

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES EN  
PACIENTES OBSTETRICAS INGRESADAS A  
CUIDADO CRITICO"**

**Estudio retrospectivo realizado en el Hospital de Gineco-Obstetricia y  
Atención Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en  
el periodo de 1995 a 1998."**

**TESIS**

**Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de  
la Universidad de San Carlos de Guatemala**

**POR**

**ANA ISABEL MORALES REYNOSO**

**En el acto de investidura de:**

**MEDICA Y CIRUJANA**

**Guatemala, Julio de 1999**



EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE :

El (la) Bachiller ANA ISABEL MORALES REYNOSO

Carnet universitario No. 9310397

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al título de Médico y Cirujano,  
El trabajo de tesis titulado:

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES EN PACIENTES OBSTETRICAS INGRESADAS

A LA UNIDAD DE CUIDADO CRITICO.

Trabajo asesorado por : Dr. Mario Lobos Orellana

Y revisado por : Dr. Edgar De León Barillas

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente  
**ORDEN DE IMPRESIÓN**

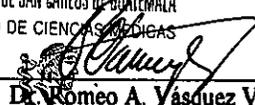
Guatemala 22 de Junio de 1999

  
Cordinador Unidad de Psiquiatria  
DR. ANTONIO E. PALACIOS DOPEZ

  
Director del C.I.C.S.  
DR. JORGE MARIO ROSALES A.

IMPRIMASE:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

  
Dr. Romeo A. Vásquez Vásquez

DR. ROMEO ARNALDO VASQUEZ VASQUEZ  
Decano  
DECANO 1998 - 2002



Guatemala, 22 de junio de 1999.

DE CIENCIAS MEDICAS  
Universitaria, Zona 12  
Guatemala, Centroamérica

Señores:  
Unidad de Tesis  
Facultad de Ciencias Médicas  
USAC.

Se les informa que El (la)

BR. ANA ISABEL MORALES REYNOSO

Carnet No.: 9310397 ha presentado El Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

Diagnósticos más Frecuentes en Pacientes Obstétricas

Ingresadas a la Unidad de Cuidado Crítico.

Del cual autor, asesor (es) y revisor nos hacemos responsables por El contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

Firma del estudiante

Firma de Asesor

Nombre completo y sello profesional  
Alfonso Lobos Orellana

MEDICO Y CIRUJANO  
Colegiado No. 7335



Firma del Revisor

Nombre completo y sello profesional

Registro Personal 9,912  
Edgardo Rodolfo de León Barillas

MEDICO Y CIRUJANO  
COLEGIADO 3640



DE CIENCIAS MEDICAS  
Universitaria, Zona 13  
Guatemala, Centroamérica

**Aprobación Informe Final**  
**Of. No. 078/99**

Guatemala, 22 de Junio de 1999.

Estimado(a) estudiante:  
**BR. ANA ISABEL MORALES REYNOSO**  
Carnet Universitario No. 9310397  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos.

Hago de su conocimiento que El Informe Final de tesis titulado:

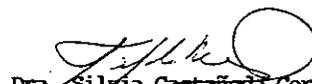
**DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES EN PACIENTES OBSTETRICAS INGRESADAS  
A LA UNIDAD DE CUIDADO CRITICO**

Ha sido **REVISADO**, y al establecer que cumple con los requisitos se **APRUEBA**  
el mismo y se le autoriza a realizar los trámites correspondientes para continuar El  
trámite de graduación.

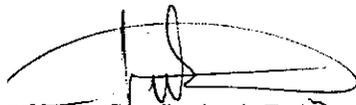
Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

  
**Dra. Silvia Castañeda Cerezo**  
Docente Unidad de Tesis



  
Vo. Bo. Coordinador de Tesis

**Dr. Antonio Palacios López**

Enero, 1999.

## INDICE

INTRODUCCION.....	1
I. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	2
II. JUSTIFICACION.....	4
IV. OBJETIVOS.....	5
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	7
VI. METOLOGIA.....	23
VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	29
VIII. CONCLUSIONES.....	46
IX. RECOMENDACIONES.....	47
X. RESUMEN.....	48
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	49
XII. ANEXOS.....	55

## I. INTRODUCCION

En nuestra sociedad guatemalteca, no existen estudios que evidencien, los principales diagnósticos con que son ingresadas las pacientes obstétricas a una Unidad de Cuidado Crítico. Se considera que el número de pacientes que requieren éste cuidado, representa un pequeño porcentaje, debido a esto el presente estudio tiene como objetivo dar a conocer las principales patologías que afectaron al grupo obstétrico para tomar medidas necesarias de prevención y disminuir en lo posible la mortalidad materna y fetal.

Para la realización del presente estudio, se incluyeron 127 expedientes clínicos correspondientes al período de 1995 a 1998.

En este grupo se determinó que el Síndrome de HELLP fue la entidad patológica que causó el número mayor de ingresos de pacientes obstétricas a la Unidad de Cuidado Crítico con un total de 35 casos: el grupo de edad más afectado fue entre los 30-39 años; solamente 11% ingresó con embarazo en curso y 57% en el período post-cesárea; 69% cursó con patologías propias del embarazo; el 39% recibió control prenatal y de éstas 11% tenían conocimiento de su patología.

17% de las pacientes fallecieron, 59% egresaron vivas y en un 24% no se tuvo información de la condición a su egreso de la Unidad.

Entre las causas principales de muerte se encontraron el Síndrome de Coagulación Intravascular Diseminada y la Hemorragia Intracraneana.

Se recomienda al grupo médico, impartir un mejor plan educacional al grupo de pacientes obstétricas y una mayor concientización y análisis sobre las conductas obstétricas utilizadas, las cuales podrían mejorarse con los conocimientos existentes en el presente estudio.

## II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La medicina de cuidado crítico es un cuerpo de conocimientos que se aplica al tratamiento de pacientes que presentan patologías graves que ponen en peligro la vida, pero que con tratamientos apropiados y agresivos pueden ser reversibles en Unidades de Cuidado Crítico.

La mayoría de los enfermos que requieren de éstos cuidados, tienen disfunción o insuficiencia de uno o más sistemas de órganos. Debido a ello los tipos más comunes de problemas que se atienden en una unidad de cuidado crítico son insuficiencia circulatoria y respiratoria (8). En orden de frecuencia le siguen problemas neurológicos, renales, endócrinos, gastrointestinales y en un pequeño porcentaje problemas relacionados al embarazo, que pueden ser debido a complicaciones propias de éste o a patologías de base establecidas antes del mismo, lo cual es considerado como un **embarazo de alto riesgo** (1).

Las mujeres con un amplio espectro de trastornos fisiopatológicos, algunos de los cuales pudieron haber impedido previamente el embarazo, pueden beneficiarse de la tecnología y el avance que estos cuidados intensivos han experimentado en los últimos veinticinco años (40).

Mabie y Sibai en 1990 describieron que el 0.9% de las mujeres que dieron a luz en el Hospital de Memphis fueron ingresadas en la unidad de cuidados intensivos obstétricos. Milpatrick y Matthey en 1992 reportaron que el 0.4% de las pacientes obstétricas fueron admitidas a la Unidad de Cuidados Críticos de la Universidad de California, en San Francisco.

Con los medios disponibles apropiados, todo tipo de unidad debe ser satisfactoria para los cuidados de la mujer embarazada gravemente enferma. Es por ello que los medios más prácticos, eficientes y económicos para cuidar a éstas pacientes, que requieren vigilancia constante o soporte ventilatorio, dependerán de la calidad y cantidad del personal médico y paramédico, del equipo disponible para monitoreo y soporte ventilatorio y de la capacidad de ésta unidad para el número de pacientes que necesitan un cuidado intensivo.

Aunque algunos servicios clínicos tienen capacidad y experiencia suficiente en el cuidado de tales pacientes, la mayoría de ellos atiende un número menor de veinte de estos casos por año (20,40).

Debido a que la mujer embarazada y su hijo deben ser considerados de forma especial en cuanto a cuidado crítico se refiere, es imperativo que los obstetras tengan conocimiento sobre cómo actuar en estos casos, apoyándose en el manejo con especialistas en el Cuidado Crítico (40).

En Guatemala en la actualidad no existen estudios que den a conocer las causas por las cuales las pacientes obstétricas son ingresadas a una Unidad de Cuidado Crítico, lo que fue el principal objetivo de este estudio.

### III. JUSTIFICACION

En América Latina uno de los altos índices de mortalidad corresponden a la materna, siendo en Guatemala los trastornos hipertensivos, problemas hemorrágicos y sépticos las tres principales causas que conducen a la paciente obstétrica a un desenlace fatal.

