

ARTÍCULO CLÁSICO

Nueva estrategia para el diagnóstico precoz de la preeclampsia-eclampsia en Villa Clara

MSc. Dr. Juan Antonio Suárez González¹

DrC. Alexis Corrales Gutiérrez²

Dra. Maria Rosa Cabrera Delgado³

MSc. Dr. Mario Gutiérrez Machado⁴

MSc. Dra. Vivian de las Mercedes Cairo Gonzalez⁵

Dra. Lourdes Rodríguez Royelo⁶

RESUMEN

Se presentan los resultados en la atención prenatal de gestantes con riesgos de preeclampsia-eclampsia en el Municipio de Santa Clara, Villa Clara en el período desde noviembre de 2009-agosto de 2010 con el objetivo de demostrar la incidencia de factores predisponentes de la preeclampsia en un grupo de gestantes de riesgo y las acciones de salud que pueden mejorar la atención prenatal en estos grupos, para disminuir la morbilidad y mortalidad asociada a estas entidades. En la consulta se han atendido un total de 128 gestantes en este período, pertenecientes a los seis policlínicos de Santa Clara; se les realizó un seguimiento estrecho con enfoque de riesgo durante la atención prenatal, para lograrlo se realizó un flujograma de trabajo adaptado a estas gestantes. Más de la mitad de la muestra tenían desnutrición al inicio del embarazo (60.15%) con predominio de la obesidad (32.03) y el sobrepeso materno (25%); el 46.87% son nulíparas, el 43.75% con riesgo de diabetes mellitus gestacional y el 32.03% hipertensión arterial crónica. Existe un número importante de gestantes con factores de riesgo vascular y del síndrome metabólico. Se tomaron medidas específicas con este grupo como son los suplementos de calcio y aportes de 125mgs de aspirina, así como la utilización de los hogares maternos para mejorar la atención a estas gestantes.

DeCS:

EMBARAZO DE ALTO RIESGO
HIPERTENSION INDUCIDA EN EL
EMBARAZO
PREECLAMPSIA/diagnóstico
ECLAMPSIA

SUMMARY

The results in prenatal care of pregnant women with risk of preeclampsia/eclampsia in the Municipality of Santa Clara, Villa Clara, during the period from November 2009 to August 2010 are shown here with the aim of demonstrating the impact of predisposing factors for preeclampsia in a risk group of pregnant women. The health actions that can be taken to improve prenatal care in these groups, to reduce morbidity and mortality associated with these conditions, are also shown. A total of 128 pregnant women were treated in the consultation during this period. They belonged to the six polyclinics in Santa Clara, and were followed up closely with a risk approach during the prenatal care. To achieve this, a flow chart was adapted to these pregnant women. More than half of the sampled women were undernourished in early pregnancy (60.15%) with a prevalence of obesity (32.03) and maternal overweight (25%); 46.87% were nulliparous, 43.75% at risk for gestational diabetes mellitus and 32.03% for chronic hypertension. A significant number of pregnant women had vascular risk factors and metabolic syndrome. Specific measures were taken with this group such as calcium supplements and aspirin 125mgs, and the use of maternity homes to improve care for these pregnant women.

MeSH:

PREGNANCY, HIGH-RISK
HIPERTENSION, PREGNANCY-
INDUCED
PRE-ECLAMPSIA/diagnosis
ECLAMPSIA

INTRODUCCIÓN

El embarazo puede inducir una hipertensión arterial (HTA) en mujeres sanas o bien agravar una hipertensión preexistente; en general, los trastornos hipertensivos que complican el embarazo son frecuentes y, junto a la hemorragia y la infección, constituyen las tres primeras causas de muertes maternas directas, por lo que es uno de los grandes problemas de la Obstetricia.¹

Factores que en una gestante incrementan el riesgo de desarrollar una preeclampsia:

1. Edades en los extremos de la vida reproductiva.
2. Factores ambientales.
3. Paridad (nulíparas).
4. Predisposición genética.
5. Raza (mayor predisposición en la raza negra).
6. Sobredistensión uterina.
7. Malnutrición.
8. Presencia de anticuerpos antifosfolípidos.
9. Antecedentes de diabetes, hipertensión arterial crónica y enfermedad renal.²

