

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

LA MUERTE MATERNA EN UN HOSPITAL GENERAL DE REFERENCIA
(HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO) 11 AÑOS DE REVISION

TESIS POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DRA. MARISOL HERNANDEZ GONZALEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DR. JESUS SANCHEZ CONTRERAS

ASESORES DE TESIS:

DR. VICTOR H. PULIDO OLIVARES

DR. JUAN JIMENEZ HUERTA

MEXICO, DISTRITO FEDERAL

2009.



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.

Con especial cariño para mis PADRES:

ESPERANZA Y FIDEL

Que gracias a ellos y a todo su apoyo en todo momento
Y que siempre han estado conmigo vi realizadas mis aspiraciones.

Para todos mis queridísimos AMIGOS y MAESTROS

Que siempre me alentaron para poder concluir con
Este proyecto.

INDICE

INTRODUCCION.....	4
ANTECEDENTES.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	11
RESULTADOS.....	13
RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	40
SUGERENCIAS PARA LA ATENCION MÉDICA.....	43
BIBLIOGRAFIA.....	46

INTRODUCCION

El impacto médico, social y familiar que tiene el fallecimiento de una mujer, casi siempre sana, en la etapa más productiva de su vida, como consecuencia del proceso de la reproducción, ha sido la motivación primaria para que el estudio de mortalidad materna se considere, en el mundo, desde hace muchos años, como uno de los indicadores para evaluar la calidad en la prestación de servicio de salud (8).

Los principales objetivos de la asistencia médica son: Reducir la mortalidad y prevenir complicaciones de entidades médicas.

Se consideran como procesos fisiológicos el parto y el embarazo. Se supone que estos debieran desarrollarse sin complicaciones, pero se sabe que ambos pueden ocasionar alteraciones serias que desgraciadamente algunas veces terminan con la muerte.

La mortalidad materna en los últimos 40 años se ha caracterizado por un decremento impresionante. La razón de mortalidad son indicadores indirectos de la calidad de la atención en los Hospitales de Obstetricia, lo que permite una evaluación y comparación en el ámbito nacional e internacional.

Las primeras causas de mortalidad materna, como hace 50 años, siguen siendo:

- Enfermedad Hipertensiva del embarazo,
- Hemorragia y
- Sepsis.

En nuestro medio, es necesario intensificar las acciones y medidas tendientes a una prevención adecuada, diagnóstico y tratamiento temprano, y abatir las complicaciones en forma intensiva, que son las que aumentan las causas de mortalidad materna, así como crear conciencia en las pacientes de alto riesgo.

ANTECEDENTES

La Comisión de Mortalidad es la encargada de efectuar el estudio de las causas de muerte y dictaminar si hubo responsabilidad hospitalaria, medica o de la paciente, así como la causa que la provoco, y si fue previsible o no previsible (1).

El Comité de Relaciones de Salud Pública de la Academia de Medicina de New York, en 1917 se intereso por los problemas de Mortalidad Materna y nombro un Comité para el estudio estadístico del mismo (2).

El Comité Nacional sobre bienestar materno fue fundado en 1920, con el objeto de analizar las muertes maternas en el estado de New York. Posteriormente se formo el Comité de Bienestar Materno de la Unión Americana, con el mismo objetivo. Después se organizaron Comités de Mortalidad Materna en diversos países (2).

La Organización Mundial de la Salud apoyo a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, fundando el Comité Internacional de Estudios de Mortalidad Materna que permitiría obtener información adecuada sobre causas de mortalidad, dando normas y reglamentos para ser aplicados por comités similares en países federados (2).

El 10 de Mayo de 1972 por Derecho Presidencial queda estructurada la Dirección General de Atención Medico Materno Infantil, auspiciada por la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (3).

El 7 de Febrero aparece en el Diario Federal de la Nación, la Ley General de Salud, la cual en su Capitulo V, Artículo 62, dispone: “En los servicios de salud se promoverá la Organización Institucional de Comités de Prevención de Mortalidad Materna e Infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar medidas conducentes” (4).

El 10 de Agosto de 1984, en los diarios de mayor circulación de la República, apareció publicado el Programa Nacional de Salud de 1984-1988, de la S.S.A., dentro de este programa se describen diferentes acciones para proteger a las mujeres durante el embarazo y puerperio, pero, resalta por su importancia lo referido en el capítulo de metas, subcapítulo

mortalidad, en donde textualmente se especifica: “Disminuir la tasa de Mortalidad Materna de 0.9 fallecimientos por mil nacidos vivos a 0.5 en 1988” (4).

Las muertes maternas no son eventos aislados. Constituyen una verdadera tragedia de salud pública vistas tanto cualitativa como cuantitativamente. Alrededor de 600 mil mujeres fallecen anualmente en el mundo por causas maternas. Datos del año 2001 señalan que entre 20,000 y 30,000 ocurrieron en América Latina y el Caribe y 1,253 en México. Si bien en las décadas pasadas se observó una tendencia decreciente en la tasa de mortalidad materna en nuestro país, en los últimos 12 años se ha mantenido relativamente estable (7).

Estas muertes son altamente preocupantes, mas aun porque conforme a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la gran mayoría de ellas es evitable con los recursos que disponen actualmente la medicina y el grado de desarrollo de nuestro país.

Para el presente trabajo utilizamos las siguientes definiciones:

Muerte Materna: La OMS (1992) definió a la mortalidad materna como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo, independiente de la duración y lugar del mismo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Esta definición se considera limitada, ya que no permite identificar la real dimensión de la mortalidad materna. Por un lado, excluye los suicidios y los homicidios en mujeres adolescentes cuyo detonador es, en muchos casos, precisamente el embarazo. Por otro lado, deja fuera los fallecimientos posteriores a los 42 días. Para tratar de superar este último aspecto, en forma paralela a la anterior definición, se ha empezado a utilizar el lapso de 11 meses, denominado a las defunciones que ocurren en este periodo, como: “muertes maternas tardías” (7).

Muerte Obstétrica Directa: Es la muerte de la madre debida a complicaciones obstétricas del embarazo, el parto o el puerperio, o a intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o a una cadena de procesos resultantes de cualquiera de los anteriores (5).

Muerte Obstétrica Indirecta: Es la muerte obstétrica no debida directamente a causas obstétricas, sino resultado de una enfermedad preexistente o desarrollada durante el embarazo, parto o puerperio, pero agravada por la adaptación fisiológica de la madre al embarazo.

Muerte no Obstétrica: Es la que resulta de causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo o con su manejo (5)

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 (6)

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 (6).

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 (6)

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 (6)

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; al carecer de normas para el manejo adecuado o las restricciones al acceso de mujeres embarazadas a los servicios de obstetricia (6).

La mortalidad materna se mide mediante la razón de mortalidad materna que se calcula dividiendo el número total de muertes obstétricas entre el número de nacidos vivos por 100,000; no se incluyen las muertes maternas no obstétricas de acuerdo a lo convenido por la OMS (12).

Se considera nacido vivo al nacimiento de un producto vivo que pese 1,000 gramos o más. En ausencia de peso conocido puede tomarse como base una edad calculada del embarazo de 28 semanas o más, a partir del primer día del último periodo menstrual normal (6).

La OMS, en conjunto con la UNICEF y la UNFPA, ha hecho esfuerzos por monitorizar la mortalidad materna global, regional y nacional desde 1990 hasta 2000. Diferentes métodos se usaron para calcular las tasas de Muerte materna, el mayor problema la falta de estadísticas de muchos países. Se estima que para el 2000 hubo 529,000 muertes maternas en el mundo con promedio de 400 muertes por cada 100,000 nacimientos vivos, cifra que equivale a poco más de un fallecimiento por minuto. Asimismo, indica que 99 por ciento de estos decesos tiene lugar en los países menos desarrollados. Más de 300 millones de mujeres en el mundo entero padecen actualmente enfermedad, de corta o larga duración, atribuibles al embarazo o parto (9).

Según informes del comité promotor por una maternidad sin riesgos, en México se registran anualmente 1,253 muertes maternas, cerca de cuatro al día en promedio, con un nivel de riesgo de una por cada 220, aunque las mujeres indígenas presentan tres veces mayor riesgo que el resto de las mujeres mexicanas de morir por causas relacionadas con la maternidad. Datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) y de la Secretaría de Salud indican que la tasa nacional de muerte materna es de 51 por cada 100 mil nacidos vivos, mientras que en zonas indígenas es de 151.

En algunas partes del país la situación para las mujeres es más grave. Destaca el caso de Guerrero donde para una mujer indígena de esa entidad el riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad es casi seis veces mayor para una no indígena de cualquier zona urbana de otro estado del país (11)

Según información del Centro para los Derechos de la Mujer, Fundar y el Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, en los años recientes, 67.3 por ciento de las muertes maternas registradas se concentran en los estados del sur y sureste del país, zonas donde un significativo número de habitantes carece de seguridad social, vive en condiciones de pobreza extrema y es indígena.

Por si fuera poco existen discrepancia en las cifras manejadas por diferentes instituciones: Registro Civil, Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, Inst. Nac. De Geografía y estadística, CONAPO y el Sistema Estadístico Epidemiológico de las defunciones. De ahí el retraso en la obtención de la información (11).

MATERIAL Y METODO

Se revisaron los cuestionarios confidenciales y de dictamen de todos los casos de la Muerte Materna acaecidos en el Hospital Juárez de México del 1995 al año 2005

Se analizó en cada uno de los expedientes diferentes variables numéricas con las estadísticas de tendencia central y de dispersión de los grupos y subgrupos.

Las variables cualitativas se agruparon y se estudiaron por frecuencia y por porcentaje

Las variables analizadas fueron las siguientes:

1. Clasificación Muerte Materna
2. Edad paciente
3. Tiempo estado dravídico
4. Edad gestacional resolución del embarazo
5. Causas
6. Unidad procedencia
7. Referencia
8. Tipo de Resolución del embarazo
9. Responsabilidad médica, no médica, de la unidad, materna y no determinada.

Se contrastaron los datos obtenidos entre ellos de acuerdo a las clasificaciones utilizadas, utilizando la T de Students y χ^2 .

Se ordenaron todos los resultados en tablas y gráficas de acuerdo al porcentaje estadísticas determinadas.

RESULTADOS

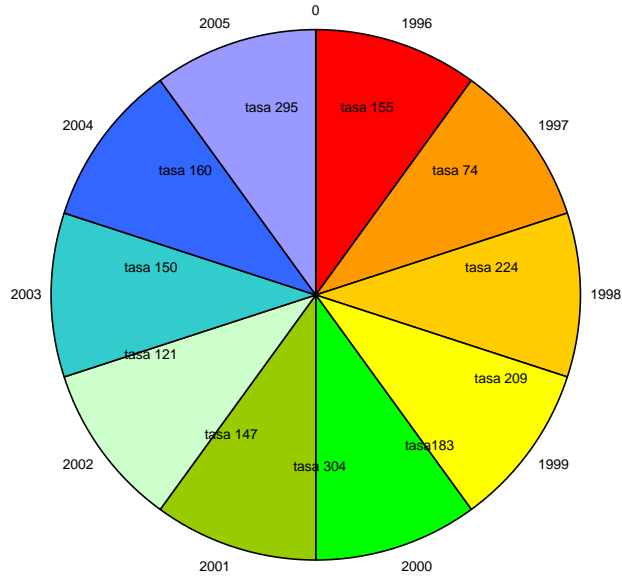
De acuerdo con la revisión de la Muerte Materna en el Hospital Juárez de México en 11 años de revisión, se observa que el año con mayor porcentaje de muertes maternas fue, en primer lugar en el año 2000, seguido del año 2005, y como tercer lugar en el año de 1997 y observándose menor frecuencia en el año 1996 (tabla 1), (grafica 1 y 2).

