

11217

60

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES DE LA
FACULTAD DE MEDICINA**

HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA" S.S.M.

TESIS:

**CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL GENERAL
"DR. MIGUEL SILVA" S.S.M.
1997-1999.**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

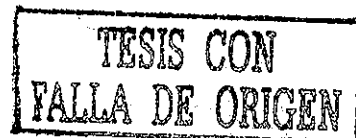
DR. MIGUEL CRUZ ZAMUDIO

ASESORES:

DR. JOSE ANTONIO SERENO COLO.

DR. JOSE INES GONZALEZ TAPIA.

DR. JOSE BEDOLLA RIVERA.



MORELIA, MICHOACAN: MEXICO, OCTUBRE 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

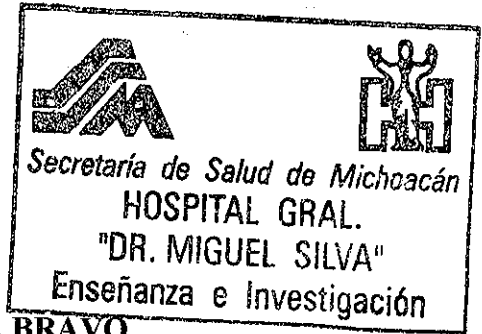
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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


DR. JOSE ANTONIO MATA HERNANDEZ

DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA" S.S.M.





DR. OCTAVIO MIGUEL IBARRA BRAVO

JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL "DR. MIGUEL SILVA"
DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA" S.S.M.


DR. JOSE INES GONZALEZ TAPIA

JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA" S.S.M.


SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.


DR. JOSE ANTONIO SERENO COLO

TITULAR DE CURSO DE POSGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA" S.S.M.



DR. MIGUEL CRUZ ZAMUDIO

**CURSO LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA" S.S.M.
MARZO DE 1996 A FEBRERO DEL 2000.**

A DIOS

Por estar siempre a mi lado.

A MI ABUELITO MIGUEL

Por todo su tiempo, dedicación, cariño y consejos que me brindo.

A MIS PADRES

ALICIA Y JOSE

Por su esfuerzo realizado.
Por ser mi mejor ejemplo.
Por toda su confianza depositada en mí.

A MIS HERMANAS

Elbita, Mela, Ana, Reme y Lauris.
Por su apoyo brindado.

A MIS SOBRINOS

Lalo y Mauri

Por que me inspiran a ser mejor.

A MI HOSPITAL Y MAESTROS

Por ayudarme en mi preparación profesional

INDICE

	PAGINA
I.- INTRODUCCION	1
II.- MARCO HISTORICO DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MEXICO	4
III.- MORTALIDAD MATERNA EN MEXICO, EN MICHOACAN Y EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"	10
IV.- DEFINICIONES DE MORTALIDAD MATERNA	12
V.- METODOLOGIA	15
VI.- RESULTADOS	30
VII.- COMENTARIOS	32
VIII.- PROPUESTAS PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD MATERNA EN NUESTRO MEDIO	34
IX.- BIBLIOGRAFIA	36

MORTALIDAD MATERNA

INTRODUCCION .-

En nuestro país la Mortalidad Materna debe ser considerada como un serio problema de salud pública. Esta aseveración resulta válida ya que las muertes en edad reproductiva se calculan globalmente en cifras de 89 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos (1).

Analizando la cifra global de Mortalidad Materna en nuestro País y que es semejante a la que ocurre en los países llamados en vías de desarrollo, se observa que estas cifras son mucho mayores de las que ocurren en los países desarrollados, como puede verse en el cuadro siguiente:

CUADRO No 1.

MUERTES MATERNAS POR AÑO

PAÍS	FALLECIMIENTOS
ASIA	310,000
ÁFRICA	150,000
AMÉRICA LATINA	35.000
PAÍSES DESARROLLADOS	6,000
ESTIMACION TOTAL MUNDIAL	501,000 + ++.

+ Datos referidos a 1983.

++ Datos del congreso Mundial de Mortalidad Materna, Marruecos, 1997(2).

Dado que la muerte de una mujer en edad reproductiva afecta social y económicamente el desarrollo de una familia, de un grupo social y por lo tanto de un país, es de suponerse que si a estas mujeres se les brindara una correcta atención médica tanto a nivel privado como institucional, seguramente se obtendría una disminución de la mortalidad materna y ésto impulsaría el desarrollo económico, social y cultural de una nación.

Por otra parte en cualquier medio que se considere, la muerte de una mujer joven y sana durante el embarazo, parto o puerperio constituye una sacudida emocional y es un señalamiento de la deficiente estructura social y por ende de la mala atención médica .

Haciendo hincapié en el problema, la O. M. S., señala que la cifra de pérdidas humanas por el motivo señalado sería equiparable a las muertes que ocurrirían al estrellarse un avión cada 4 horas en el que viajaran 200 mujeres embarazadas y perecieran en el percance (2).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En el congreso mundial de Marruecos sobre Mortalidad Materna en 1997, se informó que anualmente ocurren en el mundo 585.000 muertes por causas del evento reproductivo. Se estima por tanto que, dependiendo del grupo poblacional que se examine, el riesgo de morir para una mujer a consecuencia del embarazo, parto y puerperio es de 1 a 18 por 100.000 gestaciones. Resulta obvio que en países desarrollados que cuentan con sistemas de atención obstétrica de excelencia, la mortalidad apenas llega a **1**, mientras que en los países carentes de servicios indispensables de salud puede llegar hasta **18** (2).

Cuadro No. 2

TASA DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN DESARROLLO

PAÍSES	TASA DE M.M. POR 100,000 N.V.
En vías de desarrollo	100 a 1,000 o superior.
Desarrollados	3 a 18.

Congreso Mundial de Marruecos en 1997(2).

Al analizar los reportes de los Estados Unidos de Norteamérica durante las últimas cinco décadas en relación con la mortalidad materna, llama poderosamente la atención que, de acuerdo con las medidas que han implementado, ha habido un descenso importante en las tasas de mortalidad materna (1). El concepto que se maneja en Estados Unidos de Norteamérica en relación con la muerte materna ocasionada por el embarazo difiere un poco del que se maneja en nuestro país, concepto que queda bien aclarado en el capítulo dedicado a las definiciones, pero en este momento sólo mencionaremos que en los Estados Unidos se consideran 2 grupos fundamentales:

Las muertes relacionadas con el embarazo, que son las que ocurren durante el mismo o en el año siguiente y que son causadas por la gestación o sus complicaciones y el segundo grupo en el que se incluyen **las muertes asociadas al embarazo**, en las que se engloban todas las muertes ocurridas durante la gestación y hasta un año después, independientemente de las causas que las originen. (1).

De acuerdo con estos criterios la tasa de Mortalidad Materna global reportada en Estados Unidos de Norteamérica en 1979 fué de 9.1 por 100,000 nacidos vivos y ésta se redujo a 7.5 por 100,000 nacidos vivos en 1986 (1,3). Uno de los objetivos del servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de Norteamérica para el año 2000 es reducir la tasa de Mortalidad Materna en un 50% (3.3 por cada 100.000 N.V.) (3).

Si se hace una evaluación de las cifras de Mortalidad Materna que se reportan en los Estados Unidos de Norteamérica y se toma como modelo de acción preventiva de salud en un país desarrollado donde las cifras acusan una disminución importante y observando los reportes de países carentes de atención idónea de la salud reproductiva, en donde las cifras se mantienen o van en ascenso, resulta obvio que el problema de **la muerte materna durante la reproducción es una situación previsible**.

Durante mis años de residencia en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” de la Secretaría de Salud en la Ciudad de Morelia Michoacán, viví de cerca y pude apreciar el drama de la muerte materna en relación con la función reproductiva. El motivo de mi deseo de revisar este tema y tomarlo para mi tesis de Especialidad es analizar las cifras de Mortalidad Materna en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de este hospital y tratar de proponer alguna medida que en nuestro medio pudiera resultar útil para coadyuvar a resolver o por lo menos atenuar este problema.

MARCO HISTORICO DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO.

La atención de la embarazada entre los Aztecas, que formaban el pueblo más civilizado de la altiplanicie así como de otras culturas que existían en nuestro País, se encontraba, como en todos los pueblos primitivos, en manos únicamente de mujeres.

La mujer que se dedicaba al cuidado de la embarazada y a la asistencia de los partos, antes de ejercer formalmente su profesión, adquiría una larga práctica que la convertía en un ser respetado y estimado por la sociedad. Se le llamaba **TLAMATQUITICIL** o **Ticitl**.