La literatura médica destaca que en las mujeres más jóvenes, y a su vez nulíparas, es en las que más influye la hipertensión,³ lo que permite aceptar las teorías hereditarias, inmunológicas, etcétera y que se interprete, fundamentalmente, por una mayor resistencia del músculo uterino y una deficiente adaptación del árbol vascular a las necesidades que impone la gestación; mientras que en la mujer mayor de 35 años, a la que se suma la multiparidad, se explica por los daños ya crónicos del sistema vascular, que sufre desgastes a causa de la edad, con la consecuente esclerosis que compromete el aporte sanguíneo adecuado en un nuevo embarazo y establece una insuficiencia circulatoria con isquemia uteroplacentaria.⁴

El reconocimiento temprano de la enfermedad es la clave para realizar un tratamiento adecuado.⁵ La preeclampsia-eclampsia es una enfermedad multisistémica de etiología desconocida en la que aparece un sustrato fisiopatológico de hipoxia tisular generalizada, particularmente en la microcirculación, con repercusión multisistémica que afectará, especialmente, al riñón, el hígado, los vasos sanguíneos y el sistema nervioso central.^{6,7} La hipoxia, por otras razones (hipóxica, anémica), agravará más la situación de la paciente al incrementar el insulto a la microcirculación.

Con el objetivo de detectar la aparición de la preeclampsia y los signos de agravamiento de la misma en un grupo de gestantes de alto riesgo del Municipio de Santa Clara, Villa Clara, se decide implementar una Consulta de Riesgo de Preeclampsia-eclampsia para atender a las gestantes con factores de riesgo identificados desde el primer trimestre del embarazo y, a partir de un flujograma de trabajo, brindar un seguimiento integral con enfoque de riesgo y, adjunto a la atención prenatal, ofrecer un esquema de seguimiento diseñado al efecto. Los principales resultados, con un corte a los seis meses de la consulta, se presentan en este trabajo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para demostrar los resultados preliminares de la Consulta de Riesgo de Preeclampsia-eclampsia en el Municipio de Santa Clara, Villa Clara, en el período de noviembre de 2009-agosto de 2010. La muestra se conformó con 128 gestantes con al menos dos factores de riesgo de preeclampsia-eclampsia incorporadas a la consulta en la que se identificaron, en un primer encuentro, los factores de riesgo y se clasificaron para diseñar estrategias de seguimiento en ese sentido; en dependencia del riesgo específico de cada paciente se aplicaron medidas generales y dirigidas a las gestantes con riesgos incrementados. A partir de la evolución individual de cada gestante se tomaron medidas para minimizar los riesgos en este grupo de mujeres, independientemente del flujograma establecido para la consulta (anexo).

Se procesó la información a través de una base de datos creada en el sistema procesador SPSS para Windows versión 11. Se realizó un resumen en tablas y gráficos estadísticos y se agruparon según la frecuencia de los diferentes atributos de cada variable, se expresaron mediante valores absolutos y porcentajes, también se aplicó la prueba de Chi cuadrado y la significación estadística si $p=0,005$.

RESULTADOS

Entre las gestantes con riesgos incrementados de preeclampsia-eclampsia se aprecian múltiples factores predisponentes que incrementan el riesgo individual en cada caso. De forma general en la tabla 1 se refleja el predominio de la desnutrición materna (60.15%) a expensas de la obesidad (32.03%) y el sobrepeso (25%), la nuliparidad en el 46.87%, las edades extremas de la vida en un 35.93%-8.59% de adolescentes y 27.34% mujeres con avanzada edad materna (mayores de 35 años)-, 36 pacientes (28.12%) con antecedentes de preeclampsia en embarazos anteriores y 41 hipertensas crónicas diagnosticadas desde la captación; 30 (23.43%) gestantes asumen este embarazo con una pareja sexual.