(Tabla 1)
MORTALIDAD MATERNA EN EL HJM:

AÑO	TOTAL NAC.	NO.PAC.	%	RAZON MORT.*
1995	3869	06	7.89	155
1996	4008	03	3.94	074.8
1997	3563	08	10.52	224.5
1998	2986	06	7.89	210.0
1999	3816	07	9.21	183.4
2000	3945	12	15.78	304.0
2001	4096	06	7.89	146.4
2002	4126	05	6.57	121.0
2003	4012	06	7.89	149.5
2004	3751	06	7.89	160.0
2005	3723	11	14.47	295.4
TOTAL	41895	76	100	181.4

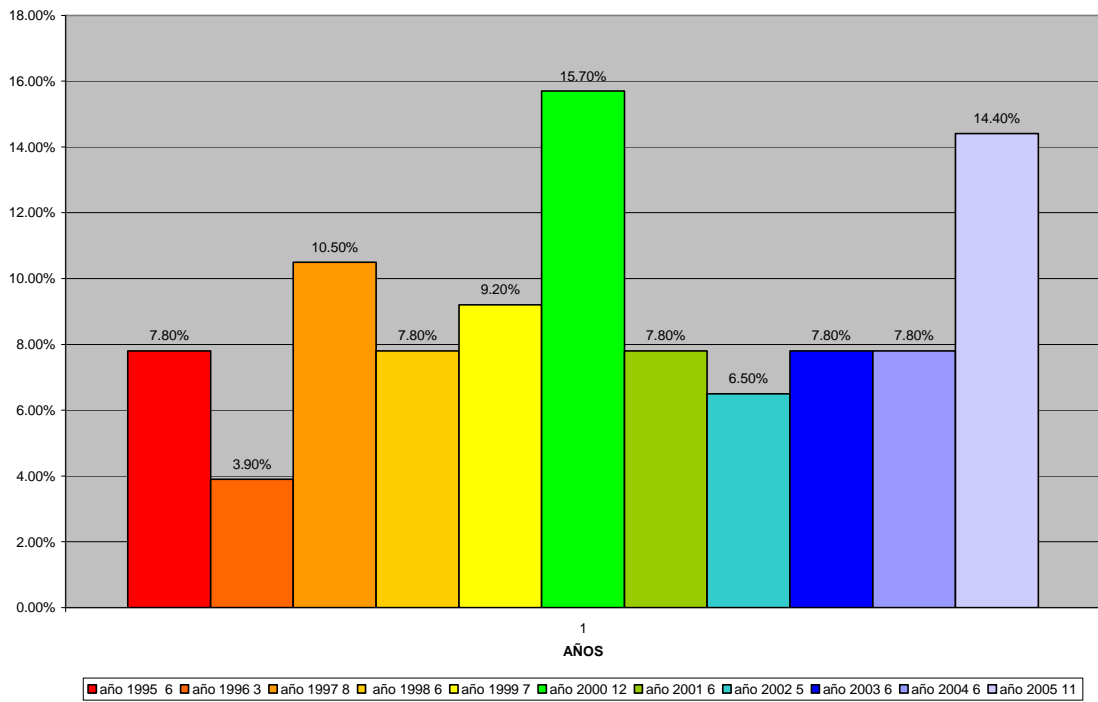
*Razón por cada 100 mil nacidos vivos

MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO EN 11 AÑOS DE REVISION



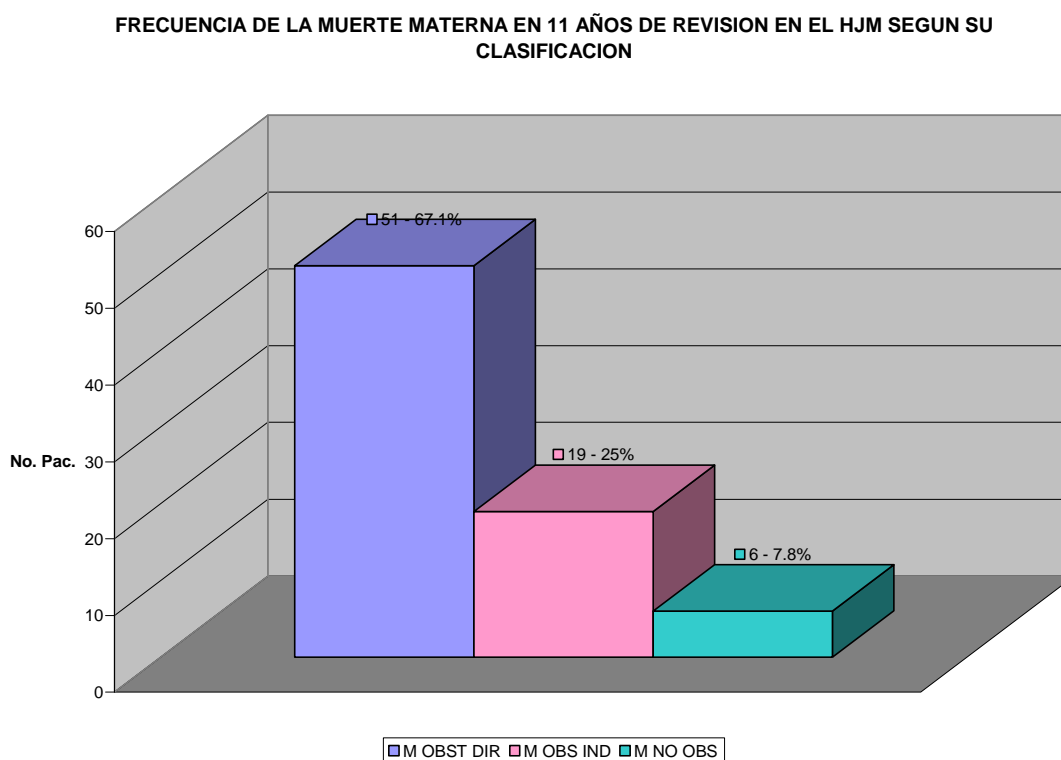
(Grafica 1 y 2)

MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO EN 11 AÑOS DE REVISION



Así mismo según su clasificación de la muerte materna, se observó mayor frecuencia en la muerte obstétrica directa, siendo de 51 pacientes (67.1%), en segundo lugar la muerte obstétrica indirecta, con 19 pacientes (25%), y por último la muerte no obstétrica con 6 pacientes (7.8%). Grafica 3.

(Grafica 3)



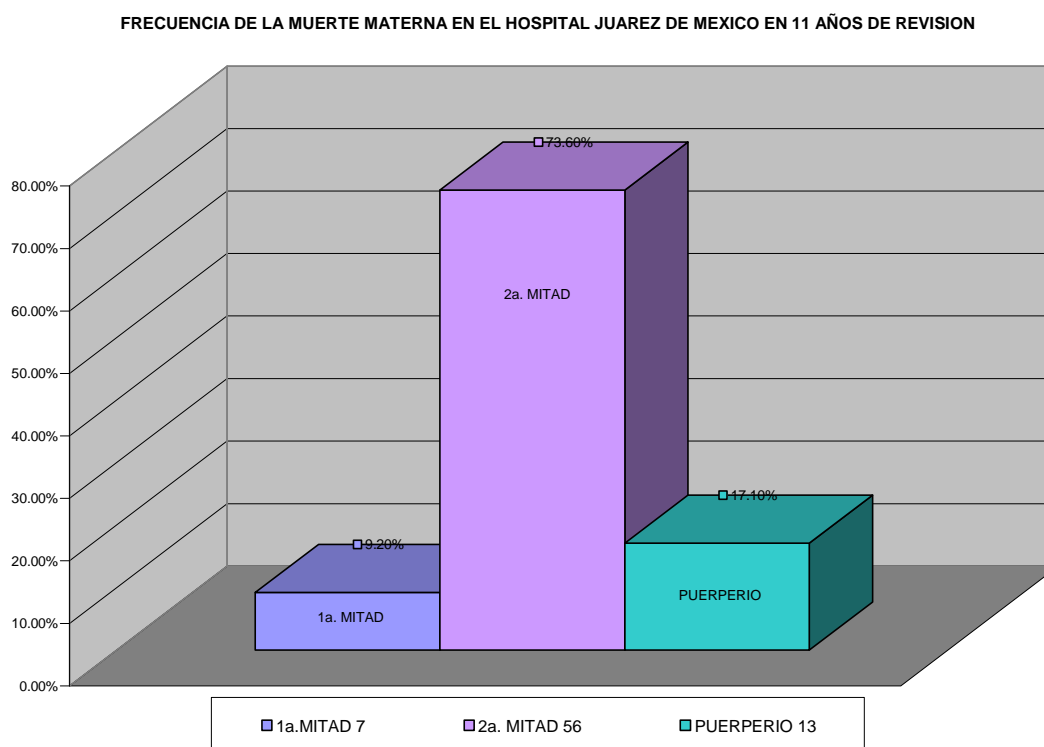
La mayor frecuencia de la muerte materna se encontró en la segunda mitad del embarazo siendo 56 pacientes con un porcentaje de 73.6%, seguido de la etapa de puerperio con 13 pacientes con un porcentaje de 17.10%. (tabla 2 y grafica 4).

(Tabla 2)

FRECUENCIA DE LA MM EN EL HJM DEGUN EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTAC.	NO. PAC.	%
PRIMERA MITAD	7	9.20
SEGUNDA MITAD	56	73.60
PUERPERIO	13	17.10

(Grafica 4)



Se Encontraron como causas de Muerte Materna en el HJM a la Enfermedad hipertensiva del embarazo como primer lugar, le sigue como segunda causa la hemorragia (anteparto, intraparto, inespecífica) que se presentaron en 13 pacientes (17.1%), Anomalías de la placenta (previa, abruptio, etc.) se presento en 5 pacientes (6.5%). Las siguientes causas que

se presentan en nuestra revisión es la muerte materna por sepsis en 7 paciente (9.2%); Sepsis comunitaria en 9 pacientes (11.8%) y por ultimo otras complicaciones en 19 pacientes (25%). (Tabla 3 y Grafica 5).

