



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
“DR. ANTONIO FRAGA MOURET”  
CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

**“CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA Y MORBILIDAD PARALELA, EN  
HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE EL PERÍODO ENERO 2013 A  
DICIEMBRE 2014”**

**TESIS**  
**PARA OBTENER EL GRADO DE:**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

**PRESENTA:**  
PÉREZ HERNÁNDEZ ELIZABETH  
**ASESOR DE TESIS:**  
DRA. OLGA LIDIA VERA LASTRA.

MÉXICO, D.F. 2016





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**DR. JESUS ARENAS OSUNA**

Jefe de División de Educación en salud del HECMN La Raza

**DRA. OLGA LIDIA VERA LASTRA**

Profesor Titular del Curso Universitario de Posgrado en Medicina Interna (UNAM)

**DRA. ELIZABETH PÉREZ HERNÁNDEZ**

Médico Residente de Medicina Interna

**Número Definitivo del Protocolo: R-2015-3501-95**

## INDICE

RESUMEN .....	4
SUMMARY .....	5
INTRODUCCIÓN .....	6
MATERIAL Y METODOS.....	9
RESULTADOS.....	10
DISCUSIÓN.....	24
CONCLUSIONES.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	28
ANEXOS.....	31

## **Resumen**

Título: “Causas de mortalidad materna y morbilidad paralela, en hospital de tercer nivel durante el período enero 2013 a diciembre 2014”

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se analizaron los expedientes de 115 mujeres durante el período Enero 2013 a Diciembre 2014 en un hospital de tercer nivel y se extrajeron 19 casos de muerte materna. Se calcularon valores porcentuales de las variables y se calcularon frecuencias simples.

Resultados: Los trastornos hipertensivos del embarazo ocuparon el primer lugar como causa directa de muerte materna en el 2013, seguido por el diagnóstico de sepsis, no así en 2014 donde la sepsis ocupó el primer lugar. El evento vascular cerebral hemorrágico fue el proceso mórbido más importante en los casos de pre-eclampsia-eclampsia. El promedio de edad materna fue de 26.9 años, el número de gesta 1.78 y el rango de días cuando ocurrió la muerte fue de 6.5 días desde su ingreso. El evento vascular cerebral fue la causa indirecta más frecuente de muerte, seguido del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda.

Conclusiones: La preeclampsia -eclampsia sigue en primer lugar como causa directa de muerte materna. El evento vascular cerebral fue el más frecuente como causa indirecta de muerte materna seguido de síndrome de insuficiencia respiratoria aguda.

Palabras clave: Mortalidad materna, morbilidad materna.

## Summary

Title: "Causes of maternal mortality and morbidity parallel in tertiary hospital during the period January 2013 to December 2014"

Methodology: Observational, descriptive, cross-sectional study. Records are analyzed 115 women during the period January 2013 to December 2014 in a tertiary care hospital and 19 cases of maternal death were extracted. Percentage values of the variables were calculated and simple frequencies were calculated.

Results: Hypertensive disorders of pregnancy were the leading direct cause of maternal death in 2013, followed by the diagnosis of sepsis, not in 2014 where sepsis ranked first. The hemorrhagic stroke event was the most important in cases of pre-eclampsia--eclampsia disease process. The average maternal age was 26.9 years, the number of dead 1.78 and the range of days when death occurred was 6.5 days after admission. The cerebral vascular event was the most common indirect cause, followed by acute respiratory distress syndrome.

Conclusions: preeclampsia-eclampsia remains in first place as a direct cause of maternal death. The stroke was the most frequent event as an indirect cause of maternal death followed by acute respiratory distress syndrome.

Keywords: Maternal mortality, maternal morbidity

## Introducción

Para las mujeres de 15-49 años, los problemas de salud reproductiva constituyen las principales causas de enfermedad y muerte. Y debido a que las mujeres son a menudo los pilares de las familias, estos problemas pueden afectar el bienestar de toda la familia. La mortalidad materna es la principal causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva a nivel global. Más de 1,500 mujeres y niñas mueren cada día a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto; lo que se traduce en cerca de 550 mil muertes anuales. Si bien es difícil medir las enfermedades y secuelas relacionadas con el embarazo, las estimaciones varían de 16 a 50 millones de casos anuales.

Al firmar la Declaración del Milenio, en particular el Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 5: mejorar la salud materna), los países se comprometieron a prevenir estas muertes innecesarias. Es un derecho humano mejorar la salud materna, que tiene como meta reducir tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad derivada de la maternidad. Para lograr que ninguna mujer muera por complicaciones obstétricas (durante el embarazo y hasta 40 días posteriores al parto), es necesario garantizar el acceso universal a servicios de planificación familiar, a atención calificada del parto, a cuidados de emergencia obstétrica y a servicios para prevenir y tratar infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. (1)

La mortalidad materna se mide como el número de muertes maternas en una población dividido por la cantidad de nacidos vivos (normalmente muertes por 100,000 nacidos

vivos). Esta razón – llamada razón de mortalidad materna (RMM) – indica el riesgo de muerte materna relativo a los nacimientos. (2)

La muerte materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada, o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (3)

Es necesario puntualizar que el indicador de mortalidad materna revela no solamente el grado de desarrollo de un país, sino la equidad en el desarrollo y la calidad de los servicios de salud. En México prevalecen condiciones de pobreza y desigualdad que se manifiestan en muertes prematuras de mujeres durante la maternidad. (4)

Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares (5).

Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Esto es especialmente cierto en regiones con



pocos profesionales sanitarios calificados, como el África subsahariana y Asia Meridional. Aunque la atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo durante el último decenio, solo el 46% de las mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto. Esto significa que millones de partos no son asistidos por un médico, una matrona o una enfermera diplomada.

En los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios capacitados y reciben atención posnatal. En los países de ingresos bajos, poco más de un tercio de las embarazadas realizan las cuatro consultas prenatales recomendadas.

Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son: la pobreza, la distancia, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados y las prácticas culturales. (6)

A nivel nacional, específicamente en el IMSS, la Razón de Muerte Materna hospitalaria ha presentado variaciones con tendencia a la disminución; en el año 2009 se observó un incremento de hasta 36.1, debido a las muertes de causa indirecta (se presentaron 35 casos de muerte materna por influenza A-H1N1); en los años 2010 y 2011 se registraron cifras de 29.9 (137 casos) y 29.1 (135 casos), respectivamente. En el año 2012 se tuvo la cifra de RMM más baja en el IMSS (26.4) con 122 casos de muerte materna, muy cercana a su meta institucional.

Al compararse la tendencia nacional e institucional se observa que la RMM del IMSS corresponde casi a 50 % de la cifra nacional; esto se explica por el número de derechohabientes embarazadas que atiende el IMSS (más del 40 % de los nacimientos hospitalarios del país). (7)

La información del registro de las muertes maternas debe ser puntual y eficaz, y su análisis exhaustivo en todas las instituciones de salud en México, lo que permitirá reforzar y establecer nuevas líneas de acción que incidan en la disminución de la mortalidad materna y también de la morbilidad grave. (8)

El objetivo de investigar las causas de mormimortalidad materna hospitalaria permitirá reforzar y establecer nuevas líneas de acción que incidan en la disminución de la misma.

