

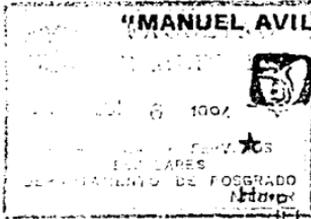
11217

65
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL



"MANUEL AVILA CAMACHO", PUEBLA, PUE.

DELEG. ESTATAL EN PUEBLA
C.M.N. MANUEL AVILA CAMACHO
MAYO a 1994

MUERTE PERINATAL EN EL H. R. "S" No 89
ZACAPOAXTLA ANALISIS RETROSPECTIVO
DE LA CASUISTICA DE UN AÑO

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO EN LA

ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

S U S T E N T A

DR. JUAN MARIO GARCIA CANALES

JEFE DE CATEDRA DE ENSEÑANZA
E INVEST.

ASESOR DE TESIS:

JUAN MANUEL MARAÑON BARRANCO

PUEBLA, PUE. TESIS CON FEBRERO DE 1994

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

A MIS PADRES

Juan García Gonzaga

Margarita Canales Linares

**por su confianza y apoyo a lo
largo de toda mi formación -
profesional.**

A MIS MAESTROS

En forma especial

**al Dr. Juan Manuel Marañón Barranco
por su apego a su enseñanza y estímulo
desinteresados para mi formación
profesional.**

INDICE

	Página
INTRODUCCION	3
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	6
OBJETIVOS	26
HIPOTESIS	26
MATERIAL Y METODOS.....	27
RESULTADOS.....	29
COMENTARIOS.....	36
CONCLUSIONES.....	38
SUGERENCIAS.....	39
BIBLIOGRAFIA.....	40

INTRODUCCION

Madres e hijos están entre los grupos más vulnerables para sufrir enfermedad y muerte. Esta vulnerabilidad se deriva de las condiciones especiales que se presentan durante el embarazo o la infancia, relacionadas a procesos reproductivos o biológicos, de crecimiento y de desarrollo. Desde la promulgación de la Ley del Seguro Social en 1943, se consideró que una de las actividades más importantes de los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS debía ser el proteger a la población materno infantil, que comprende a las mujeres en edad fértil 15 a 49 años de edad y a los niños menores de 5 años.

En México la mortalidad perinatal es aún considerada como un difícil y persistente problema de salud pública, el que es más importante en zonas rurales del país. La mortalidad perinatal es el resultado de múltiples factores socioeconómicos, demográficos, ambientales y de servicios de salud con pesos específicos diferentes. En nuestro país la magnitud de este problema es reconocida por el gobierno Mexicano desde 1972, a partir de 1983 el Instituto Mexicano del Seguro Social incorpora el enfoque de riesgo para la identificación y tratamiento de embarazos de alto riesgo detectados en base a la forma MF-7. La calificación de riesgo con un alto valor predictivo se basa en la medición adecuada de cada uno de los factores de riesgo.

La mortalidad perinatal es definida como la muerte ocurrida de

las 28 semanas de gestación hasta menos de 7 días de nacido vivo (hasta 168 horas), expresada por mil nacimientos. Esta definición tiene dos componentes: la mortalidad intrauterina o mortinatos, siempre que su gestación sea de 28 semanas y más, y la mortalidad hebdomadal, que resulta de muertes ocurridas durante los primeros 6 días de vida extrauterina. Ambas tienen en común que son el resultado del desarrollo y crecimiento intrauterino y comparten etiología similar.

La muerte perinatal es uno de los componentes más importantes de la salud materno infantil. La muerte perinatal representa casi la mitad de la muerte del menor de un año. La muerte perinatal es también relevante ya que resume una gran variedad de factores de orden socioeconómico, biológico y de servicios de salud, los cuales interactúan de una manera compleja para determinar los niveles de la mortalidad.

Los aspectos socioeconómicos como educación, ingresos y medio ambiente condicionan las posibilidades que a nivel familiar se desencadenen una serie de riesgos para la salud perinatal. Los factores socioeconómicos se expresan en autocuidado en las etapas reproductivas desde el inicio de la reproducción, durante el embarazo y en la atención puerperal y desarrollo del niño. Los aspectos biológicos resumen todos aquellos antecedentes de salud y de morbilidad pregestacional y gestacional que repercuten en la salud perinatal. Es conocido que la presencia de factores

pre-existentes al embarazo pueden incrementar el riesgo obstétrico o actuar de manera independiente en la salud de la madre y del niño.

Por su parte, los servicios de salud materno infantil son factores que intervienen para evitar o reducir la magnitud del daño perinatal. Los servicios médicos prenatales y de atención obstétrica pueden prevenir los riesgos pregestacionales y gestacionales y por tanto reducir el daño perinatal. La mortalidad perinatal sería entonces la medida en la cual los recursos de salud se organizan para reducir el daño en esta etapa.

Se realiza el presente estudio de campo en el hospital Rural de solidaridad Zacapoaxtla, ubicado en la sierra norte del Estado de Puebla, que por su orografía alberga comunidades dispersas y de difícil acceso. Dentro del país y del mismo estado están catalogadas como las de más alta marginalidad, debido a su dispersión misma y al alto índice de analfabetismo y economía de subsistencia. El 30% de su población son indígenas y las etnias que predominan son los totonacos y nahuats.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Mortinato es una eventualidad en la que el obstetra tiene que poner en juego todas sus destrezas tanto técnicas como interpersonales; si bien es cierto que con menor frecuencia que antaño, en virtud de que se conocen ya factores etiológicos bien establecidos, hay un mejor conocimiento y manejo de la patología que complican la gestación (3).

Los medios para el diagnóstico de mortinato han cambiado tanto durante años recientes como la comprensión de los factores que originan esta fatalidad, antiguamente el diagnóstico dependía sólo de síntomas y signos observados a la exploración clínica, que con la tecnología actual es posible establecer con certeza (4).

Actualmente los adelantos tecnológicos han sido aplicados al diagnóstico de mortinato. La formación de imágenes por ultrasonido de tiempo real ha asumido el papel principal en este diagnóstico; aunque además existe la tococardiografía, amniócentesis y la medición del flujo sanguíneo arterial por Doppler (5,6).

Persisten sin embargo incógnitas por resolver y sigue presentándose una elevada proporción de casos en los que no es posible identificar la causa desencadenante del mortinato, aun contando en el mejor de los casos, con el estudio necróscopico del feto y anatomopatológico de la placenta y otros anexos ovulares.

Es imperativo que quienes imparten cuidados obstétricos sigan los principios sólidos del cálculo adecuado de edad fetal, identificación de pacientes de riesgo de mortinato, cuidado meticuloso de los padecimientos médicos asociados y vigilancia frecuente del progreso del embarazo (7,8).

FACTORES DE RIESGO

Se han relacionado múltiples factores con el riesgo de mortinato. Los factores se han categorizado de acuerdo a una asociación con una persona y, por tanto son inmodificables en el momento en el cual el embarazo se conoce; factores fetales (sexo, pluralidad, anomalías cromosómicas, peso natal); factores sociodemográficos (étnicos, educación, ingreso, estado civil, ocupación, clase social); factores importantes durante el embarazo que no están bajo el control de la mujer; factores de los cuidados médicos (cuidados prenatales y cuidados transparto) (9,10).

La edad materna superior a los 35 años influye en el riesgo de mortinato a través de múltiples vías, está asociada con un aumento en el porcentaje de gemelos dicigotos, lo que afecta el peso natal y el riesgo de mortinato, El porcentaje de anomalías cromosómicas fetales en estas edades también está aumentada (11).

Las bases sociales y socioeconómicas maternas, a su vez están relacionadas con el uso del alcohol y tabaco y con los cuidados médicos.

El riesgo de muerte fetal por el alcohol es quizá por un efecto tóxico directo y también parece causar anomalías asociadas con peso natal bajo. El tabaquismo aumenta el riesgo de muerte fetal temprana y de bajo peso al nacer (12).

La edad de la madre y su situación socioeconómica puede afectar la calidad, cantidad y contenido de los cuidados médicos, influyendo así en el riesgo de mortinato.

