

## Análisis epidemiológico de las patologías en mujeres de edad reproductiva que acudieron a un Hospital General tipo IV

Yelena Margarita Ruíz Matheus, Gabriela Sofía Páez Fonseca, Eva Essensfeld de Sekler

### Resumen

**Objetivo:** Analizar la patología médica de las mujeres en edad fértil que fueron atendidas en el Hospital General del Oeste de Caracas, Venezuela.

**Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, transversal, de pacientes con edades entre 14 y 44 años evaluadas desde 1° Octubre 2015 al 1° Mayo 2016.

**Tratamiento estadístico:** Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central en las variables continuas y de proporción en las cualitativas. **Resultados:** Se evaluaron 910 pacientes con edad promedio de  $25,63 \pm 6,69$  DS. El grupo entre 14 y 19 años fue el 33,40% y el 17,5% eran adolescentes. El promedio de edad de las embarazadas fue de  $23,31 \pm 6,08$  DS, mientras que en las no gestantes  $30,57 \pm 7,97$  DS. Según el Graffar modificado por Méndez Castellanos predominó la clasificación III en 57,06%. El promedio de la menarquia fue  $12,7 \pm 1,75$  DS y de la sexarquia  $16,54 \pm 4,04$  DS. La edad promedio del primer parto fue  $18 \pm 1,33$  DS. El 73,62% no cumplía control ginecológico anual. Eran gestantes 78% y de ellas, el 80% eran sanas. Las patologías médicas del embarazo fueron preeclampsia 39%, anemia 35,93%, diabetes gestacional 12%, síndrome de HELLP 11%, hiperemesis gravidica 1,56%. Los diagnósticos médicos no relacionados con el embarazo fueron: 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 durante la gesta-

ción. En las no gestantes el diagnóstico médico predominó en 48% y los mas frecuentes fueron: anemia 34,84%, ITU 27,77%, HTA crónica 7,57%.

**Conclusión:** La atención médica de la mujer en edad reproductiva debe ser adecuadamente abordada.

**Palabras clave:** mujeres en edad fértil; patologías médicas; embarazo; epidemiología.

### Epidemiological analysis of medical conditions in women of childbearing age who attended a teaching general hospital in Caracas, Venezuela.

Yelena Margarita Ruíz Matheus, Gabriela Sofía Páez Fonseca, Eva Essensfeld de Sekler

#### Abstract

**Objective:** To analyze the medical conditions in women of childbearing age who consulted at the Hospital General del Oeste, Caracas, Venezuela.

**Methods:** This is an analytical, transverse case design, of female patients in a non probabilistic sample, of intentional selection, that included 100% of patients aged 14 - 44 years, who consulted between October 1st 2015 and May 1st 2016- We included hospitalized and outpatients of internal medicine, as well as obstetrics and gynecology. A previous informed consent was obtained. The sample was divided in two groups, pregnant and not pregnant, classified as healthy and with any medical or gynecological pathology. The variables studied were: age, menarche, sexarche, parity, demographics, and final diagnoses, as well as associated complications. **Results:** We studied 910 patients, with an average age of  $25,63 \pm 6,69$  DS. The group of 14 to 19 years was 33,40% and 17,5% of them were adolescents. The average age of the pregnant women was  $23,31 \pm 6,08$  DS, and in the non-pregnant  $30,57 \pm 7,97$  DS.

\* Servicio de Medicina Interna, Hospital General del Oeste, Los Magallanes, Caracas, Venezuela.

\*\* 1er premio al mejor Trabajo Especial de Grado de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Noviembre 2016.

*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 sexual 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. Their pathological conditions of pregnancy were: preeclampsia 39%, anemia 35,93%, gestational diabetes 12%, HELLP syndrome 11%, hyperemesis gravidarum 1,56%. The medical conditions not related to pregnancy were: asthma 41,77%, chronic hypertension 16,45%, UTI 12,65%, obesity 7,59%, anemia 5,09%. Domestic 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%, chronic hypertension 7,57%. **Conclusion:** Women in childbearing age must be adequately approached and treated.*

**Key words:** *women of childbearing age; medical conditions; pregnancy; 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. Es uno de los períodos más significativos de su vida, ya que también tiene la capacidad de 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<sup>(1)</sup> representando un grupo importante respecto a los ingresos hospitalarios en comparación con el sexo masculino, sobre todo si tomamos en cuenta 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 estas pacientes, desde la adolescencia hasta etapas posteriores. Se suman los modificables (edad, genéticos, y hormonales) con los modificables (socio- culturales)

y juntos le confieren características especiales a esta población.

