

11217
99



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS
HUMANOS

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

"MORBI-MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL EN PACIENTES CON
PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARAN"

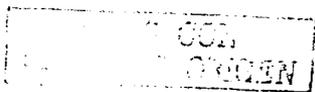
PRESENTADO POR

DRA. CELINA MENDOZA PEÑA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. MANUEL CASILLAS BARRERA

2003





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

"Morbi-mortalidad materna y perinatal en pacientes con preeclampsia – eclampsia en el Hospital Materno Infantil Inguarán"

Dra. Celina Mendoza Peña

Vo. Bo.
Dr. José Antonio Memije Neri



Profesor Titular del Curso de Especialización
en Gineco-obstetricia

Vo. Bo.
Dr. Roberto Sánchez Ramírez



Director de Educación e Investigación, **IN** DEL DISTRITO FEDERAL


SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.



DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
EDUCACION DEL DISTRITO FEDERAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Vo. Bo.
Dr. Manuel Casillas Barrera



Director de Tesis

Asistente Médico de la Dirección
Hospital Materno Infantil Inguarán

TESIS CON
FALLA EN LA COMISION

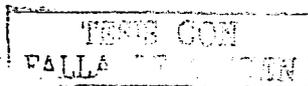
*A mis padres y abuelos, por que lo bueno de la vida, lo aprendí de ellos.
A mis hermanos, por su cariño y tolerancia.
A Aldo A. Por su apoyo incondicional.*

GRACIAS A DIOS.

WILEY & SONS
FALLA DE ORIGEN

INDICE

Resumen	
I. Introducción	1
II. Material y métodos	4
III. Resultados	6
IV. Discusión	8
V. Referencias bibliográficas	10
Anexos	



"Morbi-mortalidad materna y perinatal en pacientes con preeclampsia – eclampsia en el Hospital Materno Infantil Inguarán"

OBJETIVO: Evaluar la morbi-mortalidad materna y perinatal en pacientes con preeclampsia – eclampsia en puerperio mediato.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una selección de los expedientes de pacientes con diagnóstico de ingreso al Hospital Materno Infantil Inguarán, en el periodo comprendido entre el 1o de Enero de 2000 al 31 de Diciembre de 2001. Los criterios de inclusión fueron el Diagnóstico de Preeclampsia severa, leve y/o Eclampsia, dentro de cualquier rango de edad. Se llevó a cabo un registro de dichos pacientes para después ser analizadas las cifras en el programa Excel para el registro de frecuencias y porcentajes. Los criterios excluyeron a pacientes trasladadas. Se trató de un estudio sin intervención, observacional, retrospectivo, longitudinal y descriptivo. Las variables consideradas fueron edad, control prenatal, número de gestas, diagnóstico de Preeclampsia – eclampsia, la presencia de complicaciones maternas y en el recién nacido, peso al nacer, nivel de madurez gestacional, y defunciones y vía de resolución del parto.

RESULTADOS: Los grupos etáreos más frecuentes en esta muestra son aquellos de 14-18 años y de 19 a 23. En ambos años la patología más frecuente fue la preeclampsia severa con un 50% del total de casos. El número de pacientes primigestas superó en ambos años al resto de las pacientes que ingresaron en este periodo. Las primigestas presentaron los mayores índices de las tres patologías. La vía de resolución más frecuente en esta muestra en los dos años, fue por cesárea, con un 79 y 82 % respectivamente. La edad del embarazo a la que se interrumpió el embarazo fue mayor de 37 semanas en ambos años. En ambos años, el Síndrome de Hellp es la complicación materna que apareció con mayor frecuencia, 4 casos en pacientes con preeclampsia leve, y 4 con preeclampsia severa, en el año 2000 y 2001 respectivamente. Se observa un caso de Insuficiencia Renal en el año 2000, así como una defunción por año en preeclampsia severa. Otra defunción causada por preeclampsia severa se registró en el 2001 de un total de 3. Las complicaciones más frecuentes en los neonatos fueron Síndromes de tipo respiratorio y se observaron más frecuentemente en pacientes menores de 36 semanas. Los neonatos hipotrofos se presentaron el grupo de edad gestacional menor de 36 semanas, la presencia de óbitos tuvo lugar en neonatos no viables.

CONCLUSIONES: Podemos considerar que la incidencia es baja con respecto a otras unidades, esto debido a la incapacidad para conseguir información completa de los expedientes y por el subregistro en las hojas de información sistematizada. Es importante recalcar que no es posible realizar un seguimiento de la evolución completa de las puerperas, ya que no contamos con la infraestructura para atender a pacientes en estado crítico. Las complicaciones podrían detectarse a tiempo si existiera un control prenatal adecuado.