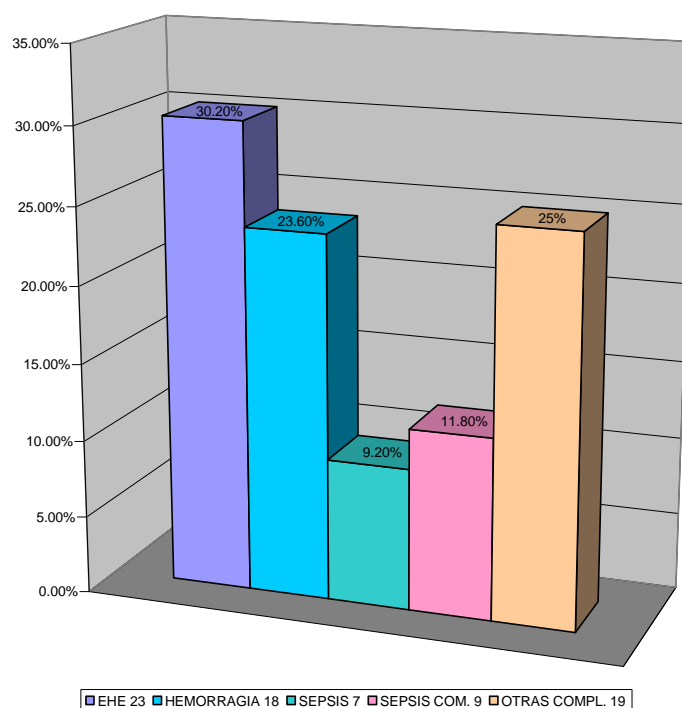
(Tabla 3)

FRECUENCIA DE LA MUERTE MATERNA EN EL HJM SEGÚN LA CAUSA

CAUSA	NO. PAC.	%
Enfermedad Hipertensiva	23	30.2
Hemorragia	18	23.6
Sepsis	7	9.2
Sepsis Comunitaria	9	11.8
Otras Complicaciones	19	25.0

(Grafica 5)

FRECUENCIA DE LA MUERTE MATERNA EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO SEGUN LA CAUSA

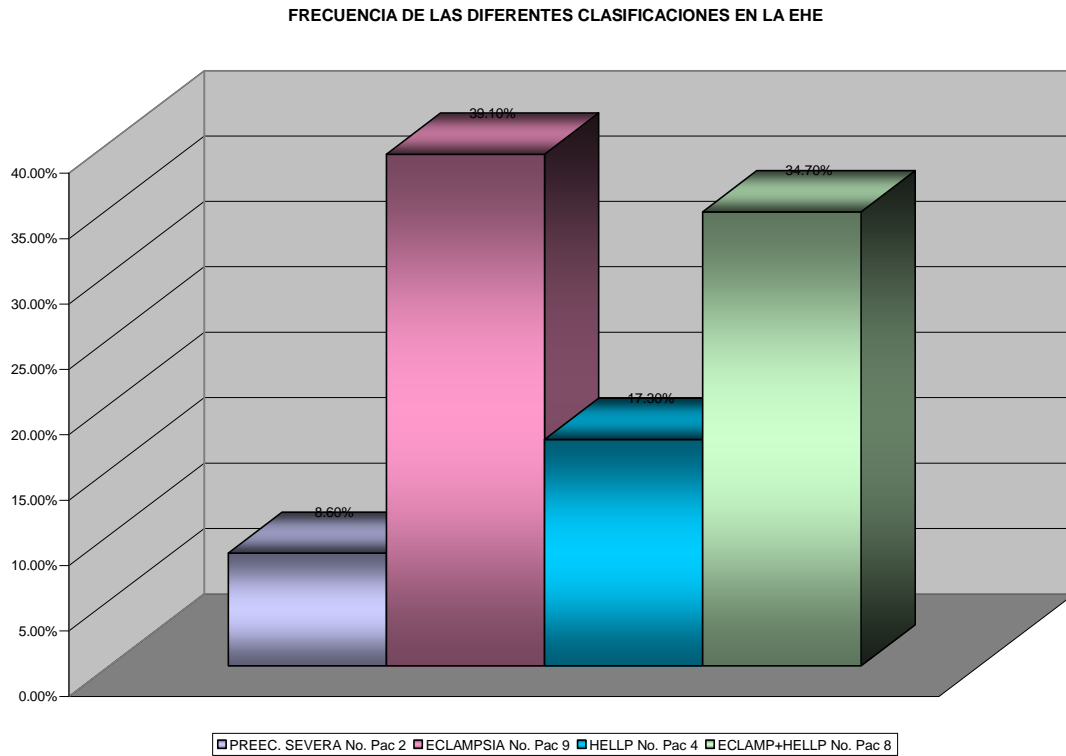


Como se observo en el resultado anterior según las causas de Muerte Materna la enfermedad hipertensiva del embarazo continua siendo la primera causa de muerte obstétrica en el Hospital Juárez de México con un total de 23 casos y de acuerdo a su clasificación la eclampsia fue la más frecuente en 9 pacientes (Tabla 4) y (grafica 6).

(Tabla 4)

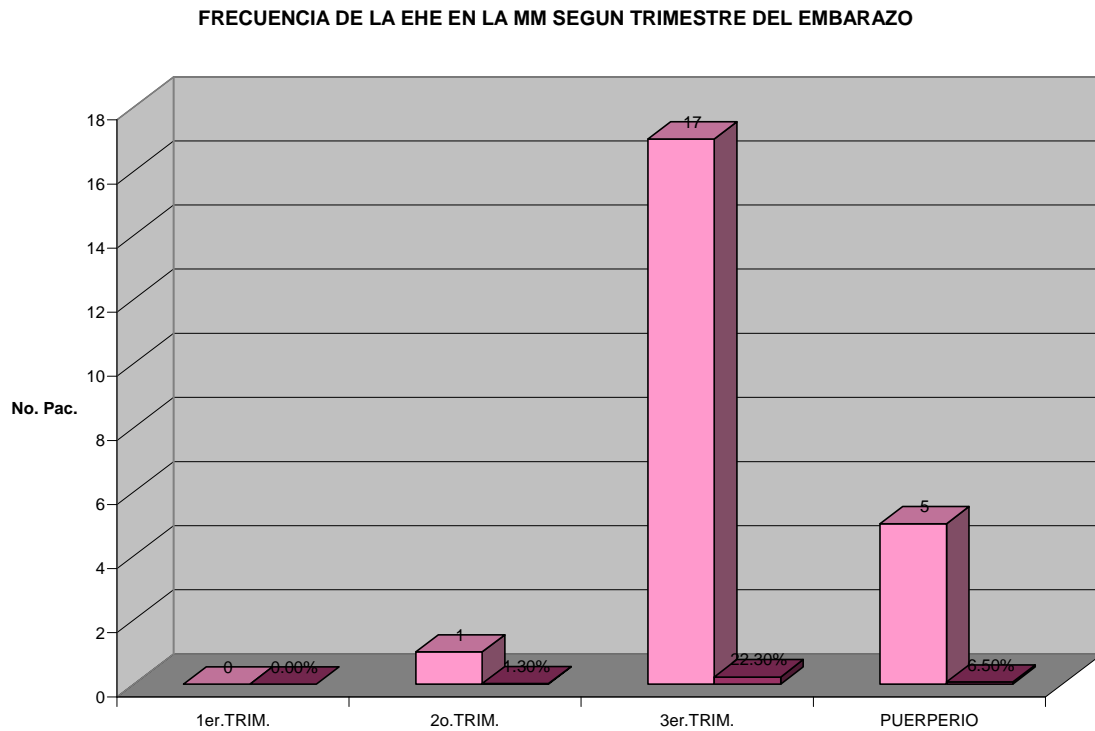
	No. Pac.	%
Preeclampsia severa	2	8.6
Eclampsia	9	39.1
Eclampsia + Hellp	4	17.3
Hellp	8	34.7

(Grafica 6)



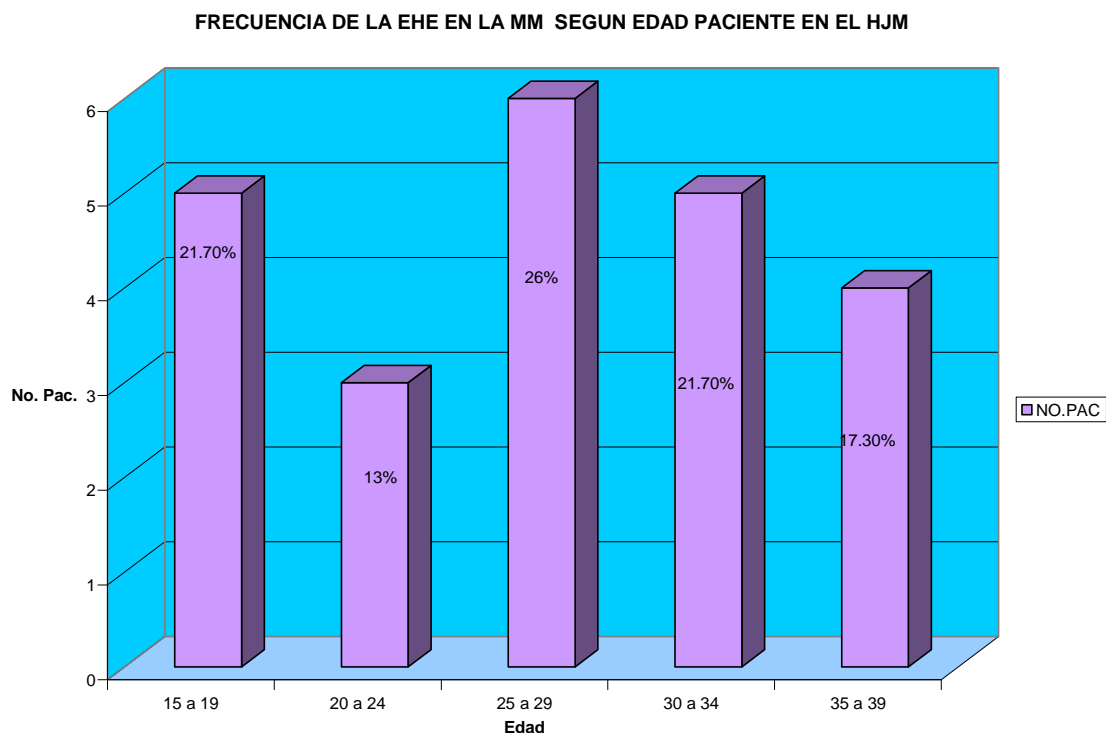
La toxemia se presenta particularmente a final de la gestación se encontrándose en 17 pacientes (22.3%), por lo que es necesario una vigilancia prenatal mas incisiva sobre los casos de alto riesgo, la previsibilidad por diagnostico y atención prenatal mostró que se había tenido un mínimo de atención satisfactoria prenatal ya que la mayoría de las pacientes no la tuvieron (Grafica 7).

(Grafica 7)



Por otra parte, la enfermedad hipertensiva del embarazo se presentó principalmente en el grupo de edad de entre los 25 a 29 años edad, en 6 pacientes siendo de un 26%, seguido del grupo edad 15 a 19 años con 5 pacientes y 30 a 34 años edad siendo también 5 pacientes. Y con menos frecuencia entre los 20 a 24 años de edad con tres pacientes que corresponde al 13%. (Grafica 8)

(Grafica 8)



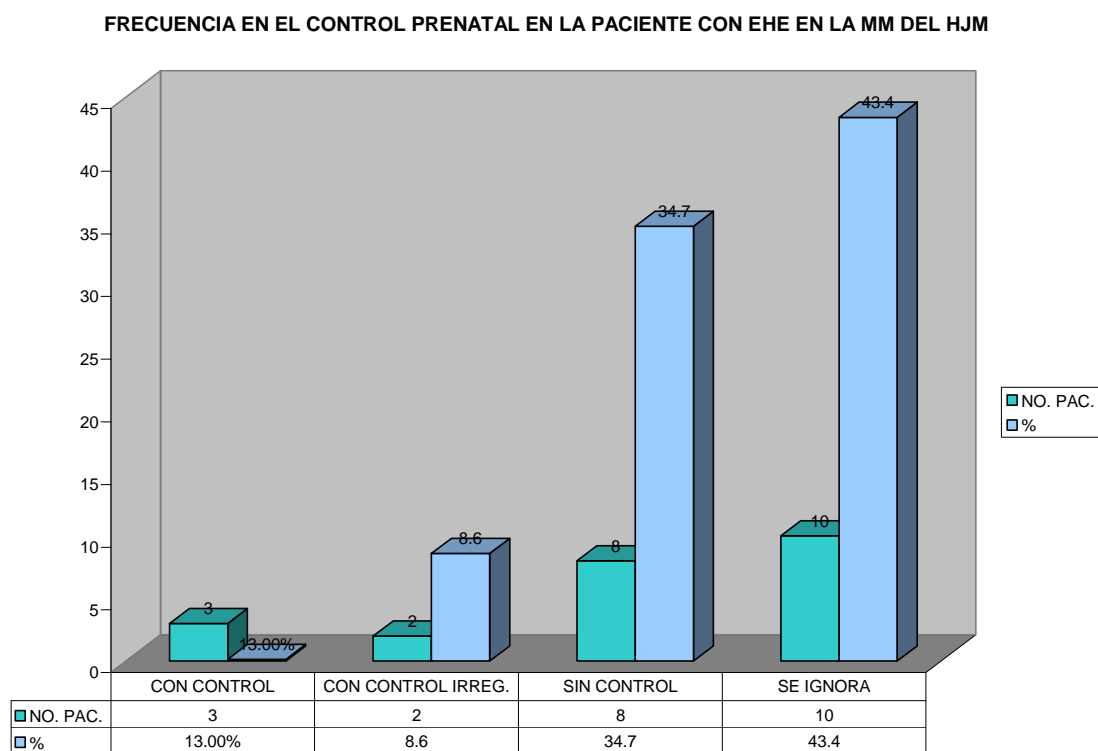
La principal vía de resolución del embarazo en la Enfermedad Hipertensiva fue la cesárea en 19 casos, y solo en 4 casos se resolvió por parto. Es sabido que en estas condiciones el trauma obstétrico y quirúrgico puede actuar como factor precipitante de la muerte. (Tabla 5)

