

11217
9
20j



Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios de Postgrado
Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3
Centro Médico "La Raza"

ANALISIS DE MORTALIDAD MATERNA
EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3
"CENTRO MEDICO LA RAZA"

RUB

T E S I S

Que para obtener el Título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia

p r e s e n t a

DR. RENE WALTERIO BURGOS CALDERON

Asesores de Tesis:

- Dr. José Felipe Oseguera Palomar
- Dr. José Antonio Olguín Barrera
- Dr. Enrique Becerra Muñoz
- Dr. Enrique Yépez Gutiérrez



México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

I N D I C E

| | PAG. |
|--|------|
| INTRODUCCION | 1 |
| ANTECEDENTES | 3 |
| MATERIAL Y METODOS | 7 |
| RESULTADOS | 9 |
| RESUMEN Y CONCLUSIONES | 35 |
| SUGERENCIAS PARA NIVELES DE ATENCION MEDICA | 39 |
| BIBLIOGRAFIA | 46 |

I N T R O D U C C I O N

Los principales objetivos de la asistencia médica son: Reducir la mortalidad y prevenir complicaciones de entidades médicas.

Se consideran como procesos fisiológicos el parto y el embarazo. Se supone que éstos debieran desarrollarse sin complicaciones, pero se sabe que ambos pueden ocasionar alteraciones serias que desgraciadamente algunas veces terminan con la muerte.

La mortalidad materna en los últimos 40 años se ha caracterizado por un decremento impresionante. Las tasas de mortalidad son indicadores indirectos de la calidad de la atención en los Hospitales de Obstetricia, lo que permite una evaluación y comparación en el ámbito nacional e internacional.

Las primeras causas de mortalidad materna, como hace 50 años, siguen siendo:

- la enfermedad hipertensiva del embarazo,
- infección y
- hemorragia.

En nuestro medio, es necesario intensificar las acciones y medidas tendientes a una prevención adecuada, diagnóstico y tratamiento temprano, y abatir las complicaciones en forma intensiva, que son las que aumentan las causas de mortalidad materna.

A N T E C E D E N T E S

La Comisión de Mortalidad es la encargada de efectuar el estudio pormenorizado de las causas de muerte y dictaminar si hubo responsabilidad hospitalaria, médica o de la paciente, así como la causa que la provocó, y si fué previsible o no previsible (1).

El Comité de Relaciones de Salud Pública de la Academia de Medicina de New York, en 1917 se interesó por el problema de Mortalidad Materna y nombró un Comité para el estudio estadístico del mismo (2).

El Comité Nacional sobre Bienestar Materno - fué fundado en 1920, con el objeto de analizar las muertes maternas en el Estado de New York. Posteriormente se formó el Comité de Bienestar Materno de la Unión Americana, con el mismo objetivo. Después se organizaron Comités de Mortalidad Materna en diversos países (2).

La Organización Mundial de la Salud apoyó a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, fundando el Comité Internacional de Estudios de Mortalidad Materna que permitiría obtener información adecuada sobre causas de mortalidad, dando normas y reglamentos para ser aplicados por comités similares en países federados (2).

El 10 de Mayo de 1972 por Derecho Presidencial queda estructurada la Dirección General de Atención Médico Materno Infantil, auspiciada por la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (3).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, el 10. de Junio de 1971, se constituyen los Comités de Mortalidad Materna, delegando a la Jefatura de Enseñanza e Investigación, la coordinación de los mismos (4). En nuestro medio, dado el interés de me jo ra r la Salud del País, por medio de la Atención Materno Infantil y la solución de un problema de - Salud Pública tam importante, se crea en México el Comité Nacional de Estudios de Mortalidad Materna en 1975 (4).

El 7 de Febrero aparece en el Diario Federal de la Nación, la Ley General de Salud, la cual en su Capítulo V, Artículo 62, dispone: "En los ser vi ci os de salud se promoverá la Organización Insti tu ci o n a l de Co m i t é s de Prevención de Mortalidad Ma te r na e Infantil, a efecto de conocer, sistemati z a r y evaluar el problema y adoptar medidas condu ci e n te s". (4).

El 10 de Agosto de 1984, en los diarios de ma yo r circ ula ci o n de la República, apareció publica do el Programa Nacional de Salud 1984-1988, de la S.S.A., dentro de este programa se describen dife

rentes acciones para proteger a las mujeres durante el embarazo y puerperio, pero resalta por su importancia lo referido en el Capítulo de Metas, Subcapítulo Mortalidad, en donde textualmente se especifica: "Disminuir la tasa de mortalidad materna - de 0.9 fallecimientos por mil nacidos vivos a 0.5 en 1988." (4).

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron 61 expedientes por muerte materna presentadas en el H.G.O. 3 CM "LA RAZA" del Instituto Mexicano del Seguro Social del 1o. de Enero de 1983 al 31 de Agosto de 1985.

Se analiza en cada uno de los expedientes diferentes variables haciendo 5 grupos de análisis, los cuales son: Toxemia, Hemorragia, Infección, Otras Causas y finalmente en Forma Global.