La **Ticitl**, tenía un papel verdaderamente complejo, pues se encargaba de atender a la mujer durante la preñez, asistir el parto y cuidar el puerperio. Sus importantes funciones empezaban desde antes que viniera el embarazo, siendo ella quien cargaba a cuestas a la novia para entregarla a su prometido. Si sobrevenía el embarazo dictaba las medidas más pertinentes de orden higiénico y la grávida era protegida, vigilada y para ella se exigía una vida tranquila y sosegada. Asistía después el parto y si se presentaba una distocia, asumía el papel de cirujano. Por todo lo expresado ejercía un verdadero **MATRIARCADO OBSTETRICO**.

Por la esmerada atención que recibía la mujer durante el estado grávido-puerperal en la época precortesiana, se puede suponer que la Mortalidad Materna no era elevada, sobre todo considerando que el aborto estaba prohibido y era severamente castigada la mujer que se hacía interrumpir la gestación.

Nuestra civilización indígena se adelantó a muchas épocas de nuestro País en los cuidados pre y postnatales y en el alto concepto que se tenía de la función de la mujer en cuanto a la maternidad se refiere y para garantizar los rasgos esenciales de la estirpe y el fortalecimiento de la raza para cuidar a la madre, considerada elemento importante en la organización familiar.

Con la llegada de los españoles y consumada la conquista de ANÁHUAC por la toma de Tenoxtitlan en 1521, se produjeron un sinnúmero de cambios. Sin embargo, la **Ticitl** seguía llenando su cometido, sin el apoyo socio-religioso de su pueblo y además resultó combatida. El nuevo culto, persiguió a quienes trataban de celebrar actos de invocación a los dioses de la gentidad. Esta guerra sin cuartel, de orden religioso, fué el principio de la desaparición de la partera nahoatlata y con tristeza se observó que no aparecía la nueva partera que sustituyera y que pudiera ofrecer modificaciones favorables en la práctica obstétrica. La realidad fué que la profesión de la partera fué vista con el más profundo desdén y quedo relegada a las negras.

A pesar de no tener datos fidedignos, es de suponerse que la Mortalidad Materna aumentó por el descuido y negligencia para atender a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Debemos de recordar y tomar en cuenta que a pesar de que el gobierno español fundó La Real y Pontificia Universidad de México en 1553 y en 1582 se creó la primera Cátedra de Medicina, ni una palabra se decía de la Obstetricia.

Los médicos de la colonia veían casi con horror la asistencia de los partos y ni los médicos llamados romancistas tenían a bien dedicarse a la Obstetricia, registrándose una elevada morbilidad y mortalidad materna.

En 1768, el Real Colegio de Cirugía dió nacimiento al Cirujano y para la Obstetricia tiene importancia este acontecimiento porque los Cirujanos no desempeñaron el ejercicio quirúrgico como tal sino muy al contrario, casi hicieron un monopolio de la Obstetricia

Los flamantes Cirujanos Romancistas se dedicaron a la atención de los partos y aplicaron desde luego la Cirugía a la Obstetricia, pero esta dedicación fue siempre empírica. El cuidado de la mujer durante el estado grávido – puerperal, al terminar el gobierno colonial, era deficiente, puesto que ni en la Universidad, ni en el Colegio de Cirugía existían estudios sobre Obstetricia.

Después de consumada la independencia de México el 21 de septiembre de 1821, los cirujanos fueron ganando más terreno, prestigio y capacidad para la atención obstétrica y se marca una etapa importante, cuando en 1833 Valentín Gómez Ferias, funda el establecimiento de Ciencias Médicas y crea la cátedra de **OBSTETRICIA** siendo el primer profesor el Dr. Pedro del Villar, al que sucedieron brillantes figuras de la Medicina como el Dr. Pablo Martínez del Río, Ricardo Vertiz y otros, todos los cuales impartían sus clases con textos traducidos del francés y el alemán. Mención especial merece Don Juan Ma. Rodríguez, quien en sus numerosas comunicaciones demuestra inquietud por la vigilancia de la mujer embarazada y la atención del parto con objeto de evitar la muerte de las madres.

En diversos estados de la república Mexicana, de 1821 a 1910, se fundaron maternidades, así en 1865, se establece la Casa de Maternidad, primera institución pública dedicada a la atención obstétrica y allí destacaron eminentes médicos dedicados a la especialidad, como Don Juan Duque de Estrada y Fernando Zárraga pero hasta 1910 no se encuentran reportes sobre la frecuencia de mortalidad materna, sólo datos de su presentación frecuente, sobre todo por infección.

En 1912, Alvarez Amézquita reporta la primera tasa de Mortalidad Materna en México y que fué de 11.4 por 10,000 N.V.

En 1921 se inicia una etapa importante de protección a la madre con el establecimiento de normas y acciones tendientes a disminuir las elevadas cifras de mortalidad materno-infantil. En 1922 se señalan 90 muertes por 10.000 nacidos vivos.

En 1921 el Dr. Isidro Espinosa de los Reyes, en el primer congreso Mexicano del Niño, propuso la fundación en la ciudad de México de clínicas de pre y post natalidad con la tendencia de proteger a la madre y al niño, aumentar la natalidad y evitar hasta donde fuera posible la morbi-mortalidad tan elevada.

A pesar de que en 1922 y 1930 se establecieron un buen número de centros de atención prenatal y se fundaron maternidades, la mortalidad materna no bajó de 90 muertes por 10.000 N.V., pero esos 10 años de intenso trabajo y entusiasmo por parte de los médicos, pusieron los cimientos para una mejor atención materno - infantil, se elaboraron normas y procedimientos para la protección de la madre durante el estado grávido puerperal y se dieron a conocer que las principales causas de la elevada mortalidad materna, en un alto porcentaje eran previsibles. Los esfuerzos dieron frutos pues para 1935, había ocurrido una importante disminución a 65 muertes maternas y se puede afirmar que desde esa fecha hasta el momento actual su descenso ha sido continuo.

La Dirección General de Estadística señala que la Mortalidad Materna en casi 30 años, de 1940 a 1967, bajó de 90 a 15 por 10.000 N.V. ; sin embargo cabe mencionar que la misma Dirección indica que de 1968 a 1972 hubo un estancamiento pues casi no se registró ninguna modificación en las cifras. Existe alguna confusión cuando se expresa la cifra de la Mortalidad Materna de acuerdo con los reportes de la Dirección General de Epidemiología ya que en un principio las muertes se evaluaron por cada 1000 nacidos vivos, posteriormente se evaluaron por 10,000 nacidos vivos y en la actualidad, si las cifras globales lo permiten, la Mortalidad Materna se evalúa por cada 100,000 nacidos vivos.

En 1944 cuando se promulga la ley general del Seguro Social, las estadísticas señalan una mortalidad materna de 42 por 10,000 N.V.

El 7 de febrero de 1945 se funda la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia y a partir de esa fecha, es el principal motor para la promoción y progreso en México de todos los aspectos científicos de la especialidad y ramas afines y en concreto sobre el tema que nos ocupa

Así su fundador y primer presidente, Dr. Isidro Espinosa de los Reyes, que desde 1921 laboró incansablemente por abatir las cifras de mortalidad materna y con su trabajo presentado ese año titulado PUERICULTURA INTRAUTERINA, estableció los inicios de la Perinatología en México. El maestro fué seguido por eminentes médicos como Rábago, Sordo Noriega, Alfaro de la Vega y Alvarez Bravo, quien fué durante un buen número de años, funcionario importante del Comité de Mortalidad Materna de la FIGO. Otras personalidades como Castelazo Ayala, impulsor incansable de los Comités de Mortalidad Materna y Carlos MacGregor que presidió el primer Comité Nacional de Estudios de Mortalidad Materna, de vida efímera, dejaron sentadas las bases para lograr los objetivos que persiguen los actuales comités intrahospitalarios.

Con la promulgación de la ley del Seguro Social en México y la inauguración de la Maternidad No. 1 del I.M.S.S., el 10 de Mayo de 1948, se inició la atención institucional a las pacientes gineco - obstétricas.

En 1971 la Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia, presenta al consejo de Salubridad la propuesta para la formación del Comité Nacional y Comités Locales de Estudio de Mortalidad Materna, consciente de la necesidad de conocer las cifras y causas de muerte materna en nuestro país y tener estudios confiables para realizar acciones tendientes a disminuir las cifras.

