

11217<sup>9</sup> lej



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O. D.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

### MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.: ESTUDIO DE 8 AÑOS

# T E S I S

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
ORGANISMO DESCENTRALIZADO  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



R E S E N T A :  
**M.A. MARIA CONSUELO CARRILLO MARTINEZ**

DIRECCION DE ENSEÑANZA

*[Firma manuscrita]*  
02767715

**HGM**  
ORGANISMO  
DESCENTRALIZADO

MEXICO, D. F.

1999.

TESIS CON  
FALLA DE ORDEN



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.

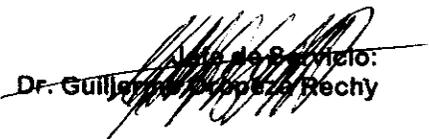
**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.**

**MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL GENERAL DE  
MEXICO O.D.: ESTUDIO DE 8 AÑOS**

**RESPONSABLE DEL PROYECTO:  
Dra. María Consuelo Carrillo Martínez**

**TUTOR DE TESIS:  
Dr. Eduardo Motta Martínez**

**Jefe de Servicio:  
Dr. Guillermo López Rechy**



**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.**

**SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA:**  
Dr. Eufemia Bropeza Rechy

**JEFE DE ENSEÑANZA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA:**  
Dr. Armando Valle Gay

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO:**  
Dr. Eduardo Motta Martínez

**TUTOR DE TESIS:**  
Dr. Eduardo Motta Martínez

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.**

**T E S I S**  
**para obtener el título de especialidad en:**

***Ginecología y Obstetricia***

**Presenta:**  
**Dra. María Consuelo Carrillo Martínez**

## ***Dedicatoria***

A mi padre, por sus enseñanzas y apoyo incondicional, por ser el ejemplo a seguir en mi vida, mi mejor amigo y compañero, eres lo mejor que Dios me ha dado, un gran hombre y un gran médico.

A mi madre, por su cariño, cuidados y consejos en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis hermanos, por su paciencia y apoyo durante estos 4 años.

A mi guardia, desde mis jefes, Serafin, Alejandro e Ismael por sus enseñanzas, paciencia, consejos pero sobre todo por su invaluable amistad; les agradezco todo su tiempo, las lágrimas, los momentos de angustia, así como los de felicidad que compartimos. A Paco Armada, gracias por ayudarme a entender que una persona no es un obstáculo para que uno cumpla sus objetivos. A Emma, Leo, Rafa, Laio, Jorgito y Héctor por su cariño, amistad y apoyo en momentos duros.

A Radamés, por compartir conmigo estos años llenos de altibajos, por tu apoyo, tu cariño y paciencia. Muchas gracias, estuviste presente siempre en el momento oportuno.

A Fer, gracias por tu amistad, tu cariño y por todos los momentos que me permitiste compartir contigo.

A Ale, por escucharme, apoyarme y tenderme tu mano, por compartir conmigo momentos difíciles y hacerlos llevaderos; por esta amistad que no tiene igual y que espero se perpetúe, y por todo el cariño que me has brindado.

A Arturo, por las enseñanzas que me has dejado desde que yo era estudiante, por esta lindísima amistad, por tu tiempo y tus consejos.

Al Dr. Motta, por su apoyo incondicional, su amistad y enseñanzas.

Al Dr. Miranda, gracias por su apoyo, que Dios lo bendiga.

A la Dra. Aguilar, por su amistad y enseñanzas.

## **INDICE**

	Pág.
1. Antecedentes.....	1
2. Planteamiento del problema.....	14
3. Objetivo general.....	16
4. Objetivos específicos.....	16
5. Diseño y duración.....	17
6. Material y métodos.....	17
7. Resultados.....	20
8. Análisis de resultados.....	25
9. Conclusiones.....	29
10. Bibliografía.....	39

# MORTALIDAD MATERNA

## *Antecedentes*

En las últimas décadas la salud materno-infantil se ha convertido en un área prioritaria a nivel internacional. La salud de las mujeres, específicamente de las que se embarazan, empieza a cobrar importancia en la medida en que el estado de salud-enfermedad ó la muerte repercuten en la economía, la familia ó los hijos.

Hasta hace poco se reconoció la importancia de la salud materna en sí misma, es decir, por la relevancia de ser mujer y de que estar embarazada ya no solo se considera una responsabilidad con la naturaleza ó con el género humano, sino que constituye una parte fundamental, realizada de manera consciente y elegida en una de las facetas de su vida. La maternidad complementa la realización de la mujer en otros aspectos, como el profesional, el cultural, el académico, etcétera. (1)

Según el Censo de Población de 1990, en México existen 22.5 millones de mujeres en edad fértil. El 15.3% de la población femenina de seis años ó más carece de educación primaria. La participación femenina dentro de la Población Económicamente Activa es del 23.4%, la tercera parte de la cual recibe menos del 50% del salario mínimo.

La morbilidad y mortalidad materna no se presenta homogéneamente en el país ya que refleja las diversas condiciones socioculturales y biológicas existentes en las regiones. Las mujeres habitantes de comunidades

marginadas o rurales, y las que tienen más baja escolaridad, manifiestan los niveles más elevados. La discriminación hacia las mujeres y su desnutrición desde la infancia son factores que coadyuvan a la morbilidad materna.

Entre los factores sociales destacan los derivados del género. La persistencia del machismo contribuye a la morbilidad materna al influir en el establecimiento temprano de uniones maritales, el inicio precoz de la reproducción, y el uso limitado de métodos de planificación familiar.

Las desigualdades derivadas del género subsisten en México a pesar de que el Artículo 4to. Constitucional establece la igualdad de la mujer y del varón en el terreno jurídico. Lamentablemente, concepciones anacrónicas en algunas leyes secundarias refuerzan roles sociales y formas de estructuras familiares desventajosos para la salud de la mujer.

A los factores generales se unen otros específicos de algunas zonas del país, como la migración y la condición de ciudades o estados fronterizos. Las mujeres indígenas, por su parte, sufren una triple discriminación: por ser mujeres, por ser pobres y por ser indias.

La falta de educación sexual se traduce en daños a la salud reproductiva: produce una elevada incidencia de enfermedades sexualmente transmitidas y limita el acceso a la planificación familiar.

Desde el punto de vista biológico, las principales causas de mortalidad materna son la preeclampsia, las hemorragias, las infecciones y el aborto. Los niveles de estos problemas de salud se han modificado con el tiempo: entre 1960 y 1986 disminuyeron las hemorragias y las infecciones, el aborto no se modificó, y la preeclampsia se mantuvo persistentemente alta. El descenso en la mortalidad materna se ha producido principalmente en las mujeres entre 35

y 39 años de edad. Preocupa el hecho de que en las adolescentes la tendencia parece ir en aumento.

Se puede decir que tanto en el ámbito nacional como en el internacional, el siglo XX es el siglo de la mujer; los logros jurídicos, sociales, políticos y económicos brindan un nuevo panorama en su integración al desarrollo del país y por ende a su propia superación. El papel de la mujer en este siglo es vasto; sin embargo, aunque legalmente goza de los mismos derechos y garantías que el varón, persisten aún diferencias que impiden su incorporación total y definitiva en la sociedad.

En México el movimiento revolucionario obliga a la mujer a salir del hogar e incorporarse en el grupo armado, no sólo para seguir al marido y cuidar de los hijos, sino también a luchar junto con él por los ideales del movimiento. Así, la mujer incluye a un grupo, aspecto que será el signo principal durante este siglo para posteriormente luchar por su propia reivindicación, es decir, son las mujeres en grupo las que se darán a la búsqueda de sus derechos (2).

*La reglamentación del trabajo de la mujer, para evitar su explotación y proteger su salud resulta ser, sin duda, el precepto más importante plasmado en la Carta Magna de 1917, en el Artículo 123. (3)*

En la atención de la salud, la mujer, ha participado como procuradora de la misma. En 1983 hay una modificación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el Artículo 4o consigna el derecho a la Salud y dice:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y

establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta constitución. (4)

La Ley General de Salud define la atención materno-infantil de carácter prioritario y en especial la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, como una de sus acciones (5). Sin embargo, la población femenina no adscrita a la seguridad social y sin acceso a la atención del parto en las instituciones de población abierta tiene una proporción de 35% para 1988, en relación con el número de nacimientos ocurridos en ese año (6).

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo. Este acontecimiento significa la culminación exitosa del proceso de reproducción como resultado positivo tanto en términos de sobrevivencia como bienestar para la madre, el niño y la familia. Sin embargo, para muchas familias el proceso de reproducción se convierte en un acontecimiento sombrío y peligroso, el cual puede dar por resultado morbilidad, secuelas, y en última instancia, la muerte de la madre, el feto o el recién nacido.(7)

La Organización Mundial de la Salud calcula que anualmente se producen 500,000 defunciones maternas, lo que equivale casi a un fallecimiento por minuto. Esta alarmante cifra vendría a ser la punta visible de un "iceberg" debajo del cual se oculta un problema mucho mayor que incluye no sólo la morbilidad y secuelas de las sobrevivientes sino un problema social y económico de gran magnitud.