En cada uno de los expedientes se analizaron las siguientes variables

1. Causa principal de muerte
2. Edad de la paciente
3. Edad gestacional
4. Número de embarazos y la vía de terminación
5. Consultas recibidas
6. Tipo de Cirugía
7. Muerte previsible
8. Responsabilidad Profesional
9. Responsabilidad Institucional
10. Responsabilidad de la Paciente

R E S U L T A D O S

. La enfermedad hipertensiva del embarazo continúa siendo la primera causa de muerte obstétrica - en el H.G.O. 3.

El reporte del Comité Central de Mortalidad - del I.M.S.S., indica que este síndrome no solamente ocurre en el área urbana, sino también en el ámbito rural (5).

Tomando en cuenta la edad, el predominio fué entre los 20 - 35 años (Cuadro No. 1).

T O X E M I A
E D A D E S

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|------------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| - 20 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| 20 - 35 | 7 | 4 | 7 | 18 |
| + 35 | 1 | 5 | 2 | 8 |
| T O T A L | 8 | 10 | 10 | 28 |

CUADRO NO. 1

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

En relación a los antecedentes de gravidéz, no fueron las grandes multíparas las que predominaron. Se tiene como promedio de 2 a 4 gestaciones (Cuadro No. 2).

T O X E M I A
G E S T A S

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|-----------|------|------|------|-------|
| 1 | 3 | 1 | 1 | 5 |
| 2 - 4 | 2 | 5 | 7 | 14 |
| 5 Ó MÁS | 3 | 4 | 2 | 9 |
| T O T A L | 8 | 10 | 10 | 28 |

CUADRO NO. 2

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

Sin embargo se reporta que las primigestas y las grandes multiparas tienen un factor de riesgo elevado y son las más expuestas a morir del síndrome.

La vía de interrupción del embarazo fue la cesárea (Cuadro No. 3)

T O X E M I A
VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|-----------|------|------|------|-------|
| CESÁREA | 6 | 7 | 9 | 22 |
| PARTO | 2 | 3 | 1 | 6 |
| T O T A L | 8 | 10 | 10 | 28 |

CUADRO NO. 3

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

En relación a la edad gestacional y dado que este problema se considera de riesgo alto, la interupción del embarazo conlleva a obtener productos prematuros, acarreado la morbi-mortalidad del recién nacido (Cuadro No. 4).

T O X E M I A
SEMANAS DE GESTACION

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|-----------|------|------|------|-------|
| - 20 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 20 - 27 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 28 - 37 | 6 | 4 | 6 | 16 |
| 38 - 41 | 2 | 5 | 4 | 11 |
| 42 ó MÁS | 0 | 0 | 0 | 0 |
| T O T A L | 8 | 10 | 10 | 28 |
| + GEMELAR | | | | |

CUADRO NO. 4

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

Coincidiendo en las muertes por eclampsia, la vía de interrupción del embarazo que fué la cesárea, efectuada en muchas ocasiones muy precozmente después del ingreso de la paciente y antes de lograr un control médico satisfactorio (Cuadro No. 5). Es sabido que en estas condiciones el trauma obstétrico y quirúrgico pueden actuar como factor precitante de la muerte.

T O X E M I A
TIPO DE CIRUGIA

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|---------------|------|------|------|-------|
| CESÁREA | 7 | 7 | 7 | 21 |
| PARTO | 1 | 3 | 1 | 5 |
| H.T.A. POSTP. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| H.T.A. POSTC | 0 | 0 | 2 | 2 |
| T O T A L | 8 | 10 | 10 | 28 |

CUADRO NO. 5

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

La previsibilidad por diagnóstico y atención prenatal mostró que se había tenido un mínimo de atención satisfactoria prenatal. Este hecho induce a la reflexión de que es factible que un buen número de tales consultas no cubrieren los requisitos mínimos de calidad (Cuadro No. 6).

T O X E M I A
CONSULTAS

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|-----------|------|------|------|-------|
| 0 | - | 4 | 4 | 8 |
| 0 - 1 | - | 3 | 4 | 7 |
| 2 - 4 | - | 4 | 4 | 8 |
| 5 Ó MÁS | - | 3 | 2 | 5 |
| T O T A L | 0 | 14 | 14 | 28 |

CUADRO NO. 6

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

• Por otra parte el diferimiento de conducta y tratamiento en pacientes toxemias ya clasificadas hizo que se contemporizaran procedimientos y se re clasificaran las pacientes llevando a falsas apreciaciones médicas que redundaron en perjuicio de las pacientes.

Lo más notorio en cuanto a manejo de este problema es que la responsabilidad de muerte se dió en mayor proporción a responsabilidad profesional (Cuadro No. 7).

T O X E M I A
RESPONSABILIDAD

| | 1983 | 1984 | 1985 |
|---------------------------------|------|------|------|
| PROFESIONAL | 8 | 7 | 8 |
| INSTITUCIONAL (HOSPITALARIA) | 2 | 2 | 1 |
| DE LA PACIENTE | 2 | 2 | 6 |
| NO DETERMINADA | 3 | 0 | 0 |

CUADRO NO. 7

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

La toxemia se presenta particularmente al final de la gestación, por lo que es necesario una vigilancia prenatal más incisiva sobre los casos de riesgo alto. La previsibilidad fué posible en 2 casos y 5 no previsible (Cuadro No. 8).