En la ingestión de calcio previa a la gestación se informan cifras muy llamativas: 76 gestantes (59.37%) con déficit en la ingestión previa y 80 (62.5%) durante el embarazo; también resulta significativo el elevado número de gestantes (56) con cifras de glicemia elevadas en la captación, para un 43.75%, y de triglicéridos 74 (57.81%).

En las mediciones antropométricas resultaron elevados los valores de la circunferencia abdominal antes de las 20 semanas; con cifras superiores a 88cms se informaron 92 gestantes (71.87%) y 55 con una circunferencia medio braquial por encima de 30cms. Las alteraciones renales detectadas por ultrasonografía también son significativas en un importante número de gestantes pues, de forma global, se encontraron 31 gestantes con alteraciones ultrasonográficas renales. No resultaron altamente significativos los hallazgos en el fondo de ojo (3.90%), el electrocardiograma (3.12%) ni en las alteraciones en el perfil renal ni la anemia. A partir de estos diagnósticos se imponen estrategias de trabajo para minimizar los riesgos en estas gestantes. En la tabla 2 se exponen las principales medidas de salud encaminadas a las gestantes con riesgos de preeclampsia-eclampsia tales como garantizar la ingesta de suplementos de calcio en la dieta de las deficitarias, para ello se indicaron suplementos de carbonato de calcio al 85.93% de las pacientes, además de 125mgrs de aspirina en todos los casos que no tenían contraindicado su uso.

Se ingresaron 16 gestantes en los hogares maternos por indicaciones propias de la consulta, sin tener en cuenta otros motivos de ingresos; también requirieron ingresos hospitalarios un número de gestantes por indicaciones más precisas. La consulta funciona de forma integral y requiere, en algunas oportunidades, el concurso de otras especialidades como Nefrología, Angiología, Oftalmología, Cardiología y Neurología. Estas interconsultas excluyen los elementos que implica el flujograma, o sea, todas las gestantes se realizan un fondo de ojo con la Especialidad Oftalmología, pero esto no se contempla como interconsulta. A partir de estas estrategias se reúnen elementos para implementar acciones seguras para con las gestantes riesgos que, a partir de los diagnósticos de la consulta, requieran el mismo.

DISCUSIÓN

Entre los factores predisponentes encontrados en esta muestra y en correspondencia con la literatura revisada están:

1) Nuliparidad: desde 1694 Mariceau observó que las primigrávidas tienen mayores posibilidades de desarrollar convulsiones que las multíparas; infinidad de investigaciones posteriores han confirmado esta observación. Por ejemplo: de las 75 000 mujeres que dieron a luz en el Parkland Hospital de Texas entre 1990 y 1994 el 16% de las nulíparas presentaron HTA en comparación con el 7% en

multíparas. Sibai y colaboradores confirmaron este mayor riesgo en una investigación realizada en 1995.^{8,9}

2) Historia familiar y factores genéticos: hay una tendencia hereditaria en la preeclampsia. Chesley y Cooper estudiaron a las hermanas, hijas, nietas y nueras de pacientes eclámpicas que dieron a luz en el Margaret Hague Maternity Hospital entre 1935 y 1984 y llegaron a la conclusión de que la enfermedad es altamente hereditaria y que el modelo de gen único con una frecuencia de 0.25 explicaba mejor sus observaciones; también se consideró posible una herencia multifactorial.^{5,9} Brown y colaboradores en 2000 arribaron a la conclusión de que una respuesta humoral materna dirigida contra anticuerpos anti-HLA DR fetales podría influir en el desarrollo de la HTA inducida por el embarazo;^{5,10} Dizon y Townsend describieron en 1996 una asociación de la mutación de Leiden del factor V con la preeclampsia grave y Kupfermic y colaboradores¹ informaron un aumento de esta última y otras mutaciones trombofílicas (resistencia a proteína C activada y mutación de citosina a tiamina, mutación en el nucleótido 20 210 en la protrombina) en pacientes con preeclampsia y otras complicaciones obstétricas. En un comentario editorial a esa publicación Sibai señala que para poder determinar adecuadamente esto habría que hallar la incidencia de preeclampsia en pacientes con estas mutaciones;⁹ algunos trabajos posteriores confirmaron los hallazgos de Kupfermic, pero otros no.^{10,11}

