminución de las contracciones y del tono uterino, gracias a su efecto beta que puede ser bloqueado con propanolol.

Las demás acciones son similares a las producidas por las fenolaminas dependiendo de su acción sobre los receptores alfa o beta.

METILDOPA

Es una droga antihipertensiva subsidiaria perteneciente al grupo de los inhibidores enzimáticos, específicamente inhibidora de la

dopadescarboxilasa.

Su acción farmacológica sobre el sistema cardiovascular es principalmente hipotensora, sin disminuir el volumen sistólico ni el volumen minuto cardíaco sino por su acción de disminuir la resistencia vascular periférica por vasodilatación. Teniendo además una acción depresora sobre el sistema nervioso central.

Su absorción es principalmente por vía bucal ya que por vía endovenosa solo se absorve aproximadamente el 50o/o de la droga. Su excreción se hace principalmente por la orina.

AMPICILINA

Es una droga clasificada entre los antibióticos de espectro reducido entre los que está la penicilina que fue la que dio origen a la Ampicilina por medio de su producción sintética. Por poseer un espectro mayor que el de todas las penicilinas se le denomina Penicilinas de amplio espectro en las que se encuentra la ampicilina y su sal sódica.

Actúan a nivel de las bacterias destruyendo su capa externa o membrana celular.

Tienen efecto sobre las bacterias gram positivas aunque en menor grado que la Penicilina G, pero poseen una sensible potencia antibacteriana sobre las gram negativas como la E. Coli, los generos Hemophillus, Aerobacter, Klebsiella, Proteus, Shigella y Salmonella, tanto In vivo como In vitro.

Se absorven por todas las vías pero principalmente por vía intramuscular y endovenosa. Se metabolizan en el hígado y se excretan principalmente por vía renal.

OBJETIVOS

A.) Generales:

1. Realizar un estudio retrospectivo de las causas de ingreso al Servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital de Ginecoobstetricia del I.G.S.S.

2. Ayudar al manejo de las complicaciones prenatales más frecuentes en nuestro medio.

B.) Específicos:

1. Determinar la complicación prenatal que produce más ingresos hospitalarios.

2. Investigar a que edad se presentan con mayor frecuencia los problemas de complicaciones durante el embarazo.

3. Determinar la causa de muerte más común en el servicio de complicaciones prenatales.

4. Realizar revisión bibliográfica de las complicaciones encontradas con mayor frecuencia.

5. Proponer métodos diagnósticos y terapeúticos para el manejo de las complicaciones prenatales.

MATERIAL Y METODO

1. MATERIAL:

1.1 Registros clínicos del servicio de complicaciones prenatales del año 1978.

1.2 Instrumento de recolección y tabulación de datos.

1.3 Material bibliográfico.

1.4 Material de oficina: bolígrafos, máquina de escribir, máquina de calcular, etc.

2. METODO:

Para realizar el presente trabajo se procedió a seleccionar los registros clínicos de las pacientes que ingresaron durante el año 1978 al servicio de complicaciones prenatales por medio de las hojas estadísticas de codificación de diagnósticos.

Posteriormente se revizaron los registros clínicos para obtener los datos necesarios para el manejo de las variables.

Efectuando después la tabulación y análisis de los resultados obtenidos.

RECURSOS

HUMANOS:

1. Asesor y Revisor.
2. Personal de la Sección de Estadística y Registros Clínicos del Hospital de Ginecoobstetricia
3. Investigador

NO HUMANOS:

1. Registros clínicos del servicio de complicaciones prenatales.

2. Instrumentos de recolección y tabulación de datos

3. Material bibliográfico

4. Material de oficina: máquinas de escribir y calcular, papel, bolígrafos, etc.

VARIABLES

1. Diagnóstico de egreso del servicio

2. Edad de la paciente

3. Mortalidad

4. Tratamiento recibido.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados por medio de tablas correspondientes y a la vez se hace un análisis de las mismas demostrando los resultados por medio de las gráficas que se adjuntan.