(TABLA 5)

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
CESAREA	2	1	2	2	1	1		2	2	2	4	19
PARTO					2	1					1	4
TOTAL	2	1	2	2	3	2		2	2	2	5	23

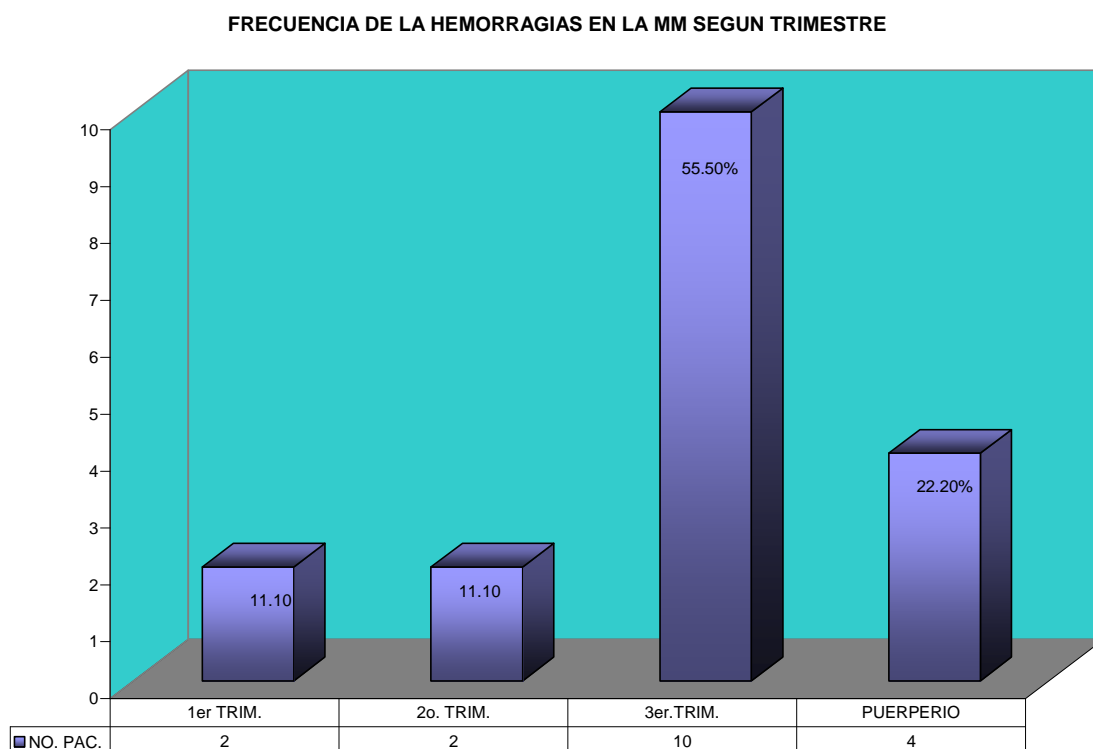
En la mayoría de las pacientes con Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, se encontraban sin control prenatal (8 pacientes), en 10 casos se ignora si contaban con control prenatal, dadas las condiciones de gravedad con que llegaron al HJM, solo 3 pacientes tuvieron control y dos pacientes con un control irregular. (Grafica 9)



(Grafica 9)

La segunda causa de Muerte Materna en el Hospital Juárez de México lo ocupa la hemorragia 23.6%, que a su vez se subdivide en dos categorías (ante parto, intraparto, inespecífica) que se presentaron en 13 pacientes (72.2%), Anomalías de la placenta (previa, abruptio, etc.) se presentó en 5 pacientes (27.7%). Presentándose principalmente en el tercer trimestre del embarazo en un 55.5% (10 pacientes), seguido del puerperio en un 22.2% (4 pacientes). (Grafica 10)

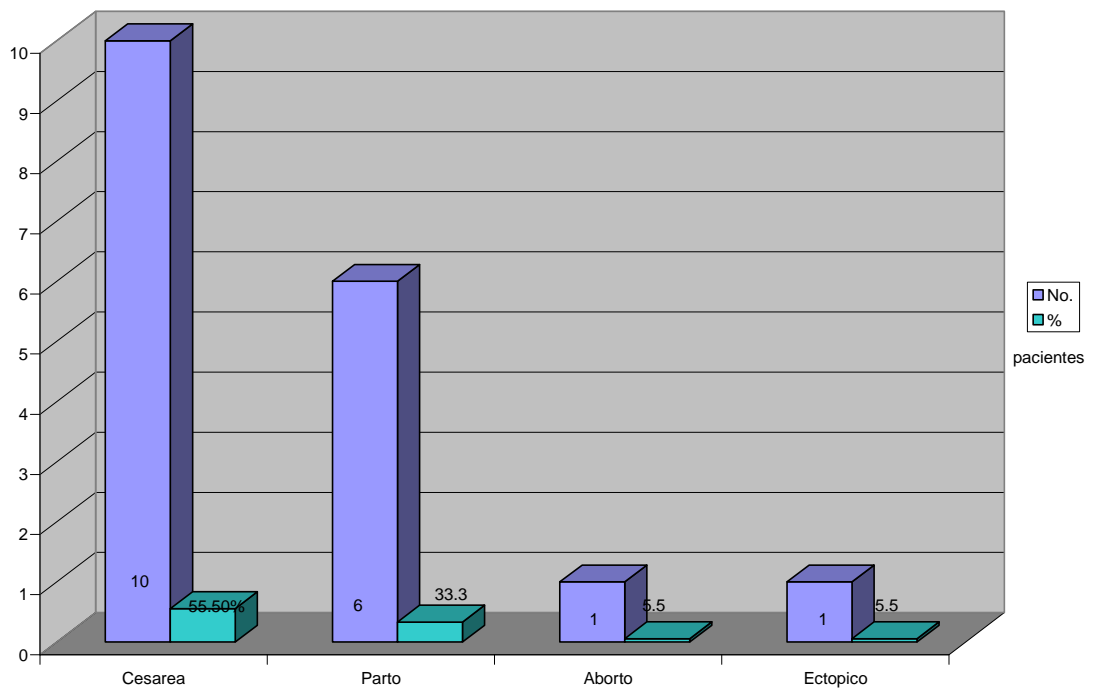
(Grafica 10)



Las complicaciones por hemorragia se presento principalmente en la cesárea con 10 casos, seguido del parto en 6 casos, en el legrado uterino instrumental un caso y un caso en la laparotomía exploradora (Grafica 11)

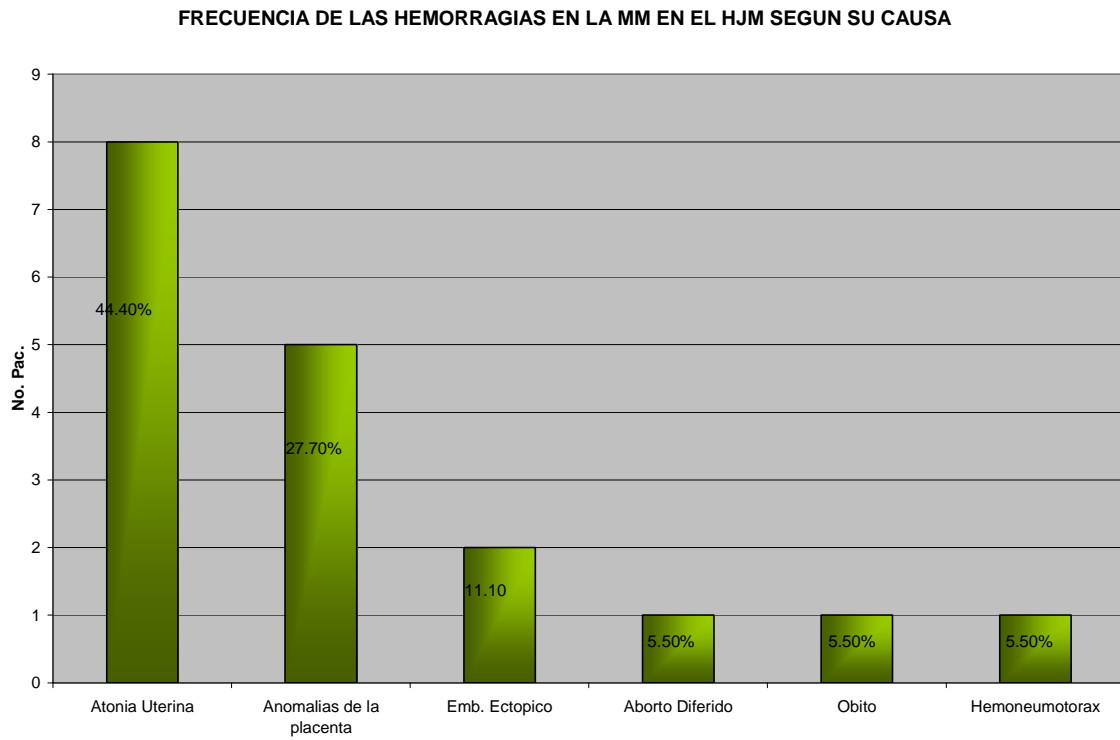
(Grafica 11)

Via interrupcion embarazo en las hemorragias



Así mismo la causa principal fue la atonia uterina en 8 paciente con un 44.4%, seguido de las anomalías de la placenta en 5 casos con un 27.7%, en dos casos en embarazo ectópico con 11.10%. (Grafica 12).

