



**Universidad Central de Venezuela
Facultad de Medicina
Coordinación de Estudios de Postgrado
Programa de Especialización en Medicina Interna
Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”**

**Mujeres en edad reproductiva: análisis de la epidemiología de las patologías
médicas**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar el título de Especialista en
Medicina Interna

Gabriela Sofía Páez Fonseca
Yelena Margarita Ruiz Matheus

Tutor: Dra. Eva Essinfeld de Sekler

Caracas, julio de 2017

Dra. Eva Essinfeld de Sekler
Tutora

Dra. Eva Essinfeld de Sekler
Directora del Curso de Especialización en Medicina Interna
Hospital General del Oeste

Dra. Trina Navas
Coordinadora del Curso de Especialización en Medicina Interna
Hospital General del Oeste

INDICE

Resumen	1
Introducción	4
Planteamiento y limitación del problema	5
Justificación e importancia	7
Antecedentes	7
Marco teórico	10
Objetivo general	12
Objetivo específicos	12
Aspecto éticos	13
Métodos	14
Aspectos administrativos	16
Resultados	17
Discusión	23
Referencia	36
anexos	43

Mujeres en edad reproductiva: análisis de la epidemiología de las patologías médicas

Autora: Gabriela Sofía Páez Fonseca, CI. 16851201 Sexo: Femenino
email: delsoff@hotmail.com

Telef.: 04241151119 Dirección: Hospital General del Oeste, Servicio de
Medicina Interna
Curso de Especialización en Medicina Interna

Autora: Yelena Margarita Ruiz Matheus, CI. 17693036. Sexo: Femenino
email: mruizucv@gmail.com

Telef.: 04242764691, Dirección: Hospital General del Oeste, Servicio de
Medicina Interna
Curso de Especialización en Medicina Interna

Tutora: Dra. Eva Essinfeld de Sekler. CIV-1728645, Sexo: Femenino

Email: e.sekler@gmail.com, Telef.: 04143270847, Dirección: Hospital General
del Oeste, Servicio de Medicina Interna

RESUMEN

Objetivo: Analizar la patología médica de las mujeres en edad fértil que son atendidas en el Hospital General del Oeste de Caracas. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, transversal, de pacientes con edades entre 14 hasta los 44 años. **Tratamiento estadístico:** se realizara descripción estadística en función de medidas de tendencia central y proporción. **Resultados:** Se evaluaron 910 pacientes, la edad promedio fue de $25,63 \pm 6,69$ DS. El grupo entre 13 y 19 años fue el 33,40% y el 17,5% eran adolescentes. El promedio de edad de la embarazada fue de $23,31 \pm 6,08$ DS, mientras que en la no gestante $30,57 \pm 7,97$ DS. Según el Graffar modificado por Méndez Castellanos predominó la clasificación III en 57,06%. El promedio de la 1enarquía fue a los $12,7 \pm 1,75$ DS. y de la sexarquía a $16,54 \pm 4,04$ DS. La edad promedio del primer parto era $18 \pm 1,33$ DS. El 73,62% no cumplía control ginecológico anual. Eran gestantes 78%. Entre las gestantes, eran sanas el 80%. Las patologías médicas del embarazo fueron pre eclampsia 39%, anemia 35,93%, diabetes gestacional 12%, síndrome de HELLP 11%, hiperémesis gravídica 1,56%. Entre los diagnósticos médicos no relacionadas con el embarazo destacaron: asma 41,77%, HTA crónica 16,45%,

ITU 12,65%, obesidad 7,59%, anemia 5,09%. La violencia doméstica se documentó en 3,4% y 20% ocurrió en la gestación. En las no gestantes el diagnóstico médico predominó en 48% y los más frecuentes fueron anemia 34,84%, ITU 27,77%, HTA crónica 7,57%, **Conclusión:** La mujer en edad fértil debe ser adecuadamente atendida independientemente de la presencia de gestación.

Palabras clave: mujeres en edad fértil, patologías médicas, epidemiología.

Epidemiological analysis of medical conditions in women of childbearing age

ABSTRACT

Objective: To analyze the medical condition of women of childbearing age who were treated at the Hospital General del Oeste, Caracas, Venezuela. **Methods:** This is an analytical transversal case design, of female patients in a non-probabilistic sample, of intentional selection that included 100% of patients aged 14 - 44 years who consulted our hospital from October 1st of 2015 to May of 2016 in medical hospitalized and outpatient of internal medicine, as well as obstetrics and gynecology. A previous informed consent was obtained; we designed instruments and data collection, for that purpose. The sample was divided in two groups, pregnant and non pregnant, classified as healthy and with any medical or gynecological pathology. The variables studied were: age, menarche, sexarche, parity, demographics, admission and final diagnoses as well as associated complications. **Result:** We studied 910 patients, with an average age of $25,63 \pm 6,69$ DS. The group of 13 to 19 years was 33,40% and 17,5% were adolescents. The average age of the pregnant was $23,31 \pm 6,08$ DS, and in the non-pregnant $30,57 \pm 7,97$ DS. The Graffar score modified by Méndez Castellanos showed a class III in 57,06%. The average age of menarche was $12,7 \pm 1,75$ DS and of the first intercourse $16,54 \pm 4,04$ DS. The average age of the first delivery $18 \pm 1,33$ DS. An important 73,62% did not have an annual gynecological consultation. The pregnant women were 78%. Among them, 80% were healthy. We found medical conditions of pregnancy as follows: pre-eclampsia 39%, anemia 35,93%,

gestational diabetes 12%, HELLP syndrome 11%, hyperémesis gravidarum 1,56%. The medical diagnosis not related to pregnancy were:astma 41,77%, chrónic hyoertension16,45%, UTI 12,65%, obesity 7,59%, anemia 5,09%. Doméstic violence was documented in 3,4%, and 20% occurred during pregnancy. In non.pregnant women there was 48% of medical conditions,being the most frequent anemia 34,84%, UTI 27,77%, chronis hypertension 7,57%, **Conclusión:** Women in childbearing age must be adequately examined and treated, indeoendently of pregnancy or not.

Keywords: women of childbearing age, medical conditions, epidemiology.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por edad reproductiva la etapa comprendida entre los 15 y los 45 años de edad, cuando la mujer es capaz de reproducirse de manera natural. Dicha etapa representa uno de los periodos más significativos en la vida de la misma, ya que además de desarrollar su actividad sexual, tiene la capacidad para concebir hijos.

Según datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de Venezuela para el año 2011, el 36% de la población estaba conformado por mujeres en de este rango etario. ⁽¹⁾ representando un grupo importante respecto a los ingresos hospitalarios en comparación con el sexo masculino, más si se considera que muchos de estos ingresos se asocian con patologías ginecológicas que pueden verse afectadas por la presencia de patologías médicas previamente conocidas o de hallazgo incidental.

Diversos factores influyen en la evolución de este tipo de pacientes desde los observados en la adolescencia hasta los evaluados en etapas más tardías: no modificables (edad, genéticos, hormonales,) y modificables (socio- culturales) que juntos le confieren características especiales a esta población.

La gestación es por sí sola una condición única que amerita un estudio preciso y enfoque multidisciplinario para promover una atención óptima que garantice la sobrevida de la madre y el feto.

Sin embargo, suele ser justamente durante esta etapa que se presentan las principales complicaciones que ameritan la intervención del médico internista.

Siendo las patologías médicas un importante factor de riesgo para la evolución de estas pacientes, y cuyo diagnóstico constituye muchas veces un

hallazgo incidental, se hace necesario el reconocimiento de las mismas, su modo de presentación y la influencia que tienen sobre la evolución intrahospitalaria. (2,3,4,5)

Por ello este trabajo fue dirigido a analizar la epidemiología de las patologías médicas presentes en las mujeres en edad fértil que ingresaron al Hospital General del Oeste en el periodo comprendido entre el mes de agosto 2015 y julio de 2016 en los servicios de ginecología y obstetricia como medicina interna.

Planteamiento y delimitación del problema

En la última década se ha observado el incremento en la aparición de patologías médicas con especial atención a aquellas que afectan al sexo femenino.

Factores demográficos, sociales, culturales, económicos, nutricionales tienen una especial importancia al estudiar la prevalencia de estas patologías. Por otra parte, la herencia y demás aspectos genéticos pueden condicionar la predisposición para la aparición de complicaciones asociadas a enfermedades específicas.

El nivel educativo de las mujeres influye directamente en su comportamiento y desarrollo sexual y reproductivo, así como, en el tamaño de la familia y la planificación familiar. Sin embargo, el nivel socioeconómico de la población atendida en el Hospital General del Oeste es predominantemente bajo.

Las patologías médicas varían en cuanto a su presentación: en las mujeres no gestantes destacan las etiologías respiratorias como el asma, las patologías cardiovasculares como la hipertensión arterial y el síndrome metabólico ^(6,7), este último asociado a los repuntes en la presencia de obesidad y estados comórbidos

como la diabetes, prediabetes y resistencia a la insulina.⁽⁶⁾ En menor número los trastornos hematológicos, siendo la anemia de mayor prevalencia.

