

11217 40  
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"

**EVALUACION DEL MANEJO MEDICO Y RESULTADO  
PERINATAL EN LA CARDIOPATA CON  
ESTENOSIS VALVULAR**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A :**

**DRA. MA. EUGENIA LOPEZ LOPEZ**

**ASESOR: DRA. ESPERANZA YAÑEZ MALDONADO**

024-500

MEXICO, D. F.

1999

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

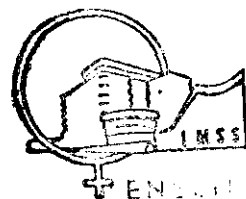
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E .

PAGINA.

<b>Agradecimientos.....</b>	<b>1</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>2</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>Material y Métodos.....</b>	<b>7</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>8</b>
<b>Discusión y Conclusiones.....</b>	<b>11</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>13</b>
<b>Cuadro 1.....</b>	<b>14</b>
<b>Cuadro 2.....</b>	<b>15</b>
<b>Cuadro 3.....</b>	<b>16</b>
<b>Cuadro 4.....</b>	<b>18</b>
<b>Gráfica 1.....</b>	<b>20</b>
<b>Gráfica 2.....</b>	<b>21</b>
<b>Gráfica 3.....</b>	<b>22</b>



HOSPITAL GENERAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"  
IMSS

**AGRADECIMIENTOS:**

- A MIS PADRES POR SU APOYO Y COMPRENSIÓN.**
- A MI HERMANA CLAUDIA POR SU AYUDA.**
- A MI ASESORA DRA. YAÑEZ.**

## RESUMEN

**TITULO: EVALUACIÓN DEL MANEJO MEDICO Y RESULTADO PERINATAL DE LA CARDIOPATA CON ESTENOSIS VALVULAR.**

**OBJETIVO: VALORAR LA EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO EN LA CARDIOPATA CON ESTENOSIS VALVULAR. ANALIZAR EL MANEJO MEDICO Y EL RESULTADO PERINATAL EN ESTE GRUPO DE PACIENTES.**

**DISEÑO: PROSPECTIVO, OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO NO CONTROLADO.**

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se captaron las pacientes con diagnostico de estenosis aórtica o mitral y embarazo, del periodo de Enero-1996 a Julio-1997, enviadas al Servicio de Perinatología del HGO "Luis Castelazo Ayala". Valorando área valvular. El manejo medico, la clase funcional en cada trimestre del embarazo. Así como la resolución del embarazo, y el resultado perinatal de cada una de ellas.

**RESULTADOS:** Se captaron un total de 17 pacientes las cuales se agruparon: 4 en estenosis aórtica, 1 en estenosis mitral leve, 8 en estenosis mitral moderada y 4 en estenosis mitral severa.

Las pacientes de los primeros 3 grupos se manejaron solo con TX medico (digitalicos, diuréticos y antihipertensivos). No hubo progresión en la clase funcional importante. El 60% se resolvió por parto vaginal y el 40% por cesárea, se realizaron 2 valvuloplastias en el grupo de estenosis mitral severa.

**CONCLUSIONES:** Se confirma la baja morbi-mortalidad materna y fetal, reportada en otros trabajos. La valvuloplastia es una buena opción de tratamiento en las pacientes con área valvular critica. La cardiopatía reumática sigue siendo la causa mas importante de lesión valvular en mujeres en edad reproductiva. Un manejo integral con un equipo multidisciplinario puede reducir las complicaciones en este grupo de pacientes.

## INTRODUCCIÓN.

---

La fiebre reumática sigue siendo importante en nuestro medio. En su forma clásica es un trastorno agudo febril, que en gran medida desaparece espontáneamente. Sin embargo el daño a las válvulas del corazón puede ser crónico, progresivo y causar insuficiencia cardíaca y muerte muchos años después del ataque inicial. El factor ambiental mas importante que propicia su aparición es el hacinamiento. En la actualidad la fiebre reumática aguda es principalmente un padecimiento de las clases socioeconómicas inferiores. Se ha calculado que la cardiopatía reumática causa del 25-40% de todas las enfermedades cardiovasculares en el tercer mundo .(1)

*Durante el embarazo surgen cambios fisiológicos importantes en la función cardíaca. El volumen plasmático aumenta progresivamente de la semana 8 de gestación y alcanza su máximo volumen de 4700 a 5200 ml. (40-45%), en la semana 28-32. (2)*