El 10 de Mayo de 1971, se publicó en el diario oficial de la Federación, el Decreto Presidencial cuyo primer acuerdo dispone: "Para efectos de estadística y geografía médica, toda persona física o moral que preste atención obstétrica, deberá proporcionar a la S.S.A., los datos que ésta solicite sobre defunciones originadas por esta atención" y en el segundo acuerdo se especificó que: "Se faculta a la S.S.A. para expedir documentos que serán de uso obligatorio y los cuales aseguran la información de todas las partes involucradas y deberán contener datos relativos a cuidados prenatales, historia clínica en relación con el embarazo, parto natural o prematuro, puerperio, exámenes de laboratorio, hallazgos post mortem y los demás que sean necesarios".

Esta disposición no fué tomada en cuenta por todas las instituciones de Salud y solamente entre 1970 y 1973 empezaron a aparecer los primeros reportes de Mortalidad Materna en la revista de Ginecología y Obstetricia de México que fueron referidos por los Hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social y solamente por uno de la Secretaría de Salud.

En 1972 se creó en el IMSS el departamento de PLANIFICACION FAMILIAR y más tarde la SSA, el ISSSTE y otros organismos de salud tanto oficiales como privados fundaron los servicios de planificación familiar, los que en un principio encaminaron sus acciones a una protección anticonceptiva con fines principalmente demográficos, pero al correr de los años se añadió al primer objetivo, el concepto integral de la verdadera planificación familiar o sea la PROTECCION MATERNO INFANTIL que incluía educación e información para comprender y llevar a cabo la paternidad responsable, la procreación en edades más favorables de la vida reproductora, el espaciamiento de los hijos y evitar el aborto y los embarazos de alto riesgo.

En 1975, la dirección general de Atención Materno Infantil se abocó a la formación del Comité Nacional de Estudios de la Mortalidad Materna, el cual trabajó en forma irregular y por razones poco conocidas desapareció.

En enero de 1984, la dirección general de Atención Materno Infantil de la SSA, elabora el manual para la organización y funcionamiento del Comité Nacional de Estudio de Mortalidad Materna y Comités de Estudio en hospitales de segundo y tercer nivel de la misma Secretaría, con la fundamentación y orientación correspondiente.

El 7 de Febrero de 1984 aparece en el diario oficial de la Federación la Ley General de Salud, la cual en su capítulo V, artículo 62 dispone: "En los servicios de Salud se promoverá la organización Institucional de Comités de Prevención de Mortalidad Materna e Infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes".

En agosto de 1984, la SSA determinó que dentro de su Dirección General de Epidemiología, en la Dirección de Registro de Procedimientos, se formara el Departamento de Registro de Mortalidad Materna y Perinatal, que se encargaría de presentar la normativa preliminar, pero el proyecto no prosperó.

En octubre de 1989, se estableció como obligatoria la Norma de Atención Materno Infantil de la SSA, la cual a través de la dirección de Atención Materno Infantil inició el proceso de instalación y operación de comités en todas las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, creando así el Comité Nacional y los Comités Estatales y Locales en todas las unidades de segundo y tercer nivel que llevan a cabo atención obstétrica, ya que éstos constituyen las fuentes principales para obtener información sobre Mortalidad Materna. Al llevar a cabo en el terreno de los hechos el análisis real y los dictámenes hospitalarios correspondientes de las defunciones maternas y las causas de las mismas, se podrá disponer de cifras confiables para evaluar el problema así como la calidad de atención médica y hospitalaria, razones éstas que convierten a este mecanismo en el más recomendable para el estudio de la ya citada Mortalidad Materna.

Para dar mejor cumplimiento al programa de creación e impulso de los Comités de Mortalidad Materna a nivel nacional, la Dirección General de Salud Materno Infantil de la SSA, conformó un grupo de expertos en la materia, designados por las Instituciones del Sector Salud y otras dependencias descentralizadas que cuentan con servicios médicos de atención obstétrica o están relacionados con las mismas, como son el Instituto Nacional de Salud Pública, la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, la Dirección General de Epidemiología, la Dirección de Registro Civil, la Oficina Sanitaria Panamericana y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, así como la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia y la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia.

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.

Como producto de los trabajos de este grupo se llegó al planteamiento de las siguientes recomendaciones.

- 1.- Para reducir las tasas de mortalidad materna en el País, se deben instalar y consolidar comités hospitalarios, estatales y nacionales.
- 2.- Los comités no deben tener carácter punitivo ni penalización jurídica.
- 3.- Las deliberaciones y conclusiones de los comités deben ser anónimas.
- 4.- Los resultados que se obtengan constituirán un insumo natural de la planeación.
- 5.- La información de los comités serán de gran valor en los programas de investigación y docencia.
- 6.- Los comités deben instalarse en toda unidad hospitalaria de todas las Instituciones del Sistema Nacional de Salud.
- 7.- Los comités deben vigorizarse en las unidades hospitalarias en donde ya existían.
- 8.- Los criterios a seguir en los trabajos de los comités deben orientarse de acuerdo con las recomendaciones internacionales para obtener resultados uniformes y comparables.
- 9.- Con el resultado de los estudios es conveniente que se realicen investigaciones inter-institucionales.
- 10.- Se considera necesario que se reúnan las instituciones de cada entidad federativa, para revisar la experiencia y resultados de su respectivo comité estatal.
- 11- El estudio compilado de los comités estatales llegará al Comité Nacional para su revisión y análisis (4).

Al concretarse las acciones quedaron establecidos y funcionando, el Comité Nacional, 32 Comités Estatales y 838 Comités Intrahospitalarios en Unidades del Sector Salud en diversas Entidades Federativas hasta Noviembre de 1994.

El Comité Intrahospitalario de Mortalidad Materna en el HOSPITAL GENERAL DR. MIGUEL SILVA de Morelia Michoacán, Hospital de segundo nivel de atención de la Secretaria de Salud, fue inaugurado el día 8 de Abril de 1997.

**MORTALIDAD MATERNA EN MEXICO, EN MICHOACAN Y EN EL
HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA", S.S.M.**

En México la Mortalidad Materna no ha sido reducida por falta de aplicar correctamente las medidas tendientes a mejorar la atención prenatal pues no es desconocido que en nuestro país, en los últimos 10 años, continúan siendo las muertes relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, las segundas en orden de importancia para la mortalidad global de mujeres entre 15 a 44 años, no obstante que la muerte de origen obstétrico es evitable en gran proporción y que la muerte materna no significa sólo la pérdida de un individuo, sino que incide sobre la integridad y organización familiar, afecta la dinámica de las familias y altera las relaciones psicosociales de los miembros de ellas. Las cifras que aquí se muestran nos dan un panorama real de lo que sucede en nuestro País y se ilustran en las tablas siguientes:

**CUADRO No. 3
TASA DE MORTALIDAD MATERNA INTRAHOSPITALARIA S.S.A.
POR 100.000 NACIDOS VIVOS**

AÑO	No. DE NACIDOS VIVOS	No. DE MUERTES MATERNA	TASAS %
1990	191.594	173	90.3
1991	226.985	240	105.73
1992	1,147.446	668	58
1993	1,232.712	715	58
1994	*600.172	343	57.15

Información preliminar de Enero a Julio de 1994 (1,6)

**CUADRO No. 4
La Mortalidad Materna en diferentes instituciones de salud en México
(Por 100.000 N.V.)**

HOSPITAL	TASA DE MORTALIDAD
HOSPITAL CENTRAL MILITAR DE LA CIUDAD DE MEXICO	175.1
ISTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	34.7
HOSPITALES DE LA SECRETARIA DE SALUD	57.5

Con las cifras anteriores se calcula una Tasa de Mortalidad Materna Nacional de 89 por 100,000 nacidos vivos (1,4,5).

La tasa de Mortalidad Materna en el I.M.S.S., en el Estado de Michoacán en 1998 fué de 36.90 y hasta Agosto de 1999 de 40.64 por 100,000 nacidos vivos siendo la principal causa de muerte materna la pre-eclampsia , eclampsia.

A nivel Hospitales de Zona del IMSS, Enero 1997 hasta Agosto de 1999.

Morelia	24.96
Zamora	41.84
Uruapan	0.00
L. Cárdenas	0.00
Zacapu	341.30.

(Datos obtenidos del departamento de epidemiología del IMSS Morelia Mich.)

La tasa de Mortalidad Materna en el Hospital General del ISSSTE VASCO DE QUIROGA de Morelia Michoacán, en sus últimos 3 años, ha sido de 0.00, sin muertes por esta causa.

Datos obtenidos del departamento de epidemiología del ISSSTE Morelia Mich.

La tasa de Mortalidad Materna en el período comprendido de 1994 a 1997 en el Hospital GENERAL "DR. MIGUEL SILVA" fué de 301.1 (45 muertes maternas en 14929 nacidos vivos).

