

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**"Factores de riesgo relacionados con las muertes maternas
registradas en los municipios pertenecientes a la Jurisdicción
Sanitaria No. 6 de la Piedad Michoacán en el periodo de 1999-
2002"**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTA

ROXANA ANDREA MARTÍNEZ SANDOVAL

No. Cta. 096301353

DIRECTORA DEL TRABAJO

M.C.E. ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA

MÉXICO. D.F



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a mis padres (Josefa y Ross) por su enorme **paciencia** y apoyo brindado hasta ahora y durante toda mi vida en todos los aspectos (económico, emocional y moral) pues a pesar de que muchas veces tuve ganas de tirar la toalla me alentaron a seguir adelante y no ceder.

Gracias también a Fernan por su ayuda y principalmente por su grabadora que me acompañó durante todo un año y que me amenizó tantos momentos.

Gracias a mi vecina que me alegraba los momentos con sus pláticas tan efusivas.

Gracias al muescas por cederme tantas veces la computadora y sacrificar sus consultas tan culturales en Internet para que yo pudiera seguir con mi tesis.

Gracias a todos mis amigos (Clotilde, Abraham, Hugo y los rebeldes de la heroica prepa 5) por su apoyo y compañía que tanto me relaja y llena.

Gracias a todos mis compañeros de Pastor Ortiz (Bere, Erica, Ana, Denise, Lázaro y todas mis auxiliares de salud) por el apoyo que me brindaron durante mi estancia allá.

Gracias a mi asesora por su apoyo y por animarme a seguir.

Y por último pero no menos importante a James y su familia, por su paciencia, cariño y por todo el apoyo que me han otorgado para que yo haya podido llegar hasta donde estoy.

A todos ellos y familia en general dedico este trabajo con todo mi amor y gratitud.

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.	1
II. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.	3
III. MARCO TEÓRICO.	7
3.1 Mortalidad Materna.	7
3.1.1 Panorama General de la mortalidad materna en México.	7
3.1.2 Panorama General de la mortalidad materna en el Estado de Michoacán.	8
3.1.3 Panorama General de la mortalidad materna en la Jurisdicción Sanitaria N° 6 La Piedad, Michoacán.....	8
3.1.4 Concepto de muerte materna.....	9
3.1.5 Tipos de muerte materna.	9
3.1.6 Principales causas de muerte materna desde un enfoque Nacional, Estatal y Jurisdiccional.	11
3.2. Enfoque de riesgo perinatal.	13
3.2.1 Definición de riesgo perinatal	13
3.2.2 Tipos de riesgo perinatal.	13
3.2.3 Factores de riesgo relacionados con la mortalidad materna en México.....	13
3.3 Características de los Servicios de Salud de la Jurisdicción Sanitaria N° 6 La Piedad, Mich.	26
3.4 Características de los Municipios pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria N° 6 La Piedad, Michoacán donde se registraron los casos de muerte materna.	27
3.4.1 Municipio de José Sixto Verduzco.....	27
3.4.2 Municipio de La Piedad.	28
3.4.3 Municipio de Zináparo.	29

3.5 Estrategias para abatir la Mortalidad Materna.	30
3.5.1 Estrategias nacionales.	30
3.5.2 Estrategias estatales.	40
3.5.3 Estrategias jurisdiccionales.	41
3.6 Papel del Licenciado en Enfermería y Obstetricia frente al problema de mortalidad materna en el primer nivel de atención.....	44
3.6.1 Perfil del Licenciado en Enfermería y Obstetricia.....	44
IV. OBJETIVOS.....	48
4.1 General.	48
4.2 Específicos.	48
V. HIPÓTESIS.	49
VI. JUSTIFICACIÓN.	49
VII. METODOLOGÍA.	50
7.1 Tipo de Investigación.	50
7.2 Instrumento de recolección de datos.	51
7.3 Definición de factores de riesgo de las autopsias verbales.	53
7.4 Universo de trabajo.	57
7.5 Criterios de inclusión.	58
7.6 Criterios de exclusión.	58
7.7 Muestra.	58
VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS.	59
8.1 Factor Biológico	60
8.2 Factor Sociocultural.	66
8.3 Factor Geográfico.....	70
8.4 Control Prenatal.....	71
8.5 Parto.....	75
8.6 Puerperio.....	81
8.7 Sitio y Etapa del Fallecimiento.....	82
8.8 Atención medica otorgada.....	86
8.9 Calidad de información obtenida de la autopsia verbal.....	89
IX. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.....	92

X. CONCLUSIONES.....	92
XI. SUGERENCIAS.....	97
XII. ANEXOS.....	102
XIII. BIBLIOGRAFIA.....	133

I. INTRODUCCIÓN

El interés por realizar la presente investigación surge a partir de la experiencia adquirida durante el periodo del Servicio Social, en la Jurisdicción Sanitaria N° 6 de La Piedad Michoacán, en el periodo agosto 2002 – agosto 2003, durante el cual se pudo observar y constatar que aun existe desigualdad en la disponibilidad y distribución en el otorgamiento de los Servicios de Salud para la atención de las embarazadas, entre los que destacan la falta de medicamentos, servicios de Diagnóstico y Tratamiento insuficientes y algunos profesionales preparados inadecuadamente, pero también es cierto que uno de los principales problemas de salud es la "ignorancia" o la falta de conocimiento por parte de la población acerca de como proteger y fomentar su propia salud.

Con este estudio se pretende describir algunos factores de riesgo como lo son los biológicos, socioculturales y geográficos, además algunos aspectos relacionados con el control prenatal, parto, puerperio, sitio y etapa del fallecimiento, atención medica otorgada, estos últimos considerados en el formato de autopsia verbal; Las muertes maternas registradas en la Jurisdicción Sanitaria N° 6 de La Piedad Michoacán, durante los años 1999-2002 fueron analizadas a través de las autopsias verbales, las cuales han sido utilizadas de manera más amplia en la última década, particularmente en regiones sin un sistema eficiente del registro de las causas de muerte o como una alternativa para el estudio de factores de riesgo asociados a causas específicas de muerte o bien del proceso de atención durante la enfermedad lo cual ha permitido identificar problemas en el proceso de atención y con base a sus resultados proponer estrategias que mejoren dicha atención.

En el primer apartado, se aborda el planteamiento del problema, dentro del cual se realiza el bosquejo general de la investigación, la identificación y ubicación del tema de estudio así como algunos antecedentes del mismo.

En el segundo apartado, se da a conocer la hipótesis del problema de investigación.

En el tercer apartado, se describe el marco teórico en donde la información científica existente en las diversas bibliografías apoya los objetivos y la hipótesis de la investigación.

En el cuarto apartado, se presenta la Metodología de la Investigación, en ella se incluye el tipo de investigación, los instrumentos de recolección de datos, definición de factores de riesgo, criterios de inclusión y exclusión, universo de trabajo y muestra.

En el quinto apartado se realizó la captura de información, procesamiento y categorización de la misma así como el análisis e interpretación de los resultados.

Por último en el sexto apartado se presentan las conclusiones y sugerencias de la investigación.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad materna es una de las principales preocupaciones de la sociedad contemporánea, ya que en la mayoría de los casos se trata de muertes que de alguna manera pudieron prevenirse.

Se estima que cada año mueren a nivel mundial 548 000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo. La tasa de mortalidad materna es un indicador sensible del desarrollo de una población. En países industrializados la tasa de muerte materna es de 27 por 100, 000 nacidos vivos registrados, mientras que en países en desarrollo puede ser tan alta como 480 por 100,000 nacidos vivos registrados. En México las tasas varían entre 50 y 150 por 100,000 nacidos vivos registrados en diferentes estados de la República.¹

La mortalidad materna no es un hecho aislado, se compone de varios factores que la producen, por ejemplo, los Centros de Salud carentes de recursos humanos y materiales para dar solución a problemas graves que se presentan durante los partos, tampoco disponen de teléfono o vehículos para el traslado de las pacientes a mejores unidades sanitarias y a su vez la incapacidad resolutive necesaria, además de la inadecuada comunicación entre personal de Salud y las mujeres o sus parientes.²

Entre los factores socioculturales asociados con la mortalidad materna se hacen también evidentes, por ejemplo, la alta paridad, desnutrición, desvalorización para evitar embarazos no deseados y la recurrencia al aborto en circunstancias desfavorables.³

Actualmente en el campo de la investigación es básico mencionar algunos estudios relacionados con la mortalidad materna con el fin de proporcionar otras piezas con que validar ciertos conocimientos y que nos muestren información cualitativa que nos lleve a reconocer la importancia de esta y complementarla con

¹ CALDERÓN Garcidueñas AL, MARTÍNEZ Salazar G, FERNÁNDEZ Díaz H, CERDA Flores R, Op. cit.,p.95

² ELU Ma. Del Carmen, La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala, p.184

³ SCOTT J, Tratado de Obstetricia y Ginecología, p. 535

las estadísticas, tanto para un análisis de profundidad, como para una más puntual planeación y evaluación de las diversas intervenciones.

Durante 1996 y 1997 se realizó un estudio sobre mortalidad materna por autopsias verbales en el estado de San Luis Potosí, coordinado por el Comité Promotor de la Iniciativa para una Maternidad Sin Riesgo en México.⁴

En dicha investigación se agruparon los hallazgos de este estudio en cuatro rubros: Doble jornada. Violencia, Impacto familiar y Calidad y Acceso a los Servicios de Salud, los cuales permitieron reconocer el impacto sobre estas muertes.

En cuanto al rubro de Doble Jornada se tiene que de las madres que murieron, más del 50 % trabajaba fuera del hogar. El cuidado hacia ella misma es uno de los aspectos que se vio más afectado por el incremento ocupacional de su tiempo. Las consecuencias de la doble jornada generaron en varias mujeres condiciones propicias al fatal desenlace.

Entre los resultados del rubro de Violencia Intra familiar impactan algunas manifestaciones presentadas, como, la falta de atención, el abuso, el maltrato y los golpes durante el embarazo, hasta las más brutales como la violación, el incesto y el homicidio. Los datos ponen de manifiesto la injusticia y la impunidad que existen en el ámbito de la violencia hacia la mujer aún estando embarazada.

En lo que respecta al impacto en la familia; se observó que las muertes maternas tienen graves repercusiones en la sobre vivencia de los hijos menores así como en las oportunidades de desarrollo de las hijas mayores, éstas deben asumir funciones que desempeñaban sus madres, lo que implica el abandono de sus estudios y la cancelación de sus posibilidades para un mejor futuro, sin mencionar en muchas ocasiones la desintegración de la misma familia.

Por último, la calidad de la atención y acceso a los servicios de salud; resalta, en la información recabada, el prolongado tiempo de espera para la atención a las mujeres, y la falta de información proporcionada a los familiares, respecto a las causas o circunstancias de la muerte. Se hacen también presentes las muertes en el trayecto o por la llegada tardía al centro de salud, principalmente en mujeres provenientes de localidades rurales, marginadas y sin carreteras.

⁴ ELU Ma. Del Carmen, Una nueva mirada a la mortalidad materna en México, p.95

Los puntos abordados nos hablan de las carencias en la infraestructura y de dificultades para el proceso de entrega de servicios de salud, pero también aluden a las condiciones de vida paupérrimas de las mujeres que mueren por causas maternas, debido a la situación económica, social, política y cultural.⁵

Otras investigaciones realizadas en distintos puntos de la Republica, en las cuales el instrumento de recolección de datos no fue precisamente las autopsias verbales, sino los expedientes clínicos e informes de los comités Institucionales para el estudio de la mortalidad materna ubicados en hospitales de segundo nivel del IMSS, arrojaron datos, sobre las principales características que tuvieron los casos de muerte materna registradas en distintos periodos; estos datos nos otorgan un panorama más amplio de los distintos factores de riesgo y su comportamiento en dicha problemática.

Los autores mencionan que la edad de la paciente es un factor de riesgo íntimamente relacionado con la mortalidad materna, en especial los extremos de la vida, encontrándose en las investigaciones anteriormente mencionadas que el perfil general de las pacientes corresponde a mujeres entre 20 y 34 años, acorde a la etapa reproductiva de bajo riesgo, de medio socioeconómico y nivel educativo bajo.

Por otro lado, la NOM 007-SSA2-1993 menciona que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo 5 consultas prenatales, encontrándose coincidencia en los resultados arrojados por las investigaciones, ya que el mayor porcentaje de las mujeres acudió a control prenatal cumpliendo con el mínimo de consultas recomendadas.⁶

En cuanto las causas que se presentaron observamos que aunque difieren en el orden de frecuencia con lo reportado a nivel nacional, no son diferentes en importancia, ya que la preeclampsia- eclampsia, así como la trombo embolia pulmonar y la sepsis puerperal ocupan los principales lugares, siendo la mayoría muertes obstétricas directas lo que coincide con lo reportado a nivel nacional e internacional.

⁵ Ibid, p.96

⁶ CALDERÓN Garcidueñas AL, MARTÍNEZ Salazar G, FERNÁNDEZ Díaz H, CERDA Flores R, Loc.cit.

Las investigaciones demostraron que el periodo obstétrico con más riesgo de muerte materna es el puerperio, sin embargo cuando se analizaron las semanas de gestación, en su mayoría correspondió al periodo comprendido entre la semana 28 y 36 de gestación, lo que demuestra que esta etapa es crítica, tanto para la madre como para el producto.

Tomando en cuenta el número de embarazos, tenemos que la gran mayoría de las mujeres era multigesta, y que la resolución del embarazo en general fue por operación cesárea.

En lo que respecta a la calidad de la atención se encontró que en más del 50 % el factor propiciador de muerte materna fue el manejo médico inadecuado o inoportuno extra e intra hospitalario, y en un porcentaje más alto se consideró como muerte previsible.

En conclusión, la Muerte Materna es un problema grave de salud. Abatir esta mortalidad, debe ser un esfuerzo prioritario del sistema de salud y del gobierno.

Estos estudios demostraron algunos aspectos de la atención que deben ser reforzados y convertidos en fortalezas.⁷

Finalmente con este estudio, se pretende describir los factores de riesgo relacionados con las muertes maternas registradas en Municipios pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria N° 6 de La Piedad Michoacán, en el periodo comprendido entre 1999 y 2002, entre los que destacan, factores de riesgo biológicos, socioculturales, geográficos; así como algunos aspectos relacionados con el control prenatal, parto, puerperio, sitio y etapa del fallecimiento, atención médica otorgada y las características del formato de autopsia verbal.

⁷ ANGULO Vázquez J, ORNELAS Alcanzar J, RODRIGUEZ Arias EA, IÑIGO Riesgo CA, TORRES González LG, Mortalidad materna en el hospital de ginecobstetricia del Centro médico Nacional de Occidente. Revisión de 12 años, Revista Ginecología y Obstetricia de Mexico, 1999; 67:419

III. MARCO TEÓRICO

3.1 MORTALIDAD MATERNA

3.1.1 PANORAMA GENERAL DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO

En Pleno siglo XXI el abatimiento de la mortalidad materna continua siendo una deuda no saldada hacia las mujeres que viven en los países no desarrollados.

En México la situación es considerada como grave, dado que las tasas de mortalidad se han visto insensiblemente modificadas en los últimos 10 años, aun con los compromisos establecidos por parte del gobierno mexicano a nivel Internacional.

La meta planeada para reducir en un 50 % la tasa de mortalidad registrada en 1990, de 5.4 a 2.7 por 10, 000 nacidos vivos registrados, para el año 2000, no se pudo cumplir. La tasa actual es de 4.7, es decir solo hubo una reducción del 13 %, esto se traduce en que alrededor de 4 mujeres mueren diariamente por causas asociadas al embarazo.

Por otro lado, dentro de las principales causas de muerte general en mujeres, en el año de 1999 se encuentran las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio ocupando el 18° lugar en el ámbito nacional.

Encontrándose de esta manera variaciones muy pequeñas lo cual habla de un estancamiento en el descenso de estas causas, observando que para el año 2001 las causas asociadas con el embarazo, parto y puerperio pasaron del 18° lugar al 19° lugar en un periodo de dos años.⁸

⁸ INEGI, Estadísticas Vitales, Michoacán, Mexico 2001, p. 173

3.1.2 PANORAMA GENERAL DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL ESTADO DE MICHOACÁN

Michoacán, al igual que otros muchos estados enfrentan aún el doble reto de la equidad. Por una parte existen zonas con serios rezagos, como la alta fecundidad, la mortalidad materna y otros problemas de Salud Reproductiva y por otro lado las mismas autoridades del estado buscan la forma de hacer rendir los bajos recursos federales para la salud y así evitar la muerte cada año, de casi medio centenar de mujeres por complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio.

En el año 2000, el porcentaje mas elevado de embarazadas de alto riesgo lo ocupó el DF con el 17.6 %, seguido por *Michoacán* y Veracruz con el 7.3 %, mientras que Puebla y Oaxaca se encontraron con el 6 y 5 % respectivamente; entre los Estados con el menor número de embarazadas de alto riesgo se encuentra Baja California Sur, Morelos y Colima con solamente 0.5 %.

En Michoacán casi medio centenar de mujeres mueren al año por complicaciones del embarazo, parto o el puerperio.⁹

3.1.3 PANORAMA GENERAL DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA N° 6 DE LA PIEDAD, MICH.

Ubicándonos en el panorama jurisdiccional, se puede observar al igual que en el ámbito nacional, un estancamiento en el descenso de la mortalidad materna.

Durante el período de 1998- 2002 el comportamiento de la mortalidad materna en los municipios que pertenecen a la jurisdicción sanitaria No. 6 fue el siguiente;

Durante 1998 se presentaron 2 muertes maternas, una de estas fue en el municipio de Tanhuato y la otra en el municipio de Tlazazalca. En el siguiente año, la cifra aumentó a 3 muertes maternas, suscitándose una de ellas en cada uno de los siguientes municipios: José Sixto Verduzco, la Piedad y Yurecuaro. Para el año 2000 se registraron 2 muertes maternas, una de estas en Yurecuaro y la otra en José Sixto Verduzco. En el 2001 la cifra nuevamente aumento, registrándose una de las muertes maternas en Villa Morelos, otra en Yurecuaro, otra más en

⁹ INEGI, INM, Mujeres y Hombres en México 2003, p. 153

José Sixto Verduzco y 2 en el municipio de la Piedad, es decir, un total de 5 muertes maternas durante este año. Por último en el 2002 se presentó un descenso y solamente se registró una muerte materna en el municipio de Zinaparo.¹⁰

3.1.4 CONCEPTO DE MUERTE MATERNA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “Es la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días del puerperio, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, por cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo o su tratamiento”. Esta definición incluye a las defunciones por aborto, pero excluye a las que ocurren por causas accidentales o incidentales.¹¹

3.1.5 TIPOS DE MUERTE MATERNA

➤ Muerte Obstétrica directa: Es la que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

➤ Muerte Obstétrica indirecta: Es la que resulta de una enfermedad existente antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

➤ Muerte no Obstétrica: Es la que resulta de causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo o con su manejo.

¹⁰SSM, Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones. Departamento de Estadística.

¹¹ CALDERÓN Garcidueñas AL, MARTÍNEZ Salazar G, FERNÁNDEZ Díaz H, CERDA Flores R, Loc. Cit.

- Muerte previsible: Es la que ocurrió por un tratamiento defectuoso en la Unidad Obstétrica u otros servicios antes de su admisión o por condiciones adversas a la comunidad tales como: transporte inadecuado, desconfianza en los servicios, omisión de la paciente en buscar consejo o recomendaciones terapéuticas y otras condiciones similares.
- Muerte no previsible: Incluye todos los casos en que no pudo alterarse la historia natural de la enfermedad, a pesar de haberse llevado a cabo las acciones correctas y oportunas.
- Muerte materna evitable con responsabilidad de la paciente: Es la Muerte materna que se hubiera evitado de haber acudido la mujer en forma oportuna a recibir atención prenatal y cuyo retraso haya sido por causa de la paciente misma o su familia.
- Muerte materna evitable con responsabilidad profesional: Es la muerte materna que se hubiera evitado si no hubiera ocurrido un error de juicio, de manejo o de técnica, incluyendo fallas para reconocer la complicación o evolución apropiada, precipitaciones o demoras en las intervenciones y problemas al utilizar métodos actualizados.
- Muerte materna evitable con responsabilidad hospitalaria: Es la muerte materna que se hubiera podido evitar si la mujer hubiera recibido en forma oportuna los servicios que debe prestar el hospital o la Institución como: banco de sangre, medicamentos, etc. para el tratamiento adecuado del accidente o de la complicación. También el no contar con personal capacitado en las Unidades de atención Obstétrica, y carecer de normas adecuadas para el manejo adecuado o las restricciones al acceso de mujeres embarazadas a los servicios de obstetricia.¹²

¹² ANGULO Vázquez J, ORNELAS Alcanzar J, RODRIGUEZ Arias EA, IÑIGO Riesgo CA, TORRES González LG, Loc. Cit.

3.1.6 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA DESDE UN ENFOQUE NACIONAL ESTATAL Y JURISDICCIONAL.

Las defunciones relacionadas con complicaciones durante el embarazo, parto, o puerperio, se sitúan entre las principales causas de muerte de las mujeres en edad fértil. Aun cuando se observa un descenso en los niveles de mortalidad materna, todavía constituye un problema importante de salud pública, que requiere el mejoramiento en la cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva para reducir su incidencia.

- NACIONAL.

En el ámbito nacional para el año 2000, el total de muertes maternas registradas fue de 1310, con una tasa del 6.1, de las cuales el 88.8 % fueron clasificadas como muertes obstétricas directas, ocupando el aborto el 7.6 % de estas, la preclampsia el 40 %, la hemorragia del embarazo, parto y posparto el 21.9 %, la diabetes 0.6 %, el trabajo de parto obstruido con el 0.5 %, las complicaciones del puerperio con el 9.2 %, las sepsis y otras infecciones puerperales el 3.6 %, las demás obstétricas directas con el 20 % y las causas obstétricas indirectas con 10.7 %.¹³

- ESTATAL.

En el año 2000, el estado de Michoacán, ocupó en el ámbito nacional el décimo lugar de mortalidad materna, con 44 muertes maternas, es decir el 3.3% del total de muertes maternas en el territorio nacional con una tasa del 4.3 por 100 000 nacidos vivos esperados.

¹³ INEGI, Anuario de Estadísticas por entidad federativa, México 2003, p.180

Dentro de las causas principales de muerte materna se encontraron las causas directas con el 90.9 %, el aborto con el 5 %, la preclampsia con 40 %, hemorragia del embarazo, parto y puerperio con el 22.5 %, diabetes con el 2.5 %, trabajo de parto obstruido 2.5 %, complicaciones del puerperio el 10 %, sepsis y otras infecciones puerperales 2.5 %, las demás obstétricas directas con 175 % y las causas obstétricas indirectas con un 9 %. Se puede notar un gran rezago en la disminución de las tasas tanto en el ámbito nacional como en este caso la estatal, un ejemplo de lo anterior, es que para el año 2001, el estado de Michoacán ocupó el noveno lugar, con un total de 45 muertes maternas y una tasa de 4.5, es decir el 3.5 % del total de muertes maternas en el territorio nacional.

Dentro de las principales causas tenemos que el 93.3% lo ocuparon las muertes obstétricas directas, de estas el 4.7 % se debió a abortos, 42.8 % a preclampsia, el 19 % a hemorragia de embarazo, parto y posparto, mientras que el 2.3 % se debió a trabajo de parto obstruido y complicaciones del puerperio, el 28.5 % a las demás obstétricas directas, el 6.6 % a las causas obstétricas indirectas, por otro lado no se registraron muertes maternas por diabetes mellitus, sepsis y otras infecciones puerperales.¹⁴

▪ JURISDICCIONAL

Hablando mas específicamente del panorama general de muertes maternas desde un enfoque jurisdiccional; en el periodo de 1998 al 2002 se registró un total de 13 muertes maternas, el 100 % clasificadas como muertes obstétricas directas, de las cuales el 23 % fueron a causa de las inercias uterinas, el 15.3 % por preclampsia, hemorragia posparto y afecciones del embarazo, mientras que el 7.6 % fue a causa de sepsis puerperal, aborto retenido, cardiopatía puerperal y muerte intrauterina.¹⁵

¹⁴ Id.

¹⁵ SSM, Loc. Cit.

3.2 ENFOQUE DE RIESGO PERINATAL

3.2.1 DEFINICIÓN DE RIESGO PERINATAL

El riesgo perinatal, es la posibilidad de muerte o invalidez, que puede ocurrir en el desarrollo y crecimiento del feto desde la viabilidad hasta los 28 días de vida postnatal. La definición aceptada por la OMS es la siguiente: “Es toda característica o circunstancia determinable de una persona o de un grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, está asociada a un riesgo anormal de aparición o evolución de un proceso patológico o de afectación especialmente desfavorable de tal proceso”¹⁶

El Riesgo indica una probabilidad para que se altere la salud, ya sea produciendo una enfermedad o desencadenando la muerte. En relación con la atención materno-infantil, se acepta que la probabilidad de enfermar o morir de una madre o de su hijo, esta influenciada por múltiples factores, los cuales pueden actuar independientemente o interrelacionados.

El factor de riesgo es una característica o circunstancia que puede ser detectada en un individuo o en un grupo de personas y que su presencia se asocia con una probabilidad mayor de sufrir, desarrollar o estar expuesto a sufrir una enfermedad o daño.¹⁷

3.2.2 TIPOS DE RIESGO PERINATAL

➤ Reproductivo

Es la probabilidad de enfermar o morir que puede tener la madre, el feto o el recién nacido. Es un indicador de necesidad que permite identificar a las mujeres, a las familias o comunidades más vulnerables.

¹⁶ BOTERO Jaime, Obstetricia y Ginecología, p. 165

¹⁷ Id.

Las etapas del riesgo reproductivo son las siguientes:

1. Preconcepcional: Determina los factores de riesgo que podrían producir un daño a la salud de la madre o de su hijo, en un próximo embarazo y se realiza antes de que ocurra el embarazo. Los factores de riesgo más importantes que se estudian en esta etapa son: edad, paridad, intervalo inter genésico, educación y antecedentes obstétricos.
2. Obstétrico: Clasifica los riesgos que ocurren durante el embarazo y el parto y se realiza durante estos. Prácticamente son iguales a los encontrados en la etapa preconcepcional, lo importante es corregir el problema antes del embarazo, de lo contrario el riesgo se puede incrementar.
3. Perinatal: Detecta los factores de riesgo desde la vigésima octava semana de la gestación hasta los siete días de vida neonatal. Es un concepto más evolucionado que el riesgo obstétrico, además de considerar los riesgos maternos, también predice los que le ocurrirán al fruto.¹⁸

3.2.3 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO.

Si bien el embarazo es un proceso fisiológico natural, ante el cual las mujeres pueden reaccionar de diferente manera, no son meramente los factores biológicos los que las ponen en riesgo ante este evento; en el caso del embarazo, factores de tipo económico, social, cultural, y la calidad con que se proveen los servicios de salud, juegan un papel sustancial en la evolución y resolución satisfactoria de la gestación. Hablar de todos estos factores, nos permite analizar la mortalidad materna desde un punto de vista más integrador. Los estudios realizados en el ámbito nacional mencionan que el perfil de las mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo es predominantemente de bajos recursos económicos, de alta marginalidad, baja escolaridad, poco acceso a los servicios de salud, con escaso o nulo conocimiento de sus derechos reproductivos.¹⁹

¹⁸ Id.

¹⁹ BALLESTÉ Gálvez M, Analizando la mortalidad materna en el Distrito Federal desde una perspectiva de género. 3ª Conferencia Nacional sobre mortalidad materna en México, Marzo 2004, <http://www.laneta.apc.org/foropob/boletines/balleste.doc>

❖ Factores Biológicos

La mortalidad materna alcanza sus niveles más altos en las *edades* extremas del periodo de la fertilidad, en tanto que los riesgos de muerte menores se localizan en el grupo de 20 a 24 años. A pesar de estar biológicamente capacitadas para embarazarse, las mujeres menores de 20 años aún no han completado su crecimiento físico por lo que sufren con mayor frecuencia ciertas complicaciones como la preclampsia. También son altamente riesgosos los embarazos después de los 40 años, cuando están precedidos de muchos anteriores o no hay el suficiente espaciamiento entre los hijos, lo cual puede provocar complicaciones durante las etapas de gestación, el parto y puerperio, afectaciones en la madre embarazada y en su hijo que producen alteraciones en la condición nutricional de ambos.²⁰

Al igual que la edad, los *Antecedentes Heredo familiares y Personales Patológicos* son sumamente importantes ya que el embarazo puede agravar enfermedades ya existentes en la mujer, como sucede en el caso de enfermedades cardiovasculares, hepáticas, inestabilidad mental, etc. ya que el riesgo de sufrir alguna complicación o inclusive la muerte aumenta en casos donde la mujer contó con antecedentes de este tipo. Otro factor que debe tomarse en cuenta es lo relacionado con los *Antecedentes Ginecobstetricos*, entre los que destaca el número de gestas, número de cesáreas, abortos, etc. los riesgos son mayores para el primer embarazo, y después del cuarto en cada grupo de edad de la madre, en cuanto a las cesáreas se tiene conocimiento que entre mayor sea el número de estas, y menor el periodo ínter genésico, es mayor el riesgo de sufrir complicaciones como rotura uterina, infecciones que se puedan extender al tejido adiposo subcutáneo y el peritoneo. Estas situaciones inciden en el aumento de la mortalidad materna del país.²¹

²⁰ ELU Ma. Del Carmen, Declaración de México para una maternidad sin riesgo en México, p. 8

²¹HERNÁN San Martín, Ibid, p. 619

❖ Factores Socioculturales.

El factor económico suele ser muy importante y a la vez condicionante de varias muertes maternas. El bajo nivel socioeconómico de las mujeres embarazadas puede afectarlas en diversos aspectos, como la alimentación, ya que las dietas insuficientes predisponen a las toxemias; la falta de higiene, el hacinamiento, la insuficiencia de servicios médicos en los países subdesarrollados y la falta de recursos de la misma paciente para tener acceso a dichos servicios (ultrasonido, medicamentos, estudios de laboratorio, etc)²². La clase proletaria muere en proporción mas elevada que la de nivel económico alto.

El estado civil de las mujeres fallecidas nos proporciona información útil, pues la maternidad fuera del matrimonio significa, por lo general, abandono económico de esta, la madre soltera padece mayor mortalidad que la casada.

Analizando el aspecto *ocupacional* se han experimentado múltiples transformaciones en nuestro país en los últimos 40 años uno de ellos es la creciente incorporación de la mujer en el mercado laboral, trayendo consigo también la falta de atención o cuidado hacia ella misma por el incremento ocupacional de su tiempo, así como la falta de leyes que permitan el reposo materno.²³

La falta de *educación* condena a una mujer a un bajo status social, a la ignorancia de sus derechos, restricción al mercado laboral y baja autoestima. Como es sabido, los niveles de mortalidad más bajos se asocian con los niveles educativos más altos, sin lugar a dudas, el incremento en la permanencia de las mujeres en las escuelas, mejora sus condiciones futuras de vida.²⁴

²² Ibid, p. 617.

²³ ELU Ma. Del Carmen, Una nueva mirada a la mortalidad materna en México, p.99

²⁴ Id, p. 57

Otra característica que influye de manera importante en el factor social de nuestras mujeres, es pertenecer a alguna *etnia indígena*, respecto a esto varios estudios mencionan que el riesgo de morir de estas mujeres es 3 veces mayor que el de las mujeres Mexicanas en su conjunto; En este caso los servicios de salud pueden ser percibidos como ajenos y agresivos respecto a sus creencias y prácticas culturales, y por otro lado, sufrir de cierta discriminación por el hecho de ser mujeres, ser pobres, y por ser indias.²⁵

En relación con la *Seguridad social* se sabe que vivir cerca de los servicios institucionales de salud y ser derechohabiente no garantiza la concurrencia a estos; Michoacán se mantiene como una de las entidades que recibe menos recursos por habitante para la atención a la salud de la población no asegurada.²⁶

Por otro lado los lugares mas utilizados entre 1994 y 1997 por las mujeres embarazadas que tuvieron atención prenatal fueron: las Instituciones de seguridad social (34%), las Instituciones privadas (29.4%) y las Instituciones para población abierta (29.2%).²⁷

Los riesgos a los cuales cotidianamente se enfrentan las mujeres, derivados de su condición social, permiten evidenciar los factores sociales subyacentes de la mortalidad materna.²⁸

❖ Factor geográfico

El *lugar de residencia* continua siendo un factor fundamental para el acceso a la atención durante el parto; en parte, por la disponibilidad o ausencia de servicios, pero también por otros factores vinculados con el nivel de vida de la población, que refleja nítidamente las inequidades sociales.²⁹

²⁵ ELU Ma. Del Carmen, *Declaración de Mexico para una maternidad sin riesgo*, p.99

²⁶ ELU Ma. Del Carmen. *La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala*, p.185

²⁷ INEGI, INM, *Mujeres y Hombres en México*, p. 151

²⁸ ELU: Ma.. Del Carmen, *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*, p.42

²⁹ Ibid, p. 76

En México, las mujeres que viven en municipios de alta marginación tienen 3 veces más riesgos de morir que las mujeres de los municipios de baja marginación. Asimismo, el riesgo es mayor en zonas rurales, frecuentemente de alta proporción de población indígena. En localidades con menos de 2 500 habitantes se concentran el 55 % de las muertes maternas. En el caso del Estado de Michoacán el 88 % de sus localidades tienen menos de 500 habitantes lo que dificulta el acceso a los servicios de salud.

❖ Control Prenatal

La atención prenatal es un excelente mecanismo de detección oportuna de complicaciones, dependiendo, por supuesto de su efectividad, del número de consultas, el momento en que estas se llevan a cabo, la etapa gestacional en que se inician y la calidad de la atención brindada.³⁰

Por otra parte, el hecho de que una mujer embarazada tenga un conjunto de revisiones prenatales, permite identificar algunos factores de riesgo para la mujer y el producto; sin embargo la calidad de la revisión se encuentra relacionada con el lugar donde se lleve a cabo, ya que ante cualquier complicación, dependiendo del lugar o tipo de institución donde la embarazada se atiende, se puede disponer o no de los instrumentos necesarios que permitan disminuir y controlar algún riesgo reproductivo que afecte directamente a la salud de la mujer o del producto.³¹

Estudios realizados en el país entre 1994 y 1997 mostraron que 88.4 % de los embarazos ocurridos contaron con atención prenatal. Los Estados que presentaron mayores porcentajes fueron Aguascalientes (94.2%), Chihuahua (93%), Baja California y Nuevo León (92.8% cada una) y Distrito Federal (92.6%.) En Guerrero, Oaxaca, Chiapas y *Michoacán* las proporciones de embarazos sin atención prenatal oscilaron entre 16.5 % y 23.1 %.³²

³⁰ Ibid, p. 72

³¹ INEGI, INM, Mujeres y Hombres en México, p. 151

³² Ibid, p.152

Se entiende por atención o control prenatal al conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de promover una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional.³³

La Unidad de Salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación.

