

TESIS C^o N
FALLA DE ORIGEN

00921
100

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

“ CAUSAS QUE OCASIONARON Y/O DETERMINARON LA
MORTALIDAD MATERNA DURANTE EL AÑO DE 1997, EN
EL HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO, GRO., DE LOS
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD ”

TESIS: QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA: *CRISANTEMA LEYVA ALVARADO*

ASESOR: L.E.O. FEDERICO SACRISTÁN RUIZ

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



MÉXICO, D.F.

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

AGOSTO 2003



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.

PRESENTACIÓN

La mortalidad materna secundaria a causas prevenibles representa una inequidad de género con enorme impacto social en el núcleo familiar. Por lo que se debe dar mayor auge a la salud perinatal que es uno de los componentes fundamentales del programa de salud reproductiva, cuya misión es la de garantizar una maternidad saludable, en el tiempo apropiado y sin riesgos a todas las mujeres mexicanas. El embarazo planeado requiere de atención y control prenatal con calidad que permita la detección temprana de síntomas y signos de alarma así como el manejo oportuno de las condiciones patológicas evitando la mortalidad materna y perinatal. Promoviendo y difundiendo el autocuidado de la salud para hacer de esta etapa del ciclo reproductivo una experiencia gozosa.

DEDICATORIA

AL GRAN ARQUITECTO DEL UNIVERSO

Por permitirme ser y estar aquí

A MI MADRE

Por el ejemplo que me ha dado para lograr todo lo que me propongo en la vida

A MIS HIJOS

Kalid y Alan
Como agradecimiento por el tiempo que les he quitado para realizarme como
profesionista y por que son la razón de mi vida

AGRADECIMIENTO

Al L.E.O. Federico Sacristán Ruiz director de tesis por su adecuada dirección y conducción en el desarrollo del presente trabajo, así como también a los sinodales.

Al Doctor José Luis Núñez Ochoa epidemiólogo estatal de la Secretaría de Salud Guerrero. Por su aportación en la bibliografía mas reciente de la Organización Panamericana de la Salud así, como su aportación en la elaboración de las graficas y cuadros finales y por su apoyo incondicional en el desarrollo de la presente.

Al Oceanógrafo y Master en Matemáticas Santos Velarde Llamas. Por sus opiniones sobre el tamaño de la muestra y el ordenamiento preliminar de la recolección de datos y sus acertadas sugerencias

Al doctor Jorge García Leal. Director del Hospital General por permitirme realizar el presente estudio en esta unidad.

Al departamento de archivo clínico por las facilidades que me otorgaron para la revisión de expedientes y contribución al glosario.

A la Residente de Ginecología y Obstetricia Dra. Silvia Ortega Barrios por la aportación del Resumen Clínico de las Muertes Maternas.

A la Doctora Adriana Alcaraz Muñuzuri especialista en Ginecología y Obstetricia y subespecialista en biología de la reproducción por su apoyo en la búsqueda en internet de artículos en Ingles sobre mortalidad materna y la traducción de los mismos.

Al doctor Juan Carlos Martínez Casarubias Jefe del departamento de enseñanza.
Por su crítica en la elaboración del protocolo y por la difusión del mismo en el Hospital General.

A la Secretaria Jenidah De La O. Moreno, por los reportes proporcionados sobre los casos de mortalidad materna.

Y como un agradecimiento póstumo a las mujeres que desafortunadamente formaron parte en las estadísticas de mortalidad materna en este trabajo. Y espero que este análisis coadyuve a eliminar y/o disminuir los factores y/o causas que ocasionaron los decesos.

INDICE

	Página:
1. INTRODUCCION	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
3. OBJETIVOS	7
4. MARCO TEORICO	8
5. HIPOTESIS	13
6. VARIABLES	14
7. DISEÑO METODOLOGICO	18
➤ TIPO DE ESTUDIO	
➤ AREA DE ESTUDIO	
➤ DEFINICION DE LA POBLACION	
➤ UNIDAD DE OBSERVACION	
➤ UNIDAD DE MUESTREO	
➤ ELEMENTOS DE INFORMACION	
➤ PLAN DE TABULACION Y ANALISIS	
8. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN DE LOS MISMOS	23
9. CONCLUSIONES	77
10.SUGERENCIAS	84
11.PROPUUESTAS	88
12.PARTICIOPACION DE ENFERMERIA	89
13.GLOSARIO	91
14.BIBLIOGRAFÍA	96
15.ANEXOS	100

INTRODUCCION.

El estudio se realizo en el Hospital General Acapulco de los Servicios Estatales de Salud en Guerrero.

Hospital general de 120 camas ,de 2° nivel de atención de salud. Ubicado en la Av. Ruiz Cortines colonia alta Progreso. Con el objetivo de contribuir a la disminución de la mortalidad materna conociendo las causas que las ocasionaron y cuyos objetivos específicos fueron conocer la magnitud del problema, determinar factores de riesgo reconociendo los que ocasiono mayor numero de muertes maternas, evaluando la atención medica otorgada en estos casos. Se estudiaron las muertes ocurridas de enero a diciembre del año 1997.

Utilizando como métodos de recolección de datos la aplicación de los cuestionarios formulados exprofeso para este fin en el Manual de Organización y Procedimientos del Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Mortalidad Materna y Perinatal , los que por serendipia encontré como formularios propios que el comité aplica a estos casos.

Encontrándose que las muertes maternas fueron ocasionadas por factores de índoles diversas.

Entre los factores predisponentes de estos decesos se encontró bajo nivel socioeconómico y cultural. Alcanzando un nivel mínimo de escolaridad hasta secundaria; y aunque son mujeres en edad productiva con edades que oscilan entre 14 y 34 años no tenían empleo remunerado, además de que la ocupación del esposo es de bajo ingreso pues son trabajadores del campo y empleados, lo cual da un porcentaje de 60% en este rubro(Grafico 5) de las que si cuentan con esposo y de las demás se ignora. Lo cual influyo en la demora para solicitar la atención medica. En cuanto al acceso de los servicios no es un factor de mucha influencia pues el mayor porcentaje de mujeres que fallecieron son de esta ciudad

y puerto que cuenta con toda la infraestructura de salud necesaria para la atención medica.

En cuanto a la atención medica el diagnostico y tratamiento fueron instalados con oportunidad sin embargo la atención fue brindada en el 60% de los casos por personal en formación y al evaluación de la infraestructura fue evaluada como adecuada con una sola observación de la ausencia del servicio de anatomopatología.

El 100% de las mujeres eran primígestas lo cual indica que la gestación es un proceso fisiológico que necesariamente se debe vigilar con un adecuado control prenatal de calidad, promoviendo la educación para la salud con énfasis en el auto cuidado de la misma que incluye, la educación preconcepcional, gestacional y cuidados específicos en el puerperio inmediato y mediato identificando los síntomas de alarma que determinen las solicitud inmediata de la atención medica con carácter de urgencia ya que de ello depende la vida de la paciente.

Referirnos a la mortalidad materna es abordar un tema exclusivo de género. " Las mujeres constituyen la mitad de la población mundial; hacen dos tercios del trabajo en el mundo; ganan un décimo de los ingresos mundiales y poseen solo un centésimo de la propiedad mundial ". (1)

La salud de la mujer durante el periodo reproductivo fue retomado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en Nairobi, Kenia; durante la conferencia para una Maternidad sin Riesgo, donde los gobiernos y organismos internacionales se comprometieron a realizar acciones tendientes a disminuir la tasa de mortalidad materna.

1. Revista cubana de enfermería: "Organización de las Naciones Unidas" La Habana, Cuba. Agosto de 1995

En 1990, durante la 23ª. Conferencia Panamericana-O.P.S., se aprobó el " Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas " (P.A.R.R.M.M.).

Para 1994, en la 3ª. Conferencia Internacional sobre Salud Reproductiva, en El Cairo, Egipto, y después de los acuerdos tomados ahí, el Gobierno Mexicano implementa un Programa Nacional de Salud Reproductiva y fue así como se creó la Dirección General de Salud reproductiva de la Secretaría de Salud (S.S.A.).

Así mismo, otros países avanzan hacia la disminución de la mortalidad materna (2). Para 1997, Santo Domingo declara " Año de la Reducción de las tasas de Mortalidad Infantil y Materna ". (3)

Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos, la pesadilla continúa; pues " cada 25 minutos una mujer muere como resultado del embarazo o del parto, en alguna parte de la Región de las Américas". Pudo ser una mujer que tuvo su parto en un hospital pero murió porque necesitaba sangre para salvar su vida y ésta no estaba disponible; o pudo ser una mujer que de manera secreta y en su desesperación recurrió al aborto para terminar con un embarazo no deseado ".(4)

Lo alarmante de esta situación es que " estas muertes ocurren en un proceso relativamente saludable y factiblemente controlable "; por ello, se hace necesario conocer este fenómeno a fondo para que con certeza se pueda, en la medida de un máximo posible, controlar los factores que influyen en estos decesos.

2. Revista cubana de enfermería:"Organización de las Naciones Unidas" La Habana, Cuba. Agosto de 1993

3. Mother's and Children Health Welfare Assn, Japan, pp. 26; 1993.

4. Boletín Epidemiológico; oct-dic de 1997; Vol. II; No. 4; Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) Santo Domingo.

La presente investigación pretende conocer " los causas que ocasionan o determinan la muerte materna en un Hospital General que atiende a población abierta, es decir, sin seguridad social, en un Estado de la República Mexicana, cuya situación económica y cultural de dicha población lo ubica como una entidad con un alto rezago en los rubros anteriores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la época actual, con los adelantos en la Ciencia, que permiten controlar algunos factores de riesgo reproductivo, con la apertura de las telecomunicaciones, el incremento del índice de la población alfabetizada e informada; aún con todo lo anterior, la mortalidad materna se sigue presentando cuando ya debiera ser un acontecimiento del pasado.

La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública en nuestro país; aún cuando las estadísticas de 1980-1996 nos permiten observar una reducción importante de estas tasas que van del 9.5 a 4.8 por cada 10,000 nacidos vivos registrados (NVR) (5) que significa una disminución del 49.5 % en el periodo. Sin embargo, y a pesar de esta reducción tan importante, siguen ocurriendo estas muertes y esto no es justificable de ninguna manera

Para combatir este problema, es necesario conocer su magnitud real (número de muertes, sitio de ocurrencia y cual es su grado de preventibilidad)(6). Siendo también requisito conocer las principales causas biológicas de las muertes maternas (hemorragias, sépsis, aborto inducido, enfermedad hipertensiva del embarazo y trabajo de parto obstruido).

5.- Delgado Lara Adrián; Subdirector de Salud Perinatal; Dirección General de Salud reproductiva, Secretaría de Salud, México, Taller de la Transición Demográfica y Epidemiológica en México, Centroamérica y El Caribe, marzo de 1998.
6.- Ferraz Elenice María, Consultora de la O.P.S. en Población y Salud Familiar; Mortalidad Materna en las Américas, Taller de la Transición Demográfica y Epidemiológica en México, Centroamérica y El Caribe Marzo de 1998.

Se hace necesario observar los factores que afectan la utilización de servicios de salud como son:

- a) Atraso en la búsqueda de la atención médica.
- b) Atraso en el acceso al servicio.
- c) Atraso en recibir el tratamiento apropiado(7)

Con los " Sistemas de Registro " que actualmente operan en nuestro país, se puede predecir la magnitud del Riesgo Reproductivo y controlar los eventos para evitar estos decesos.

Effer refiere que con los sistemas de registro (control prenatal con enfoque de riesgo) se detecta el riesgo de un 10 a 20 % de la población atendida; sin embargo actualmente no se está garantizando que este porcentaje sea alejado o excluido del riesgo de morir, a pesar de estar accesible en los servicios de salud teniendo por lo tanto " oportunidades perdidas "; por lo que se hace necesario y urgente conocer las acciones concretas que debe realizar cada miembro del equipo de salud y esa situación convertirla en una "oportunidad ganada", planteando nuevas formas de atención para los casos de urgencias maternas.

Ante esta situación, es prioritario conocer este fenómeno, sus causas o factores predisponentes y con ello elaborar un protocolo o proyecto de intervención para este grupo de mujeres en riesgo, mejorando la calidad de la atención otorgada, evaluando permanentemente el impacto sobre esta problemática y así reorientar las acciones para contribuir a la reducción de estas tasas de mortalidad, coadyuvando a que este proceso , sea realmente : "Saludable y Fisiológico".

7.- Maine D.; Murat Z. Akalin; Victoria Ward; Angela Kamara, The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs, Center per Population and Family Health; School of Public Helath; Columbia University, 1997.

Por lo anterior, podemos deducir que es apremiante conocer realmente las causas que ocasionaron las muertes maternas en el Hospital General de Acapulco, dependiente de los servicios Estatales de Salud (SSA) y poder implementar y utilizar la tecnología adecuada, realizando las intervenciones necesarias por parte de los Servicios de Gineco-Obstetricia y salvar la vida a las pacientes potencialmente rescatables.

OBJETIVOS :

GENERAL:

Contribuir a la disminución de la mortalidad materna en el Hospital General de Acapulco, Gro. Conociendo las causas que las ocasionaron y/o determinaron.

ESPECIFICOS:

- ❖ Conocer la magnitud del problema en el Hospital General de Acapulco, Gro.
- ❖ Determinar las causas que afectan la utilización de los servicios de salud: (atraso en la decisión de búsqueda de la atención médica, atraso en el acceso al servicio y atraso en recibir el tratamiento apropiado) y que condicionan las muertes maternas.
- ❖ Establecer qué factor de riesgo reproductivo fue el que condicionó el mayor número de muertes maternas.
- ❖ Evaluar el indicador: Atención médica, para conocer si ésta fue oportuna y adecuada.

MARCO TEORICO

La tasa de mortalidad materna en países desarrollados es menor que en países en vías de desarrollo; de los 585,000 muertes maternas que ocurren anualmente en el mundo, el 99% se registran en países pobres. Las mujeres en estos países tienen un riesgo de morir durante el embarazo, parto y puerperio de 50 a 100 veces más que el que presentan las mujeres del mundo desarrollado(8) y un ejemplo de ello se revela en las estadísticas de México y el Japón; ya que en el reporte de 1988, México registró una tasa de mortalidad materna de 6.5 por cada 10,000 NVR, mientras que Japón, para este mismo año, no registró casos de muertes maternas.

En Latinoamérica, los países con una tasa de mortalidad materna mayor o más altas son Guatemala, Honduras y México y en su contraparte, los países con menor riesgo de muerte en edad reproductiva lo representan Cuba, Panamá y Costa Rica(9).

En el año 1995, la Dirección General de Salud Reproductiva de la S.S.A. de México informo que el 66 % de los casos registrados de muerte materna ocurrieron tan solo en siete estados, de los 32 existentes en el país, los cuales son: Chiapas, Estado de México, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz. La entidad con mayor rezago y por ende con mayor cantidad de muertes maternas registradas es Oaxaca con una tasa de 18.1 por cada 10,000 NVR y el de menor tasa es Nuevo León, reflejándose así el comportamiento. Del factor económico y cultural en este padecimiento.

8.- The Progress of National; UNICEF; New York pp 1-9; 1996.

9.- W.H.O. and W.B. Maternal Health Around the World, 1997.

En el estado de Guerrero, durante el año de 1996 se reportaron un total de 10,587 defunciones (mortalidad general) de las cuales 4,369 fueron del sexo femenino (41.2%) y de estas 2,396 pertenecen al grupo de mujeres en edad fértil (54.8%) es decir oscilando entre los 15 y 44 años de edad.(anexo I y II) .Por lo que podemos observar que es un grupo numeroso de población expuesta a este riesgo, porque es en este grupo de edad en que ocurren los embarazos y con ello el riesgo de una posible complicación que pudiese determinar una muerte materna.

La O.P.S./ O. M. S afirman que la Mortalidad Materna es una tragedia negligenciada, por lo que propone alternativas para una maternidad sin riesgo actuando en tres frentes :

- Reducción del numero de embarazos no deseados y de riesgo.
- Reducir el numero de complicaciones obstétricas
- Reducir las tasas de fatalidad en mujeres con complicaciones.

Para concretar estas alternativas propone planes nacionales en los países de la región de las Américas con mayor índices de mortalidad materna que contemplen estrategias generales como son:

1. Promoción de la salud
2. Expansión y mejora de los servicios
3. Participación social
4. Participación de las Sociedades Científicas
5. Investigación Operativas : Evaluación de los Procesos y Costos de las intervenciones.
6. Vigilancia Epidemiológicas.

En cuanto a la Investigación Operativa ser deben hacer :Estudios preliminares cualitativos de Intervención, de Resultados y de Costos.

Los estudios de intervención deben tocar los puntos de Mejora de los Servicios de maternidad, evaluación de la utilización del hogar, Movilización de transporte para emergencias obstétricas y de Educación Comunitaria para dar a conocer cuando es una Emergencia Obstétrica.

Lo anterior justifica el presente estudio, de acuerdo a la experiencia de la OPS/OMS y sus directrices de solución para este problema de salud.

El punto álgido de la investigación se centra en la atención hospitalaria y la evaluación de la resolución médica .

Para la realización de las acciones enmarcadas en las estrategias anteriores se debe de partir del conocimiento de las principales causas medicas que ocasionaron las muertes maternas las cuales son :

- Hemorragias
- Sepsis
- Aborto
- Enfermedad Hipertensiva del Embarazo
- Obstrucción del trabajo de parto.

Además debemos considerar otros factores que influyen de manera determinante en la suerte de la paciente la cual dependerá del **“Tiempo en que decide buscar atención medica, del acceso al servicio** (factor socioeconómico y cultural , etc.) **de un diagnostico precoz y de un tratamiento oportuno y apropiado”** en donde la tecnología genera un verdadero impacto como lo es el uso de la antibioticoterapia, técnicas asépticas, uso de oxitócicos, transfusiones sanguíneas, parto operatorio seguro y tratamiento de la eclampsia. Esto unido a las intervenciones del equipo de salud que lleven implícitos los elementos básicos de calidad en el manejo .(accesibilidad y disponibilidad, aceptabilidad, competencia técnica, insumos esenciales, equipamiento adecuado, interacción

cliente-proveedor; información y consejería, integridad de la atención, continuidad y seguimiento (referencia y contrarreferencia) así como que el mecanismo institucional funcione adecuadamente: respetando las estrategias de la O.M.S. como es la gratuidad de la atención del parto a quienes han llevado un control prenatal contando como mínimo la asistencia de 5 consultas para el control del embarazo. Y mantener los estándares mínimos de calidad en recursos humanos, materiales y financieros; que permitan otorgar una atención médica de excelencia. Identificando a los expertos en este tipo de emergencias, para adiestrar a todo el personal que tendrá contacto con este tipo de paciente; fortaleciendo el trabajo en equipo, el cual debe mantener una evaluación permanente y continua que permita la mejoría de la atención médica otorgada; con lo anterior la reducción de las tasas de mortalidad materna será una realidad.

Para el presente estudio considerare únicamente tres factores mencionados anteriormente:

1. Tiempo en que se decide buscar atención médica.
2. Acceso a servicios.
3. Diagnostico Precoz y tratamiento oportuno y apropiado.

En la actualidad se han identificado estos tres factores que repercuten en el proceso de la atención médica otorgada durante las emergencias obstétricas ,el conocimiento de ello es de vital importancia ; para orientar las acciones del equipo de salud; en lo que ha este compete.

En cuanto al abordaje médico, el estado resultante del riesgo reproductivo depende de la combinación de uno o mas factores, a excepción de aquellos problemas médicos presentes con anterioridad como son : Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial ,que constituyen una amenaza per sé con o sin la presencia de embarazo.

Se han realizado grandes esfuerzos para descubrir o adaptar "Sistemas de Registros" que puedan predecir la presencia y resultado del riesgo en la reproducción, aunque para su uso existen discrepancias entre varios autores(10), en su mayoría estos sistemas trabajan a base de una cantidad numérica formada por ciertos factores que se sabe contribuyen al riesgo, la suma de ellos determina si corre un riesgo bajo, moderado o grave(anexos III, IV.y V) en otros sistemas estos términos se manejan como bajo o alto riesgo.

Effer sugiere que estos sistemas de registro deben abarcar cuatro categorías que son :

1. Características Generales de tipo físico y demográfico de la madre.
2. Trastornos coexistentes de tipo medicoquirúrgico y psiquiátrico.
3. Curso del desarrollo reproductivo anterior.
4. Complicaciones del embarazo actual.

Además hace hincapié en que con el uso de dichos sistemas, se detecta el riesgo en un 10 a un 20 % de la población(11). Por lo tanto, el resto de las personas expuestas es de aproximadamente el 80% y solo en el momento de que se presenta el riesgo es cuando llega a los servicios de urgencias tóco-quirúrgicas y es aquí donde el equipo de salud y los recursos disponibles juegan un papel preponderante y determinante en la vida de estas mujeres.

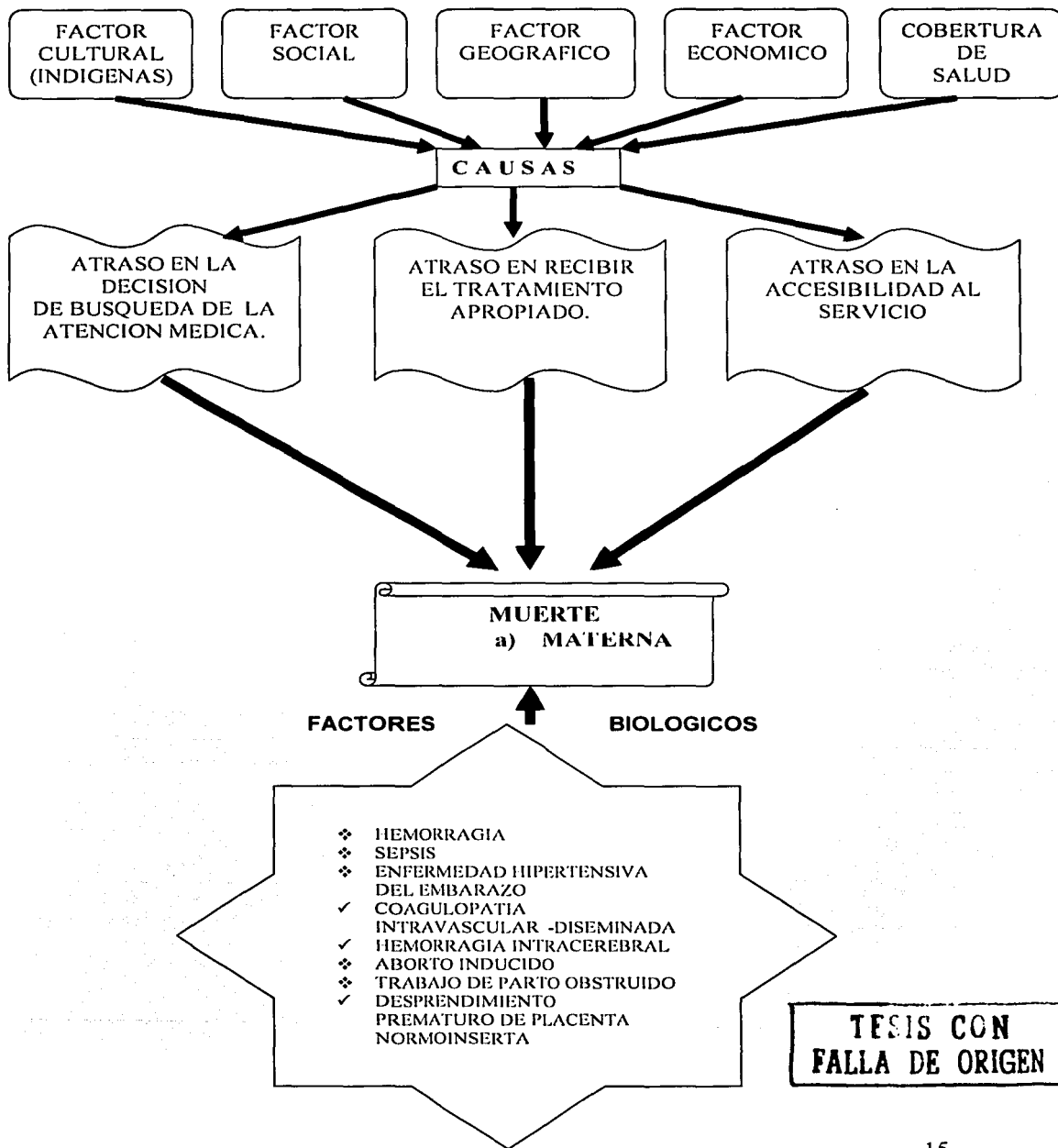
10.-Valoración del Riesgo de la Reproducción; enfoque: Monitorización clínica y bioquímica, pp. 55-57

11.-Effer, S.B.; Perinatal Intensive Care; Obstetrical Consideration, James W. Goodwin, John O. Godden and Graham M. Chance (EDS): Perinatal Medicine; Baltimore, U.S.A.; William y Wilkins, 1976 pp. 578-592.

HIPOTESIS:

**La Mortalidad Materna en el Hospital General de Acapulco, Gro.,
se debe a la falta de oportunidad de la solicitud del
servicio médico especializado.**

VARIABLES:



OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable Dependiente	Variable Independiente	Indicador
<p>Decisión de búsqueda de la atención médica</p> <p>Definición: Autoreconocimiento de la gravedad de su problema de salud y la necesidad de atención médica.</p>	<p>Factor cultural</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad 2. Escolaridad 3. Idioma 4. Percepción del problema de salud 5. Información de la atención que otorga el H.G.
<p>Accesibilidad a los servicios de salud</p> <p>Definición: Mayor o menor posibilidad de tomar contacto con los servicios de salud para recibir atención médica.</p>	<p>• Factor geográfico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiempo promedio que requiere una persona para trasladarse de su domicilio al H.G.A. 2. Existencia de medios de transporte.
<p>Accesibilidad a los servicios de salud</p> <p>Definición: Mayor o menor posibilidad de tomar contacto con los servicios de salud para recibir atención médica.</p>	<p>• Factor económico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cantidad de dinero necesario para cubrir la atención médica. Ingreso o salario de la paciente: <ol style="list-style-type: none"> a) Ocupación b) N°. De salarios mínimos. c) Ocupación de su pareja 2. Estado civil Cuenta solo con sus ingresos.
<p>Accesibilidad a los servicios de salud</p> <p>Definición: Mayor o menor posibilidad de tomar contacto con los servicios de salud para recibir atención médica.</p>	<p>• Cobertura de servicios de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N°. De Hospitales Generales • N°. C.S. • Servicios Privados

Variable Dependiente

Variable Independiente

Indicador

Tratamiento oportuno

Definición: decisión para buscar atención médica en el tiempo y forma adecuada con el personal calificado y los recursos necesarios para un tratamiento adecuado y oportuno.

Atención Pre-Hospitalaria

1. Atención recibida por parte de:
Familiar
Partera
Enfermera
Taps
Médico
2. Aplicación de remedio casero.
3. Uso de la cartilla nacional de salud de la mujer.
4. Control prenatal y preconcepcional
5. Reconocimiento de síntomas de alarma por la paciente.

Atención Hospitalaria

1. Estancia hospitalaria:
Fecha y hora de ingreso y egreso.
2. Estudios realizados
3. Recursos físicos.
Equipo e instalación.
4. Instalación del diagnóstico y tratamiento oportunamente.
5. Complicaciones existentes al ingreso.

DISEÑO METODOLOGICO:

TIPO DE ESTUDIO:

Para realizar la presente investigación, se realizará un **Estudio Descriptivo**, porque se pretende conocer la mortalidad materna como un fenómeno que está ocurriendo y se describirá su situación. Será también de tipo **Retrospectivo** porque se estudiará del efecto (muerte materna) a la causa (factores de riesgo) y **Transversal** porque será un corte en el tiempo, ya que se estudiará únicamente los acontecimientos ocurridos durante el año de 1997.

AREA DE ESTUDIO:

Se realizará en el Hospital General, ubicado en la Jurisdicción Sanitaria 07, con sede en Acapulco, Gro. Y que atiende pacientes sin seguridad social de todas las Jurisdicciones del estado de Guerrero y de la Costa Chica de Oaxaca; cuenta con las cuatro especialidades básicas y algunas especialidades de tercer nivel de atención, cuenta con 120 camas censables y 55 no censables y atiende principalmente población abierta, de escasos recursos económicos y bajo o nulo nivel escolar.

El presente estudio se realizará en la especialidad de Gineco-Obstetricia, se obtendrá información de los casos a través del Comité de Mortalidad Materna y Perinatal de este hospital, de la revisión de expedientes clínicos, certificados y/o actas de defunción, autopsias verbales y anuario estadístico.

