



11217
92
201

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital General de Acapulco, Gro.
S. S. A.

MORTALIDAD MATERNA

En el Hospital General Acapulco, Gro.

Tesis de Postgrado

Para obtener el título de especialista en:

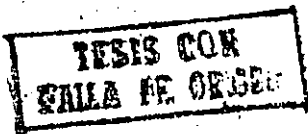
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a :

Dr. Víctor Manuel Hormigo Ezeta



Acapulco, Gro.



Febrero 1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

- INTRODUCCION
- ANTECEDENTES
- JUSTIFICACION
- OBJETIVOS
- DEFINICIONES Y CONCEPTOS
- COMITES
- MATERIALES Y METODOS
- ANALISIS Y RESULTADOS
- GRAFICAS
- CONCLUSIONES

INTRODUCCION

Aunque recientemente la disminución de la mortalidad materna ha sido notable, el índice no ha descendido aún todo lo que se podría conseguir, ni mucho menos. Si la mortalidad entre las madres de nivel socioeconómico bajo se redujera al índice de la de las de nivel más alto al proporcionarles los mismos cuidados que a éstas, si se eliminaran las muertes maternas por aborto ilegal y si la mitad de las muertes de madres, consideradas como evitables en los informes, lograran de hecho evitarse se podría salvar la vida de los dos tercios de las madres que mueren anualmente.

La mortalidad materna es más frecuente entre las capas socioeconómicamente más bajas de la sociedad. Muchas de estas muertes se deben a la carencia de medios adecuados, como -- clínicas prenatales debidamente distribuidas, unidades para la asistencia anteparto, escases de hospitales apropiados y falta de sangre disponible en cualquier momento. Otras muertes son causadas por errores del personal obstétrico. Entre los errores de omisión figura la falta de cuidados prenatales adecuados, control insuficiente de la mujer y del feto durante el parto, falta de observación minuciosa de la madre durante todo el parto y los primeros momentos del puerperio y la incapacidad de consultar con otros profesionales cuando el caso lo requiere.

re.

Entre los errores de comisión, el parto traumático ocupa un puesto importante.

Es sin duda necesario que las deficiencias en los cuidados de la madre sean las primeras en corregirse y los índices de mortalidad perinatal alcancen un mínimo irreductible.

El objetivo fundamental de la obstetricia es conseguir que cada embarazo sea deseado y culmine sin riesgo para la madre y con plena salud para el niño. La obstetricia lucha para reducir al mínimo el número de mujeres y de niños que mueren a consecuencia del proceso reproductor o queda física, intelectual o emocionalmente lesionados al finalizar esta experiencia.

Concierno asimismo a la obstetricia determinar el número de hijos que conviene tener y a qué intervalos para que el bienestar físico y emocional, tanto de la madre como de su familia, sea óptimo.

Este ideal es realizable y se logrará con toda seguridad, mediante los mismos métodos que han demostrado su eficacia en el pasado: Personal más y mejor entrenado y dependencias equipadas a disposición de todas las mujeres embarazadas y sus fetos y recién nacidos.

Este concepto de la obstetricia como ciencia social y biológica nos obliga a aceptar una responsabilidad sin precedentes en la medicina moderna.

ANTECEDENTES

1.- Sir. Willian Parr a finales del siglo XVIII marca el punto de partida de todos los estudios en que el dato cuantitativo adquiere importancia en la medición de las relaciones existentes entre la muerte y la enfermedad.

2.- En 1901 Jhon W Ballantine investiga las causas de la mortalidad materna.

3.- 1930 Harrison inició el estudio de la mortalidad materna en U.S.A.

4.- El primer comité de mortalidad materna en México, legalmente establecido por las autoridades de un hospital y con una organización bien definida, fué fundado en el Hospital de Gineco-Obstetricia del IMSS. el día 10. junio de 1971; pero en algunos hospitales del IMSS en los años sesenta, por iniciativa de directivos y jefes de servicios se formaron comisiones para estudiar y analizar casos de muerte y reportar resultados, extendiéndose posteriormente a otras instituciones.

5.- En el año de 1971 la federación mexicana de asociaciones de ginecología y obstetricia, presentó al consejo de salud y asistencia la propuesta para la fundación del comité nacional y comites locales de estudio de mortalidad materna.

Conciente de la necesidad de conocer las cifras las causas de muerte materna en nuestro país, y tener datos confia-

bles para realizar acciones tendientes a disminuir las cifras de mortalidad materna.

6.- El 10 mayo de 1972 se publicó en el diario oficial de la federación, el decreto cuyo primer acuerdo dispone-- " Para efectos de estadística y geografía médicas toda persona física o moral que preste atención obstétrica, deberá proporcionar a la S.S.A. los datos que esta solicite sobre defunciones a originadas por esta atención. Y en el segundo acuerdo se especifica que: " Se faculta a la Secretaría de Salubridad y Asistencia para expedir formularios, que serán de uso obligatorio y las cuales asegurarán el anonimato de todas las partes involucradas y deberán contener los datos relativos a cuidados prenatales, Historia Clínica en relación con el embarazo, parto; parto natural o prematuro, puerperio, exámenes de laboratorio, hallazgos postmortem, y además las que sean necesarias.

7.- Acatando el contenido del acuerdo Presidencial la Dirección General de Atención Materno infantil de la SSA., se aprobó en 1975 a la formación del Comité Nacional de Estudios de Mortalidad Materna, el cual trabajo de manera irregular y por motivos desconocidos dejó de funcionar.

8.- En algunas instituciones del Sector Salud principalmente en el IMSS, han continuado funcionando Comités de Mortalidad locales y nacionales.

JUSTIFICACION

El estudio biomédico de la muerte materna basa su importancia en la consecuencia que este hecho tiene para el desarrollo de la ciencia médica en general, en los aspectos de investigación, prevención, docencia e información. Así mismo, puede relacionarse con aspectos de índole sociopolítico entre los cuales, se pueden citar los concernientes a la legislación y la elaboración de normas y pautas de conducta para el personal médico y para-médico a nivel de la práctica privada e Institucional.

El número de muertes maternas por cada 100 000 nacimientos vivos ha disminuido notablemente en el último cuarto de siglo. Por ejemplo en E.U. sólo se produjeron 330 muertes en 1982 lo representa una tasa de 8.9. Recordando que en 1930 y en 1935 se produjeron 12,544 muertes es decir una tasa de 582.1. vease gráfica y cuadro no 1. Las hemorragias, la hipertensión, y sea inducida o agravada por el embarazo, y las infecciones continúan siendo todavía causa de la mitad de las muertes maternas en E.U. V.G.- en Texas, las muertes maternas directas se han producido en los últimos años fueron atribuibles a hemorragia en el 36 % , a trastornos hipertensivos de la gestación en el 24% y a un 21 % las infecciones. Las causas de la hemorragia son múltiples- V.G. hemorragia uterina inmediatamente después del parto, originada por el aborto, ruptura de la trompa de falopio, implanta--

ción o separación anormal de la placenta, ruptura uterina. La hipertensión inducida o agravada por el embarazo en gral. es una enf. agresiva progresiva aún sin etiología por lo tanto su manejo múltiple y empírico. La infección suele iniciarse en forma de metritis que algunas veces se propaga hasta formar cuadro de septicemia.

En nuestro país como en donde no se cuenta con estadísticas precisas se desconocen las causas y los efectos de la muerte materna. Aún así el INSS nos reporta una tasa 54.2 en 1984.