El inicio temprano de la actividad sexual, asociado a la falta de uso de métodos anticonceptivos, bien sea por desconocimiento de estos o por dificultad para su adquisición, han traído como consecuencia un incremento en la tasa de embarazos en adolescentes, y por ende un factor predisponente para alto riesgo obstétrico.⁽⁹⁾

La fisiología del embarazo difiere sustancialmente de aquella que tendemos a considerar “normal”. Con la comprensión de los cambios anatómicos que ocurren durante dicho estado y bajo la consideración de que el embarazo constituye un sistema biológico único se hace posible comprender cómo una determinada patología médica puede ser exacerbada o enmascarada por este, y tener influencia sobre los parámetros diagnósticos, afectar el desarrollo del feto, tener implicaciones en la forma de resolución del mismo y llevar un significado pronóstico en la salud de la madre.⁽¹⁰⁾

El bienestar de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio es un componente esencial de la salud reproductiva. La muerte materna y las enfermedades de la madre son eventos de una trascendencia muy importante, ya que tienen consecuencias profundamente negativas para la sociedad y en especial para la familia.⁽¹⁰⁾

En un estudio realizado en la Maternidad Concepción Palacios, se demostró que la principal causa obstétrica directa de muerte materna fueron las hemorragias con un 26,5 % en el período 1939-1963, sepsis 62,3 % en el período 1975- 1981 y

según Brito y col. 1982-1991 sepsis con 48,1 %. Entre 2001 y 2008 fueron los trastornos hipertensivos del embarazo (39,20 %) ocupando el mayor porcentaje (66,66 %), la preeclampsia severa.⁽¹¹⁾

El rol del internista frente al manejo de estas patologías y la adecuada comprensión de dichos procesos permitiría crear herramientas útiles para hacer el diagnóstico.

Justificación e importancia

La paciente femenina en edad reproductiva representa un reto respecto a su diagnóstico, manejo y seguimiento. Las patologías observadas en la gestante y su predisposición a las complicaciones obligan a una mayor preparación del médico internista en esta área

A través de este trabajo de investigación se pretende ayudar a la creación de herramientas que permitan una mejor atención de las mismas así como optimizar el diagnóstico y la elección de tratamiento adecuado para disminuir la mortalidad y aportar datos que sirvan de base para investigaciones futuras.

Antecedentes

En nuestro hospital se realizó en 1993 un trabajo acerca de la incidencia de la Patología médica del embarazo en un Departamento de Medicina Interna.⁽¹²⁾ La patología médica del embarazo representó el 0,9% de las pacientes ingresadas en un lapso de dos años (1990-1992). Las más frecuentes fueron: asma bronquial, infecciones y trastornos psiquiátricos. En la mayoría de los casos la terminación del parto fue por vía vaginal. El peso promedio de los recién nacidos fue superior a 2.500 gr y la puntuación en la escala de Apgar en el 84,6% fue igual o superior a 6. Hubo dos muertes maternas (6,5%).

En 2010 en un estudio realizado en la unidad de diabetes y embarazo de la Universidad de Carabobo⁽¹¹⁾ se evaluaron 92 mujeres con antecedente confirmado de diabetes mellitus gestacional (DMG), a quienes no se les había hecho el diagnóstico de diabetes en evaluaciones previas, y que asistieron durante el año 2008 a dicha unidad. El promedio de edad fue 34,7 + 6,6 años y del período posparto, 3,5 + 2,6 años. A 8 mujeres (8,7 %) se les hizo el diagnóstico de diabetes y a 41 (44,6 %) de pre-diabetes, de las cuales 30 (32,60 %) corresponden a intolerancia a la glucosa (IG) y 11 (12,0 %), a Glucemia Alterada en ayunas (GAA).

Faneite y Rivera en 2012 evaluaron la morbilidad materna en pacientes hospitalizadas en el departamento de ginecología⁽¹³⁾ en el hospital Adolfo Prince Lara de Puerto Cabello, Estado Carabobo, evidenciando que las patologías más frecuentes fueron las propias del embarazo (57,41 %): la amenaza de parto prematuro (18,20 %), preeclampsia (9,78 %), hemorragia placentaria (6,68 %), oligohidramnios (6,58 %) y anemia (5,52 %). Las patologías asociadas al embarazo (33,98 %) fueron infección urinaria (14,13 %) y diabetes (9,49 %). La morbilidad neonatal global fue 22,26 %, aportada principalmente por patologías propias del embarazo: amenaza de parto pretérmino (20,43 %), preeclampsia (13,04 %), y hemorragia placentaria (10 %); las asociadas fueron: infección urinaria 14,35 % y diabetes 14,35 %. La mortalidad feto-neonatal fue de 3,3 %, contribuyendo predominantemente la prematuridad y la malformación fetal (29,41 %), la preeclampsia (26,47 %), el desprendimiento prematuro de placenta y la placenta previa (17,65 %).

Es importante recalcar que la revisión de trabajos realizada, permitió evaluar que no se cuenta con estudios que incluyan en un solo universo una muestra de pacientes en edad reproductiva de gestantes y no gestantes. Los mismos van

dirigidos a estudiar patologías específicas presentes como una complicación o como precursoras de las mismas.

Entre las entidades específicas que son responsables de interrupción del embarazo destaca el síndrome antifosfolípido. En 1997 en un trabajo realizado en nuestro hospital, a fin de conocer la presencia de anticuerpos antifosfolípidos en las pacientes con preeclampsia y otros estados hipertensivos del embarazo, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, del tipo caso-control; la muestra fue de 30 pacientes con preeclampsia (grupo estudio), 10 embarazadas con hipertensión arterial (HTA) esencial sin preeclampsia, 10 embarazadas sanas, 10 nulíparas en edad reproductora. Se determinaron en cada grupo anticuerpos anticardiolipinas (ACA: IgM e IgG); tiempo parcial de tromboplastina (PTT) y PTT corregido; VDRL, anticuerpos antinucleares. Se realizó evaluación prenatal y perinatal de la madre y su producto. Cinco pacientes (16,66 por ciento) con preeclampsia tuvieron títulos elevados de ACA (IgM) ($p=0.3173$).⁽¹⁴⁾

Una paciente (3.33 por ciento) presentó Anticoagulante Lúpico(LA) positivo. Dos pacientes (20 por ciento) con HTA crónica resultaron ACA positivo, de quienes, una presentó título elevado del IgM e IgG ($p=1.0000$). Tres (30 por ciento) embarazadas sanas tuvieron ACA positivo (IgM). Una paciente (10 por ciento) nulípara resultó ACA positivo (IgM). Todas en estos tres grupos resultaron LA negativo. La correlación entre los diferentes grupos con la presencia de ACA no fue estadísticamente significativa ($p=0.5891$). Concluyó este trabajo que los títulos elevados de ACA (IgM) no son un factor de riesgo importante con relación a la preeclampsia y otros hipertensivos del embarazo. En este estudio el azar jugó un papel importante en los resultados del mismo, no demostrándose la presencia de ACA en la preeclampsia y sus complicaciones.⁽¹⁴⁾

En el año 2013, según datos aportados por Castillo y Girón en un trabajo realizado en el Hospital Metropolitano del Norte, estado Carabobo, se identificaron como

síndrome antifosfolipídico primario 143 pacientes, mientras que como secundario 14 pacientes. Ochenta y seis pacientes solo tuvieron títulos positivos de anticuerpos anticardiolipina, seguido de 62 pacientes con títulos positivos para anticuerpos anticardiolipinas y beta-2glicoproteína-1, 4 con anticuerpos anticardiolipinas, beta-2glicoproteína-1 y anticoagulante lúpicopositivos, 3 solo anticoagulante lúpico positivo y 2 solo beta-2glicoproteína-1 positivo. El seguimiento estrecho y tratamiento oportuno logró obtener resultados favorables en el 87% de los casos. ⁽¹⁵⁾

Marco teórico

La etapa reproductiva representa uno de los periodos más significativos en la vida de la mujer, ya que además de desarrollar su actividad sexual, tiene la capacidad para tener hijos. Según la OMS este periodo comprende de los 15 a los 45 años de edad. En la pubertad se presentan los cambios físicos en el organismo que lo hacen capaz de reproducirse.

Generalmente, este periodo ocurre entre los 8 y 14 años de edad. Sin embargo, su inicio depende de factores genéticos, es decir, cuándo fue la pubertad los padres, y la zona geográfica de procedencia, ya que en las regiones cálidas la pubertad es más temprana que en las frías. Entre los cambios físicos que se experimentan en esta etapa destacan crecimiento de vello púbico, desarrollo de los senos, aumento de la estatura, cambio en las secreciones corporales, distribución de la grasa corporal característica de la mujer y la aparición de la primera menstruación o menarquía. ⁽¹⁵⁾

La mujer promedio inicia las actividades sexuales (sexarquia) durante la adolescencia aun sin la adecuada preparación para la misma. ⁽¹⁰⁾

Una vez terminada la pubertad, se acentúa el potencial fértil de la mujer, alrededor de los 20 años de edad, y hasta los 35, principalmente. Los problemas potenciales de esta etapa son las enfermedades de transmisión sexual (ETS), los embarazos

no deseados y la infertilidad. Las enfermedades de transmisión sexual que prevalecen entre la población sexualmente activa son: virus del papiloma humano (VPH), clamidia, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) gonorrea y herpes.

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer, encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.⁽¹⁶⁾

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extra útero sin soporte médico).⁽¹⁶⁾

Esta nueva etapa de la vida de la mujer implica algunos cambios fisiológicos en el organismo que explican, en parte, los cambios en el estado físico y anímico.

Las mujeres en edad reproductiva se dividen en dos grandes grupos: las no gestantes y las gestantes. Las primeras representan un importante número de ingresos hospitalarios, tanto por las patologías médicas, entre las que se destacan las respiratorias como el asma y las cardiovasculares, como la hipertensión

arterial; en menor frecuencia las hematológicas como la anemia, trastornos de origen endocrinológico como las patologías tiroideas y las patologías ginecológicas, es decir aquellas derivadas de las afecciones del aparato reproductor femenino.

En el caso de las gestantes sanas y aquellas que ingresan por patologías médicas no asociadas al embarazo y las relacionadas con este como la pre eclampsia y la eclampsia son la principal causa de ingreso hospitalario^(17,18), sin descartar en la actualidad las transmitidas por vectores como el Zika.⁽¹⁹⁾

La multiparidad, se define como el número de fetos que ha llegado a la viabilidad y no al número de fetos dados a luz cuando estos alcanzan un número igual o mayor de 6.⁽²⁰⁾ Es considerada como un factor de riesgo independiente en las mujeres sanas.