En el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el período de 1995-1998 se registraron 75,649 ingresos, de los cuales un 0.24% requirieron tratamiento en la Unidad de Cuidado Crítico, pudiendo ser este último dato de mayor magnitud si el hospital contara con su propia unidad, exclusiva para el manejo de pacientes obstétricas, ya que el mayor índice ocupacional de las Unidades de Cuidado Crítico actuales se encuentra dado por patologías no obstétricas.

En el año de 1998 un total de 36 pacientes obstétricas fueron ingresadas en la Unidad de Cuidado Crítico del Hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de la zona 9, por complicaciones relacionadas al embarazo, como síndrome de HELLP, Choque Séptico, Eclampsia y otros.

Debido a que una paciente con un embarazo en curso es por lo general una persona joven y sana, y que su ingreso a una Unidad de Cuidado Crítico representa un gran impacto social, psicológico y económico, tanto a nivel familiar como institucional; es necesario identificar las causas más frecuentes que provocaron su ingreso hasta una Unidad de Cuidado Crítico, para poder así plantear soluciones a esta problemática y por consiguiente disminuir el número de complicaciones obstétricas y la mortalidad materna y fetal.

## **IV. OBJETIVOS**

### **General**

1. Determinar los diagnósticos más frecuentes por los cuales las pacientes obstétricas ingresaron a la Unidad de Cuidado Crítico.

### **Específicos**

2. Identificar el grupo de edad de las pacientes obstétricas más afectado, que ingresó a la Unidad de Cuidado Crítico.
3. Identificar la edad gestacional de las pacientes en el momento de su ingreso a la Unidad de Cuidado Crítico.
4. Identificar las causas precipitantes más frecuentes que motivaron el ingreso de las pacientes obstétricas en la Unidad de Cuidado Crítico.
5. Cuantificar el porcentaje de pacientes obstétricas que cursaron con patologías propias del embarazo.
6. Cuantificar el porcentaje de pacientes obstétricas que cursaron con patologías independientes al embarazo.

7. Cuantificar el porcentaje de las pacientes que recibieron control prenatal dentro o fuera de la institución del I.G.S.S.
8. Cuantificar el número de las pacientes que tuvieron conocimiento previo de su patología.
9. Identificar el porcentaje de mortalidad de las pacientes obstétricas ingresadas a la unidad de Cuidado Crítico.
10. Identificar la causa directa de muerte de las pacientes fallecidas en la Unidad de Cuidado Crítico.

## V. REVISION BIBLIOGRAFICA

El decenio de 1980 fue un período de ensanchamiento extraordinario en el terreno de la medicina crítica y especialmente en la obstetricia. En tal lapso diversos progresos técnicos permitieron una valoración más precisa de normalidades fisiopatológicas durante el embarazo; además que se empezó a usar el monitoreo intracorporal en el cuidado del feto (13).

La paciente embarazada es única debido a varias razones y representa un cambio sustancial en el equipo de la unidad de cuidado crítico por estas diferencias (10, 31). Primero, son dos pacientes que deben ser considerados, la madre y el feto. Segundo, la mujer embarazada tiene varias adaptaciones fisiológicas, como consecuencia del embarazo y esto altera la definición normal de varias variables que son usadas rutinariamente en el monitoreo en una Unidad de Cuidado Crítico (31).

Las indicaciones más frecuentes por las que las pacientes obstétricas llegan a estas unidades son: desórdenes hipertensivos (como Preeclampsia-clampsia), Hemorragia Masiva (Abruptio Placentae, Placenta Acreta) y problemas médicos del embarazo (cardíacos, pulmonares, renales, sépticos, gastrointestinales y neurológicos) (10,19,41).

La necesidad de ventilación mecánica es una razón frecuente de admisión de la paciente obstétrica a una Unidad de Cuidado Crítico. Esta, se debe más comúnmente a Edema Pulmonar/Síndrome de Distrés Respiratorio del adulto.

La mortalidad fetal en las unidades de cuidados intensivos es alta, y va desde un 16 hasta un 40% (10).

A continuación se procede a describir las más frecuentes patologías por las cuales las pacientes obstétricas ameritan ingreso a una Unidad de Cuidado Crítico.

## V.1. SINDROME DE HELLP

Es una forma complicada de preeclampsia que se caracteriza por hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y plaquetopenia y se menciona además, como responsable de una mayor frecuencia de hematoma subcapsular y de infarto hepático (1,21,29).

Dentro de la fisiopatología del síndrome se sabe del aumento de la producción de endotelina debido al daño endotelial extenso que encontramos en estas pacientes. Esto produce vasoconstricción segmentaria importante en los microvasos, lo que aunado a los depósitos de fibrina y trombina sobretudo a nivel hepático, se ha sugerido como la causa principal de la frecuente manifestación de dolor epigástrico y en hipocondrio derecho que se presenta en las pacientes con Preeclampsia Severa y Síndrome de HELLP (23,24,29,39,35).

Los criterios diagnósticos del síndrome de HELLP son:

- Hemólisis:

Esquistocitos en el frote de sangre periférica.  
Bilirrubina mayor o igual a 1.2mg/dl.  
Ausencia de haptoglobulina en el plasma.

- Enzimas hepáticas elevadas:

TGO mayor de 72UI/L.  
HDL mayor de 600UI/L.

- Recuento plaquetario bajo:

Plaquetas menos de 100,000 (29,30,35,39,40).

Toda gestante hipertensa con complicaciones hematológicas debe ser tratada como si el proceso estuviera inducido por el embarazo. Por consiguiente ello implica la extracción del feto, y en la mayoría de los casos la paciente mejora rápidamente tras el parto.

El plan de tratamiento de las pacientes con HELLP incluye lo siguiente:

- Iniciar la inducción con oxitocina rápidamente, a no ser que exista contraindicación para el parto vaginal. Los cambios en el cuello uterino deben aparecer poco después de aparecer la inducción. Si se prevé que el parto va a prolongarse más de doce horas tras el comienzo de la inducción, es preferible realizar cesárea.

- Es necesario emplear un catéter de presión venosa central para monitorizar adecuadamente la administración intravenosa de líquidos.

- No se harán transfusiones de plaquetas, a no ser que el recuento plaquetario sea inferior a 20,000/mm<sup>3</sup>, o menor de 40,000/mm<sup>3</sup> si la paciente presenta signos de alteración de la hemostasia.

- Las pacientes que presentan un deterioro progresivo a pesar del tratamiento convencional pueden recibir plasmaféresis. Ya que ésta puede tener efectos drásticos sobre el curso de la enfermedad y acelera el período de recuperación (1).

## **V.2. HIPERTENSION DE INICIO RECIENTE**

La hipertensión es el trastorno médico más frecuente que complica 5-10% de todos los embarazos (17,34).

Las complicaciones hipertensivas del embarazo siguen siendo una de las principales causas de mortalidad materna y producen morbilidad y mortalidad fetales considerables. El diagnóstico y tratamiento precisos de estos trastornos son indispensables para cambiar la evolución materna y fetal.

La clasificación más comúnmente aceptada de hipertensión durante el embarazo es la del National High Blood Pressure Education Working Group 1990 y que se divide en cuatro categorías:

- A. Preeclampsia-eclampsia.
- B. Hipertensión crónica.
- C. Hipertensión crónica con Preeclampsia agregada.
- D. Hipertensión transitoria (gestacional).

#### **V.2.A. Preeclampsia-eclampsia:**

La Preeclampsia es una complicación exclusivamente humana del embarazo.

En los embarazos complicados por hipertensión de inicio agudo, la Preeclampsia produce casi el 70% (17,33). Aún no es conocida su causa. Sin embargo diversas evidencias en los últimos años indican que el desarrollo anormal de la placenta es uno de los factores iniciales en el desarrollo de esta enfermedad. Siendo la invasión trofoblástica inadecuada de las arteriolas espirales maternas, la principal característica de esta placentación anómala (17,1,40,7).

Los factores que predisponen a Preeclampsia son:

- Edad materna menor de 20 o mayor de 35 años.
- Nuliparidad.
- Raza afroestadounidense.
- Bajo estado socioeconómico.
- Embarazo múltiple.
- Antecedente de hipertensión.
- Enfermedades vasculares.
- Nefropatías.

La incidencia de Preeclampsia en familiares consanguíneos pero no por matrimonio de pacientes con Preeclampsia-Eclampsia está muy aumentada. Se cree que esto es secundario a la interacción de los genes maternos y fetales.

La Preeclampsia se clasifica como:

- Leve
- Moderada y
- Severa.

Siendo leve cuando se registran niveles de presión arterial de al menos 40/90mmHg en dos ocasiones, después de la semana 20 de gestación y roteinuria significativa mayor de 300mg en 24 horas.