PALABRAS CLAVE: Preeclampsia leve, Preeclampsia severa, Eclampsia, Complicaciones maternas, Complicaciones recién nacido.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

En México durante 1995, las causas más frecuentes de egreso hospitalario en la población de 15 a 44 años de edad fueron las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, representando 60% del total de egresos. En ese periodo se produjeron 1,454 muertes maternas, de las que 87.1% se debieron a causas obstétricas directas y de ellas, al desglorarias, 28% se debió a preeclampsia y sus complicaciones.¹

La preeclampsia ocurre entre 6 y 10% de todas las mujeres gestantes y se ha calculado que provoca aproximadamente 50,000 muertes cada año en todo el mundo, por lo que constituye un problema de salud pública, principalmente en los países pobres o en vías de desarrollo.² Esta enfermedad ocurre predominantemente en mujeres primigestas en edades extremas, y en mujeres con otros factores de riesgo como embarazo múltiple, historia familiar de preeclampsia, y en portadoras de hipertensión crónica, nefropatía, enfermedad autoinmune como lupus, o enfermedad metabólica como diabetes.³

Durante su presentación, esta enfermedad puede asociarse a una serie de complicaciones que incrementan la mortalidad materna, entre las que se incluyen edema pulmonar, derrame pleural, ascitis severa, disfunción hepática, trombocitopenia, edema o hemorragia cerebral, convulsiones y coma. También se incrementa la incidencia de morbilidad perinatal asociada a nacimientos pretérmino y retardo en el crecimiento intrauterino.⁴

La eclampsia representa una condición de gravedad que puede progresar de manera fulminante después de horas o días a partir de un cuadro de preeclampsia leve.⁵ Casi siempre se trata de casos en los que la paciente no ha sido examinada durante el embarazo o varios días antes y en los que aparentemente la mujer gozaba de buena salud o no había dado ninguna importancia a las manifestaciones clínicas de la preeclampsia. Las convulsiones son de tipo gran mal y pueden aparecer antes, durante o después del parto. A menudo la primera convulsión precede a otras, que en algunos casos se suceden tan rápidamente que la mujer parece hallarse en una convulsión continua. Posterior a la convulsión puede sobrevenir el estado de coma o la muerte. En mujeres eclámpicas la principal causa de muerte, hasta en 80% de los casos, es la hemorragia cerebral.⁶

En Estados Unidos, las muertes por eclampsia han disminuido principalmente a través de la práctica de la interrupción rápida del embarazo, la introducción del sulfato de magnesio en la prevención de las convulsiones y el manejo antihipertensivo con hidralacina.⁷

No obstante en los países desarrollados se ha logrado abatir la mortalidad asociada a preeclampsia-eclampsia, en nuestras sociedades, es indispensable

identificar los factores y marcadores pronósticos sobre la aparición de eclampsia, con el objeto de limitar la presencia de esta ominosa y en ocasiones fatal condición.^{12,13}

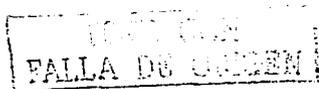
La enfermedad hipertensiva aguda del embarazo ocupa un lugar preponderante dentro de las causas obstétricas directas de muerte materna. Las determinantes de muerte son múltiples, como accidentes vasculares encefálicos del tipo de la hemorragia, encefalopatía hipertensiva, choque hipovolémico secundario a desprendimiento prematuro de placenta o ruptura hepática, síndrome de coagulación intravascular diseminada, originada en problemas hemorrágicos, o secundario al sustrato fisiopatológico de la enfermedad, insuficiencia renal irreversible o complicaciones cardiopulmonares.¹⁰

La morbilidad mediata y tardía se relaciona con la persistencia de la hipertensión arterial o la insuficiencia renal crónica; éstas dos últimas complicaciones tardías se presentan mayor frecuencia en los casos de hipertensión preexistente o de aparición durante la gestación.¹⁴

La infección puerperal, sea por parto o por cesárea es más frecuente en este grupo de mujeres que en las no portadoras de la enfermedad. Se aduce como mayor riesgo frecuentemente resolución de urgencia y mayor o menor grado de hipoxia histica generalizada, que permite el mejor desarrollo de microorganismo anaeróbicos.¹¹