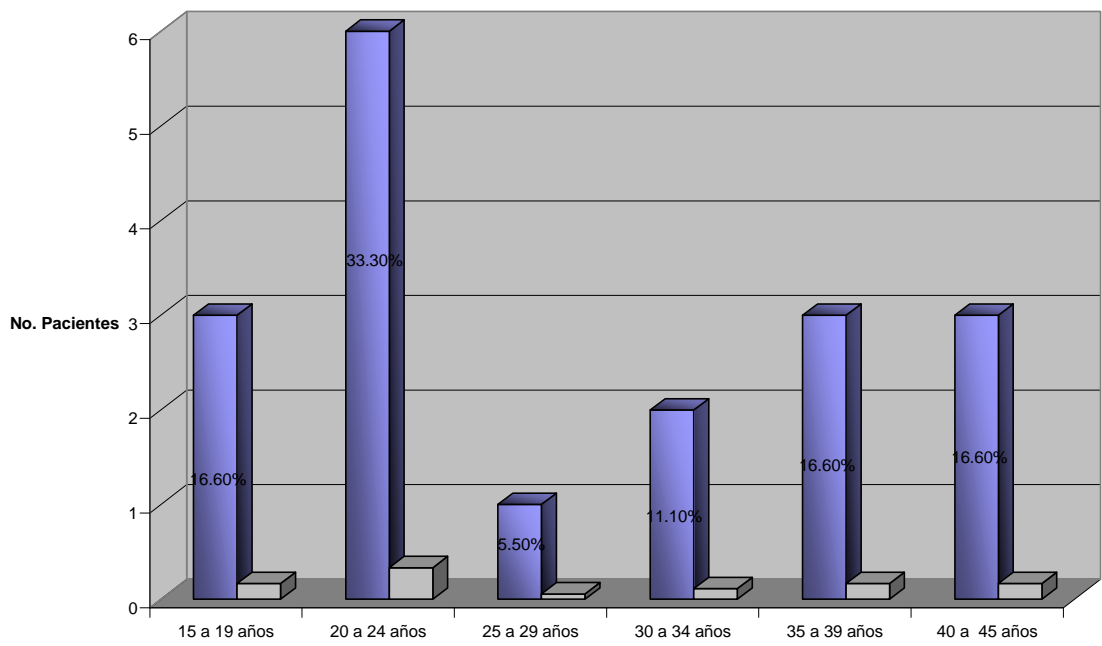
(Grafica 12)



Por otra parte, las hemorragias como causa de Muerte Materna se presento con mayor frecuencia en el grupo de edad entre los 20 a 24 años, y en menor frecuencia en el grupo de edad de entre 25 a 29 años, (grafica 13).

(Grafica 13)

FRECUENCIA DE LAS HEMORRAGIAS EN LA MM SEGUN EDAD PACIENTE

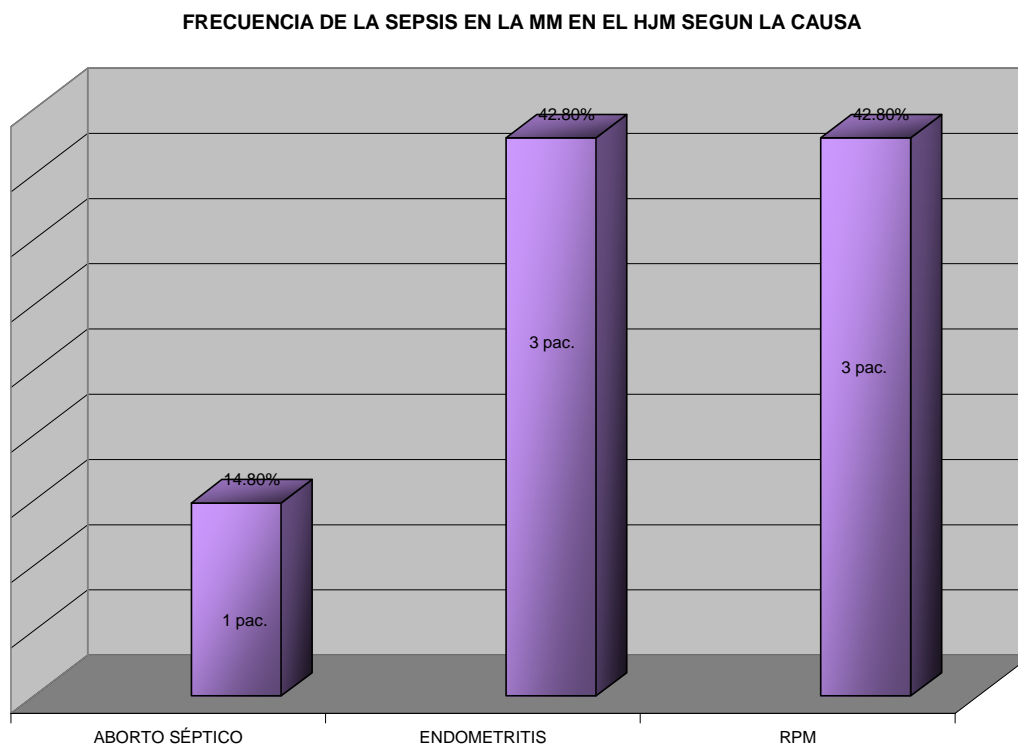


Con la aparición de los antibióticos y las técnicas de asepsia y antisepsia, la mortalidad materna por infecciones ha disminuido considerablemente y actualmente ocupa el tercer lugar como causa de Muerte Materna en el Hospital Juárez de México. Se engloban en dos grupos, sepsis, que se presento en 7 pacientes y sepsis comunitaria presentándose en 9 pacientes.

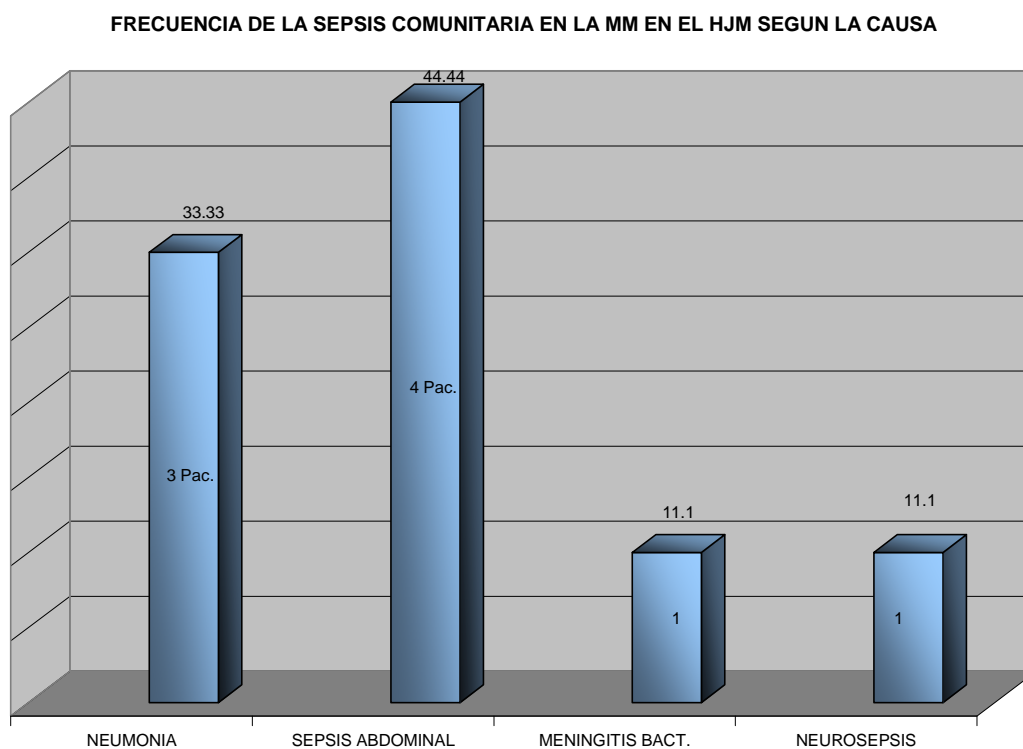
En la sepsis se presento principalmente en endometritis en 3 casos y en ruptura prematura de membranas, también en tres casos, y un solo caso en aborto séptico, (Grafica 14).

En la sepsis comunitaria la causa mas frecuente d la Muerte Materna fue sepsis abdominal con 4 casos que corresponde al 44.4%, seguido de neumonía en 3 casos con 33.3%, un caso de meningitis bacteriana siendo el 11.1% y un caso de neurosepsis con 11.1%, (Grafica 15).

(Grafica 14)



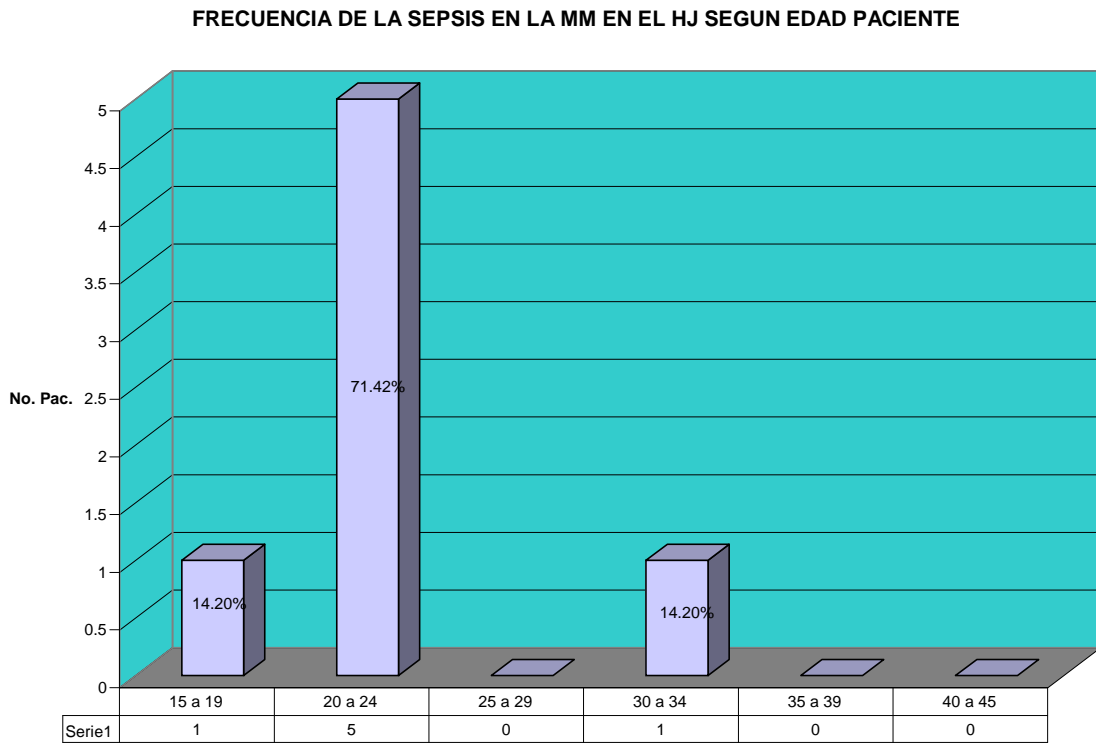
(Grafica 15)



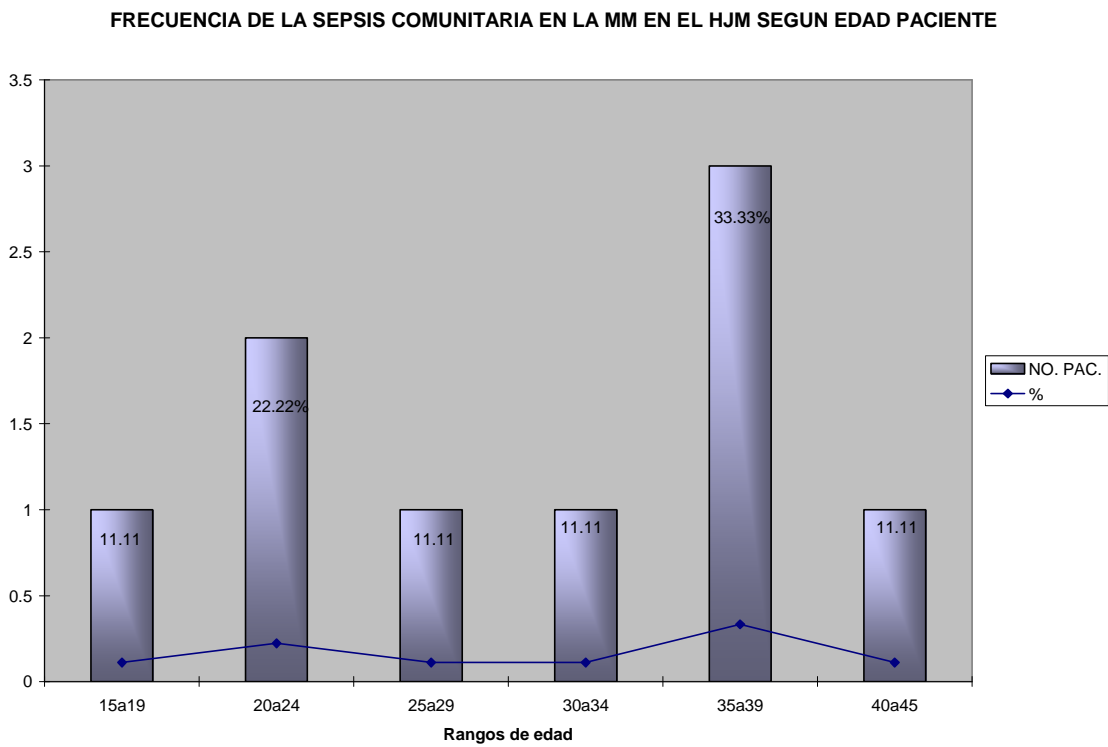
La sepsis relacionada con la Muerte Materna se presenta con más frecuencia en el grupo de edad de 20 a 24 años edad con 5 pacientes, una paciente en el grupo de 15 a 19 años, y una paciente en el grupo de edad entre los 30 a 40 años de edad, (grafica 16).