CAUSAS DE MORTINATO.

Las principales causas son; cromosómicas, malformaciones no cromosómicas, causas infecciosas, enfermedades inmunitarias, enfermedades sistémicas, causas obstétricas.

CAUSAS CROMOSOMICAS

Las anomalías cromosómicas en los mortinatos pueden reconocerse mediante el examen completo cromosómico de diversos tejidos cultivados. También los cromosomas fetales se estudian de ordinario para establecer el diagnóstico prenatal mediante cultivo de células de líquido amniótico o biopsia de vellosidades coriales. En ocasiones también se usan muestras de sangre fetal para hacer estudios cromosómicos, en especial cuando otros métodos usados han dado resultados ambiguos, como en el caso del mosaicismo. Durante el transcurso de la gestación, los embriones cromosómicamente afectados se eliminan de manera selectiva hasta que la frecuencia al nacer se ha reducido a cerca del 0.5%. En esta forma las anomalías cromosómicas se concentran en los casos de abortos espontáneos y muertes fetales tardías.

MALFORMACIONES NO CROMOSOMICAS Y SINDROMES ASOCIADOS.

Cerca de uno de cada 4 mortinatos está malformado y casi 50% tiene una etiología genética. Este hecho exige que los médicos que atienden embarazos o tratan recién nacidos sepan documentar, evaluar y diagnosticar mortinatos malformados.

La mayor parte de los mortinatos que presentan una o más

malformaciones, probablemente no nacieron vivos a causa de problemas bioquímicos que causaron una descompensación súbita, después de un periodo prolongado de disminución gradual de la compensación. A veces el problema es obviamente externo, como en un onfalocelo o gastrosquisis, mientras que los defectos internos del tipo de las anomalías cardíacas, defectos de las vías urinarias, pueden ser igualmente devastadores. Es un misterio por qué algunos fetos con el mismo defecto o defectos nacen vivos y otros mueren.

Cerca del 12% de los defectos del tubo neural son parte de un síndrome de anomalías congénitas múltiples, que debe diagnosticarse en forma adecuada para valorar el riesgo en forma adecuada de recurrencias y la vigilancia óptima en embarazos subsecuentes (13).

Debe consultarse de inmediato a especialistas en genética clínica, cuando hay duda sobre los estudios o diagnóstico clínico. La evaluación apropiada de un mortinato malformado requiere de un procedimiento multidisciplinario.

CAUSAS INFECCIOSAS

Constituyen un aspecto importante, ya que algunas infecciones son susceptibles de tratamiento con lo que se previene la muerte fetal. Además el reconocimiento de las causas infecciosas de mortinato desempeña un papel en la asesoría a los padres y en la asignación de un propósito en relación a embarazos futuros. Las

infecciones bacterianas y virales son las enfermedades más importantes a considerar en este contexto, pero la toxoplasmosis, el paludismo y la enfermedad de Chagas también son motivo de preocupación.

INFECCIONES BACTERIANAS

La forma más común de infección prenatal es causada por bacterias y microorganismos relacionados, que ascienden por la vagina o el conducto endocervical y causan el síndrome de infección del saco amniótico. En la actualidad se reconoce que estas infecciones causan la mayor parte de los casos de trabajo de parto espontáneo activado por la producción de prostaglandinas.

Además de los microorganismos entéricos eran los ofensores predominantes, en los últimos años se han cultivado con mayor frecuencia ureaplasma, micoplasma y clamidia en en esos embarazos. En ocasiones estos microorganismos pueden ser la causa de la muerte del feto, debido a necrosis decidual con desprendimiento prematuro de placenta pero más comúnmente, originan muertes neonatales a causa de prematuridad.

INFECCIONES MICOTICAS

Se ha identificado frecuentemente a *C. albicans* como causa de infecciones congénitas, las infecciones diseminadas durante el embarazo son generalmente producidas en el feto a través de la placenta, y es posible realizar terapéutica eficaz durante el

embarazo. No obstante, en fechas recientes han sido comunicados muchos casos de infección congénita diseminadas en prematuros y no sería inesperado encontrar muertes fetales cuando se continúa la búsqueda en situaciones apropiadas.

INFECCIONES PARASITARIAS

Pueden causar mortinato la infección palúdica probablemente como consecuencia de la fiebre elevada, aunque se ha comunicado que la hemólisis puede desempeñar un papel en algunos neonatos. La enfermedad de Chagas causada por el Trypanosoma cruzi, infecta comúnmente al feto y a la placenta causando hidropesía fetal y muerte. La toxoplasmosis es una causa más frecuente de mortinato (14).

INFECCION VIRAL

Principalmente infecciones por virus coxsackie B3 causan hidropesía fetal y muerte por miocarditis. La infección por citomegalovirus no es solo la causa más frecuente de infección congénita viral, sino también la más devastadora, el retardo del crecimiento fetal es una consecuencia común, a veces puede producirse trombosis de los vasos fetales o placentarios importantes originando hidropesía y muerte del feto.

ENFERMEDADES INMUNITARIAS

La reproducción de los mamíferos es singular desde el punto de vista inmunitario. En el embarazo normal, el sistema inmunitario

materno protege perfectamente a la madre de la invasión por microorganismos extraños y sin embargo, no rechaza al feto y a la placenta que también son antigénicamente extraños.

Esencialmente, las supuestas causas inmunitarias de pérdidas del embarazo pertenecen a tres categorías:

1- ALOINMUNITARIA - Falta de desarrollo de la tolerancia materna normal al embarazo, con rechazo inmunitario subsecuente del producto de la concepción.

2- ISOINMUNITARIA - Destrucción de los eritrocitos fetales por anticuerpos maternos dirigidos contra los antígenos de los eritrocitos feto-maternales.

3- AUTOINMUNITARIA.- Daño de los tejidos fetales o uteroplacentarios causado por anticuerpos maternos dirigidos contra antígenos materno fetales.

Los padecimientos inmunitarios más frecuentes asociados con óbito fetal son: Eritroblastosis fetal y Lupus Eritematoso Sistémico. Parece haber pocas dudas de que el Lupus Eritematoso Sistémico o generalizado (LES) enfermedad autoinmunitaria más común durante el embarazo, está asociada con índice general de aumento en la pérdida del embarazo.

En la actualidad se conocen dos anticuerpos antifosfolípidos

clínicamente importantes: el anticoagulante del lupus (LAC) y los anticuerpos anticardiolipina (ACA). Muchos estudios han demostrado la elevada frecuencia de pérdidas de embarazo en pacientes con LAC y ACA.

En resumen, tanto la isoimmunización con la enfermedad autoinmunitaria maternas están asociadas con muerte fetal.

ENFERMEDADES SISTEMICAS HAS Y TOXEMIA DEL EMBARAZO.

La enfermedad hipertensiva aguda del embarazo, así como la hipertensión arterial crónica ya sea de tipo esencial o secundaria a nefropatía, constituyen padecimientos que se asocian con una elevada mortalidad y morbilidad materno-fetal durante el estado grávido puerperal. No obstante los avances recientes en las normas para su manejo y forma de clasificarla, la preeclampsia continúa siendo la enfermedad de las teorías y como tal, su manejo sigue siendo heterogéneo, sin embargo, llevando a cabo en forma integral, se logra abatir importantemente la mortalidad materna con el apoyo de unidades de cuidado intensiva.

Desafortunadamente, con frecuencia elevada se complica con muerte fetal, la cual traduce a profundas alteraciones en la función placentaria que someten al feto a un medio completamente hostil en el que se da el mecanismo de hipoxia, hipercapnia, y acidosis, que condicionan retardo en el crecimiento

intrauterino, sufrimiento fetal crónico y muerte. Otro factor agregado es el D.P.P.N.I se encuentra aumentado en frecuencia cuando existe hipertensión arterial.