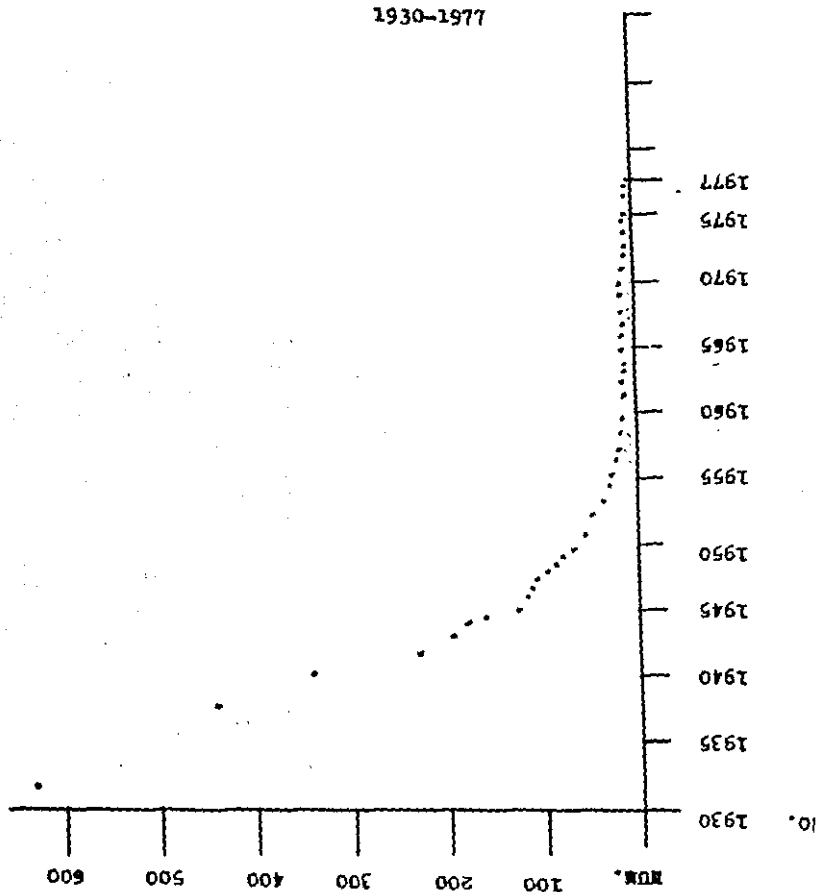
En el HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO SS. no se cuenta con ningún dato de la mortalidad materna apesar de que suceden la sorprendente reducción de la mortalidad en EU. cuadro 1 -- en los últimos 50 años se debe a múltiples factores y circunstancias. Sin Duda, se han realizado importantes mejoras y progresos en la práctica médica. El amplio uso de transfusiones sanguíneas y de los antibióticos y el mantenimiento del equilibrio ácido base en las graves complicaciones del parto, embarazo.

No menos importante es la intensa campaña de formación práctica obstétrica y programas de formación continuada -- que ha contribuido a la formación de especialistas más y mejor capacitados. NINGUNA RAMA DE LA MEDICINA SE HALLA TAN EXPUESTA COMO LA OBSTETRICIA A UN CUIDADOSO ESCRUTINIO PUBLICO

A pesar de todo esto en México aún quedan muchas zonas donde los servicios medicos son inadecuados o no hay.

Pero desde el punto de vista de una mejor atención durante el parto el mayor progreso en los últimos 50 años a sido

GRAFICA no.- 1
INDICES DE MORTALIDAD MATERNA
E.U.
1930-1977



el aumento en la proporción de parto en los hospitales .

MORTALIDAD MATERNA E.U.

1935-1982.

MUERTES MATERNAS		TASA POR 100 000 NACIDOS VIVOS		
AÑO	NUMERO.	TOTAL	BLANCOS	OTROS.
1935	12.544	582.1	530.6	945.7
1940	8.876	376.0	319.8	773.5
1945	5.668	107.2	172.1	454.8
1950	2960.	83.3	61.1	221.6.
1955	1.901	47.0	32.8	130.3
1960	1.579	37.1	26.0	97.9
1965	1.189	31.6	21.0.	83.7
1970	803	21.5	14.4	55.9
1975	403	12.8	9.1	29.0
1980	334	09.2	6.7	19.8
1982."	330	8.9	-	-

PROVISIONAL."

OBJETIVOS

- 1.- Conocer los índices de mortalidad materna en la unidad hospitalaria.
- 2.- Reducir los índices de mortalidad materna.
- 3.- Estimular la formación de los Comités de Mortalidad.
- 4.- Tener un mejor conocimiento del número y causas de muerte maternas en el Hospital General de A--capulco, determinando en cada muerte los factores causantes o concurrentes en el hecho, que contribuyen a explicar la naturaleza de las muertes, su previsibilidad.
- 5.- Evaluación del nivel médico profesional
- 6.- Mejoría en la atención obstétrica hospitalaria
- 7.- Preparación de material estadístico para nuevas investigaciones.
- 8.- Mejorar el Dx establecido en los certificados de defunción.
- 9.- Alentar el estudio de la Autopsia en el hospital.
- 10.- Difundir experiencias y conocimientos obtenidos en este estudio.
- 11.- Educación al público en general a fin de formar en conciencia de su participación en el problema.

DEFINICIONES Y CONCEPTOS

MUERTE MATERNA.

Es la muerte de una mujer, debida a cualquier causa, - mientras está embarazada o dentro de los 42 días que siguen a - la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo.

Las muertes maternas en general se clasifican como si gue:

1.- MUERTE MATERNA OBSTETRICA: Es la resultante de causas obstétricas directas o indirectas, según se definen a continuación.

a).- Muerte obstétrica directa: Es la debida a complicaciones obstétricas del estado grávido puerperal (embarazo, parto y puerperio), por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o de una serie de acontecimientos originados por cualquiera de las circunstancias mencionadas.

CAUSAS: Hemorragias.

Toxemia.

Infeción.

Accidentes Vasculares.

Anestesia.

Otros.

Indeterminadas.

b).- Muerte obstetrica Indirecta: Es la resultante de una enfermedad pre-existente, que se desarrolla durante el embarazo y no se debe a causas obstétricas directas, pero que durante el embarazo fué agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.

CAUSAS: Enfermedades cardíacas.

Vasculares.

Del aparato reproductor.

Hepaticas.

Pulmonares.

Metabólicas.

Otras.

Indeterminadas.

2.- MUERTE MATERNA NO OBSTETRICA; Es la que resulta de causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo y su manejo.

CAUSAS: Enfermedades infecciosas transmisibles, no

Discrasias sanguíneas.

Malignidad.

Suicidio.

Assinato.

Otras.

Indeterminadas.

El termino Indeterminada es una categoría necesaria, la cual debe ser reducida tanto como se posible, especialmente a través del uso de anotaciones adecuadas y autopsias.

En cuanto a su previsibilidad se clasifica así:

MUERTE PREVISIBLE: Es la muerte ocasionada por atención defec--
tosa en la unidad obstétrica, atención defectuosa en otros ser
vicios de maternidad antes de admisión a la unidad, por condicio
nes adversas en la comunidad ,tales como transportación inadecua
da falta de confianza en los servicios o debido a no haber bus
cado o aceptado consejo o tratamiento y otras.

MUERTE PROBABLEMENTE NO PREVISIBLE: Incluye aquellos casos en
que no se puede establecer ningún tratamiento por lo avanzado -
de la enfermedad al ser vista en la unidad hospitalaria. Por -
ejemplo: Nefritis crónica avanzada, enfermedad cardíaca avanzada-
colagenopatía grave. etc.

