



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad Ginecología y Obstetricia

**MORBIMORTALIDAD MATERNA EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER DEL 1 JUNIO 2009 AL 31 DE MAYO 2010.**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de la
Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Presenta:

Med. Gral. Alejandra Mack Pancardo

Dirigido por:

Med. Esp. Jorge Rafael Barón Sevilla

SINODALES

Med. Esp. Jorge Rafael Barón Sevilla
Presidente

Med. En C. Genaro Vega Malagón
Secretario

Med. Esp. Carlos A. Rebolledo Fernández
Vocal

Med. Esp. Sergio Reyes Vega
Suplente

Med. Esp. León Sánchez Fernández
Suplente

Med Esp. Enrique A. López Arvizu
Director de la Facultad

Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Noviembre 2010
México

RESUMEN

Introducción: La mortalidad materna continúa siendo un problema de salud pública que involucra múltiples factores y que se encuentra con una mayor incidencia en los países en desarrollo. Es necesario conocer la estadística, las características epidemiológicas de las condiciones que desencadenan esta mortalidad materna y por ende resaltar la importancia de realizar un diagnóstico certero que conduzca a la paciente crítica a recibir tratamiento multidisciplinario en una Unidad de Cuidados Intensivos. **Objetivo:** Conocer las principales causas de morbilidad y mortalidad, así como las características epidemiológicas de las pacientes obstétricas que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer. **Metodología:** El estudio se realizó en el servicio de UCIA del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro, en el periodo comprendido del 1 de junio del 2009 al 31 de mayo del 2010, con un diseño de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. Se incluyeron en el estudio todas las pacientes obstétricas que ingresaron a la UCIA en el periodo establecido. Se analizó por medio de estadística descriptiva por medio del software de SPSS Statistics 17.0. **Resultados:** Se ingresaron 94 (0.7%) pacientes a UCIA de 13,416 eventos obstétricos. Se revisaron 76 expedientes clínicos y se eliminaron 18 por falta de información. La edad promedio fue de 28 años. El principal motivo de ingreso fueron las enfermedades hipertensivas (64.7%). Las complicaciones respiratorias fueron las más comunes (8.1%). Del 8% de muertes maternas reportadas, las enfermedades hipertensivas corresponden al 50%. **Conclusiones:** La enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo continúa siendo la patología más importante en la paciente obstétrica complicada. A pesar de los esfuerzos que los gobiernos han realizado para disminuir esta problemática; las características de la población, las deficiencias en el nivel educativo, las condiciones socioeconómicas y la falta atención médica oportuna siguen haciendo que esta situación sea en muchos casos fatal y con pobres probabilidades de disminuir su incidencia.

(**Palabras clave:** Mortalidad materna, morbilidad, Unidad de Cuidados Intensivos)



SECRETARÍA
ACADÉMICA

SUMMARY

Introduction: Maternal mortality continues to be a public health problem which involves multiple factors and has a higher incidence in developing countries. It is necessary to know the statistics and the epidemiological characteristics of the conditions responsible for it and to emphasize the importance of making a correct diagnosis that will lead to the critical patient's receiving multidisciplinary treatment in an intensive care unit. **Objective:** To find the chief causes of morbidity and mortality, as well as the epidemiological characteristics of obstetric patients admitted to the Intensive Care Unit of the Children's and Women's Hospital. **Methodology:** The study was carried out in the ICU of the Health Department's Children's and Women's Hospital in the State of Queretaro from June 1, 2009 to May 31, 2010 with a descriptive, cross-sectional and retrospective type design. All obstetric patients admitted to the ICU during this period were included. Analyses were made by descriptive statistics using the SPSS Statistics 17.0 software. **Results:** 94 (0.7%) patients were admitted to the ICU out of 13,416 obstetrical procedures. 76 medical files were reviewed, and 18 were eliminated for lack of information. The average age was 28. The main reason for admission was hypertensive illness (64.7%). Respiratory complications were the most common (8.1%). Of 8% of the maternal deaths reported, hypertensive illnesses were responsible for 50%. **Conclusions:** Hypertensive illness brought on by pregnancy continues to be the most important pathology in the obstetric patient with complications. Despite efforts made by governments to reduce this problem, the characteristics of the population, educational deficiencies, socioeconomic conditions and the lack of timely medical attention lead to this situation's often being fatal, with a poor probability of decreasing its incidence.

(**Key words:** Maternal mortality, morbidity, intensive care unit)



SECRETARÍA
ACADÉMICA

DEDICATORIAS

A mis papás por su amor y apoyo incondicional

A Dios por permitirme realizar cada una de mis metas

INDICE

Página

Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Indice	iv
Indice de cuadros	v
Indice de gráficas	vi
I. INTRODUCCION	1
II. REVISION DE LITERATURA	3
III. METODOLOGIA	6
IV. RESULTADOS Y DISCUSION	18
Presentación de cuadros y gráficas	20
V. DISCUSIÓN	29
VI. CONCLUSIONES	31
VII. BIBLIOGRAFÍA CITADA	32
ANEXO	38

INDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
4.1	Frecuencia de Ingresos de pacientes Obstétricas a Unidad de Cuidados Intensivos.	20
4.2	Distribución por Grupos de Edad	21
4.3	Número de Gestas	22
4.4	Condición Obstétrica al ingreso a UCIA	23
4.5	Causas de Ingreso a UCIA	23
4.6	Presencia de patologías previas asociadas	24
4.7	Patologías previas asociadas	25
4.8	Complicaciones pos sistemas durante la estancia en UCIA	25
4.9	Número de días de estancia hospitalaria en UCIA	26
4.10	Causas de Mortalidad Materna	27
4.11	Entidad Federativa de procedencia	28

INDICE DE GRÁFICAS

Gráficas		Página
4.1	Frecuencia de Ingresos de pacientes obstétricas a Unidad de cuidados Intensivos	20
4.2	Distribución por Grupos de Edad	21
4.3	Número de Gestas	22
4.4	Presencia de patologías previas asociadas	24
4.5	Número de días de estancia hospitalaria en UCIA	26
4.6	Mortalidad Materna	27
4.7	Entidad Federativa de procedencia	28

I. INTRODUCCIÓN

La paciente obstétrica, críticamente enferma, presenta un grupo de características únicas de difícil manejo debido a la presencia fetal, las alteraciones de la fisiología materna y las enfermedades específicas del embarazo.

La mortalidad materna continúa siendo un problema de salud pública que involucra factores como la edad de la madre, la calidad de los servicios de salud, factores socioeconómicos, culturales y demográficos cuya importancia radica en que 95% de los trastornos durante el embarazo y puerperio pueden resolverse exitosamente cuando se cuenta con los servicios de calidad necesarios, situación que no sucede en los países en desarrollo; motivo por el cual la mortalidad materna se convierte en un indicador de la salud de la mujer y una variable indicativa del desempeño de los sistemas de atención de salud.

Se hace énfasis en la necesidad de conocer la estadística, las características epidemiológicas de las condiciones que desencadenan la mortalidad materna; y por ende resaltar la importancia de realizar un diagnóstico certero que conduzca a la paciente crítica a recibir tratamiento multidisciplinario en una Unidad de Cuidados Intensivos.

En el año 2008, las muertes maternas constituyeron la octava causa de mortalidad nacional en mujeres, siendo precedida por: Diabetes Mellitus (16.8%), enfermedades isquémicas del corazón (10.9%), enfermedad cerebrovascular (6.7%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (3.8%), enfermedades hipertensivas (3.7%), infecciones respiratorias agudas bajas (2.9%), cirrosis y otras enfermedades del hígado (2.9%)

La paciente embarazada representa 1-2% de las admisiones a la Terapia Intensiva en los países desarrollados y hasta un 10% en los países en vías de desarrollo. La preeclampsia-eclampsia, hemorragia y sepsis, constituyen 65% del total de las muertes maternas. Las tres patologías pueden ser tratadas en las

unidades de cuidados intensivos, las cuales pueden llegar a representar un factor de peso para disminuir la mortalidad materna en nuestro país.