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- Elaboración de Historia Clínica
- Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrado, signos de infección de vías urinarias y vaginales)
- Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración.
- Medición y registro de la presión arterial.
- Valoración del Riesgo Obstétrico.
- Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto.
- Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL.
- Determinación del Grupo sanguíneo ABO y Rh.
- Examen general de orina.
- Detección del VIH en mujeres de alto riesgo (trasfundidas, drogadictas)
- Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico
- Prescripción de medicamentos (solo con indicación médica)
- Aplicación de Toxoide Tetánico
- Orientación nutricional
- Promoción de la lactancia materna exclusiva
- Promoción y orientación sobre planificación familiar
- Medidas de auto cuidado de la salud.³⁴

³³ BOTERO J, Ibid, p. 96

³⁴ NOM 007-SSA2.Mexico 1993, p. 23

Los objetivos de la Atención prenatal están orientados hacia la disminución de la mortalidad y mortalidad materna y perinatal. Para lograrlos es necesario efectuar un control precoz, frecuente, de buena calidad y con una cobertura amplia. Entre los Objetivos principales tenemos:

- Prevenir y diagnosticar precozmente y tratar las complicaciones del embarazo.
- Disminuir las molestias propias de la gestación
- Brindar educación en salud tanto a la gestante como a su familia, con el fin de educarlos para atención del Recién nacido.
- Determinar la existencia de enfermedades maternas y fetales.
- Preparar a la embarazada para el parto.³⁵

Normatividad para un adecuado control prenatal:

➤ Atención precoz

Para que se cumpla esta condición es preciso iniciar el control desde el momento en que la madre sospecha la gestación, pero como esto casi nunca se logra, se acepta como precoz una atención prenatal que se realice antes de cumplir el primer trimestre.

➤ Frecuencia

Varía de acuerdo a los factores de riesgo, los recursos disponibles en cada región y las normas establecidas en cada país. La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, menciona respecto a la frecuencia de las citas prenatales, que la 1ª consulta deberá realizarse preferentemente en el transcurso de las primeras 12 semanas, la 2ª consulta entre la 22 y 24 semanas, la 3ª consulta entre la 27 y 29 semanas, 4ª consulta entre la 33 y 35 semanas, 5ª consulta entre la 38 y 40 semanas. La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

³⁵ BOTERO J, Ibid, p. 96

➤ Buena Calidad

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 de los resultados.)

Debe incluir aspectos y acciones relacionados con la educación, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. La posibilidad de diagnosticar problemas y tratarlos durante la gestación sólo se logra con un control prenatal eficiente.

Además, su aplicación debe tener una cobertura total con el fin de mejorar la calidad de vida de las futuras generaciones.

La Organización Mundial de la Salud. OMS, considera que un buen control prenatal es aquel que se inicia antes del tercer mes, con 8 a 12 citas de las cuales el médico debe realizar al menos la primera y participar en las siguientes.

➤ Cobertura

Para disminuir las altas tasa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, es preciso brindar el programa de control prenatal a todas las embarazadas; de no lograrse lo anterior, por lo menos se debe atender la mayoría.³⁶

❖ Parto

El parto es visto como la etapa de mayor riesgo del evento reproductivo, pues son varios los problemas que se pueden presentar y por los que las mujeres pueden morir de no llevarse a cabo una atención de calidad.

Para el año 2000 en el Estado de Michoacán *la resolución obstetrica* se distribuyo de la siguiente manera: 38 657 partos (65.8%), se realizaron 14 952 cesáreas (25.4%) y se presentaron 5 331 abortos (9%).³⁷

La Norma (007-93) recomienda limitar la proporción de cesáreas de 15 % a 20 % en relación con el total de nacimientos atendidos.

En México los partos por cesárea se han incrementado de manera importante, al pasar de 12.4 % en 1987 a 36.2 % en el año 2000, lo que es excesivo en el contexto nacional e internacional El exceso de *cesáreas* se relaciona con la mortalidad materna por complicaciones del puerperio.

³⁶ Id.

³⁷ INEGI, Estadísticas del sector Salud y Seguridad Social, 2003;19:147

Existen estimaciones de que el riesgo de mortalidad materna es de hasta 12 veces superior en parto por cesárea que en el parto vaginal.³⁸

Un numero considerable de defunciones maternas se relaciona con la operación cesárea, por ejemplo en el caso de las cardiopatías, el trabajo de parto puede amenazar la vida de la paciente, en el caso de la placenta previa esta tiene lugar en 1 de cada 200 partos generalmente se da en multíparas, en pacientes con cesáreas previas o con anomalías uterinas como miomas, en estos casos esta indicada la cesárea (marginal o implantación baja), por último, la Preeclampsia aparece en un 5 % de las mujeres embarazadas, generalmente en primigrávidas y mujeres con hipertensión o trastornos vasculares.³⁹

En cuanto al *lugar de atención* tenemos que para el año 2000 en México, 7 de cada 10 nacimientos registrados ocurrieron en clínicas u hospitales. En el ámbito estatal la cobertura de los Servicios médicos muestra grandes diferencias regionales. Por un lado en 5 de los 6 estados de la frontera Norte, Aguascalientes, DF y Jalisco, la mayor parte de los nacimientos registrados (mas del 91 %) tuvieron lugar en clínicas u hospitales. Por el contrario, en algunos Estados del Sur: Chiapas, Guerrero y Oaxaca, menos de la mitad de los partos fueron atendidos en clínicas, Centros de Salud u Hospitales.⁴⁰

Otro punto que debe ser analizado con detenimiento, es la migración que se da de mujeres para ser atendidas en los servicios de las zonas urbanas, dado que los que se encuentran en sus lugares de origen no cubren los mínimos requerimientos para garantizar la atención exitosa del embarazo.

El mejoramiento de los lugares de atención obstétrica permite reducir la mortalidad materna debida a lesiones irreversibles en el parto a causa de hemorragias, toxemias, parto obstruido o infecciones.⁴¹

³⁸ INEGI, INM, Mujeres y Hombres en México, 2003, p 158

³⁹ BERKOW R, El manual Merk, p.2043

⁴⁰ INEGI, INM, Ibid, p. 157

⁴¹ BALLESTÉ Galvez M, Loc. Cit.

Otro aspecto a tratar es con relación al *personal que atendió el parto*, el cual se ve afectado por diversos factores como errores en el diagnóstico el juicio y el tratamiento (incluyendo errores en las técnicas), y fallas en la valoración de las complicaciones o de los factores de riesgo, tratamiento inapropiado y fuera de tiempo.⁴²

Para el año 2001 se atendieron un total de 124 357 partos de los cuales el 74.2 % fueron atendidos por médicos, el 16.7 % por enfermera o partera, el 0.6 % por otro, y el 8.3 % no especificado.⁴³

Aún cuando no faltan las mujeres que paren solas gran parte de los partos son atendidos por parteras empíricas o capacitadas que generalmente no pueden o no saben identificar a tiempo signos de alarma y cuando si lo hicieron la familia no los tomo en cuenta. A veces el médico fue llamado demasiado tarde y su visita solo sirvió para firmar el certificado de defunción.⁴⁴

❖ Aborto

Según fuentes de la OMS aproximadamente el 25 % de todos los embarazos acaban en abortos provocados de los cuales la mitad se realizan en condiciones inadecuadas y mueren entre 50 000 y 100 000 mujeres cada año como consecuencia de abortos provocados; también se produce una gran carga de morbilidad asociada en forma de sepsis, hemorragia, perforación uterina, traumatismo cervical, peritonitis y abscesos pélvicos. Sabemos que en México se practican entre 500 000 y 800 000 abortos anualmente, y que muchas mujeres mueren a consecuencia de ellos. También sabemos que el aborto es la cuarta causa de muerte materna y está presente en la segunda (hemorragias), a pesar del reconocimiento que el aborto inseguro seria la causa de muerte materna más fácil de prevenir.⁴⁵

⁴² BEISCHER, *Obstetricia y Neonatología*, p.147

⁴³ INEGI, *Estadísticas del sector salud y seguridad social*, 2003, p.4

⁴⁴ ELU Ma. Del Carmen, *La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala*, 1993, p.185

⁴⁵ GIL Piedrota, *Medicina preventiva y salud publica*, p. 837

Debemos tomar en cuenta que el aborto se ve influenciado por diversas circunstancias, como su realización en condiciones precarias, en instalaciones clandestinas, que no cuenten con personal calificado y en semanas de gestación avanzadas siendo estas causas de muertes maternas; Por otro lado se ha encontrado que recurren al aborto mujeres de diferentes edades, paridad y status laboral.⁴⁶

❖ Puerperio

Actualmente el puerperio es considerado como un periodo poco conflictivo, puesto que su morbilidad y mortalidad es moderada, sin embargo esta es una apreciación reciente, pues anteriormente había sido una fase de alto riesgo obstétrico.⁴⁷ Es importante diferenciar los riesgos durante la etapa inicial del puerperio, la cual tiene una duración de 24 horas y los que ocurren después del primer día.

La hemorragia por atonía uterina, retención de la placenta o por desgarros cérvico vaginales y la ruptura uterina, constituyen la principal complicación del puerperio inmediato. Las infecciones, especialmente la endometritis y la sepsis puerperal, ocurren durante el puerperio mediato o tardío.⁴⁸

Hay que subrayar que, la infección puerperal, la hemorragia de causa obstétrica representa hoy en día la primera causa de mortalidad en el puerperio.⁴⁹

Los resultados de estudios Internacionales estiman que 21 % de la mortalidad materna se podría prevenir con la asistencia médica durante este periodo, que comprende la atención del parto y la vigilancia médica de la mujer en los 42 días inmediatamente posteriores.⁵⁰

⁴⁶ Id.

⁴⁷ DONATT Francisco, Enfermería maternal y ginecológica, p. 369

⁴⁸ BOTERO J, Ibid, p. 167

⁴⁹ DONATT F, Ibid, p. 370

⁵⁰ INEGI, INM, Ibid, p. 160

❖ Sitio y etapa del fallecimiento

Al analizar las muertes maternas de acuerdo al *momento obstétrico de la muerte* se observa una mayor incidencia durante el puerperio, lo que puede señalarse como lógico, debido a que en este periodo ocurren los fallecimientos por las complicaciones del momento del parto y/o por las deficiencias de la atención.⁵¹

Respecto al *lugar del fallecimiento*, se hacen presentes las muertes en el trayecto o por la llegada tardía al servicio de salud, principalmente en mujeres provenientes de localidades rurales, marginadas, sin carreteras, o con caminos de terracería,⁵² también se hacen presentes las muertes en domicilios de partera y Centros de Salud, ya que estos lugares generalmente carecen de recursos humanos y materiales para dar solución a problemas graves que se presentan durante los partos. Tampoco disponen de teléfono o vehículos para el traslado de las pacientes a mejores Unidades Sanitarias. Estas a su vez, no poseen la capacidad resolutoria necesaria.

Se advierte además, una adecuada comunicación entre el personal de salud y las mujeres o sus parientes.⁵³ Las *causas más frecuentes de muerte materna* continúan siendo las directas, entre las que destacan, los trastornos hipertensivos, la hemorragia, las infecciones y el aborto, mismas que son compartidas tanto por países en desarrollo como subdesarrollados.⁵⁴

⁵¹ ELU Ma. Del Carmen, Una nueva mirada a la mortalidad materna en México, p. 171

⁵² Ibid, p.104

⁵³ ELU Ma. Del Carmen, La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala, 1993, p. 185

⁵⁴ CALDERÓN Garcidueñas AL, MARTÍNEZ Salazar G, FERNÁNDEZ Díaz H, CERDA Flores R, Loc. Cit.

3.3 CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA N° 6 DE LA PIEDAD, MICHOACÁN

Tomando en cuenta que, la problemática de la mortalidad materna se ve afectada por múltiples deficiencias en la calidad de los servicios de salud, así como el acceso y la disponibilidad a estos, se abordarán algunos aspectos de los servicios de salud, así bien tenemos que para el año 2001, en el estado de Michoacán se contaba con un total de 907 unidades médicas, de las cuales 864 son unidades de consulta externa, 43 son unidades de hospitalización, de éstas, 39 son generales y 4 de especialidad.

En la Jurisdicción sanitaria No.6 de la Piedad Michoacán, se cuenta con un total de 63 unidades médicas, que representa el 6.9 % del total del estado, de estas 63 unidades medicas, 3 unidades pertenecen al IMSS, 6 unidades al ISSSTE, 20 unidades pertenecen al IMSS Solidaridad y 34 a la Secretaría de Salud.

Para el año 2002, la Jurisdicción Sanitaria de la Piedad, dependiente de la secretaria de salud, contaba con 25 centros de salud y 8 Unidades Móviles, distribuidos en sus 11 municipios, así como un hospital de segundo nivel ubicado en La Piedad, no se cuenta con unidades de tercer nivel.⁵⁵

La atención de partos de bajo riesgo generalmente se lleva a cabo en las unidades médicas, ubicadas en cada cabecera municipal, siempre y cuando se cuente con el personal capacitado y la infraestructura necesaria para dicha atención.

⁵⁵ INEGI, Anuario de Estadística por Entidad Federativa, 2003, p. 180

3.4 CARACTERÍSTICAS DE LOS MUNICIPIOS PERTENECIENTES A LA JURISDICCIÓN SANITARIA N° 6 DE LA PIEDAD, MICHOACÁN, DONDE SE REGISTRARON LOS CASOS DE MUERTE MATERNA.

La Jurisdicción sanitaria N° 6 de La Piedad, Michoacán, tiene a su cargo 11 Municipios, (Tanhuato, Yurecuaro, La Piedad, Churintzio, Tlazazalca, Zinaparo, Numanan, Penjamillo, Angamacutiro, José Sixto Verduzco y Villa Morelos). Se describirán solamente aquellos municipios en los que se presentaron muertes maternas durante el periodo que abarcó la investigación.

3.4.1 MUNICIPIO DE JOSÉ SIXTO VERDUZCO. (PASTOR ORTIZ)

Se localiza al norte del estado, limita con el estado de Guanajuato y con el Municipio de Puruandiro y Angamacutiro del mismo estado de Michoacán. Su distancia a la capital del estado es de 135 kilómetros.

El municipio se divide en 31 localidades, de las cuales 21 destacan por contar con una población mayor de 100 habitantes, entre ellas, Pastor Ortiz, que cuenta con una población mayor de 6677 habitantes aproximadamente, las otras localidades cuentan con una población que no llega a los 500 habitantes. Las otras diez localidades no llegan a 100 habitantes ocho de ellas ni siquiera llegan a contar con 50 pobladores; esta situación de dispersión de la población dificulta el otorgamiento de servicios.

La población urbana representada por el 38.2% está concentrada en dos localidades: San José Huipana y la cabecera municipal Pastor Ortiz.

La población rural es la mayoritaria en el municipio y se encuentra asentada en 24 localidades, integrándola el 61.8% del total de la población del municipio. Tiene comunicación con sus localidades por caminos de terrecería. Además se cuenta con teléfono, telégrafo, correo, servicio de taxi y autobuses foráneos.

En el municipio de José Sixto Verduzco, para el año 2000, el total de la población era de 17 104, de los cuales el 84 % son alfabetos y el 16 % restante son analfabetos; el 36.6 % de los alfabetos es de sexo masculino y el 47.4 % de sexo femenino, mientras que en el caso de los analfabetas el 6.7 % corresponde al sexo masculino y el 9.3 % al femenino.⁵⁶

3.4.2 MUNICIPIO DE LA PIEDAD

Es un Municipio ubicado al Noroeste de Michoacán colinda con los Estados de Jalisco y Guanajuato, al sur limita con los Municipios de Zinaparo, Churintzio y Ecuandureo, al Este con Numaran y al este con Yurecuaro. La población se divide principalmente en urbana (70%) y rural (30%), cuenta con aproximadamente 45 comunidades.

Cuenta con servicio telefónico particular o comercial, larga distancia y local, hay servicio de Internet, telégrafo, correo, terminal de autobuses foráneos, autopista y aeropuerto para avionetas, comunicación a las diferentes comunidades por carretera, servicios de taxi y colectivos, camiones urbanos, suburbanos de carga y autobuses diversos.

En este Municipio no se cuenta con grupos indígenas y marginados, los grupos rurales, la integran las diferentes comunidades del Municipio de La Piedad, el número de personas por vivienda varía, pero en términos generales esta entre 3 y 8 personas, actualmente la composición familiar de La Piedad es moderna, la integran solo los padres e hijos. Se ha podido comprobar que los que aportan el gasto mensual, semanal y quincenal es en general el padre y en ocasiones la madre ya que ella también trabaja o realiza alguna labor que pueda dale oportunidades. Los sueldos se utilizan primordialmente para la ganadería y en mayor proporción a la agricultura. El ingreso familiar general es de \$3 000 pesos.

⁵⁶ MARTINEZ Sandoval R, Diagnóstico de salud de Pastor Ortiz Michoacán, 2002

El 13.4 % de los habitantes no sabe leer ni escribir, mientras que el 40% solo cuenta con primaria, el 20 % con ninguna escolaridad, mientras que el 22.5 % cuenta con secundaria y solamente el 5 % de nivel profesional.⁵⁷

3.4.3 MUNICIPIO DE ZINAPARO

El Municipio de Zinaparo se encuentra situado en un pequeño valle a 1775 mts sobre el nivel del mar. Limita al norte con La Piedad, al Este con Numaran y Penjamillo y al su con Churintzio. La población se compone de 2285 mujeres y 2229 hombres.

El 50 % de la población cuenta con teléfono particular, servicio de correo, radio y televisión y con tres perifoneos ubicados en puntos estratégicos en caso de cualquier emergencia.

Los medios de transporte con los que cuenta el Municipio son camiones de tipo urbano y suburbano, servicios de taxis, que comunican a la población con los municipios colindantes por carretera.

La mayoría de las viviendas son de tipo urbano (76%) y el 24% de tipo rural, están constituida de ladrillo y piso de cemento, algunas cuentan con piso de tierra, paredes de adobe y techos de lamina o teja, se cuenta con los servicios de agua, drenaje y algunas letrinas en las zonas rurales.

El ingreso económico generalmente lo lleva el hombre, a través de las actividades del campo y la ganadería.

La escolaridad de las madres es 50% primaria incompleta, 35% primaria completa, 10 % analfabeta y 5% nivel medio superior. El 72.8% de la población se considera analfabeta

El Municipio cuenta con 4 escuelas preescolares (Kinder), 5 primarias y 1 tele secundaria.

En cuanto a los servicios de salud se cuenta con IMSS-Oportunidades y un centro de salud y 5 médicos particulares.⁵⁸

⁵⁷ TELLEZ R; Diagnóstico de salud de la Piedad Michoacán, 2002

⁵⁸ Diagnóstico de salud de Zinaparo Michoacán, 2002.

3.5 ESTRATEGIAS PARA ABATIR LA MORTALIDAD MATERNA

3.5.1. ESTRATEGIAS NACIONALES

La implementación del **Programa de salud reproductiva y planificación familiar** 1995-2000 se articuló con el proceso de descentralización de los servicios de salud, el paquete básico de los servicios de salud y con el nuevo modelo de atención a la salud a la población abierta, con lo que se garantiza el derecho a la información oportuna y a servicios con calidad a un mayor numero de mexicanos y mexicanas. En su nuevo contexto la salud perinatal, a través de sus diversos componentes tiene como misión asegurar una maternidad saludable y sin riesgos en toda la población y establecer estrategias que permitan reducir los riesgos de enfermar y morir por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.⁵⁹

Las estrategias establecidas en dicho periodo fueron:

Acciones Preventivas:

- Ampliación de cobertura de la atención prenatal: Para ampliar la cobertura de la atención prenatal se requiere promoverla entre toda la población para incrementar la demanda y la oferta en los sectores publico, social y privado.
- Campaña multimedia: La difusión de los mensajes de salud en los medios masivos constituye un elemento muy valioso en comunicación social, especialmente cuando se tiene como objetivo modificar conductas hacia procesos que son considerados normales por la población.
- Libreta de salud materno infantil: Es un instrumento de información y capacitación para que los padres participen y mejoren la condición de la salud de mujeres embarazadas y la de los menores de 5 años.

⁵⁹ SSA, DGSR, Maternidad saludable y sin riesgos, 2000, p. 34

- Participación de la sociedad civil organizada: El sector público amplió en los últimos años la cobertura y calidad de los servicios a través del fortalecimiento de las acciones en el área rural, la instrumentación del programa de ampliación de cobertura, el PROGRESA y los programas para zonas indígenas que a través de brigadas y unidades móviles han llevado información y servicios de atención prenatal a localidades con índices altos de marginación.
- Incentivos de acceso a los servicios: El Consejo nacional de salud ha establecido incentivos para promover la atención prenatal entre la población abierta (no derecho habiente de la seguridad social), estas acciones incluyen la extensión de cuotas en la atención del parto y puerperio.
- Cartilla nacional de salud de la mujer: Fue establecida por decreto presidencial en 1998, en ella se fomenta el autocuidado de la salud, precisa sobre los principales problemas de salud, facilita el seguimiento adecuado y detecta oportunamente la población de riesgo.
- Incrementando la calidad de la atención: La capacitación adecuada y permanente del personal de salud tiene como objetivo mantenerlo actualizado con énfasis en las nuevas estrategias y acciones tanto preventivas como de intervención terapéuticas,
- Control prenatal con enfoque de riesgo: Incluye estrategias para identificar y manejar oportunamente los riesgos asociados a la gestación y resolución del evento obstétrico lo que permite incrementar la calidad de la atención a la salud materna en las unidades de primero y segundo nivel.⁶⁰

Acciones de prevención:

- Capacitación en el manejo de la paciente obstétrica en estado crítico: Se estableció un programa intensivo de capacitación a médicos ginecobstetras en el manejo de las principales complicaciones obstétricas que pudieran elevar el riesgo de fallecer por afecciones maternas.

⁶⁰ Id.

- “Caja Roja” para el manejo de la preclampsia-eclampsia: En las unidades de la secretaria de salud que brindan atención obstétrica se incorporo la estrategia de la caja roja que contiene los medicamentos esenciales para la atención de pacientes con preclampsia-eclampsia y un manual de uso.
- Directorio de redes estatales de banco de sangre: En el análisis de la mortalidad materna por hemorragia obstétrica se observo que el conocimiento de la ubicación precisa de los centros de transfusión sanguínea, banco de sangre o puestos de sangrado constituye un factor de riesgo, incrementa la mortalidad por falta de sangre.
- Atención del aborto incompleto y/o sus complicaciones: Se han capacitado a mas de 1500 médicos y enfermeras en el uso de la aspiración manual endouterina, que es el procedimiento de primera elección en el manejo del aborto incompleto o complicado.
- Vigilancia de la operación cesárea: Se elaboro el lineamiento técnico para la indicación y practica de la cesárea con el propósito de disminuir la frecuencia de su practica innecesaria.
- Hospital amigo del niño y de la madre: Esta iniciativa incluye el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna, atención prenatal, atención a la adolescente embarazada, atención institucional del parto, anticoncepción post evento obstétrico, reanimación neonatal y atención del puerperio.
- Comités de estudio de la mortalidad materna y perinatal: En dichos comités se asume la responsabilidad de estudiar y prevenir las causas de muerte para contribuir a la reducción de la mortalidad materna y perinatal.⁶¹

Para reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, una de las estrategias sustantivas del Programa Nacional de Salud 2001-2006 es garantizar un arranque parejo en la vida a través de acciones que permitan asegurar una atención prenatal adecuada y un parto sin complicaciones, así como el crecimiento y desarrollo de niños y niñas con igualdad de oportunidades, desde su nacimiento hasta los dos años de vida, entre otros objetivos.

⁶¹ Id.

El **Programa de Arranque Parejo en la Vida** es uno de los programas prioritarios de esta administración pública federal, cuyo propósito se centra en mejorar la salud reproductiva de la población femenina de nuestro país y la salud de niños y niñas desde su gestación hasta los 24 meses de edad, contribuyendo de esta manera a lograr una mayor equidad en las condiciones de salud de la población. Para dar respuesta a este compromiso el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida establece un esquema de 16 acciones Básicas integradas en 4 componentes sustantivos y cuatro componentes estratégicos.

- Componentes Sustantivos:
 - Embarazo saludable.
 - Parto y puerperio seguro.
 - Recién nacido sano.
 - Niños y Niñas desarrollados integralmente.
- Componentes estratégicos:
 - Fortalecer la estructura de los servicios.
 - Desarrollo humano.
 - Monitoreo y evaluación.
 - Red social activa.

Objetivos:

- Lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como a los niños y niñas desde su gestación hasta los dos años de edad.
- Disminuir la mortalidad materna con prioridad en las regiones con mayor incidencia y número de defunciones.
- Disminuir la mortalidad neonatal e infantil y prevenir los defectos al nacimiento para reducir las diferencias entre las diversas regiones del país.
- Conjuntar los esfuerzos de sociedad y gobierno para la atención del programa de acción Arranque Parejo en la Vida.

Los **Comités de muerte materna** en el ámbito internacional han probado ser instrumentos adecuados para disminuir la mortalidad materna. El 1° de Junio del año 1971, en lo que fue el Hospital de Gineco-Obstetricia N° 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social “IMSS”, se formó el primer comité específicamente para el estudio sistemático de la muerte materna intra hospitalaria en nuestro país. Sin embargo es hasta 1989, a partir de la Reunión de Cocoyoc cuando se inicia el estudio de la mortalidad materna y perinatal por todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Con el objeto de unificar criterios y establecer un programa de estudio de la mortalidad materna y perinatal la SSA, conforme a un grupo de expertos representantes de la SSA, IMSS, Programa IMSS-Solidaridad, ISSSTE, DIF, SDN, DDF, por mencionar solo algunos.⁶²

Cuando los comités de mortalidad materna funcionan con regularidad representan una eficiente herramienta para disminuir las tasa de muerte por eventos relacionados con el embarazo, nacimiento y puerperio. (Ver anexo 1)

Se llegaron a las siguientes recomendaciones:

Para reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal en el país, se deben instalar y consolidar Comités para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal en el ámbito nacional, estatal, hospitalario y en las Jurisdicciones sanitarias de cada estado de la República.

➤ Objetivo General

1. - Conocer y reducir los índices de morbilidad y mortalidad materna y perinatal de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, por medio de la instalación de comités de prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materno y perinatal en todas las Unidades hospitalarias y en las Jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud.

⁶² ANGULO Vázquez J, ORNELAS Alcántar J, RODRIGUEZ Arias EA, IÑIGO Riesgo CA, TORRES Gómez LG,

➤ **Objetivos específicos**

1. - Establecer acciones preventivas en cada una de las Unidades de Salud de acuerdo a las principales causas de demanda de atención de salud materna y perinatal.
2. - Realizar el estudio individual para el comité jurisdiccional o de las unidades hospitalarias
3. - Mejorar la calidad de atención obstétrica y perinatal.
4. - Disponer de estadísticas comprobables sobre morbilidad y mortalidad.

Acciones:

- Establecer acciones de información educación y comunicación dirigidas a los usuarios de los servicios a fin de formar en ellos conciencia del problema y lograr su participación activa en la detección oportuna de datos de alarma y en la demanda oportuna de servicios obstétricos y/o pediátricos.
- Educar a las madres para mejorar la vigilancia del embarazo, el auto cuidado de la salud y la consecución de conductas saludables respecto a su etapa reproductiva.
- Promover la salud reproductiva, con énfasis en salud perinatal, en la problemática del adolescente.⁶³

Norma Oficial Mexicana (007-SSA2-1993) "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido"

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación de algunas practicas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.

⁶³ SSA, Manual de organización y procedimientos de los comités para el estudio de la mortalidad materna y perinatal, p.13.

Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobre vivencia materno infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

Es necesario efectuar algunos cambios en los procedimientos de la atención materno infantil que deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la norma contribuye a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señala pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y morbilidad materna e infantil atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones.

Disposiciones generales:

- La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores publico, social y privada. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.
- La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez.
- Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.
- La unidad de atención deberá de disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico el cual servirá para la referencia y contrarreferencia.
- Deberán realizarse las acciones mencionadas en el apartado referente al Control Prenatal.

- La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos:
 - Identificación, antecedente personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultado de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo.
- Toda unidad medica del segundo nivel con atención obstétrica, debe integrar y operar un comité de estudios de mortalidad materna y un grupo de estudios de mortalidad peri natal.
- Los dictámenes del comité y grupo de estudios deben incluir acciones de prevención hacia los factores y las causas que ocasionaron las muertes maternas y peri natales.

Atención del embarazo:

- Para establecer el diagnóstico de embarazo no se debe emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.
- El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvico vaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.
- La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo 5 consultas prenatales, iniciando preferentemente a las doce semanas de gestación. (Ver apartado referente a Control Prenatal.)

Atención del parto:

- A toda mujer que ingrese para atención obstétrica se le elaborara en su caso el expediente clínico, la historia clínica así como el parto grama.
- No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal ni la ruptura artificial d las membranas con el solo motivo de aprontar el parto.
- Toda unidad medica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea.
- El control del trabajo de parto normal debe incluir la verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina, el registro del pulso, tensión arterial y temperatura como minino cada 4 horas. La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales de acuerdo a la evolución del trabajo de parto, hidratación adecuada de la paciente, registro de medicamentos usados.
- Para la atención del periodo expulsivo normal se debe efectuar el aseo efectivo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.
- Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas si él médico lo considera necesario.
- Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno.

Atención del puerperio:

- Puerperio inmediato (primeras 24 horas posparto normal.)

Toda unidad medica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir: en las primeras dos horas, la verificación de la normalidad del pulso, tensión arterial, y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del y útero y la presencia de la micción. Posteriormente cada 8 horas. En las primeras 6 horas favorecer la de ambulación, la alimentación normal y la hidratación, informar a la paciente sobre signos y síntomas de complicación.

- Puerperio mediato (2º al 7º día) y tardío (8º al 42º día)

Se debe proporcionar un mínimo de 3 consultas, la primera consulta antes de que termine la 1ª semana, la tercera antes que terminar el mes y la segunda dentro de este periodo. Se vigilara la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura.

Promoción de la salud materno infantil:

- La promoción de la salud se debe llevar a cabo en la comunidad y en la unidad de salud, de los sectores publico y social y en su caso el privado estableciendo un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a las embarazadas que comprenda los siguientes temas: Importancia sobre el auto cuidado de la salud personal y familiar, importancia y beneficios del control prenatal, Orientación alimentaría y nutricional e higiene de los alimentos, Información sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia, cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención medica urgente, Signos de inicio de trabajo de parto y conducta ante los mismos.

Registro e información:

- Las instituciones y unidades de atención médica deben efectuar el registro de las atenciones a embarazadas, parturientas y puérperas mediante formatos únicos. Estos formatos deben ser llenados por el personal de salud que presta el servicio y concentrados por el personal responsable de la estadística de la unidad y de la institución.
- El certificado debe ser llenado por el médico o por la persona que atienda el parto y al recién nacido, inmediatamente después del mismo o dentro de las primeras 24 horas de ocurrido. En caso de que ninguna persona asistiera a la madre en el parto, el certificado puede ser llenado por el personal auxiliar de salud de la propia comunidad o bien los familiares deben notificar al personal de salud de la unidad más cercana para que se efectúe el registro.

3.5.2. ESTRATEGIAS ESTATALES

- PROGRAMA “INICIO SALUDABLE”, ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA.

Dicho Programa estará dirigido a brindar servicios médicos de calidad a las mujeres, durante el embarazo, parto y puerperio.

En este programa también se atenderá a los recién nacidos desde su nacimiento y vigilará su crecimiento y desarrollo hasta los dos años de edad. “Arranque Parejo en la Vida” se pondrá en marcha en 14 Municipios Michoacanos, identificados con las tasas más altas de mortalidad materna e infantil.

“La misión es otorgar servicios de Salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, la atención adecuada del parto y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres Michoacanas, así como la igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todos los niños y niñas, desde su gestación hasta sus dos primeros años de vida”.

Los resultados de estudios internacionales estiman que 21 % de la mortalidad materna se podría prevenir con la asistencia médica durante el periodo del puerperio, por otro lado en el año 2000 a nivel nacional, el promedio de consultas a mujeres en el periodo puerperal fue de 1.7, correspondiendo el mas alto a Colima, Guerrero, Puebla, Zacatecas con 2.0, seguido de Michoacán con el 1.9 y el menor a Baja California (1.3), por lo que ninguna entidad cubrió la Norma de tres consultas durante el puerperio, tal vez el bajo nivel de vigilancia médica puerperal, se puede explicar por la percepción cultural de que el embarazo, el parto y el periodo posterior a este son un proceso natural.⁶⁴

➤ COMITÉ ESTATAL PARA EL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD MATERNA

El objetivo General del Comité Estatal para el Estudio de la Mortalidad materna y perinatal, es establecer acciones específicas que contribuyan directamente a la disminución del número de casos y de las tasas de mortalidad materna y perinatal en cada uno de los estados del país y en el Distrito Federal y a su vez verificar que se realice el estudio individual por el comité jurisdiccional o de la unidad hospitalaria de todo caso de muerte materna y al menos en el 50 % de los casos de muerte perinatal que ocurran, según principios científicos que aseguren el anonimato de todas las partes involucradas.⁶⁵

3.5.3. ESTRATEGIAS JURISDICCIONALES

➤ INICIO SALUDABLE “ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA”

Estrategias establecidas para la prevención de las muertes maternas:

- Mantener actualizado el censo de embarazadas.
- Búsqueda intencionada de embarazadas en la comunidad.
- Fomentar en la población el control prenatal, atención del parto institucional y del puerperio.

⁶⁴ INEGI, INM, Op. Cit. p. 160

⁶⁵ SSA, Op.cit. p. 37

- Elevar el promedio de consultas por embarazadas a 6
- Visita domiciliaria a embarazadas insistentes o renuentes a control prenatal.
- Fortalecer el uso de la historia clínica perinatal base y del expediente clínico entre el personal de salud.
- Fomentar entre las embarazadas la utilidad del carnet perinatal.
- Fortalecer la supervisión, asesoría al área operativa.⁶⁶

➤ COMITÉ JURISDICCIONAL PARA EL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD MATERNA



Es evidente que por la falta de Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal en todas las Jurisdicciones Sanitarias se tiene una deficiente cobertura en el registro y estudio de los casos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal que ocurren en las poblaciones atendidas por las Unidades de primer nivel y en las comunidades. Esto no permite que se conozcan con exactitud las tasa de mortalidad materna y perinatal en México.