MUERTE INEXPLICABLE: Es la muerte acaecida en la unidad medica
y que por diversas circunstancias no fue posible estudiar a la
paciente directa o indirectamente, no se practicó ningún tipo de
estudios pre o post mortem y por lo tanto no existen datos para
fundamentar un diagnóstico. La responsabilidad debe de ser de--
terminada siempre que sea posible y se refiere a aquella respon
sabilidad del médico, enfermera, hospital, paciente o sus combina
ciones que hayan contribuido en el fallecimiento de la paciente

Tambien se clasica segun la etapa del estado gravido-
puerperal en que ocurrio la muerte materna y es como sigue:

MUERTE MATERNA ANTERPARTO. - Es la muerte que ocurre desde la --
semana 21 de gestacion hasta el inicio del trabajo de parto.

MUERTE MATERNA INTRAPARTO.- Es aquella que se presenta desde el
inicio del trabajo de parto hasta la expulsión del producto.

MUERTE MATERNA EN EL PUERPERIO INMEDIATO.- Es el fallecimiento -
materno que se presenta durante un periodo que va desde el parto

hasta los primeros 7 días.

MUERTE MATERNA EN EL PUERPERIO TARDIO.— Es el fallecimiento ma
terno que se presenta durante el período comprendido que va --
desde el 8o. al 24o. día después de la terminación del embara
so.

Esta última clasificación es para fines comparativos
ya que no siempre es posible seguir todos los casos hasta el -
fin del puerperio.

INDICE DE MORTALIDAD MATERNA; TOTAL:

De acuerdo con la clasificación general de muertes ma
ternas, y con objeto de tener información, tanto del número total
de muerte maternas obstetricas, (el cual constituye un exponen
te de la calidad de la atención obstétrica), se definen los si-
guientes puntos.

1.- Índice de mortalidad materna total: Es el número de muertes
maternas (obstétricas directas, indirectas y no obstetricas)
por 100 000 nacidos vivos, considerando a este último término co
mo el nacimiento de un producto vivo que pesa 1 000 gra. o más-
en ausencia de peso conocido, puede tomarse como base una edad eg
timada del embarazo en 28 semanas o más, calculada desde el pri-
mer día del último período menstrual normal. Las cifras que con
tribuyen al numerados y al denominador deberán de corresponder-a
al mismo período de tiempo-.

2.- Índice de mortalidad obstetrica: Se define de la misma mane
ra que la anterior, pero solamente el número de muertes obstetricas
cas e indirectas, es decir excluyendo los casos de muerte no obs
tétrica.

FACTORES DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.-

Este punto se refiere a los casos que parecen ser errores de diagnóstico, de juicio, de manejo y de técnicas e incluye fallas para reconocer oportunamente la complicación o su evaluación apropiada. También incluye precipitaciones imprudentes, demoras en la intervención quirúrgica, defecto en la utilización de métodos actualizados de diagnóstico y tratamiento, servicios técnicamente ineptos y aquellas deficiencias que pudieran haberse advertido con una apropiada y oportuna consulta.

FACTORES DE RESPONSABILIDAD HOSPITALARIA.-

Estos se relacionan con las facilidades, equipos y personal inadecuados. En términos de Obstetricia Moderna, los riesgos del parto no pueden afrontarse con éxito a menos que la unidad hospitalaria cuente entre otras cosas con:

- Una sección de obstetricia bien dirigida y planeada
- Un Banco de sangre.
- Un servicio competente las 24 hrs.
- Facilidades adecuadas de Rx y de otros métodos de gabinete.
- Facilidades adecuadas de laboratorio durante las 24 hrs.
- Una unidad de cuidado intensivos.

FACTORES DE RESPONSABILIDAD DE LA PACIENTE.

Este factor debe de ser aceptado, pero nunca como una excusa para no reconocer una incompetencia profesional. Se re-

fiere a las muertes que resultan de una complicación, para la --
cual el tratamiento médico habitualmente tiene éxito, pero para
el cual la paciente retrasó en su visita inicial, por falla en
obtener cuidado médico cuando los síntomas fueron evidentes, por
no seguir los consejos y las instrucciones del médico y aque---
llas circunstancias en que la paciente contribuyo directa o in
directamente a una situación que determinó el padecimiento.

FACTORES NO DETERMINADOS.-

Si por una evidencia inadecuada no se puede tomar una
decisión, así la negligencia en el cuidado de la paciente sea g
parente, es preferible indicar que factores de responsabilidad -
no son dterminables, pero siempre deberá reali,arse un esfuerzo
para determinar su previsibilidad y localizar los factores de -
responsabilidad.

PARTO.- Es la expulsión o extracción completa de feto, indepen--
dientemente de si se ha seccionado o no el cordón umbilical o -
de si se ha expulrado la placenta, fetos que pesan mas 500 gra.
si no se disponen peso al nacer, 500 gr. suelen equipararse a -
una longitud corporal de 25 cm, vértice talón. Un Tiempo de ges-
tación de 20 semanas suele considerarse equivalente a u peso -
fetal de 500 gpero es más probable que esto ocurra a la 22o. sem
ana.

INDICE DE FERTILIDAD.- Se refiere al número de nacidos vivos -
por 1000 mujeres de 15 a 45 años de edad.

PARTO DE FETO VIVO. - Siempre que el niño en el parto o algún -
tiempo después de él respira en forma espontanea o muestra --

cualquier otro signo de vida, como latidos cardiacos o movimientos espontaneos. y movimientos de musculatura voluntaria, se registra como nacido vivo.

PARTO FETO MUERTO.- En el parto o despues de él no existes ningun dato de vida.

INDICE DE NATALIDAD.- El número de nacimientos por 1000 habitantes es el indice bruto de natalidad.

PESO BAJO AL NACER.- Si el peso obtenido despues del nacimiento es inferior a 2.500 g.

RECIEN NACIDO A TERMINO.- Niño nacido entre las semanas 37 y la 41. semanas de gestación 260-287 dias . Esta definición implica que el nacimiento que se produce por cualquier momento comprendido dentro de este periodo es óptimo, mientras que el tiene lugar antes o despues no lo es.

RECIEN NACIDO PRETERMINO O PREMATURO.- Niño nacido antes de completar las 37 sem.

RECIEN NACIDO POSTERMINO.- Niño nacido a las 42 sem de edad gestacional .

ABORTO.- Feto o embrión extirpado o expulsado del útero durante la primera mitad del embarazo (20 semanas o menos), o que pesa menos de 500 g. o mide menos de 25 cm.

COMITES.

Este tipo de estudios requiere la formación de un -- grupo formal, cuya existencia esté legalmente reconocido dentro de una estructura médica dada. La Federación Internacional de Ginecoobstetricia (F.I.G.O.) ha impulsado la creación de los llamados comités o comisiones de mortalidad materna, entre las - asociaciones nacionales de esta rama, quienes a su vez, han presentado su colaboración para llevar la idea hasta nivel local.

Ya que estos Comités son de vital importancia para el estudio de la muerte materna se dara una revisión de los puntos mas importantes para su formación.

En cumplimiento del decreto presidencial publicado en el diario oficial de la Federación el 10 mayo de 1972 y el artículo 62 del capítulo V de la Ley General de Salud, publicada en el mismo diario, el 7 de febrero de 1984. Se da inicio a la formación de comités. En nuestro país no se conoce la cifra real de mortalidad materna, tampoco se conocen datos bien documentados de todas las instituciones que forman el sector salud.