Cabe hacer mención que a este hospital ingresan pacientes de diferentes procedencias o referencias de otras unidades de salud, ya sea módulos, médicos privados, casa de salud, parteras empíricas y de otros hospitales con menor capacidad resolutoria; por lo general, las pacientes ingresan con un alto grado de complicación.

DEFINICION DE LA POBLACION:

Se tomará como universo a todas las pacientes que fallecieron durante 1997 por causas maternas, comprendiendo mujeres del grupo de edad de 12 a 49 años.

UNIDAD DE OBSERVACION:

Las unidades de observación serán mujeres que ingresaron a la unidad hospitalaria con un alto riesgo obstétrico.

UNIDAD DE MUESTREO:

Muertes maternas ocurridas en el Hospital General de Acapulco, Gro. Durante el año de 1997, revisando estadísticas de mortalidad correspondiente a ese año, considerando a mujeres de 12 a 49 años de edad, de las cuales se tomará únicamente las muertes ocurridas por causas obstétricas (aborto, sépsis, eclampsia y hemorragias).

ELEMENTOS DE INFORMACION QUE ES NECESARIO CONSIDERAR EN LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Es necesario conocer el número de ingresos a la especialidad de Gineco-Obstetricia; de estos ingresos, cuantos presentaron problemas obstétricos para obtener la tasa de letalidad.

Se revisarán los expedientes de mujeres fallecidas por causas maternas; así como los dictámenes del Comité de Mortalidad Materna y Perinatal.

Se consulto el Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), de los meses de enero a diciembre de 1997, con la finalidad de obtener porcentaje o proporción de muertes por esta causa, comparándola con la mortalidad general del Hospital y respecto a la población femenina.

PLAN DE TABULACION Y ANALISIS

La recolección de datos se realizará en hojas tabulares con preguntas codificadas y algunas respuestas abiertas.

Las variables se categorizarán en torno a los tres motivos predisponentes de la mortalidad materna:

1. Hora de inicio de la búsqueda de servicio médico (atención).
2. Acceso al servicio.
3. Tratamiento apropiado.

Para conocer la magnitud del problema, relacionaré las diferentes variables como:

- Salarios contra muerte.
- Lugar de residencia contra aplicación de tratamiento.
- Nivel cultural contra muerte, etc.

Una segunda categorización se realizará en torno de las causas biológicas (eclampsia, hemorragia, sépsis y parto obstruido), de las muertes maternas.

Por otro lado, se medirá la previsibilidad de las muertes una vez ingresadas al hospital. La bibliografía refiere que un porcentaje del 37 % de las pacientes que ingresan a servicios hospitalarios, aún en estado crítico; tienen la posibilidad de salvarse. Lo anterior se medirá con:

- Hora de ingreso contra hora y día de la ocurrencia de la defunción.
- El diagnóstico oportuno contra tecnología usada para ello.
- Número de urgencias atendidas de eclampsia y partos obstruidos contra número de muertes.

En cuanto a la accesibilidad al servicio se realizará en base a:

- Ingreso económico.
- Nivel escolar.
- Número de gestas.
- Número de consultas pre-natales.
- Utilización de la Cartilla Nacional de la Mujer.

El análisis que se realizará será de tipo descriptivo y analítico, utilizándose la distribución de frecuencia, porcentaje y tasa de incidencia, letalidad y de mortalidad, determinándose así la magnitud real del problema que se estudia.

RESULTADOS

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

**TEMIS CON
FALLA DE ORIGEN**

NOMBRE	Nº EXPEDIENTE	CUEST. CONFIDENCIA	INF. MENSUAL	F. DE M. MATERN	DICTAME N
N. P. S.	125001		*		*
A. S. M.	124172		*		
C. G. C.	123417		*		*
I. G. C.	123691		*		*
A. G. H.	123376		*		*
L. M. Q.	125602		*		*
L. E. S.		*	*	02/09	
O. M. L.		*	*	26/09	
A. V. R.	132403	*	*	24/11	
M. M.	133409	*	*	27/12	
C. M. J.	133400	*	*	29/12	

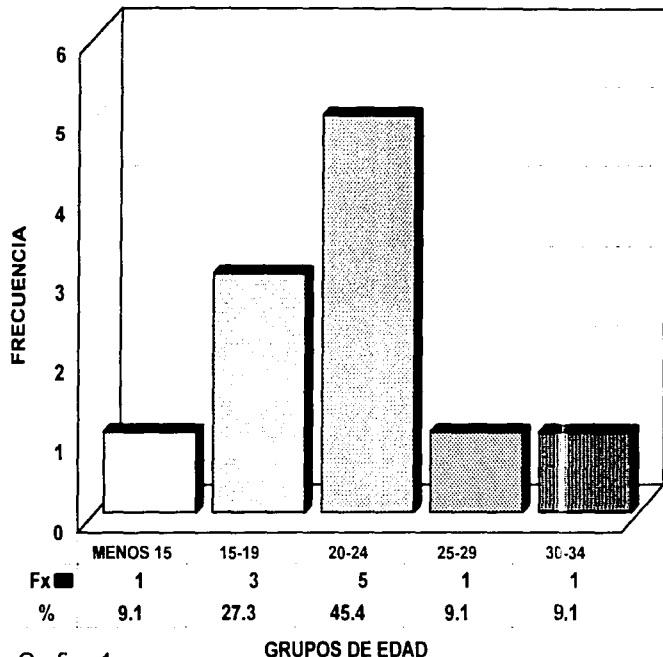
Cuadro 1:

El informe mensual reporta 11 casos de muertes maternas de las cuales a 5 se les aplico el cuestionario confidencial y a las 6 restantes únicamente el dictamen de la muerte materna siendo esto inversamente proporcional y por ende no se cuenta con la totalidad de los registros.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

2.- IDENTIFICACIÓN DE LA FALLECIDA

2.3 MUERTES MATERNAS POR GRUPOS DE EDAD

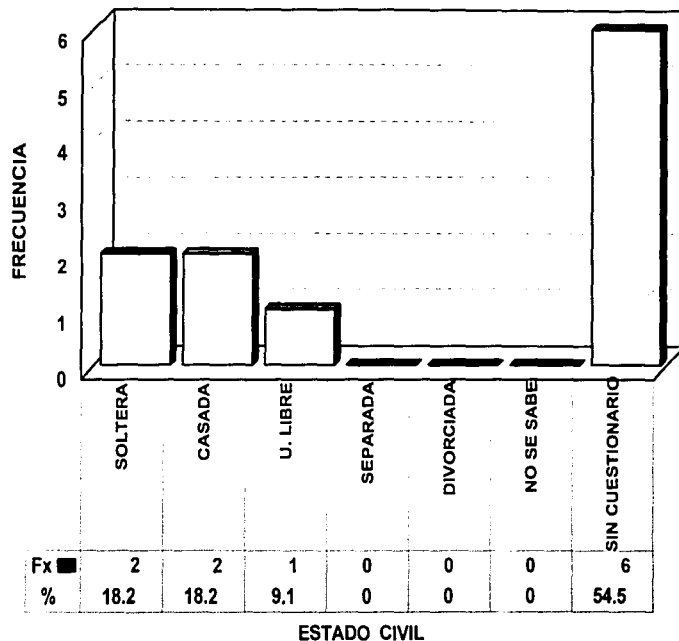


Grafica 1:

A cualquier edad reproductiva puede haber M.M. Pero estas ocurrieron con mayor frecuencia en un grupo De 20 a 24 años.

FUENTE: CUESTIONARIO CONFIDENCIAL
 COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

2.4.- ESTADO CIVIL



Grafica 2:

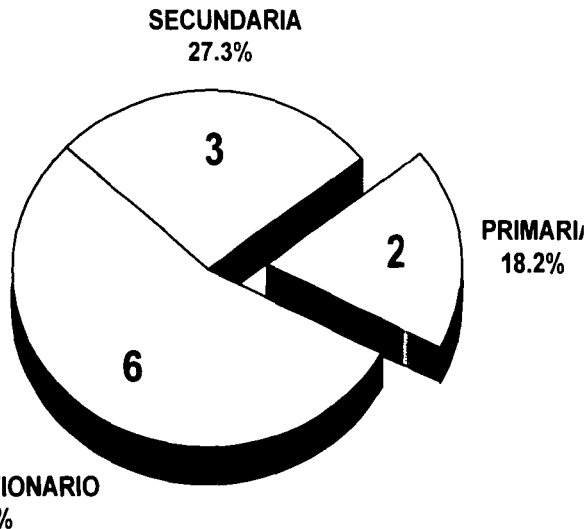
De igual manera solteras y casadas. El estado civil no es determinante en las muertes maternas.

TESIS CON
 FALTA LE ORIGIN

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

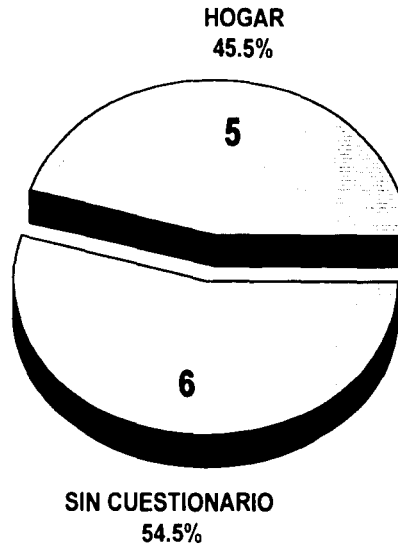
TESIS CON
 FALLA LE ORIGEN

2.5.- ESCOLARIDAD



Grafica 3:
 El nivel escolar es predisponente, pero no determina la muerte materna.

2.6.- OCUPACIÓN DE LA FALLECIDA

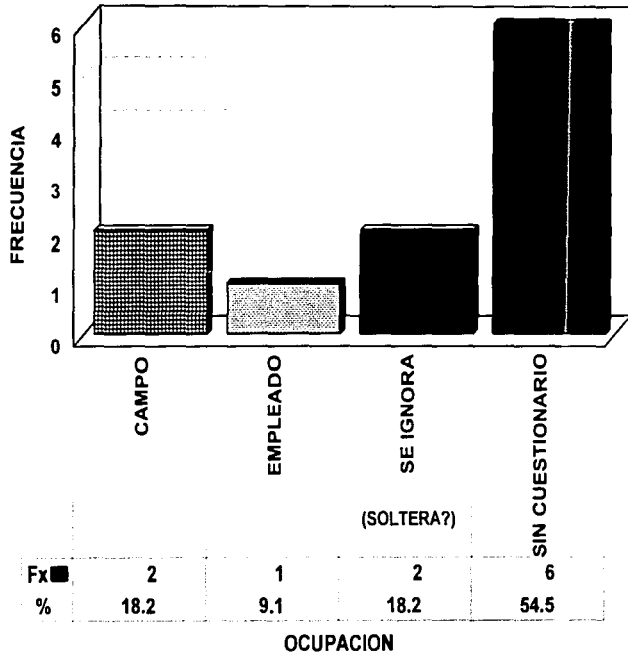


Grafica 4:
 La ocupación de las madres si es determinante; pues el 100% de mujeres a las cuales se aplico C.C. Son mujeres del hogar. Por lo tanto no tienen ingresos propios para la atención medica.

FUENTE: CUESTIONARIO CONFIDENCIAL
 COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

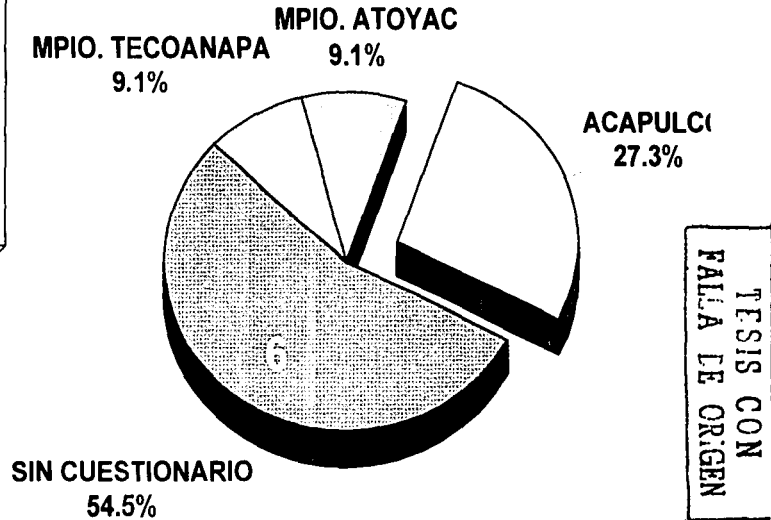
2.7.- OCUPACIÓN DEL ESPOSO



Grafica 5:
 La ocupación del esposo es determinante pues 2 de 5 personas son trabajadores del campo (escasos ingresos).

FUENTE: CUESTIONARIO CONFIDENCIAL
 COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

2.8.- DOMICILIO DE LA FALLECIDA



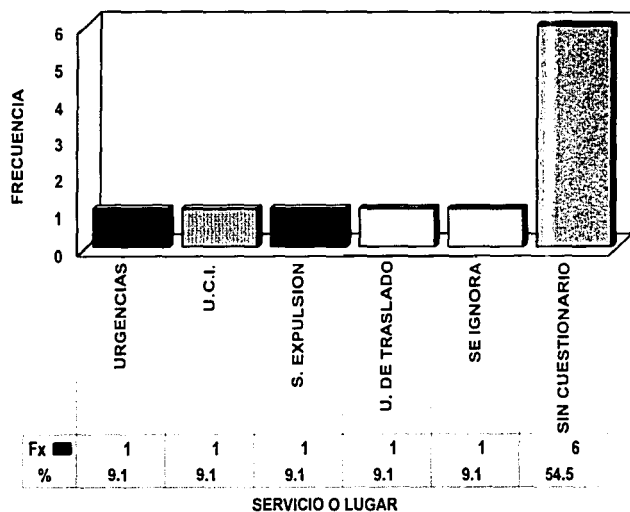
Grafica 6 :
 La distancia del domicilio al hospital no es determinante en estos casos, pues el 27.3% de los encuestados son del municipio de Acapulco. Ósea mas del 50%.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

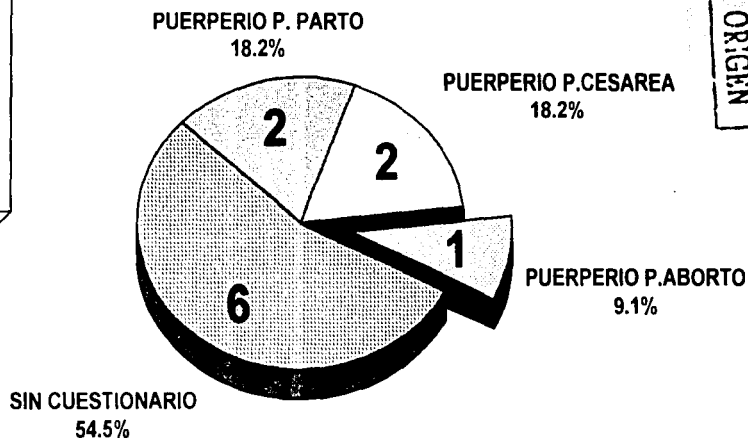
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997

3.- SITIO, TIEMPO Y CAUSA DEL FALLECIMIENTO

3.1.- SERVICIO O LUGAR EN QUE OCURRIÓ LA MUERTE



3.2.- MOMENTO DE OCURRENCIA DE LA MUERTE



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

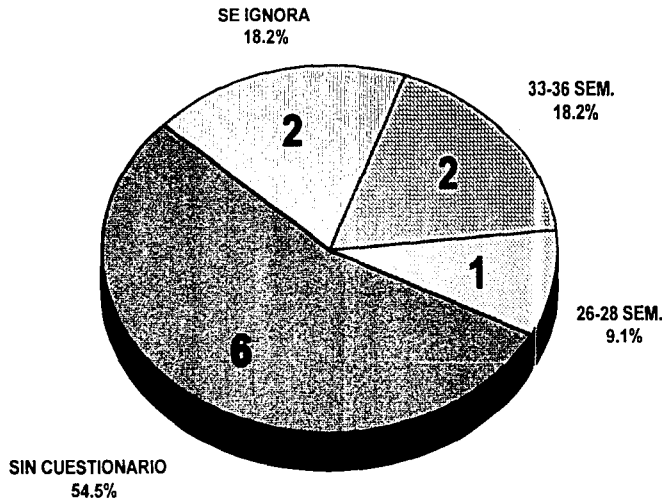
Grafica 7:
Las muertes ocurrieron en todas las áreas hospitalarias,
no hay repetición del sitio.

Grafica 8:
La muerte ocurre en el 100% de los casos en el
puerperio.

FUENTE: CUESTIONARIO CONFIDENCIAL
COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

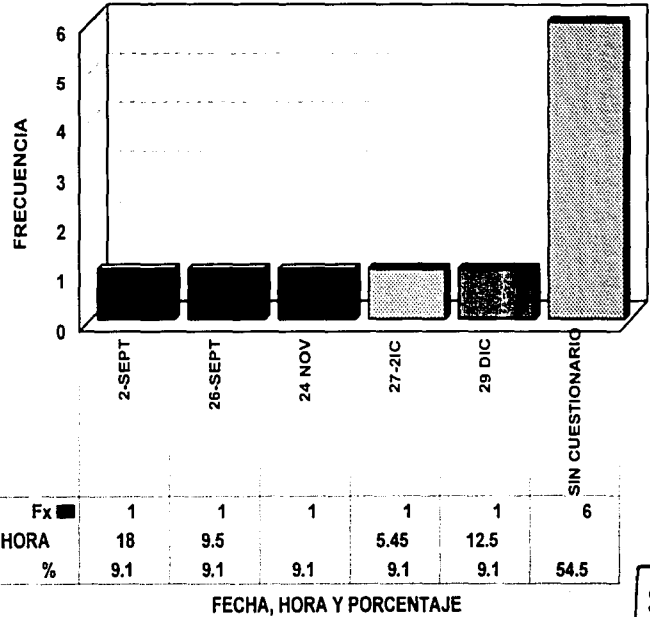
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997

3.3.- EDAD DEL EMBARAZO
ACTUAL



Grafica 9:
La muerte ocurre en el 60% de los casos revisados por el C.C. en el ultimo trimestre del embarazo

3.4.- FECHA DE LA MUERTE

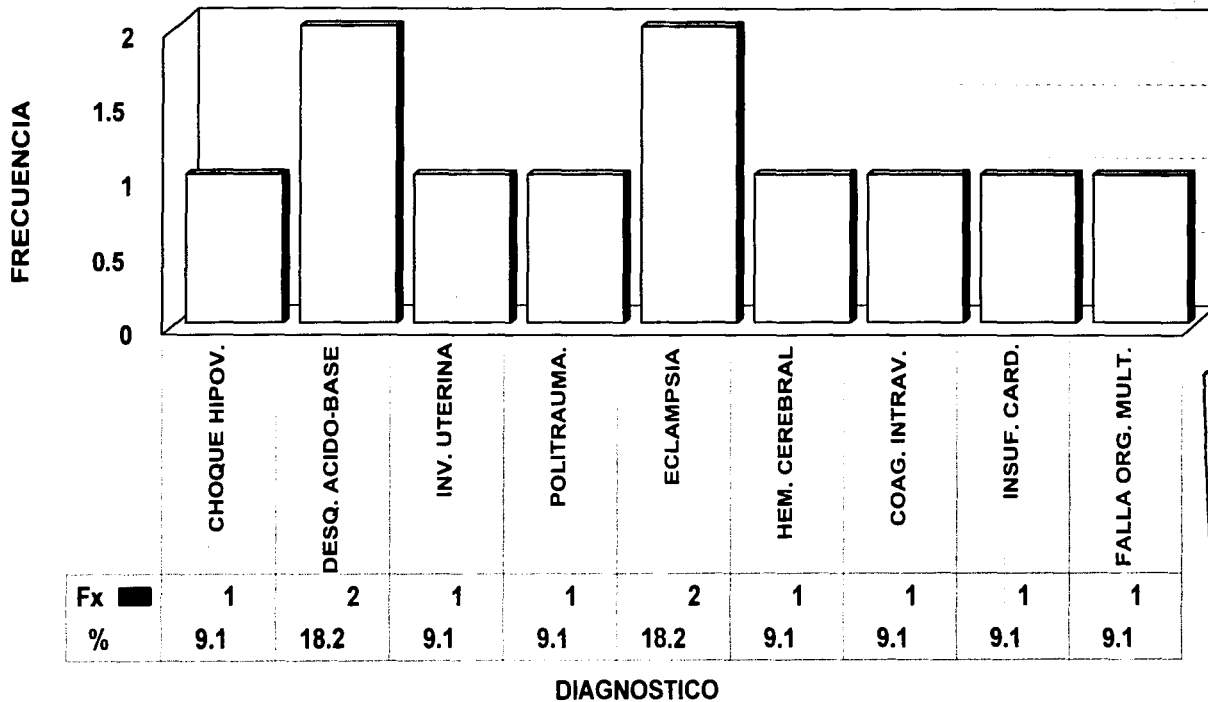


Grafica 10:
Las muertes ocurrieron en el ultimo trimestre del año.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

3.5.- CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN)



Grafica 11:

En los 11 casos la muerte ocurre por causas de eclampsia y desequilibrio.

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

3.5 DX del Certificado de defunción.	4.2 Diagnostico de la unidad de procedencia	4.3 Diagnostico (DX) de la unidad del area de admon.	4.4 DX de la sección a la que fue remitida
Coagulación intravascular diseminada Shock Mixto Post-operatorio de histerectomía Post-aborto complicado	Envió sin nota	Insuficiencia renal Shock hipovolemico Post-operatorio de histerectomía Post-aborto completo	Insuficiencia renal Shock hipovolemico Post-operatorio de histerectomía Post-aborto completo Anemia severa
Insuficiencia cardiaca Shock Cardiogenica Comunicación interventricular Puerperio tardío Post-cesárea	Ninguna	Insuficiencia Cardiaca Choque Cardiagenico Comunicación interventricular Puerperio tardio Post-cesárea	
Falla orgánica múltiple Preclamsia severa Síndrome de Help	Preclamsia Prob. Hepatitis Viral	Preclamsia severa Óbito Síndrome febril Síndrome Ictérico Descartar hepatitis Síndrome de help	Insuficiencia Cardiaca Choque Cardiagenico Comunicación interventricular Puerperio tardío Post-cesárea Insuficiencia Renal aguda
Bloqueo Cardiaco irreversible Cardiopatía mixta descompensada Puerperio inmediato complicado Deterioro rostro caudal Encefalopatía hipertensiva Hemorragia cerebral. Eclampsia.	Preclamsia severa Embarazo de 28 semanas Eclampsia Descartar crisis Convulsivas y epilepsia	Primigesta Embarazo de 28 semanal. Sin atención prenatal Síndrome Ictérico en estudio Embarazo 35 semana Eclampsia Óbito fetal	Prob. Cardiopatía congénita alianogena VS reumática. Embarazo 35 semana Eclampsia Óbito fetal Presentación pélvica.

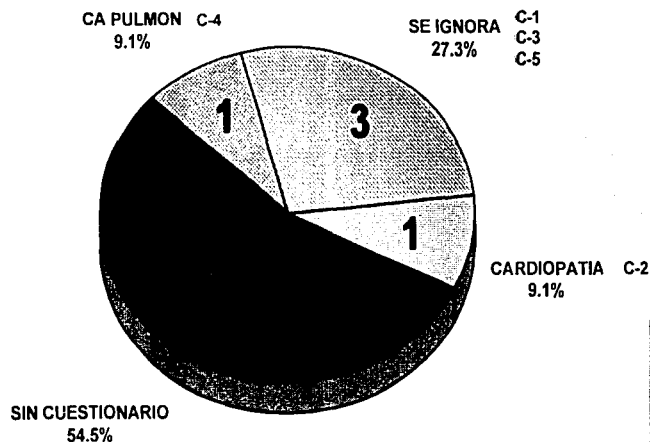
TESIS CCN
FALLA LE OR: GEN

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

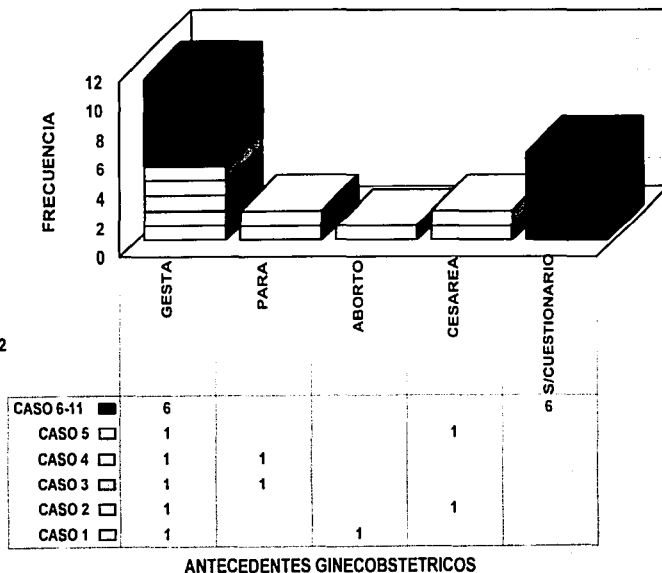
5.- ANTECEDENTES

5.1 ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES



Grafica 12:
Los antecedente heredo-familiares se ignoran en mas del 60% de los casos.

5.3.- ANTECEDENTES GINECOBSTRICOS



Grafica 13:
El solo evento de la gestación es determinante en las muertes materna para mujeres primigestas.

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.4 RESULTADOS OBSTÉTRICOS

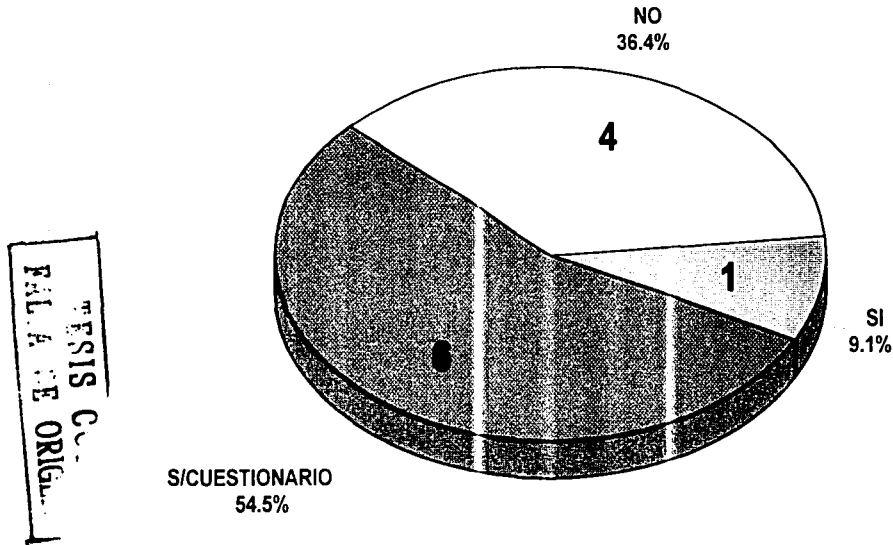
	caso 1	caso 2	caso 3	caso 4	caso 5	
Evolución:meses del embarazo	se ignora		9	8	7	7.5
complicaciones	se ignora	se ignora	preclampsia severa	si	si	
control prenatal	se ignora	si	no	si	se ignora	
tipo de resolución	se ignora	cesarea	parto eutocico	parto distoci.	cesarea	
producto: vivo-muert		0 vivo	muerto	vivo		0
peso del producto		0	0 1.100 kg.	1.400 kg.	2.900 kg.	
tipo de puerperio		0	0 patologico	patologico	patologico	

Cuadro 3:

Se reafirma aquí la ocurrencia de las M.M. En el tercer trimestre, el 60% tuvo complicaciones y ese mismo porcentaje no tuvo control prenatal.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997

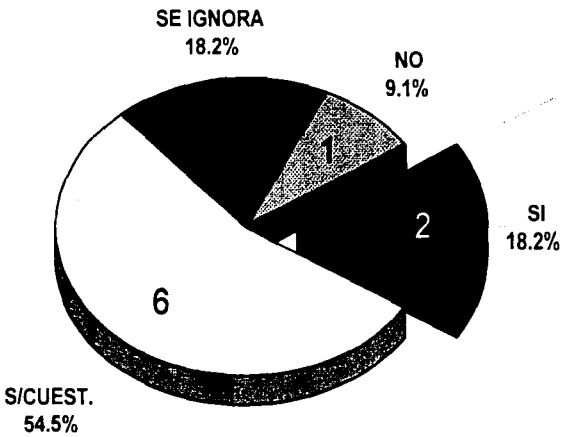
5.5.- ANTECEDENTES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



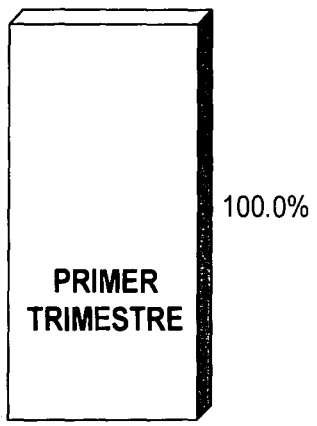
Grafica 14:
Evidentemente la planificación familiar es determinante para evitar muertes maternas. Principalmente. En el caso de embarazo no deseados.