Por lo antes expuesto, es necesario incorporar a las Jurisdicciones Sanitarias al estudio sistematizado de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, para lo cual se propone la instalación de comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en todas las Jurisdicciones Sanitarias del País.

Dicho comité se encuentra ubicado en la Sede de la propia Jurisdicción Sanitaria. Está constituido por el epidemiólogo Jurisdiccional, el Coordinador de médicos en Servicio Social, la Jefa de enfermeras de la Jurisdicción y en los casos en que se cuente con ginecobstetras, pediatras, internistas u otros especialistas, estos también se integrarán al Comité.

Por otro lado, la Jurisdicción Sanitaria N° 6 de La Piedad, Michoacán, cuenta con dos comités para el estudio de la morbilidad y mortalidad materna, el que se encuentra dentro de la Propia Jurisdicción Sanitaria y el otro constituido en el Hospital Civil “Benito Juárez” de la Secretaría de Salud.

⁶⁶ Id.

Dichos comités realizan una sesión cada mes donde se llevan acabo algunas minutas de los acuerdos tomados en cada sesión, como el llenado correcto de los formatos, capacitación de médicos, etc. posteriormente cada 2 meses se envía in informe a la Ciudad de Morelia.

Este grupo tendrá como misión estudiar y dictaminar los casos de muerte materna o perinatal que ocurran en el ámbito de la Jurisdicción Sanitaria.⁶⁷

➤ COMITÉ EN HOSPITALES PÚBLICOS Y PRIVADOS

En toda Unidad hospitalaria de la Republica Mexicana perteneciente al Sistema Nacional de Salud, que atiende mujeres durante el estado grávido puerperal y a los recién nacidos, deberá establecerse un Comité de Estudio de Mortalidad Materna y Perinatal el cual estará formado preferentemente por un ginecobstetra, un anestesiólogo, un médico internista, un médico anatomo patólogo, un pediatra o neonatólogo y demás personal que intervenga directamente en la atención obstétrica y pediátrica.⁶⁸

⁶⁷ Id.

⁶⁸ Id.

3.6 PAPEL DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA FRENTE AL PROBLEMA DE MORTALIDAD MATERNA EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

3.6.1 PERFIL ACADÉMICO PROFESIONAL DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

La enfermería es una profesión que, en interacción con otras profesiones del sector salud, presta un servicio a la sociedad para el fomento de la salud, la prevención y tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de los enfermos.

La función específica de la enfermera es el cuidado a la salud, que se refiere a las acciones encaminadas a la satisfacción de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y/o a la resolución de los problemas de la salud reales o potenciales, cuando los sujetos sanos o enfermos que los presentan, no puedan resolverlos por si mismos, ya sea por carencias de información o por un impedimento físico o mental, tendiendo siempre a que los individuos o grupos logren la autosuficiencia de su cuidado.

La profesión de enfermería cubre acciones en cada uno de los niveles de atención en los campos de salud pública, atención médica y asistencia social.⁶⁹

En el primer nivel de atención:

- Actúa como enlace entre los servicios de salud y la población, ayuda a la comunidad a descubrir sus problemas de salud, a tomar conciencia de ellos y a elaborar respuestas a los mismos a través del auto cuidado.
- Ofrece cuidados durante el embarazo y parto de bajo riesgo, así mismo, valora el crecimiento y desarrollo del niño.

⁶⁹ ESEVERRI C, Enfermería Hoy. Filosofía y Antología de una Profesión; España, 1992.

- Valora las necesidades de salud de los individuos y grupos, llevando a cabo intervenciones de enfermería para el fomento y promoción de la salud y canaliza los enfermos a otros niveles institucionales para la atención médica.
- Planea y desarrolla acciones para la salud, mediante estrategias pedagógicas diversificadas y tecnologías simplificadas.

En el segundo y tercer nivel de atención:

- Valora, planea, interviene y evalúa los cuidados integrales proporcionados a la persona y a su familia.
- Participa Interprofesionalmente en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Además de la función asistencial, relacionada con el cuidado directo al individuo, familia o comunidad el egresado de enfermería asume funciones administrativas, de docencia y de investigación.
- Las funciones administrativas consisten en la organización, dirección y gestión de los servicios de enfermería que garanticen el cuidado integral de las personas; la función docente en la responsabilidad de formar y actualizar al personal de enfermería; y la de investigación, en la búsqueda de estrategias para promover por una parte el mejoramiento del cuidado y de las tecnologías de enfermería, y por la otra parte el desarrollo de los servicios de salud.

El objeto del estudio de la enfermería es el cuidado a la salud del a persona sana o enferma, en su dimensión integral, con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida.

Para cumplir con esta responsabilidad, es necesario que el licenciado en enfermería y obstetricia desarrolle habilidades intelectuales, como el análisis, la síntesis, el pensamiento crítico, la capacidad de resolver y plantear nuevos problemas, la búsqueda y el manejo de información a través de diferentes medios ; para la toma de decisiones fundamentadas en la planeación del cuidado; para el dominio de los procedimientos y tecnologías básicas del campo de la enfermería

transferible a diversas situaciones; para tener actitudes para establecer relaciones personales favorables, sustentadas en la comprensión y respeto por el otro, así como la disposición para trabajar en los proyectos colectivos de manera crítica y responsable.

El licenciado en enfermería y obstetricia se caracteriza por su capacidad para:

1. Analizar la evolución histórica y prospectiva de la enfermedad en el contexto de la atención a la salud en México, para reconocer los factores que han determinado la práctica de enfermería y ubicar su rol profesional posible en el campo de la salud.
2. Comprender los factores que condicionan la calidad de vida a fin de analizar la realidad nacional y los problemas prioritarios de salud en relación con la estructura del Sistema Nacional de Salud, para definir su participación en el desarrollo de condiciones de vida y comportamientos saludables.
3. Interpretar críticamente los programas de salud en el ámbito nacional, estatal y municipal para participar multiprofesional e inter profesionalmente en las acciones estratégicas, tácticas y operativas que deriven de los programas prioritarios en los tres niveles de atención particularmente en el fortalecimiento de la atención primaria.
4. Valorar la interacción de los factores que ponen en riesgo la salud del individuo, la familia y la comunidad en sectores específicos, para diseñar programas integrales tendientes al mejoramiento de la salud.
5. Brindar servicios de enfermería al individuo, familia y grupos sociales de alto, mediano y bajo riesgo, con base en las necesidades y respuestas humanas, en los sitios donde la persona se desarrolla o dónde acude a atender su salud.
6. Diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud, dirigidos a individuos y grupos sociales, mediante estrategias de aprendizaje que propicien la modificación de hábitos y estilos de vida para la conservación de la salud y la autosuficiencia en su cuidado.

7. Aplicar el proceso de enfermería sustentado en la teoría sobre el cuidado integral de la persona.
8. Cuidar a la persona en su salud reproductiva en las etapas pregestacional, gestacional y postgestacional con base en el proceso de enfermería y el enfoque de riesgo.
9. Aplicar, adaptar y contribuir al desarrollo de la tecnología de enfermería que se requiere para el cuidado de la persona.
10. Ejercer liderazgo para la toma de decisiones en el campo de enfermería, en la coordinación de los grupos de trabajo y la participación en la planeación de los servicios de salud.
11. Utilizar la metodología de la investigación como herramienta del conocimiento de enfermería para describir, explicar y predecir los fenómenos relacionados con el cuidado a la salud en el ciclo vital humano.
12. Aplicar las bases generales de la docencia en la información, actualización y capacitación de recursos humanos en enfermería.
13. Sustentar sus prácticas en principios éticos y bases legales de la profesión.
14. Acrecentar su cultura con un permanente deseo de superación personal y actualización profesional.
15. Participar en investigación sobre el “cuidado” de enfermería para contribuir al desarrollo del conocimiento disciplinario.
16. Sustentar su práctica profesional en principios filosóficos que guíen su manera de actuar, en la búsqueda del conocimiento de los valores y el ser, así como la consolidación de una filosofía personal de enfermería.⁷⁰

⁷⁰ UNAM, ENEO; Plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Actualización 2000, pp.9,27,28.

IV. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Describir los factores de riesgo relacionados con las muertes maternas (biológicos, socioculturales, geográficos y aspectos del control prenatal, parto, puerperio, sitio y etapa del fallecimiento, atención medica otorgada y características del formato de autopsia verbal), registradas entre el año 1999 al 2002, en los Municipios pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria N° 6 de La Piedad, Michoacán a través del instrumento de autopsia verbal.

4.2 ESPECÍFICOS

- Describir los factores de riesgo relacionados con las muertes maternas (biológicos, socioculturales y geográficos) registradas entre el año 1999 al 2002, en los Municipios pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria N° 6 de La Piedad, Michoacán a través del instrumento de autopsia verbal.
- Describir aspectos del control prenatal, parto, puerperio, sitio y etapa del fallecimiento, atención medica otorgada y características del formato de autopsia verbal), registradas entre el año 1999 al 2002, en los Municipios pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria N° 6 de La Piedad, Michoacán a través del instrumento de autopsia verbal.
- Conocer la situación específica de la Jurisdicción Sanitaria N° 6 de la Piedad, Michoacán sobre la mortalidad materna.
- Conocer las características del formato de autopsia verbal y dar a conocer sus aplicaciones en diversos casos.
- Crear estrategias acordes a las necesidades y deficiencias específicas de esta Jurisdicción, con el propósito de disminuir la incidencia de este problema.
- Otorgar por medio de este trabajo un marco de referencia y apoyo para futuras investigaciones sobre el tema.

V. HIPÓTESIS

Los factores de riesgo de Muerte Materna identificados en las autopsias verbales tienen relación con las muertes maternas ocurridas en la Jurisdicción Sanitaria No. 6 La Piedad Mich.

VI. JUSTIFICACIÓN

Si bien el embarazo es un proceso fisiológico natural, ante el cual las mujeres pueden reaccionar de diferente manera, no son meramente los factores biológicos los que las ponen en riesgo ante este evento; en el caso del embarazo, factores de tipo económico, social y cultural, juegan un papel sustancial en la evolución y resolución satisfactoria de la gestación.

Las condiciones sanitarias económicas y culturales tienen una estrecha relación con la salud del binomio madre-niño tal como sucede con cada uno de los individuos de la población. Pero en este caso hay algo diferente pues las madres están expuestas a los riesgos inherentes del embarazo, parto, puerperio y lactancia, además de los propios de su condición.⁷¹

Los factores de riesgo de morbilidad y mortalidad materna pueden ser abordados desde distintos enfoques. Describir en forma integral las muertes maternas permite detectar factores predisponentes, debilidades en las medidas preventivas y de tratamiento y lo que es más importante, establecer estrategias para abatir esta mortalidad. La autopsia verbal es el estándar de oro de dicha descripción ya que estudia la historia del padecimiento a demás permite conocer a que servicio médico acudió la mujer, en que fechas ocurrieron los acontecimientos, a que procedimientos, diagnósticos y de tratamiento fue sometida y cuales fueron los resultados, entre otros aspectos.⁷² Por tales motivos se opto por describir de manera mas profunda el fenómeno de la mortalidad materna utilizando como base los datos obtenidos en la autopsia verbal.

⁷¹ HERNÁN San Martín, Tratado general de Salud en las sociedades humanas, p. 617

⁷² CALDERÓN Garcidueñas AL, MARTÍNEZ Salazar G, FERNÁNDEZ Díaz H, CERDA Flores R, Mortalidad materna hospitalaria: causas y concordancias en el diagnóstico clínico y el de la autopsia en el centro medico del noreste del IMSS, México, Revista Ginecología y Obstetricia de México 2002; 70: 95

VII. METODOLOGÍA

7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente Investigación fue de tipo **descriptivo** la cual permitió conocer las características de la población, la magnitud del problema, los factores asociados, así como los eventos epidemiológicos, sociológicos, educacionales y administrativos.

En esta investigación se describen los hechos o fenómenos los cuales va enfocado a la comprobación de la hipótesis planteada. Otorga las bases para otros estudios descriptivos y plantea la posibilidad de hipótesis que conduzcan a otras investigaciones.

En cuanto al tiempo de ocurrencia fue de tipo **retrospectivo** ya que se estudiarán los hechos ocurridos en el periodo (1999-2002.)

Según la secuencia del estudio es de tipo **transversal** ya que se hizo un corte en el tiempo y se estudio del efecto a la causa.

La investigación se resume mediante la descripción de las narraciones.

Se expusieron los datos de manera **cuantitativa**, ya que la información es empírica, (de cosas o aspectos que se pueden contar, pesar o medir) y objetiva y que por su naturaleza arroja resultados susceptibles de ser cuantificables.⁷³

En este sentido la investigación presente se baso en un instrumento de recolección de datos denominado Autopsia Verbal, el cual esta constituido por preguntas abiertas y cerradas; la información obtenida apporto elementos susceptibles de ser descritos.

Cabe destacar que los datos recolectados son factibles de ser analizados en forma cualitativa para futuras investigaciones.

La muestra se selecciono con base en los reportes de defunciones registradas en el periodo de estudio.

⁷³ NAMAUFOROOSH M, Metodología de la investigación, p. 131

7.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como parte del diseño metodológico es necesario determinar el método de recolección de datos y el tipo de instrumento que se utilizará.

➤ Autopsias de tipo verbal

La OMS define la autopsia verbal como un proceso concebido para facilitar la identificación de las defunciones maternas, cuando la certificación medica es insuficiente, es decir, para distinguir las defunciones maternas de las que no lo son, mediante la reconstrucción de los eventos que rodean a los fallecimientos acaecidos en la comunidad. Los componentes esenciales de las autopsias verbales son la entrevista a los familiares y vecinos de las personas fallecidas.⁷⁴

La autopsia verbal contiene una sección de preguntas abiertas donde se registra la historia del padecimiento, interesa conocer en especial a que servicios médicos acudieron las mujeres, en que fechas ocurrieron los acontecimientos, a que procedimientos, diagnósticos y de tratamiento fue sometida y cual fueron los resultados, en esta sección es importante que el entrevistador anote los datos tal y como los menciona el o la entrevistada, que haga preguntas intencionadas, buscando información clave que facilite identificar las características de la atención asociadas a la muerte y por último el entrevistador debe evitar recurrir a interpretaciones.

La autopsia verbal se completa con preguntas específicas, organizadas en un cuestionario estructurado cerrado.

⁷⁴ SLOAN Nancy L, LANGER A, HERNÁNDEZ B, ROMERO M, WINIKOFF B, Etiología de la mortalidad materna en los países en desarrollo: ¿Que valor tienen las autopsia verbales?, consultado en Marzo 2004 en [http://www.who.int/docstore/bulletn/digests/spanish/number6/\(6-5\)89-94.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletn/digests/spanish/number6/(6-5)89-94.pdf).

La correcta aplicación de la autopsia verbal es de suma importancia por lo que se deben seguir las siguientes recomendaciones:

- ❖ Los casos deben captarse a través de los certificados de defunción en los que se menciona como causa básica, asociada a la muerte materna.
 - ❖ La entrevista debe ser efectuada preferentemente por personal de enfermería o de trabajo social previamente capacitado.
 - ❖ El entrevistado debe ser la persona que convivió más tiempo con la fallecida durante su enfermedad.
 - ❖ Debe haber un proceso de validación de la información a través de los expedientes médicos hospitalarios.
 - ❖ Se recomienda como momento ideal para la encuesta entre 15 días a tres meses después de la muerte. El efectuarla muy cerca del deceso puede ocasionar respuestas influenciadas por aspectos emocionales, por otro lado, si se realiza tardíamente existe el riesgo de que el entrevistado olvide información relevante.
 - ❖ El procedimiento más trascendente de la autopsia verbal es precisamente su análisis, la identificación de fallas de la atención y la implementación de medidas correctivas, por lo que cada autopsia verbal debe ser analizada formalmente en los comités de mortalidad materna de las unidades de adscripción y de las que otorgaron la atención durante la enfermedad y en su revisión deben estar involucrados todos aquellos que intervinieron en dicha atención. (Ver Anexo 2)⁷⁵
- Certificados de defunción.

Estos formatos constituyen la fuente primaria de datos con los que se elaboran las estadísticas nacionales de mortalidad, estas representan un instrumento imprescindible en la planeación, desarrollo y evaluación de los programas de salud, sus funciones son de tipo legal, epidemiológico y estadístico.⁷⁶

⁷⁵ Id.

⁷⁶ EPIDEMIOLOGIA, CENTRO MEXICANO PARA LA CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES, La certificación médica de las causas de muerte materna, p.6

- Diagnósticos de salud de las comunidades pertenecientes a dicha Jurisdicción.

Es un instrumento que nos ayuda a orientar las acciones a seguir, ya que nos otorga información sobre el panorama y características de una comunidad y que otorga datos demográficos de morbilidad y mortalidad, factores condicionantes del nivel de salud de la población y los recursos y servicios con que cuenta dicha comunidad.

Los instrumentos anteriormente mencionados fueron proporcionados por la jurisdicción sanitaria de manera confidencial.

7.3 DEFINICIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE LAS AUTOPSIAS VERBALES.

- ❖ Municipio de residencia.

Toda muerte materna registrada con residencia en cualquiera de los municipios pertenecientes a la jurisdicción sanitaria No. 6 La Piedad Michoacán (Tanhuate, Yurecuaro, La Piedad, Churintzio, Tlazazalca, Zinaparo, Numaran, Penjamillo, Angamacutiro, José Sixto Verduzco o Villa Morelos).

- ❖ Edad.

Toda mujer embarazada que haya fallecido, entre los 13 y 45 años.

- ❖ Derechohabiencia.

Toda mujer embarazada que haya fallecido, y cuente con cualquier tipo de seguro (IMSS, ISSSTE, SSA.)

- ❖ Ocupación.

Toda mujer embarazada que haya fallecido sin importar la actividad que realizaban.

- ❖ Escolaridad.

Toda mujer embarazada que haya fallecido sin importar el grado de conocimientos.

- ❖ Estado civil.

Toda mujer embarazada que haya fallecido estando casada, soltera o viuda.

❖ Perteneciente a etnia indígena.

Toda mujer embarazada que haya fallecido y pertenezca o no a cualquier grupo étnico.

❖ Antecedentes heredo familiares.

Se anotaran los trastornos que tienen posibilidades de haber sido heredados a la paciente (diabetes, hipertensión arterial, enfermedades siquiátricas, embarazos gemelares, hemoglobinopatía), al lactante (sordera, ceguera, embarazos gemelares, trastornos cromosómicos o metabólicos), o a los dos.

❖ Antecedentes personales patológicos

Deberán registrarse todos los trastornos con mayor relevancia:

(Alergias, enfermedades cardíacas, hipertensión, enfermedades renales, trastornos del SNC, en particular epilepsia, psicosis, enfermedades gastrointestinales o metabólicas, trastornos tiroideos y diabetes, transfusiones sanguíneas y rubéola) además, es necesario anotar los medicamentos que este tomando la paciente.

En cuanto a los datos quirúrgicos se anotaran en particular las cirugías abdominales o pélvicas lo mismo que las cardíacas y también las lesiones traumáticas experimentadas. Por otra parte se obtendrán datos socioeconómicos importantes, sobre la integración familiar y sus condiciones de vida, es necesario determinar el consumo de alcohol y la dependencia de sustancias.

❖ Antecedentes ginecobstétricos (# gestas, # abortos, #partos, etc.)

Son importantes los antecedentes de enfermedades venéreas así como los trastornos previos como citologías anormales, infertilidad, y cirugías ginecológicas.

Deben obtenerse detalles precisos acerca de todos los embarazos previos (no solo de los recién nacidos vivos), mencionando el año, la duración de la gestación, la duración del trabajo de parto, naturaleza del parto y su resultado, así como el sexo y peso del recién nacido; además de complicaciones durante el embarazo el trabajo de parto y el puerperio. Se obtienen a continuación los antecedentes del embarazo actual que incluyen un interrogatorio cuidadoso por aparatos y sistemas. De importancia particular son la fecha de última regla, la fecha de percepción de los primeros movimientos del feto y el uso de métodos anticonceptivos anteriores.

❖ Control prenatal.

Se entiende por atención o control prenatal al conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de promover una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional.⁷⁷

❖ Persona que llevó el control prenatal.

Los cuidados prenatales suelen llevarse acabo por personal capacitado (enfermeras, parteras y médicos)

❖ Mes de inicio del control.

La primer consulta prenatal se debe producir tan pronto como se sospeche el embarazo, cada 4 semanas hasta la 28ª semana de embarazo, cada 2 semanas de la 28ª a la 36ª semana y semanalmente hasta el parto. Cada 3 días si el embarazo supera las 41 semanas.

❖ Exámenes durante el embarazo.

Deberá llevarse acabo una serie de pruebas de laboratorio como examen general de orina, hemograma, electrolitos séricos, grupo sanguíneo, VDRL, frotis y cultivos para otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), prueba de Coombs indirecta, títulos de anticuerpos para la Rubéola y Hepatitis B, detección de VIH (con consentimiento.)⁷⁸

❖ Parto

Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento. Se considera parto normal si el niño nace dentro de las 12 horas de ingreso al hospital por vía vaginal, a través de los esfuerzos maternos y sin lesión para la madre y el niño. Por otro lado el parto se considera anormal o complicado si su duración excede 12 horas, si el niño nace por cesárea o vía vaginal, pero por medio de los esfuerzos del medico, o cuando hay algún tipo de traumatismo secundario a la experiencia.⁷⁹

⁷⁷ BOTERO J, Op. Cit. p. 96

⁷⁸ DIDONA A. N, Enfermería maternal, p. 99

⁷⁹ KIERAN O, Asistencia activa en el parto, p. 12

❖ Lugar de atención del parto.

La atención del parto debe de realizarse preferentemente en unidades de salud que cuenten con toda la infraestructura necesaria para una adecuada atención obstétrica.

❖ Personal que atendió el parto.

La atención del parto deberá llevarse acabo por personal calificado (parteras, enfermeras y médico.)⁸⁰

❖ Parto inducido / espontáneo.

La inducción del trabajo de parto consiste en la estimulación del útero para provocar contracciones antes del comienzo espontáneo del trabajo de parto. Se define al parto espontáneo como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal, sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.⁸¹

❖ Complicaciones durante el parto.

Un parto difícil puede relacionarse con diversas anomalías que evitan o desvían el curso normal del trabajo de parto y del parto tales complicaciones pueden ser: distocias, traumatismos de la placenta, hemorragias, desproporción céfalo pélvica, mal posición y mal presentación, inversión uterina, etc.

❖ Cesárea

La cesárea es una operación abdominal realizada para extraer un bebe cuando el parto vaginal no es posible o es peligroso, a través de una incisión quirúrgica.

❖ Indicaciones para cesárea

Si la salud de la madre o del bebé esta en riesgo si el embarazo continúa, o el parto vaginal puede ser imposible o peligroso, mala posición o mal presentación del producto (pélvico, podálico, etc.), disminución de la actividad uterina, paro de

⁸⁰ Id.

⁸¹ DIDONA A. N, Op. Cit. P. 237

la dilatación, DCP (desproporción céfalo pélvica), embarazos múltiples, sufrimiento fetal agudo, preeclampsia, etc.

❖ Aborto

Es la expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semana de gestación. El aborto puede ser espontáneo o inducido.

Un aborto espontáneo es denominado por muchos mal parto, se produce sin intervención externa, la mayoría de los cuales se produce antes de la 12ª semana de gestación. El aborto inducido es la terminación deliberada del embarazo, de manera que asegure que el embrión o feto no sobrevivirá.⁸²

❖ Complicaciones durante el aborto.

Cuanto más avanzada sea la gestación, mayor será la posibilidad de hemorragia, se puede desarrollar sepsis, salpingitis y sinequias intrauterinas o infertilidad, perforación de la pared uterina, perforación del intestino y la vejiga, formación de fístulas, choque séptico, tromboflebitis, coriocarcinoma, embolización séptica, etc.⁸³

❖ Puerperio.

Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días. Deberán realizarse como mínimo 3 consultas durante este periodo.⁸⁴

❖ Tipo de complicaciones durante el puerperio.

Pueden ser las hemorragias y hematomas, enfermedad trombo embolica, infección de heridas obstétricas, infección puerperal, mastitis puerperal, etc.⁸⁵

7.4 UNIVERSO DE TRABAJO

⁸² Ibid, p.138

⁸³ DECHERNEY A, Diagnóstico y tratamiento Ginecobstétrico, p. 378

⁸⁴ NOM 007-SSA2.Mexico 1993, p. 19

⁸⁵ DONATT F, Op. Cit, p. 403

Se tomó como Universo de Trabajo, a todas las mujeres que fallecieron durante el periodo 1999 – 2002 por causas maternas, en la Jurisdicción Sanitaria N° 6 de la Piedad Michoacán.

7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Toda Muerte materna que haya contado con autopsia verbal y Certificados de Defunción, que hayan sido registradas en la Jurisdicción Sanitaria No. 6 en el periodo de 1999- 2002 y que por su residencia pertenezcan a municipios de dicha jurisdicción.

7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Muertes maternas que no contaron con autopsia verbal, que no pertenecieron al área de influencia de la Jurisdicción Sanitaria No.6 y que se encontraron fuera del tiempo de estudio.

7.7 MUESTRA

Se analizaron 7 muertes maternas registradas en los Municipios pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria N° 6 de La Piedad Michoacán, en el periodo de 1999 al 2002.

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre 1999 y 2002 se pudo apreciar un estancamiento en las tasas de mortalidad materna registradas en la Jurisdicción Sanitaria N° 6, manteniéndose una tasa de 3.0 durante los años 1999-2001, la cual finalmente lejos de descender, aumentó al 4.3 para el siguiente año (2002.)

En este periodo, se presentaron un total de 9 muertes maternas, en municipios pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria N° 6 de la Piedad Michoacán, según datos de la misma Jurisdicción; de las cuales se analizaron 7 casos, debido a que una no pertenecía al área de influencia de dicha Jurisdicción y la otra no contaba con el formato de autopsia verbal.

Se realizó un análisis descriptivo, con enfoque cuantitativo. Se analizaron de manera específica cada uno de los casos de muerte materna ocurridos en el periodo 1999-2002, en los Municipios pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria N° 6 de La Piedad, Michoacán a través de los formatos de autopsia verbal, encontrándose en dicho análisis, algunos factores de riesgo que resultaron relevantes y que están íntimamente relacionados con dichos fallecimientos, dicho análisis se llevo a cabo con el propósito de no dejar factores de riesgo sin tomar en cuenta. Cabe mencionar que la descripción de cada caso da pauta para realizar una investigación cualitativa y de esta manera ver con más detalle los acontecimientos y no solo de una manera meramente numérica o de estadísticas, sino ir más allá y darnos cuenta de los detalles de estas lamentables muertes. (Ver Anexo 9)

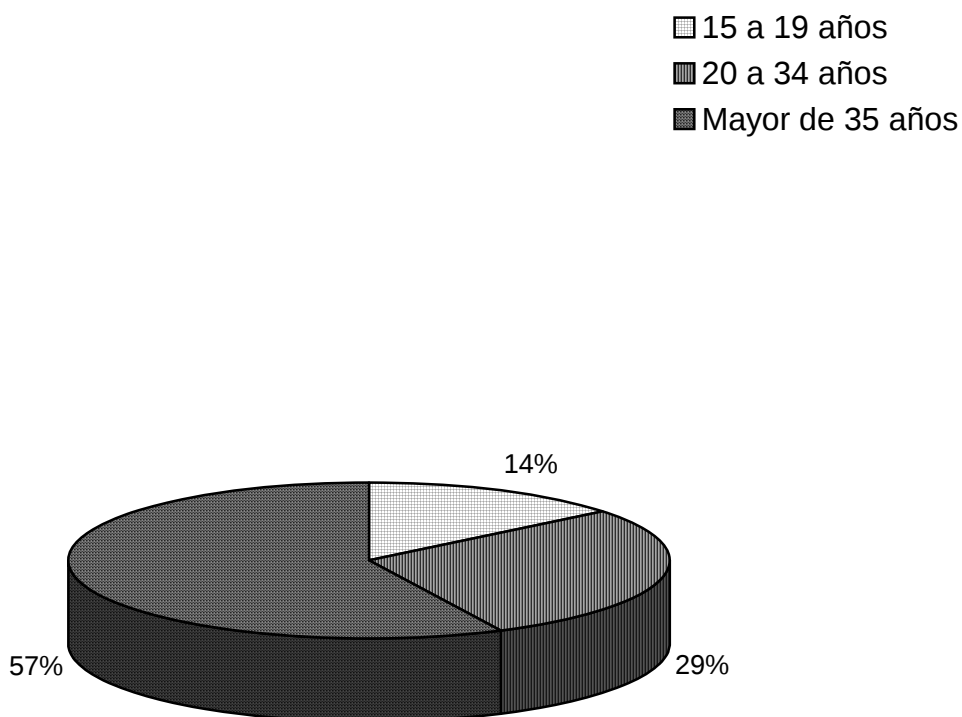
Para el análisis cuantitativo, se efectuó una categorización de los factores de riesgo encontrados en las autopsias verbales y Certificados de defunción, y a su vez se analizaron los resultados con los datos existentes en la literatura referente a dichos factores, los cuales se agruparon de la siguiente manera (Factores biológicos, socioculturales, geográficos, control prenatal, parto, puerperio, sitio y etapa del fallecimiento, atención medica otorgada y características del formato de autopsia verbal). (Ver Anexo 3)

8.1 FACTOR BIOLÓGICO

Para obtener el factor biológico de las mujeres fallecidas se tomó en cuenta la edad, sus antecedentes heredo-familiares, los personales patológicos y los antecedentes ginecobstetricos. Se pudo apreciar que los datos obtenidos guardan relación con la información mencionada en la literatura respecto a que la mortalidad materna alcanza sus niveles más altos en las edades extremas del periodo de la fertilidad, en este sentido se encontró que el 57 % de las mujeres fallecidas pertenecía al grupo de mas de 35 años; y por el contrario las mujeres menores de 20 años, sufren con mayor frecuencia ciertas complicaciones, encontrándose en este grupo de edad solo un fallecimiento (14 %), el 29 % restante pertenece al grupo de edad ideal para procrear, (grafica N° 1).

EDAD DE LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 1



TOTAL: 7

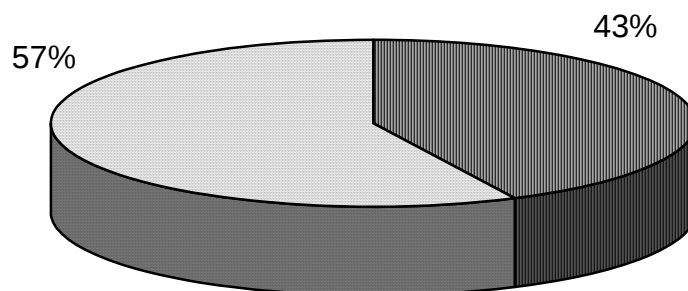
FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6 La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

Hablando de los antecedentes heredo-familiares, es importante señalar que 4 de los 7 casos estudiados, es decir el 57%, contaba con alguno de estos, ya sea de tipo Cardiacos, Diabetes o Hipertensión; los cuales en algún momento pudieron haber sido condicionantes para cualquier complicación. Ahora bien el 43% restante no contó con ningún tipo de antecedente.(grafica N° 2)

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 2

■ Sin antecedentes
□ Con antecedentes



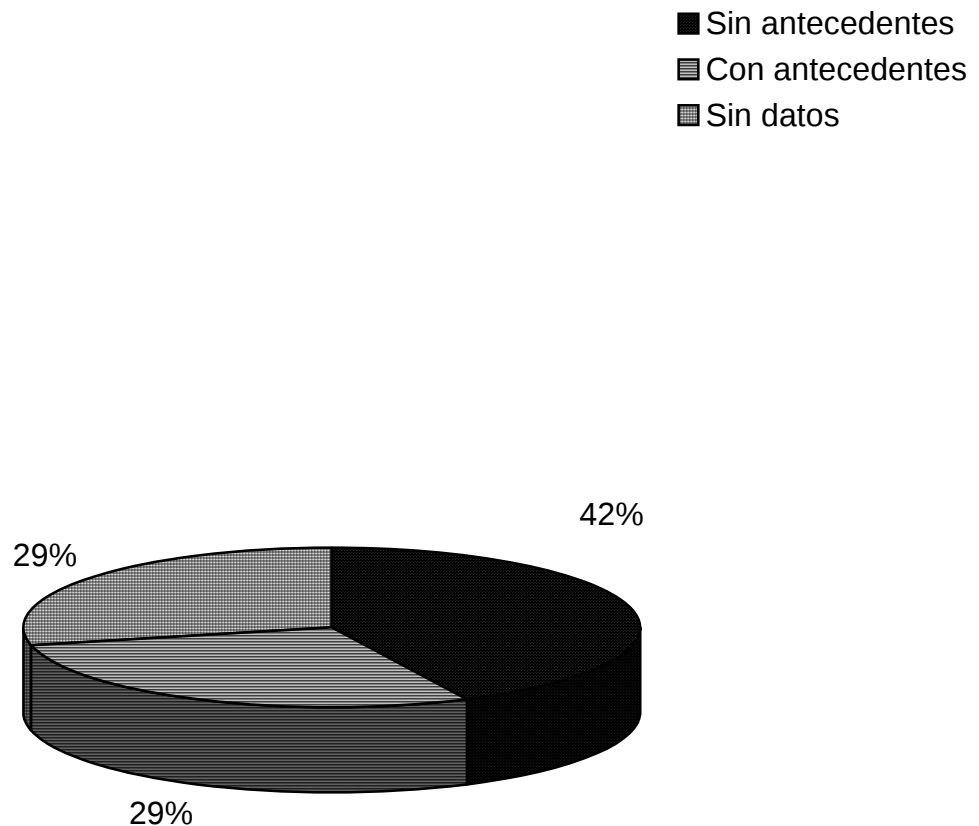
TOTAL: 7

FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6 La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

Respecto a los antecedentes personales patológicos se encontró falta de información de los casos en el 29%, mientras que 2 mas no contaron con este tipo de antecedente (29 %), por último, el 43 % restante, si presentaron antecedentes de hipertensión arterial y varices uterinas, en el cual se sabe, que el riesgo de sufrir alguna complicación o inclusive la muerte aumenta considerablemente,(grafica N° 3).