Universalmente esta aceptado que la forma más adecuada para conocer y abatir las cifras de mortalidad es la organización de los Comités de mortalidad materna en unidades medicas coordinadas por un comité Nacional de Mortalidad materna.

A través del conocimiento de los datos estadísticos y

diferentes aspectos en relación al fallecimiento de datos estadísticos que nos proporcionan los comités se pueden establecer acciones tendientes a mejorar los servicios de asistencia, docencia e investigación cuyo resultado final estré directamente ligado con las bajas de las causas responsables, de la mortalidad materna. La muerte materna no sólo significa la pérdida de un individuo, sino que incide sobre la integridad de la familia — que afecta la dinámica familiar y altera las relaciones psicosociales de los miembros de ellas. Por lo tanto hay que prevenir y evitar este evento

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE COMITES.-

a)- Generales.

1).- Conocer y reducir los índices de mortalidad materna en unidades hospitalarias de las distintas instituciones del Sector salud en toda la república Mexicana, que atienden mujeres durante el estado grávido puerperal, por medio de:

a.- Formación de comités de estudio de mortalidad materna en todas las unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel.

b.- Por información de los comités, tener un mejor conocimiento del número y causas de muerte materna ocurridas en las unidades hospitalarias, determinando en cada muerte, los factores causantes o concurrentes en el hecho, que contribuyen en el hecho, que contribuyan a explicar la naturaleza de las muertes, su previsibilidad y otros en forma más objetiva posible.

c.- Elevación del nivel médico profesional.

d.- Mejoría de la atención obstétrica hospitalaria.

e.- Preparación de estadísticas fidedignas y comparables.

de mortalidad materna correspondiente a su área, para la cual es necesario:

- 1.- Control de Diagnostico establecido en los certificados de defuncion, por medio de estudio individual de las causas certificadas de que se tenga noticia.
- 2.- Emplear criterios uniformes para el establecimiento de diagnósticos y la codificación de los mismos para lo cual hay que adherirse a los criterios, reglas y métodos aprobados internacionalmente.

b).- Especificos.-

1.- Estudio individual por el comité de la unidad hospitalaria, de todo caso de muerte materna, por medio de análisis científico completo y la discusión franca y honesta de sus causas, para lo cual es indispensable adherirse estrictamente a los principios éticos y legales que aseguran la anonimidad de todas las partes involucradas.

2.- Determinar la existencia y naturaleza de los factores pre visibles .

3.- Difundir la experiencia y conocimientos obtenidos por medio de reportes objetivos e impersonales de los casos estudiado

4.- Contribuir a la educación del médico especialista en Ginecología - Obstetra y del médico gral a fin de cumplir con el proposito de mejorar el nivel profecio al por los medios siguientes:

a.- Publicar periódicamente causas individuales de valor didáctico.

b.- Organizar cursos o simposia.

c.- Proporcionar a los hospitales, servicios y sociedades, casos interesantes para ser discutidos en sus secciones.

d.- Utilizar el material acumulado para la enseñanza - tanto en las escuelas y facultades de medicina como en las residencias hospitalarias de la especialidad.

5.- Educación al público en general, a fin de formar en él la conciencia del problema que representa la pérdida de una madre y de la participación que tienen en el problema.

6.- Reportar periódicamente al comité Nacional de Estudios de mortalidad Materna sus datos con el objeto de contribuir al conocimiento del problema en la República Mexicana y al disponer de información nacional el comité puede cumplir con los objetivos que se especifican en su organización y función.

INTEGRACION DE LOS COMITES.-

1.- Comité nacional.- Estara formado por un presidente, un secretario técnico, y 10 miembros: 1 de la Dirección General de Salud pública en el D.F. 1 de la DGSC del estado, 1 de la dirección G. de servicios médicos DIF. 5 miembros representantes de las instituciones de seguridad social, 1 de la asociación mexicana de hospitales y 1 miembro de la Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecoobstetricia, los cuales se reunirán en forma periódica. Los representantes serán designados por los titulares de cada dependencia.

2.- COMITE DE UNIDADES HOSPITALARIAS.- En toda unidad de la Re

pública Mexicana de segundo y tercer nivel que atienda a mujeres durante el estado grávido puerperal, pertenecientes a la SSA. a D.G.S.M. DDF. IMSS, ISSSTE, PEMEX, SDN, SMN, deberá organizarse un comite el cual esta formado por 5 miembros, preferentemente seran 3 ginecoobstetra, 1 anestesiólogo, 1 medico internista y un médico patólogo.

FUNCIONES DE LOS COMITES LOCALES DE ESTUDIO DE MORTALIDAD.

En las unidades de segundo y tercer nivel pertenecientes a la SSA, las funciones de los miembros que integran el comite de la unidad hospitalaria sera como sigue:

- 1.- El coordinador del comité local, citara a los miembros para revisar el reporte confidencial del caso.
- 2.- Ocurrida una muerte materna, el médico residente jefe de la guardia o la persona que tenga jerarquía similar, segurá los siguientes pasos;
 - a).- Recoger y ordenar la fotocopia del expediente clínico.
 - b).- Solicitar autopsia.
 - c).- Obtener una copia del certificado de Defunción.
 - d).- Informar al coordinador del comité.
 - e).- Si se realizó autopsia envio del resultado
- 3.- Con todos estos documentos el coordinador del comite llenara lo más pronto posible el reporte confidencial. VER HOJA.
- 4.- El reporte es absolutamente confidencial.
- 5.- El comite estudiara el caso.
- 6.- Terminara el llenado confidencial.

7.- Se entregara copia al director.

8.- Al finalizar cada año, el comité local realizará un análisis y evaluación de los resultados, presentandolo en sesión general del hospital y en la que se daran a conocer las tasas de mortalidad la problematica más frecuentemente presentada, con otros datos que consideren importantes y las alternativas de la solución.

9.- El comité tendrá un archivo en donde guardara bajo su responsabilidad en número progresivo el expediente de cada caso.

10.- Proporcionar material para enseñanza.

FORMA DE REPORTE DE CASOS DE MUERTE DE MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN UNIDADES MEDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA SECRETARIA DE ALIBRIDAD Y ASISTENCIA.

FECHA DEL REPORTE _____

NOMBRE DE LA UNIDAD _____

POBLACION _____ ESTADO _____

NOMBRE DE LA PACIENTE _____ EDAD _____

FECHA DE FALLECIMIENTO _____

MESES DE EMBARAZO AL MORIR _____

NUMERO DE EMBARAZOS ANTERIORES _____

FUE ATENDIDA _____

MEDICO ()
ENFERMERA ()
PARTERA ()
OTRA PERSONA () ESPECIFIQUE QUIEN _____

LA PACIENTE RECIBIO CONSULTA PRENATAL?:

SI ()
NO ()
SE DESCONOCE ()

LA MUERTE OCURRIO DURANTE:

EL EMBARAZO ()
EL PARTO ()

LA PACIENTE FALLECIO POR:

SANGRADO ()
PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA ()
INFECCION () OTRAS CAUSAS _____

MATERIALES Y METODOS.

1.- Se seleccionarán todos los casos de muerte materna que ocurrieron el período comprendido entre el 1o. Enero de 1985 al 31o. de Diciembre de 1987. En el Hospital General de Acapulco de la S.S.

