

## Consulta de Alto Riesgo Obstétrico marzo 2020-2021 en el Hospital Universitario Jesús María Casal Ramos: una necesidad durante pandemia

 Freddy Bello Rodríguez,<sup>1</sup>  María Isabel Aliaga,<sup>2</sup>  Norma Marchan Pérez.<sup>3</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar las actividades de consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico durante la pandemia por COVID-19.

**Métodos:** Revisión retrospectiva, descriptiva, de los factores epidemiológicos, clínicos/paraclínicos y tratamiento, de 102 historias clínicas de la consulta de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Universitario Jesús María Casal Ramos (Araure/Acarigua) desde el 11 de marzo de 2020 hasta el 11 marzo de 2021.

**Resultados:** Se realizaron 346 controles en el año, 244 controles sucesivos, 23 % adolescentes, 19 % edad materna avanzada y 58 % en edad fértil reproductiva; 77 % con algún grado de educación formal; 57 % de Municipio Araure. El motivo de referencia más común (25 %) fue deseo de anticoncepción quirúrgica y 23 % cesáreas previas; la hipertensión fue el antecedente familiar, personal y la comorbilidad más frecuente; 64 % tuvo ganancia media de peso menor a 6 Kg; 52 % resultaron anémicas, ameritando suplementación con hierro o transfusiones; la betametasona fue el inductor de maduración pulmonar y la amoxicilina/clavulánico el antibiótico más utilizado. Se controlaron y trataron 2 pacientes positivas para virus de inmunodeficiencia humana, una sífilis primaria y 2 COVID-19, de forma ambulatoria: 1 leve en 1er trimestre y 1 moderado en 3er trimestre. No hubo muertes maternas en la muestra.

**Conclusión:** La consulta de alto riesgo obstétrico es la forma de articulación entre la embarazada, los servicios de salud y la comunidad. Permite garantizar un embarazo saludable, el lugar donde será atendido su parto, así como un trato eficaz, digno y respetado durante todo el proceso.

**Palabras clave:** Alto riesgo obstétrico, ARO, Consulta prenatal, COVID-19.

**High Obstetric Risk Consultation, march 2020-2021, at the Hospital Universitario Jesús María Casal Ramos: a necessity during the pandemic.**

### SUMMARY

**Objective:** To evaluate the outpatient activities of high obstetric risk during the COVID-19 pandemic.

**Methods:** Retrospective, descriptive review of epidemiological, clinical/paraclinical factors and treatment of 102 medical records from the High Obstetric Risk clinic of the Jesús María Casal Ramos Araure/Acarigua University Hospital from March 11, 2020 to March 11, 2021.

**Results:** In the year, 346 controls were carried out, 244 successive controls, 23% adolescents, 19% elderly and 58% of reproductive age; 77% with some degree of formal education; 57% of the municipality of Araure, the most common reason for referral in 25% want not to reproduce and 23% in previous cesarean sections; high blood pressure was the most frequent family and personal history and comorbidity; 64% had a lower average gain of 6 Kgs; 52% of patients were anemic on their exams, requiring iron supplements or transfusions; betamethasone was the most widely used inducer of lung maturation and amoxicillin/clavulanic antibiotic. 2 patients positive for human immunodeficiency virus, 1 primary syphilis and 2 COVID-19 were monitored and treated on an outpatient basis: 1 mild in the 1st trimester and 1 moderate in the 3rd trimester. There were no maternal deaths in the sample.

**Conclusion:** The high obstetric risk consultation is the most effective form of articulation between the surrogate, the health services and the community that guarantees a healthy pregnancy, the place to give birth, as well as a dignified and respected treatment throughout the process.

**Keywords:** High obstetric risk, HOR, Prenatal consultation, COVID-19.

<sup>1</sup>Especialista II Obstetricia y Ginecología. Consulta prenatal ARO, Hospital Universitario Jesús María Casal Ramos. <sup>2</sup>Especialista II Obstetricia y Ginecología. <sup>3</sup> Especialista II Ginecóloga Infante Juvenil.. Correo de correspondencia: belfred63@gmail.com

**Forma de citar este artículo:** Bello Rodríguez F, Aliaga MI, Marchán Pérez N. Consulta de Alto Riesgo Obstétrico marzo 2020-2021 en el Hospital Universitario Jesús María Casal Ramos: una necesidad durante pandemia. Rev Obstet Ginecol Venez. 2022; 82(2): 179-188. https://doi.org/10.51288/00820207

## INTRODUCCIÓN

Los años 2020 y 2021 en el mundo han sido signados por la presencia de la pandemia COVID-19, que ha segado la vida de miles de seres humanos, incluyendo las embarazadas, aun cuando su esperanza de vida

para el 2015-2020 fue de 76,1 años (1). El flagelo COVID-19 colapsó los sistemas sanitarios mundiales, no escapando Venezuela a esa realidad. La consulta prenatal en el país no tuvo una política clara con respecto a su manejo hasta mediados del año 2020, cuando las autoridades sanitarias, Academia Nacional de Medicina, Sociedad de Obstetricia y Ginecología, Sociedad de Infectología y otras organizaciones científicas realizaron recomendaciones claras con respecto a su conducción. El enfoque primordial de la consulta de alto riesgo obstétrico (ARO) es crear, establecer y realizar contraloría de los protocolos de seguimiento de los establecimientos sanitarios para disminuir los efectos deletéreos y la mortalidad materna/neonatal en las gestantes con morbilidad asociada.