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS DE LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 3



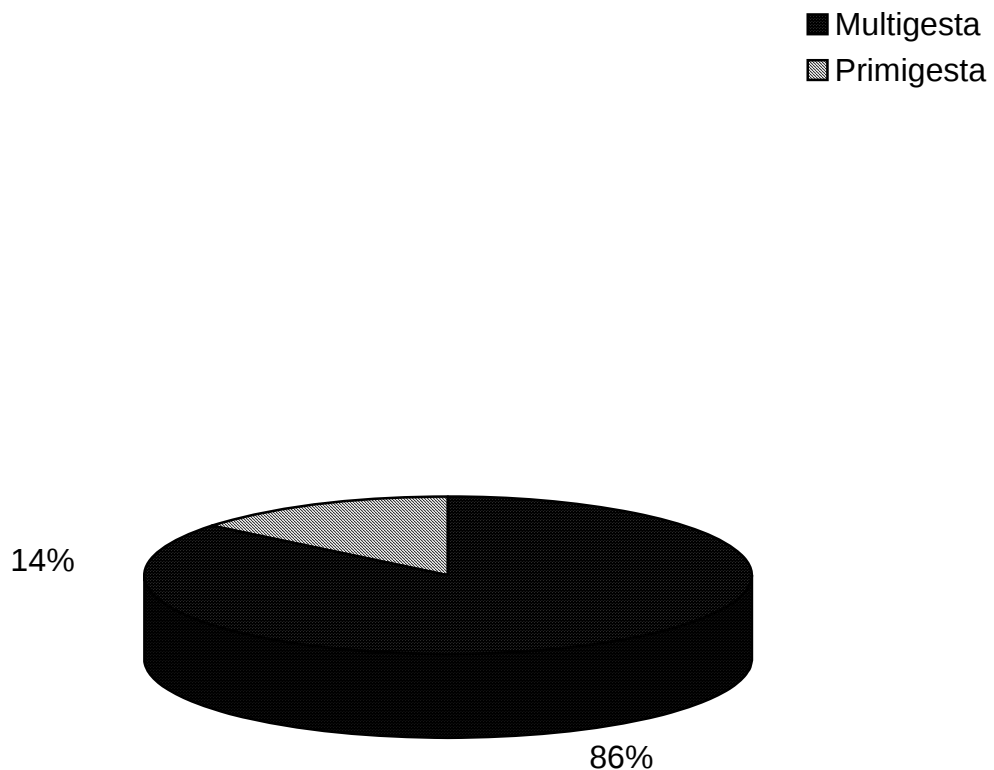
TOTAL: 7

FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6 La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

Parte importantísima del factor biológico, son los antecedentes ginecobstetricos; respecto al numero de embarazos, se obtuvo que la gran mayoría (86%) eran multigestas y solo el 14 % primigestas. Un dato importante es que dentro de las multigestas, hubo dos de ellas que cursaban ya con su sexta y quinta gesta, lo cual no s indica que no solamente el ser madre primigesta puede ser factor de riesgo , sino también el rebasar la cuarta gesta , como lo menciona la literatura. (grafica N° 4).

**ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS DE LAS MUJERES FALLECIDAS
(NUMERO DE EMBARAZOS)**

GRAFICA N° 4



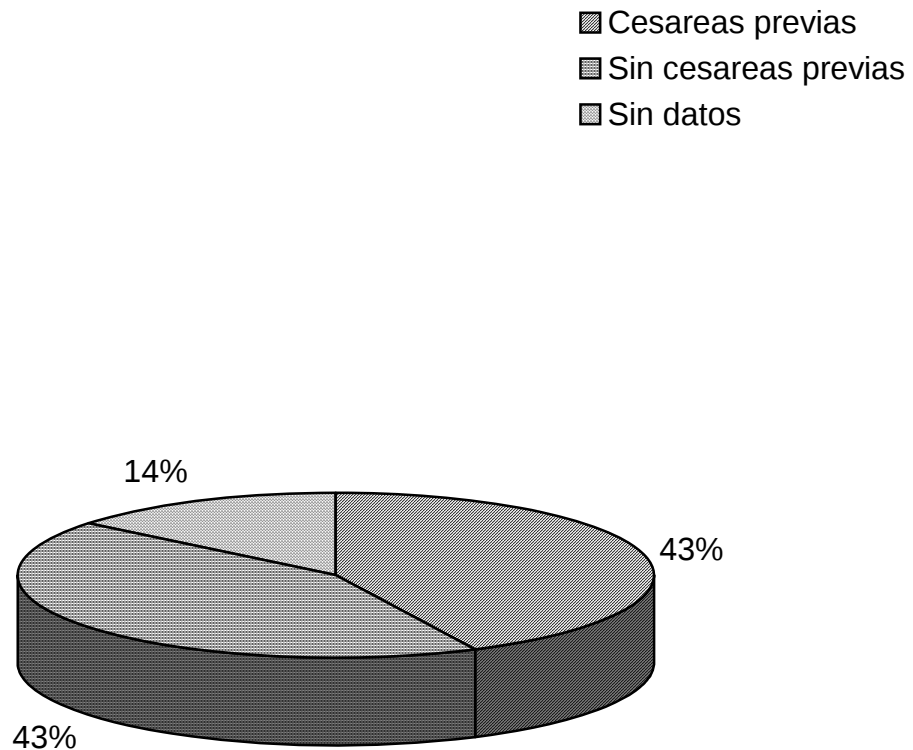
TOTAL: 7

FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6 La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

En cuanto a los antecedentes de cesáreas previas, se encontró que el 43 % no contó con dicho antecedente, mientras que el mismo porcentaje si tenía antecedentes de haberse realizado por lo menos una cesárea, en este aspecto es importante señalar que según la literatura el riesgo de sufrir complicaciones durante el parto, aumentará entre mayor sea el numero de cesáreas y menor el periodo intergenésico, (grafica N°5).

**ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS DE LAS MUJERES FALLECIDAS
(CESAREAS PREVIAS)**

GRAFICA N° 5



TOTAL: 7

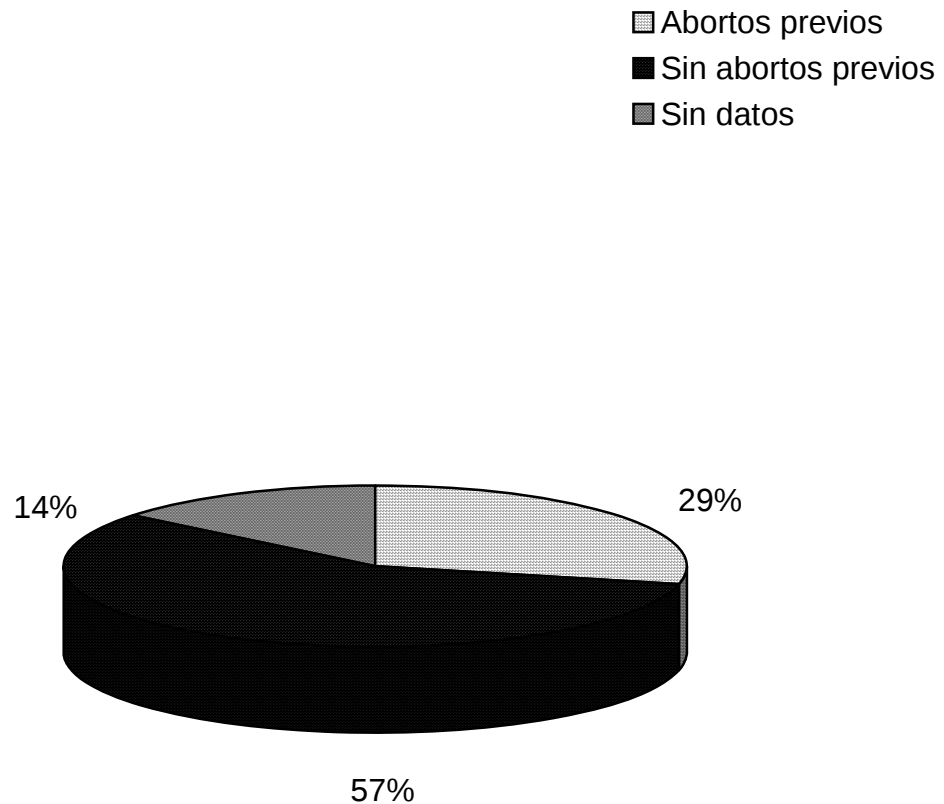
FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6 La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

Por último, haciendo mención al aborto, tenemos que el 57 %, no contó con antecedentes de esta índole, no así el 29 %, quien si lo presento; el 14 % no contó con ningún dato. Lo anterior resulta importante, puesto que las complicaciones secundarias al aborto son causa importante de morbilidad y mortalidad materna, (grafica N° 6)

ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS DE LAS MUJERES FALLECIDAS

(ABORTOS PREVIOS)

GRAFICA N° 6



TOTAL: 7

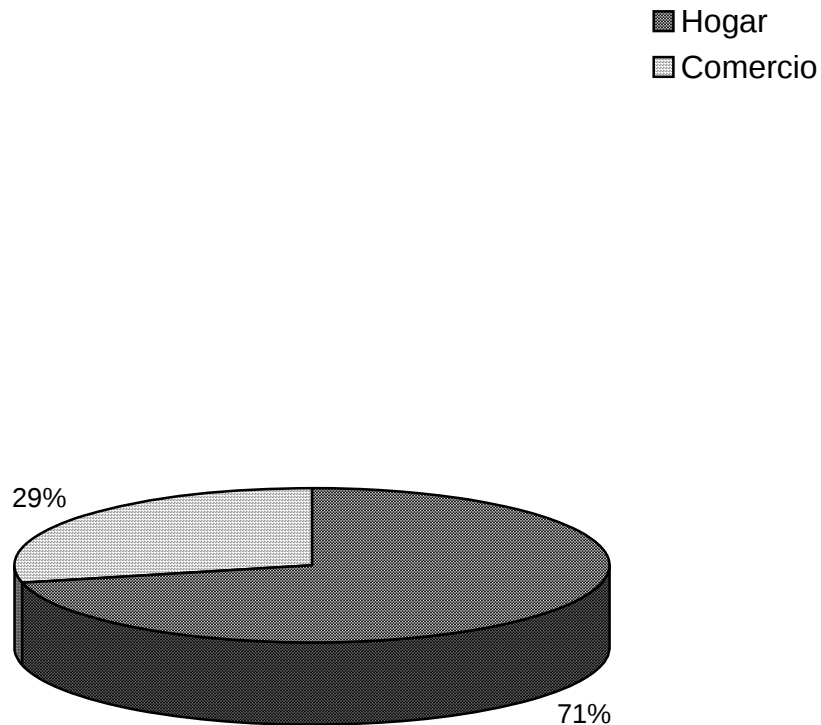
FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6
La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

8.2 FACTOR SOCIOCULTURAL

Con el propósito de conocer el siguiente factor, se analizaron diversos puntos, como lo fueron, la ocupación de la fallecida, la escolaridad, el estado civil, el tipo de población (pertenencia a etnia indígena), así como su derechohabiencia a algún tipo de seguridad social, arrojando el siguiente perfil de las fallecidas; En cuanto a la ocupación, la literatura mencionó un incremento de las mujeres en el mercado laboral, contrario a esto, el análisis mostró que la población en estudio es de predominantemente ama de casa (71%), en este aspecto es importante resaltar que las actividades realizadas por las amas de casa de esta población, son igualmente absorbentes que las que se encuentran en el mercado laboral, ya que implica también actividades del campo, trayendo consigo la falta de atención o cuidado hacia ellas mismas por el incremento ocupacional de su tiempo así como el estar expuestas a múltiples riesgos,(grafica N° 7).

OCUPACIÓN DE LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 7



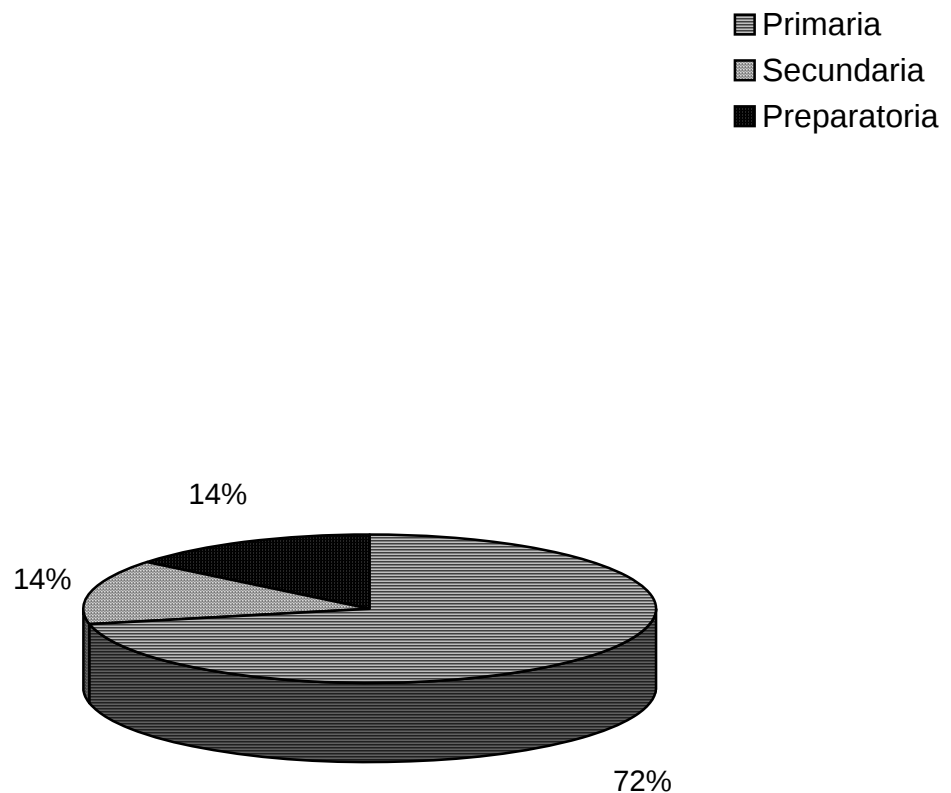
TOTAL: 7

FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6 La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

Respecto a la escolaridad se mostró que el 72% contó con un nivel académico bajo (primaria), cabe recordar en este contexto, que la falta de educación condena a la mujer a un bajo status social, a la ignorancia de sus derechos, restricción al mercado laboral y baja autoestima, así mismo la relación porcentual entre la educación secundaria y preparatoria fue de 14 % respectivamente; donde los niveles educativos mas altos, se asocian con los niveles de mortalidad mas bajos, (grafica N° 8).

ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 8



TOTAL: 7

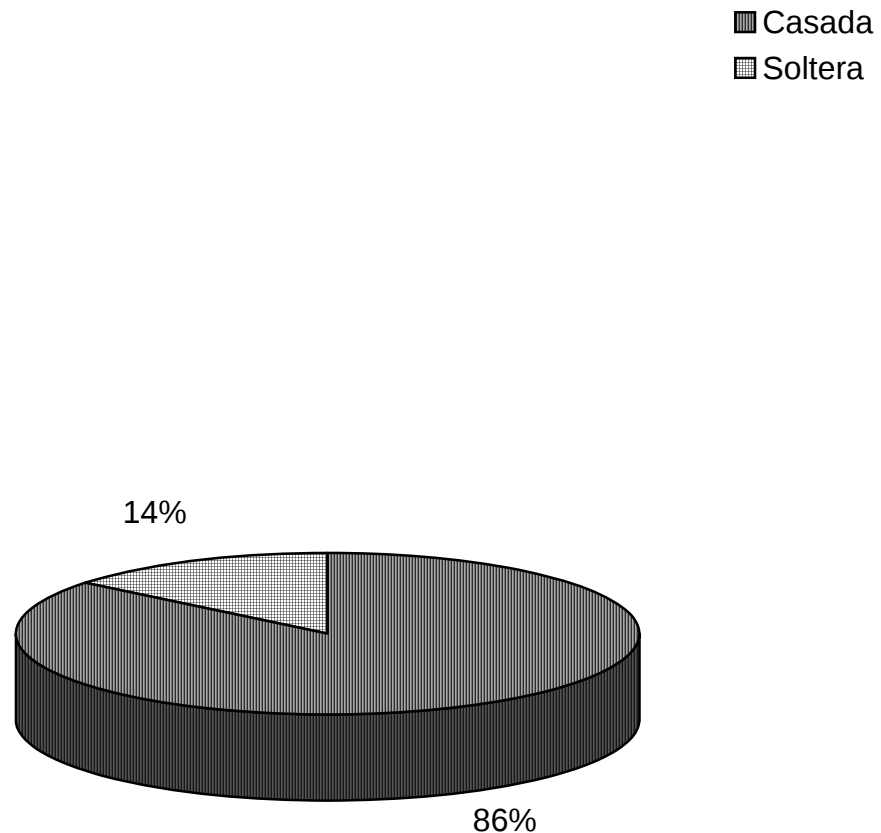
FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6

La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

Por otro lado, se encontró que el estado civil no fue un factor condicionante en las muertes maternas, ya que contrario a lo mencionado por la literatura, la mayoría de las fallecidas eran casadas (86 %) y solamente el 14 % era soltera, respecto a esto la literatura señala que la madre soltera padece mayor morbilidad y mortalidad que la casada respecto a que la maternidad fuera del matrimonio significa por lo general abandono económico de esta; (grafica N° 9)

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 9



TOTAL: 7

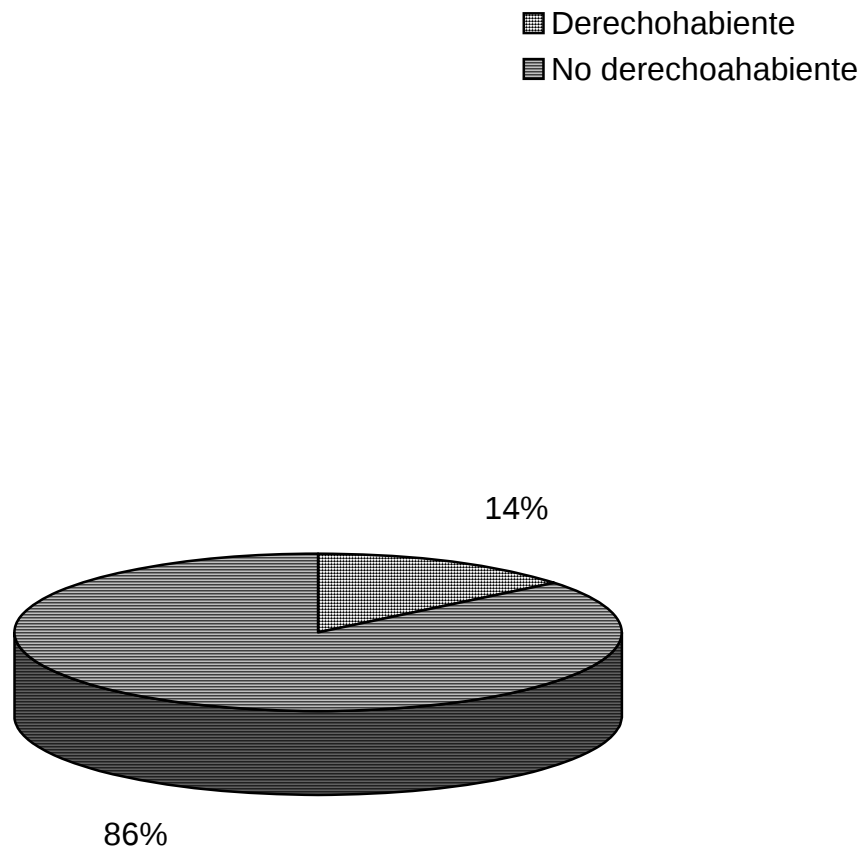
FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6

La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

Respecto al tipo de población, ninguna de las fallecidas pertenecía a etnia indígena, por lo tanto no se considero un factor de riesgo; Finalmente en lo que respecta a la seguridad social se estima que únicamente el 14 % contó con dicha prestación, mientras que la mayoría de las fallecidas (86 %) se encontraba dentro de la población abierta (SSA), careciendo así, de suficientes recursos, ya que Michoacán es una de las entidades que menos apoyo reciben para la atención a la salud de la población no asegurada, (grafica N° 10).

DERECHOHABIENCIA DE LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 10



TOTAL: 7

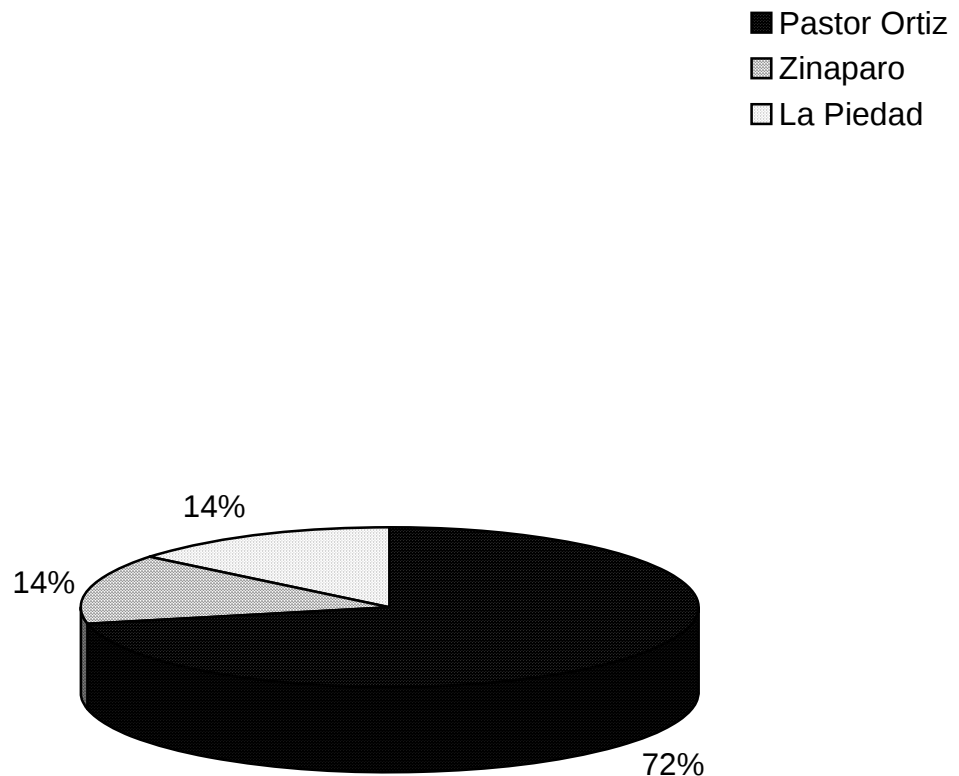
FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6

8.3 FACTOR GEOGRAFICO

En este apartado, únicamente se analizó el municipio de residencia, donde es importante señalar que un gran porcentaje de las fallecidas pertenecían al Municipio de Pastor Ortiz (72 %), el cual es señalado por sus características y por su población que maneja (menor a 20 000 habitantes) como un municipio de tipo rural, esto nos indica gran concordancia con los datos manejados en la literatura, respecto a que las mujeres que viven en municipios de alta marginación, tienen 3 veces más riesgo de morir que las mujeres de los municipios de baja marginación, así mismo, el riesgo es mayor en zonas rurales. En los municipios de Zinaparo y la Piedad se registró el 14 % de los fallecimientos, respectivamente,(grafica N° 11).

MUNICIPIO DE RESIDENCIA DE LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 11



TOTAL: 7

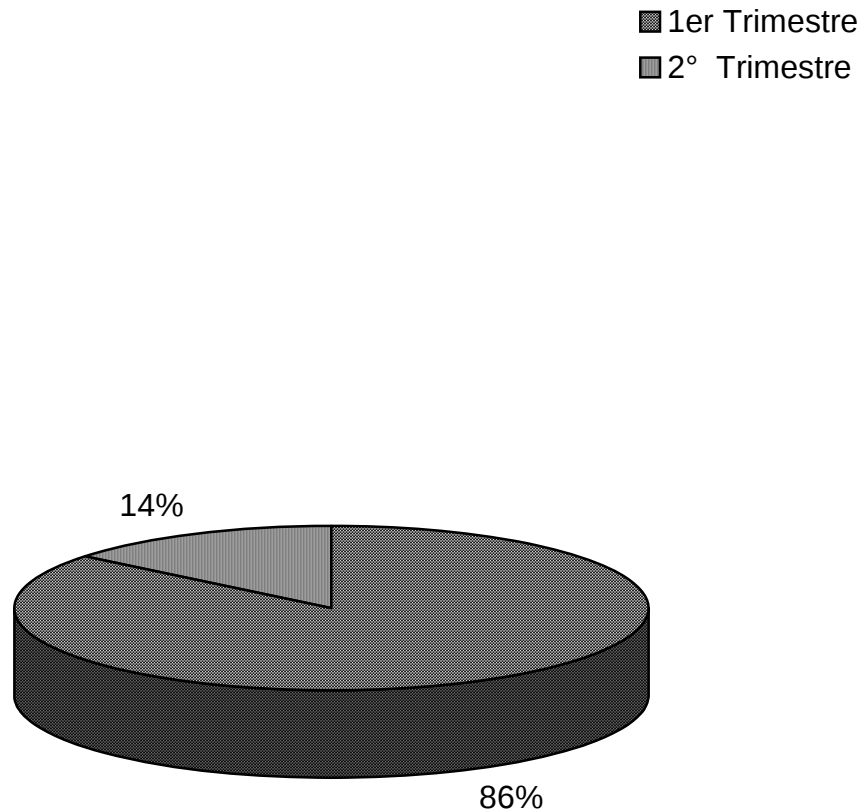
FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6

8.4 CONTROL PRENATAL

Dentro de esta categoría, se analizó la asistencia al control prenatal, el mes de inicio de control, número de consultas prenatales, realización de exámenes de laboratorio y gabinete así como el personal que llevo a cabo dicho control; En este sentido, resulta esencial reiterar que el control prenatal es un excelente mecanismo de detección oportuna de factores de riesgo y que sus objetivos están orientados hacia la disminución de la mortalidad materna, mediante un control precoz, frecuente, de buena calidad y con una cobertura amplia. En este aspecto, se tuvo que el 100 % de las mujeres fallecidas estuvo bajo control prenatal, iniciando correctamente en el primer trimestre la vigilancia de su embarazo (86 %), sólo el 14 % lo inició durante el segundo trimestre, (gráfica N° 12).

MES DE INICIO DEL CONTROL PRENATAL DELAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 12



TOTAL: 7

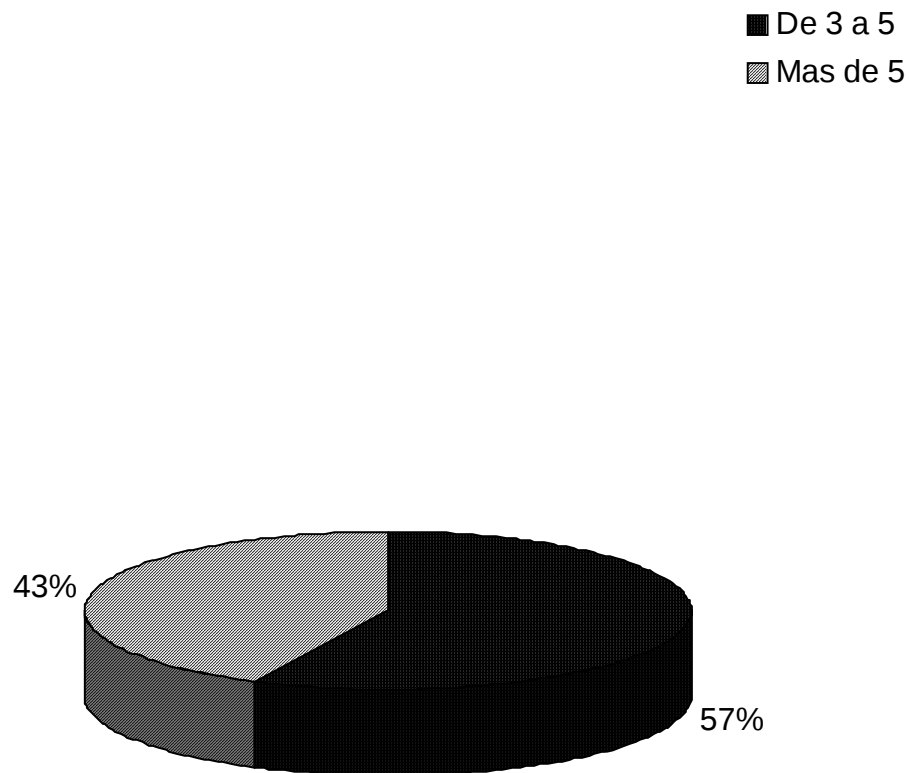
FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6

La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

Respecto al número de consultas se obtuvo que sólo 3 mujeres (43 %), recibieron más de 5 consultas, mientras que el 57 % recibió de 3 a 5 consultas prenatales; sabemos que el hecho de que una mujer embarazada tenga un conjunto de revisiones, permitirá identificar a tiempo algunos factores de riesgo para la mujer y el producto, (gráfica N° 13).

NUMERO DE CONSULTAS RECIBIDAS DURANTE EL CONTROL PRENATAL DE LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N°13



TOTAL: 7

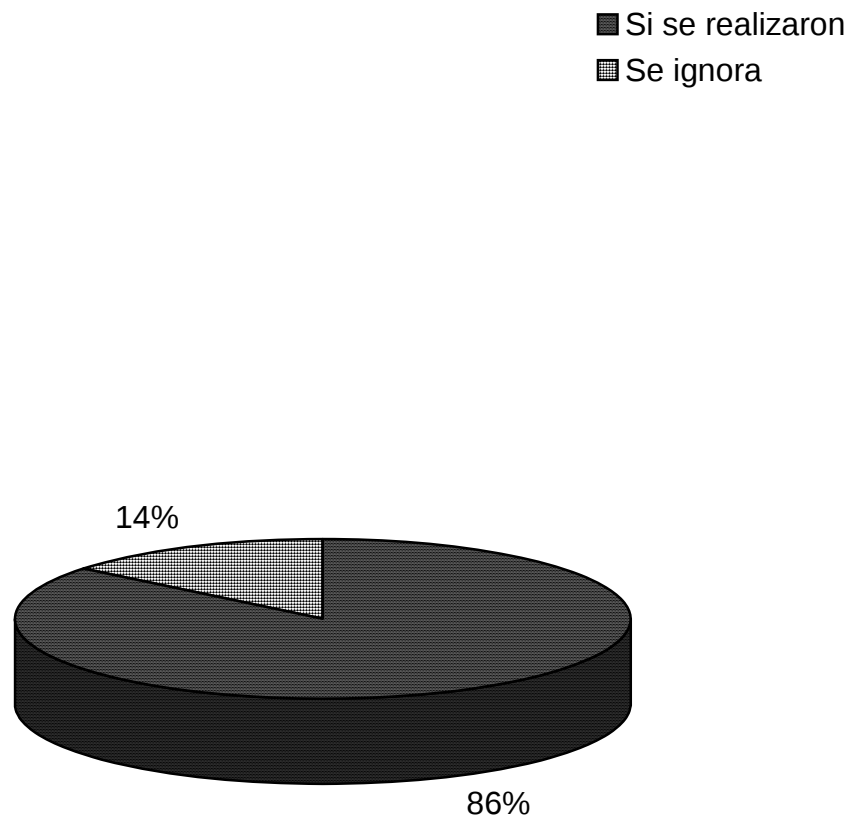
FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6

La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

Con relación a la realización de los exámenes de laboratorio y gabinete, tenemos que a la gran mayoría (86%) se les realizó dichos exámenes, respecto a este punto la literatura menciona que dentro de las actividades a realizarse durante el control prenatal están, la toma de Biometría Hemática, glucemia, VDRL, grupo sanguíneo ABO y RR, EGO, etc; con el objeto de prevenir y diagnosticar precozmente los posibles riesgos del embarazo, (grafica N° 14).

REALIZACION DE EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE DURANTE EL CONTROL PRENATAL DE LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 14



TOTAL: 7

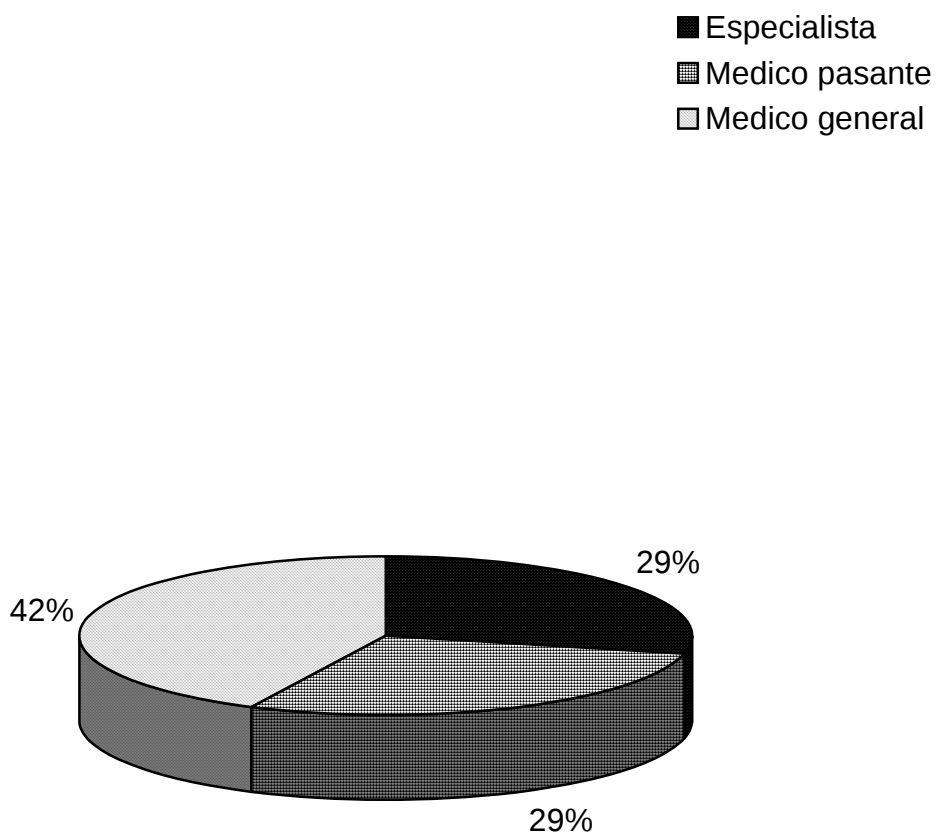
FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6

La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

Por ultimo tenemos el personal a cargo del control prenatal de las fallecidas, en el que se encontró que dicha vigilancia fue realizada por médicos generales en un porcentaje mayor (42 %), con relación a los médicos especialistas y pasantes (29%) respectivamente. Lo anterior nos permitió observar, que el control prenatal estuvo a cargo de personal presumiblemente adecuado, (grafica N° 15).