T O X E M I A
PREVISIBILIDAD

| | 1983 | 1984 | 1985 |
|---------------------------------------|------|------|------|
| PREVISIBLE AL INGRESO DE LA UNIDAD | 1 | 0 | 1 |
| NO PREVISIBLE AL INGRESO DE LA UNIDAD | 4 | 0 | 1 |

CUADRO NO. 8 H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

La hemorragia ocupa el segundo lugar de causa de muerte materna en el H.G.O. 3.

Podemos decir que las cifras estadísticas son similares entre la hemorragia y la toxemia en lo que se refiere a edad, gestaciones y edad gestacional (Cuadros No. 9, 10, 11).

H E M O R R A G I A
E D A D E S

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| - 20 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 20 - 35 | 9 | 2 | 3 | 14 |
| + 35 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| T O T A L | <u>11</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>16</u> |

CUADRO NO. 9 H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

H E M O R R A G I A
G E S T A S

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| 1 | 4 | 0 | 0 | 4 |
| 2 - 4 | 5 | 1 | 2 | 8 |
| 5 Ó MÁS | 2 | 1 | 1 | 4 |
| T O T A L | <u>11</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>16</u> |

CUADRO NO. 10

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

H E M O R R A G I A
SEMANAS DE GESTACION

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| - 20 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 20 - 27 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 28 - 37 | 4 | 0 | 2 | 6 |
| 38 - 41 | 6 | 2 | 0 | 8 |
| 42 Ó MÁS | 0 | 0 | 1 | 1 |
| T O T A L | <u>11</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>16</u> |

CUADRO NO. 11

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

Sin embargo hay variante en cuanto a la terminación del embarazo, siendo en este grupo el parto la via de elección (Cuadro No. 12).

H E M O R R A G I A
VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|-----------|-----------|----------|----------|-----------|
| CESÁREA | 5 | 0 | 1 | 6 |
| PARTO | 5 | 2 | 2 | 9 |
| ABORTO | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ECTOPICO | 1 | 0 | 0 | 1 |
| T O T A L | <u>11</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>16</u> |

CUADRO NO. 12

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

El número de consultas es mínimo, traduciendo por lo tanto una atención prenatal inadecuada (Cuadro No. 13).

H E M O R R A G I A
C O N S U L T A S

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|-----------|----------|----------|----------|----------|
| 0 - 1 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| 2 - 4 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 5 ó MÁS | 0 | 1 | 0 | 1 |
| T O T A L | <u>0</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>5</u> |

CUADRO NO. 13

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

La histerectomía post parto es dominante en este grupo como solución al problema de sangrado, ocupando la histerectomía post cesárea el siguiente lugar (Cuadro No. 14).

H E M O R R A G I A
TIPO DE CIRUGIA

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|-------------------------------|-----------|----------|----------|-----------|
| LEGRADO | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PARTO | 1 | 0 | 0 | 1 |
| CESÁREA | 1 | 0 | 0 | 1 |
| CESÁREA HISTERECTOMÍA | 1 | 0 | 0 | 1 |
| HISTERECTOMÍA POST LEGRADO | 1 | 0 | 0 | 1 |
| HISTERECTOMÍA POST PARTO | 3 | 2 | 2 | 7 |
| HISTERECTOMÍA POST CESÁREA | 4 | 0 | 1 | 5 |
| ECTOPICO | 1 | 0 | 0 | 1 |
| LIGADURA DE HIPOGÁSTRICA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| T O T A L | <u>11</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>16</u> |

CUADRO NO. 14

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

La primera intervención quirúrgica es clave para la resolución del problema. Esta debió practicarse por personal técnicamente preparado y con

fiable, ya que de otra forma la cirugía múltiple no es rara. La previsibilidad se demuestra en el Cuadro No. 15.

H E M O R R A G I A
PREVISIBILIDAD

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|---------------------------------------|------|------|------|----------|
| PREVISIBLE AL INGRESO DE LA UNIDAD | 9 | 2 | 2 | 13 |
| NO PREVISIBLE AL INGRESO DE LA UNIDAD | 2 | 0 | 1 | <u>3</u> |
| | | | | 16 |

CUADRO NO. 16

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

Las muertes maternas por hemorragia surgen a partir de complicaciones que en la mayoría de los casos son susceptibles de prevenirse y resolverse. Por lo que, el análisis de los altos porcentajes de previsibilidad aumentan directamente la responsabilidad profesional (Cuadro No. 16).