TABLA No. 1

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES PRENATALES HOSPITALIZADAS DURANTE 1978

Complicaciones Pren.	No.	o/o
Amenaza de aborto	284	37.9
Amenaza de parto P.	178	23.7
Infección urinaria	115	15.3
Preeclampsia	40	5.3
Enterocolitis aguda	18	2.4
Embarazo ectópico	14	1.8
Cervicitis	9	1.2
Hiperemésis Gravid.	9	1.2
Eclampsia	8	1.06
Tricomoniasis	7	0.93
Polihidramnios	7	0.93
Hipertensión Art.	6	0.80
Desnutrición	6	0.80
Bronconeumonía	6	0.80
Celulitis	6	0.80
Anemia	6	0.80
Amnioitis	6	0.80
Colicistitis	5	0.66
Obito fetal	3	0.40
Várices	2	0.26
Paludismo	2	0.26
Insuficiencia Card.	2	0.26
Traumatismo Lumbar	2	0.26
Tromboflebitis	2	0.26
Ulcera Gástrica	2	0.26
Asma	1	0.13
Tuberculosis Pulm.	1	0.13
Amigdalitis	1	0.13
S. Convulsivo	1	0.13
TOTAL	748	99.69

TABLA No. 1.

La incidencia de amenaza de aborto fue de 284 casos que hacen un 37.9o/o de las 748 pacientes que fueron hospitalizadas durante el año 1978 en el servicio de complicaciones prenatales. Siendo ésta la de mayor frecuencia.

En segundo lugar de frecuencia se encuentra la amenaza de parto prematuro la cual se presentó en 178 casos haciendo el 23.7o/o de los ingresos.

La infección urinaria se presentó en 115 de las pacientes haciendo un 15.3o/o y ocupando el tercer lugar en frecuencia.

Cuarenta pacientes presentaron preeclampsia haciendo el 5.3o/o; enterocolitis aguda en 18 pacientes que hacen 2.4o/o.

Catorce pacientes fueron hospitalizadas por embarazo ectópico que constituyen el 1.8o/o; cervicitis e hiperemésis gravídica encontrándose nueve pacientes en cada una de ellas con 1.2o/o cada una.

Ocho pacientes fueron hospitalizadas por eclampsia constituyendo el 1.06o/o; tricomoniasis y polihidramnios se presentaron en 7 pacientes cada una haciendo el 0.93o/o.

Hipertensión arterial, desnutrición, bronconeumonía, celulitis, anemia y amnioitis fueron encontradas en seis pacientes que hacen el 0.80o/o cada una.

Colicistitis fue encontrada en 5 pacientes con 0.66o/o; obito fetal en tres pacientes que hacen el 0.40o/o.

Las complicaciones prenatales: várices, paludismo, insuficiencia cardíaca, traumatismo lumbar, tromboflebitis y úlcera gástrica se encontraron cada una en dos pacientes que constituyen

0 26o/o

Asma tuberculosis pulmonar amigdalitis síndrome convulsivo fueron las complicaciones prenatales con menor frecuencia encontrándose cada una en una paciente que hace el 0.13o/o.

Se incluyen entidades que no complican el embarazo sino que son enfermedades concomitantes con el embarazo y fueron ingresadas al servicio.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES PRENATALES EN HOSP. G.O. IGSS-1978