3) Gestación múltiple: Hamilton, en 1775, fue el primero en observar que la gestación múltiple predispone a la preeclampsia-eclampsia; la incidencia puede llegar a ser seis veces mayor que en el resto de los embarazos. Se considera también que los embarazos múltiples eliminan la "inmunidad" que le confiere la multiparidad.^{5,9} Entre los resultados de este trabajo no aparecen embarazos múltiples pues estos, aun cuando tienen riesgo de preeclampsia-eclampsia, se siguen con un protocolo de ingresos en hogares maternos desde las 20 semanas aproximadamente y no reúnen criterios para este estudio.

4) Diabetes mellitus: la primera indicación clara de que esta enfermedad predispone a la preeclampsia la dio Priscila White en 1935 cuando describió 257 embarazos en 180 mujeres diabéticas; muchas publicaciones posteriores han confirmado la alta incidencia de alteraciones hipertensivas en mujeres diabéticas embarazadas. Los resultados adversos son proporcionales a la severidad de la enfermedad; los peores corresponden a la nefropatía diabética. En este estudio se considera el factor de riesgo de glicemias aleatorias de 4,4 milimol/l o más para el seguimiento de la atención prenatal.

5) Edades extremas: tanto en nulíparas como en múltiparas la incidencia más alta de preeclampsia se produce en las edades extremas, es decir, menores de 20 años y mayores de 35;^{2,5,9} el incremento tras los 35 puede representar, en parte, la añadidura de una HTA crónica.⁶

6) Hipertensión crónica: en 1952 el Comité Americano reconoció la preeclampsia sobreañadida; aunque a veces se diagnostica en exceso, la incidencia de preeclampsia es bastante más alta en las múltiparas hipertensas que en las normotensas.⁹

7) Hydrops fetal: se asocia también y es de comienzo rápido y severo.

8) Mola hidatiforme: en estos resultados se recoge el antecedente de embarazos molares previos, aunque no es muy significativa su presencia.

9) Hábito corporal: aunque aun en 1989 podían existir dudas sobre si la preeclampsia es más frecuente entre las pacientes delgadas o las obesas, varias investigaciones recientes han demostrado que es proporcionalmente más frecuente al aumento del índice de masa corporal.^{12,13}

10) Raza: Chesley⁹ señala que a pesar de que se cree de manera generalizada que la mujer de la raza negra es más susceptible al desarrollo de una preeclampsia, no hay evidencias para sustentarlo, ya que esas observaciones pueden estar modificadas por el hecho de que la HTA crónica en las féminas negras es más del doble frecuente que en las blancas; otros trabajos posteriores han apreciado este mismo punto de vista.¹⁰

11) Enfermedad renal crónica: las glomerulonefritis, las nefritis intersticiales y la insuficiencia renal crónica, entre otras, representan un factor de riesgo. Un informe reciente encontró que la hematuria idiopática que puede verse en el embarazo también se asociaba a riesgo y aumenta la preeclampsia.

12) Enfermedades vasculares crónicas como las enfermedades del colágeno, el síndrome antifosfolípido y la anemia de células falciformes han sido relacionadas, desde hace años, con el aumento del riesgo. Recientemente se ha señalado que el rasgo sicklémico (estado de portador) puede ser también un factor de riesgo, así como haber tenido crecimiento intrauterino retardado en un embarazo anterior.