Se ha informado que la gravedad de la infección por SARS-COV-2 en la población general es significativamente influenciada por la presencia de diferentes factores de riesgo (2). Las consultas de ARO son la forma mediante la cual los especialistas en obstetricia y ginecología, perinatología o medicina maternofoetal tienen para educar, prevenir, identificar y tratar evitando precoz y oportunamente los efectos de las noxas y la muerte de sus pacientes.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo con revisión de las historias clínicas de las gestantes de la consulta externa de ARO del Hospital Universitario Jesús María Casal Ramos (HJUMCR), de Araure/Acarigua, desde el 11 de marzo de 2020 hasta el 11 de marzo de 2021; incluyó factores epidemiológicos, antecedentes personales y familiares, comorbilidades (incluyendo COVID-19), datos de laboratorio y resolución obstétrica final, las cuales son descritas mediante frecuencias absolutas, relativa, media aritmética  $\pm$  DE, moda, en cuadros y/o gráficos estadísticos.

## RESULTADOS

Se revisaron 102 historias clínicas; 102 pacientes asistieron a un primer control, 78 (76,47 %) al 2do control, 72 (70,58 %) al 3er control, 45 (44,11 %) al 4to control, 30 (29,41 %) al 5to control y 19 (18,62 %) a un 6to control, para un total de 244 consultas sucesivas y 346 consultas.

La distribución por edad (en años) de las usuarias fue de: 7 (5 %)  $\leq$  a 15, 18 (18 %) entre 16 y 20, 22 (22 %) entre 21 y 25, 17 (17 %) entre 26 y 30, 19 (19 %) entre 31 y 35 y 19 (19 %) de 36 y más, con una edad mínima de 10 y máxima de 45, con una media  $\pm$  DE: 24,12  $\pm$  11,84 años.

El nivel de educación hallado correspondió: 29 (28 %) educación primaria, 30 (28 %) bachillerato completo o incompleto, 20 (20 %) universitarias, 11 (7 %) media general completa o incompleta y en 12 (12 %) no fue reportado. Con relación a la procedencia, 58 (57 %) provenían del Municipio Araure, 17 (16 %) del Municipio Páez, 6 (6 %) del Estado Lara, 3 (3 %) del Municipio Agua Blanca, 1 (1 %) de Municipio San Rafael Onoto y 1 (1 %) de Falcón; en 16 casos (16 %) no fue reportada la procedencia.

Los motivos de referencia para la consulta fueron: deseo de esterilización quirúrgica: 26 (25,49 %), cesárea anterior: 23 (23 %), adolescente: 16 (16 %), hipertensión: 9 (8,82 %), edad materna avanzada: 5 (4,9 %), cardiopatía: 4 (3,92 %), aborto anterior: 4 (3,92 %), miomatosis: 3 (2,98 %), gemelar: 3 (2,98 %), 2 casos de: retardo mental, epilepsia, multiparidad y trabajador institucional (1,96 % c/u) y 1 caso de: infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH+), conización cervical, asma, ansiedad, artrosis de cadera, tuberculosis (TBC), artrosis cadera y caso social (0,98 % c/u).

Entre los antecedentes familiares maternos, predominó la hipertensión (6 casos/6 %), entre los paternos, se describieron 6 casos de muerte por violencia (6 %).

*CONSULTA DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO MARZO 2020-2021 EN EL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO JESÚS MARÍA CASAL RAMOS: UNA NECESIDAD DURANTE PANDEMIA*

Los detalles de los antecedentes se presentan en la tabla 1.

Los antecedentes personales más frecuentemente reportados por las usuarias fueron las cardiopatías, con 13 casos (13 %): 6 (50 %) hipertensiva, 4 (25 %) valvulopatías aórticas, 2 (12,5 %) enfermedad nodo sinusal y 1 (7 %) valvulopatía mitral; los demás antecedentes personales, se presentan en la tabla 2.