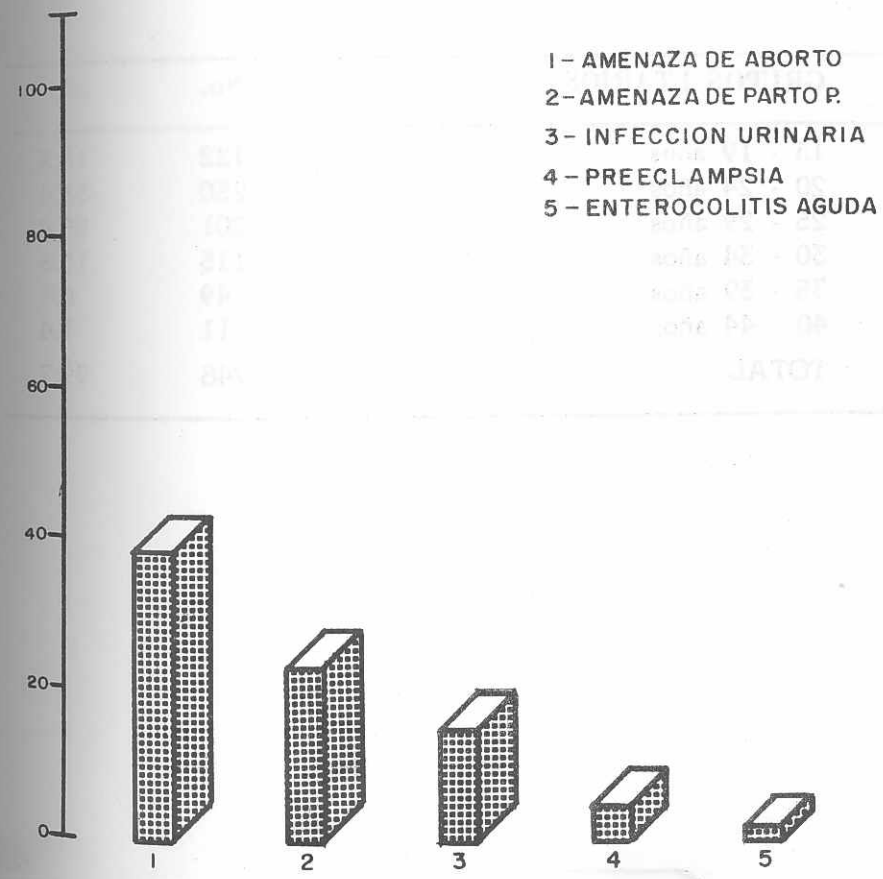


TABLA No. 2

GRUPOS ETARIOS EN PACIENTES CON COMPLICACIONES PRENATALES HOSP. G.O. IGSS 1978.

GRUPOS ETARIOS	No.	o/o
15 - 19 años	122	16.3
20 - 24 años	250	33.4
25 - 29 años	201	26.8
30 - 34 años	115	15.3
35 - 39 años	49	6.5
40 - 44 años	11	1.4
TOTAL	748	99.7

TABLA No. 2

El intervalo de edad en que se presentaron con mayor frecuencia las pacientes hospitalizadas en el servicio de complicaciones prenatales fue el de 20 a 24 años encontrándose en él 250 pacientes que hacen el 33.4o/o.

A continuación el intervalo de 25 a 29 años con 201 hospitalizadas que constituyen el 26.8o/o.

En frecuencia el tercer lugar lo ocupó el grupo de 15 a 19 años con 122 pacientes (16.3o/o); de 30 a 34 años se encontraron 115 pacientes (15.3o/o).

El intervalo de 35 a 39 años presentó 49 pacientes con 6.5o/o; el intervalo de menor frecuencia fue el de 40 a 44 años en donde se encontraron 11 pacientes que hacen el 1.4o/o.

