

112424



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.

I. S. S. S. T. E.
CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE".

"ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD EN EL SERVICIO
DE MEDICINA MATERNOFETAL DURANTE EL PERIODO DE
OCTUBRE DE 2001 A SEPTIEMBRE DE 2003".

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA MATERNOFETAL
P R E S E N T A :
DR. JOSÉ HUMBERTO MARTÍNEZ COLLADO

ASESOR DE TESIS: DRA. MARGARITA CAMACHO DÍAZ



MÉXICO, D. F.

NOVIEMBRE, 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

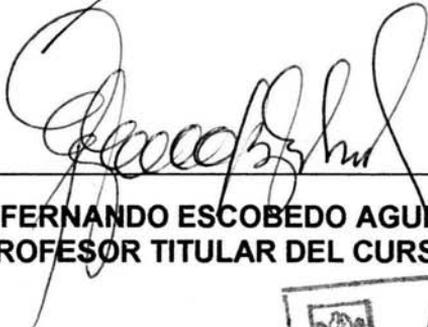
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA




DR. MAURICIO DI SILVIO LÓPEZ.
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.


DR. FERNANDO ESCOBEDO AGUIRRE.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO.


DRA. MARGARITA CAMACHO DÍAZ.
ASESOR DE TESIS.




DR. JOSÉ HUMBERTO MARTÍNEZ COLLADO.
SUSTENTANTE.


SUBDIVISIÓN DE REGISTRO Y COORDINACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

CONTENIDO.

• Resúmen	1
• Summary	2
• Introducción	3
• Objetivos	5
• Materiales y métodos	6
• Resultados	7
• Análisis y discusión	10
• Conclusiones.....	11
• Cédula de recolección de datos	13
• Gráficas y tablas.....	14
• Bibliografía.....	30

RESÚMEN.

El análisis de la morbilidad materna y perinatal es uno de los parámetros más importantes para evaluar el grado de desarrollo y de salud de una población.

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo y abierto; analizando 288 expedientes del servicio de Perinatología.

Se encontró un rango de edad de 17 a 45 años. La edad gestacional mínima en que se interrumpió el embarazo fue de 27 semanas y la máxima de 40.2, con promedio 32.5. Del total de los embarazos 3 (1.04%) correspondieron a alto orden fetal, 12 (4.16%) fueron gemelares, mientras que 273 (94.8 %) correspondieron a embarazos únicos. El peso mínimo de los recién nacidos fue de 940 gramos y el máximo de 5200 gramos, con promedio de 2656 gramos. 160 (52%) recién nacidos fueron del sexo femenino, mientras que 146 (48%) fueron masculinos. La vía de resolución fue cesárea en 253 casos (87.8%), eutocia 27 (9.37%) y fórceps 8 (2.77%). Los diagnósticos más frecuentes fueron diabetes gestacional con 118 pacientes (40%), y preeclampsia con 26 casos (9%); Los diagnósticos prequirúrgicos más frecuentes fueron baja reserva fetoplacentaria con 65 casos (22.56%) y desproporción cefalopélvica con 24 pacientes (8.33%). Las complicaciones quirúrgicas que se presentaron fueron 3 desprendimientos de placenta normoinsera, 2 atonías uterinas, 2 acretismos placentarios, 2 dehiscencias de herida, 1 desgarro uterino, 1 desgarro perianal, 1 edema agudo pulmonar y 1 hematoma hepático roto. La tasa de mortalidad perinatal es de 58.8 por 1000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad materna es de 32 por cada 10 000 nacidos vivos.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: MARTINEZ COLLAO

JOSE HUMBERTO

FECHA: 19-MAYO-2011

FIRMA: J. H. Martínez Collao

SUMMARY.

The analysis of the maternal and perinatal mortality and morbidity is one of the parameters most important to evaluate the degree of development and health of a population.

A descriptive, longitudinal, retrospective and opened study was made; analyzing 288 files of the maternal-fetal service.

Was a rank of age of 17 to 45 years. The minimum gestacional age in which the pregnancy was interrupted was of 27 weeks and the Maxima of 40,2, with average 32.5. Of the total of pregnancies 3 (1.04%) they corresponded to high fetal order, 12 (4.16%) were double pregnancies, whereas 273 (94,8 %) corresponded to unique pregnancies. The minimum weight of new born was of 940 grams and the maximum of 5200 grams, with average of 2656 grams. 160 (52%) new born were women, whereas 146 (48%) were men. The resolution route was Caesarean in 253 cases (87.8%), eutocia 27 (9.37%) and forceps 8 (2.77%). The frequent diagnoses were gestational diabetes with 118 patients (40%), and preeclampsia with 26 cases (9%); The more frequent presurgical diagnoses were low fetoplacentaria reserve with 65 cases (22.56%) and cefalopelvica disproportion (DCP) with 24 cases (8.33%). The frequent surgical complications were 3 loosening of placenta normoinserta, 2 uterine atony, and 2 surgical wound infected. Rate of perinatal mortality of 58.8 per 1000 alive new born and rate of maternal mortality of 32 by 10 000 alive new born.

INTRODUCCIÓN.

Durante la última mitad del siglo XX, los avances recientes de la medicina perinatal han mejorado las condiciones del embarazo.

El análisis de la morbimortalidad maternas y fetales nos permiten evaluar el estado de salud y el grado de desarrollo de una población.

