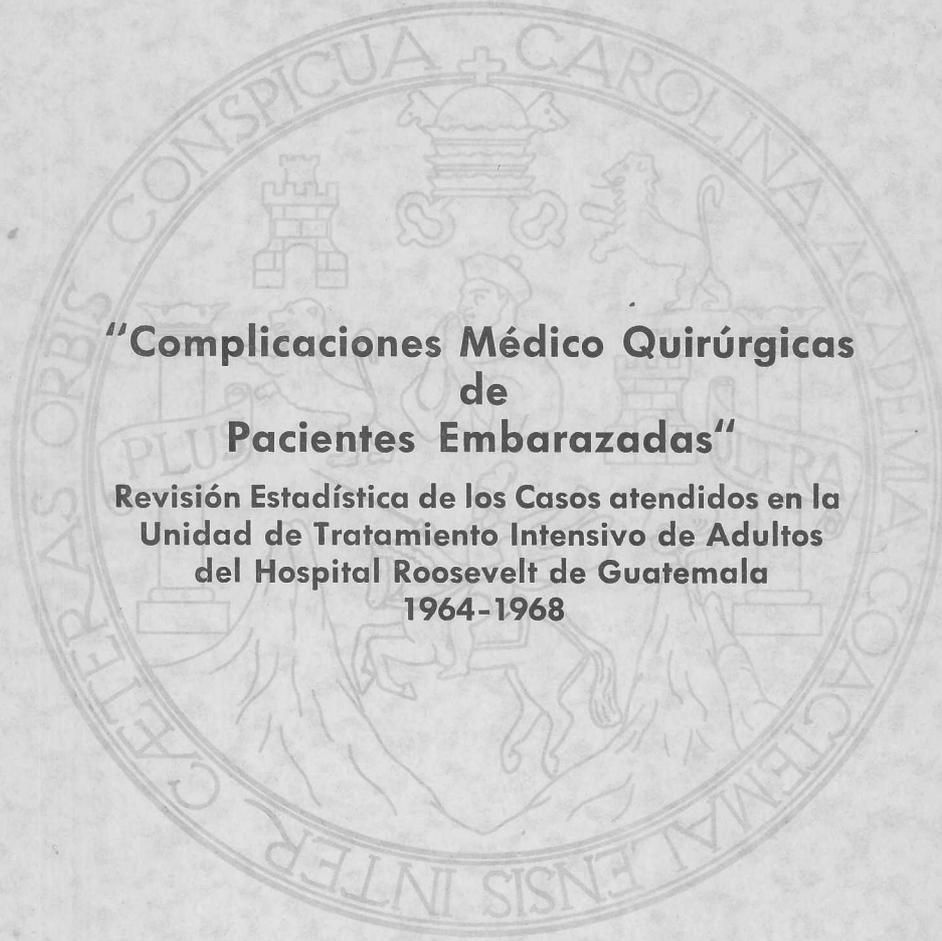


Elup

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**"Complicaciones Médico Quirúrgicas
de
Pacientes Embarzadas"**

**Revisión Estadística de los Casos atendidos en la
Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos
del Hospital Roosevelt de Guatemala
1964-1968**

ELFRID ROGERIO CIFUENTES MORALES

PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II ANTECEDENTES
- III OBJETIVOS
- IV MATERIAL Y METODOS
- V RESULTADOS
- VI DISCUSION
- VII CONCLUSIONES
- VIII RECOMENDACIONES
- IX BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El embarazo es una condición que necesita supervisión médica, para poder prevenir cualquier circunstancia que pueda malograrlo y evitar cualquier complicación materna, en el momento del parto; dichas complicaciones cuando se presentan son un problema muy serio, por lo que este tema ha sido motivo de estudio por diversos autores desde el punto de vista de la sintomatología, diagnóstico y tratamiento.

"A la complicación obstétrica se le puede definir como un factor o grupo de factores en el período prenatal o perinatal que aumenta el riesgo de muerte materna y fetal. Estos serán síntomas de enfermedad materna durante el embarazo, signos de problemas del feto, e intervención mecánica durante el parto.

Pocos de estos factores son independientes el uno del otro y muchos están causalmente relacionados. Por ejemplo: La toxemia materna puede llevar a peligro perinatal al feto que en consecuencia llevará a una extracción instrumental." (27).

El presente trabajo es una revisión estadística de los 78 casos de "Complicaciones Médico Quirúrgicas de Pacientes Embarazadas", que se presentaron en la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala; durante el período comprendido desde su fundación el 13 de junio de 1964 hasta el 31 de diciembre de 1968, para intentar determinar la frecuencia, tipo de complicación y otros datos de importancia de estos casos.

Además se trató de efectuar un estudio de las diferentes entidades patológicas, como factores causales de este tipo de complicaciones o como consecuencia de las mismas.

Es nuestro feseo ofrecer un resumen de la incidencia de estos casos, para que su conocimiento sirva de guía a los clínicos, así como base para futuros trabajos, con los cuales se pueda tener un patrón para prever estas complicaciones, o bien hacer más dinámica su evolución en la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos.

ANTECEDENTES

Hasta la fecha no se ha investigado en nuestro medio, la incidencia de las complicaciones Médicas o Quirúrgicas que puede presentar una paciente durante el embarazo o el puerperio, como lo demuestra lo poco que se ha escrito acerca de este tema.

En la literatura nacional se encontraron únicamente análisis de una complicación en sí, como por ejemplo: en 1894, "La fiebre puerperal es una enfermedad específica, el *Streptococcus Piogenes*, es el agente generador de todas sus formas" (31). En 1903 "Contribución al estudio de la Profilaxis y tratamiento de la Sepsis Puerperal" (6). En 1904 "Eclampsia Puerperal" (9) En 1966 (12) otros estudios similares.

En la literatura extranjera, también ha sucedido lo mismo (5, 8, 11, 14, 15, 18, 23, 25, 30, 34, 40) que solo son publicaciones de casos aislados de una complicación.

Hasta el momento no se ha hecho ninguna publicación de una serie de casos de complicaciones de este tipo, en la que se haya investigado influencia del origen, edad, asistencia a control prenatal, tipo de complicaciones médicas más frecuentes, complicaciones quirúrgicas, mortalidad materna, mortalidad perinatal etc., por lo que no se puede determinar con certeza los interrogantes que podrían surgir de lo anteriormente expuesto.

OBJETIVOS

Se efectuó este trabajo, con el deseo de conocer las complicaciones Médicas y Quirúrgicas de la paciente embarazada más frecuentes en nuestro medio y así saber algo más acerca de este tipo de problemas, para contar en el futuro con cifras estadísticas de este tipo de complicaciones, ya que hasta la fecha no se cuenta con ningún análisis al respecto.

Es mucho lo que se puede decir en relación a las complicaciones de la paciente embarazada, pero este trabajo no tiene más finalidad que hacer énfasis en los muchos aspectos que puedan influir en el desarrollo de estos problemas, para tener un conocimiento más acertado de estos y así poder hacer un diagnóstico precoz para tratar de evitar desenlaces fatales, tanto para la madre como para el niño.

MATERIAL Y METODOS

Para la elaboración de este trabajo, se revisaron 6,788 Registros Médicos de los pacientes ingresados a la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos (UTIA) desde el 13 de junio de 1964, fecha de inauguración de este servicio al 31 de diciembre de 1968, hasta donde están clasificadas las papeletas por la Delegación de la Dirección General de Estadística en el Hospital Roosevelt, de esos se seleccionaron 78 casos, los cuales representan el 1.15 o/o de los pacientes que fueron atendidos en la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos.

El total de ingresos al Departamento de Materiales durante ese período fue de 43.761 pacientes, lo que da un porcentaje de 0.18 o/o de complicaciones Médicas y Quirúrgicas, de pacientes embarazadas que fueron trasladadas del Departamento de Maternidad a la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos (UTIA).