GRUPOS ETARIOS EN COMPLICACIONES PRENATALES EN HOSP. G.O. IGSS-1978

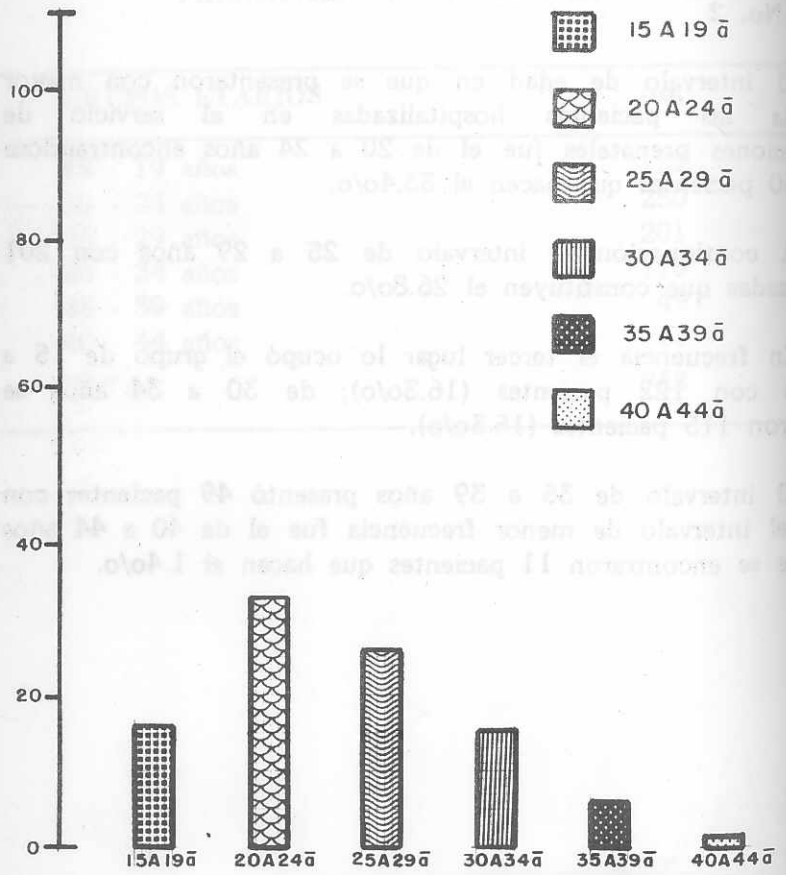


TABLA No. 3

DISTRIBUCION POR EDAD EN AMENAZA DE ABORTO

EDAD	No.	o/o
15 a 19 años	30	10.5
20 a 24 años	98	34.5
25 a 29 años	80	28.1
30 a 34 años	50	17.6
35 a 39 años	18	6.3
40 a 44 años	8	2.8
TOTAL	284	99.7

DISTRIBUCION POR EDAD AMENAZA DE ABORTO

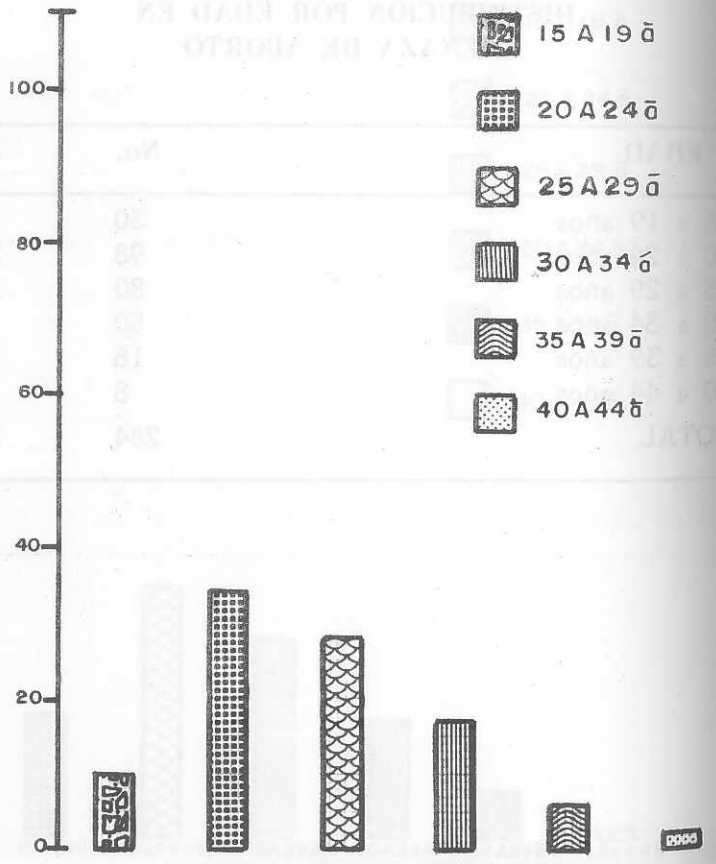


TABLA No. 4

DISTRIBUCION POR EDAD EN AMENAZA DE PARTO PREMATURO

EDAD	No.	o/o
15 a 19 años	40	22.4
20 a 24 años	66	37.0
25 a 29 años	44	24.7
30 a 34 años	17	9.5
35 a 39 años	8	4.4
40 a 44 años	3	1 6
TOTAL	178	99 7