El 99% de estas muertes ocurre en países en desarrollo y solo el 1% en países desarrollados. La tasa de mortalidad en los países en desarrollo es de

450/100,000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es sólo de 30/100,000, siendo el problema mayor en África, Asia y América Latina . (7)

Desde el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1976-1985) la humanidad comenzó a comprender paulatinamente la magnitud del sufrimiento asociado a la reproducción y la trascendencia del mismo. Esto gracias a numerosas encuestas y estudios realizados por la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para actividades en Población (FNUAP). Estos estudios fueron analizados en la Reunión Interregional para Prevención de la Mortalidad Materna, organizada por la OMS en Ginebra, en noviembre de 1985, donde se formuló un llamado a la acción sobre la base de un análisis científico profundo de los documentos mencionados. Posteriormente, en la Conferencia sobre Maternidad sin Riesgos, llevada a cabo en Nairobi, Kenya, en febrero de 1987, se reforzó esta inquietud y surge precisamente allí la INICIATIVA PARA UNA MATERNIDAD SIN RIESGOS ó SEGURA. (7)

De lo anterior surge el concepto de Salud Reproductiva como sustento de la Maternidad Segura. No obstante, el concepto de salud reproductiva fue formulado desde la historia antigua de la humanidad y se puede resumir en la frase: PADRES SALUDABLES = HIJOS SALUDABLES. A pesar que ha existido consenso en este concepto, y que el objetivo siempre ha sido la obtención de un recién nacido sano con el menor riesgo posible para la madre, no lo ha habido en las acciones que se deben realizar para obtener hijos saludables. Actualmente el concepto de salud reproductiva comprende la atención periconcepcional, donde los cuidados deben estar dirigidos tanto a la futura madre como al futuro padre, la atención prenatal; la atención del parto y del recién nacido, y la atención neonatal precoz. Sin embargo, no se debe

olvidar que la salud reproductiva está condicionada por factores de tipo social, cultural, político y económico y por acciones provenientes de otros sectores como vivienda, educación y alimentación.(7)

La probabilidad de morir por una causa materna puede modificarse antes de que se produzcan mejoras significativas en las condiciones socioeconómicas de la población (8), para ello se requiere mejorar y difundir mas los servicios de planificación familiar; reforzar los servicios de primer nivel para garantizar la atención prenatal a todas las mujeres embarazadas y, sobre todo, mejorar los servicios de salud en el sentido de hacerlos más accesibles, productivos y de mayor calidad. Para mejorar dichos servicios en cualquiera de sus características deben analizarse las necesidades de salud (salud y sobrevivencia en este caso) y cual es la respuesta social organizada para atender a esas necesidades. El análisis puede llevarse a cabo de manera individual, poblacional o de una combinación de ambas aproximaciones. Para llevar a cabo un análisis fino de la atención materna se han conformado los comités de mortalidad.

La finalidad de los comités es abatir la mortalidad materna mediante la identificación de los factores de riesgo; de asegurar la calidad de la atención materna; de mejorar la enseñanza para el ejercicio de la obstetricia y de favorecer que los médicos y las instituciones aprendan no solamente con base en la propia experiencia sino también en la experiencia y errores de los demás. En 1988 la Secretaria de Salud solicitó el establecimiento y actualización de los comités de mortalidad materna y los grupos de estudio de mortalidad perinatal en todos los hospitales que contaran con servicio de obstetricia y se indujera una medida semejante en las demás instituciones del

Sistema Nacional de Salud. Para dar mejor cumplimiento al Programa de Creación e Impulso de los Comités de Mortalidad Materna en el ámbito nacional, la Dirección General de Salud materno Infantil de la SSA conformó un grupo de expertos en la materia y designados por las Instituciones del Sector Salud y otras dependencias del Ejecutivo y descentralizadas que cuentan con servicios médicos con atención obstétrica o están relacionados con la misma. Las actividades de este grupo fueron coordinadas por la Dirección General de Atención Materno Infantil, y tuvo reuniones en forma periódica a partir de marzo de 1990 a noviembre de 1994. Este grupo propuso varias acciones, las cuales al concretarse llevaron al establecimiento y funcionamiento de El Comité Nacional, 32 Comités Estatales y 838 Comités Intrahospitalarios en Unidades del Sector Salud en diversas entidades federativas hasta noviembre de 1994. (1)

Definiciones y conceptos básicos para el estudio de la mortalidad materna:

**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 sitio del mismo.

**Clasificación de las muertes maternas.**

**Clasificación general:** Las muertes maternas en general se clasifican de la siguiente manera:

1. Muerte materna obstétrica. 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 incorrectos o una serie de eventos resultantes de cualquiera de los anteriores. Las causas son toxemia, hemorragia, infección, anestesia.

b) Muerte obstétrica indirecta: es la resultante de una enfermedad preexistente que se desarrolla durante el embarazo y no se debe a causas obstétricas directas, pero que fue agravada por los efectos fisiológicos del embarazo. Las causas: cardiopatía, enfermedades vasculares, del aparato reproductor, hepáticas, pulmonares, metabólicas, neoplásicas, otras.

2. Muerte no obstétrica. Es la que resulta de causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo y su manejo. Las causas: suicidio, homicidio, causas accidentales: atropellamiento por vehículo, incendio, terremoto, etc. e indeterminadas.

Desde el punto de vista de su evitabilidad se clasifican en:

**Muerte evitable:** Es la que ocurrió por un tratamiento defectuoso en la unidad obstétrica u otros servicios antes de la admisión, o por condiciones adversas a la comunidad, tales como transporte inadecuado, desconfianza en los servicios, ignorancia de la paciente, que no buscó consejo recomendaciones terapéuticas, y otras condiciones similares. Estas muertes pueden evitarse con las acciones de los servicios de salud (10,11).

**Muerte no evitable:** Incluye todos los casos en que no se pudo alterar la historia natural de la enfermedad, a pesar de haberse llevado a cabo las acciones correctas y oportunas.

**Desconocidas:** Son las defunciones por causa ignorada no comprendidas en las categorías anteriores, pero relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

**Muerte materna evitable con responsabilidad de la paciente.** Es la muerte materna que se hubiera evitado de haber acudido la mujer en forma oportuna a recibir atención prenatal, natal ó postnatal y cuyo retraso haya sido por causa de la paciente misma o su familia. Las causas son falta de educación entre la población, falta de cooperación de la paciente, retraso en buscar atención ante síntomas de complicación evidente, falta de atención prenatal, etc.

**Muerte materna evitable con responsabilidad profesional.** Son las muertes maternas que se hubieran evitado si no hubiera ocurrido un error de juicio, de manejo ó de técnica, incluyendo fallas para reconocer la complicación ó evolución apropiada, precipitaciones ó demoras en las intervenciones y problemas al utilizar métodos actualizados. Manejo inadecuado de la mujer de alto riesgo en el hospital, retraso de la detección y tratamiento de complicaciones durante el parto ó el puerperio inmediato; retraso del médico ó de la enfermera en responder a la emergencia aguda; retraso en la referencia de pacientes a centros de mayor complejidad cuando es necesario, (12) problemas de comunicación entre los prestadores de servicios (13), falta de cuidados apropiados, ante, intra ó posneonatales, (13) falta de responsabilidad de alguno de los médicos. (13)

**Muerte materna evitable con responsabilidad hospitalaria.** Es la muerte que se hubiera podido evitar si la mujer hubiera recibido en forma oportuna los servicios que debe prestar el hospital ó la institución, como banco de sangre, medicamentos, etc., para el tratamiento adecuado del accidente ó de la

complicación. Ello es resultado de la falta de provisión de recursos (11) materiales elementales y de personal capacitado en las unidades de atención gineco-obstétrica; carencia de banco de sangre; falta de normas para el manejo adecuado ,(12) restricciones al acceso de embarazadas a los servicios de obstetricia (lejanía, ruralidad, incapacidad adquisitiva).

Evaluar con seguridad la mortalidad materna presenta múltiples problemas metodológicos que deberán superarse para reconocer la magnitud del problema. De acuerdo con la OMS aproximadamente 50% de los países del mundo tienen reportes de mortalidad materna; los que carecen de ello son, con mayor frecuencia, los países subdesarrollados . (1)

La mortalidad materna puede medirse por el número de muertes maternas, la razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad materna y el riesgo de morir durante el periodo reproductivo.