DEFINICIONES

MUERTE MATERNA. Según la O.M.S., se considera Muerte Materna a la que ocurre durante el estado grávido puerperal (embarazo, parto, puerperio), independientemente de la causa que la origine.

La F.I.G.O. coincide en que esta muerte es independiente de la causa que la produzca.

La S.S. adopta el criterio de la O.M.S. y clasifica a la muerte materna en 3 categorías :

- 1) **MUERTES MATERNAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS**
- 2) **MUERTES MATERNAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS**
- 3) **MUERTES MATERNAS NO OBSTÉTRICAS.**

MUERTES MATERNAS POR CAUSA OBSTETRICA DIRECTA.- Son las que ocurren como complicaciones del embarazo, parto y puerperio o como resultado de las intervenciones quirúrgicas, tratamientos incorrectos o de las omisiones de tratamiento. Las muertes maternas por causa obstétrica directa son las más frecuentes en nuestro medio y se presentan en el 50-98 % de los casos revisados en este estudio.

MUERTES MATERNAS POR CAUSA OBSTETRICA INDIRECTA. Es la que resulta de una enfermedad durante el estado grávido puerperal y no es ocasionada por el embarazo mismo aunque sí puede agravarse por las modificaciones que el embarazo produce en el organismo materno.

MUERTE MATERNA NO OBSTETRICA. Comprende las muertes maternas que ocurren en mujeres embarazadas sin ninguna relación directa o indirecta con el embarazo, por ejemplo: suicidio, homicidio, atropellamiento, terremoto, incendio y otras no bien determinadas.

TASA DE MORTALIDAD MATERNA. Es la relación entre el número de muertes maternas durante 1 año y el número de nacidos vivos. Este cálculo se aplica tanto en hospitales como en instituciones de salud como en los reportes de organismos nacionales e internacionales.

La tasa de Mortalidad Materna se expresa con la siguiente fórmula:

$$\text{TASA DE MORTALIDAD MATERNA: } \frac{\text{MUERTES MATERNAS EN UN AÑO}}{\text{No. DE NACIDOS VIVOS EN 1 AÑO}} \times 100,000$$

INDICE DE MORTALIDAD MATERNA TOTAL. Número total de muertes maternas (directas, indirectas y no obstétricas) por 100.000 nacidos vivos.

NACIDOS VIVOS. Para fines estadísticos se considera nacido vivo al producto que al nacimiento pese 1.000 gr o más o que tenga edad gestacional de 28 semanas o más a partir de la fecha de última menstruación confiable. Este cálculo excluye por definición a la Muerte Materna de causa obstétrica directa ocurrida por complicaciones del aborto.

Con objeto de depurar las estadísticas sobre Mortalidad Materna, en algunos reportes se menciona el **INDICE DE MORTALIDAD MATERNA OBSTETRICA** que incluye las causa de muerte materna de origen obstétrico directo e indirecto. El indicador de **MUERTE MATERNA NO OBSTETRICA** se refiere a las muertes maternas producidas por factores que no estuvieron en relación con el embarazo.

En los reportes del comité hospitalario de Muerte Materna se añaden diferentes términos que se refieren a la previsibilidad, responsabilidad del cuerpo médico, de las pacientes o del hospital y que sirven para identificar los defectos del equipo o de la atención médica hospitalaria.

MUERTE PREVISIBLE. Es la defunción que ocurre en una mujer embarazada cuando, después del análisis del Comité, se concluye que la muerte pudo haberse evitado si en un momento dado se hubieran empleado medios o procedimientos que se omitieron o de los que se careció.

MUERTE NO PREVISIBLE. Es la que ocurre a pesar de haber empleado todos los recursos para la atención correcta del embarazo y del parto.

FACTORES DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL, cuando la muerte ocurre por errores imputables al cuerpo medico o paramédico en el ejercicio privado o en las instituciones, por ejemplo: errores de diagnóstico, de juicio, de tratamientos o de métodos de diagnóstico.

FACTORES DE RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL. Cuando en las unidades hospitalarias no existan facilidades, equipo necesario y personal adecuado. La Secretaría de Salud de México estipula que en todos los hospitales donde se brinda atención obstétrica debe haber :

1. Una sección obstétrica.
2. Un banco de sangre.
3. Un servicio competente de anestesia las 24 hrs.
4. Facilidades adecuadas de ultrasonografía y otros métodos de gabinete.
5. Facilidades adecuadas de laboratorio las 24 hrs.
6. Unidad de cuidados intensivos.

FACTORES DE RESPONSABILIDAD DE LA PACIENTE. Se refiere a las muertes maternas que resulten de una complicación, en la que el tratamiento médico habitualmente tiene éxito, pero para el cual la paciente retrasó su visita inicial por negligencia en obtener el cuidado médico cuando los síntomas fueron evidentes, por no seguir los consejos o las instrucciones del médico y aquellas circunstancias en que la paciente contribuyó directa o indirectamente a una situación que determinó el padecimiento o también por no haber asistido a control prenatal o acudir tardíamente al hospital al presentar alguna complicación inicial durante el embarazo o el trabajo de parto.

FACTORES DE RESPONSABILIDAD NO DETERMINADA. Cuando el Comité de Mortalidad Materna, después de un análisis exhaustivo, no puede concluir una responsabilidad precisa ni en la paciente ni en la atención proporcionada.

MUERTE PREVISIBLE Y NO PREVISIBLE PARA EL HOSPITAL. Si la paciente ingresa al hospital y poco tiempo después fallece sin haber dado tiempo a proporcionarle la atención y tratamiento adecuado, se considera que la muerte no fué previsible para el hospital. Si por el contrario, el caso dió suficiente tiempo para el estudio y tratamiento y éstos no se establecieron, se considera como una muerte previsible para el hospital.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio es una revisión lineal abierta, no comparativa realizada con los datos obtenidos del comité de Mortalidad Materna del Hospital General "Dr. Miguel Silva" de la S.S.M., de la ciudad de Morelia Michoacán, unidad de segundo nivel de atención.

De acuerdo con las cifras obtenidas se incluyeron en esta revisión todas las muertes maternas registradas en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" de la Secretaría de Salud de Michoacán en el período comprendido entre el primero de Enero de 1997 al 31 de Diciembre de 1999.

En los expedientes clínicos analizados se revisaron los siguientes parámetros:

I.- Cifra Global.- El análisis estadístico global incluyó:

1. Número de muertes maternas en el período de estudio
2. Muertes maternas por año
3. Causas de muerte materna
4. Tasa de mortalidad materna

II.- Características de las Pacientes:

1. Etapa obstétrica de ingreso al hospital
2. Antecedentes obstétricos de las pacientes en estudio
3. Grupo etario
4. Estado civil
5. Ocupación
6. Residencia de las pacientes

III.- Atención Hospitalaria:

1. Institución que las refiere
2. Lugar de referencia
3. Referencia oportuna ó inoportuna
4. Diagnostico y Tratamiento inmediato a su ingreso hospitalario
5. Muertes maternas de acuerdo a los días de estancia hospitalaria
6. Servicio donde ocurrieron las muertes maternas
7. Muertes maternas durante el embarazo y puerperio
8. Nivel de atención de salud donde se atendió el parto
9. Hemotransfusión antes de la muerte

IV.- Clasificación de Muertes Maternas:

1. Clasificación de Muertes Maternas.
2. Factores de responsabilidad profesional.
3. Factores de responsabilidad de la paciente.
4. Factores de responsabilidad del hospital.
5. Reportes Histopatológicos relacionados con las Muertes Maternas

V.- Estudio de los Factores de Previsibilidad.

Descripción de los factores de previsibilidad

I. ANALISIS DE LAS CIFRAS GLOBALES

MUERTE MATERNA EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA".

En la revisión efectuada entre Enero de 1997 a Diciembre de 1999, hubo un total de 34 Muertes Maternas (Figura No 1).

Clasificación de Muertes Maternas
1997-1999

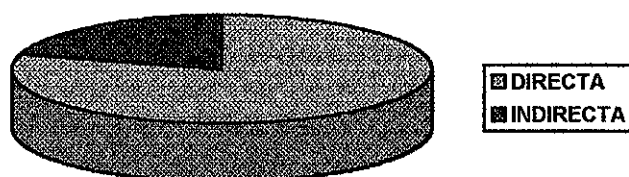


Figura No.1.

MUERTES MATERNAS POR AÑO:

Numero de Muertes Maternas por año. En 1997 fueron 14 Muertes Maternas. En 1998 fueron 8 Muertes Maternas. En 1999 fueron 12 Muertes Maternas (figura No 2).