Objetivo General

Analizar la patología médica de las mujeres en edad fértil que son atendidas en el Hospital General del Oeste

Objetivos Específicos

1. Describir las características demográficas, epidemiológicas, antecedentes y diagnósticos.
2. Clasificar las pacientes según edad, menarquía, sexarquía, paridad, complicaciones asociadas.
3. Relacionar los diagnósticos médicos previos con la evolución clínica intrahospitalaria

Aspectos éticos

Esta investigación se basa en el respeto del derecho a la salud y a los principios de la bioética médica en su realización, respetando la autonomía de las pacientes para el ingreso o no al estudio. Solo se incluyeron aquellas que aceptaron y firmaron el consentimiento informado, previa explicación detallada de que los datos aportados son con fines académicos. En el caso de las pacientes menores de 18 años se solicitó la aprobación por parte del representante legal quien debió dar fe por escrito, de su decisión de colaborar con la investigación. El principio de la autonomía, se cumplió al respetar la decisión de las pacientes de aceptar o no la participación en la investigación.

MÉTODOS

Tipo de trabajo

Diseño de casos, analítico, transversal.

Universo

Las mujeres en edad fértil que consultan tanto a Medicina Interna como a Gineco-obstetricia del Hospital General del Oeste

Muestra

No probabilística, de selección intencional que incluyó el 100% de las pacientes de edades comprendidas entre 14 y 44 años, atendidas entre 1ª de octubre del 2015 hasta el 1ª Mayo de 2016 en los servicios de hospitalización de medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia. Las pacientes de consulta externa fueron aquellas atendidas por las autoras en una consulta destinada para este fin.

Procedimiento

Una vez iniciado el periodo de recolección de la muestra y luego de explicar el contenido de la investigación, que las pacientes acepten participar y firmar el consentimiento informado (Anexos 1 y 2-), se procedió a realizar una historia clínica a las pacientes según el área de atención en que se encuentren:

1. Consulta de Medicina Interna: fueron atendidas de la forma habitual, y se tomaron los valores de la variable una vez realizados los diagnósticos. Las pacientes atendidas se originaron bien sea en medicina interna o por interconsulta de los otros servicios incluyendo servicios de Ginecología y Obstetricia
2. Hospitalización de Medicina Interna: por cualquier patología y se tomaron los diagnósticos del egreso

3. Consulta de Alto Riesgo Obstétrico (ARO): se tomaron los datos de la última consulta si la culminación del parto no se realizara en el servicio de obstetricia del HGO y en el puerperio mediato (al egreso) si fue atendida en este centro.
4. Hospitalización: cirugía general, obstetricia y/o ginecología: donde se tomaron los diagnósticos finales.

Los datos obtenidos fueron vaciados en una hoja de recolección de datos diseñada para la investigación (anexo 3). Una vez recolectados todos los datos, se clasificaron en la forma reflejada en la figura correspondiente al anexo 4.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Recursos humanos

Los autores y el personal médico, servicios de hospitalización ginecología y medicina interna del Hospital General del Oeste.

Recursos Materiales

Se utilizaron los recursos aportados por el hospital y áreas de evaluaciones adicionales en las áreas de consulta.

Presupuesto de gastos

Se contó con los recursos hospitalarios y el resto de material de papelería, computación y análisis fue financiado por las autoras.

Resultados:

La investigación se realizó durante el periodo de 10 meses comprendidos entre octubre de 2015 y mayo 2016, ambos inclusive.

Se evaluaron 910 pacientes con edades comprendidas entre 13 y 44 años, cuya edad promedio en años fue de $25,63 \pm 6,69$ DS.

Según la edad, el grupo total se distribuyó de la siguiente forma: 17,5% (161) corresponde a adolescentes entre 13 y 19 años; 33,40% (309) entre los 20 y 24 años de edad; 24,10% (225) entre 25 y 29 años; 11,33% (105) entre 30 y 34 años; 7,48% (70) entre 35 y 39 años y el 4,31% (40) entre 40 y 44 años. (Tabla N° 1).

La edad promedio de la embarazada en general fue de $23,31 \pm 6,08$ DS. Mientras que en la no gestante la edad media $30,57 \pm 7,97$ DS. (Tabla N° 2).

En referencia al estrato socioeconómico, estimado según la escala de Graffar modificada por Méndez Castellanos, se observó condición de pobreza en el 42,94% de la población. El 57,06% (525) de nivel medio (III); 41,41% (381) pobreza relativa (IV) y 1,53% (4) pobreza crítica (V). (Tabla N° 3).

En cuanto al estado civil, la condición de ser solteras se encontró en 64,89% (597), seguido de casadas 17,39% (160) y 16,81% (153) concubinas (Tabla N° 4).

En cuanto a los hábitos psicobiológicos, 84,06% (765) negó tabáquicos, mientras que el 15,93% (145) refirió el consumo activo. Los hábitos alcohólicos estaban presentes en 14,65% (128), mientras que el 85,93% (782) negó su consumo.

Con respecto a la menarquia, esta sucedió en promedio a los $12,7 \pm 1,75$ DS. (Tabla N° 5).

La edad promedio de la sexarquia correspondió a $16,54 \pm 4,04$ DS. (Tabla N° 6).

El 34,39% (313) tenía pareja sexual, correspondió y 65,60% (597) no. Cabe destacar que 38,79% (353) tenía 1 pareja sexual, el 26,92% (245) dos, 22,19% (202), 3 parejas 7,69% (70) 4 parejas, 2,74% (25) 5 parejas y más de 5 parejas 1,16% (11). La ausencia de parejas sexuales se evidenció en el 0,43% (4).

La edad del primer parto osciló entre los 12 y 34 años de edad con una media de $18 \pm 1,33$ DS. Sólo el 3,73% (34) de la muestra eran nuligesta y 1,20% (11) no aportó dicho dato. (Tabla N° 7).

Se encontró que el 73,62% (670) de las pacientes no cumplió el control ginecológico anual, vs. el 26,37% (240) que si lo recibió.

Según el tipo de antecedente gestacional la muestra se distribuyó en partos 46,93% (427), de los cuales 87% fueron eutócicos simples y 13% distócicos (Tabla 9). En cuanto a la paridad, se evidenció con mayor prevalencia la presencia de

IIIgestas en 31,97% (291), seguido de IIgestas 31,75% (289), Igesta 16,14% (203), IVgestas 5,05% (46) y Vgestas o más 5,14% (47). (Tabla N° 8).

La cesárea se realizó en 20,43% (186); la indicación de esta intervención se debió a: desproporción feto pélvica en el 48%, ruptura prematura de membranas en 17%, pre eclampsia 6% y otras causas como distocias y oligohidramnios 29%. El 16,40% (150) refirió antecedente de aborto 60%. Ocurrieron en número de 1 en el 25%, 2 en el 15%, 3 o más. El 12,41% (113) de la muestra se encontraba en su primer embarazo. (Tablas N° 9). En cuanto al número de abortos predominó en mas de la mitad un solo evento (Tablas 9 y 10) y la causa más frecuente fue la cesárea anterior (Tabla 11)

Respecto a la presencia o no de gestación se distribuyó en 2 grandes grupos: 78% (710) las cuales eran gestantes y 22% (200) no estaban embarazadas. Entre las gestantes, eran sanas el 80% (587) y con algún tipo de patología 20%.

Los diagnósticos de las patologías se dividieron según su etiología en: obstétricos en 67,70% (1217) seguidos por un diagnóstico médico en 19,37% (347), ginecológico 11,24% (202) y quirúrgico 1,60% (30).

Los acontecimientos obstétricos fueron: parto eutócico simple 40,89% (422), cesárea 28,31% (290), aborto 15,21% (157), la multiparidad 9,01% (93) y la hipotonía uterina 13% (7). Por otra parte, en mucha menor escala se observó feto macrosómico 2,22% (23), desprendimiento prematuro de placenta 2,42% (24), oligohidramnios 1,31% (13) y parto extra hospitalario 1,21% (12), entre otros diagnósticos con prevalencia poco significativa. Se describieron además 3 dehiscencia de episorrafia y 1puerperio tardío complicado.

En cuanto a la etiología de las muertes fetales se clasificaron en aborto incompleto 84,71% (133), séptico 10,87% (17); en menor frecuencia feto muerto retenido 6% (13); óbito fetal 4,45% (7), gestación anembrionada 2,64%; aborto inevitable 3,18% (5) y aborto completo 1,27% (2). (Tabla N° 12). En el mismo orden de ideas, se evidenció que la prevalencia del aborto con respecto a la paciente sana fue del 86% (135) y en las pacientes portadoras de alguna patología en el 14% (22).

En cuanto a la multiparidad, se evidenció como diagnóstico en la paciente gestante en 79,56% (74), en la gestante sana 15,05% (14) y sin gestación en el 5,37% (5).

En relación con las patologías médicas, que no corresponden a la patología médica del embarazo, se describen en la muestra global según frecuencia de aparición: anemia 28,96% (73), infección del tracto urinario 25,79% (65), asma 13,9% (33), HTA crónica 11,11% (28), obesidad 5,95% (15), HTA de Novo 2,38% (6), dengue con signos de alarma 1,58% (4), HIV 0,79% (2). (Tabla N° 13).

- Gestantes

Las patologías médicas de las gestantes se dividieron en dos grupos, relacionadas con el embarazo 42,95% (64) y no relacionadas con este 57,05% (85).

Las patologías médicas del embarazo fueron pre eclampsia 39% (25), anemia 35,93% (23), diabetes gestacional 12% (8), síndrome de HELLP 11% (7), hiperémesis gravídica 1,56% (1). (Tabla N° 14)

Entre los diagnósticos no relacionadas con el embarazo destacan el asma 41,77% (33), HTA crónica 16,45% (13), ITU 12,65% (10), obesidad 7,59% (6), anemia 5,09% (4). Patologías como epilepsia, DM 2, hiperinsulinismo, pielonefritis y HIV se evidenciaron en 1,26% (1). (Tabla N° 15)

Los diagnósticos ginecológicos en la paciente gestante en orden de frecuencia, fueron condilomatosis 33% (4), tumor de ovario 17% (2), VPH 17% (2) y ovario poliquístico 8% (1).