Se hace diagnóstico de Preeclampsia Severa si la presión arterial supera 60/100mmHg en dos ocasiones con seis horas de diferencia, después de la semana 20 de gestación y proteinuria más elevada que en la Preeclampsia leve. En este estado de Preeclampsia se puede presentar edema generalizado, cefalalgia intensa persistente, escotomas, trombocitopenia, dolor epigástrico o del cuadrante superior derecho abdominal, coagulación intravascular diseminada y restricción del crecimiento intrauterino.

La aparición de una convulsión en pacientes con signos y síntomas de preeclampsia sin datos de traumatismo o enfermedad neurológica, identifica a una embarazada con preeclampsia (17,1,40,9,11).

Entre los hallazgos de laboratorio tenemos:

- Función renal alterada.
- Aumento en las pruebas hepáticas.
- Elevación de la hemoglobina y del hematócrito.
- Prolongación del tiempo de trombina.

El tratamiento de la Preeclampsia grave consistirá en:

- Prevenir las crisis convulsivas.
- Controlar la hipertensión arterial.
- Extraer al feto.

El medicamento ideal para el tratamiento o prevención de las crisis convulsivas continúa siendo el sulfato de magnesio (1,32). El labetalol, nifedipina y verapamil son los tres antihipertensivos más eficaces.

El objetivo del tratamiento antihipertensivo es prevenir la hemorragia intracraneana y el fallo ventricular izquierdo (1,16).

### **V.2.B. Hipertensión crónica:**

Según el American College of Obstetricians and Gynecologist, para establecer el diagnóstico de hipertensión crónica durante el embarazo es necesario documentar la presencia de una presión arterial de 140/90mmHg o superior en dos tomas diferentes antes del embarazo, o la presencia de hipertensión antes de la 20 semana de gestación, sin otras complicaciones como mola hidatidiforme o hipertiroidismo (1,17,42,40).

La hipertensión persistente después de las seis semanas post-parto también indica hipertensión crónica.

Las características clínicas indicativas de hipertensión crónica son:

- Datos de nefropatía con aumento de la creatinina /nitrógeno de urea séricos.
- Cambios en el fondo de ojo que incluyen hemorragia, exudados y muescas arterioloventosas.
- Probable coexistencia de diabetes sacarina insulín dependiente.

Lo más frecuente es que haya muy pocos datos para validar la sospecha diagnóstica de hipertensión crónica o esencial.

### **V.2.C. Hipertensión crónica y Preeclampsia agregada:**

La hipertensión crónica con Preeclampsia agregada es el diagnóstico de una mujer con antecedentes o signos clínicos congruentes con hipertensión crónica que posteriormente presenta preeclampsia. Quienes tienen ambos trastornos son pacientes con embarazo de riesgo especialmente alto.

Cuando a la hipertensión crónica se agrega la fisiopatología de la preeclampsia-Eclampsia, se alcanzan las tasas más altas y variaciones más amplias de morbilidad y mortalidad materna, neonatal y perinatal que cualquier otro trastorno hipertensivo del embarazo (17).

### **V.2.D. Hipertensión Gestacional:**

La hipertensión gestacional o transitoria describe el estado de una embarazada con hipertensión inducida por la gestación en su segunda mitad, durante el trabajo de parto o en las primeras 24 horas del post-parto; y desaparece en los primeros diez días del puerperio.

La hipertensión gestacional no se acompaña de otros datos de preeclampsia (no hay proteinuria, edema central, dolor epigástrico, trombocitopenia, etc.) o enfermedad vascular hipertensiva (17,1).

### V.3. CHOQUE

El estado de Choque se caracteriza por una insuficiencia circulatoria y datos de hipoperfusión tisular acompañados de hipoxia, utilización de vías del metabolismo anaerobio y acidosis. Su presentación clínica varía según la causa desencadenante; tiempo de evolución y rapidez en que se inicie su manejo (3,8,6).

Se define al estado de choque como una crisis energética a nivel celular, de etiología múltiple, desencadenada por la incapacidad súbita del aparato cardiovascular para mantener la perfusión y oxigenación de los tejidos. Tradicionalmente se ha clasificado de acuerdo a su etiología, o en base a parámetros hemodinámicos. La más reciente clasificación es la propuesta por la Asociación Mexicana de Medicina Crítica, y lo divide en cuatro tipos:

- Hipovolémico.
- Distributivo (en el que se incluye la sepsis).
- Cardiogénico.
- Mixto (3,15).

Una de las principales causas de choque en el campo de la obstetricia es la hemorragia, seguido por el choque de tipo séptico. La hemorragia obstétrica contribuye en 75% de las complicaciones que se presentan dentro de las primeras 24 horas del puerperio y es la principal causa del choque hipovolémico. El 90% de los casos de hemorragia tienen su origen en anomalías de la placentación o en las alteraciones del tono uterino. El 10% restante se asocia a laceraciones o desgarros del canal del parto (14,38).

La hipotensión es el signo clínico prominente de una hemorragia catastrófica (27).

Hay varios factores causales que pueden producir una hemorragia mortal en una paciente obstétrica:

- Embarazo ectópico roto.
- Atonía uterina.
- Placenta previa.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Placenta adherente.
- Rotura uterina.
- Inversión uterina.
- Embolia de líquido amniótico
- Laceraciones del canal del parto.

El origen más frecuente de hemorragia mortal durante el periodo prenatal es el embarazo ectópico roto, en tanto que la causa post-parto más común es la hemorragia de un útero atónico (27).

Es necesario iniciar el tratamiento del estado de choque aun antes de identificar su causa, ya que la supervivencia de la paciente depende tanto de la duración del choque, como del tratamiento médico o quirúrgico definitivo que se realice con la causa del choque.

El tratamiento inicial, en forma general, consiste en restablecer rápidamente el volumen intravascular materno y conservar la perfusión de órganos vitales. La restauración de la oxigenación a los tejidos es el objetivo principal en el tratamiento del estado de choque (3,8).

En el Choque Séptico la terapéutica que sigue a las medidas anteriores de reposición volumétrica y estabilización de la paciente, consiste en la administración de antibióticos de amplio espectro contra todos los gérmenes posibles del aparato genital.

#### V.4.HIPOGLICEMIA Y CETOACIDOSIS DIABETICA (CAD)

La hipoglicemia es una complicación rara pero potencialmente peligrosa de la Diabetes. Los ataques intensos o recurrentes de ésta durante el embarazo se vinculan con morbilidad materna y pueden tener también consecuencias en el feto. Por otro lado, la hiperglicemia intensa, como en la Cetoacidosis Diabética, sigue siendo una complicación que potencialmente pone en peligro la vida de la paciente descontrolada. Debido a lo anterior, los períodos de cetoacidosis se acompañan de grave morbilidad materna y fetal y mortalidad perinatal.

La CAD por fortuna no es muy frecuente en las gestantes diabéticas. Sin embargo cuando una embarazada llega a desarrollarla constituye una urgencia grave que requiere un tratamiento adecuado para salvar la vida de la madre y la del feto.

La CAD es consecuencia de un déficit de insulina y de la respuesta a este déficit por parte de las hormonas contrarreguladoras. Como resultado se produce un aumento de la concentración de glucosa sanguínea. Esta grave hiperglicemia produce una diuresis osmótica con depleción del volumen intravascular y alteraciones electrolíticas. Simultáneamente, el aumento de la lipólisis genera un exceso de cuerpos cetónicos que saturan los tampones del organismo, produciéndose así una acidosis metabólica. Si esta situación no se corrige puede llevar a la muerte a la madre y al feto.

El diagnóstico de CAD requiere:

- Glicemia mayor de 250mg/dl
- Cuerpos cetónicos en orina y plasma
- Ph arterial menor de 7.3
- Bicarbonato sérico menor de 15mEq/L (1,8,36,40).

El cuadro clínico de CAD se caracteriza por dolor abdominal, náuseas, vómitos, poliuria y polidipsia. Otros signos que sugieren el diagnóstico cluyen olor a acetona, respiración rápida y profunda, hipotensión y alteración del estado mental que varía de mareo a letargo profundo.

La identificación de los agentes desencadenantes constituye una parte fundamental del tratamiento de la CAD. El factor precipitante más frecuente es una infección bacteriana o viral. En estos casos será necesario tratamiento antibiótico para lograr un adecuado control de la cetoacidosis. Otros factores precipitantes incluyen deficiencia de insulina, estrés y deshidratación. Además algunos fármacos como esteroides y agonistas adrenérgicos pueden precipitar la CAD.

El tratamiento de la CAD se dirige a la corrección del déficit de volumen, el desequilibrio hidroelectrolítico, la hiperglicemia y la infección cuando está presente. El pronóstico de la CAD durante el embarazo es reservado. Aún aplicando el tratamiento más actual y agresivo, la mortalidad materna es de aproximadamente el 2%. El pronóstico empeora cuando la paciente presenta síntomas de disfunción del sistema nervioso central o ya está en choque al llegar al hospital. La mortalidad fetal es elevada en todos los casos (1,8).