Estos 78 casos se agruparon en cuadros especiales donde se contemplaron los siguientes parámetros:

1. Origen
2. Edad de la paciente
3. Asistencia a consulta prenatal
4. Diagnóstico de ingreso al departamento de maternidad.
5. Antecedentes patológicos y complicaciones durante el embarazo
6. Paridad
7. Edad de embarazo
8. Tipo de parto
9. Evolución del embarazo
10. Tiempo en que surgió la complicación
11. Operación, tipo de anestesia, tiempo de anestesia
12. Complicaciones médicas y quirúrgicas
13. Mortalidad Materna
14. Evolución de la paciente
15. Evolución y mortalidad del producto

RESULTADOS

Origen:

Del total de 78 pacientes embarazadas con complicaciones médicas o quirúrgicas, 60 casos (77 o/o) tenían origen rural, mientras que 18 casos (23 o/o) tenían origen urbano.

Entre los 60 casos de origen rural, se encontraron 31 casos (51.6 o/o)

con residencia urbana y el resto 29 casos, (48.4o/o) con residencia rural.

Se hace la aclaración que muchos de ellos son verdaderos pacientes del área rural, pero que han dado datos falsos en cuanto a su dirección real.

**CUADRO 1
DISTRIBUCION POR EDADES**

EDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Menores de 20 años	21	27 o/o
de 21 a 25 años	10	13 o/o
de 26 a 30 años	21	27 o/o
de 31 a 35 años	11	14 o/o
Mayores de 35 años	15	19 o/o
TOTAL	78	100 o/o

Como se puede ver en el Cuadro 1, los mayores porcentajes corresponden a los grupos de pacientes menores de 20 años y de 26 a 30 años con un porcentaje de 27 o/o cada grupo. El grupo siguiente corresponde a los mayores de 35 años con un porcentaje de 19 o/o.

Asistencia a Consulta Prenatal:

Del total de casos analizados, 17 pacientes (22 o/o) tuvieron exámenes Pre-natales, mientras que el 78 o/o restante (61 casos) no tenían este control.

**CUADRO 2
DIAGNOSTICO DE INGRESO AL
DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD**

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Embarazo y Complicación	40	51 o/o
Puerperio Complicado	27	35 o/o
Embarazo sin ninguna complicación	11	14 o/o
TOTAL	78	100 o/o

Se hizo una clasificación de los diagnósticos de ingreso, encontrándose 40 casos (51 o/o) de pacientes que ingresaron con el Diagnóstico de Embarazo y Complicación y solamente 11 casos (14 o/o) ingresaron sin complicación habiendo surgido ésta durante su período de hospitalización.

Las complicaciones se describen en capítulo aparte.

Antecedentes Patológicos

Los antecedentes patológicos fueron investigados en la Clínica de Consulta Prenatal y al ingreso de la paciente en la Emergencia del Departamento de Maternidad, encontrándose un total de 35 casos (45 o/o) cuyos antecedentes patológicos de importancia, tenían relación con el Diagnóstico de la complicación, y el resto (43 casos, 55 o/o) no fueron de importancia o no tenían relación con la complicación.

Paridad

La incidencia de complicaciones fue mayor en pacientes multíparas (58 casos, 74 o/o) siendo la mayor paridad encontrada de 14 partos, el resto de pacientes encontradas fueron Primigestas (20 casos, 26 o/o).

A su vez, a las multíparas se les clasificó atendiendo el número de partos así:

**CUADRO 3
MULTIPARAS**

No. DE PARTOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Secundigestas	11	19 o/o
Trigestas	8	14 o/o
Cuatrigestas	6	10 o/o
Multiparas	33	57 o/o
TOTAL	58	100 o/o

**CUADRO 4
EDAD DE EMBARAZO**

EDAD DE EMBARAZO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
2o. Trimestre	10	20 o/o
3er. Trimestre	41	80 o/o
TOTAL	51	100 o/o

Como puede verse en el Cuadro 4, el mayor porcentaje de complicaciones durante la época del embarazo, correspondió a pacientes en el 3er. trimestre; no se encontraron casos con complicaciones en el primer trimestre, porque estos eran referidos al servicios de Complicaciones Prenatales del Hospital General, por no atender en esa época el Hospital Roosevelt tal tipo de complicaciones.

Tipo de Parto

Ingresaron un total de 51 pacientes embarazadas y 27 durante el puerperio.

De estas 51 pacientes, a 43 (84 o/o) se les atendió su parto en el Hospital y 8 (16 o/o) egresaron embarazadas después de haber pasado su complicación.

**CUADRO 5
EMBARAZOS RESUELTOS FUERA DEL HOSPITAL**

EMBARAZOS RESUELTOS FUERA DEL HOSPITAL	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Partos	22	82 o/o
Abortos	5	18 o/o
TOTAL	27	100 o/o

Los partos atendidos fuera del hospital, en ocasiones fueron atendidos por comadronas empíricas, sien do un total de 22 casos (82 o/o).

Los abortos fuera del hospital fueron cinco casos (18 o/o) clasificados como Abortos Espontáneos en tres casos y Abortos provocados en dos casos.

CUADRO 6
EMBARAZOS RESUELTOS EN EL HOSPITAL

EMBARAZOS RESUELTOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Partos Eutócicos Simples	21	49 o/o
Partos Distócicos Simples	10	23 o/o
Cesárea Segmentaria Transperitoneal	8	19 o/o
Abortos	4	9 o/o
TOTAL	43	100 o/o

Se considera corrientemente que la Operación Cesárea Segmentaria Transperitoneal, es un parto Distócico Simple, (7) pero en el cuadro anterior, la clasificamos aparte para ser más explícitos en nuestra exposición.

CUADRO 7
RESUMEN

	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Partos atendidos en el Hospital Roosevelt	39	51 o/o
Partos atendidos fuera del Hospital	22	28 o/o
Embarazos	8	10 o/o
Abortos fuera del Hospital	5	6 o/o
Abortos Hospital Roosevelt	4	5 o/o
TOTAL	78	100 o/o

El mayor porcentaje (51 o/o) de casos complicados (39 casos) correspondió a los partos hospitalarios.

Los casos complicados cuyo parto se atendió fuera del Hospital fueron 22 (28 o/o).

CUADRO 8
EPOCA DURANTE LA CUAL SURGIO LA COMPLICACION

EPOCA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Puerperio	55	70.6 o/o
Embarazo Per-Operatorio	20	25.7 o/o
	2	2.5 o/o
Intra-Parto	1	1.2 o/o
TOTAL	78	100.0 o/o

En este cuadro se clasificó la época en la cual surgió la complicación que motivó el traslado a la Unidad de Tratamiento Intensivo; indicando que fué durante el puerperio cuando se presenta el mayor número de casos (55) lo que equivale a un 70.6 o/o.

En el grupo que tuvo complicación durante el embarazo, hay dos casos que la tuvieron 24 horas antes del parto.

Las complicaciones Per-Operatorias se presentaron en pacientes intervenidas quirúrgicamente bajo anestesia general. En un caso aspiración de vómito y luego paro-cardio-respiratorio y en otro fue durante una Cesárea Segmentaria Transperitoneal, presentó paro cardio-respiratorio habiéndoles efectuado Toracotomía.

La Complicación Intra-Parto, se presentó en una paciente con desprendimiento prematuro de placenta lo cual originó hemorragia, que la condujo a Shock Hipovolémico.

CUADRO 9
COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO

Puerperio	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Inmediato	21	38.2 o/o
Mediato	14	25.4 o/o
Tardío	20	36.4 o/o
TOTAL	55	100.0 o/o

Se consideró Puerperio Inmediato, las primeras 24 horas post parto, Puerperio Mediato, los primeros ocho días post parto y Puerperio Tardío el tiempo transcurrido entre los ocho y los cuarenta días post parto (7).

CUADRO 10

OPERACIONES EFECTUADAS

OPERACIONES EFECTUADAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Forceps	6	29 o/o
Cesárea Segmentaria Transperitoneal	5	24 o/o
Laparotomía	3	14 o/o
Cesárea Segmentaria Transperitoneal-Toracotomía	3	14 o/o
Legrado	2	9 o/o
Drenaje de Hematoma de Episiotomía	1	5 o/o
Revisión de Cavidad	1	5 o/o
TOTAL	21	100.0 o/o

De los 78 casos revisados, 21 fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas, siendo la operación más frecuentemente efectuada Cesárea Segmentaria Transperitoneal, con ocho casos o sea 38 o/o

Del total de 21 operaciones efectuadas, 15 casos se complicaron (71 o/o).