## **Material y métodos:**

Se realizó un estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron los casos de muerte materna del año 2013 al 2014 con causa directa e indirecta en un hospital de tercer nivel. La información se obtuvo de los expedientes clínicos. Se utilizó la definición de muerte materna de la OMS de 2005: “la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la terminación de la gestación independientemente de la duración y sitio del embarazo, cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo pero no por causas incidentales o accidentales”. La muerte obstétrica directa se definió como aquella que resulta de las complicaciones originadas en el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, de intervenciones u omisiones médicas y/o quirúrgicas, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. La muerte obstétrica indirecta se refiere a la que se acompaña de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas, pero sí agravada por los efectos fisiológicos del embarazo. Las muertes indirectas fueron agrupadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima revisión (CIE-10). Se utilizó el programa de Microsoft Excel 2010 para realizar estadística descriptiva y evaluar las frecuencias, promedios y rangos de las variables de estudio.

## RESULTADOS

Se analizaron los datos de 115 pacientes que ingresaron durante un período de 2 años (tabla 1), de las cuales 29 pacientes tuvieron desenlace fatal; sin embargo, 10 expedientes no se encontraron en el archivo y solo se tuvo una muestra de 19 muertes. El promedio de edad fue de 26.9 años, el 43.47% (50) originarias de la ciudad de México y 56.52% (65) de los estados de la república: 39 del Estado de México, 9 de Hidalgo, 5 de Veracruz, 3 de Puebla, 2 de Oaxaca, 2 de San Luis Potosí, 1 de Chiapas, 1 de Quintana Roo, 1 de Guadalajara, 1 de Coahuila y 1 de Guanajuato. El 49.5% (57) eran amas de casa, el 30.43% (35) empleadas, 2.60 %enfermeras (3), 10.43% estudiantes (12), 1.7% abogada (2), 0.86% contadora (1), 0.86% médico (1), 0.86% terapeuta (1), 2.6% profesora (3). El 41.7% (47) con escolaridad preparatoria, 28.75% (33) con escolaridad licenciatura, 23.47% (26) con escolaridad secundaria y 6.08% (7) escolaridad primaria. El 51.3% (59) casadas, 28.74% (33) en unión libre, 19.1% solteras (22) y 0.86% (10) divorciadas.

El 37.39% (43) eran primigestas, 5.2% (6) cursaba el primer trimestre del embarazo, 19.13% (22) el segundo trimestre, 33.04% (38) eran puérperas y el 42.6% (49) el tercer trimestre del embarazo. Ver tabla 1

Complicaciones intrahospitalarias:

Complicaciones cardíacas: El 26.9% (31) desarrolló falla cardíaca que requirió apoyo con oxígeno suplementario, 25.2% (29) requirió apoyo mecánico ventilatorio, 19 con desenlace fatal. Hematológicas: El 12.17% (14) desarrollaron coagulopatía, 6 con desenlace fatal. El 9.5% (11) cursó con lesión renal aguda, tres requirieron terapia sustitutiva de la función renal y 8 tuvieron desenlace fatal. Respiratorias: el 13.91% (16)

desarrolló disfunción respiratoria, de los cuales 13 tuvieron desenlace fatal. Hepáticas: el 9.56% (11) desarrolló insuficiencia hepática, 8 de los cuales tuvo desenlace fatal. Cerebral: el 10.43% (12) desarrolló disfunción cerebral, 6 con desenlace fatal. El 14.7% (17) presentó disfunción cardíaca, 15 con desenlace fatal. El 11.33% (20) desarrolló alguna complicación infecciosa durante su hospitalización, 9.47% (4) con desenlace fatal. El 6.08% (7) desarrolló alguna complicación derivada de procedimientos médicos.

Ver tabla 2.

	Frecuencia	Media	Porcentaje
<b>Edad (años)</b>			
15-20	15		13.04
21-25	41		35.65
26-30	28		24.34
31-35	21		18.26
36-40	9		7.82
42-45	1		0.86
		=27.3	
<b>Origen</b>			
Cd de México	50		43.47
Estado de Méx	39		33.91
Veracruz	5		4.34
Hidalgo	9		7.82
Guadalajara	1		0.86
Chiapas	1		0.86
Coahuila	1		0.86
Quintana Roo	1		0.86
Oaxaca	2		1.73
SLP	2		1.73
Puebla	3		2.60
Guanajuato	1		0.86
<b>Ocupación</b>			
Ama de casa	57		49.50
Empleada	35		30.43
Enfermera	3		2.60
Estudiante	12		10.43
Abogada	2		1.70
Contadora	1		0.86
Médico	1		0.86
Terapeuta	1		0.86
Profesora	3		2.60
<b>Escolaridad</b>			
Primaria	7		6.08
Secundaria	26		23.47
Preparatoria	47		41.70
Licenciatura	33		38.70
<b>Estado civil</b>			
Casada	59		51.30
Unión libre	33		28.74
Soltera	22		19.10
Divorciada	10		0.86
<b>Gestas</b>			
Primigesta	43		37.39

<b>Multigesta</b>	72 *	62.60
<b>Edad gestacional</b>		
<b>1er trimestre</b>	6	5.20
<b>2º trimestre</b>	22	19.13
<b>3er trimestre</b>	49	42.60
<b>Puerperio</b>	38	33.04

Tabla 1 Características sociodemográficas de la población en estudio. \*Multigesta con un rango de 2 hasta 6 hijos. Gesta 2= 37.39% (43), gesta 3= 13.04% (15), gesta 4= 5.21% (6), gesta 5= 0.86% (1), gesta 6= 1.73% (2)

Los días de estancia promedio de las pacientes fueron 6.5 días.

La distribución de ingresos por servicios fue: 41 a nefrología, 17 a UCI, 13 a Medicina Interna, 11 a neurología, 10 a cirugía general, 6 a cardiología, 5 a neurocirugía, 5 a reumatología, 3 a unidad coronaria, 1 a unidad metabólica, 1 a endocrinología, 1 a UTR y 1 en admisión hospitalaria. (Ver Gráfico 1)