La tabla 3 muestra los antecedentes ginecológicos. La edad de la menarquia en años promedio  $\pm$  DE fue de  $11,59 \pm 2,55$ ; la sexarquia ocurrió en una edad media

Tabla 1. Antecedentes familiares

Antecedente	Frecuencia F=102	%
<b>Maternos</b>		
Hipertensión	6	5,88
Isquemia	1	0,98
ECV	1	0,98
Cáncer mama	1	0,98
Epilepsia	1	0,98
<b>Paternos</b>		
Muerte violenta	6	5,88
HTA	3	2,94
Isquemia	2	1,96
Diabetes	3	1,96
Alcoholismo	1	0,98
Cáncer		
Laringe	1	0,98
Páncreas	1	0,98
Linfoma	1	0,98
Salmonelosis	1	0,98
Alergia	1	0,98
Cirrosis	1	0,98
EBPOC	1	0,98
ECV	1	0,98

ECV; enfermedad cerebrovascular; HTA: hipertensión arterial; EBPOC: enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica.

Tabla 2. Antecedentes personales

Antecedente personal	Frecuencia F= 102	%
Cardiopatía	13	13
Hipertensiva	6	6
Aórtica	4	4
Arritmia	2	2
Mitral	1	1
VPH	9	9
Coartación aórtica	1	1
Diabetes	1	1
Psiquiátricas		
Depresión	1	1
Epilepsia	1	1

VPH: virus de papiloma humano

Tabla 3. Antecedentes ginecológicos

	Frecuencia F=102	%
<b>Menarquia (años)</b>		
$\leq 8$	1	1
9 - 12	62	62
13 - 16	34	33
$\geq 17$	0	0
Media $\pm$ DE	$11,59 \pm 2,55$	
<b>Sexarquia (años)</b>		
11-15	53	52
16-19	34	33
$\geq 20$	13	13
Media $\pm$ DE	$15,67 \pm 3,48$	
<b>Parejas (número)</b>		
1	30	29
2	24	24
3	23	23
4	5	5
5	5	5
$\geq 6$	17	17
Moda	1 - 2	

de  $15,67 \pm 3,48$  años; con respecto al número de parejas sexuales, 30 casos (29 %) refirieron 1 pareja y 24 casos (24 %) 2 parejas, con una multimoda de 1 y 2.

En cuanto a los antecedentes obstétricos, la distribución de pacientes por número de gestaciones fue la siguiente: 29 (29 %) primigestas, 25 (24 %) segunda gestación, 21 (21 %) tercera gestación, 12 (12 %) cuarta gestación, 3 (3%) quinta gestación y 12 (12%) con 6 o más gestas; la distribución según paridad, antecedentes de abortos y cesáreas, se presenta en el gráfico 1. La edad de gestación en semanas al ingreso a la consulta se describe a continuación: 17 entre 6 y 12; 49 entre 13 y 24; 36 entre 25 y 36.

La talla en metros de las usuarias fue la siguiente: 5 (5 %) menores de 1,45, 37 (36 %) entre 1,46-1,55, 53 (52 %) entre 1,56-1,65 y 6 (6 %) entre 1,66-1,75 y en 1 % no fue reportada. La distribución de pacientes según su incremento ponderal en gramos fue la siguiente: 28 (27 %) menor a 500, 31 (30 %) entre 501-3000, 28 (27 %) entre 3001-6000, 11(11 %) entre 6001-9000 y 4 (4 %) 9001 a 12000.

En cuanto a la variación en la distribución de las pacientes según su IMC en Kg/m<sup>2</sup>, se presenta en el gráfico 2.

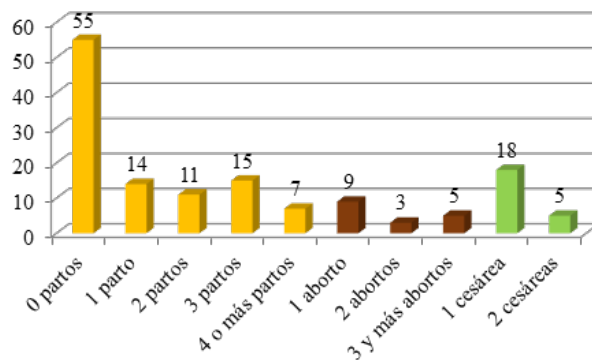


Gráfico 1. Distribución de las pacientes según los antecedentes obstétricos

El grupo sanguíneo se distribuyó de la siguiente forma: 64 (63 %) son O+, 22 (22 %) A+, 6 (6 %) B+, 5 (5 %) O-, 4 (4 %) no fue reportado.

Los resultados de la citología cervicovaginal fueron todos negativos: 9 (8,8 %) normales, 42 (41,2 %) inflamatorio leve, 4 (3,9 %) inflamatorio moderado, 24 (23,5 %) inflamatorio grave, en 19 (18,6 %) casos no se reportó el resultado y en 4 (3,9 %) casos no se tomó la muestra.