6.- CONTROL PRENATAL

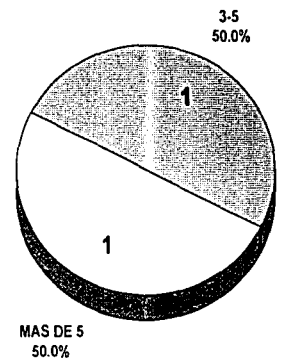
6.1 ATENCIÓN PRENATAL



6.2.- TRIMESTRE EN QUE INICIO EL CONTROL PRENATAL



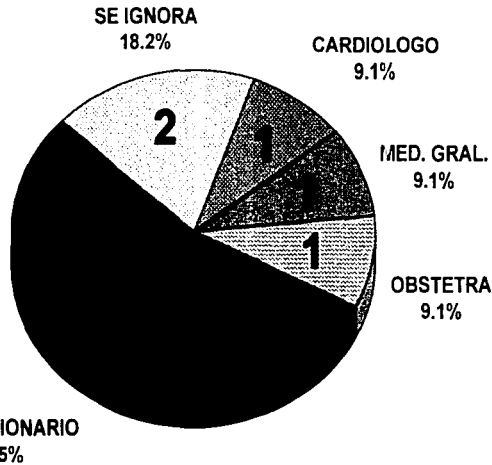
6.3 No. DE CONSULTAS PRENATALES



Grafica 15:
Solo el 40% recibió atención prenatal durante el primer trimestre de los cuales el 50% tubo mas de 5 consultas y el otro 50% tubo de 3 – 5 consultas.
Obviamente por que ya tenían problemas durante el embarazo.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997

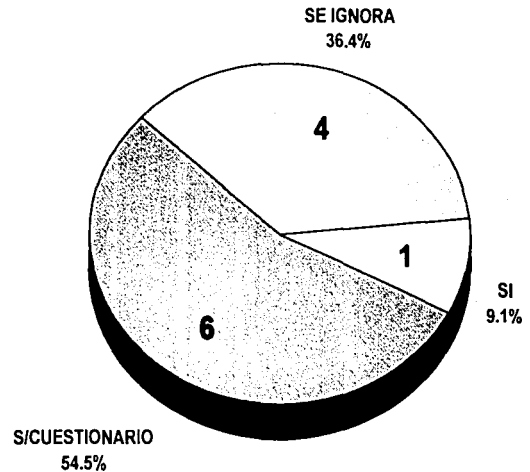
6.5.- LA VIGILANCIA PRENATAL
FUE REALIZADA POR



TESIS CON
SERV. A F. ORDEN

Grafica 16:
En el 90% de los casos se ignora quien realizo el control prenatal y el 60% fue de orden diverso.

6.6.- EXÁMENES DE
LABORATORIO

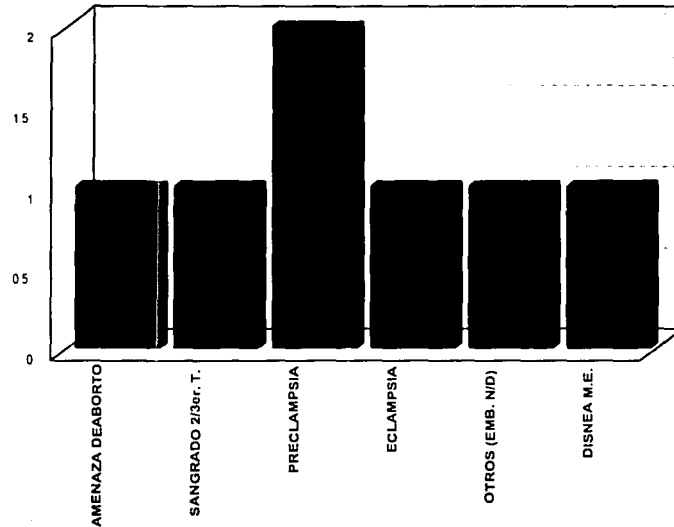


Grafica 17:
Solo el 20% de las pacientes se realizo estudios de laboratorio.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

7.- EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO

TESIS CCN
 FALLA DE ORIGEN



7.-Evolución del embarazo						
	7.2.-amenaza de aborto	7.4.-sangrado en II y III T.	7.7.-Pre-clampsia	7.8.- Eclampsia	7.15.-otros: emb.no dese-	7.15.-disnea M.E.>24 sdg
caso 1	1				1	
caso 2						1
caso 3				1		
caso 4				1		
caso 5			1		1	

Grafica 18:
 En la evolución del embarazo se presentan causas de diversas índoles.

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

8.- ABORTO

8 ABORTO	8.1.2 INDUCIDO	8.3 MÉTODO EMPLEADO	8.4 COMPLICACIÓN	8.5 TRATAMIENTO MEDICO QUIRÚRGICO	8.6 OTRAS COMPLICACIONES:
1	1	8.3.4 OTRAS: SONDA UTERINA	8.4.1 HEMORRAGIA 8.4.4 INFECCIÓN	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL	?PEDILLO SANGRANTE ?CHOQUE MIXTO ?ANEMIA SEVERA ?POST / HTA

Cuadro 4:
Hastas nuestros tiempos el aborto es un medio para deshacerse de embarazos no deseados; sin importar métodos, ni riesgos de muerte.

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

9.- PARTO

9.1 TIPO DE PARTO	9.3 SITIO DONDE SE ATENDIO	9.4 DURACION DEL T.P.	9.5 INICIO DEL T.P.	9.5.1 INDICACION DE LA INDICACION	9.5.2 METODO DE LA INDICACION
9.1.1 UNICO	9.3.3 HOSPITAL	- DE 3 HRS. 1	9.5.1 ESPONTANEO 1	9.5.1.3 COMPLICACION MATERNA 1	9.5.2.1 OXITOCINA 1
2	2	6-12 HRS. 1	9.5.2 INDUCIDO 1	9.5.1.4 OTRA (OBITO) 1	9.5.2.7 OTRAS 1

9.6 PERIODO DE DURACION	9.6.1 COMPLICACIONES DEL T.P.	9.7 TIPO DE NACIMIENTO
9.6.1 NORMAL 1	9.6.1.6 CRISIS CONVULSIVAS	9.7.5 CESAREA 2
9.6.2 COMPLICADO 1	9.6.1.7 OTRAS (P. PELVICA)	

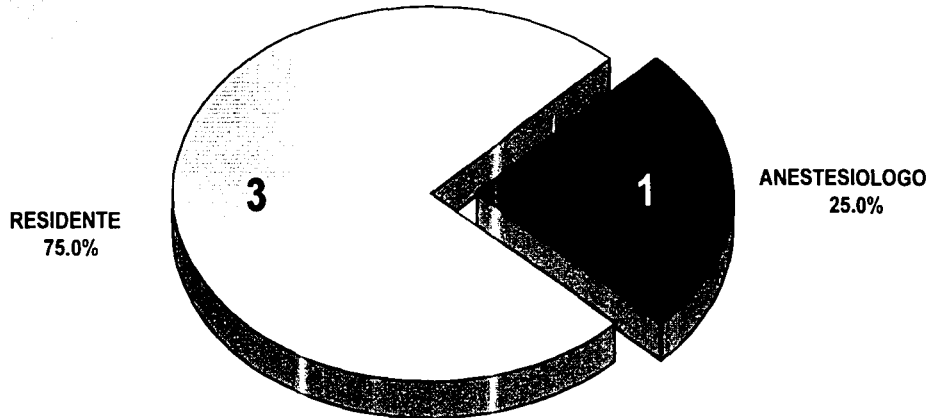
9.7.1 INDICACION CESAREA	9.8. COMPLICACIONES DEL PARTO	9.11 PERSONA ATENDIO PARTO
9.7.1.9 ECLAMPSIA 1	9.8.6 ECLAMPSIA 1	9.11.3 MEDICOS RESIDENTES 2
9.7.1.10 PRESENT. PELVICA 1	9.8.9 OTRAS (P. PELVICA) 1	

Cuadros 5,6,7:

El trabajo de parto complicado fue atendido por personal en formación determinándose intervención quirúrgica demoradamente.

10.- ANALGESIA Y ANESTESIA

**10.2.5 PERSONA QUE APLICO LA
ANALGESIA Y/O ANESTESIA**

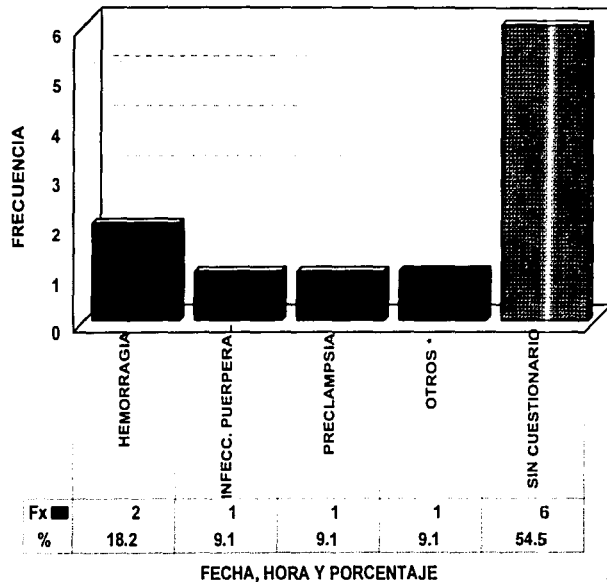


TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Grafica 19:
El 75% de las analgésicas y/o anestésias fueron atendidas por personal en formación.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

11.- COMPLICACIONES DEL PUERPERIO



Grafica 20:
 El 40% de las complicaciones fue la hemorragia.

FUENTE: CUESTIONARIO CONFIDENCIAL
 COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

12.- TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

12 TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA:	12.1.3 TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL REQUERIMIENTO Y EL MOMENTO EN QUE SE TRANSFUNDE	12.2 CANTIDAD TRANSFUNDIDA
12.1 SE TRANSFUNDIÓ 1	3 HORAS	900 ml.

Cuadro 8:
 La transfusión se dio de manera tardía y se desconoce la razón.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

13.- NOTA QUIRÚRGICA No. 1

13.1 FECHA DE LA INTERVENCIÓN	13.2 TIEMPO TRANSCURRID O ENTRE LA DECISIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y MOMENTO DE INICIADA	13.3 CAUSA DE LA DEMORA	13.4 TIEMPO OPERATORIO	13.5 TIEMPO DE ANESTESIA	13.6 RIESGO ANESTESICO
01-08-97 02:45 HRS.	- 1 HORA	ESTADO HIPERTENSIVO Y MANEJO DE LAS CONVULSIONES	SIN DATOS	1-3 HRS.	SIN DATOS
23-11-97 09:30 HRS.	INMEDIATO		SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS
24-12-97 22:50 HRS.	3-6 HORAS		- DE 1 HORA	1-3 HRS.	13.6.3 CLASIFICACION III

Cuadro 9:

La causa de la demora para intervención quirúrgica fue el estado de salud de la paciente lo cual determino evidentemente en la muerte materna.

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

13.7.-DX.Pre-operat	13.9.-Interven. Qca.	13.10.-Hallazgo	13.11.-Dx.Post-op.
1.-Pedillo sangrante	Sutura de pedillo		Pedillo sangrante
Choque mixto	Sangrante y de		Choque mixto
Anemia severa	Cúpula vaginal.		Anemia severa
P.o de HTA.(*)			P.o de HTA.
2.-Puerperio inme- diato.Retención de restos post-parto	Revisión de cavidad uterina.	Escaso tejido decidual.	Puerperio inme- diato.Retención de restos post. parto.
3.-Embarazo de termino. Eclampsia, presentación pélvica producto obitado	Cesárea Kerr.	Útero y anexos violáceos. PUM 2.900 Kg. liquido meconial escaso, placenta calcificada.	Cesárea Kerr puerperio quirúrgico corioamnioitis severa

Cuadro 10:

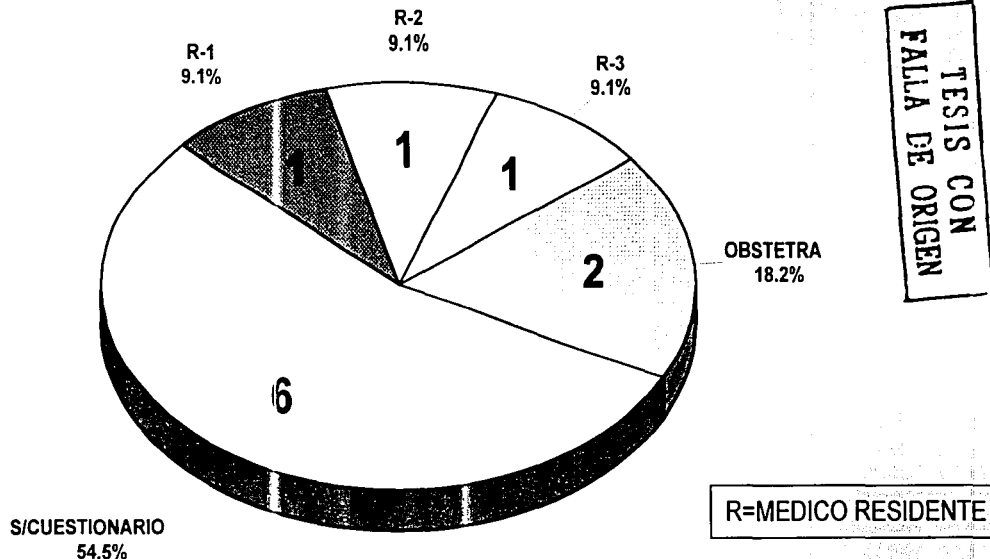
Las causas pre-operatorias reflejan la complicación del manejo medico que determina la M.M. Debido a las complicaciones previsibles.

* HTA= Histerectomía Total Abdominal
* PUM= Producto Único Masculino

TESIS CON
FALIA LE ORIGEN

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997

13.8 PERSONAL QUE INTERVINO



Grafica 21:

El 60% de las M.M. Fueron atendidas por personal en formación. Solo 40% por personal especializado.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

FECHA CON
 FALLA DE ORIGEN

15.- EXÁMENES ANATOMOPATOLÓGICOS

15.1.-Examen post-Mortem			15.2.-Datos del reporte post mortem macroscópico.	15.3.- Datos de las investigaciones histopatológicas hechas
			Caso 3: Historia clínica: Preclampsia, Ictericia Generalizada, Ascitis 300ml	Edema de miembros inferiores, vulva, labios mayores y menores, Hidrotórax Bilateral 1000 ml izquierdo, 500 ml derecho. Estenosis Hepática, Edema Cerebral Agudo. Enclavamiento de Amígdalas Cerebelosas. Bronconeumonía Aguda bilateral. Esofagitis Aguda, Necrosis Tubular y Cistitis Aguda.
	Fx.	%		
Si	1	9.1		
No	3	27.3		
Sin Dato	1	9.1		
Sin Cuest.	6	54.5		
Total	11	100		

Cuadro 11:

De los casos de muerte materna ocurridas solo 1 de 11 casos se le practico examen post-mortem . Solo al 9%.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

16.- INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN

**16.1 INSTALACIONES DE
 SERVICIOS INTERMEDIOS**

16.1.-Instalaciones de servicios intermedios	Adecuado	%	Inadecuado	%	Sin Cuestionario
Quirófano	5	100	0	0	6
Laboratorio	5	100	0	0	6
Banco de Sangre	5	100	0	0	6
CEYE	5	100	0	0	6
Radiología e Imagen	5	100	0	0	6
Anestesiología	5	100	0	0	6

Cuadro 12:

La infraestructura fue calificada como adecuada en el 100% de los casos, pero aquí se es juez y parte.

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

16.2 EQUIPO E INSTRUMENTAL

	Disponible	No disponible	Completo	Incompleto
Parto normal	3	0	3	0
Fórceps	1	1	2	0
Cesárea	3	0	3	0
Anestesiología	4	0	4	0
Patología	1	1	1	1
Resucitación	4	1	3	2
Total	16	3	16	3

Cuadro 13:

El equipo e instrumental estuvo disponible y completo. Solo el servicio de patología no estaba disponible y no estaba completo.

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

**16.3 NUMERO Y NIVEL DE CALIDAD DE LOS
RECURSOS HUMANOS**

	Calificado	Excelente	Medio	Deficiente
Pasante	10	0		
Residente	22	4		
Obstetra	5	1		
Adscrito en Obstetricia	4	0		
Anestesiólogo	4	3		
Laboratorista	7	0		
Radiólogo	0	0		
Intensivista	6	4		
Patólogo	1	0		
Enfermeras	19	4		
Otros	0	0		
Total	78	16		

Cuadro 14 :

De 78 recursos humanos solo 16 de los que intervinieron son de excelencia y ninguno deficiente.

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

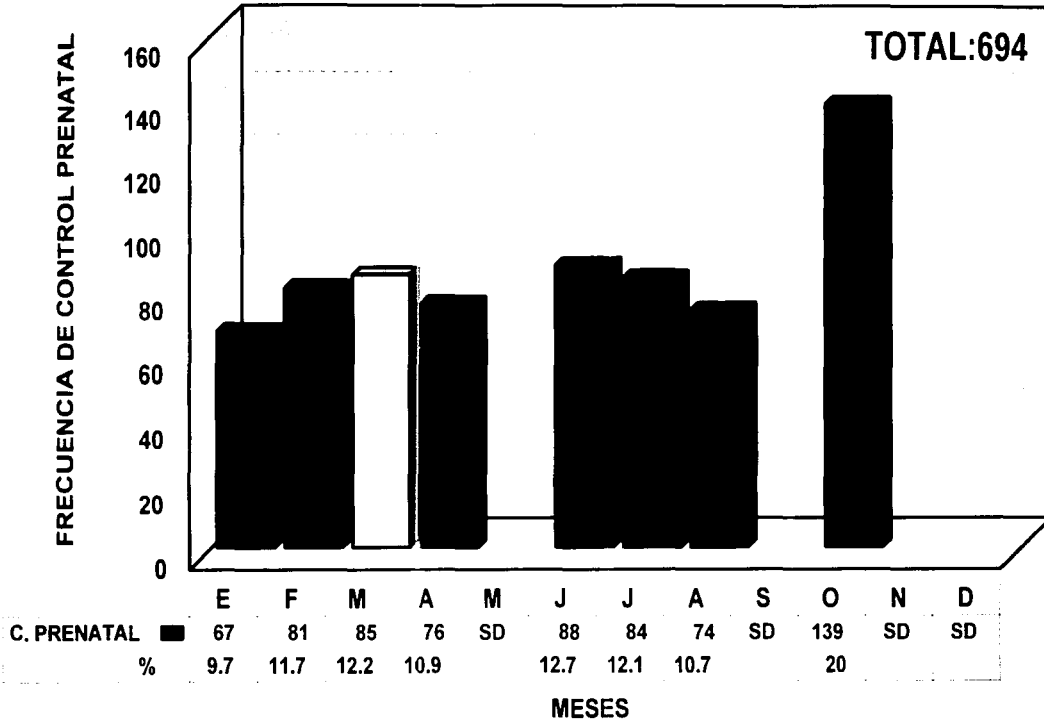
16.4 INSUMOS

Insumos	Suficiente	Insuficiente	Sin Datos	Sin Cuestionario
Materiales	3	1	1	6
Medicamentos	2	1	2	6
Sangre y derivados	3	0	2	6
Anestésicos	3	0	2	6
Ropería	3	0	2	6

Cuadro 15:
Dentro de los insumos; el material y medicamentos no alcanzan el 100% de suficiencia aunque no especifica cuales.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

1.- CONSULTAS PRENATALES

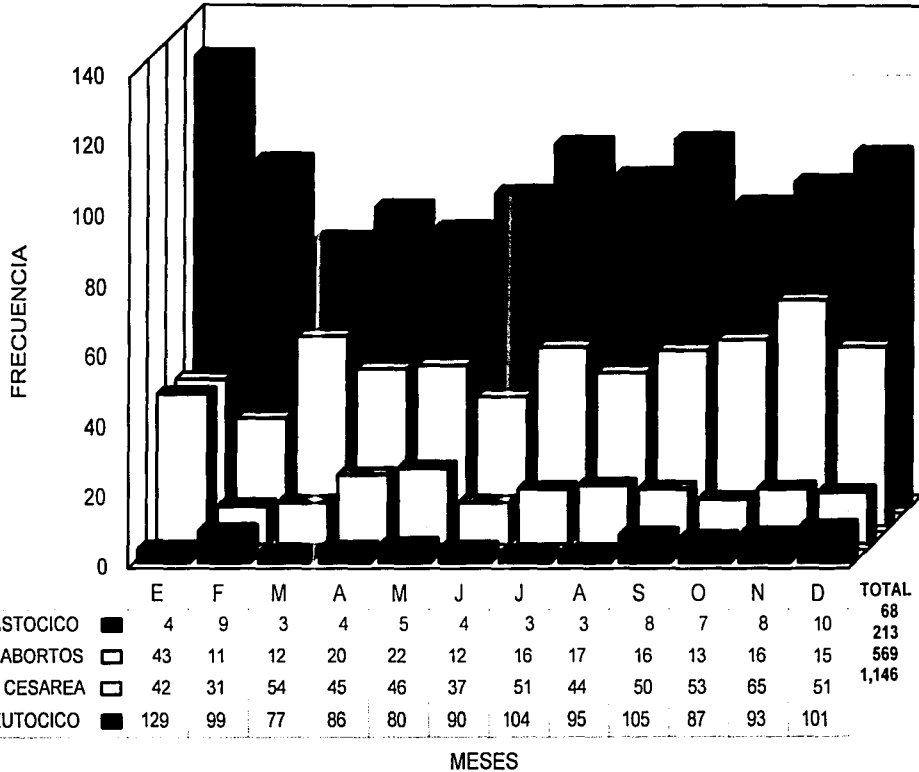


TESIS C: N
 FALLA DE ORIGEN

Grafica 22:
 Aun cuando se afirma que el control prenatal disminuye la mortalidad materna sigue siendo de bajo porcentaje.

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

2.- ATENCIÓN OBSTÉTRICA



PLUS CON
FALTA LE ORIGEN

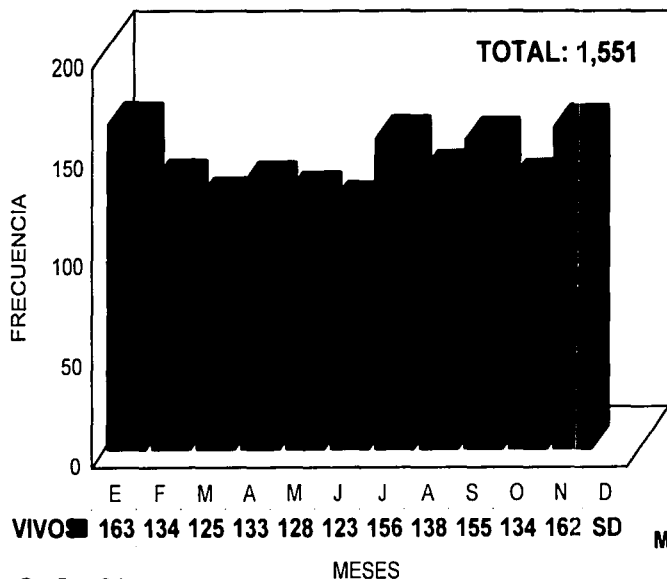
Grafica 23:

Las atenciones obstétricas son en miles y las muertes maternas son 11.
El impacto que tiene en la familia es incalculable.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

3.- NACIDOS VIVOS EN LA UNIDAD

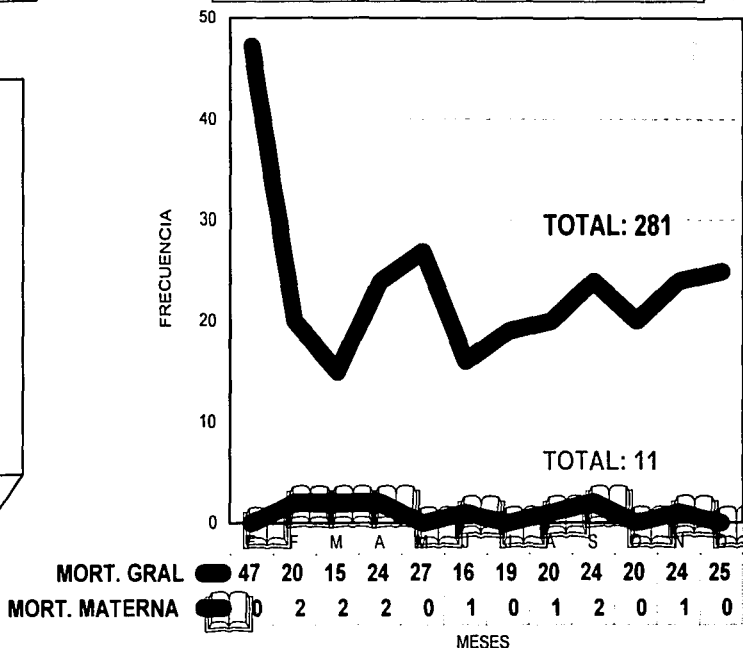


Grafica 24:

Los nacidos vivos en este año son miles inversamente proporcional al numero de muertes maternas.

FUENTE: INFORME MENSUAL
COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

4.- MUERTES MATERNAS



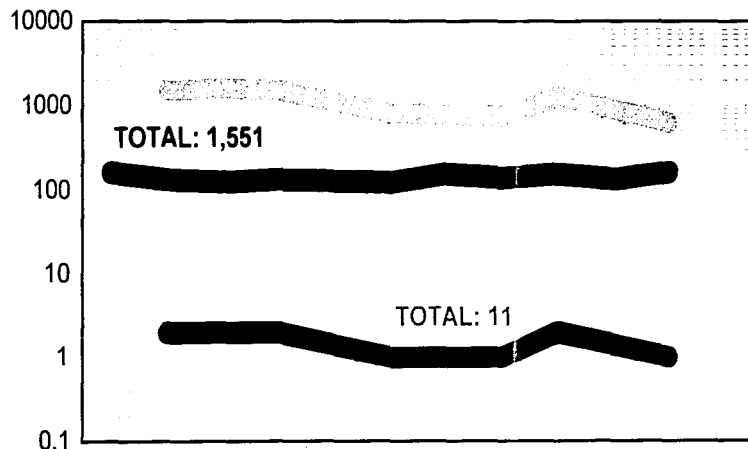
Grafica 25:

La mortalidad general es de 281 casos y las muertes maternas son 11, siendo esta mínima pero de gran impacto social.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.- TASA DE MORTALIDAD
MATERNA



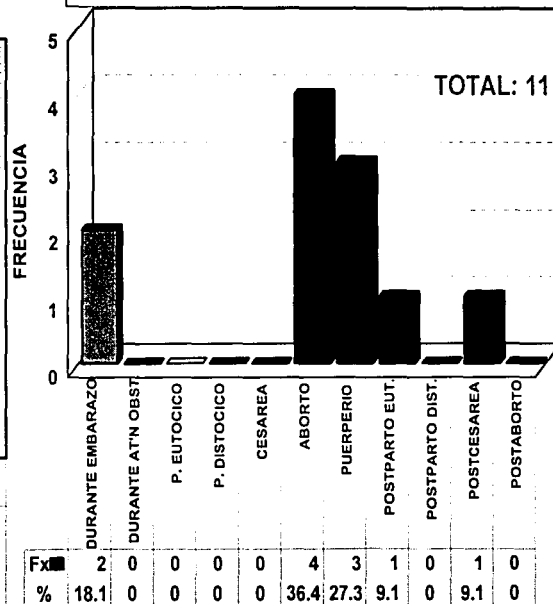
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
VIVO	163	134	125	133	128	123	156	138	155	134	162	SD
MUERTE M.	0	2	2	2	0	1	0	1	2	0	1	0
TAS/	0	1492.5	1600	1503.7	0	813	0	724.6	1290.3	0	617.2	0

Grafica 26: MESES

La tasa de natalidad anual es de 1551. Pero mensualmente la tasa de mortalidad materna es elevada comparada con los recién nacidos en el hospital.