DISTRIBUCION POR EDAD AMENAZA DE PARTO PREMATURO

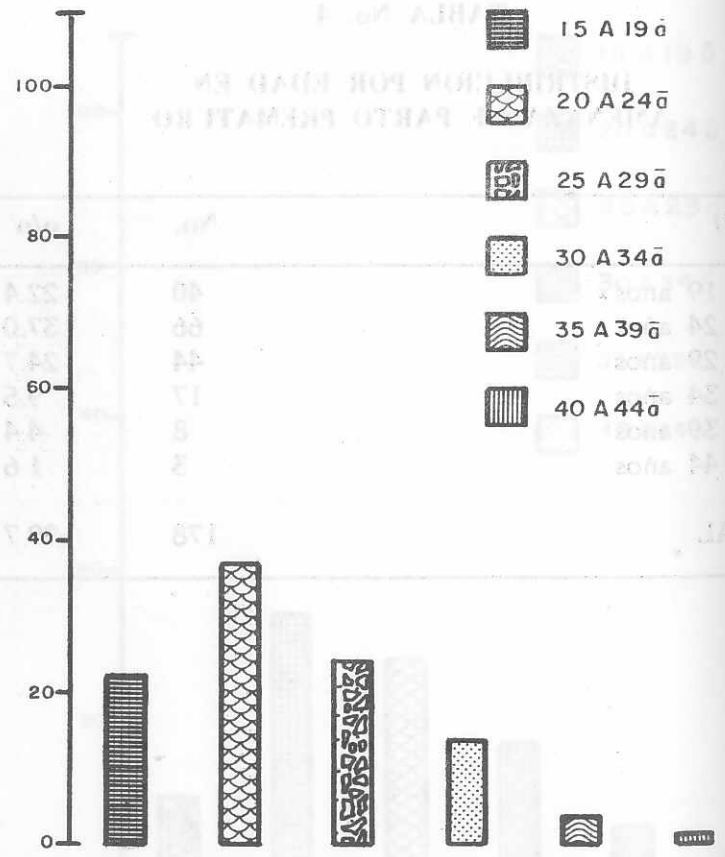


TABLA No. 5

DISTRIBUCION POR EDAD EN INFECCION URINARIA

EDAD	No.	o/o
15 a 19 años	29	25.2
20 a 24 años	41	35.6
25 a 29 años	26	22.6
30 a 34 años	13	11.3
35 a 39 años	6	5.2
40 a 44 años	0	0
TOTAL	115	99.9

DISTRIBUCION POR EDAD INFECCION URINARIA

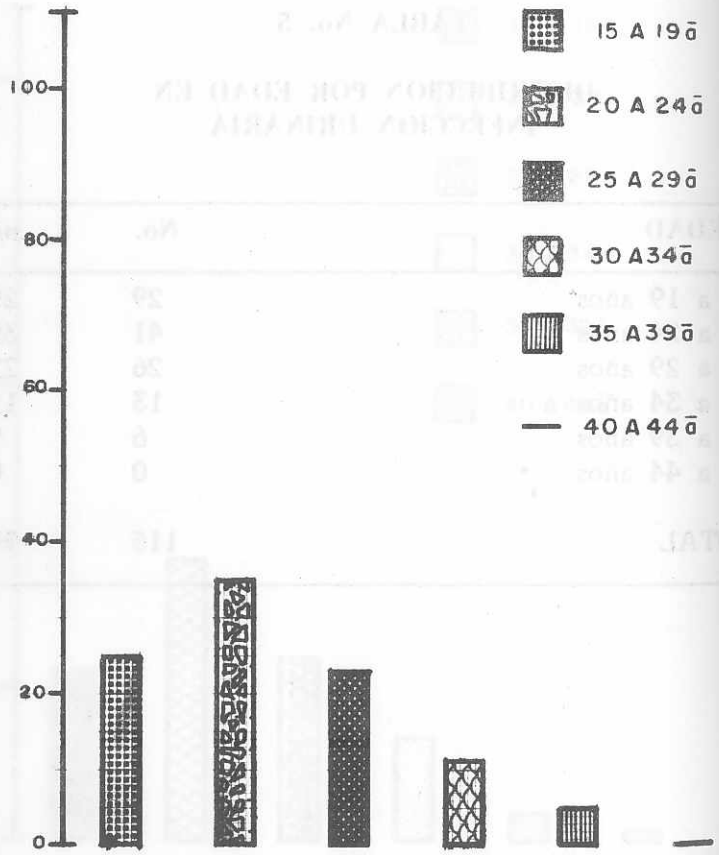


TABLA No. 6

DISTRIBUCION POR EDAD EN PREECLAMPSIA

EDAD	No.	o/o
15 a 19 años	0	0
20 a 24 años	15	37.5
25 a 29 años	10	25.0
30 a 34 años	11	27.5
35 a 39 anos	3	7.5
40 a 44 años	1	2.5
TOTAL	40	100.0