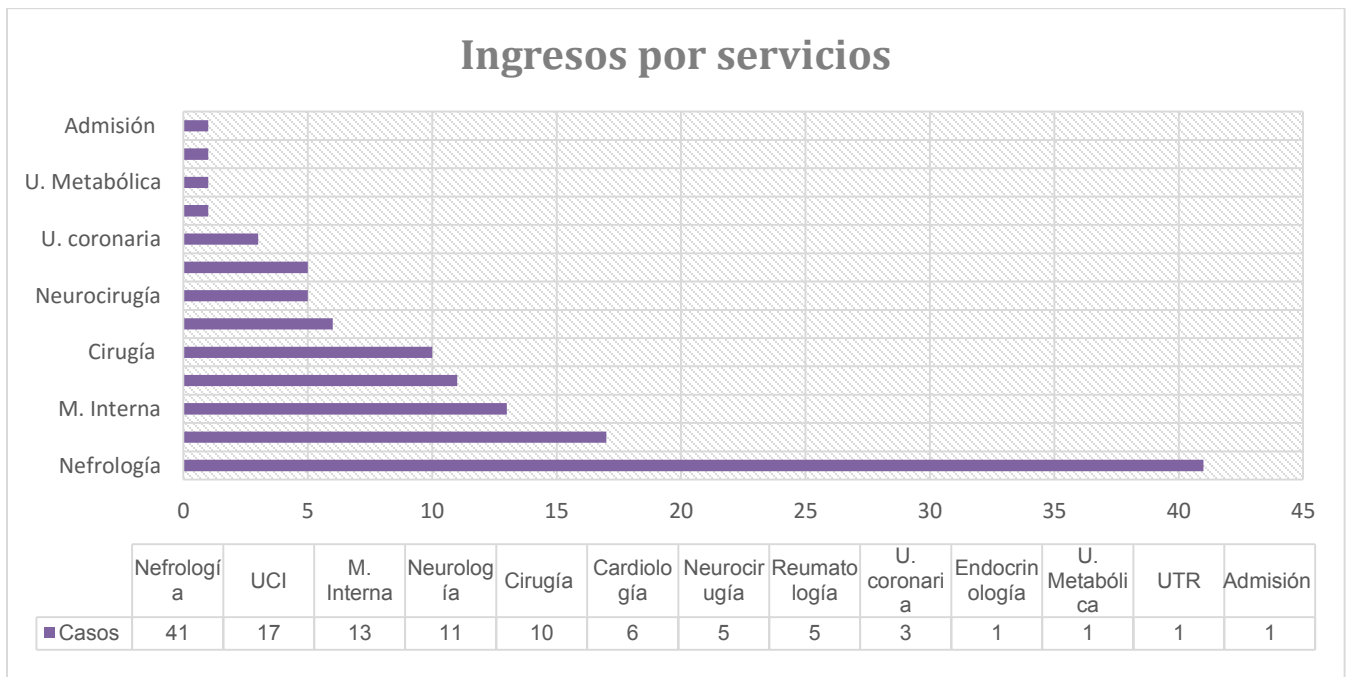


Gráfico 1. Distribución de ingresos de acuerdo al diagnóstico de inicial. \*El ingreso en admisión tuvo desenlace en dicho servicio.

### ***Causas de muerte materna***

En el cuadro I se reportan el número de muertes por causa directa e indirecta en los años analizados. En relación a los grupos etarios el mayor número de defunciones se presentó entre los 21-25 años en el 2013 y entre los 31-35 en el 2014. (Ver cuadro II)

Al analizar los casos, se observó que el promedio de edad materna es muy similar en los años estudiados; el promedio en el número de gesta tampoco difiere en forma significativa pero si varían las semanas de gestación en las cuales se realizó el diagnóstico, predominando el tercer trimestre. (Ver Cuadro III)

### ***Causas directas de muerte materna.***

#### **Preeclampsia-eclampsia**

Los trastornos hipertensivos del embarazo ocuparon el primer lugar como causa directa de muerte materna en el 2013, seguido por el diagnóstico de sepsis, no así en 2014 donde la sepsis ocupó el primer lugar. (Gráfico 2).

El evento vascular cerebral hemorrágico fue el proceso mórbido más importante en los casos de eclampsia y síndrome de HELLP. El promedio de edad materna fue de 26.9 años, el número de gesta 1.78 y el rango de días cuando ocurrió la muerte fue de 6.5 días desde su ingreso. El rango de las semanas de gestación en las que se interrumpió el embarazo fue de 16-41 en el 2013 y de 6-38 en el 2014. (Ver Cuadro IV)

El promedio de edad materna fue de 22.5 años en los casos de sepsis. En el periodo analizado fue más frecuente la urosepsis (2 casos), seguido de peritonitis bacteriana (1 caso).

### ***Causas indirectas de muerte materna.***

En el presente análisis, el evento vascular cerebral fue el más frecuente seguido de síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. Otras causas fueron las infecciones agudas del tracto respiratorio inferior (neumonía) y la embolia pulmonar. (Ver Gráfico 3)

Cuadro I

Número de casos de mortalidad materna por causas directas e indirectas, período 2013-2014 N= 19					
Año	n	Causas directas		Causas indirectas	
		n	%	n	%
2013	8	4	50.00	4	50.00
2014	11	3	18.18	8	81.81