2.- Se investigó en ellos: nombre de la paciente, sexo, edad, lug. origen, lug. residencia, edo civil, religión, ocupación, escolaridad. Antecedentes Heredo Familiares, Antecedentes Patológicos. Dentro de los Antecedentes Gineco-obstetricos se investigó menarca, ritmo, dismenorrea, inicio de vida sexual activa, gestas, paras, abortos, cesarea, obitos, partos anteriores características, planificación familiar, contról prenatal, evolución -- del embarazo actual, PUH. Se revisaron fecha probable de parto fecha de la muerte, si la muerte fué antes del parto, Causas de la muerte de acuerdo a lo registrado en el certificado de defunción, causas anatomicas de la muerte, Dx de admisión, Dx inicial de la sección a donde fué remitida, laboratorio, talla de la paciente, quién vigiló el embarazo, padecimiento actual, complicaciones del embarazo sus particularidades y el tratamiento empleado. Parto, fecha hora Sitio en donde se realizó el parto, observaciones durante el mismo Duració del parto, principio del parto, complicaciones en el periodo de dilatación tipo de parto.

Cantidad de sangre perdida, si las secundinas esta--

ban completas, anormalidades placentarias, persona que atendió el parto. Drogas utilizadas, anestesia y analgesia, drogas usadas -- método de anestesia empleado, persona que aplicó la analgesia y /o la anestesia. En el recién nacido condición del recién nacido APEAR, peso al nacer, malformación del producto, puerperio, el día que corresponde, si hubo Infección puerperal, agente causal, sitio Tromboembolismo, factores predisponentes, suspensión de la lactancia. Transfusión sanguínea, cuando, si se realizó autopsia, tipo - de intervención, fecha, hora, duración, tiempo de anestesia riesgo anestésico, Dx preoperatorio, cirujano, ayudante, tiempo transcurrido entre la decisión de la intervención y momento iniciada. Descripción del procedimiento, técnica, hallazgos y Dx. postoperatorio, hallazgos, complicaciones quirúrgicas, liq. administrados, reacciones transfusionales.

3.- Obtuvo No. ingresos, defunciones totales, defunciones materna, índice de nacidos vivos.

4.- Se realizaron porcentajes cuadros y gráficas de: Causas de muerte materna, según grupos de edad, atención prenatal según antecedentes de gravidez, vía de terminación del embarazo- condiciones del recién nacido, autopsias, tipo de muerte, muertes previsibles.

5.- Se analizaron los resultados.

6.- Se comparan resultados con otras instituciones.

ANALISIS Y RESULTADOS

Antes de iniciar este análisis es necesario reiterar que dada la probabilidad de un importante subregistro en los archivos del hospital general la información aquí vertida se tendrá que interpretar precautoriamente en lo que se refiere al número absoluto de Muertes.

Ingresaron al Hospital General de Acapulco en el pe-riódo comprendido del 1o. Enero de 1985 al 31 de diciembre de -1987, un total de 22 053 pacientes de los cuales murieron 1 061 lo cual representa el 4.80 %. De estos 1 061 pacientes, 31 paci-entes representan la mortalidad materna es decir un 2.92 %. Vea se Grafica 2 y 3. Las pacientes que mueren en nuestro hospital son jóvenes pues en promedio muestran una edad de 25.46 años.

En nuestro estudio se muestra una tendencia a bajar el número de muertes de menos de 20 años pero hay un aumento de casi el doble en aquellas de más de 35 años, fenómeno que se da a la inversa en otros estudios (4,5,6).

El 100 % correspondió a las mujeres del estado de Guerrero, siendo el 64.51 % originarias del puerto. El 30% prácticamente la religión católica, en cuanto a la educación, eran analfabetas el 22.58 %, con primaria incompleta 32.25 y sólo el 19.35 % primaria completa y un 3.22 profesionalista. En el renglón de ocupación el 77.41 % se dedicaban al hogar el resto en su mayoría

subempleadas. En promedio la menarca fué de 14 años. El inicio de vida sexual activa es prom. de 16.8 años. En promedio le corresponde 3.62 embarazos a cada una, 2.48 paros y .5 abortos, cesareas 1.3. En cuanto a la planificación familiar nos encontramos que en un 90% no lo preguntamos y en el 10 % que se preguntó no usaron ningún método. En cuanto a la distribución por meses encontramos que no hay un mes que no suceda una muerte teniendo como pico el mes de abril y noviembre, así tenemos un promedio una muerte por mes aprox.

Con estas cifras nos damos cuenta que la mujeres, iniciación una vida sexual muy temprano, no siguen un método de planificación familiar, que es muy bajo el grado de educación, son gentes que tienen que educar y cuidar a hijos más pequeños por lo que el cambio originado por esta muerte es profundo y irreversible. En cuanto a los días de estancia tenemos que la muerte ocurre en promedio de 2.16 días. En cuanto a nacidos vivos en el Hospital General tenemos un promedio total 2971.3 en tres años

El número total de muertes maternas que reportamos -- son 31, siendo más elevado en 1987 con 13 casos, seguido de 85 y 86 con nueve casos por lo que las tasas de mortalidad son: para 1985 321, en 1986 309.9 y en 1987 405.3 lo que es desproporcionado con los reportes de algunas instituciones. (1,2,3,4,5,6,7,9). Para dar una idea más panorámica, baste decir: el IMSS reporta una tasa de mortalidad materna nacional de 54.2 en estados Unidos una tasa 8.9 en 1984 y 1982 respectivamente, lo que significa que estamos retrasados por 45 años en calidad de atención obstétrica. Lo cual refleja la urgencia de formar un comité de mortalidad en el Hospital General de Acapulco.

CAUSALIDAD DE LA MUERTE MATERNA

En cuanto a las causas de muerte materna vemos que la toxemia sigue en primer lugar y representa 38.74 % de todas las muertes, lo que está de acuerdo con los reportes del IMSS en 83, 84, 85 y 86, INPER. 1984. en los cuales representa el 33.6%. Lo cual es preocupante por ser una muerte, previsible con una buena atención prenatal. En cuanto al aborto lo tenemos 2o. lugar con 24.78% en promedio, es compatible con los reportes del IMSS 86, 85, 84, 83. pero con un prodigio mucho menor el 8,25 %. Cabe notar el incremento que tubo las hemorragias del embarazo y parto en 1987 y 1986 cobrando un gran número de muertes, fenómeno no observado en el IMSS, ISSSTE, IPER.

La Sepsis puerperal es el que ocupa el 4o. lugar en nuestro estudio, y es sin embargo la segunda en otros estudios IMSS y ISSSTE. Debe reiterarse la importancia de reforzar las actividades de tipo preventivo en la asistencia obstétrica y particular en la atención prenatal.

EDAD Y MUERTE MATERNA.

La distribución de muertes maternas por grupos quinquenales de edad sigue mostrando el riesgo claro que presentan los extremos de la vida para la reproducción, dado que la mayor cantidad de muertes ocurrieron antes de los 20 y después de los 35 a.

En cuanto al aborto lo tenemos en 2o. lugar que es el 24.78% en promedio que es compatible con los reportes del IMSS, pero presentando un promedio del 8.25% . Cabe notar que el aumento de la Hemorragia del embarazo y el parto en 1987 y 86 se hizo presente cobrando gran número de muertes maternas, este fenómeno no se observa en estadísticas del IMSS, ISSSTE, INPER.