DISTRIBUCION POR EDAD PREECLAMPSIA

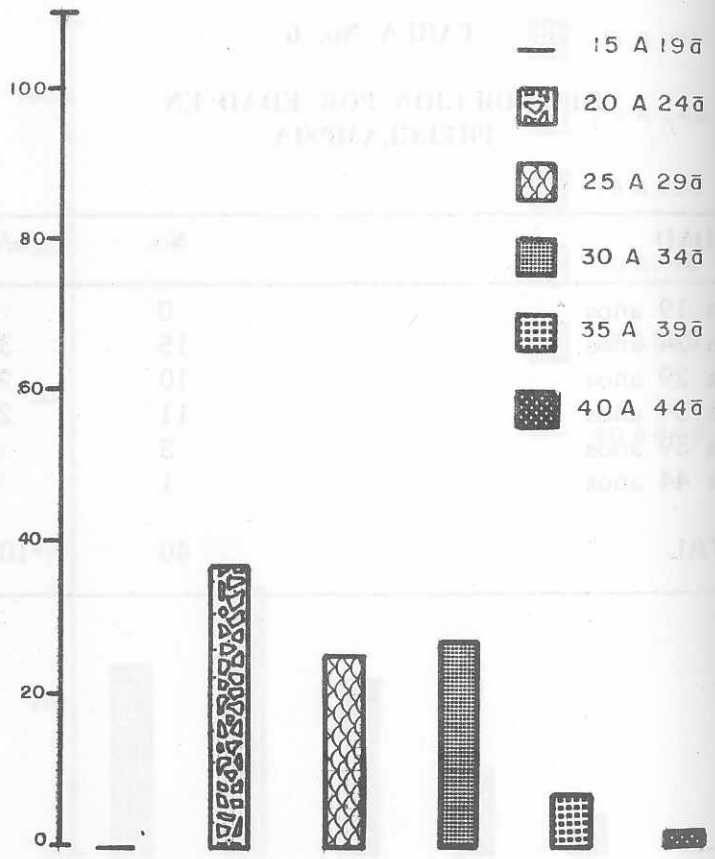
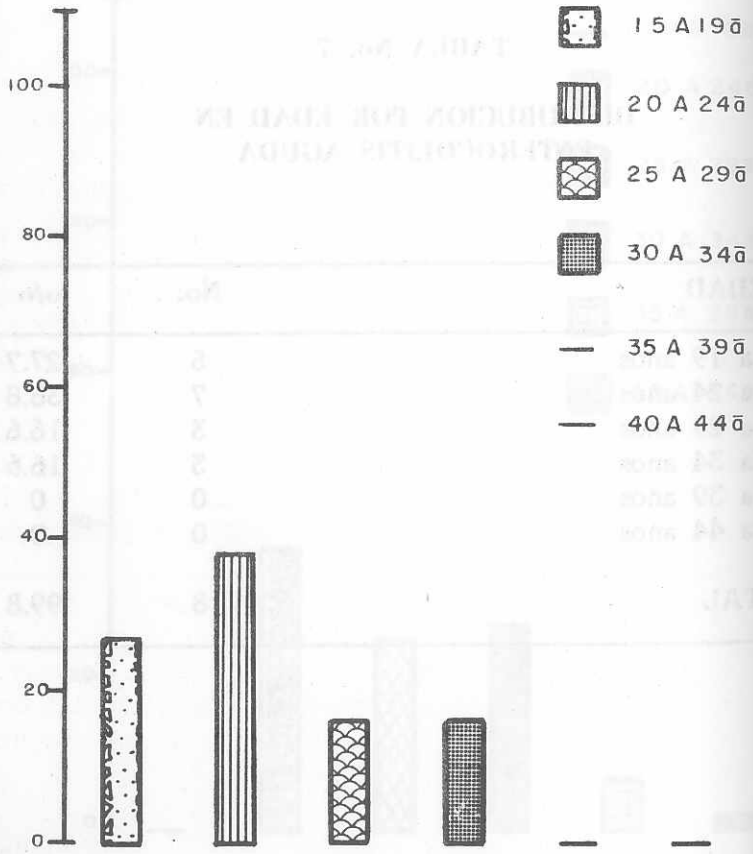