DIABETES MELLITUS

Es bien sabido el efecto adverso que la diabetes ejerce sobre el feto, tal y como se demuestra en numerosas estadísticas cuando se estudia muerte fetal. Los efectos adversos se manifiestan desde varios puntos de vista, como son aumento en la frecuencia de aborto, tendencia a la macrosomía, aumento de las malformaciones congénitas y de la muerte fetal intrauterina en fechas cercanas al término de la gestación. Esto último se ha relacionado estrechamente con descontrol metabólico del tipo hiperglucemia-hipoglucemia materna que condiciona como respuesta fisiológica al hiperinsulinismo fetal que necesariamente le condicionará hipoglucemia cuando en el medio materno disminuye el nivel de glucosa sanguínea.

Por lo antes expuesto y por otros mecanismos, la diabetes mellitus sigue siendo en la actualidad motivo de investigación continua dado que persiste como causa importante en la génesis del óbito fetal.

CAUSAS OBSTETRICAS

D.P.P.N.I.

Se produce en uno de cada 120 partos con una incidencia que

varia entre 0.5 y 1.3% de todos los partos. Está asociado con un índice de mortalidad perinatal de 19a 43% y causa una buena proporción de muertes fetales. El desprendimiento prematura se produce con una frecuencia mucho mayor en pacientes con enfermedad hipertensiva, cuya incidencia varía entre 11 y 65% en pacientes con ese trastorno. El riesgo para el feto parece ser mayor en presencia de hipertensión crónica (15)

PLACENTA PREVIA

Esta entidad ocupa el primer lugar como causa de sangrado durante la segunda mitad del embarazo. Al igual que el D.P.P.N.I. condiciona hemorragia materna en diversos grados pudiendo llegar al choque hipovolémico, muerte materna y fetal

EMBARAZO PROLONGADO

El embarazo postérmino persiste durante más de 280 días después de la ovulación, en las mujeres con ciclo de 28 días que ovulan normalmente hacia cerca del día catorce, el embarazo persiste más de 42 semanas después del inicio de su último periodo menstrual. El feto del embarazo postérmino puede continuar creciendo inútero y, por tanto ser excepcionalmente grande al nacer. En otro extremo, tal vez el ambiente uterino sea desfavorable para el crecimiento fetal y al nacer el lactante parece haber perdido una cantidad considerable de peso. Aunque el neonato se encuentra en un riesgo mayor de traumatismo al nacer, es el neonato pequeño, con maduración insuficiente, el que se

encuentra en mayor riesgo de muerte fetal, sufrimiento durante el trabajo de parto y morbilidad fetal.

Se atribuye la causa de muerte intrauterina a insuficiencia placentaria, especialmente en lo que respecta a contenido y saturación de oxígeno (4)

RETARDO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

Es una anomalía del crecimiento y desarrollo fetal que afecta del 3 al 10% de todos los embarazos.

El RCIU no es en sí una enfermedad sino el resultado de algunos procesos patológicos, adaptación fetal a un ambiente subóptimo.

Se asocia a múltiples padecimientos como son cromosomopatías, infecciones, radiaciones, fármacos, enfermedad vascular materna, anticuerpos antifosfolípidos, y gestaciones múltiples. La mortalidad perinatal es de tres o ocho veces mayor en los fetos con retardo en el crecimiento que son susceptibles a muerte preparto, asfixia transparto y morbilidad grave a corto y mediano plazo.

SUFRIMIENTO FETAL AGUDO (SFA)

Existen diversas causas que pueden dar origen a SFA que se van a traducir hipoxia fetal, glucólisis anaeróbica, agotamiento de las reservas de los hidratos de carbono y acidosis metabólica y finalmente muerte fetal, entre las que se encuentran: DPPNI, placenta previa, embarazo prolongado, insuficiencia placentaria.

ACCIDENTES DE CORDON

Complicaciones de cordón umbilical como torsión, trombosis, estrangulación por bridas amnióticas, nudo verdadero, prolapso y otras más. Es frecuente que se produzcan las llamadas circulares de cordón en las que éste queda arrollado a diversas partes del cuerpo fetal ().

TRAUMATICAS

Aunque el feto in útero está bien protegido por las estructuras maternas y el líquido amniótico, puede causarse muerte fetal tanto por traumatismo contuso como por lesiones penetrantes de abdomen materno.

IATROGENICAS

Las que pudieran ocurrir como resultado del empleo inadecuado de agentes ocitócicos ocasionando distocias de contracción causando hipoxia fetal. El parto pélvico sigue siendo causa de muerte fetal al hacer retención de la cabeza última. El empleo inadecuado de fórceps o sin experiencia puede ocasionar muerte fetal por traumatismo craneal del feto.

CAUSAS DE MUERTE PERINATAL

Una manera directa de analizar las causas de muerte podría considerar sólo las principales causas por tiempo de ocurrencia, la primera por orden de importancia, son complicaciones de la placenta, del cordón y de las membranas ya descritas con

anterioridad, con una tasa de 668 en 1988 en el IMSS agravando la concentración de muertes en las semanas 37-41.

Según estadísticas del IMSS la segunda causa son las afecciones respiratorias del recién nacido, con una tasa de 251 por cien mil en 1988. La tercera causa de muerte es el síndrome de dificultad respiratoria con una tasa de 254 por cien mil nacidos vivos en 1988. Esta causa, al igual que la anterior, afecta durante el periodo hebdomodal.

La cuarta causa de muerte corresponde a trastornos derivados de productos de bajo peso y corta duración de la gestación, con tasas similares durante todo el periodo considerado de alrededor de 125 muertes por cien mil nacidos vivos.

Finalmente la quinta causa se refiere a la anencefalia y anomalías similares, con una tasa oscilante que tiende a ser de alrededor de 120 por cien mil nacidos vivos, esta causa se presenta indistintamente en cualquier periodo perinatal.

FACTORES DE RIESGO DE MUERTE PERINATAL

En la muerte perinatal confluyen una serie de factores socioeconómicos, biológicos y que los servicios de salud tienden a contrarrestar tales afecciones.

Factores socioeconómicos; mujeres que han tenido 2 o más hijos con primaria incompleta tienen un 30% de exceso de riesgo de muerte perinatal respecto a las mujeres con mayor educación. La

falta de educación primaria completa, puede ser indicativo del grado de cuidado que la mujer puede tener en el reconocimiento de tener embarazos de alto riesgo y del valor del cuidado prenatal y de servicios de salud como posibles controles para evitar o reducir la presencia de enfermedades o complicaciones durante el embarazo y parto.

Diversos indicadores de la vivienda, que dan cuenta de la condición socioeconómica de la población, han mostrado que mujeres con vivienda de mala calidad, entendida como falta de servicios públicos, presentan mortalidad perinatal más elevada en comparación con mujeres con vivienda con servicios adecuados.

La exposición al trabajo antes del parto puede asociarse a prematuridad y ruptura prematura de membranas, factores que han sido identificados como parte de las principales causas de muerte. El trabajar en días cercanos al parto tiene un riesgo relativo de 2.4 comparado cuando el trabajo se suspendió en un periodo mayor de 30 días.

Los factores de riesgo pregestacionales están en su mayoría identificados en la forma de evaluación del riesgo reproductivo MF-7. Estos pueden dividirse en antecedentes generales, obstétricos y de morbilidad pre-existente. Edades extremas de la madre (menos de 15 y mayor de 35 años), se incrementa la muerte a un 42.4 por mil nacimientos. El número de partos fue otra variable que eleva significativamente la muerte perinatal. este

es de 44.2 por mil cuando la mujer ha tenido 5 o más partos respecto a una tasa de 20.3 por mil cuando la paridad es 0-4.

Los antecedentes obstétricos que están en la forma MF-7 y que más influyen en la muerte perinatal son aquellos relacionados con antecedentes de pérdidas o abortos previos, intervalos intergénésicos cortos y el haber tenido sangrados en el tercer trimestre en embarazos previos. Estos factores incrementan el riesgo de muerte perinatal en más de 2.8 veces, comparado cuando el factor no está presente.