Y en la sepsis comunitaria se presenta con más frecuencia en el grupo de edad de entre los 35 a 39 años edad con 3 pacientes, seguido del grupo de 20 a 24 años edad con 2 pacientes, y con un paciente en los demás grupos, (Grafica 17).

(Grafica 16)

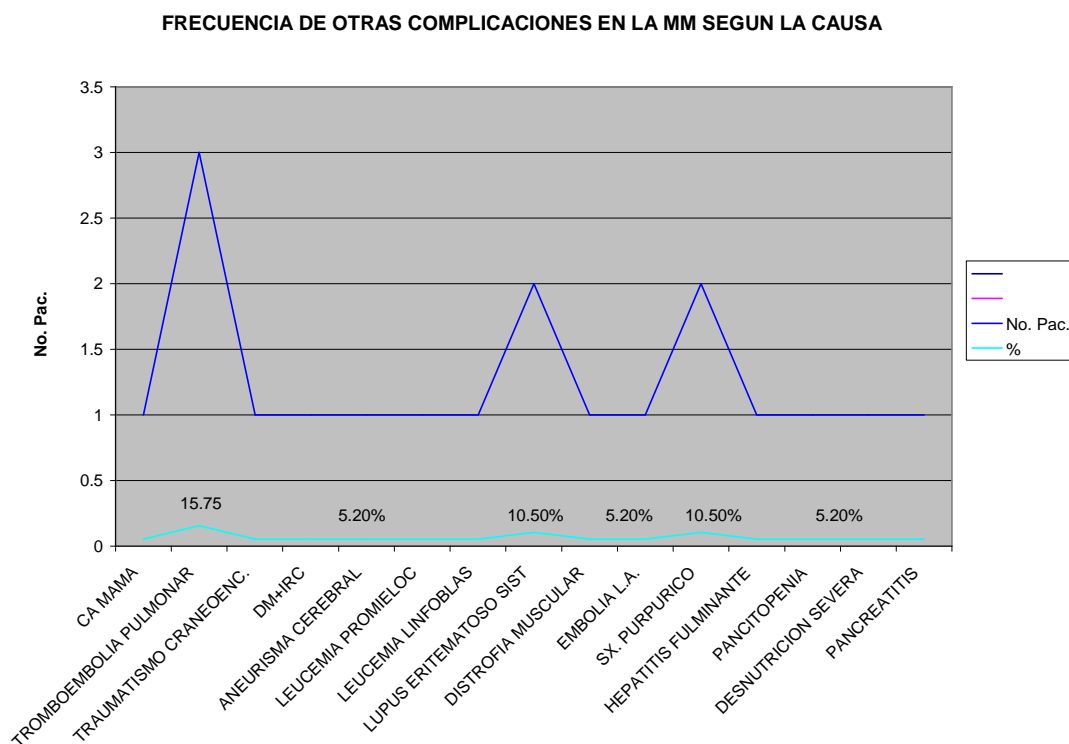


(Grafica 17)



La cuarta causa de Muerte Materna en el Hospital Juárez de México, se analizó con el rubro de otras complicaciones, ocurridas secundariamente en la muertes materna, se presentaron en 19 casos siendo el 25%; la principal causa fue la tromboembolia pulmonar en 3 casos (15.7%), le sigue lupus eritematoso sistémico con 2 casos (10.5%), Sx purpurico en 2 casos (10.5%) y con un caso CA de mama, traumatismo craneoencefálico, DM+IRC, aneurisma cerebral, leucemia promielocítica, leucemia linfoblástica, distrofia muscular, embolia de liquido amniótico, hepatitis fulminante, pancitopenia, desnutrición severa, pancreatitis (5.2%) respectivamente. (Grafica 18).

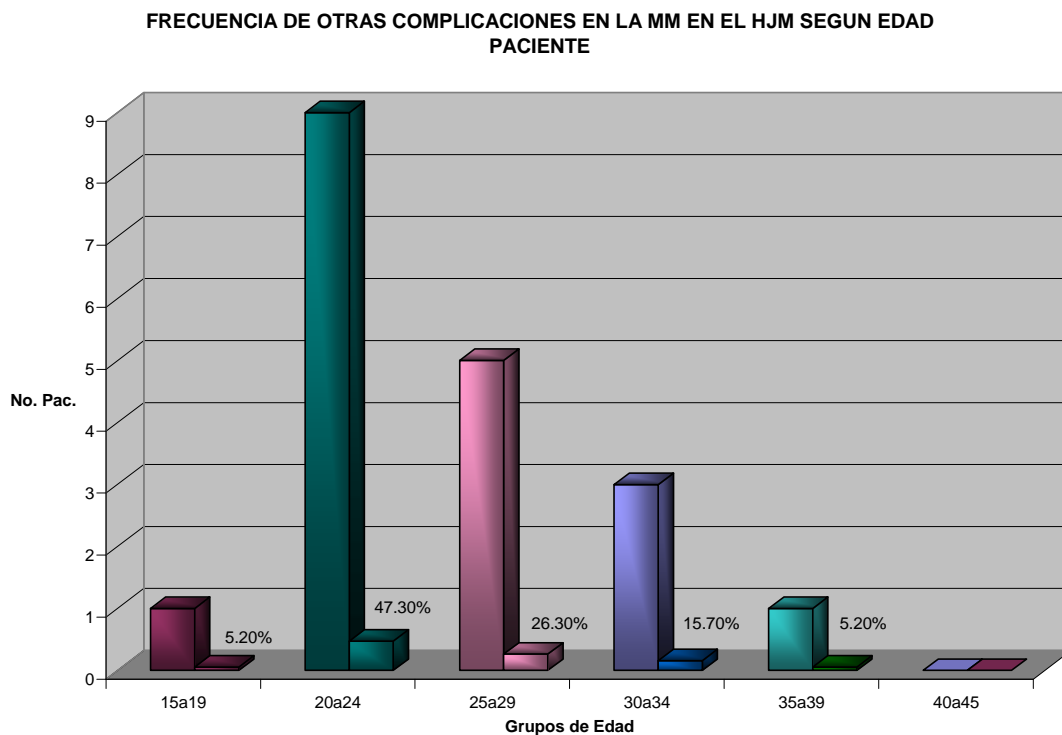
(Grafica 18)



El principal grupo de edad, donde se presentan otras complicaciones en la Muerte Materna en el Hospital Juárez de México es el de 20 a 24 años con 9 pacientes (47.3%), seguido del grupo entre 25 a 29 años con 5 pacientes (26.3%), 3 pacientes en el grupo de 35 a 39 años (15.7%), una paciente en el grupo de 15 a 19 años y una paciente en el grupo de 35 a 39 años (5.2%) respectivamente. (Grafica 19).

La Muerte Materna por otras complicaciones se presentó principalmente en el puerperio fisiológico inmediato en 4 pacientes (21.05%), con igual número de pacientes en embarazos sin resolución. Seguido de 3 casos en el puerperio fisiológico tardío y 3 casos en el puerperio quirúrgico mediano (15.7%) respectivamente, 2 pacientes en el puerperio fisiológico mediano, y 2 pacientes en el puerperio quirúrgico inmediato el (10.2%) respectivamente y una paciente con Histerectomía subtotal con producto (5.2%), (Tabla 6).

(Grafica 19)



(TABLA 6)

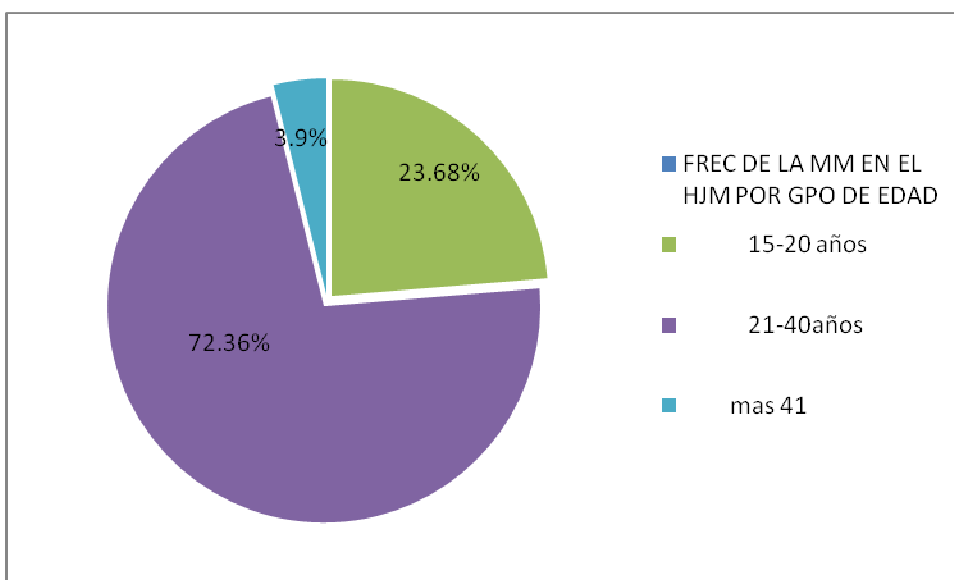
	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	T
SIN RESOLUCION							1	1		2		4
HISTERECTOMIA CON PTO							1					1
PUERPERIO FX INMEDIATO			1	1							2	4
PUERPERIO FX MEDIATO	1				1							2
PUERPERIO FX TARDIO	1					1					1	3
PUERPERIO QX INMEDIATO					1						1	2
PUERPERIO QX MEDIATO						1				2		3
TOTAL	2	0	1	1	2	2	2	1	0	4	4	19

La vía de resolución del embarazo fue predominantemente el parto en 9 pacientes 47.36%, y quedando en segundo lugar la cesárea con 5 pacientes 26.31%.

En estas pacientes, en las cuales se pueden detectar en la consulta prenatal algunas complicaciones, y llevar a cabo un manejo adecuado, no fue así, ya que tan solo asistieron en unas cuantas ocasiones. O no tuvieron control prenatal; por lo que la responsabilidad profesional y hospitalaria va a disminuir y, por lo tanto, la responsabilidad de la paciente aumenta, debido a que eran pacientes no bien controladas y su embarazo se debió posponer hasta encontrarse en mejores condiciones, lo que hizo que no fueran previsibles las complicaciones al ingreso al hospital.