## V.5. EMBOLIA POR LIQUIDO AMNIOTICO

La Embolia por Líquido Amniótico causa casi 10% de las muertes maternas en Estados Unidos.

La hemorragia obstétrica, la embolia pulmonar trombótica y los trastornos hipertensivos del embarazo causan una mortalidad materna elevada, pero ninguna es más peligrosa que la embolia por líquido amniótico, que se relaciona con una mortalidad materna del 86% (22,31,40).

Más de la mitad de las pacientes mueren en la primera hora. De las que sobreviven, 40% presentan coagulación intravascular diseminada. Más de 88% son multiparas. El inicio ocurre durante el trabajo de parto en el 90% de las pacientes, y en 28% éste se describe como problemático.

Para que ocurra embolia por líquido amniótico debe de haber rotura de membranas. Algunos autores señalan que esto ocurre bajo condiciones en las que los vasos uterinos se abren de manera anormal, como en la placenta acreta, la cesárea o el útero roto, o a través de pequeñas rasgaduras en las venas endocervicales durante un trabajo de parto normal.

Entre los factores predisponentes encontramos:

- Preeclampsia.
- Embarazo gemelar.
- Polihidramnios.
- Inserción baja de placenta.
- Embarazo post-término (22).

Los signos clínicos para el diagnóstico incluyen cianosis, hipotensión, choque, insuficiencia respiratoria, convulsiones y hemorragia uterina sin coagulación (22,31,40). El sufrimiento fetal como bradicardia o desaceleraciones tardías puede ser índice del deterioro materno.

Además de los hallazgos clínicos la radiografía de tórax y el gammagrama pulmonar ayudan al diagnóstico.

El tratamiento se dirige a conservar el gasto ventricular izquierdo. De inmediato se instituye la reanimación cardiopulmonar si está indicada. Se administra oxígeno; y si la paciente está inconsciente se inicia intubación endotraqueal y ventilación mecánica.

Si la mujer está embarazada en el momento del embolismo, se plantea el parto inmediato después de los esfuerzos iniciales de reanimación.

A causa de la elevada mortalidad materna, el médico tendrá que estar preparado para hacer una cesárea post-mortem (22).

## **V.6. MIOCARDIOPATIA PERIPARTO**

La miocardiopatía perinatal o periparto, es causa de insuficiencia cardíaca idiopática en el embarazo.

Los criterios clínicos para su diagnóstico son:

- Aparición de insuficiencia cardíaca en el último trimestre del embarazo o primeros seis meses post-parto.
- Exclusión de agentes etiológicos como sobrecarga volumétrica, trastornos valvulares, metabólicos, inflamatorios, infecciosos o tóxicos.
- Ausencia de cardiopatía demostrable antes del últimos mes del embarazo.

Entre los factores de riesgo tenemos:

- Raza negra.
- Mayor de 30 años.
- Multiparidad.
- Preeclampsia.
- Hipertensión arterial.
- Embarazo múltiple.

El cuadro clínico consiste en orden de frecuencia en: cardiomegalia, taquicardia, estertores, hipertensión, disrritmias, disnea, tos, ortopnea, palpitaciones, hemoptisis, dolor torácico, dolor abdominal.

La mortalidad es alta y va desde un 25 a un 50%. El diagnóstico de la miocardiopatía periparto es prácticamente por exclusión, por ello están indicadas diferentes pruebas diagnósticas como citometría hemática, pruebas de función tiroidea, determinación de anticuerpos antinucleares, concentración de metales pesados, radiografía de tórax, la cual muestra un aumento de la silueta cardiaca con congestión venosa pulmonar o incluso derrame pleural. El electrocardiograma puede ser normal, aunque pueden existir alteraciones inespecíficas del segmento ST-T, crecimiento y/o dilatación de cavidades izquierdas, bloqueos de rama o disrritmias.

El método más útil e inocuo es el ecocardiograma, debido a que evidencia disminución de la función sistólica del ventrículo izquierdo, la insuficiencia del anillo valvular y el aumento de las cuatro cavidades; datos frecuentes y constantes en la mayoría de las pacientes.

El tratamiento médico debe de ser multidisciplinario. La hemodinámica debe monitorizarse con ecocardiografía. Debe mantenerse a la paciente en reposo, con disminución de la ingestión de sodio, estricta restricción de líquidos, fármacos reductores de precarga, inotrópicos y reductores de post-carga. La resolución del embarazo se recomienda sea vía vaginal; la operación cesárea sólo debe de realizarse por estricta indicación obstétrica.

La evolución es variable, ya que 50% tienen una mejoría importante y 43% mueren (22).

## V.7. TORMENTA O CRISIS TIROIDEA

La Tormenta Tiroidea es una urgencia y deberá tratarse en forma agresiva para evitar la descompensación materna (28).

Esta crisis por lo general pone en riesgo la vida de pacientes que tienen Tirotoxicosis preexistente que se desarrolla en condiciones de estrés, infección grave, inducción de anestesia, trabajo de parto, cirugía, o de abstinencia de fármacos antitiroideos o después de tratamiento agresivo con I-131 en pacientes con hipertiroidismo intenso.

Se caracteriza por exacerbación aguda de los síntomas de hipertiroidismo. Se sospecha del diagnóstico clínico cuando hay fiebre mayor de 40 grado centígrados y alteraciones del sistema nervioso central como inestabilidad, temblor intenso, agitación y alteración del estado mental, las cuales pueden variar desde desorientación hasta psicosis franca o coma. Los signos cardiovasculares son notables, e incluyen: palpitaciones, signos de insuficiencia cardíaca congestiva, taquiarritmias que incluyen fibrilación auricular. Además no es raro que hayan náuseas, vómitos y diarrea.

Las pruebas de laboratorio no son útiles para establecer el diagnóstico, que, las concentraciones séricas de hormonas tiroideas no son distintas de las que hay en el hipertiroidismo sin complicación.

La mortalidad es importante, es por ello que el diagnóstico como el tratamiento deben realizarse lo más pronto posible.

Por lo general este trastorno se inicia por preeclampsia, placenta previa, insuficiencia cardíaca congestiva, infecciones, e inducción del trabajo de parto.

El tratamiento incluye:

- Ingreso de la paciente a una unidad de cuidados intensivos.
- Determinar y tratar la causa precipitante.
- Medidas para bajar la temperatura.
- Farmacoterapia antitiroidea (el fármaco preferido es propiltiouracilo).
- Fármacos esteroideos: eficaces para establecer bloqueo agudo de la conversión periférica de T3 a T4 y evita el posible desarrollo de insuficiencia suprarrenal aguda.
- Vigilancia continua del feto después de las semanas 24 a 28 de la gestación.

Una vez se ha corregido la crisis, es recomendable mantener a las pacientes en el hospital hasta el parto o hasta que se normalicen las funciones metabólicas y cardiovasculares. La terapéutica de ablación con I-131 o tiroidectomía subtotal es muy recomendable luego del parto. La cirugía puede realizarse durante el embarazo en las raras pacientes que logran un estado eutiroideo antes de las 24 semanas de gestación (26,28,40).

## **VI. METODOLOGIA**

### **IPO DE ESTUDIO:**

- Retrospectivo
- No experimental, descriptivo.

### **OBLACION:**

127 expedientes clínicos de las pacientes obstétricas que ingresaron a la Unidad de Cuidado Crítico del Hospital I.G.S.S. zona 9 referidas del Hospital de Gineco-Obstetricia de Pamplona, en el período de 1995-1998.

### **CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:**

#### **1. Criterios de inclusión:**

- Expediente clínico de paciente obstétrica, que consultó o fue referida al Hospital de Gineco-Obstetricia, para resolver su embarazo en curso y/o complicaciones secundarias al mismo.
- Que por presentar alguna complicación relacionada o no con el embarazo, o por ameritar monitoreo debido a alguna enfermedad de base, requirió su traslado a la Unidad de Cuidado Crítico del Hospital I.G.S.S. zona 9 durante el período de 1995-1998.

#### **2. Criterios de exclusión:**

Expedientes clínicos incompletos o carentes de información.