La gestación es una condición única que amerita un estudio preciso y un enfoque multidisciplinario para promover una atención óptima que garantice la sobrevivencia de la madre y el feto y es, durante esta etapa que se presentan las principales complicaciones, que requieren la intervención del médico internista.

Las patologías médicas pueden ser un importante factor de riesgo para la evolución de estas pacientes y su diagnóstico constituye muchas veces un hallazgo incidental, lo que implica un necesario reconocimiento de ellas, su modo de presentación y la influencia que tienen sobre la evolución intrahospitalaria<sup>(2,3,4,5)</sup>.

Por ello este trabajo fue dirigido a analizar la epidemiología de las patologías médicas presentes en las mujeres en edad fértil que acudieron al Hospital General del Oeste de Caracas, Venezuela, entre Octubre 2015 y Mayo 2016, en los servicios de ginecología y obstetricia, cirugía y medicina interna.

El nivel educativo de las mujeres influye directamente en su comportamiento y desarrollo sexual y reproductivo, así como, en la planificación familiar.

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<sup>(6,7)</sup>, este último asociado a los repuntes en la presencia de obesidad y estados comórbidos como la diabetes, prediabetes y resistencia a la insulina<sup>(6)</sup>. 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<sup>(9)</sup>.

---

## ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PATOLOGÍAS EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTIVA QUE ACUDIERON A UN HOSPITAL GENERAL TIPO IV

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<sup>(10)</sup>.

En un estudio realizado en la Maternidad Concepción Palacios, se demostró que la principal causa directa de muerte materna obstétrica 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<sup>(11)</sup>. Por ello, con la adecuada comprensión de dichos procesos, es importante el rol del internista en el diagnóstico y manejo de estas patologías.

### Antecedentes

En nuestro hospital se realizó en 1993 un estudio de la incidencia de la patología médica del embarazo en un Departamento de Medicina Interna<sup>(12)</sup>. 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%).

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.

En 2010 en un estudio realizado en la unidad de diabetes y embarazo de la Universidad de Carabobo<sup>(11)</sup> se evaluaron 92 mujeres con antecedente

confirmado de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), a quienes no se les había hecho el diagnóstico en evaluaciones previas. 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 Glicemia Alterada en ayunas (GAA).

Faneite y Rivera en 2012<sup>(13)</sup>, evaluaron la morbilidad materna en pacientes hospitalizadas en el departamento de ginecología 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 concluir 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.

En 1997, en un trabajo de nuestro hospital, buscamos la frecuencia de anticuerpos antifosfolípidos en las pacientes con preeclampsia y otros estados hipertensivos del embarazo en 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; cinco pacientes (16,66 por ciento) con preeclampsia tuvieron títulos elevados de Anticardiolipina<sup>(14)</sup>.

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, mediante la realización de las pruebas diagnósticas adecuadas, como portadoras de síndrome antifosfolípido primario 143 pacientes, y como secundario 14 pacientes. El seguimiento estrecho y tratamiento oportuno lograron obtener resultados favorables en el 87% de los casos<sup>(15)</sup>.

Una vez concluida la pubertad, 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 en la población sexualmente activa son: virus del papiloma humano (VPH), clamidia, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) gonorrea y herpes.

Durante la gestación ocurren una serie de 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<sup>(16)</sup>.

Desde el punto de vista práctico y de planificación de la atención es importante entender la diferencia entre la asistencia a las pacientes no gestantes y aquellas embarazadas cuando son atendidas. Las primeras representan un importante número de ingresos hospitalarios en áreas médicas y quirúrgicas, 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 asociadas o no al embarazo, estas condiciones son la principal causa

de ingreso hospitalario<sup>(17,18)</sup>, sin descartar en la actualidad las transmitidas por vectores como el Zika<sup>(19)</sup>.