La Sepsis puerperal es la que ocupó el 4o. lugar en nuestro estudio siendo diferente de las demás estadísticas en la cual se le encuentra en 3o. En efecto la toxemia del embarazo ha constituido más de la tercera parte de las muertes maternas. Unicamente debe señalarse el considerable aumento porcentual que experimentaron las complicaciones hemorrágicas del embarazo y el parto que en 1986 y 87 duplicó la cifra observada en años anteriores. Debe reiterarse la importancia de reforzar las actividades de tipo preventivo en la asistencia obstétrica y particularmente en la atención prenatal, con el fin de detectar con mayor oportunidad los casos complicados por ésta y las pacientes de alto riesgo para patología hemorrágica.

EDAD Y MUERTE MATERNA

La distribución de muertes maternas por grupos quinquenales de edad sigue mostrando el riesgo claro que presentan los extremos de la vida para la reproducción , dado que la mayoría de las muertes ocurrieron antes de los 20 años y después de los 35 años. Esta observación debe de servir para considerarlas dentro del grupo de alto riesgo.

NUMERO DE EMBARAZOS Y MUERTE MATERNA.

Gran multipara grandes problemas, es uno de los factores más importantes y más frecuentemente asociados con la mortalidad así tenemos que en 87, el 47% tenían más de 5 hijos, pero cabe señalar que en años anteriores se mostró un momento importante de mortalidad en las primigestas principalmente en 86, en comparación con el 22% en promedio de los otros hospitales.

ATENCION PRENATAL Y MUERTE MATERNA

La asistencia prenatal oportuna, sistemática y eficiente constituye uno de los avances más importantes de la obstetricia en este siglo, esta afirmación resulta consistente con lo observado en el cuadro correspondiente, no nos interesa si la paciente fué controlada 100% de ausencia de datos en este renglón fenómeno semejante no ha sido reportado por ninguna institución.

MUERTE MATERNA SEGUN TIPO

El predominio de la muerte materna que tiene su origen en las complicaciones o enfermedades del embarazo, parto o puerperio se observan consistentemente en todos los reportes, por ejemplo nuestro reporte es del 80% en promedio, en otras instituciones del 83, 84% seguida de la muerte obstétrica indirecta, que representa el 8.5% en todas las rebiciones hechas; vease -- cuadros.

PREVISIBILIDAD DE LA MUERTE MATERNA

La previsibilidad de la muerte materna al ingreso del hospital constituye un juicio de gran interés al ser reflejo de la calidad de servicios así como de las condiciones de ingreso de la mujer en términos de gravedad, en su condición clínica, así tenemos que en promedio las muertes fueron prevesibles en nuestro estudio en un 50% aproximadamente, lo que en otras gráficas se muestran que abarca un 47, 46 o 43 % en otras instituciones. Dentro de las muertes no previsibles estamos en un 43% que es acorde con las demás instituciones.

Vía de terminación del embarazo fué muy similar a otras instituciones sólo se encontro un número mayor de partos en la mujer toxémica.

CONDICION AL NACIMIENTO DE LOS PRODUCTOS

En este cuadro destaca una marcada disminución de la mortalidad fetal hasta en un 15.3% en 87 a diferencia de 86 que ocupo el 71.42 %, Comparado con 28.3 % de otras instituciones.

NECROPSIAS

Elemento de gran importancia para la precisión y calidad diagnósticas de la mortalidad materna, es la proporción de casos en los que se realiza la necropsia, en nuestro estudio sólo se realizaron 2 autopsias de las 31 muertes maternas, 6.45% en el IMSS 12.5 %. IPER. 86 %. es un estudio de gran importancia que debemos efectuar.

CUADRO No.-2

MUERTES MATERNAS EN EL HOSP.GRAL.¹

1985-1987.

A Ñ O	<u>No. DE DEFUNCIONES.</u>
1985.-	9
1986.-	9
1987.-	13
T O T A L	31.

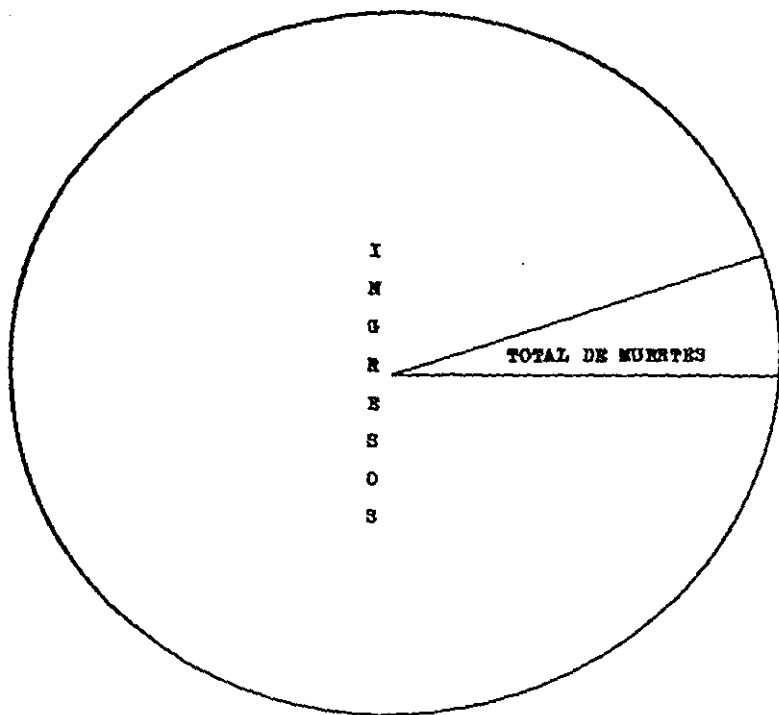
1o. ENERO 1985 a 31o. DICIEMBRE 1987.

FUENTE: Archivo del Hospital General de acapulco SS.

GRAFICA No.- 2.

MORTALIDAD TOTAL EN EL H.G.A.

1985-1987.

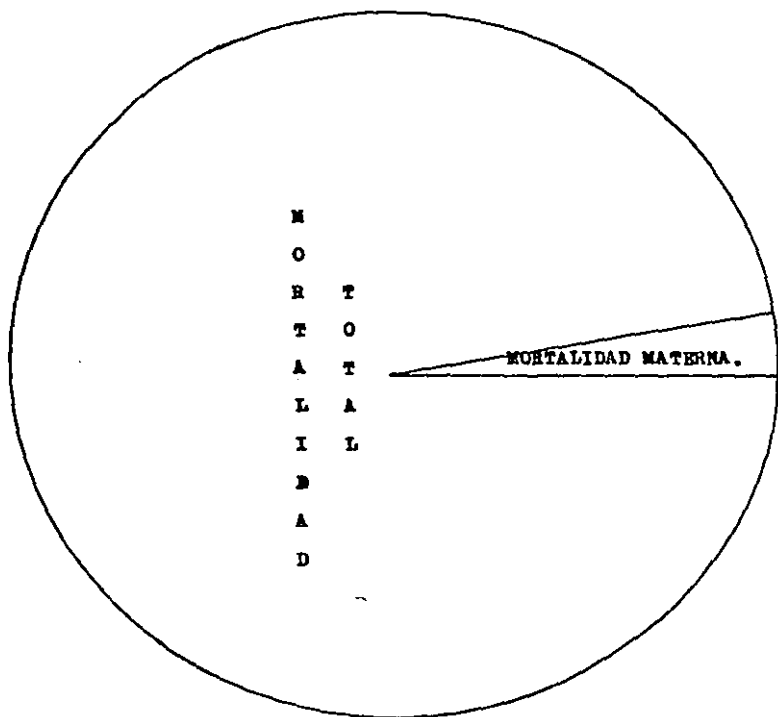


INGRESOS AL HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO 1985-1987.- 22053

DEPUNCIÓNES EN HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO 1985-1987.- 1061

EL PORCENTAJE DE MORTALIDAD TOTAL ES DE 4.80%.