Finalmente se analiza la Muerte Materna, en forma global, observándose que la frecuencia por grupo de edad se presentó principalmente entre los 21 a 40 años con un total de 55 casos correspondiendo al 72.36%. (Grafica 20). Anteriormente la mortalidad se presentaba con mayor frecuencia en mujeres o muy jóvenes o en pacientes añosas, pero en nuestro registro se observa todo lo contrario, ya que el promedio de edad fue de 26 años en un rango de 15 a 40 años edad.

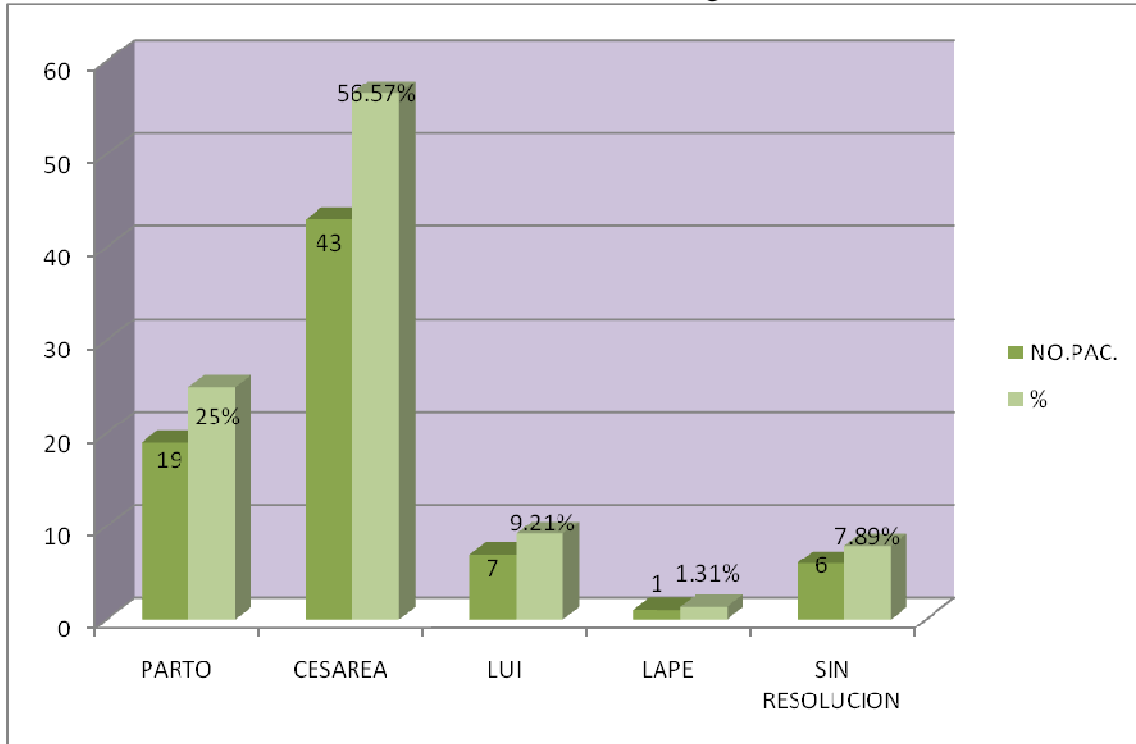
(Grafica 20)



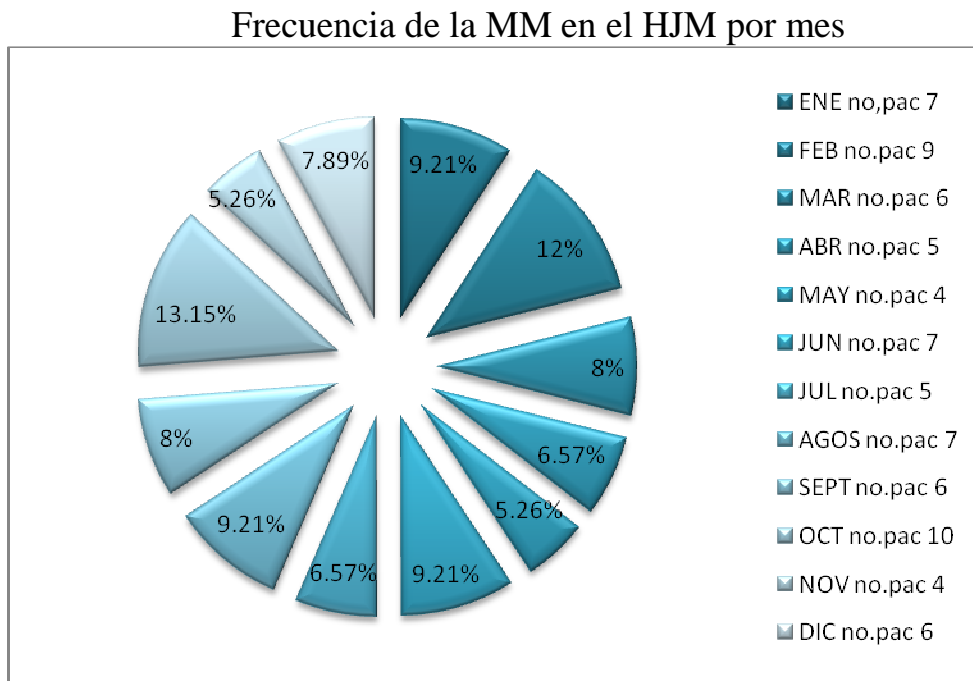
Así mismo, la vía de resolución del embarazo fue principalmente la cesárea en 43 casos con un 56.57%, seguido de la resolución por parto con 19 casos que corresponde al 25%, y 26 casos por otra vía incluyendo a pacientes que no se resolvió el embarazo, 6 casos el 7.89%. (Grafica 21). Es de esperarse que por el tipo de hospital en el cual se atiende embarazo de alto riesgo, la frecuencia de la cesárea sea mayor, y por lo mismo las complicaciones más frecuentes deriven de la misma.

(Grafica 21)

Frecuencia de la Muerte Materna en el HJM según resolución del embarazo.

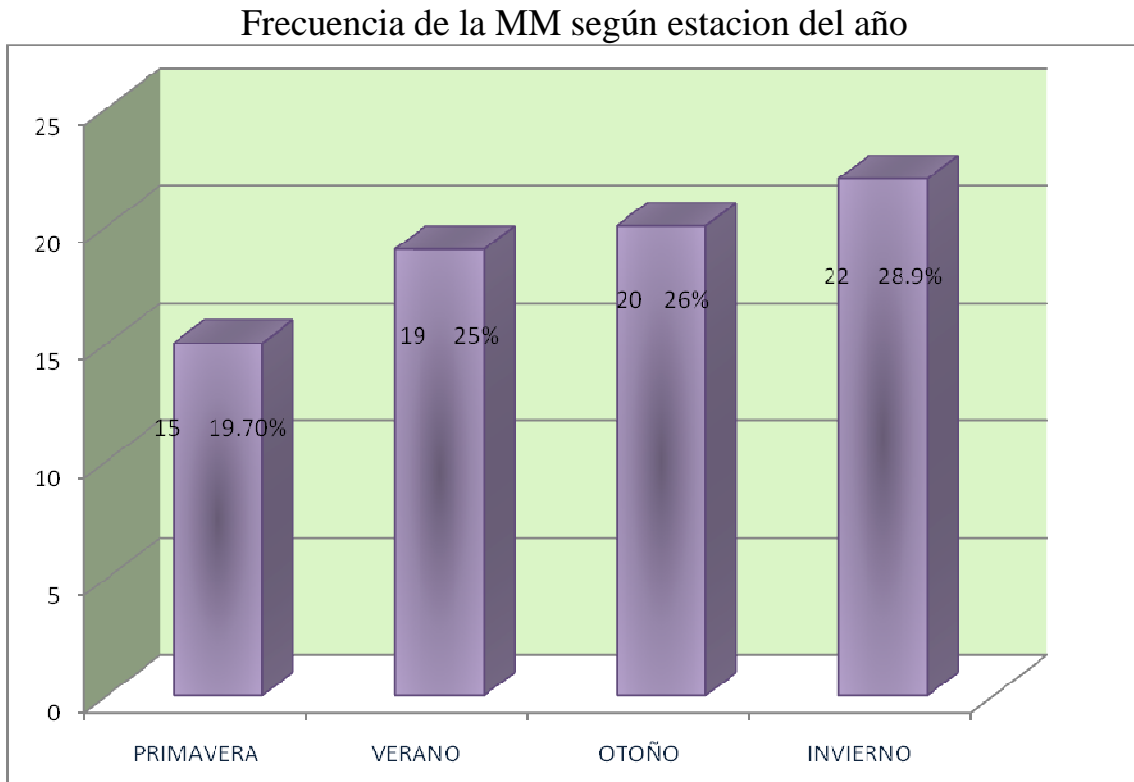


La Muerte Materna en el HJM se presento con mas frecuencia en los meses de octubre 10 casos con el 13.15% y febrero con 9 casos que corresponde al 12% y con menor frecuencia en mayo y noviembre ambos con 4 casos con un 5.26%, como se puede observar, Grafica 22:.



Asi mismo se puede observar que el clima tambien puede influir en la frecuencia de la Muerte Materna que se presento con mayor frecuencia en el invierno con 22 pacientes que corresponde al 28.9% seguido del otoño con 20 paciente y con menor frecuencia en la primavera con 15 pacientes el 19.7%, como se ovserva en la Grafica 23:

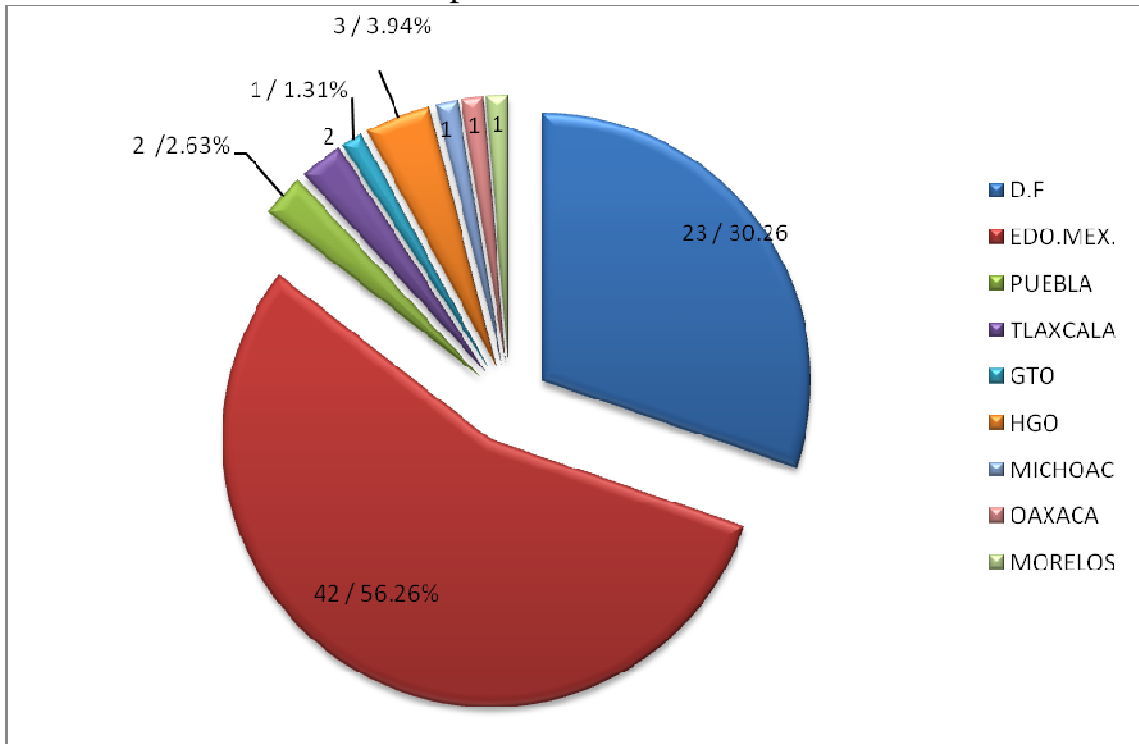
(Grafica 23)