13) Nivel socioeconómico: algunos investigadores han llegado a la conclusión de que las mujeres con mejor nivel socio-económico tienen menor incidencia de preeclampsia aun después de controlar otros factores; sin embargo, otros estudios observaron que la incidencia no era distinta entre clases sociales diferentes. Por otra parte, cuando una mujer rica desarrolla preeclampsia puede ser tan grave y fatal, en potencia, como la que presenta una adolescente residente en un ghetto.⁵

14) Historia de HTA en un embarazo anterior: a pesar de que se ha señalado que la preeclampsia confiere cierto grado de inmunidad, hay situaciones -como cuando se instala tempranamente- en que tiende a repetirse en embarazos posteriores; es posible que esto traduzca una enfermedad vascular subyacente no diagnosticada, ya que pocos casos se confirman histológicamente. De cualquier forma, el haber tenido un trastorno hipertensivo en un embarazo predispone a padecer otro trastorno hipertensivo en un siguiente embarazo, trátase este de una preeclampsia o no; Sibai señala que la preeclampsia tiene un 20% de recurrencia.⁹

15) Descenso de la tensión arterial en el segundo trimestre: aunque esto se ha relacionado más con la hipertensión arterial crónica, también se ha informado que si la tensión arterial media no desciende en el segundo trimestre hay mayores posibilidades de desarrollo de una preeclampsia. Sibai, Caritis y colaboradores encontraron, en un estudio con 2503 mujeres con alto riesgo de preeclampsia, que en las que la tensión arterial diastólica fue menor o igual que 75 en el segundo trimestre solo el 8% la desarrollaron; en cambio, si fue mayor de 85 el 27% la padecieron.

16) Otros: distintos factores que se han mencionado y que no se ha concluido su posible influencia son el clima, las malformaciones fetales, el embarazo ilegítimo, que los fetos sean varones y que la mujer sea rubia y de ojos azules.^{9,12}

El riesgo de que se desarrolle preeclampsia aumenta apreciablemente en circunstancias en que podría estar deteriorada la producción de anticuerpos bloqueadores contra sitios antigénicos en la placenta.^{5,7}

Se concluye que los factores de riesgo encontrados en esta muestra son un claro diagnóstico de lo heterogéneo que suelen aparecer en una población cualquiera, por tanto es imprescindible su pesquisa activa, su diagnóstico precoz y acciones seguras implementadas oportunamente para minimizar los riesgos de la preeclampsia-eclampsia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183(1):S1-S22.
2. Gavoric VD. Hypertension in pregnancy: diagnosis and treatment. *Mayo Clin Proc.* 2000;75(10):1071-6.
3. Lefebvre P. Hora de trazar una ruta segura. *Diabetes Voice.* 2006;51:2,
4. Donnelly JE. Effects of 16-mo of verified, supervised aerobic exercise on macronutrient intake in overweight men and woman: The midwest exercise trial. *Am J Clin Nutr.* 2003;78:950-956.
5. Cunningham FG, Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins G, et al. Trastornos hipertensivos del embarazo. En: *Williams Obstetricia.* 20^a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1998. p. 647-92.
6. Roberts JM. Preeclampsia-eclampsia: a preventable killer of mothers and babies. *WHL. Newsletter.* 2001;80:1-2.
7. MINSAP. Dirección nacional de estadísticas. Anuario estadístico de salud. UNICEF. La Habana: OPS; 2009.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en perinatología y obstetricia. La Habana: Ciencias Médicas; 2000.
9. Sibai BM, Caritis S, Hauth J. Diagnosis, controversies and management of the síndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count. *Obstet Gynecol.* 2004 May;103(5 Pt 1):981- 91.