Las adaptaciones fisiológicas en el sistema cardiovascular incluyen cambios en la anatomía, volumen sanguíneo, gasto cardíaco y resistencia vascular sistémica, resultando esto en aumento del gasto cardíaco, aumento de la frecuencia cardíaca, presencia de soplos no patológicos. El volumen sanguíneo circulante aumenta alrededor del 40%, con mayor incremento del volumen plasmático que masa celular. La resistencia vascular periférica se reduce durante el embarazo, debido a que la placenta funciona como una gran fistula arteriovenosa, esto da como resultado una leve reducción en la presión sanguínea durante el embarazo normal. El lecho pulmonar se encuentra vasodilatado, la presión media de la arteria pulmonar permanece constante debido al aumento del volumen plasmático, que compensa la expansión del lecho pulmonar. (2,3)

Esta serie de cambios fisiológicos pueden complicar una lesión valvular existente.

La estenosis mitral es la lesión cardíaca reumática mas frecuente. Las comisuras de las valvas están usualmente fusionadas e inmóviles, dando como resultado una obstrucción al flujo. Esta obstrucción a nivel de la válvula mitral resulta en una dilatación de la aurícula izquierda con posible fibrilación auricular y flutter. El flujo sanguíneo estancado en la aurícula promueve la formación de trombos y la posible embolización de estos. El gasto cardíaco en pacientes con estenosis mitral es fijo. La

congestión pulmonar resultante de la obstrucción del flujo a nivel de la aurícula izquierda es agravado por el embarazo, debido al aumento del volumen plasmático, dando como resultado un aumento en la congestión pulmonar y edema. (3)

Se han reportado series en las cuales el edema pulmonar se ha presentado hasta en un 24%, siendo los periodos críticos en la semana 28-32 de gestación, o en el momento del parto o del puerperio, por la autotransfusión que se produce con cada contracción, produciendo un aumento súbito de volumen que no se puede manejar. Por otro lado la estenosis aórtica es poco común durante el embarazo. Siendo la mayoría de origen congénito. Las crecientes demandas cardíacas durante el embarazo, combinadas con la inestabilidad cardíaca asociada con la estenosis aórtica complican el curso clínico y elevan significativamente el riesgo para la madre y el feto. En 1978, Arias reportó 23 casos de estenosis aórtica en el embarazo con una mortalidad materna de 17%, y mortalidad fetal de 32%. (5)

La estenosis aórtica resulta en la obstrucción del flujo sanguíneo, gasto fijo, con dilatación del ventrículo izquierdo. Los síntomas de esta enfermedad pueden ser mínimos, ya que aparecen en estados muy tardíos en el curso de la enfermedad. La triada de síntomas consiste en agina, falla cardíaca congestiva (disnea) y ataques transitorios de isquemia (síncope). La obstrucción del flujo sanguíneo de la válvula aórtica resulta en la hipertrofia del ventrículo izquierdo y reducción del gasto cardíaco. La hipertrofia ventricular puede promover arritmia ventricular. La estenosis severa se define por un gradiente de presión de 100mmHg o mayor alrededor de la válvula aórtica, o un área valvular igual o menor de 0.7 cm<sup>2</sup>. Las pérdidas de volumen súbito puede traer consecuencias catastróficas. (3,5)

El área valvular puede ser determinado por una técnica no invasiva de Doppler. (5)

La forma de evaluar la repercusión del embarazo sobre la cardiopatía, se refleja en la clase funcional según la NYHA, en la cual se encuentra antes y durante el transcurso y evolución del embarazo. La lesión cardíaca específica obviamente también influye en la mortalidad materna, la estenosis mitral con clase NYHA I/II presentan menos de 1% de riesgo de mortalidad materna. La estenosis mitral con clase funcional III/IV presenta mortalidad del 5%. La estenosis aórtica con clase funcional III/IV mortalidad del 15% (materna).(3)

El tratamiento ideal en las pacientes con valvulopatía cardíaca durante el embarazo es el médico. La estenosis mitral leve puede ser manejada con digitalicos y diuréticos, la estenosis aórtica leve usualmente no requiere tratamiento. (3)

Easterling menciona que el sostén principal en las pacientes con estenosis aórtica, en el cuidado anteparto en su grupo de estudio, fue reducir la actividad. A menos que se sobreponga una tensión adicional, todas las pacientes pueden tolerar las crecientes demandas cardiacas del embarazo. (5)