En la elevada morbimortalidad perinatal relacionada con la enfermedad, participan como factores de predisposición el retardo en el crecimiento intrauterino, la prematurez y la asfisia al nacimiento. Así por ejemplo, la enfermedad hipertensiva aguda es la complicación o enfermedad materna que con mayor frecuencia guarda relación con la muerte fetal (uno de cada 5 casos) y está presente en el 20% de los casos de recién nacidos con peso de 2000 gr o menos. En neonatología se describe un síndrome del recién nacido "hijo de madre con enfermedad hipertensiva aguda del embarazo".^{4,5}

Se están estudiando también los estudios genéticos de la enfermedad estableciéndose la hipótesis de una predisposición familiar originada en un gen determinado. De ser demostrado o tipificado, sería un marcador específico de gran riesgo de padecer la enfermedad. La mejor medida preventiva de la enfermedad hipertensiva aguda del embarazo es una estrecha vigilancia prenatal mas cualitativa que cuantitativa, que permita reconocer los factores de riesgo, manifestaciones clínicas y fisiopatogénicas tempranas, procedimiento terapéutico inmediato y resolución de la gestación en el tiempo oportuno.⁵



No existe un programa etiológico para la enfermedad hipertensiva aguda del embarazo que no sea el nacimiento, por lo que el enfoque del mismo, es sintomático y sindromático, cuyo objetivo estriba el mantener quiescente el padecimiento en su fase compensada el tiempo que sea necesario para alcanzar la viabilidad con seguridad.^{2,12}

Los conocimientos actuales de la obstetricia permiten la prevención y el tratamiento adecuados de la mayor parte de los procesos patológicos ocurridos durante el embarazo, parto y puerperio. Las muertes maternas ocurren por no tener acceso a los beneficios de la medicina moderna o por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles. La desnutrición, la higiene deficiente, la pobreza y la ignorancia, siguen siendo factores que aumentan la probabilidad de presentar complicaciones graves; sin embargo, casi todas estas complicaciones pueden ser prevenibles con la atención médica prenatal y del parto. Es posible asegurar que la mayoría de las muertes maternas son prevenibles.³

Al igual que las enfermedades infecciosas en los niños, las complicaciones del embarazo, en el parto y el puerperio, disminuyen su incidencia conforme las sociedades se desarrollan y las poblaciones mejoran sus condiciones de vida. La nutrición de las mujeres en edad fértil mejora por la mayor disponibilidad de alimentos, reduciéndose en consecuencia el porcentaje de mujeres con estatura muy baja y la incidencia de anemia, entre otros beneficios. Las condiciones de higiene mejoran y se reduce la exposición a microorganismos patógenos, lo que lleva a menos infecciones genitourinarias. El descenso de la fecundidad implica una baja en la paridad promedio de la mujeres, y en general la procreación se concentra más en mujeres con mayor eficiencia reproductiva, es decir, con edad entre los 20 y 29 años. El incremento en la cobertura de los servicios de salud, mejora los hábitos y costumbres relacionadas con la procreación, anticipa las complicaciones del embarazo, ofrece las condiciones higiénicas adecuadas para el parto y evita que las complicaciones del parto terminen en muerte materna.^{8,9}

Así las tasas de mortalidad materna altas son características de sociedades pobres que no han logrado controlar las infecciones y que no ofrecen cuidados adecuados a las mujeres y a los niños en las etapas críticas de reproducción y crecimiento. Este es un perfil epidemiológico que se ha denominado pre-transicional. De acuerdo con las causas de muerte, México muestra un perfil epidemiológico mixto, en el que coexisten las infecciones y los problemas de salud reproductiva con las enfermedades no transmisibles.^{7,8,9}

Se trata de una superposición de patologías, consecuencia de las grandes desigualdades que caracterizan a la sociedad mexicana. En efecto, la mortalidad materna continúa siendo muy elevada en importantes sectores de la población mexicana, particularmente en áreas rurales dispersas y en algunos asentamientos marginales de las ciudades grandes. Por otra parte, las ciudades que han mejorado las condiciones de vida y el acceso a los servicios de salud, presentan



tasas de mortalidad más bajas. Desafortunadamente la mortalidad materna en el Distrito Federal es mayor de la esperada, si se considera su nivel de desarrollo y el acceso casi universal a los servicios de salud. De acuerdo con cifras de 1986, el Distrito Federal tenía una tasa de mortalidad materna de 6.6 muertes por 10 mil nacidos vivos registrados. Hay razones para asegurar que esta cifra subestima la magnitud del problema. Aun así, esta cifra es aproximadamente) de 6 a 11 veces más elevada que la informada para Estados Unidos y Canadá respectivamente.⁵

En México existen contribuciones muy importantes al estudio del problema de la mortalidad materna, tanto desde el punto de vista conceptual como de medición de la magnitud del problema, sin embargo, no existen estudios interinstitucionales ni estudios en poblaciones geográficamente determinadas.