Por acuerdo internacional la mortalidad materna se calcula con la siguiente razón:(14,1,9)

Defunciones maternas en un año/nacidos vivos registrados en el mismo año por 100,000, según lo convenido en la reunión de Brasil sobre mortalidad materna de 1988.

Un nacido vivo es la expulsión completa ó la extracción de la madre del producto de la concepción, sin importar la duración del embarazo, siempre y cuando después de la separación haya mostrado alguna evidencia de vida.

(14)

Este denominador es una medida cercana, pero parcialmente relacionada con el número de embarazadas expuestas a morir por esta causa,

ya que excluye todos los casos en que el embarazo terminó en un aborto o en un mortinato.

A esta razón de muertes maternas por nacidos vivos se le ha llamado *tasa (1,7,9)*. La *tasa de mortalidad materna* es un cociente definido como el número de muertes maternas en un año entre el número de mujeres de 15 a 49 años por 100,000 y mide la prevalencia del embarazo y el riesgo de morir como el resultado del mismo. (1) Se puede influir de manera importante esta medida con la prevalencia de la anticoncepción, dada la reducción del número de nacimientos por sí mismo, pero también se influye en el mejoramiento del cuidado obstétrico. La planificación familiar no reduce el riesgo de morir en el embarazo sino la exposición al riesgo y cambia el perfil de riesgo de las mujeres que se pueden embarazar. (1)

Los resultados reportados por la OMS y UNICEF indican que hay alrededor de 585,000 muertes maternas, 99% de ellas en países en vías de desarrollo. Esto equivale aproximadamente a 80,000 muertes más de lo estimado en el pasado y sugiere un subregistro sustancial de la mortalidad materna.

En los países en desarrollo en general las *tasas de mortalidad materna* oscilan alrededor de 190 por 100,000 nacidos vivos en Latinoamérica. La incorporación de la reducción de la muerte materna en las metas de la comunidad internacional refleja su importancia como medida de desarrollo humano y social. De todos los indicadores comúnmente usados para comparar los niveles de desarrollo entre países y regiones, los niveles de mortalidad materna muestran una gran disparidad. La mortalidad materna ofrece testimonios del estado de la mujer, su acceso a los servicios de salud y

su adecuación a los mismos en respuesta a sus necesidades. De ahí que sea necesaria no únicamente por señalar los riesgos del embarazo y el parto, sino también por lo que implica en la salud de la mujer en general así como en su estado económico y social. De acuerdo con al OMS y UNICEF la estimación de la mortalidad materna la dividen en 5 grupos:

- a) países desarrollados con sistemas completos de registros vitales y relativa buena atribución de la causa de muerte
- b) países en vías de desarrollo con buen registro pero deficiente ó inexistente atribución de la causa de muerte; entre los que se encuentra México
- c) países con sistema de investigación de la mortalidad en grupos en edad reproductiva
- d) países con registro de muerte materna basada en interrogatorio a los familiares
- e) países sin registro de muerte materna

De acuerdo a lo anterior México se encuentra en el grupo B, con una tasa de muerte materna de 110 por 100,000 nacidos vivos con 2700 muertes para la década de los 90. (17)

Las tasas de muerte materna en México se han mantenido en los últimos 8 años, sin embargo, de acuerdo a lo reportado en las estadísticas vitales del INEGI, de 1980 a 1997 se observa un franco decremento. (tabla1, gráfica1)

En 1997 se publicó un artículo en la revista Ginecología y Obstetricia de México (9) que estudió la mortalidad materna en México en los últimos 25 años el cual concluye que en la clasificación de las muertes maternas por tipo la

mayor proporción fue la causa obstétrica directa. Dentro del análisis de estas causas la proporción más importante resultó ser la preeclampsia, seguida por hemorragia e infecciones. Se reportó así mismo, que las patologías pulmonares son la primera causa de muerte obstétrica indirecta. Para 1994, el 71.6% de las muertes maternas ocurrieron en el puerperio, ocurriendo la mayoría en las primeras 24 horas del mismo; en el puerperio tardío ocurren básicamente las defunciones de naturaleza no directa y no relacionada.

**Tabla 1**

**Mortalidad según grupos de edad  
1980 - 1997**

Año	General		Infantil		Preescolar		Escolar		Materna	
	Defun- ciones	Tasa 1/	Defun- ciones	Tasa 2/	Defun- ciones	Tasa 3/	Defun- ciones	Tasa 4/	Defun- ciones	Tasa 5/
1980	434,465	6.5	96,918	39.9	28,667	3.4	15,902	8.3	2,296	9.5
1981	424,274	6.2	90,255	35.7	24,820	2.9	14,856	7.6	2,199	8.7
1982	412,345	5.8	82,324	34.4	21,948	2.6	13,588	6.9	2,166	9.0
1983	413,403	5.7	80,510	30.9	22,077	2.6	12,588	6.3	2,133	8.2
1984	410,550	5.6	76,853	30.6	21,011	2.5	12,535	6.2	2,074	8.3
1985	414,003	5.5	69,321	26.1	22,465	2.6	12,832	6.3	1,702	6.4
1986	400,079	5.2	62,876	24.4	19,266	2.3	11,972	5.8	1,681	6.5
1987	406,913	5.2	64,405	23.0	19,631	2.3	11,607	5.6	1,543	5.5
1988	412,987	5.1	61,803	23.6	18,108	2.1	11,734	5.7	1,522	5.8
1989	423,304	5.2	67,315	25.7	19,867	2.3	11,725	5.6	1,518	5.8
1990	422,803	5.1	65,497	23.9	20,138	2.3	11,902	5.6	1,477	5.4
1991	411,131	4.8	57,091	20.7	13,400	1.5	9,785	4.6	1,414	5.1
1992	409,814	4.7	52,502	18.8	11,054	1.2	8,665	4.0	1,399	5.0
1993	416,335	4.7	49,631	17.5	11,534	1.3	8,578	4.0	1,268	4.5
1994	419,074	4.7	49,305	17.0	10,667	1.2	8,015	3.7	1,409	4.9
1995	430,278	4.7	48,023	17.5	10,680	1.2	8,039	3.7	1,454	5.3
1996	436,296	4.7	45,707	16.9	10,373	1.2	8,090	3.7	1,291	4.8
1997	440,437	4.6	44,377	16.4	9,371	1.1	7,956	3.7	1,266	4.7

1/ Tasa por mil habitantes en base a proyecciones del CEPS de 1980 a 1989 y del CONAPO de 1990 a 1997.

2/ Tasa por mil nacidos vivos registrados.

3/ Tasa por mil habitantes de 1 a 4 años en base a proyecciones del CEPS de 1980 a 1989 y del CONAPO de 1990 a 1997.

4/ Tasa por mil habitantes de 5 a 14 años en base a proyecciones del CEPS de 1980 a 1989 y del CONAPO de 1990 a 1997.

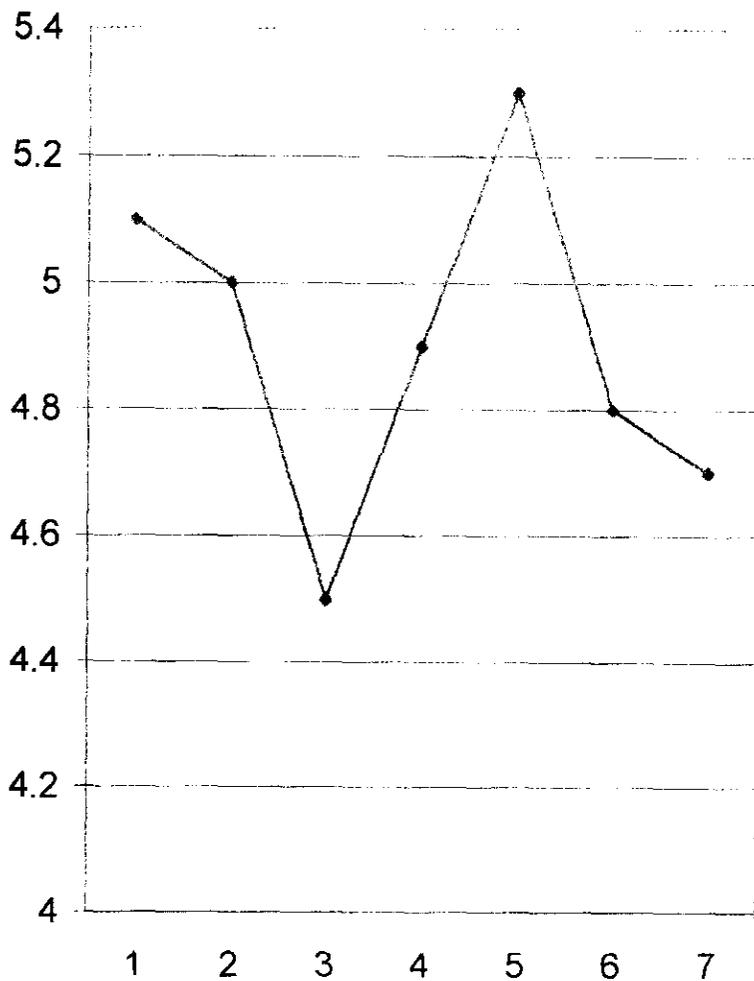
5/ Tasa por 10,000 nacidos vivos registrados.