En el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, se atiende a un número importante de pacientes que corresponde en su mayoría a la población que no cuenta con servicios de Seguridad Social. Al tratarse de un Hospital de Segundo nivel de atención, se ha convertido en un centro de referencia de embarazos considerados como Alto Riesgo de la población abierta de todo el Estado de Querétaro y con un área de influencia muy amplia de Estados vecinos como Guanajuato, Hidalgo, Estado de México, San Luis Potosí y Michoacán.

El presente estudio tiene como objetivo conocer las características epidemiológicas de las pacientes obstétricas que ingresan a la Terapia Intensiva del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer en el periodo del 1 de junio 2009 al 30 de mayo 2010.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

Las enfermedades durante el embarazo y el parto siguen constituyendo, en los países en vías de desarrollo, las principales causas de muerte, enfermedad y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva. Más de 300 millones de mujeres en estos países padecen enfermedades relacionadas con el embarazo o el parto. Cada año mueren 529,000 mujeres en el mundo, es decir una muerte cada minuto. Según el INEGI durante el 2008 se registraron 1,167 muertes durante el embarazo, parto y puerperio en la República Mexicana. A pesar de lo alarmante de las cifras hay que tener en cuenta que la mortalidad materna en nuestro país descendió de 16.3 muertes por cada 100,000 nacimientos en el año 2000 a 11.6 en el año 2008. (INEGI, 2008).

Definiciones

- Defunción Materna

La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

- Defunción materna tardía

Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

- Defunción relacionada con el embarazo

Una defunción relacionada con el embarazo es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción.

Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos:

- Defunciones obstétricas directas: Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas

- Defunciones obstétricas indirectas: Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. (CIE-10, OPS-OMS.)

Las causas indirectas representan 20% del total mundial y las causas directas un 18%. Las otras cuatro causas directas principales, en orden de frecuencia, son las hemorragias 25%, las infecciones 15%, la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo 12% y la desproporción cefalopélvica 8%. (Rivera, 2008)

A diferencia de la estadística internacional, en nuestro país la casuística de muertes maternas tiene la siguiente distribución: enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo 32%, hemorragia 30.6%, otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio 21.2%, aborto 8.5% y sepsis 4.1%. (Romo, 2000)

Es evidente que la mayoría de las muertes maternas con causalidad obstétrica directa se consideran potencialmente previsibles mediante el cumplimiento de las siguientes condiciones:

- Vigilancia prenatal temprana, sistemática e intencionada, que permita la identificación y diagnóstico temprano de pacientes con alto riesgo de desarrollar complicaciones, con la finalidad de realizar su referencia oportuna a niveles superiores o de alta especialización.
- Asistencia obstétrica hospitalaria de calidad para el manejo de las complicaciones graves.
- Educación de la población para identificar signos y síntomas de alarma.

Para que dichas medidas se lleven a cabo es necesario, conocer la fisiopatología de las enfermedades que desencadenan con más frecuencia la muerte materna. (Elu, 2004)

Fisiopatología de las principales causas de muerte materna

- Preeclampsia - Eclampsia

La preeclampsia es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la presencia de hipertensión y proteinuria en la mujer con más de 20 semanas de gestación (excepto en la presencia de enfermedad trofoblástica o gestación múltiple, en cuyos casos puede ser antes de la semana 20). Se presume que es un desorden endotelial resultado de la hipoxia uteroplacentaria, la cual genera

incremento en la peroxidación de lípidos, activación de la xantina-oxidasa que favorece la producción de ácido úrico, activación de neutrófilos y plaquetas que producen radicales libres de oxígeno, lo que causa daño endotelial multiorgánico que activa el sistema de la coagulación y aumenta la sensibilidad a las sustancias vasopresoras. (Briones, 2000)

Esto dando como resultado las siguientes manifestaciones clínico-patológicas:

1. Síndrome de fuga capilar. Caracterizado por hipovolemia y disminución de la presión coloidosmótica; que explica el edema somático y visceral.
2. Hipertensión. Determinado por el aumento en el tono vascular.
3. Anemia hemolítica microangiopática. Debido a un compromiso microcirculatorio y hemorreológico con depósito de microagregados, material fibrinoide y agregación plaquetaria.

- Hemorragia

La hemorragia en la mujer embarazada presenta diferentes matices, es decir puede presentarse como hemorragia anteparto o postparto. La razón que explica la alta morbilidad materna se relaciona con el choque severo, el cual puede complicarse por la adición de la coagulación intravascular diseminada o la hiperfibrinólisis. (Díaz de León, 1979)

- Infección

Los cambios que ocurren durante la gestación provocan una situación favorable para la instalación y diseminación del proceso séptico. A nivel uteropelviano hay aumento de los lechos vasculares y linfáticos, además la vagina y el cérvix representan una vía potencial de entrada para patógenos del exterior, es decir la presencia de un conducto cervical entreabierto y ricamente vascularizado facilita el paso de gérmenes al interior del útero. En este mecanismo de infección endógena,

la relación huésped parásito es de suma importancia, pues la disminución de defensas en presencia de gérmenes en un medio favorable aumenta la posibilidad de infección.

Es importante considerar que las mujeres que se someten al aborto ilícito se someten a un procedimiento que generalmente carece de las condiciones óptimas de asepsia y antisepsia, se realizan maniobras con instrumental contaminado que provoca la pérdida de continuidad de la pared uterina y el canal cervical, lo que aumenta sustancialmente el riesgo de introducción de gérmenes al torrente circulatorio, con las ya conocidas consecuencias de sepsis o choque séptico.

Durante el puerperio factores como la fatiga posterior al trabajo de parto, el ayuno prolongado, las laceraciones provocadas y la presencia de loquios, pueden provocar un desequilibrio en la relación huésped-parásito. (Díaz de León, 1997)

Como resulta evidente la preeclampsia-eclampsia representan la principal causa de ingreso y mortalidad materna en las UCI. Del total de pacientes reportadas por Díaz de León, 66% presentó preeclampsia grave y 34% eclampsia. Dentro de las principales complicaciones de estas pacientes se encuentran la encefalopatía hipertensiva (40%), el síndrome de coagulación intravascular (29%) y la hemólisis intravascular (12%). (Briones,2004).

La preeclampsia-eclampsia, hemorragia y sepsis, constituyen 65% del total de las muertes maternas. Las tres patologías pueden ser tratadas en las unidades de cuidados intensivos, las cuales pueden llegar a representar un factor de peso para disminuir la mortalidad materna en nuestro país.

Factores que inciden en la mortalidad materna

Las sociedades están conformadas por intrincadas redes de factores que interactúan entre sí, en forma compleja y dinámica, y nunca de manera aislada. Sin embargo, para fines analíticos en el tema que nos ocupa es permitido y conveniente señalar algunos de ellos.

Factores estructurales

Los seres humanos para desarrollarse como tales tienen el derecho y la necesidad de acceder, cuando menos, a un mínimo de satisfactores básicos: alimentación, vivienda, educación, vestido, comunicación, etc. La pobreza es la negación de esos derechos y la principal responsable de las muertes maternas a nivel mundial y nacional.