La presencia de cesáreas previas es un factor de riesgo solo si la frecuencia es de 3 o más. Hay evidencias de que la muerte perinatal no es distinta entre mujeres con cesárea y no cesárea, pero ello pudiera interpretarse de varias formas, una es que la incidencia de cesáreas se ha incrementado progresivamente en el IMSS lo que asociado a una muerte perinatal constante pudiera dar lugar a pensar que se están practicando cesáreas sin una clara indicación médica, otra interpretación es que las cesáreas han impedido una mayor muerte perinatal. Aunque la primera hipótesis parece ser más plausible, es necesaria mayor investigación al respecto.

Otro factor que se asocia con la muerte perinatal es el muy bajo peso ganado durante el embarazo, se registra una tasa de 36 por mil nacimientos. Al parecer deficiencias en la nutrición de la madre desde el inicio del embarazo y pobre alimentación

complementaria durante el embarazo podrian estar condicionando pobres ganancias para el crecimiento y desarrollo del producto.

El control prenatal ha sido considerado como el servicio por excelencia para evitar y controlar aquellos posibles problemas que desencadenan muerte perinatal. Los servicios prenatales tienen un componente preventivo que detecta con oportunidad los problemas de salud. Entre más frecuente sea el control prenatal menor es la mortalidad perinatal, mujeres con 4 o más visitas prenatales tienen un riesgo de 21 muertes por mil nacimientos comparado con 28 para aquéllas con solo 0-3 visitas, pero lo más importante no es el número de visitas sino la calidad de ellas.

(1).

DIAGNOSTICO DE MUERTE FETAL

No hay síntoma o signo físico alguno que sea patognomónico de muerte fetal, más bien es la regresión o ausencia de síntomas o signos clínicos asociados con un embarazo vivo lo que sugiere muerte fetal. La paciente a menudo refiere cese de los movimientos fetales, pérdida de peso y regresión del tamaño de los senos, además el malestar general, exudado vaginal sanguinolento o acuoso. En la muerte fetal se encuentra ausencia de crecimiento uterino en exámenes seriados, ruidos cardiacos fetales inaudibles, falta de firmeza y elasticidad en las partes del feto en la palpación y ausencia de movimientos fetales palpables (15).

DETERMINACIONES HORMONALES - Puede usarse el análisis bioquímico de los metabolitos fetales o placentarios para el diagnóstico, se espera que la excreción de estriol (E3) en la orina materna aumente continuamente durante el embarazo, pero después de la muerte fetal disminuye. Dosificaciones de 1 a 3 mg, en 24 horas hablan de inminencia de muerte fetal in útero y cifras de 1 mg. en 24 horas se considera diagnóstico de muerte fetal.

SIGNOS RADIOLOGICOS - Entre los principales signos radiológicos se encuentra la presencia de gas en cavidades cardiacas y vasos del feto. Signo descrito por Roberts en 1944, es el que se presenta en forma más precoz entre las 12 a 24 horas de ocurrida la muerte fetal y se ha considerado prácticamente patognomónico de muerte fetal, ya que nunca se encuentra en fetos vivos. El signo de Spalding consiste en el cabalgamiento de los huesos del cráneo, a veces acentuado, en ausencia de trabajo de parto, aparece de 5-7 días después de la muerte del feto. El signo de Tager, que básicamente consiste en una pérdida de la actitud fetal normal, caracterizado por una hiperflexión del raquis. El signo del halo en el cráneo fetal, cuya imagen es consecuencia de edema del tejido celular subcutáneo del cuero cabelludo.

ULTRASONIDO - La esencia de la vida fetal demostrada con ultrasonido de tiempo real, es la observación visual del movimiento cardiaco del feto, a su vez la falta de actividad

cardiaca fetal constituye la indicación más absoluta de muerte fetal.

CARDIOTOCOGRAFIA - Consiste en el registro de la actividad eléctrica del corazón fetal, tiene una seguridad del 83-88% (16,17).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por la mayor incidencia con que se presenta la mortalidad perinatal, sobre todo en la población desprotegida de servicios asistenciales, o bien a un pobre uso de los mismos, creemos, se deben crear e implementar programas permanentes para la detección de pacientes de alto riesgo y concientización de el propio personal de salud para hacerlos llegar a su población a su cargo.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la magnitud, factores de riesgo asociados a mortalidad perinatal en la población femenina en edad fértil adscrita del H.R."S" Zacapoaxtla Puebla para disminuir la incidencia de este problema.

HIPOTESIS

El control prenatal adecuado y el cuidado transparto, así como la toma de decisiones en forma oportuna disminuyen la tasa de mortalidad perinatal.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, analítico, incluyendo los casos de mortalidad perinatal captados durante el periodo comprendido del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1993, en el H.R. "S" IMSS Zacapoaxtla Puebla.

Se analizaron expedientes clínicos de los casos de mortalidad perinatal registrados en el H.R.."S" Zacapoaxtla Puebla.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1- Muerte fetal mayor de 27 semanas de gestación
- 2- Muerte neonatal menor de 8 días de vida extrauterina

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1- Muerte fetal menor de 28 semanas de gestación
- 2- Muerte neonatal mayor de 7 días de vida extrauterina

Los datos que se recolectaron mediante el llenado de cuestionario (ver Anexo 1) donde las variables investigadas fueron; antecedentes generales maternos (edad, estado civil, escolaridad y ocupación); antecedentes familiares o personales médicos de interes, numero de gestaciones, edad gestacional, control prenatal (número de las mismas) factor de riesgo, complicaciones en el embarazo, si el parto fue inducido o no, vía de interrupción del embarazo, momento de sucedida la muerte, peso y sexo del producto, causa de la muerte.

ANALISIS ESTADISTICO:

Frecuencias simples de los datos encontrados de la población en estudio

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron 2107 nacimientos (1516 partos y 591 cesáreas). Reportándose 96 casos de muerte perinatal.

TABLA 1
 NUMERO DE NACIMIENTOS EN EL H.G.I NO. 36
 DE ENERO A DICIEMBRE DE 1993

MES	PARTOS	%	CESAREAS	%	TOTAL
Enero	134	75.7	43	24.1	177
Febrero	128	76.1	40	23.8	168
Marzo	134	74.8	45	25.1	179
Abril	98	62.8	58	36.7	156
Mayo	114	74.5	39	24.5	153
Junio	111	68.9	50	31.0	161
Julio	140	67.3	68	32.6	208
Agosto	130	66.3	66	34.0	196
Septiembre	129	69.7	56	30.2	185
Octubre	145	77.9	41	24.0	186
Noviembre	122	73.4	44	26.5	166
Diciembre	131	76.1	41	23.8	172
Total	1516		591		2107

La tasa de mortalidad perinatal reportada al año en el HR"S" de Zacapoaxtla fué del 45.5 x 1000 nacidos vivos, resultando ser muy alta en relación al indicador estándar que se podría considerar dentro de lo normal (33.1)

De los 96 casos de muerte perinatal, solo se pudo recolectar información de 86 casos, por no haber expediente, o algún registro confiable de datos .

De las muertes perinatales encontradas 78 (90.6%) fueron muertes antes del parto. 8 (9.3%) muertes en productos que vivieron en un tiempo igual o menor de 7 días.

Al revisar los datos generales maternos al ingreso al hospital encontramos la edad materna que se registró de la siguiente manera: de 15 a 19 con 13 (15.1%), con 20 a 24 18 (20.9%), de 25 a 29 15 (17.4%), 30 a 34 24 (27.9%), 35 y más 22 (10.3%). (tabla 2).

La ocupación de la madre al ingreso registró 79 (91.9%) dedicadas a las labores del hogar, 4 (4.7%) son empleadas y 3 (3.5%) profesionistas (tabla 2).

El estado civil de la madre reportado nos indica que 48 (53.5%) vivía en unión libre, 35 (40.7%) eran casadas y 5 (5.8%) solteras (Ver tabla 2).