La multiparidad, que 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<sup>(20)</sup>. 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.

### **Métodos**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, cuyo universo estuvo constituido por mujeres en edad reproductiva que fueron atendidas en los Departamentos de Medicina Interna, Cirugía y Gineco-obstetricia del Hospital General del Oeste, de Caracas, Venezuela. Este es un hospital docente tipo IV, adscrito a la Escuela Luis Razetti de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. La muestra fue no probabilística, de selección intencional que incluyó el 100% de las pacientes de edades comprendidas entre 14 y 44 años, atendidas entre 1º de octubre del 2015 y el 1º de Mayo de 2016 en los servicios de hospitalización y consultas ambulatorias de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia.

### **Procedimientos**

Una vez iniciado el periodo de recolección de la muestra y luego de explicar el contenido de la investigación, y habiendo las pacientes aceptado participar en el estudio a través del consentimiento informado, se procedió a realizar una historia clínica en las siguientes áreas de atención:

- 1. Consulta de Medicina Interna:** fueron atendidas en 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

## ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PATOLOGÍAS EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTIVA QUE ACUDIERON A UN HOSPITAL GENERAL TIPO IV

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.

Las pacientes de consulta externa fueron aquellas atendidas por las autoras en una consulta destinada para este fin. Los datos obtenidos fueron vaciados en una hoja de recolección de datos diseñada para la investigación.

Una vez recolectados todos los datos, los grupos de estudio se distribuyeron como se ve en la **Figura 1**.

### 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. Respecto a la presencia o no de gestación se distribuyó en 2 grandes grupos: 78% (710) gestantes y 22% (200) no 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).

La edad promedio en años fue de  $25,63 \pm 6,7$  DS para el grupo total. La edad promedio de las embarazadas fue de  $23,31 \pm 6,08$  DS. La edad media en las no gestantes la  $30,57 \pm 7,97$  DS. (**tabla 1**).

**Tabla 1. Distribución de la muestra global por edad promedio**

| Edad (años) | Número de pacientes | Porcentaje |
|-------------|---------------------|------------|
| 13-19       | 161                 | 7,5        |
| 20-24       | 309                 | 33,4       |
| 25-29       | 225                 | 24,1       |
| 30 -34      | 105                 | 11,3       |
| 35-39       | 70                  | 7,48       |
| 40-44       | 40                  | 4,31       |

### Aspectos sociodemográficos

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 2**). En cuanto al estado civil, eran solteras 597 pacientes (64,89%), casadas 160 (17,39%) y concubinas 153 (16,81%) (**tabla 3**).

Las preguntas sobre los hábitos psicobiológicos fueron respondidas así: 765 (84,06%) negó tabaquismo y 145 (15,93%) tenían consumo activo.

**Figura 1. Distribución de Grupos de Estudio (Nº total 910)**

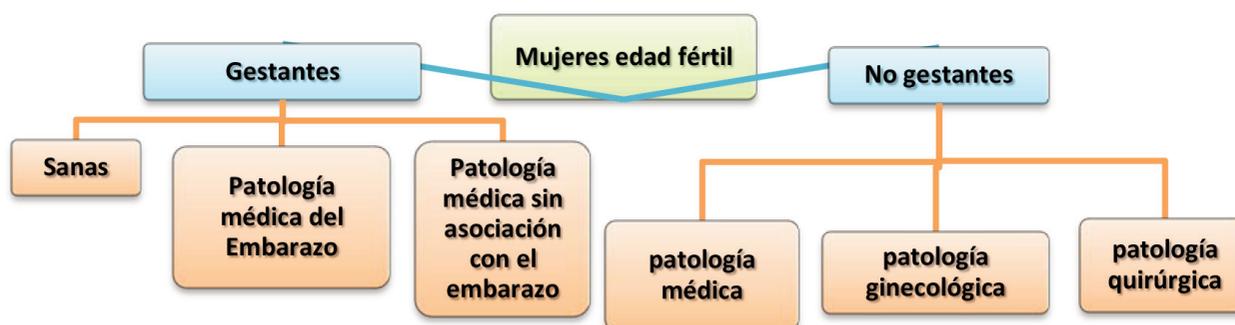


Tabla 2. Estrato socioeconómico

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

Tabla 3. Estado civil

| Estado civil | Nº de pacientes | %      |
|--------------|-----------------|--------|
| Soltera      | 597             | 64,89% |
| Casada       | 160             | 17,39% |
| Concubinato  | 153             | 16,81% |

Los hábitos alcohólicos estaban presentes en 128 (14,65%) y 782 (85,93%) negaron el consumo.