FUENTE: INFORME MENSUAL
COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

6.- MOMENTO OBSTÉTRICO EN
QUE OCURRIÓ LA MUERTE



MOMENTO OBSTETRICO DE LA MUERTE

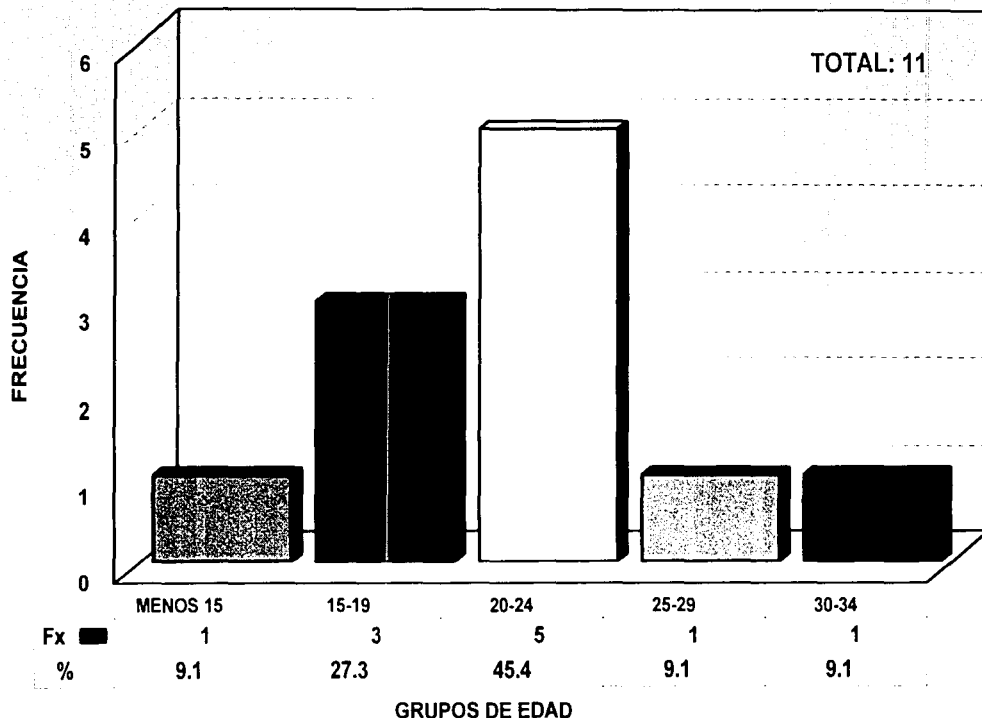
Fx	2	0	0	0	0	4	3	1	0	1	0
%	18.1	0	0	0	0	36.4	27.3	9.1	0	9.1	0

Grafica 27:

La muerte materna puede ocurrir en cualquier momento obstétrico.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

7.- MUERTES MATERNAS POR GRUPOS DE EDAD



Grafica 28:

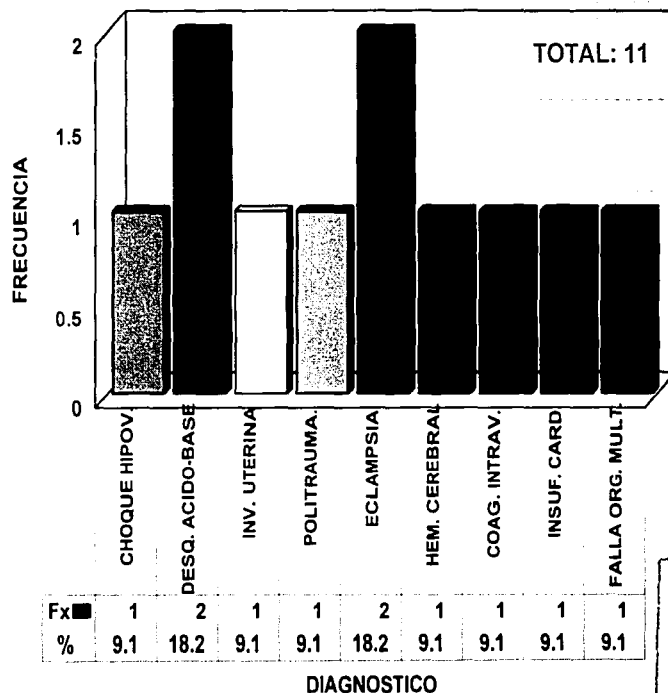
La muerte materna se da en todos los grupos etéreos. En este periodo el grupo mas vulnerable fue de 20 a 24 años.

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

**8.- DIAGNÓSTICO DE LOS CASOS DE MUERTE MATERNA, SEGÚN
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

- caso-1 Choque hipovolémico
- caso-2 Desequilibrio ácido base
- caso-3 Inversion uterina
- caso-4 Politraumatismo
- caso-5 Eclampsia
- caso-6 Hemorragia cerebral
- caso-7 Eclampsia
- caso-8 Desequilibrio ácido base
- caso-9 Coagulación Intravascular Diseminada
- caso-10 Insuficiencia cardiaca
- caso-11 Falla orgánica multiple

fuelle: Certificado de Defunción.

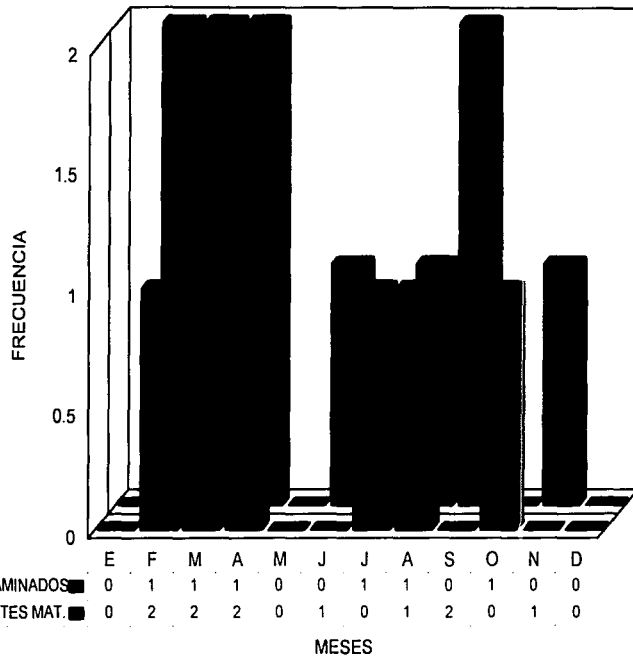


Grafica 29:

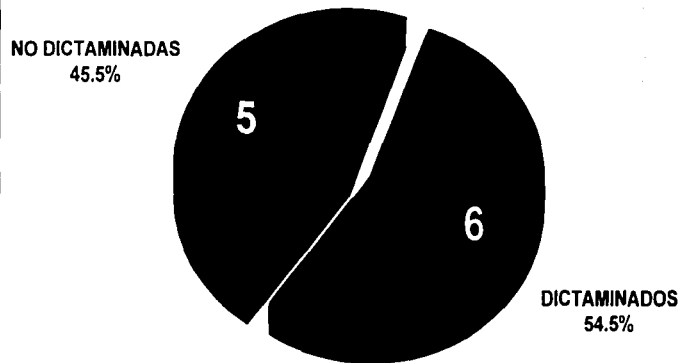
Los diagnósticos son variados pero a su ves Interrelacionados.(6 de 11 están ligados al manejo de líquidos).

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

9.- MUERTES MATERNAS DICTAMINADAS



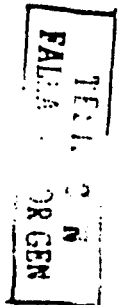
10.- PORCENTAJE DE MUERTES MATERNAS DICTAMINADAS



Graficas 30 y 31:

Las muertes maternas fueron dictaminadas en el 54.5% de los casos.

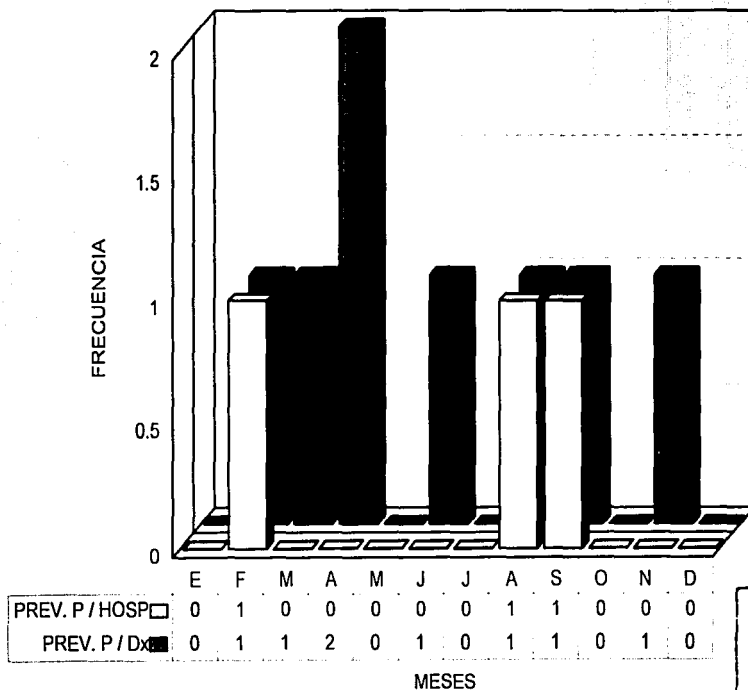
FUENTE: INFORME MENSUAL
COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL



**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

12.- PREVISIBILIDAD DE LOS CASOS DE MUERTES MATERNAS

	m.previsible por diagnostico	m.previsibile para el H.G.A.
enero	s/d	s/d
febrero		1
marzo	1	s/d
abril	2	s/d
mayo	s/d	s/d
junio	1	
julio	s/d	s/d
agosto	1	1
septiem	1	1
octubre.	s/d	s/d
noviem.	1	s/d
diciemb.	s/d	s/d
total	8	3



Cuadro 16 y Grafica 32:

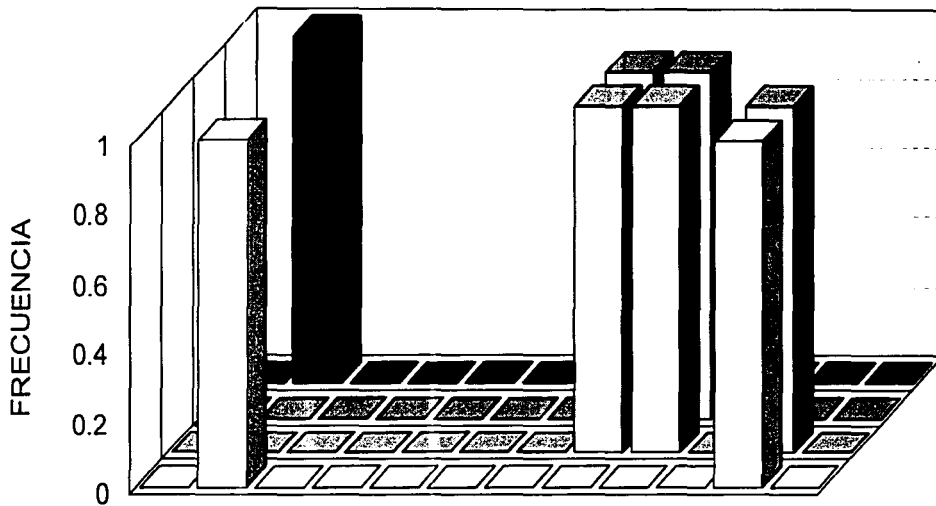
De acuerdo a la normatividad 8 de los 11 casos eran prevenible por diagnostico y prevenibles para el hospital solo 3.

FUENTE: INFORME MENSUAL
COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

TESIS CGN
FALLA DE ORIGEN

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

13.- FACTORES PARTICIPANTES EN LOS CASOS DE MUERTE MATERNA



	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
PROC. AT'N MED.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
OPORT. DEMANDA USUARIA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
INFRAEST. P/AT'N MED.	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
FACT. NO DEFIN.	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

Grafica 33:

MESES

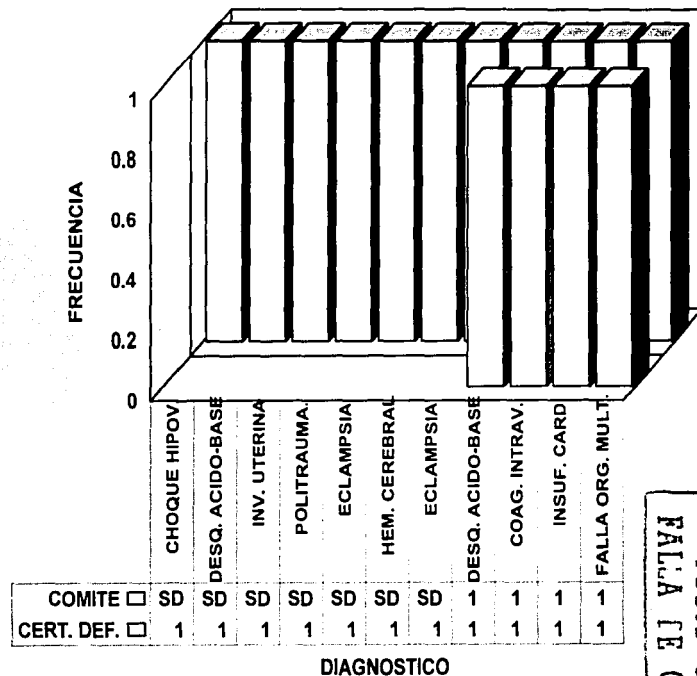
Los factores participantes en las muertes maternas se confirman y son conocidos. Siendo mas frecuente la demora en la demanda por la usuaria.

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

14.- DIAGNÓSTICO DE LOS CASOS DE MUERTE MATERNA (CONCLUSIÓN DEL COMITÉ)

CERTIF. DE DEF.	CONCLU. COMITÉ
caso-1 Choque hipovolémico	Sin datos
caso-2 Desequilibrio ácido base	Sin datos
caso-3 Inversion uterina	Sin datos
caso-4 Politraumatismo	Sin datos
caso-5 Eclampsia	Sin datos
caso-6 Hemorragia cerebral	Sin datos
caso-7 Eclampsia	Sin datos
caso-8 Desequilibrio ácido base	Idem
caso-9 Coag. Intrav. Diseminada	Idem
caso-10 Insuficiencia cardíaca	Idem
caso-11 Falla orgánica múltiple	Idem

fuelle: Certificado de Defunción.



Cuadro 17 y Grafica 34:

Según registros coinciden plenamente el comité de muertes maternas con el certificado de defunción.

FUENTE: INFORME MENSUAL
COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

**15.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL COMITÉ PARA EL ESTUDIO DE LA
MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL**

CASO 1: **CONCLUSIÓN:** S/D
RECOMENDACIÓN: S/D

CASO 2: **CONCLUSIÓN:** MEJORAR LA SUPERVISIÓN A LOS RESIDENTES.
RECOMENDACIONES: SOLICITAR QUE LOS ENVÍOS DE OTRAS UNIDADES A ESTE HOSPITAL SEAN DE MANERA OPORTUNA.

CASO 3: **CONCLUSIÓN:** LA MUERTE MATERNA FUE OCASIONADA POR ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO, HUBO DEMORA EN EL TRASLADO HACIA ESTE HOSPITAL.
RECOMENDACIÓN: DEBIÓ TRATARSE EN EL HOSPITAL DE RENACIMIENTO POR SER EL MÁS CERCANO AL LUGAR DEL ACCIDENTE.

CASO 4: **CONCLUSIÓN:** DEMORA EN EL ENVÍO DEL HOSPITAL RENACIMIENTO SSA. DEMORA EN EL ENVÍO DEL CAAPS. LAS MUERTES FUERON EN MENOS DE 48 HORAS, FALTA CONTROL PRENATAL.

CASO 5: **CONCLUSIÓN:** S/D
RECOMENDACIÓN: S/D

CASO 6: **CONCLUSIÓN:** HUBO DEMORA EN EL TRASLADO DE CD. RENACIMIENTO A ESTE HOSPITAL.
RECOMENDACIÓN: MEJORAR LA COBERTURA DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN 1er. NIVEL DE ATENCIÓN Y EN OTROS HOSPITALES DE 2º NIVEL.

Cuadro 18

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

**15.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL COMITÉ PARA EL ESTUDIO DE LA
MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL**

CASO 7: **CONCLUSIÓN:** S/D
RECOMENDACIÓN: S/D

CASO 8: **CONCLUSIÓN:** SE DEBE CONTAR CON EL EQUIPO COMPLETO PARA MANEJO DE URGENCIAS DE PACIENTES QUIRÚRGICAS GRAVES
RECOMENDACIÓN: INSISTIR EN EL CONTROL PRENATAL EN EL 1er. NIVEL DE ATENCIÓN. ANALIZAR A PACIENTES DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN 2º NIVEL DE ATENCIÓN NORMAL CONDUCTA DE ENVÍOS CON EL HOSPITAL DE CD. RENACIMIENTO-SSA.

CASO 9: **CONCLUSIÓN:** INSISTIR EN EL CONTROL PRENATAL; CANALIZANDO OPORTUNAMENTE LOS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO AL 2º NIVEL.
RECOMENDACIÓN: NORMATIVIDAD DE PACIENTES DE EMBARAZOS DE MUY ALTO RIESGO CUANDO ESTE CERCA EL HOSPITAL GENERAL TERMINO DEL EMBARAZO. CONTAR CON UNA UNIDAD DE ANATOMÍA PATOLÓGICA COMPLETA Y COMPETENTE PARA EL ESTUDIO DE LAS MUERTES MATERNAS.

CASO 10: **CONCLUSIÓN:** S/D
RECOMENDACIÓN: S/D

CASO 11: **CONCLUSIÓN:** ES NECESARIO EL ADIESTRAMIENTO Y CAPACITACIÓN AL 1er NIVEL DE ATENCIÓN SOBRE LAS PATOLOGÍAS QUE CAUSAN LAS MUERTES MATERNAS.
RECOMENDACIÓN: PROTOCOLIZAR LOS ENVÍOS DE PACIENTES HACIA ESTE HOSPITAL. PROGRAMA DE CONCIENTIZACIÓN PARA MUJERES EMBARAZADAS PARA QUE LLEVEN SU CONTROL PRENATAL.

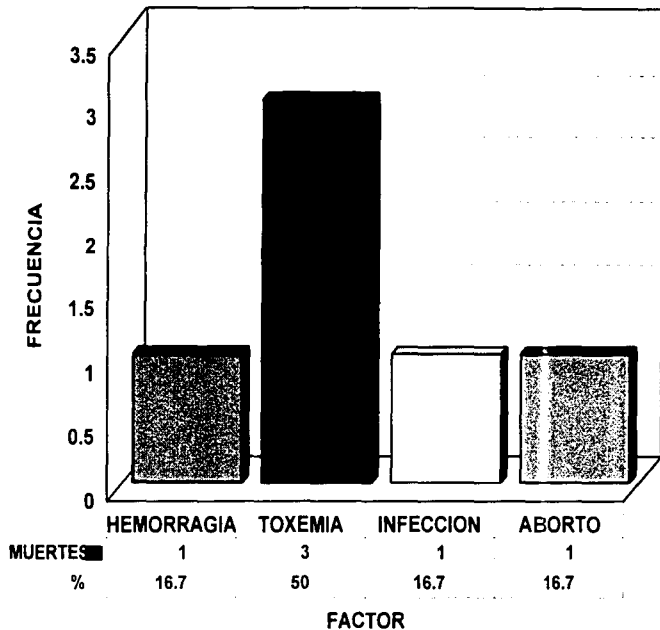
CASO 12: **CONCLUSIÓN:** S/D
RECOMENDACIÓN: S/D

Cuadro 19

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

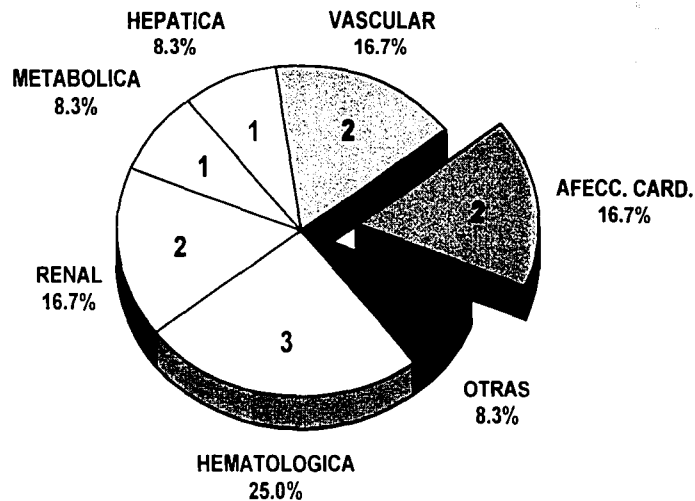
1.1 FACTOR DETERMINANTE DE LA MUERTE MATERNA



Grafica 35:
la toxemia en el embarazo es el principal factor medico determinante de la muerte materna.

FUENTE: DICTAMEN DE LA MUERTE MATERNA
COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

1.2 MUERTE OBSTÉTRICA INDIRECTA



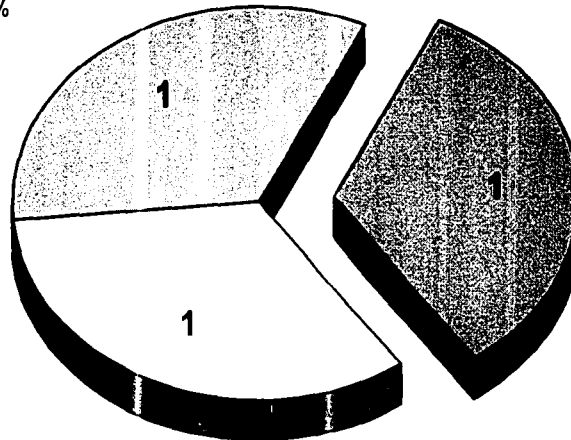
NOTA: DE 12 DEFUNCIONES REPORTADAS POR LA U. SE TIENEN DATOS SOLO DE ONCE, DE LAS CUALES, INFORMACIÓN COMPLETA SOLO DE 6 DE 5 DEFUNCIONES, NO SE CUENTA CON INFORMACIÓN.

Grafica 36:
El porcentaje mayor de muertes obstetricias indirectas es de carácter hematológicos.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997

1.3 MUERTE NO OBSTÉTRICA

CARDIOPATIA CONG.
33.3%



FALLA CARDIACA
33.3%

ACCIDENTE
33.3%

TESIS CCN
FALLA DE ORIGEN

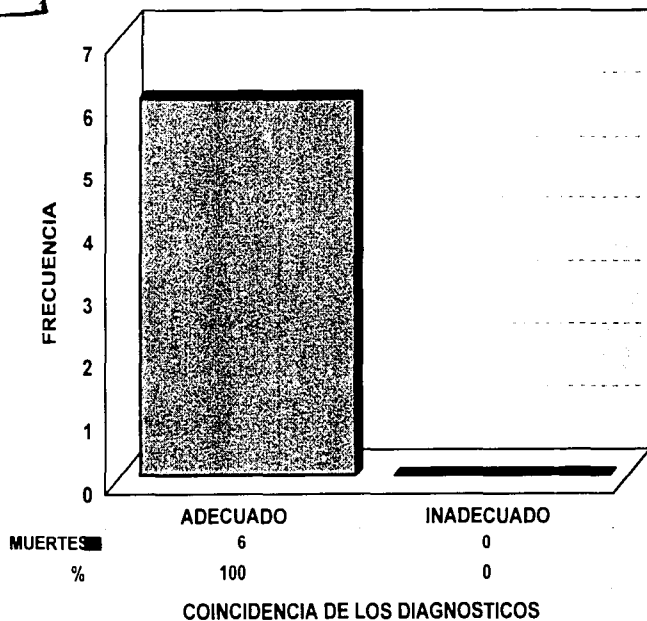
Grafica 37:

En este rubro se registran las causa no relacionadas con la gestación , patologías y eventualidades no obstétricas. Pero cuando ocurrió la muerte estaban embarazadas

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

CASOS CON
 FALLA DE ORIGEN

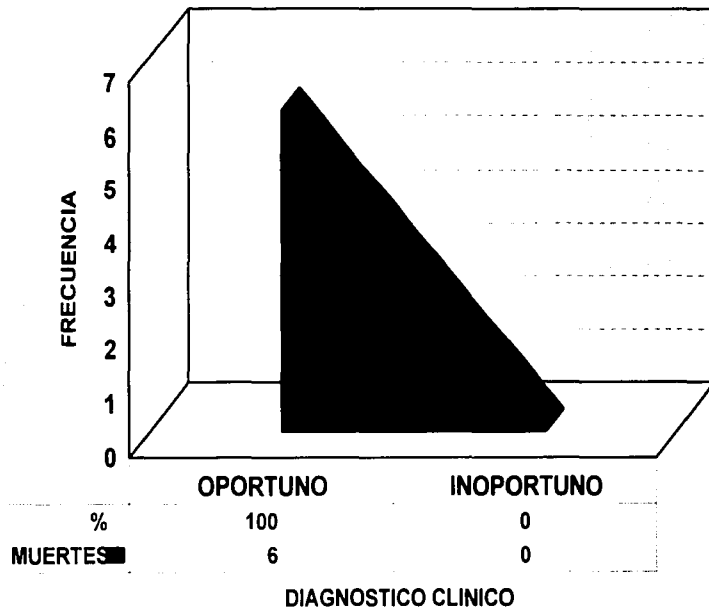
2 FACTORES PARTICIPANTES: PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA, Dx. CLÍNICO/Dx. MÉDICO/Dx. ANATOMOPATOLÓGICO



Grafica 38:
 Aquí se autoevalúa el proceso de atención medica, considerándolo adecuado.

FUENTE: DICTAMEN DE LA MUERTE MATERNA
 COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

2.1.2 OPORTUNIDAD DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

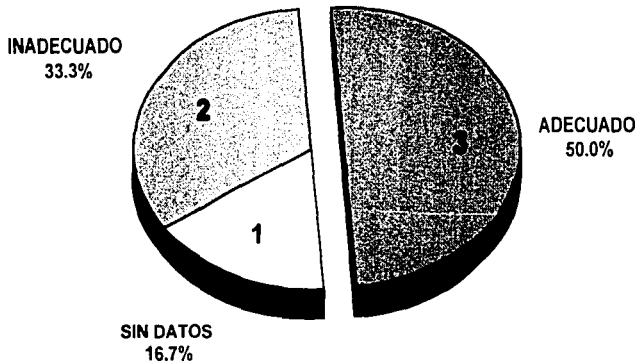


Grafica 39:
 Se dictamina por el comité de mortalidad materna y perinatal un diagnostico oportuno.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

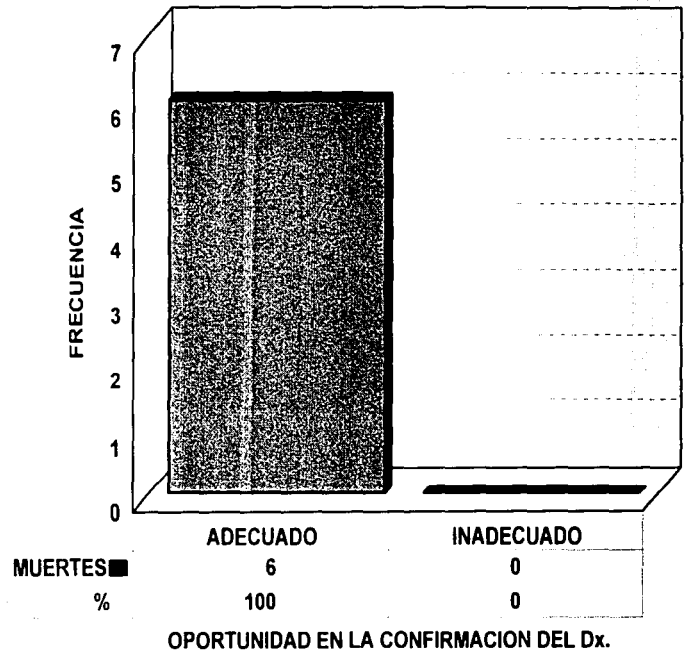
2.1.3 CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA
 (LABORATORIO Y GABINETE)



Grafica 40:
 El apoyo de laboratorio y estudios de gabinete confirmaron el diagnostico en el 50% de los casos.