Se define la mortalidad materna como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días de terminación del mismo. Por acuerdo internacional se expresa en tasa de número de muertes maternas por cada 100 000 nacimientos vivos.

Se divide en:

1. De causa obstétrica directa (consecuencia de complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o puerperio o resultado de intervenciones, tratamientos u omisiones).

2. De causa obstétrica indirecta (enfermedades previas agravadas o enfermedades diagnosticadas durante la gestación).

Las complicaciones obstétricas, son causas directas de muerte materna y responsables de la mayor parte de toda la mortalidad materna en los países en vías de desarrollo. Algunos estudios han mostrado que la hemorragia, la infección y la preeclampsia causan, por lo menos, el 50% de todas las muertes maternas. Por cada mujer que muere por complicaciones obstétricas, muchas otras sobreviven con secuelas tales como incontinencia urinaria y rectal, prolapso uterino, esterilidad, disminuyendo la calidad de vida.

La muerte fetal se define según la OMS, como la muerte previa a la expulsión o extracción del producto de la concepción. Se puede clasificar en:

- **Muerte fetal temprana.** Es la que se produce antes de cumplirse las 20 semanas de gestación.

- **Muerte fetal intermedia.** Incluye las muertes fetales que ocurren entre las semanas 20 y 28 de gestación.

- **Muerte fetal tardía.** Ocurre cuando se produce después de la semana 28 de gestación.
- **Muerte neonatal** es aquella que ocurre dentro de las primeras 28 días de vida.
- **Tasa de mortalidad Perinatal** resulta de la suma de las muertes fetales tardías más las muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos.

En los países desarrollados se reportan tasas de mortalidad perinatal de entre 7 y 15 por cada 1000 nacidos vivos y tasas de mortalidad materna de 7 a 10 por cada 100 000 nacidos vivos, mientras que en dramático contraste en los países subdesarrollados la tasa de mortalidad perinatal reportada es de entre 28 y 50 por cada 1000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad materna es de entre 100 a 300 por cada 100 000 nacidos vivos.

La vigilancia fetal prenatal ha permitido que el perinatólogo evalúe el estado del producto antes y durante el parto.

El uso de la ultrasonografía de alta resolución, la cardiotocografía y el apoyo de las pruebas bioquímicas, tales como el perfil de fosfolípidos han permitido disminuir los índices de morbimortalidad neonatal en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

Del mismo modo, el uso de exámenes de laboratorio, en algunas patologías específicas, tales como los marcadores predictivos de preeclampsia o la hemoglobina glucosilada en la diabetes han contribuido a abatir las tasas de morbimortalidad materna.

De esta forma en el centro médico se han logrado disminuir las tasas señaladas, mejorando el pronóstico del embarazo de alto riesgo, contribuyendo a elevar la calidad de vida de los derechohabientes.

OBJETIVOS.

1. Conocer los padecimientos más frecuentes, complicaciones y muertes que presentan las pacientes enviadas al servicio de Medicina Materno Fetal para establecer el índice de morbilidad y la tasa de mortalidad maternas.
2. Identificar la morbilidad y la tasa de mortalidad neonatal.
3. Conocer la vía de resolución del embarazo y relacionarla con la morbimortalidad.
4. Relacionar la patología materna con la morbimortalidad neonatal.

MATERIAL Y MÉTODOS.

En el servicio de registro cardiotocográfico de Medicina Materno Fetal del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo y abierto. Se analizaron 288 expedientes que corresponden al periodo que comprende del 1 de octubre de 2001 al 30 de septiembre de 2003.

Se utilizaron como criterios de inclusión todas aquellas pacientes embarazadas que se atendieron en el periodo señalado y que cuenten con expediente completo, diagnóstico de ingreso, evolución y diagnóstico de egreso, vía de resolución, diagnósticos y complicaciones de los neonatos.

Los criterios de exclusión utilizados fueron las pacientes que no se les abrió expediente perinatal, pacientes a las cuales se les otorgó consulta de única vez, todas aquellas pacientes que ya no acudieron a concluir su embarazo al servicio.

Como criterio de eliminación, tomamos a aquellas pacientes con expediente incompleto.

Se utilizó una cédula de recolección de datos donde se incluyó: nombre, cédula, número de expediente perinatal, edad, gestas, para, abortos, cesáreas, diagnóstico de envío, diagnóstico definitivo, semanas de gestación al momento de la resolución, vía de resolución, complicaciones maternas; así como sexo, peso, apgar y complicaciones del neonato.

Como recursos tomamos los propios del hospital.

RESULTADOS.

Se revisaron 288 expedientes en el periodo comprendido entre el 1 de octubre de 2001 al 30 de septiembre de 2003. En los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

EDAD MATERNA.

Se formaron grupos con rangos de cinco en cinco años, observándose que la edad mínima era de 17 y la máxima de 45 años, con una media de 32, una moda de 34 y una mediana de 36.

Observándose que el mayor número de pacientes según su edad corresponde al grupo de entre 31 a 35 años con 97 mujeres (33.68%); seguido del grupo de 26 a 30 años con 82 pacientes (28.47%); el rango de 36 a 40 años con 74 casos (25.69%); de 41 a 45 años con 18 pacientes (6.25%); de 21 a 25 años de edad con 16 mujeres (5.55%); y finalmente de 16 a 20 años con 1 sola paciente (0.34%). (GRAFICA 1.)