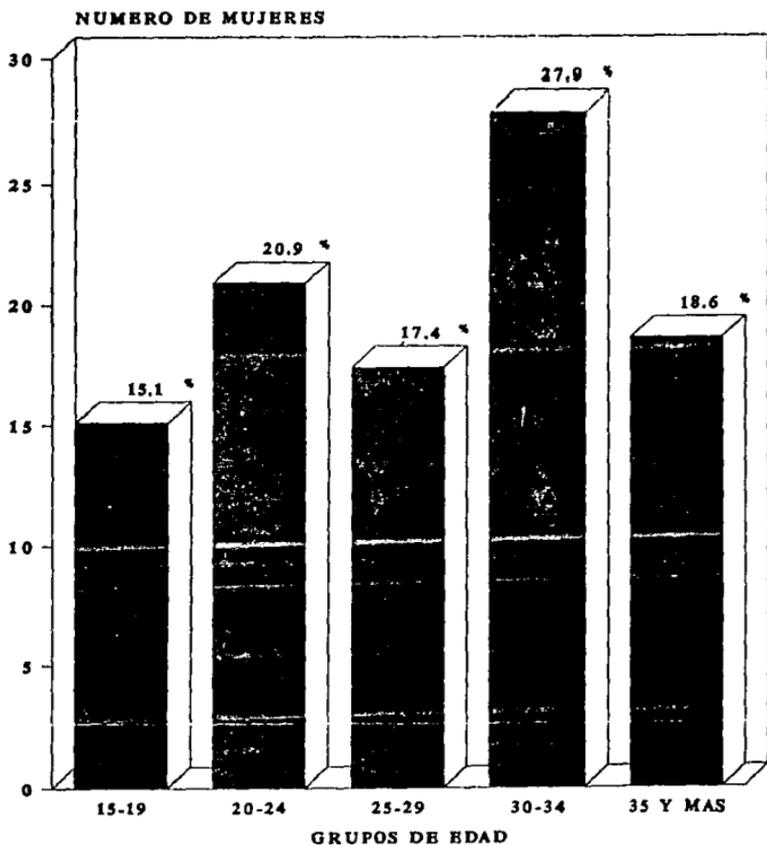
Al analizar la escolaridad encontramos a 31 (36.0%) son analfabetas, 26 (30.2%) con primaria incompleta, 17 (19.7%) con

**DATOS DEMOGRAFICOS MATERNO
MUERTE PERINATAL
H.R.-8^o ZACAPOXTLA**

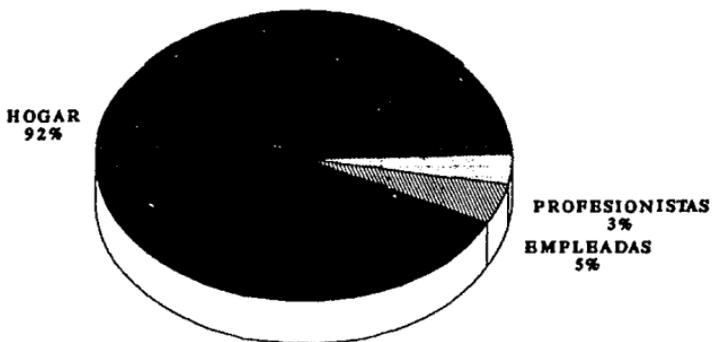
TABLA 2

CARACTERISTICAS	N	PORCENTAJE
EDAD DE LA MADRE AL INGRESO		
15-19	13	15.3%
20-24	10	20.9%
25-29	15	20.9%
30-34	24	27.9%
35 y +	16	18.6
NO. DE GESTACIONES AL INGRESO		
1	25	29.1
2	11	12.0
3 y +	50	58.1
ESCOLARIDAD DE LA MADRE		
ANALFABETAS	31	36.0
PRIMARIA INCOMPLETA	26	30.2
PRIMARIA COMPLETA	17	19.7
SECUNDARIA	9	10.4
PROFESIONAL	3	
OCCUPACION DE LA MADRE		
AMA DE CASA	79	91.9
EMPLEADA	4	4.7
PROFESIONISTA	3	3.5
ESTADO CIVIL		
SOLTERAS	5	5.0
CASADAS	35	46.5
UNION LIBRE	46	53.4

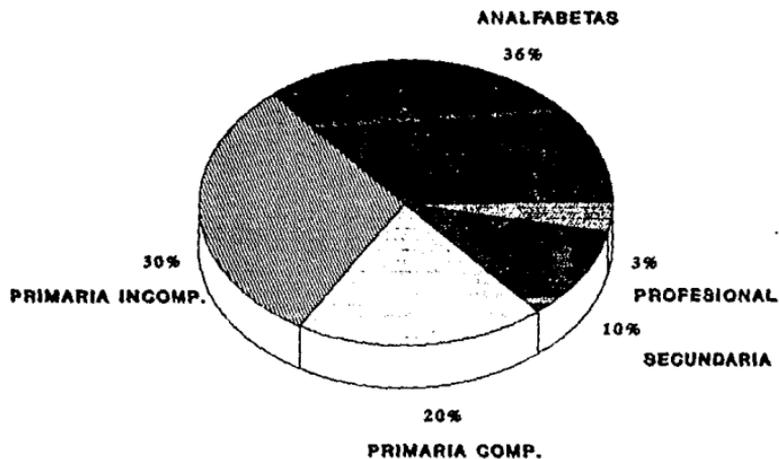
MUERTE PERINATAL
EDAD MATERNA
H.R.'S' ZACAPOAXTLA



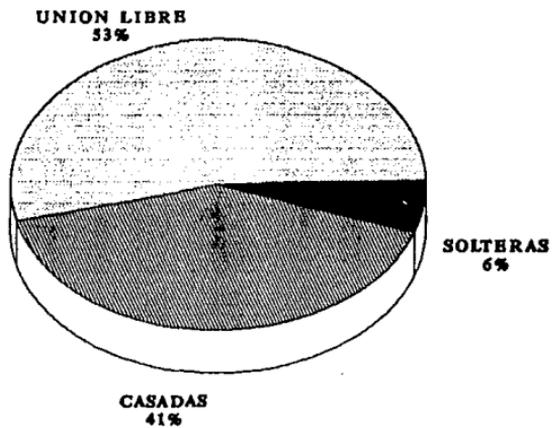
**MUERTE PERINATAL
OCUPACION DE LA MADRE
H.R.'S' ZACAPOAXTLA**



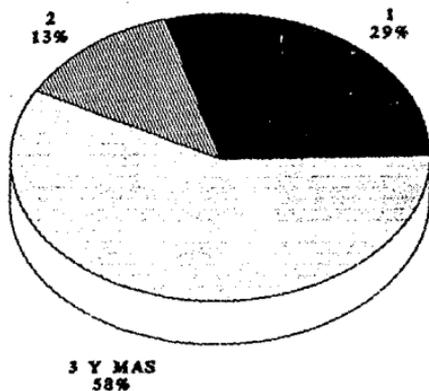
MUERTE PERINATAL ESCOLARIDAD DE LA MADRE



**MUERTE PERINATAL
ESTADO CIVIL MADRE
H.R.'S' ZACAPOAXTLA**



**MUERTE PERINATAL
NO. DE EMBARAZOS EN LA MADRE
H.R.'S' ZACAPOAXTLA**



primaria completa; 12 (13.8%) con secundaria y más (tabla 2)

Con antecedentes de embarazos previos al ingreso al hospital encontramos 25 (29.1%) eran primigestas; 11 (12.8%) con 2; y con 3 y más 50 (58.1%). (Ver tabla 2)

La edad gestacional de la madre al ingreso fue de 28 a 31 semanas en 12 (13.9%), 32 a 36 semanas 21 (24.4%), 37-41 semanas 27 (31.3%), 42 y más 6 (6.9%). (Ver tabla 2)

La calificación del riesgo obstétrico al ingreso concluimos que 45 (52.3%) se encontraban cursando con embarazos de bajo riesgo y 41 (47.6%) de alto riesgo. (Ver tabla 2)

Por los datos reportados anteriormente se hace énfasis de que se trata de pacientes de nivel socioeconómico y cultural bajo, con antecedente de la mayoría ser multigestas, y con problemas durante la última etapa del embarazo. Y de alguna manera al ser calificadas como de alto riesgo nos podía dar pauta de una manera temprana a realizar medidas específicas preventivas para evitar la muerte perinatal.