Mientras que a nivel global en los países eufemísticamente denominados “en desarrollo” las muertes maternas en relación con el total de defunciones, es de una en 48; en los desarrollados es de una en 1,800. Las cifras por regiones brindan un panorama alarmante: África es de una en 16; Asia, una en 65; América Latina y el Caribe, una en 130; Europa, una en 1,400; y América del Norte, 1 mujer en 3,700. (Family Care International, 2000)

Lo que ocurre en México es claro. En los municipios de alta marginación y/o en grupos de población, sin acceso a los recursos vitales, las mujeres tienen tres veces más riesgo de morir por causas maternas que en los de baja marginación. Es decir, las tasas de mortalidad materna dibujan la geografía nacional de la pobreza. En consecuencia, su descenso inevitablemente exige una firme y real voluntad política gubernamental, que se refleje en decisiones, aportación de recursos y el diseño de programas que efectiva y sostenidamente reviertan los factores estructurales responsables de esos rezagos y garanticen la justa distribución de la riqueza que el país produce. (Elu, 2004)

Factores socioculturales

La pobreza afecta la salud de toda la población: hombres y mujeres. Sin embargo, en estas últimas, sus de por sí nefastas consecuencias se potencializan por factores socioculturales. Algunos de ellos son:

- Discriminación e inequidades de género. No son las diferencias sexuales o biológicas las que conllevan factores de riesgo para la vida de las mujeres y el ejercicio de su maternidad. Si así fuera, las mujeres morirían en dimensiones similares en todos los países. La tragedia proviene de las circunstancias y condicionantes en que ejercen esa maternidad. Lo que mata a las mujeres es la forma en que están contruidos los géneros masculino y femenino, el poder detentado por cada uno de ellos, las relaciones establecidas entre ambos y el desigual acceso a los recursos disponibles. Es decir, el exceso de muertes maternas es causado por las inequidades de género vigentes al interior de las culturas: costumbres, sistemas de valores y de organización, normas de acceso al estatus social, mecanismos de intercambio de recursos, bienes y servicios, relaciones de poder entre hombres y mujeres, persistencia de creencias simbólicas ante la reproducción, las enfermedades y la muerte, entre otros. (Elu, 2004)

Los géneros femenino y masculino están conformados por una red de principios, valores y normas, culturalmente definidos y mantenidos a través del tiempo bajo la falsa premisa de que son “naturales”, cuando en realidad, éstos son generados “artificialmente”. En el género femenino se encuentran, en mayor o menor grado, los siguientes:

- Subvaloración en relación con el masculino

A pesar de los avances logrados todavía prevalece desde el nacimiento, cuando no desde antes, una subvaloración hacia lo femenino que tiene, entre otros efectos: el limitar el acceso de las mujeres a la nutrición y a la educación. Ambos, requerimientos básicos para que las personas desarrollen sus capacidades y

reciban información e instrucción alternativas que les permita insertarse de manera más ventajosa en la sociedad, incluyendo el mercado laboral.

- Asignación de rasgos que favorecen una baja autoestima.

La autoestima es la consideración, aprecio o valoración que se tiene por uno mismo y constituye una premisa básica y esencial para reconocer y expandir las potencialidades de la persona. Impedir la generación o restringir la autoestima en las mujeres, impedirá que ellas puedan relacionarse en forma equitativa con ellas mismas, sus parejas, familias y sociedad.

- Falta de poder.

Poder significa tener el derecho o la autorización cultural y social para tomar decisiones que afectan a la colectividad y a los individuos. La negación del poder a las mujeres abarca un gran rango de consecuencias: exclusión de posiciones comunitarias y a fuentes de estatus, ser tratadas como “menores de edad”, restringir su derecho a decidir sobre aspectos que las atañen en forma directa y personal.

- Orientación hacia el servicio de los demás.

Lo que va en detrimento de la identificación de sus propias necesidades y del cuidado a sí mismas.

- Vinculación entre la identidad genérica femenina y la maternidad.

Para muchas mujeres la maternidad forma parte de sus expectativas y su realización. Sin embargo, cuando es el componente definitorio de su identidad femenina y única o principal fuente de acceso de poder y estatus, la forma en que se ejerce la maternidad las expone a grandes riesgos para su salud y su vida.

La maternidad temprana es una de las consecuencias del sincretismo entre identidad de género y la falta de opciones que la sociedad ofrece para las mujeres. Aproximadamente, 16% de los nacimientos en México ocurren en mujeres menores de 20 años: proporción aún superior en las áreas rurales. Son bien conocidas las repercusiones de la maternidad en estas mujeres.

A nivel mundial, las mujeres de 15 a 19 años tienen dos veces más posibilidades de morir en el parto, que las que tienen entre 20 y 30 años; por su parte, las menores de 15 años tienen cinco veces más riesgo. Así mismo, se sabe que las complicaciones relacionadas con los embarazos constituyen la principal causa de muerte de mujeres entre los 15 y 19 años de edad. (UNICEF, 1994)

En el mejor de los casos, el embarazo y la maternidad en mujeres adolescentes les obliga a asumir responsabilidades para las que no están preparadas y a abandonar la escuela con lo cual ven disminuidas, aún más, sus posibilidades de acceder a un futuro mejor. Así, los riesgos y negativas consecuencias se intensifican cuando la maternidad se acompaña de una paridad abundante.

Contradicciones culturales hacia la maternidad

Paradójicamente, las culturas que ensalzan y ubican a la maternidad como atributo definitorio de la identidad y la valoración femenina, conceden escasa o nula prioridad al cuidado de la salud femenina durante sus embarazos y partos. Las historias de las mujeres fallecidas dan múltiples testimonios de esta situación. Mientras que la resolución de otros problemas familiares o la adquisición de estatus comunitario son resortes para la movilización de recursos, no ocurre lo mismo con la protección de la salud de las mujeres, aun cuando se encuentren en inminente peligro. Esto se debe a que colaborar financieramente en atender las

condiciones peligrosas para la salud de las mujeres, no responde ni está legitimado por normas y usos culturales, al contrario de lo que ocurre con otras situaciones. Dicho en otras palabras, defender la salud y la vida de las mujeres durante sus procesos reproductivos, no forma parte de las prioridades culturales socialmente válidas para la movilización de recursos comunitarios. (Elu, 1993)

Violencia doméstica contra las mujeres embarazadas

Aun cuando parezca difícil de creer, el embarazo no libera a las mujeres de la violencia familiar; por el contrario, pareciera exacerbarla. La violencia es un reflejo más de las grandes contradicciones hacia la maternidad y la forma en que están contruidos los géneros masculino y femenino.

Un estudio realizado en 1996 en Cuernavaca, Morelos, donde se entrevistó a 111 mujeres en el posparto inmediato, reveló que 35% de ellas habían sufrido de maltrato en algún momento de su vida, y que cuando menos 9% la habían padecido en su reciente embarazo. La información que se continúa recabando a nivel nacional y mundial, eleva sustantivamente esos porcentajes. (Elu, 2000)

El análisis de las circunstancias que acompañan a las muertes maternas tanto en México, como en otros países, corrobora lo señalado por la OMS, respecto a que estas muertes no son accidentales, sino resultado de un conjunto de factores que al enlazarse forman una cadena fatal de “demoras” que impiden prevenir riesgos durante los embarazos y que las mujeres accedan a servicios de salud de calidad. Cada demora incide en que transcurran horas, días y hasta las semanas, entre el inicio de los primeros síntomas y el momento de la atención, lo que ocasiona que las complicaciones se agraven y se reduzcan drásticamente las posibilidades de que las mujeres salven sus vidas. No sobra recordar que en la prevención de las muertes maternas juega un papel definitivo el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas de alarma y su debida atención. (Hernández, 1998)

Los eslabones de esta cadena fatal se pueden desglosar en la siguiente lista de “demoras”:

1. En el tiempo en que las mujeres tardan en identificar como “no naturales” los síntomas o signos de alarma que se presentan durante el embarazo.
2. En darle la importancia debida a los primeros avisos que tienen de que “algo no está bien”.
3. En acudir con la partera o utilizar los “remedios” tradicionales a su alcance.
4. En tomar una decisión sobre qué hacer cuando éstos no resuelven los malestares sentidos.
5. En comunicar a sus parejas o familias los malestares que están sintiendo.
6. Tardanza de éstos en identificar la necesidad de acudir a la brevedad posible con el personal de salud capacitado o a una unidad hospitalaria.
7. En el tiempo para tomar la decisión de hacerlo.
8. En conseguir los recursos económicos necesarios.
9. En obtener un medio de transporte.
10. En encontrar un centro de salud abierto y que cuente con el personal y los recursos necesarios para resolver los problemas que se presenten.
11. En decidir la necesidad de referir a la paciente a una unidad que cuente con dichos recursos, en el caso de que no existan en ella.
12. En obtener una ambulancia u otro tipo de vehículo para efectuar el traslado.
13. En ser bien diagnosticado el problema, obtener los donadores de sangre y los medicamentos solicitados por el establecimiento de salud.

14. En ser atendida adecuadamente; en ocasiones, cuando lamentablemente ya es demasiado tarde.

En toda esta lista de “demoras” están presentes las carencias estructurales que impone la pobreza y las enormes limitaciones que padece el sistema de salud pública respecto a la cobertura de sus servicios y la disponibilidad de recursos humanos y materiales que garanticen su capacidad resolutive.