H E M O R R A G I A RESPONSABILIDAD

| | 1983 | 1984 | 1986 |
|---------------------------------|------|------|------|
| PROFESIONAL | 10 | 2 | 2 |
| INSTITUCIONAL (HOSPITALARIA) | 6 | 2 | 1 |
| DE LA PACIENTE | 2 | 2 | 0 |
| NO DETERMINADA | 0 | 0 | 0 |

CUADRO NO. 16

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

Con la aparición de los antibióticos y las técnicas de asepsia y antisepsia, la mortalidad materna por infecciones ha disminuído considerablemente y actualmente ocupa el tercer lugar como causa de muerte materna en el H.G.O. 3. Según esta revisión, los resultados por grupos de edad y gestas son similares a los grupos anteriores (Cuadro No. 17 y 18).

I N F E C C I O N E S E D A D E S

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|-----------|------|------|------|-------|
| - 20 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 20 - 35 | 4 | 0 | 1 | 5 |
| + 35 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| T O T A L | 5 | 0 | 2 | 7 |

CUADRO NO. 17

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

I N F E C C I O N E S
G E S T A S

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|------------------|----------|----------|----------|----------|
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 - 4 | 4 | 0 | 1 | 5 |
| 5 ó MÁS | 1 | 0 | 1 | 2 |
| T O T A L | <u>5</u> | <u>0</u> | <u>2</u> | <u>7</u> |

CUADRO NO. 18

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

Este grupo varía en relación a los anteriores, que es en los dos primeros trimestres de la gestación, cuando aumenta en el H.G.O. 3 la mortalidad materna secundaria a infecciones (Cuadro No. 19).

I N F E C C I O N E S
SEMANAS DE GESTACION

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|------------------|----------|----------|----------|----------|
| - 20 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 20 - 27 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| 28 - 37 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 38 - 41 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 42 ó MÁS | 0 | 0 | 0 | 0 |
| T O T A L | <u>5</u> | <u>0</u> | <u>2</u> | <u>7</u> |

CUADRO NO. 19

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

Por lo que respecta a la atención prenatal, - también fue mínimo el número de pacientes que acudieron a este servicio y los resultados lo demuestran (Cuadro No. 20).

I N F E C C I O N E S
C O N S U L T A S

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|---------|----------|----------|----------|----------|
| 0 - 1 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 2 - 4 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 5 ó MÁS | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | <u>0</u> | <u>0</u> | <u>3</u> | <u>3</u> |

CUADRO NO. 20

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

La vía de la terminación del embarazo en este caso predominó el aborto debido a que el mayor número de muertes se presentó en los primeros meses de la gestación (Cuadro No. 21).

I N F E C C I O N E S
VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|---------|----------|----------|----------|----------|
| CESÁREA | 1 | 0 | 0 | 1 |
| PARTO | 1 | 0 | 1 | 2 |
| ABORTO | 3 | 0 | 1 | 4 |
| TOTAL | <u>5</u> | <u>0</u> | <u>2</u> | <u>7</u> |

CUADRO NO. 21

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

No hubo predominio en relación al tipo de cirugía, siendo variable su presentación (Cuadro No. 22)

I N F E C C I O N E S
TIPO DE CIRUGIA

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|------------------|----------|----------|----------|----------|
| LEGRADO+H.T.A. | 1 | 0 | 1 | 2 |
| CESÁREA+H.T.A. | 1 | 0 | 0 | 1 |
| LEGRADO | 2 | 0 | 0 | 2 |
| POST PARTO | 1 | 0 | 1 | 2 |
| POST CESÁREA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| T O T A L | <u>5</u> | <u>0</u> | <u>2</u> | <u>7</u> |

CUADRO NO. 22

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

H.T.A. HISTERECTOMÍA
TOTAL ABDOMINAL

La mortalidad materna por procesos infecciosos es en nuestro medio muy frecuente, debido a los abortos inducidos en forma inadecuada, y sin medidas de asepsia y antisepsia, por lo cual se aumenta considerablemente la responsabilidad materna y así mismo disminuye la previsibilidad de esta complicación. Aunado a la poca cooperación, negando desde el ingreso que se trata de un acto inducido (Cuadro No. 23 y 24).

OTRAS CAUSAS

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|---|----------|----------|----------|-----------|
| CARDIOPATIA | 3 | 1 | 1 | 5 |
| KCL | 1 | 0 | 0 | 1 |
| GUILLIAN BARRE | 1 | 0 | 0 | 1 |
| HEPATOPATIAS | 0 | 1 | 1 | 2 |
| NO DETERMINADA (CHOQUE CARDIO GÉNICO POST - PARTO) | 0 | 1 | 0 | 1 |
| T O T A L | <u>5</u> | <u>3</u> | <u>2</u> | <u>10</u> |

CUADRO NO. 25

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

Como en los casos anteriores fue más frecuente su presentación en pacientes con 2 ó más gestaciones. Posteriormente en primigestas y practicamente nulo en más de 5 gestas (Cuadro No. 26).

OTRAS CAUSAS

G E S T A S

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|-----------|----------|----------|----------|-----------|
| 1 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 2 - 4 | 4 | 2 | 2 | 8 |
| 5 ó MÁS | 0 | 0 | 0 | 0 |
| T O T A L | <u>5</u> | <u>3</u> | <u>2</u> | <u>10</u> |

CUADRO NO. 26

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

Practicamente se presentó en la tercera década de la vida, ésto llama la atención, ya que era de esperarse en mujeres jóvenes, aunque es igual al análisis de las entidades previas (Cuadro No. 27).