### VARIABLES A ESTUDIAR

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNID. DE MEDIC
DIAGNOSTICO	Nombre de una enfermedad trastorno, o la identificación de esta mediante la evaluación científica de sus signos físicos, sus síntomas, su historia clínica y los resultados de pruebas analíticas.	Registro de la patología con que cursó la paciente obstétrica a su ingreso en la Unidad de Cuidado Crítico.	Nominal.	- Trastor hipertensivo - Problemas hemorráicos - Problemas de Infección - Otros.
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento durante la vida.	Tiempo en años desde el nacimiento de la paciente obstétrica obtenida de los registros clínicos de ingreso a la Unidad de Cuidado Crítico.	Razón	Años
EDAD GESTACIONAL	Tiempo del embarazo transcurrido desde la fecha de su última menstruación o calculada por ultrasonografía.	Registro de las semanas de embarazo de la pacientes a su ingreso a la Unidad de Cuidado Crítico.	Razón	Semanas

USA ECIPITANTE	Entidad patológica relacionada o no con el embarazo que provocó un embarazo de alto riesgo	Registro del motivo que originó el ingreso de la paciente obstétrica a la Unidad de Cuidado Crítico	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastornos hipertensivos</li> <li>- Problemas hemorrágicos</li> <li>- Problemas infecciosos</li> <li>- Otros</li> </ul>
TOLOGIAS OPIAS DEL BARAZO	Signos y/o síntomas relacionados al curso anormal de un embarazo	Registro de que la paciente obstétrica haya cursado con una enfermedad inherente del embarazo.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HELLP</li> <li>- Preeclampsia</li> <li>- Eclampsia</li> <li>- Otros</li> </ul>
TOLOGIAS DEPEN- ENTES DEL BARAZO	Enfermedad que afecta al embarazo estando presente antes del inicio del mismo, o es adquirida en cualquier momento del embarazo sin ser éste la causa directa	Registro de que la paciente obstétrica haya cursado con una enfermedad independiente del embarazo.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cardiopatías</li> <li>- Arritmias cardíacas</li> <li>- HTA crónica</li> <li>- Diabetes mellitus</li> <li>- Neumonías</li> <li>- Epilepsia</li> <li>- Otros</li> </ul>
ONTROL ENATAL	Asistencia a una evaluación médica, durante el curso de un embarazo.	Registro de que la paciente obstétrica haya llevado evaluación por parte de un médico durante su presente embarazo.	Nominal	Sí No
NTECE- ENTE	Relato de haber tenido conocimiento previo de su patología.	Registro de que la paciente obstétrica haya tenido conocimiento previo de su patología	Nominal	Sí No

MORTALIDAD	Número de defunciones en determinado tiempo y lugar.	Registro de las pacientes obstétricas que fallecieron en la Unidad de Cuidado Crítico.	Nominal	Sí No.
CAUSA DIRECTA DE MUERTE	Entidad patológica que desencadenó la muerte del individuo	Registro de la patología que directamente desencadenó la muerte de la paciente obstétrica	Nominal	- Coagul Intrava Disemi - Fallo multior - Emboli Pulmor - Otros

## **COLECCION DE DATOS Y PRESENTACION DE RESULTADOS.**

### **- Plan de recolección de datos:**

Se procedió a buscar en los libros de Reportes de Turno del Hospital de Gineco-Obstetricia la información de las pacientes obstétricas que requirieron traslado a Cuidado Crítico del Hospital de Enfermedad Común en el período de 1995-1998.

Ya obtenidos los números de afiliación, se solicitaron los expedientes clínicos en la sección de archivo tanto del Hospital de Gineco-obstetricia como del de Enfermedad Común y se procedió a tomar la respectiva información.

Parte de información se obtuvo al revisar los libros de egresos de cada una de las Unidades de Cuidado Crítico (intensivo e intermedios).

Se llenaron las boletas de recolección de datos en base a la información obtenida de dichos expedientes clínicos y libros de servicio.

Se procedió a tabular los datos obtenidos en las boletas de recolección.

### **RECURSOS:**

#### **Materiales:**

Libro de reportes de turno (del Hospital de Gineco-obstetricia).

Libros de ingreso y egresos.

Expedientes clínicos.

Boleta de recolección de datos.

- Bolígrafo
- Computadora

**Físicos:**

- Hospital de Gineco-Obstetricia de Pamplona:  
Archivo Médico.
- Hospital de Enfermedad Común:  
Unidad de Cuidado Crítico.  
Archivo Médico.

**Humanos:**

- Estudiante investigador
- Asesor.
- Revisor
- Personal de la sección de archivo
- Personal de la Unidad de Tesis.

**Económicos:**

- Transporte urbano Q.500.00
- Papel bond .Q. 45.00
- Cartucho de tinta para impresora. Q.250.00
- Fotocopias. Q. 200.00
- Levantado de Texto e Impresión de Tesis Q.850.00
- Gastos personales Q. 450.00

## **VII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS**





**CUADRO 1**  
**FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS EN PACIENTES**  
**OBSTETRICAS DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA**  
**INGRESADAS A CUIDADO CRITICO DEL HOSPITAL DE**  
**ENFERMEDAD COMUN DEL I.G.S.S. DE 1995 1998.**

No.	DIAGNOSTICO	Fr	%
1.	PREECLAMPSIA SEVERA Y SUS COMPLICACIONES	49	38.6%
2.	CHOQUE SEPTICO	16	12.6%
3.	HTA SEVERA NO CLASIFICADA	10	7.87%
4.	CARDIOPATIAS Y ARRITMIAS	9	7.08%
5.	ATONIA UTERINA	7	5.5%
6.	HIGADO GRASO AGUDO	5	3.9%
7.	RUPTURA UTERINA	3	2.36%
8.	PANCREATITIS	3	2.36%
9.	S. CONVULSIVO CRONICO	3	2.36%
10.	OTROS	22	17.32%
	<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100%</b>

FUENTE:BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Los trastornos hipertensivos causados o asociados al embarazo y los procesos sépticos fueron las principales causas de ingreso de las pacientes obstétricas a Cuidado Crítico. Estos datos son similares a los presentados por Kilpatrick y Matthay de 1985-1990 (19).

La Preeclampsia Severa y sus complicaciones fue la patología que más frecuentemente se presentó, siendo el Síndrome de HELLP el que ocasionó el 72% de los ingresos, la Eclampsia el 18% y el resto conformado por Preeclampsia grave pura.

Tanto la Eclampsia como el Síndrome de HELLP son formas extremadamente graves de Preeclampsia y se les asocia una elevada morbimortalidad materna y fetal. Sibai y Cols. refieren que la Eclampsia en un 31% es imprevisible a pesar de los cuidados prenatales adecuados, pero que en un 69% es prevenible, si se instauran el tratamiento rápido y adecuado (1).

No es posible explicar el porqué de la frecuencia de preeclampsia, ya que no se conoce la naturaleza exacta que causa esta entidad, sin embargo evidencias observadas en los últimos 20 años indican que el desarrollo anormal de la placenta es uno de los factores responsables.

A pesar de lo anterior, sí se conocen determinados factores que predisponen a preeclampsia como lo son, edad materna menor de 20 y mayor de 35 años, bajo estado socioeconómico, embarazo gemelar, antecedentes de hipertensión, etc. (1), condiciones que son válidas para la población estudiada.

En lo que respecta al Choque Séptico como segunda causa más frecuente de ingreso, es importante mencionar que la mayoría de estos fueron ocasionados por Abortos Sépticos e Infecciones Puerperales. Las Infecciones polimicrobianas si son extensas, especialmente en el útero post-parto pueden causar severas alteraciones hemodinámicas que ponen en peligro la vida de la paciente, es por ello que en estas entidades hay que iniciar un tratamiento inmediato y agresivo en una Unidad de Cuidado Crítico.

Las características clínicas y de laboratorio de la hipertensión asociada al embarazo son difíciles de distinguir de la hipertensión fuera de este estado (1) y se presentó como tercera causa de ingreso a la Unidad de Cuidado Crítico.

Las cardiopatías como cuarta causa de ingreso fueron las entidades que mejor manejadas fueron en el período prenatal y se les ingresó a estas unidades únicamente para su monitoreo debido a que estas pacientes aunque no estuvieran hemodinámicamente inestables cursaban con una patología de base que las hacía tener un embarazo y puerperio de alto riesgo.

Las restantes causas fueron representadas por patologías propias e independientes del embarazo que de una manera u otra causaron en la paciente obstétrica alteraciones hemodinámicas graves que ameritaron su ingreso a las Unidades de Cuidado Crítico. Entre estas patologías se encuentran en orden de frecuencia: Atonía Uterina, Hígado Graso Agudo del embarazo, Ruptura Uterina, Pancreatitis, Síndrome Convulsivo Crónico, Cetoacidosis Diabética, Apendicitis Perforada, Edema Agudo del Pulmón, Púrpura Trombocitopénica Trombótica, Embolia por Líquido Amniótico, Fallo Renal Crónico con transplante renal, Síndrome Diarreico Agudo, Acretismo Placentario y Embarazo Ectópico Roto.

## CUADRO 2.

### EDAD DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA INGRESADAS A CUIDADO CRITICO DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL I.G.S.S. DE 1995-1998.