PERSONAL A CARGO DEL CONTROL PRENATAL DE LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 15



TOTAL: 7

FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6

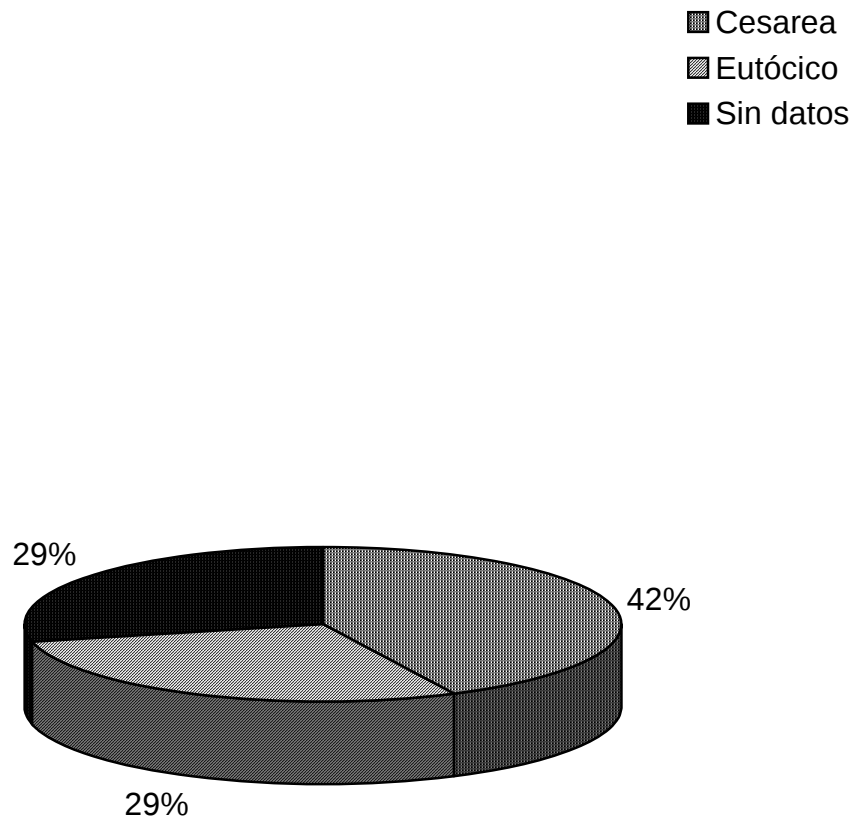
8.5 PARTO

Para el análisis de la siguiente categoría se tomaron en cuenta los siguientes datos: Tipo de parto (normal / complicado), vía de resolución obstétrica, espontáneo / inducido, duración del trabajo de parto, indicación para cesárea y por último, el lugar y personal que lo atendió.

Como es bien sabido, son muchas las complicaciones que pueden surgir durante el trabajo de parto y por los que las mujeres pueden morir, analizando este aspecto, se obtuvo que el 43 % de los casos en estudio, presentaron ciertas complicaciones, dando origen a partos complicados, mismos que fueron resueltos mediante operaciones cesárea, (grafica N° 16).

RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO DE LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 16



TOTAL: 7

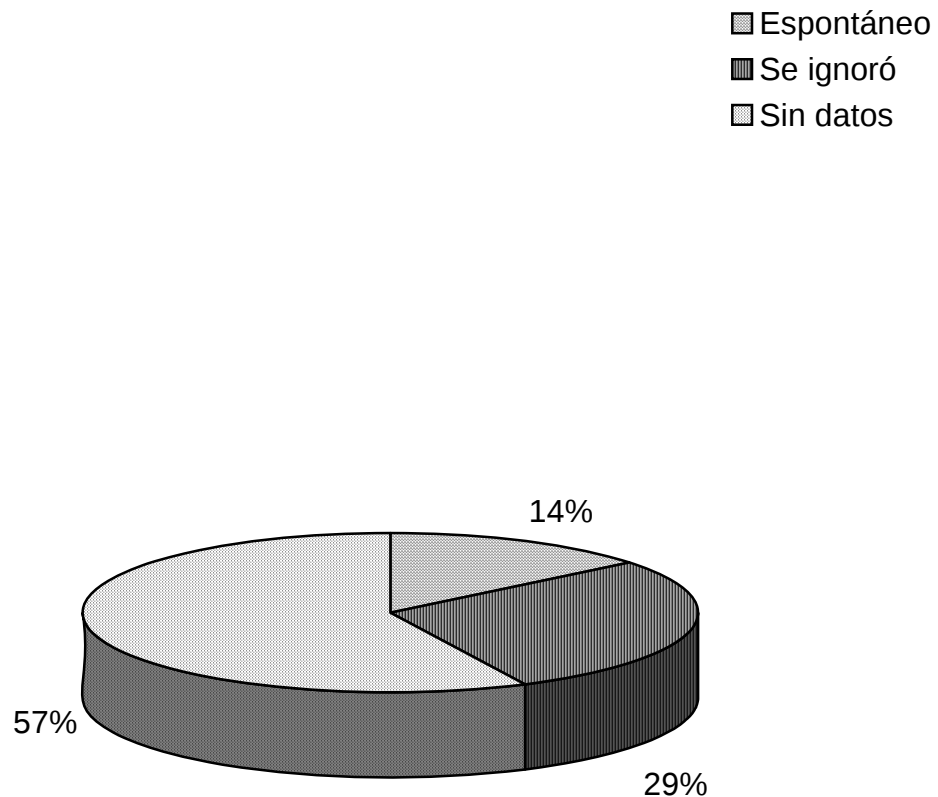
FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6

La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

La inducción del trabajo de parto nos proporciono datos insuficientes para analizar a fondo este aspecto, ya que 57 % no contó con ningún tipo de dato, mientras que en otros dos de ellos, no se conocían los datos por parte de los familiares (29%) y sólo el 14% restante se identificó como espontáneo, (grafica N° 17).

**TIPO DE PARTO DE LAS MUJERES FALLECIDAS
(INDUCIDO / ESPONTANEO)**

GRAFICA N° 17



TOTAL: 7

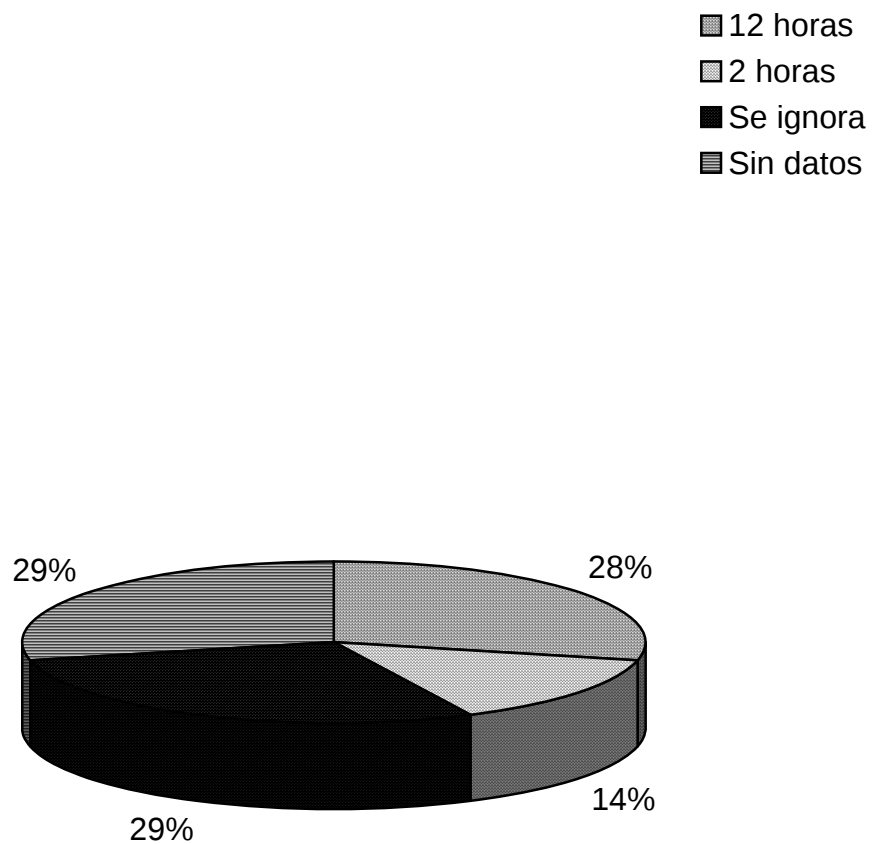
FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6

La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

Lo mismo ocurrió con la duración del trabajo de parto, ya que el 29 % de los casos no contó con tal información y de un porcentaje similar no se obtuvo la información por parte de los familiares pues lo ignoraban, el 29 % restante tuvo una duración de 12 horas, sólo un caso duró 2 horas (14 %), (grafica N° 18).

DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO DE LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 18



TOTAL: 7

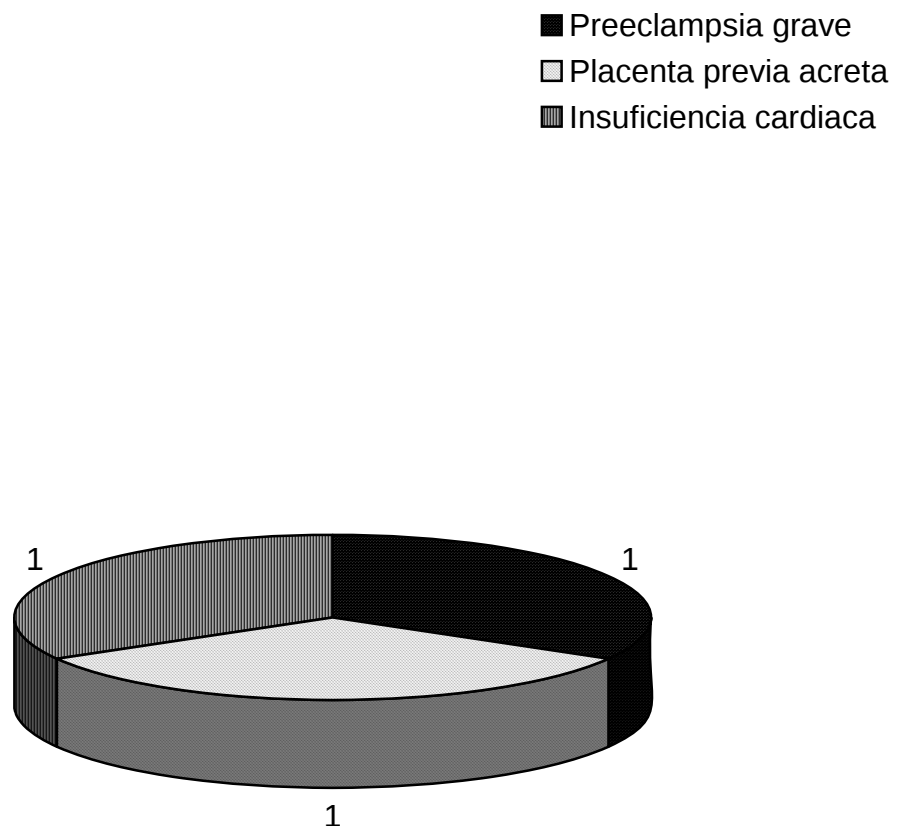
FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6

La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

Por otro lado, sabemos que un numero considerable de defunciones se relaciona con la operación cesárea, ya que las complicaciones pueden ser resultado de la anestesia o de la misma operación; en este sentido la indicación para su realización, se presentó en el 43 % de los casos y se debió a diferentes causas como ; Insuficiencia Cardíaca, Placenta Previa Acreta y Preeclampsia grave, siendo estas tres causas, motivos importantes para su realización, obligando de esta manera a la resolución por vía cesárea. Cabe mencionar que no debe realizarse una operación cesárea sin una clara indicación. (grafica N° 19).

INDICACION PARA CESAREA DE LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 19



TOTAL: 3

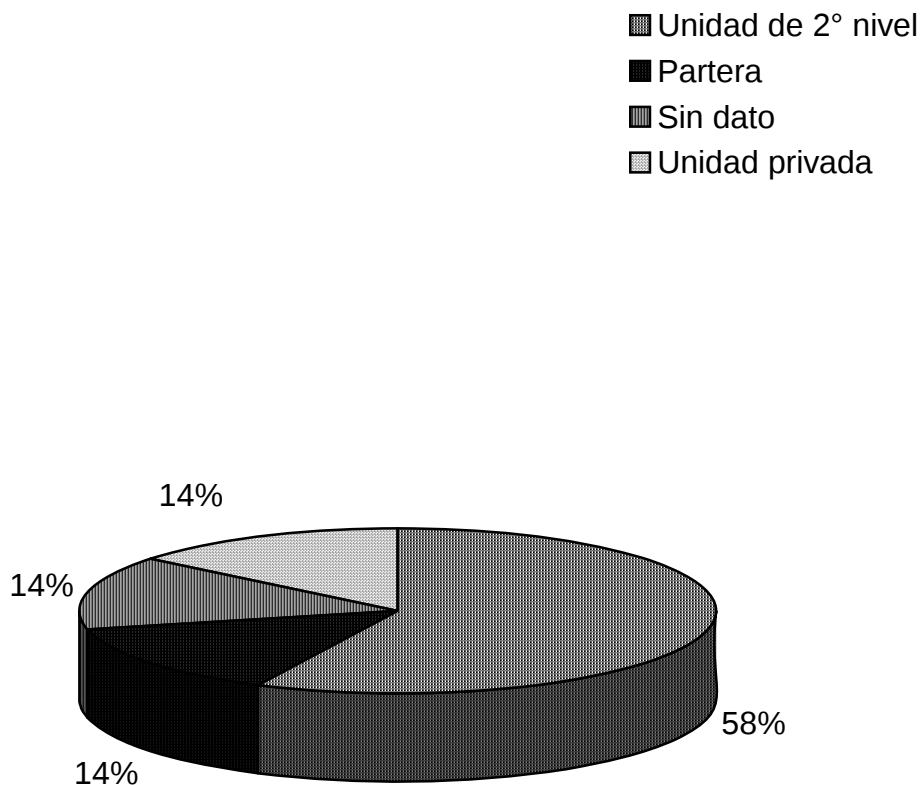
FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6

La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

En cuanto al lugar de la atención del parto, sabemos que estos juegan un papel sumamente importante para el éxito o fracaso del evento obstétrico, puesto que un parto atendido en unidades que cuenten con los recursos necesarios, permitirá resolver situaciones de emergencia. Así bien en este estudio se encontró que el 58 % se atendió en Unidades de 2° nivel de atención, pertenecientes a la SSA, por el contrario, sólo el 14 % se atendió en el domicilio de la partera, mientras que un porcentaje similar se atendió en Unidad Privada, el porcentaje restante no contó con los datos, preocupa de manera especial que a pesar de que la gran mayoría fue atendida en unidades que presumiblemente contaban con la infraestructura necesaria no se pudieron evitar dichos fallecimientos, (grafica N° 20).

LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO DE LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 20



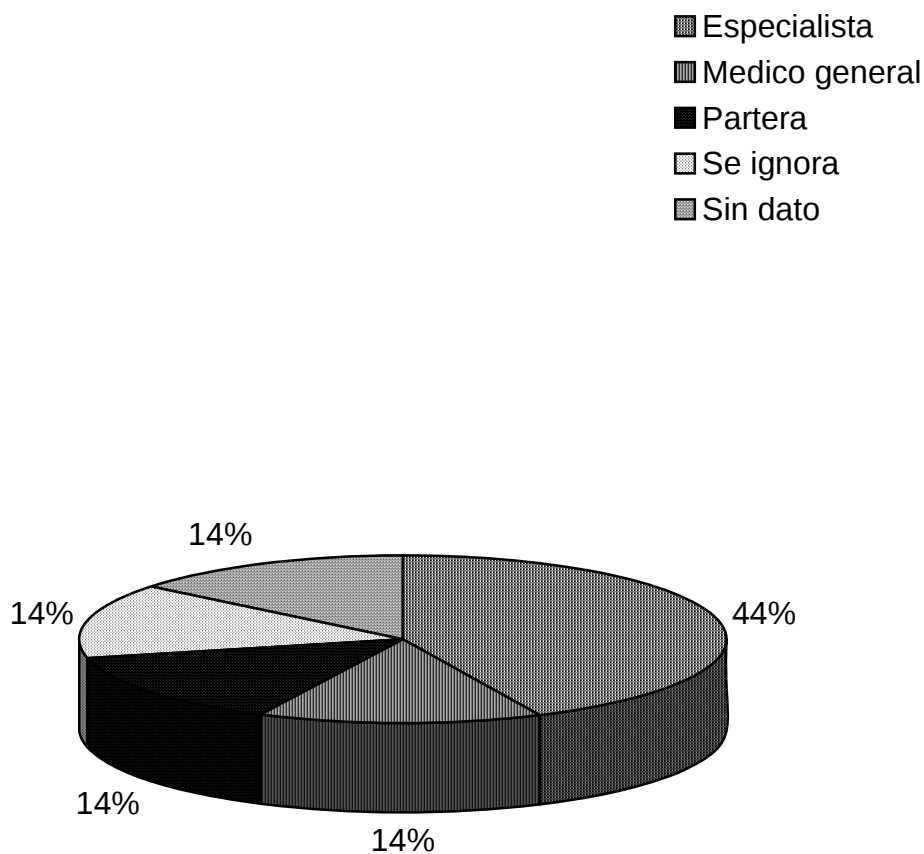
TOTAL: 7

FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6
La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

El personal encargado de atender el parto también resulta importante, en este sentido, se pudo apreciar que dicha atención fue brindada en primer lugar por médicos especialistas (44%), seguido por el médico general y la partera tradicional con un 14 % respectivamente, el porcentaje restante, no se contó con el dato pues el familiar lo desconocía (14 %), y no se encontraron los datos en la autopsia verbal en el otro 14 %, (grafica N° 21).

PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO DE LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 21



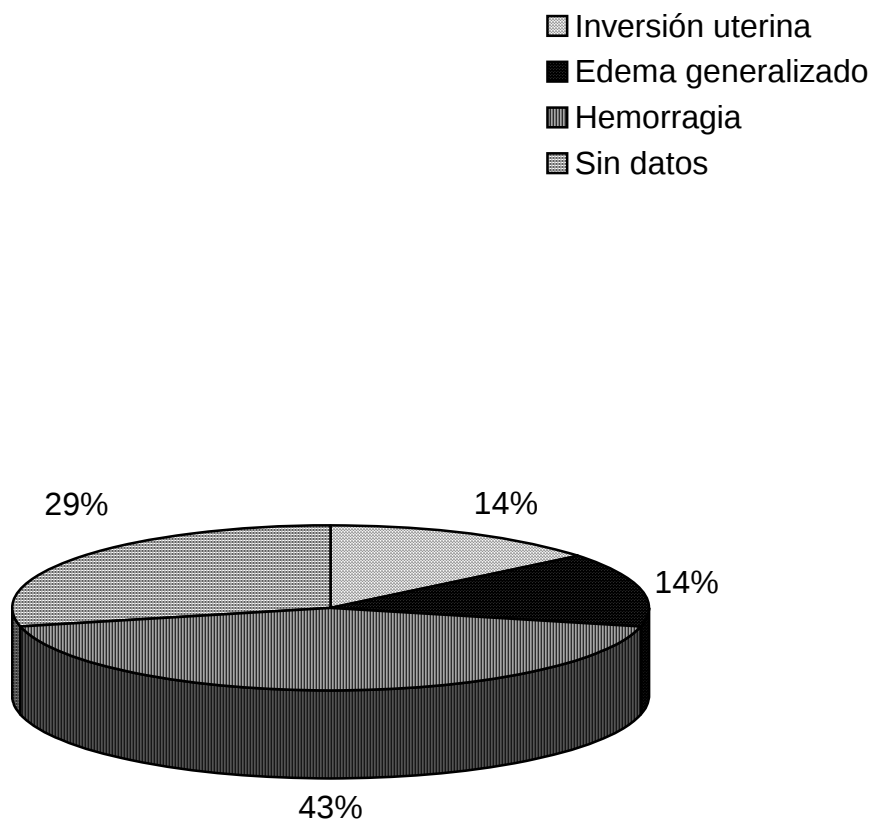
TOTAL: 7

8.6 PUERPERIO

Únicamente se analizaron las complicaciones posparto suscitadas en este momento obstétrico, para lo cual, es importante recordar que entre los conceptos y afirmaciones encontradas en la literatura, actualmente el puerperio es considerado como un periodo poco conflictivo, en este sentido resulta importante señalar que contrario a esto, el 86 % de los fallecimientos tuvieron lugar en este momento obstétrico, de los cuales el 71 % presentaron ciertas complicaciones, como hemorragias (43%), siendo esta, una de las primeras causas de mortalidad en el puerperio, otras más presentaron inversión uterina (14%) y con el mismo porcentaje edema general, finalmente el 29 % de los casos no contó con ningún dato, (grafica N° 22).

COMPLICACIONES DURANTE EL PUERPERIO DE LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 22



TOTAL: 7

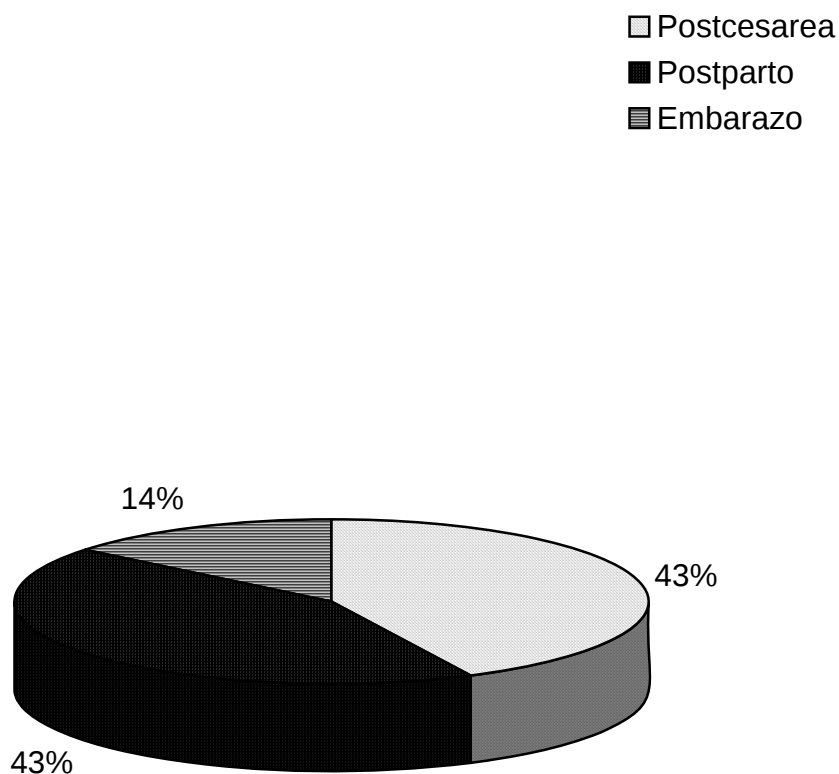
FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6
La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

8.7 SITIO Y ETAPA DEL FALLECIMIENTO

En esta categoría se analizaron el momento obstétrico del fallecimiento, lugar de la defunción, causa y fecha del fallecimiento. En lo que respecta al momento obstétrico del fallecimiento, resulta importante afirmar que la gran mayoría de los fallecimientos ocurrió en el puerperio, coincidiendo de esta manera con lo mencionado en la literatura. Los porcentajes quedaron de la siguiente manera: el 43 % sucedió en el posparto y la poscesarea respectivamente, mientras que el 14%, aún se encontraba embarazada, no se presentaron muertes maternas en le transcurso del parto,(grafica N° 23).

MOMENTO OBSTETRICO DEL FALLECIMIENTO

GRAFICA N° 23



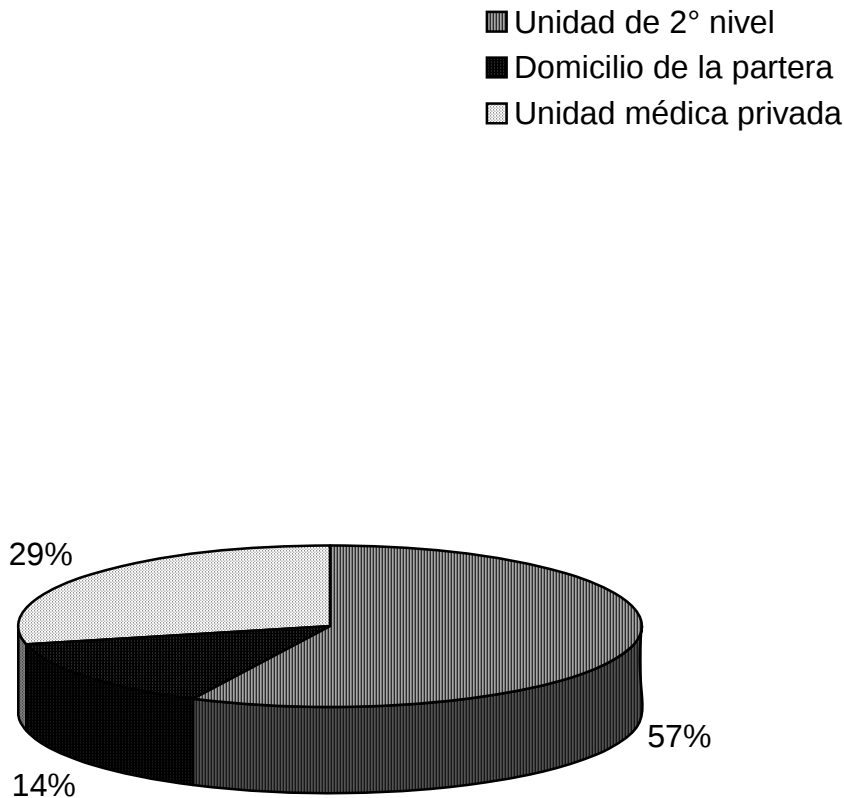
TOTAL 7

FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6
La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

En cuanto al lugar de la defunción, tenemos que de acuerdo con los datos obtenidos de la literatura, las muertes se hacen presentes en el trayecto por la llegada tardía al servicio de salud, otras más ocurren en el domicilio de la partera y Centros de Salud donde no se dispone de los recursos humanos y materiales para una adecuada atención obstétrica, en este sentido, los datos demostraron, que solo un caso, es decir, el 14 % de los fallecimientos ocurrió en el domicilio de la partera, el 29 % en la unidad médica privada y el 57 % restante, en Unidades de 2° Nivel de Atención; deduciendo así, que estos fallecimientos guardan cierta relación con el lugar donde se atendió el parto, en el que presumiblemente se contaba con la infraestructura necesaria para la atención obstétrica, (gráfica N° 24).

LUGAR DEL FALLECIMIENTO

GRAFICA N° 24



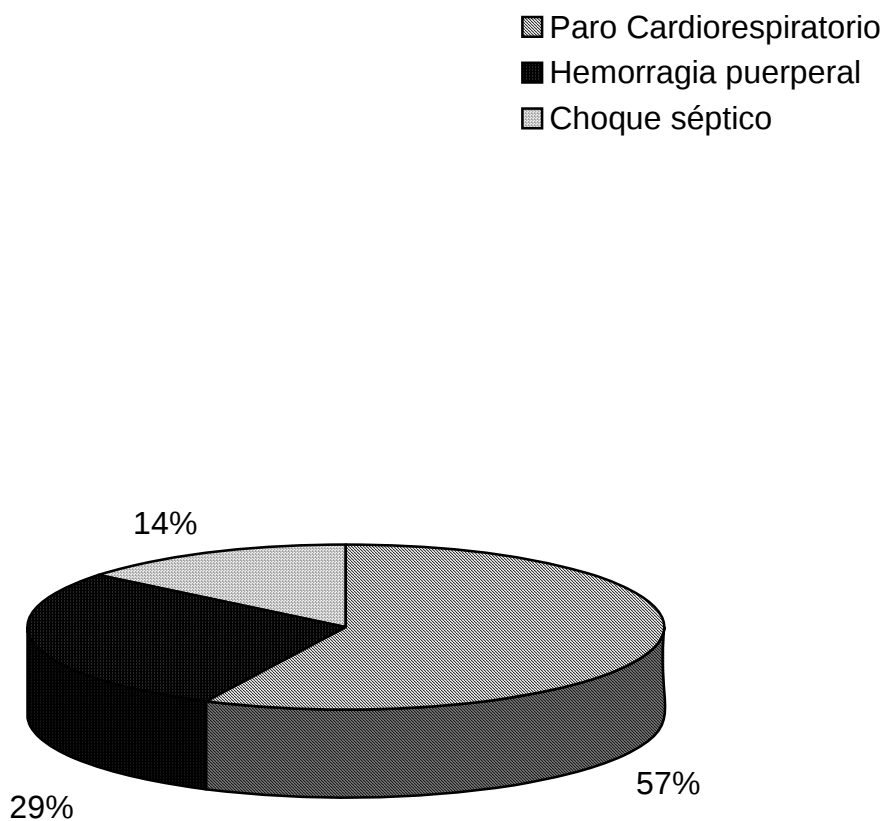
TOTAL: 7

FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6 La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

Respecto a las causas que ocasionaron las muertes maternas, se pudo identificar, que aunque difieren en el orden de frecuencia con respecto a lo reportado a nivel Nacional, no son diferentes en importancia, ya que el Paro Cardiorrespiratorio, ocupó más de la mitad de los casos, es decir, el 57 % de estos, por otro lado la hemorragia puerperal ocupó el 29 % y con un porcentaje menor (14 %) el choque séptico. En conclusión se tiene que de acuerdo a su etiología el 100 % de los casos se clasificó como muerte obstétrica directa; (grafica N° 25).

CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

GRAFICA N° 25



TOTAL 7

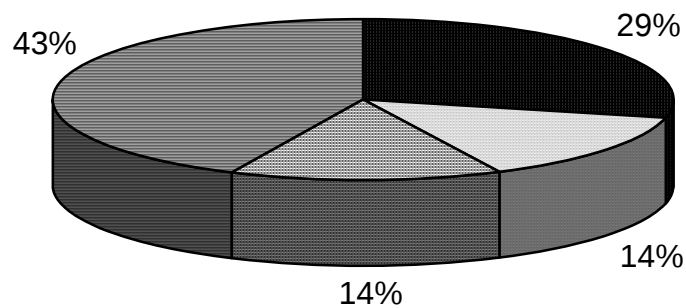
FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6
La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

Finalmente en lo que refiere al año del fallecimiento, tenemos que 2 de los casos estudiados, se suscitaron en el año de 1999 (29%), 1 mas en el año 2000 (14 %) y en le 2001 14 % también, siendo el año más critico el 2002 con 3 de los 7 fallecimientos estudiados (43 %), (grafica N° 26).

AÑO DE DEFUNCIÓN DE LAS MUJERES EN ESTUDIO

GRAFICA N° 26

■ 1999
□ 2000
▨ 2001
▩ 2002



TOTAL 7

FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6
La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

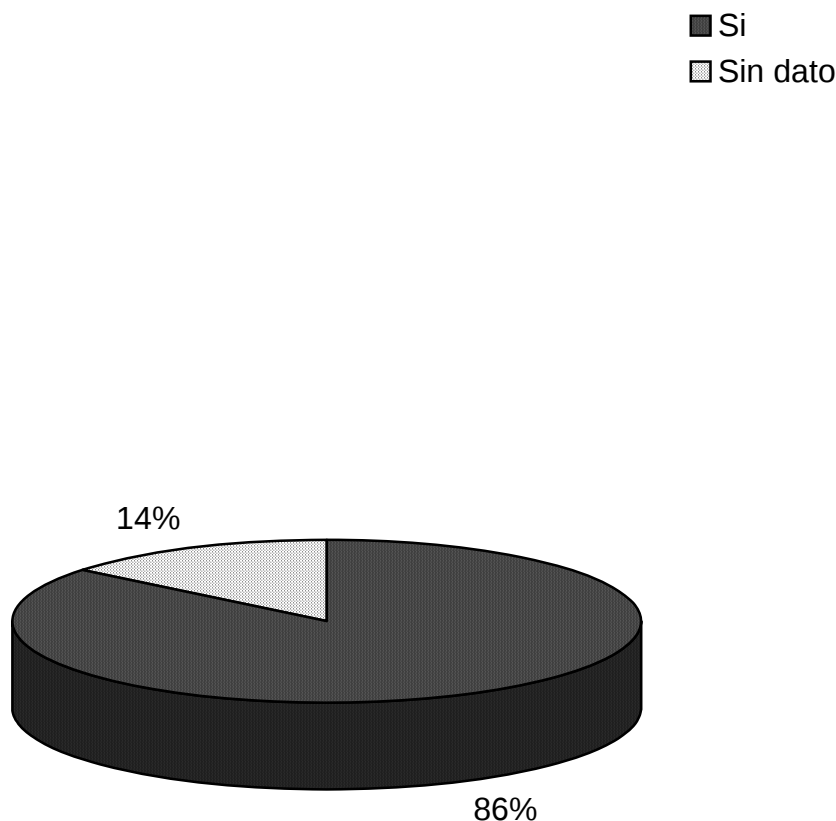
8.8 ATENCION MÉDICA OTORGADA

Tomando en cuenta que la problemática de la mortalidad materna se ve afectada por múltiples deficiencias en la calidad de los servicios de salud, se analizaron los siguientes puntos: Lugar donde se atendió el parto , momento obstetrico y tipo de atención brindada, momento obstetrico de la hospitalización, tratamiento recibido, información sobre el estado de salud de la paciente, transfusiones y concordancia entre lo que el familiar cree que murió y lo que le informaron.

En este aspecto es importante mencionar que la mayoría de la población en estudio contó con atención médica (86%), (grafica N° 27).