TABLA No. 7

DISTRIBUCION POR EDAD EN ENTEROCOLITIS AGUDA

EDAD	No.	o/o
15 a 19 años	5	27.7
20 a 24 años	7	38.8
25 a 29 años	3	16.6
30 a 34 años	3	16.6
35 a 39 años	0	0
40 a 44 años	0	0
TOTAL	18	99.8

DISTRIBUCION POR EDAD ENTEROCOLITIS AGUDA



En la distribución por edad en las diferentes causas de ingreso al servicio de complicaciones prenatales se encontró lo siguiente:

La edad que presentó más incidencia en amenaza de aborto fue de 20 a 24 años con 98 pacientes haciendo un 34.5o/o de las 284 pacientes que presentaron amenaza de aborto; luego el intervalo de 25 a 29 años con 80 pacientes haciendo un 28.1o/o de las hospitalizadas que presentaron amenaza de aborto.

En la distribución por edad en las causas de hospitalización al servicio de complicaciones prenatales la amenaza de parto prematuro presentó un total de 66 pacientes en el intervalo de 20 a 24 años haciendo un 37.0o/o de las 178 pacientes que presentaron ésta complicación. Luego el intervalo de 25 a 29 años con 44 pacientes (24.7o/o).

La infección urinaria se presentó en el grupo de 20 a 24 años con 41 pacientes haciendo un 35.6o/o, luego el de 15 a 19 años con 29 haciendo un 25.2o/o de 115 pacientes que presentaron infección urinaria.

Preeclampsia se encontró en los intervalos de 20 a 24 años con 15 pacientes (37.5o/o); y de 30 a 34 años con 11 haciendo un 27.5o/o del total de hospitalizadas que presentaron preeclampsia, 40 pacientes.

Enterocolitis aguda fue la complicación prenatal que ocupó el quinto lugar siendo el intervalo de 20 a 24 años el de mayor incidencia con 38.8o/o para 7 pacientes y de 15 a 19 años con 5 pacientes (27.7o/o), del total que presentaron enterocolitis aguda que fueron 18 pacientes.

El grupo etario de mayor morbilidad fue el comprendido entre los 20 a 30 años.

TABLA No. 8

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES PRENATALES

Amenaza de AB.	No.	o/o
Reposo - Diazep.	167	59
Reposo - Diazep. Indometacina	87	30
Reposo - Diazep. Clorhid. Isoxsup.	30	10

A. Parto Prem.	No.	o/o
Clorhidrato Isoxsuprina	115	65
Orcipranalina	63	35

Infec. Urinaria	No.	o/o
Ampicilina	92	80
Otros tratamientos	23	20

Preeclampsia	No.	o/o
Metildopa-Lasix	20	52
S. Magnesio - lasix	16	38
S. Magnesio - Lasix-Metild.	4	10

En la tabla No. ocho se pueden apreciar los datos que corresponden al tratamiento recibido por las pacientes durante su hospitalización.

En la amenaza de aborto de las 284 pacientes, 167 o sea el 59o/o recibió como tratamiento reposo y Diazepan ; el 30o/o (87 pacientes) recibieron con Tx. Reposo, Diazepan e Indometacina; y 30 pacientes (el 10o/o) recibieron: Reposo Diazepan y clorhidrato de Isoxsuprina.

En las pacientes con amenaza de parto prematuro de las 178 pacientes, el 65o/o recibió como tratamiento reposo, Diazepan y clorhidrato de Isoxsurpina, correspondiendo a 115 pacientes; 63 pacientes que hacen el 35o/o tuvieron con Tx. Reposo, y Orciprenalina.

Para el tratamiento de infección urinaria se usó en el 80o/o de las pacientes Ampicilina y en las 23 pacientes restantes (el 20o/o) se usaron otro Tx. tales como: Sulfas en su mayoría.

En las 40 pacientes que presentaron Preeclampsia, se encontró que 20 o sea el 50o/o recibieron con Tx. Metil Dopa y Furosemid, 16 pacientes o sea el 40o/o recibió: Sulfato de Magnesio y Furose. Y 4 pacientes o sea el 10o/o recibió Metil Dopa, Sulfato de Magnesio y Furosemid.

De las pacientes que presentaron Enterocolitis aguda la mayoría, más o menos un 75o/o recibieron como Tx. Soluciones I.V.