Las mujeres que fallecen en las instituciones de salud han tenido que recorrer entre dos y tres unidades antes de ser atendidas, por desgracia, cuando ya no hay nada que hacer.

Sin restar importancia a lo anterior, no se puede ignorar la influencia, en las muertes maternas, de los factores socioculturales arriba mencionados: subvaloración del género femenino ante el masculino, falta de autoestima de las mujeres, ausencia de poder de las mujeres, dependencia de los hombres, maltrato durante el embarazo, orientación al servicio de los demás, sincretismo entre identidad femenina y maternidad, y las contradicciones hacia esta última.

Si las mujeres se valoran como personas “inferiores” con respecto a los hombres; si se les han negado las oportunidades de recibir educación e información; si se les ha inculcado que “sufrir sin quejarse” forma parte de su identidad femenina; si carecen de poder para tomar decisiones; si están orientadas al cuidado de los demás sin reconocer su propio derecho a cuidarse y a que las cuiden; si consideran que los malestares durante el embarazo “son naturales”; si el ser madres constituye su principal fuente de estatus y reconocimiento; si asistir a consulta prenatal pasa por la decisión del marido; si mostrar problemas durante el embarazo debilita su imagen de mujer ante sí misma, su pareja y la familia de éste; y si la protección de su salud no forma parte de los estímulos para la movilización de recursos familiares o comunitarios,

difícilmente se pueden eliminar o, cuando menos, disminuir muchas de esas fatales demoras. (Elu, 2004)

III. METODOLOGIA

El estudio se realizó en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro, en el periodo comprendido del 1 de junio del 2009 al 31 de mayo del 2010, con un diseño de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo.

Los objetivos específicos del estudio fueron conocer el tipo de población que ingresa a Terapia Intensiva del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer; conocer las principales causas de ingreso a UCIA, conocer las principales causas de defunción en las pacientes obstétricas y conocer las complicaciones más frecuentes encontradas en estas pacientes.

Se incluyeron en el estudio todas las pacientes obstétricas (embarazadas, de cualquier edad gestacional y en postparto menor a 40 días) que se encontraron anotadas en la libreta de ingresos de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos en el periodo mencionado. Se obtuvieron los nombres de las pacientes de dicha libreta y se obtuvieron los números de expedientes en la base de datos del departamento de Archivo. Posteriormente se consiguió la información requerida en los expedientes clínicos del Archivo del Hospital y se plasmó en las hojas de recolección de datos.

Se eliminaron del estudio aquellas pacientes de las cuales no se contó con la información completa en el expediente clínico o de las cuales se encontró extraviado en expediente físico.

Las variables de estudio fueron: Edad materna, edad gestacional, número de embarazos, patologías asociadas, diagnóstico de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, muerte materna, complicaciones, número de días de

estancia en Unidad de Cuidados Intensivos, diagnóstico de egreso del Hospital y procedencia de la paciente.

Análisis estadístico

Se realizó mediante el software de SPSS Statistics 17.0, utilizando estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central y porcentajes.

IV. RESULTADOS

Se realizó la revisión de 76 expedientes clínicos del total de 94 pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer en el periodo comprendido de 1 de junio del 2009 al 31 de mayo del 2010. Se eliminaron del estudio 18 pacientes de las cuales no se encontró información en el expediente clínico. La muestra de pacientes corresponde al 0.7% de los 13,416 eventos obstétricos que se atendieron en el tiempo establecido. (Cuadro 1 / Gráfica 1).

En cuanto a las características epidemiológicas, el rango de edad de las pacientes fue de 15 a 43 años, encontrando el mayor porcentaje de 42.1% para el grupo de 20 a 29 años de edad. La edad promedio fue 28 años y la moda de 32 años. (Cuadro 2 / Gráfica 2).

Se encontró una mayor frecuencia de ingresos en las pacientes primigestas, con una n=29 correspondiente al 38.15% del total (Cuadro 3 / Gráfica 3).

La condición obstétrica de las pacientes al ingreso a la UCIA, fue en un 67.8% en puerperio quirúrgico, con una n=59; seguida de pacientes post operadas de histerectomía obstétrica en un 12.6% con una n=11 (Cuadro 4).

De acuerdo a las causas más frecuentes de ingreso a UCIA, se encuentran en primer lugar las enfermedades hipertensivas en un 64.7% con una n=55, seguida de las hemorragias con un 15.2%, infección o sepsis en 8.2%, insuficiencia respiratoria con 4.7% y otras con 2.3% (Cuadro 5).

Se encontró la presencia de 1 o más patologías crónicas o congénitas previas en un 18.4% de las pacientes que ingresaron a la UCIA por otro diagnóstico (Cuadro 6). Dentro de estas patologías previas encontradas la más frecuente fue la hipertensión arterial crónica en un 33.3% con una n=5 (Cuadro 7).

De las complicaciones que presentaron las pacientes durante la estancia en la UCIA, las del sistema respiratorio ocuparon el primer lugar con un 8.1% y una

n=7; siendo estas principalmente las insuficiencias respiratorias agudas, neumonías y traqueostomías. Seguida de las complicaciones renales en un 6.9%, abarcando las insuficiencias renales y las asociadas a disfunciones de catéter de diálisis; las neurológicas con un 4.6%, encontrando en este grupo al edema cerebral y los eventos vasculares cerebrales hemorrágicos; las complicaciones inmunológicas en un 3.4%, incluyendo las anemias hemolíticas autoinmunes y choque anafiláctico; otras como las reintervenciones quirúrgicas por sangrado activo y sepsis en un 3.4%; seguidas de las cardiovasculares en un 2.3%, hematológicas en 2.3%; piel y tejidos blandos como las dehiscencias de herida quirúrgica y la celulitis en 2.3% y finalmente las gastrointestinales en 1.1% (Cuadro 8)

El rango de días de estancia hospitalaria en UCIA va de 1 a 34 días, siendo el rango más frecuente de 4 a 6 días en un 38.1% con una n=29 y una moda de 4 días (Cuadro 9)

Se encontró un 8% de muertes maternas con una n=7, con una tasa de 44.7 / 100,000 nacimientos, de las cuales el 16.6% eran del residentes del Estado de Guanajuato (Gráfica 6). La principal causa de mortalidad materna fue la enfermedad hipertensiva en un 50% con una n=3, seguido de hemorragias, sepsis, y neumonía / influenza con un 16.6% cada una (Cuadro 10)

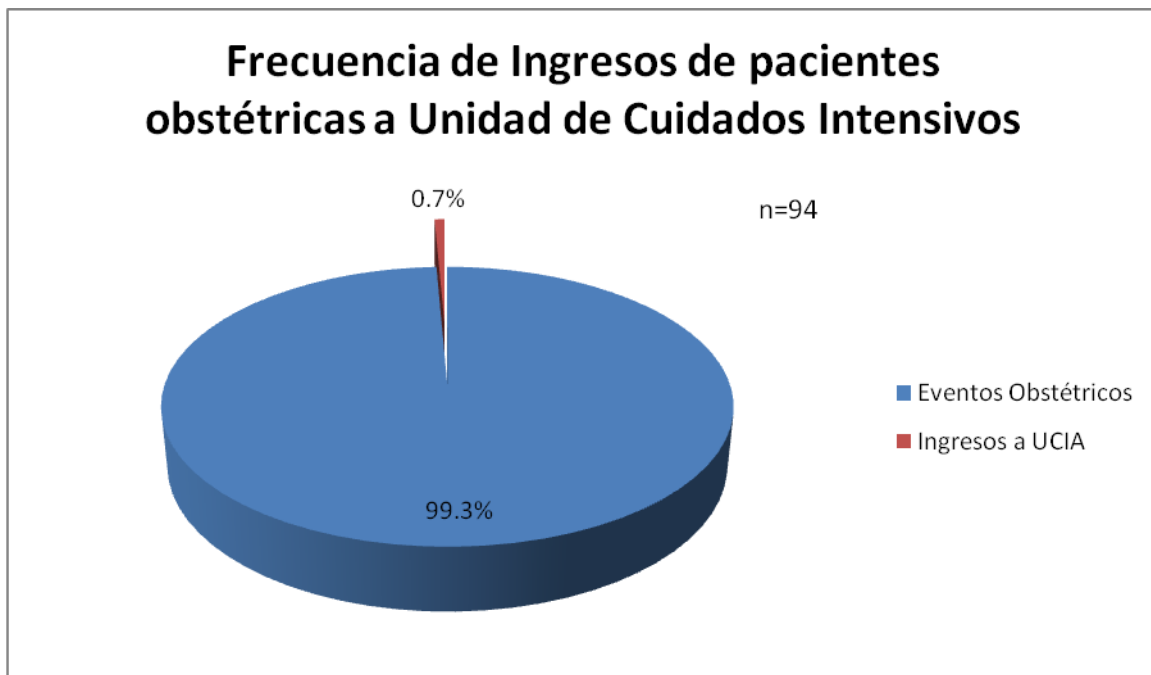
El 94.7% de las pacientes eran residentes del Estado de Querétaro, mientras que el 5.3% restante eran residentes de otra Entidad Federativa. (Cuadro 11).