Fuente: INEGI, SSA/DGEI, 1998.

# GRAFICA 1

## TASA DE MORTALIDAD MATERNA NACIONAL

### 1991 - 1997



'91 '92 '93 '94 '95 '95 '96 '97  
tasa por 10,000 nacidos vivos registrados

Fuente: INEGI, SSA/1998

## ***PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN***

La mortalidad materna recientemente se reconoció como un problema de salud pública, pues a pesar de que su frecuencia absoluta es baja, es de enorme trascendencia y vulnerabilidad, además de que se ha convertido en un indicador sensible de la calidad de los servicios de salud obstétricos y del desarrollo económico de los países.

En el último decenio la mortalidad materna ha demostrado una *tendencia descendente*, la cual en los países en desarrollo ha tenido una pendiente menos marcada. Por ello la razón mortalidad materna se considera un buen indicador de las condiciones socioeconómicas y del nivel de desarrollo de los países.

La mortalidad materna ha sido considerada, durante muchos años, uno de los índices más adecuados para evaluar la calidad de la atención obstétrica (9, 15), razón por la cual es conveniente estudiar en forma permanente todos los casos de muerte materna y a partir de sus resultados implementar cambios en las políticas de atención sanitaria, con el fin de hacer menos riesgos para las mujeres la etapa de reproducción. En México, los estudios de mortalidad materna se iniciaron oficialmente en 1971 y se han continuado cada vez con mayor interés por el beneficio que representan. (15)

En México la tendencia de la mortalidad también muestra un descenso; en el Distrito Federal la magnitud es menor al promedio del país y de muchos estados. En la capital se tienen los mejores indicadores estadísticos seleccionados del Sistema Nacional de Salud y se han reportado mejores indicadores socioeconómicos. Los casos de muerte materna pueden ser un

mejor reflejo de los problemas de calidad. Uno de los mecanismos planteados para evaluar la calidad de la atención obstétrica es el análisis de casos de muerte materna por medio de comités. En la literatura se le considera una medida efectiva para reducir el problema.

En síntesis, detrás de cada muerte materna, se encuentra una acumulación de imposibilidades para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, así como una tendencia para eludir la responsabilidad ante los hechos. La familia culpa a la pobreza, o a la mala atención de los médicos, y éstos, a su vez, revierten a la propia mujer, a su familia ó a la falta de recursos. Y mientras tanto siguen ocurriendo muertes que, por definición, debieron ser evitadas. (16)

Se necesita mayor información para mejorar las actividades y la influencia de los comités de mortalidad materna; ampliar el actual conocimiento sobre las causas de la mortalidad materna y los aspectos propios de la mujer que pueden actuar como factores de riesgo para que el embarazo, parto ó puerperio se compliquen y los motivos por los que en una entidad que cuenta con todos los recursos y servicios disponibles y accesibles, la frecuencia del evento haya disminuido pero se mantenga en cifras altas.

### ***OBJETIVO GENERAL***

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados del estudio de Mortalidad Materna en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México en el periodo de 1991 a 1998.

### ***OBJETIVOS ESPECÍFICOS***

- 1) Conocer la magnitud del problema de mortalidad materna en el Hospital General de México.
- 2) Conocer las características de la mortalidad materna agrupando y clasificando las defunciones por causa, grupo de edad, nivel socioeconómico y escolaridad.
- 3) Identificar los factores que incidieron en cada uno de los casos de mujeres que fallecieron durante el embarazo, parto y puerperio.
- 4) Determinar la proporción de muertes maternas evitables y los factores de responsabilidad involucrados.

## ***DISEÑO Y DURACIÓN***

Se realizará un estudio retrospectivo, analítico y observacional de los expedientes recopilados de muerte materna en el periodo de 1991 a 1998 en el Hospital General de México Unidad de Ginecología y Obstetricia.

## ***MATERIAL Y MÉTODOS***

- \* Periodo de estudio: 1991 - 1998
- \* Población en estudio: Mujeres en edad reproductiva 15 a 49 años que fallecieron en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México de 1991 a 1998
- \* Fuentes de información: Expedientes recopilados de los casos de muerte materna en el periodo de 1991 a 1998 en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, así como reporte del comité de muerte materna de cada caso.

Información de nacidos vivos registrados en el Hospital General de México Unidad de Ginecología y Obstetricia de 1991 a 1998.

- \* Variables a estudiar: Edad, estado civil, nivel socioeconómico, número de gestaciones, visitas a control prenatal, muerte materna (tasa) , causas de muerte materna, previsibilidad y responsabilidad de las mismas, procedencia, estudios postmórtem.

Se emplearon las siguientes definiciones y clasificación:

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

expresa como tasa, que equivale al número de muertes maternas que ocurren por cada 100,000 nacidos vivos.

- Muerte materna obstétrica. Es la resultante de causas obstétricas directas o indirectas, según se define a continuación:

a) Muerte obstétrica directa: Es la de ida a complicaciones obstétricas del estado grávido-puerperal (embarazo, parto y puerperio), por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o una serie de eventos resultantes de cualquiera de los anteriores.

b) Muerte obstétrica indirecta: Es la resultante de una enfermedad preexistente que se desarrolla durante el embarazo y no se debe a causas obstétricas directas, pero que fue agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.

- Muerte materna no obstétrica. Es la que resulta de causas accidentales o incidentales no relacionada con el embarazo y su manejo.

- Muerte previsible. Es la debida a la atención defectuosa en la unidad obstétrica o en otros servicios de maternidad antes de su admisión, a condiciones adversas en la comunidad.

- Muerte no previsible. Incluye los casos en que no es posible establecer ningún tratamiento por lo avanzado de la enfermedad.

- Responsabilidad profesional. Es la que refiere a los casos que son errores de juicio, de manejo, y de técnica, e incluye deficiencia para reconocer la complicación o su evaluación apropiada. También incluye precipitaciones, demoras en las intervenciones y no utilización de los métodos actualizados.

- Responsabilidad hospitalaria. Es la que se relaciona con las facilidades que debe prestar el hospital o institución.

- Responsabilidad de la paciente. Se refiere a las muertes que resultan de una complicación para la cual el tratamiento médico tiene éxito, pero la paciente retrasó su visita inicial, por no obtener cuidado médico cuando los síntomas fueron evidentes y finalmente por no seguir los consejos y las instrucciones de su médico.
- Control prenatal. Cuando la paciente acudió a consulta durante el embarazo en más de 2 ocasiones.
- Nivel socioeconómico. Se obtendrá de acuerdo a la clasificación realizada por el departamento de Trabajo Social en la Unidad de Ginecología y Obstetricia al ingreso de la paciente.

## RESULTADOS

Tabla 2

### GRUPO DE EDAD

15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TOTAL
13	19	12	14	2	4	0	64

Tabla 3

### ESTADO CIVIL

Soltera	Casada	Unión libre	Viuda	No consignado	TOTAL
12	27	20	0	5	64

Tabla 4

### ESCOLARIDAD

Nula	Prim.Comp	Prim.Incomp.	Secun	Prepa	Licenc	No consignada	TOTAL
1	15	4	11	3	0	30	64

Tabla 5

### RESIDENCIA

Provincia	D.F.	Edo. Mex	No consignada	TOTAL
11	36	15	2	64

Tabla 6

### ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

	I	II	III ó +	No consignada	TOTAL
Número de gestaciones	22	11	30	1	64
Partos	11	9	15	0	35
Abortos	7	1	1	1	10
Cesáreas	11	2	3	1	17

Tabla 7

### MOMENTO DE MUERTE

EMBARAZO	T DE PARTO	PUERPERIO	TOTAL
3	6	55	64

Tabla 8

**PROCEDENCIA**

DOMICILIO	OTRO HOSPITAL	MEDICO PART.	OTRO SERVICIO	TOTAL
43	18	1	2	64

Tabla 9

**CONTROL PRENATAL**

CON CONTROL	SIN CONTROL	NO CONSIGNADO	TOTAL
15	16	33	64

Tabla 10

**NUMERO DE VISITAS A CONTROL PRENATAL**

1-2	3-5	6 ó +	No consignado
1	6	3	3

Tabla 11

**DICTAMEN DE MUERTE MATERNA  
OBSTÉTRICA DIRECTA**

TOTAL 47 %: 73.43

EHAE	HEMORRAGIA	INFECCIÓN	ANESTESIA
14	17	16	0

Tabla 12

**OBSTÉTRICA INDIRECTA**

TOTAL 15 % 23.43

CARDIOPATIA	ENF VASCULAR	HEPÁTICAS	NEOPLASIA	OTRAS
1	1	2	1	afecc inmunológica 1 malf cerebrales mult 1 afecc gastrointestinal 2 aneurisma renal roto 1 infección 4 discrasia sanguínea 1