GRAFICA No.- 3.
MORTALIDAD MATERNA EN EL H.G.A.
1985-1987.

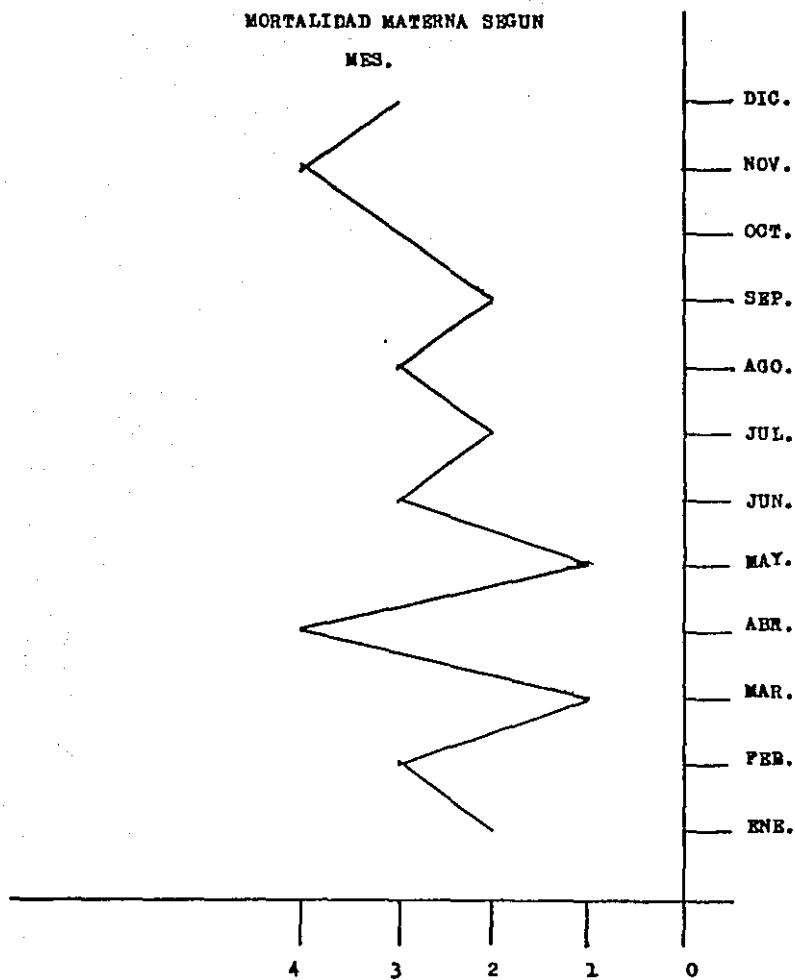


MORTALIDAD TOTAL 1985-1987. 1061.

MORTALIDAD MATERNA 1985-1987. 31.

PORCENTAJE DE MUERTES MATERNAS.- 2.92 %.

GRÁFICA No.- 4.
MORTALIDAD MATERNA SEGUN
MES.



CUADRO No.- 3

EDAD.			
AÑOS	1985	1986	1987
EDAD PROM.	22.4	25.2	28.2
PROMEDIO TOTAL.	25.46		

CUADRO No.- 4

LUG. ORIGEN.			
AÑO	1985	1986	1987
ACAPULCO	5	3	12
OTROS	4	6	1
T O T A L.	9	9	13
PORCENTAJE: ACAPULCO 20 = 64.51%			
OTROS 11 = 35.49%			
EL 100% CORRESPONDIO AL ESTADO DE GRO.			

CUADRO No.- 5.

RELIGION.	
30% CATOLICA	70% NO SE INVESTIGO

CUADRO N o.- 6

OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE
HOGAR	24	77.41
COMERCIO	3	9.67
EMPLEADA	2	6.45
CAMPESINA	1	3.22
MAESTRA	1	3.22
T O T A L	31	1 00

CUADRO No.-7

ESCOLARIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
ANALFABETA	27.0	22.58
PRIMARIA INCOMPLETA	10.0	32.25
PRIMARIA COMPLETA	6	19.35
secundaria	1	3.22
PROFECIONISTA	1	3.22
DESCONOCIDA	6	19.35
T O T A L	31	1 00

CUADRO No.- 8.

MENARCA

PROMEDIO 14 AÑOS.

CUADRO No.-9

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

PROMEDIO 16.8 AÑOS.

CUADRO No.- 10

PROMEDIO.

GESTAS	3.62 %
PARA	2.48 %
ABORTO	.5 %
CESAREA	1.3 %

CUADRO No.- 11

PLANIFICACION FAMILIAR.

EN EL 90% NO SE INVESTIGO Y EL 10% RESTANTE NO USO.

CUADRO No.- 12.

DISTRIBUCION DE MUERTES POR MES.

AÑO	85	86	87
PROM. X MES.	.75	.75	1.08

CUADRO No.- 13.

DIAS ESTANCIA.

AÑOS	85	86	87
DIA	3.4	1.2	1.9
PROM. 2.16 DIAS.			

CUADRO No.- 14.

NACIDOS VIVOS

AÑOS	85	86	87
NACIDOS	2803	2904	3207
PROM. TOTAL	2971.3		

CAUSAS DE MUERTE MATERNA

1985-87

<u>CAUSA</u>	<u>1985</u>	<u>1986</u>	<u>1987</u>
	%	%	%
TOXEMIA DEL EMBARAZO	22.22	55.55	38.46
ABORTO	55.55	11.11	7.69
HEMORRAGIA EMB. Y PARTO	-	22.22	15.38
SEPSIS PUERPERAL	11.11	11.11	30.76
OTRAS COMPLICACIONES P.	11.11	-	7.69
LAS DEMAS CAUSAS	-	-	-
	100.0	100.0	100.0

1o. ENERO 1985 - 31o. DICIEMBRE 1987.

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO S.S.

MUERTES MATERNAS POR GRUPOS DE EDAD 1985 - 1987 EN EL H.G.A.

<u>GRUPOS DE EDAD</u>	<u>1985</u>	<u>1986</u>	<u>1987</u>
	✕	✕	✕
MENOS DE 20	55.55	44.44	23.07
20 - 24	22.22	11.11	7.69
25 - 29	11.11	22.22	30.76
30 - 34	-	-	15.38
35 - MAS	11.11	22.22	23.07
AUSENCIA DE DATOS	✕	-	-
T O T A L	100.0	100.0	100.0
N=	9	9	13.0

1o. ENERO 85 - 31o. DICIEMBRE 87.

FUENTE ARCHICO HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO.S.S.

MUERTES MATERNAS SEGUN ANTECEDENTES DE GRAVIDEZ EN EL H.G.A.

<u>G E S T A</u>	<u>1985</u>	<u>1986</u>	<u>1987</u>
	%	%	%
1	22.22	44.44	23.07
2	-	-	7.69
3	22.22	11.11	15.38
4	-	-	7.69
5 y MAS	11.11	22.22	46.15
AUSENCIA DE DATOS	44.44	22.22	-
T O T A L	100.0	100.0	100.0
N=	9	9	13

1o. ENERO - 31o. DICIEMBRE 87.

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL GENRAL DE ACAPULCO.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

MUERTES MATERNAS Y ATENCION PRENATAL EN EL H.G.A. 1985-87.