FUENTE: DICTAMEN DE LA MUERTE MATERNA
 COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

2.1.4 OPORTUNIDAD EN LA CONFIRMACIÓN
 DEL DIAGNÓSTICO

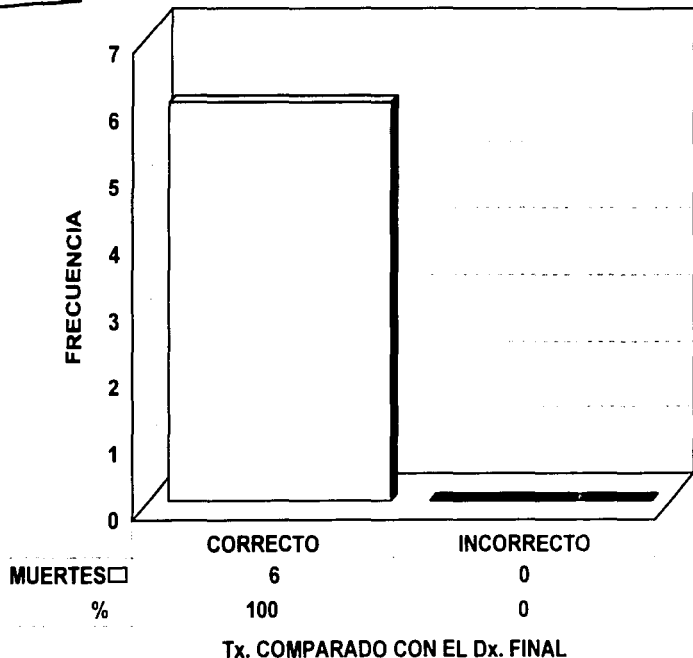


Grafica 41:
 El diagnostico fue emitido con oportunidad.

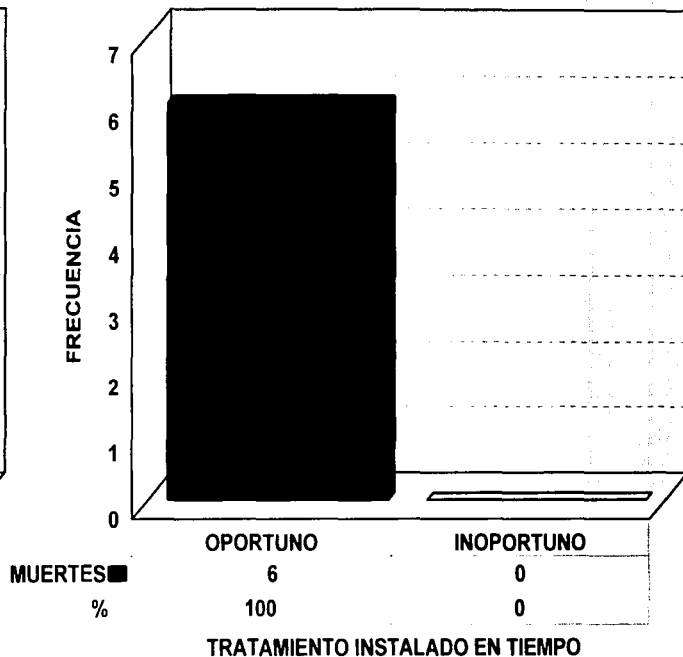
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

2.1.5.1 TRATAMIENTO INSTALADO
 COMPARADO CON EL DIAGNOSTICO FINAL



2.1.5.2 TRATAMIENTO INSTALADO EN
 TIEMPO PARA EL DIAGNOSTICO FINAL



Grafica 42:
 En el 100% de los casos el tratamiento instalado
 fue correcto de acuerdo al diagnostico final.

Grafica 43:
 El tratamiento fue oportunamente instalado.

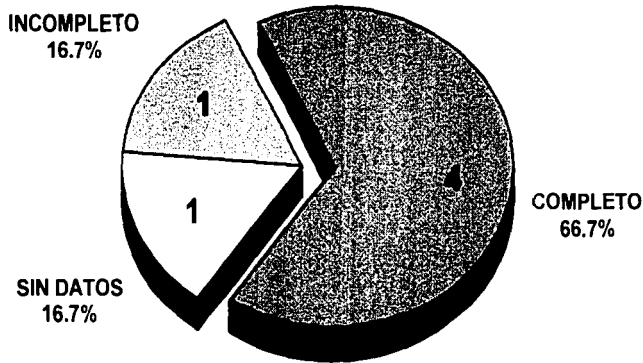
FUENTE: DICTAMEN DE LA MUERTE MATERNA
 COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997

FALLA DE ORIGEN
S.S.A. C.A.N.

2.1.6. SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA

2.1.6.1 REGISTRO DE DATOS (LABOR, EXPULSIÓN Y RECUPERACIÓN)

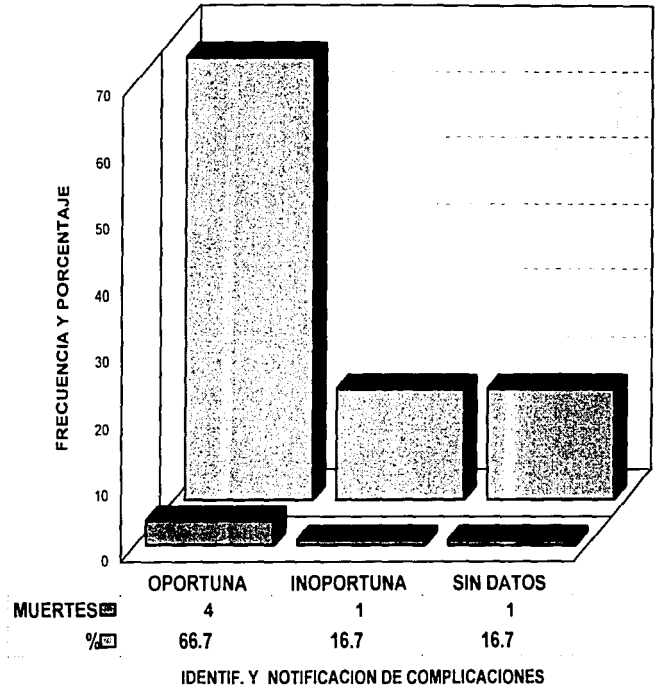


Grafica 44:

Los registros elaborados por enfermería se realizaron completos solo en el 66.7% de los casos.

FUENTE: DICTAMEN DE LA MUERTE MATERNA
COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

2.1.6.2 IDENTIFICACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE COMPLICACIONES



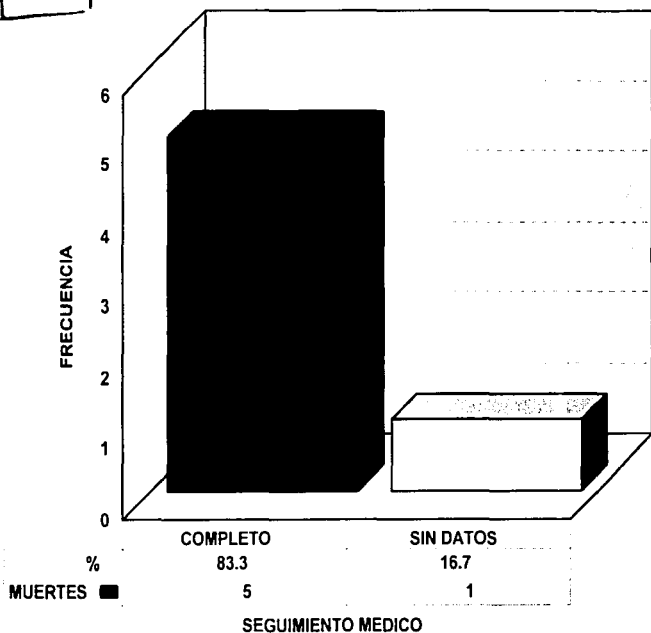
Grafica 45:

Se notifico oportunamente la presencia de complicaciones.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.1.7 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO
MÉDICO (REGISTRO EN EL
EXPEDIENTE CLÍNICO)



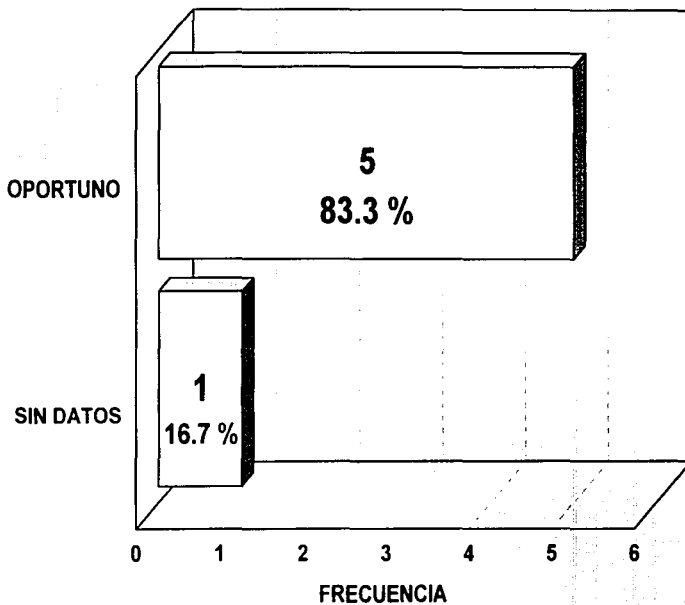
Grafica 46:

En el expediente clínico se registro completa la evolución del padecimiento en el 83.3%.

FUENTE: DICTAMEN DE LA MUERTE MATERNA
COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

2.1.8 ATENCIÓN DE LAS
COMPLICACIONES

ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES

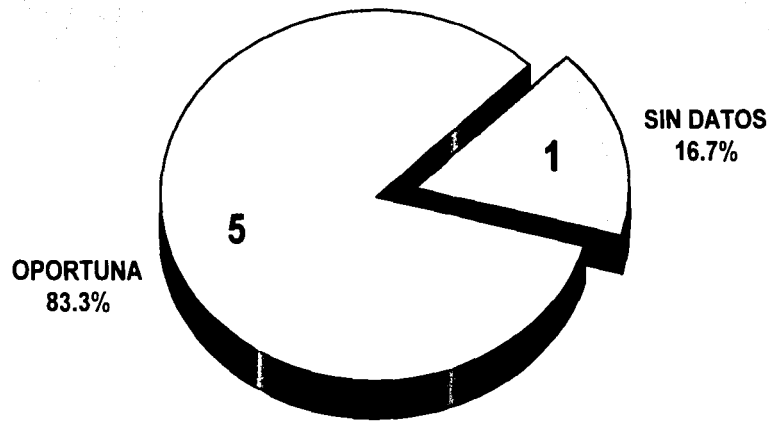


Grafica 47:

Las complicaciones fueron tratadas con oportunidad según dictamino el comité.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997

2.1.9 SOLICITUD MÉDICA DE
INTERCONSULTA



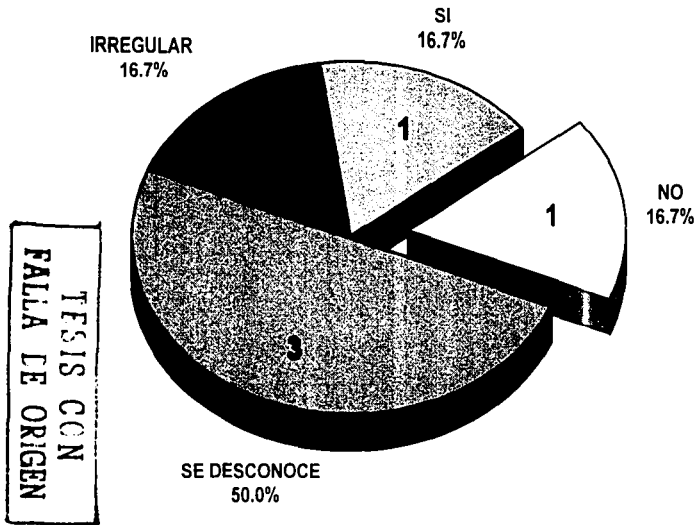
Grafica 48:

La solicitud de interconsulta a otras especialidades se realizo con oportunidad en el 83.3% de los casos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

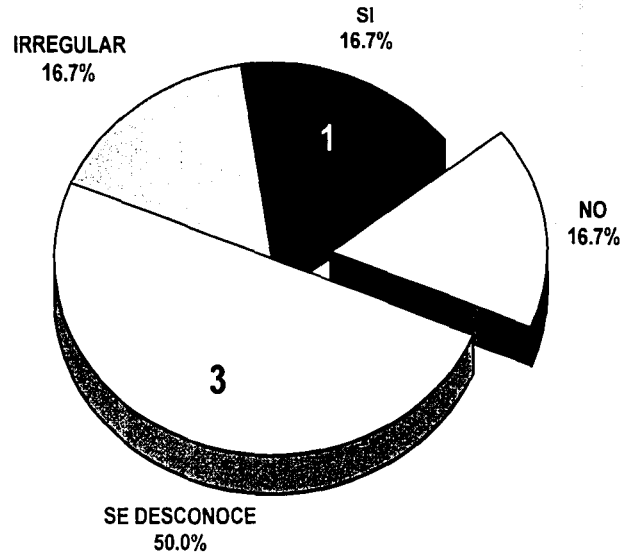
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

3 OPORTUNIDAD DE LA DEMANDA
 POR LA USUARIA



Grafica 49:
 En el 50% de los casos se desconoce el tiempo
 en que fue demandada la atención médica.

3.1 ATENCIÓN PRENATAL

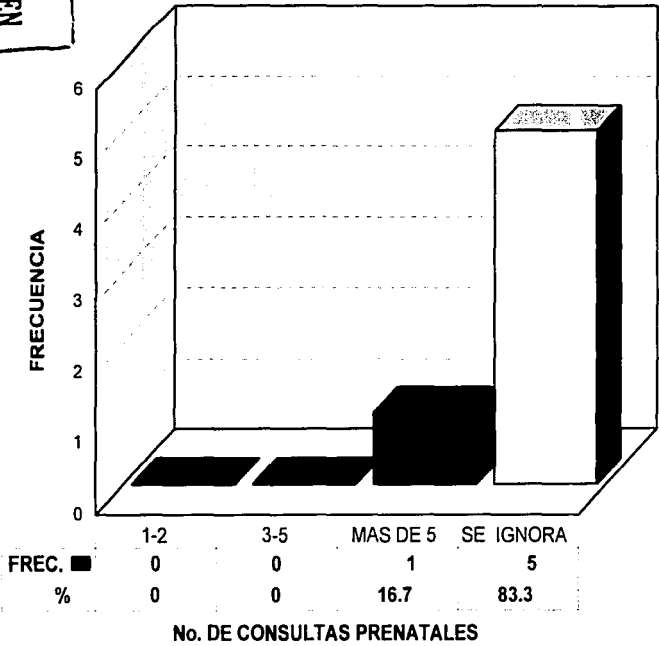


Grafica 50:
 El control prenatal se llevo de manera irregular y
 el 50% se desconoce si lo llevo.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

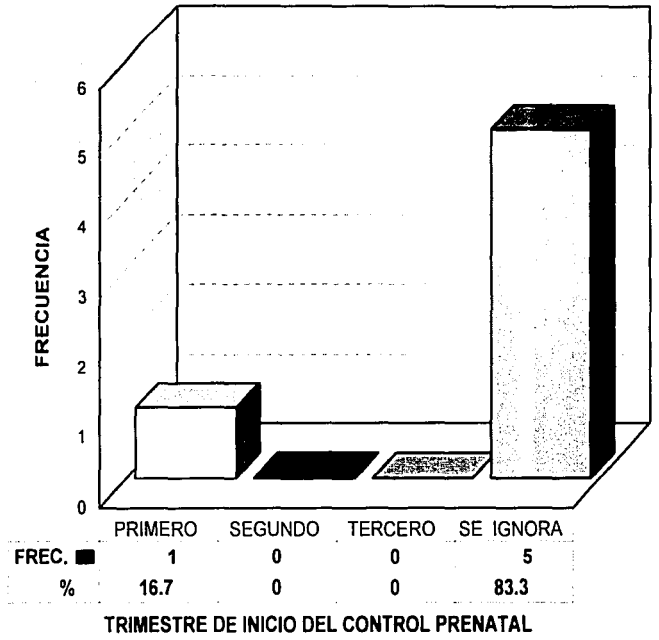
3.2 NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES



Grafica 51:
 En el 83.3% se ignora si llevaron control prenatal.

FUENTE: DICTAMEN DE LA MUERTE MATERNA
 COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

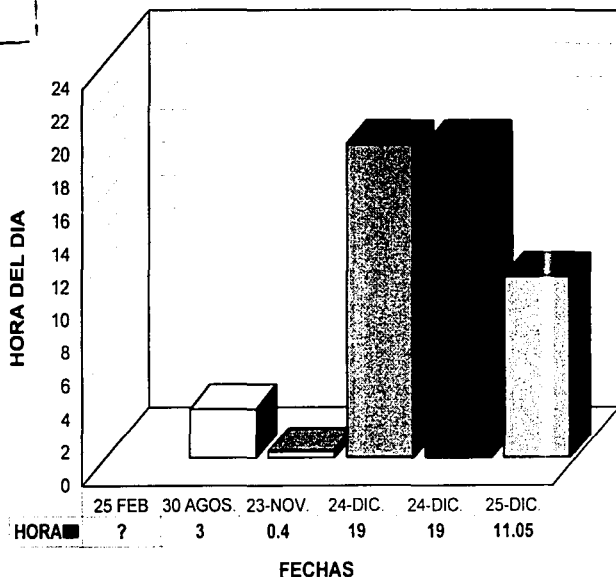
3.3 TRIMESTRE EN QUE INICIO EL CONTROL PRENATAL



Grafica 52:
 Se ignora el trimestre en que se llevo el control prenatal, solo el 16.7% lo llevo en el primer trimestre.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997

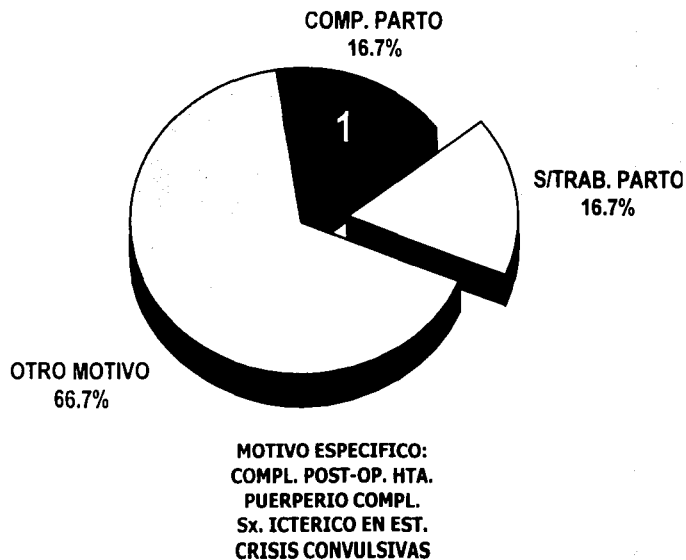
3.4 FECHA Y HORA EN QUE DEMANDÓ ATENCIÓN EN ESTA UNIDAD



Grafica 53:
La mayoría de las muertes ocurrió en el 2º semestre del año.

FUENTE: DICTAMEN DE LA MUERTE MATERNA
COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

3.5 MOTIVO DE LA SOLICITUD DE LA ATENCIÓN



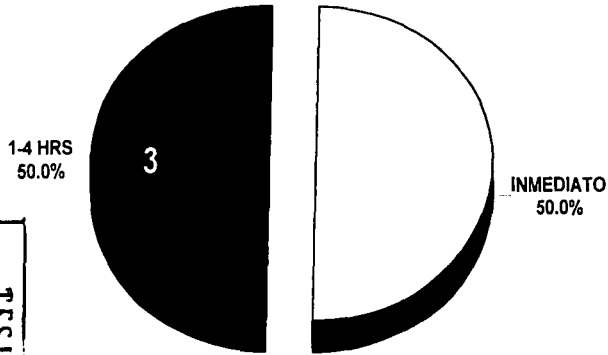
Grafica 54:
El motivo de la solicitud de la atención en el 66.7% de los casos fue en el puerperio.

TESIS CON FALTA DE ORIGEN

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

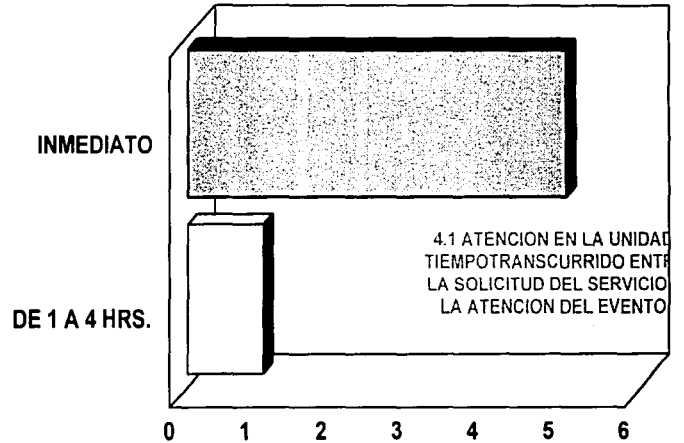
• ATENCIÓN EN LA UNIDAD

4.1 TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA SOLICITUD DEL SERVICIO Y LA ATENCIÓN DEL EVENTO



4.2 TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA SOLICITUD Y EL ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNOSTICO INICIAL

TIEMPO ENTRE LA SOLICITUD Y EL Dx. INICIAL



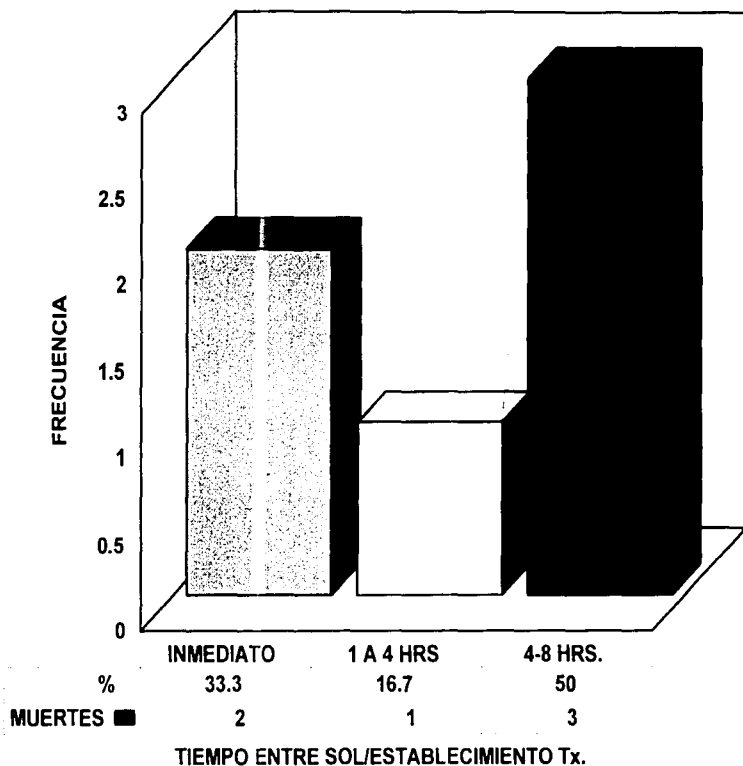
	INMEDIATO	DE 1 A 4 HRS.
MUERTES	5	1
%	83.3	16.7

Grafica 55 y Grafica 56 :

La atención proporcionada fue inmediata dentro de las primeras 4 horas, asimismo se estableció el diagnóstico.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

4.3 TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA SOLICITUD DE ATENCIÓN
 Y EL ESTABLECIMIENTO DEL TRATAMIENTO



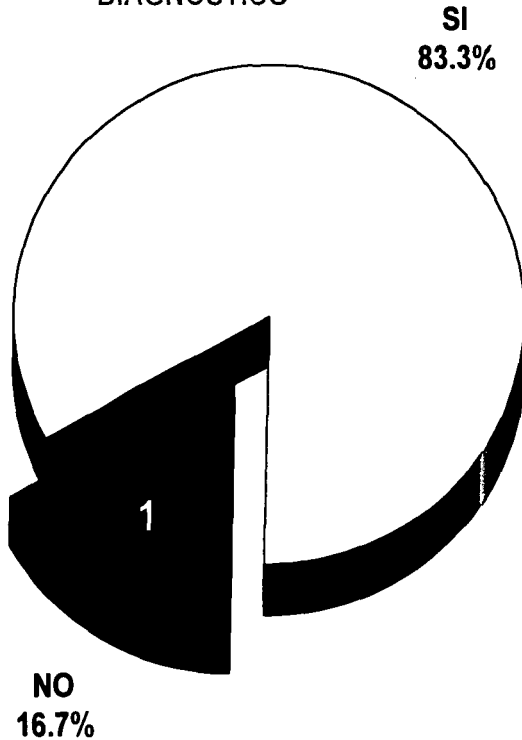
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Grafica 57:
 El tiempo transcurrido entre la solicitud y el establecimiento del tratamiento fue de manera inmediata en el 33.3% de los casos y el 50% fue entre las 4 y 8 horas siguientes.

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
 HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
 AÑO 1997

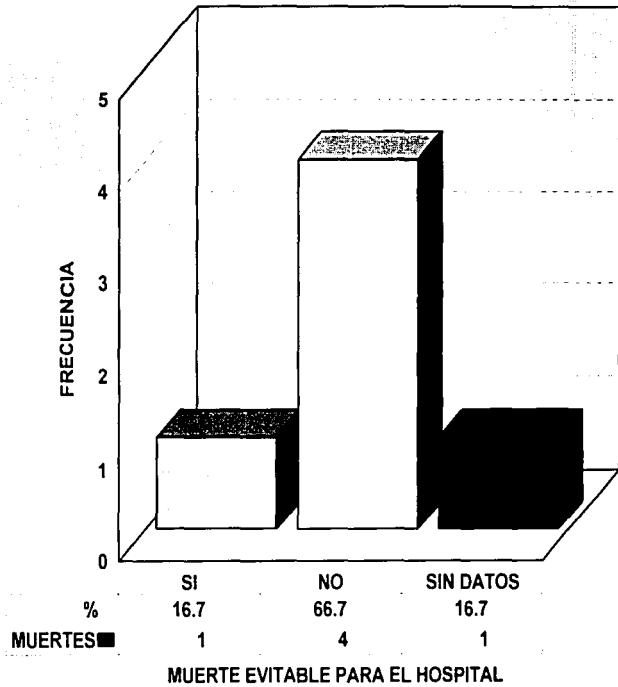
5 PREVISIBILIDAD:

5.1 MUERTE PREVENIBLE POR
 DIAGNÓSTICO



Grafica 58:
 Según dictamen del comité el 83.3% de los casos dictaminados eran prevenibles por diagnóstico.
 FUENTE: DICTAMEN DE LA MUERTE MATERNA
 COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

5.2 MUERTE EVITABLE PARA EL
 HOSPITAL GENERAL.



Grafica 59:
 El 66.7% fueron muertes no evitables para el hospital y solo el 16.7 si lo eran.

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

**SERVICIOS ESTATALES DE SALUD (S.S.A.)
HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO
AÑO 1997**

Dictamen De La Muerte Materna

“Recomendaciones De Aspectos Que Deben Ser Superados Por La Unidad “

- Instala La Unidad De Anatomía Patológica (Para Efectuar Los Estudios De Caso).
- Recomendaciones De Aspectos Que Deben Ser Superados Por La Unidad.
- Formar Equipos Multidisciplinarios Para La Atención A Las Mujeres Gestantes.
- Recomendar A Las Pacientes La Importancia De Atenderse En Instituciones Que Cuenten Con El Equipo Humano Y Tecnológico Propio Para Estos Casos Y Recomendar No Atenderse En Clínicas Privadas Que No Cuentan Con La Infraestructura Y Equipo Necesario.
- Valorar El Internamiento Preventivo, En Caso De Patologías Previas.
- Coordinarse Con El Primer Nivel De Atención Para Que Se Imparta Un Curso De Readiestramiento Al Personal Del Primer Nivel De Atención.
- Protocolizar Los Envíos Entre Las Diferentes Unidades De Primer Nivel Así Como De Los Servicios Médicos Privados.
- Subrayar La Consulta Preconcepcional Que Permita Valorar Riesgo Reproductivo, En Mujeres Con Patología Previa De Cualquier Índole.
- Establecer Comunicación Vía Radio Y/O Telefónica En Caso De Envío De Paciente Grave, Para Que El Equipo De Salud Que Recibirá Al Paciente Se Encuentre Preparado Para Dar La Atención Oportuna.
- Continuar Con El Control Prenatal; Detectando Los Factores De Riesgo Y Canalizándolos A La Especialidad Correspondiente, Para Que Sea Atendida.

CONCLUSIONES

El objetivo de la investigación fue conocer las causas que ocasionaron las muertes maternas en el Hospital General durante el año 1997, para lo cual se diseñó un cuestionario con tres secciones básicas:

1. Búsqueda de la atención
2. Acceso a los servicios médicos
3. Tratamiento oportuno.

Sin embargo al introducirme en la búsqueda y recopilación de los datos encontré tres formularios básicos que para los casos de muertes maternas utiliza el hospital para el estudio propio de estas, diseñados por la secretaria de salud; utilizados en las unidades medicas actualmente. Los cuales son:

- I. Cuestionario confidencial de muerte materna
- II. Dictamen de la muerte materna
- III. Informe mensual de mortalidad materna.