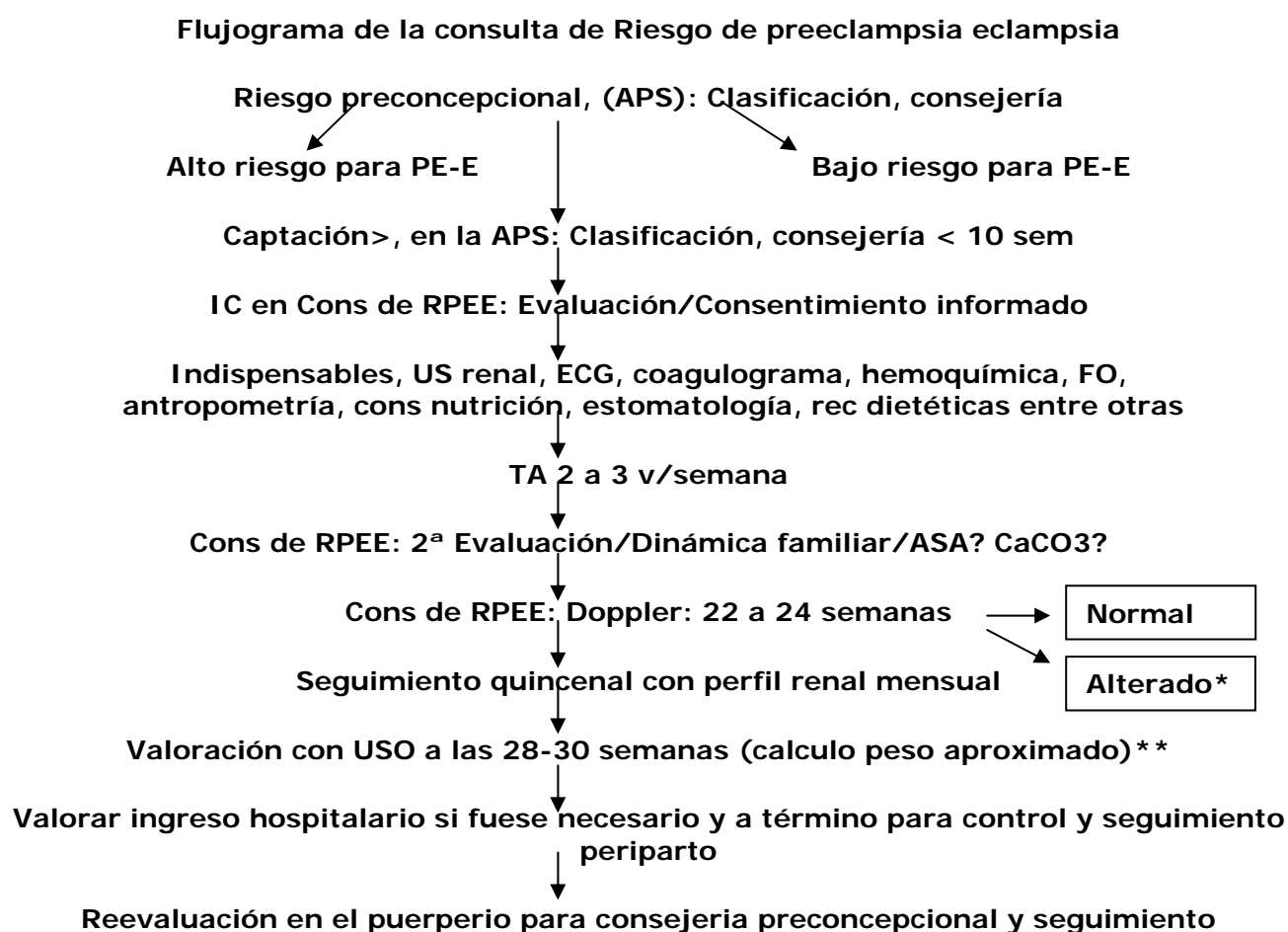
10. Chesley LC. Historia y Epidemiología de la preeclampsia. Clin Obstet Ginecol. 1984; 4: 1025-48.
11. Brown MA, Hague WM, Higgins J, Lowe S, Mc Owan L, Oates J, et al. The detection investigation and management of hypertension in pregnancy, full consensus statement of recommendations from the council of the Australasian Society for Study of Hypertension in pregnancy. Aust N Z Obstet Gynaecol. 2000; 40: 139-56.
12. Kupfermic MJ, Eldor A, Steinman N, Many A, Bar-am A, Jaffa A, et al. Increased frequency of genetic thrombophilia in women with complications of pregnancy. N Eng J Med. 2009; 340(1): 9-13.
13. Alfonso Guerra JP. Obesidad. Epidemia del siglo XXI. En: Clasificación de la obesidad, exceso de grasa y características del tejido adiposo. La Habana: Científico Técnica; 2008. p. 38-49.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I y II Grados en Gineco-Obstetricia. Master en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara. E-mail: jasuarez@hmmg.vcl.sld.cu
2. Especialista de I y II Grados en Gineco-Obstetricia. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Gineco-Obstetricia. Profesora Instructora de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
4. Especialista de I y II Grados en Gineco-Obstetricia. Master en Urgencias y Emergencias Médicas. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
5. Especialista I Grado en Gineco-Obstetricia. Master en Atención Integral a la Mujer. Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
6. Especialista de I Grado en Imagenología. Profesora Instructora de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.