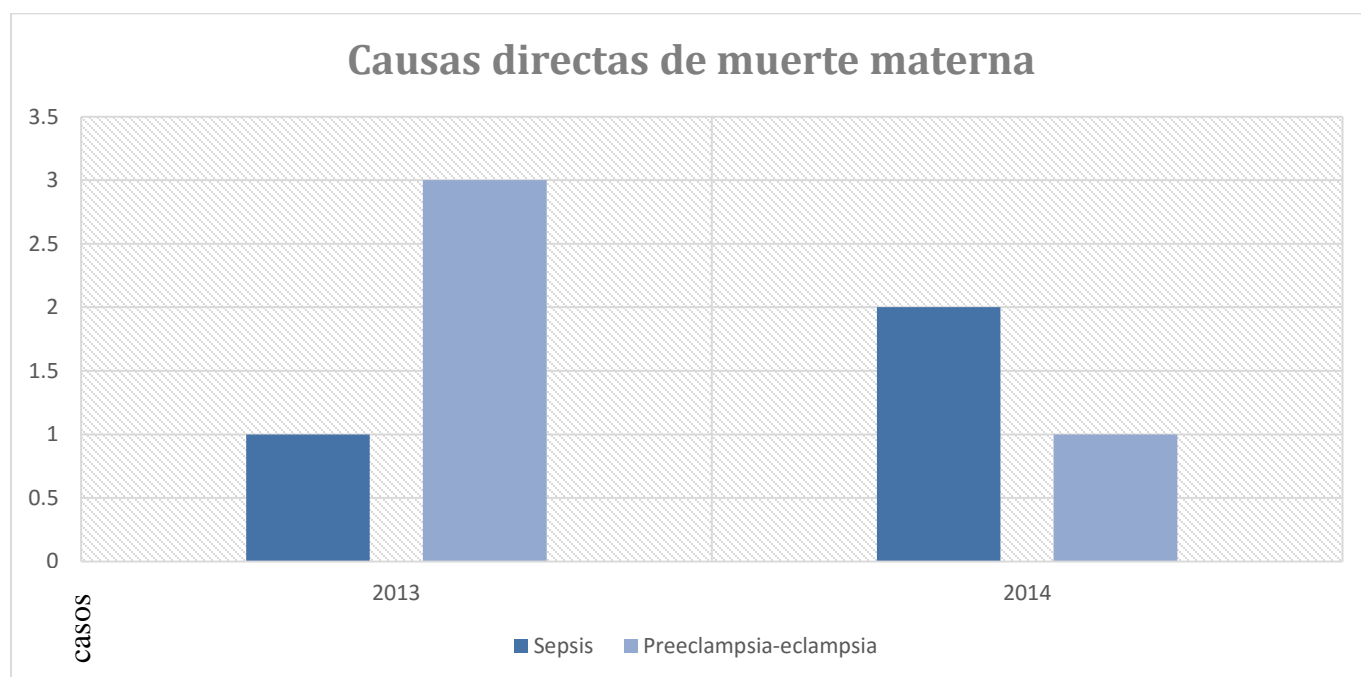


Gráfico 2 Causas directas de muerte materna durante el período 2013-2014



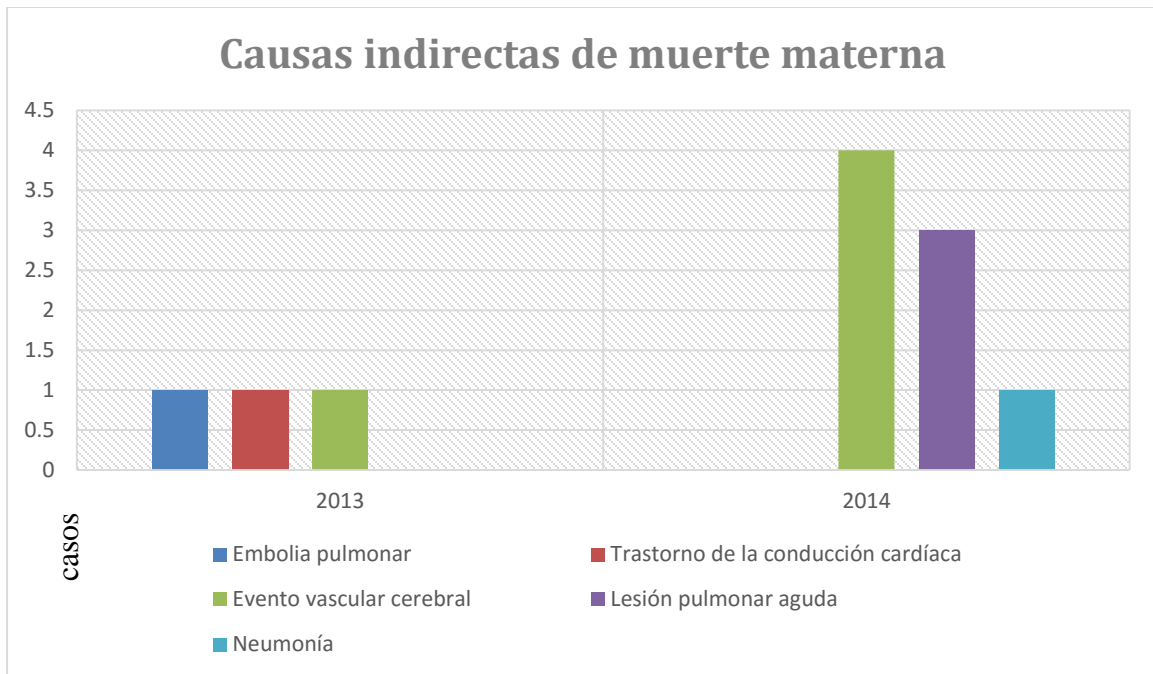


Grafico 3 Causas indirectas de muerte materna durante el período 2013-2014

Edad (años)	2013		2014	
	n	%	n	%
<b>15-20</b>	1	12.5	2	18.18
<b>21-25</b>	4	50	2	18.18
<b>26-30</b>	1	12.5	2	18.18
<b>31-35</b>	1	12.5	4	36.36
<b>36-40</b>	1	12.5	1	9.09
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Cuadro II . Frecuencia de edad en casos de defunciones, durante 2013-2014

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Ocupación</b>		
Estudiante	3	15.10
Ama de casa	9	47.90
Empleada	7	36.80
<b>Escolaridad</b>		
Secundaria	6	31.50
Preparatoria	7	36.80
Profesional	6	31.50
<b>Estado civil</b>		
Casada	9	47.90
Soltera	4	27.00
Unión libre	5	26.90
Divorciada	1	5.26
<b>Origen</b>		
Estado de México	6	31.57
Ciudad de México	6	31.57
Quintana-Roo	1	5.26
Puebla	1	5.26
San Luis Potosi	1	5.26
Oaxaca	1	5.26
Guanajuato	1	5.26
Hidalgo	1	5.26
Veracruz	1	5.26

Cuadro III Perfil sociodemográfico de las muertes maternas, periodo 2013-2014

Año	Edad materna (años)	Número de gesta	Semanas de gestación	Días de estancia hospitalaria
<b>2013</b>	26.25 (20-37)	1.6 (1-4)	30 (16-41)	7 (1-22)
<b>2014</b>	25.15 (17-37)	1.3 (1-3)	23.4 (6-38)	4.5 (1-16)

Cuadro IV. Promedios y rangos de variables socio-demográficas de la mortalidad materna, periodo 2013-2014

La distribución de los casos de mortalidad por servicios, fueron 15 casos en Unidad de Cuidados Intensivos; un caso por servicio en medicina Interna, neurología, neurocirugía y admisión continúa, respectivamente. (Gráfico 4).

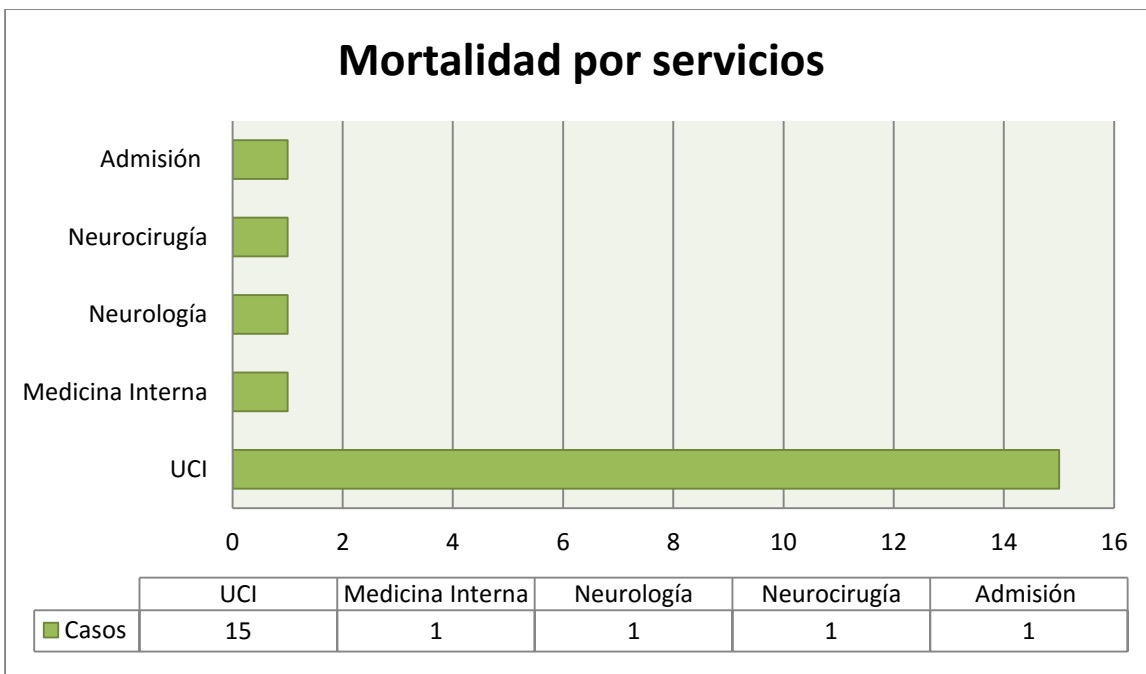


Gráfico 4. Mortalidad materna por servicio donde se registró la defunción.