EDAD GESTACIONAL

Se formaron grupos a partir de la semana gestacional 31 a la 40. La edad gestacional mínima en que se interrumpió el embarazo fue de 27 semanas y la máxima de 40.2, siendo el promedio de 32.5.

La edad gestacional a la cual más frecuentemente se interrumpió el embarazo fue a la semana 38 con 66 pacientes (22.91%); seguida de 37 semanas con 56 casos (19.44%); semana 36 con 48 mujeres (16.66%); semana 34 con 28 pacientes (9.7%); semana 35 con 22 pacientes (9.6%); semana 39 con 17 casos (5.9%); semana 33 con 14 mujeres (4.8%); menos de 30 con 14 casos (4.8%); semana 32 con 11 pacientes (3.8%); semana 40 con 8 casos (2.77%) y semana 31 con 4 pacientes (1.38%). (GRAFICA 2).

NÚMERO DE NACIMIENTOS.

Del total de los embarazos 3 (1.04%) correspondieron a alto orden fetal, 12 (4.16%) fueron gemelares, mientras que 273 (94.8 %) correspondieron a embarazos únicos. (GRAFICA 3).

PESO DE NEONATOS.

El peso mínimo de los recién nacidos fue de 940 gramos y el máximo de 5200 gramos, con promedio de 2656 gramos. (GRAFICA 4).

SEXO DE RECIÉN NACIDOS.

160 (52%) recién nacidos fueron del sexo femenino, mientras que 146 (48%) fueron masculinos. (GRAFICO 5).

VÍA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO

La vía de resolución fue cesárea 253 (87.8%), eutocia 27 (9.37%) y fórceps 8 (2.77%). (GRAFICO 6).

PROGRAMACIÓN DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.

244 (84.77%) resoluciones fueron de urgencia, mientras que 44 (15.27%) estuvieron programadas. (GRAFICO 7).

DIAGNÓSTICOS DE INGRESO

Los diagnósticos mas frecuentes fueron en primer lugar Diabetes gestacional con 118 pacientes (40%), seguido de preeclampsia con 26 casos (9%); Edad materna avanzada con 20 pacientes (6.9%); Ruptura prematura de membranas con 19 pacientes (6.59%); Rh negativo con 8 casos (2.77%) al igual que antecedente de esterilidad. (GRAFICA 8 Y TABLA 1).

DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO.

Las principales indicaciones para la interrupción del embarazo fue Baja reserva fetoplacentaria con 65 casos (22.56%), seguida de desproporcion cefalopélvica con 24 casos (8.33%); Preeclampsia con 18 pacientes (6.25%); situación oblicua con 15 casos (5.20%); IVPH con 13 pacientes (4.51%). (GRAFICA 9 Y TABLA 2).

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS.

Se presentaron 3 desprendimientos de placenta normoinsera, 2 atonías uterinas, 2 acretismos placentarios, 2 dehiscencias de herida, 1 desgarro uterino, 1 desgarro perianal, 1 edema agudo pulmonar y 1 hematoma hepático roto. (GRAFICA 10 Y TABLA 3).

MORTALIDAD FETAL TARDÍA.

3 Obitos, todos hijos de madres con diabetes gestacional para una tasa de 9.8 por cada 1000 nacidos vivos.

MORTALIDAD NEONATAL.

15 muertes neonatales, tasa de 49 por cada 1000 nacidos vivos. (Tabla 4)

MORTALIDAD PERINATAL.

Sumamos la mortalidad fetal tardía(9.8 por cada 1000 nacidos vivos) más la mortalidad neonatal (49 por cada 1000 nacidos vivos) con una tasa de 58.8 por cada 1000 nacidos vivos.

MORTALIDAD MATERNA.

Se presentó una defunción, paciente con Síndrome de HELLP y ruptura de hematoma hepático con diagnósticos finales de falla orgánica múltiple; con una tasa de 32 por cada 10 000 nacidos vivos.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

De un total de 339 expedientes de monitor revisados se excluyeron 51; debido a que estaban incompletos, ilegibles o bien los embarazos se resolvieron fuera de la unidad; lo cual nos obliga a aumentar el control y supervisión de los diferentes medios y formas de captura de datos.

El centro medico nacional es un hospital de concentración y el servicio de Medicina Materno Fetal recibe traslados de pacientes de diferentes unidades hospitalarias, siendo el diagnostico más común de traslado el de ruptura prematura de membranas en embarazos predetermino, lo cual obliga a interrumpir el embarazo a edades muy tempranas incrementando con ello la morbimortalidad principalmente perinatal.

El 65.62% de las embarazadas fueron mayores de 30 años mientras que el 31.94% eran mayores de 35 años por lo que se pudo observar que las pacientes se embarazan a edades reproductivas más tardías incrementando con ello la morbimortalidad correlacionándose con uno de los diagnósticos de ingreso a nuestro servicio.

El diagnóstico más frecuente es el de diabetes gestacional (40%) por lo que se deben de realizar estudios de tamizaje oportunamente y en forma temprana en aquellas mujeres que presenten factores altos de riesgo.

La vía de resolución del embarazo se encuentra directamente relacionada con el diagnóstico prequirúrgico justificando con ello el alto porcentaje de cesárea (87.8%) en nuestro servicio.

En el caso de los óbitos, todos fueron hijos de madre diabética por lo que se debe de aumentar la vigilancia prenatal haciendo énfasis en los datos de alarma obstétrica a las pacientes.