En relación a la atención prenatal inicial 40 (46.5%) si la tuvieron y 37 (53.4%) no, 9 (10.4%) fueron revisadas esporádicamente por parteras en sus comunidades. De las que si tuvieron control prenatal y tuvieron de 1 a 3 consultas todo su embarazo se reportó en 20 (50%) del total de las que si recibieron atención médica, y 20 (50%) con 4 consultas o más.

Del total de las pacientes 68 (79.1%) no tuvo complicación alguna durante su embarazo, y 18 (20.9) reportándose 5 (18.8%) de las si tuvieron problemas cursaron con antecedentes de sangrado en el mes previo a su ingreso, 4 (27.7) con antecedente de toxemia, 1 (1.2%) con antecedentes de amenaza de parto prematuro; 1 (1.2%) enfermedad diarreica.

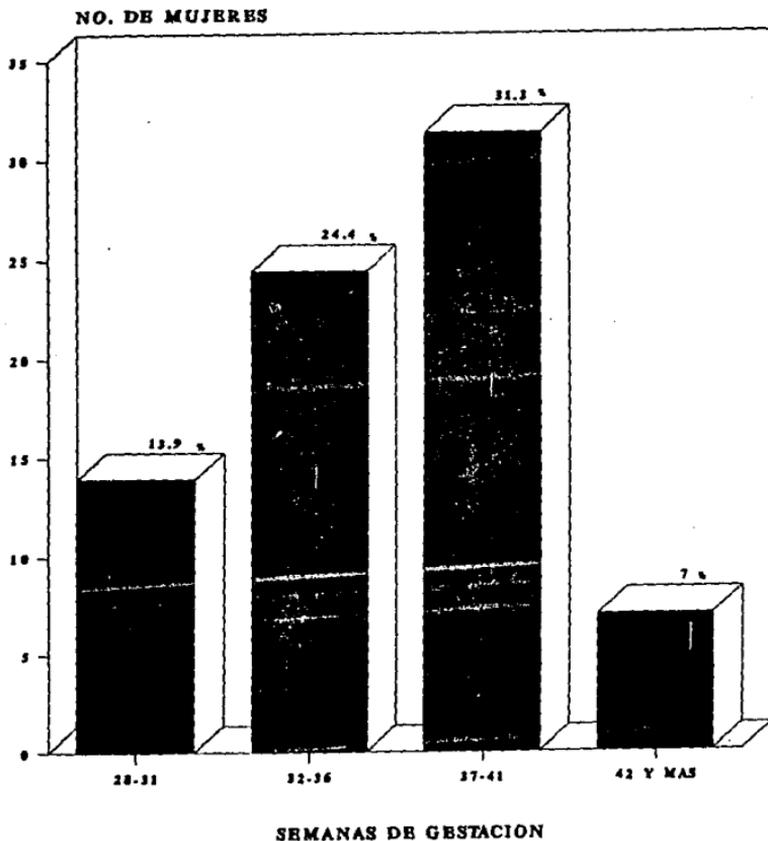
De las 86 mujeres del estudio 50 (58.1%) no tuvieron manipulación previa al ingreso al H.R."S"- de atención inicial de trabajo de parto y 29 (33.7%) si, de estas 20 (68.9%) fueron atendidas por parteras y 9 (31%) por médico.

43 (50%) del total de las pacientes ingresaron al H.R."S" con el antecedente de ruptura prematura de membranas. Y de estas 16 (37.2%) con más de 8 horas de evolución.

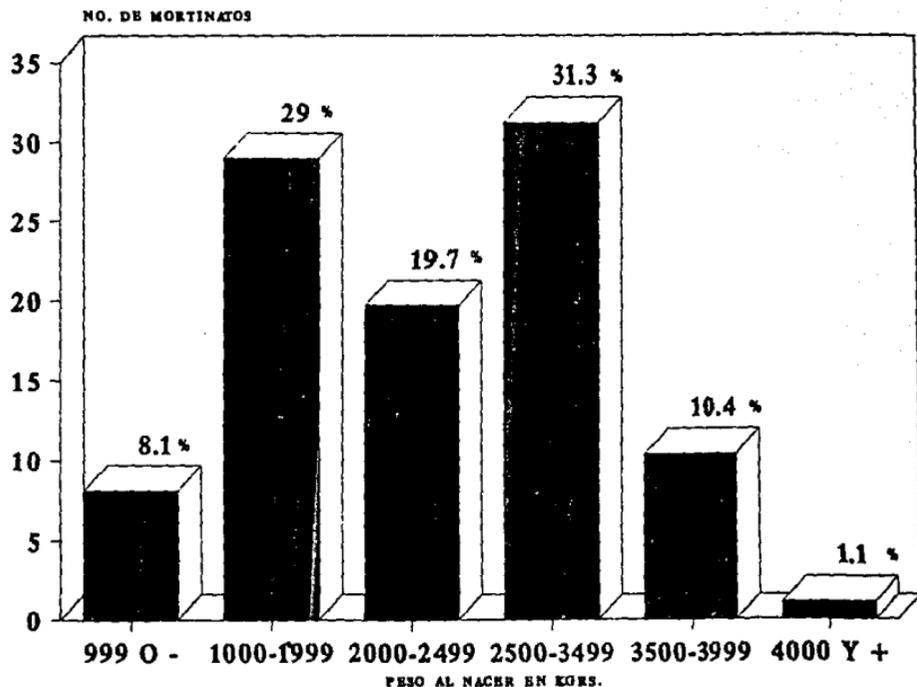
67 (77.9%) del total de las pacientes no tenían frecuencia cardiaca fetal al ingreso al H.R."S". Y 19 (22%) si.

La vía de resolución del embarazo se resolvió por parto eutósico en 43 (50%), distósico en 11 (12.8%) y mediante cesárea en 32 (37.2%).

**MORTALIDAD PERINATAL
EDAD GESTACIONAL AL INGRESO
H.R.'S' ZACAPOAXTLA**

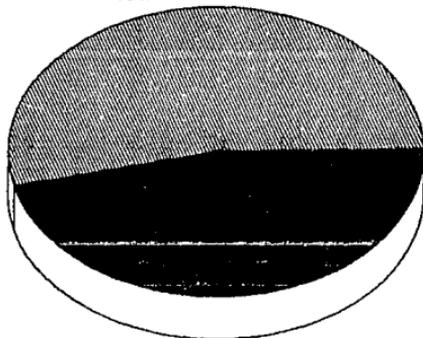


MORTALIDAD PERINATAL
PESO DEL PRODUCTO
H.R."S" ZACAPOAXTLA



**MUERTE PERINATAL
CONTROL PRENATAL
H.R.'S' ZACAPOAXTLA**

**NO TUVO
53%**



**SI TUVO
47%**

**MUERTE PERINATAL
VIA INTERRUPCION EMBARAZO
H.R.'S' ZACAPOAXTLA**

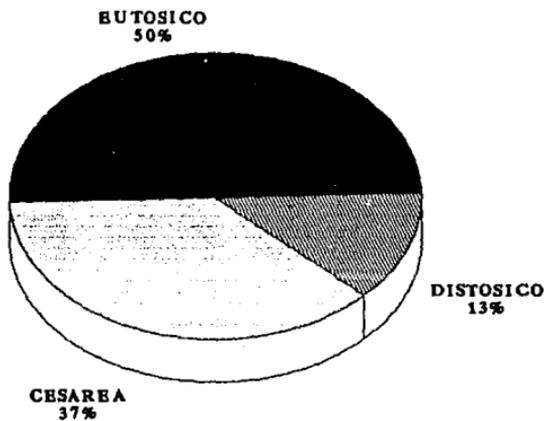


TABLA 3

VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO

	NUMERO	PORCENTAJE
EUTOSICO	43	50.0
DISTOSICO	11	12.8
CESAREA	32	37.2
TOTAL	86	100.0

14 (16.2%) mujeres recibieron inductoconducción para atención de su parto.

La indicación de cesárea en 5 (15.6%) fué por desprendimiento prematuro de placenta, 8 (25%) por sufrimiento fetal agudo, 3 (9.3%) por toxemia severa, 3 (9.3%) por procúbiteo de cordón, 9 (28.1%) por presentación transversa y 3 (9.3%) por presentación pélvica.