Los casos complicados se presentan a continuación:

CUADRO 11
COMPLICACIONES QUIRURGICAS

Motivo de Operación	Operación	Complicación	Evolución	Anestesia	Tiempo Anestesia
Ruptura Uterina	Laparotomía (Histerectomía)	Shock Hipovolémico	Viva	C ₃ H ₆	1 hora - 10 Min.
Cesárea Anterior	Cesárea segmentaria transperitoneal	Paro cardiorrespiratorio (Toracotomía)	Muerta	C ₃ H ₆	3 Horas - 30 Min.
Cesárea Anterior	Cesárea segmentaria transperitoneal	Hemorragia - Shock Hipovolémico	Muerta	C ₃ H ₆	3 Horas - 15 Min.
Retención de restos Placentarios	Legrado	Shock Hipovolémico	Muerta	C ₃ H ₆	15 Min.
Sufrimiento Fetal	Forceps profiláctico	Aspiración de vómito	Viva	Eter	15 Min.
Desproporción céfalo pélvica	Cesárea segmentaria transperitoneal	Paro cardiorrespiratorio - Toracotomía	Viva	C ₃ H ₆	3 Horas
Ruptura Uterina	Laparotomía (Histerectomía)	Hemorragia Shock Hipovolémico	Muerta	O ₂	2 Horas - 45 Min.
Sufrimiento Fetal	Cesárea segmentaria transperitoneal	Shock Hipovolémico Anuria	Viva	C ₃ H ₆	1 Horas - 20 Min.
Prolapso del Cordón	Cesárea segmentaria transperitoneal	Anuria (Ligadura Acidental de Uréteres)	Viva	C ₃ H ₆	3 Horas
Placenta previa central total	Cesárea segmentaria transperitoneal	Shock-Anuria Insuficiencia renal	Muerta	C ₃ H ₆	1 Hora - 30 Min.

(Continuación de Cuadro No. 11)

Ruptura Uterina	Laparotomía	Endometritis Shock a Gram Negativos	Muerta	C ₃ H ₆	2 Horas - 40 Min.
Primigesta	Episiotomía media y episiorrafia	Hematoma que disecó fondo de saco posterior derecho.	Muerta	Local	--
Hipertensión Arterial Severa	Forceps Profiláctico	Hemorragia cerebral secundaria-Shock Hipovolémico.	Muerta	Talamonal	30 Min.
Placenta Previa Central Total	Cesárea segmentaria transperitoneal	Hemorragia Shock Hipovolémico Anuria	Muerta	C ₃ H ₆	1 Hora
Cesárea Anterior	Cesárea segmentaria	Paro cardiorrespiratorio (Toracotomía)	Muerta	NO ₂ - O ₂	2 Horas

Complicaciones Médicas

Para hacer esta clasificación, se tomaron los diagnósticos clínicos finales y los diagnósticos de Anatomía Patológica si la paciente falleció, agrupándolos luego en los diferentes grupos correspondientes a cada sistema, haciendo un total de 173 entidades patológicas.

**CUADRO 12
COMPLICACIONES MEDICAS**

COMPLICACIONES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Cardiovasculares	47	27.2 o/o
Gastro-Intestinales	32	18.5 o/o
Respiratorias	22	12.7 o/o
Urinarias	19	11.0 o/o
Gestosis	15	8.7 o/o
Nerviosas	13	7.5 o/o
Gineco-Obstétricas	13	7.5 o/o
Hematológicas	7	4.1 o/o
Otras	5	2.8 o/o
TOTAL	173	100.0 o/o

**CUADRO 13
CARDIOVASCULAR**

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Shock	16	34.0 o/o
Insuficiencia Cardíaca	14	29.8 o/o
Embolia Pulmonar	3	6.4 o/o
Hipertensión Arterial	3	6.4 o/o
Tromboflebitis	3	6.4 o/o
Trombosis Mesentérica	2	4.3 o/o
Pericarditis	2	4.3 o/o
Trastornos del Ritmo	1	2.1 o/o
Valvulopatía Reumática	1	2.1 o/o
Aneurisma Aortico Roto	1	2.1 o/o
Embolia Séptica de Miembro Superior Derecho	1	2.1 o/o
TOTAL	47	100.0 o/o

Se presentaron 47 entidades de tipo cardiovascular, como causa o consecuencia de complicaciones.

Shok: 16 casos; 9 de los cuales del tipo Séptico y 7 de tipo hipovolémico secundarios a hemorragia.

Insuficiencia Cardíaca: 14 casos de los cuales 7 con edema agudo del pulmón secundario, un caso de cor pulmonale crónico y seis casos de Insuficiencia Cardíaca Congestiva descompensada.

Aneurisma Aortico roto: Diagnóstico hecho por Anatomía Patológica habiendo sido la causa directa de muerte Shock hipovolémico irreversible.

**CUADRO 14
GASTRO INTESTINAL**

GASTRO INTESTINAL	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Peritonitis	5	15.7 o/o
Enfermedad Péptica	4	12.5 o/o
Colecistitis Crónica Calculosa	4	12.5 o/o
TB Intestinal	3	9.3 o/o
Necrosis y Hemorragia del Hígado	3	9.3 o/o
Shigellosis	2	6.3 o/o
Abceso Subfrénico	2	6.3 o/o
Abceso del Hígado	2	6.3 o/o
Amibiásis	2	6.3 o/o
Úlceras de Stress	1	3.1 o/o
Abceso Retroperitoneal	1	3.1 o/o
Carcinomatosis Peritoneal	1	3.1 o/o
Hepatitis Infecciosa	1	3.1 o/o
Ca. Esófago	1	3.1 o/o
	32	100.0 o/o

Gastro Intestinal

Peritonitis: Se encontraron cinco casos, en dos de los cuales la puerta de entrada fue de origen pélvico (Quiste dermoide infectado y roto, salpingitis aguda).

Enfermedad Péptica: Cuatro casos distribuidos así: Dos casos de gastritis, un caso de Úlcera Gástrica y un caso de Úlcera Duodenal sangrante con hematemesis y melena.

Carcinomatosis Peritoneal: Secundaria a Cistoadenoma del ovario.

**CUADRO 15
RESPIRATORIO**

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Bronconeumonía	9	41.0 o/o
TB Pulmonar	3	13.7 o/o
Asma Bronquial	2	9.1 o/o
Neumonía	2	9.1 o/o
Atelectasia	2	9.1 o/o
Pleuritis	1	4.5 o/o
Enfisema	1	4.5 o/o
Empiema	1	4.5 o/o
Abceso Pulmonar	1	4.50 o/o
	22	100.0 o/o

Respiratorio:

Bronconeumonía, un caso a Estafilococo con formación de abscesos, otro por aspiración de vómito, dos casos por Neumococo y en el resto no se encontró el germen causal.

TB Pulmonar;

Tres casos, uno de los cuales fue trasladado al Hospital San Vicente y los otros dos fueron diagnosticados a la autopsia.

**CUADRO 16
URINARIO**

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Necrosis Cortical	9	47.5 o/o
Pielonefritis	5	26.3 o/o
Abceso Riñón	2	10.5 o/o
Glomerulonefritis	2	10.5 o/o
Degeneración Grasa del riñón	1	5.2 o/o
TOTAL	19	100.0 o/o

Necrosis Cortical:

Se presentaron nueve casos, en su mayoría secundarios a Shock, a tres de estos se les efectuó Diálisis peritoneal.

**CUADRO 17
GESTOSIS**

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Preeclampsia	11	73.4 o/o
Eclampsia	4	26.6 o/o
TOTAL	15	100.0 o/o

Gestosis

Se consideran Gestosis o Toxemias del Embarazo a tres entidades clínicas (7).

1. Hiperemesis Gravídica, de la cual no se encontró ningún caso en nuestra revisión.
2. Preeclampsia: Once casos comprobados clínicamente (Presión Arterial elevada, Edema de miembros inferiores) y por exámenes de laboratorio (Albuminaria).