NO CLASIFICADA Total 2 % 0.31

Tabla 13

MUERTE OBSTÉTRICA	PREVISIBILIDAD Y EVITABILIDAD	
	DIRECTA	INDIRECTA
PREVISIBLE	38	9
NO PREVISIBLE	9	6
EVITABLE	33	3
NO EVITABLE	14	12

Tabla 14

RESPONSABILIDAD	RESPONSABILIDAD	
	MUERTE DIRECTA	MUERTE OBSTÉTRICA INDIRECTA
PROFESIONAL	27	6
HOSPITALARIA	5	1
PACIENTE	6	5
PROFESIONAL-HOSPITALARIA	4	0
PROFESIONAL-PACIENTE	5	1
HOSPITALARIA-PACIENTE	0	0
SOCIAL	0	1
INDETERMINADA	0	1
TOTAL	47	15

Tabla 15

ESTADÍSTICA VITAL		
AÑO	NÚMERO DE MUERTES	NACIDOS VIVOS REGISTRADOS
1991	7	7258
1992	9	6898
1993	5	7144
1994	4	7341
1995	8	7687
1996	9	8201
1997	11	8030
1998	11	7201

Tabla 16

**TASA DE MUERTE MATERNA**

AÑO	TASA
1991	96.44
1992	130.47
1993	69.98
1994	54.48
1995	104.07
1996	109.74
1997	136.98
1998	152.75

Tasa por 100,000 nacidos vivos

Tabla 17

**Número de muertes maternas y tasa por año y grupo de edad**

AÑO	GRUPOS DE EDAD					
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
1991	2 - 27.55	3 - 41.33	1 - 13.77	1 - 13.77	0-0	0-0
1992	2 - 28.99	2 - 28.99	1 - 14.49	2 - 28.99	1 - 14.49	1 - 14.49
1993	0-0	2 - 27.99	0-0	2 - 27.99	1 - 13.99	0-0
1994	0-0	2 - 27.24	2 - 27.24	0-0	0-0	0-0
1995	1 - 13.00	2 - 26.01	4 - 52.03	1 - 13.00	0-0	0-0
1996	1 - 12.19	3 - 36.58	2 - 24.38	1 - 12.19	0-0	2 - 24.38
1997	4 - 49.81	3 - 37.35	2 - 24.90	0-0	1 - 12.45	1 - 12.45
1998	3 - 41.66	1 - 13.88	2 - 27.77	5 - 69.43	0-0	0-0

Tasa por 100,000 nacidos vivos

**Tabla 18**

CORRELACION DE DIAGNOSTICO CLINICO PREMORTEM Y DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLOGICO

DX CLINICO	DX ANATOMOPATOLOGICO
Ch. Hipovolémico, edema agudo pulmonar, EHAE	Pancreatitis aguda, sangrado tubo digestivo alto, daño alveolar difuso
Insuf. Hepática aguda, encefalopatía hepática	Esteatosis microvesicular
Eclampsia, edema agudo pulmonar	Aneurisma sacular gigante de arteria cerebral media roto
Ch. Séptico, Sx HELLP	Congestión y hemorragia hepática, hemorragia pulmonar
Choque hipovolémico	Utero Couvelaire
Ch. anafiláctico	Necrosis periportal hepática, glomerulopatía eclámptica, focos neumónicos
Ch. Hipovolémico, Ch. Neurogénico	Cisticercosis subaracnoidea basal, hemoperitoneo 350cc
Ch. séptico	Deciduomiotritis, peritonitis aguda
Pb. Hepatitis B	Hepatitis B
Hígado graso del embarazo	Hígado graso del embarazo
Pb. encefalopatía viral	Malformaciones cerebrales múltiples
Ch. Hipovolémico, Pb. tromboembolia pulmonar	Utero Couvelaire
Ch. Hipovolémico, Pb. hepatitis viral	Hepatitis aguda Pb. viral No A No B
Tromboembolia pulmonar	Peritonitis aguda, hidrotórax, hidropericardio
Ch. Hipovolémico, placenta pércreta	Placenta hipercreta
Eclampsia, HELLP	Congestión y hemorragia hepáticas
Ch. Séptico, Pb. tromboembolia pulmonar	Tuberculosis generalizada
Ch. Séptico	Corioamnioítis
Ch. Hipovolémico, CID	Choque hipovolémico
Ch. séptico	Sepsis
Choque hipovolémico	Lesión accidental de arteria uterina izquierda, necrosis hemorrágica multifocal en hígado
Eclampsia, CID	Peritonitis aguda, Necrosis hepática, hidrotórax
Necrosis ileal	Enteritis isquémica
EVC	Leptomeningitis purulenta basal, absceso cerebeloso derecho
Cardiopatía	Cardiopatía reumática, doble lesión aórtica
Emb 24 sdg Edo. premórtem	HTAS moderada, hipertrofia ventricular Izq.
Tromboembolia pulmonar	Tromboembolia pulmonar
Esclerodermia, cardiopatía, EHAE	Esclerosis sistémica progresiva
Hepatitis	Salmonelosis, peritonitis fibrinopurulenta extensa
PCR, Pb. eclampsia	Hemorragia cerebral
EHAE	Hemorragia capsular renal

## **ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: Se estudiaron 64 casos comprendidos desde enero de 1991 hasta diciembre de 1998.

En el grupo de edad (tabla 2), se observó mayor incidencia entre los 20 y 24 años, con 19 pacientes, que corresponde al 29.6%, 14 se encontraban en el grupo de 30 a 34 años, que corresponde al 21.8%; y 13 de ellas, el 20.3% al grupo de 15 a 19 años. En el estado civil el 42.1% eran casadas seguidas de un 31.25% de mujeres en unión libre y un 18.75% solteras (tabla 3). En la escolaridad de las pacientes el 23.43% del total de las pacientes tenían primaria completa (tabla 4). En lo que respecta a la residencia de las pacientes 36 de ellas, lo que corresponde a un 56.25% provenían del D.F. 23.43% del Estado de México y 17.18% de otros estados de la república (tabla 5). El nivel socioeconómico no se pudo analizar, sin embargo, tomando en cuenta el tipo de población que acude al Hospital General de México O.D. se infiere que se trata de nivel medio bajo y bajo. Hasta aquí, que son los datos correspondientes a los antecedentes generales de las pacientes podemos observar que la mayoría de ellas se encuentran en edad reproductiva, económicamente activa, siendo adultos jóvenes principalmente, seguidas de adolescentes y con escolaridad básica en su mayoría.

Lo que llama la atención es el hecho de que la mayoría de estas mujeres fueran residentes del D.F., zona urbana que cuenta con los 3 niveles de atención para la salud y que están a disposición de toda la población, lo que nos haría suponer que la mayoría de estas mujeres por lo menos tenían acceso al primer nivel de salud, el cual es básicamente preventivo y

esperaríamos tener menos población residente del D.F. con embarazos complicados que las llevaran hasta la muerte.

En los antecedentes ginecoobstétricos encontramos que el 46.87% de las pacientes eran multigrávidas, 34.37% secundigrávidas y 17.18% primigrávidas; 15 de ellas con 3 o más partos, 11 con 2 partos previos, 1 cesárea previa y 7 con un aborto previo (tabla 6). Esto es relevante ya que nos permite ver que en su mayoría estas mujeres ya habían recibido algún tipo de atención médica anterior en el ámbito obstétrico, ¿pero habían recibido orientación para embarazos posteriores?

De los expedientes analizados, 55 de las 64 pacientes estudiadas (85.93%) murieron durante el puerperio, 6 que corresponde al 9.37%, murieron durante el parto (ya sea vaginal o por cesárea) y 3 de ellas, el 4.68% en algún momento del embarazo (tabla 7). Del total de pacientes 15 llevaron control prenatal, 16 no lo llevaron (tabla 9). De las 15 pacientes que llevaron control prenatal, 6 que corresponde a un 40% acudieron en 3 a 5 ocasiones, 1 en 1 o 2 ocasiones, 3 más de 6 visitas y 5 de estas 15 no se especifica cuantas visitas a control prenatal tuvieron (tabla 10).