Con base a lo antes mencionado se plantea como objetivo del estudio conocer la morbi-mortalidad materna y perinatal en el puerperio inmediato en las pacientes con preeclampsia-eclampsia en el Hospital Materno Infantil Inguarán, que es el que tiene mayor demanda de atención obstétrica de todos lo hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, con un total de 7. 292 (siete mil doscientos noventa y dos) pacientes obstétricas (partos y cesáreas) en el año dos mil y 7820 (siete mil ochocientos veinte) en el año dos mil uno.

La finalidad del estudio es aportar datos reales en base a los datos obtenidos de los expedientes clínicos.

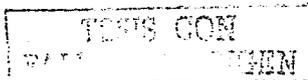


MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de los expedientes de pacientes que ingresaron al Hospital Materno Infantil Inguarán, con el diagnóstico de Preeclampsia leve, severa o Eclampsia en el periodo comprendido del 1o de Enero de 2000 al 31 de Diciembre de 2001, de acuerdo a las Normas del Instituto Nacional de Perinatología, dentro de cualquier rango de edad. Se recabó información relacionada a la patología para después ser analizadas las cifras en el programa Excel 98 para establecer frecuencias y porcentajes con medidas de tendencia central.

Se trató de un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo, en donde el investigador utilizó los datos de los expedientes clínicos. El método de recolección de datos se remitió únicamente a la utilización de los archivos clínicos, mediante el llenado de una hoja de recolección de datos. Se realizó también un método de conteo y registro con herramientas estadísticas.

Las variables consideradas fueron complejas, tales como edad, control prenatal, número de gestas, diagnóstico de Preeclampsia – eclampsia; la presencia de complicaciones maternas y en el recién nacido, defunciones, peso al nacer, edad gestacional al momento de interrumpir el embarazo y vía de resolución del embarazo.



RESULTADOS

Se revisaron un total de 211 expedientes en el 2000 y 160 del 2001, con el diagnóstico de ingreso de enfermedad hipertensiva, de los cuales se descartaron más del 60% por no cumplir con los criterios de inclusión. Se registraron 85 casos de preeclampsia-eclampsia en el 2000 y 70 en el 2001, siendo un total de 155 casos en ambos años.

El padecimiento más frecuente en ambos años fue la preeclampsia severa, con un porcentaje de 58% y 56% en el 2000 y 2001, respectivamente, seguida de la preeclampsia leve con un porcentaje de 35% y 34% para cada año y por último la eclampsia con un porcentaje de 8% y 10%. (fig. 1)

La tasa de incidencia de la preeclampsia-eclampsia para el 2000 fue de 10.8 x 1000 y en el 2001 fue de 9.5 x 1000

Los grupos etéreos se dividieron en quinquenios, encontrándose los más afectados en el grupo 14 a 18 años con un porcentaje de 19% en el 2000 y 34 % en el 2001 y el grupo de 19 a 23 años con un 35 % en el 2000 y 26 % en el 2001; con una edad media de 28 años. (Fig. 2,3,4)

La edad de la gestación a la que se resolvieron los embarazos en su mayoría fue después de las 37 semanas, con un porcentaje de 64% en ambos años, seguida del grupo de 33 a 36 semanas con un porcentaje de 32% en el 2000 y 29% en el 2001 y por último los menores de 32 semanas que ocuparon un porcentaje de 5% en el 2000 y 7% en el 2001.

De acuerdo al número de gestaciones observamos que el mayor porcentaje de presentación de la patología fue en primigestas con un 50% en el 2000 y 53% en el 2001, seguidas de la secundigestas con un 26% en el 2000 y 31% en el 2001, por último el grupo de multigestas con un 24 y 16% en el 2000 y 2001, respectivamente. (Fig.5)

La vía de resolución más frecuente fue la cesárea con un 79% en el 2000 y un 82% en el 2001, correspondiendo un 18% a los partos eutócicos y un 3% a los distócicos en el 2000 y 12% eutócicos y 1% distócicos en el 2001. (Fig 6) . Tres de las pacientes eclámpicas en el 2001 resolvieron su embarazo vía vaginal.