#### Aspectos ginecológicos

La menarquia, sucedió en promedio a los 12,7 años  $\pm$  1,75 DS. (tabla 4) con la mayor frecuencia entre los 11 y 14 a; la edad promedio de la sexarquia correspondió a 16,54 años  $\pm$  4,04 DS. (tabla 5).

Tabla 4. Edad de la menarquia

| Menarquia (años) | 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 precisada     | 3               | 0,32%  |

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

En cuanto al número de parejas, el 34,39% (313) tenía pareja sexual, y 65,60% (597) no. Cabe

Tabla 5. Edad de la sexarquia

| Sexarquia (años) | 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%  |

destacar que del grupo sexualmente activo, el 26,92%, 245 tenía 1 pareja sexual, 202 (22,19%) dos parejas; 70 (7,69%) con 3 parejas; 25 con 4 parejas, (2,74%); 5 parejas y más de 5 parejas 11 (1,16%).

#### Aspectos obstétricos

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 nuligestas y 1,20% (11) no aportó dicho dato.

Según el tipo de antecedente gestacional ocurrieron 427 partos (46,93%) y la cesárea se realizó en 186 pacientes (20,43%) con las siguientes indicaciones: desproporción feto pélvica en el 48%, ruptura prematura de membranas en 17%, pre eclampsia 6% y otras causas como distocias y oligohidramnios 29%. En 150 (16,40%) hubo antecedentes de aborto. En cuanto a la paridad, se evidenció con mayor prevalencia la presencia de III gestas en 31,97% (n=291), seguido de II gestas 31,75% (n=289), I gesta 16,14% (n=203), IV gestas 5,05% (n=46) y V gestas o más 5,14% (n=47). (tabla 6).

Los acontecimientos obstétricos fueron 1041 en total, con un promedio de 1,14 para el grupo

## ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PATOLOGÍAS EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTIVA QUE ACUDIERON A UN HOSPITAL GENERAL TIPO IV

Tabla 6. Distribución según el número de gestas

| Paridad    | N° 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%  |

de pacientes que los tuvieron. Estos 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 dehiscencias de episiorrafia y 1 puerperio 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). 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).

La multiparidad se evidenció en 79,56% (74), 14 en las gestantes sanas (15,05%) y sin gestación en el 5,37% (5).

En relación a las patologías médicas en no gestantes, 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 7).

Tabla 7. Patología médica no relacionada con el embarazo en la muestra global

| Diagnóstico Médico                                 | 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%  |
| Sífilis                                            | 1           | 0,39%  |
| Toxoplasmosis                                      | 1           | 0,39%  |
| Dengue con signos de alarma                        | 4           | 1,58%  |
| Depresión mayor                                    | 2           | 0,79%  |
| Pielonefritis                                      | 1           | 0,39%  |
| Asma                                               | 33          | 13,09% |
| Epilepsia                                          | 1           | 0,39%  |
| Diabetes Mellitus tipo 2.                          | 3           | 1,19%  |
| Diabetes Mellitus tipo1                            | 2           | 0,79%  |
| Hiperinsulinismo                                   | 3           | 1,19%  |
| HTA de novo                                        | 6           | 2,38%  |
| Caries dental                                      | 1           | 0,39%  |
| Sospecha de ZIKA                                   | 2           | 0,79%  |

Las patologías médicas de las gestantes se dividieron en dos grupos: relacionadas con el embarazo 42,95% (64) y las que no se relacionaban con este que fueron el 57,05% (85). Las primeras fueron pre eclampsia 39% (25), anemia 35,93% (23), diabetes gestacional 12% (8), Síndrome de HELLP 11% (7), hiperemesis gravídica 1,56% (1) (tabla 8).