No.	EDAD	Fr.	%
1	Menores de 20 años	15	11.80
2	20-29 años	63	49.60
3	30-39 años	39	30.70
4	40-49 años	9	7.08
5	50-59 años	1	0.78
	<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100%</b>

FUENTE: BOLETAS DE RECOLECCION DE DATOS.

La población de embarazadas que resolvieron su embarazo durante los años de 1995 a 1999 en el Hospital de Gineco-Obstetricia, el 83% se encontraba entre los 20 a 39 años<sup>(43)</sup>, lo cual explica el porqué del mayor número de complicaciones en esta edad.

### CUADRO 3.

**EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA A SU INGRESO A CUIDADO CRITICO DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL I.G.S.S. DE 1995-1998.**

<b>EDAD GESTACIONAL</b>	<b>FRECUENCIA.</b>	<b>%</b>
<b>PRIMER TRIMESTRE</b>	0	0
<b>SEGUNDO TRIMESTRE</b>	4	28.57
<b>TERCER TRIMESTRE</b>	10	71.42
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

El 71% de las pacientes con embarazo en curso, al momento de su ingreso a Cuidado Crítico, se encontraban en el tercer trimestre, que es cuando se presentan o evidencian la mayor parte de patologías que requieren Cuidado Crítico, como el Síndrome de HELLP, Hígado Graso, Eclampsia, etc.

En lo que respecta a las embarazadas con patología de base, el riesgo materno-fetal aumenta en este trimestre, secundario a los cambios existentes en la madre como lo es el aumento del metabolismo basal, demanda energética, trabajo cardiovascular, etc.

## CUADRO 4

### CONDICION OBSTETRICA DE LAS PACIENTES DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA INGRESADAS A CUIDADO CRITICO DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL I.G.S.S. DE 1995-1998.

CONDICION	FR.	%
CON EMBARAZO	14	11.02
EMBARAZO ECTOPICO ROTO	1	0.78
POST-PARTO EUTOSICO SIMPLE	27	21.25
POST-CESAREA	73	57.48
POST-ABORTO	12	9.44
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100%</b>

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

La causa precipitante del alto porcentaje de cesáreas fue el deterioro materno y/o sufrimiento fetal agudo, y la urgencia de resolver el embarazo como parte del tratamiento inmediato de ciertas patologías como lo es la Preeclampsia Severa y sus complicaciones y el Hígado Graso Agudo del embarazo.

Se observó un bajo porcentaje de las pacientes con embarazo en curso al ingreso a Cuidado Crítico, debido a lo antes expuesto, además de que se encontraban con un producto de la concepción aún inmaduro.

## CUADRO 5.

### CAUSAS PRECIPITANTES DEL INGRESO DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA INGRESADAS A CUIDADO CRITICO DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL I.G.S.S. DE 1995-1998.

No.	CAUSA PRECIPITANTE	Fr	%
1	ALTERACIONES INICIALES DE LA COAGULACION	52	41
2	CRISIS HIPERTENSIVA	19	15
3	CHOQUE HIPOVOLEMICO	15	12
4	ESTADO EPILEPTICO	11	9
5	MONITOREO	10	7.8
6	COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA	6	5
7	EDEMA AGUDO DEL PULMON	4	3
8	FALLO RENAL	3	2
9	HEMORRAGIA INTRACRANEANA	2	1.5
10	OTROS	5	3.9
	<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

Las alteraciones de la coagulación sin ser aún Síndrome de Coagulación Intravascular Diseminada y las Crisis Hipertensivas fueron las principales causas precipitantes de ingreso a Cuidado Crítico, esto es el reflejo del alto porcentaje de pacientes obstétricas que ingresaron con preeclampsia severa y sus complicaciones, choque séptico e hígado graso. Le sigue el choque hipovolémico, condición que puede ser desencadenada por múltiples entidades patológicas y que en este estudio estuvieron presentes, como: Atonía Uterina, Ruptura Uterina, Síndrome Diarreico Agudo, Embarazo Ectópico Roto, etc.

Dentro de las causas restantes y en menor porcentaje, se encontraron el Estado Epiléptico, pacientes ingresadas para Monitoreo, Coagulación Intravascular Diseminada, Edema Agudo del Pulmón, Fallo Renal Agudo y Hemorragia Intracraneana.

## CUADRO 6.

### RELACION DEL EMBARAZO CON LA PATOLOGIA ACTUAL DE LAS PACIENTES DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA INGRESADAS A CUIDADO CRITICO DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL I.G.S.S. DE 1995-1998.

PATOLOGIA	FRECUENCIA.	%
PROPIA DEL EMBARAZO	87	68.50
INDEPENDIENTE DEL EMBARAZO	27	21.25
NO DETERMINADA	13	10.23
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100%</b>

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

El 69% del grupo obstétrico estudiado cursó con patologías propias del embarazo, como el Síndrome de HELLP, Eclampsia, Choque Séptico, Hígado Graso Agudo del Embarazo y Atonía Uterina.

Un menor grupo de pacientes obstétricas fueron ingresadas por patologías independientes del embarazo en su mayoría Cardiopatías, Epilepsia, Cetoacidosis Diabética, Transplante Renal Crónico, Apendicitis y Pancreatitis.

En un 10% no se logró determinar la relación de la patología actual de la paciente con el embarazo, debido al estado clínico de ésta al momento del ingreso y/o falta de información en los registro y expedientes clínicos.

## CUADRO 7.

### CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA INGRESADAS A CUIDADO CRITICO DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL I.G.S.S. DE 1995-1998.

CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	%
SI	50	39.37
NO	51	40.15
NO HAY INFORMACION	26	20.47
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100%</b>

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

De las 51 pacientes que tuvieron control prenatal, únicamente el 28% llevó un control prenatal adecuado (7 ó más citas durante todo el embarazo).

El número de pacientes sin control prenatal y con mal control prenatal pudo haber sido mayor si tomamos en cuenta de que no tuvimos al alcance la información de 26 pacientes.

La tendencia del grupo estudiado fue a no llevar control prenatal y si éste fue llevado, solo tres de cada diez pacientes, tuvo un control prenatal adecuado.

Dentro de las posibles causas que puedan explicar del porqué de pacientes sin control prenatal y control inadecuado, se pueden mencionar la alta demanda de pacientes que consultan al Hospital de Gineco-Obstetricia, escaso personal Médico y Paramédico, desconocimiento de las pacientes de la importancia de llevar un control prenatal adecuado, y problemas socioculturales.

### CUADRO 7.1

**ESTABLECIMIENTO DONDE FUE LLEVADO EL CONTROL  
PRENATAL DE LAS PACIENTES DEL HOSPITAL DE  
GINECO-OBSTETRICIA INGRESADAS A CUIDADO CRITICO  
DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL  
I.G.S.S. DE 1995-1998.**

<b>ESTABLECIMIENTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
I.G.S.S.	46	92
HOSPITAL NACIONAL	1	2
PUESTO O CENTRO DE SALUD	1	2
MEDICO PARTICULAR	1	2
COMADRONA	1	2
HOSPITAL O SANATORIO PRIVADO	0	0
OTROS	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

Como se observa, de las pacientes que sí llevó control prenatal, 92% fue llevado en alguna institución del I.G.S.S y un bajo porcentaje en Hospital Nacional, Comadrona, Puesto de Salud o Médico Particular.

## CUADRO 8

### CONOCIMIENTO ACERCA DE SU PATOLOGIA DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL DE GINECO- OBSTETRICIA INGRESADAS A CUIDADO CRITICO DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL I.G.S.S. DE 1995-1998.

CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	%
SI	14	11.00
NO	109	85.82
NO HAY INFORMACION	4	3.14
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100%</b>

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

Cerca de la mitad de la población estudiada sí había recibido control prenatal, a pesar de ello un 86% de las pacientes desconocían la patología que padecían, excepto un 11% ya que eran pacientes que cursaban con alguna patología de base, en su mayoría cardiopatías y que por lo tanto tuvieron un control prenatal adecuado.

Es importante mencionar que las pacientes cardiópatas y renales crónicas sí recibieron un control prenatal adecuado, que incluyó monitoreo fetal especializado en la clínica de alto riesgo.

Además, en su mayoría estas pacientes habían tenido asesoramiento preconcepcional en donde se le habían expuesto los riesgos a que era sometida al quedar embarazada.

## CUADRO 9

**CONDICION DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL  
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA A SU EGRESO DE LAS  
UNIDADES DE CUIDADO CRITICO DEL HOSPITAL DE  
ENFERMEDAD COMUN DEL  
I.G.S.S. DE 1995-1998.**

CONDICION	FRECUENCIA	%
VIVA	75	59.05
FALLECIDA	22	17.32
NO HAY INFORMACION	30	23.62
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>100%</b>

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

La mortalidad confirmada de 1995 a 1999 fue de 17%, debido a que en 23% de la población estudiada no se pudo determinar la condición de las pacientes a su egreso de la Unidad de Cuidado Crítico.