Respecto al control prenatal, el 45,34% de las pacientes acudieron a él en el año 2000, aumentando a 54,41% para el año 2001, teniendo un aumento en la asistencia de cerca del 11%.

Dentro de las complicaciones identificadas en las madres, las más frecuente en el 2000 fueron en pacientes con Preeclampsia severa: el Sx de Hellp en 4 pacientes, dehiscencia de herida quirúrgica en una paciente, 1 caso de corioamnionitis y 1 caso de Sx de Hellp en una paciente eclámpica. En el 2001 se



presentó Sx de Hellp en una paciente con preeclampsia leve, en pacientes con preeclampsia severa: 2 casos de Sx de Hellp, 1 paciente con Sx nefrótico, un caso de insuficiencia renal aguda, dehiscencia de herida quirúrgica en una paciente y deciduitis en otra.

Con respecto a las complicaciones en los neonatos debemos observar que éstas se encontraron en relación con la edad de la gestación a la que se resolvió el embarazo, ya que la mayoría de ellas se presentó en paciente menores de 36 semanas. En el año 2000 en los neonatos de término se presentaron tres casos de hipotróficos, un caso de asfixia, otro de Síndrome de Aspiración de Meconio. El resto de las complicaciones sucedieron en hijos de paciente con preeclampsia severa con edad de 33 a 36 semanas, tales complicaciones fueron Sx de Dificultad Respiratoria:2, Sx. Adaptación Pulmonar: 6, Enfermedad de Membrana Hialina: 3 e Hipotróficos: 5, el mayor número de asfixiados: 3, se presentó en los neonatos de 28 a 32 semanas e incluso dos defunciones, una en un paciente de 32.5 Semanas por Enfermedad de Membrana Hialina y la otra en un neonato de 36 semanas con Sx dismórfico. En el 2001, igualmente, el mayor número de complicaciones tuvo lugar en los pacientes pretérmino presentándose 4 casos de pacientes hipotróficos y Sx de origen pulmonar como el Sx Adaptación pulmonar:3 y Sx de dificultad respiratoria: 3, enfermedad de membrana hialina:3 y 1 caso de Restricción del crecimiento, en pacientes de término se presentaron 1 caso de asfixia, un Sx de dificultad respiratoria y 4 casos de hipotróficos. Se registraron 2 óbitos en este año, ambos correspondiendo a embarazos no viables (de 24 y 26 semanas) y una defunción por Enfermedad de Membrana hialina en un paciente de 28 semanas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

De acuerdo a los datos obtenidos, podemos observar que con respecto a la edad nuestros resultados no coinciden con la mayoría de la literatura al afirmar que la preeclampsia-eclampsia se presenta con mayor frecuencia en los extremos de la vida, ya que si bien el grupo más afectado fue en las menores de 18 años, en las pacientes mayores de 35, no observamos la misma frecuencia, sin embargo fue muy importante su presentación en el grupo de 19 a 23 años.

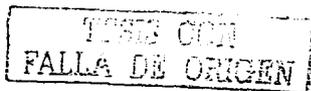
Con respecto a la incidencia, observamos que la nuestra está por debajo de lo reportado en la literatura mundial, que menciona una incidencia del 3 al 10%; los motivos pueden ser diversos, desde el registro inadecuado en el expediente clínico, como fue el caso de esta investigación, donde más de la mitad de expedientes revisados no pudieron ser incluidos en la muestra por contar con información incompleta en la mayoría de los casos, hasta la falta de recursos para concluir con un diagnóstico no solo clínico sino sustentado por exámenes de laboratorio. Podemos agregar también que debido a la gravedad de otras pacientes solo se ingresaron y se trasladaron a otro hospital que contara con Unidad de Cuidados Intensivos, por lo que tampoco pudieron ser incluidas en el estudio. Hacemos notar que en los casos de pacientes eclámpicas en las que se interrumpió el embarazo en nuestro hospital, el 100% tuvo que ser trasladado a otro Hospital por el mismo motivo.

Es importante recalcar que existe un sistema de información que capta el número aproximado de pacientes preeclámpicas (SISPA), sin embargo deja fuera a las pacientes que resolvieron su embarazo vía vaginal, siendo éste un número nada despreciable, 21% para el 2000 y 13% en el 2001.

Las complicaciones que se presentaron en la madre, fueron escasas, sin embargo es de hacer notar que de las muertes registradas en el 2000 (2 casos) uno de ellos se debió a complicaciones hipertensivas del embarazo y las registradas en el 2001 (3 casos) uno de ellos se debió a preeclampsia severa.