La vía de resolución del embarazo de estas pacientes, es la vía vaginal. Durante el trabajo de parto, se debe mantener controlada la cantidad de líquidos, evitando cambios bruscos de volumen, y administrar antibióticos profilácticos. Un manejo hemodinámico cuidadoso se necesita en estas pacientes. Cambios pequeños en la precarga, como hemorragias, pueden provocar disminución del gasto cardiaco e hipotensión clínica, pequeños aumentos en el volumen produce aumentos importantes en las presiones, resultando edema pulmonar. Durante el trabajo de parto la analgesia debe controlar el dolor para evitar la taquicardia desencadenada por esto, debe ser con analgesia epidural con narcóticos y puvivacaína. La analgesia peridural se considera contraindicada en pacientes con estenosis aórtica por el potencial de disminuir la pre y postcarga. (5,6)

Easterling y Lao, en sus series separadas no han reportado mortalidad materna o perinatal, llegando sus embarazos a termino o cerca del mismo. (5,6)

Por otro lado Easterling y Lao consideran que el embarazo por si mismo no modifica la historia natural de estas enfermedades. (5,6)

Lao refiere que las pacientes con estenosis aórtica, aunque el que deterioro de la clase funcional puede ocurrir, aun así el resultado materno y perinatal es mucho mejor que la reportada por Arias; si se lleva a cabo una buena monitorización materna y fetal, con la intervención oportuna.(6)

Cuando la estenosis es tan severa que puede ocurrir deterioro de la clase funcional llegando al III/IV NYHA, poniendo en riesgo la vida del feto y la madre, se pueden realizar algunos procedimientos paliativos, para mejorar el área valvular, mejorando las condiciones maternas y la clase funcional, permitiendo alcanzar al producto el termino o semanas próximas a la viabilidad. Una que se ha descrito desde 1987 por Paln y Saffan es la dilatación con balón, en 2 pacientes con estenosis mitral que tuvieron éxito. Desde entonces se han reportado varios casos. Con recomendación de protección con escudo abdominal y pélvico para proteger al feto de la radiación. (3,7,8,9)



El objetivo de este estudio fue analizar la evolución del embarazo en la paciente cardiopata con estenosis valvular. Analizar además el manejo médico integral de estas pacientes y, conocer el resultado perinatal de estas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el periodo de Enero de 1996 a Julio de 1997, se captaron 17 pacientes que acudieron al servicio de perinatología del hospital con diagnóstico de estenosis mitral o aórtica y embarazo. Las cuales se clasificaron en el grupo de estenosis mitral, esta en tres categorías: leve, moderada y severa, según el área valvular, con medición de la misma.

Se realizó valoración clínica, basada en la clase funcional según NYHA (I/IV), en cada trimestre del embarazo. Correspondencia de fondo uterino con amenorrea. Valoración por USG del crecimiento fetal seriado. Así como a partir de la semana 30 PSS cada semana.

Se manejaron las pacientes en forma conjunta con medicina interna y cardiología. Decidiendo en conjunto el manejo de cada paciente.

Las pacientes que ameritaron hospitalización durante el seguimiento, se captaron y valoraron las causas.

Se valoro las semanas a la interrupción del embarazo, así como la vía de resolución. El manejo dado a cada una durante el trabajo de parto, así como los datos del recién nacido.

Para la selección de las pacientes se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico de estenosis valvular, previo o en el embarazo. Así como aquellas que se hubiera realizado valvuloplastia anterior, con área valvular disminuida posterior a esta.

Como criterios de exclusión: se descartaron aquellas pacientes con diagnóstico de estenosis valvular, que se hayan sometido a prótesis valvular, ya sea biológica o mecánica, así como aquellas con uso previo de anticoagulantes.

## RESULTADOS.

Durante el seguimiento se capturaron 17 pacientes de estas: 4 correspondieron al grupo de estenosis aórtica (cuadro 1), las otras 13 para estenosis mitral: 1 leve (cuadro 2), 8 para estenosis moderada (cuadro 3) y 4 para estenosis severa (cuadro 4).

Una de las pacientes de estenosis mitral moderada no se atendió el parto en la unidad.

Al realizar el análisis de cada uno de ellos se obtiene:

La edad de las pacientes era de 18-38 años ( $m=28.4$  años), para la población total. (Gráfica 1)

Para cada grupo se encontró:

Estenosis aórtica: 18-38 años ( $m=22.7$  años).