No se puede descartar que el porcentaje de mortalidad pudiera ser igual o mayor que lo reportado en otros estudios, ya que no se contó con la información de todo el grupo obstétrico estudiado.

## CUADRO 10.

### CAUSA DE MUERTE DE LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA EN LAS UNIDADES DE CUIDADO CRITICO DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL I.G.S.S. DE 1995-1998.

No.	CAUSA	FR	%
1	COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA	10	45.40
2	HEMORRAGIA INTRACRANEANA	8	36.30
3	SHOCK HIPOVOLEMICO	2	9.1
4	FALLO MULTIORGANICO	2	9.1
	<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

El Síndrome de Coagulación Intravascular Diseminada y la Hemorragia Intracraneana fueron las principales causas de mortalidad obstétrica, siendo éstas el reflejo del alto porcentaje de pacientes que ingresaron con trastornos hipertensivos y sépticos a la Unidad de Cuidado Crítico.

De las pacientes que fallecieron por Síndrome de Coagulación Intravascular Diseminada, 50% se debió a Choque Séptico, 20% a Síndrome de HELLP, 20% a Hígado Graso y 10% a Embolia de Líquido Amniótico.

El 87% de las obstétricas que fallecieron por Hemorragia Intracraneana cursaron con complicaciones de Preeclampsia Severa (HELLP y Eclampsia) y las restantes con Hipertensión Severa no clasificada.

El Fallo de Múltiples Sistemas de Organos y el Síndrome de Coagulación Intravascular Diseminada fueron las principales causas de muerte en pacientes obstétricas en Cuidado Crítico de la Universidad de Carolina del Sur de 1988-1991.

Es importante enfatizar que del grupo que falleció por Choque Hipovolémico, el 50% fue secundario a Atonía Uterina y el restante a Síndrome Diarreico Agudo (paciente quien llega a la emergencia con Choque Severo); entidades que de no ser posibles prevenirlas son factibles de una buena evolución si se inicia un tratamiento inmediato y eficaz.

## CUADRO 11.

### MORTALIDAD SEGUN DIAGNOSTICO EN LAS PACIENTES OBSTETRICAS DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA EN LAS UNIDADES DE CUIDADO CRITICO DEL HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL I.G.S.S. DE 1995-1998.

No.	DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
1	PREECLAMPSIA SEVERA Y SUS COMPLICACIONES	9	41.00
2	CHOQUE SEPTICO	5	23.00
3	HIGADO GRASO AGUDO	2	9.00
4	CHOQUE HIPOVOLEMICO	2	9.00
5	CARDIOPATIAS Y ARRITMIAS	1	4.50
6	HTA SEVERA NO CLASIFICADA	1	4.50
7	EMBOLIA DE LIQUIDO AMNIOTICO	1	4.50
8	EDEMA AGUDO DEL PULMON	1	4.50
	<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

La Preeclampsia Severa y sus complicaciones es la responsable del mayor porcentaje de mortalidad del grupo obstétrico en Cuidado Crítico, ya que fue la patología que se presentó con mayor frecuencia y debido a que esta entidad en su forma severa o complicada afecta gravemente a todos los sistemas de órganos de la gestante, por lo que se le asocia una elevada morbimortalidad materna y fetal.

A pesar de que esta patología tiene el 7% de incidencia en los E.E.U.U., ocasiona el 30% de las muertes obstétricas (40). En nuestro grupo aún con la ausencia de datos presentó 39% de mortalidad en el período de 1995-1998.

Del total de fallecidas por Choque Séptico, es importante mencionar que el 40% fue secundario a Aborto Séptico, 20% a perforación uterina e intestinal post-legrado (procedimiento no efectuado en entidad del I.G.S.S.), 20% a Endometritis post-parto eutósico simple y 20% a infección post-cesárea.

50% de las pacientes que presentó Aborto Séptico confirmó haber tenido manipulación por comadrona, lo que puede asociarse al bajo nivel cultural de las pacientes así como la carente información de planificación familiar.

Los procesos sépticos secundarios a infección post-cesárea y post-parto son en su totalidad prevenibles, ya que son secundarios a inadecuadas técnicas de asepsia-antisepsia por parte del personal médico y paramédico.

El Hígado Graso Agudo del embarazo es una entidad patológica que en las publicaciones más antiguas reporta una mortalidad materna de 75% y en publicaciones más recientes ha disminuido hasta un 25%.

En nuestro grupo de estudio, el Hígado Graso tuvo una mortalidad del 40% y ocasionó el 9% de las muertes obstétricas; debido a que esta patología tiene una amplia afeción de varios sistemas de órganos provocando Insuficiencia Renal, Colapso Circulatorio, Pancreatitis y Hemorragia Gastrointestinal.

La Embolia por Líquido Amniótico presenta un 86% de mortalidad. De los 75,649 partos y cesáreas atendidos en el Hospital de Gineco-Obstetricia, en el período de estudio, se evidenció un sólo caso, lo que va acorde con la literatura que menciona 1 en 20,000-80,000 partos. En este caso la paciente falleció.

## VIII. CONCLUSIONES

1. Los diagnósticos más frecuentes por los cuales las pacientes obstétricas ingresaron a la Unidad de Cuidado Crítico fueron Pree-clampsia Severa y sus complicaciones como lo es el síndrome de HELLP y preeclampsia, Choque Séptico, Hipertensión Severa no clasificada, Cardiopatías y Arritmias, Atonía Uterina, Hígado Graso Agudo, Ruptura Uterina, Pancreatitis y Síndrome Convulsivo Crónico. De las pacientes que cursaron con éstas patologías 11% presentaron un embarazo en curso, 58% lo habían resuelto vía cesárea, 21% por parto eutósico simple; 9% se encontraba post-aborto y el grupo restante post-embarazo ectópico roto.
2. 69% de las pacientes obstétricas que ingresaron a Cuidado Crítico cursó con patologías propias del embarazo.
3. 39% de las pacientes sí llevó control prenatal de las cuales únicamente 11% tenían conocimiento previo de su patología.
4. 17% de las pacientes fallecieron, siendo las causas de muerte Coagulación Intravascular Diseminada en 45% de los casos, Hemorragia Intracraneana en 36%, Choque Hipovolémico y Fallo Multiorgánico, ambos en un 9%.

## **IX. RECOMENDACIONES**

1. Dar un buen plan educacional a la paciente obstétrica enfatizándole la importancia de llevar periódicamente su control prenatal.
2. Proponer medidas de planificación familiar, especialmente en las pacientes con patologías de base como cardiopatías, trasplante renal por insuficiencia renal crónica, etc,
3. El Hospital de Gineco-obstetricia debe de contar con su propia Unidad de Cuidado Crítico para disminuir el riesgo con que cursan las pacientes obstétricas al momento de su traslado a otros hospitales y para que el manejo sea en conjunto por obstetra e internista.
4. Que el Hospital de Gineco-obstetricia lleve un libro de reportes exclusivo de las pacientes obstétricas trasladadas a Cuidado Crítico.
5. Los libros de ingresos y egresos deben ser escritos por personal médico y no por el personal de enfermería ya que se pierde información muy valiosa.
6. Los archivos deben ser lo suficientemente amplios como para guardar los expedientes clínicos de por lo menos 5 años atrás.

## X. RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los diagnósticos más frecuentes en las pacientes obstétricas que ingresaron a la Unidad de Cuidado Crítico del Hospital de Enfermedad Común del I.G.S.S. durante el período de 1995 a 1998, para lo cual se revisó 127 expedientes clínicos.

Entre los diagnósticos más frecuentes se encontró el Síndrome de HELLP, Choque Séptico e Hipertensión Arterial Severa no Clasificada.

De las ciento ventisiete pacientes setenta y tres habían resuelto su embarazo por cesárea, catorce ingresaron con embarazo en curso y de éstas diez se encontraban en su tercer trimestre.

Se encontró que ochenta y siete de las embarazadas cursó con patologías propias del embarazo.

Cincuenta pacientes llevaron control prenatal y de éstas solamente tres de cada diez lo recibió adecuadamente.

Únicamente catorce de las pacientes obstétricas en Cuidado Crítico tuvieron conocimiento previo de su patología, siendo este grupo el que recibió un control prenatal adecuado, lo cual se caracteriza por siete o más citas.

Se observó que de las veintidos pacientes que fallecieron, el Síndrome de Coagulación Intravascular Diseminada fue la principal causa seguida por la Hemorragia Intracraneana, Choque Hipovolémico y Fallo Multiorgánico.