Las comorbilidades que afectaron a las usuarias de la consulta de ARO se presentan el gráfico 3. Los 38 trastornos por hipertensión correspondieron

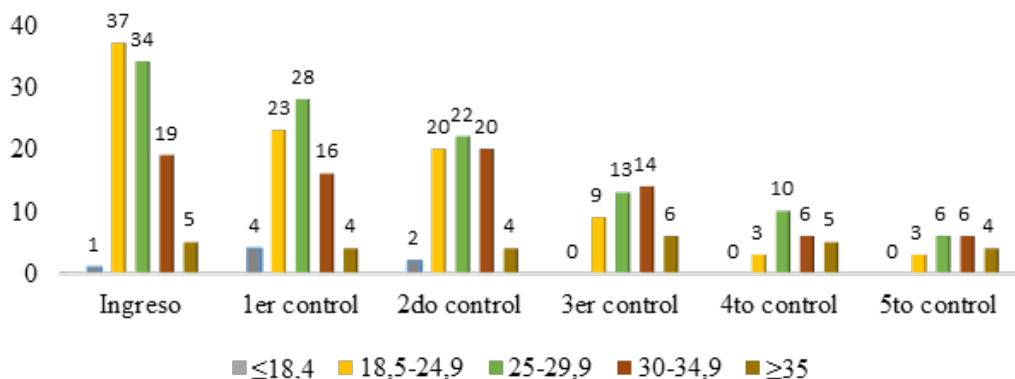


Gráfico 2. Distribución de pacientes según el incremento del índice de masa corporal por consulta de control

CONSULTA DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO MARZO 2020-2021 EN EL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO JESÚS MARÍA CASAL RAMOS: UNA NECESIDAD DURANTE PANDEMIA

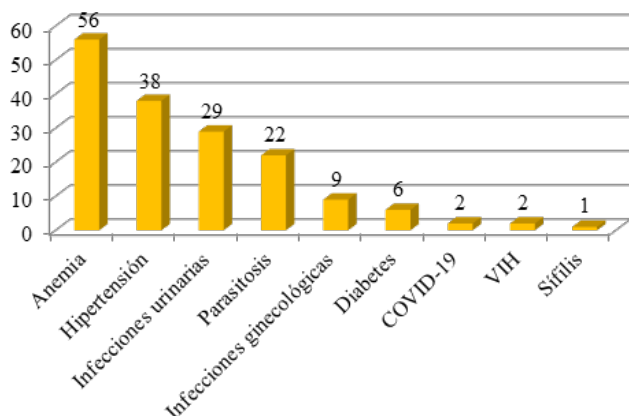


Gráfico 3. Distribución de pacientes según la presencia de comorbilidades

a 8 hipertensas crónicas y 30 preeclámpticas; las infecciones urinarias se distribuyeron: 2 (2 %) en el 1er trimestre, 15 (15 %) en el 2do trimestre y 12 (12 %) en el 3er trimestre; las infecciones ginecológicas fueron: 3 micóticas, 5 vaginosis bacteriana y una vaginitis mixta. Los casos de diabetes fueron 3 (3 %) diabetes gestacionales, 2 (2 %) diabetes tipo 1 y 1 (1 %) diabetes tipo 2.

Se refirieron a cardiología 10 pacientes para descartar lesiones cardiacas y 46 para evaluación cardiovascular preoperatoria; 8 para endocrinología por presentar algunas de las pruebas de despistaje alteradas; 4 a nefrología por litiasis renal, 2 por trasplantes renales, 1 por infección urinaria recurrente persistente; 4 a hematología y banco de sangre por anemia grave cercana al término; 3 a psiquiatría por epilepsia, 1 por ansiedad y 1 por depresión, 04 a psicología para despistaje/evaluación por retardo mental, 15 a los servicios de la Unidad de Atención Integral para el Parto y Nacimiento Humanizado de MINMUJER, ubicada en el centro hospitalario, para ser incluidas en sus programas de orientación o ayuda social.

La distribución de pacientes según la variación de valores de hemoglobina, leucocitos y plaquetas, por trimestre de gestación, son resumidas en el gráfico 4.

La distribución de las gestantes según sus valores en mg/dl de la glicemia, urea y creatinina, por trimestre, se representó en el gráfico 5.

No hubo casos de exámenes inmunológicos positivos para citomegalovirus, herpes, toxoplasmosis, virus