ATENCION MÉDICA RECIBIDA POR LAS FALLECIDAS

GRAFICA N° 27



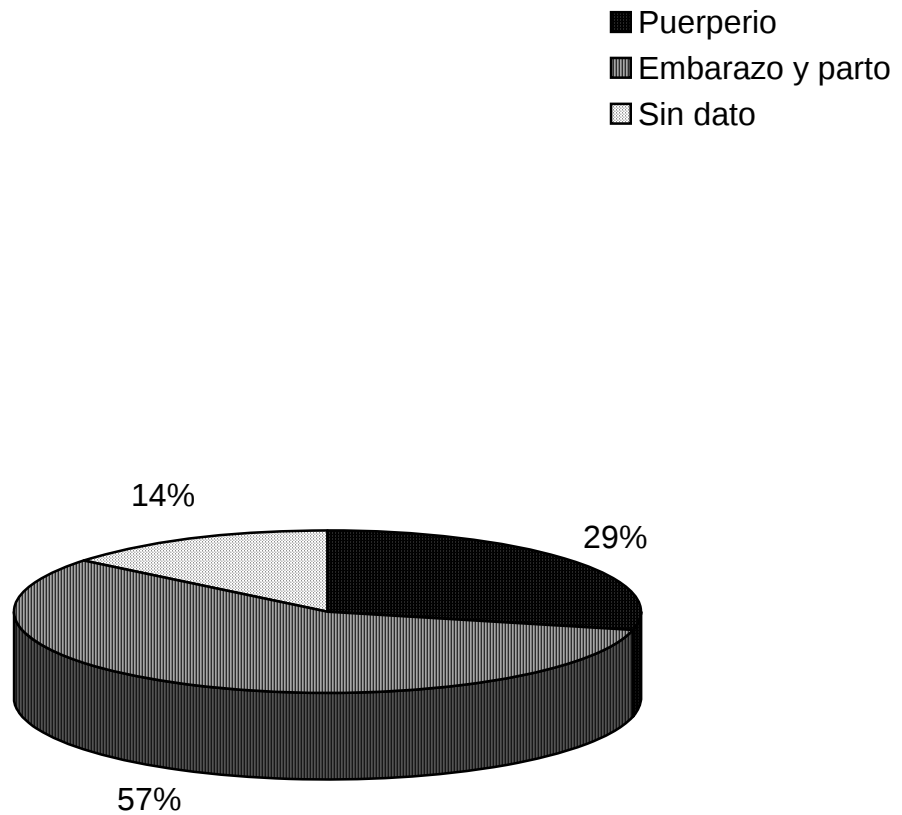
TOTAL: 7

FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6 La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

Respecto al periodo obstétrico de la atención medica, el 57 % se atendió en el embarazo y parto, mientras que el 29 % lo hizo en el puerperio, lo que nos indica que todavía hay rezagos en el otorgamiento oportuno de la atención. (grafica N° 28).

PERIODO OBSTETRICO DE LA ATENCIÓN MÉDICA OTORGADA A LAS MUJERES FALLECIDAS

GRAFICA N° 28



TOTAL: 7

FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6
La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

Respecto al servicio de hospitalización la mayoría estuvo hospitalizada (57%), de las cuales el momento de dicha hospitalización fue en el puerperio y parto con un porcentaje similar (14%) y en el embarazo (29%).

Respecto al tratamiento médico recibido, la mayoría de las fallecidas contó con este servicio (57%), de igual manera la información proporcionada al familiar sobre el estado de salud de su familiar; en el 43 % no se contó con los datos en la autopsia verbal.

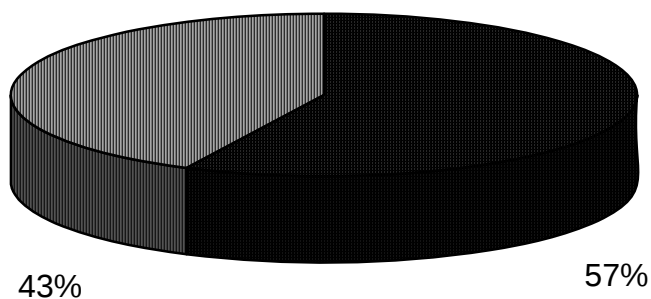
Por otro lado al 57 % se les transfundió sangre, no así al 43 %. El momento de la transfusión fue principalmente en el puerperio.

Finalmente se encontró cierta concordancia entre lo que el familiar cree que murió y lo que le dijeron en el hospital, así en el 57 % se encontró cierta relación,(grafica N° 29).

**COINCIDENCIA ENTRE LA CREENCIA DEL FAMILIAR Y LA INFORMACION MEDICA
OTORGADA, ACERCA DE LA CAUSA DE LA MUERTE MATERNA**

GRAFICA N° 29

■ Si coincide
▨ No coincide



TOTAL: 7

FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6
La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

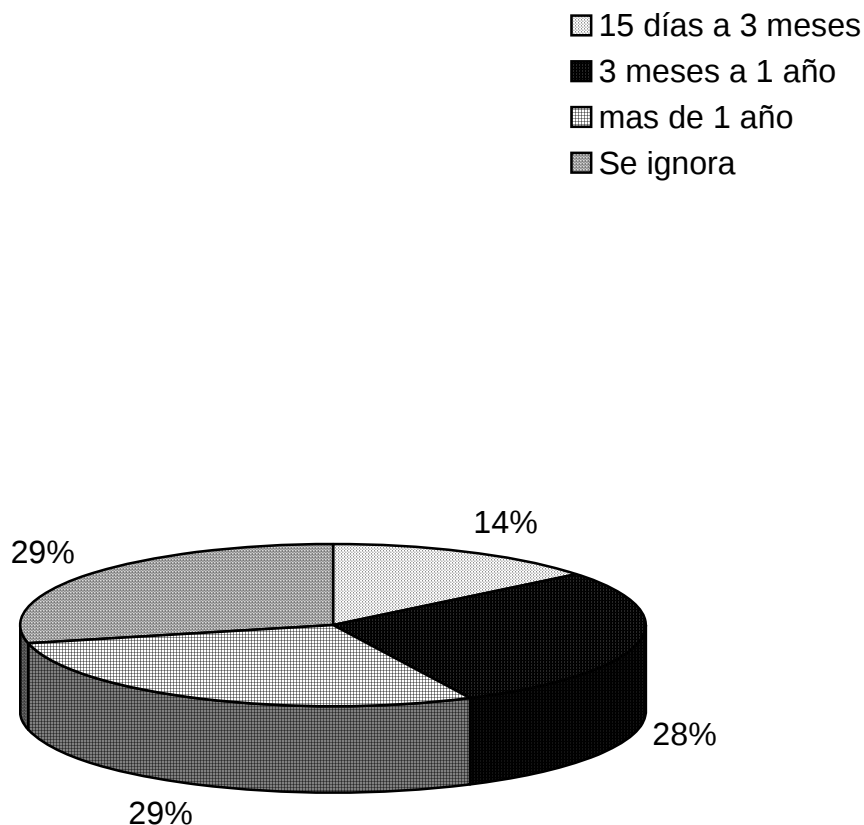
8.9 CALIDAD DE LA INFORMACION OBTENIDA DE LA AUTOPSIA VERBAL

Con el propósito de conocer la calidad de dicho formato se analizaron los siguientes aspectos: Fecha de elaboración, personal que brinda la información (entrevistado), personal de salud quien realiza la entrevista y la calidad de la información.

En primer lugar mencionaremos que el momento ideal par aplicar la encuesta es de 15 días a 3 meses después de la muerte, en este sentido solo una de ellas se aplicó dentro de esta fecha (14 %), 2 de 3 meses a 1 año y 2 mas, después de 1 año (29 %), las 2 restantes no contaron con el dato, (grafica N° 30).

FECHA DE ELABORACIÓN DE LA AUTOPSIA VERBAL

GRAFICA N° 30



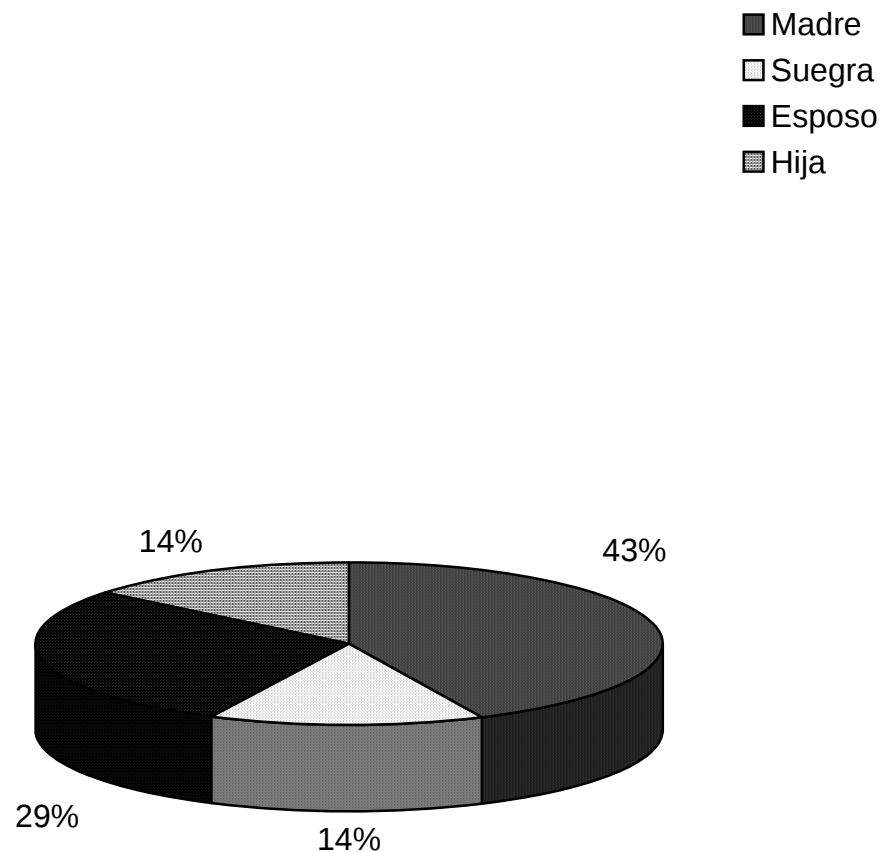
TOTAL: 7

FUENTE: Secretaria de Salud del E#stado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6
La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

El familiar que brindo la información fue en primer lugar la madre (42%), seguido del esposo (29%), y por ultimo la suegra y la hija; es importante que el entrevistado sea la persona que convivió mas tiempo con la fallecida durante su enfermedad, (grafica N° 31).

PERSONA QUE BRINDA LA INFORMACIÓN DE LA AUTOPSIA VERBAL

GRAFICA N° 31



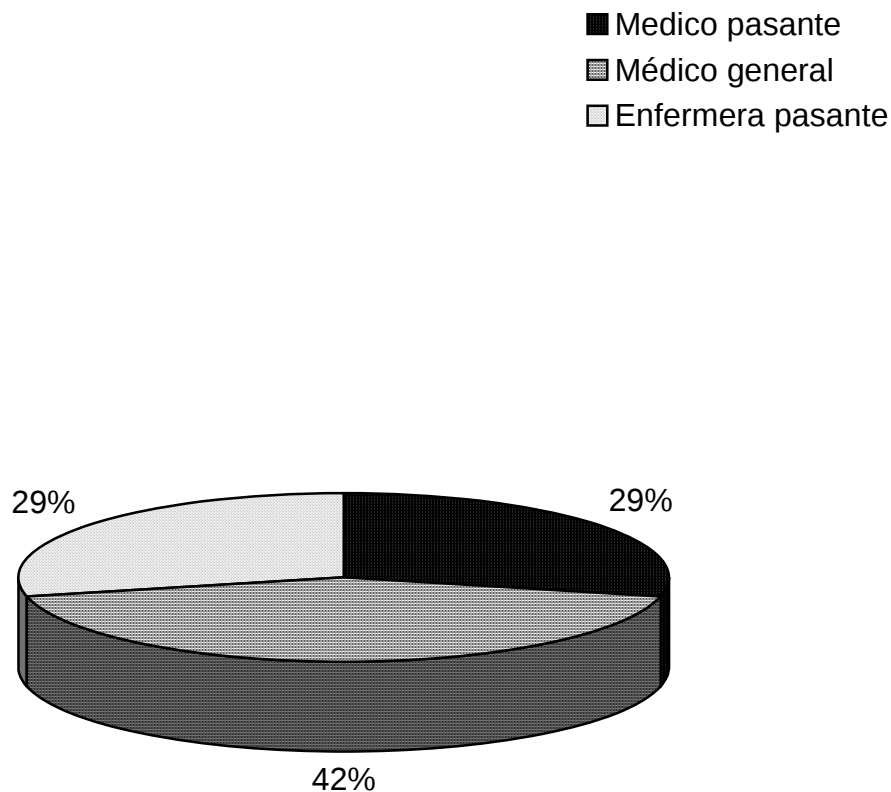
TOTAL: 7

FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6
La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

Mientras que la entrevista deberá ser efectuada preferentemente por personal de enfermería o de trabajo social previamente capacitado; en este sentido creemos que dichas entrevistas se llevaron a cabo por el personal indicado ,medico general (42%), medico pasante (29%) y la enfermera pasante (29 %) estuvieron a cargo de dichas entrevistas, pero a pesar de este la calidad de la información no fue del todo completa ni confiable , ya que se encontraron rubros incompletos, lo cual impidió tener un panorama más amplio sobre el problema; por otro lado aunque la literatura menciona que no se debe caer en interpretaciones y anotar los datos tal y como los menciona el o la entrevistada, se encontró que en algunos casos si se llevaron a cabo dichas interpretaciones por parte del entrevistador, (grafica N° 32).

PERSONAL QUE APLICO LA ATOPSIA VERBAL

GRAFICA N° 32



TOTAL: 7

FUENTE: Secretaria de Salud del Estado de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6
La Piedad. Autopsia Verbal aplicada (1999-2002)

IX. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

De acuerdo a los factores de riesgo de muerte materna identificados en las autopsias verbales se pudo comprobar la hipótesis de trabajo, que dice:

Los factores de riesgo de muerte materna identificados en las autopsias verbales tienen relación con las muertes maternas ocurridas en la Jurisdicción Sanitaria N° 6 de La Piedad Michoacán

X. CONCLUSIONES

Del análisis de nuestro estudio concluimos que surge la necesidad de buscar estrategias y realizar acciones de alta prioridad buscando mejorar la atención hospitalaria, establecer estrategias para favorecer la investigación en Salud reproductiva y favorecer la educación en salud comunitaria.

En este sentido, podemos concluir que las muertes maternas ocurridas en la Jurisdicción Sanitaria N°6 de la Piedad Michoacán, se vieron afectadas por múltiples factores, entre los que destacan, las edades extremas de las fallecidas; por lo que creemos necesaria la implementación de una adecuada y oportuna consejería anticonceptiva, como la realización de la OTB a mujeres en edades extremas para procrear y mantener bien informadas a las adolescentes sobre los diferentes métodos de planificación familiar acordes a su edad; todo lo anterior con el propósito de erradicar los embarazos no deseados en estas y en todas las edades. Así como la edad, la presencia de antecedentes heredo-familiares, la alta paridad, las cesáreas y abortos previos, fueron factores que resultaron relevantes en los casos estudiados y que a su vez juegan un papel importante para la detección oportuna del riesgo reproductivo, mediante una adecuada Historia Clínica Prenatal.

Por otro lado, es importante señalar que gran parte de la población en estudio contó con un nivel académico bajo (primaria), resultando evidente la necesidad de educar y concienciar a las mujeres sobre una cultura de salud así como el conocer y ejercer sus derechos reproductivos. Cabe resaltar que no se encontró relación alguna con las muertes maternas respecto a la ocupación, el estado civil y la pertenencia a grupos étnicos. Ahora bien, en cuanto a la derechohabiencia se encontró que la mayoría de las fallecidas, no contó con seguridad social, dificultando así el acceso a ciertos servicios.

Hablando del Municipio de residencia de las fallecidas, se concluyó que la mitad de la población en estudio perteneció al Municipio de Pastor Ortiz, siendo este, de acuerdo a sus características y por la población que maneja, un municipio de tipo rural, donde resulta difícil el otorgamiento de los servicios de salud debido a la dispersión de la población y los caminos de terracería.

Cabe mencionar que dicho Municipio cuenta con un alto predominio de analfabetismo en las mujeres. Pastor Ortiz, mantiene cierta similitud con otros Municipios donde se presentaron las demás muertes maternas, por lo que debería estudiarse de manera específica las condiciones del propio Municipio con la finalidad de conocer las causas que originaron los fallecimientos en esta región.

Otro aspecto fundamental, fue referente al control prenatal, encontrándose que dicho factor no tuvo relación directa con las muertes maternas, ya que en su mayoría se cumplió con las recomendaciones establecidas por la "Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido" llevándose a cabo, en todos los casos estudiados la vigilancia prenatal, iniciándolo en su mayoría oportunamente, bajo la supervisión de personal capacitado, contando además con la realización de exámenes de laboratorio y gabinete. Preocupa de manera especial, la baja frecuencia de consultas prenatales por parte de las fallecidas, donde solamente 3 de ellas acudieron más de 5 veces a su control prenatal.

En este caso resulta esencial seguir fomentando en las mujeres la asistencia a las consultas prenatales, con el propósito de detectar posibles riesgos durante su embarazo y actuar de manera oportuna ante cualquier complicación.

A pesar de que el control prenatal estuvo a cargo por personal capacitado como médicos generales, especialistas y pasantes, sería conveniente seguir capacitando e informando al personal de salud, sobre la importancia de llevar a cabo un control prenatal de calidad, abarcando todas y cada una de sus actividades.

Ahora bien, en el caso del parto, se obtuvo que la mitad de los casos estudiados fueron de tipo complicado, resolviéndose 3 de estos mediante operación cesárea, cuya indicación fue justificable.

En lo que respecta a la atención del parto, tenemos que dicha atención se proporcionó en un lugar y personal adecuados, sin embargo solo en un caso, dicha atención fue brindada en el domicilio de la partera. Lo anterior nos permite señalar, que de acuerdo a los datos obtenidos, el periodo del parto no influyó de manera importante en el fatal desenlace.

Sin embargo, resulta importante seguir capacitando y apoyando a las parteras mediante el "Programa de Parteras Tradicionales" proporcionándoles a su vez el material necesario para la atención del parto, así como material de consulta que proporcione información sobre las actividades a realizar y la manera de llevarlas a cabo. Además es importante incluirlas en las capacitaciones realizadas por la Jurisdicción, Centros de Salud y Unidades Móviles de cada región.

Respecto al aborto, se obtuvo que solo un caso presentó este problema cuya causa aparente fue la muerte del producto, indicándose así la inducción del mismo, presentándose complicaciones de tipo hemorrágico y septicemia. El lugar donde se atendió fue en Unidad de 2° nivel, cuya atención fue proporcionada por un médico general.

En este caso se trató de una mujer de buena edad para procrear, profesionalista, sin ningún tipo de antecedente personal patológico y de estado civil casada, lo cual sirve de referencia para concienciar a las demás mujeres que ninguna de ellas está exenta de sufrir algún aborto; en efecto, es un problema de salud que se encuentra latente y prevenirlo requiere del conocimiento de la mujer sobre el autocuidado de su salud así como la asistencia del personal de salud desde que se identifica a las embarazadas, por consiguiente en nuestras manos está el orientar e informar sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

El Puerperio fue otro de los aspectos por analizar, donde se concluyó que la gran mayoría de los fallecimientos tuvieron lugar en este momento obstétrico, a causa de diferentes complicaciones como la hemorragia, inversión y rotura uterina, lo cual guarda relación con lo mencionado en la literatura respecto a que estas son unas de las principales complicaciones del puerperio inmediato.

Tomando en cuenta que en este estudio, el periodo con mayor riesgo de mortalidad materna lo representó el puerperio inmediato, conviene reforzar aún más la vigilancia médica durante este periodo, sin descuidar las citas médicas durante el puerperio tardío, con la finalidad de detectar a tiempo posibles complicaciones en estos periodos, y que además el personal de salud esté consciente de llevarlas a cabo.

Por último, en lo que respecta al sitio y etapa del fallecimiento se tiene que el año más crítico fue el 2002 presentándose tres casos de muerte materna respecto a otros años, ocurriendo solo un caso en el domicilio de la partera, en el que presumiblemente no se contó con los recursos necesarios para atender posibles complicaciones. Con relación a la edad del embarazo, la mayoría fueron a término. Las causas que originaron las defunciones fueron: Paro Cardiorrespiratorio, hemorragia y Choque Séptico, donde según la etiología se trató de muertes obstétricas directas. La atención médica otorgada y la información a los familiares se proporcionaron al 100% de los casos. A partir de esto se concluyó que el sitio y etapa del fallecimiento no influyeron en los casos de muerte materna.

Finalmente, sabemos que todavía existen mujeres que viven en condiciones inaceptables, de tipo sociocultural, económico, biológico, etc, las cuales constituyen factores de riesgo, que más tarde repercuten en su salud. Nuestro compromiso como profesionales de la salud esta dirigido a la comunidad y al individuo creando conciencia de lo que es la salud y el cómo preservarla.

Gracias a la realización de este estudio pudimos concluir que todavía hay mucho que hacer para disminuir los casos de muerte materna, sobre todo en aquellas localidades donde las carencias son mayores y que para lograrlo se requiere de la participación conjunta del personal de salud y de la misma población, de no lograrse lo anterior seguiremos sumando mas muertes a las estadísticas.

XI. SUGERENCIAS

11.1 PUESTOS DE SALUD PARA EMBARAZADAS

A partir de los resultados y conclusiones obtenidas durante el desarrollo de la investigación, se sugieren las siguientes estrategias que, si bien, ya han sido propuestas en otro momento y en otros lugares, creemos pueden servir para fortalecer las ya existentes o para implementar otras nuevas, acoplándolas y dirigiéndolas a las necesidades encontradas y las capacidades con las que cuenta la Jurisdicción Sanitaria N° 6 La Piedad Michoacán.

Una de estas estrategias, son los llamados “Puestos de salud para embarazadas”, los cuales se han venido realizando en varios puntos de la república mexicana como Veracruz, Oaxaca y Querétaro, a partir de 1996, teniendo gran aceptación por parte de la población y del mismo personal de salud con excelentes resultados.

Este proyecto se inspiró en la exitosa modalidad de los puestos de vacunación.

Los puestos de salud para embarazadas tienen como principal objetivo incrementar los cuidados durante el embarazo y la atención prenatal. Los objetivos específicos son:

- ❑ Concienciar a las mujeres sobre los riesgos durante el embarazo y los cuidados pertinentes.
- ❑ Promover que acudan a consulta prenatal con personal médico.
- ❑ Referir a las mujeres con signos de riesgo a segundo nivel.
- ❑ Brindar orientación nutricional para mejorar la salud de la madre y el desarrollo del producto.

Para llevar a cabo estas actividades es necesaria la participación comunitaria siendo este, uno de los recursos más valiosos e insustituible; así como el apoyo de materiales didácticos (bambalinas, trípticos, material medico, cuestionarios aplicados a las mujeres embarazadas, etc.)

Los puestos se ubican en lugares de encuentro de las mujeres como: iglesias, molinos, tiendas, tortillerías, súper mercado y terminal de autobuses.

Una vez instalado dicho puesto, se da la bienvenida, estableciendo un clima de confianza y calidez, proporcionándose finalmente, cuatro acciones sencillas como lo son: Toma de presión arterial, exploración de extremidades (para observar presencia de edema), revisión de las conjuntivas (para observar presencia de anemia), la aplicación de un cuestionario y brindar orientación y consejería a las mujeres embarazadas. (Ver Anexo 4)

Cuando a las mujeres se les detecta algún tipo de riesgo como: no asistir a consulta prenatal, anemia, presión alta o problemas en el embarazo actual, se les explica el posible riesgo que representa, proporcionándoles material informativo sobre los cuidados durante el embarazo así como los signos y síntomas de alarma, finalmente se les brinda orientación sobre higiene, alimentación, ventajas de utilizar servicios de salud, etc. Además, se les entregara una hoja de referencia.(Ver Anexo 5)

A todas las embarazadas atendidas en los puestos de salud se les provee de fumarato ferroso, se les ofrece platillos elaborados a partir de soya, informándoles sobre los beneficios nutricionales y económicos de este producto, también se les puede entregar un recetario con diversas opciones para su utilización. Se les cuestiona sobre la posibilidad de visitarlas posteriormente en su domicilio, ya que el seguimiento de las embarazadas con riesgo forma parte de la metodología del proyecto. (Ver Anexo 6)

En los puestos colaboran personal de salud, estudiantes de Unidades de Salud, enfermería y Nutrición, promotoras de salud, etc. Se han realizado con éxito varios proyectos e implementado estrategias importantes en la búsqueda de una maternidad sin riesgos, sin embargo, es necesario expandir y consolidar nuestras acciones, principalmente en los Municipios con alto índice de mortalidad materna, como es el caso de Pastor Ortiz, en el que sería importante realizar dichas acciones, todo ello con el propósito de orientar a las mujeres sobre los cuidados en el embarazo, detectar situaciones de riesgo y promover la asistencia a consulta médica prenatal. La estrategia básica consiste en la instalación de puestos de salud, durante un fin de semana, estableciéndose estos, en lugares estratégicos, donde las mujeres acuden como parte de sus actividades cotidianas, aprovechando el tianguis al cual asiste la mayoría de la población aledaña. Esta estrategia podría trabajarse específicamente para este Municipio, o bien integrarse a la siguiente estrategia, para que de manera conjunta, se logren mejores beneficios a nivel Jurisdiccional.

11.2 MES DE LA DETECCIÓN DE RIESGO REPRODUCTIVO Y SALUD PERINATAL.

Dentro de las actividades llevadas a cabo por la Jurisdicción Sanitaria N° 6 de La Piedad, Michoacán, y más específicamente por la Coordinación de Promoción a la Salud, es la realización de un "Calendario de eventos del mensajero de la salud", en el que mes con mes se realizan una serie de actividades encaminadas a promover la salud de la población. (Ver Anexo 7)

Uno de estos eventos, es el que se lleva a cabo en el mes de Febrero, conocido como "Mes de la detección de riesgo reproductivo y Salud perinatal", en el que, se pudo constatar durante nuestra estancia en esta Jurisdicción, la falta de promoción hacia este evento, debido tal vez, a que en este mes se lleva a cabo, la 1era semana nacional de salud, centrándose la atención en dichas actividades, quizá por tratarse de un evento de alto impacto social.

Por consiguiente, se pretende que al igual que en las Campañas Nacionales de vacunación se realicen actividades de alta prioridad encaminadas a reducir la mortalidad materna y perinatal; ya que las Semanas Nacionales han demostrado ser una estrategia adecuada para fortalecer las actividades permanentes como lo es, el Programa de vacunación. A demás de que los logros obtenidos han sido importantes.

Con el objeto de lograr lo anterior se sugiere la modificación del calendario, ya que de esta manera, se podrán obtener mejores resultados en cuanto a las actividades realizadas en cada uno de los eventos, proponiéndose así, se realice preferentemente en el mes de Junio, en el que según el calendario, en este mes no se realizan actividades tan importantes como las semanas nacionales de salud.

Con esta estrategia se pretende, realizar acciones simultaneas dirigidas a todas las mujeres en edades reproductivas, con la finalidad de detectar el riesgo reproductivo en esta edad, actualizar el censo de mujeres, aplicación de vacunas (Td a embarazadas principalmente) y (DV a mujeres en edad fértil) así como la administración de hierro y ácido fólico a la población en riesgo; dichas actividades deberán llevarse acabo en todas y cada uno de los municipios y localidades de la misma Jurisdicción.

Siguiendo la misma dinámica desarrollada en las campañas de vacunación, se realizará una capacitación previa a todo el personal de salud, a cargo de la Coordinación de Salud Reproductiva mediante el apoyo de las demás Coordinaciones (Promoción a la salud, epidemiología, enseñanza, etc.)

Una vez realizada dicha capacitación, la Jurisdicción sanitaria se dará a la tarea de proporcionar oportunamente a las Unidades de Salud los insumos necesarios de acuerdo con las necesidades de cada Municipio. Así posteriormente, cada Unidad de Salud realizará con sus propios recursos diversas actividades encaminadas a la Promoción de dichas actividades (letreros, volantes, perifoneo, mantas, etc.)

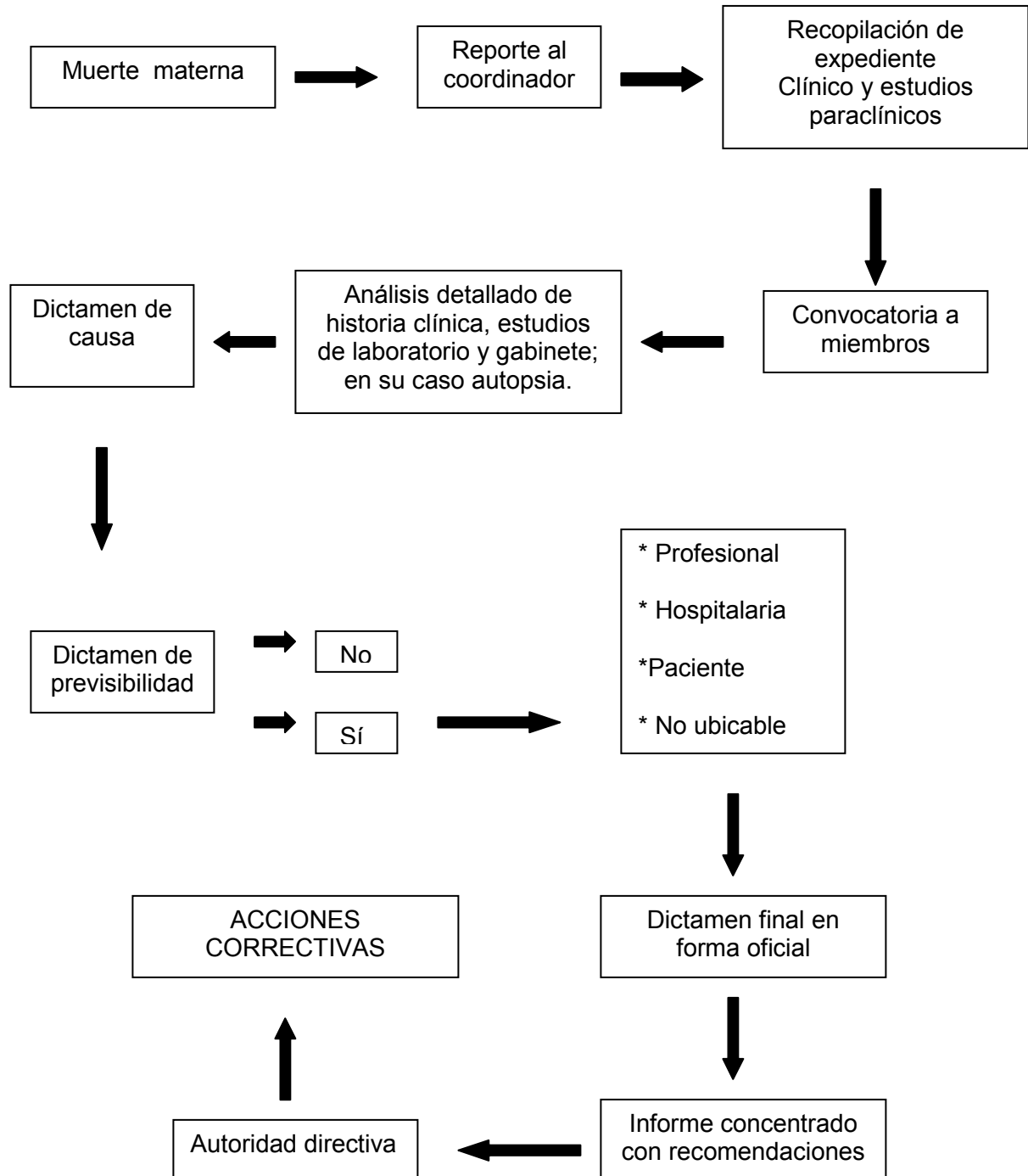
Se pretende que cada Centro de Salud y Unidad Móvil de los diferentes Municipios desarrollen acciones programadas, mediante el apoyo de brigadas y/o personal voluntario como auxiliares de salud.

Todo lo anterior se registrara en hojas de paloteo, las cuales de manera de resultado se darán a conocer a la Jurisdicción, cabe mencionar que las metas serán establecidas por la misma Jurisdicción de acuerdo a la población femenina que cada Municipio maneje.

Esperamos que las estrategias anteriormente mencionadas ayuden de alguna manera a combatir este problema de salud, sensibilizando e involucrando a la población en el mejoramiento de la salud reproductiva con énfasis en la prevención de la mortalidad materna, promoviendo a su vez el interés y acercamiento por parte del personal de enfermería, cuyas habilidades deben estar encaminadas primordialmente a la prevención y cuidado de la salud.

ANEXO 1

PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE UN COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA



FUENTE: Obstetricia Clínica. Victoriano Llaca Rodríguez. México 2000. p. 487.

ANEXO 2

SISTEMA NACIONAL DE SALUD Comité Nacional de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal

AUTOPSIA VERBAL EN CASOS DE MUERTE MATERNA

NOTAS: ESTE DOCUMENTO DEBERA SER LLENADO PREFERENTEMENTE POR UN MEDICO, DANDO A TODAS LAS PREGUNTAS, UNA O MAS RESPUESTAS Y CUANDO SE CONSIDERE NECESARIO ESCRIBIR EN HOJAS ANEXAS, FAVOR DE SEÑALARLO

1. IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL, JURISDICCIÓN SANITARIA O UNIDAD DE ATENCIÓN.

NOMBRE _____
ENTIDAD FEDERATIVA _____ 1.3 MUNICIPIO _____
1.4 LOCALIDAD _____ 1.5 TELEFONO _____ C. P. _____
1.6 FECHA DE ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO (día, mes, año) _____
1.7 NUMERO DE FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN _____

2. IDENTIFICACIÓN DE LA FALLECIDA.

(Copiar los siguientes datos del certificado de defunción)

NOMBRE COMPLETO _____
DOMICILIO _____
LOCALIDAD _____
MUNICIPIO _____ 2.5 ESTADO _____
2.6 EDAD _____ AÑOS, FECHA DE NACIMIENTO _____
2.7 DERECHOHABIENTE SI _____ NO _____ INSTITUCIÓN _____ CODIGO _____
2.8 OCUPACION DE LA FALLECIDA:
2.8.1 HOGAR () 2.8.2 ESTUDIA ()
2.8.3 CAMPO () 2.8.4 EMPLEADA ()
2.8.5 COMERCIO () 2.8.6 POR SU CUENTA ()
2.8.7 OTRA () ESPECIFICAR _____

2.9 ESCOLARIDAD DE LA FALLECIDA:

2.9.1 ANALFABETA () 2.9.2 PRIMARIA INCOMPLETA ()
2.9.3 PRIMARIA COMPLETA () 2.9.4 SECUNDARIA ()
2.9.5 COMERCIO () 2.9.6 PROFESIONAL ()

2.10 ESTADO CIVIL DE LA FALLECIDA:

2.10.1 SOLTERA () 2.10.2 CASADA ()
2.10.3 VIUDA () 2.10.4 UNION LIBRE ()
2.10.5 SEPARADA () 2.10.6 DIVORCIADA ()
2.10.7 NO SE SABE ()

Buenos días (Buenas tardes), mi nombre es (indique su nombre) y trabajo para el Sistema Nacional de Salud, estamos realizando unas entrevistas para conocer algunos acontecimientos que sucedieron alrededor de las mujeres que han muerto en nuestro país. Sabemos que una señora murió hace algún tiempo por lo que quisiéramos que colaborara contestando algunas preguntas.

La información que proporcione será confidencial y de mucha ayuda para salvar la vida de otras mujeres.