Las patologías de etiología quirúrgica en el caso de las pacientes gestantes tuvo una frecuencia baja y menor al 2%, entre las que se evidenció la esterilización.

La violencia doméstica se documentó en 31 pacientes (3,4%) de la muestra global. De ellas, el 20% (6) ocurrió durante el curso de la gestación.

- Pacientes no Gestantes

En las pacientes no gestantes el diagnóstico médico predominó en 48% (198), de los cuales destacan en orden de frecuencia: anemia 34,84% (69), ITU 27,77% (55), HTA crónica 7,57% (15), HTA de Novo 3,03% (6), dengue con signos de alarma 2,02% (4). (Tabla N° 16)

Las patologías ginecológicas representaron 46% (190) en este grupo: infección vaginal 36% (69), fibromatosis uterina 12% (22), NIC III 3%(5) entre las más importantes; el resto se describe en la tabla 18. (Tabla N° 17)

Respecto a la patología quirúrgica se encontró en el 7% (27), y ellos fueron: síndrome adherencial 51,85% (14), litiasis vesicular 27,92% (7), apendicectomía laparoscópica 11,11% (3), absceso mamario 3,5%(2), litiasis renal 1,75% (1). También se encontró la realización de esterilización quirúrgica en 20 pacientes.

El hallazgo de diagnósticos nuevos fue de 134 y representó un promedio de 1,97 diagnósticos. Destacan la anemia 69 pacientes, ITU 30, diabetes gestacional 8, hiperinsulinismo 2, obesidad 15, HTA de Novo 6, dengue con signos de alarma 4.

Discusión

El adulto joven suele ser sano; lo que justifica la motivación de la investigación aplicada particularmente a la mujer, quien además debe afrontar situaciones médicas especiales y debe estar en buen estado de salud para ello, lo cual fue la base de este trabajo

Se estudiaron 910 mujeres, entre las edades comprendidas entre los 14- 44 años, ingresadas por los servicios de medicina interna, obstetricia y cirugía general en Hospital General del Oeste en el periodo Octubre de 2015 – Mayo 2016, obteniendo la edad promedio en este estudio de 25,63 años \pm 6,69 DS. Se realizó la división de mujeres 22 % no estaban embarazadas y 78% tenían un embarazo en curso. En grupo de las mujeres que tenían embarazo en curso se clasifico en pacientes sanas, no sanas en este grupo se estudiaron las patologías medicas relacionadas con el embarazo y patologías no relacionadas con el embarazo. En la división de mujeres que no tuvieron embarazo en curso se clasifico en patologías, medicas, ginecológicas o quirúrgica. Esta división es particularmente importante porque nos permite conocer datos sobre las patologías médicas de una mujer en edad reproductiva.

La menarquía en la mujer, es un indicador de la madurez biológica, se estima que su aparición puede estar relacionada con los factores genéticos, ambientales y socioculturales.⁽²¹⁾

En una investigación realizada por Padez en 2003 donde investiga la relación de menarquía con influencia de los factores nutricionales, salud y otras variables, con estudiantes de la Universidad de Coimbra en Portugal, concluyo que existió disminución de 2 años y 7 meses de la edad de la menarquia en un siglo, siendo de 15 años en 1880a 12,4 años en 1980. En base a este estudio se realizó la

misma investigación en 2009 en Venezuela donde se observó de igual manera que existía influencia de factores nutricionales, de salud, socioeconómica y la menarquía dando como resultado que en dos décadas, comprendidas entre de 1935a 1976, la edad de la menarquía descendió de 14,5 años a 12 años (2 años y seis meses), mostrando un adelanto de 1 año y 3 meses por década. En el estrato medio se presentó una disminución de 12,6 años en 1957 a 12,4 años en 1976 (2 meses y 12 días en 19 años), con adelanto de 1 mes y 6 días por década. Para 1981 en el estado Carabobo se reportaron diferencias significativas en la edad de la menarquía en las niñas según el estrato social, donde las niñas del estrato III presentaron edad promedio de la menarquía a los 12,3 años, las del estrato IV a los 12,6 y las del estrato V a los 12,9 años.⁽²¹⁾ Las menarquía en las todas las mujeres estudias en nuestra investigación tuvieron un promedio de edad de $12,7 \pm 1,75$ DS; además se observó condición de pobreza en el 42,94% de la población. Siendo el 57,06% Graffar III, 41,41% pobreza relativa Graffar IV y 1,53% Graffar V.

La sexarquia en la población de nuestro estudio tuvo una edad promedio $16,54 \pm 4,04$ DS. En una investigación realizada en Venezuela en Liceo del municipio Miranda del Estado Zulia en el periodo escolar 2010-2011, estudiaron a una población de 201 estudiantes (varones y hembras) entre las edades comprendidas de 11-17 años donde se estudió cual era la edad y el sexo con inicio de actividad sexual predominante; dando como resultado que el 9,5% de las mujeres ya habían iniciado actividad sexual; representado la edad de la sexarquia entre las edades de 14-17 años de edad un 47,3%. Estos nos llevan a encontrar similitud con la edad promedio de nuestro estudio.⁽²²⁾

Las embarazadas tuvieron un promedio de edad $23,31 \text{ años} \pm 6,08$ DS, con una edad de primera gesta de 18 años $\pm 1,33$ DS.

En un estudio en donde se evaluó la tasa de embarazos en adolescentes en los Estados Unidos, reveló que existe una diferencia entre la tasa más alta y más baja de nacimientos en adolescentes por raza y origen. En Latinoamérica fue de 70 nacimientos por 1.000 pacientes entre las edades de 15-17 años en 1991 (16.3 por adolescentes y 86.1 adolescentes de raza negra) comparado con 15 nacimientos 2015 (2.7 adolescente y 17.4 adolescentes en Latinoamérica).⁽²³⁾

En América latina, según el informe “Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y la acción” en el año 2008, de 1.000 mujeres embarazadas, 76 eran adolescentes, cifra que sitúa este continente como el segundo en tener la más alta tasa de fecundidad, en este grupo etario.⁽²³⁾

El embarazo en las adolescentes trae tácita la aparición de otros problemas debido a que generalmente son madres solteras, de hogares disfuncionales y sin apoyo social ni económico; esta condición afecta a las adolescentes porque la mayoría ven limitados sus proyectos de vida, ya que generalmente se ven obligadas a abandonar sus estudios, hecho que lleva a menor preparación para competir laboralmente y por ende, disminución en los ingresos económicos lo que afecta su calidad de vida y la del hijo por nacer.

El embarazo tiene un impacto psicológico, social y cultural en cualquier edad, pero es mayor en las adolescentes, El llamado “síndrome de las embarazadas adolescentes” comprende fracaso en los siguientes aspectos: adquisición de independencia, logro de la propia identidad, continuación de sus estudios, preparación para la vida adulta, constitución de una familia estable y manutención de sí misma.⁽²⁴⁾ en nuestra investigación se evidenció que 17.5% adolescentes.

En nuestra investigación se pudo observar que la mayoría de los embarazos correspondían a estratos sociales bajos en un 42,94%, y un alto número eran solteras (64,89 %).

Como ha sido mostrado en diferentes estudios, cada uno de estos aspectos tiene sus efectos importantes sobre la madre y en especial si es adolescente, aumentando los riesgos durante el embarazo; así como sobre el peso del producto y sus posibilidades de desarrollo futuro.⁽²⁵⁾

La paridad estuvo medida en un promedio de III gestas en 31,97%, II gestas 31,75%, I gesta 16,14%, IV gestas 5,05% y V gestas o más 5,14% lo que señala una clara tendencia a la maternidad temprana, siendo un reflejo indirecto de desconocimiento de la planificación familiar y de la vida misma de cada individuo, representando, además, una tendencia del tercer mundo.

En estudios realizados previamente, se muestra que el promedio del inicio de la actividad sexual por las adolescentes fue a los 16 años. Entre las que iniciaron la actividad sexual en la adolescencia temprana fue a los 13,5 años, mientras que en la adolescencia media lo hicieron a los 15,5 años y en la adolescencia tardía a los 17 años.⁽²⁶⁾

Los embarazos en 49% de las adolescentes y jóvenes no fueron planificados, mientras los métodos más usados en el 51% restante fueron: hormonales en 34%, de barrera 5%, esterilización quirúrgica en un 4,6% otros métodos 4,7%. Hubo un mayor uso de los métodos hormonales en los que iniciaron actividad sexual en la adolescencia media y tardía. El 65% de las participantes del estudio no había tenido hijos al momento de la consulta mientras que el 25,9%, y 1,8% había tenido

1,2 ó más de 3 hijos respectivamente. El 48%, 66% y 70,9% de los que iniciaron actividad sexual en la adolescencia temprana, media y tardía respectivamente no habían tenido hijos. El 15,9%, 6,9% y 3,8% de las que iniciaron actividad sexual en la adolescencia temprana, media y tardía habían tenido dos hijos, lo cual hace una diferencia estadísticamente significativa, mientras que la multiparidad (mayor 3 hijos) se presentó con más frecuencia en aquellas mujeres que habían iniciado la actividad sexual en la adolescencia temprana, comparado con las medias y tardías (6,3%, 1,6% y 0,3% respectivamente).⁽²⁶⁾

En nuestro trabajo se mantiene el inicio de la actividad sexual y el número de paridad para este grupo etario tiende a ser mayor. En los momentos actuales en nuestro país, el método anticonceptivo tiene poca accesibilidad y altos costos, por lo que en la actualidad pocas mujeres utilizan algún método anticonceptivo.

- Pacientes no embarazadas

En el grupo de las no gestantes las patologías crónicas más frecuentes fueron las médicas en un 48%, siendo la anemia uno de los primeros diagnósticos siendo más alta su prevalencia que en otros estudios realizados. En México, la última información disponible en el ámbito nacional data de 2006, en donde 15% de las mujeres en edad fértil y 20% de las mujeres embarazadas padecían de anemia.⁽²⁷⁾ Esto puede asociarse a condiciones socioeconómicas, difícil acceso a los alimentos de la cesta básica y alto costo de los mismos.