Estos cuestionarios permiten una revisión minuciosa del componente fisiológico del padecimiento, su diagnostico, el tratamiento, el abordaje medico, etc.

Por otro lado se analiza el componente técnico-administrativo, se evalúa también el componente físico del inmueble, el componente social en que se desenvuelve la paciente; y evalúa el componente humano (equipo de salud) que otorga la atención medica en cada uno de los casos de esta índole.

De acuerdo a lo proyectado en el plan de tabulación y análisis, se encontró, en cuanto a la búsqueda de la atención médica que este aspecto se ve influido por el factor cultural, pues no lograron percibir la dimensión de la gravedad de su situación de salud, y demandaron el servicio cuando ya tenían serias complicaciones, esto se puede observar en el diagnóstico a su ingreso al servicio de urgencias, el primer contacto con este hospital el cual coincide con el diagnóstico final y el certificado de defunción (gráficas 2, 3, 4 y 33).

En cuanto a la accesibilidad del servicio es un factor de riesgo solo para el 18% de los casos son originarias de otros municipios; el 82% vive geográficamente en el área conurbada a la zona hospitalaria de Acapulco y en menos de 30 minutos puede llegar a este hospital, por lo tanto no es determinante para la muerte. Sin embargo se observa que antes de acudir a este lugar fueron multitratadas por personal empírico en algunos casos, como personal médico en otros, en hospitales privados o públicos y al no resolver el problema de salud, envían con demora a las pacientes a este hospital (gráfica 6).

El factor económico es determinante en este rubro puesto que sus percepciones son muy escasas y nulas en algunos casos, el 45.5% de las mujeres son amas de casa por tanto no tienen ingresos propios que les permitan disponer de recursos económicos para solicitar servicios médicos.

Del total de mujeres el 18.2% están casadas, las demás, solteras o en unión libre, sin embargo las percepciones económicas de las que tenían cónyuges eran bajas puesto que trabajaban en el campo o en empleos eventuales.

En cuanto al tratamiento adecuado y oportuno, el comité de mortalidad materna y perinatal evaluó el tratamiento como apropiado, previa revisión de expedientes y presentación de casos clínicos (gráfica 42,43) mas no oportuno por la demora con que llegaron las pacientes.

Evaluando el tiempo transcurrido entre la solicitud del servicio en este hospital y el establecimiento del tratamiento, se observa que en el 33.3% de los casos fue de carácter inmediato, de 1 a 4 horas el 16.7% y el resto entre 4 – 8 horas posterior a su llegada (gráfica 57).

El control prenatal fue efectuado solo en el 18.2% de los casos. Durante el 1er trimestre de los cuales el 50% acudió a más de 5 consultas y el otro 50% de 3 a 5 consultas (gráfica 15), y estos fueron los casos en que ya tenían una patología grave previa al embarazo (c.a. pulmonar, cardiopatía) (gráfica 16,17).

El trabajo de parto complicado fue atendido por personal en formación, decidiendo intervenir quirúrgicamente con demora, debido al estado de salud de la paciente (cuadro 6 y 7).

La planificación familiar es determinante en los casos de muerte, principalmente en los casos de embarazos no deseados, ya que el embarazo durante la adolescencia suele ser una crisis severa para la niña embarazada como para su entorno familiar, el 25% de ellos terminan con un aborto provocado, por ello las jóvenes requieren una orientación emocional y fisiológica especial con cuidados y consejos adecuados, para una vida reproductiva sana (gráfica 15 y cuadro 4).

A cualquier edad reproductiva puede haber muerte materna, la edad de las mujeres que fallecieron oscila desde menores de 15 hasta 34 años, ocurriendo con mayor frecuencia en grupos de 20 a 24 años; de igual manera mueren solteras y casadas.

De acuerdo a la revisión de los casos el solo evento de la gestación es predisponente, puesto que el 100% de las muertes ocurrieron en mujeres primigestas.(grafica 13)

En cuanto al momento de ocurrencia de la muerte este se presenta en el 100% de los casos en el puerperio y el 60% de los casos revisados se presenta en el ultimo trimestre del embarazo, así mismo las muertes ocurrieron en los últimos meses del año(grafica 8,9 y 10).

Las causas biológicas en efecto se comprueba que son las plasmadas hipotéticamente y se confirman con el diagnostico de la unidad de procedencia. El diagnostico inicial a su admisión a este hospital, así como con el diagnostico de la sección a donde fue remitido(cuadro 2, grafica 11).

Por otra parte en el cuadro 10 observamos en el diagnóstico preoperatorio las complicaciones con que llego a este hospital.

En cuanto ala previsibilidad de las muertes maternas se observa en las graficas 10 y 53 que las pacientes ingresaron en los últimos meses del año con un promedio de estancia de 3 días. El diagnostico fue oportuno(grafica 11). El equipo e instrumental estuvieron disponibles y completos(grafica 3, 6). El recurso humano en el 16% fue considerado de excelencia y el 78% como personal calificado, los insumos fueron calificados como adecuados y suficiente presentando un índice menor en cuanto a los medicamentos, las instalaciones de los servicios fueron calificadas como adecuadas.

De las atenciones obstétricas se otorgaron 1,996 de las cuales 694 acudieron al control prenatal y 11 de los casos terminaron en muertes maternas.

Analizándose el tiempo transcurrido entre la solicitud de atención y el establecimiento del tratamiento el cual reporta atención inmediata en el 33.3% de los casos, el 16.7% entre 1 y 4 horas y el resto entre 4 y 8 horas(grafica 57).

Aunado este al establecimiento del diagnostico inicial, el cual en el 83.3% fue de carácter inmediato(grafica 56).

Según el certificado de defunción el porcentaje mayor ocurre por causas de eclampsia y sus complicaciones(grafica 11).

El 40% de las complicaciones fueron causadas por hemorragias y la trasfusión se dio de manera tardía desconociéndose la razón(grafica 20 y cuadro 8).

Los estudios anatomopatológicos se realizaron solo en el 9% de los casos (c-11).

A pesar de que la cartilla nacional de la mujer es de difusión general en el estado de Guerrero ya que aquí se inicio el uso de este documento; el total de las muertes maternas no contaban con ella.

La infraestructura del hospital fue calificada como adecuada en el 100% de los casos. Alcanzando el 100% de suficiencia (cuadro 12,13,14 y 15).

De acuerdo a la normatividad 8 de los 11 casos eran prevenibles por diagnostico y prevenibles para el hospital solo 3 (grafica 32 y cuadro 16).

Los factores predisponentes en las muertes materna se confirman siendo la demora en la demanda por parte de la usuaria la mas frecuente (grafica 33).

El porcentaje mayor de muertes obstétricas indirectas es de carácter hematológico (grafica 36).

En las causas no obstétricas las causas son por cardiopatía congénita, falla cardiaca, cáncer pulmonar y accidente automovilístico (grafica 37).

La autoevaluación del tratamiento instalado así como el diagnostico final fue considerado adecuado y oportuno. Mientras que los estudios de laboratorio confirmaron el diagnostico en el 50% de los casos (grafica 40,41,42 y 43).

El seguimiento de enfermería en los registros clínicos en la sala de labor, expulsión y recuperación se realizaron de manera completa en el 66.7% de los casos, con este mismo porcentaje se identificaron y notificaron las complicaciones (grafica 44 y 45).

El registro en el expediente clínico en cuanto a vigilancia y seguimiento medico se realizo completo y de manera oportuna en el 83.3% de los casos.(graficas 46.47).

La solicitud de interconsulta a otras especialidades se realizo con oportunidad en el 83.3% de los casos (grafica 48).

En el 50% de los casos se desconoce cuando se solicito la atención medica.

Los anteriores son algunos de los datos relevantes sin embargo, al recabar la información constate el problema del cual adolece el sistema de salud: "el subregistro de los datos, así como también la demora en la elaboración de los informes de parte del comité.

En el informe mensual de muertes maternas son 11 casos los reportados y se aplico cuestionarios confidenciales solo a 5 y a 6 se les hizo dictaminados en

reunión de comité, ósea que mientras unos tienen cuestionarios les falta el dictamen y las que tienen dictamen les hace falta el cuestionario, concluyendo que se da un subregistro inversamente casi proporcional y por ende no se cuenta con la totalidad de los registros.

Los datos que se tienen presentan divergencias en los diferentes informes los cuales fueron considerados para este estudio y son: el SISPA (sistema de información de salud para población abierta) cuestionario confidencial de muerte materna, dictamen de la muerte materna y el informe mensual de muertes maternas.

Cabe mencionar que en la presente investigación se analizaron las muertes ocurridas en el año 1997; por que fue este año que se reportaron el mayor numero de estas . Para resolver esta problemática el Hospital General siguiendo la normatividad establecida:

- Otorga servicios de planificación familiar gratuito.
- Otorga consulta prenatal gratuita.
- Otorga la gratuidad del parto(cuando se ha cumplido con un mínimo de 5 consultas prenatales y pertenecer al club de madres embarazadas).
- Se cuenta con el equipo rojo para casos de emergencia.

Sin embargo los decesos de muerte maternas continúan ocurriendo por lo cual es necesario echar mano de los recursos existente pero con otra visión, aplicando una estrategia organizada y contemplada como una planeación estratégica a corto y mediano plazo para abatir esta problemática ;que si bien no es de una magnitud abrumadora si es de una trascendencia vital, ya que la mujer es parte fundamental donde se sostiene la familia base de nuestra sociedad.

SUGERENCIAS

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LAS MUERTES MATERNAS

I.- Adiestramiento y capacitación continua.

- Dirigido al personal de salud :

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

- Fomentar la formación de clubes de mujeres embarazadas.
- Realizar el control prenatal, detectando factores de riesgo no solo de índole médico si no también de tipo socio económico y psicológico.
- Impulsar los módulos del adolescente para apoyar a los jóvenes informándoles de las medidas preventivas para evitar embarazos no deseados, factores de riesgos que ocasionan las muertes maternas; además de la información previamente establecidos para estos módulos .

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN:

Realizar cursos de readiestramiento, impartidos por enfermeras y médicos ginecobstetras y subespecialistas en el manejo de embarazos de alto riesgo, con la participación de los especialistas de medicina interna y pediatría. Para que como equipo multidisciplinario se tenga un enfoque integral para el manejo de estas pacientes. Informar a todos los niveles la evaluación de los casos de muertes maternas realizadas por el comité y se valore principalmente el grado de **preventibilidad** que tenía cada caso específico para evitar que suceda el deceso. Formar equipos de trabajo, donde cada miembro del equipo sepa cual es su papel en caso de eventos de esta índole.

DIRIGIDO A LA POBLACION EN GENERAL :

Difusión masiva :

1. Entrevista por televisión, en los espacios propios para ello (el medico en su casa, noticieros, entre nosotros, RTG, etc.)
2. Spots en la radio.
3. Notas y entrevistas en revistas y diarios de la localidad.
4. Vía telefónica (mini spot, al contestar en los teléfonos de los hospitales públicos y privados, en el tiempo de espera para comunicar a las extensiones, así como también al marcar números de información a las distintas compañías de teléfonos, al descolgar el auricular de cada domicilio) lo anterior seria todo el año pero intensificar las actividades en el mes de la salud reproductiva y en el segundo semestre del año.

La difusión masiva en los medios publicitarios deben contener información de temas específicos como :

- **Información preconcepcional (riesgo reproductivo)**
- Control prenatal (factores de riesgo)
- Informar signos y síntomas de alarma, durante el periodo gestacional, que alerten a la mujer embarazada a acudir de forma inmediata al medico o a la unidad de salud mas cercana.
- Clubes de mujeres embarazadas (días en que se reúnen, lugares y horario.)

II.- Uso de los diversos instrumentos previamente elaborados y normados en la secretaria de salud como son :

1. Promover en todos los niveles el uso del **carnet perinatal** en todas las embarazadas.

2. Promover el uso completo de la cartilla nacional de la mujer.

Este instrumento es un documento oficial que permite que la mujer conozca cuando son sus citas para vacunas , detección de enfermedades, etc.

El uso de la cartilla que permitirá que la mujer vea este instrumento como uno mas de sus documentos oficiales y con ello coadyuvar a fomentar la cultura del autocuidado.

3. En la reunión del comité de muertes maternas y perinatal , se sugiere incluyan al personal que atendió a la paciente que falleció, para que se realice primeramente una autoevaluación del desempeño realizado por el personal que proporcione la atención y posteriormente realizare el dictamen de la muerte materna, informe mensual de muertes maternas y revisión del c. confidencial , etc.

4. Para evitar el subregistro de datos es necesario que dentro del comité se realice un consenso para que los cuestionarios confidenciales se llenen en el momento de la defunción, porque estos documentos, en la mayoría de los rubros quedan sin datos, porque cuando el comité se reúnen ya no cuenta con los familiares para hacer las preguntas pertinente para llenarlos en su totalidad.

5. Que en el momento en que se informe de que ha ocurrido una muerte materna, el medico adscrito en turno se responsabilice de **la revisión y elaboración completa del expediente clínico**, para que sea realmente un instrumento útil para la evaluación del deceso.

6. Que en la reunión de vinculación entre el primero y segundo nivel de atención; se analicen con toda la formalidad que esto requiere, las hojas de referencia y contrarreferencia y se les de la utilidad adecuada para lo cual fueron elaboradas, que estas reuniones sirvan también para deslindar la responsabilidad que le corresponde a cada nivel de atención para que con ello se tomen las medidas correctivas pertinentes y elevar con ello la calidad de la atención.

III.-Se requiere la instalación urgente de la clínica de embarazo de alto riesgo.

Promover que se forme un patronato que permita recaudar fondos para los recursos físicos que requiere dicha clínica y hacer realidad la apertura de la misma de manera formal.

IV.-Convenio interinstitucional para realizar los estudios post-mortem.

Que los servicios estatales de salud en Guerrero realice un convenio con el IMSS, ISSSTE, Universidad Autónoma de Guerrero, para la realización de los estudios post-mortem, ya que sin ellos es estar deduciendo únicamente de manera clínica, las causa de los decesos, por lo cual es necesario tener una base que sustente la causa final que ocasiono la muerte y ello solo se hace con la necropsia.

PROPUESTA :

La propuesta para la resolución de este problema no compete únicamente a enfermería, este se debe abordar por su magnitud y trascendencia por un equipo multidisciplinario. Por ende es necesario:

- Conformar el equipo multidisciplinario
- Elaboración de un protocolo mínimo de intervención del equipo de salud
- Conformar el "paquete rojo" para gestante en estado crítico
- Capacitación continua del personal
- Ubicación en el área de personal capacitado en la especialidad de ginecología-obstetricia, tanto médico como de enfermería.
- Realizar supervisión y asesoría permanente y tutelar en caso de personal en formación. (médicos internos de pregrado, médicos residentes y pasantes de enfermería.)
- Continuar con el análisis de muertes maternas por parte del comité.
- Llevar a cabo propuestas para resolver este problema. Reconociendo las fallas, para corregir y / o modificar conductas y procedimientos, hasta donde sea posible, buscando la excelencia de la atención médica.
- Elaborar ruta crítica, diagrama de flujo, diagrama de rama de árbol, etc. Propio para estos casos.

PARTICIPACION DE ENFERMERIA

- Mejorar los registros clínicos de enfermería, logrando el 100% en la calidad y reporte de los mismos.
- Formar parte activa en el Comité para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal de manera formal.
- Impulsar y coadyuvar en la capacitación a las adolescentes(modulo del adolescente) y el club de madres, antes, durante y posterior al embarazo.
 - Incidir para que el servicio de salud reproductiva y concretamente planificación familiar difunda los métodos anticonceptivos y la gratuidad de los mismos.
- Que las alumnas egresadas de la ENEO elaborem los Procesos de Atención de Enfermería, de las patologías que ocasionaron las muertes maternas y los difundamos para que se conozca el manejo optimo para estos casos.
 - Realizar actividades extraordinarias de orientación y consejería a grupos vulnerables(estudiantes de secundaria y jóvenes de diferentes grupos socioeconómicos) del municipio de Acapulco.
 - Fomentar la realización de investigaciones por parte de enfermería en este tipo de problemas que se verán disminuidos en la medida en que sean intervenidos, mejorando la calidad de la atención y fomentando sobre todo las medidas preventivas. Convirtiéndonos así en factores de cambio que impacten en el perfil Epidemiológico, hasta lograr su transformación.

- Incluir en el programa de enseñanza de todas las Cesiones Clínicas de Enfermería en todo el hospital, temas relacionados con los factores que influyen o determinan las muertes maternas, enfatizando el manejo y cuidado de enfermería.
- Aprovechar a la población cautiva (pacientes y familiares) capacitando a todos sobre el auto cuidado de la salud; (salud reproductiva y prevención de las muertes maternas) para que identifiquen las complicaciones en el 100% de los casos y notificarlos para su atención.
- Participar activamente en el control prenatal (consulta externa, club de madres y con quienes nos rodeen).

GLOSARIO

ABORTO.- Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta de 20 semanas de gestación.

ACCESIBLE.- Que tiene acceso o se puede alcanzar fácilmente.

CALIDAD DE LA ATENCION.- Se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera así como los resultados).

CAMA CENSABLE.- Son aquellas que cuentan con los recursos de personal, espacio, equipo y material para la atención permanente de pacientes hospitalizados.

CAMAS NO CENSABLES O DE TRANSITO.- Son las camas que se destinan a servicios auxiliares de hospitalización, generalmente son utilizados por pacientes de corta estancia.

CONSULTA A EMBARAZADA.- Atención brindada por el médico o la enfermera a una paciente ambulatoria, para llevar a cabo la vigilancia prenatal.

CONSULTA A EMBARAZADA DE ALTO RIESGO.- Atención brindada por el médico o la enfermera a una paciente ambulatoria, cuyo embarazo (por causa alguna) pone en peligro la vida de la madre y/o del producto.

DEFUNCION HOSPITALARIA.- Muerte de un paciente que ocupa una cama censable. No se considera como defunción hospitalaria la ocurrida antes de que el paciente ingrese realmente a las salas de hospitalización del establecimiento; no obstante, las defunciones ocurridas en el servicio de urgencias y aquellas en las que el paciente falleció en el traslado hacia la unidad deben incorporarse a las defunciones del servicio de urgencias. Esto permitirá obtener una mejor información relacionada con las reales causas de defunción.

DEFUNCION MATERNA.- Muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración de éste; es debido a cualquier causa relacionada y/o agravada por el embarazo mismo o su atención; por lo tanto, excluye las muertes originadas por accidentes o violencias.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA.- Accidente agudo que consiste en la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada en la cavidad uterina, después de 20 semanas de gestación y antes del nacimiento.

EMBARAZO NORMAL.- Es el estado fisiológico de la mujer, que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO.- Es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

EMERGENCIA OBSTETRICA.- Condición de complicación o intercurencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.

FACTOR.- Una de las causas contribuyentes en cualquier acción.

FACTOR DE RIESGO.- Característica aislada, estadísticamente asociada con una enfermedad, aunque no por fuerza con una relación causal de un riesgo aumentado de morbilidad o mortalidad

FACTIBILIDAD.- Depende de la tecnología y de la administración, implica: contar con los recursos reales y monetarios, tener una organización, delimitación de funciones y un sistema de evaluación y control.

GESTA.- Embarazo.

GENERO.- Grupos de especies semejantes por los rasgos generales de su organización, pero diferentes en los detalles. Sexo anatómico de un individuo.

HEMORRAGIA POST-PARTO.- Se dice cuando excede de más de 500 a 1,000 mililitros de sangre originada en los senos del sitio placentario que permanecen abiertos después de que la placenta se separa porque el útero no se contrae en forma adecuada o los vasos sanguíneos del conducto del parto que se desgarraron.

MUERTE MATERNA.- Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

MAGNITUD.- Es el criterio que permite conocer el número de enfermos o fallecidos que causa una enfermedad en una comunidad determinada y lo que esa cifra representa en porcentaje del daño.

OPORTUNIDAD EN LA ATENCION.- Ocurrencia de la atención médica en el momento en que se requiere y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.

PARTO.- Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto de la concepción, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos : Dilatación, Expulsión y Alumbramiento.

PREVISIBLE.- Que puede ser previsto (que se sabe o se prevé por anticipado)

PORCENTAJE.- Es la proporción de una cantidad con respecto a otra, evaluada sobre la centena.

PACIENTE REFERIDO.- Paciente enviado de una unidad de salud a otra, para su diagnóstico, tratamiento y/o control de su padecimiento.

PACIENTE CONTRARREFERIDO.- Paciente que es enviada por una unidad médica de mayor complejidad a su unidad medica de origen, después de haberle brindado atención, diagnóstico o tratamiento.

PUERPERIO INMEDIATO.- Es el periodo que se encuentra dentro de las primeras 24 horas post-parto normal.

PREECLAMPSIA.- Desarrollo de hipertensión arterial con proteinuria y/o edema, debido al embarazo o a la influencia de un embarazo reciente. Se produce después de la semana número 20 de gestación, pero puede aparecer antes en presencia de enfermedad trofoblástica, es principalmente un trastorno de las primigrávidas.

RECURSOS HUMANOS.- Se refiere a la plantilla de personas involucradas al sector salud, clasificados como profesionales, técnicos, auxiliares y otros.

RECURSOS MATERIALES.- Son los bienes, muebles e inmuebles, equipos, instrumental, herramientas, etc. que directa o indirectamente se utilizan en el otorgamiento de la atención de la salud.

RESIDENCIA.- Acción y efecto de residir, lugar en que se reside (vivir habitualmente en un lugar).

RESIDENTE.- Médico adjunto en un hospital, para su capacitación clínica en una especialidad, después del año de servicio social y titulación en la licenciatura.

TASA.- Es una medida utilizada en estadística que mide el riesgo relativo de padecer un daño en salud.

UNIDAD MEDICA.- Establecimiento (hospitales, clínicas, centros de salud, etc.) en el que se integran diversos recursos humanos, materiales y económicos destinados a la atención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades o problemas de salud.

VIABILIDAD.- Categoría política, ya que se refiere a la capacidad de implementar un programa, es la disponibilidad de poder acumulado suficiente para decidir que el mismo se lleve a cabo y mantener esa decisión durante la ejecución. Es el cálculo de las fuerzas a favor o en contra de un determinado evento.

BIBLIOGRAFIA

1. Catalán Ojeda Ángel S.

Normatividad y Asistencia Técnica en Salud Perinatal

Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, Taller sobre la Transición Demográfica y Epidemiológica en México, Centroamérica y El Caribe. México, abril de 1998.

2. Delgado Lara Adrián.

Taller sobre la Transición Demográfica y Epidemiológica en México, Centroamérica y El Caribe.

Subdirector de Salud Perinatal; Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México; México, 30 de marzo de 1998.

3. Effer, S. B.

" Perinatal Intensive Care "

Obstetrical Consideration, James W. Goodwin; John D. Godden. and Graham M. Chance (EDS): Perinatal Medicine.

Baltimore, U.S.A.; Williams and Wilkins, 1976 pp. 578-592

4. Ferraz Elenice María.

Consultora de la O.P.S. en Población y Salud Familiar.

"Mortalidad Materna en las Américas", Taller sobre la Transición Demográfica y Epidemiológica en México, Centroamérica y El Caribe.

México, 30 de marzo de 1998.

5. Maine D.; Murat Z. Akalin; Victoria Ward; Angela Cámara.

"The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs".

Center for Population and Family Health.

School of Public Health; Columbia University, 1997.

6. Nazar-Beuter Spacher Austreberta ed al.

"Efectos de las Prácticas Anticonceptivas Sobre la Fecundidad en la Región Fronteriza de Chiapas, México".

Revista de Salud Pública de México; Volúmen 38 (1): pp. 13-19

7. Ernesto Rivera Marina.

"La Salud de la Mujer: Las Enfermeras Abren el Camino "

Cuba, mayo de 1995.

8. Jurado García Eduardo.

"Los Defectos al Nacer, Un Problema de Salud Pública en México"

México, 1996, Volúmen 132 (2), pp. 141-151.

9. Stern Claudio.

Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente.

"El Embarazo en la Adolescencia como Problema Público: Una Visión Crítica". México, diciembre de 1997.

BIBLIOGRAFÍA

(REVISTAS)

- 1) Boletín Epidemiológico; octubre-diciembre de 1997, Volúmen II, No. 4, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), Santo Domingo.
- 2) Comités y Grupos para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal; Secretaría de Salud, Dirección General de Materno-Infantil, 2ª. Edición, México; 1993.
- 3) Derechos de la Mujer(O.N.U.), Amnistía Internacional, Organización de Naciones Unidas.
- 4) Diccionario de Ciencias Médicas, 25ª. Edición. Editorial Médica Panamericana, 1993, Argentina.
- 5) ENEO-UNAM "Investigación Clínica" Antología, edición 1996. México D.F. Pab. 1 - 2001
- 6) Estadísticas Vitales; Capítulo: Mortalidad, 1996, México.
- 7) Larousse. Diccionario de la Lengua Española (esencial), Editorial Larousse Planeta, 1994. Decimoquinta reimpresión.
- 8) Ministerio de Salud, República de Nicaragua, Taller Sobre la Transición Demográfica y Epidemiológica en México, Centroamérica y El Caribe, De. México; 30 de marzo de 1998.

- 9) "Mortalidad Materna y Perinatal: Experiencias y Retos en Nicaragua"; Dirección General de Atención Integral a la mujer, Niños y Adolescentes; Taller sobre la Transición Demográfica y Epidemiológica en México, Centroamérica y El Caribe; De. México, abril de 1998.
- 10) "Mother's and Children Health Welfare Assn", Japan, pp. 26; 1997.
- 11) Programa Nacional de Salud Reproductiva; Secretaría de Salud, México, 1997.
- 12) Revista cubana de enfermería: "Organización de las Naciones Unidas" La Habana, Cuba. Agosto de 1993
- 13) Salud de los Adolescentes y de los Jóvenes; Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), Actualidad al 10 de abril de 1997.
- 14) Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), "Glosario de términos", Subsecretaría de Planeación. Dirección General de Estadística e Informática, S.S.A. 1996.
- 15) The Progress of National; UNICEF; New York, pp. 1-9, 1996.
- 16) Valoración del Riesgo de la Reproducción; Enfoque: Monitorización Clínica y Bioquímica; pp. 55-57
- 17) W.H.O. and W.B. Maternal Health Around the World, 1997.

ANEXOS

ESTADÍSTICAS VITALES

CAPÍTULO: MORTALIDAD

ANEXO I

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL		HOMBRES	MUJERES	N.E.
	i) DEFUNCIONES	TASA *			
TOTAL	436,321	4.7	245,017	191,168	136
Aguascalientes	3,498	4.1	1,893	1,605	0
Baja California	10,042	4.6	6,219	3,821	2
Baja California Sur	1,499	3.8	897	600	2
Campeche	2,497	3.9	1,486	1,011	0
Coahuila	10,062	4.5	5,563	4,497	2
Colima	2,295	4.8	1,308	986	1
Chiapas	15,243	4.0	8,643	6,593	7
Chihuahua	14,635	5.1	8,524	6,104	7
Distrito Federal	46,474	5.8	24,306	22,157	11
Durango	6,094	4.2	3,594	2,498	2
Guanajuato	21,469	4.7	11,768	9,696	5
Guerrero	10,587	3.6	6,217	4,369	1
Hidalgo	9,943	4.7	5,565	4,378	0
Jalisco	30,809	4.9	16,812	13,989	8
México	51,161	4.1	28,720	22,421	20
Michoacán	18,953	4.9	10,841	8,105	7
Morelos	6,603	4.7	3,785	2,812	6
Nayarit	3,963	4.4	2,338	1,622	3
Nuevo León	14,976	4.3	8,248	6,722	6
Oaxaca	18,520	5.4	10,305	8,210	5
Puebla	26,887	5.5	14,647	12,233	7
Querétaro	5,656	4.4	3,125	2,529	2
Quintana Roo	1,960	2.8	1,216	743	1
San Luis Potosí	10,349	4.6	5,777	4,569	3
Sinaloa	10,125	4.2	6,182	3,939	4
Sonora	10,454	5.0	6,253	4,200	1
Tabasco	7,188	4.2	4,273	2,915	0
Tamaulipas	11,336	4.4	6,428	4,898	10
Tlaxcala	4,420	4.9	2,483	1,937	0
Veracruz	32,072	4.5	18,089	13,973	10
Yucatán	8,094	5.3	4,501	3,591	2
Zacatecas	6,321	4.7	3,536	2,784	1
Extranjeros	2,136	----	1,475	661	0

- Tasa por 1,000 habitantes
- N.E.= No Especificado
- Fuente: SSA-DGEI, 1996.