Número de Muertes Maternas por año.
1997-1999

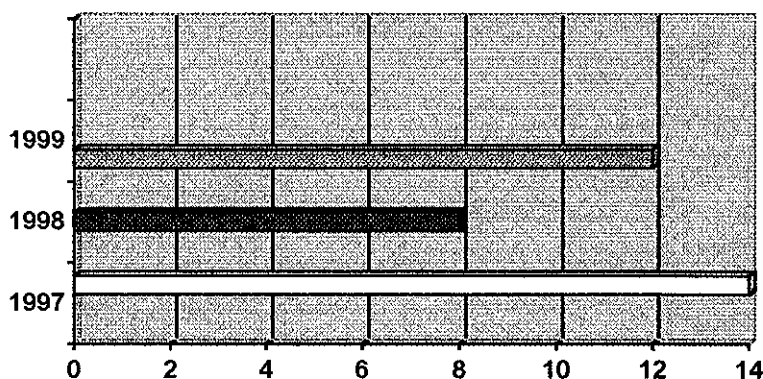


Figura No. 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAUSAS DE MUERTES MATERNAS

Muertes Maternas Directas e Indirectas.
1997-1999.

CAUSA	NÚMERO	PORCENTAJE
DIRECTAS:	23	65
HEMORRAGIA	11	32
INFECCIÓN	4	12
PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA	4	12
HÍGADO GRASO DEL EMBARAZO	3	9
EMBOLIA DE LIQUIDO AMNIÓTICO	1	3
INDIRECTAS	11	35
BROCOASPIRACION	1	3
LESIÓN VEJIGA SEPSIS	1	3
D.M. TIPO II DESCOMPENSADA	1	3
TUBERCULOSIS	1	3
LEUCEMIA LINFOCITICA AGUDA	1	3
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	1	3
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	2	5
MUERTE SUBITA-TROMBO EMBOLIA PULMONAR	1	3
SANGRADO TUBO DIGESTIVO	1	3
CANCER DE MAMA	1	3

Cuadro No 5.

TASAS DE MORTALIDAD MATERNA:

En cuanto a las Tasas de Mortalidad Materna por año, encontramos que estas son variables y con tendencia a disminuir. En 1997 fue de 360.3, para 1998 de 160.1 y para 1999 de 230.

Tasa de Mortalidad Materna 1997-1999.

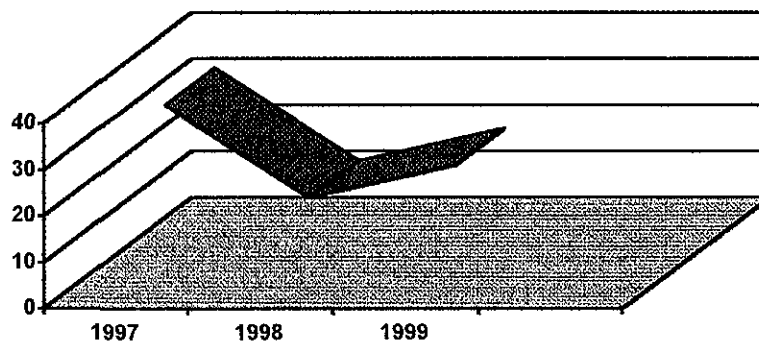


Figura: 3.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tasa por 100,000 N.V.

II. CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES

ETAPA OBSTETRICA DE INGRESO AL HOSPITAL

La etapa obstétrica en que llegaron las pacientes durante el estudio : 20 pacientes ingresaron con embarazo complicado y 14 en puerperio complicado (figura No.4).

Periodo obstétrico en que llegaron durante el embarazo y puerperio.
1997-1999

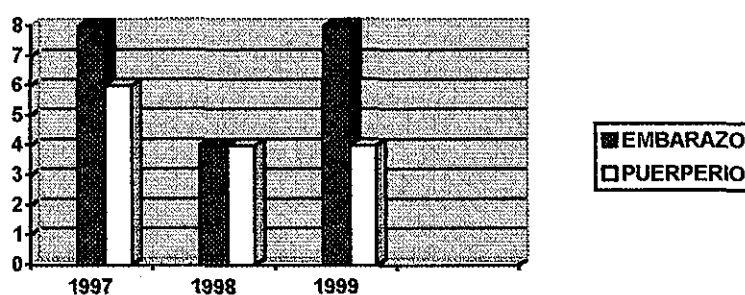


Figura 4.

CONSULTA PRENATAL.

De las 34 pacientes que murieron sólo 7 (21 %) tuvieron control prenatal con una a tres consultas. Solamente una paciente (3%) tuvo control prenatal regular en varias instituciones privadas y en el primer nivel de atención. El 26 (76 %) nunca tuvieron un control prenatal (figura No.5).

Muerte Materna de acuerdo a la atención prenatal.
1997-1999.



Figura 5.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES OBSTÉRICOS.

En 1997 murieron 14 pacientes: de éstas 5 se encontraron en su primera gesta, 3 correspondieron a pacientes secundigestas y 6 fueron multigestas de las cuales dos pacientes tenían un cesárea previa y 3 pacientes más tenían antecedentes de 2 cesáreas previas y una de éstas aborto previo. Para 1998 dos pacientes eran primigestas, una secundigesta con parto previo y 5 fueron multigestas. En 1999 las pacientes con primera gesta fueron 3, secundigestas fueron 4 y multigestas fueron 5.

Muerte Materna por año de acuerdo a Antecedentes obstétricos.
1997-1999.

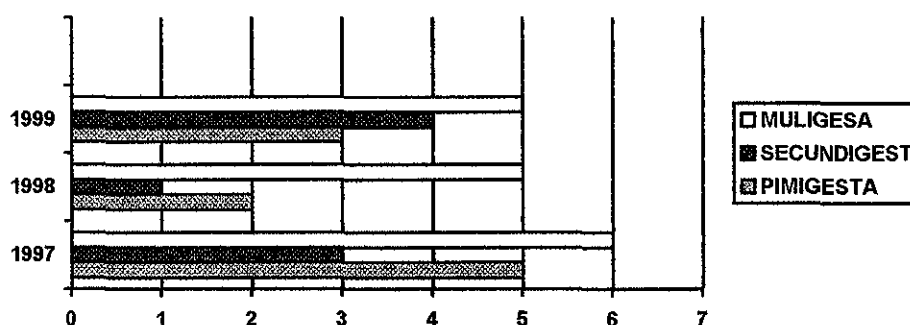


Figura No.6

GRUPO ETARIO.

En un rango de edad quinquenal, el grupo donde se presentó el mayor número de Muertes Maternas fue entre los 20-29 años con un total de 16 muertes. La paciente más joven fue de 15 años y la de más edad fue de 44 años. Es importante mencionar que 7 de las muertes maternas se presentaron en mujeres menores de 19 años.

(Fig. No.7)

Muertes Maternas por de edad de las pacientes.
1997-1999.

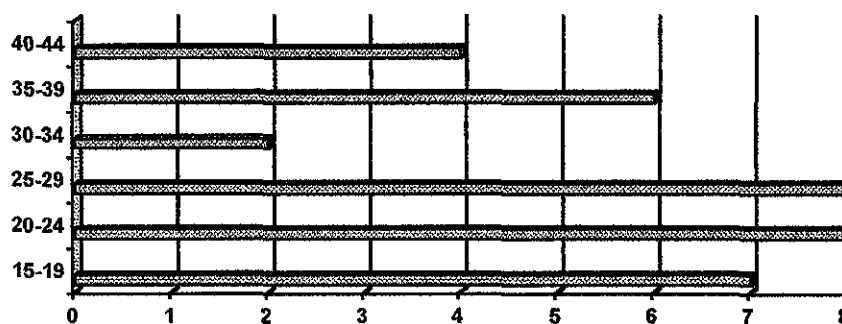


Figura. 7.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTADO CIVIL:

Muertes maternas con relación al estado civil: el mayor número se observó en las casadas con 25, solteras 5 y unión libre 4 (figura 8)

Muertes Maternas según su estado civil.
1997-1999.

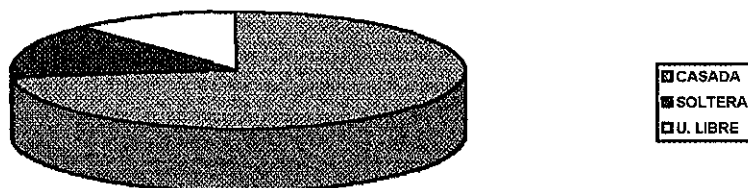


Figura: 8.