CONCLUSIONES.

Las 3 principales patologías que se encontraron de ingreso en nuestro servicio fueron Diabetes gestacional (40%), preeclampsia con 26 casos (9%) y ruptura prematura de membranas (6.59%) en menor porcentaje. Reuniéndose con esto los criterios necesarios para el ingreso a nuestro servicio.

Las 3 principales complicaciones maternas quirúrgicas fueron desprendimiento prematuro de placenta en 3 casos, atonías uterinas y acretismos placentarios en 2 pacientes cada uno con evolución satisfactoria disminuyendo así la mortalidad materna.

La ruptura prematura de membranas obliga a interrumpir el embarazo en edades muy tempranas (27 semanas en nuestro estudio) incrementando así la morbimortalidad perinatal.

Se presentó una defunción materna por síndrome de HELLP Y hematoma hepático roto con diagnósticos finales de falla orgánica múltiple; la tasa de mortalidad materna en nuestro servicio es de 32 por cada 10 000 nacidos vivos.

Se presentaron 3 óbitos, todos hijos de madres diabéticas con una tasa de mortalidad fetal tardía de 9.8 por cada 1000 nacidos vivos.

Ocurrieron 15 muertes neonatales la mayoría productos pretérmino por diversas complicaciones inherentes a prematuridad originando una tasa de muerte neonatal de 49 por cada 1000 nacidos vivos.

La tasa de mortalidad perinatal es de 58.8 por cada 1000 nacidos vivos; ya que se trata de un servicio de embarazo de alto riesgo en un hospital de concentración.

La vía de resolución fue cesárea (87.8), eutocia (9.37%) y fórceps (2.77%). El diagnóstico prequirúrgico está directamente relacionado con la vía de resolución. La interrupción del embarazo por vía abdominal en pacientes con embarazo de alto riesgo y productos pretérmino permite disminuir las tasas de mortalidad perinatal.

La patología materna está directamente relacionada con la morbimortalidad perinatal ya que se trata de embarazos complicados que obligan a interrumpir la gestación a edades tempranas incrementando las tasas de mortalidad perinatal.

CÉDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

CMN 20 DE NOVIEMBRE.
SERVICIO DE MEDICINA MATERNOFETAL.

NOMBRE _____

EXPEDIENTE _____ FOLIO _____ EXP. PERI. _____

EDAD ___ F. INGRESO _____ F. EGRESO _____ DEIH _____

DX INGRESO _____

DX EGRESO _____

GESTA _____ PARA _____ CESÁREA _____ ABORTO _____

ENFERMEDAD QUE COMPLICA EL EMBARAZO _____

SEMANA DE GESTACIÓN EN QUE SE INTERRUMPE EL EMBARAZO _____

INDICACIÓN DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO _____

URGENCIA O PROGRAMADA _____

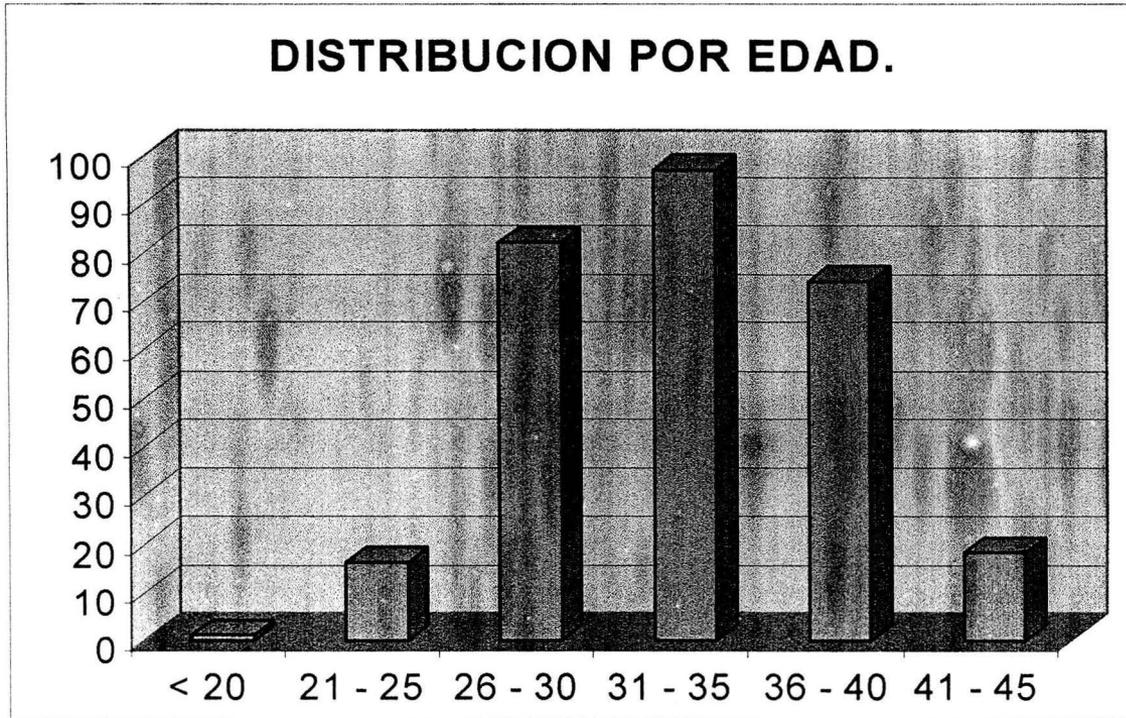
VIA _____ SEXO _____ PESO _____ APGAR _____