La infección del tracto urinario en nuestro estudio representó un 27,77%, siendo similar a las bibliografías revisadas. La aparición de ITU en el ámbito mundial es variable, debido a la edad, sexo, raza, dieta, hábitos higiénicos y sexuales, factores sociales y patogenicidad del germen. Sin embargo, se considera que el sexo más afectado es el femenino, de 20% a 30% de las mujeres, por lo menos

una vez a lo largo de la vida presentarán ITU, incrementándose esta probabilidad en 1% en cada década de la vida, pudiendo presentar o no sintomatología, siendo el principal germen causal la *Escherichiacoli*.⁽²⁸⁾

En todos los países, la mayor parte de las mujeres que habían sufrido violencia física en los 12 meses precedentes, también informaron maltrato emocional, desde un 61,1% en Colombia, hasta un 92,6% en El Salvador. El maltrato emocional resultó relativamente poco frecuente (entre un 7,0% en Haití y el 18,9% en Bolivia) entre las mujeres que habían informado alguna forma de violencia física infringida por el compañero íntimo en los 12 meses precedentes. Estos resultados apoyan la base de evidencia científica de que el maltrato emocional y los comportamientos controladores a menudo acompañan la violencia física y son dimensiones importantes de la violencia infringida por el compañero íntimo.⁽²⁹⁾ La violencia doméstica se encontró en nuestro trabajo en un 12,62%.

En la edad reproductiva, existe mayor incidencia de HTA en hombres, en general, pero las mujeres responden con menor eficacia a los tratamientos. La tasa de mortalidad es muy alta en las mujeres hipertensas. La mujer generalmente tiene mayores problemas de sobrepeso y obesidad, sufren cambios hormonales en todas las etapas de su vida y consumen tabaco y alcohol en ciertas regiones, algo más que en épocas pasadas.⁽³⁰⁾

La HTA en este trabajo tuvo una frecuencia diferente a la citada por otros autores y en general no había complicaciones asociadas a ella y esta investigación lo demuestra, presentándose en un 7.57% de los casos de hipertensión arterial crónica y un 3,03% en hipertensión arterial de novo, lo que genera la interpretación de que se trata del inicio de la enfermedad, por lo que es de vital importancia la instauración del tratamiento temprano.

Otras patologías como diabetes mellitus tipo 1 y 2 estuvieron presentes en 1% lo cual, sumado a obesidad y otras alteraciones relacionadas con el síndrome metabólico representó 4,54%, a diferencia de un estudio realizado en México donde el sobrepeso y la obesidad en las mujeres en edad fértil varía del 26 al 38%.⁽³¹⁾ Esto nos hace ver la necesidad de seguir un plan educacional tanto a los familiares como a las pacientes en el momento de desear un embarazo, para que su control y seguimiento los más adecuados para evitar posibles complicaciones.

El asma en este grupo de estudio no estuvo presente a diferencia de un trabajo realizado en nuestro hospital previamente donde se muestra que dentro de la patología respiratoria más común de ingreso fue el asma bronquial en un 16,1% de los casos.⁽¹²⁾ Otras patologías médicas fueron menos frecuentes, pero requieren atención y orientación.

Sobre las patologías quirúrgicas de las no embarazadas, se encontraron 14 casos de síndrome adherencial. No se encontró literatura relacionada con esta patología, el resto de las patologías asociadas a patologías quirúrgicas fueron menos frecuentes en este grupo de estudio, apendicectomía 3 casos, litiasis vesicular 7 casos, litiasis renal 1 caso y absceso mamario 2 casos.

En las patologías ginecológicas la más frecuente fue la infección vaginal en 69 casos, lo que muestra un número inferior de casos a otros estudios revisados, donde se evidencia que en un grupo de 230 mujeres, 40 casos fueron de mujeres no gestantes y se encontró una prevalencia de infección vaginal de 90,4% (208 casos).⁽³²⁾ Esto puede ser atribuible a que no existe un control ginecológico anual de las pacientes y desconocimiento de los síntomas.

No encontramos en la muestra pacientes con patología traumatológica, lo que debe estar relacionado con el inicio tardío de patologías degenerativas y la baja

frecuencia de la afectación de este sistema diferente a los traumatismos o condiciones congénitas.

- Pacientes embarazadas

Del grupo de estudio de las gestantes un 80% son pacientes sanas, 54,36% presento patología médica relacionada con el embarazo y 45, 63% patología no asociada al embarazo.

Entre el grupo de embarazadas con patología, predominaron los diagnósticos médicos en un 60% de los casos; se demostró la anemia en un 36%, lo cual se corresponde con las bibliografías revisadas la cual expresan que en las embarazadas, las anemias más frecuentes fueron ferropénicas, las megaloblástica y la de células falciformes; siendo la anemia por la deficiencia de hierro la más común en los países subdesarrollados, aproximadamente 75%, debido a la ausencia de una correcta nutrición y la falta de diagnóstico durante el embarazo⁽³³⁾

La diabetes gestacional, puede llegar a ser un problema de salud pública; debido a la alta mortalidad y morbilidad perinatal, ya que se presenta comúnmente en la semana 20 a 24 de gestación.⁽⁸⁾ En nuestra investigación, representó un 12% de los casos; la diabetes gestacional se encuentra asociada a varios factores de riesgo como la obesidad , sobrepeso, diagnóstico de diabetes mellitus previo al embarazo, entre otros, representando la obesidad en nuestro trabajo 8%; en un estudio realizado en Venezuela en 2016 se demostró que el sobrepeso y la obesidad son el mayor factor de riesgo modificable para desarrollar Diabetes gestacional , ya que otorgan mayor resistencia a la insulina. Cuando una mujer con obesidad se embaraza, aumenta su riesgo de presentar Diabetes gestacional entre 3 a 8 veces. En ese grupo analizado representó un riesgo de 3,42 en mujeres con sobrepeso, 7,54 veces en obesas y 10,83 en obesas mórbidas.⁽³⁴⁾ Es de gran importancia en estas pacientes que se realice el diagnóstico de diabetes gestacional y el seguimiento después del parto, por lo menos durante un año

debido a que existe un alto riesgo del desarrollo de diabetes mellitus, el cual se pudo evidenciar en un estudio realizado por la Universidad de Carabobo en 2010 donde se obtiene una incidencia de diabetes de 8,7%⁽⁶⁾ en pacientes que sufrieron de diabetes gestacional.

En estudios realizados previamente los trastornos hipertensivos del embarazo se consideran un problema de salud pública y están asociados a una alta morbimortalidad materno-fetal y a la prematuridad. En Venezuela oscila entre el 1,5% y 6,2 % para la preeclampsia y es la segunda causa de muerte materna, solo superada por la infección.⁽³⁵⁾

La preeclampsia en nuestra investigación representó el 39%. La preeclampsia es un factor de riesgo para desarrollar síndrome metabólico. En un estudio realizado en Venezuela en consultas de medicina interna y obstetricia donde se estudiaron 68 pacientes con antecedentes de gestación que habían sufrido de preeclampsia-eclampsia hace 20 años y desarrollaron síndrome metabólico tuvo una prevalencia del 63%.⁽³⁶⁾

En nuestro estudio, además se evidenció síndrome de HELLP en 11%, en este caso una prevalencia mayor a estudios realizados en la Maternidad “Concepción Palacios” entre los años 2004 y 2009, en donde se atendieron un total de 96.553, y se encontraron un total de 417 casos catalogados como síndrome de HELLP y de ellos 128 cumplieron con los criterios diagnósticos para este síndrome teniendo una incidencia del 0.13%.⁽³⁷⁾

Entre las patologías médicas frecuentes no relacionadas con el embarazo en las gestantes, pudimos observar el asma en un 41 % de los casos .Es una de las enfermedades más comunes que se presenta como complicación en el embarazo,

encontrándose incluso similitud con un estudio realizado en Venezuela en 1993 donde se muestra que dentro de la patología respiratoria más común de ingreso fue el asma bronquial en un 16,1% de los casos.⁽¹²⁾

La hipertensión arterial crónica detectada antes de la gestación o antes de la semana 20 del embarazo o que persista después de la semana 12 posparto,⁽³⁸⁾ en nuestro estudio, representó el 16% de las patologías médicas no asociadas al embarazo; según la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) de México 2.000 , existen 15.2 millones de personas hipertensas y la población predominante es menor de 40 años de edad. La prevalencia global de la hipertensión arterial crónica es de 30.05%, y en las mujeres de 26.3%⁽³⁹⁾, esta patología es de igual importancia que la preeclampsia y la eclampsia debido a que si no se realiza un buen control médico por parte del internista y los obstetras existe alto riesgo de sufrir complicaciones: preeclampsia (4.7-52%), desprendimiento prematuro de placenta (0.45-10%) trastornos hipertensivos relacionados al embarazo (13%). Las complicaciones para el feto son: mayor probabilidad de peso bajo para la edad gestacional (8.0- 15.5%), parto pretérmino (12-34.4%) y muerte perinatal (3%), esto guarda una correlación directa con las cifras de tensión arterial materna.⁽¹⁷⁾

El virus del Zika de gran importancia en la actualidad, debido a los compromisos maternos – fetales que desarrolla el mismo: microcefalia, calcificaciones intracerebrales, atrofia macular severa en fetos y Guillan-Barre en los adultos; en nuestra investigación la sospecha de Zika representó el 3% de los casos, sin embargo a pesar de la importancia de esta enfermedad, en nuestro país no existe registro de estadística para la misma⁽⁴⁰⁾.

Los diagnósticos predominantes en las pacientes embarazadas en la condición obstétrica representaron 28.31 % de los casos, siendo el parto normal el de mayor prevalencia 40,89%.