OTRAS CAUSAS
E D A D E S

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|-----------|----------|----------|----------|-----------|
| •- 20 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 20 - 35 | 5 | 3 | 2 | 10 |
| + 35 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| T O T A L | <u>5</u> | <u>3</u> | <u>2</u> | <u>10</u> |

CUADRO NO. 27

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

En estas pacientes, en las cuales se pueden detectar en la consulta prenatal algunas complicaciones, y llevar a cabo un manejo adecuado, no fue así, ya que tan solo asistieron en unas cuantas ocasiones (Cuadro No. 28).

OTRAS CAUSAS
CONSULTAS

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|-----------|----------|----------|----------|----------|
| 0 - 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 - 4 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 5 ó MÁS | 0 | 1 | 0 | 1 |
| T O T A L | <u>0</u> | <u>3</u> | <u>2</u> | <u>5</u> |

CUADRO NO. 28

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

En relación a las semanas de gestación, la com
plicación se presentó más frecuente en el segundo
trimestre, probablemente por que es en esta edad -
del embarazo cuando más se descompensan (Cuadro No.
29).

OTRAS CAUSAS
SEMANAS DE GESTACION

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|-----------|------|------|------|-------|
| - 20 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 20 - 27 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 28 - 37 | 2 | 2 | 1 | 5 |
| 38 - 41 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| 42 ó MÁS | 0 | 0 | 0 | 0 |
| T O T A L | 5 | 3 | 2 | 10 |

CUADRO NO. 29

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

La vía de terminación del embarazo fue predo
minante en esta serie del parto, y quedando en se-
gundo la cesárea como se puede apreciar (Cuadro -
No. 30).

OTRAS CAUSAS
VIA DE TERMINACION DEL ENBARAZO

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL |
|---------|------|------|------|-------|
| CESÁREA | 2 | 0 | 1 | 3 |
| PARTO | 2 | 3 | 1 | 6 |
| TOTAL | 4 | 3 | 2 | 9 |

CUADRO NO. 30

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

En otros casos, la responsabilidad profesional y hospitalaria van a disminuir y, por lo tanto, la responsabilidad de la paciente aumenta, debido a que eran pacientes no bien controladas y su embarazo se debió posponer hasta encontrarse en mejores condiciones, lo que hizo que no fueran previsibles las complicaciones al ingreso al hospital (Cuadros No. 31 y 32).

OTRAS CAUSAS
RESPONSABILIDAD

| | 1983 | 1984 | 1985 |
|---------------------------------|------|------|------|
| PROFESIONAL | 3 | 2 | 2 |
| INSTITUCIONAL (HOSPITALARIA) | 1 | 0 | 0 |
| DE LA PACIENTE | 2 | 4 | 2 |
| NO DETERMINADA | 2 | 0 | 0 |

CUADRO NO. 31 H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

OTRAS CAUSAS
PREVISIBILIDAD

| | 1983 | 1984 | 1985 |
|--|------|------|------|
| PREVISIBLE AL INGRESO DE LA UNIDAD | 2 | 3 | 0 |
| NO PREVISIBLE AL INGRESO DE LA UNIDAD | 3 | 1 | 2 |

CUADRO NO. 32 H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

Finalmente se analizan en forma global los ca sos de mortalidad materna, llegan en 1983 a un índice de 30 casos por 10,000 nacidos vivos; en 1984 a 15 por 10,000 y en 1985 a 27 por 10,000 nacidos vivos (Cuadro No. 33).

MORTALIDAD GLOEAL

| AÑO | CASOS | NACIDOS VIVOS | % |
|-----------|-------|------------------------------|------|
| 1983 | 29 | 8818 | 3.28 |
| 1984 | 15 | 9810 | 1.52 |
| 1985 | 17 | 6295 (Hasta el 31 de Agosto) | 2.57 |
| T O T A L | 61 | 24 923 | 2.4 |

CUADRO NO. 33

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

CAUSAS DE MORTALIDAD

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL | % |
|--------------|------|------|------|-------|------|
| TOXEMIA | 8 | 10 | 10 | 28 | 45.9 |
| HEMORRAGIA | 11 | 2 | 3 | 16 | 26.2 |
| INFECCIÓN | 5 | 0 | 2 | 7 | 11.4 |
| OTRAS CAUSAS | 5 | 3 | 2 | 10 | 16.3 |
| T O T A L | 29 | 15 | 17 | 61 | 99.8 |

CUADRO NO. 34

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

En el Cuadro No. 34 se analizan en forma glo-

bal las causas de muerte materna ocurridas en el H.G.O. 3 CM "LA RAZA". Y como era de esperarse, el primer lugar lo ocupa la toxemia, con un porcentaje de 45.9; siguiendo 26.2 % para la hemorragia y finalmente la infección con un 11.4 %.