DESTINO _____

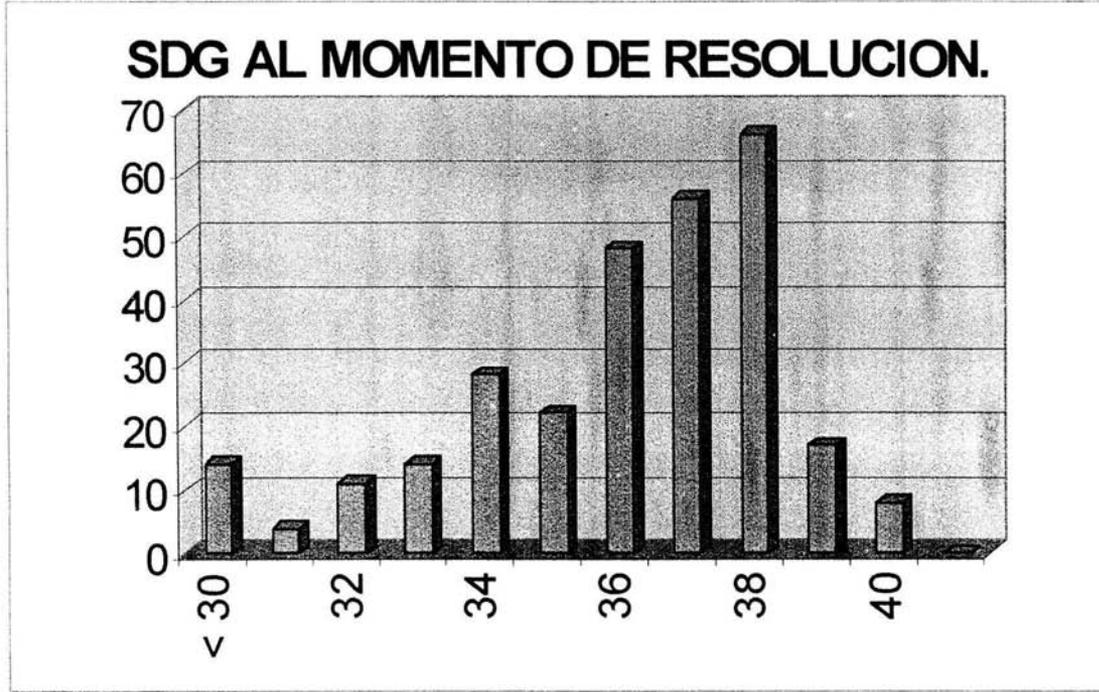
COMPLICACIONES MATERNAS _____

COMPLICACIONES NEONATALES _____

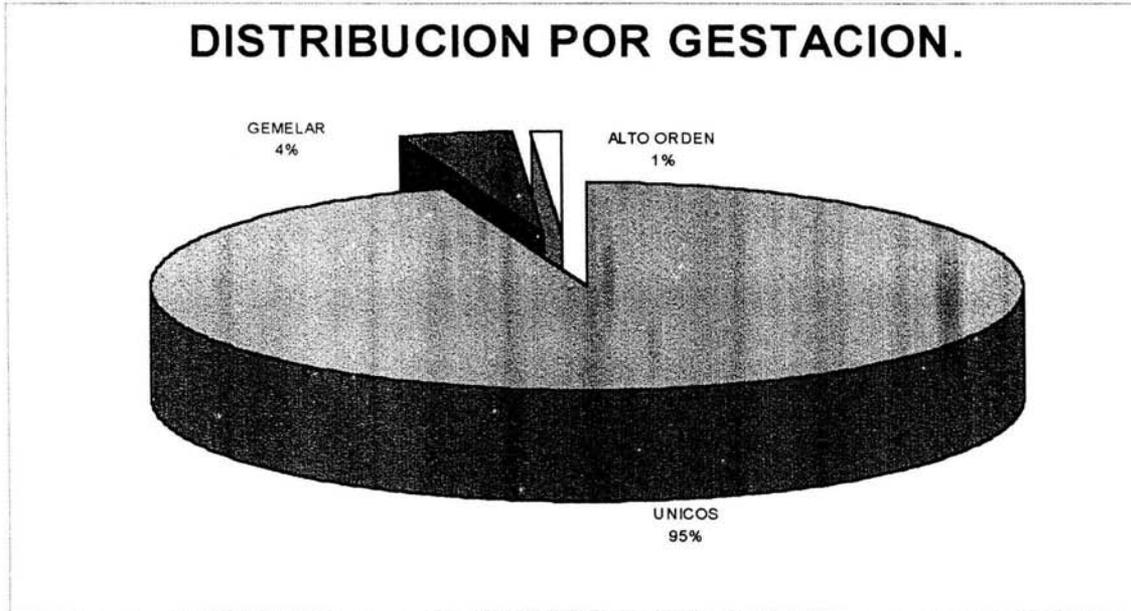
GRAFICA 1.



GRAFICA 2.



GRAFICA 3.



GRAFICA 4.