Entre los diagnósticos médicos no relacionados con el embarazo destacan el asma 41,77% (33), HTA crónica 16,45% (13), Infección del Tracto Urinario (ITU) 12,65% (10), obesidad 7,59% (6), anemia 5,09% (4). Patologías como epilepsia, DM

Tabla 8. Patologías médicas relacionadas con el embarazo

| Patología             | Nº de casos | %     |
|-----------------------|-------------|-------|
| Anemia                | 23          | 28%   |
| Hiperemesis gravídica | 1           | 1,56% |
| Diabetes gestacional  | 8           | 12%   |
| Preeclampsia          | 25          | 39%   |
| Síndrome de HELLP     | 7           | 11%   |

2, hiperinsulinismo, pielonefritis y HIV se evidenciaron en 1,26% (1) respectivamente (tabla 9).

Tabla 9. 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%  |
| Diabetes Mellitus tipo 2                           | 2           | 2,53%  |
| Diabetes mellitus tipo1                            | 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%  |

Los diagnósticos ginecológicos en las pacientes gestantes fueron, condilomatosis 33% (4), tumor de ovario 17% (2), VPH 17% (2) y ovario poliquístico 8% (1).

Las patologías quirúrgicas en el caso de las pacientes gestantes tuvieron 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.

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 10).

Las patologías ginecológicas representaron 46% (190) en este grupo: infección vaginal 36%

Tabla 10. Diagnostico médico en las no gestantes

| Diagnóstico Médico                                 | 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%  |
| Candidiasis                                        | 2           | 1,02%  |
| Sífilis                                            | 1           | 0,50%  |
| Dengue con signos de alarma                        | 4           | 2,02%  |
| Depresión mayor                                    | 2           | 1,02%  |
| Diabetes Mellitus tipo 2.                          | 1           | 0,50%  |
| Diabetes Mellitus tipo1DM 1                        | 1           | 0,50%  |
| Hiperinsulinismo                                   | 2           | 1,02%  |
| HTA de novo                                        | 6           | 3,03%  |

(69), fibromatosis uterina 12% (22), NIC III 3% (5), entre las más importantes (Tabla 11).

Respecto a la patología quirúrgica se encontró en el 7% (27), y 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). La esterilización quirúrgica se hizo 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.

## ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PATOLOGÍAS EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTIVA QUE ACUDIERON A UN HOSPITAL GENERAL TIPO IV

Tabla 11. Patologías ginecológicas en no gestantes

| 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           |

### Discusión

Se estudiaron 910 mujeres, cuyas edades comprendidas entre los 14 y 44 años, ingresadas por los servicios de medicina interna, obstetricia y cirugía general en Hospital General del Oeste en el periodo descrito.

La edad promedio en este estudio fue de 25,63 años  $\pm$  6,69 DS para ambos grupos, lo que señala una edad muy temprana para la búsqueda de atención médica en general, sobre todo si no se contempla exclusivamente la prevención.

La muestra se había dividido en 22% de mujeres sin gestación y 78% cursando con un embarazo.

La menarquia en la mujer, es un indicador de la madurez biológica, se estima que su aparición puede estar relacionada con los factores genéticos, ambientales y socio culturales<sup>(21)</sup>.

En un estudio realizado por Padez en 2003, donde investiga la relación de la menarquia con los factores nutricionales, salud y otras variables, en estudiantes de la Universidad de Coimbra en Portugal, se demostró que en un siglo, el promedio de edad para la menarquia, disminuyó en 2 años y 7 meses. Teniendo como referencia los 15 años en 1880, y 12,4 años en 1980. En 2009 en Venezuela, se realizó un estudio con similares objetivos y se observó que existía influencia entre factores nutricionales, de salud, socioeconómica y la menarquia. Además, se observó que en las décadas, comprendidas entre de 1935 a 1976, la edad de la menarquia descendió de 14,5 años a 12 años (2 años y seis meses), lo que mostró 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. Por otro lado, en estudios realizados en 1981 en el estado Carabobo, se reportaron diferencias significativas en la edad de la menarquia en las niñas según el estrato social, donde las niñas del estrato III presentaron edad promedio de la menarquia a los 12,3 años, las del estrato IV a los 12,6 y las del estrato V a los 12,9 años<sup>(21)</sup>. La menarquia en las mujeres de nuestra muestra sucedió a una edad promedio de  $12,7 \pm 1,75$  DS; también se observó condición de pobreza en el 42,94% de la población; siendo el 57,06% Graffar III, 41,41% la pobreza relativa, Graffar IV y 1,53% Graffar V.