OCUPACIÓN:

De las 34 pacientes, 29 se dedicaban a labores de hogar, 2 al comercio, 1 estudiante y 2 se desconocía su ocupación. Estas dos ultimas suponemos que también se desempeñaban en las labores de hogar.

Muertes Maternas de acuerdo a ocupación
1997-1999.

OCUPACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
LABORES DE HOGAR	29	85
COMERCIO	2	6
ESTUDIANTE	1	3
OTRAS	2	6
TOTAL	34	100

Cuadro No.6.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESIDENCIA DE LAS PACIENTES.

De las 34 Muertes Maternas 25 eran residentes de otros municipios, una de Guanajuato y sólo 8 correspondieron al municipio de Morelia (figura No 9).

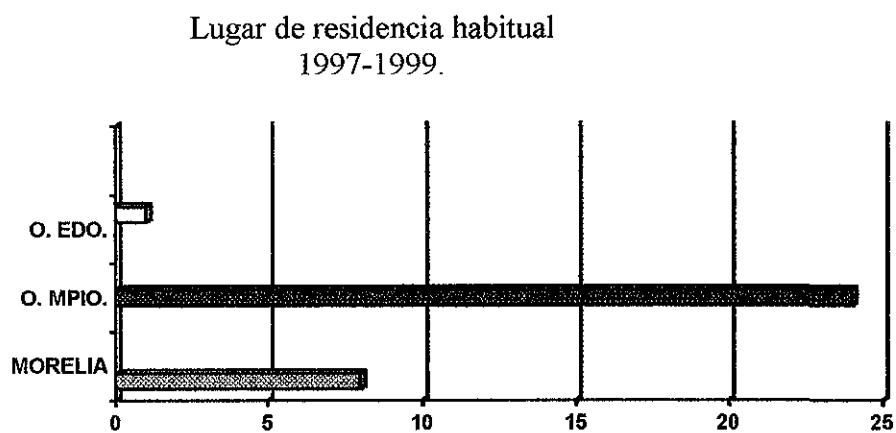


Figura: 9.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. ATENCION HOSPITALARIA.

INSTITUCION QUE REFIERE.

Institución que refiere.
1997-1999.

	SSA I NIVEL	SSA II NIVEL	ONCOLOGIA	I.M.S.S	MEDICINA PRIVADA	TOTAL
No.	3	9	1	2	8	23
%	12	40	4	9	35	100

Cuadro No.7.

LUGAR DE REFERENCIA DE PACIENTES.

En la tabla siguiente se observa el número de pacientes por año referidas por instituciones.

Muertes Maternas por sitio de referencia.
1997-1999

POBLACION		1997	1998	1999	TOTAL.
APATZINGAN MICH.	SSM	2	1	2	5
ACAMBARO GTO.	SSG	1	1	1	3
H. ZITACUARO MICH.	SSM	1		1	2
VILLA JIMENEZ MICH.	SSM	1			1
TACAMBARO MICH.	PART.	1			1
TACAMBARO MICH.	IMSS	1			1
AGANGEO MICH.	IMSS		1		1
H. LA SALUD MORELIA	PART.	1			1
MEXFAM MORELIA	PART.		1		1
CLINICAS MORELIA*	PART.			2	2
CD. HIDALGO MICH.	PART.	1			1
TACAMBARO MICH.	PART.	1			1
ACUITZIO MICH.	PART.		1		1
PANINDICUARO MICH.	PART.			1	1
ONCOLOGIA MORELIA SSA.				1	1

*Se incluye clínicas y consultorios.

Cuadro No. 8.

REFERENCIA OPORTUNA, INOPORTUNA,

De las 34 pacientes en estudio, 23 fueron referidas. Solo 1 paciente (4%), se refirió oportunamente y 22 se refirieron en forma inoportuna (96%). Figura No 10.

Mortalidad Materna de acuerdo a la oportunidad de referencia
1997-1999



Figura No. 10.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO TEMPRANO.

De las 34 pacientes en estudio, sólo se logró realizar el diagnóstico temprano en 16 (47%) pacientes, en el momento de su ingreso al hospital en las cuales se inició manejo oportunamente. En 18(53%) pacientes hubo tardanza en realizar el diagnóstico debido a la necesidad de obtener información por los estudios paraclínicos, situación que se consideró indispensable para documentar el diagnóstico aún cuando se retrasó la aplicación del tratamiento. En 2 (6%) pacientes se completó el diagnóstico hasta después de muertas (figura No 11).

Muerte Materna con diagnóstico y tratamiento temprano.
1997-1999.

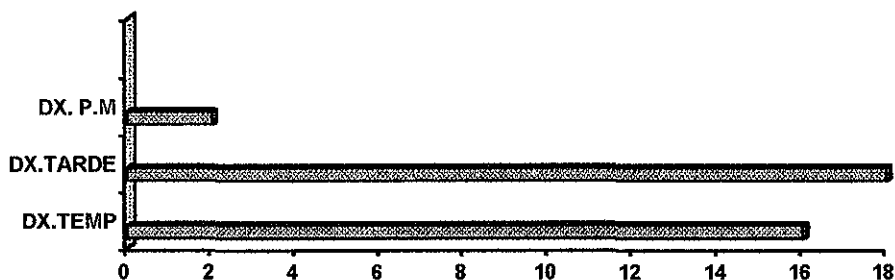


Figura No 11.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MUERTES MATERNAS DE ACUERDO A LOS DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA.

En el siguiente cuadro se observa que 11 pacientes (32%), murieron dentro de las primeras 24 hrs. 5 de estas pacientes murieron dentro de los primeros 20 minutos a 4 horas de ingreso al hospital. 12 pacientes (36%), mueren dentro de las 24 a 72 horas de hospitalizadas y 11 pacientes (32%), murieron dentro de los 4 a 18 días de hospitalización(figura No 12).

Estancia Hospitalaria y Tiempo de Muerte Materna
1997-1999.

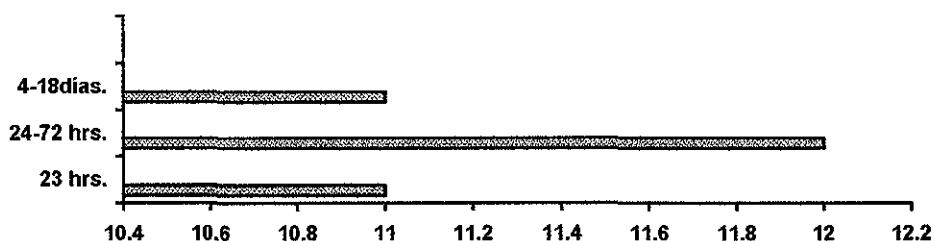


Figura No. 12.

SITIO DONDE OCURRIÓ LA MUERTE MATERNA.

De las 34 muertes maternas, 22 (65 %) ocurrieron en el servicio de terapia intensiva. Las otras 12 pacientes en estudio murieron en otros servicios de las cuales: 7 (21%) en la unidad de toco cirugía, 3 (9 %) en urgencias obstétricas, 1(3 %) en piso y otra en servicio de medicina interna (figura No13).

Muertes Maternas ocurridas en los diferentes servicios
1997-1999

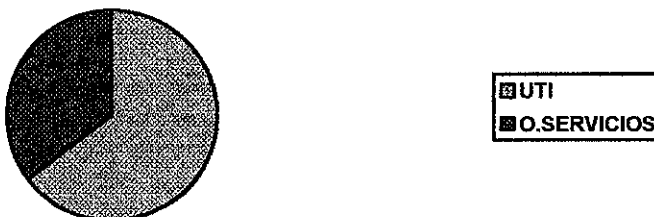


Figura: 13.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NIVEL HOSPITALARIO DE ATENCIÓN DEL PARTO.

De las 34 pacientes en estudio a 18 pacientes(53%) se les atendió el parto en nuestro hospital de 2° nivel de atención y a 2 (6%) pacientes se atendió de aborto. 13 (38%) pacientes ingresaron en puerperio complicado con atención de parto en un hospital de primer nivel de atención. Una (3%) paciente fué atendida de aborto asimismo en un Hospital de primer nivel de atención.

Mortalidad materna y nivel de atención del parto.
1997-1999.

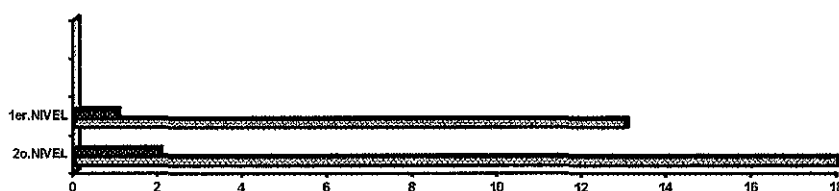


Figura No. 14.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HEMOTRANSFUSIÓN.