También se estudió la procedencia de las pacientes encontrando que 43 de ellas (67.18%) acudieron directamente de su domicilio, 18 (28.12%) referidas de otro hospital, 1 (1.5%) referida por médico particular y 2 (3.12%) de ellas provenientes de algún otro servicio dentro del hospital (tabla 8). De lo anterior resalta el hecho de que la mayoría de las pacientes no hubieran acudido a algún servicio médico de menor nivel de manera preventiva y que acuden en muy malas condiciones a un segundo o tercer nivel para un desenlace.

En lo referente al dictamen de muerte materna llevado a cabo por el Comité de Mortalidad Materna del HGM O.D. se reportaron 47 muertes obstétricas directas que equivale al 73.43%, de estas la primera causa es hemorragia, seguida de infección y posteriormente enfermedad hipertensiva asociada al embarazo (tabla 11) . Así mismo se dictaminaron 15 muertes obstétricas indirectas correspondiendo al 23.43%, siendo la primera causa infección, seguida de afecciones gastrointestinales y hepatopatía. 2 de las 64 muertes reportadas no fueron clasificadas (tabla 12).

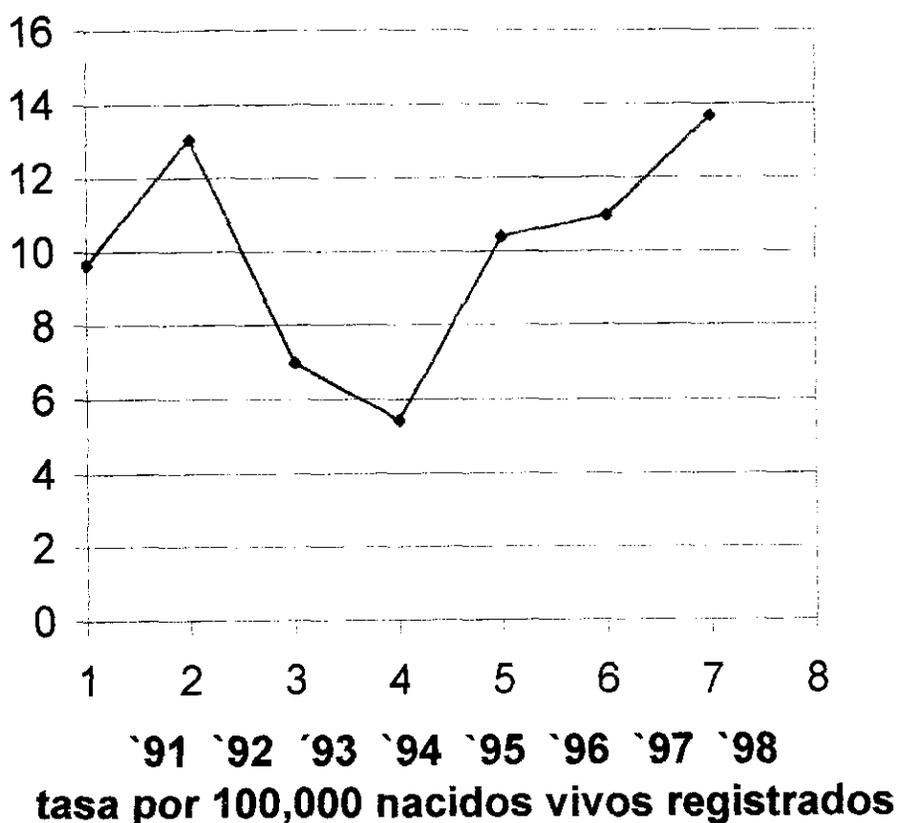
De las 64 muertes maternas se le realizó estudio post-mortem a 33 (51.%) lo cual es alarmante, ya que la necropsia es de vital importancia para llevar a cabo un adecuado dictamen de muerte materna, ya que algunas de las pacientes estudiadas no murieron por causa obstétrica directa sino que contaban ya con alguna patología de base lo suficientemente grave para llevarlas a la muerte (tabla 18). Hasta el momento se desconoce la causa de la dispensa de las 31 necropsias restantes.

En relación a la previsibilidad y evitabilidad se observa que de las muertes obstétricas directas 38 eran previsibles, 9 no previsibles, 33 evitables y 14 no evitables; mientras que de las muertes obstétricas indirectas 9 eran previsibles, 6 no previsibles, 3 evitables y 12 no evitables (tabla 13). Dentro del primer grupo se puede inferir que si estas mujeres hubieran llevado un adecuado control prenatal o hubieran acudido al hospital al iniciar su sintomatología se hubieran evitado la mayoría de las muertes, ya que estas eran previsibles; en cambio con las obstétricas indirectas la mayoría eran no evitables pero sí previsibles lo que nos sigue marcando la importancia de la educación para la salud y el primer nivel de atención en la mortalidad materna.

De las muertes obstétricas directas, con respecto a la responsabilidad encontramos que 27 fueron con responsabilidad profesional (42.18%), 6 con responsabilidad de la paciente (9.37%), 5 (7.81%) con responsabilidad profesional y de la paciente, así como responsabilidad hospitalaria. De las muertes obstétricas indirectas 6 fueron con responsabilidad profesional , 5 con responsabilidad de la paciente. (Los porcentajes son con respecto al total de las muertes maternas estudiadas). (tabla 14)

Con respecto a las tasas de muerte materna se observa un patrón que muestra una tendencia ascendente (gráfica 2), sin embargo no se concluye una causa que explique el mismo, esto quizá se deba al hincapié que se ha hecho en la realización del estudio de la muerte materna obteniendo actualmente un registro fidedigno del número de muertes ocurridas por año.

**GRAFICA 2**  
**TASA DE MORTALIDAD**  
**MATERNA**  
**HOSPITAL GENERAL DE**  
**MEXICO**  
**1991 - 1998**



## **CONCLUSIONES**

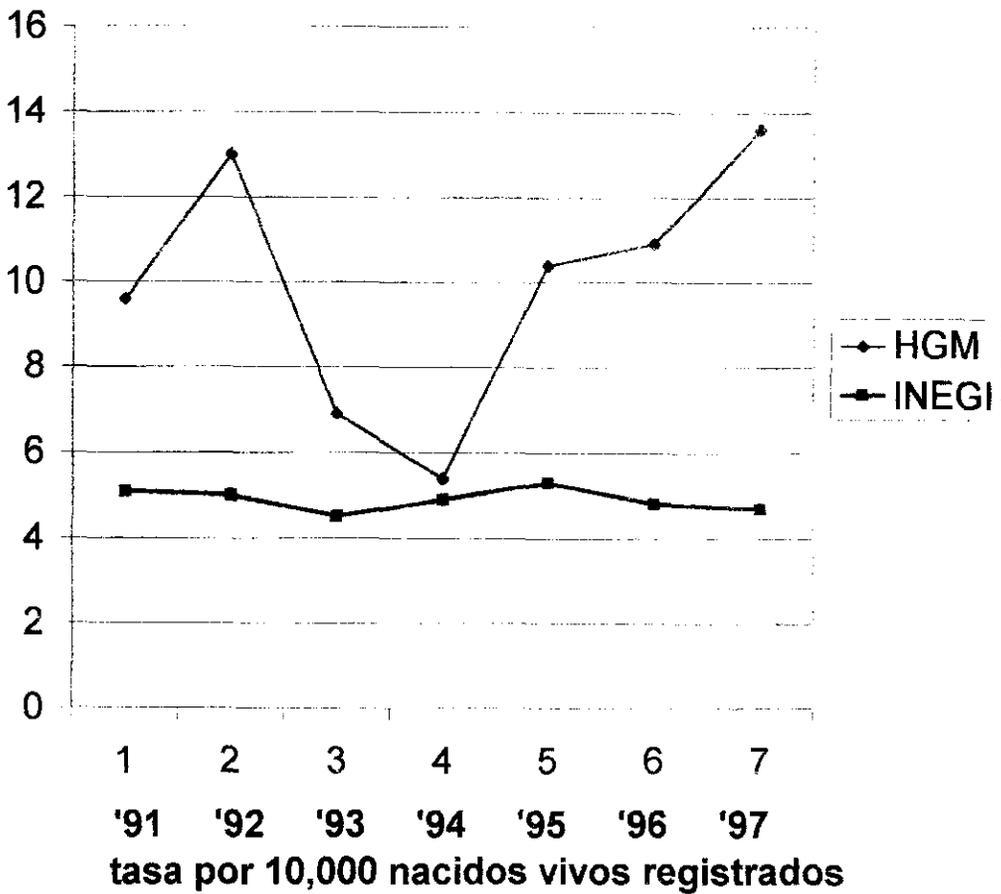
Del presente estudio se concluye que la mortalidad materna constituye uno de los principales problemas de salud pública que afecta a las mujeres en edad reproductiva esto es un hecho inaceptable tomando en cuenta que la mayoría de estas muertes pueden ser evitadas. Lo anterior se resume en que *el embarazo es todavía una etapa de riesgo en la vida de las mujeres*. Como menciona el Dr. Ruiz Moreno en el estudio que realizó sobre muerte materna en 1995, "el evaluar el riesgo de mortalidad materna es altamente difícil, ya que los resultados de estudios similares al presente son muy variables porque cada grupo maneja sus datos en forma diferente"; la mortalidad materna se mide con el indicador "tasa de mortalidad materna", expresada por la relación entre el número de mujeres fallecidas por causas maternas en un lapso de tiempo determinado y el número de nacidos vivos registrados en ese mismo periodo. Las impresiones derivadas de esta forma de medir la mortalidad materna, tanto del numerador como del denominador, hacen necesario utilizar formas alternativas para complementar la visión sobre sus dimensiones y significados. Aunque se le sigue denominando como tasa, actualmente se reconoce que la medida utilizada es más bien una "razón de mortalidad materna", ya que el denominador no se expresa en función de la población potencialmente afectada.