La cesárea estuvo representada en nuestro estudio en 20,43 %, siendo algunas de las causas: fetos macrosómicos en 2.21%, desprendimiento prematuro de placenta 2,32%. En un estudio realizado en nuestro país en el periodo comprendido de 1969-2010 se demostró que la incidencia de cesáreas fue de 20,46 por 100 nacimientos o 1 cesárea cada 5 nacimientos.⁽²⁰⁾

La OMS, calcula que en todo el mundo mueren en cada año alrededor de 500.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo. Una alta proporción de estas defunciones son atribuibles a complicaciones del aborto.⁽⁴¹⁾ La SEGO considera aborto a la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto menor de 500 gramos de peso (aproximadamente 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable (por ejemplo, huevo no embrionado, mola hidatiforme, etc.) independientemente de si hay evidencia de vida o no o si el aborto es espontáneo o provocado.⁽⁴²⁾ El total de casos evaluados fue de 56 pacientes en nuestra investigación independientemente de la etiología del aborto; el 86% se presentó en embarazadas sanas y el 14% eran pacientes embarazadas con alguna patología asociada.

Entre los diagnósticos ginecológicos en las pacientes embarazadas pudimos observar que la condilomatosis representó 33% de los casos. Los estudios epidemiológicos atribuyen diferencias poblacionales importantes en la prevalencia del Virus del Papiloma Humano (VPH) así como en la relación causa /efecto de los diferentes tipos virales. Los tipos 6 y 11 tienen mayor relación con las patologías de tipo condilomatoso.⁽⁴³⁾ El VPH representó 17% de los casos. Los fetos de madres con condilomatosis extensas están predispuestos a una infección fetal anteparto sobre todo en caso de rotura prematura de membranas, favorecida a su vez por la condilomatosis e infecciones concomitantes;⁽⁴³⁾ como lo es en un caso expuesto en España de mujer 25 años de edad, que ingresó en Sección de

Obstetricia por presentar un cuadro de rotura de membranas en gestación de 24 semanas y 5 días causando muerte fetal a los 40 días de nacido.

La incidencia estimada de los tumores de ovario es aproximadamente 1 por cada 1000 embarazos. De estos tumores aproximadamente 3% - 6% son malignos. ⁽⁴⁴⁾ Esta patología representó en nuestra investigación el 17%. Los tumores de ovario traen consigo algunas complicaciones ya sea torsión o ruptura de ovario los cuales pueden incrementar los abortos espontáneos o partos pretérmino. ⁽⁴⁵⁾

Se estima que las mujeres con síndrome de ovario poliquístico en EE.UU son mucho más pesadas que sus homólogas de Europa y se pudiese argumentar que es una característica de los norteamericanos porque está relacionada a la “epidemia de obesidad” que allí ocurre ⁽⁴⁶⁾; en nuestro trabajo pudimos encontrar el síndrome de ovario poliquístico en 8% de los casos; algunas de estas pacientes presentaron obesidad y/o sobrepeso antes del embarazo la cual en nuestro estudio se observó de igual manera en 8%. La literatura revisada nos habla que la obesidad en el síndrome de ovario poliquístico se inicia tempranamente y está asociada al Sistema de los Factores de Crecimiento Parecido a la Insulina (IGF), mediada por la hiperinsulinemia, con disrupción de la homeostasis, de la relación IGF-1: IGFBP-1, por virtud de la habilidad de la insulina para inhibir la producción hepática de IGFBP-1 pero no la IGF-1, que al ser biodisponible aumenta la secreción de hormona de crecimiento (GH) y la de andrógenos ováricos, mediada a su vez por la LH ⁽⁴⁶⁾.

Además en nuestra investigación se evidenciaron casos de hiperinsulinismo en el 2% de los casos, por lo cual es de gran importancia el control anual ginecológico y por medicina interna de estas pacientes, que desean la concepción y en las que

están embarazadas por el riesgo de desarrollar diabetes gestacional o algún otro tipo de complicación ginecológica y/o médica.

La cirugía ginecológica más frecuente fue la esterilización quirúrgica en un 25% de los casos estudiados.

La mayoría de los diagnósticos en nuestro trabajo de investigación fueron de patologías crónicas o condiciones que predisponen a futuras complicaciones tales como condilomatosis, HTA, sobrepeso etc. Este hallazgo es importante debido a que señala que a pesar de tratarse de adultos jóvenes, ya la actuación médica puede ser de atención secundaria y no solamente la obstétrica y primaria como sería de esperarse a estas edades. Es por ello que el internista debe entrenarse en la patología de la mujer para poder abordar sus necesidades en la realidad social que nos rodea y poder ser además activos en todas las actividades que puedan elevar el nivel de conocimiento y desempeño laboral; además, de conocer sus derechos sobre la violencia de género y lograr así el bienestar que todo ser humano requiere.

REFERENCIAS:

1. Instituto nacional de estadística, censo Venezuela 2011. Consultado el 28 de febrero de 2016 en <http://www.ine.gov.ve/CENSO2011/>
2. Tavener M, Mooney R, Thomson C, Loxton D. The Australian Longitudinal Study on Women's Health: Using Focus Groups to Inform Recruitment. *JMIR Res Protoc (Australia)* 2016 Feb 22;5(1):e31. Consultado el 28 de febrero de 2016 en <http://www.researchprotocols.org/2016/1/e31/>
3. Plank-Bazinet JL, Kornstein SG, Clayton JA, McCaskill-Stevens W, Wood L, Cook N, y col. A Report of the Women's Health Congress Workshop on The Health of Women of Color: A Critical Intersection at the Corner of Sex/Gender and Race/Ethnicity. *J Womens Health (Larchmt)*. (Washington) 2016 Jan;25(1):4-10.
4. Ahmadi B, Alimohammadian M, Yaseri M, Majidi A, Boreiri M, Islami F y col. Multimorbidity: Epidemiology and Risk Factors in the Golestan Cohort Study, Iran: A Cross-Sectional Analysis. *Medicine (Baltimore)* 2016 Feb;95(7):e2756. Consultada el 28 de febrero de 2016 en file:///C:/Users/LenovoM/Downloads/Multimorbidity___Epidemiology_and_Risk_Factors_in.25.pdf
5. Melero Moreno C, López-Viña A, García-Salmones Martín M, Cisneros Serrano C, Jareño Esteban J, Ramírez Prieto MT, y col. Factors related with the higher percentage of hospitalizations due to asthma amongst women: the FRIAM study. *Arch Bronconeumol(España)* 2012 Jul;48(7):234-9

6. Rivas A, González J, Guevara M, Dávila S. Alteraciones clínico metabólicas en mujeres con diabetes gestacional previa. Rev Obstetginecolvenez (Valencia) 2010, 70(1):18-23
7. Mai C, Hou M, Chen R, Duan D, Xu H, Lin X y col. Cardiovascular risk factors in Chinese women with a history of gestational diabetes mellitus. Int J ClinExpMed 2015 (China) Nov 15;8(11):21694-8.consultada el 28 de febrero de 2016 en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4723973/pdf/ijcem0008-21694.pdf>.
8. Mohan I, Gupta R, Misra A, Sharma KK, Agrawal A, Vikram NK, y col. Disparities in Prevalence of Cardiometabolic Risk Factors in Rural, Urban-Poor, and Urban-Middle Class Women in India. PLoS One 2016 (India)Feb 16;11(2):e0149437.
9. Salazar V. Paiva A, Sapotelli E, Silva J, Cano A, Salazar F, Riveras J, et cols. Embarazo en adolscentes: ¿Es de alto Riesgo Obstetrico? Rev. Medicina int. (Caracas) 2002, 18 (2): 136-146
10. Ascanio H. El rol del médico internista en un servicio obstétrico. Rev. medicina Int, (Caracas) 1995, 11(2): 63-66
11. Durán I, Ferrarotto M. Brito J, Cabrera C, Sánchez J, Scaramella J et cols. Mortalidad materna en la Maternidad Concepción Palacios: 2001 – 2008. Rev. Obstetginecolvenez (Caracas) 2011, 71(1):13-20
12. Essinfeld-Sekler E, Contreras J, Saenz A. Patología médica del embarazo en un departamento de Medicina Interna. 1 Rev ObstetGinecolVenez(Caracas)1993, 53(1):39-45

13. Faneite P, Rivera C, Amatto R, Faneite J. Morbilidad materna: hospitalización ante-parto. Rev. Obstet Ginecol Venez (Valencia) 2012, 72(3):145-151
14. Andrade M, Ramírez A, Essenfeld E. Anticuerpos, antifosfolípidos: frecuencia en preeclampsia y otros estados hipertensivos del embarazo. Rev. medicina Int (Caracas) 1997, 13(4):219-26
15. Castillo M, Girón J, Cabrera J. Patrón clínico en gestantes con síndrome antifosfolipídico (SAF). Rev. Obstet Ginecol Venez (Valencia) 2014; 74 (1):3-9
16. Definición de embarazo a término. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y el Comité de Práctica Obstétrica de la Sociedad de Medicina Materno-Fetal. Rev Obstet Ginecol Venez. (Caracas) 2013, 73(4):285-286
17. Alzate A, Herrera-Medina R, Pineda LM. Preeclampsia prevention: a case-control study nested in a cohort. ColombMed (Cali). 2015 Dec 30;46(4):156-61
18. Rivas M, Faneite P, Salazar G. Eclampsia. Repercusión materna y perinatal Rev Obstet Ginecol Venez (Caracas) 2012, 72(1):34-41
19. Oduyebo T, Petersen EE, Rasmussen SA, Mead PS, Meaney-Delman D, Renquist CM y col. Update: Interim Guidelines for Health Care Providers Caring for Pregnant Women and Women of Reproductive Age with Possible Zika Virus Exposure - United States, 2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016 Feb 12;65(5):122-7. doi: 10.15585/mmwr.mm6505e2.
20. Faneite P. Rivera C. Faneite J. Amato R. Cesárea y mortalidad perinatal. Incidencia y tendencia 42 años (1969-2010). Rev Obstet Ginecol Venez 2012, 72 (3) 145-151