Estenosis mitral leve: 28 años.

Estenosis mitral moderada: 23-33 años ( $m=28.8$  años).

Estenosis mitral severa: 28-38 años ( $m=33.5$  años).

En relación a la paridad se observó que:

El rango era de 1-5 gestas ( $m=2.7$ )

Para cada grupo:

Estenosis aórtica=1-5g ( $m=2.25$ g).

Estenosis mitral leve=2

Estenosis mitral moderada=1-5g ( $m=2.25$ )

Estenosis mitral severa=1-2g ( $m=1.5$ )

Las semanas de gestación en las que se interrumpió el embarazo oscilaron en general de la semana 33-40 ( $m=38.12$ ). (Gráfica 2)

Para cada grupo:

Estenosis aórtica: 38-39s (m=38.25)

Estenosis mitral leve=38s

Estenosis mitral moderada=35-40 (m=38.2)

Para las pacientes con estenosis mitral se calculo el promedio del área valvular.

Estenosis mitral leve= 3.8 cm<sup>2</sup>

Estenosis mitral moderada= 1.5-2.6 cm<sup>2</sup> (m= 1.6 cm<sup>2</sup>)

Estenosis mitral severa= 0.8 cm<sup>2</sup>-1 cm<sup>2</sup> (m=0.9 cm<sup>2</sup>)

La mayor parte de las pacientes se mantuvieron en clase funcional I-II de la NYHA. Solo algunas llegaron a la clase funcional III, sobre todo en el trabajo de parto o cercano a ello. El total de las pacientes recibieron analgesia en el trabajo de parto y/o cesárea con bloqueo epidural con fentanyl y monitorización transparto (tococardiografía) a el feto y, valoración hemodinámica externa. Se les administro antibióticos profilácticos pre, trans y postparto con control estricto de líquidos.

En la resolución del embarazo cuando se tuvo que resolver por cesárea, fue por indicación obstétrica.

En general el 60% se resolvió vía vaginal (parto), de estos al 40% se les abrevio el periodo expulsivo con aplicación de fórceps profiláctico. El 40% restante en la población general fueron cesáreas.(Gráfica 3)

Analizando cada grupo se observo:

Estenosis aórtica : 100% partos

Estenosis mitral leve : 100% parto

Estenosis mitral moderada: 42.85% parto

57.15% cesárea

Estenosis mitral severa: 50% parto

50% cesárea

El peso de los recién nacidos fue de 1850g-3800g (m= 2757g)

Analizando por grupo:

Estenosis aórtica: 2550g-3075g (m=2831g)

Estenosis mitral leve: 3000g

Estenosis mitral moderada: 1900g-3500g (m=2784g)

Estenosis mitral severa: 1850g-3800g (m=2575g)

La calificación del recién nacido de Apgar al minuto vario de 5-8 (m=7.3)

Por cada grupo:

Estenosis aórtica: 7-8 (m=7.5)

Estenosis mitral leve: 8

Estenosis mitral moderada: 5-8 (m=7)

Estenosis mitral severa: 7-8 (m=7.5)

La calificación a los 5 minutos de Apgar fue de 8-9 (m=8.5)

Por grupo:

Estenosis aórtica: 8-9 (m=8.75)

Estenosis mitral leve: 9

Estenosis mitral moderada: 8-9 (m=7.42)

Estenosis mitral severa: 8-9 (m=8.25)

En relación al sexo de los recién nacidos: 50% masculino y 50% femenino.

Otra variable que se puede valorar es el trabajo fuera de hogar, del total se vio que el 58.83% eran trabajadoras y el 41.17% se dedicaban a su hogar.

Del grupo un total de 5 pacientes (29.4%) tenia antecedentes de cesárea en embarazo previo.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos son concordantes con los reportes previos de baja mortalidad y morbilidad materna-fetal (5,6)

Las pacientes con estenosis mitral leve y moderada, se manejaron efectivamente con digitalicos, diuréticos y en algunos casos antihipertensivo (3)

Hubo 2 pacientes que de acuerdo al área valvular, se catalogaron como estenosis moderada, pero tenían el antecedente de valvuloplastia, por área valvular previa menor de 1 cm<sup>2</sup>. Esto apoya el hecho de que los pacientes con este tratamiento, pueden tolerar bien los cambios que implica el embarazo y el parto. Como ya se ha visto en otros estudios. (7)

Del grupo de estenosis mitral leve a 2 se les realizo valvuloplastia, 1 de ellas por presentar cuadro de congestión pulmonar frecuentes, realizandose esta en las primeras semanas del embarazo, llegando su embarazo a termino, con producto de buen peso.