MORTALIDAD:

De las 748 pacientes que ingresaron por complicaciones prenatales no se registró ninguna defunción por lo cual la mortalidad por complicaciones prenatales fue cero.

CONCLUSIONES:

1. La complicación prenatal que causó más ingresos hospitalarios fue la amenaza de aborto haciendo un 37.9o/o del total de pacientes hospitalizadas.

2. La amenaza de parto prematuro ocupó el segundo lugar en frecuencia de los ingresos hospitalarios con 23.7o/o.

3. La infección urinaria se encontró en el 15.3o/o de las pacientes hospitalizadas ocupando el tercer lugar en frecuencia de ingresos hospitalarios.

4. Las complicaciones que causaron hospitalización con menos frecuencia fueron asma, tuberculosis pulmonar, amigdalitis y síndrome convulsivo que se encontró cada una en 0.13o/o.

5. El grupo etario en que se presentaron con mayor frecuencia las pacientes hospitalizadas fue el de 20 a 24 años con un 33.4o/o.

6. De las 284 pacientes que presentaron amenaza de aborto el 34.5o/o se encontraron en el grupo de 20 a 24 años siendo éste el de mayor frecuenia.

7. De las 178 pacientes que fueron hospitalizadas por amenaza de parto prematuro el grupo de mayor frecuencia fue el de 20 a 24 años con 37o/o de las pacientes.

8. El grupo de edad encontrado con mayor frecuencia en las pacientes hospitalizadas por infección urinaria fue el de 20 a 24 años con 35.6o/o.

9. El tratamiento utilizado con mayor frecuencia en las pacientes con amenaza de aborto fue reposo y diazepan con un 59o/o.

10. El 65o/o de las pacientes hospitalizadas por amenaza de parto

prematuro recibieron como tratamiento el clorhidrato de isoxsuprina.

11. El 80o/o de las pacientes que presentaron infección urinaria recibieron tratamiento con ampicilina.

12. La mortalidad por complicaciones prenatales fue cero.

RECOMENDACIONES

1. Que en las pacientes que presenten amenaza de aborto se investigue con todos los medios posibles la causa de dicha complicación.

2. Crear un plan educacional en el que se haga énfasis en la importancia que tiene la actividad moderada en los primeros meses de embarazo.

3. Investigar la causa de la gran incidencia de amenaza de parto prematuro en nuestro medio.

4. Educar a las pacientes en control prenatal para su correcta higiene genital con el fin de disminuir la incidencia de las infecciones urinarias.

5. Usar medicamentos utero inhibidores que causen menos efectos colaterales en el organismo materno.

6. Incrementar la cobertura en las mujeres atendidas a nivel de control prenatal temprano para detectar pronto el embarazo de alto riezgo.

BIBLIOGRAFIA

Treatment of thrcatened habitual abortion. S. Afr. Med. J. 1 (6): 165 - 1966, 5 febrero 1977.

Br. J. Obset Gynecol 83 (8): 640-644, agosto 1976.

Br. Obset Gynecol 82 (11): 858-862, noviembre 1975.

Reproducción J. Obset Gynecol 39 (1-2) 15-25, Jan Jun 1976.

Reproducción J. Obser Ginecol 5 (1-3) 453-460 noviembre 1976.

J. Obset Gynecol, 126 (156-162) Jan, 1976.

Schwarcz Ricardo, Obstetricia El ateneo,. Buenos Aires, Tercera Edición, pp 174, 492, 439.

Novak, Jones, Tratado de Ginecología, Interamericana, México, Octava Edición pp 649-650.

Williams, Obstetricia, Salvat Editores S.A. México, edición 1973, pp 434-440, 684, 459.

Manuel Litter, Farmacología, El Ateneo, Buenos Aires, Cuarta Edición, pp 302-305, 495-497, 698, 885-887, 1085, 1098.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

Afiliación	Edad	Dx.	Tx.	Mortalidad.

Br. Luis Alfredo Núñez Ramírez.

sco Estrada Ligorría.

Dr. F. Fernando Rendón Contrera

ulio de León Méndez.

CTOR DE FASE III

Dr. Raúl A. Castillo R.

SECRETARIO

Dr. Rolando Castillo Montalvo

DECANO