#### Comorbilidades.

Del total de 115 pacientes analizadas, en 58 casos no se documentaron comorbilidades. En las 57 pacientes restantes, se documentaron enfermedades de base, las cuales fueron: Etiología renal: enfermedad renal crónica en 21 casos, receptor de trasplante renal en 3 casos, glomerulonefritis, síndrome nefrótico, estenosis uretral, poliquistosis renal y enfermedad renal en el embarazo. Cardiovascular: hipertensión arterial sistémica, trombosis de extremidad inferior izquierda, coartación aórtica, estenosis valvular aórtica, prótesis valvular mitral, aorta bivalva, trombosis venosa profunda y cardiopatía congénita compleja. Reumatológica: lupus eritematoso sistémico en 5 casos. Neurológica: epilepsia, evento vascular cerebral, aneurisma de arteria basilar y miastenia gravis. Endocrinológica: cáncer papilar de tiroides, diabetes

mellitus tipo 1 y tipo 2, adenoma hipofisario, síndrome de ovarios poliquísticos, hipertiroidismo, hipotiroidismo, e hipoparatiroidismo.

De las 19 muertes reportadas, en 7 casos se documentaron comorbilidades que sin duda influyeron en el desenlace adverso. Caso 1 con diagnóstico de cáncer papilar de tiroides e hipotiroidismo. Caso 2 diagnóstico de linfhemangiomatosis. Caso 3 con enfermedad renal terminal en hemodiálisis. Caso 4 diagnóstico de enfermedad renal crónica secundaria a poliquistosis renal, receptor de trasplante renal de donador vivo relacionado. Caso 5 diagnóstico de comunicación intraventricular infra-aórtico, comunicación interventricular e insuficiencia mitral. Caso 6 con trombosis venosa profunda de pierna derecha. Caso 7 con insuficiencia mitral leve. [Ver tabla 2](#)

**CAUSAS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD POR  
NÚMERO DE CASO**

NUMERO	EDAD	DX INGRESO	CAUSA MORTALIDAD	MORBILIDAD	COMPLICACIONES HOSPITALARIAS
1	21	Reflujo duodeno-gástrico			
2	23	LES muco-cutáneo, articular, hematológico, renal		ERC* en hemodiálisis HAS**	
3	24	Embarazo ectópico roto, choque hipovolémico remitido			Disfunción cerebral y hematológica
4	41	Trombosis venosa de pierna izquierda		Taquicardia supraventricular y prolapso valvular mitral	
5	25	Miocarditis postparto			
6	27	Retención de catéter intra-raquídeo L2-L3			
7	24	Tromboembolia pulmonar resuelta			Disfunción respiratoria
8	39	TEP***, HAP***** leve			colitis pseudo-membranosa
9	20	LAPE *****			sepsis abdominal
10	28	Colecistitis crónica litiásica			

11	33	Fístula biliar/Lesión vía biliar Bismuth IV	Bilio-peritoneo, LAPE en 3 ocasiones
12	36	EVC cardio-embólico, miocardiopatía dilatada periparto	Taquicardia auricular
13	38	Preeclampsia severa, Síndrome de HELLP, ruptura hepática	Neumotórax
14	26	Hemorragia obstétrica	
15	23	Disfunción crónica del injerto renal+ HAS	ERC 8 años, TRDVR& hace 8 años.
16	34	Probable neuritis óptica bilateral	DM2 &&
17	38	Neuritis óptica derecha en remisión	
18	24	Hígado graso agudo del embarazo, preeclampsia severa	
19	18	Neumotórax iatrogeno, síndrome post-parada cardíaca	Peritonitis
20	28	Enfermedad renal severa del embarazo en HD, HAS	HAS, ERC en HD.
21	19	ERC en hemodiálisis, anemia severa, cor anémico, HAS descontrolada	ERC, reflujo vesico-ureteral con implante ureteral.
22	26	Crisis convulsivas	
23	22	Glomerulonefritis membranoproliferativa, ERC III, Hipotiroidismo subclínico	HAS, GMN membranoproliferativa
24	17	Pancreatitis biliar	
25	25	TEP submasiva, TVP MPI	
26	21	LES muco-cutáneo, articular, hematológico, renal probable síndrome antifosfolípidos	NAVM +
27	33	Enfermedad renal leve del embarazo, HAS	HAS
28	31	HAS, enfermedad renal leve del embarazo	HAS
29	21	ERC moderada del embarazo	
30	23	Tumor mandibular en estudio	
31	22	Síndrome medular completo, probable mielitis longitudinal extensa	

32	25	Síndrome nefrótico componente nefrótico, Lupus renal clase IV, HAS	LES
33	30	Infección urinaria, vaginosis bacteriana, epilepsia	Epilepsia
34	28	ER leve del embarazo, síndrome nefrótico, síndrome antifosfolípidos	Síndrome nefrótico
35	23	ER moderada del embarazo, anemia	Enfermedad renal crónica
36	25	Neuritis óptica retrobulbar bilateral	
37	29	EVC hemorrágico y pontobulbar probable secundario a angioma cavernoso	NAVVM
38	28	LES, nefritis lúpica clase IV	LES, nefritis lúpica IV
39	25	Coledocolitiasis	
40	39	TEP submasiva pulmón izquierdo, IV mitral y tricuspídea. HAP leve- moderada	Infección urinaria
41	24	Probable artritis séptica de rodilla izquierda, poliartritis en estudio	Trombosis de MPI
42	35	HAS, infección urinaria, cervicovaginitis	HAS, ER leve del embarazo
43	34	Enfermedad extrapiramidal en estudio	VPH 11 años, Paraparesia espástica en pierna derecha con liberación tendón Aquiles
44	28	Enfermedad renal severa del embarazo en HD, HAS	HAS, ERC
45	32	LES SLEDAI 4	LES, Hepatitis C crónica
46	23	ERC severa, TDVR con probable rechazo de injerto renal	ERC , TDVR, HAS
47	26	Enfermedad renal moderada del embarazo	Infección urinaria de repetición
48	31	Enfermedad poli quística renal bilateral, síndrome orofacioidigital	Síndrome orofacioidigital, ERC
49	18	Doble lesión aórtica, estenosis crítica	Coartación aórtica, estenosis valvular aórtica
50	32	Prótesis mecánica	Portador prótesis valvular mitral a 6 años, recambio a los 27 años, TVP a los 14 y 18 años. EVC a los 27 años
51	25	Enfermedad renal crónica etapa 3, hipotiroidismo	Microadenoma hipofisario, crisis convulsivas, hipotiroidismo, ERC
52	21	Monorreno derecho quirúrgico	Estenosis uretral 5 años, nefrectomía izquierda 13 años