La paciente #1 del grupo de estenosis severa, se le realizo valvuloplastia en la semana 30-31 de embarazo, siendo egresada 2 dias posterior a esto. Sin complicaciones, llegando a termino su embarazo. Asi se confirma que la valvuloplastia, es una buena opción de tratamiento, para pacientes con área valvular critica. Siendo seguro y eficaz el mejorar la sintomatologia, mejorando la clase funcional. En otros estudios se concluyo que la mayor parte de los recién nacidos de estas pacientes presentan bajo peso al nacer. (3)

En este se vio que los pesos fueron adecuados para la edad gestacional. Encontrando que en general el peso fue menor en el grupo de la estenosis mitral severa..

Ninguna de las pacientes se hospitalizo por causa atribuible a la cardiopatía.

Como se ha visto la mejor vía de interrupción del embarazo es la vía vaginal (5,6)

Un porcentaje elevado de los embarazos, se resolvieron al termino o cerca del mismo

Los resultados obtenidos confirman esto, ya que el 60% se realizo por esta vía, el 40% de cesárea, se hizo por indicación obstetrico-fetal, siendo la principal el deterioro fetal.

Ninguna paciente presento complicación en el puerperio.

Se puede concluir:

- \* La cardiopatía reumática sigue siendo la causa más importante de lesión valvular en las mujeres en edad reproductiva. De esta, la lesión mitral es la primera.
- \* El tratamiento médico, es la mejor opción para las pacientes con valvulopatía sobre todo estenosis mitral leve y moderada.
- \* Los periodos críticos del embarazo de la semana 28-32, son los de mayor importancia para valorar a las cardiopatas.
- \* La clase funcional es una manera fácil y confiable de valorar la repercusión del embarazo en la cardiopatía.
- \* La mejor vía de resolución del embarazo es la vaginal.
- \* Los recién nacidos si se tiene un control adecuado de la madre, pueden tener un desarrollo normal, con pesos adecuados a la edad gestacional.
- \* La valvuloplastia es un procedimiento confiable y seguro, que se puede llevar a cabo en la embarazada con área valvular crítica.
- \* Se pueden llevar los embarazos en estas pacientes a término o muy cerca del mismo, reduciendo así la morbilidad perinatal.
- \* Un manejo integral con un equipo multidisciplinario puede reducir las complicaciones en este tipo de pacientes.

## BIBLIOGRAFIA

---

1. Cecil, Tratado de Medicina Interna, 1990.
2. Capeless, E.L. and Clapp, J.F.: Cardiovascular Changes in Early Phase of Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 1989; 161: 1449-53.
3. Sullivan, H.J.: Valvular Heart Surgery During Pregnancy. *Surgical Clinics of North America*. February, 1995. 75(1): 59-73
4. Stephen, S.J.: Changing Patterns of Mitral Stenosis in Childhood and Pregnancy in Sri Lanka. *J. Am Coll Cardiol*. 1992; 19: 1276-1284.
5. Easterling, T.R.; Chadwick, H.S. et al : Aortic Stenosis in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1988; 72: 113-18.
6. Lao, T.T.; Sermer, M.B.: Congenital Aortic Stenosis and Pregnancy. A Reappraisal. *Am J Obstet Gynecol*. 1993; 169: 540-5
7. Ribeiro, P.A., Fawzy, M.E. et al : Ballon Valvotomy for Pregnant Patient with Tight Pliable Mitral Stenosis, using the Inocue Technique Total Abdominal and Pelvic Shielding. *Am Heart J*. 1992;124: 1558-61.
8. Patel, J.J.; Mitha, A.J. et al: Percutaneous Ballon Mitral Valvotomy in Pregnant Patients with Tight Pliable Mitral Stenosis. *Am Heart J*. 1993; 125: 1106-9.
9. Glantz, J.C.; Pomerantz, R.M.: Percutaneous Ballon Valvuloplasty for severe Mitral Stenosis During Pregnancy: A Review of Therapeutic Options. *Obstetrical and Gynecological Survey*; 1993; 48 (7): 503-8.