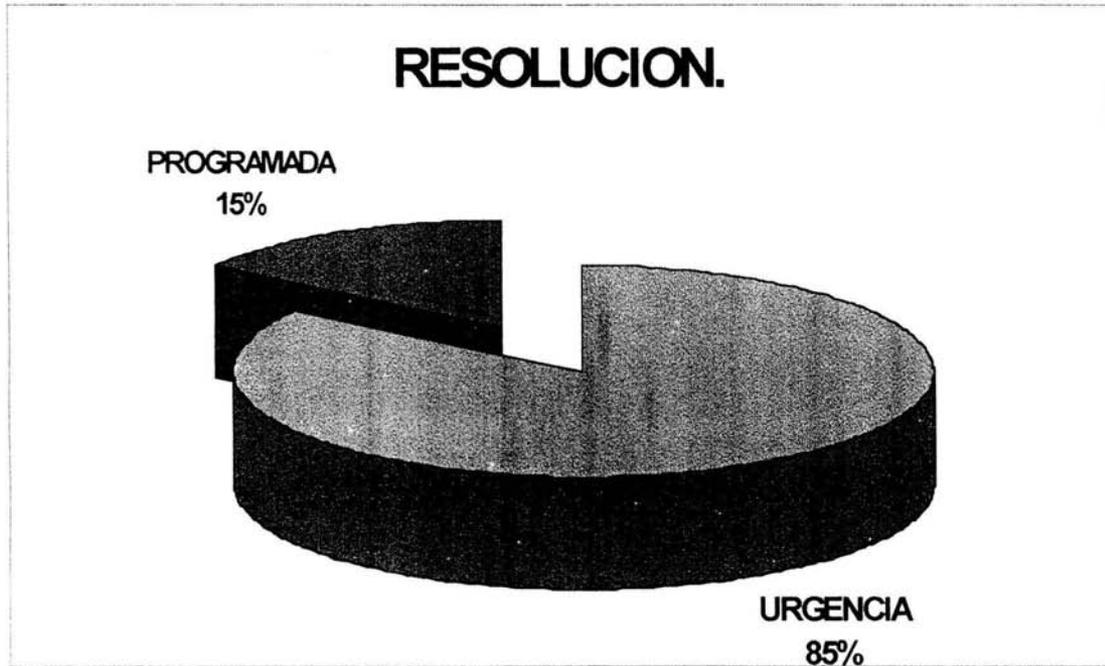
GRAFICA 5.



GRAFICA 6.



GRAFICA 7.



GRAFICA 8.

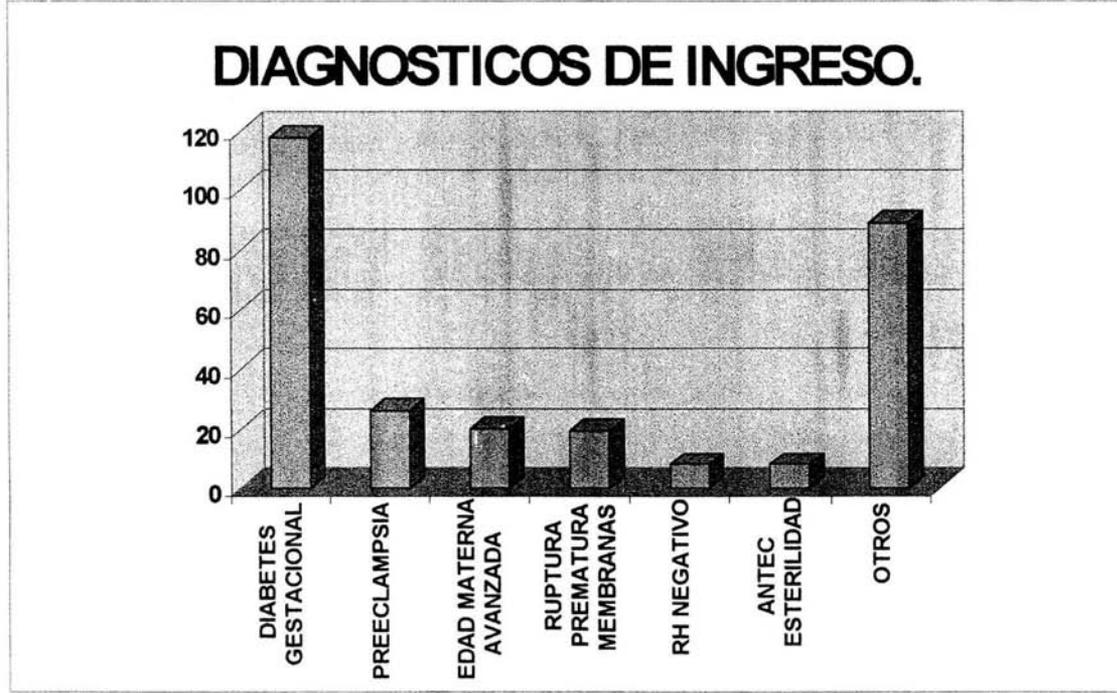


TABLA 1.**DIAGNOSTICOS DE INGRESO. PRIMERA PARTE.**

DIABETES GESTACIONAL	118	41%
PREECLAMPSIA	26	9%
EDAD MATERNA AVANZADA	20	6.90%
RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS	19	6.59%
RH NEGATIVO	8	2.77%
ANTECEDENTE DE ESTERILIDAD	8	2.77%
CARDIOPATIA MATERNA	7	2.43%
INFECCION VIRUS PAPILOMA HUMANO	7	2.43%
ANTECEDENTE DE PRODUCTO MALFORMADO	5	1.73%
HIPOTIROIDISMO	4	1.38%
DIABETES MELLITUS TIPO II	4	1.38%
PLACENTA PREVIA	4	1.38%
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	4	1.38%
ADENOMA HIPOFISIARIO	3	1.04%
PERDIDA GESTACIONAL RECURRENTE	3	1.04%
HELLP	3	1.04%
PERIODO INTERGENESICO CORTO	2	0.69%
EPILEPSIA	2	0.69%
RCIU	2	0.69%
SÍNDROME ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDOS	2	0.69%
CARDIOPATIA FETAL	2	0.69%
ANTECEDENTE DE EXPOSICION A RX	2	0.69%