Un factor importante es que el control prenatal aumentó en el año 2001 en un pequeño porcentaje. Y debemos hacer hincapié que éste es el único método, no de prevención, sino de detección oportuna de este tipo de patologías y de ella depende el tratamiento temprano.

En cuanto a las complicaciones del neonato podemos observar que son consistentes a las reportadas por la literatura mundial, ya que se menciona, por



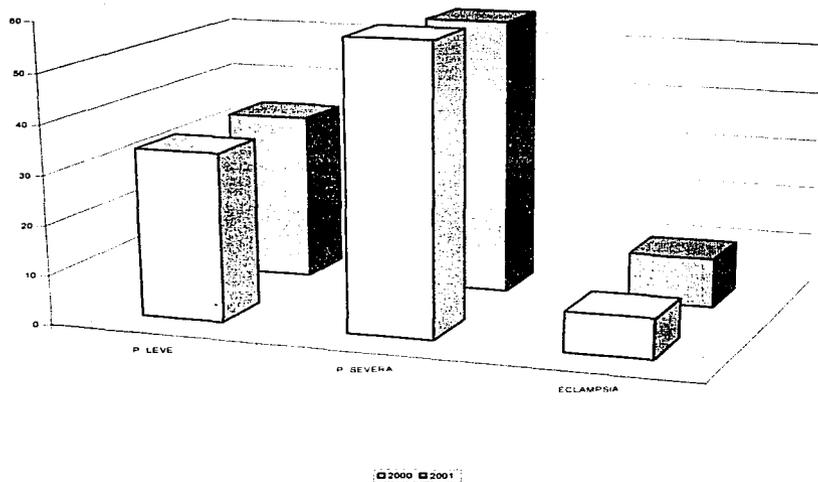
ejemplo, que los neonatos hijos de madre preecláptica tienen un peso similar a los neonatos de madres sanas, sin embargo esto es aplicable solo al final del embarazo, ya que mientras más pretérmino se interrumpa el embarazo mayor será el bajo peso en relación con los sanos. En tanto a la presencia de complicaciones de tipo respiratorio, podemos observar que éstas se presentaron con mayor frecuencia en neonatos pretérmino y el peor resultado fue en pacientes menores de 28 semanas en los que el resultado fue letal. Debemos notar que la complicación más frecuente, en todo caso, fue la prematuridad y todos los problemas que ello implica.

Consideramos que el estudio nos aporta datos específicos con respecto a nuestra población y nos recuerda que el tratamiento de este tipo de padecimientos debe ser multidisciplinario, de preferencia contando con todos los recursos necesarios para el bienestar de la madre y el neonato, para disminuir las tasas de mortalidad por causa la mayoría de veces, prevenibles.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS NO HA
SÍ