**EVOLUCION DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LA REPUBLICA MEXICANA
DE 1922 A 1993, EN COMPARACION CON LA DE JAPON.**

Anexo II

AÑO CALENDARIO	TASAS DE MORTALIDAD MATERNA	
	REPUBLICA MEXICANA	JAPON
1922	88.3	36.2
1925	90.2	30.1
1928	99.8	28.3
1931	61.8	27.0
1934	61.7	25.8
1937	60.1	26.9
1940	53.7	20.6
1943	46.1	19.2
1946	35.6	16.5
1949	30.8	18.0
1952	25.7	17.3
1955	20.9	16.2
1958	21.2	15.0
1961	18.8	10.1
1964	17.2	8.0
1967	14.8	5.8
1970	16.1	5.7
1973	11.8	2.9
1976	13.2	2.5
1979	10.6	1.9
1982	9.0	1.5
1985	6.9	1.4
1988	6.1	-
1991	5.4	-
1992	4.5	-

FUENTE: Varios informes estadísticos de las Secretarías de Industria y Comercio y la de Salud.
Mother's and Children Health and Welfare Assn. Japón, 1987 pp 26

**VALORACION DEL RIESGO DE LA REPRODUCCION
FACTORES GENERALES QUE CONTRIBUYEN
AL RIESGO EN LA REPRODUCCION
(DE ACUERDO CON UN PUNTO DE ORIGEN IDENTIFICABLE)**

Anexo III

BIOFISICOS	
Presentes Antes del Embarazo	
Anomalías Estructurales Maternas	Trastornos Nutricionales Maternos
Anomalías Uterinas: - Morfología - Posición - Tonicidad Deficiente	Desnutrición General Obesidad Anemias nutricionales
Anomalías Pélvicas: - Deformaciones en tamaño y forma - Fracturas	Trastornos Inmunológicos
Fisiopatología y Patología maternas: - Cardíaca - Vascular - Hipertensión crónica - Problemas renales crónicos - Diabetes - Trastornos hematológicos	Procesos infecciosos crónicos, en especial enfermedades venereas.
	Otros: Cualquier proceso de enfermedad crónica que afecte de manera adversa la salud general de la madre puede alterar el resultado del embarazo.
b) Después de la Concepción	
- Vómitos del embarazo (hiperemesis gravídica). - Desarrollo y crecimiento anormales de la placenta. - Placentación deficiente - Incompetencia istmo-cervical - Desproporción cefalo-pélvica. - Hipertensión ocasionada por el embarazo. - Diabetes gestacional. - Infecciones (maternas y fetales) de cualquier etiología. - Enfermedad renal. - Enfermedades malignas maternas - Retardo del crecimiento intra-uterino. - Factores que causan hipoxia fetal.	- Presentación anormal del feto. - Desprendimiento de la placenta. - Placenta previa. - Deficiencia de hierro. - Deficiencia de ácido fólico. - Ruptura prematura de las membranas. - Trabajo de parto y parto prematuro. - Hidramnios. - Hemorragia (materna o fetal). - Trabajo de parto irregular. - Deshidratación (materna o fetal). - Desnutrición fetal. - Lactante pequeño para su edad gestacional. - Lactante grande para su edad gestacional.
c) Después del nacimiento	
- Hemorragia materna. - Infección materna - Lesiones al nacimiento (materna o neonatal). - Nacimiento prematuro. - Nacimiento post-maturo - Hipotermia neonatal - Acidosis neonatal. - Hipoxia neonatal.	- Infecciones neonatales. - Hiperbilirrubinemia neonatal. - Hipocalcemia neonatal. - Síndrome de insuficiencia respiratoria neonatal. - Bajo paso al nacer de cualquier etiología. - Niños grandes, especialmente con una historia de diabetes materna. - Policitemia.

**VALORACION DEL RIESGO DE LA REPRODUCCION
FACTORES GENERALES QUE CONTRIBUYEN
AL RIESGO EN LA REPRODUCCION
(DE ACUERDO CON UN PUNTO DE ORIGEN IDENTIFICABLE)**

Anexo IV

d) PSICOSOCIALES	
e) Presentes antes del Embarazo	
<p>Costumbres Sociales Maternas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingestión de drogas. - Alcoholismo. <p>Psicopatología o Sociopatología Maternas o familiares, en especial normas de conducta abusiva.</p> <p>Residencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Altitud. - Contaminantes. - Radiación 	<p>Negligencia en la búsqueda y uso de los servicios al cuidado de la salud (debido en parte a factores económicos).</p> <p>Analfabetismo o educación deficiente.</p> <p>Incapacidad mental o social no de tipo genético.</p> <p>Trastornos de comunicación.</p> <p>Algunas costumbres culturales y étnicas.</p> <p>Fuentes de apoyo humano inadecuadas.</p> <p>Actividad sexual promiscua.</p>
f) Después de la Concepción.	
<p>Rechazo paterno al embarazo, en especial la madre.</p> <p>Trastornos o tensiones familiares importantes.</p> <p>Abuso de fármacos.</p> <p>Abuso del alcohol.</p> <p>Gran multiparidad.</p> <p>Embarazo en adolescentes.</p> <p>Embarazo en madres solteras.</p> <p>Radiación</p>	<p>Terapia iatrogénica materna.</p> <p>Regímenes de fármacos.</p> <p>Procedimientos intrusivos.</p> <p>Rayos "X"</p> <p>Anestesia y analgesia.</p> <p>Inducción del trabajo de parto.</p> <p>Cirugía en el parto.</p> <p>Transfusión sanguínea.</p> <p>Infección materna y neonatal</p>
g) Después de nacimiento	
<p>Trauma al nacimiento (materno o feto-neonatal).</p> <p>Sala de expulsión y de trabajo de parto frías.</p> <p>Procedimientos de reanimación del neonato.</p> <p>Separación del neonato y la madre.</p> <p>Separación familiar madre-neonato.</p>	<p>Procedimientos y reglas hospitalarias que no incluyen a la familia.</p> <p>Hogar inadecuado para el lactante</p> <p>Muerte o anormalidad del feto.</p>

**VALORACION DEL RIESGO DE LA REPRODUCCION
FACTORES GENERALES QUE CONTRIBUYEN
AL RIESGO EN LA REPRODUCCION
(DE ACUERDO CON UN PUNTO DE ORIGEN IDENTIFICABLE)**

Anexo V

h) GENETICOS	
i) Presentes antes del Embarazo	
<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de sangre materna y Rh - Tipo de sangre del padre y Rh - Edad materna: < 15 años, > 35 años - Estatura materna: < 1.52 mts. - Estructura corporal materna - Morfología esquelética. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos hereditarios - Dominante autosómico. - Recesivo autosómico - Ligado a cromosoma "X" - Gametos anormales maternos o paternos.
Después de la concepción	
<ul style="list-style-type: none"> - Gestión múltiple - Gemelos parabióticos - Incompatibilidad Rh - Enfermedad Autoinmune 	<ul style="list-style-type: none"> - Anormalidades cromosómicas en el feto. - Desarrollo anormal del feto. - Dimensiones grandes del feto.
Después del nacimiento	
<ul style="list-style-type: none"> - Anomalías genéticas graves 	<ul style="list-style-type: none"> - Subnormalidades mentales y físicas del neonato por causas genéticas.
ECONOMICOS	
Presentes antes del embarazo.	
<ul style="list-style-type: none"> - Perfil de bajo nivel - Ingreso inadecuado - Educación deficiente - Sistema de cuidados de la salud deficiente - Vivienda inadecuada 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de consumo para el cuidado de salud limitada o inexistente - Falta de seguro para el cuidado de la salud.
Después de la concepción	
<ul style="list-style-type: none"> - Ingreso inadecuado para satisfacer las necesidades del embarazo. - Hospitalización (puede ser terapia para una condición de riesgo bio-físico que puede aumentar la tensión y causar problemas de índole psicosocioeconómicos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Desnutrición fetal consecutiva a desnutrición materna - Falta de recursos disponibles al cuidado de la salud en la comunidad o región - Oposición económica para fuentes disponibles.
Después del nacimiento	
<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización a largo plazo - Regímenes terapéuticos y de rehabilitación costosos para el neonato (a menudo de duración prolongada) - Oposición económica para fuentes disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ingreso inadecuado para satisfacer las necesidades del niño - Falta de recursos disponibles al cuidado de la salud en la comunidad o región

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ANEXO VI

ACTIVIDADES	6-12 ABR	13-19 ABR	20-26 ABR	27-3 AB-MAY	4-10 MAY	11-17 MAY	18-24 MAY	25-31 MAY	1-7 JUN	8-14 JUN	15-21 JUN	22-30 JUN	3 JUL
Revisión de bibliografía	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Elab. del protocolo	X	X	X	X	X	X							
Revisión de estadística hga					X								
Revisión de dictamen de muertes maternas						X	X						
Revisión de expedientes								X	X				
Revisión de minuta del comité m.m. y p.										X			
Entrevista a médicos resp. del t.x. de las defunciones.										X			
Análisis					X	X	X	X	X	X	X	X	
Informe final													X



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PRESUPUESTO

RECURSO HUMANO: 1 INVESTIGADOR (3 MESES--TIEMPO COMPLETO)

1 CAPTURISTA

1 ESTADIGRAFO

RECURSOS MATERIALES:

Anexo VII

	CANTIDAD	UNIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Computadora c/impresora	1	Pza.	*	-----
Proyector de acetatos	1	Pza.	*	-----
Diapositivas (rollo, revelado y toma)	36	Pza.	25.00	900.00
Hojas tabulares de 38 x 24 columnas	1	Block	48.00	48.00
Hojas blancas de 36 Kg.	3	Paq.	37.37	112.11
Folders t/c	20	Pza.	0.57	11.40
Libreta de pasta dura	1	Pza.	20.15	20.15
Tarjeta bristol c/100	1	Paq.	14.37	14.37
Lápiz	3	Pza.	1.50	4.50
Bolígrafo	2	Pza.	1.84	3.60
Disquete	1	Paq.	60.00	60.00
Acetatos c/100	1	Paq.	135.00	135.00
Tinta para impresora	1	Cartucho	327.75	327.75
Borrador	2	Pza.	2.00	4.00
Copias	1000	Pza.	.90	900.00
Pago de off-set	10	Libro	200.00	2,000.00
Pago de servicio - internet	10	Hora	60.00	600.00
Pago de llamadas telefónicas	30	3 Min.	6.00	180.00
Engargolado	9	Pza.	12.00	108.00
Total				5,428.88

- Utilizar la de epidemiología o la del Depto. Ens. Inv.,

CUESTIONARIO

HOJA DE TABULACION

I. Búsqueda de la atención:

- ¿ Cuanto es su ingreso ?
- Un salario mínimo ()
- 2 a 3 salarios mínimos ()
- > de 4 salarios mínimos ()

- Nivel Académico de la paciente fallecida:
- Analfabeta ()
- Sabe leer y escribir ()
- Primaria incompleta ()
- Primaria completa ()
- Secundaria ()
- Carrera Técnica ()
- Preparatoria ()
- Licenciatura ()

- Nivel cultural:
- Habla español. ()
- Habla idioma autóctono ()

II.- Acceso a los servicios:

- Lugar de residencia _____
- ¿ Con qué tipo de servicio médico cuenta su localidad ?
- Casa de salud ()
- Centro de Salud ()
- Hospital ()
- ¿Que tiempo hace para llegar a estos centros ? _____
- ¿ Cual es el medio de transporte más usual ? _____
- ¿ Razón por la cual no acudió antes al médico? _____

III.- Tratamiento oportuno :

Atención médica pre-hospitalaria.

- ¿ Con quién se atendió durante su embarazo?
 - Partera ()
 - Técnico en Atención Primaria a la Salud ()
 - Enfermera ()
 - Médico ()
 - Ninguno ()

 - ¿La paciente identificó signos de alarma? ()
- Si la respuesta es afirmativa, mencione cuáles: _____

• ¿Quién fue la primera persona que le atendió; iniciado ya su padecimiento actual?

- Nadie ()
- Algún familiar ()
- Partera ()
- Técnico en Atención Primaria a la Salud ()
- Enfermera ()
- Médico ()
- Socorrista de la Cruz Roja ()

• ¿Tomó algún remedio casero? ()

¿Cuál fue? _____

• ¿Curso con alguno de los siguientes padecimientos?

- Diabetes ()
- Hipertensión ()
- Padecimientos renales ()
- Otros ()

- ¿Cuál? _____

Atención médica hospitalaria:

• Hora de inicio del padecimiento actual:

- Menos de una hora ()
- Mas de una hora ()
- De 2 a 5 horas ()
- De 6 a 10 horas ()
- Días (cuantos?) _____

• Estudios solicitados: _____

• Estudios realizados: _____

• Resultado de análisis: _____

• Hora de ingreso al hospital: _____

• Hora de inicio del tratamiento _____

• Medicamentos prescritos: _____

• Medicamentos aplicados: _____

- Se solicitó sangre? ()
 ¿Se transfundió? ()
 ¿Qué cantidad? _____
- Hora de solicitud de sala de operación _____

- Hora de inicio de cirugía: _____

- ¿Hubo retraso en el inicio de la cirugía? ()
 Si la respuesta es afirmativa mencione la causa: _____

- Operación proyectada: _____
- Operación realizada: _____

- Se contó con los insumos necesarios: ()
 Si la respuesta es negativa, diga cuáles fueron _____

- Se contó con el recurso humano necesario ()
- ¿Quién valoró la urgencia?:
 - Médico Ginecobstetra adscrito ()
 - Médico Residente R4 ()
 - Médico Residente R3 ()
 - Médico Residente R2 ()
 - Médico Residente R1 ()
 - Médico Interno de Pregrado ()

- Existió interconsulta con Medicina Interna? ()
 Hora de solicitud de la interconsulta: _____
 Hora de realizada la interconsulta: _____
 Quien la realizó? _____

- Diagnóstico ingreso: _____ de

- Diagnóstico egreso: _____ de

• Existe Comité de Mortalidad Materna en este Hospital? ()

Cuántos son sus integrantes? _____

Quiénes son sus integrantes? : _____

Cuántos se reúnen? _____

Analizan todas las muertes maternas? ()

Implementan alguna actividad para corregir posibles desviaciones de la atención otorgada? ()

Cuales?

INDICE DE GRAFICAS Y CUADROS

*CUESTIONARIO CONFIDENCIAL

		Nº. Pagina
Cuadro 1	Comparativo De Reportes	19
Grafica 1	MM. Por Grupo de Edad	20
Grafica 2	Estado Civil	20
Grafica 3	Escolaridad	21
Grafica 4	Ocupación de la fallecida	21
Grafica 5	Ocupación del esposo	22
Grafica 6	Domicilio	22
Grafica 7	Servicio en que ocurrió la muerte	23
Grafica 8	Momento de la muerte	23
Grafica 9	Edad del embarazo actual	24
Grafica 10	Fecha de la muerte	24
Grafica 11	Causa de la defunción	25
Cuadro 2	Comparativo de diagnósticos	26
Grafica 12	A.H.F.	27
Grafica 13	A.G.O.	27
Cuadro 3	Resultados obstétricos	28
Grafica 14	Antecedentes P.F. (APF.)	29
Grafica 15	Control Prenatal	30
Grafica 16	Vigilancia Prenatal	30
Grafica 17	Exámenes de laboratorio	31
Grafica 18	Evolución del embarazo	32
Cuadro 4	Aborto	33
Cuadros 5,6,7	Parto y evolución	34
Grafica 19	Analgésica y anestésica	35
Grafica 20	Complicaciones del puerperio	36
Cuadro 8	Transfusión sanguínea	36
Cuadro 9	Nota quirúrgica N° 1	37
Cuadro 10	Evolución en el tratamiento M.Q.	38
Grafica 21	Personal que intervino	39
Cuadro 11	Examen anatomopatológico	40
Cuadro 12	Infraestructura para la atención	41
Cuadro 13	Equipo e instrumental	42
Cuadro 14	Calidad de los recursos humanos	43
Cuadro 15	Insumos	44

*INFORME MENSUAL

Grafica 22	Consulta prenatal	45
Grafica 23	Atención obstétrica	46
Grafica 24	Nacidos vivos en la unidad	47
Grafica 25	Muertes Maternas	47
Grafica 26	Tasa de muertes maternas	48
Grafica 27	Momento obstétrico en que ocurrió la M.M.	48
Grafica 28	M.M. por grupo de edad	49
Grafica 29	Dx. de las M.M.(certificado de defunción)	50
Grafica 30 y 31	M.M. Dictaminadas	51
Cuadro 16	Previsibilidad de las M.M.	52
Grafica 32	Previsibilidad de las M.M.	52
Grafica 33	Factores participantes	53
Cuadro 17	Dx. los casos de M.M.	54
Grafica 34	Dx. los casos de M.M.	54
Cuadro 18	Conclusiones y recomendaciones	55
Cuadro 19	Conclusiones y recomendaciones	56

*DICTAMEN DE LA MUERTE MATERNA

Grafica 35	Factores determinantes	57
Grafica 36	Mte. Obstétrica indirecta	57
Grafica 37	Mte. No obstétrica	58
Grafica 38	Factores participantes	59
Grafica 39	Oportunidad del diagnostico clínico	59
Grafica 40	Confirmación de diagnostico	60
Grafica 41	Oportunidad en la confirmación del dictamen	60
Grafica 42	Tratamiento instalado comparado con el dx.final	61
Grafica 43	Tratamiento instalado en tiempo para el dictamen final	61
Grafica 44	Seguimiento de enfermería registro 2	62
Grafica 45	Seguimiento de enfermería notif. de comp.	62
Grafica 46	Vigilancia Y Seguimiento medico	63
Grafica 47	Atención de las complicaciones	63
Grafica 48	Solicitud medica de interconsulta	64
Grafica 49	Oportunidad de la demanda por la usuaria	65
Grafica 50	Atención prenatal	65
Grafica 51	N°. De consultas prenatales	66
Grafica 52	Trimestre de inicio de control prenatal	66
Grafica 53	Fecha y hora en que demando atn. en esta U.	67
Grafica 54	Motivo de la solicitud de atención	67
Grafica 55	Tiempo transcurrido entre la solicitud y la atn.	68
Grafica 56	Tiempo transcurrido entre la solicitud y el establecimiento del dictamen inicial	68
Grafica 57	Tiempo transcurrido entre la solicitud y el establecimiento del tratamiento	69
Grafica 58	Muertes previsibles por diagnostico	70
Grafica 59	Muertes evitables por el hospital	70
Cuadro 20	Recomendaciones de aspectos que deben ser superados por la unidad	71

2.8. DOMICILIO DE LA FALLECIDA

CALLE _____
LOCALIDAD _____
MUNICIPIO _____ ESTADO _____ C.P. _____

2.9. LA FALLECIDA HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA

SI []
NO [] ESPECIFIQUE _____

2.10. LA FALLECIDA ERA MONOLINGÜE EN LENGUA INDÍGENA

SI []
NO []

3. SITIO, TIEMPO Y CAUSA DEL FALLECIMIENTO

3.1. SERVICIO O LUGAR EN EL QUE OCURRIÓ LA MUERTE

3.1.1. ADMISIÓN	[]	3.1.2. SALA DE LABOR	[]
3.1.3. SALA DE EXPULSIÓN	[]	3.1.4. QUIRÓFANO	[]
3.1.5. RECUPERACIÓN	[]	3.1.6. CUIDADOS INTENSIVOS	[]
3.1.7. HOSPITALIZACIÓN	[]	3.1.8. UNIDAD DE TRASLADO	[]
3.1.9. HOGAR DE LA FALLECIDA	[]	3.1.10. CASA DE LA PARTERA	[]
3.1.11. FUERA DE LA UNIDAD	[]	3.1.12. VÍA PÚBLICA	[]
3.1.13. TRANSPORTE	[]	3.1.14. OTRO	[]

ESPECIFICAR _____

3.2. MOMENTO DE OCURENCIA DE LA MUERTE MATERNA

3.2.1. ANTES DEL PARTO	[]	3.2.2. DURANTE EL PARTO	[]
3.2.3. DURANTE EL ABORTO	[]	3.2.4. DURANTE LA CESÁREA	[]
3.2.5. DURANTE EL PUERPERIO	[]	3.2.5.1. PUERPERIO POSTPARTO	[]
3.2.5.2. PUERPERIO POSTABORTO	[]	3.2.5.3. PUERPERIO POSTCESÁREA	[]

3.3. EDAD DEL MBARAZO ACTUAL

3.3.1. DE MENOS DE 20 SEMANAS	[]
3.3.2. DE 21 A 24 SEMANAS	[]
3.3.3. DE 25 A 28 SEMANAS	[]
3.3.4. DE 29 A 32 SEMANAS	[]
3.3.5. DE 33 A 36 SEMANAS	[]
3.3.6. DE 37 A 40 SEMANAS	[]
3.3.7. DE MAS DE 40 SEMANAS	[]
3.3.8. NO SE SABE	[]

3.4. FECHA DE LA MUERTE

HORA [] [] [] []
DÍA [] [] [] []
MES [] [] [] []
AÑO [] [] [] []

3.2. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN(TRANSCRIPCION DE LOS INCISOS "a", "b", "c" DE LA PREGUNTA NÚMERO 17 DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN)

3.5.1. a) _____
3.5.2. b) _____
3.5.3. c) _____

4. REFERENCIA DE OTRA UNIDAD

4.1 PACIENTE REFERIDA DE OTRA UNIDAD

4.1.1. NO	[]	PASAR A ALA PREGUNTA 4.3.
4.1.2. SI	[]	
4.1.3. PÁRTERA	[]	4.1.4. MEDICO PRIVADO []
4.1.5. UNIDAD 1er. NIVEL	[]	4.1.6. HOSPITAL PRIVADO []
4.1.7. HOSPITAL PUBLICO	[]	4.1.4. OTRO []

ESPECIFICAR _____

6.6.1. HEMOGLOBINA (g/100 ml.)

6.6.1.1.	PRIMERA		6.6.1.2.	SEGUNDA	
6.6.1.1.1.	MENOS DE 10	[]	6.6.1.2.1.	MENOS DE 10	[]
6.6.1.1.2.	MÁS DE 10	[]	6.6.1.2.2.	MÁS DE 10	[]

6.6.2. EXAMEN GENERAL DE ORINA

6.6.2.1.	PRIMERA		6.6.2.2.	SEGUNDA	
6.6.2.1.1.	PROTEINURA NEGATIVO	[]	6.6.2.2.1.	PROTEINURA NEGATIVO	[]
6.6.2.1.2.	PROTEINURA HASTA 3 G.	[]	6.6.2.2.2.	PROTEINURA HASTA 3 G.	[]
6.6.2.1.3.	PROTEINURA MÁS DE 3 G.	[]	6.6.2.2.3.	PROTEINURA MÁS DE 3 G.	[]

NOTA : SI SE REALIZO PRUEBAS DE ALBUMINURIA EN 24 HORAS INDICAR RESULTADOS:

6.6.3. GRUPO SANGUÍNEO _____ RH _____

6.6.4. PRUEBA DE COOMBS INDIRECTA

6.6.4.1.	POSITIVA	[]	6.6.4.2.	NEGATIVA	[]
----------	----------	-----	----------	----------	-----

6.6.5. OTROS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

6.6.5.1.	GLUCOSA:	NORMAL	[]	ANORMAL	[]
----------	----------	--------	-----	---------	-----

TÉCNICA:

6.6.5.2.	UREA :	NORMAL	[]	ANORMAL	[]
----------	--------	--------	-----	---------	-----

TÉCNICA:

6.6.5.3.	CREATININA:	NORMAL	[]	ANORMAL	[]
----------	-------------	--------	-----	---------	-----

TÉCNICA:

6.6.5.4.	RADIOLOGÍA:	NORMAL	[]	ANORMAL	[]
----------	-------------	--------	-----	---------	-----

ESPECIFICAR:

6.6.5.5.	ULTRASONIDO:	NORMAL	[]	ANORMAL	[]
----------	--------------	--------	-----	---------	-----

ESPECIFICAR:

6.6.6. OTROS (DESCRIBIR Y ANOTAR LOS RESULTADOS): _____

6.7. DATOS CLINICOS

6.7.1. PRESION ARTERIAL

6.7.1.1.	PRIMERA		6.7.1.2.	SEGUNDA	
6.7.1.1.1.	NORMAL	[]	6.7.1.2.1.	NORMAL	[]
6.7.1.1.2.	ANORMAL MENOS DE 160/110	[]	6.7.1.2.2.	ANORMAL < DE 160/110	[]
6.7.1.1.3.	ANORMAL MAS DE 160/110	[]	6.7.1.2.3.	ANORMAL > DE 160/110	[]

6.7.2. EDEMA

6.7.2.1.	PRIMERA		6.7.2.2.	SEGUNDA	
6.7.2.1.1.	NO	[]	6.7.2.2.1.	NO	[]
6.7.2.1.2.	MODERADO	[]	6.7.2.2.2.	MODERADO	[]
6.7.2.1.3.	SEVERO	[]	6.7.2.2.3.	SEVERO	[]

6.7.3. AUMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO

6.7.3.1.	PRIMERA		6.7.3.2.	SEGUNDA	
6.7.3.1.1.	MENOS DE 6 KG.	[]	6.7.3.2.1.	MENOS DE 6 KG.	[]
6.7.3.1.2.	DE 6 A 12 KG.	[]	6.7.3.2.2.	DE 6 A 12 KG.	[]
6.7.3.1.3.	MÁS DE 12 KG.	[]	6.7.3.2.3.	MÁS DE 12 KG.	[]

7. EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO

7.1.	NORMAL	[]	7.2.	AMENAZA DE ABORTO	[]
7.3.	AMENAZA PARTO PREMATURO	[]	7.4.	SANGRADO II y/o III TRIMESTRE	[]
7.5.	INFECCIÓN URINARIA	[]	7.6.	ANEMIA	[]
7.7.	PRECLAMPSIA	[]	7.8.	ECLAMPSIA	[]
7.9.	DIABETES CONTROLADA	[]	7.10.	DIABETES DESCONTROLADA	[]
7.11.	POLIHIDRAMNOS	[]	7.12.	RETARDO CRECIMIENTO	[]
7.13.	RUP'T.PREM.MEMB. MENOS 12 HRS.	[]	7.14.	RUP'T.PREM.MEMB. MÁS 12 HRS.	[]
7.15.	OTRAS	[]			
	ESPECIFICAR _____				

8. ABORTO

8.1.	TIPO				
8.1.1.	ESPONTÁNEO	[]	8.1.2.	INDUCIDO	[]
8.1.3.	MOLAR	[]	8.1.4.	COMPLETO	[]
8.1.5.	INCOMPLETO	[]	8.2.	_____ SEMANAS	
	EDAD :				

8.3. MÉTODO EMPLEADO PARA INDUCIR EL ABORTO

8.3.1.	DILATACIÓN Y LEGRADO	[]	8.3.2.	ASPIRACIÓN	[]
8.3.3.	PROSTAGLANDINAS	[]	8.3.4.	OTRAS	[]
	ESPECIFICAR _____				

8.4. PRINCIPALES COMPLICACIONES

8.4.1.	HEMORRAGIA	[]	8.4.2.	RUPTURA UTERINA	[]
8.4.3.	PERFORACIÓN UTERINA	[]	8.4.4.	INFECCIÓN	[]
8.4.5.	OTRAS	[]			
	ESPECIFICAR _____				