En la actualización realizada en 1998 de la Declaración de México para una Maternidad sin riesgos se establece que en nuestro país durante las últimas décadas la mortalidad materna ha disminuido, a diferencia de lo reportado en este estudio donde se observa un franco ascenso, esto puede ser debido, en parte, a un mejoramiento en el registro. Sin embargo, es obligado

identificar con más precisión si esto es así, ya que se considera que todavía la tasa de mortalidad nacional está subestimada, principalmente en áreas rurales - donde el problema es mayor- y en urbanas marginadas. En 1997 la tasa oficial, calculada a partir de la información asentada en los registros civiles, fue de 4.7 por 10 mil nacidos vivos registrados. De acuerdo a los registros del INEGI sobre muerte materna observamos que la tasa de mortalidad materna se reporta por 10,000 nacidos vivos y no de acuerdo a lo establecido en la reunión sobre mortalidad materna en Brasil 1988 donde se acuerda reportar esta tasa por 100,000 nacidos vivos, no obstante y realizando los ajustes necesarios se aprecia que los resultados obtenidos en Hospital General de México van muy por arriba de los valores nacionales (gráfica 3), sin embargo si se compara con las estimaciones de la OMS resulta que tenemos 106 muertes maternas por cada 100 000 nacido vivos de acuerdo a los 8 años analizados en este estudio, mientras que la OMS estima una mortalidad materna para México de 110 por 100 000 nacidos vivos. Dada la heterogeneidad de nuestro país, los indicadores globales de mortalidad materna no son suficientes para mostrar su realidad. Son necesarios estudios regionalizados que permitan conocer lo que ocurre en los diversos contextos para diseñar y desarrollar intervenciones específicas de acuerdo a sus condiciones.

Con respecto a los factores sociales de la mortalidad materna y según el Censo 95 de Población y Vivienda , realizado por el INEGI, en ese año vivían en México 24,476,909 mujeres en edad fértil. Si bien el analfabetismo ha ido en descenso continúa siendo superior en las mujeres (12.7%) que en los hombres (8.4%) el 59.1% de las personas mayores de 15 años sin instrucción, son mujeres. Ello incide en el inicio temprano de relaciones sexuales, y en la

**GRAFICA 3**  
**TASA DE MORTALIDAD MATERNA**  
**NACIONAL Y DE HGM**  
**1991 - 1997**



mortalidad materna que ocurre con mayor frecuencia en las mujeres con menor escolaridad, desafortunadamente lo anterior no fue posible corroborarlo en el presente estudio debido a la carencia del dato en la mayoría de los expedientes, esto es un problema que tiene solución si se refuerza la obtención de datos en la Historia clínica (en caso de que se cuente con la oportunidad para realizarla) y por otra parte si el servicio de trabajo social obtiene los datos de los familiares que acompañan a la paciente haciendo conciencia de lo significativo de su labor.

La proporción de las mujeres formando parte de la población económicamente activa se incrementó notablemente entre 1990 y 1995 (23.4% y 32.83%) debido, entre otras causas, al deterioro del poder adquisitivo de los salarios, así como al aumento de hogares encabezados por mujeres.

En los factores sociales vinculados con la mortalidad materna es útil distinguir dos tipos:

1o. Las condiciones socioeconómicas que impiden el acceso a los satisfactores esenciales que toda persona requiere para el desarrollo de sus capacidades como ser humano: alimentación, vivienda, educación, vestido, etc. Sin ellos no es posible, obtener, proteger o recuperar la salud. Las muertes maternas que ocurren en nuestro país se concentran en municipios de alta marginación y/o en grupos de población que han estado ancestral y persistentemente privados de recursos vitales. En esos municipios, las mujeres tienen tres veces más riesgo de morir que las habitantes de los de baja marginación.

2o. Los factores socioculturales exacerbaban las repercusiones de los anteriores en la salud de las mujeres. Entre ellos destacan:

La discriminación e inequidades de género, que subsisten a pesar de que el Artículo 4to. Constitucional establece la igualdad de la mujer y el varón. Concepciones anacrónicas en algunas leyes secundarias todavía refuerzan roles sociales y familiares y estructuras desventajosas que repercuten en la salud de las mujeres.

Cuando la maternidad es el más importante componente de la identidad femenina y la fecundidad la principal, cuando no la única fuente para obtener reconocimiento, las mujeres enfrentan graves riesgos para su salud reproductiva. Entre ellos, los provenientes de embarazos numerosos y sucesivos desde edades tempranas hasta tardías.

Es frecuente, en determinadas culturas y grupos sociales, que la mujer tenga que demostrar su fertilidad antes de ser aceptada como parte de la familia de su pareja, y por supuesto, de que su unión marital se formalice. En síntesis, si las mujeres son valoradas sólo, ó principalmente, por su capacidad procreadora, es imposible que puedan decidir "libremente" su fecundidad, e impensable que demoren su primer embarazo y opten por un proyecto de vida alternativo a, o combinado con la maternidad.

En el presente estudio se observó que el 20.3% de las pacientes eran menores de 20 años. Los embarazos en mujeres muy jóvenes se presentan tanto en áreas rurales como en urbanas, como se pudo observar al estudiar la residencia de las pacientes, donde más del 50% provenían del D.F., ignorando si residían en zonas marginadas. Las uniones tempranas implican abandono de la escuela, maternidad precoz y fecundidad elevada. Cuando los embarazos son resultado del sexo forzado o no planeado, y las jóvenes no están en condiciones de asumirlos, en su desesperación recurren a métodos

más peligrosos para su interrupción, enfrentándose a un alto riesgo de enfermedad y muerte.

A pesar de estar biológicamente capacitadas para embarazarse, las mujeres menores de 20 años aún no han completado su crecimiento físico por lo que sufren con mayor frecuencia complicaciones, tales como preeclampsia.

Paradójica y contradictoriamente, la misma cultura que ensalza la maternidad no incluye entre sus normas consuetudinarias el cuidado durante los procesos reproductivos. Las mujeres embarazadas deben seguir realizando las tareas que su género les impone sin tomar en cuenta el mayor grado de vulnerabilidad que su estado impone. De igual manera, no forma parte de las prioridades comunitarias y familiares el movilizar y dedicar recursos a garantizar la atención adecuada a las mujeres durante sus embarazos y partos.

La cultura ha creado y transmite como inherentes al "ser mujer" la abnegación, el espíritu de sacrificio, el no quejarse ni dar importancia a sus malestares, y el que su vida está en función de los demás, factores que inciden en que ellas no se preocupen por su propia salud, no sean conscientes o incluso justifiquen el maltrato de que son víctimas, no tengan cuidados especiales durante el embarazo, resten importancia a los signos que les avisan que "algo" va mal y no acudan a consulta médica.

Esta situación no es exclusiva de áreas rurales privadas de acceso geográfico y cultural a los servicios, sino desafortunadamente está bastante generalizada en nuestro país. Con ello disminuyen las posibilidades de identificar a tiempo los riesgos y recibir la atención médica requerida para

evitar que las complicaciones puedan conducirles a la pérdida severa de la salud, e incluso de la vida.

La persistencia de inequidad de género y la concentración de valoración y poder en los varones repercuten de múltiples maneras en la salud de las mujeres en general, y en la mortalidad materna, en particular, al influir en la discriminación y desnutrición de las mujeres desde la niftez, el menor acceso a niveles medios y superiores de escolaridad, el establecimiento temprano de uniones maritales, el inicio precoz y término de uniones maritales, restringir la posibilidad de las mujeres para tomar decisiones respecto a su reproducción, y obstaculizar su acceso a servicios médicos durante su embarazo y parto.