Pregunte al interesado si acepta participar y en caso de hacerlo inicie con la sección de la siguiente página (pregunta 3).

Si no realizo la entrevista anote el motivo:

- | | | | |
|---------------------------------------|-----|--------------------|-----|
| 1. No se encontraron a los familiares | () | 2. Domicilio falso | () |
| 3. Cambio de domicilio | () | 4. Se negó | () |

3. PARENTESCO CON LA FALLECIDA

- | | | | |
|-------------|-----|----------------------|-------|
| 3.1 MADRE | () | 3.2 PADRE | () |
| 3.3 ESPOSO | () | 3.4 HERMANO | () |
| 3.5 HERMANA | () | 3.6 HIJO | () |
| 3.7 HIJA | () | 3.8 OTRO ESPECIFICAR | _____ |

3.1 LA FALLECIDA HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA

- | | | |
|----------|-----|-------------------|
| 3.1.1 NO | () | |
| 3.1.2 SI | () | ESPECIFIQUE _____ |

3.2 LA FALLECIDA ERA MONOLINGÜE EN LENGUA INDÍGENA

- | | |
|----------|-----|
| 3.2.1 SI | () |
| 3.2.2 NO | () |

4. FECHA DEL FALLECIMIENTO

HORA _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

5. ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES DE INTERES

5.1 ANTECEDENTES FAMILIARES

- | | | | |
|-----------------------------|-----|-------------------------|-----|
| 5.1.1 SIN ANTECEDENTES | () | 5.1.2 CARDIACOS | () |
| 5.1.3 HIPERTENSION ARTERIAL | () | 5.1.4 DIABETES MELLITUS | () |
| 5.1.5 MALFOR. CONGENITAS | () | 5.1.6 OTRAS ESPECIFICAR | () |

5.2 PERSONALES, MEDICO / QUIRÚRGICOS

- | | | | |
|-----------------------------|-----|-----------------------------|-------|
| 5.2.1 SIN ANTECEDENTES | () | 5.2.2 CARDIO. CONGENITA | () |
| 5.2.3 HIPERTENSION ARTERIAL | () | 5.2.4 HIPERTENSION ARTERIAL | () |
| 5.2.5 MALFOR. CONGENITAS | () | 5.2.6 DIABETES MELLITUS | () |
| 5.2.7 TIROIDEOPATIA | () | 5.2.8 OTRA ENDOCRINOPATIA | () |
| 5.2.9 ENF. CONGENITAS | () | 5.2.10 TUBERCULOSIS PULM. | () |
| 5.2.11 OTRA NEUMOPATIA | () | 5.2.12 DROGADICCION | () |
| 5.2.13 EPILEPSIA | () | 5.2.14 OTRA NEUROPATÍA | () |
| 5.2.15 NEFROPATIA | () | 5.2.16 HEMATOPATIA | () |
| 5.2.17 SIDA | () | 5.2.18 OTRAS ESPECIFICAR | _____ |

5.3 ANTECEDENTES GINECOBISTRICOS

- | | | | |
|---------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 5.3.1 NUMERO DE GESTAS | () | 5.3.2 NUMERO DE PARTOS | () |
| 5.3.3 NUMERO DE ABORTOS | () | 5.3.4 NUMERO DE CESAREAS | () |
| 5.3.5 NUMERO DE EMBARAZOS | () | | |
| EXTRAUTERINOS | | | |

6. PADECIMIENTO

¿DE QUE ENFERMEDAD CREE USTED QUE MURIO? _____

¿DE QUE ENFERMEDAD LE DIJERON A USTED QUE MURIO? _____

POR FAVOR, DIGAME USTED LA FECHA Y HORA EN QUE EMPEZO A ESTAR ENFERMA LA SEÑORA. HORA _____ MES _____ DIA _____ AÑO _____

¿PODRIA USTED DESCRIBIR LAS MOLESTIAS QUE PRESENTO, DESDE QUE EMPEZO A ESTAR ENFERMA HASTA QUE MURIO? _____

7. SITIO Y ETAPA DEL ESTADO GRAVIDO-PUERPERAL EN QUE OCURRIO LA MUERTE LA MUERTE

SITIO DONDE OCURRIO EL FALLECIMIENTO

7.1.1 DOMICILIO DE LA FALLECIDA	()	7.1.2 DOMICILIO PARTERA	()
7.1.3 UNIDAD MEDICA PRIVADA	()	7.1.4 UNIDAD DE SALUD	()
7.1.5 TRASLADO	()	7.1.6 OTRO ESPECIFICAR _____	

EL FALLECIMIENTO OCURRIO DURANTE

7.2.1 EMBARAZO	()	7.2.2 PARTO NORMAL	()
7.2.3 PARTO DISTOCICO	()	7.2.4 POSTPARTO	()
7.2.5 CESAREA	()	7.2.6 POSTCESAREA	()
7.2.7 ABORTO	()	7.2.8 POSTABORTO	()

8. NECROPSIA (AUTOPSIA O ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO)

¿SE REALIZO NECROPSIA?

8.1.1 SI	()	8.1.3 SE IGNORA	()
8.1.2 NO	()		

¿PODRIA USTED DECIR ALGUNOS DE LOS DATOS DE LA AUTOPSIA?

9. EMBARAZO ACTUAL

EDAD DEL EMBARAZO (EN MESES) _____

LA FALLECIDA TUVO CONTROL PRENATAL

9.2.1 SI	()	9.2.2 NO	()
9.2.3 SE IGNORA	()		

LA VIGILANCIA PRENATAL FUE REALIZADA POR:

9.3.1 MEDICO ESPECIALISTA	()	9.3.2 MEDICO GENERAL	()
9.3.3 MEDICO PASANTE	()	9.3.4 ENFERMERA	()
9.3.5 AUXILIAR ENFERMERIA	()	9.3.6 PART. TRAD. CAPACITADA	()
9.3.7 PART. TRAD. NO ADIESTRADA	()	9.3.8 OTRO	()

MES EN QUE SE INICIO EL CONTROL PRENATAL

9.4.1 PRIMERO, SEGUNDO O TERCERO	()	9.4.2 CUARTO	()
9.4.3 QUINTO	()	9.4.4 SEXTO	()
9.4.5 SEPTIMO	()	9.4.6 OCTAVO	()
9.4.7 NOVENO	()	9.4.8 SE IGNORA	()

NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES

9.5.1 UNA A DOS	()	9.5.2 TRES A CINCO	()
9.5.3 MAS DE CINCO	()	9.5.4 SE IGNORA	()

FECHA DE LA ULTIMA CONSULTA DIA _____ MES _____ AÑO _____

10. EXAMENES DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL

10.1 DURANTE EL CONTROL PRENATAL SE REALIZARON EXAMENES DE:

10.1.1 SANGRE (HEMOGLOBINA)	SI ()	NO ()	SE IGNORA ()
10.1.2 ORINA (E. G. O.)	SI ()	NO ()	SE IGNORA ()
10.1.3 GRUPO SANGUÍNEO	SI ()	NO ()	SE IGNORA ()
10.1.4 RAYOS "X"	SI ()	NO ()	SE IGNORA ()
10.1.5 ULTRASONIDO	SI ()	NO ()	SE IGNORA ()

11. RESULTADOS OBSTETRICOS DE EMBARAZOS PREVIOS

[illegible]

INSTRUCCIONES GENERALES:

1. ANOTAR EL AÑO DE CADA EMBARAZO ANTERIO, INDICANDO POR EL MAS RECIENTE.
2. INDICAR EL NUMERO DE MESES DE CADA GESTACIÓN.
3. MARCAR "SI" O "NO" EXISTIERN COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.
4. MARCAR "SI" O "NO" EXISTIO CONTROL PRENATAL.
5. INDICAR TIPO DE RESOLUCIÓN DE CADA EMBARAZO (PARTO EUTOCICO, CESAREA, ABORTO, ETC.)
6. INDICAR SI EL PRODUCTO NACIO VIVO (V) O MUERTO, F = MUERTE FETAL, N = MUERTE NEONATAL. PONER EN DIAS, EDAD AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN.
7. ANOTAR EN GRAMOS, EL PESO DEL PRODUCTO.
8. SEÑALAR SI EL PUERPERIO FUE NORMAL (N) O PATOLÓGICO(P).

12. PARTO

12.1 TIPO DE PARTO

12.1.1 NORMAL () 12.1.2 COMPLICADO ()

12.2 EN CASO DE PARTO COMPLICADO, LA RESOLUCIÓN FUE POR :

12.2.1 CESAREA	()	12.2.2 USO DE FORCEPS	()
12.2.3 OTRO ESPECIFICAR			

12.3 TIPO DE NACIMIENTO

12.3.1 UNICO	()	12.3.2 GEMELAR	()
12.3.3 MULTIPLE	()	12.3.4 SE DESCONOCE	()

12.4 FECHA DE NACIMIENTO HORA DIA MES AÑO

12.5 SITIO O LUGAR DONDE SE ATENDIO EL PARTO

12.5.1 DOMICILIO PARTURIENTA ()	12.5.2 DOMICILIO PARTERA ()
12.5.3 UNIDAD MEDICA PRIVADA ()	12.5.4 UNIDAD DE SALUD ()
12.5.5 POSADA DE NACIMIENTO ()	12.5.6 TRASLADO ()
12.5.7 OTRO ESPECIFICAR	

12.6 EL PARTO FUE ATENDIDO POR:

12.6.1 MEDICO ESPECIALISTA	()	12.6.2 MEDICO GENERAL	()
12.6.3 MEDICO PASANTE	()	12.6.4 ENFERMERA	()
12.6.5 AUXILIAR DE ENFERMERIA	()	12.6.6 PARTERA TRAD. CAPACITADA	()
12.6.7 PART. TRAD. NO ADIESTRADA	()	12.6.8 OTRO PERSONAL DE SALUD	()
12.6.9 FAMILIAR	()	12.6.10 LA MISMA PARTURIENTA	()
12.6.11 SE IGNORA	()	12.6.12 OTRO ESPECIFICAR	

12.7 EL PARTO FUE:

12.7.1 ESPONTANEO () 12.7.2 INDUCIDO ()
12.7.3 SE IGNORA ()

12.8 CUANTO TIEMPO DURO EL TRABAJO DE PARTO: HORAS.

12.9 ¿SABE USTED SI HUBO COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO?

12.9.1 SI () 12.9.2 NO ()
EN CASO AFIRMATIVO, MENCIONE CUALES:

12.10 SI SE REALIZO OPERACIÓN CESAREA, PODRIA DESCRIBIR CUAL FUE LA INDICACIÓN PARA REALIZARLA: _____

13. ABORTO

13.1 SI LA FALLECIDA TUVO UN ABORTO, SABE SI ESTE FUE:
13.1.1 ESPONTANEO () 13.1.2 INDUCIDO ()
13.1.3 SE IGNORA ()

13.2 EN QUE MES DEL EMBARAZO OCURRIO EL ABORTO _____

13.3 DURANTE O DESPUÉS DEL ABORTO HUBO ALGUNA COMPLICACIÓN
13.3.1 SI () 13.3.2 NO ()
13.3.3 SE IGNORA ()

13.4 EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUAL O CUALES _____

14. PUERPERIO (CUARENTENA)

14.1 DURANTE EL PUERPERIO HUBO ALGUNA COMPLICACIÓN.
14.1.1 SI () 14.1.2 NO ()
14.1.3 SE IGNORA ()

14.2 EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUAL O CUALES.
14.2.1 CRISIS CONVULSIVAS () 14.2.2 INFECCION ()
14.2.3 HEMORRAGIA () 14.2.4 OTRAS ESPECIFICAR _____

15. ATENCIÓN EN HOSPITAL O UNIDAD DE SALUD
NOMBRE DEL HOSPITAL O UNIDAD DE SALUD EN DONDE SE ATENDIO: _____

15.1 ¿LA FALLECIDA TUVO ATENCIÓN MEDICA? (CONSULTA MEDICA)
15.1.1 SI () 15.1.2 NO ()
15.1.3 SE IGNORA ()

15.1.1 EN CASO AFIRMATIVO ESTO FUE DURANTE:
15.1.1.1 EMBARAZO () 15.1.1.2 PARTO ()
15.1.1.3 CESAREA () 15.1.1.4 PUERPERIO (CUARENTENA) ()
15.1.1.5 ABORTO ()
DESCRIBA EL MOTIVO Y LA FECHA: _____

15.2 ¿LA FALLECIDA ESTUVO HOSPITALIZADA?
15.2.1 SI () 15.2.2 NO ()
15.2.3 SE IGNORA ()

15.2.1 EN CASO AFIRMATIVO ESTO FUE DURANTE:
15.2.2.2 EMBARAZO () 15.2.2.2 PARTO ()
15.2.2.3 CESAREA () 15.2.2.4 PUERPERIO (CUARENTENA) ()
15.2.2.5 ABORTO ()
DESCRIBA EL MOTIVO Y LA FECHA: _____

15.3 TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBIO
15.3.1 SE IGNORA () 15.3.2 QUIRURGICO ()
15.3.3 MEDICO ()
ESPECIFIQUE: _____

15.4 EN CASO QUE LA FALLECIDA HAYA SIDO HOSPITALIZADA; LE INFORMARON A USTED O A SUS FAMILIARES DEL ESTADO DE SALUD DE LA PACIENTE DESPUÉS DE LA ATENCIÓN?

15.4.1 SI ()
15.4.3 SE IGNORA ()

15.4.2 NO ()

15.5 ¿SE TRASFUNDIO SANGRE A LA PACIENTE?

15.5.1 SI ()
15.5.3 SE IGNORA ()

15.5.2 NO ()

15.6 EN CASO AFIRMATIVO, LA TRASFUSIÓN FUE DURANTE:

15.6.1 EMBARAZO ()
15.6.3 CESAREA ()
15.6.5 ABORTO ()

15.6.2 PARTO ()
15.6.4 PUERPERIO (CUARENTENA) ()

15.7 ¿CUÁL FUE EL MOTIVO DEL EGRESO DE LA PACIENTE?

15.7.1 MEJORIA ()
15.7.3 SE IGNORA ()

15.7.2 DEFUNCION ()

16. NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:

17. CARGO DEL ENTREVISTADOR:

ANEXO 3

CATEGORIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD MATERNA

FACTORES DE RIESGO	CASO1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5	CASO 6	CASO 7
FACTORES BIOLÓGICOS							
• Edad							
• Antecedentes heredofamiliares							
• Antecedentes Personales patológicos							
• Antecedente ginecobstétricos							
FACTORES SOCIOCULTURALES							
• Ocupación							
• Escolaridad							
• Estado civil							
• Perteneciente a etnia indígena							
• Contaba con derecho habiencia							
FACTOR GEOGRÁFICO							
• Municipio de residencia							
CONTROL PRENATAL							
• Tuvo control prenatal							
• Personal que lo realizó							
• Mes del embarazo de inicio del control							
• N° de consultas prenatales							
• Fecha de última consulta							
• Se le realizaron exámenes de lab. y gabinete durante el embarazo							
RESULTADOS OBST. DE EMB. PREVIOS							
• Año de cada embarazo anterior iniciando por el más reciente							
• Meses de evolución de cada embarazo							
• Existieron complicaciones en embarazos anteriores.							
• Tuvo control prenatal en los embarazos anteriores.							
• Tipo de resolución (parto eutócico, cesárea, aborto)							
• Condición del producto al nacer(vivo, muerto, muerte fetal, muerte neonatal)							
• Peso de los productos anteriores							
• Tipo de puerperio (normal, patológico)							

CATEGORIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD MATERNA

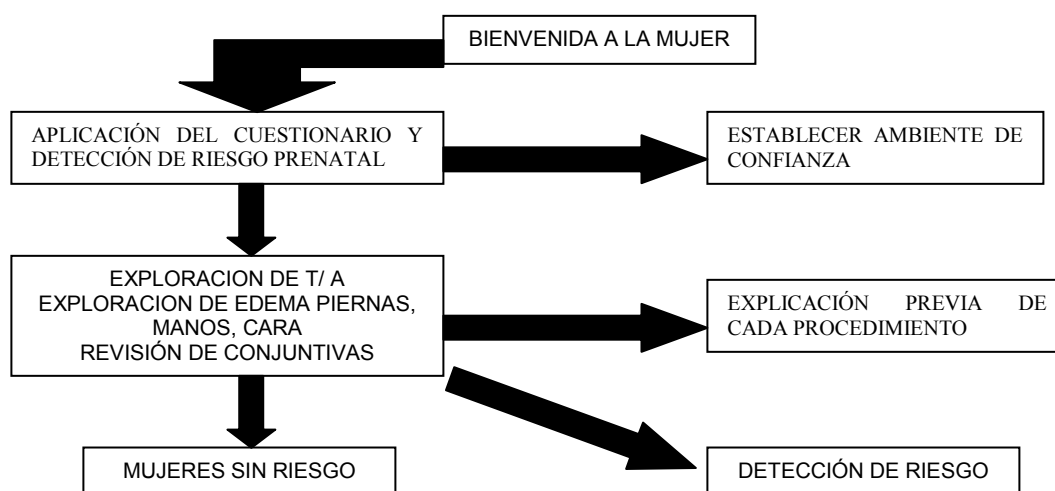
FACTORES DE RIESGO	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5	CASO 6	CASO 7
PARTO							
• Tipo normal / complicado							
• Resolución							
• Tipo de nacimiento							
• Fecha y hora del nacimiento							
• Sitio donde se atendió el parto							
• Personal que lo atendió							
• Parto espontáneo o inducido							
• Duración del trabajo de parto							
• Complicaciones durante el parto							
• Indicación para cesárea							
ABORTO							
• Espontáneo / inducido							
• Mes del embarazo en que ocurrió							
• Complicaciones durante o después del aborto							
PUERPERIO							
• Complicaciones							
SITIO Y ETAPA DEL FALLECIMIENTO							
• Lugar donde ocurrió							
• Momento obstétrico de la muerte							
• Edad del embarazo							
• Fecha y hora de la defunción							
• Causa de la defunción							

CATEGORIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD MATERNA

FACTORES DE RIESGO	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5	CASO 6	CASO 7
ATENCIÓN MEDICA OTORGADA							
• Hospital donde se atendió							
• Tuvo atención medica							
• Momento obs. de la atención							
• Motivo y fecha de la atención							
• Estuvo hospitalizada							
• Momento obst. de la hospitalización							
• Motivo y fecha de la hospitalización							
• Tratamiento que recibió							
• Información del estado de salud de la fallecida							
• Se le transfundió sangre a la fallecida							
• Momento de la transfusión							
• Motivo del egreso							
• Enfermedad que cree el familiar que murió							
• Enfermedad que le dijeron los médicos que murió							
• Fecha y hora en que empezó a enfermar							
• Molestias que presento							
• Fecha de elaboración del cuestionario							
• Persona que proporciono la información							
• Personal que aplico la entrevista							
• Se le realizó necropsia							

ANEXO 4

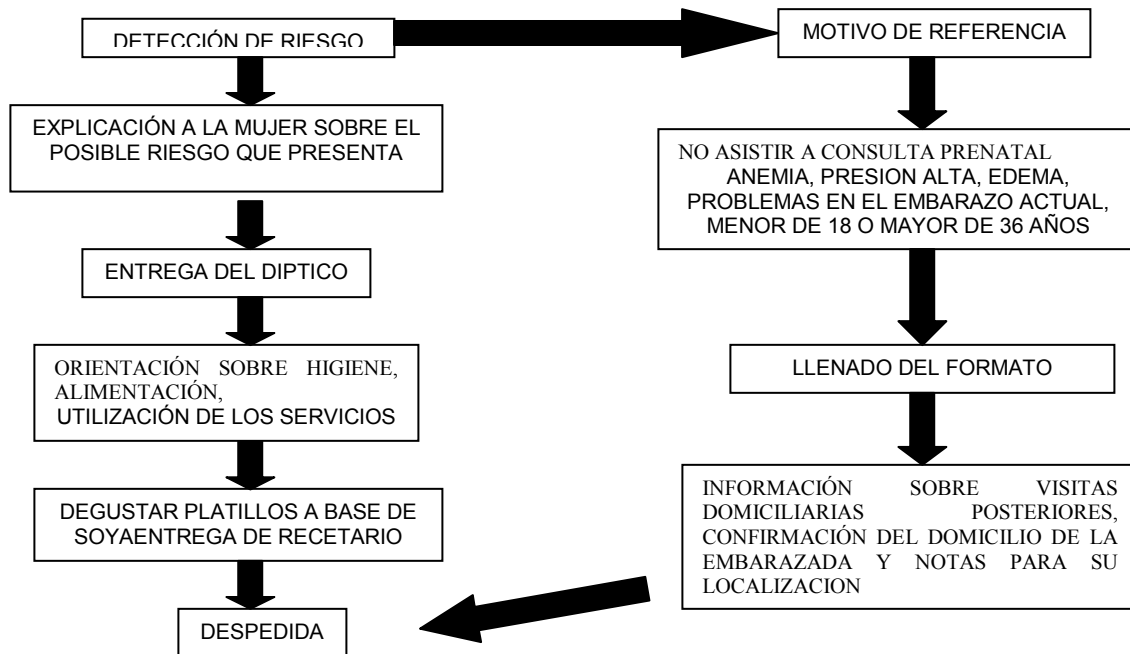
PUESTO DE SALUD PARA EMBARAZADAS: DETECCIÓN DE RIESGOS



FUENTE: Elu Ma. del Carmen, "Una nueva mirada a la mortalidad materna en México" México, 1999.

ANEXO 5

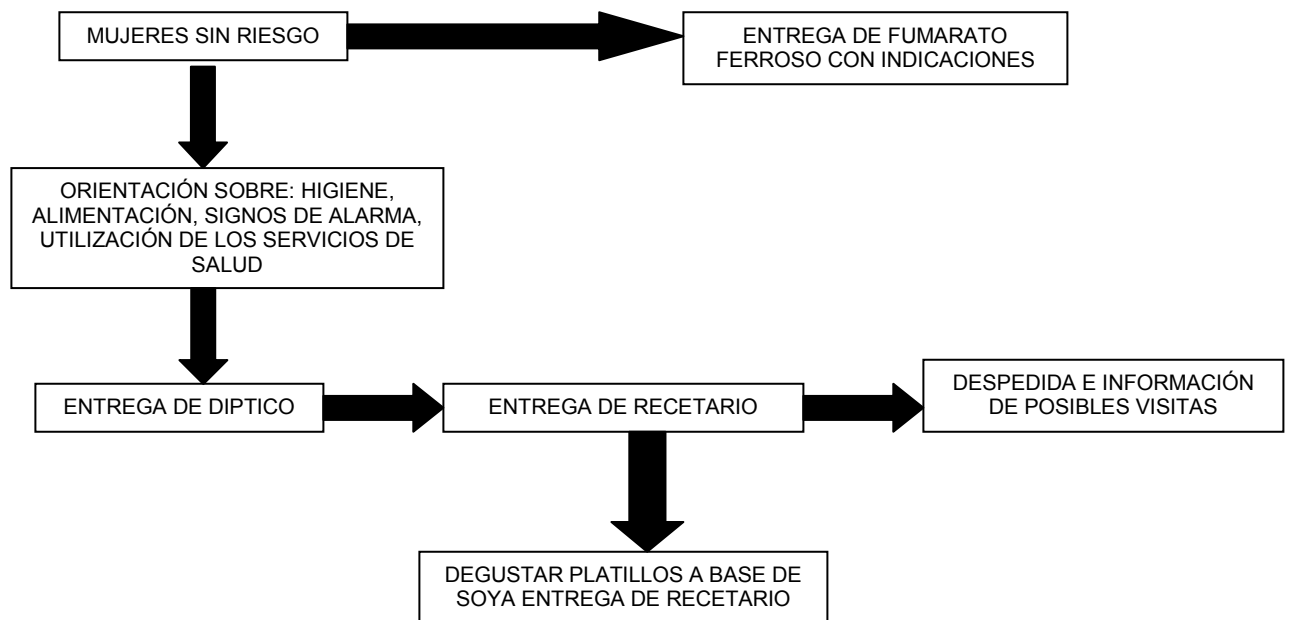
PUESTOS DE SALUD PARA EMBARAZADAS: PROCEDIMIENTOS CON MUJERES EN RIESGO



FUENTE: Elu Ma. del Carmen, "Una nueva mirada a la mortalidad materna en México" México, 1999.

ANEXO 6

PUESTOS DE SALUD PARA EMBARAZADAS



FUENTE: Elu Ma. del Carmen, "Una nueva mirada a la mortalidad materna en México"
México, 1999.

ANEXO 7

PROMOCION DE LA SALUD CALENDARIO DE EVENTOS DEL MENSAJERO DE LA SALUD 2003

EVENTOS	FECHAS
ENERO	
DIA DE LA ENFERMERA VII SEMANA NACIONAL DE INFORMACIÓN, COMPARTIENDO ESFUERZOS CON A.A. CAMPAÑA JURISDICCIONAL DE DETECCIÓN DE OSTEOPOROSIS DIA MUNDIAL DE LICHIA CONTRA EL LEPRO DIA DEL PROFESIONAL DE NUTRICION JORNADA QUIRURGICA DE OTB Y VASECTOMIA SIN BISTURI	LUNES 6 DEL DOMINGO 19 AL SABADO 25 DEL LUNES 20 AL VIERNES 31 DOMINGO 26 LUNES 27 JUEVES 30
FEBRERO	
MES DE LA DETECCION DE RIESGO REPRODUCTIVO DE SALUD PERINATAL(JURISDICCION) MES DE LA SALUD DEL NIÑO DIA DE ODONTOLOGO DIA DEL EMPLEADO ESTATAL PRIMERA SEMANA NACIONAL DE SALUD INICIO DEL OPERATIVO CUARESMA JORNADA QUIRURGICA DE OTB Y VASECTOMIA SIN BISTUR	SABADO 1° SABADO 1° DOMINGO 9 LUNES 10 DEL SABADO 22 AL VIERNES 28 LUNES 24 JUEVES 27
MARZO	
PRIMER CAMPAÑA INTENSIVA "EL PAPANICOLAO, UNA ESPERANZA DE VIDA" Y DETECCIÓN OPORTUNA DE CANCER DE MAMA DIA INTERNACIONAL DE LA MUJER PRIMER SEMANA DE VACUNACION CANINA DIA MICHOACANO SIN FUMAR DIA MUNDIAL DEL AGUA DIA MUNDIAL DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS JORNADA QUIRURGICA DE OTB Y VASECTOMIA SIN BISTURI	SABADO 1° SABADO 8 DEL DOMINGO 9 AL SABADO 15 JUEVES 13 SABADO 22 LUNES 24 JUEVES 27
ABRIL	
DIA MUNDIAL DELA SALUD SEMANA SANTA (PASANTES DEBEN PERMANECER EN GUARDIA) PRIMERA SEMANA NACIONAL DE SALUD BUCAL SEMANA NACIONAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES JORNADA QUIRURGICA DE OTB Y VASECTOMIA SIN BISTURI CONCLUYE OPERATIVO CUARESMA DIA DEL NIÑO	LUNES 7 DEL JUVES 17 AL DOMINGO 20 DEL LUNES 21AL VIERNES 25 DEL MARTES 22 AL MARTES 29 JUEVES 24 VIERNES 25 MIERCOLES 30
MAYO	
DIA DEL TRABAJO BATALLA DE PUEBLA DIA DE LA MADRE DIA INTERNACIONAL DE LA FAMILIA DIA DEL MAESTRO INICIO DE LA TEMPORADA DE CALOR DIA DEL PSICOLOGO SEGUNDA SEMANA NACIONAL DE SALUD DIA INTERNACIONAL PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD MATERNA JORNADA QUIRURGICA DE OTB Y VASECTOMIA SIN BISTURI DIA DEL DESAFIO DIA MUNDIAL SIN TABACO Y/ O FUMAR CONCLUYE LA PRIMERA CAMPAÑA " PAPANICOLAO, UNA ESPERANZA DE VIDA" Y DETECCION OPORTUNA DE CANCER DE MAMA (JURISDICCIONAL)	JUEVES 1° LUNES 5 SABADO 10 JUEVES 15 JUEVES 15 JUEVES 15 MARTES 20 DEL DOMINGO 24 AL SABADO 30 SABADO 24 JUEVES 29 VIERNES 30 SABADO 31 SABADO 31
JUNIO	
DIA MUNDIAL DEL MEDIO AMBIENTE DIA INTERNACIONAL DEL USO ILICITO Y TRAFICO DE DROGAS JORNADA QUIRURGICA DE OTB Y VASECTOMIA SIN BISTURI CONTINUA TEMPORADA DE CALOR	JUEVES 5 JUEVES 26 JUEVES 26

FUENTE: Secretaria de Salud de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6, La Piedad.

PROMOCION DE LA SALUD
CALENDARIO DE EVENTOS DEL MENSAJERO DE LA SALUD DEL 2003

EVENTOS	FECHAS
JULIO	
MES DE ACCIONES INTENSIVAS PARA PREVENIR EL REZAGO EN SALUD (JURISDICCIONAL) DIA MUNDIAL DE LA POBLACION DIA DE LA SECRETARIA CONTINUA TEMPORADA DE CALOR JORNADA QUIRURGICA DE OTB Y VASECTOMIA SIN BISTURI	MARTES 1° VIERNES 11 JUEVES 17 JUEVES 31
AGOSTO	
SEMANA INTERNACIONAL DE LA LACTANCIA MATERNA DIA INTERNACIONAL DE LAS POBLACIONES INDIGENAS DIA DEL MEDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA DIA DEL TRABAJADOR DEL PALUDISMO DIA DEL DONADOR ALTRUISTA DE SANGRE DIA DEL ADULTO MAYOR O EN PLENITUD JORNADA QUIRURGICA DE OTB Y VASECTOMIA SIN BISTURI CONTINUA TEMPORADA DE CALOR	DEL VIERNES 1° AL VIERNES 8 SABADO 9 DOMINGO 17 DOMINGO 17 LUNES 25 JUEVES 28 JUEVES 28
SEPTIEMBRE	
CAMPAÑA INTENSIVA JURISDICCIONAL PARA LA ATENCION DE LA SALUD DEL ADOLESCENTE SEGUNDA CAMPAÑA INTENSIVA "PAPANICOLAO, UNA ESPERANZA DE VIDA" Y DE DETECCION OPORTUNA DE CANCER DE MAMA DIA INTERNACIONAL DE LA PAZ DIA INTERNACIONAL DE LA ALFABETIZACIÓN SEGUNDA SEMANA NACIONAL DE VACUNACION ANTIRRABICA CANINA DIA MUNDIAL DE LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER JORNADA QUIRURGICA DE OTB Y VASECTOMIA SIN BISTURI ABRAZO MUNDIAL CONCLUYE TEMPORADA DE CALOR	LUNES 1° LUNES 1° MIÉRCOLES 17 DOMINGO 21 DEL DOMINGO 21 AL SABADO 27 DOMINGO 21 JUEVES 25 LUNES 29 MARTES 30
OCTUBRE	
MES DE FORTALECIMIENTO A LA DIFUSION Y ATENCION A LA MUJER PRE Y POSTMENOPAUSICA (JURISDICCIONAL) DIA MUNDIAL DEL HABITAT DIA INTERAMERICANO DEL AGUA DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL DIA INTERNACIONAL DE LA REDUCCION DE DESASTRES NATURALES DIA DEL TRABAJADOR DE LA SECRETARIA DE SALUD DIA MUNDIAL DE LA MUJER RURAL DIA MUNDIAL DE LA ALIMENTACION DIA MUNDIAL DE LA ERRADICACION DE LA POBREZA DIA MUNDIAL DE LA OSTEOPOROSIS DIA DEL MEDICO DIA NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL CANCER TERCERA SEMANA NACIONAL DE SALUD JORNADA QUIRURGICA DE OTB Y VASECTOMIA SIN BISTURI	MIÉRCOLES 1° SABADO 4 MARTES 7 VIERNES 10 SABADO 11 MIÉRCOLES 15 MIÉRCOLES 15 JUEVES 16 DOMINGO 19 LUNES 20 JUEVES 23 DOMINGO 26 DEL LUNES 27 AL VIERNES 31 JUEVES 30
NOVIEMBRE	
MES DE LA SALUD REPRODUCTIVA SEGUNDA SEMANA NACIONAL DE SALUD BUCAL DIA MUNDIAL DE LA LUCHA CONTRA LA DIABETES MELLITUS DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL NIÑO SEMANA NACIONAL PARA GENTE GRANDE SEMANA NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA DIA INTERNACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER JORNADA QUIRURGICA DE OTB Y VASECTOMIA SIN BISTURI CONCLUYE LA SEGUNDA CAMPAÑA INTENSIVA "PAPANICOLAO, UNA ESPERANZA DE VIDA" Y DETECCIÓN OPORTUNA DE CANCER DE MAMA	SABADO 1° DEL LUNES 3 AL VIERNES 7 VIERNES 14 JUEVES 20 DEL DOMINGO 23 AL SABADO 29 DEL LUNES 24 AL DOMINGO 30 MARTES 25 JUEVES 27
DICIEMBRE	
DIA MUNDIAL DE LA LUCHA CONTRA EL SIDA DIA DEL QUIMICO DIA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DIA MUNDIAL DE LOS DERECHOS HUMANOS JORNADA QUIRURGICA DE OTB Y VASECTOMIA SIN BISTURI	LUNES 1° LUNES 1° MIÉRCOLES 3 MIÉRCOLES 10 JUEVES 18

FUENTE: Secretaria de Salud de Michoacán, Jurisdicción Sanitaria N° 6, La Piedad.

ANEXO 8

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	SEP-OCT 2003	NOV-DIC 2003	ENE 2004	FEB-MAR 2004	ABR 2004	MAY-JUN 2004	JUL 2004	AGO-SEP 2004	OCT 2004	NOV-DIC 2004	2005	2006
REVISIÓN BIBLIOGRAFICA												
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA												
INVESTIGACIÓN Y RECOLECCION DE DATOS EN JURIS. SANIT. No.6 MICH.												
REVISION Y CONSULTA DE BIBLIOGRAFIA												
REVISIÓN DE AUTOPSIAS VERBALES EN LA JURIS. SANIT. No.6 MICH.												
ELABORACION DE PROTOCOLO												
CATEGORIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO												
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS												
ELABORACIÓN DE GRAFICAS												
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS												
REVISIÓN DE TESIS												
TRAMITES ADMINISTRATIVOS												

ANEXO 9

CASO # 1

En el primero de los casos se pudo apreciar que la edad de la fallecida fue uno de los factores de riesgo relacionados con dicho fallecimiento puesto que se trato de una mujer de apenas 15 años de edad, donde el embarazo pudiera resultar altamente riesgoso, sufriendo ciertas complicaciones como la preeclampsia, por otro lado aunque no tuvo antecedentes personales patológicos hay que tomar en cuenta que si contó con antecedentes de tipo hereditario como cardiacos y diabéticos y que dichos antecedentes en algunos casos se heredan de generación en generación o inclusive presentarse o agravarse durante el mismo embarazo.