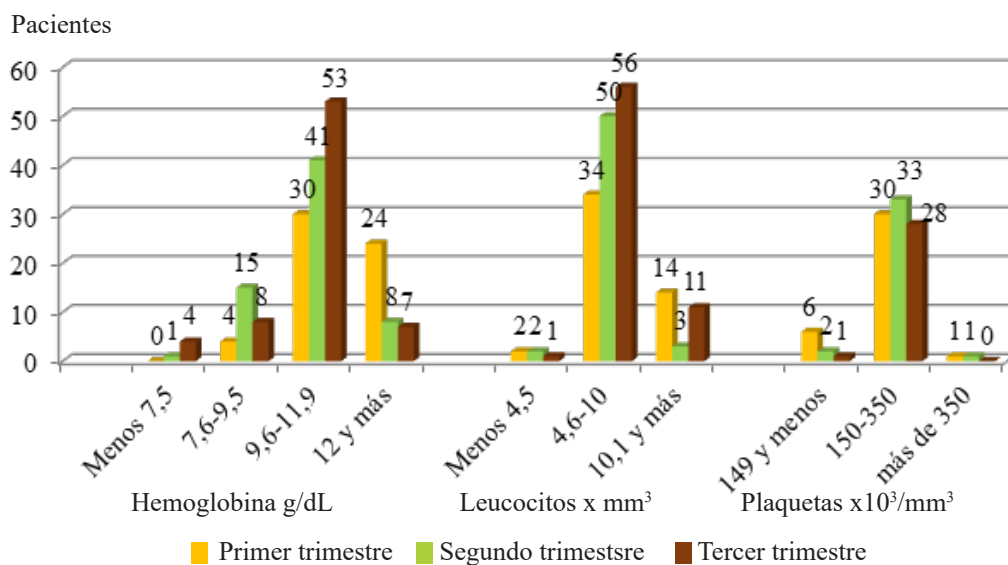


Gráfico 4. Distribución de los valores de la hematología por trimestre de gestación

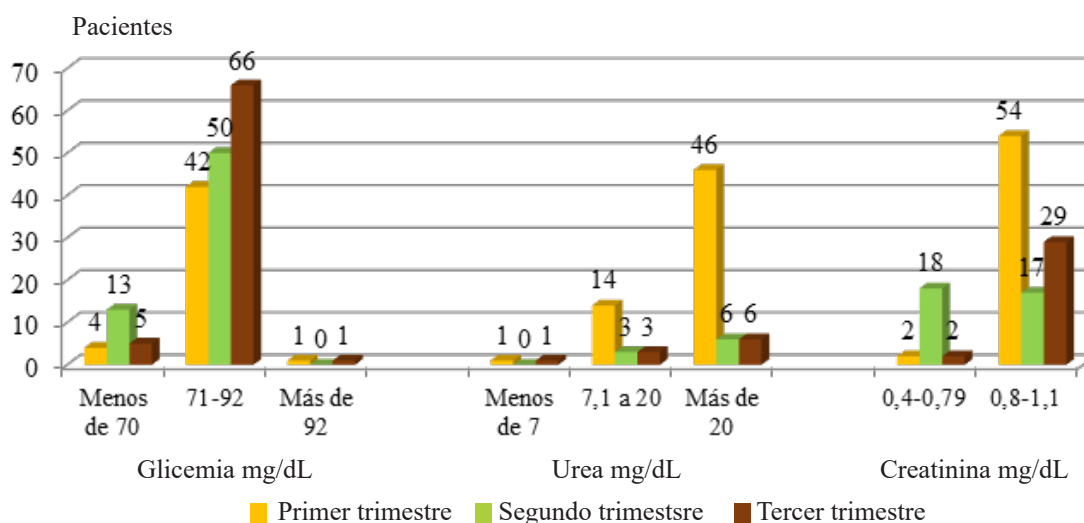


Gráfico 5. Distribución de pacientes según las cifras de glicemia, urea y creatinina, por trimestre de gestación

de Epstein Barr o hepatitis A, B, C o D, solo 2 casos confirmados de infección por VIH.

Los valores en miliunidades/ml de T3 son los siguientes: 2 con valores menores a 1,06; 16 entre 1,07 y 3,37 (normal) y 10 mayores a 3,38. Los valores de T4: 26 menores de 4,4; 2 entre 4,5 y 12,5 (normal) y 26 valores de TSH entre 0,5 y 4,5 (normal).

La distribución de usuarias según los valores de HgA1c fue la siguiente: 1 caso con valores inferiores a 5,6 %, 2 casos entre 5,7 % a 6,4 % (normal) y 22 casos mayor o igual a 6,5 %; los 22 casos presentaron insulina basal entre 1,9 y 23 y posprandial entre 2,17 y 123; la prueba de despistaje de diabetes con carga 75, solo detectó 2 casos.

En 61 casos se utilizó betametasona (24 mg/dosis total) y solo en 4 casos dexametasona (48 mg/dosis total) para maduración pulmonar. Quince casos requirieron ampicilina/sulbactán y 6 amoxicilina/clavulánico para sus infecciones urinarias; 26 pacientes requirieron el uso de alfametildopa y 12 nifedipina para control de la presión arterial elevada.

En 23 casos la vía de resolución del parto fue vaginal y en 55 abdominal; 5 casos fueron pretérmino ( $\leq 36$  semanas 6 días) y 76 a término (37 a 42 semanas); 7 neonatos tuvieron pesos menores a 2500 gramos, 63 entre 2500 y 3399 gramos y 3 con peso de 4000 gramos o más. El sexo de los neonatos, producto de embarazos simples, fue 37 masculinos y 32 femeninos y de los embarazos múltiples, 2 femenino/femenino, 1 femenino/masculino y 1 masculino/masculino.