En base a los resultados anteriores, se recomienda enfatizar sobre la importancia de un control prenatal adecuado por parte del personal Médico, tanto de las autoridades del I.G.S.S. como a nivel Nacional, ya que es éste un problema de educación en salud a nivel Nacional.

## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arias. F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2ª. ed. Madrid: Mosby/ Doyma Libros. 1994. 475pg.
2. Beek V. E. Et al. Persistent abnormalities in plasma volume and renal hemodynamics in patients with a history of preeclampsia. Am. J. Obstet. Gynecol. 1998. September. Vol 179, Part. 1. No.3. pag.690-696.
3. Bonafante R. E. Et al. Choque en obstetricia . Ginecología y Obstetricia de México. 1997. Abril. Vol.65. pag.137 -140.
4. Bruce A. Work, M D. La paciente en el anteparto. Clínica de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Urgencias obstétricas anteparto parte I. 1995. Vol.1. 13-34pag.
5. Camarero G. A. Et al. Miocardiopatía periparto. Informe de un caso, consideraciones diagnósticas y terapéuticas. Ginecología y Obstetricia de México. 1998. Enero. Vol .66
6. Castañón-Gonzales J, et al. Falla Circulatoria aguda o choque En Su. Medicina Crítica y terapia intensiva. 1994; 8:27-33.
7. Cavanaugh D, et al Pregnancy induced hypertension: Development of a model in the pregnant primate. Am J. Obstet Gynecol 151:987, 1985.
8. Cecil. et al. Tratado de Medicina Interna. 19ª. Ed. México: Interamericana Mc. Graw Hill, 1994, 2t.
9. Chesley L. C: Hypertension Disorders in Pregnancy. New York, Appleton Century Crofts, 1978.

10. Collop N.A et al. Critical Illnes in Pregnancy. Chest. 1993. May. Vol.103.pag.1548-1552.
11. Cooper D W, et al.: Genetics of preeclampsia. Hypertension Pregnancy. 12:1, 1993.
12. Coopland A T. et al.: A simplified antepartum high risk pregnancy screening: Statistical analysis of 5459 cases. Can Med. Assoc. J. 1977; 116. 999-1001.
13. Cotton D B. Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Cuidados críticos en obstetricia. México: Interamericana Mc. Graw Hill, 1991. Vol 2. 388 pag.
14. Creasy R K, et al. Maternal fetal medicine, principles and practice. 3ª ed. Saunder Company USA 199; 758-67, 875-83.
15. Cruz E, et al. Shock. Conceptos actuales sobre clasificación, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Medicina crítica y terapia intensiva. 1995; 49-58.
16. Donaldson J O: Neurology of Pregnancy. Philadelphia, W B Saunders Co, 1987, pag.216.
17. Everett F. Et al. Hipertensón de inicio reciente en la embarazada. Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. 1995. Vol. 1. 147-158pag.
18. Kesler E. Et al. De los datos a la acción. Comité de mortalidad materna. Experiencia centroamericana. Guatemala, 15 de septiembre de 1996. Pag.53.
19. Kilpatrick, M. D. Et al. Obstetric patients requiring critical care. Am. J. Obstet. Gynecol. 1992. May. Vol 101, Number 5.

20. Kirshon B, Hinkley. Et al. Maternal mortality in a maternal-fetal medicine intensive care unit. J. Reprod Med 35:25. 1990.
21. Krueger J K, Hoffman B. Y Col. Hepatic infarction associated with eclampsia. The Am J. Gastroent. 85; 588:92, 1990.
22. Martin.W.R. Embolia por líquido amniótico. Clinicas de obstetricia y ginecología Enfermedades pulmonares en el embarazo. 1996. Vol I. pag.91-95.
23. Martin J N y col. Pregnancy complicated by preeclampsia-eclampsia with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets count. How rapid is post-partum recovery. Obstet. Gynecol 76: 737-41, 1990.
24. Martin J N y Col. Plasma exchange for preeclampsia use of persisten try severe preeclampsia-eclampsia with syndrome hellp. Am. J. Obstet. Gynecol. 162: 126-37, 1990.
25. Mayor. C.A. et al. Recurrence of gestacional diabetes: Who is at risk?. Am. J. Obstet. Gynecol. 1998. October. Vol 179, Number 4. Pag.1038-1042.
26. Mestman. J.H. Hipertiroidismo en el embarazo. Clinica de Obstetricia y Ginecología. Enfermedades tiroideas en el embarazo. 1997. Vol. 1. Pag.41-57.
27. Robert A. Et al. Hipotensión aguda relacionada con hemorragia. Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Urgencias obstétricas anteparto parte I. 1995. Vol 1. 105-119pag.

28. Roberts W. E. Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Complicaciones médicas durante el embarazo. México: Interamericana Mc. Graw Hill, 1992. Vol.4 818.pag.
29. Rodriguez G. D. Et al. Síndrome Hellp hematoma subcapsular e infarto hepáticos, presentación de dos casos clínicos. Ginecología y Obstetricia de México. 1998. Enero. Vol .66. pag. 4-7.
30. Rodriguez G.D et al. Preeclampsia severa síndrome HELLP e insuficiencia renal. Ginecología y Obstetricia de México. 1998 febrero; Vol. 66. pag 48-61.
31. Shoemaker W.C. et al. Critical Care. 3ª. Ed. Virginia: Saunders, 1995. 1892pag.
32. Sibai B M: Magnesium sulfate is the ideal anticonvulsant in preeclampsia-eclampsia. Am. J. Obstet. Gynecol 1990; 162: 1141-1145.
33. Sibai B M: Eclampsia: Materna-perinatal outcome in 254 consecutive cases. Am. J. Obstet. Gynecol. 163: 1049, 1990.
34. Sibai B M. et al: Preventions of preeclampsia with low-dose aspirin in healthy, nulliparous pregnant women. N. Engl. J. Med. 329: 1213, 1993.
35. Sibai B M, The Hellp syndrome. Am. J. Obstet. Gynecol, 162: 311-316, 1990
36. Stein J.H. et al. Medicina interna. 3ª. Ed. Barcelona: Salvat, 1987. 2t.

37. Valerie E. Et al. Tratamiento de la hipoglicemia y la cetoacidosis diabética durante el embarazo. Clinica de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Diabetes durante el embarazo. 1996. Vol. 1. 83-97pag.
38. Varner M. Postpartum hemorrhage. Obstetric emergencies part 2. Critical Care Clinic 1991; 7: 883-95.
39. Vargas V, Romo L. S Síndrome de HELLP presentación de un caso y revisión de la literatura. Ginecología y Obstetricia. México. 59:225-8, 1991.
40. Williams. et al. Obstetricia. 4ª. Ed. Barcelona: Masson, S.A, 1996. 1420pag.
41. Williams. C. Mabie. Et al. Treatment in an obstetric intensive care unit. Am. J. Obstet. Gynecol. 1990 January. Vol. 162. Number 1.
42. Zuspan F P, et al. Blood Pressure self monitoring during pregnancy. Practical considerations. Am. J. Obstet. Gynecol 1991; 164: 2-6.
43. I.G.S.S. Libro de estadística de Hospitales del Instituto Guatemalteco Seguridad Social. Oficinas Centrales.



## **XII. ANEXOS**



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
TESIS

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES  
EN PACIENTES OBSTETRICAS  
INGRESADAS A LA UNIDAD DE CUIDADO CRITICO

Responsable: Ana Isabel Morales Reynoso  
No. \_\_\_\_\_

Afiliación: \_\_\_\_\_

Diagnóstico con que ingreso a la Unidad de Cuidado Crítico: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años.

Edad gestacional: \_\_\_\_\_ semanas

Trimestre de Embarazo en curso:

Primer trimestre \_\_\_\_\_

Segundo trimestre \_\_\_\_\_

Tercer trimestre \_\_\_\_\_

Periparto \_\_\_\_\_ Post-PES. \_\_\_\_\_ Post-Cs. \_\_\_\_\_

Causa precipitante que motivo su ingreso a la Unidad de Cuidado Crítico: \_\_\_\_\_

¿Ingresó con patología propia del embarazo: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_Cuál?: \_\_\_\_\_

¿Recibió Control Prenatal: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Dónde fue llevado su control prenatal:

I.S.S.: \_\_\_\_\_

Hospital Nacional: \_\_\_\_\_

Posto o Centro de Salud: \_\_\_\_\_

Médico Particular: \_\_\_\_\_

Hospital o Sanatorio Privado: \_\_\_\_\_

Partera/madrona: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

¿Conocimiento previo de su patología actual: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Condición al egresar de la Unidad de Cuidado Crítico: Viva: \_\_\_\_\_ Fallecida: \_\_\_\_\_

Causa directa de Muerte: \_\_\_\_\_