Cuadro 4.1 Frecuencia de Ingresos de pacientes Obstétricas a Unidad de Cuidados Intensivos

	n	%
Eventos Obstétricos	13,416	99.3
Ingresos a UCIA	94	0.7
Total		100

Fuente: SINAIS. Sistema Nacional de Información en Salud. / Libreta de registro de Ingresos de UCIA 2009-2010

Gráfica 4.1 Frecuencia de Ingresos de pacientes obstétricas a Unidad de Cuidados Intensivos



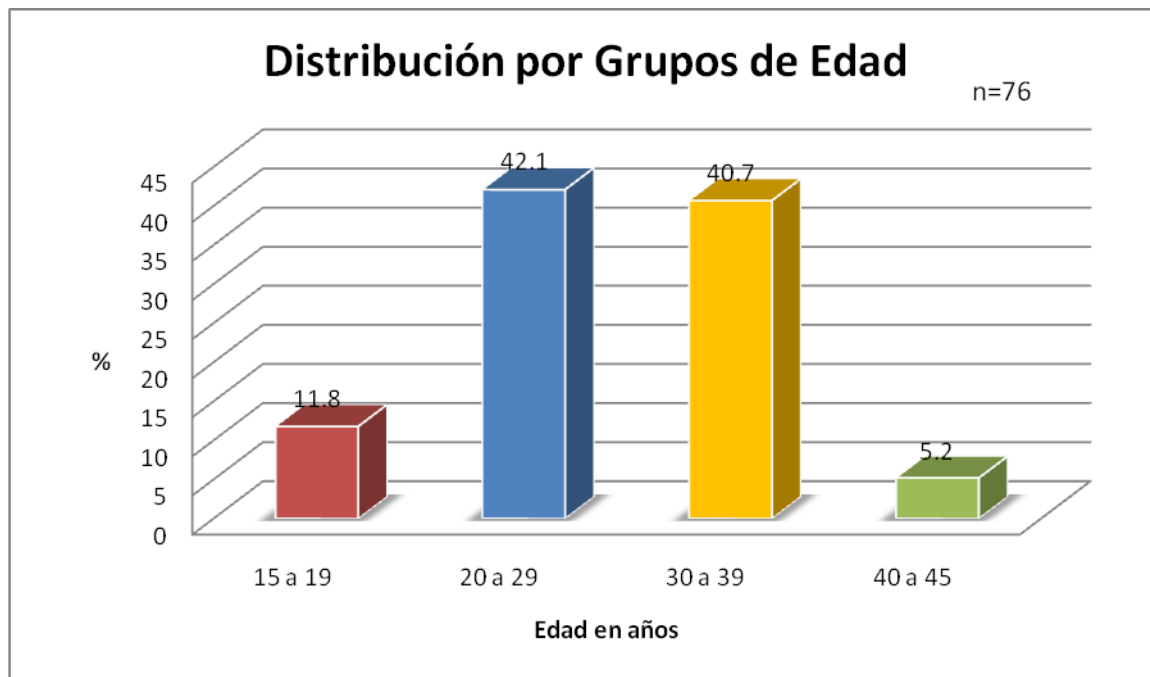
Fuente: SINAIS: Sistema Nacional de Información en Salud. / Libreta de registro de Ingresos de UCIA 2009-2010

Cuadro 4.2 Distribución por Grupos de Edad

Edad	n	%
15 a 19 años	9	11.8
20 a 29 años	32	42.1
30 a 39 años	31	40.7
40 a 45 años	4	5.2
Total	76	100

Fuente: Expediente Clínico

Gráfica 4.2 Distribución por Grupos de Edad



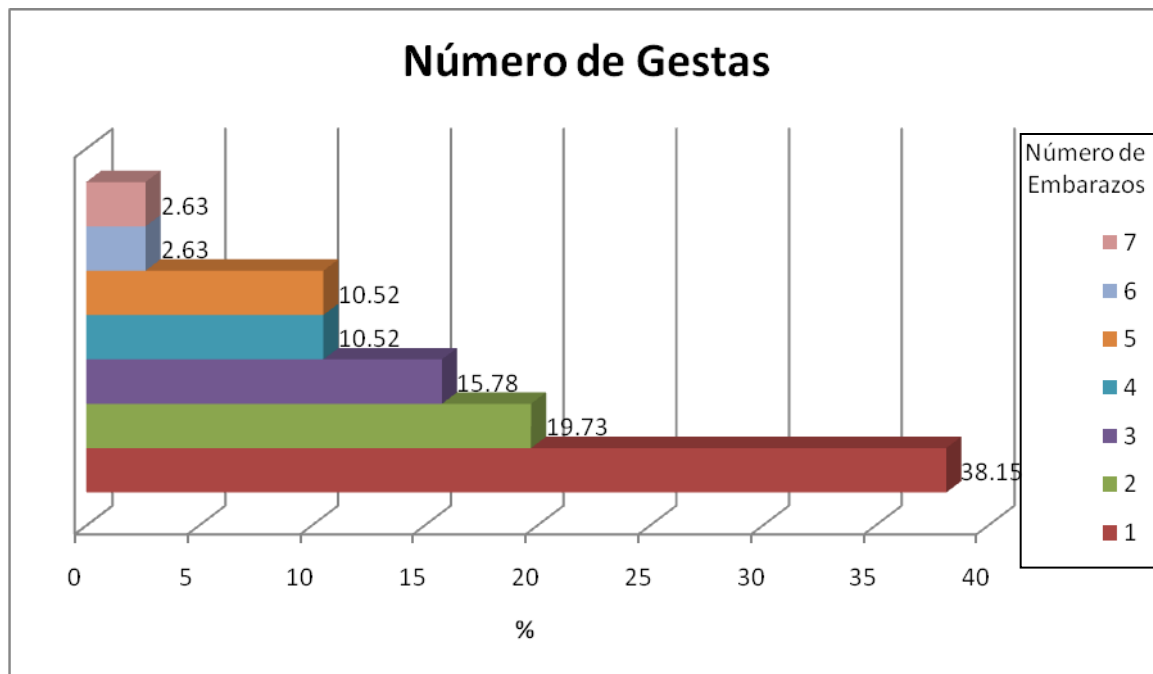
Fuente: Expediente Clínico

Cuadro 4.3 Número de Gestas

Número de embarazos	n	%
1	29	38.15
2	15	19.73
3	12	15.78
4	8	10.52
5	8	10.52
6	2	2.63
7	2	2.63
Totales	76	100

Fuente: Expediente Clínico

Gráfico 4.3 Número de Gestas



Fuente: Expediente Clínico

Cuadro 4.4 Condición obstétrica al ingreso de UCIA

	n	%
Embarazadas	6	6.8
Legrado	3	3.4
Histerectomía Obstétrica	11	12.6
Puerperio fisiológico	8	9.1
Puerperio quirúrgico	59	67.8
Totales	87	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro 4.5 Causas de Ingreso a UCIA

	n	%
Enfermedad Hipertensiva	55	64.7
Choque hipovolémico	13	15.2
Infección /Sepsis	7	8.2
Insuficiencia respiratoria	4	4.7
Otras	2	2.3
Total	85	100