3. Eclampsia: Cuatro casos que además de la sintomatología anterior, desarrollaron convulsiones.

**CUADRO 18
SISTEMA NERVIOSO**

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Meningitis	6	46.1 o/o
Gran Mal	4	30.8 o/o
Accidente Cerebro Vascular	2	15.4 o/o
Abceso Cerebral	1	7.7 o/o
TOTAL	13	100.0 o/o

Meningitis: Se encontraron seis casos de Meningitis, siendo cuatro casos de etiología tuberculosa y dos del tipo bacteriano.

Gran Mal: Fueron pacientes que desarrollaron crisis epileptiformes durante su estancia hospitalaria, con antecedentes de los mismos síntomas (4 casos).

Accidente Cerebro Vascular: Dos casos, habiendo sido uno del tipo trombótico y otro del tipo hemorrágico, secundario a hipertensión arterial.

Abceso Cerebral: Un caso, el cual fue diagnosticado al efectuarle la autopsia.

**CUADRO No. 19
GINECOLOGICAS OBSTETRICAS**

	Mo. DE CASOS	
Endometritis	4	30.8 o/o
Amnioitís	3	23.0 o/o
Endometriopiosalpinx	1	7.7 o/o
Aborto Séptico	1	7.7 o/o
Quiste dermoide Infectado y Roto	1	7.7 o/o
Salpingitis aguda	1	7.7 o/o
Fístula Vesico Vaginal	1	7.7 o/o
Cistoadenoma del Ovario	1	7.7 o/o
TOTAL	13	100.0 o/o

Endometritis: Un caso secundario a Cesárea Segmentaria Transperitoneal y los otros tres casos con un trabajo de parto prolongado, siendo el máximo de 36 horas.

Amnioititis: Todos los casos con historia de ruptura precoz y prematura de membranas.

Aborto Séptico: Un caso que posteriormente evolucionó a Septicemia a Gram Negativos.

Quieste Dermoide: Un caso, que se complicó con Peritonitis.

Cistoadenoma del Ovario: Un caso bastante avanzado, con Carcinomatosis Peritoneal Secundaria.

**CUADRO 20
HEMATOLOGICAS**

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Anemia	4	57.2 o/o
Hipofibrinogenemia	2	28.6 o/o
Púrpura Trombocitopénica Idiopática	1	14.2 o/o
TOTAL	7	100.0 o/o

Anemia: Cuatro casos, tres de los cuales probablemente del tipo ferroprivo y uno Megaloblástica que respondió al tratamiento con ácido fólico.

**CUADRO 21
O T R A S**

DIAGNOSTICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Lupus Eritomatoso Diseminado	1	20 o/o
Hipertiroidismo	1	20 o/o
Tétanos	1	20 o/o
TB Miliar	1	20 o/o
Sin Diagnóstico Definitivo	1	20 o/o
TOTAL	5	100 o/o

Lupus Eritematoso Diseminado: Diagnóstico clínico comprobado por exámenes de laboratorio.

Hipertiroidismo: La paciente presentó un aborto espontáneo en el Hospital, como consecuencia de esta enfermedad endócrina.

Tétanos: Una paciente cuyo parto fue atendido fuera del Hospital.

TB Miliar: Diagnóstico hecho por Anatomía Patológica.

Sin Diagnóstico Definitivo: Un caso de una paciente que presentó retención nitrogenada, sin ninguna causa aparente ya que no había lesión renal, ni historia de hemorragia gastrointestinal, por lo que no se pudo llegar a establecer un diagnóstico definitivo. (12).

Mortalidad

De los 78 casos revisados, 44 casos (56.4 o/o) egresaron vivos de la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos (UTIA); 34 casos (44.6 o/o) fallecieron, de los cuales 24 casos (70.5 o/o) por complicaciones de tipo médico y 10 casos (24.5 o/o) por complicaciones de tipo quirúrgico.

De las 34 pacientes fallecidas, a 33 (97 o/o) se les practicó autopsia.

**CUADRO 22
TRANSFERENCIA DE LAS PACIENTES VIVAS
DEL UTIA A OTROS SERVICIOS**

TRANSFERENCIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
A salas de Maternidad	25	57 o/o
A salas de Medicina	8	18 o/o
A salas de Cirugía	6	14 o/o
A Consulta Externa	3	7 o/o
Al Hospital San Vicente	1	2 o/o
Egreso contra Indicación	1	2 o/o
TOTAL	44	100 o/o

Evolución y Mortalidad del Producto

Según lo descrito en párrafos anteriores, ingresaron un total de 51 pacientes embarazadas y 27 en puerperio.

De las 51 pacientes embarazadas, 43 resolvieron su parto en el hospital y ocho egresaron embarazadas.

Los productos de los 70 casos de embarazo que se resolvieron tanto en el hospital como fuera de él tuvieron la evolución siguiente: Vivos 38 (54o/o) y Muertos 32 (46o/o)

Los muertos comprenden:

Niños muertos Post-parto

Abortos: Considerando como tal a la terminación del embarazo antes que el feto sea viable (antes de las 28 semanas de embarazo, peso menos de 1,000 grs.) (7)

Obito: El producto que después de las 28 semanas de embarazo fallece y luego es expulsado (7)

Mortinato: Aquel que muere 24 horas antes del parto o intra-parto (7)

CUADRO 23 MORTALIDAD PERINATAL

Mortalidad	No. de Casos	Porcentaje
Muertos Post-parto	15	47 o/o
Abortos	9	28 o/o
Obitos	6	19 o/o
Mortinatos	2	6 o/o
TOTAL	32	100 o/o

Los niños que nacieron vivos y que fallecieron posteriormente comprenden el mayor porcentaje (47 o/o).

En este grupo, están comprendidos niños que murieron dentro y fuera del hospital.

DISCUSION

Los 78 casos estudiados constituyen el 1.15 o/o del total atendidos en la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos y el 0.18 o/o de pacientes atendidos en el Departamento de Maternidad durante el periodo comprendido del 13 de junio de 1964 al 31 de diciembre de 1968, cifras que resultan ser bajas al compararse con otros estudios estadísticos en el Departamento de Maternidad en años anteriores; por ejemplo: En 1966, se efectuó un análisis de 500 casos complicados con Endometritis Post-parto (11) de un total de 12,151 partos atendidos en el Hospital Roosevelt del 20 de junio de 1962 al 20 de julio de 1963, lo que hace una incidencia de 4.1 o/o de este tipo de complicaciones, lo cual es corroborada en nuestra revisión ya que solo se tuvieron 4 casos (2.3 o/o) de Endometritis que ameritaron traslado a la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos.

En nuestro estudio no se encontró ningún caso de complicación de Diabetes y Embarazo, lo cual es compatible con los hallazgos del Dr. José R. Paz (26) en su trabajo de tesis publicado en 1964, que de 60,000 partos atendidos en la Maternidad del Hospital Roosevelt de 1956 a 1962, sólo se tuvieron 20 casos, o sea un 0.03 o/o de incidencia de este tipo de complicación, por lo tanto es explicable que en nuestra revisión no se haya encontrado ninguna complicación de este tipo, debido a su baja incidencia.

Con respecto a Toxemias del embarazo en 1964 se publicó una Tesis (20) en la que se revisaron 22,631 admisiones durante los años de 1959 y 1960 habiendo encontrado 175 pacientes preeclámpticas (0.77 o/o) y 25 pacientes eclámpticas (0.1 o/o). Estos mismos hallazgos se tuvieron en nuestro estudio, ya que se encontraron únicamente 11 casos de pacientes con preeclámpsia (0.025 o/o) y cuatro casos de eclampsia (0.009 o/o) que se complicaron y ameritaron traslado a la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos.

Con respecto a la incidencia de este tipo de complicaciones en pacientes atendidos en la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos, se puede decir que también es baja ya que en una revisión hecha durante las mismas fechas, en la que se analizaron casos de Accidente Cerebro Vascular tratados en dicha unidad, se tuvo una incidencia de 2.26 o/o (38)

A fin de determinar el grado de importancia de la procedencia de las pacientes con relación a las complicaciones se investigó este parámetro obteniéndose datos que no pueden ser concluyentes ya que en los últimos años ha habido gran emigración de población del área rural al área urbana, además son muchos los pacientes de origen rural que dan direcciones de la capital, solo para ser atendidos en el Hospital mientras dura su periodo de

hospitalización.