En lo que se refiere a las gestas, lo que con anterioridad se presumía, que las multigestas presentaban mayor mortalidad, en este caso fué más frecuente la mortalidad en las pacientes con 2 a 4 gestas y posteriormente las pacientes con más de 5 embarazos (Cuadro No. 35).

| G E S T A S | | | | | |
|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL | % |
| 1 | 8 | 2 | 1 | 11 | 18.0 |
| 2 - 4 | 15 | 8 | 12 | 35 | 57.3 |
| 5 ó MÁS | 6 | 5 | 4 | 15 | 24.5 |
| T O T A L | <u>29</u> | <u>15</u> | <u>17</u> | <u>61</u> | <u>99.8</u> |

CUADRO NO. 35

Igualmente antes la mortalidad se presentaba con mayor frecuencia en mujeres jóvenes o en pacientes añosas. En este registro se presentó con mayor frecuencia a pacientes en edades de 20 - 35 años (Cuadro No. 36).

E D A D

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL | % |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| - 20 | 1 | 1 | 2 | 4 | 6.5 |
| 20 - 35 | 25 | 9 | 13 | 47 | 77.0 |
| + 35 | 3 | 5 | 2 | 10 | 16.3 |
| T O T A L | <u>29</u> | <u>15</u> | <u>17</u> | <u>61</u> | <u>99.8</u> |

CUADRO NO. 36

La vía de terminación del embarazo fue preferente para la operación cesárea, seguido del parto, aborto y embarazo ectopico (Cuadro No. 37).

VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL | % |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| CESÁREA | 14 | 7 | 11 | 32 | 53.3 |
| PARTO | 10 | 8 | 5 | 23 | 38.3 |
| ABORTO | 3 | 0 | 1 | 4 | 6.6 |
| ECTOPICO | 1 | 0 | 0 | 1 | 1.6 |
| T O T A L | <u>28</u> | <u>15</u> | <u>17</u> | <u>60</u> | <u>99.8</u> |

CUADRO NO. 37

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

Es de esperarse que por el tipo de hospital - en el cual se atiende embarazo de alto riesgo, la frecuencia de la Cesárea sea mayor, y por lo mismo, las complicaciones más frecuentes deriven de la

cesárea (Cuadro No. 38).

TIPO DE CIRUGIA

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL | % |
|-------------------------------|------|------|------|-------|------|
| LEGRADO | 1 | 0 | 0 | 1 | 1.6 |
| PARTO | 5 | 6 | 3 | 14 | 23.3 |
| CESÁREA | 9 | 7 | 8 | 24 | 40.0 |
| CESÁREA HISTERECTOMIA | 3 | 0 | 0 | 3 | 5.0 |
| HISTERECTOMIA POST LEGRADO | 2 | 0 | 1 | 3 | 5.0 |
| HISTERECTOMIA POST PARTO | 3 | 2 | 2 | 7 | 11.6 |
| HISTERECTOMIA POST CESÁREA | 4 | 0 | 3 | 7 | 11.6 |
| ECTOPICO | 1 | 0 | 0 | 1 | 1.6 |
| LIGADURA DE HIPOGASTRICAS | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | | | 99.7 |

CUADRO NO. 38

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

Se analizan en el Cuadro No. 39 el número total de consultas que se brindaron en los casos de mortalidad. Del total de las pacientes, 18 (29.5%) no asistieron a ninguna consulta, 16 asistieron de 1 a 2 consultas (26.2%), 17 asistieron de 3 a 5 - consultas (27.8%) y tan solo 10 asistieron a más - de 5 consultas (16.4%).

NUMERO DE CONSULTAS

| | 1983 | 1984 | 1985 | TOTAL | % |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| 0 | 5 | 4 | 9 | 18 | 29.5 |
| 1 - 2 | 3 | 6 | 7 | 16 | 26.2 |
| 3 - 5 | 12 | 4 | 1 | 17 | 27.8 |
| + 5 | 9 | 1 | 0 | 10 | 16.4 |
| T O T A L | 29 | 15 | 17 | 61 | 99.9 |

CUADRO NO. 39

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

Asimismo, se analizan por años y globalmente la previsibilidad del total de los 61 casos (Cuadro No. 40).

MUERTE PREVISIBLE

| NO. DE CASOS | AÑO | P R E V I S I B L E | | N O P R E V I S I B L E | |
|------------------|------|---------------------|------------|-------------------------|------------|
| | | GENERAL | AL INGRESO | GENERAL | AL INGRESO |
| 29 | 1983 | 28 | 14 | 1 | 15 |
| 15 | 1984 | 14 | 10 | 1 | 5 |
| 17 | 1985 | 16 | 7 | 1 | 10 |
| T O T A L | | 58 | 31 | 3 | 30 |

CUADRO NO. 40

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

Finalmente se analizan la responsabilidad Profesional, Institucional y de la Paciente en los Cuadros No. 41, 42 y 43.