De las 34 pacientes en estudio, solo el 41% (14) recibió hemotransfusión(Cuadro 9).

Muertes Maternas que recibieron hemotransfusión
1997-1999.

TRANSFUSIÓN SANGUINEA	NÚMERO	%
	14	41

Cuadro No.9.

MUERTE OBSTÉTRICA DURANTE EMBARAZO Y PUERPERIO.

De las 34 pacientes que fallecieron, 30 ocurrieron durante el puerperio y 4 durante el embarazo.

Muertes Maternas de acuerdo al evento obstétrico donde ocurrió.
1997-1999

EVENTO	NÚMERO	PORCENTAJE
PUERPERIO	30	88%
EMBARAZO	4	12%

Cuadro No. 10.

NOTA. Los datos que se consigna a continuación fueron obtenidos del dictamen del comité de mortalidad materna del Hospital General "Dr. Miguel Silva".

IV. CLASIFICACION DE LAS MUERTES MATERNAS

MUERTE MATERNA POR CAUSA OBSTETRICA DIRECTA	23
MUERTE MATERNA POR CAUSA OBSTETRICA INDIRECTA	11
MUERTE MATERNA POR RESPONSABILIDAD HOSPITALARIA	19
MUERTE MATERNA POR RESPONSABILIDAD PROFESIONAL	19
MUERTE MATERNA POR RESPONSABILIDAD DE LA PACIENTE	33

Cuadro No. 11

FACTORES DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.

De las 34 pacientes en estudio 19(55%) tuvieron una falla en el diagnóstico, juicio o técnicas de tratamiento. Están englobadas tanto la participación de médicos privados como de la institución.

FACTORES DE RESPONSABILIDAD DE LA PACIENTE

De las 34 pacientes en estudio, si tomamos en cuenta que ninguna tuvo un control prenatal adecuado, pensaríamos que todos los casos son responsabilidad de la paciente, pero después de analizar cada caso se encontró que 33 pacientes o sea el 93% tenían responsabilidad por sí misma para favorecer la complicación de la gestación y posteriormente la muerte.

FACTOR DE RESPONSABILIDAD HOSPITALARIA.

Aquí se encontró que la responsabilidad hospitalaria fué en 19 pacientes (55%),

Muerte Materna de acuerdo a responsabilidades. 1997-1999.



Figura No. 15.

CONFIRMACION HISTOPATOLOGICA Y NECROPSIA.

Solo a 5 pacientes del grupo de estudio se les practicó necropsia y en 9 más se confirmó el diagnóstico con estudio histopatológico. (Cuadro No. 12)

	CONFIRMACIÓN	%	NO CONFIRMADO	%
NECROPSIA	5	14	29	85
HISTOPATOLOGICO	9	26	25	73

Cuadro No 12.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V. PREVISIBILIDAD DE LAS MUERTES MATERNA

Las muertes no previsibles para el hospital corresponden a un 83 %. Sólo se pudieron haber evitado el 17 % (6) de las muertes maternas. (Figura 16).

Muertes Maternas Previsibles y No previsibles
1997-1999



Figura: 16.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

RESULTADOS

CIFRAS GLOBALES. De las pacientes en estudio se observó que se presentaron 34 muertes maternas, de las cuales 23 correspondieron a causas obstétricas directas y 11 a causas obstétricas indirectas. De las causas obstétricas directas la hemorragia fué la más frecuente con 11 casos, seguida por infección con 4 casos y 4 por enfermedad hipertensiva del embarazo, así como 3 casos de hígado graso agudo del embarazo y un caso de embolia de líquido amniótico (síndrome anafilactoide de la gestación). En tanto, dentro de las causas obstétricas indirectas, la enfermedad vascular cerebral fué la más frecuente con dos casos y lo siguieron con 1 caso: la broncoaspiración, sepsis secundaria a lesión de vejiga, diabetes mellitus descompensada, tuberculosis, leucemia linfocítica aguda, insuficiencia renal crónica, tromboembolia pulmonar, sangrado del tubo digestivo alto, cáncer de mama, con lo que se obtiene una tasa de mortalidad materna durante el periodo de estudio de 240.2 por 100,000 nacidos vivos.

CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES. La etapa obstétrica en que ingresaron 20 correspondió a mujeres con embarazo complicado y 14 en puerperio complicado, en tanto el control prenatal sólo una cumplió adecuadamente el control prenatal, 7 con control prenatal irregular y las 26 restantes sin control prenatal. En los antecedentes obstétricos de las pacientes se observó que 10 muertes maternas se presentaron en mujeres en su primera gestación, 8 en pacientes secundigestas y 16 muertes en pacientes multigestas. El grupo de edad donde se presentaron más muertes maternas fue dentro de los 20 a los 30 años con 16 decesos, en el grupo de 15 a 19 años se presentaron 7 muertes, el grupo de 30 a 34 años 6 casos, en el grupo de 35 a 39 años 6 y el grupo mayor de 40 años 4 muertes maternas. El estado civil de las pacientes 25 muertes maternas se presentaron en mujeres casadas, 5 solteras y 4 en unión libre, la ocupación de las pacientes 29 se dedicaban a labores del hogar, 2 dedicadas al comercio y una estudiante, en dos pacientes se desconoció su oficio pero es de suponer que desempeñaron labores de hogar. En cuanto a la residencia de las pacientes solo 8 correspondieron al municipio de Morelia, las otras 25 muertes maternas correspondieron a otros municipios del interior del estado de Michoacán y una corresponde al estado de Guanajuato (Acambaro Gto).

ATENCIÓN HOSPITALARIA. De las pacientes en estudio 23 fueron referidas a nuestra unidad, de ellas 3 fueron del primer nivel de atención de la secretaria de salud y 9 del 2º nivel de la misma secretaria, 1 del centro estatal de oncología, 2 pacientes del IMSS y 8 correspondieron a la atención privada. En cuanto el lugar de referencia de las pacientes se observa que el municipio de Apatzingán Michoacán realizó 5 referencias de pacientes en los años de estudio, en tanto la medicina privada es la que más pacientes refieren con 8 casos. Las referencias fueron en una forma inoportuna en 22 pacientes y sólo una se realizó oportunamente.

En cuanto al diagnóstico oportuno sólo se realizó en 16 paciente al ingreso en nuestro hospital y en 18 pacientes se tardó en realizar. En 2 de ellas el diagnóstico se realizó postmortem. De acuerdo con los días de estancia hospitalaria, 5 pacientes murieron dentro de los primeros 20 minutos a 4 horas de su ingreso, 6 más dentro de las primeras 24 horas, 12 más durante las 24 a 72 horas y 11 pacientes dentro de 4 a los 18 días de estancia hospitalaria. El área hospitalaria donde ocurrió mayor número de defunciones

fué la unidad de terapia intensiva con 22 casos, lo siguieron la unidad de tóco cirugía con 7 casos, 3 casos se presentaron en urgencias obstétricas, otro más en piso de obstetricia y un último caso en piso de medicina interna. En cuanto al nivel hospitalario de atención del parto, a 18 pacientes se les atendió el parto en nuestro hospital y a dos pacientes se les atendió de aborto, 13 pacientes se les atendió parto y a otra aborto en el primer nivel de atención en salud y clínicas particulares. La hemotransfusión sólo se realizó en 14 pacientes.

CLASIFICACION DE MUERTES MATERNAS. La muerte materna se presentó en 30 pacientes durante el puerperio y en 4 durante la gestación. En cuanto a la cifra global se encontró que se presentaron 34 muertes maternas en el periodo de estudio, 23 por causas obstétricas directas y 11 por causa obstétrica indirecta. Las muertes maternas por factores de responsabilidad profesional y hospitalaria corresponden a 19 pacientes. En muertes maternas por responsabilidad de las pacientes se encontró que 33 fueron atribuibles a ellas. La confirmación histopatológica sólo se realizó en 14 pacientes (9 por biopsia y 5 por necropsia).

PREVISIBILIDAD DE LAS MUERTES MATERNAS. En lo que se refiere a la previsibilidad para nuestra unidad hospitalaria únicamente corresponde a 6 pacientes (17%).

COMENTARIOS

Se realizó una revisión de la muerte materna en el Hospital General "Dr. Miguel Silva," hospital de segundo nivel de atención médica de la Secretaría de Salud de Michoacán. Dicha revisión comprendió un periodo de estudio de 3 años, de 1 o. de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1999.