También es importante tomar en cuenta que se trato de la gesta 1 donde según la literatura los riesgos son mayores tanto para el primero y después del 4° embarazo. Se trato de una mujer dedicada al hogar, con una escolaridad de primaria completa, soltera, sin pertenencia a ningún tipo de grupo étnico, no derechohabiente a ningún tipo de seguridad social y residente del Municipio de la Piedad; respecto a los datos obtenidos podemos deducir que posiblemente esta joven dejó de asistir a la escuela por motivos de su embarazo dedicándose así a las labores del hogar, respecto a su estado civil se desconocen ciertos datos sobre su pareja, lo que sí es cierto es que la madre soltera padece mayor mortalidad que la casada por la falta de apoyo económico y emocional de su pareja sobre todo en este grupo de edad en donde aún existe cierto grado de "inmadurez" ya sea físico o psicológico y que además tanto la mujer como el hombre aún no están preparados para la maternidad.

En cierta forma creemos favorable la no-pertenencia a grupos étnicos ya que en algunos casos los servicios de salud pueden ser considerados agresivos respecto a sus creencias y costumbres; tal vez el no contar con seguridad social priva a las mujeres de contar con algunos servicios de salud como estudios de diagnostico y tratamiento, sin embargo no creo que la seguridad social garantice un embarazo exitoso. Aún cuando sabemos que el Municipio de La Piedad es uno de los mas urbanizados con los que cuenta la Jurisdicción habría que estudiar a

fondo él porque hay casos de muerte materna respecto a otros donde la población es casi en su totalidad de tipo rural.

Respecto al Control Prenatal se encontró que si se cumplió con lo estipulado por la norma, ya que acudió a su control dentro del primer trimestre, recibiendo mas de 5 consultas, siendo la última un mes antes del fallecimiento y contando con exámenes de laboratorio y gabinete (BH, EGO, Grupo y Rh, USG), dicha atención fue brindada por un medico general.

Se trató de un parto complicado en el que la resolución fue mediante operación cesárea debido a que presentó preeclampsia grave, fue un nacimiento único, se ignora la fecha de nacimiento, la atención fue en el Hospital General Benito Juárez de La Piedad (Hospital de 2° nivel), atendido por un médico especialista, se ignora si fue espontáneo o inducido, duró de 12 a 24 horas, refiriendo el familiar que si hubo complicaciones durante el parto mencionando que "no hubo contracciones uterinas". En este caso la indicación para cesárea fue justificada ya que presentó preeclampsia grave y según el familiar no hubo contracciones uterinas, creemos que fue inducido con el objeto de estimular el útero y provocar dichas contracciones, sin embargo no queremos caer en interpretaciones. El lugar y personal que atendió el parto fueron los adecuados, mientras que el trabajo de parto estuvo dentro de lo normal por tratarse de una mujer primigesta. En lo que respecta al puerperio el familiar refirió que si hubo complicaciones durante este como edema generalizado, dolor de espalda y sudoración.

Hablando sobre el padecimiento se tiene que según el familiar, la señora murió a causa de un Paro Cardíaco, lo cual concuerda con lo que le dijeron, diciéndole además que por que se le subía la presión, empezando a estar enferma el día 18 de Junio de 1999 a las 10:00 am, presentando diferentes molestias desde que empezó a enfermar hasta que murió, como dolor de espalda, falta de aire, edema generalizado y sudoración. Dicho fallecimiento ocurrió en la misma Unidad de Salud donde se atendió el parto, teniendo lugar el día 10 de Julio de 1999 a las 22:50 hrs, es decir un mes más tarde desde que empezó a "enfermar", ocurriendo durante la postcesarea a causa de un Paro Cardiorrespiratorio y tratándose de un embarazo a termino.

Toda la atención médica se otorgó en el Hospital General Benito Juárez del Municipio de La Piedad, hubo necesidad de ser hospitalizada durante el puerperio el día 18 de Junio de 1999, por presentar dolor de espalda y edema generalizado, falleciendo un mes más tarde, recibió tratamiento médico y se le transfundió sangre durante el puerperio, si se le informó a los familiares sobre el estado de salud de la paciente después de la atención y finalmente el motivo del egreso de la paciente fue por defunción.

Con el objeto de hacer un análisis de la calidad de las autopsias verbales se encontró que en este caso la fecha de elaboración del cuestionario fue el día 30 de Marzo del 2000, es decir 8 meses más tarde, la cual se encuentra fuera del tiempo recomendado (15 días a 3 meses después de la muerte), donde posiblemente el entrevistado olvido información que pudo resultar relevante, dicha información se proporcionó por la madre de la fallecida quien tal vez fue la persona que convivió mas tiempo con ella durante su enfermedad, el personal quien realiza la entrevista fue un médico pasante, respecto a la calidad de la información consideramos que el entrevistador no anotó los datos tal y como los mencionó el familiar, ya que en algunas de las preguntas abiertas las respuestas parecen muy científicas, por lo que dudamos que el familiar haya contestado de esa manera, por ejemplo: "Edema generalizado e hiporexia".

CASO # 2

El siguiente caso, también se trató de un embarazo de alto riesgo, en primer lugar por la edad, 39 años, en segundo por la cantidad de gestas "6", y aunque no contó con antecedentes personales patológicos si contó con heredo familiares de hipertensión arterial. Dedicada al hogar, primaria completa, casada, sin pertenencia a etnias indígenas y no derechohabiente a seguridad social, originaria del Municipio de Pastor Ortiz.

Si llevo control prenatal, sin embargo no lo inició dentro del primer trimestre sino en el segundo, llevando de 3 a 5 consultas, siendo la última de estas en el mes de agosto de 1999, se le realizó USG, mientras que los demás estudios se

ignoran su realización, de igual manera se desconocen los resultados obstétricos de embarazos previos, dicho control estuvo a cargo por un médico pasante.

El tipo de parto fue normal, se desconoce si fue espontáneo o inducido duró 12 horas, se atendió en el domicilio de la partera, por la misma partera tradicional capacitada, nacimiento único, se desconoce la fecha de nacimiento, se ignora si hubo complicaciones durante el parto, sin embargo durante el puerperio se refiere que si se presentaron complicaciones, especificando que hubo "salida de la matriz".

El familiar cree que murió por que "presentaba hipertensión arterial pero no llevaba control", mientras que el médico le comentó que murió porque se le había salido la matriz, refiriendo el familiar, que empezó a enfermar el día 15 de Septiembre de 1999 a las 12: 00 hrs. presentando dolor en "epigastrio".

El lugar donde ocurrió el fallecimiento fue en el mismo domicilio de la partera, durante el posparto, con un embarazo a término, falleciendo el día 15 de Septiembre de 1999, a causa de hemorragia puerperal.

Toda la atención médica se llevó a cabo en el domicilio de la partera, por lo que no se hospitalizó, el familiar refiere que si tuvo atención médica durante el puerperio por motivos de presión alta y dolor en hipogastrio intenso el mismo día del fallecimiento, se ignora el tratamiento que recibió por parte de la partera, ignorándose el resto de este apartado.

Analizando la calidad de la autopsia verbal encontramos muchas deficiencias, la primera de ellas es que la fecha de elaboración de la entrevista se realizó 6 meses después del fallecimiento (29/03/00), proporcionando la información la suegra de la fallecida quien al parecer desconocía los acontecimientos ocurridos y por otro lado la información era incompleta, datos tan importantes como resultados obstétricos de embarazos previos no se anotaron, sobre todo en una mujer de la gesta 6, que bien nos pudo arrojar datos valiosísimos para analizar más a fondo dicho caso. La entrevista fue realizada por un médico.

CASO # 3

Abordando los casos ocurridos en el año 2000, tenemos que el primero de ellos sucedió en una mujer de 36 años, sin ningún tipo de antecedente heredo familiar y personal patológico, siendo de la gesta 5, partos 3, abortos 2, dedicada al hogar, con escolaridad de preparatoria, casada, sin pertenencia a grupos étnicos y no derechohabiente a seguridad social, residente del Municipio de Pastor Ortiz.

Si llevó control prenatal iniciándolo dentro del primer trimestre, asistiendo de 3 a 5 veces, siendo la última de ellas el 09 de Abril del 2000, se le realizaron exámenes (EGO, Grupo y Rh, USG.) Los resultados obstétricos de embarazos anteriores nos arrojaron la siguiente información: de sus 5 embarazos, 2 de ellos fueron abortos (1987 y 1999) debido a muerte fetal, no hubo complicaciones durante el embarazo, llevó su control prenatal y el puerperio fue normal. Los 3 restantes fueron productos de 9 meses, eutócicos, sin complicaciones durante el embarazo, todos con vigilancia prenatal, productos vivos de 2 500, 3 400 y 5 000 gr, este último en el año 2000, en el que el puerperio fue de tipo patológico.

El tipo de parto fue normal, espontáneo, con una duración de 2 horas, nacimiento único, cuya fecha de nacimiento fue el 11 de Abril del 2000, atendándose el parto en el Hospital General de Irapuato, Guanajuato, por un médico especialista, refiriendo que no hubo ninguna complicación durante este, mientras que durante el puerperio se menciona que si hubo complicaciones como hemorragia por desgarre uterino como consecuencia de producto macrosómico. Según el familiar cree que la muerte se debió a una hemorragia, diciéndole más tarde que efectivamente falleció por una hemorragia consecuencia de un desgarre uterino posparto, empezando a estar enferma el mismo día del fallecimiento solo que 12 horas antes del mismo (11:10), no se describieron las molestias que presentó.

El fallecimiento ocurrió el día 11 de Abril del 2000 a las 23: 30 hrs. , durante el posparto, a causa de hemorragia puerperal, en el Hospital General de Irapuato, cuyo producto fue de 9 meses.

La atención médica fue proporcionada en todo momento en el Hospital General de Irapuato, contando con atención médica durante su embarazo y parto, se hospitalizó durante el embarazo, parto y puerperio donde según el motivo fue "control prenatal y atención del parto", se ignora el tipo de tratamiento que recibió, así como la información otorgada a los familiares, se le transfundió sangre a la paciente durante el puerperio, donde posteriormente egreso por defunción.

Respecto a la calidad del formato de autopsia verbal se tiene que este se elaboró el 29 de Septiembre del 2003, es decir 2 años 8 meses más tarde, la persona que proporciono la información fue el esposo de la fallecida, realizando la entrevista una Enfermera pasante, la calidad de la información es buena ya que dicho formato se encuentra completo.

CASO # 4

En el cuarto caso analizado se encontraron varios factores de riesgo que a continuación se exponen.

Esta mujer, a pesar de que se encontraba en optima edad para embarazarse (22 años), contaba con un grave factor de riesgo, referente a los antecedentes personales patológicos (varices uterinas), además de esto, dentro de los datos referidos a los resultados obstétricos de embarazos anteriores, se puede ver que también hubo complicaciones en estos embarazos, principalmente en el segundo, en el cual se presentó muerte del producto y la madre tuvo complicaciones durante el puerperio; todo lo anterior fueron factores que se hubieran podido detectar a tiempo si se hubiera contado con un control prenatal oportuno y eficaz, el cual no estuvo presente en los embarazos anteriores.

Todos los antecedentes mencionados eran básicos para la clasificación y manejo del embarazo en el que ocurrió el deceso.

Hablando de las especificaciones de este ultimo embarazo, si se tuvo control prenatal, el cual se inicio de manera oportuna(primer trimestres),bajo la observación de un medico pasante, pero con un mínimo de consultas (de 3-5) durante el periodo de gestación; la norma nos dice que un embarazo de bajo riesgo debe tener como mínimo 5 consultas, las cuales en este caso

específicamente debieron haber sido mayores por los antecedentes con los que contaba la fallecida.

Otros factores de índole sociocultural que pudieron haber influido en este caso, pudieron ser la ocupación de la fallecida, ya que aparte de dedicarse al hogar, también se dedicaba al comercio, las cuales son actividades que requieren de un esfuerzo y desgaste físico muy grande y mas en el área rural, ya que se realizan actividades de campo también, dichas actividades en suma representan una carga enorme de trabajo que pone en riesgo al producto y a la madre.

Siguiendo con estos factores socioculturales, la escolaridad con que contaba la fallecida era de primaria completa, lo cual también es un factor de riesgo, puesto que se sabe que las mujeres de bajo nivel académico, cuentan con menos conocimientos sobre la manera de cuidar su salud y como prevenir riesgos.

Otro dato interesante, fue la residencia de esta mujer, pues pertenecía al municipio de Pastor Ortiz, en el cual se registraron el 71 % de las muertes maternas en el periodo de 1999-2002.

Con relación al parto y su manejo se encontró que, fue eutócico y de tipo complicado, presentándose hemorragia uterina durante el parto y puerperio, fue atendida en un hospital de 2º nivel de atención de Irapuato Guanajuato, refiriendo los familiares que desconocían la categoría del personal que atendió a la fallecida, así como la duración del trabajo de parto y si fue inducido o no. El nacimiento fue el 4-sep-2001 a las 2:00 hrs y la edad gestacional del producto fue de 7 meses; a las 5 hrs con 20 minutos después de haber dado a luz, es decir a las 7 hrs con 20 minutos del mismo 4-sep-2001, fallece la madre durante el puerperio a causa de un paro cardio-respiratorio según datos del mismo certificado de defunción, en la misma unidad de salud donde fue atendido el parto.

Los familiares refieren que la fallecida si contó con atención medica durante el embarazo y el parto, para llevar su control prenatal y mas adelante para la atención del parto. Refieren también que estuvo hospitalizada durante el trabajo de parto, parto y puerperio, recibiendo un tratamiento de tipo medico solamente y transfusiones sanguíneas durante el parto y puerperio, a causa de la hemorragia uterina presentada durante estos periodos.

En cuanto al trato hacia los familiares por parte del personal, mencionan haber recibido en todo momento información del estado de salud de la fallecida hasta el momento del egreso por defunción.

Por otro lado, se pudo constatar que si hubo concordancia entre la información otorgada en el hospital y lo que los familiares creían, referente a la causa de la defunción, la cual fue por paro cardio-respiratorio, según datos obtenidos del certificado de defunción.

Se analizo también el tiempo transcurrido entre la hora y fecha en que la fallecida comenzó a enfermar (03-sep-01 a las 23 hrs.) y la hora y fecha del fallecimiento (04-sep-01 a las 7:20 hrs) ,encontrándose que dicho tiempo no fue mayor a 9 hrs desde el momento de las molestias y la atención hasta el momento del fallecimiento ,concluyéndose que el tiempo que se demoro en solicitarse y otorgarse la atención no fue factor de riesgo pues fue casi inmediata. Según refieren los familiares, las molestias que presento la fallecida fueron: dolor de espalda, pecho y dolor de cabeza también.

Otro factor que se tomo en cuenta para la realización de este análisis fue la calidad del llenado de la autopsia verbal, ya que de esto depende la veracidad de los datos obtenidos mediante dicha entrevista, hallándose que la fecha de elaboración de esta autopsia fue el 15-enero-03, es decir 1 año 4 meses después del fallecimiento, rebasándose los limites marcados, que son de 15 días a tres meses después de este, lo cual nos indica que la información otorgada por parte del familiar, pudo haber sido afectada por el tiempo transcurrido, ya que los acontecimientos no son tan claros y pudo haber sido sesgada la información. Otro aspecto que pudo haber influido en la recopilación de los datos fue la persona a la cual se e aplico la encuesta , pues preferentemente debe ser el familiar que convivió mas tiempo con la fallecida, en este caso se trato de la madre, lo cual nos fue de gran ayuda, ya que se encontró que la mayoría de las preguntas fueron contestadas y no hubo perdida de datos; en esta entrevista se puede apreciar la claridad de las respuesta y la omisión de las interpretaciones por parte del personal que la aplico, el cual fue por parte de enfermería, contándose con una autopsia verbal completa y clara.

CASO #5

El caso # 5, se trato de una mujer de 26 años de edad , la cual contaba con antecedentes heredofamiliares como la diabetes mellitus, y con relación a los personales patológicos, no se encontró ningún dato de referencia, en cuanto a los antecedentes ginecobstetricos se encontró que contaba con dos cesáreas previas, una realizada en 1993 y la otra en 1999 en las cuales, los periodos intergenesicos fueron los recomendados para una buena cicatrización de la matriz, pero en el tercer embarazo, dicho periodo fue menor, ya que se realizo en el 2001, a solo 2 años de la ultima cesárea , lo cual la hacia candidata para un embarazo de alto riesgo.

En cada uno de estos embarazos se contó con control prenatal, obteniéndose productos vivos y atermo en las tres gestas. En cuanto a las complicaciones durante el embarazo, solamente se contó con los datos del ultimo de estos, en el cual se presento una anomalía las hubo, tratándose de placenta creta y previa; con relación al tipo de puerperio de los embarazos anteriores, se tuvo que fueron de tipo normal, el peso de los productos fue en el primero de ellos de 2.2 kgs, en el segundo de 3.4 kgs y en el tercero de 2.5 kgs.

Hablando específicamente del embarazo durante el cual ocurrió el deceso, se tuvo que si estuvo bajo control prenatal, el cual se inicio durante el primer trimestre de gestación contando con mas de 5 consultas prenatales, asistiendo a esta ultima el 21-Dic-2001 realizándose dicho control por medico especialista,; todo lo anterior nos permitió concluir que se cumplió con lo recomendado en los casos de alto riesgo, y que en este sentido no hubo factor influyente para el deceso.

Por otro lado tenemos también los factores socioculturales, dentro de los cuales se encontró que la ocupación de la fallecida era el hogar, contaba con una escolaridad baja(secundaria), de estado civil casada, no pertenecía a ninguna etnia indígena y si contaba con seguro social (IMSS), en cuanto al factor geográfico, se encontraba dentro del 71 % de las fallecidas pertenecientes al municipio de Pastor Ortiz.

En el siguiente rubro referente al parto, se tuvo que este fue de tipo complicado obteniéndose un producto único vivo atérmino por vía cesárea, indicándose esta por presentar placenta creta previa, según refieren los familiares. El parto fue atendido el 28-Dic-2001 a las 6:00 hrs en una unidad de salud de 2ª nivel de atención perteneciente al IMSS, el parto fue atendido por medico especialista, ignorándose si el este fue espontáneo o inducido, así como el tiempo del trabajo de parto.

En cuanto al puerperio, hubo complicaciones derivadas de las del parto, como lo fueron la hemorragia uterina e infección abdominal.

Analizando el sitio y la etapa del fallecimiento, los familiares refirieron que el deceso ocurrió en la misma unidad de salud en la que fue atendido el parto, durante el periodo del puerperio o postcesarea, el día 18-Enero-2002 a las 11:50 hrs por causa de choque séptico, según datos obtenidos del certificado de defunción. Reflexionando acerca de la atención medica otorgada en el Hospital T1 de León Guanajuato, en el cual ocurrió el deceso, los familiares refieren que la fallecida contó con atención medica durante el embarazo a causa de una infección durante el 3er mes de gestación y posteriormente el 28 de Diciembre del 2001 por motivo de cesárea, requiriendo en esta ultima ocasión, de hospitalización y transfusión sanguínea durante el puerperio, periodo durante el cual los familiares recibieron información del estado de salud de la fallecida, por parte del personal del mismo hospital.

Con relación a la información acerca de las causas de la muerte, se obtuvo gran concordancia ya que, tanto los familiares de la fallecida así como los médicos coincidieron en la causa del deceso (choque séptico).

Respecto al tiempo transcurrido entre la fecha en que empezó a enfermar la fallecida y la fecha del deceso, los datos demuestran que pasaron 21 días entre estos dos acontecimientos, periodo durante el cual se mantuvo hospitalizada hasta el día de su egreso por defunción.

Finalmente se analiza la calidad de los datos obtenidos con la autopsia verbal, la cual se vio afectada por varios factores como la falta de datos acerca de la fecha en que fue realizada, por lo cual no se puede apreciar si estuvo o no dentro de los márgenes de tiempo recomendados para su aplicación; por otro lado, en el

llenado del formato y la calidad de las respuestas, se puede apreciar que el personal que la aplico, en este caso un medico general, cayo en el error de las interpretaciones ,ya que al transcribir las respuestas que el familiar estaba dando, se nota fue aplicada por un medico general obteniéndose los datos del esposo de la fallecida no contándose con los datos de la fecha en que fue realizada la entrevista.

CASO # 6

Este caso en particular, fue especialmente difícil de analizar, principalmente por la información tan sesgada que arrojó la aplicación de esta autopsia verbal, ya que varios de los apartados con los que contaba la autopsia y que eran básicos para dicho análisis, no fueron anotados, lo que nos dio como resultado el siguiente análisis.

Se trato de una mujer de 38 años de edad, casada, dedicada al hogar, con estudios apenas de primaria completa, no contaba con ningún tipo de seguridad social ni pertenecía a ninguna etnia indígena, en cuanto al aspecto geográfico, pertenecía al municipio de Zinaparo, Michoacán. Lo anteriormente mencionado nos da una idea de los aspectos socioculturales que pudieron o no haber afectado a esta mujer; en este caso los principales factores encontrados fueron, en primer lugar, la edad, ya que no se encontraba dentro de los parámetros recomendados, y se sabe que estas mujeres que se embarazan a edades avanzadas tienen muchísimo mas riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio, tanto ella como el producto; por otro lado tenemos la baja escolaridad con la que contaba la fallecida, pues también la falta de conocimientos va íntimamente relacionado con la falta de la cultura del autocuidado y la prevención, aspectos que si se llevan a cabo pueden ayudar a evitar ciertos riesgos durante esta etapa de las mujeres.

También se encontró que no contaba con seguridad social, lo cual, no tendría que ser factor influyente, si se contara con una infraestructura eficiente en el sector salud, pero como lamentablemente no es así, esto significa desventajas para las que no cuentan con este servicio, de igual manera pasa con la cuestión

de las etnias indígenas , pues se tiene que decir debido a la situación que viven dichas etnias, que es una fortuna no pertenecer a estas, puesto que se ven expuestas a múltiples maltratos, humillaciones y desprecios por parte de la misma sociedad y desafortunadamente por parte del personal de salud también, solo por su condición indígena, cuando esto tampoco debería de significar una desventaja para poder acceder a una atención medica de calidad y calidez.

Pasando al aspecto del embarazo y lo relacionado a este se observo lo siguiente:

La fallecida no contaba con ningún tipo de antecedentes heredofamiliares ni tampoco personales patológicos, dentro de sus antecedentes ginecobstetricos, solamente se sabe que tuvo 4 gestas, si contó con control prenatal durante este ultimo embarazo, comenzándolo en el primer trimestre de gestación, dicho control fue realizado por un medico especialista y contó con mas de 5 consultas prenatales.

Con relaciona al sitio y etapa de la muerte se tiene que esta sucedió el 02-jul-2002 a las 23:00 hrs, en una unidad medica privada, durante el periodo obstétrico del embarazo, la edad gestacional de esta fue de 6 meses, la causa, paro cardio-respiratorio.

En cuanto a la atención medica otorgada solamente se sabe que durante dicha atención, los familiares si fueron informados sobre el estado de salud de la fallecida, no se le transfundió sangre, la defunción fue el motivo del egreso.

Los familiares creían que la fallecida había muerto por causa de la presión, y los médicos les dijeron que había sido a causa del corazón, así que no siendo tan estrictos, guardan relación una con la otra y no existe tanta discrepancia entre estas. Los familiares refieren que la mujer empezó a enfermar el mismo 02-jul-2002 a las 04:00 hrs, es decir 7 horas antes del fallecimiento y no recuerdan las molestias que presento.

Por ultimo se tienen los datos de la autopsia verbal, encontrándose que no cuenta con la fecha de elaboración, la persona a la cual se le aplico la entrevista fue ala madre y el personal que la realizo fue un medico general, con el cargo de director de la unidad móvil de Zinaparo. Al igual que la mayoría, no se le realizo necropsia.

La calidad del llenado fue deficiente puesto que la mayoría de las preguntas no fueron respondidas a pesar de que el familiar al que se le aplicó la entrevista era la madre, es decir una persona que estuvo cerca de los acontecimientos, por otro lado, por falta de la fecha de elaboración se desconoce si el factor tiempo pudo haber influido en los recuerdos del entrevistado y por esto fue que no se obtuvieron las respuestas deseadas, y por último la falta de experiencia y conocimiento en el llenado de la autopsia verbal por parte del entrevistador, son factores que influyen totalmente en los resultados de dicho análisis.

CASO # 7

Por último se analizó el caso de una mujer de 43 años de edad, casada, dedicada al hogar y al comercio, contaba con una escolaridad de primaria completa y pertenecía al municipio de Pastor Ortiz, Michoacán. Esta mujer padecía de hipertensión arterial como antecedente heredofamiliar y personal patológico. En cuanto a los antecedentes ginecobstétricos, se encontró que contaba con 9 gestas, 1 aborto, 1 cesárea y 7 partos, se ignoran las especificaciones de cada uno de estos.

Se sabe que en el último embarazo contó con control prenatal, el cual fue realizado por un médico general y que dicho control se inició dentro del primer trimestre de embarazo, asistiendo de 3-5 ocasiones a consulta prenatal en total durante toda la gestación llevándose a cabo esta última en septiembre del 2002. Se le realizaron exámenes de laboratorio y gabinete durante este control.

Lo anterior nos da una idea del perfil con el que la mujer contaba y algunos de los factores que se encontraron fueron la baja escolaridad con la que contaba esta mujer, pues esto influye en gran medida en la formación, creencias y cuidados que las mujeres tienen en su salud, generalmente estas mujeres son multíparas, y siguen embarazándose a edades muy avanzadas como lo vemos en este caso, por la falta de conocimientos y conciencia de los riesgos a los que se exponen y la manera de prevenirlos. Esto también nos pone a pensar en la ignorancia tan grande que aun se vive en pleno siglo XX, en múltiples localidades no solo de Michoacán sino del país entero y la urgencia de que el sector salud

insista de alguna u otra manera en formar una cultura de salud y prevención, ya que si nosotros como personal de salud en cada uno de sus embarazos hubiéramos echo labor de convencimiento, esta mujer hubiera estado conciente de los riesgos a los que se enfrentaba y la manera tan fácil de evitarlos.

En cuanto al parto no hay mucha concordancia con los datos pues refieren los familiares que el parto fue normal, pero que tuvieron que realizarle cesárea, a causa de una insuficiencia cardiaca, por lo cual se concluye que no fue un parto normal, sino complicado, el tipo de nacimiento fue único y no se cuentan con los datos de fecha y hora. Tampoco se encontraron datos acerca del periodo de puerperio.

En cuanto al sitio y etapa del fallecimiento, al igual que en todos los casos anteriores , se analizaron varios aspectos como lo fue el lugar donde ocurrió la defunción, que en este caso fue en una unidad medica privada el 20-sep-2002 a las 6:00 hrs, a causa de paro cardio-respiratorio, el momento obstétrico de la muerte fue durante postcesarea, contando con 39 semanas de gestación.

Por otro lado también se analizo la atención medica otorgada, tomándose en cuenta distintos aspectos que nos arrojaron la siguiente información, el hospital en el cual fue atendida esta mujer fue una clínica privada de nombre Santa Elvira, en la cual se le otorgo atención medica durante el embarazo con motivo de consultas prenatales durante las cuales nunca estuvo hospitalizada, y mas adelante también se le otorgo atención medica para el periodo del parto, periodo durante el cual requirió de atención medica y quirúrgica, refiriendo los familiares que no se le transfundió sangre durante dicha atención.

Hablando del padecimiento, los familiares refirieron, ignorar por completo la causa que pudo haber ocasionado la muerte a esta mujer y que los médicos les dijeron que había muerto de un paro cardiorrespiratorio, tal y como consto en el certificado de defunción. Refieren también que su familiar empezó a estar enferma el 20-sep-2002 a las 4:00 hrs, presentando molestias como la falta de aire y dolor, es decir solamente 2 horas antes de su fallecimiento.

En cuanto a la autopsia verbal, esta fue aplicada el 14-Oct-2002, es decir, dentro de los parámetros recomendados para su aplicación, y la persona que proporciono la información, fue la hija de la fallecida, lo cual nos hace pensar que es una persona que estuvo en contacto directo con el suceso, pues la entrevista fue en su mayoría contestada.

El personal que la aplico fue el director general del centro de salud del municipio al cual pertenecía la fallecida, presumiblemente personal calificado para la aplicación de la entrevista, pero que se pudo constatar, cayo en varias ocasiones en el error de la interpretación, pues se encontraron respuestas en donde se utilizaba un lenguaje muy técnico que, seguramente no utilizarían los familiares.

Por ultimo se les pregunto si se le había realizado necropsia a su familiar y al igual que la gran mayoría, no se les realizo.

XIII. BIBLIOGRAFIA

- Angulo Vázquez J, Ornelas Alcántar J, Rodríguez Arias EA, Iñigo Riesgo CA, Torres Gómez LG. "Mortalidad materna en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente. Revisión de 12 años". Ginecología y Obstetricia de México. Septiembre 1999; Vol.67: 419-429.
- Balleste M, "Analizando la mortalidad materna en el Distrito Federal desde una perspectiva de género. 3° Conferencia Nacional sobre maternidad sin riesgos en México", consultado en Marzo 2004 en la dirección electrónica <http://www.laneta.apc.org/foropob/boletines/balleste.doc>
- Beischer / Mackay. "Obstetricia y Neonatología" 3ª ed. México. Ed. Mc Graw Hill.1997. 855 p.
- Botero J. "Obstetricia y Ginecología." 6ª ed. México 2000. 670 p.
- Calderón Garcidueñas AL, Martínez Salazar G, Fernández Díaz H, Cerda Flores Ricardo M. "Mortalidad materna hospitalaria; causas y concordancias entre el diagnóstico clínico y el de autopsia en el centro medico del Noreste del IMSS México". Ginecología y Obstetricia de México. Febrero 2002; Vol.70: 95-102.
- Comité Promotor por una Maternidad sin riesgo en México. Declaración de México para una maternidad sin riesgo en México",1999. 25 p.
- Cuevas Silva A. Influencia de las actividades realizadas por las auxiliares de Salud de los Módulos I IV y V de la Jurisdicción Sanitaria N° 6 de La Piedad Mich., sobre el índice de morbilidad materno-infantil y la practica de hábitos de salud. México,1993 Tesis (Licenciatura en Enfermería y Obstetricia) UNAM.
- Decherney A. "Diagnostico y tratamiento Ginecobstetrico". México Ed. El manual Moderno. 1997. 1535 p.
- Didona N." Enfermería maternal". México. Ed. Mc Graw Hill. 1998 494 p.
- Donat F. "Enfermería maternal y Ginecológica". España Ed. Masson. 2000. 541 p.
- Driscoll K. "Asistencia activa en el parto". España. Ed. Mosby. 1996. 128 p.
- Elu Ma. C. "Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva". México. Comité promotor por una maternidad sin riesgo en México.1997. 302 p.
- Elu Ma. C. "La Luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala". México. Fondo de Cultura económica. 1993.197 p.
- Elu Ma. C." Una Nueva Mirada a la mortalidad materna en México". México. Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México. 2000. 373 p.
- INEGI. "Estadísticas vitales. Cuaderno N° 3. Michoacán"ed.2001. México 2001. 237 p.
- INEGI. "Anuario de estadística por entidad federativa". ed. 2003. México 2003. 532 p.
- INEGI. "Mujeres y Hombres en México 2003". 7° ed. México 2003 .632 p.
- INEGI. " Anuario estadístico Michoacán de Ocampo".ed. 2002. México 2002. 648 p.
- INEGI. Instituto Michoacano de las mujeres. "Las mujeres en Michoacán de Ocampo", México 2003. 217 p.

- Leiva Alvarado C.. Causas que ocasionaron y/o determinaron la mortalidad materna durante el año de 1997, en el hospital general de Acapulco, Guerrero, de los servicios estatales de salud. México 2003. Tesis (Licenciatura en Enfermería y Obstetricia) UNAM.
- Martínez R. "Diagnostico de Salud del Municipio de José Sixto Verduzco", Michoacán. México 2002.90 p.
- Mondragón H. "Obstetricia básica ilustrada" 4ª ed. México. Ed. Trillas. 1999. 822 p.
- Namakforoosh M. "Metodología de la Investigación.", 2ª ed. México. Ed. Limusa. 2002. 531p.
- Organización Panamericana de la Salud. "La mortalidad materna en las Américas". Boletín Epidemiológico OPS. Marzo 1993. Vol. 14 # 1;1-9.
- Poder Ejecutivo Federal "Plan Nacional de Desarrollo 2001- 2006". México. 168 p.
- Rodríguez C. "Diagnóstico de salud de Yurecuaro, Michoacán". México 2002.60 p.
- Rosales Aujang E, Felguerez Flores JA. "Mortalidad materna. Un reto del nuevo milenio".Ginecología y Obstetricia de México. Octubre 2002; Vol.70: 502-509.
- San Martín H. "Tratado general de salud en las sociedades humanas". México. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 2002.
- Scott J. "Tratado de Obstetricia y Ginecología", 6ª ed. México. Ed. Mc Graw Hill. 1994. 1296 p
- Sloan N, Langer A, Hernández B, Romero M, Winikoff B, "Etiología de la mortalidad materna en los países en desarrollo. ¿Qué valor tienen las autopsias verbales?", consultado en Marzo 2004 en la dirección electrónica <http://www.who.int/docstore/bulletin/digests/spanish/>
- SSA. "Epidemiología. La certificación médica de las causas de muerte materna. Centro mexicano para la clasificación de las enfermedades". México D.F. 1994. 135 p.
- SSA. "Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido 007-SSA2 Mexico1993. 55 p.
- SSA." Manual de organización y procedimientos de los comités para el estudio de la mortalidad materna y perinatal".México 1999. 50p.
- Téllez A. "Diagnóstico de salud de La Piedad, Michoacán". México 2002.70p.
- UNAM-ENEO-SUA." Investigación clínica en enfermería". Programa guía. México. 1996.
- Velasco Murillo V. "Mortalidad materna por preclampsia- eclampsia en la Región la Raza".Revista Medica del IMSS. Septiembre / Octubre 1999. Vol. 36 #3; 349-355.
- Velasco Murillo V. "Mortalidad materna por sepsis puerperal en el IMSS". Revista Medica del IMSS. Mayo / Junio 1998.Vol.36 # 3; 223-229.
- Velasco Murillo V."Mortalidad materna por aborto en el IMSS". Revista médica del IMSS. Enero / Febrero 1999. Vol.37 #1;73-79.