**RESPONSABILIDAD
PROFESIONAL**

| | | |
|-----------|----------------|--------|
| 1983 | 25 DE 29 CASOS | 40.9 % |
| 1984 | 10 DE 15 CASOS | 16.3 % |
| 1985 | 14 DE 17 CASOS | 22.9 % |
| T O T A L | 49 DE 61 CASOS | 80.1 % |

CUADRO NO. 41

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

**RESPONSABILIDAD
INSTITUCIONAL**

| | | |
|-----------|----------------|--------|
| 1983 | 10 DE 29 CASOS | 16.3 % |
| 1984 | 4 DE 15 CASOS | 6.5 % |
| 1985 | 3 DE 17 CASOS | 4.9 % |
| T O T A L | 17 DE 61 CASOS | 27.7 % |

CUADRO NO. 42

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

**RESPONSABILIDAD
DE LA PACIENTE**

| | | |
|-----------|----------------|--------|
| 1983 | 8 DE 29 CASOS | 13.1 % |
| 1984 | 12 DE 15 CASOS | 19.6 % |
| 1985 | 10 DE 17 CASOS | 16.3 % |
| T O T A L | 30 DE 61 CASOS | 49.0 % |

CUADRO NO. 43

H.G.O. 3 CM "LA RAZA"

RESUMEN Y CONCLUSIONES

. La tasa de mortalidad del 1o. de Enero de 1983 al 31 de Agosto de 1985 fué de 2.4 ‰ calculada (Número de defunciones por 1000 entre el número de nacidos vivos), los nacidos vivos fueron 24,923.

El predominio por edad, corresponde a la tercera década de la vida, tratándose en la mayoría - con edad de 21 a 35 años, misma que se correlaciona con el período más fértil de la mujer.

En relación a los antecedentes obstétricos, el mayor porcentaje correspondió a pacientes con 2 a 4 embarazos, con un total de 35 y que corresponde al 57.3 ‰, el segundo grupo fue grandes multiparas (15) con 24.5‡. El tercero para primigestas (11) con 18 ‰. Como se ve, en contra de lo tradicionalmente conocido, el grupo de grandes multiparas no fue el de mayor mortalidad.

La intervención quirúrgica predominante fue la Cesárea Kerr (32) en el 53.3 ‰ la reintervención más común fue la histerectomía total abdominal (17) 27.8 ‰.

Por tratarse de un hospital de concentración, el estado de las pacientes a su ingreso fué grave, ya que todas las pacientes en estado crítico son manejadas en terapia intensiva, la mayoría de ellas fallecieron en ese servicio.

Las necropsias se solicitaron en todos los casos, realizándose 13 para dar un porcentaje de 21.3 %. Se obtuvo un porcentaje mínimo respecto a este estudio. En relación a lo anterior, se insiste en que el procedimiento es importante para completar el estudio de la paciente, teniendo en muy pocos casos el conocimiento verdadero de la causa de muerte.

En unos casos, no hubo la suficiente motivación y en otros, se careció de personal durante las guardias para que efectuaran dichas autopsias.

La mayoría de las muertes obstétricas fueron previsibles y, teniendo atención defectuosa en las Unidades de envío, adscripción u hospitales privados o en nuestra Unidad, condiciones adversas en la comunidad o, por no haber buscado o aceptado consejo o tratamiento.

En relación a los factores de responsabilidad, éstos son de tipo profesional, del Hospital, de las pacientes, de factores no determinados y, en la mayoría se encontró participación de varios de ellos, predominando la responsabilidad profesional (49) 80.1 %.

Los factores de responsabilidad fueron analizados también, de acuerdo a la participación de

los diferentes niveles de atención médica. Lo anterior permitió emitir sugerencias tendientes a me
jorar la calidad de la atención, a corregir desvia
ciones encontradas, contribuir a disminuir la tasa
de mortalidad materna, etc.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

SUGERENCIAS PARA NIVELES DE ATENCION MEDICA

PRIMER NIVEL

1. Mejor control médico prenatal, apegándose a lo establecido en las normas al respecto.
2. Asesoramiento por el Médico Gineco Obstetra en los casos que lo ameriten.
3. Cursos de capacitación que permitan la detección exacta y más oportuna de las complicaciones del embarazo.
4. Detectadas las complicaciones, envío oportuno a Unidades de Segundo o Tercer Nivel.
5. Mayor difusión de las campañas de Planificación Familiar.
6. Mejor integración de las notas médicas durante el control prenatal.
7. Valoración completa de los antecedentes obstétricos.
8. Concientizar a las pacientes sobre la conveniencia de asistir puntualmente a todas sus citas.

SEGUNDO NIVEL

1. Mejor supervisión de las actividades que realice el Personal Médico Becario.
2. Solicitar asesoramiento oportuno en pacientes que asistan a "Urgencias" y, que requieran valoración Gineco Obstétrica.
3. Que se cuente con reservas suficientes de sangre en sus Bancos, que se agilice su obtención y que se tenga mayor participación en la campaña de donación.
4. Dar difusión a las complicaciones derivadas de los abortos provocados.
5. Mejorar las condiciones preoperatorias de la paciente, incluyendo rutinariamente la valoración por anestesiología o de otras especialidades cuando se requiera.
6. Depuración de la técnica quirúrgica.
7. Elección mejor de los casos que requieran cirugía radical, evitando con ello la necesidad de reintervenciones.
8. Asesorarse de otras especialidades, en todos los casos que lo ameriten.
9. Que se cuente con todos los recursos para la solución de problemas Gineco Obstétricos.
10. Mejor vigilancia en Hospitalización y Recuperación.
11. Control adecuado de líquidos y sangre.