El sexo del producto fue de 45 (52.3%) sexo masculino y 40 (46.5%) sexo femenino 1 (1.1%) indeterminado.

El peso del producto al nacer con 999 mgrs. o menos fueron 7 (8.1%), de 1000 a 1999 kgr 25 (29%), 2000 a 2499 con 17 (19.7%), de 2500 a 3499 27 (31.3%), 3500 a 3999 9 (10.1%), y con 4000 kgrs o más 1 (1.1%)

TABLA 4
PESO EN KILOGRAMOS DE LOS PRODUCTOS

	NUMERO	PORCENTAJE
999 y menos	7	8.1
1000 - 1999	25	29.0
2000 - 2499	17	19.7
2500 - 3449	27	31.3
3500 - 3999	9	10.4
4000 y más	1	1.1
TOTAL	86	100.0

La causa de muerte en productos obitados fué 18 (20.9%) por accidentes de cordón umbilical, 14 (16.3%) por sufrimiento fetal. 7 (8.1%) por anencefalia, 7 (8.1%) otras malformaciones congénitas, 4 (4.7%) por inmadurez, 16 (18.6%) por interrupción de la circulación materno fetal, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera 4 (4.7%), placenta previa sangrante 3 (3.5%), toxemia 3 (3.5%) y postmadurez en 2 (2.3%).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 5

CAUSAS RELACIONADAS CON OBITO FETAL

	NUMERO	PORCENTAJE
ACCIDENTES DEL CORDON	18	20.9
INTERRUPCION CIRCULACION M.	15	17.4
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	14	16.3
ANENCEFALIA	7	8.1
OTRAS MALFORMACIONES CONG.	7	8.1
D.P.P.N.I	4	4.7
INMADUREZ	4	4.7
TOXEMIA	3	3.5
PLACENTA PREVIA	3	3.5
POSTMADUREZ	2	2.3

De los 19 productos que ingresaron con frecuencia cardiaca fetal solo 8 viveron. 6 (75%) se murieron en las primeras 12 horas de nacido, y 2 (25%) tardaron más de 24 horas

Las causas de defunción fueron: Aspiración de Meconio 2 (25%), prematurez: 3 (75%), Apnea del recién nacido 1 (12.5%), malformaciones congénitas 2 (25%)

COMENTARIOS

La mortalidad perinatal es la causa principal de muerte en nuestro hospital dentro del grupo materno infantil, la cual rebasa los indicadores que se pueden manifestar como normales dentro del lugar (33.1),

La misma causa se presenta en otros estudios manifestados de otros hospitales rurales de Solidaridad (1).

En relación a los datos demográficos maternos las muertes perinatales se presentaron con mayor frecuencia durante la tercera década de la vida, (30 años y más),

La educación de la madre influye de manera importante en éste suceso, ya que el 62% del total de las mujeres son analfabetas o tienen primaria incompleta. (12)

El número de gestaciones al igual que en otros estudios afecta en gran medida para que esta patología se presente, sobre todo en primigrávidas y multigestas, que ocuparon el 75% del total de los casos.

Aunque el 57% llevaron control prenatal, solo en el 25.5% de esos casos pudo ser adecuado, ya que la mayoría de las pacientes acuden para atención casi siempre en el último trimestre y no en forma continua. Es importante mencionar que 32.6% tuvo control prenatal con médico en unidades de medicina rural (UMR), por lo que es importante recalcar que

La vigilancia prenatal adecuada ayuda a identificar los factores de riesgo y detectar los embarazos con alto riesgo y enviarlos oportunamente a un nivel de atención adecuado (13,14)

Las causas desencadenantes de muerte perinatal fueron principalmente postmadurez, inmadurez fetal, accidentes del cordón umbilical, malformaciones congénitas, y toxemias, que coinciden con lo descrito en la literatura (3,12,13).

La mayoría de las muertes perinatales ocurren en embarazos que se pudiesen considerar de término.

La mayoría de los productos ya ingresan al HR"S" orbitados, antes de iniciar acciones para atención del trabajo de parto (77.9%)

CONCLUSIONES

- 1- La mortalidad perinatal es un problema de salud pública, predominante en comunidades con escasos recursos predominantemente. IMSS - SOLIDARIDAD.
- 2- Es frecuente que se presente la mortalidad perinatal en mujeres con 30 años y más
- 3- La mortalidad perinatal se presenta más frecuentemente en mujeres con bajo nivel educativo.
- 4- Las nulíparas y multíparas son factores de riesgo importantes para la mortalidad perinatal.
- 5- El control prenatal adecuado y el cuidado transparto disminuye los casos de muerte perinatal.
- 6- La vigilancia médica postparto adecuada ayuda a detectar fetos en riesgo de muerte y tomar decisiones oportunas.

SUGERENCIAS

- 1 - Brindar información sobre los factores de riesgo que ocasionan la muerte fetal, su detección y manejo oportuno a nuestras pacientes embarazadas
- 2 - Mejorar el nivel educativo de nuestra población en salud reproductiva y de esta manera tratar de mejorar la calidad de los cuidados prenatales.
- 3 - Insistir en la capacitación de los médicos de UMR, parteras empíricas ya que son el primer contacto con los pacientes, porque de ello depende que se puedan evitar complicaciones.
- 4 - Concientizar a las mujeres con riesgo reproductivo elevado sobre el control de la fertilidad, con métodos temporales o definitivos.

BIBLIOGRAFIA

- 1- PLAN DE ACCIONES Y COMPROMISOS PARA EL PROGRAMA DE SALUD MATERNO INFANTIL DEL IMSS. Agosto 1991; págs 1-20.
- 2 - Martínez -Montañez G. FACTORES DE RIESGO PARA MORTALIDAD PERINATAL EN UN AREA RURAL DE MICHOACAN. Memorias de Jornadas de residentes en Salud Pública. 1992
- 3- Vargas- Ruiz E. MUERTE FETAL. Tesis de postgrado. 1991; págs 1-2.
- 4- CLINICAS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA . MUERTE FETAL. 1987; Vol 1 ; 243-244.
- 5 - Vintzileos AM, Lodeiro JC, Feinstein SJ, et al. VALUE OF FETAL PONDERAL INDEX IN PREDICTING GROWTH RETARDATION. Obst. Gynecol 1986; Vol 67: 584-586.
- 6 - CLINICAS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO DE TRANSTORNOS DE CRECIMIENTO FETAL. 1988; Vol 1: 42-48.
- 7- Devore GR, Hebertson RM. THE TEMPORAL ASSOCIATION OF THE IMPLEMENTATION OF A FETAL DIAGNOSTIC AND SURVEILLANCE PROGRAM AND DECREASED FETAL MORTALITY IN A PRIVATE HOSPITAL. Obstet. Gynecol. 1990; Vol 75 (2): 210-213.
- 8 - Delle I, Hyatt R. AVOIDABLE OF PERINATAL DEATH AT OR AFTER TERM PREGNANCY IN AN INNERCITY HOSPITAL MEDICAL VERSUS SOCIAL. Am J. Obstet. Gynecol 1988; Vol 159 (3): 562-565.

- 9- Harlap S, Shiono PH, Ramscharan S. SPONTANEUS FOETAL LOSSES IN WOMEN USING DIFFERENT CONTRACEPTIVES AROUND THE TIME OF CONCEPTION. Int. J. Epidemiolog 1980; Vol 9: 49-56.
- 10- Hook EB. RATES OF CHROMOSOME ABNORMAL AT DIFFERENT MATERNAL AGES. Obstetric and Gynecolog. 1981; Vol 58: 282-285.
- 11- Hey EN, Lloyd DJ, Wigglesworth JS. CLASSIFYING PERINATAL DEATH, FETAL AND NEONATAL FACTORS: Br. J. Obstet Gynecol 1986; Vol 98: 1213.
- 12- Iffy - Kaminescky . TRATADO DE PERINATOLOGIA. 1988.
- 13- Kochenour y Cols. MUERTE FETAL. CLIN OBSTETRICAS Y GYNECOL 1987; Vol 2. Ed. Interamericana.
- 14- Quinn PA, Butany JA. PROSPECTIVE STUDY OF MICROBIAL INFECTION IN STILLBIRTHS AND NEONATAL DEATH. Am J. Obstet Gynecol 1985; Vol 151: 238-249.
- 15- MONOGRAFIAS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. 1985. AMERHGOUC.
- 16- Arskine RL, Ritchie WK. HERPES GESTACION UMBILICAL CORD KNOT AND FETAL DEATH. J. AM. ACADEMIC DERMATOL. 1989; Vol 64: 1457-1462.
- 17- Jiménez SG, y Cols. PERFIL BIOFISICO EN EL EMBARAZO PROLONGADO, OTRA ALTERNATIVA DE VIGILANCIA FETAL. Ginecologia y Obstetricia de México. 1990; Vol 58: 248-288.