21. Vera Y, Hidalgo G, Gollo O, Nakal S, Sánchez W, Vásquez E, Sanz R. Edad de la menarquía y su relación con el estrato social en cinco estados venezolanos. *Acta Científica Estudiantil* 2009; 7(3):130-135. Citado (11 oct 2016). Disponible: http://www.academia.edu/1097203/Edad_de_la_menarquia_y_su_relacion_con_el_estrato_social_en_cinco_estados_venezolanos#
22. Corona J, Ortega J. Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. Venezuela. *MEDISAN* 2013; 17(1):81
23. Hamilton B, Mathews t, Continued Declines in Teen Births in the United States, 2015. NCHS Data Brief. No. 259 (citado 4 oct 2016). Disponible: <http://www.cdc.gov/nchs/govdelivery.htm>
24. Noguera. N, Alvarado. H. Embarazo en la adolescente: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Rev. Colomb. enferm. (Colombia)* 2013, 7(7):152-153
25. Peña E, Sánchez A, Solano L. Perfil de riesgo nutricional en la adolescente embarazada. *ALAN [Internet]*. 2003 Jun [citado 2016 Sep 27] ; 53(2):141-149. Consultada el 15 de octubre de 2016, Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222003000200004&lng=es
26. Mendoza L, Arias M, Pedroza M, Micolta P, Ramírez A, Cáceres C *et al* . Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]*. 2012 [citado 2016 Oct 16] ; 77(4): 271-279. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000400006>

27. Shamah-Levy T, Villalpando S, Mundo-Rosas V, De la Cruz-Góngora V, Mejía-Rodríguez F, Méndez Gómez-Humarán I, Anemia en mujeres en edad reproductiva: ir al problema de origen. ENSANUT(internet). Salud Pública de Mexico. 2012.2013; Vol. 55(sup 2):190-198(citado 27 sep 2016);disponible en:<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002851>
28. Rondón NM, Rondón A, Orence L O. infección del tracto urinario. (internet). 1er ed. Textos universitarios: 2007. Venezuela. (actualizado 2011; citado 27 sep 2016). Disponible en :<http://www.serbi.ula.ve/>
29. Boot A, Guedes A, Goodwin M, Adams MJ. Resumen del informe violencia contra la mujer en América latina y el Caribe. Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países (internet). Washington, DC: OPS. 2013. (citado 28 sep 2016). Disponible en : <http://www.paho.org/violence>
30. Pacheco J. hipertensión arterial en diferentes edades de la mujer. Perú. AnFacmed. 2010;71(4):257-64
31. Flores PL, Solorio PI, Melo RM, Trejo FJ. Embarazo y obesidad: riesgo para el desarrollo de diabetes gestacional en la frontera norte de México. Gaceta Médica de México. 2014, 150 suppl 1:73-8.
32. Cardona-Arias J; Herrera-Posada D; Valencia-Arredondo M. Prevalencia de microorganismos asociados a infecciones vaginales en 230 mujeres gestante y no gestante sintomáticas del centro de salud la Milagrosa en el municipio de Armenia. Colombia. Rev. Colombiana Gin Obst. 2009. 60;2: 135-142.
33. Espita D, Orozco F, Anemia en el embarazo un problema de salud que puede prevenirse. MéD. Colombia. UIS. 2013;26(3):45-50

34. AguilarM; BrajkovichI; De UrdanetaS, Alvarado R. Manual Venezolano de Diabetes Gestacional. Venezuela. RevVenezEndocrinolMetab 2016;14(1): 56-90
35. Cabrera C, UzcáteguiO. Aspectos bioéticos de la conducta expectante en la gestante con preeclampsia grave. RevObstetGinecolVenez [Internet]. 2014 Jun [citado 2016 Oct 03] ; 74(2): 87-102. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000200003&lng=es.
36. BarriosM; Navas-Blanco T, Preeclampsia - eclampsia: factor de riesgo para síndrome metabólico. MedIntern (Caracas). 2016. 32; 2: 106 - 14.
37. SotoF, RiveraL, EstévezM, AyalaV, CabreraC. Síndrome HELLP: morbilidad-mortalidad materna y perinatal. RevObstetGinecolVenez [Internet]. 2014 Dic [citado 2016 Oct 03] ; 74(4): 244-251. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400004&lng=es.
38. IranzoM, PérezG, ÁlvarezR. Hipertensión arterial y embarazo. NefroPlus 2011;4(2):21-30 doi:10.3265/NefroPlus.pre2011.Jun.10997
39. Iñigo RCA, Torres GLG, Vargas GA, Angulo VJ, Espinoza OMA. Hipertensión arterial crónica en 110 mujeres embarazadas. Ginecol ObstetMex [Internet]. 2008 [citado 3 oct 2016];76(4):202-10. Disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx
- 40., Carvajal, A. Peña.S. Oletta-L, J. Infección por virus Zika (VZIK). Arbovirus emergentes en las America. Rev. Med.Int. Caracas.2015. 31(1) 8-15

41. Vargas F.D, Rubio R. J. Aborto en: Vargas F. D, Rubio R.J y cols. Obstetricia integral del siglo XXI tomo II. Cap I. Facultad de medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; 2010. p. 2-11.
42. Sociedad Española De Ginecología y Obstetricia. Aborto espontaneo. Última actualización julio 2010. Madrid. Disponible www.sego.es consultada el 16 de octubre de 2016.
43. Martínez I, García M, Ezcurra M.R cols. Condilomatosis genital y embarazo asociada a corioamnionitis y parto prematuro. An. Sist. Sanit. Navar. 2004, Vol. 27, Nº 3, septiembre-diciembre citado (3 oct 2016). Disponible <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v27n3/notas.pdf>
44. Santos J, Reyna-Villasmil E, Torres-Cepeda D. Neoplasias ginecológicas malignas y embarazo. Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez 2012;72(2):123-132.
45. Uribarri C, Castillo S, Salinas R. Cistoadenoma seroso de ovario y embarazo. Reporte de un caso. Venezuela. MedULA, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. 2008. 17; 1: 4-6
46. Velásquez N. El papel de los esteroides sexuales en la distribución de la grasa corporal y su relación con la obesidad del síndrome de ovario poliquístico. Vol. 71, Nº 1, marzo 2011 49 Rev Obstet Ginecol Venez 2011;71(1):49-64

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para mayores de 18 años

MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA: EPIDEMIOLOGIA DE LAS PATOLOGIAS MEDICAS EN HGO

AUTORAS: Dra. Gabriela Páez, Dra. Yelena Ruiz

Nombre de la paciente: _____

Yo _____ mediante la presente hago contar que:

1. He leído y comprendido la información que se me ha dado sobre el ensayo clínico para el cual he sido contactada.
2. Se me han contestado todas las preguntas que he hecho sobre el ensayo clínico para el cual he sido contactada.
3. Me ha dado suficiente información sobre el ensayo clínico para el cual he sido contactada.
4. El investigador ha conversado con mi persona sobre el ensayo clínico para el cual he sido contactada.
5. Estoy consciente de que mi participación es voluntaria.
6. Estoy consciente que puedo retirarme cuando lo desee de este ensayo clínico para el que fui contactada, sin ningún tipo de problemas para con mi persona ni mi atención medica actual o futura en este centro.

De acuerdo con lo anteriormente afirmado presto mi conformidad para participar en este ensayo clínico

Firma Paciente
C.I

Firma Testigo
C.IC.I

Firma Autora

Fecha _____

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para menores de 18 años

**MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA: EPIDEMIOLOGIA DE LAS PATOLOGIAS
MEDICAS EN HGO**

AUTORAS: Dra. Gabriela Páez, Dra. Yelena Ruiz

El Sr. o Sra.: _____

Mayor de edad, CI: _____ Padre , Madre , representante legalmente autorizado

de la menor _____ CI: _____ ,
manifiestan que consienten en la participación en la citada investigación de su
hija o representada, de ____ años de edad. Refieren que han leído y
comprendido la información que se les ha dado sobre el ensayo clínico para el
cual he sido contactada.

1. Se le han contestado todas las preguntas que he hecho sobre el ensayo clínico para el cual he sido contactada.
2. Le ha dado suficiente información sobre el ensayo clínico para el cual he sido contactada.
3. Las investigadoras ha conversado con mi persona sobre el ensayo clínico para el cual he sido contactada.
4. Estoy consciente de que la participación es voluntaria.
5. Estoy consciente que puedo retirarme cuando lo desee de este ensayo clínico para el que fui contactada, sin ningún tipo de problemas para con mi persona ni mi atención medica actual o futura en este centro.