La sexarquia en la población de nuestro estudio sucedió a una edad promedio  $16,54 \pm 4,04$  DS. En una investigación para identificar la edad de la sexarquia en Venezuela, realizada en un liceo del Estado Zulia en el periodo escolar 2010-2011, se evaluaron 201 estudiantes (varones y hembras) entre las edades comprendidas de 11 a 17 años. Se encontró que el 9,5% de las mujeres ya estaba sexualmente activa y que en ese periodo, el 47,3% iniciaban su actividad sexual, hallazgo similar en nuestro estudio<sup>(22)</sup>.

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

En Latinoamérica, la tasa de nacimientos fue de 70 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)<sup>(23)</sup>. 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 con la más alta tasa de fecundidad en este grupo etario<sup>(23)</sup>.

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 ve 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” abarca el 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 ella misma<sup>(24)</sup>. En nuestra investigación se evidenció que 17.5% eran adolescentes y se pudo observar que la mayoría de los embarazos correspondían a estratos sociales bajos en un 42,94%, y una gran proporción (64,89%) era soltera.

Ha sido demostrado en diferentes estudios, que cada uno de estos aspectos psicosociales 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<sup>(25)</sup>.

La paridad fue: promedio de III gestas en 31,97%, II gestas 31,75%, I gesta 16,14%, IV ges-

tas 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<sup>(26)</sup>.

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 las que iniciaron actividad sexual en la adolescencia media y tardía. El 65% de las participantes del estudio no había tenido hijos en el 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 las que iniciaron actividad sexual en la adolescencia temprana, media y tardía respectivamente no había tenido hijos. El 15,9%, 6,9% y 3,8% de las que iniciaron actividad sexual en la adolescencia temprana, media y tardía había tenido dos hijos, lo cual hace una diferencia estadísticamente significativa, mientras que la multiparidad (mas de 3 hijos) se presentó con más, 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)<sup>(26)</sup>.

En nuestro trabajo se mantuvo la edad del inicio de la actividad sexual. El número de paridad para este grupo etario tiende a ser mayor. En los momentos actuales en nuestro país, los métodos anticonceptivos son poco accesibles y de alto costo, por lo que en la actualidad pocas mujeres utilizan métodos anticonceptivos.

#### **Pacientes no embarazadas**

En el grupo de las no gestantes las patologías

---

## ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PATOLOGÍAS EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTIVA QUE ACUDIERON A UN HOSPITAL GENERAL TIPO IV

crónicas más frecuentes fueron las médicas en un 48%, siendo la anemia uno de los primeros diagnósticos con más alta 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<sup>(27)</sup>. 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 y entre 20% a 30% de las mujeres, presentarán al menos una ITU a lo largo de la vida, incrementándose esta probabilidad en 1% en cada década de la vida, con o sin síntomas, siendo el principal germen causal, la *Escherichia coli*<sup>(28)</sup>.

La violencia doméstica se encontró en nuestro trabajo en un 12,62%. En todos los países, la mayor parte de las mujeres que habían sufrido violencia física en los 12 meses precedentes, también informaron maltrato emocional (en Colombia 61%, en El Salvador hasta un 92,6%). 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<sup>(29)</sup>.

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, sufre cambios hormonales en todas las etapas de su vida y consume más que antes, tabaco y alcohol en ciertas regiones<sup>(30)</sup>.