## DISCUSIÓN

El embarazo y el parto son condiciones fisiológicas de gran impacto social por las vulnerabilidades de la madre y el futuro hijo ante los retos sanitarios de la vida diaria. La pandemia de la COVID-19 es un evento magno que llama la atención de la comunidad general y, por supuesto, de la comunidad médica, para investigar y dar respuestas a los riesgos inherentes a este período tan crucial para la preservación de la especie, la mujer y el niño (3). Estudios recientes reportan que el embarazo se asocia con un mayor

riesgo de enfermedad grave en pacientes sintomáticas positivas a la COVID-19 y mayor riesgo de ingreso a unidades de cuidados intensivos (UCI) (5, 6).

A partir del momento de la declaración de la pandemia COVID-19 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 11 de marzo de 2021, esta institución hospitalaria se mantuvo suspendida hasta el 02 de mayo por falta orientación de la política pública respecto a la pandemia, falta de equipos de protección personal (EPP), ausencia del personal paramédico y administrativo en sus labores habituales, por desconocimiento en las medidas preventivas, así como miedo al contagio, propagación o muerte por el virus debutante.

Es importante señalar que en la actualidad no existen publicaciones oficiales que reflejen las estadísticas reales con respecto a la evolución de las consultas de ARO durante esta pandemia, así como tampoco en los últimos 5 años en el país. De acuerdo con las estadísticas reportadas por la consulta de ARO en el quinquenio 2011-2015, se atendió un promedio anual de 226 pacientes de 1er control, con 883 controles sucesivos, en situación regular de 5 días a la semana, comparable con la atención dispensada a estas pacientes, estando la consulta limitada a solo 2 días en la semana. El monitoreo de la paciente obstétrica de ARO implica tres acciones concretas: vigilancia prenatal temprana, sistemática e intencionada, instrucción dirigida a la mujer para que reconozca los signos y síntomas de complicaciones graves, y asistencia obstétrica hospitalaria altamente especializada en el manejo de complicaciones graves (6).

El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal e incluyen: elaboración de historia clínica, identificación de signos de alarma con acciones de educación, medición y registro de

peso y talla, valoración de riesgo obstétrico, valoración del crecimiento uterino y del estado del feto mediante ultrasonido con flujometría *doppler*; determinación de biometría hemática, tamiz de glucosa, examen general de orina, VDRL, grupo sanguíneo y Rh, prescripción profiláctica de hierro, ácido fólico, medidas de autocuidado de su salud y establecimiento del diagnóstico integral (7, 8).

La mayoría de las pacientes de la serie de Castaño (9), en 2015, se hallaba en la edad reproductiva más fértil, similar a lo encontrado en esta investigación, sin embargo, solo un 15,71 % de sus pacientes fueron de edad materna avanzada y no describió pacientes adolescentes precoces, lo cual no está en consonancia con este estudio en el que se presenta una proporción discretamente mayor de mujeres en edad madura y, además, son referidas un porcentaje importante de adolescentes precoces y tardías. El 97,14 % de las pacientes de Castaño (9) procedían del estado Aragua y solo 2,86 % del Estado Carabobo (colindante). Mediavilla (10) describe que todas sus pacientes procedían de la comunidad de Tanguarín, parroquia de San Antonio de Ibarra en Ecuador. En la presente revisión, una proporción discretamente más elevada procedía del Estado Lara (colindante) así como de comunidades del Estado Portuguesa, de lejano domicilio, como San Rafael de Onoto y Agua Blanca, por tener cerradas sus consultas prenatales, y del estado Falcón, que no es región colindante, por ser pacientes oriundas de este estado.

La mayor proporción de las pacientes del estudio de Mediavilla (10) eran indígenas o mestizas, con estudios secundarios y uniones estables libres, similar a lo referido por Castaño (9) en cuanto a la escolaridad, pero difiere de esta investigación en la que la mayor proporción de las usuarias eran solteras. Llama la atención que la proporción de universitarias dentro de la consulta no suele ser la usualmente esperada en este nivel de atención en salud, por el contrario se esperaba que las usuarias tuvieran un nivel escolar inferior.

Las causas para consulta más comunes señaladas por Castaño (9) fueron: hipertensión, cicatriz uterina previa y malformaciones fetales; sin embargo, para la presente serie fueron más variadas, describiendo más frecuentemente: el deseo de esterilización quirúrgica, cesáreas previas o iterativas, adolescentes, hipertensión, cardiopatías o edad avanzada de la gestante. Sin embargo, la identificación, educación, promoción y prevención del riesgo por parte de los niveles de atención 1 y 2 en salud para complicaciones del embarazo de la población de Portuguesa, pudo haberse resentido con las medidas que se adoptaron mundialmente para combatir la propagación de la pandemia COVID-19 que incluyeron: aislamiento y cuarentena radical, así como la crisis sanitaria generalizada, económica y social que atraviesa el país en la actualidad.