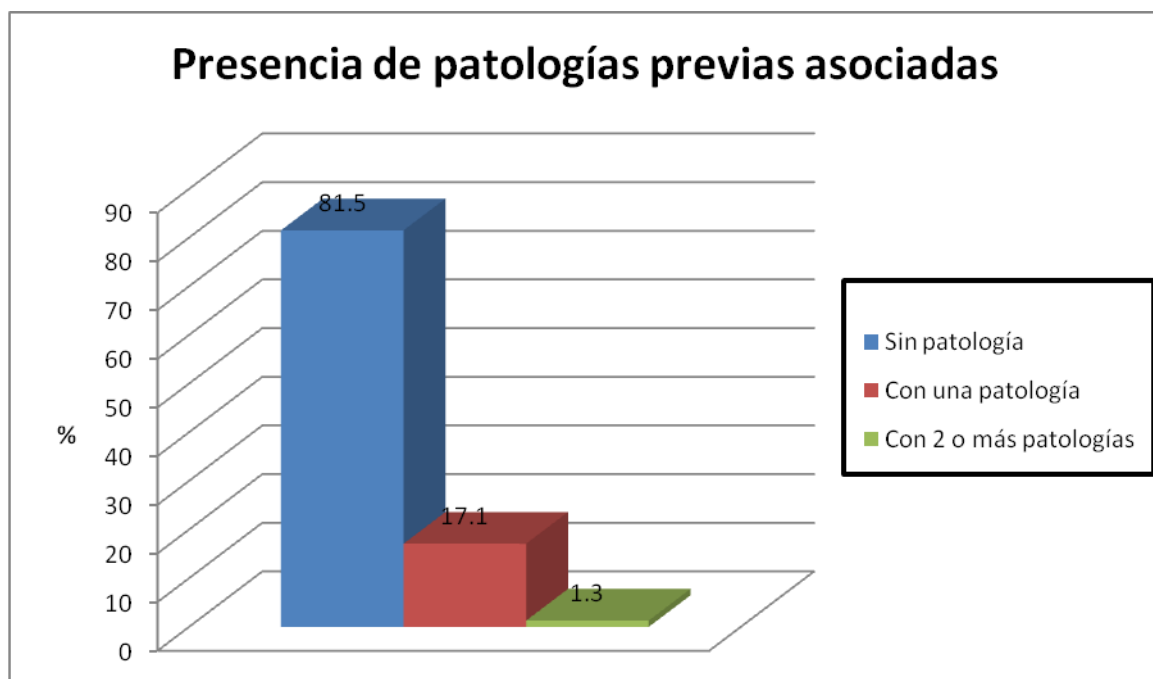
Fuente: Expediente Clínico

Cuadro 4.6 Presencia de patologías previas asociadas

	n	%
Sin patología	62	81.5
Con una patología	13	17.1
Con 2 o más patologías	1	1.3
Total	76	100

Fuente: Expediente Clínico

Gráfica 4.4 Presencia de patologías previas asociadas



Fuente: Expediente Clínico

Cuadro 4.7 Patologías previas asociadas

	n	%
Hipertensión Crónica	5	33.3
Diabetes Mellitus	4	26.6
Colecistitis	2	13.3
Cardiopatías Congénitas	2	13.3
Miomatosis Uterina	1	6.6
Insuficiencia Renal Crónica	1	6.6
Total	15	100

Fuente: Expediente clínico

Cuadro 4.8 Complicaciones por sistemas durante la estancia en UCIA

	n	%
Ninguna	56	65.1
Pulmonares	7	8.1
Renales	6	6.9
Neurológicas	4	4.6
Inmunológicas	3	3.4
Otras	3	3.4
Cardiovasculares	2	2.3
Hematológicas	2	2.3
Piel y tejidos blandos	2	2.3
Gastrointestinales	1	1.1
Total	86	100

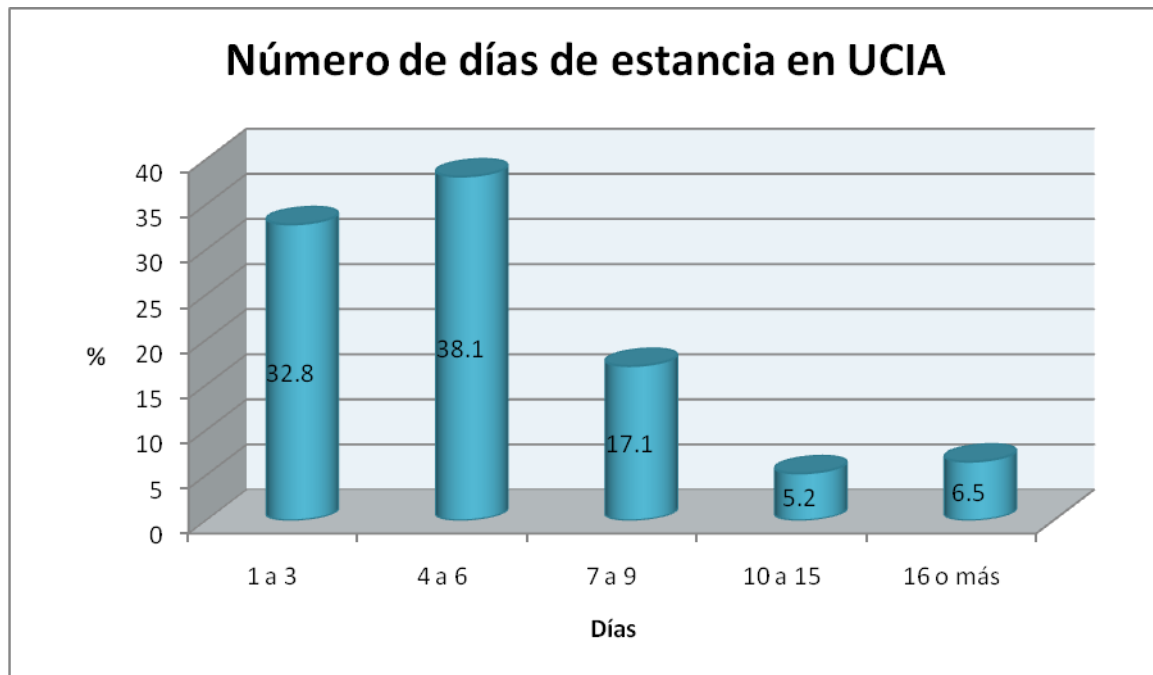
Fuente: Expediente Clínico

Cuadro 4.9 Número de días de estancia hospitalaria en UCIA

Días	n	%
1 a 3	25	32.8
4 a 6	29	38.1
7 a 9	13	17.1
10 a 15	4	5.2
16 o más	5	6.5
Total	76	100