Nuestros hallazgos no concuerdan con otros estudios hechos en el Departamento de Maternidad (11, 20), en los cuales hay mayor incidencia de complicaciones en pacientes del área urbana.

La mayor incidencia de complicaciones se presentó en dos grupos de edades: Pacientes menores de 20 años (11, 20) y pacientes de 26 a 30 años (20 y 26), cada grupo con 21 casos (27 o/o), atribuyéndose estos resultados a que al principio y al final de la vida reproductiva hay mayor tendencias a complicaciones y el otro grupo corresponde a la etapa de mayor actividad reproductora de la mujer; luego en pacientes mayores de 35 años, con 15 casos (19 o/o), siendo iguales los hallazgos a otras series revisadas (11, 20, 26, 31).

A clínicas de consulta externa prenatal asistieron solo 17 pacientes (22 o/o) cifra bastante elocuente por sí, pues demuestra que de 78 casos analizados, el 78 o/o no tuvieron asistencia médica prenatal, quedando confirmado con nuestros datos y los de otras series revisadas (11, 20) que las pacientes durante el período prenatal no cuentan con asistencia médica, por lo que están más expuestas a presentar complicaciones por falta de orientación y asistencia.

El control prenatal, es una etapa sumamente importante en las pacientes embarazadas, ya que por los exámenes que se realizan en esta sección se puede descartar cualquier anormalidad que predisponga a una complicación, por lo que serán la guía para iniciar o continuar su tratamiento en consulta externa (17), o bien para determinar su ingreso al Hospital, donde se les administrará la terapéutica definitiva para la resolución de su problema (26).

En cuanto a los antecedentes patológicos y su relación con el diagnóstico de la complicación, se encontró que en 35 casos (45 o/o) fueron positivos, es decir que había una relación directa entre los antecedentes y la complicación, como en el caso No. 25: M.A.P. de 30 años de edad, a su ingreso a la Emergencia del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, refirió el antecedente de haber estado hospitalizada con anterioridad, por Glomerulonefritis Aguda. Al examen físico se encontró presión arterial de 180/140, por lo que se le hizo el diagnóstico de Hipertensión Arterial Secundaria (12).

Al ingreso de las pacientes al Departamento de Maternidad, 40 casos (51 o/o) tenían sobregregado a su embarazo alguna complicación, 27 pacientes (35 o/o) ingresaron en la época del puerperio y solamente 11 pacientes (14 o/o) ingresaron embarazadas sin ninguna complicación, habiéndola hecho durante su período de hospitalización. Lo cual hace un total de 67 pacientes (86 o/o) que ya ingresaron con complicaciones; cifras

que concuerdan con otros análisis de complicaciones en este tipo de pacientes, como el trabajo de Gramajo en 1966 (11) donde reporta que 75 o/o de sus casos ingresaron ya complicados.

Este elevado porcentaje puede ser debido en parte al número de pacientes a quienes se les atiende su parto fuera del hospital (11) y a la poca asistencia de pacientes a las clínicas de control prenatal (11, 20, 26), donde se podría educar a las pacientes, para que ellas tengan cierto conocimiento de las complicaciones que puedan surgir durante su embarazo.

No se encontró ningún caso con complicaciones durante el primer trimestre debido a que en el tiempo en que se hizo esta revisión, las pacientes que consultaban al Departamento de Maternidad en esta época de embarazo eran enviadas al Servicio de "Complicaciones Prenatales" del Hospital General para su atención, lo que demuestra que al igual que refieren los libros de texto (6) hay mayor tendencia a complicaciones a medida que aumenta la edad del embarazo, asimismo fueron las pacientes multiparas 50 (74 o/o), quienes mayor incidencia de complicaciones presentaron y de estas las pacientes con más de cuatro partos (57 o/o), lo cual concuerda con otros autores (11, 20) quienes en Toxemias Gravídicas Agudas tuvieron la siguiente incidencia, Primigestas en 35 o/o, Multiparas en 65 o/o, y Multiparas con más de cuatro partos en 55 o/o.

Los partos resueltos fuera del Hospital fueron 22 (36 o/o) la mayoría atendidos por Comadronas Empíricas a domicilio, no pudiendo establecerse si hubo partos distócicos en este grupo. Abortos fuera del Hospital se presentaron 5 (55 o/o), de los cuales dos fueron provocados y tres espontáneos.

En resúmen el mayor porcentaje de partos complicados (64 o/o), fue de los atendidos en el Hospital, contrariamente a lo que se cree que el mayor número de complicaciones se presentan en los partos atendidos fuera del ambiente hospitalario, serie que coincide con la de otros autores (11) que tienen los mismos hallazgos.

A este elevado número de complicaciones hospitalarias, pueden contribuir una serie de factores como en el número de partos distócicos que se atienden en el Hospital, los cuales según la definición de que un parto distócico es: "Todo aquel parto, que en el transcurso de su evolución, presenta alguna alteración mecánica o fisiológica que necesita maniobras obstétricas" (6). Además la tendencia actual de las madres de consultar al hospital para que les sea atendido su parto, por lo que al atender más partos en el hospital, probablemente aumentará el número de complicaciones.

Se puede determinar además que la época en la cual surgieron mayor número de complicaciones fue durante el puerperio, donde se encontraron 55 casos (70 o/o), incidencia elevada que puede ser atribuible a trabajo de parto prolongado o a infecciones provocadas por gran número de tactos vaginales efectuados durante el trabajo de parto.

En los 78 casos revisados se efectuaron en el Departamento de Maternidad 21 intervenciones quirúrgicas de tipo obstétrico, considerando como tales Forceps, Legrados, Revisión de Cavidad, Cesáreas y Laporotomías. De estas 21 operaciones, se complicaron 15 pacientes, lo cual equivale a un 71 o/o de complicaciones de este tipo, lo que hace aumentar la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal en estos casos ya que se tuvieron 10 casos de muerte materna o sea un 67 o/o.

Se encontró un total de 47 entidades patológicas correspondientes al sistema cardiovascular, lo que equivale a un 27 o/o del total, de los cuales 9 casos fueron por Shock Séptico presentándose 100 o/o de mortalidad por esta causa. En otras series revisadas (9,28,33) la mortalidad varía del 66.6 al 80 o/o como en la división de Ginecología y Obstetricia del Hospital Presbiteriano de St. Luke, Chicago, Illinois en 6 casos de Shock Séptico de 1962 a 1965. (10).

El problema de embolia e infarto pulmonares tiene aspectos especiales que interesan en el embarazo. La trombosis de las venas de las extremidades inferiores es bastante frecuente en el puerperio y en los últimos meses del embarazo.

Durante las tres primeras semanas después del parto son bastante frecuentes los émbolos masivos, aunque la embolia puede ocurrir durante el período tardío del puerperio o durante el embarazo.

Utery informó nueve casos de flebotrombosis prenatal en 50,000 pacientes que observó. (0.018 o/o) y que la trombosis puerperal es 17 veces más frecuente, porque observaron 172 casos en 15,000 pacientes durante el puerperio, (0.34 o/o) de ellos 30 o/o secundario a operación cesárea. La frecuencia de infarto pulmonar es difícil de precisar porque muchos casos no se diagnostican, no obstante es una complicación temible y bastante frecuente, a juzgar por los informes numerosos de muerte materna después de infarto. Antes el empleo de los antibióticos eran frecuentes los infartos sépticos y émbolos infectados; en la actualidad tienen aún importancia si se encuentran una o varias zonas de consolidación en los pulmones junto con fiebre durante el puerperio. (29).

Aparte de las causas corrientes de hipertensión en mujeres en la etapa sexual activa como la hipertensión esencial, enfermedad renal, tumores de corteza o médula suprarrenales, coartación aórtica y enfermedad renal

vascular obstructiva, se presenta el problema intrínseco de hipertensión que guarda relación con la gestación misma es decir con Preeclampsia y Eclampsia.

Durante la gestación aumenta el gasto cardíaco y disminuye la resistencia periférica, en consecuencia lo primero produce aumento de la presión sistólica y lo segundo disminución de la presión diastólica, por lo que esto debe tomarse en cuenta al valorar las cifras de presión sanguínea observadas en hipertensas. (29).