Los antecedentes familiares, en concordancia con los libros clásicos de la especialidad, influyen sobre la pertinencia para desarrollar un embarazo de ARO, sobre todo los que se refieren a hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular isquémica y/o cerebral (11-13). En la investigación realizada en la comunidad de Tanguarín, un 17 % de las usuarias presentaron antecedentes familiares de diabetes, 50 % de hipertensión y 1 % de preeclampsia (10); también fueron factores importantes entre las usuarias de la serie que se presenta, aunque en proporción baja; llamó la atención en los padres de las usuarias, una mayor frecuencia de cáncer en diferentes localizaciones corporales.

Las consultas de ARO tienen como objeto principal identificar todas aquellas condiciones que predispongan a las gestantes a presentar complicaciones en sus embarazos, que favorezcan desenlaces negativos, incluyendo la muerte de la usuaria y sus productos, y evitar las mismas, por lo cual los obstetras que laboran en esta área acuciosamente deben conocer tanto local como regionalmente cuáles son las noxas que se presentan con más frecuencia: entre ellas, destacan

la hipertensión, preeclampsia, diabetes en todas sus formas de presentación, infecciones del tracto urinario, genitales y de transmisión sexual, anemia, enfermedades inmunológicas, etc, muy similares a las encontradas en la presente descripción. También se describe una serie de antecedentes ginecobstétricos relacionados con la paridad, número de parejas sexuales, cirugías abdominales o ginecológicas.

Por otra parte, las complicaciones relacionadas con los efectos propios deletéreos de estas noxas deben ser sospechadas y tratadas con el fin de evitar las lesiones graves e incapacitantes de las madres o sus productos en el presente o el futuro. En el corto plazo, muchas gestantes con factores de riesgo son susceptibles de presentar trastornos hipertensivos, hemorragia posparto, infecciones intrauterinas, tromboembolismos, depresión durante el embarazo y posparto, mientras que para sus hijos las complicaciones más frecuentemente descritas son derivadas de la prematuridad, malformaciones congénitas, síndrome de dificultad respiratoria, trastornos metabólicos relacionados con hipoglicemia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, sepsis, etc.

La evolución no satisfactoria de una gestación está asociada también con la sospecha o diagnóstico precoz de las alteraciones que se presentan durante el seguimiento y control de las mismas, así como las oportunas acciones inmediatas y futuras, entre las cuales figuran el tratamiento de las patologías diagnosticadas e iniciar el uso de hipotensores de acción central y periférica en aquellos casos de hipertensión, corrección o tratamiento de trastornos hormonales, metabólicos y nutricionales mediante la evaluación de los exámenes complementarios: laboratorio, ecosonográficos, *doppler* materno fetal, también las referencias a los especialistas en otras áreas que correspondan como: internistas, endocrinólogos, cardiólogos, neumólogos, psiquiatras y psicólogos. No se puede descartar ningún tipo de acción preventiva como: la maduración pulmonar en la edad



conveniente, administración de hierro endovenoso o transfusión de concentrados globulares en los casos que los ameriten, vacunación sistemática en contra del tétanos, hepatitis B, influenza y más recientemente contra COVID-19 (14-20). En esta consulta solo se trataron dos casos durante el periodo estudiado, ambos de forma ambulatoria, con diagnóstico de COVID-19 confirmado, con evolución satisfactoria, una con adquisición de la enfermedad moderada durante el 1er trimestre y otra con enfermedad leve durante el 3er trimestre, siguiendo el protocolo recomendado para estos casos por la Sociedad Venezolana de Infectología (SVI), Sociedad Venezolana de Medicina (SVM) y el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

Los autores concluyen que las usuarias que acuden a la consulta de ARO del HUIJMCRA son mujeres jóvenes en edad fértil reproductiva, escolarizadas, proveniente de regiones urbanas, con antecedentes personales o comorbilidades más frecuentemente asociadas a hipertensión o enfermedades metabólicas/nutricionales, que recibieron de forma oportuna maduración pulmonar, antibióticos, hipotensores con mínimas complicaciones en el periparto y con una baja frecuencia de consulta/tratamiento ambulatorio (2 %) de enfermedad por COVID-19.