Durante estos 3 años, se presentaron 34 muertes maternas, que fueron analizadas por el Comité de Mortalidad Materna del Hospital. De estas muertes, 23 fueron clasificadas como de causa obstétrica directa y solo 11 casos de causa obstétrica indirecta (fig. 1). El análisis global de los 3 años, hace evidente una tasa de mortalidad materna de 240.2 por 100.000 nacidos vivos. Esta cifra, si se compara con otras reportadas en la República Mexicana, resulta muy elevada. Sin embargo, esto obedece a un artificio derivado de la disposición oficial de reportar cifras globales por 100,000 nacidos vivos y lógicamente en los municipios de Morelia y en el mismo hospital Dr. Miguel Silva no se puede referir la cifra global de Mortalidad Materna a 100,00 nacidos vivos y el número de 240.2 resulta de una transpolación matemática.

En un estudio previo en los años de 1994 a 1997 se registró una tasa de mortalidad materna de 30.1 por 10,000 N.V.

Las tasas notificadas en nuestro país han mostrado una sub-notificación, considerando que pueden ser dos veces más altas que las estadísticas oficiales, así como la incorrecta clasificación de las causas de muerte. Para tener tasas de mortalidad materna confiables, debemos mejorar nuestros registros y clasificar correctamente las causas de muerte materna.

En el futuro deben de predominar las causas de muerte materna indirectas por accidentes e incidentes como traumatismos, suicidios, accidentes de tráfico y drogadicción. Es un hecho que por los miles de mujeres que mueren durante el embarazo, parto y puerperio, otros tantos de millones sufren de complicaciones graves a largo plazo. Se estima que por cada muerte materna, 10 a 15 mujeres quedan incapacitadas, algunas marginadas por la sociedad y sus familiares.

En el año de 1998 disminuyeron las causas de muerte materna directa, tendencia que debiera ser conservada ya que para mejorar la calidad de atención a la mujer en la etapa de la vida reproductiva, debemos de comprometernos a disminuir las muertes maternas directas, hasta su desaparición, teniendo como premisa los 4 enunciados del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, celebrada en el Cairo en Septiembre de 1994. Para ello, se debe de mejorar en los servicios de atención materna, con eficiente control prenatal con enfoque de riesgo y una referencia oportuna de los casos problema.

Es indudable que a partir del año de 1997 en que se formó el comité de mortalidad materna en el Hospital, se ha mejorado la atención de la mujer embarazada y por consiguiente la disminución de la tasa de mortalidad.

La etapa obstétrica en que fueron ingresadas las pacientes al Hospital es de 20 con embarazo complicado y 14 en puerperio complicado, reflejando así que la falta de control prenatal adecuada, educación en salud reproductiva y la detección inoportuna de las pacientes de alto riesgo obstétrico por personal capacitado en el primer nivel de atención y en la medicina privada, es causa de la elevada mortalidad materna.

En la población estudiada se observa que la edad, como factor de riesgo, no tuvo una participación importante ya que fué más frecuente en las mujeres de 20 a 30 años, y no como lo señalan las diferentes publicaciones, dando una tasa mayor en mujeres menores de 18 años y mayores de 35 años.

Muchas de las pacientes en esta edad eran multigestas con inicio de vida sexual a edad temprana y embarazos juveniles. Con relación al estado civil, hay más muertes en mujeres casadas.

La residencia de las pacientes estudiadas corresponde a diferentes municipios del interior del Estado, con 25 pacientes (73%), así como del estado de Guanajuato, haciendo notar que muchas de las mujeres debieron ser referidas oportunamente y a sitios más cercanos. Comentario aparte merece la referencia que fué en el 62%, por clínicas de primero y segundo nivel de atención, pertenecientes a la Secretaria de Salud, I.M.S.S. y clínicas privadas, reflejando evidentemente que se adolecen de recursos y personal capacitado para una atención adecuada a la mujer embarazada.

Importante es hacer notar que todos y cada uno de los factores aquí analizados, poniendo de manifiesto que existen grandes deficiencias en los servicios de control prenatal, tratamiento médico ineficaz, insuficiente número de personal capacitado, inadecuado suministro de insumos y equipos, pobreza, escasos servicios de planificación familiar, ineficiente atención a las emergencias obstétricas, deficiente infraestructura de salud con referimiento oportuno y adecuado, educación de la mujer desde la adolescencia.

Finalmente las conclusiones que podemos realizar, son que las mujeres no deben morir innecesariamente durante el embarazo parto y puerperio, debe de disponerse de los elementos básicos de atención Obstétrica, contar con el personal capacitado que cuente con los equipos necesarios, difundir la información del embarazo con enfoque de riesgo entre las embarazadas y sus familiares. Por cada muerte materna, hay un número considerable de mujeres que sobreviven pero sufren las complicaciones de morbilidad a corto, mediano y largo plazo. En consecuencia, los esfuerzos dirigidos a prevenir las muertes no solo mejorarán la atención de salud que se ofrece a embarazadas, sino a todas las mujeres en edad reproductiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROPUESTAS PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD MATERNA EN NUESTRO MEDIO

1. Que el comité de Mortalidad Materna sesione mensualmente para detectar deficiencias en la calidad de atención y poder plantear estrategias más oportunamente.
2. Que se oriente mensualmente a médicos residentes e internos del hospital sobre las estrategias tomadas por parte del comité de Mortalidad Materna.
3. Que se oriente en cada rotación de médicos internos en el servicio de urgencias de los datos de alarma obstétrica y la detección oportuna de la paciente con riesgo obstétrico mediante el llenado adecuado de la hoja de historia clínica prenatal simplificada.
4. Que se inicie un sistema de referencia adecuado con el manejo proporcionado a la paciente previo al traslado de la paciente obstétrica por parte de los servicios de atención privada.
5. Que Regulación Sanitaria verifique si los servicios de atención privada cuentan con los medios adecuados para la atención de la paciente obstétrica.
6. El transporte de pacientes obstétricas en estado crítico, como lo son la mayor parte de las pacientes que ingresan al hospital, sea en una forma adecuada en unidades de movimiento y por personal paramédico o médico, así como en una forma humana.
7. Mejorar y promocionar el control prenatal de todas las pacientes embarazadas e identificar las pacientes de riesgo elevado.
8. Que toda paciente que reciba atención en el servicio de embarazo de alto riesgo done oportunamente sangre durante su control prenatal y antes de la atención de su parto.
9. Realizar reuniones del comité de Mortalidad Materna con el primer nivel de atención para intensificar la promoción de planificación familiar y control prenatal.
10. Toda paciente que ingrese al servicio debe autorizar la solicitud de necropsia.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

11. Toda paciente que acuda a la atención y/o ingrese al servicio se le oriente sobre la planificación familiar.
12. El espacio de urgencias obstétricas debe mejorar en cuanto a tener mejor equipo como: un espacio más amplio y funcional, mesas de exploración obstétricas adecuadas, ultrasonido en el mismo sitio y monitores como cardiotocografos.
13. Tener una unidad de terapia intensiva obstétrica.
14. Tener una relación más estrecha con los servicios de laboratorio clínico, banco de sangre e imagenología para realizar oportunamente el diagnóstico de las pacientes que requieran estos servicios y así dar tratamiento más oportuno a las pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA:

1. Jesús Leal del Rosal. Maternal Mortality. Curso de Actualización. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 1999: 13-33.
2. J. R. De Miguel Sesmero. Mortalidad Materna: Situación Actual y Medidas de Prevención. *Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Gynécologie*. 1997: 5200-A-10, 6 p.
3. Jacob, MD, y col. Maternal Mortality in Utah. Department of Obstetrics and Gynecology University of Utah School of Medicine. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 1998; 91:187-191.
4. Comité Nacional para el estudio de Mortalidad Materna y Perinatal. Mortalidad Materna y Perinatal. 1989-1994: 17-36.
5. Trejo R, CA. Mortalidad Materna. Evolución de su estudio en los últimos 25 años. *Ginecología y Obstetricia de México*. 1997: 67, 317-325.
6. Ruiz M, JA. Mortalidad Materna en el Hospital Militar. Informe de 25 años (1968-1992). *Ginecología y Obstetricia de México*. 1995: 63, 452-459.
7. González Merlo J. Edit. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Cuartas Edición. 1992: 797-816.
8. Williams Obstetricia. Edit. Panamericana. Ventiava Edición 1998: 3-9.
9. Angulo V, J, y col. Mortalidad Materna en el Hospital de Gineco-obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente. Revisión de 12 años. *Ginec Obst. Mex*. 1999; 67: 419.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
11. Mortalidad Materna: Ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. *Crónica OMS*, 1986; 40(5): 195.