A pesar de que en el 33 o/o de las hipertensas, la gestación se acompaña de toxemia, en nuestra revisión se encontraron 3 casos de hipertensión sin toxemia, uno de los cuales fue secundario a Glomerulonefritis y los otros dos del tipo esencial.

La tromboflebitis, resulta de lesión a la pared vascular debido a Traumatismo mecánico, Invasión bacteriana. Lesión química o Estasis venosa. (29)

Matyas (29) descubrió Tromboflebitis post-operatoria en 6 o/o de las pacientes que tenían varices voluminosas, en comparación con el 1.7 o/o de nuestra casuística.

Hace más de dos decenios Lancisi mencionó que la gestación entrañaba mayor peligro cuando había aneurisma, esta afección adopta dos formas: 1) Aneurisma congénito de arterias renales, esplénicas e ilíacas y 2) Aneurisma de la aorta (3, 29).

Tomykosky y colaboradores estudiaron 28 casos de rotura de aneurisma esplénico durante la gestación.

Pedowitz y Perell (29) compilaron informes de 50 casos de aneurisma en la gestación, 35 fueron de la arteria esplénica, 10 de las renales y 5 ilíacas. De estas solo 8 sobrevivieron al embarazo.

Más grave que los anteriores es el aneurisma aórtico. Pedowitz y Perell, descubrieron informes de 29 casos de aneurisma aórtico fusiforme concomitante con embarazo y 48 casos de aneurisma aórtico disecante, de este último nosotros encontramos un caso, el cual fue diagnosticado por anatomía patológica ya que el diagnóstico clínico fue de Shock irreversible (12, 29).

En este trabajo se tuvo 4 casos de Enfermedad péptica, 2 gastritis, un caso de úlcera gástrica y un caso de úlcera péptica sangrante con hematemesis y melena.

La asociación de úlcera y embarazo es remota y la remisión que puede sufrir una paciente ulcerosa embarazada puede ser debida a descanso y mejor dieta (16, 19). Cuando son sintomáticas deben de tratarse enérgicamente y si fuera necesario, tratamiento quirúrgico como las no embarazadas.

Sandweiss cree que el "Puerperio o embarazo no deben ser considerados como contra indicación para cirugía, cuando esté indicada por úlcera péptica" (19), asimismo Clark (29) informó de 313 partos en 118 mujeres con úlcera péptica diagnosticada antes del embarazo, de ellas 44.8 o/o no presentaron síntomas durante el embarazo 43.4 mejoraron y sólo 11.8 o/o no presentaron ninguna mejoría.

Whipple ha observado la presencia frecuente de cálculos de colesterol únicos, en mujeres jóvenes operadas poco después del parto y dedujo que como causa directa, quizá participe en ella la hipercolesterolemia del embarazo. En nuestra revisión se encontraron 4 casos de colecistitis y embarazo. (2, 12, 29)

Hepatitis: Se registraron 10 casos de esta enfermedad en 72,000 embarazos en el Hospital Lying-In de Chicago. En Suecia en 1927 hubo una epidemia y no se observaron casos de embarazadas. Ultimamente el aumento de la frecuencia guarda relación con la presentación mayor de la enfermedad en la población. (29).

Amibiásis: A pesar de la gran frecuencia de amibiasis una revisión de la literatura médica muestra pocos informes de problemas especiales asociados al embarazo. Mitra (29) indica que el embarazo aumenta la gravedad de la infección. Hay datos experimentales de que los corticoides y la progesterona que se producen en grandes cantidades durante el embarazo, agravan la infección amibiana en los animales. Bowesman (29) indica que la disentería amibiana es una causa importante en la formación de adherencias pélvicas y la incluye entre las causas de esterilidad.

Aunque pudiera pensarse que la frecuencia de TB en las embarazadas disminuiría al igual que lo han hecho en la población general, no ha ocurrido así y es probable que el problema siga teniendo importancia durante varios decenios, aún en los países más adelantados y mayor tiempo en los subdesarrollados. Se estima que en los Estados Unidos nacen al año por lo menos 40,000 hijos de pacientes tuberculosos, (2, 29) mientras que en este trabajo se encontró 3 casos de TB pulmonar.

El asma es muy intensa y rebelde, puede y debe tratarse con esteroides en dosis completas, en los 2 últimos trimestres del embarazo. Cada vez se cuenta con más datos que comprueban que es necesario emplear estos fármacos cuando haya indicación importante, incluso durante

el primer trimestre y descartar el posible temor de efectos teratógenos; los dos casos reacios a tratamiento que se tuvieron en nuestra revisión, la terapéutica empleada fue a base de corticosteroides, con lo que se logró mejoría (29).

La pielonefritis aguda es la complicación más frecuente que ataca las vías urinarias en el embarazo, se ha informado que aparece 0.6 a 16.3 o/o de las embarazadas. La mayoría de los autores señalan frecuencia de 1 a 2.5 o/o (29), al igual que nuestra estadística, que es más o menos de dos casos por cada 100 admisiones obstétricas. Se sabe además que la bacteriuria tiene gran importancia durante el embarazo; Bernstine y Warren estudiaron cultivos de orina obtenida por cateterización de mujeres elegidas al azar, veintidos de ellas 45.8 o/o mostraron bacterias la orina, nueve mostraron bacterias coliformes, nueve Staphilococo Blanco; dos Estreptococo A = alfa hemolítico y dos estreptococo B = beta hemolítico; Siete presentaron cultivos positivos (31.8 o/o) y habían sufrido enfermedades del aparato urinario en el puerperio, en tanto que ninguna de las pacientes del grupo con cultivos negativos presentó morbilidad puerperal en relación con las vías urinarias, por lo que muchos autores insisten en la importancia de los estudios de vigilancia en pacientes con cultivos urinarios positivos. Por los informes de Kess y Turner se sabe que la embarazada con bacteriuria tiene riesgo mucho mayor de pielonefritis durante el embarazo. (1, 2, 13, 28, 35, 36, 37).

En 1964 se publicó un trabajo de tesis (20) en la que se revisaron 22,631 admisiones al Departamento de Maternidad durante los años de 1959 y 1960, habiendo encontrado 175 pacientes preeclámpticas (0.77 o/o) y 25 pacientes eclámpticas (0.1 o/o) cifras que se consideran bajas.

En nuestra revisión, de las 43,761, solamente se encontró 11 casos de Preeclampsia (0.025 o/o) y 4 casos de Eclampsia (0.0091 o/o) que se complicaron, ameritando su traslado a la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos (32).

La meningitis no tiene relación especial alguna con el embarazo, salvo cuando el agente patógeno es el bacilo tuberculoso o proviene de anestesia raquídea. La frecuencia de Meningitis TB depende de la presencia de Tuberculosis activa en la población. En un estudio efectuado en Grecia, de las 37 pacientes cuyos casos se revisaron, fallecieron 12, sobreviniendo la muerte durante el embarazo y en el puerperio, a pesar de la quimioterapia y antibióticos administrados; de las 25 pacientes que sobrevivieron, 22 dieron a luz productos vivos, sus productos presentaron tuberculosis en un período de días a meses después del parto, 3 de estos productos presentaron meningitis tuberculosa. Por ello aunque el embarazo en sí no tiene efecto nocivo en la tuberculosis pulmonar, parece alterar en forma adversa la meningitis tuberculosa. Las pacientes de meningitis tuberculosa

reaccionan parcialmente a la quimioterapia, pero el pronóstico siempre es grave, ya que el embarazo disminuye la acción de la quimioterapia (29). En nuestra casuística constituyó la meningitis el 46 o/o de las afecciones de tipo nervioso (6 casos) y el 3.4 o/o de complicaciones médicas en el embarazo.

Crisis Convulsiva: En la experiencia de algunos autores (29) la causa más frecuente de consulta neurológica durante el embarazo, excluyendo neurosis y psicosis no orgánicas, es la presentación de alteraciones de la conciencia que sugieren crisis convulsiva. La frecuencia de convulsiones durante el embarazo es difícil precisar. En una revisión hecha se afirma que esta frecuencia varía de 0.1 a 0.4 o/o. En la muestra fue en el 30 o/o de las complicaciones de tipo nervioso y el 2.3 o/o de las pacientes trasladadas a la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos. Ante el empleo eficaz y difundido de fármacos anticonvulsivantes, puede esperarse un aumento en el número de mujeres sin alteraciones convulsivas que llegan al embarazo. (24, 29).