TABLA 1.
DIAGNOSTICOS DE INGRESO. SEGUNDA PARTE.

OLIGOAMNIOS	2	0.69%
ANTECEDENTE DE TRISOMIAS	2	0.69%
MIOMATOSIS UTERINA	2	0.69%
ANTECEDENTE DE AMENAZA DE ABORTO	2	0.69%
ARTRITIS REUMATOIDE	2	0.69%
ANTECEDENTE DE GASTROSTOMIA	1	0.34%
ANTECEDENTE DE HIJO CON SX POTTER	1	0.34%
ANTECEDENTE DE OBITO	1	0.34%
ANTEC DE PALUDISMO	1	0.34%
PRODUCTO QUISTE PULMONAR	1	0.34%
ENCEFALOCELE	1	0.34%
ATRESIA DUODENAL FETAL	1	0.34%
BETATALASEMIA	1	0.34%
PAREJA MOSAICO	1	0.34%
EXPOSICION A GASES ANESTESICOS	1	0.34%
CÁNCER DE MAMA	1	0.34%
RABDOMIOSARCOMA CERVICAL	1	0.34%
COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL	1	0.34%
DOBLE SISTEMA PIELOCALICIAL	1	0.34%
INSERCIÓN BAJA PLACENTA	1	0.34%
INSUFICIENCIA VENOSA PROFUNDA	1	0.34%
LITIASIS RENOURTERAL	1	0.34%
NEURODERMATITIS	1	0.34%
SX ANSIOSO DEPRESIVO	1	0.34%
SX BANDAS AMNIOTICAS	1	0.34%
ANTEC DE CIRUGIA LUMBAR.	1	0.34%
SIN FACTOR DE RIESGO	2	0.69%

GRAFICA 9.