De acuerdo con lo anteriormente afirmado presto mi conformidad para participar en este ensayo clínico

Firma Paciente Firma Representante Firma Testigo Firma Autora

C.I
Fecha

C.IC.IC.I

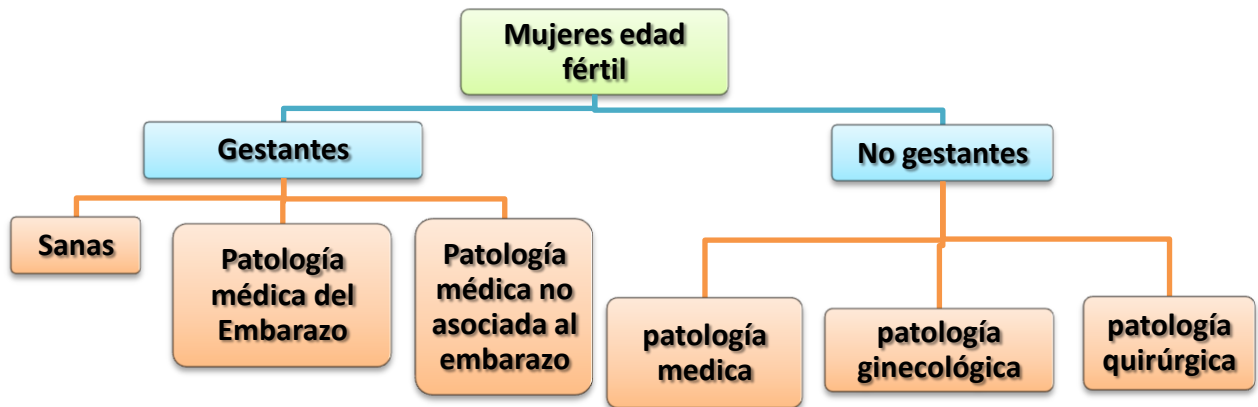
Anexo 3

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Protocolo:	No Historia	Nombre	Teléfono
Edad	Tiempo de vida	Graffar	Edo Civil
Menarquia	Sexarquia	Sana si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Sana si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	¿Consulta médica previa? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Control ginecológico si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Embarazada si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> semanas	Complicación médica del embarazo si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cual	Control prenatal si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Edad 1er parto: Paridad: Abortos:
Curso del embarazo:	Parto: Eutócico distócico Cesárea Causa		
Patología médica no relacionada con el embarazo si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cual	¿Cuál?		
Hábito tabáquico si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Hábito OH si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Activa sexualmente si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Pareja actual si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> -No Parejas: Promiscuidad:		
Dx primario			
Obstetricosi <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Ginecológicosi <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Médico si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Quirurgico si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Patología secundarias	1)	2)	3)
4)	5)	6)	7)
Historia de violencia si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> , tipo:			
Evolución (si estuvo hospitalizada) mejoría <input type="checkbox"/> curación <input type="checkbox"/> muerte <input type="checkbox"/> muerte materna <input type="checkbox"/>			

ANEXO 4.

Grupos de Estudio



ANEXO 5

Resultados

Tabla N° 1. Distribución según edad muestra global

Edad en años	N° de pacientes	%
13	3	0,30%
14	5	0,54%
15	15	1,60%
16	14	1,50%
17	24	2,60%
18	40	4,30%
19	60	6,50%
20	72	7,80%
21	70	7,60%
22	45	4,80%
23	60	6,50%
24	62	6,70%
25	43	4,60%
26	50	5,40%
27	34	3,60%
28	54	5,80%
29	44	4,70%
30	27	2,90%
31	19	2,06%
32	20	2,17%
33	24	2,60%
34	15	1,60%
35	14	1,50%
36	16	1,70%
37	10	1,08%
38	16	1,70%
39	14	1,50%
40	10	1,08%
41	8	0,86%
42	6	0,65%
43	8	0,86%
44	8	0,86%

Tabla Nº 2 Distribución según edad: gestantes y no gestantes

Edad en años	Gestantes	No gestantes
13	3	0
14	2	3
15	15	0
16	14	0
17	21	3
18	35	5
19	55	5
20	65	7
21	65	5
22	42	3
23	54	6
24	53	9
25	34	9
26	38	12
27	34	0
28	45	9
29	34	10
30	15	12
31	11	8
32	10	10
33	13	11
34	8	7
35	5	9
36	9	7
37	3	7
38	6	10
39	5	9
40	4	6
41	3	5
42	3	3
43	3	5
44	3	5
TOTAL	710	200

Tabla N° 3. Distribución según el Graffar modificado por Méndez Castellanos

GRAFFAR	Nº de pacientes	%
III	525	57,06%
IV	381	41,41%
V	4	1,53%

Tabla N° 4. Distribución según el estado civil

Estado civil	N° de pacientes	%
Soltera	597	64,89%
Casada	160	17,39%
Concubinato	153	16,81%

Tabla N° 5. Distribución de la edad de la menarquia

Menarquia*	Nº de pacientes	%
9	10	1%
10	15	1,63%
11	175	19,02%
12	235	25,54%
13	195	21,19%
14	141	15,32%
15	102	11,08%
16	18	1,95%
17	7	0,76%
18	9	0,97%
NO PRECISA	3	0,32%

*: medida en años

Tabla N° 6. Distribución de la edad de la sexarquia

Sexarquia*	Nº de pacientes	%
12	38	4%
13	25	2,71%
14	102	11,08%
15	197	21,64%
16	171	18,79%
17	157	17,25%
18	88	9,67%
19	73	8,02%
20	18	1,97%
21	15	1,64%
22	8	0,87%
23	9	0,98%
24	9	0,98%

*: medida en años

Tabla N° 7. Distribución de la edad del primer parto

Edad del primer Parto*	Nº de pacientes	%
12	6	0,65%
13	6	0,65%
14	15	1,63%
15	82	9,01%
16	130	14,28%
17	120	13,18%
18	99	10,87%
19	114	12,52%
20	100	10,98%
21	42	4,61%
22	32	3,51%
23	29	3,18%
24	19	2,08%
25	25	2,74%
26	12	1,31%
27	5	0,54%
28	6	0,65%
29	8	0,87%
30	6	0,65%
31	2	0,21%
32	3	0,32%
33	2	0,21%
34	2	0,21%
Nuligesta	34	3,73%
No precisa	11	1,20%

*: medida en años

Tabla Nº 8. Distribución según el número de gestas

Paridad	Nº de pacientes	%
Nuligesta	34	3,73%
Primigesta	113	12,41%
I	90	9,89%
II	289	31,75%
III	291	31,97%
IV	46	5,05%
V	30	3,29%
VI	14	1,53%
VII	3	0,32%

Tabla N° 9. . Distribución según el desenlace de las gestas

Antecedente gestacional	N° de pacientes	%
Abortos	150	16,40%
Cesárea	186	20,43%
Parto	427	46,93%
Nuligesta	34	3,73%
Primigesta	113	12,41%

Tabla N° 10. Número de abortos

Número de abortos	Nº de casos	%
I	150	55%
II	80	29%
III O MAS	42	16%
TOTAL	272	100%

Tabla N° 11. Distribución de la frecuencia de la causa de la cesárea

Causa de cesárea anterior	Nº de casos	%
DFP	89	48%
Preeclampsia	12	6%
RPM	32	17%
Distocias	11	6%
Otras causas	43	23%
Total	331	100%

DFP: Desproporción Feto pélvica, RPM: Ruptura prematura de membranas

Tabla N° 12. Distribución de frecuencia de la etiología de la muerte fetal

Gestante	Con alguna patología	Sana	Total
Aborto completo	0	2	2
Aborto inevitable	1	4	5
Aborto séptico	1	16	17
Embrión muerto retenido	3	1	4
Feto muerto retenido	0	13	13
Gestación anembrionada	1	4	5
Óbito fetal	1	6	7
Perdida recurrente	0	3	3

Tabla N° 13. Patología medica no relacionada con el embarazo en la muestra global

Diagnóstico Medico	N° de casos	%
Anemia	73	28,96%
HTA crónica	28	11,11%
Obesidad	15	5,95%
Infección del tracto urinario	65	25,79%
Alergia	6	2,38%
Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana	2	0,79%
VDRL reactivo	1	0,39%
Candidiasis	2	0,79%
Sifilis	1	0,39%
Toxoplasmosis	1	0,39%
Dengue con signos de alarma	4	1,58%
Depresion mayor	2	0,79%
Pielonefritis	1	0,39%
Asma	33	13,09%
Epilepsia	1	0,39%
Dm 2	3	1,19%
Dm 1	2	0,79%
Hiperinsulinismo	3	1,19%
HTA de novo	6	2,38%
Caries dental	1	0,39%
Sospecha de Zika	2	0,79%

DM1: Diabetes mellitus tipo1, DM2: Diabetes Mellitus tipo 2.

Tabla nº 14. Patologías médicas relacionadas con el embarazo

Patología	N ^a de casos	%
Anemia	23	28%
Hiperémesis gravídica	1	1,56%
Diabetes gestacional	8	12%
Preeclampsia	25	39%
Síndrome de HELLP	7	11%

Tabla N° 15. Patologías médicas no relacionadas con el embarazo

Patología	Nº de casos	%
HTA crónica	13	16,45%
Alergia	2	2,53%
Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana	1	1,26%
Pielonefritis	1	1,26%
Asma	33	41,77%
Epilepsia	1	1,26%
DM 2	2	2,53%
DM 1	1	1,26%
Hiperinsulinismo	1	1,26%
Caries dental	1	1,26%
Sospecha de zika	2	2,53%
Anemia	4	5,09%
Infección del tracto urinario	10	12,65%
Obesidad	6	7,59%
Toxoplasmosis	1	1,26%

DM1: Diabetes mellitus tipo1, DM2: Diabetes Mellitus tipo 2.

Tabla N° 16. Diagnostico medico en las no gestantes

Diagnóstico Medico	No gestante	%
Anemia	69	34,84%
HTA crónica	15	7,57%
Obesidad	9	4,54%
Infección del tracto urinario	55	27,77%
Alergia	4	2,02%
Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana	1	0,50%
VDRL reactivo	1	0,50%
Candididosis	2	1,02%
Sifilis	1	0,50%
Dengue con signos de alarma	4	2,02%
Depresión mayor	2	1,02%
DM 2	1	0,50%
DM 1	1	0,50%
Hiperinsulinismo	2	1,02%
HTA de novo	6	3,03%

DM1: Diabetes mellitus tipo1, DM2: Diabetes Mellitus tipo 2.

Tabla N° 17 .Diagnostico Ginecológico

Diagnóstico ginecológico	N° de casos
Condilomatosis	8
Infección vaginal	69
Hipotonía uterina	13
Tumor de ovario	8
Mastitis	3
Fibroadenoma	3
Leiomatosis	2
Poliposis endometrial	10
Desgarro perianal	1
Polimenorrea	4
Hemorragia uterina disfuncional	3
Torsión de ovario	2
Desgarro vaginal post coito	3
Fibromatosis uterina	22
Hiperplasia endometrial	2
NIC I	1
NIC II	4
NIC III	5
Ovario poliquístico	1
VPH	2