53	27	Enfermedad poliquística renal, enfermedad hipertensiva del embarazo	Poliquistosis renal, trombocitopenia
54	25	Aneurisma de a. basilar	Aneurisma de arteria basilar, enfermedad Ehlers Danlos
55	28	Enfermedad renal moderada del embarazo, enfermedad hipertensiva del embarazo, glomeruloesclerosis focal y segmentaria	Síndrome nefrótico
56	28	Enfermedad renal moderada del embarazo, preeclampsia leve	
57	31	Enfermedad renal crónica KDIGO 4	HAS,
58	37	Enfermedad renal leve del embarazo, HAS	Malformación ureteral, ERC, HAS, taquiarritmia
59	27	Enfermedad renal leve del embarazo, hipotiroidismo, DMI	DM1, ERC, retinopatía diabética, hipotiroidismo
60	23	Vaginitis, IVU, hipotiroidismo, microprolactinoma	Adenoma hipofisario, hipotiroidismo
61	23	Enfermedad renal moderada del embarazo	
62	25	Síndrome HELLP, PO LAPE drenaje hemoperitoneo, ICC	Coagulopatía, lesión renal
63	22	Choque séptico origen pulmonar, neumonía grave, neumotórax derecho	NAVIM
64	31	SAAF primario, preeclampsia severa, neumotórax a tensión	HAS NAVIM
65	29	Abdomen agudo	Infección acceso vascular
66	28	TEP, NIH*, preeclampsia severa	
67	22	Preeclampsia, probable TEP	
68	34	Enfermedad renal moderada del embarazo, ERC EIV, HAS	ERC, HAS
69	20	Enfermedad renal moderada del embarazo	ERC
70	25	Enfermedad renal crónica, enfermedad renal leve del embarazo	ERC
71	33	LES cutáneo, articular, hematológico	LES, PTI, hipotiroidismo, neumopatía intersticial, CUCI, vasculitis leucocitoclástica
72	24	Miastenia gravis	
73	19	Insuficiencia mitral leve, HAP leve, preeclampsia severa	

74	37	Enfermedad renal crónica, TRDVR, enfermedad leve del embarazo	TDVR
75	28	Probable LES articular, hematológico y renal	
76	24	Cardiopatía congénita completa	Cardiopatía congénita compleja
77	24	Enfermedad hipertensiva del embarazo, enfermedad renal leve del embarazo	
78	27	Enfermedad renal moderada del embarazo	
79	24	Fístula de LCR	Histiocitoma central, crisis convulsivas
80	27	Enfermedad renal leve del embarazo, enfermedad renal crónica	ERC, fístula en oído izquierdo.
81	30	HSA Fisher II, Aneurisma ACA roto	
82	20	Enfermedad renal moderada del embarazo, anemia	
83	21	Síndrome nefrótico	
84	20	Cervicovaginitis, Infección urinaria, hidronefrosis derecha	
85	18	Eritema nodoso	
86	25	Enfermedad renal severa del embarazo	
87	35	Hipocalcemia, hipoparatiroidismo	Hipoparatiroidismo
88	30	Enfermedad renal leve del embarazo, Hipertensión gestacional	
89	30	Parkinsonismo inducido por fármacos, esquizofrenia, epilepsia idiopática	Asma bronquial, microadenoma hipofisario, epilepsia, esquizofrenia
90	20	Probable pericarditis	
91	23	Enfermedad renal leve del embarazo, HAS	HAS Infección urinaria
92	19	Prótesis mecánica aortica disfuncional	Aorta bivalva, reemplazo valvular, ACO
93	31	Enfermedad renal leve del embarazo	HAS, nefrectomía 2006, enfermedad renal crónica
94	33	Insuficiencia venosa MPD	Síndrome ovarios poliquísticos



95	28	Litiásis renal PO nefrostomía, NAC		Hipertiroidismo, litiasis renal,	
96	30	Enfermedad hipertensiva del embarazo, disfunción aguda de injerto renal, hipotiroidismo		ERC, POTRDVR, HAS, hipotiroidismo	Insuficiencia cardiaca
97	17	IR Tipo 1, descartar TEP, Ca papilar tiroides IV metástasis pulmonares hepáticas y óseas, Hipotiroidismo	SIRA, Ca papilar de tiroides	Ca papilar tiroides, hipotiroidismo	Coagulopatía, anemia
98	28	Hemorragia subaracnoidea FIV, aneurisma de carótida izquierda segmento CA	Daño pulmonar agudo relacionado a transfusión		Coagulopatía, disfunción hepática
99	37	EVC isquémico frontal derecho con transformación hemorrágica, EVC isquémico mesencefálico, edema cerebral severo, hernia subaxial y uncal	Hipertensión intracraneana, Edema cerebral, infarto cerebral		Insuficiencia cardíaca, ins. Hepática, disfunción hematológica
100	35	Linfohemangiomas pélvica y colónica, HTDA	Choque séptico, sepsis abdominal, linfohemangiomas	Linfohemangiomas	Disfunción hematológica
101	22	HSA FISHER IV, PB aneurisma arteria comunicante inferior, edema cerebral severo, probable muerte encefálica	Edema cerebral severo, HSA, Aneurisma ACII		Sepsis abdominal
102	34	SIRA*, Lesion renal AKIN III, Tumoración abdominal probable linfoproliferativo	Neumonía de focos múltiples, IRA AKIN III, tumor mixto germinal, SIRA		Insuficiencia cardiaca
103	34	Hemorragia subaracnoidea Fisher IV	Muerte encefálica, HSA Fisher IV, ruptura de arteria cerebral anterior		Insuficiencia cardiaca y respiratoria
104	35	Choque séptico abdominal y pulmonar, NAVM, SIRA severo, empiema pulmonar, encefalopatía anoxo-isquémica	SIRA, neumonía, empiema		Neumotórax
105	19	Sepsis severa	Choque séptico, urosepsis		Coagulopatía
106	22	EVC isquémico con transformación hemorrágica	Trombosis venosa cerebral de seno longitudinal superior con infarto parieto-temporal izquierdo y parietoccipital derecho con transformación hemorrágica, muerte encefálica		Insuficiencia cardiaca
107	20	Eclampsia, HELLP, Pb ERC agudizada	Hipertensión intracraneana, encefalopatía mixta, HELLP		Coagulopatía, insuficiencia hepática
108	22	EVC hemorrágico intraparenquimatoso frontoparietal izquierdo, probable síndrome de HELLP	EVC hemorrágico, síndrome de HELLP, eclampsia		Disfunción respiratoria
109	25	ERC en hemodiálisis, endocarditis bacteriana, trombosis seno cavernoso	FV sin pulso, hipercalemia, ERC agudizada, probable trombosis del seno cavernoso	HAS, ERC en HD, TDVR rechazo injerto	Disfunción respiratoria
110	32	ICC NYHA III, Tricuspídea, CIV infraortico corregido, PCA corregido	Choque cardiogénico, ICC, CIV ifraortico, PCA	CIV infraortico, PCA	Disfunción hepática y hematológica
111	29	Puerperio mediato con atonía uterina, neumotórax derecho con SEP, IRA, EAP	Lesión cerebral anoxo-isquemica, Edema cerebral, Síndrome post-paro, NAVM, puerperio patológico, lesión renal AKIN III		Neumotórax a tensión

en hemodiálisis

<b>112</b>	37	Trombosis del seno longitudinal superior y transversal derecho	TEP masiva, TVP MP, trombosis venosa seno longitudinal superior	TVP pierna derecha.	
<b>113</b>	23	Síndrome urémico, choque séptico abdominal y urinario, ERC	Choque séptico, absceso renal izquierdo, síndrome poli-quístico renal, ERC terminal	ERC por poliquistosis renal	Disfunción cerebral, coagulopatía
<b>114</b>	21	Peritonitis bacteriana espontánea, choque séptico abdominal, derrame pleural bilateral.	Choque séptico, peritonitis bacteriana espontánea	Comunicación VI a AI, insuficiencia mitral leve	
<b>115</b>	27	EVC hemorrágico parietoccipital bilateral, choque séptico, Neumonía nosocomial por pseudomona aeruginosa, SIRA severo	Choque séptico, Neumonía nosocomial, SIRA severo, Infarto parieto-ccipital con transformación hemorrágica		NIH

Tabla 2 Morbilidad y mortalidad por casos.