#### Sin conflictos de interés.

#### REFERENCIAS

1. Mortalidad por COVID\_19. Evidencias y escenarios [Internet]. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Observatorio Demográfico, 2020 [consultado 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46640/5/S2000898\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46640/5/S2000898_es.pdf)
2. Hernández M, Carvajal A, Rísquez A, Guzmán M, Cabrera C, Drummond T. Consenso de la COVID-19 en el embarazo. Bol Venez Infecto [Internet]. 2021 [consultado 2021]; 32(1):7-26. Disponible en: <https://www.svinfectologia.org/images/stories/boletines2021/01.%20Hernández%20M%207-26%201corregido.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Embarazo; 2015 [consultado 21 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
4. DeBolt CA, Bianco A, Limaye MA, Silverstein J, Penfield CA, Roman AS, *et al.* Pregnant women with severe or critical coronavirus disease 2019 have increased composite morbidity compared with nonpregnant matched controls. Am J Obstet Gynecol. 2021; 224(5):510.e1-510.e12. doi: 10.1016/j.ajog.2020.11.022.
5. Oakes MC, Kernberg AS, Carter EB, Foeller ME, Palanisamy A, Raghuraman N, *et al.* Pregnancy as a risk factor for severe coronavirus disease 2019 using standardized clinical criteria. Am J Obstet Gynecol MFM. 2021; 3(3):100319. doi: 10.1016/j.ajogmf.2021.100319.
6. Díaz de León MA, Briones JC. Medicina crítica en obstetricia, una nueva especialidad. Cir Ciruj [Internet]. 2006 [consultado 10 de septiembre de 2021]; 74:223-224 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc064a.pdf>
7. Moreno SAA, Bandeh MH, Meneses CJ, Díaz de León PM, Mújica HM, González DJI, *et al.* Control prenatal en el medio rural. Rev Fac Med UNAM [Internet]. 2008 [consultado 10 de septiembre de 2021]; 51:188-192. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17284>
8. Briones GJC, Díaz LPM, Briones BCG. Monitoreo de la paciente Obstétrica de Alto Riesgo. Rev Mex Anestesiol [Internet]. 2011 [consultado 20 de septiembre de 2021]; 34 (Supl. 1):S106-S107 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cmas111aa.pdf>
9. Castaño DF. Importancia de la consulta de alto riesgo obstétrico e impacto en la disminución de la morbimortalidad materna en el Hospital Central de Maracay. Julio – diciembre 2015 [Trabajo Especial de Grado]. Maracay: Universidad de Carabobo; 2016 [consultado 20 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/4165/dcastano.pdf?sequence=1>
10. Mediavilla Haro LJ. Prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo en gestantes; comunidad de Tanguarín [Tesis en internet]. Ibarra: Universidad Técnica del Norte; 2017 [consultado 20 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/6842>

11. Cunningham G, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, *et al.*, editores. Williams. Obstetricia. 25ª Edición. México: McGraw-Hill. 2019
12. Benedetti Ibáñez G. Incidencia de patologías materna de alto riesgo durante el embarazo de acuerdo al estado nutricional al inicio del embarazo en una cohorte de embarazadas del Área Sur Oriente de Santiago [Tesis en Internet]. Santiago: Universidad de Chile; 2017 [consultado 20 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/143982>.
13. Toro Merlo J, Fernández Bravo M. Consenso Venezolano de Vacunación en la Mujer 2012. Caracas: ATEPROCA; 2012.
14. Sangkomkarn US, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Hepatitis B vaccination during pregnancy for preventing infant infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 2014(11):CD007879. doi: 10.1002/14651858.CD007879.pub3.
15. Sangkomkarn US, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Hepatitis B vaccination during pregnancy for preventing infant infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; (3):CD007879. doi: 10.1002/14651858.CD007879.pub2.
16. Chaitongwongwatthana S, Yamasmit W, Limpongsanurak S, Lumbiganon P, Tolosa JE. Vacunación contra la hepatitis B durante el embarazo para la prevención de la infección en lactantes. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2015; (1):CD004903. doi: 10.1002/14651858.CD004903.pub4.
17. Castro MJ, González F, editores. Primer consenso venezolano de maduración pulmonar fetal [Internet]. Caracas: Tips, imagen y comunicación; 2008 [consultado 18 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://isbn.cloud/9789807136020/primer-consenso-venezolano-de-maduracion-pulmonar-fetal/>
18. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Madrid: Preparados de hierro de administración intravenosa y reacciones de hipersensibilidad: nuevas recomendaciones; 2013 [consultado 18 de septiembre de 2021]. Disponible en: [https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2013/docs/NIMUH\\_FV\\_20-2013-hierro\\_intravenoso.pdf?x99230](https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2013/docs/NIMUH_FV_20-2013-hierro_intravenoso.pdf?x99230)
19. Rivera Flores J. Transfusiones en la embarazada. *Rev Mex Anestest* [Internet]. 2006 [consultado 18 de septiembre de 2021]; 29(1):237-240. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cmas061ay.pdf>
20. Baquero Artigao F; grupo de estudio de la infección congénita por citomegalovirus de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre el diagnóstico y el tratamiento de la infección congénita por citomegalovirus. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2009 [consultado 19 de septiembre de 2021]; 71(6):535-547. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/cmv\\_congenito\\_consenso\\_seip.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/cmv_congenito_consenso_seip.pdf)

Recibido: 10 de octubre de 2021

Aprobado: 6 de enero de 2022