La HTA en este trabajo tuvo una frecuencia diferente a la citada por otros autores y, en general,

no hubo complicaciones asociadas a ella, como lo demuestra esta investigación, presentándose en un 7,57% de los casos de hipertensión arterial crónica y un 3,03% en hipertensión arterial de novo, lo que hace deducir de que se trata del inicio de la enfermedad, y 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 de las mujeres en edad fértil varía del 26 al 38%<sup>(31)</sup>. Esto nos hace ver la necesidad de seguir un plan educacional tanto a los familiares como a las pacientes cuando planifican un embarazo.

El asma, en este grupo de estudio, no estuvo presente a diferencia de un trabajo realizado en nuestro hospital previamente, donde se mostró que dentro de la patología respiratoria de ingreso fue el asma bronquial el 16,1% de los casos<sup>(12)</sup>. 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 en 3 casos, litiasis vesicular en 7 casos, absceso mamario en 2 casos, litiasis renal en 1 caso.

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 en mujeres no gestantes y se encontró una prevalencia de infección vaginal de 90,4% (208 casos)<sup>(32)</sup>. Esto puede ser atribuible parcialmente a que muchas pacientes no se someten a la consulta ginecológica anual y desconocen los síntomas.

### Pacientes embarazadas

Del grupo de estudio de las gestantes un 80% son pacientes sanas, 54,36% presentó 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 coincide con la bibliografía revisada.

En las embarazadas, las anemias más frecuentes fueron ferropénicas, megaloblásticas y la de células falciformes; la anemia por la deficiencia de hierro es 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<sup>(33)</sup>.

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<sup>(8)</sup>. En nuestra investigación, representó un 11% 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 el 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<sup>(34)</sup>. 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 obtuvo una incidencia de diabetes de 8,7%<sup>(6)</sup> 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<sup>(35)</sup>.

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 20 años antes y desarrollaron síndrome metabólico, tuvo una prevalencia del 63%<sup>(36)</sup>.

En nuestro estudio, además, se evidenció síndrome de HELLP en 11%, con 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 con una incidencia del 0.13%<sup>(37)</sup>.

Entre las patologías médicas frecuentes no relacionadas con el embarazo en las gestantes, pudimos observar el asma en 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<sup>(12)</sup>.

La HTA detectada antes de la gestación o antes de la semana 20 del embarazo o que persista después de la semana 12 postparto<sup>(38)</sup>, 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%<sup>(39)</sup>. 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

---

## ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PATOLOGÍAS EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTIVA QUE ACUDIERON A UN HOSPITAL GENERAL TIPO IV

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<sup>(17)</sup>.

El virus del Zika, de gran importancia en la actualidad, debido a los compromisos maternos – fetales que desarrolla: microcefalia, calcificaciones intracerebrales, atrofia macular severa en fetos y Guillain-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<sup>(40)</sup>.

Los diagnósticos predominantes en las pacientes embarazadas en la condición obstétrica representaron 33% de los casos, siendo el parto normal el de mayor prevalencia 40,89%.

La cesárea estuvo representada en nuestro estudio en 28,31%, 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 / 5 nacimientos<sup>(20)</sup>.

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<sup>(41)</sup>. La SEGO considera aborto a la expulsión o extracción 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<sup>(42)</sup>. 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, 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<sup>(43)</sup>. 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 ruptura prematura de membranas, favorecida a su vez por la condilomatosis e infecciones concomitantes<sup>(43)</sup>.

La incidencia estimada de los tumores de ovario es aproximadamente 1 por cada 1.000 embarazos. De estos tumores aproximadamente 3% - 6% son malignos<sup>(44)</sup>. Esta patología representó en nuestra investigación el 17%. Los tumores de ovario pueden complicarse con torsión o ruptura, los cuales pueden incrementar los abortos espontáneos o partos pretérmino<sup>(45)</sup>.

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<sup>(46)</sup>; 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<sup>(46)</sup>.

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 secundaria, además de la gineco-obstétrica y la primaria deben ser parte de la formación del internista.

Se concluye que es necesaria la educación en salud de la mujer desde temprana edad para poder optimizar la atención integral de la misma, dado que el embarazo en la adolescente, la violencia de género, la presencia de enfermedades crónicas, la multiparidad y sobre todo la suma de ellas, redundan en perjuicio de la población estudiada y señala que deben iniciarse acciones suficientes para optimizar la atención de salud de la mujer venezolana.