# ESTENOSIS AORTICA.

## CUADRO 1.

#	EDAD	+ G.P.A.C.	SEMANA DE GESTACION		CLASE FUNCIONAL			TRATAMIENTO PERIPARTO	RESULTADO
			CAPTADO	RESOLUCION	*I	II	III		
1	32 AÑOS	5-1-2-1	18 SEMANAS	39 SEMANAS	-	II	II	FUROSEMIDE ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS	PARTO MUJER 3075g. 3/9
2	21 AÑOS	2-1-0-0	14 SEMANAS	38 SEMANAS	-	II	I	ANTIBIOTICO PROFILACTICO	PARTO MUJER 2550g 7/8
3	13 AÑOS	1-0-0-0	37 SEMANAS	38 SEMANAS	-	-	II III	ANTIBIOTICO PROFILACTICO	PARTO HOMBRE 2300g 3/9
4	20 AÑOS	1-0-0-0	21 SEMANAS	38 SEMANAS	-	I	I	ANTIBIOTICO PROFILACTICO	PARTO HOMBRE 2900g 7/9

+ GESTA-PARA-ABORTO-CESAREA

\* TRIMESTRE DEL EMBARAZO

# ESTENOSIS MITRAL(LEVE).

## CUADRO 2.

#	EDAD	+		SEMANA DE GESTACION		CLASE FUNCIONAL			A.V.	TRATAMIENTO PERI PARTO	RESULTADO
		G.P.A.C.	INICIO	RESOLUCION	*I	II	III				
1	28 A.	2-1-0-0	34	-	38	-	-	II	3.8CM2	ANTIBIOTICOS	PARTO HOMBRE 3000g. 8/9

+ GESTA-PARA-ABORTO-CESAREA

\* TRIMESTRE DEL EMBARAZO

° AREA VALVULAR

# ESTENOSIS MITRAL(MODERADA)

## CUADRO 3.

#	EDAD	+		SEMANA DE GESTACION	CLASE FUNCIONAL			A.V.	TRATAMIENTO PERIPARTO	RESULTADO	
		G.P.A.C.	INICIO		RESOLUCION	*I	II				III
1.	23 A.	5-4-0-0	11.5	-	40	I	II	II	2CM2	FUROSEMIDE PENICILINA BENZATINICA C/ 21 DIAS	PARTO HOMBRE 2750g. 8/9
2	30 A.	1-0-0-0	15	-	39	-	II	II	2.6CM2	ANTIBIOTICOS PROFANOLOL FURCSEMILE	PARTO HOMBRE 3050g. 5/8
3	27 A.	2-0-0-1	13	-	38	I	II	II	1.8CM2	ESPERONOLAC TONA P. BENZATINICA C/ 21 DIAS	CESAREA POR OLIGO- HIDRAMNIOS HOMBRE 2700g 8/9
4	23 A.	2-0-0-1	33	-	40	-	-	II	2.0CM2	P.BENZATINICA C/21 DIAS DIGOXINA PRCFANLOL	CESAREA POR ICP MUJER 3500g. 8/9

5	33 A.	2-0-0-1	25	-	39	I-II	I	II	2.0CM2	P.BENZATINICA PROPANOLOL DOGOXINA	CESAREA FOR RPM SFA HOMBRE 3000g. 5/8
6	29 A.	1-0-0-0	29	-		-	-	II	2.6CM2	ACENOUMARA DIPIRIDAMOL	NO SE ATENDIO AQUI
7	28 A.	3-2-0-0	24	-	35	II	III-	II III	1.5CM2	PROPANOLOL 2 VALVULO- PLASTIAS PREVIAS 94-95	PARTO MUJER 1900g. 8/9
8	33 A.	2-0-0-1	10	-	37	I	I-II	II	1.5CM2	VALVULOPLASTIA 94 PROPANOLOL	CESAREA X DCP ADQUIRIDA MUJER 2590g 7/8

+ GESTA-PARA-ABORTO-CESAREA

\* TRIMESTRE DEL EMBARAZO

o AREA VALVULAR

# ESTENOSIS MITRAL(SEVERA)

## CUADRO 4.

#	EDAD	+ G.P.A.C.	SEMANA DE GESTACION		CLASE FUNCIONAL			A.V.	TRATAMIENTO PERIPARTO	RESULTADO
			INICIO	TERMINO	+I	II	III			
1	36 A.	2-1-0-0	27	- 39	-	II-III	II-III	0.8CM2	CAPTOPRIL FUROSEMIDE PROPRANOLOL VALVULOPLAS- TIA (SEM30/31)	PARTO MUJER 2600g. 7/8
2	32 A.	2-0-1-0	14	-33-34	-I-II	II-III		0.9CM2	ACENOCUNARINA PROPRANOLOL FUROSEMIDE	PARTO MUJER 1850g. 8/8
3	38 A.	1-1-0-0	23	-39	-	II	III	1.0CM2	PROPRANOLOL FUROSEMIDE	CESAREA POR DETERIORO FETAL MAS PRESEN- TACION IE CARA MUJER 2050g 8/9