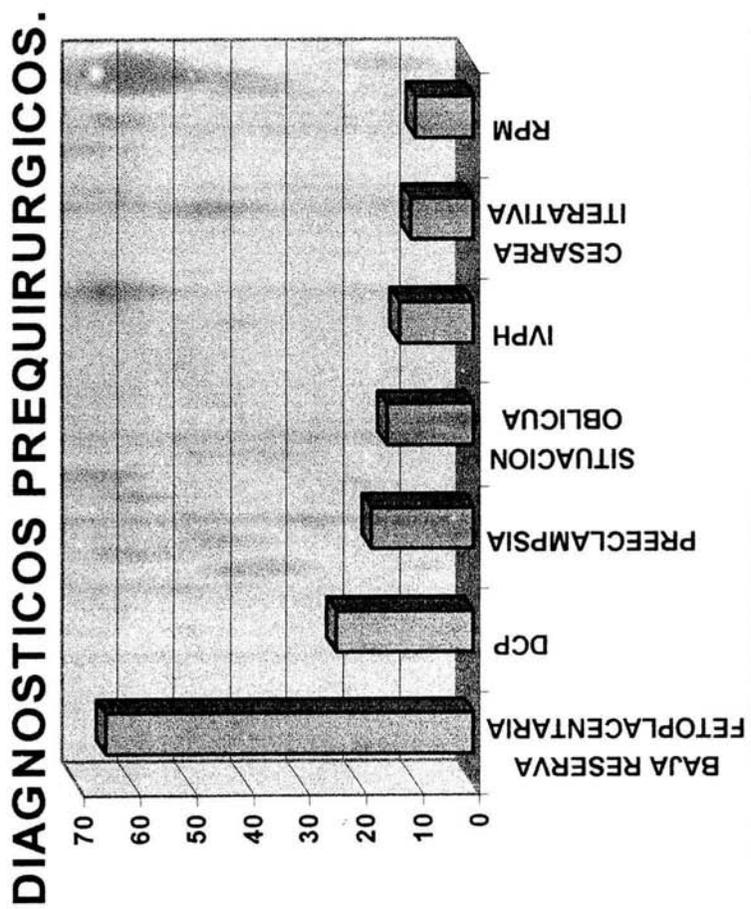


TABLA 2.**DIAGNOSTICOS PREQUIRURGICOS. PRIMERA PARTE.**

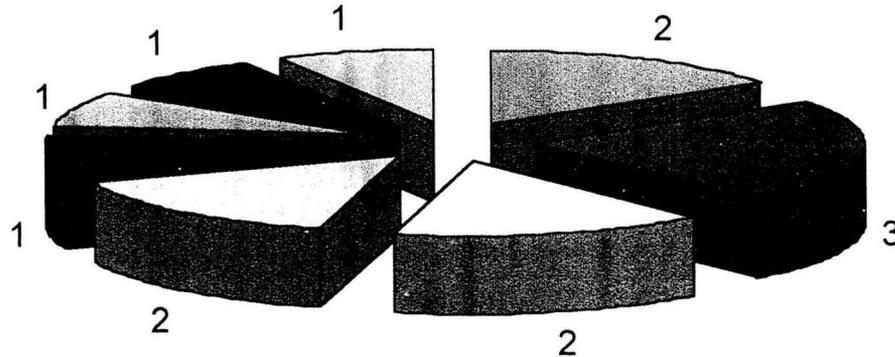
BAJA RESERVA FETOPLACENTARIA	65	22.56%
DESpropORCION CEFALOPELVICA	24	8.33%
PREECLAMPSIA	18	6.25%
SITUACION OBLICUA	15	5.20%
INFECCION VIRUS PAPILOMA HUMANO	13	4.51%
CESAREA ITERATIVA	11	3.81%
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	10	3.47%
GEMELAR	10	3.47%
PELVICO	9	3.12%
INTERGENSICO CORTO	8	2.77%
RH NEGATIVO	6	2.08%
CARDIOPATIA MATERNA	5	1.73%
ANTECEDENTE MIOMECTOMIA	4	1.38%
DIABETES GESTACIONAL	4	1.38%
PLACENTA PREVIA	4	1.38%
OLIGOHIDRAMNIOS	4	1.38%
INMINENCIA DE RUPTURA UTERINA	4	1.38%
DPPNI	3	1.04%
HELLP	3	1.04%
DISTOCIA DE CONTRACCION	3	1.04%
ALTO ORDEN FETAL	3	1.04%

TABLA 2.
DIAGNOSTICOS PREQUIRURGICOS.
SEGUNDA PARTE.

EXPULSIVO PROLONGADO	2	0.69%
MIOMATOSIS UTERINA	2	0.69%
ANTEC DE CIRUGIA COLUMNA LUMBAR	1	0.34%
PRODUCTO QUISTE BRONCOGENICO	1	0.34%
ATRESIA DUODENAL FETAL.	1	0.34%
CÁNCER DE MAMA	1	0.34%
CERVIX NO FAVORABLE PARA CONDU	1	0.34%
CENTRALIZACION DE FLUJO	1	0.34%
COLESTASIS INTRAHEPATICA GESTAC.	1	0.34%
ENCEFALOCELE	1	0.34%
ESCLEROSIS MULTIPLE	1	0.34%
INMINENCIA DE ECLAMPSIA	1	0.34%
INSUFICIENCIA VENOSA PROFUNDA	1	0.34%
POLIPO CERVICAL SANGRANTE	1	0.34%
OSTEOGENESIS IMPERFECTA	1	0.34%
CORIOAMNIOITIS	1	0.34%
VENTRICULOMEGALIA	1	0.34%
QUISTE RENAL.	1	0.34%
RCIU	1	0.34%
TRANSVERSO	1	0.34%

GRAFICA 10.

COMPLICACIONES QUIRURGICAS.



- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| ■ ATONIA UTERINA | ■ DPPNI |
| □ ACRETISMO PLACENTARIO | □ DEHISCENCIA DE HERIDA |
| ■ DESGARRO UTERINO | □ DESGARRO PERIANAL |
| ■ EDEMA AGUDO PULMONAR | □ HEMATOMA HEPATICO ROTO |

TABLA 3.
COMPLICACIONES MATERNAS.

DPPNI	3
ATONIA UTERINA	2
ACRETISMO PLACENTARIO	2
DEHISCENCIA DE HERIDA	2
DESGARRO UTERINO	1
DESGARRO PERIANAL	1
EDEMA AGUDO PULMONAR	1
HEMATOMA HEPATICO ROTO	1
TOTAL	13

TABLA 4.
MUERTES NEONATALES.

ACIDOSIS MIXTA SEVERA + CID + CHOQUE MIXTO	4
ASFIXIA PERINATAL	2
MULTIMALFORMADO	2
CHOQUE CARDIOGENICO + CARDIOPATIA CONGENITA	2
CHOQUE SEPTICO	2
FALLA ORGANICA MULTIPLE	2
INSUFICIENCIA CARDIACA + CARDIOPATIA CONGENITA	1
TOTAL	15

BIBLIOGRAFÍA.

1. OPS/OMS. Las condiciones de la salud en las Américas, Edición 1994. Publicación científica Numero 549. Washington D.C. 1994.
2. Marckwardt, Ochoa, et al. Población y salud en América Latina. Organización panamericana de la salud (OPS). Marzo 1993.
3. OPS/OMS. Plan regional de acción para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. 111ª reunión del comité ejecutivo. Doc. CE/111/11. Washington, D.C. 1993.
4. Torres Gutiérrez Carlos E. "Análisis de la morbimortalidad en el servicio de medicina materno-fetal en el centro medico nacional 20 de noviembre durante el periodo de octubre de 1998 a septiembre de 2001. Tesis 2002.
5. Molina Meza Francisco J. "Análisis de la morbimortalidad en el servicio de medicina perinatal del centro medico nacional 20 de noviembre durante el periodo de octubre de 1997 al 30 de septiembre de 1998".
6. OPS/OMS. Situación nutricional en Latinoamérica. Programa de alimentación y nutrición. DOC. HPN/93.2 Washington, D.C. 1993.
7. Daniel, et al. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. Editorial Limusa. 1984.