Fuente: Expediente Clínico

Gráfica 4.5 Número de días de estancia hospitalaria en UCIA



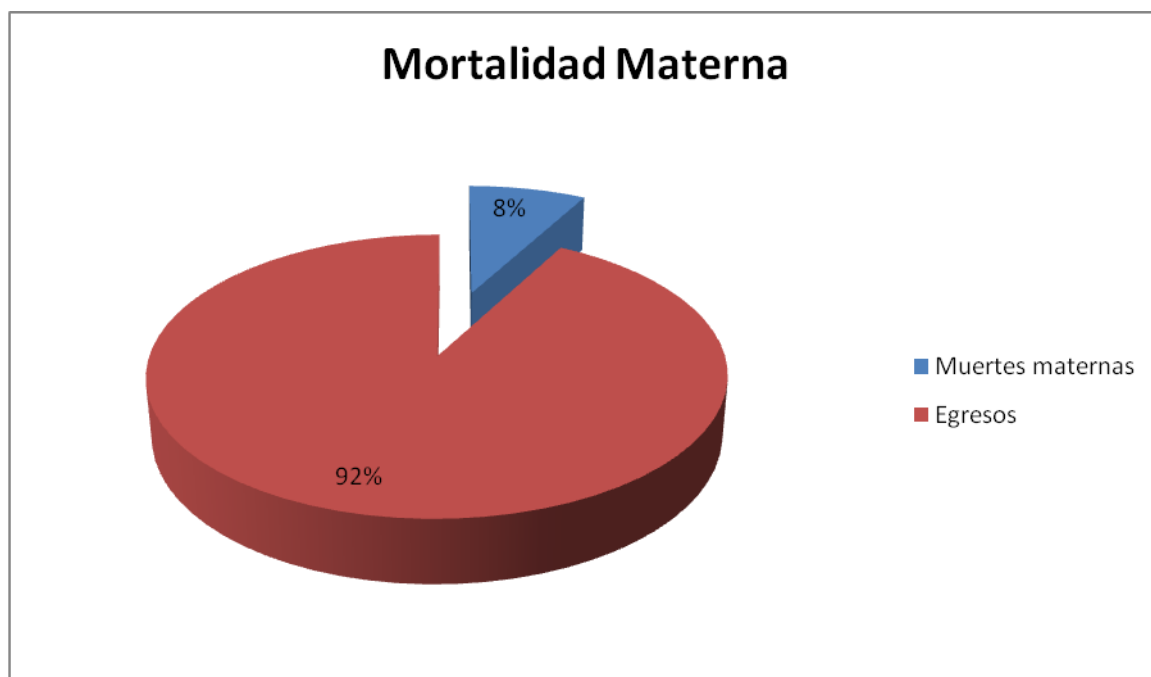
Fuente: Expediente Clínico

Cuadro 4.10 Causas de Mortalidad Materna

	n	%
Enfermedad Hipertensiva	3	50
Hemorragias	1	16.6
Sepsis	1	16.6
Neumonía /Influenza	1	16.6
Total	6	100

Fuente: Expediente Clínico / Dirección General de Información en Salud

Gráfica 4.6 Mortalidad Materna



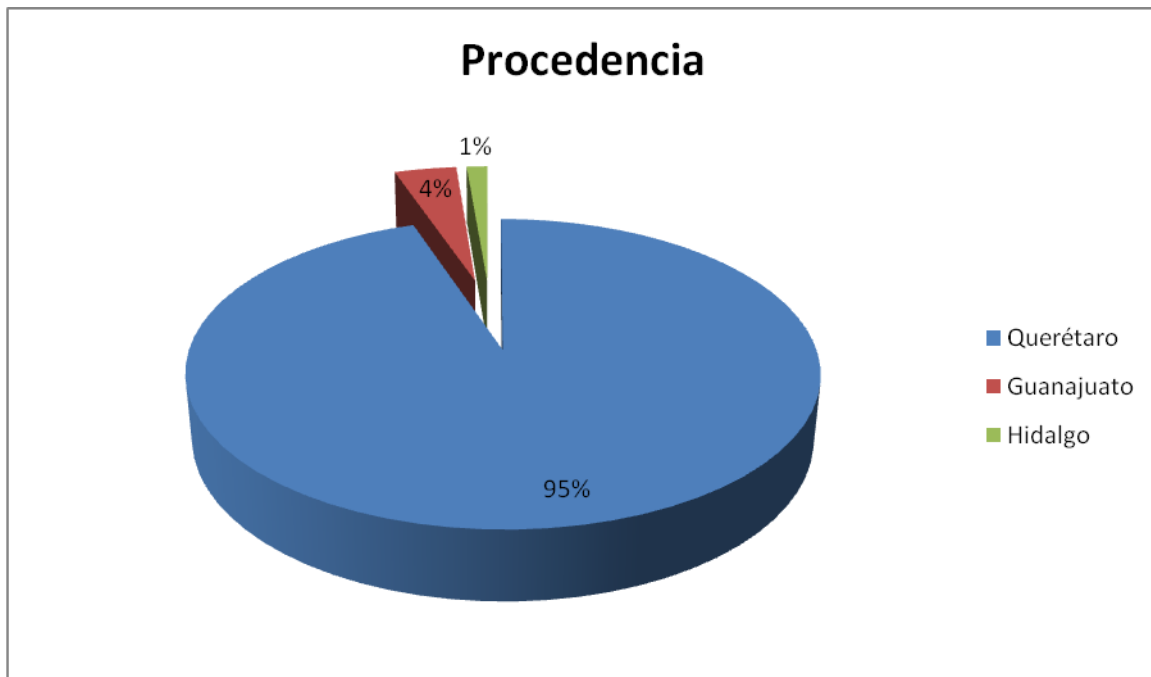
Fuente: Expediente Clínico

Cuadro 4.11 Entidad Federativa de procedencia

	n	%
Querétaro	72	94.7
Guanajuato	3	3.9
Hidalgo	1	1.3
Total	76	100

Fuente: Archivo Clínico / Registro de Trabajo Social

Gráfica 4.7 Entidad Federativa de procedencia



Fuente: Expediente Clínico / Registro de Trabajo Social

V. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos de este estudio, se encontró que de el porcentaje de pacientes obstétricas complicadas que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos para adultos fue de un 0.7%, comparado con el 1-2% citado en la literatura mundial, no siendo así el 10% que llega a alcanzar en los países en vías de desarrollo (Rivera, 2008).

La principal causa de muertes maternas es la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo en un 32% según la literatura para nuestro país (Romo 2000) y de acuerdo a los resultados de este estudio alcanzó cifras hasta de un 50% (Cuadro 10) siendo además, el principal motivo de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer en un 64.7%(Cuadro 5).

Dentro de las características de la población que ingresa a la UCIA se encontró una mayor frecuencia de ingresos en las pacientes primigestas, con una n=29 correspondiente al 38.15% del total (Cuadro 3 / Gráfica 3), lo cual concuerda con lo mencionado en la literatura de una mayor incidencia de la patología hipertensiva en este tipo de pacientes (Vigil-De Gracia, 2009)

Al igual que lo mencionado en la literatura como segunda causa de mortalidad materna (Romo, 2000), las hemorragias ocupan un 16.6% de acuerdo a este estudio (Cuadro 10); al igual que fue la segunda condición obstétrica al ingreso a la UCIA en un 12.6% (Cuadro 4).

Llama la atención que las complicaciones que presentaron las pacientes durante la estancia en la UCIA, fueron en primer lugar las del sistema respiratorio, con un 8.1%; siendo estas principalmente las insuficiencias respiratorias agudas,

neumonías, casos de probable influenza y traqueostomías (Cuadro 8). A diferencia de lo que reporta la literatura nacional; poniendo como primera complicación las de tipo neurológico, como la encefalopatía hipertensiva en un 40% (Díaz de León, 2006) Y quedando en este estudio como el tercer tipo de complicación encontrada. La discrepancia de estos resultados probablemente se puedan deber al brote de Influenza A H1N1 que ocurrió en el país el año pasado, el cual concuerda dentro del periodo comprendido del estudio y que fue causa de un número importante de ingresos al Hospital y de los cuales se cuenta únicamente con un caso confirmado y uno de las muertes maternas reportado como probable (Expediente Clínico)

Se encontró un 8% de muertes maternas de las pacientes que ingresaron a UCIA, con una tasa de 44.7 / 100,000 nacimientos, lo cual marca un repunte debido al brote de Influenza que se presentó. El 16.6% de las pacientes que presentaron muerte materna eran del residentes del Estado de Guanajuato (Cuadro 10). Esto es importante mencionarlo, ya que como sabemos, si no se hace esta aclaración estamos aumentando la tasa de mortalidad del Estado de Querétaro.

VI. CONCLUSIONES

La enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo continúa siendo la patología más importante en la paciente obstétrica complicada. A pesar de los esfuerzos que los gobiernos han realizado para disminuir esta problemática; las características de la población, las deficiencias en el nivel educativo, las condiciones socioeconómicas y la falta atención médica oportuna siguen haciendo que esta situación sea en muchos casos fatal y con pobres probabilidades de disminuir su incidencia.

Es importante destacar que con los años han ido disminuyendo las tasas de mortalidad materna, pero que faltan muchas acciones por hacer por parte de todo un país en desarrollo como lo somos. Para poder tener un cambio significativo de estas condiciones se requiere no solo de mejoras en el sistema de salud, sino una reforma a la educación de todo un pueblo que carece de las bases necesarias para tomar decisiones importantes como lo es tener un hijo.