4 28 A. 1-0-0-0 15 -40

-I-II I-II

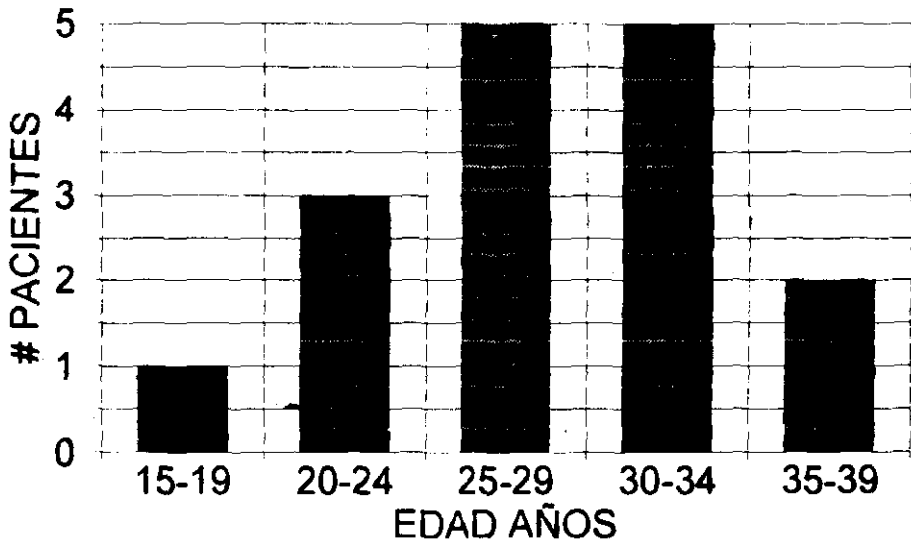
1. JCM2 PROPANOLOL CESAREA  
VALVULOPLASTIA POR  
DETERIORO  
FETAL  
HOMBRE  
3800g  
7/8

- + GESTA-PARA-ABORTO-CESAREA
- \* TRIMESTRE DEL EMBARAZO
- o AREA VALVULAR

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

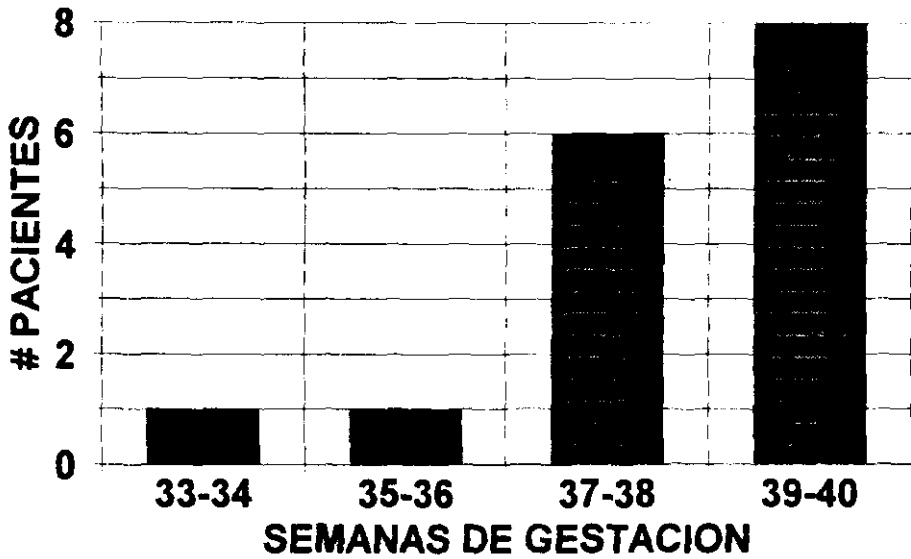
# GRAFICA 1

## DISTRIBUCION POR EDAD



# GRAFICA 2

## SEMANAS DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO





# GRAFICA 3

## RESOLUCION DEL EMBARAZO