FIGURA 1
PROCENTAJE DE PATOLOGÍA POR AÑO

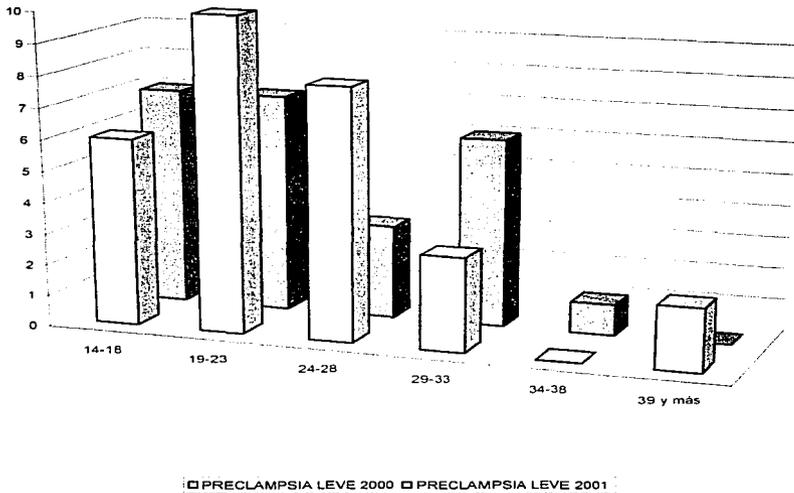


Fuente: Archivo Clínico Hospital Materno – Infantil – Inguarán 2000 - 2001

TRABAJO CON
 FALLA DE ORIGEN

FIGURA 2

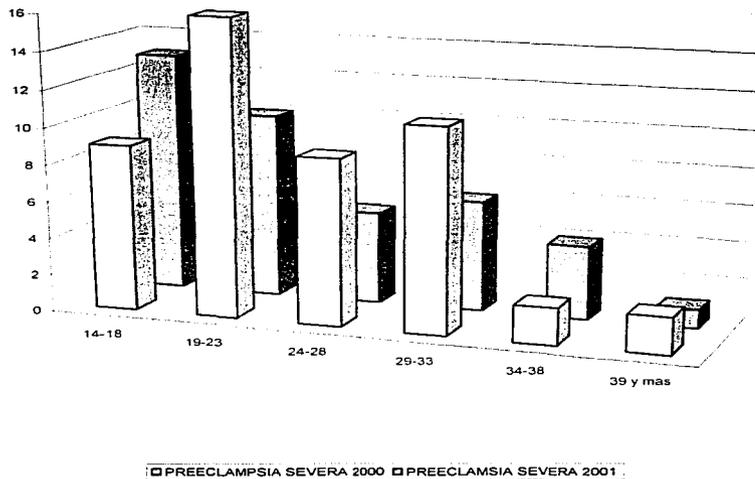
PATOLOGÍA DE ACUERDO A GRUPOS ETÁREOS



Fuente: Archivo Clínico Hospital Materno – Infantil – Inguarán 2000 - 2001

SECCION
FALLA DE ORIGEN

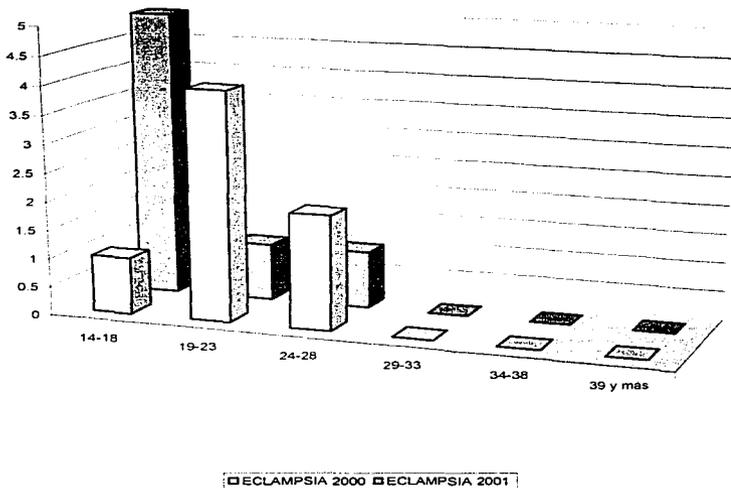
FIGURA 3
PATOLOGÍA DE ACUERDO A GRUPOS ETÁREOS