El enfoque de riesgo ha sido utilizado tradicionalmente para identificar grupos y acciones prioritarios. La aplicación de este enfoque tiene limitaciones, ya que con frecuencia mujeres que no presentan condiciones de riesgo sufren graves complicaciones en sus procesos reproductivos. Así mismo, porque los criterios de riesgo están basados en consideraciones biológicas y no incluyen factores predictivos de índole social. El énfasis en la determinación de este tipo de factores, combinada con la detección temprana y oportuna de problemas de salud, sería una estrategia más eficiente.

Los servicios de salud han instrumentado diversas acciones para mejorar la calidad de la atención materno-infantil. Así, los hospitales "Amigos del Niño y de la Madre" desarrollan importantes esfuerzos para promover la lactancia materna exclusiva y el alojamiento conjunto, la capacitación de parteras empíricas en áreas rurales, son algunas de las medidas implementadas para mejorar la salud reproductiva.

El análisis de casos de muerte materna en los últimos 8 años en la Unidad de ginecología y Obstetricia del Hospital General de México O.D. ha permitido obtener un perfil epidemiológico:

a) Se trata de mujeres, adultos jóvenes en su mayoría, por lo menos con un hijo , que cuentan con una relación o pareja estable, con un bajo nivel de escolaridad que repercute en una deficiente educación para la salud.

b) En Hospital General de México se da atención a población abierta (incluyendo a derechohabientes de otras instituciones) que generalmente acuden en situaciones de emergencia y que permanecen en el mismo hasta morir.

c) El control prenatal que es una de las medidas preventivas es deficiente en varios aspectos:

1. En la demanda del mismo que implica que las pacientes lo solicitan únicamente para asegurar un lugar para la resolución del embarazo, ocurriendo esto generalmente al término del mismo y generalmente en 1 o 2 ocasiones.
2. En la calidad de la consulta de control prenatal. Es de suma importancia el adecuado interrogatorio y exploración de la paciente embarazada con el fin de identificar factores de riesgo. Esto implica que para mejorar la calidad de la consulta debe disponerse de tiempo, el cual se ve reducido por el volumen de pacientes recibido.

3. Lo anterior va de la mano con el nivel de atención en lo que a salud respecta; si consideramos que el HGM O.D. tiende a ser un centro de tercer nivel entonces debería mantener un sistema de referencia-contrarreferencia con los niveles subalternos para dedicar sus recursos a pacientes con mayor riesgo durante el embarazo.
4. Ignoramos, sobre las pacientes estudiadas que llevaron control prenatal, si este fue llevado a cabo en nuestra institución. Este dato es importante porque de ser así es obligado subsanar las deficiencias de la atención otorgada.

d) El mayor número de muertes maternas fueron por causa obstétrica directa, principalmente hemorragia la cual es una de las principales complicaciones del parto y puerperio. Una explicación plausible de lo anterior es que al tratarse de un hospital que recibe población abierta atiende a pacientes referidas, ya tratadas, algunas con trabajo de parto prolongados. Además, debido al nivel socioeconómico de las pacientes la mayoría de ellas son pacientes *desnutridas con bajo aporte energético y protéico*, y por ende tienden a padecer trastornos de la coagulación. Así mismo, es importante señalar que esta institución es un hospital escuela por lo que muchos de los eventos obstétricos son atendidos por personal médico en formación que en ocasiones no cuentan con la suficiente pericia que cada caso requiere.

e) La mayoría de las muertes fueron por responsabilidad profesional lo cual puede atribuirse a la razón expuesta en el inciso anterior.

f) La tasa de muerte materna en HGM O.D. muestra una franca tendencia al ascenso a partir de 1995. Aquí hay dos hechos que recalcar:

- Anteriormente hablamos de instancias para mejorarla calidad de atención materno-infantil, dentro de las cuales se encuentra la creación de *Hospitales de Amigos del Niño y de la Madre*. En 1993, esta unidad pasó a ser parte de este programa y es cuando se observa un descenso notorio en la mortalidad materna, así mismo en 1994, pero posteriormente hay un aumento que podría explicarse infiriendo que si aún el programa está vigente y no se ha abandonado no se le está dando la atención necesaria y esto se refleja en el aumento de mortalidad; por lo que debería retomarse o reforzar dicho programa.

- Por otra parte, se encuentra el hecho de la inauguración de un nuevo edificio de Gineco-Obstetricia, el cual cuenta con infraestructura y recursos materiales en mayor número y calidad; lo anterior se lleva a cabo en el año de 1998, cuando observamos un ascenso importante de la tasa de mortalidad materna, quizá esto pudiera tener explicación al tomar en cuenta que a partir de ese momento se aceptaban traslados de pacientes de otras instituciones para manejo en terapia intensiva.

*Por estas razones la mortalidad materna en este hospital es el reflejo de un problema social que afecta al país. Si tomamos en cuenta que la mayoría de estas muertes fueron obstétricas directas esto nos está indicando una deficiencia muy importante en la educación para la salud en donde deben realizarse mas acciones que la refuerzan con el fin de orientar a la población sobre los riesgos que implican los procesos reproductivos y concienticen*

sobre la existencia de los diferentes niveles de atención médica a los cuales pueden y deben acudir.

Quizá en donde se debe poner mayor énfasis es en el aspecto de planificación familiar dando esto un tiempo y oportunidad para mejorar la educación sexual y con esto fomentar la prevención de las complicaciones durante el embarazo.

La consulta prenatal recibida oportunamente y con calidad constituye una medida insustituible para vigilar el desarrollo del embarazo, identificar los riesgos, evitar complicaciones, y por ende, prevenir muertes maternas.

Estudios realizados por el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos han identificada una carencia al acceso de atención de calidad en la mayoría de las muertes maternas. Esta falta de acceso proviene de una variedad de factores y se refleja en una serie de "demoras" que, de no superarse, fatalmente conducen a la muerte: demora de la propia mujer en identificar y dar importancia a los signos y síntomas de riesgo; demora al comentarlo con sus familiares; demora en superar las resistencias y tomar la decisión de buscar atención médica por lo que implica de costo y trastorno familiar; demora en encontrar transporte para hacerlo, en fin, una serie de demoras más que van consumiendo tiempo mientras las complicaciones van haciéndose más severas y disminuyen las posibilidades de que las mujeres salven sus vidas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. *Mortalidad Materna en México*, IMSS Jefatura de Servicios de Investigación Médica, México, D., 1994.
2. Tuñón Pablos, Julia: *Mujeres en México. Una Historia Olvidada*, México, ed. Planeta 1987 Págs. 135-139.
3. *La Mujer Adolescente, Adulta, Anciana y su Salud...*, Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Materno Infantil, México, D.F., 1992.
4. Rabasa, Emilio O.; Caballero Gloria: *Mexicano: Esta es tu Constitución México*, H. Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, LII Legislatura. 1984.
5. *Ley General de Salud*, Secretaría de Salud, México, 1990.
6. Márquez, Antonio: *Base de Datos CISEI, 1986-1989*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1990.
7. Elu, Ma. del Carmen; Langer Ana: *Maternidad sin Riesgos en México*, de. IMES, México, 1994.
8. *Documento de referencia sobre el estudio y la prevención de la mortalidad materna*. Fascículo I. OPS/OMS, Washington, D.C., 1986, Págs. 1-48.
9. Trejo R., César: *Mortalidad Materna. Evolución de su estudio en México en los últimos 25 años*, Ginecol Obstet Mex 1997; 317-325.
10. *Documento para el Registro de la Mortalidad Materna de la Dirección de Registro de Padecimientos y Población de Alto Riesgo*. Departamento de Registro de Mortalidad Materna y Perinatal. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Enero de 1985, pp. 1-131. (de Ref 1)
11. Parish, L.: *A return to maternal mortality studies: A necessary effort*, Am J Obstet Gynecol, 1985, 152:833-839.
12. OMS. *Focus: Mortalidad materna. Una tragedia silenciosa*, Ginec Obstet Mex, 1990 58:255.
13. OMS/OPS, *Elementos básicos para el estudio de la mortalidad materna*, Washington, D.C., Dic 1985, pp. 1-23.
14. OPS/OMS, *Documento de referencia sobre el estudio y la prevención de la mortalidad materna*. Fascículo I. Washington D.C., 1986, pp. 1-78.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

15. Ruiz M., José A.: *Mortalidad Materna en el Hospital Central Militar. Informe de 25 años 1968-1992*. Ginec Obstet Mex, 1995, 63:452-459.

16. *Declaración de México para una Maternidad sin Riesgos*. Comité Promotor para una Maternidad sin Riesgos en México. México, 1999.

17. OMS/UNICEF, Revised 1990 Estimates Of Maternal Mortality: A New Approach. APRIL 1996