ANEXO

Flujograma de atención a gestantes con riesgo de preeclampsia eclampsia.



* Si Doppler alterado a 22-24 semanas se repite dentro de 4 semanas, en ese período se mantiene un seguimiento diario del peso y Tensión arterial, ingresada en Hogar materno

** Si diagnóstico de RCIU a 28-30 semanas, tomar conducta

Tabla 1. *Predictores de preeclampsia-eclampsia en la población estudiada*

Factores de riesgo	No.	%
Edades extremas	Adolescentes	11 8.59
	Avanzada edad materna	35 27.34
	Subtotal edades extremas	46 35.93
Nuliparidad		60 46.87
Embarazo con una nueva pareja sexual		30 23.43
Antecedentes de embarazo molar		3 2.34
Antecedentes de óbitos fetales		12 9.37
Antecedentes de preeclampsia en embarazos anteriores		36 28.12
Antecedentes familiares de preeclampsia (madre, hermanas)		37 28.90
Antecedentes de eclampsia en embarazos anteriores		4 3.12
Hipertensión arterial crónica con diagnostico previo		41 32.03
Cifras elevadas de tensión arterial antes de las 20 semanas en embarazo actual sin antecedentes de hipertensión arterial crónica		16 12.5
Desnutrición materna	Bajo peso materno	4 3.12
	Sobre peso materno	32 25.0
	Obesidad	41 32.03
	Subtotal desnutrición	77 60.15
Escasa ingesta de calcio previa al embarazo		76 59.37
Escasa ingesta de calcio en el embarazo actual		80 62.5
Stress crónico		37 28.90
Cifras elevadas de glicemia en la captación		56 43.75
Cifras elevadas de colesterol (mayor 6.5)		35 27.34
Cifras elevadas de triglicéridos (mayor 1.2)		74 57.81
Alteraciones en el fondo de ojo		5 3.90
Alteraciones en EKG		4 3.12
Anemia (menor 110 gr/l)		0 0
Presencia de proteinuria positivas	En el primer trimestre	5 3.90
	En el seguimiento	19 14.84
	Ingresos por proteinurias positivas	11 8.59
Mediciones antropométricas con riesgo	CMB mayor 30 cms	55 42.96
	CA mayor de 88 cms	92 71.87
	T/A mayor 140/90 mmHg	13 10.15
Alteraciones en funcionamiento renal	En ambos riñones	4 3.12
	En riñón izquierdo	8 6.25
	Litiasis renal	10 7.81
	Pielectacia sin litiasis	7 5.46
	Riñón poliquístico	1 0.78
	Quiste polo superior renal	1 0.78
	Subtotal alteraciones ultrasonográficas renales	31 24.21

Estadísticos de contraste

	Raza	Preeclamsia anterior	Óbitos fetales	Primigravidez	Emb con nueva pareja sexual
Chi-cuadrado	110.416	22.472	81.608	.200	33.800
gl	2	1	1	1	1
Sig. asintót.	.000	.000	.000	.655	.000

Tabla 2. Acciones de salud realizadas con las gestantes riesgos de preeclampsia-eclampsia

Acciones de salud con gestantes riesgos de preeclampsia-eclampsia	No.	%
Suplemento con calcio (carbonato de calcio)	110	85.93
Utilización de aspirina 125 mgrs diarios	118	92.18
Tratamiento con metildopa (250mgrs)	8	6.25
Previos a la consulta	9	7.03
Impuesto en la consulta	5	3.90
Necesidad de reajustar dosis		
Ingresos hogares maternos	16	12.5
Ingreso hospital materno	20	15.6
Interconsultas con otras especialidades	25	19.53