8.5. TRATAMIENTO REALIZADO. MÉDICO, QUIRÚRGICO: _____

8.6. OTRAS COMPLICACIONES: _____

9. PARTO

9.1.	TIPO DE PARTO				
9.1.1.	ÚNICO	[]	9.1.2.	GEMELAR	[]
9.1.3.	MÚLTIPLE	[]	9.1.4.	SE DESCONOCE	[]

9.2. FECHA

|_|_|_| | | | | | | | | | | | |
HORA DÍA MES AÑO

9.3. SITIO DONDE SE ATENDIO EL PARTO

9.3.1.	HOGAR	[]	9.3.2.	CASA DE LA PARTERA	[]
9.3.3.	HOSPITAL	[]	9.3.4.	OTRO	[]

9.3. OBSERVACIONES: _____

9.4. DURACIÓN DEL PARTO _____

9.4.1.	MENOS DE 3 HORAS	[]	9.4.2.	DE 3 A 6 HORAS	[]
9.4.3.	DE 6 A 12 HORAS	[]	9.4.4.	DE 12 A 24 HORAS	[]
9.4.3.	DE MÁS DE 24 HORAS	[]			
9.5. INICIO DEL TRABAJO DE PARTO					
9.5.1.	ESPONTÁNEO	[]	9.5.2.	INDUCIDO	[]
9.5.1. SI FUE INDUCIDO SEÑALE LA INDICACIÓN					
9.5.1.1.	RUPT.PREM DE MEMB.	[]	9.5.1.2.	EMBARAZO PROLONGADO	[]
9.5.1.3.	COMPLICACIÓN MATERNAL	[]	9.5.1.4.	OTRAS	[]
	ESPECIFICAR _____				
9.5.2. SI FUE INDUCIDO SEÑALE EL METODO					
9.5.2.1.	OCITOCINA	[]			
9.5.2.2.	PROSTAGLANDINA	[]			
9.5.2.3.	RUPTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANA	[]			
9.5.2.4.	OCITOCINA + PROSTAGLANDINA	[]			
9.5.2.5.	OCITOCINA + RUPTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANA	[]			
9.5.2.6.	PROSTAGLANDINA + RUPTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANA	[]			
9.5.2.7.	OTRAS	[]			
	ESPECIFICAR _____				
	DOSIS DE MEDICAMENTOS EMPLEADOS _____				
9.5.3. INTERVALO ENTRE LA INDUCCIÓN Y EL NACIMIENTO					
9.5.3.1.	MENOS DE 3 HORAS	[]	9.5.3.2.	DE 3 A MENOS DE 6 HORAS	[]
9.5.3.3.	DE 6 A MENOS DE 12 HORAS	[]	9.5.3.4.	DE 12 A 24 HORAS	[]
9.5.3.5.	MÁS DE 12 HORAS	[]			
9.6. PERIODO DE DILATACIÓN					
9.6.1.	NORMAL	[]	9.6.2.	COMPLICADO	[]
9.6.1. COMPLICACIONES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO					
9.6.1.1.	VAR. DE VARIACIÓN PERSISTENTE	[]	9.6.1.2.	SUFRIMIENTO FETAL	[]
9.6.1.3.	DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA	[]	9.6.1.4.	RUPTURA UTERINA	[]
9.6.1.5.	HIPOTENSIÓN	[]	9.6.1.6.	CRISIS CONVULSIVAS	[]
9.6.1.7.	OTRAS	[]		ESPECIFICAR _____	
9.7. TIPO DE NACIMIENTO					
9.7.1.1.	PARTO NORMAL	[]	9.7.1.2.	PARTO PÉLVICO	[]
9.7.1.3.	FÓRCEPS MEDIO	[]	9.7.1.4.	FÓRCEPS BAJO	[]
9.7.1.5.	CESÁREA	[]			
9.7.1. INDICACIONES DE LA CESÁREA					
9.7.1.1.	DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA	[]	9.7.1.2.	EMBARAZO MÚLTIPLE	[]
9.7.1.3.	SITUACIÓN TRANSVERSA	[]	9.7.1.4.	PROLAPSO DE CORDÓN	[]
9.7.1.5.	PLACENTA PREVIA	[]	9.7.1.6.	SUFRIM. FETAL AGUDO	[]
9.7.1.7.	ABRUPTIO PLACENTAE	[]	9.7.1.8.	PREECLAMPSIA	[]
9.7.1.9.	ECLAMPSIA	[]	9.7.1.10.	PRESENTACIÓN PÉLVIC.	[]
9.7.1.11.	AMNIOTIS	[]	9.7.1.12.	CESÁREA ITERATIVA	[]
9.7.1.13.	OTRAS	[]		ESPECIFICAR _____	
9.8. COMPLICACIONES DEL PARTO					
9.8.1.	HEMORRAGIA	[]	9.8.2.	RUPTURA UTERINA	[]
9.8.3.	EMBOLIA LIQ. AMNIOTICO	[]	9.8.4.	SEPTICEMIA	[]
9.8.5.	PARTO OBSTRUIDO	[]	9.8.6.	ECLAMPSIA	[]
9.8.7.	SUFRIMIENTO FETAL	[]	9.8.8.	SE IGNORA	[]
9.8.9.	OTRAS	[]		ESPECIFICAR _____	

9.9. ALUMBRAMIENTO (PLACENTA)

9.9.1.	NORMAL	[]	9.9.2.	ANORMAL	[]
9.9.3.	COMPLETA	[]	9.9.4.	INCOMPLETA	[]

9.10. DROGAS OCITÓICAS USADAS EN EL ALUMBRAMIENTO

9.10.1.	OCITOCINA I.V.	[]	9.10.2.	OCITOCINA I.M.	[]
9.10.3.	ERGONOVÍNICO I.V.	[]	9.10.4.	ERGONOVÍNICO I.M.	[]
9.10.5.	PROSTAGLANDINAS I.V.	[]	9.10.6.	PROSTAGLANDINAS I.M.	[]
9.10.7.	OTRAS	[]		ESPECIFICAR _____	

9.11. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO

9.11.1.	OBSTETRA	[]	9.11.2.	MÉDICO GENERAL	[]
9.11.3.	MÉDICO RESIDENTE	[]	9.11.4.	MÉDICO PASANTE	[]
9.11.5.	ENFERMERA TITULADA	[]	9.11.6.	PART. TRAD. ADIESTRADA	[]
9.11.7.	FAMILIAR	[]	9.11.8.	OTRO	[]
	ESPECIFICAR _____				

10. ANALGESIA Y ANESTESIA**10.1. ANALGESIA**

10.1.1.	SI	[]	10.1.2.	NO	[]
10.1.2.	DROGAS USADAS: _____				

10.1.3.	VÍA: _____	10.1.4.	DOSIS: _____
---------	------------	---------	--------------

10.1.5. ACCIDENTES O INCIDENTES

10.1.5.1.	SI	[]	10.1.5.2.	NO	[]
	ESPECIFICAR _____				

10.2. ANESTESIA

10.2.1.	MÉTODO ANESTÉSICO EMPLEADO : _____				
---------	------------------------------------	--	--	--	--

10.2.2.	VÍA : _____	10.2.3.	DOSIS: _____
---------	-------------	---------	--------------

10.2.4. ACCIDENTES O INCIDENTES

10.2.4.1.	SI	[]	10.2.4.2.	NO	[]
	ESPECIFICAR _____				

10.2.5. PERSONA QUE APLICÓ LA ANALGESIA y/o ANESTESIA

10.2.5.1.	ANESTESIOLOGO	[]	10.2.5.2.	OBSTETRA	[]
10.2.5.3.	MÉDICO GENERAL	[]	10.2.5.4.	MÉDICO RESIDENTE	[]
10.2.5.5.	MÉDICO PASANTE	[]	10.2.5.6.	ENFERMERA TITULADA	[]
10.2.5.7.	OTRO	[]		ESPECIFICAR _____	

11. COMPLICACIONES DEL PUERPERIO

11.1.	HEMORRAGIA	[]	11.2.	INFECCIÓN PUERPERAL	[]
11.3.	TROMBOEMBOLISMO	[]	11.4.	PREECLAMIA	[]
11.5.	ANESTÉSICAS	[]	11.6.	OTRA	[]
				ESPECIFICAR _____	

12. TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

12.1. SE TRANSFUNDIÓ

12.1.1. NO 12.1.2. SI

12.1.3. TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL REQUERIMIENTO DE LA TRANSFUSIÓN Y EL MOMENTO EN QUE FUE

TRANSFUNDIDA _____ HORAS _____ MINUTOS.

12.1.4. SI HUBO DEMORA ESPECIFIQUE LA CAUSA _____

12.2. CANTIDAD TRANSFUNDIDA _____ ml.

12.3. COMPLICACIONES

12.3.1. NO 12.3.2. SI

ESPECIFICAR _____

13. NOTA QUIRÚRGICA N° 1

13.1. FECHA DE INTERVENCIÓN |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
 HORA DÍA MES AÑO

13.2. TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA DECISIÓN DE LA INTER. Y MOMENTO DE INICIADA.

13.2.1. MENOS DE 1 HORA 13.2.2. DE 1 A MENOS DE 3 HORAS

13.2.3. DE 3 A MENOS DE 6 HORAS 13.2.4. DE 6 A MENOS DE 12 HORAS

13.2.5. DE 12 A 24 HORAS 13.2.6. MÁS DE 24 HORAS

13.3. SI HUBO DEMORA, CUÁL FUE LA CAUSA: _____

13.4. TIEMPO OPERATORIO

13.4.1. MENOS DE 1 HORA 13.4.2. DE 1 A MENOS DE 3 HORAS

13.4.3. DE 3 A 6 HORAS 13.4.4. MÁS DE 6 HORAS

13.5. TIEMPO DE ANESTESIA

13.5.1. MENOS DE 1 HORA 13.5.2. DE 1 A MENOS DE 3 HORAS

13.5.3. DE 3 A 6 HORAS 13.5.4. MÁS DE 6 HORAS

13.6. RIESGO ANESTÉSICO

13.6.1. I 13.6.2. II

13.6.3. III 13.6.4. IV

13.7. DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: _____

13.8. PERSONAL QUE INTERVINO

13.8.1. CIRUJANO 13.8.2. DE 1 A MENOS DE 3 HORAS

13.8.1.1. JEFE DEL SERVICIO 13.8.2.1. JEFE DEL SERVICIO

13.8.1.2. MÉDICO ESPECIALISTA 13.8.2.2. MÉDICO ESPECIALISTA

13.8.1.3. MÉDICO GENERAL 13.8.2.3. MÉDICO GENERAL

13.8.1.4. RESIDENTE 3er AÑO 13.8.2.4. RESIDENTE 3er AÑO

13.8.1.5. RESIDENTE 2º AÑO 13.8.2.5. RESIDENTE 2º AÑO

13.8.1.6. RESIDENTE 1er AÑO 13.8.2.6. RESIDENTE 1er AÑO

13.8.1.7. MÉDICO PASANTE 13.8.2.7. MÉDICO PASANTE

13.9. NOMBRE DE LA INTERVENCIÓN: _____

13.10. HALLAZGOS: _____

13.11. DIAGNÓSTICO POST OPERATORIO: _____

14. NOTA QUIRÚRGICA N° 2

14.1. ACCIDENTES O INCIDENTES QUIRÚRGICOS: _____

14.2. RESOLUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS: _____

14.3. ANESTESIA: _____

14.4. SANGRE ADMINISTRADA

14.4.1. SI 14.4.2. NO

14.5. LÍQUIDOS ADMINSTRADOS: _____

14.6. REACCIONES TRANSFUSIONALES

14.6.1. SI 14.6.2. NO

ESPECIFICAR: _____

15. EXAMEN ANATOMOPATOLOGÓGICO

15.1. FUE REALIZADO EL EXAMEN POST MORTEM

15.1.1. SI 15.1.2. NO

15.2. DATOS DEL REPORTE POST MORTEM MACROSCÓPICO: _____

15.3. DATOS DE LAS INVESTIGACIONES HISTOLÓGICAS HECHAS: _____

15.4. DATOS DE LOS EXAMENES BACTERIOLÓGICOS HECHOS: _____

15.5. DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLÓGICO: _____

16. INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN

16.1. INSTALACIÓN DE SERVICIOS INTERMEDIOS

16.1.1. QUIRÓFANOS		16.1.2. LABORATORIO	
16.1.1.1. ADECUADA	[]	16.1.2.1. ADECUADA	[]
16.1.1.2. INADECUADA	[]	16.1.2.2. INADECUADA	[]
16.1.1.3. NO EXISTE	[]	16.1.2.3. NO EXISTE	[]
16.1.3. BANCO DE SANGRE		16.1.4. C. E. Y. E.	
16.1.3.1. ADECUADA	[]	16.1.4.1. ADECUADA	[]
16.1.3.2. INADECUADA	[]	16.1.4.2. INADECUADA	[]
16.1.3.3. NO EXISTE	[]	16.1.4.3. NO EXISTE	[]
16.1.5. RADIOLOGÍA E IMAGEN		16.1.6. ANESTECIOLOGÍA	
16.1.5.1. ADECUADA	[]	16.1.6.1. ADECUADA	[]
16.1.5.2. INADECUADA	[]	16.1.6.2. INADECUADA	[]
16.1.5.3. NO EXISTE	[]	16.1.6.3. NO EXISTE	[]

16.2. EQUIPO E INSTRUMENTAL

16.2.1. PARTO NORMAL		16.2.2. LABORATORIO	
16.2.1.1. DISPONIBLE	[]	16.2.2.1. DISPONIBLE	[]
16.2.1.2. NO DISPONIBLE	[]	16.2.2.2. NO DISPONIBLE	[]
16.2.1.3. COMPLETO	[]	16.2.2.3. COMPLETO	[]
16.2.1.4. INCOMPLETO	[]	16.2.2.4. INCOMPLETO	[]
16.2.3. CESÁREA		16.2.4. ANESTECIOLOGÍA	
16.2.3.1. DISPONIBLE	[]	16.2.4.1. DISPONIBLE	[]
16.2.3.2. NO DISPONIBLE	[]	16.2.4.2. NO DISPONIBLE	[]
16.2.3.3. COMPLETO	[]	16.2.4.3. COMPLETO	[]
16.2.3.4. INCOMPLETO	[]	16.2.4.4. INCOMPLETO	[]
16.2.5. PATOLOGÍA		16.2.6. RESUCITACIÓN	
16.2.5.1. DISPONIBLE	[]	16.2.6.1. DISPONIBLE	[]
16.2.5.2. NO DISPONIBLE	[]	16.2.6.2. NO DISPONIBLE	[]
16.2.5.3. COMPLETO	[]	16.2.6.3. COMPLETO	[]
16.2.5.4. INCOMPLETO	[]	16.2.6.4. INCOMPLETO	[]

16.3. NÚMERO Y NIVEL DE CALIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS QUE INTERVINIERON EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

RECURSO HUMANO	NÚMERO	CALIDAD			
		[E]	[C]	[M]	[D]
16.3.1. PASANTE	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.2. RESIDENTE	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.3. OBSTETRA	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.4. ADSCRITO EN OBSTETRICIA	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.5. ANESTESIOLOGO	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.6. LABORATORISTA	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.7. RADIOLOGO	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.8. INTENSIVISTA	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.9. PATÓLOGOS	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.10. ENFERMERAS	[]	[]	[]	[]	[]
16.3.11. OTRO	[]	[]	[]	[]	[]

INSTRUCCIONES:

CALIFICAR COMO EXCELENTE [E], CALIFICADO [C], MEDIO [M] O DEFICIENTE [D] DE ACUERDO AL DESEMPEÑO DE CADA RECURSO, SOLAMENTE EN RELACIÓN AL CASO EN ESTUDIO.

16.4. INSUMOS

16.4.1. QUIRÓFANOS

16.4.1.1. SUFICIENTE

16.4.1.2. INSUFICIENTE

16.4.3. SANGRE Y DERIVADOS

16.4.3.1. SUFICIENTE

16.4.3.2. INSUFICIENTE

16.4.5. ANESTÉSICOS

16.4.5.1. SUFICIENTE

16.4.2. LABORATORIO

16.4.2.1. SUFICIENTE

16.4.2.2. INSUFICIENTE

16.4.4. ROPERÍA

16.4.4.1. SUFICIENTE

16.4.4.2. INSUFICIENTE

16.4.5.2. SUFICIENTE

**RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN:
NOMBRE**

CARGO

FIRMA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Comité Nacional de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal

DICTAMEN DE LA MUERTE MATERNA

NOTA: DE UNA RESPUESTA O MÁS RESPUESTAS A TODAS LAS PREGUNTAS. CUANDO CONSIDERE NECESARIO ESCRIBA EN HOJAS ANEXAS. POR FAVOR SEÑALE CUANDO ESTO OCURRA.

1. FACTORES DETERMINANTES DEL DECESO

1.1. MUERTE OBSTÉTRICA DIRECTA POR:

- | | | |
|--------|-------------------------|-----|
| 1.1.1. | HEMORRAGIA | [] |
| 1.1.2. | TOXEMIA | [] |
| 1.1.3. | INFECCIÓN | [] |
| 1.1.4. | ABORTO | [] |
| 1.1.5. | ANESTESIA | [] |
| 1.1.6. | EMB. LÍQUIDO AMNIÓTICO | [] |
| 1.1.7. | DEPORTACIÓN TROFOBLASTO | [] |
| 1.1.8. | CORIOCARCINOMA | [] |

1.2. MUERTE OBSTÉTRICA INDIRECTA POR (AFECCIÓN):

- | | | |
|--------|------------------|-----|
| 1.2.1. | CARDÍACA | [] |
| 1.2.2. | VASCULAR | [] |
| 1.2.3. | HEPÁTICA | [] |
| 1.2.4. | PULMONAR | [] |
| 1.2.5. | GASTROINTESTINAL | [] |
| 1.2.6. | METABÓLICA | [] |
| 1.2.7. | RENAL | [] |
| 1.2.8. | HEMATOLÓGICA | [] |
| 1.2.9. | OTRA | [] |
- ESPECIFICAR _____

1.3. MUERTE NO OBSTÉTRICA POR:

- | | | |
|--------|--------------------|-----|
| 1.3.1. | INFECCIÓN | [] |
| 1.3.2. | DISCRASIA SANGÍNEA | [] |
| 1.3.3. | MALIGNIDAD | [] |
| 1.3.4. | ACCIDENTE | [] |
| 1.3.5. | OTRA | [] |

2. FACTORES PARTICIPANTES:

2.1. PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA

2.1.1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO (COMPARATIVO DEL DIAGNÓSTICO MÉDICO, RESPECTO DEL DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO O EN SU CASO, RESPECTO DEL DIAGNÓSTICO MÉDICO FINAL).

- | | | |
|----------|------------|-----|
| 2.1.1.1. | ADECUADO | [] |
| 2.1.1.2. | INADECUADO | [] |

2.1.2. OPORTUNIDAD DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO (AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO FINAL HABÍA TRANSCURRIDO UN TIEMPO MÍNIMO RAZONABLE DEL INGRESO DE LA PACIENTE).

- | | | |
|----------|------------|-----|
| 2.1.2.1. | OPORTUNO | [] |
| 2.1.2.2. | INOPORTUNO | [] |

2.1.3. CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA (SE SOLICITARON LOS EXÁMENS DE LABORATORIO Y GABINETE NECESARIOS PARA REALIZAR UNA RATIFICACIÓN O RECTIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO INICIAL).

- | | | |
|----------|------------|-----|
| 2.1.3.1. | ADECUADO | [] |
| 2.1.3.2. | INADECUADO | [] |

2.1.4. OPORTUNIDAD EN LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA (AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO INICIAL TRANSCURRIÓ UN TIEMPO MÍNIMO RAZONABLE PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO FINAL).

2.1.4.1. ADECUADO []

2.1.4.2. INADECUADO []

2.1.5. CRITERIO TERAPÉUTICO

2.1.5.1. TRATAMIENTO INSTALADO ACORDE AL DIAGNÓSTICO FINAL

2.1.5.1.1. ADECUADO []

2.1.5.1.2. INADECUADO []

2.1.5.2. TRATAMIENTO INSTALADO EN TIEMPO NECESARIO PARA EL DIAGNÓSTICO FINAL

2.1.5.2.1. OPORTUNO []

2.1.5.2.2. INOPORTUNO []

2.1.6. SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA

2.1.6.1. REGISTRO DE DATOS EN SALA DE LABOR, DE EXPULSIÓN Y DE RECUPERACIÓN (EVOLUCIÓN, MEDICAMENTOS, SOLUCIONES, CUIDADOS Y OBSERVACIONES Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES)

2.1.6.1.1. COMPLETO []

2.1.6.1.2. INCOMPLETO []

2.1.6.2. IDENTIFICACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE COMPLICACIONES POR ENFERMERÍA

2.1.6.2.1. OPORTUNA []

2.1.6.2.2. INOPORTUNA []

2.1.7. VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO MÉDICO (REGISTRO EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO)

2.1.7.1. COMPLETO []

2.1.7.2. INCOMPLETO []

2.1.7.3. OPORTUNO []

2.1.7.4. INOPORTUNO []

2.1.8. ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES POR EL MÉDICO

2.1.8.1. OPORTUNA []

2.1.8.2. INOPORTUNA []

2.1.9. SOLUCIÓN MÉDICA DE ÍNTERCONSULTA O DE UN MÉDICO DE MAYOR JERARQUÍA

2.1.9.1. OPORTUNA []

2.1.9.2. INOPORTUNA []

3. OPORTUNIDAD DE LA DEMANDA POR LA USUARIA

3.1. ATENCIÓN PRENATAL

3.1.1. NO []

3.1.2. SI []

3.1.3. REGULAR []

3.1.4. IRREGULAR []

3.1.5. SE DESCONOCE []

3.2. NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES

3.2.1. UNA A DOS []

3.2.2. TRES A CINCO []

3.2.3. MÁS DE CINCO []

3.2.4. SE DESCONOCE []

3.3. TRIMESTRE EN EL QUE INICIÓ EL CONTROL

3.3.1. PRIMERO []

3.3.2. SEGUNDO []

3.3.3. TERCERO []

3.3.4. SE DESCONOCE []

3.4. FECHA Y HORA EN QUE DEMANDÓ ATENCIÓN EN ESTA UNIDAD

HORA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DÍA	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MES	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AÑO	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.5. ¿SOLICITÓ ATENCIÓN?

3.5.1.	EN TRABAJO DE PARTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5.2.	SIN TRABAJO DE PARTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5.3.	POR COMPLICACIONES DE PARTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5.4.	POR PARTO FORTUITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5.5.	POR OTRO MOTIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESPECIFICAR _____

4. ATENCIÓN DE LA UNIDAD

4.1. TIEMPO ENTRE LA SOLICITUD DEL SERVICIO Y LA ATENCIÓN DEL EVENTO

4.1.1.	INMEDIATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.2.	DE 1 A MENOS DE 4 HORAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.3.	DE 4 A MENOS DE 8 HORAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.4.	DE 8 A 12 HORAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1.5.	MÁS DE 12 HORAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2. TIEMPO ENTRE LA SOLICITUD DEL SERVICIO Y LA ATENCIÓN DEL EVENTO

4.2.1.	INMEDIATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.2.	DE 1 A MENOS DE 4 HORAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.3.	DE 4 A MENOS DE 8 HORAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.4.	DE 8 A 12 HORAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.5.	MÁS DE 12 HORAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3. TIEMPO ENTRE LA SOLICITUD DEL SERVICIO Y LA ATENCIÓN DEL EVENTO

4.3.1.	INMEDIATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.2.	DE 1 A MENOS DE 4 HORAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.3.	DE 4 A MENOS DE 8 HORAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.4.	DE 8 A 12 HORAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3.5.	MÁS DE 12 HORAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. PREVISIBILIDAD

5.1. MUERTE PREVISIBLE POR DIAGNÓSTICO

5.1.1.	SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1.2.	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2. MUERTE PREVISIBLE POR DIAGNÓSTICO

5.2.1.	SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2.2.	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. RECOMENDACIONES DE ASPECTO QUE DEBEN SER SUPERADOS POR LA UNIDAD

POR CONOCIMIENTO Y ACCIONES CONDUCENTES

EL DIRECTOR DE LA UNIDAD

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

RESPONSABLES DE ELABORACIÓN DEL DICTAMEN

NOMBRE

CARGO

FIRMA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Comité Nacional de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal

INFORME MENSUAL DE MORTALIDAD MATERNA

CORRESPONDIENTE AL MES DE _____ DE 200__

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL O UNIDAD DE ATENCIÓN

1.1. NOMBRE _____
1.2. LOCALIDAD _____
1.3. MUNICIPIO _____
1.4. ESTADO _____ C.P. _____ TELEFONO _____
1.5. NOMBRE DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD O DEL JEFE DE LA JURISDICCIÓN _____

1.6. FECHA DE ELABORACIÓN DEL INFORME |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|
DÍA MES AÑO

2. ATENCIONES OBSTÉTRICAS (OCURRIDAS EN EL MES QUE SE INFORMA)

2.1. PARTOS EUTÓCICOS []
2.2. PARTOS DISTÓCICOS []
2.3. CESÁREAS []
2.4. ABORTOS []
2.5. TOTAL DE ATENCIONES OBSTETRICAS []

3. NÚMERO TOTAL DE NACIDOS VIVOS EN LA UNIDAD O EN LA JURISDICCIÓN

4. NÚMERO TOTAL DE MUERTES MATERNAS OCURRIDAS EN LA UNIDAD O JURISDICCIÓN

5. TASA DE MORTALIDAD MATERNA (DIVIDIR "4" ENTRE "3" Y MULTIPLICAR POR 100MIL)

NOTAS IMPORTANTES:

1. En caso de que NO hubieran ocurrido MUERTES MATERNAS en la Unidad o en la jurisdicción, Pasar a las conclusiones y recomendaciones del Comité de Mortalidad Materna y Prenatal.
2. En caso de que SI hubieran ocurrido MUERTES MATERNAS continuar con el llenado del formato.

6. MOMENTO OBSTÉTRICO EN QUE OCURRIÓ LA MUERTE MATERNA

6.1. DURANTE EL EMBARAZO []

6.2. DURANTE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA []

6.2.1. PARTO EUTÓCICO []

6.2.2. PARTO DISTÓCICO []

6.2.3. CESÁREA []

6.2.1. ABORTO []

6.3. DURANTE EL PUERPERIO []

6.3.1. POSTPARTO EUTÓCICO []

6.3.2. POSTPARTO DISTÓCICO []

6.3.3. POSTCESÁREA []

6.3.1. POSTABORTO []

6.4. TOTAL DE MUERTES MAT. SEGÚN MOMENTO OBSTETRICO DE OCURRENCIA []

7. MUERTES MATEERNAS SEGÚN GRUPO DE EDAD

7.1. MENORES DE 15 AÑOS []

7.2. DE 15 A 19 AÑOS []

7.3. DE 20 A 24 AÑOS []

7.4. DE 25 A 29 AÑOS []

7.5. DE 30 A 34 AÑOS []

7.6. DE 35 A 39 AÑOS []

7.7. DE 40 A 44 AÑOS []

7.8. DE MAS DE 45 AÑOS []

7.9. TOTAL DE MUERTES MATEERNAS SEGÚN EL GRUPO DE EDAD []

8. DIAGNÓSTICO DE LOS CASOS DE MUERTE MATERNA

(Tomarlo directamente del Certificado de Defunción; inciso "A", apartado 17 "Causas del Fallecimiento")

8.1. CASO No. 1 _____

8.2. CASO No. 2 _____

8.3. CASO No. 3 _____

8.4. CASO No. 4 _____

8.5. CASO No. 5 _____

8.6. CASO No. 6 _____

8.7. CASO No. 7 _____

8.8. CASO No. 8 _____

9. NÚMERO DE CASOS DE MUERTE MATERNA DICTAMINADOS []

10. PORCENTAJE DE CASOS DE MUERTE MATERNA DICTAMINADOS []

11. NÚMERO DE CASOS DE MUERTE MATERNA SEGÚN TIPO DE CAUSA

11.1.	MUERTES MATERNAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS	[]
11.2.	MUERTES MATERNAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS	[]
11.3.	MUERTES MATERNAS NO OBSTÉTRICAS	[]
11.4.	TOTAL DE MUERTES MATERNAS SEGÚN CAUSA	[]

12. PREVISIBILIDAD DE LOS CASOS DE MUERTE MATERNA

12.1.	MUERTES MATERNAS PREVISIBLES POR DIAGNOSTICO	[]
12.2.	MUERTES MATERNAS PREVISIBLES PARA EL HOSPITAL	[]

13. FACTORES PRINCIPALES EN LOS CASOS DE MUERTE MATERNA

13.1.	PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA	[]
13.2.	OPORTUNIDAD DE LA DEMANDA DE LA USUARIA	[]
13.3.	ATENCIÓN DE LA UNIDAD	[]
13.4.	INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA	[]
13.5.	FACTORES NO DEFINIDOS	[]

14. DIAGNÓSTICO DE LOS CASOS DE MUERTE MATERNA

(Tomar CASO POR CASO del punto "8" y anotar la conclusión del Comité en cada uno de ellos. El Comité podrá afirmar o NO el diagnóstico anotado en el Certificado de Defunción; Incluso "A", Apartado 17 "Causas del Fallecimiento")

	CAUSA	CLASIFICACIÓN POR C.I.E.
14.1.	CASO No. 1	
<hr/>		
14.2.	CASO No. 2	
<hr/>		
14.3.	CASO No. 3	
<hr/>		
14.4.	CASO No. 4	
<hr/>		
14.5.	CASO No. 5	
<hr/>		
14.6.	CASO No. 6	
<hr/>		
14.7.	CASO No. 7	
<hr/>		
14.8.	CASO No. 8	
<hr/>		

**15. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL COMITÉ DE PREVENCIÓN,
ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y
PRENATAL:**

16. NOMBRE Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ:

Presidente del

Comité

Secretario del

Comité

Coordinador del

Comité