Durante el embarazo y el puerperio es poco frecuente observar enfermedad vascular cerebral, salvo la trombosis de un seno de la duramadre y quizá la hemorragia o trombosis de un angioma cerebral, parece no haber relación causal entre dicha enfermedad y el embarazo, aunque a veces la rotura de una aneurisma intracraneal, complica el embarazo. También se ha informado de la Trombosis o embolia de una arteria cerebral durante el embarazo (29), dichas alteraciones se caracterizan por síntomas cerebrales, acompañados o no de cefalea.

En 1966 se efectuó un análisis de 500 casos complicados con Endometritis Post-Partum (12), de un total de 12,151 partos atendidos en el Hospital Roosevelt, del 20 de julio de 1962 al 20 de julio de 1963, con una incidencia de 4.1 o/o. En nuestra revisión se tuvo una frecuencia de 2.5 o/o con este tipo de complicación que ameritó traslado al U.T.I.A. por la severidad de su complicación.

En cuanto a trastornos del tipo hematológico la deficiencia de hierro, es la causa más frecuente de la anemia durante el embarazo (29) a ella contribuyen varios factores, especialmente los embarazos previos (29) por el cual es más frecuente la Anemia Ferropénica en múltiparas, que en primíparas, especialmente si los embarazos ocurren en forma sucesiva y rápida por lo que no se ha recuperado la reserva de hierro reducido entre uno y otro embarazo. En consecuencia, es necesario administrar a las embarazadas dosis pequeñas profilácticas de hierro por vía bucal, diariamente desde el inicio del segundo trimestre, ya que la anemia ferropénica suele aparecer durante el último trimestre del embarazo y la paciente puede estar asintomática y la anemia apreciarse solamente por dosificación sistemática de hemoglobina (3, 13, 17, 22, 29).

En nuestra revisión se encontraron cuatro casos de anemia, habiendo sido tres de ellos del tipo Ferropénico y uno del tipo Megaloblástico.

La Anemia Megaloblástica del embarazo, puede aparecer en cualquier período de la gestación y una vez diagnosticada, tiende a recidivar en forma más intensa con los embarazos ulteriores. La mayoría de estas pacientes son múltiparas en condiciones económicas muy deficientes al igual que con la anemia Hipocrómica del embarazo, los síntomas suelen aparecer en el tercer trimestre o en el puerperio; en ocasiones insólitas, el inicio de los síntomas es concomitante al del embarazo o después de un aborto. La enfermedad puede iniciarse en forma súbita o lenta y en el segundo o tercer trimestre suele haber vómitos excesivos.

Si el embarazo se complica con la aparición de Púrpura Trombocitopénica Idiopática, la terapéutica dependerá de la intensidad de depleción plaquetaria. Si aparece Trombocitopenia intensa, hemorragia activa, o ambos trastornos, conviene iniciar inmediatamente la Terapéutica con esteroides. Varios autores (29) afirman que cuando está indicada la Esplenectomía se hará sin importar si la paciente está embarazada o no lo está, aunque otros autores (29) han demostrado aumento de la mortalidad fetal, cuando se hizo Esplenectomía durante la gestación.

El primer estudio extenso de Lupus Eritematoso Generalizado y embarazo fue el de Friedman y Rutherford (29) quienes demostraron que en pacientes de Lupus no se afectaba la fecundidad, ya que el número de embarazos era muy cercano al índice esperado en mujeres normales casadas. En su serie había 29 pacientes embarazadas cuando la enfermedad era activa, de un total de 42 embarazos en ese grupo, Todos los informes consecuentes han confirmado sus datos referentes a la fecundidad (29).

En la serie de Friedman y Rutherford hubo porcentaje elevado de abortos espontáneos (23.7 o/o) y de partos prematuros (15.8 o/o) lo que indica que el fenómeno activo de la enfermedad reduce en grado considerable la capacidad de la paciente para mantener el embarazo. Otros investigadores confirman el elevado porcentaje de pérdida de fetos (29). Además se sabe hay muchos mortinatos y muertes de recién nacidos.

Ellis y Bereston encontraron un total de 16 muertes perinatales en 56 embarazos en nacimientos de Lupus Eritematoso generalizado (29). Donaldson y De Alvarez, encontraron en una encuesta de 191 embarazos en 134 pacientes un porcentaje de pérdidas fetales del 25 o/o en casos agudos, y de 16 o/o en los crónicos. Garsenstein y colaboradores señalaron, que sólo 58 o/o de los embarazos en su serie terminaron con productos vivos y que el uso de esteroides en el tratamiento del Lupus, no ha mejorado la supervivencia fetal. No se conoce la causa del efecto nocivo del Lupus Eritematoso generalizado en la supervivencia fetal (29).

En la mayor parte de los casos, el hipertiroidismo antecede al embarazo y pocas veces podemos precisar que el embarazo precipitó el trastorno en una paciente Eutiroides. McLaughlin y McGoogen (29) afirman que el embarazo en el hipertiroidismo es tres veces más frecuente que el hipertiroidismo que se desarrolla durante el embarazo.

Algunos investigadores afirman que el embarazo agrava el hipertiroidismo. Seitz (29) en su extensa serie encontró que en el 60 o/o de las madres hipertiroides, se agravó la enfermedad y que durante el embarazo pocas veces mejorará el hipertiroidismo. La mortalidad materna en su serie de 98 casos, fue de 7 o/o y la frecuencia de aborto y pérdida del feto fue alta (29). Muy pocas veces queda embarazada una paciente hipertiroides. Los obstetras con mucha experiencia, quizá atiendan un caso solamente en su vida profesional. La frecuencia media calculada de hipertiroidismo es de 0.047 o/o o sea de 5 pacientes por 10,000 embarazos. En la clínica Lahey se observaron 42 embarazos con esta complicación frecuencia de 0.6 o/o (3, 13, 29).

En este estudio hubo un total de 34 pacientes fallecidas, lo que hace una incidencia de mortalidad de 44.6 o/o, fallecieron el 70.5 o/o de ellas, por causas médicas, el 29.5 o/o por causas quirúrgicas.

La cifra de mortalidad es alta si se compara con otras tasas de mortalidad, de otro tipo de pacientes atendido en el U.T.I.A., como por ejemplo: La mortalidad por accidente cerebrovascular que fue de 27.9 o/o (38).

Kafka, Hibbard, Lester y Spears en un trabajo realizado sobre mortalidad perinatal asociada a operación cesárea, analizaron 655 casos en los que hubo una mortalidad de 6.56 o/o, distribuidos en: Nacidos muertos (3.34 o/o) y muerte neonatal (3.82 o/o) (21).

De los 70 embarazos resueltos en los casos estudiados en este trabajo hubo una mortalidad de 32 casos (46 o/o) distribuida de la siguiente manera: Nacidos muertos (24.2 o/o) y muerte neonatal 15 casos (21.8 o/o) cifra que también puede considerarse alta.

CONCLUSIONES

- 1.- Se revisaron 6,788 registros médicos de pacientes ingresados a la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos del Hospital Roosevelt de Guatemala del 13 de Junio de 1964 al 31 de Diciembre de 1968, habiendo encontrado una incidencia de 1.15 o/o de pacientes con complicaciones médicas o quirúrgicas atendidas en dicho servicio.
- 2.- El total de ingresos al Departamento durante las mismas fechas fue de 43,761 pacientes, lo que dió el 0.18 o/o de incidencia de complicaciones de tipo médico o quirúrgico, que ameritaron ser trasladadas a la Unidad de Tratamiento Intensivo de Adultos.
- 3.- La mayor incidencia de complicaciones fue en pacientes multíparas con más de cuatro partos que no asistieron a Control Prenatal, menores de 20 años y entre 26 y 30 años sin antecedentes patológicos de importancia en la mayoría que ingresaron al Departamento de Maternidad ya con complicaciones y durante el tercer trimestre del embarazo.
- 4.- El mayor número de complicaciones se observó en partos atendidos en el Hospital (61.5 o/o)
- 5.- Las intervenciones quirúrgicas se complicaron en el 71 o/o con una mortalidad del 67 o/o.
- 6.- Las complicaciones según los sistemas analizados se presentaron por su frecuencia así: 3 Respiratorio 12.7 o/o, 1 Cardiovascular 27.2 o/o, 2 Gastrointestinal 18.5 o/o.
- 7.- La mortalidad materna fué de 44.6 o/o, debido a complicaciones médicas en el 70.5 o/o y por complicaciones de tipo quirúrgico 29.5 o/o
- 8.- La mortalidad perinatal fue de 46 o/o.