12. Envío oportuno a Unidades de Tercer Nivel, anotando en forma completa lo realizado.
13. No traslado de pacientes agónicas.
14. Llenado completo de la hoja de registro de - anestesia y recuperación.

T E R C E R N I V E L

1. Que todas la pacientes en estado crítico se manejen en Terapia Intensiva.
2. Revisión rutinaria y completa de todos los casos de cirugía programada.
3. En cirugía programada en Consulta Externa, valoración preoperatoria por Anestesiología.
4. No traslado de pacientes de Terapia Intensiva a pisos, durante los turnos vespertino y nocturno.
5. Trabajo en equipo en el manejo de los casos - en estado crítico, incluyendo asesoramiento - por otras especialidades del Centro Médico de "LA RAZA", cuando sea necesaric.
6. Uniformidad en el criterio de manejo diagnóstico-terapéutico entre los diferentes Servi - cios del Hospital.
7. Apegarse a lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos.
8. Enlistar en sitios estratégicos, en forma concreta los pasos a seguir en la Metodología - diagnóstico-terapéutica, de las pacientes en estado crítico.
9. Participación en los Cursos de Capacitación Contínua.
10. Mejor supervisión y asesoramiento al Personal Médico Residente.

11. Mayor vigilancia de las pacientes en las distintas secciones del Hospital.
12. Instruir al personal de Enfermería que no apli que soluciones que previamente no hayan sido indicadas por el Médico.
13. Que exista permanentemente personal circulante en quirófano y pasillos.
14. Verificar siempre el nombre del medicamento - al tomarlo, prepararlo y aplicarlo.
15. Registro de notas de evolución en Terapia Intensiva, Labor y Recuperación con intervalos de tiempo no tan prolongados.
16. Valoración Obstétrica oportuna con la colaboración de Medicina Interna, Anestesiología y Pediatría, para el momento más oportuno de la intervención o reintervención quirúrgica.
17. Participación de los Médicos de Base o Personal de Mayor Jerarquía o experiencia en cirugía complicada.
18. Asesoramiento de otras especialidades del Centro Médico "LA RAZA" durante la cirugía que lo requiere.
19. Realizar cirugía radical en los casos que lo ameriten para evitar reintervenciones.
20. Describir la técnica quirúrgica en la hoja co rrespondiente en forma completa.
21. Valoración del riesgo anestésico quirúrgico y del método por emplear.

22. Tomar en cuenta las sugerencias dadas por el Servicio de Anestesiología.
23. Contar con el Banco de Sangre del Hospital y tener reservas suficientes o que se agilice - su obtención y, tener mayor participación en la Campaña de Donación de Sangre.
24. Mejor selección e indicación de determinados fármacos.
25. Propugnar por la realización de Necropsias en todos los casos.

B I B L I O G R A F I A

1. Zetina-García, F., Rebolledo-Clement, M., Espinosa de los Reyes, V. Mortalidad Gineco-Obstétrica en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3, del IMSS Gineco. Obstet. Mex. 1970 28:653-666.
2. Marmol Jose., Sdiggins A., Vollman R. History of the Maternal Mortality study Committes in the United States. Obstet. Gynecol. 1969, 34:123-138.
3. Trejo-Ramírez C. Mortalidad Materna en el Hospital de la Mujer de la S.S.A. 1981-1983. Gineco. Obstet. Mex. 1985, 53:69-75.
4. Espinosa de los Reyes V. Comités de Estudio de Mortalidad Materna Evolución Histórica y Objetivos. Gineco. Obstet. Méx. 1985, 53:237-242.
5. La Mortalidad Materna y sus cinco principales causas en el IMSS, Fascículo I, Julio de 1985.
6. Angeles-Weintraub, C., Villalobos-Rosas, N., Valdés-Macho, J. Mortalidad Materna por Hemorragia. Análisis de Once Años. Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 IMSS. Gineco. Obstet. Méx. 1985, 53:107-113.
7. López-Llera, M., Rubio-Linares, G., Hernández Horta, J. Maternal mortality rates in eclam^{psia}. Am. J. Obstet. Gynecol. 1976, 124:149-155.
8. Augensen, K., Bergsjo Per. Maternal mortality in the Nordio Countries 1970-1979. Acta Obst. Gynecol. Scand. 1984, 63:115-121.

9. Moldin, P., Hokegard, K., Nielsen, T. Cesarean section and maternal mortality in Sweden 1973-1979. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.* 1984, 63: 7-11.
10. Kaunitz, A., Grimes, D., Hughes, J., Hogue, C. Maternal deaths in the United States by size of Hospital. *Obstet. Gynecol.* 1984, 64:311-314.
11. Chattopadhyay, S., Sengupta, B., Zaidi, Z., Showail, H. Maternal mortality in Riyadh, Saudi Arabia. *British Journal Obstet. Gynecol.* 1983, 90:809-814.