\*HAS: Hipertensión Arterial Sistémica. ERC: Enfermedad Renal Crónica. NAVM: Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica. NIH: Neumonía intrahospitalaria. SIRA: Síndrome de Insuficiencia respiratoria del Adulto. DM: Diabetes mellitus. TVP: Trombosis venosa profunda. TEP: tromboembolia pulmonar. EVC: Evento Vascular Cerebral. LAPE: Laparotomía exploradora. TRDVR: Trasplante Renal de Donador Vivo Relacionado. ICC: Insuficiencia cardíaca congestiva. HAP: Hipertensión Arterial Pulmonar. HSA: Hemorragia subaracnoidea. IRA: Lesión Renal Aguda. IVU: Infección de vías urinarias. HD: hemodiálisis.

## ***Discusión***

Este trabajo de investigación es el primero en la unidad sobre mortalidad materna, pretende ser el inicio de futuras investigaciones sobre este tema tan prioritario.

De los expedientes analizados, 29 casos fueron de muerte materna, sin embargo 10 expedientes no se encontraron por lo que únicamente reportamos los datos de 19 casos de mortalidad.

En nuestro análisis de las variables demográficas no se identificó correlación con el grado de escolaridad, la ocupación ni el estado civil. El grado mínimo de escolaridad fue primaria únicamente en siete casos, la ocupación más frecuente fue ama de casa, y el estado civil más frecuente fue casada. Contrario a lo reportado por Chang J et al<sup>14</sup> quien encontró que el aumento de nivel de educación tiene un efecto protector contra la muerte materna.

Grotegut CA et al, reportó que las mujeres mayores de 45 años fueron significativamente más propensas a experimentar morbilidad materna severa y mortalidad que las mujeres menores de 35,<sup>15</sup> en contraste, nuestras pacientes tenían edad promedio de 26.9 años, lo que puede ser explicado al ser el grupo etario con mayor tendencia a presentar las tasa más altas de fecundidad en México. <sup>16</sup>

A nivel nacional, el reporte de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud, menciona que la preeclampsia-eclampsia está en primer lugar y la hemorragia obstétrica en segundo, como causas directas de mortalidad materna en el año 2010. <sup>17</sup> Acorde a esto, nuestro análisis reportó que las causas directas de muerte materna más frecuentes fueron son los trastornos hipertensivos del embarazo. Trece pacientes presentaron trastornos hipertensivos del embarazo, en sus diversas

variedades: hipertensión gestacional, preeclampsia, preeclampsia con criterios de severidad, eclampsia y síndrome de HELLP, pero únicamente en dos casos se consignó como causa directa de defunción. El primero fue una mujer de 20 años sin comorbilidades cuyo diagnóstico de ingreso fue falla orgánica múltiple, puerperio quirúrgico con producto obitado, eclampsia y síndrome de HELLP. El segundo caso, se trató de una mujer de 22 años, sin comorbilidades, cuyo diagnóstico de ingreso fue hemorragia cerebral parenquimatosa frontoparietal izquierda y síndrome de HELLP. En ninguno de los casos se conoce el control prenatal u otros antecedentes gineco-obstétricos lo que refleja las deficiencias en el registro de datos, sólo se encontró documentado el número de consultas prenatales en 13 de los 115 casos estudiados, aun cuando es indudable que la vigilancia prenatal permite identificar con mayor oportunidad los riesgos y prevenir las complicaciones. Dicha situación también está presente en otros hospitales o instituciones. Algunas investigaciones han llegado a la conclusión de que la información oficial puede presentar un subregistro de hasta 50 %. La OMS<sup>18</sup> expone que, de sus 190 países miembros, solo 78 informan de forma correcta, sistemática y verificable sus tasas de mortalidad materna; lo que significa solo el 35% de la población mundial.

Las causas de este su registro son múltiples. Se consideran: fallecimientos no recogidos, fallecimientos no comunicados, limitación en la cumplimentación de los certificados de defunción al no incluir el reciente o próximo estado grávido-puerperal, concomitancia de diversas patologías, alguna de índole no obstétrica, incluir como codificación de la muerte materna una complicación general o final, sin concretar la patología inicial, y en este sentido, sin incluir estado grávido-puerperal.<sup>19</sup>

Si fuera corregido el problema del sub-registro veríamos que la magnitud del problema es aún mayor.

Las causas indirectas fueron las más frecuentes, esto debido a que es un hospital de referencia no gineco-obstétrico; acorde con lo reportado por L. Valle et al, en un hospital de tercer nivel durante un periodo de seguimiento mayor donde las causas indirectas fueron más frecuentes.<sup>20</sup>

Dentro de las causas indirectas de mortalidad la más frecuente fue el evento vascular cerebral seguido del síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. Específicamente la hemorragia cerebral está reportada en la literatura como complicación frecuente de los casos de pre-eclampsia- eclampsia sin embargo en nuestras pacientes no se registra el antecedente de trastorno hipertensivo del embarazo pero bien podría tratarse de una causa directa en cuyo caso aumentaría el porcentaje de mortalidad materna directa encontrado.

Por otro lado, sabemos que por cada muerte materna, ocurre en 10-15 mujeres un cuadro de morbilidad o complicaciones graves.<sup>21</sup> De acuerdo a nuestros datos, quince de las diecinueve pacientes que fallecieron, ingresaron a la unidad de cuidados intensivos, lo que traduce un cuadro de gravedad desde su ingreso. No es posible conocer el manejo previo a nuestro hospital puesto que los expedientes se mantienen en el archivo de cada unidad médica que brinda atención, sin embargo sería de suma importancia determinar las causas prevenibles que contribuyeron al deterioro y estado de salud previo a su ingreso.

Proponemos un formato para el registro de las pacientes embarazadas o puérperas que ingresan, cuyo objetivo será llevar un mejor control y seguimiento hasta su

desenlace; con el fin de detectar las causas prevenibles que contribuyen directamente a aumentar la mortalidad en la unidad.

La atención integral de la embarazada con enfermedad crónica-degenerativa debe ser una prioridad para el equipo de salud multidisciplinario debido a que el embarazo puede enmascarar el cuadro clínico y la evolución de las enfermedades preexistentes o coexistentes.<sup>22-25</sup> Al identificar a una embarazada con enfermedad crónica, deberá ser referida oportunamente con el especialista correspondiente, así mismo deberá llevarse una mejor coordinación entre ginecología con medicina interna, cirugía general, terapia intensiva, entre otras especialidades, con énfasis en la mejora de la calidad y la seguridad de la atención obstétrica.

**Conclusiones:**

La preeclampsia -eclampsia sigue en primer lugar como causa directa de muerte materna.

El evento vascular cerebral fue el más frecuente como causa indirecta de muerte materna, seguido de síndrome de insuficiencia respiratoria aguda.

Las comorbilidades más comúnmente presentes fueron de etiología cardiovascular y renal.