28. INDICACION DE CESAREA _____

- 1) OPORUNA
- 2) EMERGENCIA
- 3) EMERGENCIA INTERMITIVA
- 4) EMERGENCIA PREVENIDA
- 5) EMERGENCIA PREVENIDA RECIENTE
- 6) EMERGENCIA PREVENIDA
- 7) EMERGENCIA PREVENIDA
- 8) EMERGENCIA PREVENIDA
- 9) EMERGENCIA PREVENIDA
- 10) EMERGENCIA PREVENIDA
- 11) EMERGENCIA PREVENIDA
- 12) EMERGENCIA PREVENIDA
- 13) EMERGENCIA PREVENIDA
- 14) EMERGENCIA PREVENIDA
- 15) EMERGENCIA PREVENIDA
- 16) EMERGENCIA PREVENIDA
- 17) EMERGENCIA PREVENIDA
- 18) EMERGENCIA PREVENIDA
- 19) EMERGENCIA PREVENIDA
- 20) EMERGENCIA PREVENIDA
- 21) EMERGENCIA PREVENIDA
- 22) EMERGENCIA PREVENIDA
- 23) EMERGENCIA PREVENIDA
- 24) EMERGENCIA PREVENIDA
- 25) EMERGENCIA PREVENIDA
- 26) EMERGENCIA PREVENIDA
- 27) EMERGENCIA PREVENIDA
- 28) EMERGENCIA PREVENIDA
- 29) EMERGENCIA PREVENIDA
- 30) EMERGENCIA PREVENIDA
- 31) EMERGENCIA PREVENIDA
- 32) EMERGENCIA PREVENIDA
- 33) EMERGENCIA PREVENIDA
- 34) EMERGENCIA PREVENIDA
- 35) EMERGENCIA PREVENIDA
- 36) EMERGENCIA PREVENIDA
- 37) EMERGENCIA PREVENIDA
- 38) EMERGENCIA PREVENIDA
- 39) EMERGENCIA PREVENIDA
- 40) EMERGENCIA PREVENIDA
- 41) EMERGENCIA PREVENIDA
- 42) EMERGENCIA PREVENIDA
- 43) EMERGENCIA PREVENIDA
- 44) EMERGENCIA PREVENIDA
- 45) EMERGENCIA PREVENIDA
- 46) EMERGENCIA PREVENIDA
- 47) EMERGENCIA PREVENIDA
- 48) EMERGENCIA PREVENIDA
- 49) EMERGENCIA PREVENIDA
- 50) EMERGENCIA PREVENIDA
- 51) EMERGENCIA PREVENIDA
- 52) EMERGENCIA PREVENIDA
- 53) EMERGENCIA PREVENIDA
- 54) EMERGENCIA PREVENIDA
- 55) EMERGENCIA PREVENIDA
- 56) EMERGENCIA PREVENIDA
- 57) EMERGENCIA PREVENIDA
- 58) EMERGENCIA PREVENIDA
- 59) EMERGENCIA PREVENIDA
- 60) EMERGENCIA PREVENIDA
- 61) EMERGENCIA PREVENIDA
- 62) EMERGENCIA PREVENIDA
- 63) EMERGENCIA PREVENIDA
- 64) EMERGENCIA PREVENIDA
- 65) EMERGENCIA PREVENIDA
- 66) EMERGENCIA PREVENIDA
- 67) EMERGENCIA PREVENIDA
- 68) EMERGENCIA PREVENIDA
- 69) EMERGENCIA PREVENIDA
- 70) EMERGENCIA PREVENIDA
- 71) EMERGENCIA PREVENIDA
- 72) EMERGENCIA PREVENIDA
- 73) EMERGENCIA PREVENIDA
- 74) EMERGENCIA PREVENIDA
- 75) EMERGENCIA PREVENIDA
- 76) EMERGENCIA PREVENIDA
- 77) EMERGENCIA PREVENIDA
- 78) EMERGENCIA PREVENIDA
- 79) EMERGENCIA PREVENIDA
- 80) EMERGENCIA PREVENIDA
- 81) EMERGENCIA PREVENIDA
- 82) EMERGENCIA PREVENIDA
- 83) EMERGENCIA PREVENIDA
- 84) EMERGENCIA PREVENIDA
- 85) EMERGENCIA PREVENIDA
- 86) EMERGENCIA PREVENIDA
- 87) EMERGENCIA PREVENIDA
- 88) EMERGENCIA PREVENIDA
- 89) EMERGENCIA PREVENIDA
- 90) EMERGENCIA PREVENIDA
- 91) EMERGENCIA PREVENIDA
- 92) EMERGENCIA PREVENIDA
- 93) EMERGENCIA PREVENIDA
- 94) EMERGENCIA PREVENIDA
- 95) EMERGENCIA PREVENIDA
- 96) EMERGENCIA PREVENIDA
- 97) EMERGENCIA PREVENIDA
- 98) EMERGENCIA PREVENIDA
- 99) EMERGENCIA PREVENIDA
- 100) EMERGENCIA PREVENIDA

29. SEXO DEL PRODUCTO _____

- 1) MASCULINO
- 2) FEMENINO

30. PESO DEL PRODUCTO _____

- 1) 5000 - 8000 HGRS
- 2) 4000 - 5000 HGRS
- 3) 3000 - 4000 HGRS
- 4) 2000 - 3000 HGRS
- 5) 1000 - 2000 HGRS
- 6) 500 - 1000 HGRS
- 7) 4000 y +

31. CAUSA OBITO _____

- 1) POSTRASURVIVENCIA
- 2) HEMORRAGIA Y POLIHIDRAMNIO
- 3) HEMORRAGIA Y POLIHIDRAMNIO
- 4) ACCIDENTES CORDON UMBILICAL
- 5) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 6) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 7) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 8) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 9) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 10) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 11) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 12) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 13) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 14) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 15) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 16) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 17) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 18) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 19) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 20) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 21) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 22) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 23) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 24) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 25) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 26) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 27) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 28) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 29) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 30) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 31) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 32) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 33) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 34) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 35) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 36) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 37) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 38) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 39) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 40) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 41) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 42) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 43) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 44) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 45) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 46) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 47) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 48) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 49) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 50) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 51) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 52) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 53) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 54) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 55) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 56) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 57) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 58) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 59) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 60) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 61) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 62) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 63) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 64) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 65) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 66) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 67) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 68) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 69) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 70) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 71) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 72) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 73) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 74) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 75) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 76) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 77) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 78) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 79) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 80) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 81) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 82) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 83) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 84) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 85) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 86) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 87) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 88) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 89) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 90) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 91) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 92) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 93) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 94) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 95) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 96) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 97) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 98) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 99) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO
- 100) HEMORRAGIA, PROLAPSO, PLAGIAPSO

32. PLANIFICACION POSTPARTO _____

- 1) SI
- 2) NO

33. CUAL METODO _____

- 1) DIV
- 2) DIV
- 3) H. ORALES

34. EN CASO PRODUCTO CON FCF :
APGAR AL NACIMIENTO _____

35. TIEMPO QUE VIVIO _____

- 1) 1 HORA
- 2) 2 A 12 HRS
- 3) + 24 HRS
- 4) + 36 HORAS

36. CAUSA DE LA DEFUNCION _____