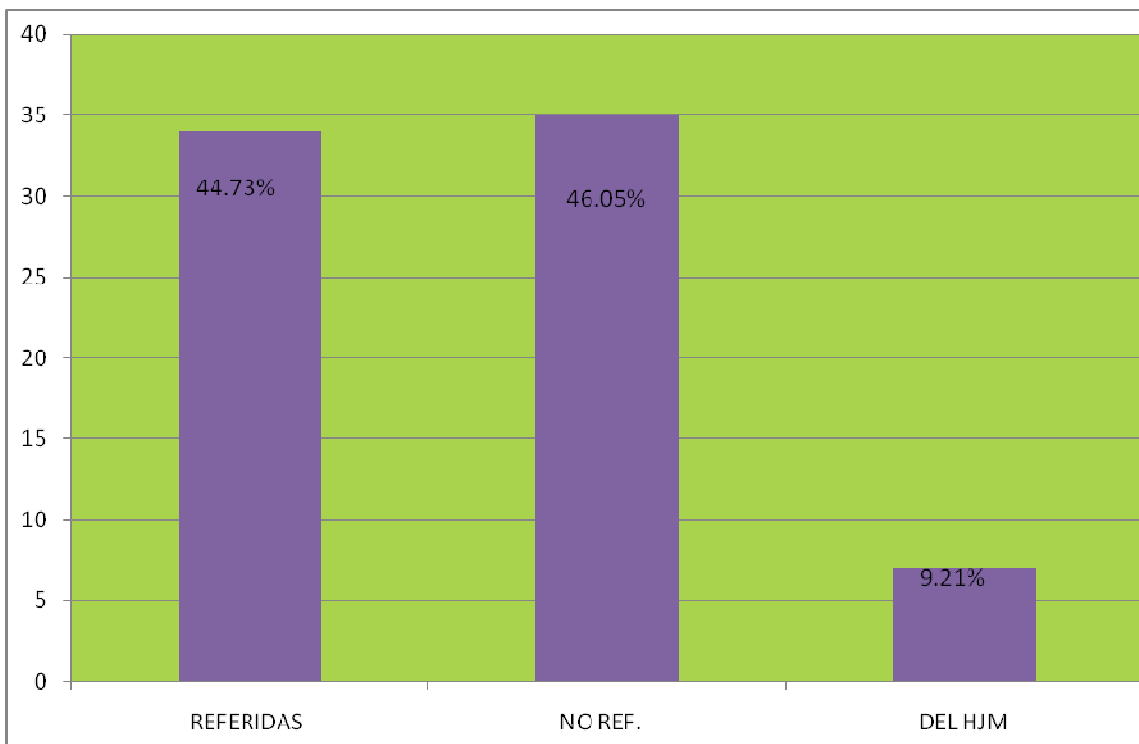
La procedencia de las pacientes al Hospital Juárez de México principalmente fue del Estado de México con 42 pacientes, con un 55.2%, seguido del D.F. con 23 pacientes correspondiendo un 30.2%, seguido de Hidalgo con 3 pacientes, 3.94% ; Puebla y Tlaxcala con 2 pacientes, 2.63%; Oaxaca, Michoacán, Guanajuato, Morelos con una paciente. (Grafica 24).

Fueron referidas 34 pacientes que corresponde a un 44.73%, principalmente de medio particular con 8 pacientes correspondiendo a un 10.52%, seguido de 3 pacientes referidas del Hospital de la Mujer. No referidas fueron 35 pacientes el 46.05% y procedentes del mismo hospital (HJM) fueron 7 pacientes con el 9.21%. (Gráfica 25).

(Grafica 24)
Frecuencia de la procedencia en la MM en el HJM



(Gráfica 25)
Frecuencia pacientes referidas al HJM



Finalmente se analizan la responsabilidad profesional, institucional y de la paciente. La responsabilidad no médica se presento en 36 casos , la responsabilidad materna se presento en 33 casos debio principalmente por la falta control prenatal; 4 casos fue responsabilidad Médica, y 3 casos se presento por responsabilidad de la unidad. (Tabla 7)

(Tabla 7)

Tipo de Responsabilidad	Casos	%
Responsabilidad No Médica	36	47.36%
Responsabilidad Médica	4	5.26%
Responsabilidad Unidad	3	3.94%
Responsabilidad Materna	33	43.42%

RESUMEN Y CONCLUSIONES

La razón de mortalidad del año 1995 al año 2005 en el Hospital Juárez de México fue de 181.4% calculada (numero de defunciones por 100,000 nacidos vivos), los nacidos vivos fueron 41,895. Se presentó principalmente en el año 2000 con 15.7%, seguido del año 2005 con 14.4%.

La frecuencia de la Muerte Materna según su clasificación fue la muerte obstétrica directa fue la más frecuente se presentó en un 67.1%. El predominio por edad, corresponde a la tercera década de la vida, tratándose en la mayoría con edad de 21 a 35 años, con un promedio de edad de 26 años misma que se correlaciona con el periodo más fértil de la mujer.

La edad gestacional donde se presentaron más casos fue en la segunda mitad del embarazo en un 73.6%. La causa más frecuente fue la Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo en un 30.2%, de las cuales la eclampsia se presentó en un 39.1%. La intervención quirúrgica predominante fue la cesárea en el 56.57%.

La mayor cantidad de pacientes fueron de procedencia del Estado de México en un 55.26%; 2 de ellas fueron referidas de centros de salud y una del Hospital general de Toluca. La mayoría de pacientes fueron referidas en un 44.73%, siendo más frecuente de medio particular en un 10.52%.

Se presentó principalmente en los meses de octubre en 13.1%; y principalmente en invierno y otoño 26% y 28% respectivamente.

Finalmente se analizan la responsabilidad profesional, institucional y de la paciente, encontrándose que la mayoría de casos fue responsabilidad no médica con un 47.36% y que en la mayoría de los casos fue responsabilidad de la paciente principalmente por no acudir a un control prenatal, o acudir de forma irregular al mismo.

En conclusión la Mortalidad Materna, representa un problema de salud pública y constituye un desafío de origen multifactorial relacionado, por una parte, con la cobertura y calidad de los servicios de salud; por otra parte con factores socioeconómicos y culturales, incluidas la condición nutricional y sanitaria de la población.

La mayoría de las muertes obstétricas fueron previsibles y, ya sea por una atención defectuosa en las unidades de envío, u hospitales privados o en nuestra unidad, así como condiciones adversas en la comunidad o, por no haber buscado o aceptado un tratamiento oportuno, o llevar un control prenatal adecuado .

La Organización Panamericana de la salud, junto con otras siete agencias se proponen alcanzar la meta de Declaración de la Cumbre del Milenio: haber reducido, para 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes respecto de sus tasas de 1990.

El plan propone reducir razones nacionales a menos de 100 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, como mejorar las razones de cada país, en cuanto a las disparidades que se presentan entre zonas urbanas y rurales. También se busca enfocar a aquellos grupos de mujeres más vulnerables: las menos educadas, las más pobres y las que viven en zonas aisladas en comunidades aborígenes.

La nueva estrategia incluye que toda mujer tenga acceso a un parto atendido por personal calificado. Garantizar el acceso a servicios obstétricos de calidad. Asegurar el financiamiento de los servicios de salud materna(13).

SUGERENCIAS PARA LA ATENCION MEDICA

1. Mejor control médico prenatal, apegándose a los establecido en las normas al respecto.
2. Que todas las pacientes en estado crítico se manejen en Terapia Intensiva.
3. Revisión rutinaria y completa de todos los casos de cirugía programada.
4. Trabajo en equipo en el manejo de los caos en estado crítico, incluyendo asesoramiento por otras especialidades, cuando sea necesario.
5. Uniformidad en el criterio de manejo diagnóstico-terapéutico entre los diferentes servicios del Hospital.
6. Apegarse a lo establecido en la Normas y Procedimientos.
7. Participacion en los cursos de capacitación continua
8. Mejor supervisión y asesoramiento al personal Médico Residente
9. Mayor vigilancia de las pacientes en las distintas secciones del Hospital.
10. Registro de notas de evolución en Terapia Intensiva, Labor, y Recuperación con intervalos de tiempo no tan prolongados.
11. Valoración Obstétrica oportuna con la colaboración de Medicina Interna, Anestesiología y Pediatría, para el momento más oportuno de la intervención o reintervención quirurgica.
12. Participación de los Médicos de Base o Personal de Mayor Jerarquía o experiencia en cirugía complicada.
13. Realizar cirugía radical en los casos que lo ameriten para evitar reintervenciones.
14. Contar con el Banco de Sangre del hospital y tener reservas suficientes o que se agilice su obtención y, tene mayor participación en la Campaña de Donación de Sangre
15. Mejor selección e indicación de determinados fármacos-
16. Contar con el suficiente personal Médico, asi como el suficiente material que se requiere en un Hospital como este de 3er nivel.

BIBLIOGRAFIA

REFERENCIAS

1. Zetina-Garcia, F., Rebolledo-Clement, M., Mortalidad Gineco-obstétrica en el Hosp No. 3, del IMSS Gineco.Mex. 1970, 28:653-666.
2. Marmol Jose., Sdiggns A., Vollman R. History of the Maternal Mortality study committees in the USA. *Obstet. Gynecol* 1969, 34:123-138.
3. Trejo Ramírez. Mortalidad Materna den el Hospital de la Mujer de la SSA 1981-1983. *Gineco.Obstet. Mex.* 1985, 53:69-75
4. Espinoza de los reyes V. Comités de estudio de Mortalidad Materna Evolución histórica y Objetivos. *Gineco. Obstet. Mex.* 1985, 53:237-242.
5. Pritchard, Jack A; MacDonald, Paul C. Williams Obstetricia 4a. Ed. Barcelona: Salvat Editores, S.A., 1996, 4-6.
6. Angulo Vázquez José, Órnelas Alcantar Javier. Mortalidad Materna en el Hospital de Gineco-obstetricia del CMN de Occidente. Revisión de 12 años. *Ginecología y Obstetricia de Mexico* 1996; 67; 419-424.
7. Elu Ma Carmen, Santos Pruneda Elsa. Mortalidad materna: Una tragedia evitable. *Perinatología Reproducción Humana* 2004; 18 (1): 44-52.
8. López García Raúl B., Anaya González Miguel. Mortalidad materna en México, DF. Con base en el estudio de los certificados de defunción 1998-1999. *Cirugía y Cirujanos* 2002; 70 (1): 44-49.
9. Betran Ana P, Wojdyla Daniel. National estimates for maternal mortality: an analysis based on the WHO systematic review of maternal mortality and morbidity. *BMC Public health.* 2005; 5: 131.
10. Gulmezoglu A Metin, Say Lale, Betran Ana P. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: methodological issues and challenges. *BMC Med Res Methodol.* 2004; 4: 16.
11. Borjas, Sonia. Suplemento: Mortalidad materna, tema estratégico en el Día Internacional de Acción por la salud de la Mujer 2006

12. AbouZahr Carla, Warrdlaw Tessa. Maternal Mortality en 2002: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. World Health Organization 2004; 6-35
13. Boletín Informativo del la Organización Panamericana de la Salud, Enfoque contra la mortalidad maternal.