### 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. Consultado el 28 de febrero de 2016 en [file:///C:/Users/LenovoM/Downloads/Multimorbidity\\_\\_Epidemiology\\_and\\_Risk\\_Factors\\_in.25.pdf](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, et al. 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 Obstet Ginecol Venez* 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 Clin Exp Med* 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, et al. 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? *Med Int. (Caracas)* 2002, 18 (2): 136-146.
10. Ascanio H. El rol del médico internista en un servicio obstétrico. *Med Int, (Caracas)* 1995, 11(2): 63-66.
11. Durán I, Ferrarotto M, Brito J, Cabrera C, Sánchez J, Scaramella J et al. Mortalidad materna en la Maternidad Concepción Palacios: 2001 – 2008. *Rev. Obstet Ginecol Venez (Caracas)* 2011, 71(1):13-20 .
12. Essenfeld-Sekler E, Contreras J, Saenz A. Patología médica del embarazo en un departamento de Medicina Interna. *1 Rev Obstet Ginecol Venez (Caracas)* 1993, 53(1):39-45
13. Faneite P, Rivera C, Amato R, Faneite J. Morbilidad materna: hospitalización ante-parto. *Rev.Obstet Ginecol Venez (Valencia)* 2012, 72(3):145-151.
14. Andrade M, Ramírez A, Essenfeld-Sekler E. Anticuerpos Antifosfolípidos: frecuencia en preeclampsia y otros estados hipertensivos del embarazo. *Med 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. *Colomb Med (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. Oduyebó T, Petersen E E, Rasmussen SA, Mead PS, Meaney - Delman D, Renquist CM et al. 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* 2016 Feb 12;65(5):122-7.
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#B3n\\_con\\_el\\_estrato\\_social\\_en\\_cinco\\_estados\\_venezolanos#](http://www.academia.edu/1097203/Edad_de_la_menarquia_y_su_relacion_con_el_estrato_social_en_cinco_estados_venezolanos#B3n_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

## ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PATOLOGÍAS EN MUJERES DE EDAD REPRODUCTIVA QUE ACUDIERON A UN HOSPITAL GENERAL TIPO IV

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](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.* 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://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. *An Facmed.* 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 gestantes y no gestantes 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. *Mé D. Colombia. UIS.* 2013;26(3):45-50
34. Aguilar M; Brajkovich I; De Urdaneta S, Alvarado R. Manual Venezolano de Diabetes Gestacional. Venezuela. *Rev Venez Endocrinol Metab* 2016;14(1): 56-90
35. Cabrera C, Uzcátegui O. Aspectos bioéticos de la conducta expectante en la gestante con preeclampsia grave. *Rev Obstet Ginecol Venez* [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](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000200003&lng=es).
36. Barrios M; Navas-Blanco T, Preeclampsia - eclampsia: factor de riesgo para síndrome metabólico. *Med Intern (Caracas).* 2016. 32; 2: 106 - 14.
37. Soto F, Rivera L, Estévez M, Ayala V, Cabrera C. Síndrome HELLP: morbilidad-mortalidad materna y perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* [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](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400004&lng=es).
38. Iranzo M, Pérez G, Álvarez R. Hipertensión arterial y embarazo. *Nefro Plus* 2011;4(2):21-30 doi:10.3265/NefroPlus.pre2011. Jun.10997
39. Iñigo R, Torres G, Vargas G, Angulo VJ, Espinoza O. Hipertensión arterial crónica en 110 mujeres embarazadas. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2008 [citado 3 oct 2016];76(4):202-10. Disponible en: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)
40. Carvajal A, Peña S, Oletta J. Infección por virus Zika (VZIK). Arbovirus emergentes en las America. *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.p.: 2-11.*
42. Sociedad Española De Ginecología y Obstetricia. Aborto espontaneo. Última actualización julio 2010. Madrid. Disponible [www.sego.es](http://www.sego.es) consultada el 16 de octubre de 2016.
43. Martínez I, García M, Ezcurra M.R. 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 en: <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. Cistodeadenoma seroso de ovario y embarazo. Reporte de un caso. Venezuela. *Med ULA, 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):49-6.