RECOMENDACIONES

- 1.- Efectuar una mejor evaluación clínica en toda paciente embarazada con complicaciones.
- 2.- Difundir por todos los medios de divulgación posibles la asistencia de pacientes a las clínicas de control prenatal.
- 3.- Evaluación por un internista, cirujano o especialista al presentarse la complicación para así efectuar diagnósticos más tempranos que permitan un tratamiento efectivo.

BIBLIOGRAFIA

1. Arroyo B.A. y Septien J.M. Un método sencillo en papel para el diagnóstico de bacteriuria. *Ginecología y Obstetricia de México*. 22 (134): 1649-1651. Diciembre 1967
2. Brainerd, Henry; Margen, S. and Chatton M. J. Complications of pregnancy. In *Current Diagnosis and Treatment*. 6th ed. Palo Alto, Calif. Lange Medical Publications 1967. pp. 448-454.
3. Cavanzo, Francisco J. and Taylor Herbert B. Effect of pregnancy on the human aorta and its relationship to dissecting aneurysms. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 105 (4): 567-568. October 15, 1969.
4. Craddock, D.R. and Hall J. I. Strangulated diaphragmatic hernia complicating pregnancy. *The British Journal of Surgery*. 55 (7): 559-560. July, 1968.
5. Chapeton E. J. Antonio. Contribución al estudio de la Profilaxis y Tratamiento de la Sepsis Puerperal. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Mayo 1903. 67 p.
6. Eastman, Nicholson. J.; *Obstetricia de Williams*, traducida por Homero Vela Treviño. 3a. ed. México. UTEHA, 1960.
7. Elgar, D.E. and Gudgeon D. H. Choledochus cyst complicating pregnancy. *The British Journal of Surgery*. 56 (11): 868-870. November 1969.
8. Estrada, Purificación. Eclampsia Puerperal. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Marzo 1904. 36 p.
9. Freel, James H., Gardner, William M. and Geittmann William F. Intensive treatment of obstetric sepsis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 104 (5): 651-656.
10. Goodwin, D.P. Volvulus of the small intestine in labour. *The British Journal of Surgery*. 55 (6): 469-470.
11. Gramajo Solórzano, Alejandro. Puerperio complicado endometritis post-parto. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas Noviembre 1966. 41 p.

12. Guatemala, Hospital Roosevelt. Archivo del Hospital; 1964-1968
13. Harrison, T. R. et al Pregnancy. In Principles of Internal Medicine. 5th. Edition, U.S.A. McGraw Hill Book Company 1966.
14. Hendry, W.F. and Mackey W.A. Pregnancy and extrahepatic portal hypertension. The British Journal of Surgery. 56 (12): 909-912. December, 1969.
15. Hermann, Robert E. and Esselstyn, Caldwell B. The potential hazard of pregnancy in extrahepatic portal hypertension. Archives of Surgery. 95 (6): 956-959. December, 1967.
16. Honiotes, George; Clark, Patrick J. and Cavanagh, Denis. Gastric ulcer perforation during pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 106 (4): 619-621. Feb. 5, 1970.
17. Iyengor, Rielda and Sharad V. Prophylaxis of anemia in pregnancy. American Journal of Clinical Nutrition. 23 (6): 725-730. 1970.
18. Saunders, Peter and Jackson B.T. Rupture of Choledochus cyst in pregnancy. British Medical Journal. 3 (5670): 573. September 6, 1969.
19. Jones, Peter F.; Mc. Ewan, Arthur B. and Bernard, Robert M. Haemorrhage and perforation complicating peptic ulcer in pregnancy. The Lancet. (7616): 350-351. August 16, 1969.
20. Juárez Pérez, José Guillermo. Toxemia Gravídica Aguda. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Julio de 1964. 15 p.
21. Kafka Hans; Hibbard, Lester T. and Spears, Robert L. Perinatal mortality associated with cesarean section. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 105 (4): 589-596. October 15, 1969.
22. Kitay, David Z. and Marshall, James S. Remission of folic acid deficiency in pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 102 (2): 297-303. September 15, 1968.
23. Kreek, Mary Jeanne; Sleisenger, Marvin H. and Jeffries, Graham H. Recurrent cholestatic jaundice of pregnancy with demonstrated estrogen sensitivity. The American Journal of Medicine. 43 (5): 795-813. November 1967.
24. Leventhal, John M. and Reid, Duncan E. Oxytocin-Induced water intoxication with Grand Mal Convulsion. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 102 (2): 310-311. September 15, 1968.
25. Méndez González, Javier; López Ortíz, Eitelberto y Gracia Medrano, Pedro. Un caso de atrofia amarilla aguda del hígado durante el embarazo. Consideraciones Anatomofisiológicas, Ginecología y Obstetricia de México. 22 (134): 1599-1609. Diciembre 1967.
26. Paz Arévalo, José Roberto. Diabetes y Embarazo (Casuística en Hospital Roosevelt). Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Junio 1964. 17 p.
27. Prechtel, H.F.R. Neurological Sequelae of prenatal and perinatal complications. British Medical Journal. 4 (5582): 763-767, December 30, 1967
28. Ramírez Soto, Ezequiel. et al. La histerectomía total abdominal en el shock bacterémico. Ginecología y Obstetricia de México. 22 (134): 1653-1662. Diciembre 1967.
29. Rovinsky, Joseph J. and Guttemacher Alan F. Complicaciones Médicas, Quirúrgicas y Ginecológicas en el Embarazo. Trad. por José Rafael Blengio. 2a. ed. México. Editorial Interamericana, S.A. 1967.
30. Rowe, Bernard; Giles, Christopher; and Brown, Laing G. Outbreak of gastroenteritis due to Salmonella virchow in a Maternity Hospital. British Medical Journal. 3 (5670): 561-564. September 6, 1969.
31. Ruíz U. J. Francisco. La Fiebre Puerperal es una Enfermedad específica, el Estreptococcus Piogenes es el agente generador de todas sus formas. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Febrero 1894. 52 p.
32. Sánchez Torres, Fernando. La eclampsia del puerperio a la luz de la biopsia renal. Ginecología y Obstetricia de México. 22 (134): 1621-1631. Diciembre 1967.
33. Stevenson Charles S. Maternal Death from puerpal sepsis following vaginal delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 104 (3): 599-710. July 1969.
34. Thomas, G. Phillips and Gillis, O. Sterling. Spontaneous rupture of a renal artery associated with pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 106 (4): 628. February 15, 1970.

35. Wagoner, Richard D. Holley, Keith E. and Johnson, William J. Accelerated nephrosclerosis and postpartum acute renal failure in normotensive patients. *Annals of Internal Medicine*. 69 (2): 237-248. August 1968.
36. Wren, Barry G. Subclinical urinary infection in pregnancy. Reprinted from *The Medical Journal of Australia*. 1: 1220-1225. June 14, 1969.
37. Wren, Barry G. The diagnosis of asymptomatic bacilluria in pregnancy. Reprinted from the *Medical Journal of Australia*. 1: 1117-1121. May 31, 1969.
38. Wyld Berg, Guillermo A. Accidente Cerebrovascular. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Junio 1970. 70 p.
39. Young, Bruce K. and Haft, Jacob I. Treatment of pulmonary edema with ethacrynic acid during labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 107 (2): 330-331.
40. Zitnik, Ralph S.; Brandenburg, R.D.; Sheldon, r.; and Wallace R.B. Pregnancy and open-heart surgery. *Circulation*. 39 (5) Supp. 1:257-262.

Vo.Bo.

Ruth R. de Amaya