<u>CONSULTAS PRENATALES</u>	<u>1985</u>	<u>1986</u>	<u>1987</u>
	‰	‰	‰
0 - 1	-	-	-
2-- 4	-	-	-
5 y MAS	-	-	-
AUSENCIA DE DATOS.			
T O T A L	100.0	100.0	100.0
N=	9	9	13

1o. ENERO 1985. - 31o. DICIEMBRE 87.

FUENTE: ARCHIVO GENERAL DE ACAPULCO SS.

MUERTES MATERNAS SEGUN VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO

<u>VIA DE TERMINACION</u>	<u>1985</u>		<u>1986</u>		<u>1987.</u>	
	No.	%	No.	%	No.	%
- CESAREA	2	22.22	3	33.33	6	46.15
- PARTO	1	11.11	4	44.33	6	46.15
- ABORTO	5	55.55	1	11.11	1	7.69
- ANTEPARTO	1	11.11	1	11.11	-	-
AUSENCIA DE DATOS	-	-	-	-	-	-
T O T A L	9	100.0	9	100.0	13	100.0

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO.

CONDICION AL NACIMIENTO DE LOS PRODUCTOS DE 28 SEMANAS Y MAS DE
GESTACION.

CONDICION DEL RECIEN NACIDO	1985		1986		1987	
	no.	%	no.	%	no.	%
VIVO	2	66.66	2	28.57	10	76.9
MUERTO	1	33.33	5	71.42	2	15.3
ANTEPARTO	-		-		1	7.6
AUSENCIA DE DATOS	-		-		-	
T O T A L	3		7		13	

1o. ENERO 85 a 31 DICIEMBRE 87.

FUENTE: HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO.

MUERTES MATERNAS: TIPO

<u>TIPO DE MUERTE</u>	1985	1986	1987
MUERTE OBSTETRICA DIRECTA	88.88	77.06	76.92
MUERTE OBSTETRICA INDIRECTA	-	11.11	15.38
MUERTE NO OBSTETRICA	-	-	-
NO VALORABLE	11.11	11.11	7.69
T O T A L	100.0	100.0	100.0
N=	9	9	13

1o. ENERO 1985 - 31o.- DICIEMBRE 1987.

FUENTE: ARCHIVO HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO SS.

MUERTES MATERNAS SEGUN PREVISIBILIDAD AL INGRESO A LA UNIDAD

<u>PREVISIBLE AL INGRESO</u>		1985	1986	1987
		%	%	%
S I		55.55	44.44	53.84
N O		44.44	55.55	38.15
NO VALORABLE		-	-	7.60
T O T A L	n	100.00	100.00	100.0
	N=	9	9	13

1o. ENERO 85 - 31o DICIEMBRE 87.

FUENTE: HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO ARCHIVO.

CONCLUSIONES

Los datos anteriores, aunque limitados son reflejo de lo que falta hacer en nuestro hospital, para dar una digna atención a las pacientes, que llegan a nosotros solicitando nuestra ayuda. Es imperativo un esfuerzo extraordinario de todos, los integrantes de la unidad hospitalaria para comprender mejor este problema y contar con bases más sólidas para dirigir programas y acciones que reduzcan la magnitud del fenómeno.

No obstante las condiciones adversas de nuestra institución y de nuestro país esto es posible por que se cuenta con una calidad probada del personal de salud del Hospital General y la disponibilidad de todos ellos.

Análisis como el anterior debe entenderse como punto de partida, que sienta bases para evaluaciones posteriores cuyo fin es mejorar la atención materna en nuestro país.

Es indispensable hacer conciencia de la participación de los pacientes en este fenómeno, en ellos. Dotar a todas las unidades hospitalarias de todos los elementos para brindar una atención óptima. Formar más y mejores médicos en la especialidad

Formar los comités de estudio de mortalidad materna es tal vez el paso más importante e inicial para poder iniciar esta transformación en una realidad.

de todo lo anterior podemos concluir:

1.- La muerte materna no significa sólo la pérdida de un individuo, sino que incide sobre la integridad de la familia y su organización, que afecta a las dinámicas de las familias y altera las relaciones psicosociales de los miembros de ellas por lo tanto hay que prevenir y evitar la muerte de una madre.

2.- En la actualidad, este tipo de estudios colocados dentro del concepto de desarrollo social y económico de los pueblos; contribuye a proporcionar algunos de los indicadores de la variable "condiciones de salud de la población" y se le puede relacionar con otras variables concernientes al nivel de vida

3.- El índice de muerte materna es reflejo de la calidad de atención obstétrica.

4.- El Hospital General de Acapulco no cuenta con un archivo organizado ni estadísticas confiables.

4.- En términos de obstetricia moderna los riesgos -- del parto no pueden afrontarse con éxito a menos que la unidad hospitalaria cuente entre otras cosas con: a).- Una sección de obstetricia bien dirigida y planeada. b).- Un banco de sangre. c).- Un Servicio competente de anestesia las 24 hrs. d).- Facilidades adecuadas de Rx y de otros métodos de gabinete. e).- Facilidades adecuadas de laboratorio durante las 24 hrs. f).- Unidad de cuidados intensivos obstetricos. Y nuestro hospital no cuenta con lo más mínimo que se menciona.

5.- El índice de mortalidad es alta en nuestro hospital debido tal vez en parte a la población que atendemos que -

es la de condición más necesitada, de alimentación, educación, urbanización y que por sus condiciones no acuden a tiempo o acuden con personas erróneas e impreparadas. Aunado esto a la falta de recursos en el hospital y claro también a la atención brindada por el médico que la atendió.

6.- Urge la formación de un comité de mortalidad en el Hospital.

7.- Dar los implementos necesarios para el funcionamiento del departamento de Patología así como fomentar en los médicos el estudio de Autopsia que es indispensable para la prosición de la causa de la muerte.

8.- Alentar el servicio de planificación familiar con la participación de la mayoría de los médicos en el programa, para la detección de las pacientes de alto riesgo reproductivo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- D.N. DANFORTH TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
4 EDICION. INTERAMERICANA.
- 2.- WILLIAMS, JACK RICHARD. PAUL C. MACDONALD. OBSTETRICIA. 3 EDICION. SALVAT.
- 3.- VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES. ACTUALIZACION
EN TEMAS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. FEDERACION MEXICANA DE ASOCIACIONES DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
- 4.- REPORTES CONFIDENCIALES DE MUERTE MATERNA IMSS.
COMITE CENTRAL DE ESTUDIOS EN MORTALIDAD MATERNA.
1984, 1985, 1986 y 1983.
- 5.- REPORTES CONFIDENCIALES DE MUERTE MATERNA ISSSTE.
1986 y 1987.
- 6.- MORTALIDAD MATERNA. IPER. DR. SAMUEL KARCHMER K. L(*).
1984.
- 7.- KARCHMER K S. ARMAS ESTUDIOS DE MORTALIDAD MATERNA EN
MEXICO. GAC. MED. MEX. 109:63, 1975.
- 8.- KARCHMER, K.S.: NORMAS DEL COMITE DE MORTALIDAD MATERNA
HOSPITAL GENERAL GINECO-OBSTETRICIA No.1 IMSS 19-
71.
- 9.- INTERNATIONAL FEDERATION OF GINECOLOGY Y OBSTETRICS
REPORT ON THE ACTIVITY OF THE COMMITTEE ON MATERNAL
MORTALITY. J. INT. FED. GYNAEC. 5:302, 1967.