Es fundamental consolidar la notificación rápida y precisa de los casos de morbilidad obstétrica grave para establecer estrategias y programas hacia una cultura de atención de calidad, no subestimar la gravedad pues esto contribuye a la mortalidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tim Miller. Estimaciones de mortalidad materna en América Latina y el Caribe: Un breve panorama. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Marzo 2012.
2. John Wilmot. Leves and trends of maternal mortality in the world: The development of new estimates by the United Nations. September 2010.
3. Graciela Freyermuth. La muerte materna acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México: Objetivos del desarrollo del Milenio, Organización de las Naciones Unidas. Informe 2010.
4. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 2009.
5. Say Lale. Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial.
6. Say L et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Glob Health* 2014; 2 : 323–333
7. Aguilar Ruiz R. et al. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014;52:388-96
8. Ruíz-Rosas RA et al. Causas de mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social, periodo 2009-2012. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014;52:388-96
9. A. Cristina Rossi. The etiology of maternal mortality in developed countries: a systematic review of literature. *Gynecol Obstet* 285:1499–1503



10. E.C. Evans. A review of cultural influence on maternal mortality in developing world. *Midwifery* (2013;29: 490–496
11. Secretaría de salud subsecretaría de prevención y promoción de la salud dirección general de epidemiología. Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2010, disponible en [www.salud.gob.mx /www.dgepi.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx/www.dgepi.salud.gob.mx)
12. Objetivos del desarrollo del milenio 5: Avances en México, INEGI, DGIS/SSA, , Bases de datos de defunciones, México, 2012
13. Cárdenas E. María del Rosario, Evaluación estratégica sobre la mortalidad L. Valle, materna en México 2010, México, DF: CONEVAL, 2012.
14. Chang J, Pregnancy-related mortality surveillance--United States, 1991--1999. *MMWR Surveill Summ.* 2003;52:1-2
15. Grotegut CA, Medical and obstetric complications among pregnant women aged 45 and older. *PLoS One.* 2014;9:96237.
16. Consejo Nacional de Población. La Situación Demo- gráfica de México 2011 [Internet]. México: CONAPO; 2011. Capítulo, Mendoza VD, Hernández LF, Valencia RJ. Perfil de la salud reproductiva de la República Mexicana. Disponible en [http://www.conapo.gob. mx/es/CONAPO/Perfi l\\_de\\_la\\_salud\\_reproductiva\\_de\\_la\\_Republica\\_Mexicana](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Perfil_de_la_salud_reproductiva_de_la_Republica_Mexicana).
17. Freyermuth EMG. Características sociodemográficas que obstaculizan el acceso efectivo a instituciones de salud por parte de mujeres embarazadas en 2010. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS); 2012.
18. Creanga AA, Pregnancy-related mortality in the United States, 2006-2010. *Obstet Gynecol.* 2015 Jan;125:5-12

19. J.D. Jarquin Gonzalez. Mortalidad materna, un reto para FLASOG. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012;119: 199.
20. Berg CJ, Pregnancy-related mortality in the United States, 1998 to 2005. *Obstet Gynecol.* 2010;116:1302
21. L. Valle, Mortalidad materna 1991–2007. Por qué mueren las madres en un hospital de tercer nivel. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 2010; 37:192-197
22. J.D. Jarquin Gonzalez. Mortalidad materna, un reto para FLASOG. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012;119: 199.
23. AU Saucedo M, Ten years of confidential inquiries into maternal deaths in France, 1998-2007, French National Experts Committee on Maternal Mortality. *Obstet Gynecol.* 2013;122:752.
24. World Health Organization. *Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA.* Geneva 2004.
25. I.L. Horon, Underreporting of maternal deaths of death certificates and the magnitude of the problems of maternal mortality. *Am J Public Health*, 2005;95:478–482.

# ANEXOS

## ANEXO 1

<b>DATOS GENERALES</b>						
NOMBRE						
EDAD						
NSS						
ORIGEN						
PROCEDENCIA						
OCUPACIÓN						
ESCOLARIDAD						
ESTADO CIVIL						
FECHA DE INGRESO						
FECHA DE EGRESO						
DIAGNOSTICO DE INGRESO						
CAUSA BÁSICA DE MORTALIDAD						
MORBILIDAD						
DIAS DE ESTANCIA						
<b>ANTECEDENTES OBSTETRICOS</b>						
GRAVIDEZ						
CONTROLES PRENATALES						
EDAD GESTACIONAL		1ER TRIMESTRE	2o TRIMESTRE	3er TRIMESTRE		
<b>COMPLICACIONES HOSPITALARIAS</b>						
	oxigenoterpia		Ventilación mecánica	Invasiva	Ventilacion mecánica no invasiva	
Coagulopatía	TTPA control	TTPA paciente	Sangrado y origen	No. Hemoderivados		
Disfuncion renal aguda	Cr basal	Cr actual	Uresis/kg/hora	TSFR si/no	Que TSFR	
Insuficiencia respiratoria	Frec Resp	PaO2/FiO2				
Insuficiencia hepática	Bil. Total					
Disfunción cerebral	Glasgow	Convulsiones	Tratamiento anticomisial			
Disfunción metabólica	Glucosa serica		Tratamiento con insulina		Tratamiento sol. Glucosada	

## ANEXO 2

FORMATO CONTROL MATERNO							
<b>DATOS GENERALES (DEMOGRÁFICOS)</b>							
NOMBRE							
EDAD (AÑOS)							
NSS							
ORIGEN (ESTADO)							
Ocupación							
ESTADO CIVIL	Casada	Soltera	Unión libre	Divorciada	Separada	Viuda	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ESCOLARIDAD	Negada	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Doctorado	Otros
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FECHA DE INGRESO							
FECHA DE EGRESO							
DIAGNOSTICO DE INGRESO							
DIAGNÓSTICO DE MUERTE							
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	Tabaquism	Alcoholism	Enfermedad (es) previa (s)				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>				
<b>ANTECEDENTES OBSTETRICOS</b>							
No. GESTACIÓN							
CONSULTAS PRENATALES							
EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	1ER TRIMIE:	2o TRIMEST	3er TRIMESTRE				
	0-12	12.1-24	24.1-42				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
ANTECEDENTE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	Si			No			
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
COMPLICACIONE EN EMBARAZO ACTUAL	Si			Especifique			No
	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>			<input type="checkbox"/>
DESENLACE DEL PRODUCTO(SEMANA ABORTO	OBITO	MORTINATO		VIVO SANO		VIVO UCEN	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>COMPLICACIONES HOSPITALARIAS</b>							
Disfunción respiratoria	Oxigenoterapia	VMI	VMNI	PaO2/FiO2			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			
Coagulopatía	TTPA contro	TTPA pac.	Sangrado (ml) v origen		No Hemoderivados		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Disfuncion renal aguda	Cr basal	Cr actual	TSFR si/no		Cuál?		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>		
Insuficiencia hepática	Bil. Total						
	<input type="text"/>						
Disfunción cerebral	Glasgow	Convulsion	Tratamiento anticomis (Si/No)				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Disfunción metabólica	Glucosa serica mg/dl	Tratamiento con insuli		Tratamiento sol. Glucosada (Si/No)			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Complicaciones infecciosas nosocomiales	Neumonía		Cistitis	Herida quirúrgica		Accesos vasculares	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>DATOS DE DEFUNCIÓN</b>							
Servicio donde ocurrió la defunción	<input type="text"/>						
Diagnóstico principal de defuncion (Código CIE-10)	<input type="text"/>						