Considero que como servidores de la salud debemos poner de nuestra parte en buscar mejorar estas condiciones de mortalidad a medida como nos sea posible. Y la mejor manera de lograrlo es interesándonos en esta problemática por medio de este tipo de estudios, para tratar de corregir los errores que estuvieron en nuestras manos, y si no los hubo, continuar en la búsqueda de una excelencia en la atención un poco más allá, con la finalidad de superar las situaciones de país en desarrollo y que con el tiempo logremos disminuir a los mínimos niveles esta mortalidad materna y secuelas que tanto repercuten en nuestra sociedad.

VII. BIBLIOGRAFIA CITADA

- Agüero O, Aire M. Eclampsia: 36 años de experiencia. Giner Obstet Max. 1977.
- August P, Barton J, Belfort M, Sibai B, et al. Hyper-tensive disorders in women. Saunders Co.; 2001
- Barreto S. Preeclampsia severa, eclampsia y síndrome HELLP. Características maternas y resultado neonatal. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 2002.
- Barton J, Sibai B. Diagnosis and management of hemolytic, elevated liver enzymes, and low platelets syndrome. Crin Perinatol. 2004.
- Brito J, Cabrera C, Gutiérrez O, Gutierrez M, Porras F. Mortalidad materna en la Maternidad "Concepción Palacios": 1982-1991. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007.
- Carreño G, Schnettler A. Eclampsia en hospital regional de Temuco 1998-2000. Fronteras en Obstetricia y Ginecología. Julio 2002.
- Chacón G, Monsalve N. Mortalidad materna en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) 1974-2005. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007.
- Chames MC, Livingston JC, Investor TS, Barton JR, Sibai BM. Late postpartum eclampsia: A preventable disease? Am J Obstet Gynecol. 2002.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). V Informe de Avances del Programa Nacional de Población, 1995-2000. México: CONAPO; 2000.

Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Haut JC, Wenstrom KD. Williams Obstetricia. 21ª edición. 2002.

Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. ACOG Practice Bulletin No. 33 American College of Obstetricians and Gynecologist. Obstet Gynecol. 2002.

Diaz de León PM. La importancia de la medicina crítica en obstetricia. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int 2006.

Douglas KA, Redman CW. Eclampsia in the United Kingdom. BMJ. 1994.

Elu MC, Santos E. Mortalidad materna: Una tragedia evitable. Perinatol Reprod Hum 2004.

Espinal J, Rodríguez H, Zelaya A. Eclampsia: factores asociados. Rev Med Hondureña. 1996.

Fathalla M, Rosenfield A. Mortalidad materna. Salud Reproductiva. Aspectos globales (FIGO, Manual de Reproducción Humana). Barcelona: Edika Med SL.; 1990.

Gleicher. Tratamiento de las complicaciones clínicas del embarazo. 3ª edición. Editorial Panamericana; 2000.

Gómez BE. Mortalidad materna en el Estado de México. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int 2003.

Gutiérrez O, González M, Valle M, Lugo LM, Lemus A. Mortalidad materna por eclampsia en un hospital de referencia: Maternidad "Concepción Palacios" (1975-1986). Rev Obstet Ginecol Venez. 1988.

Kansaria J, Parulekar SV. Critical Care in Preeclampsia – Eclampsia. Bombay Hospital Journal. 2008.

Katz VL, Farmer R, Kuller J. Preeclampsia into eclampsia: Toward a new paradigm. Am J Obstet Gynecol. 2000.

Kirk D, Raman MD. The prevention and management of eclampsia. Obstet Gynecol Clin North Am. 1999.

Kjersti M, Belfort M. Eclampsia: Morbidity, mortality and management. Clin Obstet Gynecol. 2005

Knight M, UKOSS. Eclampsia in the United Kingdom. 2005. BJOG 2007.

Lozano R. Cuantificación de las Muertes Maternas por entidad federativa, 2002.

Monterrosa A, Bello A. Incidencia y aspectos clínicos relacionados con la eclampsia. Hospital de Maternidad “Rafael Calvo”, Cartagena, Colombia 1995-2001. Rev Colomb Obstet Gin. 2002.

Morales-Osorno B, Martínez D, Cifuentes-Borrero R. Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe en Cali, Colombia, en el período comprendido entre enero de 2003 y mayo de 2006. Rev Colomb Obstet Gin. 2007.

National High Blood Pressure in Education Program: Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2000.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). The World's Women: Trends and statistics 1970-1990. Nueva York: ONU; 1991.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, (OPS); “Maternidad Saludable 1998”. Revista Panamericana de Salud, Vol. 12, Núm. 6

- Pacheco J. Preeclampsia/eclampsia: Reto para el ginecoobstetra. Acta Med Per. 2006.
- Pruhal A. Reducing maternal mortality in developing countries: theory and practice. Med Trop 2004.
- Sibai B, Anderson G, Abdella T, et al. Eclampsia III. Neonatal outcome, growth, and development. Am J Obstet Gynecol. 1983.
- Sibai B, McCubbin J. Eclampsia I: Observation from 67 recent cases. Obstet Gynecol. 1981.
- Sibai B. Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. Obstet Gynecol. 2005.
- Taylor R. Review. Immunobiology of preeclampsia. Am J Reprod Immunol. 1997.
- Torres C, Mújica M. Salud, equidad y las metas del milenio para el desarrollo. Rev Panam Salud Publica 2004.
- Tsu VD, Shane B. New and underutilized technologies to reduce maternal mortality: call to action from a Bellagio workshop. Int J Gynaecol Obstet 2004.
- Uzcátegui O, Perez R, Hernández C, Agostini I, Urbina D, Vilorio A. Manejo de la paciente toxémica en el Hospital General José Gregorio Hernández de Caracas. Rev Obstet Gin Venez. 1979.
- Uzcátegui O, Toro J. Morbimortalidad en la eclampsia. Rev Obstet Gin Venez. 1992.
- Velasco MV, Navarrete HE. Mortalidad materna en el IMSS: un análisis desde la perspectiva de la morbilidad y la letalidad. CirCiruj 2006.

- Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E, Hernández-Alemán F, et al. Mortalidad materna en el IMSS. Resultados iniciales de una intervención para su reducción. Cir Cir 2004
- Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E. Mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social 1992-2001. Gac Med Mex 2003.
- Vigil-De Gracia P, Arias T, Lezcano G, Caballero J, et al. Embarazo en adolescentes en la República de Panamá. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007.
- Vigil-De Gracia P. Maternal deaths due to eclampsia and HELLP syndrome. Int J Gynecol Obstet. 2009.
- Weibezahn H, Serfati M, García M, Llovera A, Machado A, Fleitas F. Hipertensión inducida por el embarazo en la Unidad de Sala de Partos. 1991-1993. Rev Obstet Ginecol Venez. 1997.
- Wen SW, Huang L, Liston R, Heaman M, Baskett T, Rusen ID, et al. Severe maternal morbidity in Canada, 1991-2001. CMAJ. 2005.
- Witllin A. Prevención y tratamiento de las convulsiones eclámpticas. Clínicas obstétricas y ginecológicas. Hipertensión durante el embarazo. McGraw- Hill Interamericana, 1999.
- Yeguez F, Castejon. Etiopatogenia de la preeclampsia. Gac Méd Caracas. 2007.
- Zhang J, Meikle S, Trumble A. Severe maternal morbidity associated with hypertensive disorders in pregnancy in the United States. Hypertens Pregnancy. 2003.
- Zwart J, Richters A, Ory F, Vries J, et al. Eclampsia in the Netherlands. Obstet Gynecol. 2008.

ANEXO 1

Hoja de recolección de datos

Morbimortalidad materna en Terapia Intensiva del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer

Nombre:

Expediente:

Edad:

Gestas:

Edad gestacional:

Diagnostico ingreso hospitalario:

Diagnóstico de ingreso a UCIA:

Enfermedades preexistentes:

Complicaciones:

Días de estancia intrahospitalaria UCIA:

Diagnostico egreso:

Muerte materna:

Procedencia: