


UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS
AV. KENNEDY 507 AV. DELTA
TELÉFONO: 2901046
GUAYAQUIL-ECUADOR

96-IM-CT-13

Guayaquil, agosto 13 de 2013

Señora Dra.
Rosario Zambrano
DIRECTORA DE LA ESCUELA
DE GRADUADOS
Ciudad.-

*Señorío
de fowes de
unborrada
de lo Sra. de
para fowes
de fowes
13 de agosto 2013*

De mis consideraciones:

Adjunto a la presente el borrador de tesis de la Doctora Cecilia Margarita Casas Mamama, con el tema: "EMBARAZO GEMELAR COMO FACTOR DE RIESGO MATERNO NEONATAL. HOSPITAL GINECO-OBSIETRICO ENRIQUE C. SOYOMAYOR", 2010-2012.

El borrador de tesis ha sido revisado y aprobado por lo que se recomienda continuar con los procedimientos para la sustentación.

Atentamente


Dr. **Dr. Angel Ortíz A.**
DIRECTOR
Instituto Investigaciones Médicas

Copie archive



CONVENIO DE COLABORACION ENTRE
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MEDICAS Y ASOCIACION

FECHA: 13 de agosto 2013

ADDA: 16/8/13

Prada



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 041-2880486
Guayaquil- Ecuador

Of. EG#139-PROY

Julio 9 del 2013

Doctora
Cecilia Margarita Casco Manzano
RESIDENTE ESPECIALIDAD
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA HOSPITAL
GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR
Ciudad

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su ANTEPROYECTO de investigación titulado:

"EMBARAZO GEMELAR COMO FACTOR DE RIESGO MATERNO NEONATAL, HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR 2010-2012".

Tutor de tesis: Dr. Peter Chedraui Álvarez

Ha sido aprobado por el Dirección de esta Escuela de Graduados, el día 24 de junio del 2013, por lo tanto puede continuar con la ejecución del Borrador final
Revisor: Dr. Angel Ortiz Arauz

Atentamente,



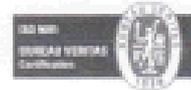
Dra. Rosario Zambrano Bonilla
DIRECTORA

C. archivo

Revisado y Aprobado	Dra. Rosario Zambrano B.
Elaborado	Nadia Guerrero V.



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"
DOCENCIA E INVESTIGACION



HES-DDI-DOF-0167
12 de agosto de 2013

Señora doctora
Rosario Zambrano de Dávila.
Directora de la Escuela de Graduados
Ciudad.-

De mis consideraciones:

El suscrito CERTIFICA haber analizado la tesis final presentado por la DRA. CECILIA MARGARITA CASCO MANZANO, como requisito previo para la obtención del título de especialista en Ginecología y Obstetricia cuyo título es "EMBARAZO GEMELAR COMO FACTOR DE RIESGO MATERNO NEONATAL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR. 2010 -2012", y puedo dar fe que cumple con los lineamientos metodológicos y de estilo requeridos por la Universidad de Guayaquil para su aprobación.

Atentamente


Dr. Peter Chedraui Alvarez
TUTOR Y ASESOR DE TESIS
Jefe de Investigación


Dr. Peter Chedraui
JEFE DE INVESTIGACIONES
Hospital G. C. Sotomayor

Cc: Archivo

Mayra



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"
DOCENCIA E INVESTIGACION



HES-DDI- DOF- 0166
12 de agosto de 2013

Señora doctora
Rosario Zambrano de Dávila.
Directora de la Escuela de Graduados
Ciudad.-

De mis consideraciones:

El suscrito **CERTIFICA** haber analizado la tesis final presentado por la **DRA. CECILIA MARGARITA CASCO MANZANO**, como requisito previo para la obtención del título de especialista en Ginecología y Obstetricia cuyo título es "EMBARAZO GEMELAR COMO FACTOR DE RIESGO MATERNO NEONATAL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR. 2010 -2012", y puedo dar fe que cumple con los lineamientos metodológicos y de estilo requeridos por la Universidad de Guayaquil para su aprobación.

Atentamente


Dra. Martha Gonzaga Figueroa
Jefe de Docencia

Cc: Archivo

Mayra



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO
"ENRIQUE C. SOTOMAYOR"
DOCENCIA E INVESTIGACION



HES-DDI- DOF- 0165
12 de agosto de 2013

Señora doctora
Rosario Zambrano de Dávila.
Directora de la Escuela de Graduados
Ciudad.-

De mis consideraciones:

El suscrito CERTIFICA haber analizado la tesis final presentado por la **DRA. CECILIA MARGARITA CASCO MANZANO**, como requisito previo para la obtención del título de especialista en Ginecología y Obstetricia cuyo título es "EMBARAZO GEMELAR COMO FACTOR DE RIESGO MATERNO NEONATAL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR. 2010 -2012", y puedo dar fe que cumple con los lineamientos metodológicos y de estilo requeridos por la Universidad de Guayaquil para su aprobación.

Atentamente


Dr. Jorge Daher Nader MSc.
Director del Postgrado de Ginecología y Obstetricia

Cc: Archivo

Mayra



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR
Pedro Pablo Gómez y 6 de Marzo
Cuentador: (2) 413300 e-mail: jbg@jbg.org.ec
Dpto. Estadística

CERTIFICADO

Con la presente y a petición de parte de la interesada tengo a bien certificar que la Doctora Cecilia Margarita Casco Manzano, estuvo revisando en los meses abril, mayo y junio/2013 en el Departamento de Estadística Médica las Historias Clínicas relacionadas con su Tema de Tesis: "EMBARAZO GEMELAR COMO FACTOR DE RIESGO MATERNO NEONATAL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR 2010-2012"

Atentamente,

Junta de Beneficencia de Guayaquil
Hospital Enrique C. Sotomayor
Dr. Luis Rivadeneira Campodónico
Gineco-Obstetra Reg. M.D. 1472
JEFE DE ESTADÍSTICA MÉDICA

Dr. Luis Rivadeneira Campodónico
Jefe de Estadística Médica

Guayaquil, octubre 14 de 2013





UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELERAO 040-268386
GUAYAQUIL, ECUADOR

ACTA DE DECLARACION EXPRESA

Los abajo firmantes, podrán hacer las publicaciones científicas que considere previo la obtención del grado de Especialista o Master con el consentimiento de la Comisión Científica de la Escuela de Graduados Facultad de Medicas, ya que la Universidad adquiere el derecho de propiedad intelectual de la Tesis de Grado:

"EMBARAZO GEMELAR COMO FACTOR DE RIESGO MATERNO NEONATAL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO INFIRME G. SOTOMAYOR 2010-2012"

Dra. CECILIA CASCO MANZANO.

AUTOR

Dr. PETER CHEDRAUI ALVAREZ.

TUTOR

Dr. ANGEL ORTIZ ARAUZ.

REVISOR

Dra. MARTHA GONZAGA FIGUEROA.

JEFE DE DOCENCIA

Dr. JORGE DAHER NADER.

COORDINADOR DEL PROGRAMA

Dra. ROSARIO ZAMBRANO BONILLA.

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

Los derechos morales y de explotación de la propiedad intelectual sobre la tesis pertenecen al Autor



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

TITULO:

**EMBARAZO GEMELAR COMO FACTOR DE RIESGO MATERNO
NEONATAL. HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C.
SOTOMAYOR 2010-2012**

**Tesis presentada como requisito para optar por el título de Especialista en
Ginecología y Obstetricia**

Autor:

Dra. CECILIA MARGARITA CASCO MANZANO

Tutor de Tesis:

Dr. PETER CHEDRAUI

Año:

2013

Guayaquil -Ecuador

DEDICATORIA

Los resultados de ésta tesis están dedicados a todos los profesionales y a personas naturales que de una u otra forma están relacionados con proyectos de salud.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por darme la oportunidad de estar aquí.

Gracias a mi madre y a mi padre por su confianza su cariño su apoyo y por ayudarme a entender que soy capaz de lograr mis objetivos.

Gracias Fernando por tu paciencia por tu seguridad y por emprender conmigo este reto.

RESUMEN

Objetivo: Con este estudio investigativo se ha determinado el efecto del Embarazo Gemelar sobre la resultante materno neonatal en el Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor 2010 - 2012 y con ello se establece las principales afecciones en la salud de las Madres y los Neonatos. Además establecer los factores de riesgo asociados al embarazo gemelar, determinar si las pacientes del estudio tuvieron ingresos hospitalarios anteriores y controles prenatales institucionales, logrando establecer nuestra propia estadística.

Materiales: Se realizó un estudio Descriptivo Analítico de corte Transversal; en el que la muestra consto de pacientes con diagnóstico de Embarazo Gemelar confirmado igual o mayor de 28 semanas (406 pacientes). Se estudiaron variables materno – fetales en relación al tema.

Resultados: Este trabajo investigativo concluye arrojando los siguientes resultados: incidencia de Embarazo Gemelar 1% los mismos que tienen vía de parto quirúrgica cesárea 96,3%, siendo sus principales causas el TPP (77%), el RPM (40,8%), distocia de presentación (43,8%) siendo también causas de morbilidad materna: anemia (46%), diabetes gestacional (9,8%), HIE (9%), hemorragia postparto (3%) y preeclampsia (3%), controles prenatales adecuados (20%), hospitalización materna previa (13%).

Al igual que lo refiere la literatura los efectos en neonatos causan una estadística de morbi - mortalidad elevada: Prematurez (64%), Bajo peso al nacer (83%), SDR (28%), RI (19%), EMH (9,8%), SEPSIS (7%), hipoxia neonatal al minuto (4%), a los cinco minutos (1%), estancia hospitalaria mayor a siete días (23%), mortalidad neonatal (5%).

Palabras Claves: Embarazo Gemelar, Morbilidad Materna, Morbilidad Neonatal, Factores De Riesgo, Prematurez.

ABSTRACT

Objective: With this research study has determined the effect of twin pregnancy on maternal and neonatal resulting in Obstetric and Gynecology Hospital Enrique C. Sotomayor 2010-2012 and thereby establishes the main health conditions in Mothers and Infants. In addition established risk factors associated with twin pregnancy, it was determined that the study patients had previous hospital admissions and institutional prenatal, managing to establish our own statistics.

Materials: We performed a descriptive cross-sectional analytical, in which the sample I consist of patients with confirmed diagnosis of twin pregnancy equal to or greater than 28 weeks of gestation (406 patients). Variables were studied maternal - fetal on the issue.

Results: This research paper concludes yielding the following results: incidence of twins 1% thereof having surgical birth via cesarean 96.3%, with the main causes TPP (77%), RPM (40.8%) , presentation dystocia (43.8%) being also causes of maternal morbidity: anemia (46%), gestational diabetes (9.8%), HIE (9%), postpartum hemorrhage (3%) and preeclampsia (3%) , adequate prenatal care (20%), previous maternal hospitalization (13%).

As regards the effects literature in neonates statistical cause high morbidity and mortality: prematurity (64%), low birth weight (83%), SDR (28%), RI (19%), EMH (9 , 8%), SEPSIS (7%), neonatal hypoxia per minute (4%), five minutes (1%), hospital stay more than seven days (23%), neonatal mortality (4%).

Keywords: Gemelar Pregnancy, Maternal Morbidity, Neonatal Morbidity, Risk Factors, Prematurity.

INDICE

CAPITULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO II.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
2.1.Determinación del problema.....	3
2.2.Preguntas de investigación.....	3
2.3.Justificación.....	4
2.4.Viabilidad.....	5
CAPITULO III.....	6
FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	6
3.1.Objetivos.....	6
3.1.1. Objetivo general.....	6
3.1.2. Objetivos específicos.....	6
CAPITULO IV.....	7
HIPOTESIS.....	7
4.1. Hipótesis.....	7
4.2. VARIABLES.....	7
4.2.1. Variable dependiente.....	7
4.2.2. Variables independientes.....	7
CAPITULO V.....	9
MARCO TEORICO.....	9
5. EMBARAZO GEMELAR.....	9
5.1.Definición.....	9
5.2.Epidemiología.....	10
5.3.Etiología.....	11
5.4.Diagnostico.....	12
5.4.1 Signos de presunción.....	12
5.4.2 Signos de certeza.....	13
5.5. Complicaciones de embarazo múltiple.....	13
5.5.1 Complicaciones maternas.....	14
5.5.2 Complicaciones feto-placentarias.....	14

5.6 Manejo de embarazo gemelar.....	17
CAPITULO VI.....	19
MATERIALES Y MÉTODOS.....	19
6.1. MATERIALES.....	19
6.1.1. LOCALIZACIÓN.....	19
6.1.2. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.....	19
6.1.3. PERÍODO DE INVESTIGACIÓN.....	19
6.1.4. RECURSOS.....	19
6.1.4.1. Humanos.....	19
6.1.4.2. Físicos.....	19
6.1.5. UNIVERSO Y MUESTRA.....	20
6.1.5.1. Universo.....	20
6.1.5.2. Muestra.....	20
6.2. MÉTODO.....	20
6.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	20
6.2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
6.2.3. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN.....	20
6.2.3.1. Operacionalización de equipos e instrumentos.....	20
6.2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN.....	20
6.2.4.1. Criterios de inclusión.....	20
6.2.4.2. Criterios de exclusión.....	21
6.2.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	21
6.2.6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	21
CAPITULO VII.....	23
RESULTADOS Y DISCUSION.....	23
Tabla N° 1. DISTRUBUCIÓN DE PACIENTES CON DG. DE EMBARAZO GEMELAR.....	23
Grafico No 1. DISTRUBUCIÓN DE PACIENTES CON DG. DE EMBARAZO GEMELAR.....	23
Tabla N° 2. DISTRUBUCIÓN DE PACIENTES POR EDAD.....	24

Grafico No 2. DISTRUBUCIÓN DE PACIENTES POR EDAD.....	24
Tabla N° 3. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR PARIDAD.....	24
Grafico No 3. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR PARIDAD.....	25
Tabla N°4. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL ESTADO CIVIL.....	25
Grafico No 4. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL ESTADO CIVIL.....	25
Tabla N°5 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTE SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA.....	26
Grafico N°5 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTE SEGÚN EL LUGER DE RESIDENCIA.....	26
Tabla N° 6 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN NUESTRA INSTITUCION.....	27
Grafico N° 6 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN NUESTRA INSTITUCION.....	27
Tabla N° 7. DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HOSPITALIZACIONES INSTITUCIONALES PREVIAS AL PARTO.....	27
Grafico N° 7 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HOSPITALIZACIONES INSTITUCIONALES PREVIAS AL PARTO.....	28
Tabla N° 8 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE PARTO.....	29
Grafico No 8. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE PARTO.....	29
Tabla N°9 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTE SEGÚN EL NUMERO DE CESAREA.....	29
Grafico N°9 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTE SEGÚN EL NUMERO DE CESAREAS.....	30
Tabla N°10 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTE SEGÚN LA CAUSA DE CESAREA	30

Grafico N°10 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTE SEGÚN LA CAUSA DE CESAREA	31
Tabla N° 11 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.....	31
Grafico N° 11 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGUN EL TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.....	32
Tabla N° 12. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR VALOR DE TENSION ARTERIAL.....	32
Grafico N° 12 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR VALOR DE TENSION ARTERIAL.....	33
Tabla N° 13. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR VALOR DE HEMATOCRITO.....	33
Grafico N° 13 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR VALOR DE HEMATOCRITO.....	34
Tabla N° 14. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR VALOR DE GLICEMIA.....	34
Grafico N° 14. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR VALOR DE GLICEMIA.....	35
Tabla N° 15. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR PRESENCIA O NO DE PROTEINURIA.....	35
Grafico N° 15 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR PRESENCIA O NO DE PROTEINURIA.....	36
Tabla N° 16. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA.....	36
Grafico N° 16. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA.....	37
Tabla N° 17. DISTRIBUCION DE NEONATOS POR EDAD GESTACIONAL.....	37
Grafico N° 17. DISTRIBUCION DE NEONATOS POR EDAD GESTACIONAL.....	38
Tabla N° 18. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS POR GÉNERO.....	38

Grafico N° 18. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS POR GÉNERO.....	38
Tabla N° 19. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR PESO NEONATAL.....	39
Grafico N° 19. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR PESO NEONATAL.....	39
Tabla N° 20. DISTRIBUCION DE NEONATOS ESCALA BALLARD.....	39
Grafico N° 20. DISTRIBUCION DE NEONATOS ESCALA BALLARD.....	40
Tabla N° 21. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS SEGÚN EL APGAR AL MINUTO.....	40
Grafico N° 21 DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS SEGÚN EL APGAR AL MINUTO.....	40
Tabla N° 22. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS SEGÚN EL APGAR A LOS 5 MINUTO.....	41
Grafico N° 22. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS SEGÚN EL APGAR A LOS 5 MINUTOS.....	41
Tabla N° 23. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS POR SU SALA DE DESTINO.....	42
Grafico N°.23 DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS POR SU SALA DE DESTINO.....	42
Tabla N° 24. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS POR DIAS DE HOSPITALIZACIÓN.....	43
Grafico N°.24 DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS POR DIAS DE HOSPITALIZACIÓN.....	43
Tabla N° 25. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR CAUSAS MORBILIDAD NEONATAL.....	44
Grafico N° 25. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR CAUSAS MORBILIDAD NEONATAL.....	44
Tabla N° 26. DISTRIBUCION DE NEONATOS POR CONDICION DE EGRESO.....	45

Grafico N° 26. DISTRIBUCION DE NEONATOS	
POR CONDICION DE EGRESO.....	45
CAPITULO VIII.....	46
DISCUSIÓN.....	46
CAPITULO IX.....	50
CONCLUSIONES.....	50
CAPITULO X.....	52
RECOMENDACIONES.....	52
CAPITULO XI.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	53
CAPITULO XII.....	56
ANEXOS.....	56
ANEXO 1.....	56
ANEXO 2.....	57

CAPITULO I

INTRODUCCION

El Embarazo Gemelar ha sido a lo largo de muchos años un centro de atención como modelo de estudio, tanto en su aspecto etiológico como fisiopatológico; por cuanto en él concurren patologías con una frecuencia y clínica bien establecidas (3,18).

El embarazo gemelar y el embarazo múltiple son considerados de alto riesgo por el aumento de la morbilidad materna y la morbimortalidad Perinatal que determinan (5,12,24).

La gemelaridad es considerada como de alto riesgo obstétrico, debido a que frecuentemente se asocia con: patologías como: Amenaza de Parto Pretérmino, Síndrome Hipertensivo del Embarazo (Preeclampsia, HIE), Anemia, Diabetes Gestacional, Distocias de Presentación, Hemorragia Postparto, Desprendimiento Placentario, Restricción de Crecimiento Intrauterino, etc. en la madre y la temida Prematuréz con sus complicaciones asociadas como: Síndrome de Distres Respiratorio, Bajo Peso al Nacer, Malformaciones Fetales; en el neonato (1,5).

El propósito de la investigación será determinar el efecto de la gestación gemelar sobre la resultante materno - neonatal en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor 2010 - 2012.

Establecer las principales afecciones en la salud de madres y neonatos, conocer los factores de riesgo asociados.

La realización de éste estudio ayudará a obtener información, conocimiento y a definir la dimensión de esta problemática, así mismo promulgar la tomar de medidas de prevención y tratar de concienciar que los controles prenatales son importantes para captar pacientes de riesgo y disminuir la morbi-mortalidad del binomio.

También se pretende fomentar la investigación en nuestra institución y así tener nuestras propias estadísticas.

En los últimos 30 años la incidencia de Embarazo Gemelar aumento en un 65% (18), debido a los avances alcanzados en técnicas de Reproducción Asistida.

Actualmente la incidencia en el mundo está alrededor de 3% aproximadamente (17). El 75% de los gemelos son del mismo sexo, cuando son hombres un 36% y mujeres en un 39% (15,24).

Los gastos por hospitalización se incrementan en un 40% en embarazos gemelares (12). Algunos estudios indican que la preeclampsia complica tres veces más el embarazo gemelar en comparación con el embarazo único (23).

El 50% de los gemelos nacerán prematuros y el 10% antes de las 32 semanas, los sobrevivientes tienen mayor riesgo de deficiencia mental y física. 24% de los gemelos tienen peso bajo al nacer. La prematuridad representa el 65% de las muertes neonatales en comparación con el 43% de los nacidos a término (2,5).

Los datos serán obtenidos de las historias clínicas y la revisión de sistema informático estadístico MIS de pacientes con diagnóstico de embarazo gemelar confirmado mayores o iguales a 28 semanas en el HGOECS en el periodo Enero 2010 – Enero 2012. La información se consignará en un formulario de datos diseñado para el efecto e ingresado a una hoja de cálculo de Excel para luego ser analizado con el software adecuado. Los resultados se presentaran con promedios, derivaciones estándares y medianas, realizándose las comparaciones pertinentes.

Con los resultados que obtengamos en la investigación tendremos una mejor perspectiva.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

La problemática que se plantea en este estudio es determinar que patologías y que factores de riesgo se desarrollan en pacientes diagnosticadas con embarazo gemelar además, establecer una casuística de morbi-mortalidad materno neonatal, tomando en cuenta la literatura de estudios realizados en otros países se dice qué; las afecciones en la salud de la madre van desde: Amenaza de Parto Pretérmino, Parto Distócico, Hemorragias Postparto incluyendo Cesáreas con Histerectomías Obstétricas, e incluso la Muerte; sobre el feto las más frecuentes son: Prematuridad, Dificultad Respiratoria, Bajo Peso al Nacer, Infección Neonatal, Malformaciones Congénitas, Parálisis Cerebral y Muerte.

Por la importancia y frecuencia que tiene el embarazo gemelar y su repercusión negativa en la salud materno - perinatal a corto y largo plazo además de la escasa estadística local acerca del tema me motiva a realizar esta investigación, para así poder comparar nuestra realidad e identificar que patologías y que factores de riesgo se asocian a esta condición, conocer qué porcentaje de paciente cuyos controles se efectúan en nuestra institución son afectadas. Y entonces perfilar nuevos propósitos que nos ayuden a mejorar la atención que se brinde al binomio.

2.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACION

- 1.- Cuál es la incidencia de pacientes con diagnóstico de Embarazo Gemelar?
- 2.- Cuántas pacientes fueron confirmadas como Embarazo Gemelar y cursaron con una edad gestacional mayor o igual a 28 semanas?
- 3.- Cuáles fueron las afecciones maternas presentadas?
- 4.- Cuáles fueron las afecciones neonatales presentadas?

5.- Cuántas pacientes con gestación gemelar tuvieron controles prenatales institucionales y cuántos fueron?.

6.- Las pacientes que son parte del estudio estuvieron ingresadas anteriormente en nuestra institución durante el presente embarazo, por factores de riesgo asociados a su Embarazo Gemelar?

7.- En las pacientes con diagnóstico de Embarazo Gemelar que otros factores se asocian?

2.3 JUSTIFICACIÓN.

En la siguiente revisión se demuestra que la detección de factores de riesgo maternos y neonatales durante el Embarazo Gemelar es bastante compleja. El tamizaje, se inicia con la confirmación de embarazos mayores o iguales a 28 semanas.

En la práctica clínica, los factores de riesgo, la morbilidad y mortalidad se diagnostican de acuerdo a la sintomatología y las características en los resultados de algunos exámenes complementarios. Algunas patologías suelen coexistir y fomentar la aparición de complicaciones. (5,19,24).

Los resultados de éste trabajo permitirán conocer la verdadera correlación diagnóstica entre Embarazo Gemelar, factores de riesgo (intrínsecos y asociados) y morbi-mortalidad materno neonatal en mujeres con Embarazo Gemelar en nuestro medio y específicamente en el Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor, además de conocer también la incidencia y prevalencia de los mismos.

Esta investigación tiene valor teórico ya que brinda nuevos conocimientos de interés personal al médico. La población sería mejor estudiada en un lapso más prolongado, pero resultaría una investigación extensa que requerirá mayores recursos: humanos, físicos y económicos para que sea satisfactoria.

2.4 VIAIBILIDAD DE LA INVESTIGACION

Este estudio ha despertado el interés de las autoridades del Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor quienes se han comprometido a brindar la ayuda y el apoyo logístico necesario para poder realizar la revisión de las historias clínicas y la revisión de sistema informático MIS en su departamento Estadístico.

CAPITULO III

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar las principales causas de morbi - mortalidad materno neonatal en Embarazos Gemelares mayores o iguales a 28 semanas mediante la recopilación de datos de historias clínicas para establecer una casuística propia y mejorar las políticas de atención en Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor 2010 - 2012.

3.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer cuantas pacientes tienen diagnóstico de Embarazo Gemelar.
- Identificar los factores de riesgo maternos.
- Determinar si las pacientes del estudio tuvieron controles prenatales.
- Conocer si existieron ingresos hospitalarios institucionales previos.
- Establecer la frecuencia de complicaciones maternas en Embarazo Gemelar.
- Identificar factores de riesgo neonatales
- Determinar la frecuencia de complicaciones neonatales.
- Establecer una casuística institucional como punto de referencia para futuras investigaciones.
- Fomentar y difundir políticas de salud si la problemática lo amerita para mejorar o complementar el protocolo de atención.

CAPITULO IV

HIPOTESIS

4.1. HIPOTESIS

Todo Embarazo Gemelar por si solo es capaz de provocar una alta incidencia de morbi - mortalidad materno neonatal.

4.2 VARIABLES

4.2.1 DEPENDIENTES

- Embarazo Gemelar mayor o igual a 28 semanas de gestación

4.2.2 INDEPENDIENTES MATERNAS

- Hipertensión gestacional.
- Preeclampsia.
- Anemia.
- Diabetes gestacional.
- Rotura prematura de membranas.
- Trabajo de parto pretérmino.
- Distocia de presentación.
- Desprendimiento placentario.
- Retardo de crecimiento intrauterino.
- Hemorragia postparto.
- Infecciones.
- Edad materna con rangos de <18, 18-35, y>35 años.

- Paridad: primigesta - multigesta.
- Tipo de parto: Parto o cesárea.
- Controles prenatales institucionales: Si - No Cuántos?
- Hospitalizaciones anteriores: Si - No.
- Estancia hospitalaria materna: 1- 3 días, 4-7 días, más de 7 días.

NEONATALES

- Edad gestacional: 28 - 32 semanas, 33 - 36semanas y de 37 a 43 semanas.
- Peso neonatal: menor a 1500gr, 1500 - 2500gr y >2500.
- Apgar al minuto y a los 5 minutos: 0 - 3, 4 - 6, +7.
- Estancia hospitalaria neonatal 1 - 3 días, 4 - 7 días, más de 7 días.
- Síndrome de distres respiratorio.
- Riesgo de infección.
- Enfermedad de membrana hialina.
- Taquipnea transitoria del recién nacido.

CAPITULO V

MARCO TEÓRICO

5. EMBARAZO GEMELAR

5.1. DEFINICIÓN.

Se define como embarazo múltiple al desarrollo simultáneo de dos o más embriones dentro de una misma gestación (2,6). Las diversas modificaciones del organismo que acompañan al embarazo gemelar (fisiológicas y patológicas) hacen que exista un riesgo elevado tanto materno como perinatal (20). Las complicaciones son más frecuentes durante el embarazo múltiple que en la gestación única, con incremento en las tasas de anemia, preeclampsia, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, sangrado y malformaciones, entre otras (5,6).

En embarazos múltiples; a diferencia de los neonatos de embarazos gemelares, los recién nacidos de embarazos triples tienen peso y edad gestacional significativamente menores, Apgar más bajo y nacen con mayor frecuencia en parto prematuro lo que requiere más tiempo de estancia hospitalaria (5,6,10).

Las tasas de mortalidad perinatal publicadas de embarazos triples son de 121/1,000 nacimientos, esta tasa se incrementa cuando hay mayor número de fetos (18).

Sin embargo, en el embarazo múltiple no complicado no se deben pasar por alto aquellos aspectos que por control prenatal sean menos técnicos (10,23).

El número de gestaciones múltiples ha aumentado de forma espectacular en los últimos años en nuestras sociedades.

En EEUU de Norteamérica, entre 1980 y 2004 los partos gemelares aumentaron un 70% y el número de múltiples (mayor de dos recién nacidos) se cuadruplicó. Paralelamente, han ido aumentando las tasas de parto pretérmino (10,7% en 1992 y 12,1% en 2002 en EEUU), siendo las gestaciones múltiples la causa fundamental de ese incremento (8,9,22).

5.2. EPIDEMIOLOGIA.

La incidencia de embarazo múltiple espontáneo se puede estimar por la ley de Hellin: gemelos = 1 x 80 embarazos; triples = 1 x 6.400 embarazos; cuádruple = 1 x 512.000 embarazos; quíntuples = 1 x 40.960.000 embarazos (3,16,24).

La incidencia en la población general es del 1 por 80 partos, y en los últimos años se ha presentado un incremento progresivo en la incidencia de embarazos múltiples a nivel mundial debido al uso de inductores de la ovulación y a programas de fertilización asistida (1,16); no obstante, en los embarazos espontáneos es del 3%, donde la mayoría corresponde a embarazos gemelares, puesto que la incidencia de embarazos de más de dos fetos espontáneos es anecdótica (19).

El embarazo doble incrementa tanto la frecuencia como la gravedad de las complicaciones de la gestación, debido en forma directa a la pluralidad y a la adaptación materna extrema necesaria (6).

Los riesgos vasculares en embarazos dobles se incrementan de un 1.2 a 4.5 frente a embarazo único; la preeclampsia duplica el riesgo (14%), el desprendimiento placentario es 2 a 3 veces más frecuente (6,10,15).

La anemia complica del 21 al 36% de los embarazos gemelares (1,6).

En gestaciones únicas el riesgo de desarrollar diabetes es del 3 - 4% frente al 7% aproximadamente en gemelos (6).

El 8 - 10% de las gestaciones gemelares experimenta trastornos en la cantidad de líquido amniótico (5,6).

La ruptura de membranas es responsable de aproximadamente el 80% de partos prematuros en embarazos gemelares (2,11,13).

Las infecciones de vías urinarias son 1.4 veces más frecuentes en embarazos gemelares y el riesgo de hemorragia posparto va de 1.2% en embarazos únicos a 6% en gemelos (6).

La incidencia de partos prematuros en EE.UU. provenientes de embarazos gemelares es del 50%. El 23% menores de 37 semanas, el 25% menores de 32 semanas; de todos 21% tiene peso bajo al nacer y el 25% peso muy bajo al nacer.

Una cuarta parte de los gemelos prematuros necesita hospitalización, con permanencias promedio de 18 días (1,5,6).

Los embarazos múltiples causan el 16% de la mortalidad neonatal (1,5,6,24).

5.3. ETIOLOGIA

Se clasifican según su genotipo en monocigóticos o univitelinos (idénticos), y bicigóticos (no-idénticos o fraternos); o según su placentación, en monocoriales (una placenta) o bicoriales (dos placentas) (24); sin embargo, desde el punto de vista ecográfico y clínico se distinguen tres tipos:

Los bicoriónicos biamnióticos (30%),

Los monocoriónicos monoamnióticos (2%)

Y los monocoriónicos biamnióticos (70%).

Monocigóticos: se presentan cuando un óvulo es fecundado por un espermatozoide y posteriormente se divide, dando como resultado gemelos idénticos, desde el punto de vista físico y genético (2,24).

Multicigóticos: resultante de la fecundación de dos o más óvulos por un número similar de espermatozoides, de uno o varios coitos, y en algunos casos de diferente progenitor, en un mismo período menstrual, dando como resultado fetos con características físicas y genotípicas diferentes, del mismo o de diferente sexo (6,24).

El embarazo dicigótico es el más frecuente, representa el 66% de los embarazos múltiples; la herencia es el factor más importante, se hereda en forma autosómica recesiva; las madres con antecedente de embarazo gemelar dicigótico tienen una probabilidad 2 a 4 veces mayor de que el fenómeno se repita en los embarazos subsecuentes (6). El embarazo gemelar aumenta con la edad, la paridad y la raza, siendo más frecuente en la raza negra (3,8).

La placentación en la gestación gemelar monocigótica ocurrirá dependiendo del momento en que ocurra la división después de la fertilización (6):

1. Si ésta se efectúa entre 48 y 72 horas, el resultado será una placentación bicorial-biamniótica; su frecuencia es del 30% (2,6).
2. Si ocurre entre los días 3 y 8 de la fecundación, existirá una placenta monocorial-biamniótica; representa el 70% de los embarazos univitelinos (tiene importancia clínica por la alta incidencia de anastomosis vasculares dentro de la placenta) (2,6).
3. Si la división del cigoto ocurre después del octavo día, dará origen a gemelos monocoriales-monoamnióticos, que representan menos del 2% de los embarazos gemelares monocigóticos (2,6).
4. Si la división ocurre después del día 13 de la fecundación, el resultado será el de gemelos unidos (siameses), representan 1 por cada 1.500 embarazos gemelares o 1 caso por cada 80.000 a 200.000 partos (3,5). Según el tipo de unión, pueden ser:

- Craneópagos: unidos por la cabeza.
- Toracópagos: unidos por el tórax.
- Onfalópagos o xilópagos: unidos en la pared abdominal.
- Isquiópagos: unidos por el isquion.
- Pigópagos: unidos por los glúteos (3,5,12,20).

5.4. DIAGNÓSTICO.

Con el advenimiento de la ecografía el diagnóstico de embarazo múltiple se hizo más fácil (2). En el primer o segundo trimestre (antes de las 16 semanas) la ecografía determina la corionicidad en el 100% de los casos (1,8,15); siendo el momento ideal para evaluar la corionicidad del embarazo múltiple entre las 11 y las 14 semanas. Se describen signos de presunción y de certeza (6).

5.4.1. Signos de presunción:

- Se debe sospechar en la anamnesis por el antecedente de gemelaridad de la embarazada o de su rama materna (8).
- Desproporción entre la altura uterina y la edad gestacional por amenorrea (19).

- Auscultación de dos o más focos fetales con una diferencia de 10 a 15 latidos por minuto entre uno y otro (s) (8).
- La palpación de dos o más polos fetales (19).
- Multiplicidad de partes fetales (19).
- Valores altos de subunidad beta de la HCG para la edad gestacional estimada por amenorrea (13,24).

5.4.2 Signos de certeza:

El único método que permite un diagnóstico precoz y certero es la ecografía. Como se sabe, el embrión es visible a las 4 ó 6 semanas, ya sea en la ecografía transvaginal o en la abdominal (19,24).

5.5. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO MÚLTIPLE.

Cuando el útero grávido aloja dos o más fetos rebasan la capacidad continente, aumenta la posibilidad de expulsión de su contenido, y por lo tanto, incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad feto - neonatal y materna (3,8).

Las complicaciones feto - neonatales pueden presentarse durante el embarazo o en el parto; además, existen complicaciones propias del embarazo múltiple como: crecimiento discordante, muerte *in útero* de alguno de los fetos, síndrome de transfusión feto-fetal en gemelos monoamnióticos y perfusión arterial reversa en uno de los gemelos (3,17).

El riesgo de complicaciones maternas y fetales está aumentado, la tasa de mortalidad materna en las gestaciones múltiples es 3 a 7 veces mayor comparada con gestaciones únicas; la mortalidad perinatal es del 10 al 15%, cifra 5 a 6 veces mayor que en las gestaciones únicas, siendo la prematuridad la primera causa de morbi - mortalidad (3,17,23).

5.5.1. Complicaciones Maternas.

- **Preeclampsia:** es una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo múltiple, 2 a 3 veces mayor que en el embarazo de un solo producto. Se advierten valores aumentos de la tensión arterial más tempranamente sobre todo en primigestas y con mayor tendencia a la eclampsia (10,13,15).

- **Anemia:** la frecuencia de anemia aumenta entre un 21 a 36% en el embarazo múltiple; conviene administrar suplementación de hierro y ácido fólico si se tienen en cuenta los mayores requerimientos de la madre y los fetos, así como la posibilidad de mayor pérdida sanguínea en el parto. Las concentraciones de hemoglobina menores de 11g/dl en el primero o en el segundo trimestre acompañadas de ferritina sérica menor a 12ug/dl representan anemia ferropriva (1,6,13,15).

- **Hemorragias ante e intraparto:** la placenta previa es dos a tres veces más frecuente en el embarazo múltiple, debido a una mayor superficie placentaria. El abrupcio de placenta se presenta con mayor frecuencia, así como la hemorragia posparto asociada a la sobre distensión uterina y a la atonía (2,6).

- **La diabetes gestacional y los trastornos metabólicos** son sin duda más frecuentes en la gestación gemelar debido a una deficiencia relativa de insulina y a efectos antiinsulínicos de algunas hormonas placentarias en especial el lactogeno placentario efecto que se potencializa por el incremento de la masa placentaria. Un valor de glicemia igual o mayor a 105 mg/dl en ayunas indica diabetes (6).

Al final del embarazo se manifiestan con mayor frecuencia las várices, los edemas y la dificultad respiratoria (asociada al mayor tamaño uterino) (14).

Otras complicaciones maternas son: hiperémesis gravídica, la pielonefritis y la colestasis intrahepática del embarazo (10,16,20).

5.5.2. Complicaciones feto - placentarias.

- **Aborto:** la frecuencia de aborto es 2 ó 3 veces más frecuente en el embarazo múltiple que en los embarazos con feto único. El otro fenómeno relativamente frecuente (< 20%) es la desaparición espontánea de uno de los fetos antes de la semana 14 de gestación, cuando el diagnóstico se ha realizado por ecografía (feto evanescente) (2,5).

- **Polihidramnios:** aproximadamente el 8 - 10% de los embarazos múltiples cursa con polihidramnios; con relativa frecuencia esto ocurre antes de que los fetos adquieran viabilidad, lo que ensombrece de alguna forma el pronóstico fetal (2,6,8).

Pueden darse las siguientes situaciones: hidramnios crónico asociado a malformaciones fetales, hidramnios en uno de los sacos y en el otro oligohidramnios asociado a fetos discordantes y a transfusión feto - fetal, y finalmente, ligero aumento en el volumen de líquido amniótico sin significado clínico (8,13).

- **Parto pretérmino y ruptura prematura de membranas:** la principal causa de morbi - mortalidad en el embarazo múltiple es la prematurez; el 50% de los embarazos gemelares y el 88% de las gestaciones triples se presentan antes de la semana 37 de la gestación; su incidencia es 12 veces mayor que en el embarazo único (11); en la mayoría de los casos el parto acaece espontáneamente o es precedido de una ruptura prematura de membranas (asociada a la presencia de infecciones cervico - vaginales). Se ha considerado que una de las principales causas es la sobre distensión uterina y la frecuente asociación con polihidramnios (2,11,13). Los ensayos clínicos controlados han mostrado un efecto protector del reposo en aquellos embarazos que lo practicaron a partir de la semana 28 de gestación (10,14,21).

- **Restricción del crecimiento intrauterino:** afecta del 12 al 34% de los embarazos múltiples y se acentúa a medida que se acerca a su término; debe intentarse una investigación meticulosa de retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) a partir de la semana 22 en los embarazos monocoriales y de la 26 en los bicoriales (15,23).

Hay que prestar especial cuidado a la posible diferencia entre los dos fetos. Puede sospecharse una discordancia ponderal cuando el diámetro biparietal (DBP)

intergemelar tenga una diferencia mayor de 5 mm, la diferencia del área abdominal sea superior a 3 cm² y la diferencia de los perímetros cefálicos sea mayor del 5% (15).

Es importante tratar de identificar si la discordancia entre ambos fetos se debe a RCIU en uno de ellos o se trata de una transfusión feto - fetal; en el primero de los casos su aparición es tardía, después del sexto mes, con un feto normal y otro pequeño y con sexos que suelen ser diferentes; en el segundo caso la aparición de discordancia suele ser temprana, el feto mayor suele ser hidrópico, frecuentemente con polihidramnios, de sexo idéntico y placenta monocorial (2,20).

- **Síndrome de transfusión feto-fetal (STFF):** se produce por descompensación hemodinámica, secundaria a las comunicaciones vasculares placentarias entre ambos fetos (2). El manejo del STFF se orienta a realizar amniocentesis seriadas del saco con polihidramnios, cirugía intrauterina endoscópica con coagulación intravascular de las anastomosis vasculares superficiales, o ligadura endoscópica del cordón del gemelo donante (2).

- **Muerte intrauterina de uno de los fetos:** la muerte de uno de los fetos se presenta en el 3 - 4% de los embarazos gemelares, favoreciendo el paso de material trombotológico al sobreviviente, lo que puede generar lesiones importantes en miembros, riñón y cerebro (encefalomalacia multiquistica); es necesario realizar semanalmente pruebas de coagulación, TP, TPT, fibrinógeno, plaquetas y productos de degradación (12,16).

- **Presentaciones anómalas y accidentes funiculares:** en el embarazo múltiple hay mayor incidencia de presentaciones y posiciones anómalas en comparación con la gestación única; de igual forma, el prolapso del cordón umbilical es más frecuente. Todo ello debido a la multiplicidad de partes fetales, a la asociación con polihidramnios y la ruptura prematura de las membranas (15).

La mortalidad perinatal en gemelos es 5 a 6 veces mayor que en las gestaciones únicas, siendo mayor la morbi - mortalidad en los embarazos monocigóticos(12,13).

Otros factores que contribuyen y acompañan a la prematuridad son; el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, la hiperbilirrubinemia y el parto quirúrgico (11).

5.6. MANEJO DEL EMBARAZO GEMELAR.

El pronóstico de un embarazo múltiple depende principalmente de tres condiciones:

- 1) el número de fetos,
- 2) la edad gestacional al momento del diagnóstico, y
- 3) la corionicidad (20).

1. Control prenatal cada 15 días hasta la semana 26, y a partir de este momento, cada semana hasta el parto (10,14).

2. Vigilancia estricta del peso, aumentos importantes significarán retención de líquidos (preeclampsia) o riesgo de diabetes gestacional (13,15).

Incrementos inadecuados se asocian con mayor probabilidad de RCIU. Así mismo, es necesario vigilar estrechamente el hemograma, la tensión arterial, la presencia de edemas y la proteinuria (13,15,23).

3. Debe realizarse una investigación ecográfica rigurosa del crecimiento fetal cada 2 a 4 semanas a partir de la semana 22 de gestación, en los embarazos monocoriales, y a partir de la 26 en los bicoriales, evaluando en forma estricta los pesos, la circunferencia abdominal y, en lo posible, la velocimetría doppler de los fetos (15,23,24).

4. En lo posible, efectuar prevención del parto prematuro y la preeclampsia (13).

En el primero de los casos, haciendo estudio de infecciones cervico - vaginales, examen vaginal en cada control para analizar si hay o no modificaciones, y en lo posible realizar cervicometría. En el segundo, administrar calcio 1 - 2 g/día y 100 mg/día de ácido acetilsalicílico (si se observa Notch en las arterias uterinas) desde la semana 14 hasta la semana 34 de gestación (conducta sujeta a controversia) (13,24).

5. Iniciar esquema de maduración pulmonar fetal con glucocorticoides a partir de la semana 26 de la gestación (17).

6. Reposo en cama, en lo posible en decúbito lateral izquierdo, con un mínimo de 9 a 10 horas diarias, aumentando una hora diaria por cada mes que avance la gestación (4,21).

- 7.** Restricción de viajes, deportes o cualquier esfuerzo físico (4,14).
- 8.** Prohibición de relaciones sexuales (4,21).
- 9.** Administrar progesterona o tocolíticos si existe irritabilidad uterina (17).
- 10.** Dieta hiperproteica (1,5 - 1,8 g de proteína por kg/peso), más un aporte adicional de 300 Kcal/día. En general se debe procurar un aumento de 750 gramos semanales a partir de la segunda mitad del embarazo (semana 20 de gestación), total de peso entre 14 a 16 kg (15,23).
- 11.** Suplemento de 60-80 mg/día de hierro elemental (para evitar anemia), ácido fólico 1 mg/día y ácidos grasos poliinsaturados. Suplencia de calcio de 1.500 a 2.000 mg/día (riesgo de preeclampsia); zinc, 20 mg (reducción de parto pretérmino); vitamina C, 50 mg/día; magnesio, 450 mg (requerimiento diario) (4,15,23).
- 12.** Hoja de movimientos fetales, monitoría y perfil biofísico cada semana (4,24).
- 13.** Información adecuada a los padres sobre los riesgos maternos y fetales del embarazo múltiple, especialmente el de prematuridad (10,14).
- 14.** Si no existen indicaciones obstétricas diferentes, el manejo del embarazo múltiple debe ser expectante e idealmente llegar al término y la vía del parto ser la vaginal (6). Si se presentan condiciones anómalas que hagan sospechar o confirmar una distocia, la vía del parto debe ser la operación cesárea (15).
- 15.** El posparto ha de estar caracterizado por una vigilancia estrecha del sangrado genital de la madre y la contracción del útero (4).

CAPITULO VI

MATERIALES Y MÉTODOS

6.1. MATERIALES

6.1.1 LOCALIZACION

El presente estudio se realizará en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor en la ciudad de Guayaquil - Ecuador.

6.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

El Cantón Guayaquil pertenece políticamente a la provincia del Guayas, geográficamente situado al noroeste de América del Sur, a una altura aproximada de 6 metros sobre el nivel del mar, se caracteriza por su posición costera en la región litoral del Ecuador y su ubicación entre el Rio Guayas y el Estero Salado; le proporciona un clima tropical al igual que la mayoría de las ciudades de la costa del pacífico.

La población actual es de 2'291.158habitantes.

6.1.3 PERIODO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación comprende desde Enero 2010 - Enero 2012 (25 meses).

6.1.4.1.RECURSOS UTILIZADOS

6.1.4.1.1. RECURSOS HUMANOS

➤ Tutor de tesis: Dr. Peter Chedraui.

6.1.4.1.2. RECURSOS FÍSICOS

➤ Historias clínicas.

➤ Datos estadísticos del Sistema Informático MIS (HGOECS).

6.1.4.2.UNIVERSO Y MUESTRA

6.1.5.1 UNIVERSO

Mujeres embarazadas que presentaron diagnóstico de Embarazo Gemelar en el Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Desde Enero 2010 a Enero 2012.

6.1.5.2 MUESTRA

Pacientes con diagnóstico de Embarazo Gemelar confirmado mayor o igual a 28 semanas de gestación. Serán n = 406.

6.1.5 MÉTODOS

6.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva Analítica de Corte Transversal.

6.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental.

6.2.3 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN.

6.2.3.1 OPERACIONALIZACIÓN DE EQUIPOS E INSTRUMENTOS.

Los instrumentos a utilizar serán las historias clínicas y datos estadísticos del sistema informático MIS.

6.1.4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

6.2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Embarazos Gemelares mayores o iguales a 28 semanas.
- Pacientes con datos completos.

6.1.4.3.1. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Embarazos Gemelares menores de 28 semanas.
- Óbitos.
- Pacientes con datos incompletos.

6.1.4.4. ANÁLISIS DE LA INFORMACION

El estudio se realizará utilizando la información contenida en las historias clínicas y el sistema informático estadístico MIS de las pacientes atendidas en el Hospital Gineco - Obstétrico Enrique C. Sotomayor durante el período comprendido de Enero 2010 a Enero 2012, la misma que será tabulada en cuadros y gráficos, para cada una de las variables en estudio, así como la combinación entre las mismas, para su análisis e interpretación. Se utilizarán indicadores de dispersión y de concentración principalmente: media, mediana, moda, desviación típica, varianza. Además, se realizarán curvas de tendencias, mediante análisis de regresión y correlación.

6.1.5 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

CONSTITUCIÓN NACIONAL DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR

SECCION SEPTIMA

SALUD

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (7).

SECCION CUARTA

MUJERES EMBARAZADAS

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y postparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia (7).

SECCION QUINTA

NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

- 1 - Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos (7).

TITULO VII

RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR

Capítulo primero

Inclusión y Equidad

Art. 363.- El Estado será responsable de:

6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto (7).

CAPITULO VII

RESULTADOS Y DISCUSION

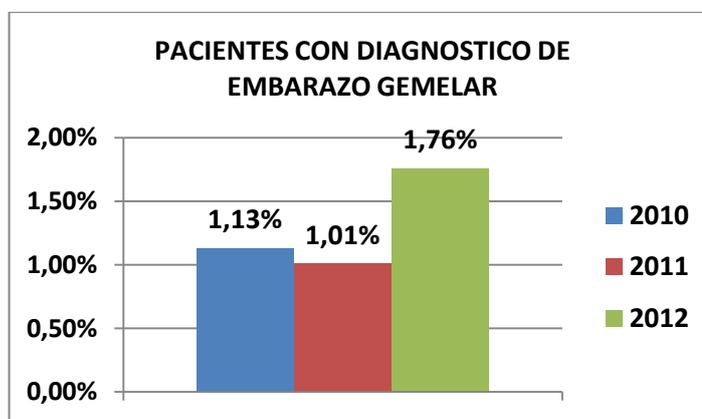
OBJETIVO 1.- Establecer cuantas pacientes tienen diagnóstico de Embarazo Gemelar.

Tabla N° 1. DISTRUBUCIÓN DE PACIENTES CON DG. DE EMBARAZO GEMELAR.

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON EMBARAZO GEMELAR				
AÑOS	EMBARAZOS	GEMELARES	MUESTRA	PORCENTAJE
2010	24224	273	201	1,13%
2011	23768	238	182	1,01%
2012	1877	33	23	1,76%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Grafico No 1. DISTRUBUCIÓN DE PACIENTES CON DG DE EMBARAZO GEMELAR



Análisis e interpretación.

En este cuadro se demuestra que las pacientes diagnosticadas como Embarazo Gemelar son 544 y que bajo criterios de inclusión la muestra se reduce a 406 pacientes que corresponden al 1.10% del total de embarazos; el gráfico demuestra la tendencia al incremento del porcentaje de embarazo gemelar durante los años de estudio.

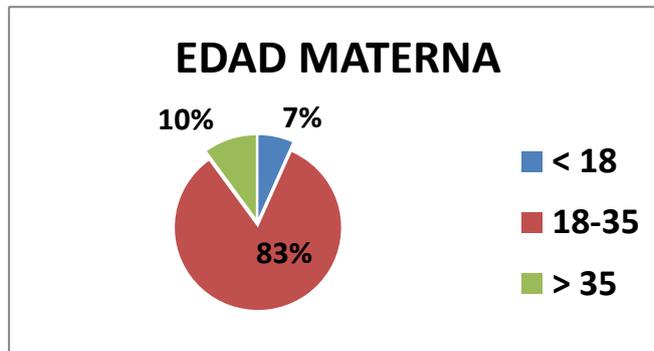
OBJETIVO 2.- Identificar factores de riesgo maternos

Tabla N° 2. DISTRUBUCIÓN DE PACIENTES POR EDAD.

EDAD MATERNA		
EDAD / AÑOS	PACIENTES	PORCENTAJE
< 18	27	7%
18-35	337	83%
> 35	42	10%
TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Grafico No 2. DISTRUBUCIÓN DE PACIENTES POR EDAD.



Análisis e interpretación.

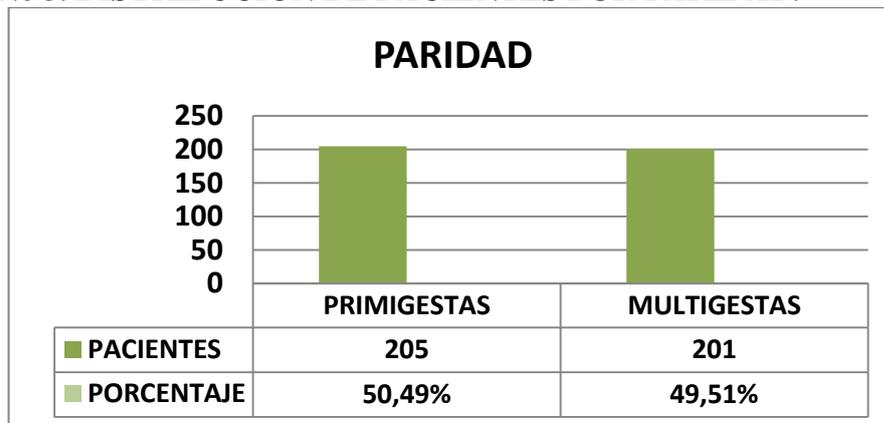
En este cuadro se evidencia que el mayor porcentaje de Embarazo Gemelar se presenta en mujeres con edades de 18-35 años, y el menor porcentaje en adolescentes.

Tabla N° 3. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR PARIDAD.

PARIDAD		
	PACIENTES	PORCENTAJE
PRIMIGESTAS	205	50,49%
MULTIGESTAS	201	49,51%
TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Grafico No 3. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR PARIDAD.



Análisis e interpretación.

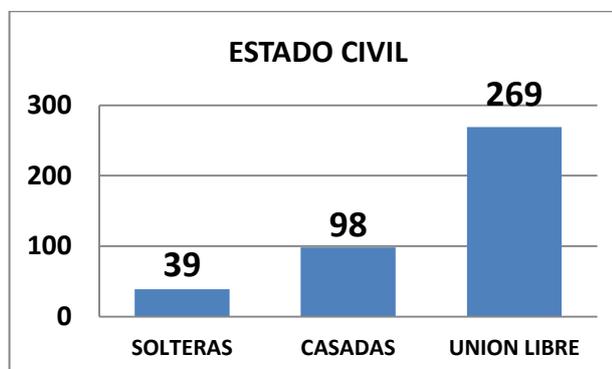
Este cuadro revela que tanto primigestas como multigestas están predispuestas a desarrollar Embarazo Gemelar por igual.

Tabla N°4. DISTRIBUCIÓN PACIENTES SEGÚN EL ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL		
	PACIENTES	PORCENTAJE
SOLTERAS	39	9,61%
CASADAS	98	24,14%
UNION LIBRE	269	66,25%
TOTAL	406	100,00%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Grafico No 4. DISTRIBUCIÓN PACIENTES SEGÚN EL ESTADO CIVIL.



Análisis e interpretación

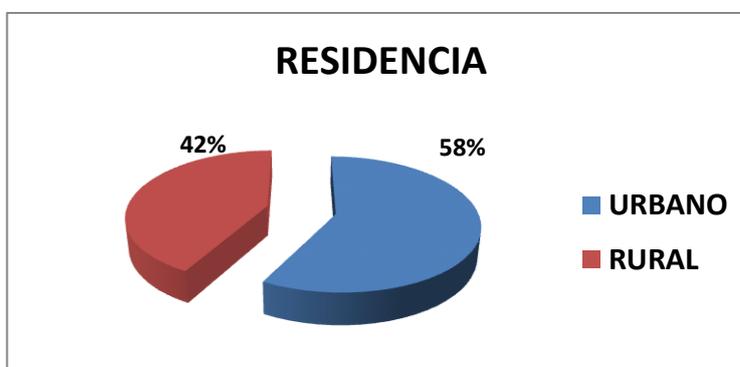
Esta figura demuestra que el 66.2% de embarazadas están en unión libre y el 24.1% son casadas.

Tabla N°5 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTE SEGÚN EL LUGAR DE RESIDENCIA.

RESIDENCIA		
	PACIENTES	PORCENTAJE
URBANO	235	57,88%
RURAL	171	42,12%
TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 – 2012

Grafico N°5 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTE SEGÚN EL LUGER DE RESIDENCIA.



Análisis e interpretación.

El gráfico demuestra que en mayor proporción las pacientes que son parte del estudio están dentro del área urbana

OBJETIVO 3.- Determinar si las pacientes del estudio tuvieron controles prenatales.

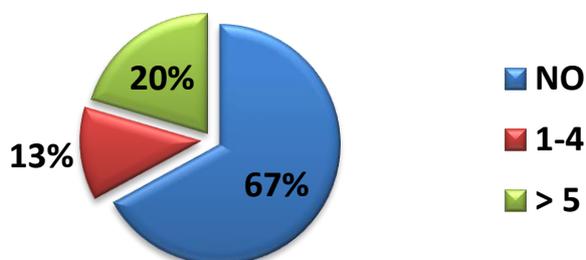
Tabla N° 6 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN NUESTRA INSTITUCION

CONSULTA PRENATAL		
CONTROLES	PACIENTES	PORCENTAJE
NO	272	67,00%
1-4	51	12,56%
> 5	83	20,44%
TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 – 2012

Grafico N° 6 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN NUESTRA INSTITUCION

CONTROLES PRENATALES



Análisis e interpretación.

Este cuadro recalca que el 67% de las pacientes no acudió en ningún momento a la institución. Y de las pacientes que acudieron solo el 20% tiene igual o más de 5 controles.

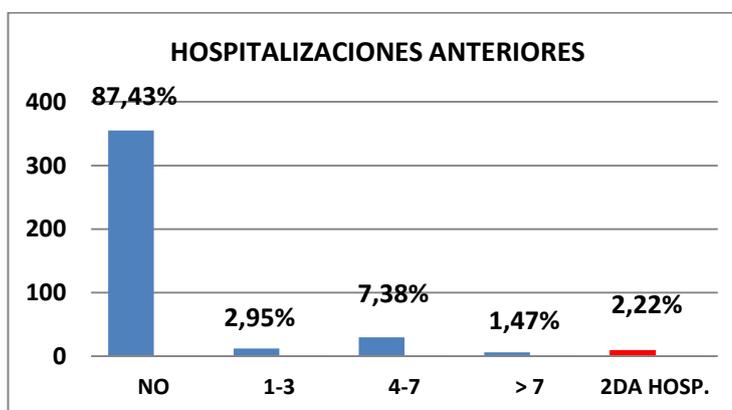
OBJETIVO 4.- Conocer si existieron ingresos hospitalarios institucionales previos.

Tabla N° 7. DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HOSPITALIZACIONES INSTITUCIONALES PREVIAS AL PARTO.

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES		
DIAS	PACIENTES	PORCENTAJE
NO	355	87,43%
1-3	12	2,95%
4-7	30	7,38%
> 7	6	1,47%
2DA HOSP.	9	2,22%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 – 2012

Grafico N° 7 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON HOSPITALIZACIONES INSTITUCIONALES PREVIAS AL PARTO.



Análisis e interpretación.

De las pacientes diagnosticadas con Embarazo Gemelar solo el 12,5% tuvieron ingresos hospitalarios previos en esta institución que comprometían su condición y de ellos solo el 2.2% necesitaron una segunda hospitalización.

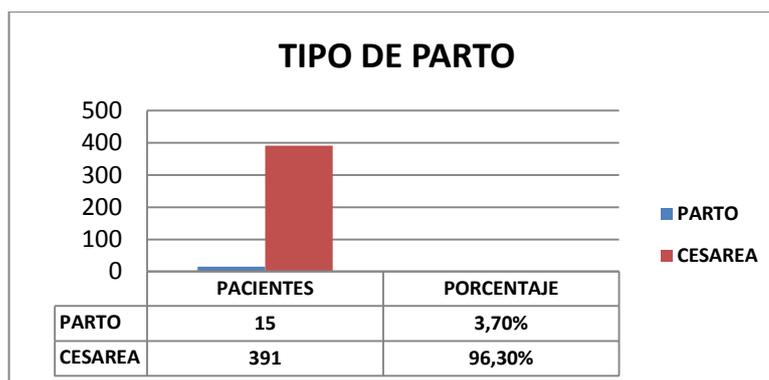
OBJETIVO 5.-Establecer la frecuencia de complicaciones maternas en Embarazo Gemelar

Tabla N° 8 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE PARTO.

TIPO DE PARTO		
	PACIENTES	PORCENTAJE
PARTO	15	3.7%
CESAREA	391	96.3%
TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Grafico No 8. DISTRIBUCIÓN PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE PARTO.



Análisis e interpretación

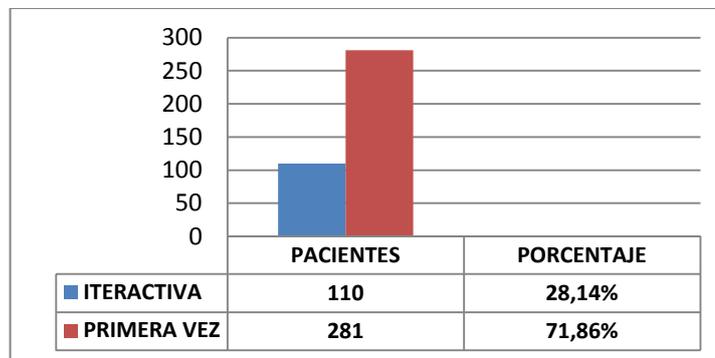
Esta figura demuestra que el 96.3% de las pacientes fueron sometidas a cesárea.

Tabla N°9 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTE SEGÚN EL NUMERO DE CESAREAS

NÚMERO DE CESAREAS		
	PACIENTES	PORCENTAJE
C. ITERATIVA	110	28,14%
C. 1RA VEZ	281	71,86%
TOTAL	391	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 – 2012

Grafico N°9 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTE SEGÚN EL NUMERO DE CESAREAS.



Análisis e interpretación.

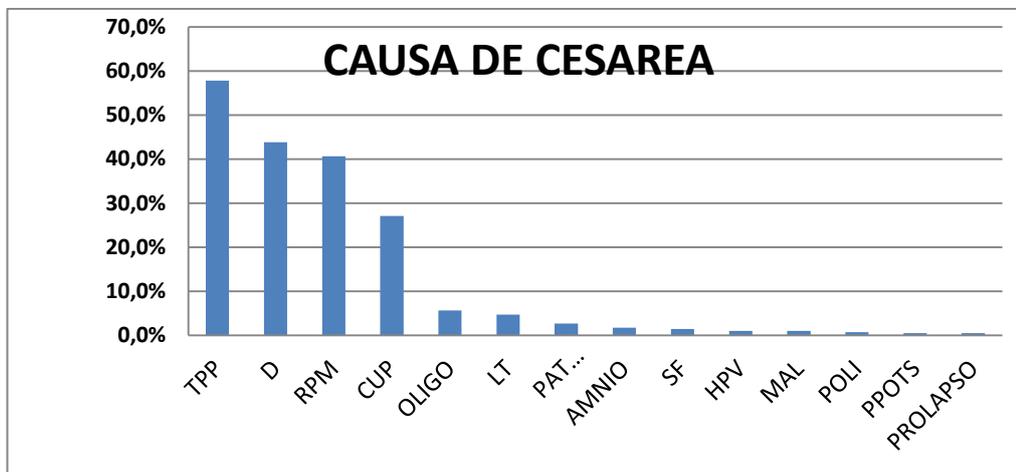
Por el cuadro antes mencionado es pertinente establecer el porcentaje de cesáreas por primera vez que es de 71,86% con respecto de 28,14% de las cesáreas iterativas.

Tabla N°10 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTE SEGÚN LA CAUSA DE CESAREA

CAUSA DE CESAREA		
	PACIENTES	PORCENTAJE
TPP	235	57,8%
DISTOCIA PRESENTACION	178	43,8%
RPM	165	40,6%
CUP	110	27,1%
OLIGOAMNIOS	23	5,7%
L. TEÑIDO	19	4,7%
PATOLOGIA MATERNA	11	2,7%
AMNIONITIS	7	1,7%
SUFRIMIENTO FETAL	6	1,5%
HPV	4	1,0%
MALFORMACION FETAL	4	1,0%
POLIDRAMNIOS	3	0,7%
PPOT SANGRANTE	2	0,5%
PROLAPSO (PIE, CORDON)	2	0,5%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 – 2012

Grafico N°10 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTE SEGÚN LA CAUSA DE CESAREA.



Análisis e interpretación.

El cuadro indica claramente que las principales causas de cesárea son el TPP, la distocia de presentación y el RPM.

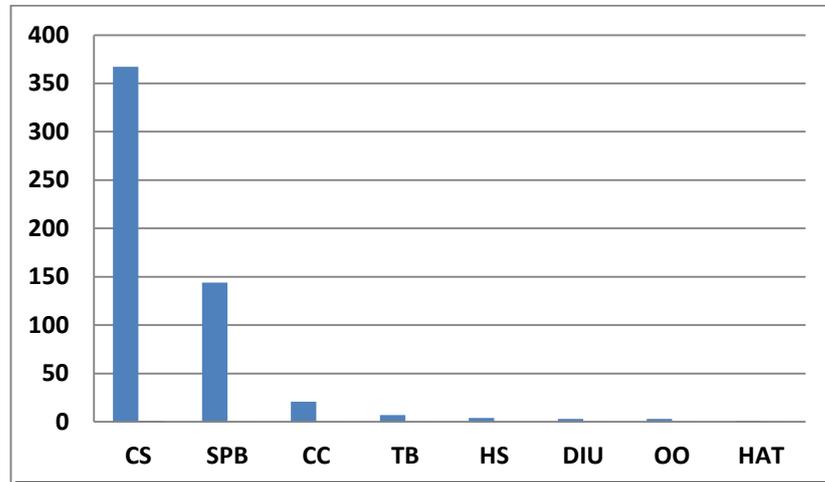
Tabla N° 11 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EL TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

	PACIENTES	PORCENTAJE
CS	367	93,80%
SPB	144	36,80%
CC	21	5,37%
TB	7	1,70%
HS	4	1,00%
DIU	3	0,73%
OO	3	0,73%
HAT	1	0,24%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Grafico N° 11 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGUN EL TIPO DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.



Análisis e interpretación.

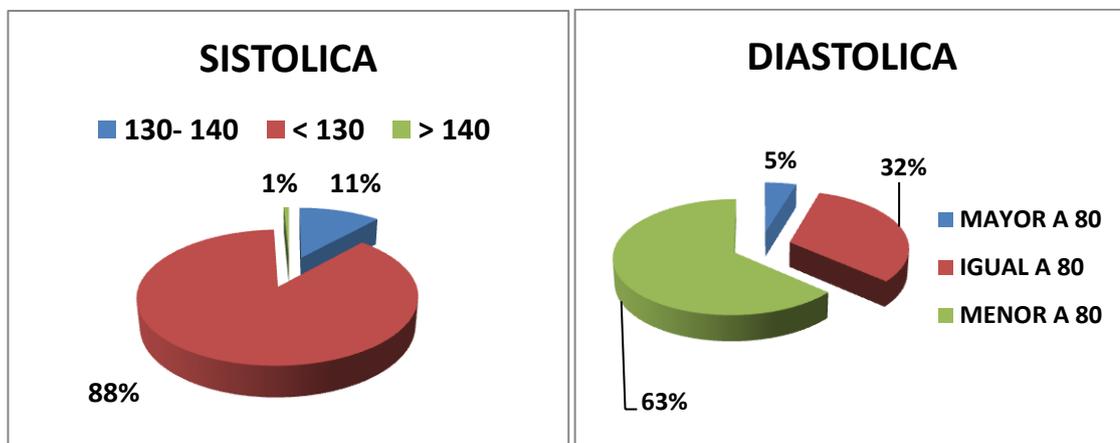
El grafico demuestra que el procedimiento más común es la cesárea segmentaria y que un alto porcentaje también decide asociar su cirugía a SPB.

Tabla N° 12. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR VALOR DE TENSION ARTERIAL.

SISTOLICA promedio 112mmHg			DIASTOLICA promedio 70mmHGg		
	PACIENTES	PORCENTAJE		PACIENTES	PORCENTAJE
> 140	3	0,74%	MAYOR A 80	19	4,68%
130- 140	47	11,58%	IGUAL A 80	129	31,77%
< 130	356	87,69%	MENOR A 80	258	63,54%
TOTAL	406	100%	TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Grafico N° 12 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR VALOR DE TENSION ARTERIAL



Análisis e interpretación.

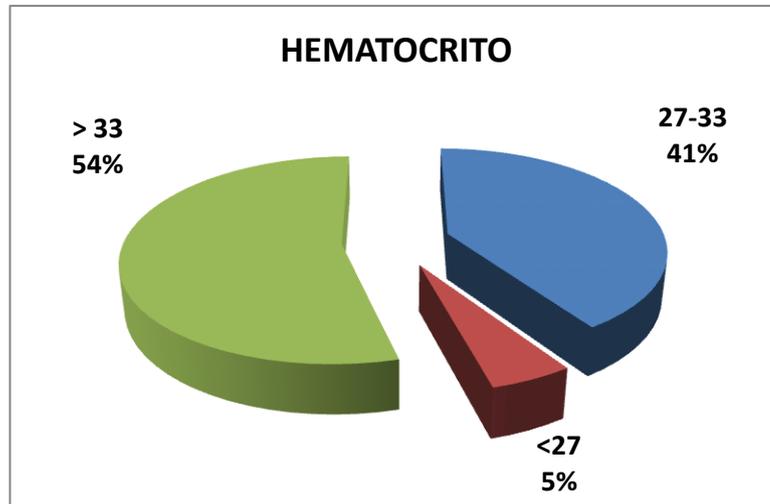
De las pacientes diagnosticadas con Embarazo Gemelar el 12% tienen valores de TA sistólica elevada mientras que ventajosamente solo el 5% tiene valores de la TA diastólica elevada.

Tabla N° 13. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR VALOR DE HEMATOCRITO

HEMATOCRITO		
	PACIENTES	PORCENTAJE
> 33	220	54,18%
27-33	165	40,65%
<27	21	5,17%
TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Grafico N° 13 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR VALOR DE HEMATOCRITO.



Análisis e interpretación.

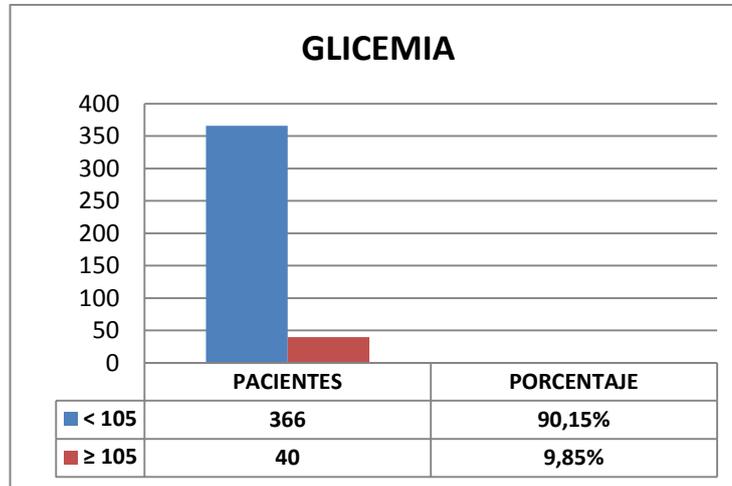
De las pacientes diagnosticadas con Embarazo Gemelar solo el 54% tuvieron sus valores de hematocrito dentro del parámetro normal y 5% fueron catalogadas como anemia grave en su embarazo.

Tabla N° 14. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR VALOR DE GLICEMIA.

GLICEMIA		
	PACIENTES	PORCENTAJE
< 105	366	90,15%
≥ 105	40	9,85%
TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Grafico N° 14. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR VALOR DE GLICEMIA.



Análisis e interpretación.

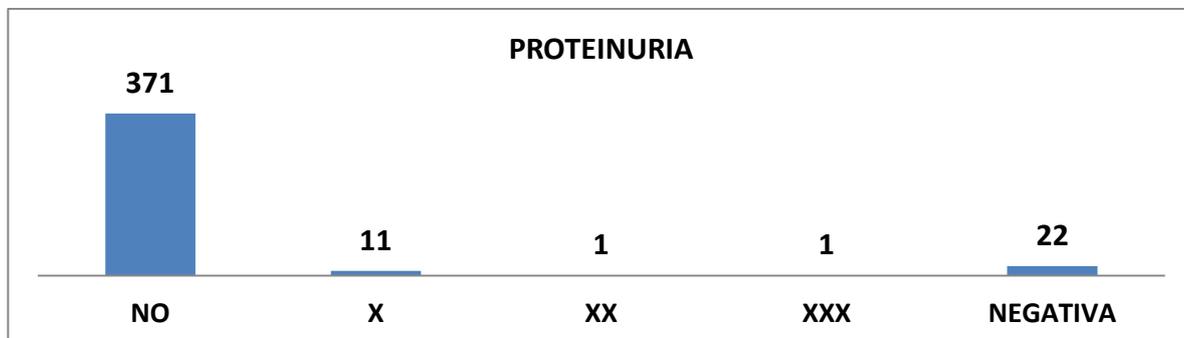
El 9,8% de las pacientes con Embarazo Gemelar tienen valores de glicemia en ayunas superiores a los valores considerados normales.

Tabla N° 15. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR PRESENCIA O NO DE PROTEINURIA

PROTEINURIA		
	PACIENTES	PORCENTAJE
NO	371	91,37%
X	11	2,71%
XX	1	0,25%
XXX	1	0,25%
NEGATIVA	22	5,42%
TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Grafico N° 15 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR PRESENCIA O NO DE PROTEINURIA.



Análisis e interpretación.

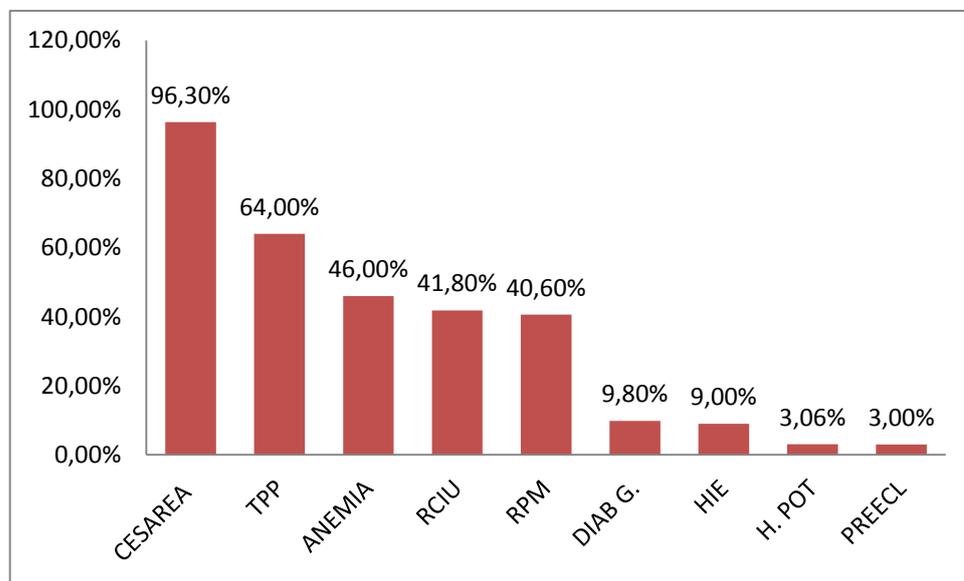
Se realizaron 35 pruebas de proteinuria que corresponde al 9% de la muestra, de ellas solo el 3% dio un resultado positivo.

Tabla N° 16. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA

CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA		
CAUSAS	PACIENTES	PORCENTAJE
CESAREA	391	96,30%
TPP	260	64,00%
ANEMIA	186	46,00%
RCIU	170	41,80%
RPM	165	40,60%
DIABETES	40	9,80%
HIE	37	9,00%
HEMORRAGIA	13	3,06%
PREECLAMPSIA	12	3,00%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Grafico N° 16. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA.



Análisis e interpretación.

Las principales causas de morbilidad materna en orden de prevalencia son: la cesárea y sus riesgos quirúrgicos propios, el TPP, Anemia, RCIU, RPM entre las más frecuentes

NEONATOS

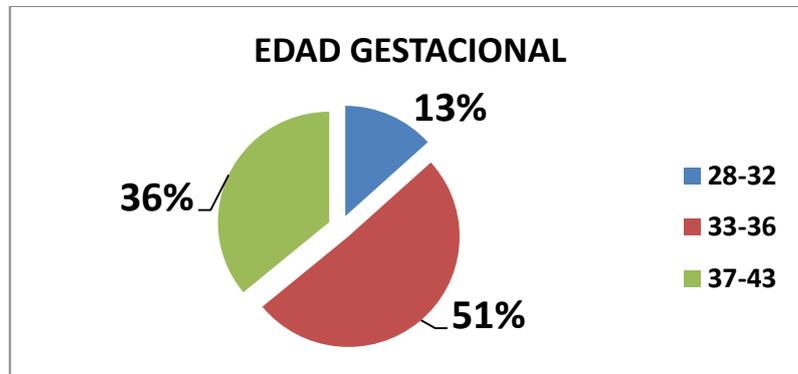
OBJETIVO 6.- Identificar factores de riesgo neonatales

Tabla N° 17. DISTRIBUCION DE NEONATOS POR EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL		
SEMANAS	PACIENTES	PORCENTAJE
28-32	54	13,30%
33-36	206	50,74%
37-43	146	35,96%
TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 – 2012

Grafico N° 17. DISTRIBUCION DE NEONATOS POR EDAD GESTACIONAL



Análisis e interpretación.

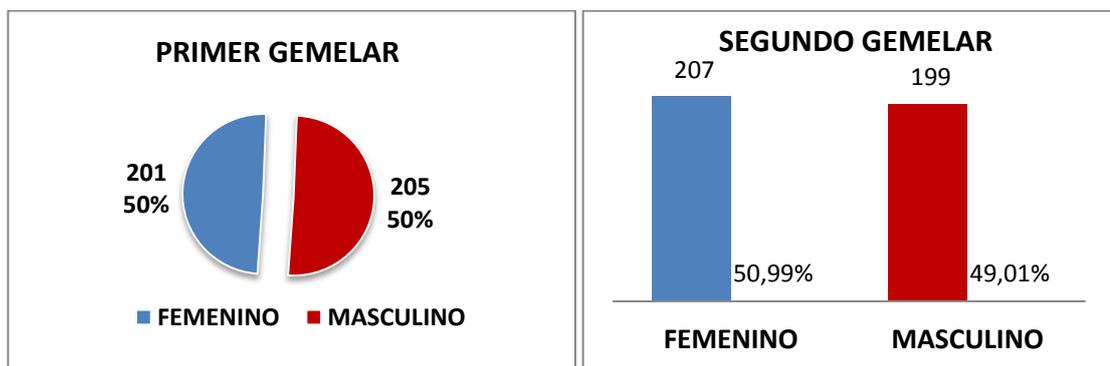
Esta tabla claramente establece que los neonatos producto de embarazo gemelar serán prematuros en un 64%.

Tabla N° 18. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS POR GÉNERO

GENERO PRIMER GEMELAR			GENERO SEGUNDO GEMELAR		
	RN 1	PORCENTAJE		RN 2	PORCENTAJE
FEMENINO	201	49,51%	FEMENINO	207	50,99%
MASCULINO	205	50,49%	MASCULINO	199	49,01%
TOTAL	406	100%	TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Grafico N° 18. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS POR GÉNERO



Análisis e interpretación.

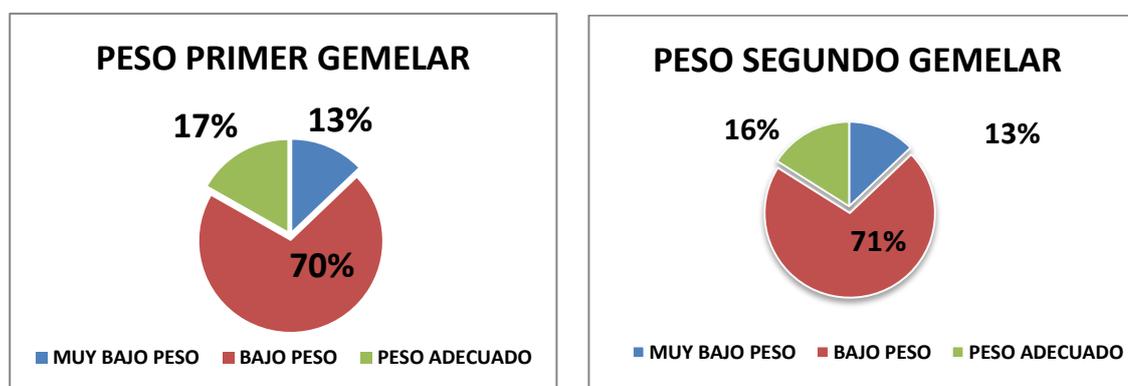
Esta tabla indica que no existe diferencia en los géneros de los neonatos tanto en el primer como en el segundo gemelar.

Tabla N° 19. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR PESO NEONATAL

PESO PRIMER GEMELAR			PESO SEGUNDO GEMELAR		
	NEONATOS	PORCENTAJE		NEONATOS	PORCENTAJE
<1500 g	52	12,82%	<1500 g	52	12,82%
1500 a 2500 g	286	70,44%	1500 a 2500 g	289	71,18%
>2500 g	68	16,74%	>2500 g	65	16,00%
TOTAL	406	100%	TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Grafico N° 19. DISTRIBUCION DE PACIENTES POR PESO NEONATAL.



Análisis e interpretación.

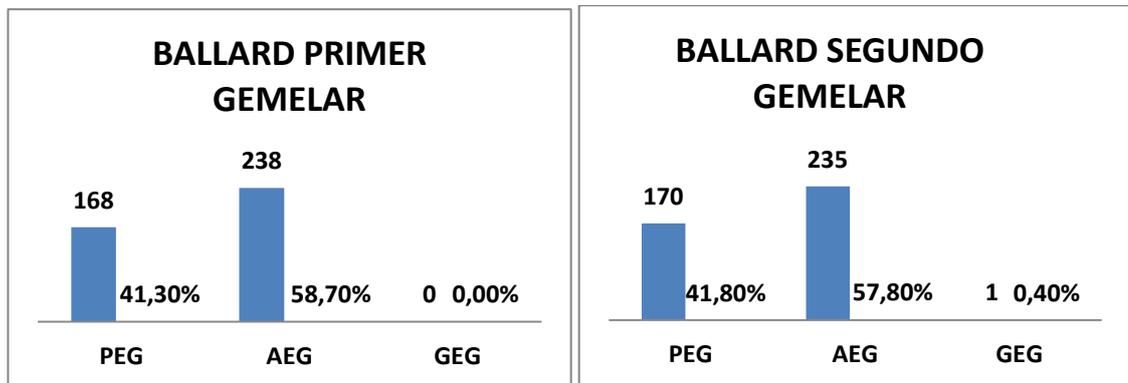
La tabla demuestra que el 70% de los neonatos nacieron con bajo peso, teniendo extremo bajo peso el 13% sin diferencia evidente entre los dos gemelos.

Tabla N° 20. DISTRIBUCION DE NEONATOS ESCALA BALLARD

BALLARD PRIMER GEMELAR			BALLARD SEGUNDO GEMELAR		
	NEONATOS	PORCENTAJE		NEONATOS	PORCENTAJE
PEG	168	41,30%	PEG	170	41,80%
AEG	238	58,70%	AEG	235	57,80%
GEG	0	0,00%	GEG	1	0,40%
TOTAL	406	100%	TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Grafico N° 20. DISTRIBUCION DE NEONATOS ESCALA BALLARD.



Análisis e interpretación.

La tabla demuestra que el 58% de los neonatos son catalogados como adecuados para edad gestacional, y el 41% como pequeños para edad gestacional. Sin diferencias entre primer y segundo gemelar.

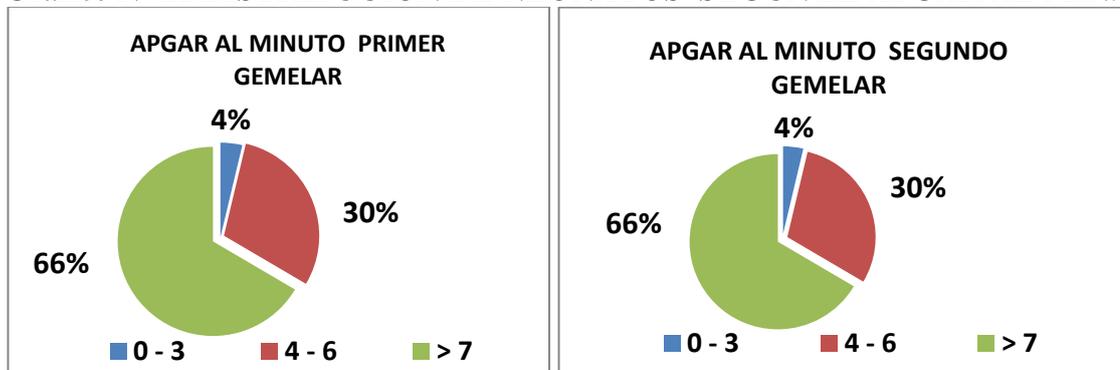
OBJETIVO 6.- Determinar la frecuencia de complicaciones neonatales.

Tabla N° 21. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS SEGÚN EL APGAR AL MINUTO.

APGAR AL MINUTO PRIMER GEMELAR			APGAR AL MINUTO SEGUNDO GEMELAR		
	NEONATOS	PORCENTAJE		NEONATOS	PORCENTAJE
0 - 3	15	3,70%	0 - 3	15	3,70%
4 - 6	121	29,80%	4 - 6	121	29,80%
> 7	270	66,50%	> 7	270	66,50%
TOTAL	406	100%	TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Grafico N° 21 DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS SEGÚN EL APGAR AL MIN.



Análisis e interpretación.

En el primer minuto de vida los neonatos valorados por APGAR con una puntuación menor a 3 alcanzan el 4%.

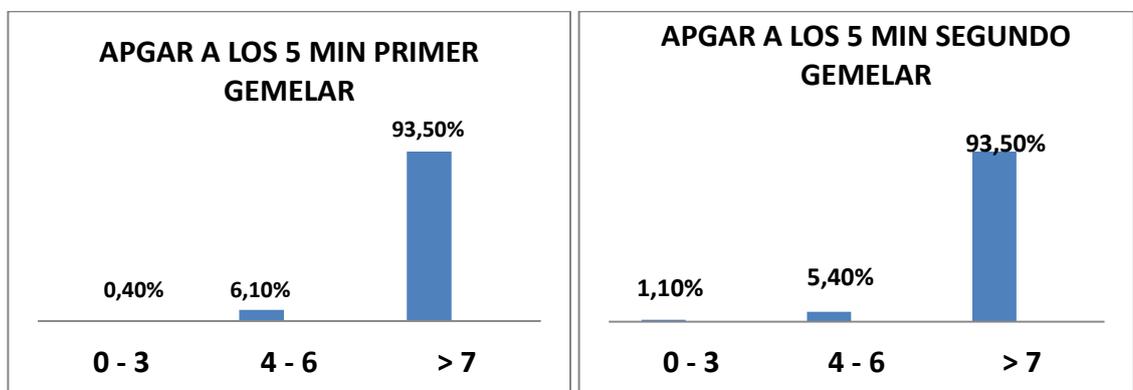
Tabla N° 22. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS SEGÚN EL APGAR A LOS 5 MINUTOS.

APGAR A LOS 5 MINUTOS PRIMER GEMELAR		
	NEONATOS	PORCENTAJE
0 - 3	1	0,40%
4 - 6	25	6,10%
> 7	380	93,50%
TOTAL	406	100%

APGAR A LOS 5 MINUTOS SEGUNDO GEMELAR		
	NEONATOS	PORCENTAJE
0 - 3	4	1,10%
4 - 6	22	5,40%
> 7	380	93,50%
TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Gráfico N° 22. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS SEGÚN EL APGAR A LOS 5 MINUTOS.



Análisis e interpretación.

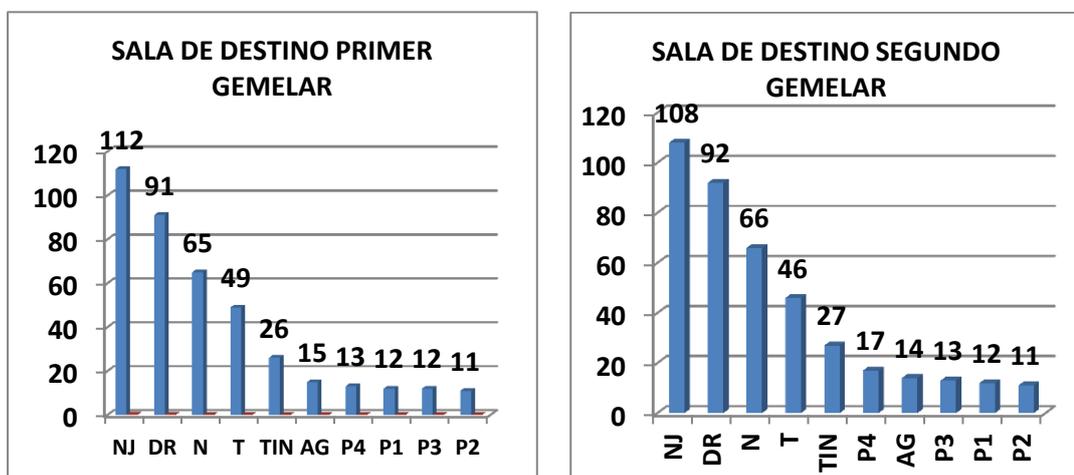
El APGAR a los 5 minutos como se observa en la gráfica la hipoxia persistió en cerca del 1%, comparado con la anterior del 4% mejora, lo cual es importante ya que la hipoxia determina secuelas a largo plazo.

Tabla N° 23. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS POR SU SALA DE DESTINO.

SALA DE DESTINO PRIMER GEMELAR			SALA DE DESTINO SEGUNDO GEMELAR		
SALA	NEONATOS	PORCENTAJE	SALA	NEONATOS	PORCENTAJE
NJ	112	27,10%	NJ	108	26,11%
DR	91	22,41%	DR	92	22,66%
N	65	16,01%	N	66	16,25%
T	49	12,06%	T	46	11,34%
TIN	26	6,41%	TIN	27	6,65%
AG	15	3,70%	P4	17	4,19%
P4	13	3,20%	AG	14	3,44%
P1	12	2,95%	P3	13	3,20%
P3	12	2,95%	P1	12	2,96%
P2	11	2,71%	P2	11	2,71%
TOTAL	406	100%	TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Grafico N° 23 DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS POR SU SALA DE DESTINO.



Análisis e interpretación.

Las salas a las que los neonatos fueron referidos en un 50% (Niño Jesús 27% y Divino Redentor 22%), son salas transitorias y de cuidados rutinarios con lo que los costos de hospitalización son mínimos.

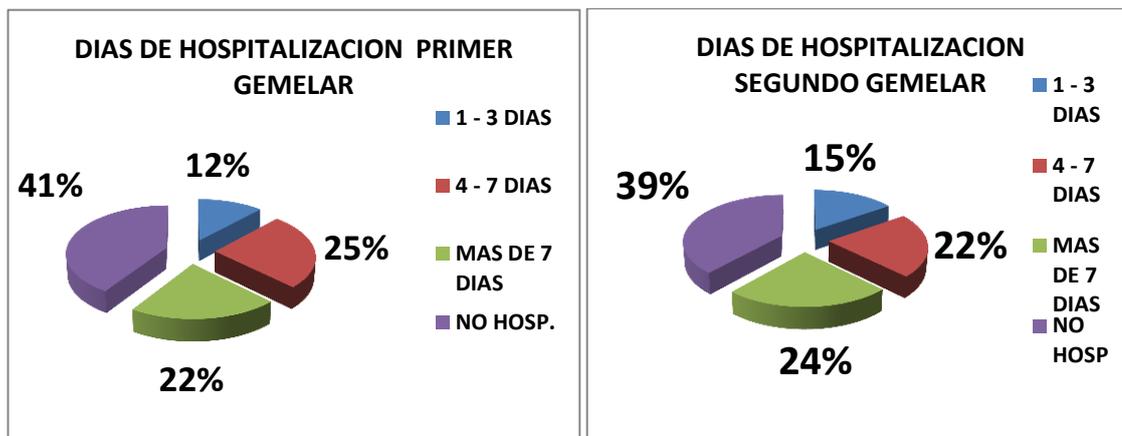
Tabla N° 24. DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS POR DIAS DE HOSPITALIZACIÓN

DIAS DE HOSPITALIZACION PRIMER GEMELAR		
	PACIENTES	PORCENTAJE
1 - 3 DIAS	48	11,82%
4 - 7 DIAS	104	25,67%
MAS DE 7 DIAS	88	21,63%
NO HOSP.	166	40,88%
TOTAL	406	100%

DIAS DE HOSPITALIZACION SEGUNDO GEMELAR		
	PACIENTES	PORCENTAJE
1 - 3 DIAS	62	15,27%
4 - 7 DIAS	90	22,18%
MAS DE 7 DIAS	98	24,13%
NO HOSP	156	38,42%
TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Gráfico N°24 DISTRIBUCIÓN DE NEONATOS POR DIAS DE HOSPITALIZACIÓN



Análisis e interpretación.

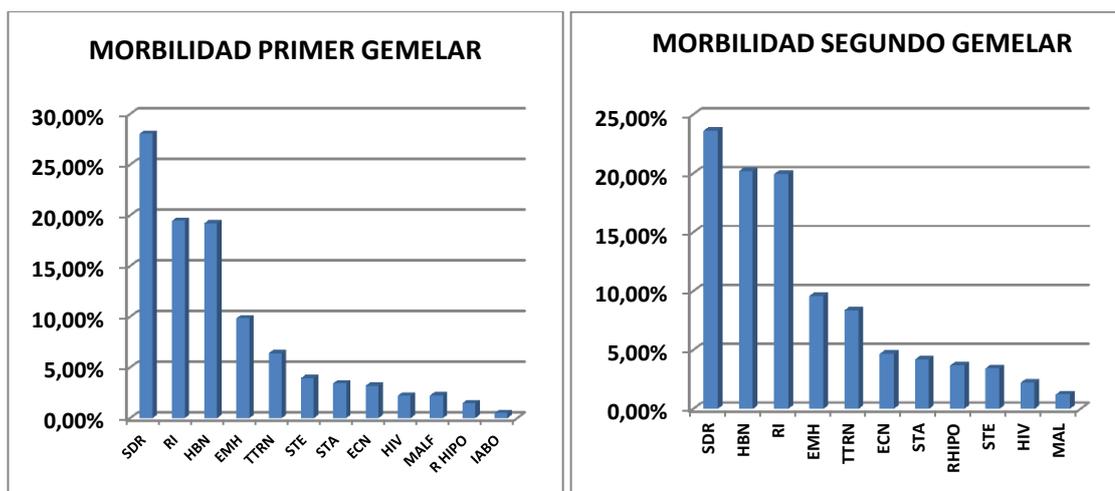
El 40% de los neonatos no necesitaron hospitalización, el 27% permaneció hospitalizado durante 1 semana, pero no menos en el 23% la estadía hospitalaria fue mayor a una semana llegando incluso en pocos casos de 1-2 y hasta 3 meses,

Tabla N° 25. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR CAUSAS MORBILIDAD NEONATAL.

CAUSAS DE HOSP. PRIMER GEMELAR			CAUSAS DE HOSP. SEGUNDO GEMELAR		
	PACIENTES	PORCENTAJE		PACIENTES	PORCENTAJE
SDR	114	28,07%	SDR	96	23,64%
R.INFECCION	79	19,46%	HBN	82	20,19%
HBN	78	19,22%	R INFECCION	81	19,95%
EMH	40	9,86%	EMH	39	9,60%
TTRN	26	6,41%	TTRN	34	8,38%
SEPSIS TEMPRANA	16	3,95%	ECN	19	4,68%
SEPSIS TARDIA	14	3,44%	SEPSIS TARDIA	17	4,19%
ECN	13	3,20%	R. HIPOCLICEMIA	15	3,69%
HIV	9	2,22%	SEPSIS TEMPRAN	14	3,44%
MALFORMACION	10	2,25%	HIV	9	2,22%
R. HIPOGLISEMIA	6	1,47%	MALFORMACION	5	1,23%
IABO	2	0,50%	I. ABO	3	0,74%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 -2012

Grafico N° 25. DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR CAUSAS MORBILIDAD NEONATAL.



Análisis e interpretación.

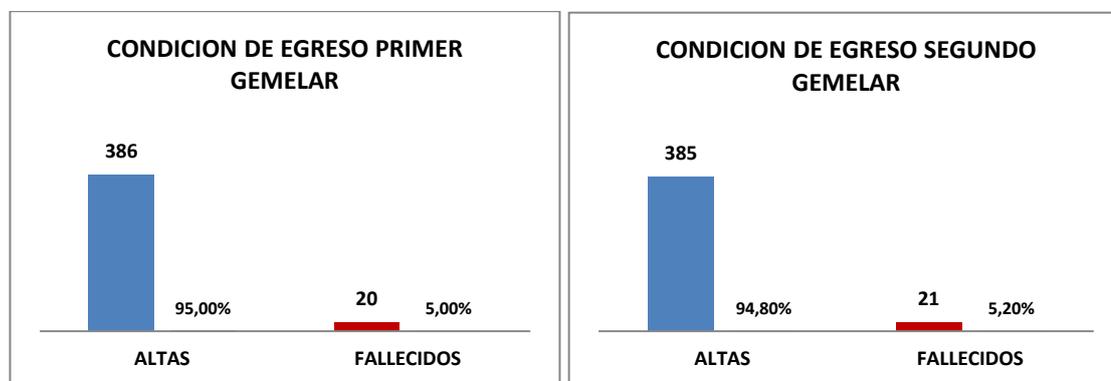
Este cuadro evidencia las patologías más frecuentemente presentadas en neonatos cuyas madre tuvieron diagnóstico confirmado de Embarazo Gemelar mayor a 28 semanas. El mayor porcentaje 28% primer gemelo y 23% segundo gemelo tuvieron Dificultad Respiratoria y el 19% de Riesgo de Infección aunque si agregamos a éste porcentaje el diagnóstico de Sepsis tenemos un incremento de 32 neonatos más, en riesgo; posterior a ello las patologías en orden de frecuencia son Hiperbilirrubinemia, Enfermedad de Membrana Hialina, Enterocolitis Necrotizante, Hemorragias Intraventricular, Malformaciones Congénitas. Cabe recalcar que en este cuadro no se considera la Prematurez y el Bajo Peso al nacer que son los protagonistas como causas de morbi-mortalidad neonatal (estadísticas por separado).

Tabla N° 26. DISTRIBUCION DE NEONATOS POR CONDICION DE EGRESO.

CONDICION DE EGRESO PRIMER GEMELAR			CONDICION DE EGRESO SEGUNDO GEMELAR		
	PACIENTES	PORCENTAJE		PACIENTES	PORCENTAJE
ALTAS	385	94,8%	ALTAS	386	95%
FALLECIDOS	21	5,2%	FALLECIDOS	20	5%
Total	116	100%	TOTAL	406	100%

Fuente: Hospital "Enrique C. Sotomayor" 2010 - 2012

Grafico N° 26. DISTRIBUCION DE NEONATOS POR CONDICION DE EGRESO.



Análisis e interpretación.

La mortalidad neonatal secundaria a Embarazo Gemelar fue del 5% es decir 41 neonatos, 20 del primer gemelar y 21 del segundo.

CAPITULO VIII

DISCUSIÓN

Mediante la tabulación de los datos de éste trabajo investigativo, identificamos varias entidades que involucran al binomio aunque pueden en cierta forma tratarse por separado, en cuanto al factor materno la elevada tasa de parto pretérmino la mayoría de las veces distócico “cesárea” y en el neonato su condición de prematuréz que por sí sola lo lleva sin duda a aumentar el riesgo de morbi - mortalidad.

Los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de Embarazo Gemelar como tal no están bien establecidos, aunque en la literatura se describe una tendencia al aumento en la incidencia de ésta condición; en esta investigación el patrón no es estrictamente ascendente en el año 2011 hay un descenso pero en el 2012 se registra un ascenso significativo, recordemos que la literatura hace énfasis en los tratamientos de fertilidad de los cuales no tenemos datos en nuestras historias clínicas sin embargo las gráficas demuestran que si comparamos adolescentes con madres añosas son estas últimas las que logran un mayor porcentaje.

Cabe mencionar que los partos atendidos en esta institución en los años 2010 -2012 dan un total de 49869 nacimientos, el porcentaje de partos de embarazos gemelares representan el 1.10%, si se consideran “gemelares espontáneos” el porcentaje es bajo comparado con la literatura que habla de un 3%; sin embargo según la ley de Hellin tenemos un parto gemelar por cada 70 partos simples.

En este trabajo los embarazos que forman parte de la muestra, culminaron en un 96.3% en partos distócicos “cesárea” por diversos factores, siendo las más importantes el TPP, RPM, Distocias de Presentación, CUP, Stress fetal por el antecedente de Rotura Prematura de Membranas y la disminución de líquido amniótico respectivamente, entonces es importante mencionar que la RPM es responsable de esta condición en un 80% según datos de referencia; nuestra investigación revela que en un 40.8% efectivamente está presente.

Al ser la cesárea la principal causa de morbilidad materna no podemos dejar de mencionar la Técnica de B-Lynch, y la Histerectomía Obstétrica (total y subtotal) que son procedimientos quirúrgicos aplicados a consecuencia de Hemorragias Postparto que en nuestro estudio alcanzan el 3% en comparación al 6% que revela la literatura citada.

Al tratarse el Embarazo Gemelar de un embarazo de alto riesgo los controles prenatales necesariamente deben ser periódicos y completos sin embargo solo el 33% de la población acudió a control y de ellas solo el 20% se puede considerar como control satisfactorio, pues tienen 5 o más controles como recomienda la OMS aunque la bibliografía recomienda que los controles deben ser semanales a partir de la semana 26; tomando en cuenta que el 58% son usuarias urbanas, 83 pacientes (34%) tuvieron un control de calidad. Enfatizando entonces que somos un hospital de referencia.

La estabilidad emocional que le proporciona el entorno familiar a la mujer embarazada disminuye la posibilidad de hospitalizaciones previas así lo describe la literatura, el 90% de las pacientes del estudio tienen pareja estable el porcentaje de hospitalizaciones es del 12% y apenas el 1,5% necesitan estar más allá de 1 semana.

Las madres que forman parte del estudio no tuvieron antecedentes patológicos previos a excepción de 9 pacientes que representan el 2.22% en las que encontramos: Diabetes Mellitus 3, VIH 2, Cardiopatía 1, Neumonía 1, Lupus 1, Ca de Mama 1. Las principales patologías asociadas a embarazo gemelar persé son principalmente: cardiovasculares, hematológicas y metabólicas por lo que se decidió estandarizar valores de TA, Proteinuria, Hematocrito y glicemia en ayunas.

Comparados con valores referenciales tenemos: TA elevada en 12% frente a 4,5%; proteinuria positiva en el 3% frente a 14%; hematocrito inferior a 33% en un 45.7% (inferior a 27% en un 5%) frente a 36% y glicemia igual o superior a 105 g/dl en 9.8% frente a 7% entonces tenemos menor incidencia de preeclampsia, pero mayor número de pacientes anémicas, diabéticas gestacionales mientras que la HIE triplica su valor referencial.

En cuanto a factores neonatales los problemas más importantes son la prematuréz, bajo peso al nacer, distres respiratorio, riesgo de infección - sepsis.

En esta investigación si se presentó mortalidad neonatal que representa el 0.08%, de la mortalidad neonatal general en las estadísticas de la institución.

La muestra de neonatos fue de 812. Las variables tomadas en cuenta fueron el género que no tuvo tendencia. En cuanto a la edad gestacional y el peso al nacer si representan un importante factor en el incremento morbi - mortalidad.

En esta investigación el 64% de neonatos fueron pretérminos y de ellos el 13% prematuros extremos. Los valores de referencia son 50% prematuros, con 23% de prematuros extremos.

El bajo peso al nacer en neonatos se presentó en el 70 % y con extremo bajo peso al nacer el 13%, al comparar con otros estudios el peso bajo alcanza el 21% pero el muy bajo peso se incrementa al 25% su importancia deriva porque en asociación son la principal causa de mortalidad neonatal.

El APGAR valorado en el primer y quinto minuto del nacimiento el cual determina riesgo de hipoxia cerebral y sus respectivas secuelas a corto y largo plazo, si se presentó cierto grado de hipoxia al minuto en el 4% de neonatos (dos gemelares por igual) y persistió solo en un 0,5 a 1% a los 5 minutos en el primer y segundo gemelar respectivamente.

Es importante mencionar que la condición de egreso de los neonatos, el 95% fue dado de alta y el 5% falleció, entre estos últimos están los prematuros extremos, los que persistieron con APGAR bajo, las malformaciones congénitas y los infectados, confirmando su deceso en su mayoría en los primeros días de vida. Es llamativo ya que la literatura habla de un 16% de mortalidad neonatal.

Las principales patologías que se presentaron en nuestros neonatos, productos de embarazo gemelar fueron en orden descendente: Prematuréz, Bajo Peso al Nacer, SDR, Riesgo de Infección, HBN, EMH, Sepsis temprana y tardía, Hemorragias intra-ventriculares similar a lo expuesto en el marco teórico.

La estancia hospitalaria negativa para el 39% de los neonatos sin embargo el 37% de ellos permanecieron hospitalizado 1 semana o menos pero se necesito más allá de 1 semana en el 24% y 22% primer y segundo gemelar respectivamente, lo que se convierte en un problema de salud pública, por la implicación socio económica que conlleva. Las referencias hablan de un valor promedio de hospitalización de 18 días.

Así se contrasta la hipótesis sobre la morbilidad y mortalidad materno neonatal secundaria en embarazo gemelar es cierto que hay factores de riesgo asociados que contribuyen a desarrollar diversas patologías en las madres como se lo expuso en este trabajo; hay que recalcar también que el principal problema materno atribuido a este diagnóstico es el aumento del índice de cesáreas. Los resultados presentados en los neonato son por demás relevantes; en ellos la morbilidad fue alrededor del 61% y la mortalidad el 5%. Se demostró que es una causa importante que eleva el número de neonatos pretérminos de bajo peso al nacer, es importante señalar entonces que estos resultados fueron solo en los que se confirmó embarazo gemelar mayor de 28 semanas con fetos vivos y con datos completos dejando fuera del estudio a 138 pacientes que no cumplen con los criterios de inclusión indicados en el estudio.

CAPITULO IX

CONCLUSIONES

Con la culminación de esta investigación se concluye:

- El Embarazo Gemelar se presenta en mujeres de edad fértil independientemente de su edad y que la paridad no tiene relevancia en esta patología.
- Los partos distócicos cesáreas aumentaron drásticamente por causa obstétrica y fetal, en este estudio el 71.8% fueron cesáreas por primera vez.
- Los principales factores asociados a Embarazo Gemelar fueron el TPP, RPM, Distocia de presentación.
- Las hospitalizaciones maternas previas a la culminación del embarazo fueron del 12%. Sin embargo el 2,2% necesito más de 1 hospitalización.
- Se obtuvo valores elevados de presión arterial en un 12 % y proteinuria positiva en el 3% de la muestra.
- Se concluyó valores bajos de hematocrito en un 40,7 % y extremadamente bajos en un 5%.
- Se determinó valores de glicemia en ayunas superiores a 105g/dl en un 9.8%.
- No existió mortalidad materna.
- El Embarazo Gemelar determino neonatos pretérminos en el 64 % y un 13% adicional de prematuros extremos.
- El peso bajo al nacer en el 84% mientras que el extremo bajo peso alcanza el 13%.
- Tanto el peso como la prematuréz son factores que aumentan morbi - mortalidad neonatal.
- Se presentó cierto grado de hipoxia fetal al minuto en el 4%, persistiendo a los 5 minutos en el 0,5 al 1 % en el primer y segundo gemelar respectivamente.
- La mortalidad neonatal fue del 5%.
- La hospitalización neonatal mayor de 1 semana es del 21% y 24% en el primero y segundo gemelar respectivamente.

- Las principales patologías presentadas fueron en orden descendentes: Prematuréz, Bajo Peso al Nacer, SDR, Riesgo de Infección, HBN, EMH, Sepsis temprana y tardía, Hemorragias intra-ventriculares.

CAPITULO X

RECOMENDACIONES.

Recomendamos entonces:

- Fomentar la importancia de los controles prenatales especializados para detectar pacientes de riesgo, y entonces prever y tratar adecuadamente al binomio.
- Socializar el protocolo de atención para embarazo de alto riesgo del Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor en unidades de salud referenciales.
- Orientar e informar a la futura madre sobre los factores de riesgos propios de cada etapa que podrían complicar su embarazo.
- Realizar exámenes de descarte sin excepción.
- En el momento del parto contar con el equipo adecuado y completo de profesionales para brindar la atención eficaz y oportuna hay que recordar que los primeros minutos marcaran la diferencia.
- Estar consciente de la toma de decisiones en el momento certero, compartir criterios en casos especiales hacer las excepciones pertinentes.
- Considerar la posibilidad de controlar y culminar estos embarazos en unidades especializadas de salud pensando en el bienestar del binomio.
- Continuar con trabajos investigativos a largo plazo sobre todo por la incógnita que nos deja el futuro de estos neonatos prematuros.

CAPITULO XI

BIBLIOGRAFIA

1. ASOCIADOS, C. M. E. E. N., & GESTACIONES, C. (2009). Complicações maternas e ocorrências neonatais associadas às gestações múltiplas resultantes de técnicas de reprodução assistida. *Revescenferm USP*, 43(1), 103-9.
2. Cabero, L 2007. *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. Madrid.- España. Editorial Panamericana. Página 635-641.
3. Ceriani Cernadas, J. M. (2011). El notable y significativo aumento de los embarazos múltiples y sus desfavorables consecuencias. *Archivos argentinos de pediatría*, 109(3), 194-195.
4. Couret Cabrera, M. P., Oliva Rodríguez, J., & Tamayo Lien, T. (2010). Servicio de Medicina Fetal y el Hogar Materno en el seguimiento del embarazo múltiple. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(4), 510-518.
5. CRUZ, Esther, et al. Mortalidad perinatal en gestaciones múltiples. Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España: 2000-2009. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 2011, vol. 76, no 3, p. 155-161.
6. Danforth 2007. *Obstetricia y Ginecología*. Distrito Federal.- México. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Página 237-258.
7. DEL ECUADOR, Asamblea Constituyente; CONSTITUCIONAL, TRIBUNAL. Constitución de la República del Ecuador. Extraído el, 2008, vol. 21.
8. García-Ruiz, R., Rodríguez-Martínez, J. A., Ortiz Ruiz, M. E., & Matute Labrador, Á. (2010). Embarazo múltiple: Incidencia, morbilidad y manejo en el Centro Médico ABC. *AnMed (Mex)*, 55(3), 122-6.

9. González, R., Nien, K. H. K., Vera, C., Poblete, J. A., Abarca, M., & Oyarzún, E. (2011). ¿Existe un aumento de los nacimientos en Chile en el período 2000-2009? Análisis de los principales indicadores materno-infantiles de la década. *Rev Chil Obstet*, 76(6), 404-11.
10. Herrera, J. A., Ersheng, G., Shahabuddin, A. K., Lixia, D., Wei, Y., Faisal, M., ...& Akhtner, H. (2008). Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. *Colombia Médica*, 37(2-1), 6-14.
11. Hernández Cabrera, J., Hernández Hernández, D., Rendón García, S., Dávila Albuerno, B., & Suárez Ojeda, R. (2008). Embarazos múltiples y su influencia en los principales indicadores perinatales. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 29(3), 0-0.
12. Herrera, R. J. H., Ortiz, Y. D. R. R., Galván, L. G. A., González, R. R., Santos, R. F., & González, M. E. T. (2009). Mortalidad perinatal en embarazos múltiples. *Ginecol Obstet Mex*, 77(3), 147-50.
13. Lugo Sánchez Ana, Álvarez Ponce Vivian, Rodríguez Pérez Alfredo. Factores epidemiológicos de la hipertensión en el embarazo. *Rev Cubana ObstetGinecol*. 2009 Abr.
14. Lugones Botell, M. (2013). La mortalidad materna, un problema a solucionar también desde la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(1), 1-2.
15. Mares, M. Ó. N. I. C. A., & Casanueva, E. S. T. H. E. R. (2010). Embarazo gemelar: Determinantes maternas del peso al nacer. *PerinatolReprodHum*, 15(4), 238-244.

16. Montoya, J. B., Muñoz, E. R., Rivera, E. C., Villaseñor, B. L., de la Jara Díaz, J. F., & Canedo, T. H. (2012). Resultados perinatales adversos en mujeres mexicanas con embarazos gemelares por reproducción asistida vs gemelares espontáneos. *GinecolObstetMex*, 80(7), 445-453.
17. Rasines, M. I., & Aller, J. (2009). Embarazo múltiple.
18. Rodríguez Velázquez, Lisandra et al. Siamese. *Rev Cubana ObstetGinecol*[online]. 2012, vol.38, n.3, pp. 406-414.
19. Schwarz, R 2008. *Obstetricia*. Buenos Aires.- Argentina. Editorial El Ateneo. Página 166-174.
20. Torres-Torres, C., Pérez-Borbón, G., Benavides-Serralde, J. A., Guzmán-Huerta, M. E., & Hernández-Andrade, E. (2010). Prevalencia y complicaciones del embarazo gemelar monocorial biamniótico. *GinecolObstetMex*, 78(3), 181-186.
21. Tornero Gómez MJ, Sánchez Romera JF, Colodro Conde L., Ordoñana Martín JR. Evolución de las múltiples entregas en la región de Murcia 1996-2008: implicaciones psicosociales. *Enferm. glob.* 2011 Jan, 10 (21)
22. Tumbarell Villalón, I. M., Abraham Dusté, L. M., & Montes de Oca García, A. (2012). Embarazo múltiple. *Medisan*, 16(7), 1165-1169.
23. Vázquez, J. F. M., Pérez, J. A. C., Benítez, P. J. C., & Dorantes, J. G. A. (2011). Mortalidad, morbilidad y límite de viabilidad de los recién nacidos de muy bajo peso en el Hospital Ángeles Lomas. *ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES*, 9(4), 186.
24. Williams, W 2007. *Obstetricia*. Distrito Federal.-México. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Página 859-854.

CAPITULO XII

ANEXOS

1.1. ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Historia Clínica			
Edad	< 18 años	18-30 Años	>30 años
Residencia	Urbana	Rural	
Paridad	Nulípara	Múltipara	
Controles prenatales	Si	No	Cuantos
Tensión arterial	<140/80	>140/80	
Proteinuria	Positiva	Negativa	Cuanto
Hematocrito	<33 g/dl	>33 g/dl	
Glucosa	< 105mg/l	>105mg/l	
Vía parto	Vaginal	Cesárea	
Hospitalización materna	Si	No	Anteriores
Edad gestacional	28- 32 semanas	33 -36 semanas	>37 semanas
Peso fetal RN1 Peso fetal RN2	<1500g	1500 - 2500g	>2500g
Apgar RN1 Apgar RN2	0 - 3	4 - 6	>7
Hospitalización RN1 Hospitalización RN2	Si	No	Cuantos días
Muerte neonatal	Si	No	
Malformaciones fetales	Si	No	

1.2 ANEXO 2

LISTADO DE PACIENTES QUE FORMAN PARTE DEL ESTUDIO

H CI	APELLIDOS NOMBRES
20579212	PIZA CALDERON ANNABELLA TATIANA
20662482	RIOS CORONADO GRETA ELISABETH
20661802	HERNANDEZ GUISAO SAIDA ORFIDIA
20507050	HUACON NAPA YESSENIA ALISABETH
20370789	ARROYO VALDEZ ANTONIA SANDRA
20662365	ALAVA BRIONES TATIANA CAROLINA
11079374	UBILLA MACIAS IDELIS BACILISA
20612012	COBOS SANCHEZ VIVIANA LUIGINA
20244725	LOZANO SAÑUDO VILMA ROSA
20215850	GALLARDO IBARRA MONICA PAMELA
20559802	GUAMAN BORJA MAYRA ALEXANDRA
20414772	PLUAS BARZOLA MONSERRATE MARGARITA
20534050	VILLAFUERTE DIAZ GRACE DEL ROSARIO
20532380	ZAMBRANO ZAMBRANO MARIELA JUDITH
20662845	ESPINOZA ALVARADO SILVIA PATRICIA
20502102	MENDOZA MEZA DAISY ALEXANDRA
20663171	SUAREZ GALARRAGA SILVIA XIMENA
20464326	PINARGOTE TORRES MARITZA MONSERRATE
30240785	DIAZ RUIZ KARINA LISETTE
20517890	ORDOÑEZ VALENCIA YAJAIRA BEATRIZ
20648649	DIAZ CANALES CLARA ELISABTH
11076162	LAINES PARRALES LADY ISABEL
20385053	RAMOS LOOR ERIKA MARIA
20463488	MENDEZ ORTIZ INGRID ADELAIDA
20301283	PACHAY MEDINA NEREIRA MERCEDES
20658665	ALARCON GUERRERO DIANA SUSANA
20658399	PALACIOS PACHECO ANA KARINA
20658008	FIENCO PINCAY BEATRIZ STEFANYA
20292275	CISNEROS ORRALA PAOLA DEL ROCIO
20660701	IBARRA VERA ELEUCADIA MARIA
20406246	COLON CALDERON EVELYN JACQUELINE
20651899	HERRERA ZULETA LADY DEL ROCIO
20660642	CARRILLO MOREIRA SOLANGE JESSENIA
20396258	MERCHAN TOALA MARIA ELIZABETH
20661609	CHESME QUIJIJE VERONICA DE LOS ANGELES
20661603	BAQUERIZO DE LOS SANTOS KARINA

20607955	TENESACA GUAMAN SANDRA ALICIA
20597597	SAEZ SAEZ MARIA ROSARIO
20656369	SANCHEZ FALCONES ROSA BEATRIZ
20479560	ANGULO JAMA ROSA EMILIA
20665834	BONILLA CHANG MAYLING LORENA
20611404	PINDE CADMILEMA ELENA ISABEL
20274276	SABANDO BERMUDEZ DENNY MARIELA
20412762	PERERO MARQUEZ CYNDI LEONELA
20396731	ZAMBRANO ALEMAN ANA PILAR
30163774	MUSO DOMINGUEZ THALIA MARICELA
20425422	VARGAS YEPEZ JESSICA LEONOR
20414807	CHOEZ SOLEDISPA ROSALIA DEL PILAR
40803270	PADILLA COBOS GABRIELA MICHELLE
40039373	VARGAS FAJARDO MERCY MARIVEL
20624242	ARELLANO RAMOS MARIA MAGDALENA
20402601	VARGAS MENDEZ KAREN VIVIANA
20664739	ENRIQUEZ PATIÑO LOURDES TATIANA
20664711	AGUIRRE RIOS MARLENE NICOLASA
20665245	DE MERA SANTOS MARCELINA MARGARITA
20664424	MEDINA ZAMORA DIGNA ISABEL
20664327	BARCO LAMILLA DIANA VICTORIA
20664266	PADILLA AGUILAR ANA MARIA
20664255	GARCIA OCHOA MARJORIE GABRIELA
20661274	HERRERA ROMERO HILDA YESENIA
20664440	DIAZ PEREIRA MAIRA JOHANA
20665156	MORALES PEÑA DOLLY MERCEDES
20665466	JACOME JACOME MIRIAN ELISABETH
20495275	BAREN ZAMBRANO MELVA VERONICA
20664067	BRAVO CASQUETE GLADYS ISABEL
20664061	CUBERO MORAN AMINTA YAIRA
20665321	GARCIA BORBOR JESSICA YADIRA
20469048	QUIMIS QUIMIS MAIRA ESMERALDA
20482248	PISCO ROMERO JULIA ELENA
20656545	UBILLA RIVAS MILDRED AMPARITO
20663821	SALAS BARZOLA BLANCA JOMAIRA
20673462	VALAREZO BARRO VANESA ESPERANZA
20673376	GUAMAN VELEZ PAOLA ALEXANDRA
20673166	VERDESOTO RODRIGUEZ ANDREA STEFANIA
20674137	ZUÑIGA ALVAREZ TERESA PAOLA
20474435	CRUZ WALSH JENNIFER CAROLINA
10636335	CEPEDA VERA JULIETA ANTONIA
20659396	VINCES MONTESDEOCA ERIKA CAROLINA

20667168	ARAGUNDI MEZA JESSICA KATHERINE
20341611	PEÑALOZA PEÑAFIEL ANA LUCIA
20613048	ZAMBRANO LOPEZ STEPHANIE DEL ROCIO
20667820	ARREAGA POSLIGUA GENESIS MARIA
20668609	SALINAS VASQUEZ MARITZA ALEXANDRA
30090648	LOPEZ GAIBOR GABRIELA PRISCILA
20513886	QUIMI LLIVISACA TERESA DE JESUS
20668485	HERRERA AVILA MERCEDES MARGARITA
20669173	MARTILLO RENDON ANDREA CAROLINA
20529283	RIVAS ARAUJO LILIANA GRACIELA
20400974	ZAMBRANO TORRES MARJORIE YESENIA
20399988	CALDERON LINDAO ROSA CECILIA
20447694	CHILA ARROYO KATHERINE JICELA
20565696	JIMENEZ MACIAS BETSY ADELAIDA
20667644	DOMINGUEZ ALARCON MARIA LORENA
20667639	CHIQUITO REYES ANA ALEXANDRA
20666385	MOSQUERA ALAVA TATIANA MARIBEL
20666541	CHILA VARGAS ESTELA ROCIO
20667147	SANCHEZ RAMOS VICKY ESTEFANIA
20573916	MUJICA VAQUE JESSENIA CONSUELO
20282171	ARREAGA HIDALGO MARIA LOURDES
20623141	ARMENDARIZ HERNANDEZ JESSICA LORENA
20444508	PINELA TORRES CRISTINA MARIBEL
20663734	RUIZ HIDALGO JESSENIA ALEJANDRA
11180068	LASCANO VERA JEXIE PRISCILA
20565695	ESPINOZA CHERNE JUANA ALEXANDRA
20671240	VITE PINTO REYNA DEL CARMEN
20632357	MARQUEZ MORENO ANA ALEJANDRA
20662039	MACIAS MITE KATHERINE DAYANNE
20661473	CORNEJO ALAVA SULAY JAHAIRA
20533306	BORBOR ELAO NANCY DEL ROCIO
20454165	VALLEJOS CACERES NELLY MERCEDES
20532177	MOREIRA ARTEAGA LUISA JUSHICO
20658154	ARIAS MANDIOLAZA LADY XIOMARA
20267527	LUCAS QUIIJE ROCIO MARGARITA
20577300	NAVAS BENAVIDES JACQUELIN ALEXANDRA
20575224	COELLO SANCHEZ KAREN ANDREA
20411139	RAMBAY CEVALLOS VANESSA CARLOTA
20482674	MAZA PANIMBOZA CECILIA LOURDES
20471587	CALLE QUIIJE ANABELL JIMENA
20669886	SEGOVIA NEIRA YADIRA JACQUELINE
20508866	MONGE ASMAL DIANA ALEXANDRA

20502694	ECHEVERRIA CHALAR SEIMA LEONOR
20669731	PINCAY QUIÑONEZ PAMELA
20669624	PITA TOMALA MONICA EMPERATRIZ
20657196	URIARTE MONTOYA GENESIS LILIBETH
20376552	RODRIGUEZ QUINTERO SILVIA EUGENIA
20091770	CARRION RAMIREZ GEOCONDA DOLORES
20151696	RUIZ ZAMBRANO LOURDES MONSERRATE
20463646	PAZOS CARRILLO ADRIANA PAOLA
20671855	VERA MORAN JULIA GERMANIA
20583770	ALMEIDA ADRIAN KATHERINE SUGEY
20696853	GUAMAN LLIGUILEMA DELIA DOMINGA
20551869	RAMOS PUESCA MIRELLA ALEJANDRINA
20545544	HURTADO CAICEDO CARMEN MARIA
20695303	MONTES ARAUJO HILDA JANETH
20696807	ALONZO DELGADO MARITZA ELIZABETH
20696781	SOLIS LEON JOMIRA ISABEL
20697496	MENDOZA BAREN DIANA MONSERRATE
20695914	MUÑOZ BUSTE MONICA PILAR
20291612	ESTRADA VARGAS SONIA LORENA
20362960	CHILAN PEÑAFIEL YANINA MARITZA
20587653	PARRALES LOPEZ YESENIA MARIBEL
20681485	VEGA HEREDERO CARMEN CECILIA
20360956	DE LA CRUZ TOMALA MARLENE ISABEL
20679603	JADAN LOPEZ NUBIA ALEXANDRA
20675778	AGUIRRE CHILAN VERONICA ELIZABETH
20382159	POLANCO TORREZ LUCY FELIA
20487357	MUÑIZ CHIQUITO SILVIA PATRICIA
20246892	MUÑOZ MACIAS MARTHA MERCEDES
20321753	ANDRADE SALGUERO NARCISA DAYSI
30284024	HURTARES DE LA ROSA TATIANA BEATRIZ
20483109	OJEDA QUIMI JENNY ELIZABETH
20633704	LEON MORA MARIA AUXILIADORA
20675410	CUSME VITE MARIA FERNANDA
20510191	PALACIOS CEVALLOS ALEJANDRINA ALEXI
20501660	RONQUILLO MORA FLOR MARIA
11001672	RIVERA ZAMBRANO DOLORES ELIZABETH
11102041	GARRIDO ROJAS CARMEN CECILIA
20352775	DOMINGUEZ MARIDUEÑA TANIA MERCEDES
20671993	BOZA CABRERA MARIA ESTHER
20424883	BUSTAMANTE SELLAN BERTHA IRLANDA
20663241	SALTOS SALTOS GEMA LISBETH
20671973	DE LA CRUZ BALON FABIOLA ANGELICA

20671960	BARZOLA PINARGOTE PAULA JACQUELINE
20672792	AVILA FLORES GLADYS APOLONIA
20660627	MARTINEZ VALENCIA ANNE MATILDE
20668270	VILLAVICENCIO TENE LADY ANDREA
20332092	ORTIZ PEÑAHERRERA FABIOLA IGNACIA
20494671	CHOEZ RIASCO JESSICA NATHALY
20662681	MENDOZA LOOR MARIA GABRIELA
20661994	MACIAS CEDEÑO MARIA LOURDES
20511054	REYES LAGE MARIA ISABEL
10754892	MACIAS QUIMIS INES ZOILA
20446805	CONTRERAS LA ROSA GLENDA BEATRIZ
20673585	BRAVO VERA KATY MERLEY
20673776	MEJIA BAIDAL MAYRA GISELLA
20673724	MERCHAN VITERI GLADYS MATILDE
20674404	CALDERON MIRANDA JESSICA DEL PILAR
20396429	PINCAY MERCHAN IRENE GUADALUPE
20674545	VITERI ROJAS INGRID NATALI
20417299	TOAPANTA QUINGALUIZA JOHANNA PASCUA
20272741	GARCIA JULIA GERMANIA
20253146	ARRIAGA HERRERA BLANCA ISABEL
20123747	WALLACE BURGOS ANA JOSELIN
11020184	CARDOZO CASTRO LAURA ALEXANDRA
40831801	SUAREZ RIVERA ANA SULAY
20679735	ARAGUNDI LOOR INES BEATRIZ
20669248	BETANCOURT CASTILLO SANDRA YESENIA
20677716	CHIRAU PONCE SANDY MARILU
20677715	BARZOLA YAGUAL JESSENIA SORAYA
20596411	DEL PEZO PRUDENTE JANETH ANGELICA
20676888	PILLIGUA RODRIGUEZ GERMANIA CRISTINA
20505980	CEDEÑO VILLAPRADO SILVIA MARIA
20225149	MORAN RIVERA MARLENE AZUCENA
20678176	AGUIRRE MUÑOZ MARCIA ALEXANDRA
11165154	LASCANO SANCHEZ DENNIS ELIZABETH
20474104	GUALPA LLIVICOTA LUCINDA ROSA
20681045	MAQUILON LOPEZ CLAUDIA JACINTA
20669540	POVEDA ALARCON GABRIELA ELOISA
30246993	PIGUAVE GURUMENDI LINDA LISBETH
20231411	REYES EUGENIO LILA YESSENIA
20681616	MORENO AVENDAÑO JESSICA JAZMIN
20441111	VERGARA GOMEZ ANA GARDENIA
10643514	REYES CAJO ANGELICA MARIA
20470280	CHOEZ ASUNCION GRISELDA DOLORES

20493543	RUIZ ORTIZ RAQUEL CLARIBEL
20503898	GUAMAN PAGUAY ROSA MARIAN
20681126	SINCHE CRIOLLO ROSA ROMELIA
20679898	LEON JIMENEZ SILVIA ARACELY
30153661	MURILLO LEON MARIA BEGONIA
20255408	DOMINGUEZ MIRANDA CANDIDA JUDITH
10866514	RIOS VILLEGAS MARITZA ELIZABETH
20681587	CHALEN REYES DIANA ARACELY
20585761	MORAN GUTIERREZ MARIBEL ESTEFANIA
30123049	MORALES SANCHEZ MIRIAM ESTEFANIA
20675971	ARANA RODRIGUEZ LIDIA ISABEL
10789477	ASEN ASSEN KARINA FABIOLA
20686723	TOMALA POZO YOMAIRA EVELYN
20686699	CORTEZ CASTILLO OLGA ROSA
20686654	PEÑAFIEL MOJICA ELIZABETH ALEXANDRA
20686406	GRANIZO QUINATO DELIA MARIA
20686349	CRUZ VILLAREAL STEFANIA ROCIO
20683816	REYES CHELE MARIA COCEPCION
20685821	MOSQUERA ALCIVAR ESTEFANIA YOMAIRA
20685820	LEAL MANTUANO BLANCA ZUCY
20682294	MORAN POZO DELIA DIGNA
20681731	LUNA YUNGA JOHANNA DEL ROSARIO
20609978	OCHOA TROYA ROSA PILAR
20322995	ESCOBAR VELASQUEZ SANDRA VERONICA
11182268	SALCEDO PRIETO MONICA JANETH
11212833	VELIZ MESA LILIANA IVETTE
10877228	ALAVA MONTAÑO EILIN MAGALI
20685985	QUICHIMBO SANCHEZ EVELIN GERMANIA
20630000	ABAD GAMBOA VIKY ELIZABETH
20487969	GOYA GOYA LAURA ELIZABETH
20438483	BRAVO ARMIJOS KAREN ADRIANA
20685308	FERRUZOLA BARZOLA NATHALY CINTHIA
11095278	OCHOA ESPINOZA DOMINGA MARILU
20683388	UVE MOREJON MERCEDES DEL CARMEN
20675495	ARCOS MALDONADO ANDREA MICHEL
20684526	RODRIGUEZ ALVAREZ LOURDES ADRIANA
20684887	TOSCANO VILLAVICENCIO CECILIA ALEXA
20684881	ROCAFUERTE PEÑAFIEL LADY DIANA
20645143	GODOY CADMELEMA ROSA LAURA
20534067	ENCARNACION PILLAJO XIOMARA MARICEL
20492683	MIELES MACIAS BELLA DALINDA
20394740	ALVARADO TOLEDO ANA ISABEL

20444925	MORAN ESTRELLA MARTHA LEONELA
20685086	INTRIAGO ZAMBRANO CARMEN MERCEDES
20633757	LAVAYEN DOMINGUEZ JOHANA DEL PILAR
20682570	GUAMAN GUAMAN MARIA CECILIA
20667306	MEZA GAMBOA ANGGIE MARIA
20347335	GARCIA FRANCO YAJAIRA JESSICA
20679783	BURNES DOMINGUEZ VANESA ALEJANDRA
20687510	GOMEZ COELLO YULI LISBETH
20530669	ZAMORA LEON DEYSI ELIZABETH
20688371	JOB ZAMBRANO SUYIN MAYLI
40807472	TIGRERO VILLON SILVIA ROXANA
20690303	COQUI PINO MAYRA ALEJANDRA
20593243	GUDIÑO LOPEZ STEPHANIE SAMANTHA
20689261	MINDA MURILLO MICHELLE BRIGITTE
20689548	BRIONES ESPINOZA NORIS ANNABEL
20689108	SABANDO ZAMBRANO ANA CIRA
20689047	COX ROSADO DIANA CAROLINA
20689321	BENITEZ NAVARRETE DIANA CAROLINA
20686180	MEDINA MINDIOLA HILDA ONDINA
20688794	AVILES ALVARADO KATIUSKA YAJAIRA
20687932	MORALES GOMEZ NANCY MERCEDES
20687717	ALMEIDA JARA KATTY KARINA
20553531	VALENCIA ZAPATA SHIRLEY PAOLA
20688779	SOLORZANO VILLAVICENCIO LANDY LISSE
20618625	HURTADO BRIONES FANNY MARGOTH
20616883	MITE ESCALANTE MIRELLA CECIBEL
20588061	GAMBOA PINCAY KAREN CAROLINA
20687796	VERA MORAN GENESIS ESTEFANIA
20685267	PALACIOS ARBOLEDA MARLENE PATRICIA
20687479	ALVARADO MORALES LOURDES ALEXANDRA
11093218	BAQUE SOLEDISPA MARIA ELENA
11039763	CASTILLO CANCHINGRE MARIA MERCEDES
20687277	CRUZ PAREDES PRISCILA NATHALY
20501385	MORA SOSA MAURA ISABEL
20685397	VALDIVIEZO SANCHEZ EVELYN JACQUELIN
20678866	LEON LUA DIANA PAULETTE
20547090	DIAZ FAJARDO GLADYS ERNESTINA
20638702	BAQUE CATAGUA HILDA LUCIA
20457755	MORAN CHAVEZ ANA MARIA
20393782	CORONEL TRIANA CARMEN INOCENTA
20376023	BAILON LEON LILIANA CECILIA
20682393	NARVAEZ PANTA LISSETTE DENISSE

20682324	VALDIVIEZO NAVARRETE DEYSI PRISCILA
20682263	BOHORQUEZ UREÑA LORENA ELIZABETH
20682983	ARMIJOS CABRERA MARJORIE STEFANIA
10947501	CASTRO MUÑOZ MARJORIE ALEXANDRA
20683489	BARROS MONTENEGRO PRISCILA ESTEFANI
20682790	SUAREZ ZAMORA JOHANA ISABEL
20681936	LEMA PILCO ROSA MARIA
20295032	ROMERO VARGAS ROSA INES
20660766	ISTURIZ RUIZ MILAGROS CAROLINA
20689114	PLUAS ANGAMARCA DIANA CAROLA
20679521	PRIETO ZUÑIGA ROSA JOHANNA
30041991	LOOR MENDOZA MARIA LORENA
20693703	QUIGUIRRE FREIRE MARCIA ALEXANDRA
20693698	OTERO OTERO GINGER DAYANA
20695010	PEÑARRIETA CORREA GENESIS TATIANA
11134471	GUERRERO PEÑAFIEL TAMARA DE LOS ANGELES
11021936	ZAMBRANO RAMIREZ JOSEFA ALEXANDRA
11251223	BRIONES CARDENAS MARIA ARACELLY
20692806	LEON GILBERT SUSANA GABRIELA
20473818	GARCIA VALLE ANGELA MARIA
20472083	CORONEL ZUÑIGA SONIA NARCISA
20695400	ESMERALDAS CEDEÑO INES YOLANDA
20550977	SALAZAR VIVERO SOFIA SULEMA
20596619	PONCE HURTADO EDITH DEL ROCIO
20695168	LOPEZ VERGARA JENNIFER VERONICA
20694525	ORRALA DOMINGUEZ CARMEN LUPE
20313848	ESPINOZA RUGEL SANDRA NOEMI
20689751	SANCHEZ AVILA TANYA ELIZABEL
20689497	SANCHEZ RODRIGUEZ ANABEL PILAR
20360038	PAREJA CASTRO MARITZA ROCIO
20256850	CHILAN CHOEZ KARINA CECIBEL
20532959	LANDETA REYES GRACE GRACIELA
20570594	GUERRA MARURI JESSICA ELISA
20696553	DELGADO CARRANZA JENNIFER JAZMIN
20696452	JUNCO CEDEÑO ANA DEL ROCIO
20684260	CASTRO BENITEZ ELSY LORENA
20480683	ALAVA ALMEIDA ANGELA MARIA
20696976	SANCHEZ PARRAGA CARMEN BETZABETH
20698026	VELASCO TORRES STEFANIA CAROLINA
20698545	QUEVEDO MARTINEZ LILIA JOSE
20463447	VALAREZO BAJAÑA MARGARITA ELIZABETH
20457062	CABEZA CARDENAS MARIEN ANDREINA

20685092	AURIA SAENZ PRISCILLA DE LAS MERCEDEZ
20696671	QUIÑONEZ GUERRERO LETTY TATIANA
20691162	QUITO MACIAS MARIA FERNANDA
20692431	INTRIAGO SILVA SANNY NATHALY
20690718	LOZA IBARRA ANA LUCIA
20522252	YANEZ MINA GINA ELIZABETH
20512965	VASQUEZ PEREZ YAJAIRA ELENA
40831830	SANCHEZ ABAD MARIA ALICIA
20692183	ALZAMORA ASUNCION LETICIA SUSANA
20163787	CANDELARIO OSORIO LIDIA PATRICIA
20690062	GOYA VERA ALBA ELVIRA
20680856	SANTOS AGUIRRE ROSARIO MARIBEL
20230266	VELEZ SALTOS BLANCA LUCIA
20698563	ARROYO CASTILLO TATIANA MARGARETH
20531948	SALTOS COELLO JESSICA KARINA
20691606	QUIRUMBAY YAGUAL MERLY GLADYS
20689403	LUNA QUINTO JENNYFER ROXANA
20686963	VILLAVICENCIO SABANDO ALBA LISETH
20689724	PINEDA REINOSO ROSA MAGALY
20685257	PARRALES SOLEDISPA NELLY JANETH
20684588	CAMPOVERDE VELIZ VALERIA ALEXANDRA
20684538	VASQUEZ ROBAYO MARIA DE LOURDES
20647615	VASQUEZ ZULETA CAROLA ELIZABETH
20046992	MANTILLA QUINTO MARIA ISABEL
20690235	CHOEZ HOLGUIN FAVIOLA CRISTINA
20694559	INTRIAGO BERMELLO ALEXANDRA ELIZABE
20682569	QUIÑONEZ CEREZO YULIZA YOJANNA
20692252	PRECIADO TORRES CARMEN CECILIA
20693376	MERA VERA VICENTA MARICELA
20628787	ACOSTA MEDINA JESSENIA
20583192	GONZALEZ BRAVO FATIMA MARIELA
20684178	TINOCO ALCIVAR DENISSE FERNANDA
11120538	ZAMBRANO CAGUA CRISTINA JUDITH
20487308	RAMIREZ ALMEIDA ANDREA DENISE
20702360	MORENO AUCATOMA GLADYS GABRIELA
20702288	RIVERA ACOSTA KARINA JESSENIA
20702069	ALAY ALAY VIVIANA MARICELA
20658471	NARANJO LOPEZ WENDY ELIZABETH
20701784	ALAY SANCHEZ ROSA MARIA
20581692	CACERES OROZCO KATTY IVON
20701693	ALTAMIRANO ALTAMIRANO LISSETTE VIVI
20608441	RODRIGUEZ DELGADO JESSICA VERONICA

20703098	SANCHEZ ALCIVAR CECILIA KARINA
20699287	BURGOS VERA DIANA JAZMIN
20695398	GUAZHCO ORTEGA GLORIA MARIA
20695350	RUILOVA RUILOVA JANNETH MARIZOL
10630595	CALLE ZUÑIGA MARIA ELENA
20488513	ORTIZ BARZOLA FLOR MARIA
20610096	VARGAS REYNA JEANETH ALEXANDRA
20685541	CABRERA MUÑOZ DEBORA ELIZABETH
20700018	SUICA DUCHICELA MARIA YOLANDA
20700016	MONTAÑO AYОВI HEIDY PAMELA
20699499	TROYA FLORES DIANA ELIZABETH
20491860	BONILLA CASTILLO EVELYN GRACIELA
20531121	SOLEDISPA VEAS JOHANNA JAZMIN
11203161	SANCHEZ FARIÑO ALLISON AURORA
11182148	GARCIA MACIAS VERONICA ALEXANDRA
20448165	INTRIAGO BURGOS MARIANA ELIZABETH
20442025	COROZO MEDINA LEIDI AMADELA
20325543	VERA INDIO LILIAM PRISCILA
20323440	ZAMORA VEINTIMILLA MARTHA DE JESUS
20693920	BUMBILA AVILES CLAUDIA STEFANNY
20708866	DIAZ GONZALEZ JOHANA MERCEDES
20708344	MORAN PALMA KEYLA MERCEDES
20695537	MACIAS PINCAY JOHANNA ELIZABETH
20707325	CABRERA FARIAS ROSARIO ESTHEFANIA
20708532	BANCHON PALACIOS MARTHA YADIRA
20572021	AGUIRRE GARCIA KERLY MARICRUZ
20707698	MAJI GUALLI MARITZA BEATRIZ
20694031	SANTOS MENDOZA STEPHANIA LENY
20707508	MEJIA CAICEDO ANA MARIA
20700851	RODRIGUEZ CATUTO SHIRLEY ROXANA
20708114	CASTILLO LOPEZ ANGELA CECILIA
20709030	GONGORA LOOR ESTHELA ISABEL
20559696	TENE GUAMAN BLANCA JANETH
20456491	NARVAEZ MANOSALVA ENRIQUETA YULIANA

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: “EMBARAZO GEMELAR COMO FACTOR DE RIESGO MATERNO NEONATAL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR 2010-2012”		
AUTOR/ES: Dra. CECILIA MARGARITA CASCO MANZANO	TUTOR: DR. PETER CHEDRAUI	REVISORES: DR. ANGEL ORTIZ
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL	FACULTAD: CIENCIAS MEDICAS	
CARRERA: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	No. DE PÁGS: 66	
TÍTULO OBTENIDO: GINECOLOGO - OBSTETRA		
ÁREAS TEMÁTICAS: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		
PALABRAS CLAVE: Embarazo Gemelar, Morbilidad Materna, Morbilidad Neonatal, Factores de Riesgo, Prematurez.		
RESUMEN: Con este estudio investigativo se ha determinado el efecto del embarazo gemelar sobre la resultante materno neonatal en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor 2010-2012 y con ello se establece las principales afecciones en la salud de las Madres y los Neonatos. Además establecer los factores de riesgo asociados al embarazo gemelar, se determinó que las pacientes del estudio tuvieron ingresos hospitalarios anteriores y controles prenatales institucionales, logrando establecer nuestra propia estadística. Materiales: Se realizó un estudio descriptivo analítico de corte transversal; en el que la muestra consto de pacientes con diagnóstico de embarazo gemelar confirmado igual o mayor de 28 semanas de gestación (406 pacientes). Se estudiaron variables materno – fetales en relación al tema. Resultados: este trabajo investigativo concluye arrojando los siguientes resultados: incidencia de embarazo gemelar 1% los mismos que tienen vía de parto quirúrgica cesárea 96,3%, siendo sus principales causas el TPP (77%), el RPM (40,8%), distocia de presentación (43,8%) siendo también causas de morbilidad materna: anemia (46%), diabetes gestacional (9,8%), HIE (9%), hemorragia postparto (3%) y preeclampsia (3%), controles prenatales adecuados (20%), hospitalización materna previa (13%). Al igual que lo refiere la literatura los efectos en neonatos causan una estadística de morbi-mortalidad elevada: Prematurez (64%), Bajo peso al nacer (83%), SDR (28%), RI (19%), EMH (9,8%), Sepsis (7%), hipoxia neonatal al minuto (4%), a los cinco minutos (1%), estancia hospitalaria mayor a siete días (23%), mortalidad neonatal (4%).		
No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF: SI	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES CECILIA MARGARITA CASCO MANZANO	Teléfono: 0994245868	Email: ceciliacascom@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nadia Guerrero Secretaria	
	Teléfono: (04) 2288080	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	