Fuente: Archivo Clínico Hospital Materno – Infantil – Inguarán 2000 - 2001

ESTADO CON
 PALESTINA

FIGURA 4
PATOLOGÍA DE ACUERDO A GRUPOS ETÁREOS

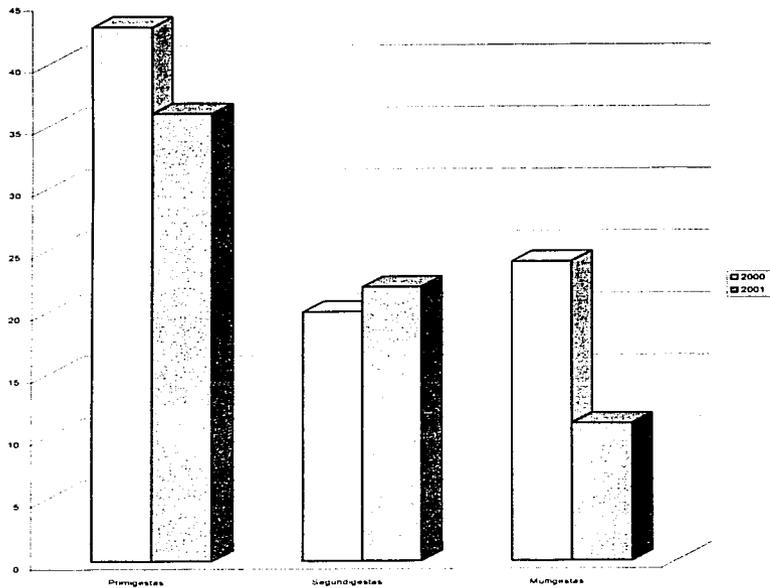


Fuente: Archivo Clínico Hospital Materno – Infantil – Inguarán 2000 - 2001

ESTADÍSTICAS CON
 FALLOS DE CALIDAD

FIGURA 5

Número de gestas por año

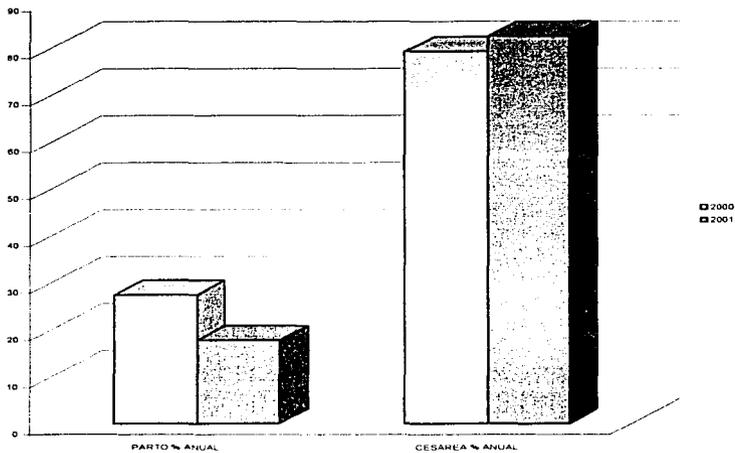


Fuente: Archivo Clínico Hospital Materno – Infantil – Inguarán 2000 - 2001

IMPRESIÓN
FARMACIA
FARMACIA

FIGURA 6

% ANUAL DE PARTOS VS CESÁREAS

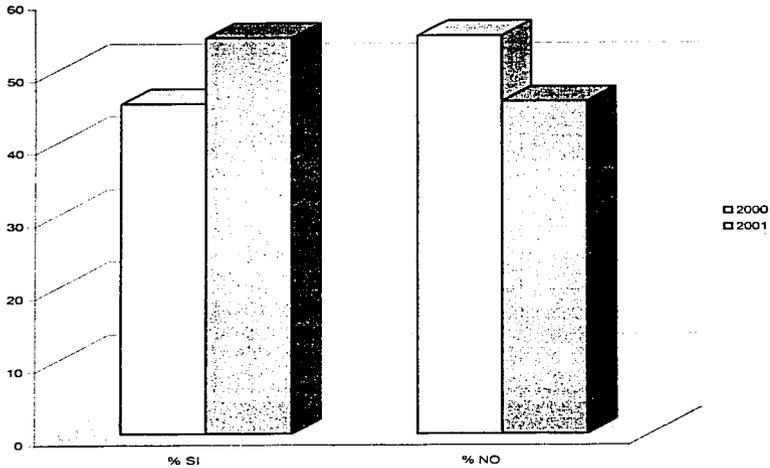


Fuente: Archivo Clínico Hospital Materno – Infantil – Inguarán 2000 - 2001

TIENE CON
FALLA DE CIRCUN

FIGURA 7

CONTROL PRENATAL

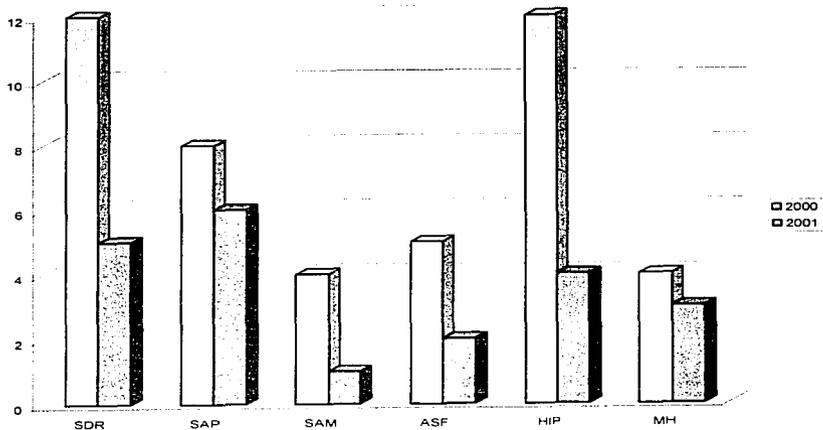


Fuente: Archivo Clínico Hospital Materno – Infantil – Inguarán 2000 - 2001

CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 8

COMPLICACIONES EN EL RN



Fuente: Archivo Clínico Hospital Materno – Infantil – Inguarán 2000 - 2001

TUVA CON
FALLA