



11  
11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE MICHOACÁN  
HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

**" MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL GENERAL  
DR. MIGUEL SILVA 2000 - 2002 "**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN:  
**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:  
**ISELA ALVARADO AGUILAR**

MORELIA, MICH., OCTUBRE DE 2003.

TESIS CON  
FALLA DE CUBIEN

a



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
SERVICIOS DE SALUD DE MICHOACAN

HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

TESIS

MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL GENERAL  
"DR MIGUEL SILVA".  
2000-2002.

Autorizada por Dirección General de  
UNAM a difundir en formato digital  
contenido de esta tesis.

NOMBRE:

Isela Alvarado Aguilar

FECHA: 15/10/2003

FIRMA: Isela Alvarado A.

PRESENTA:

DRA. ISELA ALVARADO AGUILAR.

ASESOR:

DR. J. INES GONZALEZ TAPIA.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

MORELIA, MICHOACAN, MEXICO, OCTUBRE 2003.

*Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

*X*  
J. CARLOS PINEDA MÁRQUEZ  
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL  
"DR. MIGUEL SILVA"

*X*  
DR. JUAN MANUEL VARGAS ESPINOZA  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
DEL HOSPITAL GENERAL  
"DR. MIGUEL SILVA"

Secretaría de Salud de Michoacán  
HOSPITAL GRAL.  
"DR. MIGUEL SILVA"  
Enseñanza e Investigación

*[Signature]*  
DR. JOSE INES GONZALEZ TAPIA  
EXJEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
Y ASESOR DE LA TESIS.

*[Signature]*  
DR. JOSE ANTONIO SERENO COLO  
PROF. TITULAR DEL CURSO DE GINEOBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
GENERAL DR. MIGUEL SILVA

*[Signature]*  
DRA. ISELA ALVARADO AGUILAR

RESIDENTE DEL 4º. GRADO DEL CURSO DE ESPECIALIDAD  
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
MARZO DEL 2000 - FEBRERO DEL 2004.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

**A MIS PADRES  
POR APOYARME SIEMPRE  
Y POR CONFIAR EN MI**

**A MIS 4 HERMANAS  
POR SER MIS MEJORES AMIGAS**

**A MI MADRINA  
POR SU APOYO INCONDICIONAL**

**A MIS DOS SOBRINOS**

**A TODOS MIS MAESTROS  
POR QUE SIEMPRE DAN LO MEJOR DE SI**

TESIS CON  
FALLA DE LICENCI

*Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

INDICE

	Pags.
1. INTRODUCCION.....	5
2. HISTORIA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MEXICO.....	7
3. MORTALIDAD MATERNA EN MEXICO Y MICHOACAN.....	14
4. DEFINICIONES.....	16
5. JUSTIFICACIÓN.....	20
6. METODOLOGIA.....	21
7. RESULTADOS.....	23
8. ANALISIS Y COMENTARIOS.....	30
9. PROPUESTAS.....	34
10. BIBLIOGRAFIA.....	35

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## *Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

### INTRODUCCION

#### MORTALIDAD MATERNA.

Se estima que a nivel mundial fallecen anualmente 585,000 mujeres por sucesos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio. La mortalidad materna es uno de los exponentes que mejor definen las diferencias socioeconómicas entre los distintos países. La conferencia de Nairobi en 1987, acordó que la mortalidad materna era un importante problema de salud. En muchas ocasiones las estadísticas oficiales no revelan la magnitud del problema y aunque esta inexactitud se centra con preferencia en los países subdesarrollados, también se observa en los desarrollados.

Aún que no se sabe con exactitud cuantas mujeres mueren al año en todo el mundo por causas reproductivas, se estima que el 90% de estas pertenecen a los países en vías de desarrollo. En el Congreso Nacional de Marruecos de 1997 se informó según cifras de la OMS de 580,000 mujeres fallecidas anualmente por estas causas.

Según la OMS esta lamentable cifra de pérdidas humanas sería equiparable a que cada 4 horas en días alternos, un avión con 200 mujeres gestantes se estrellara en tierra, pereciendo todos sus ocupantes. Este horrible panorama mundial traduce una insuficiencia en la asistencia médica, un grave problema social y insolidaridad de los países mas desarrollados. (cuadro 1).

#### **CUADRO No. 1 MUERTES MATERNAS POR AÑO**

<b>PAIS</b>	<b>FALLECIMIENTOS</b>
ASIA	310,000
AFRICA	150,000
AMERICA LATINA	35,000
PAISES DESARROLLADOS	6000
ESTIMACION MUNDIAL TOTAL	501,000

Datos referidos a 1983.

Datos del Congreso Mundial de Mortalidad Materna, Marruecos, 1997.

TESIS CON  
FALLA DE JUREN

## *Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

En México la Mortalidad Materna se debe considerar como un grave problema de Salud Pública, teniendo en cuenta que cuando muere una mujer por lo general joven y sana, durante el embarazo, parto y puerperio, tiene una gran repercusión social y sobre todo emocional para la familia, la sociedad y el país.

La tasa de mortalidad materna en México a partir de 1970, ha disminuido progresivamente (cuadro 2). Aunque es necesario resaltar que de acuerdo a estudios bien llevados existe una subestimación de aproximadamente el 37%. La tasa reportada en centros de atención de la Secretaría de Salud fue de 58 por 100,000 para 1995. De las muertes registradas 6 de cada 10 ocurren en unidades hospitalarias.

CUADRO No. 2.

TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN MEXICO POR 100,000 NACIDOS VIVOS

AÑO	1970	1974	1979	1982	1990	1994
TASA	140	110	100	90	54	45

La tasa de mortalidad en estados Unidos de Norteamérica en 1979 fue de 9.1 por 100,000 nacidos vivos y se redujo a 7.5 en 1986. En el año fue de 3.3.

Evaluando las cifras de mortalidad de los Estados Unidos de Norteamérica y se toma como modelo su sistema de salud que se basa en la prevención resulta obvio que el problema de la Mortalidad Materna es una situación que se puede prevenir.

En el congreso mundial de Marruecos sobre Mortalidad Materna la OMS estableció que dependiendo del grupo poblacional que se examine el riesgo de morir para una mujer por una gestación a consecuencia del embarazo, parto y puerperio es de 1 a 18 por 100,000 gestaciones. Resulta obvio que en los países desarrollados que cuentan con sistemas de atención de salud basados en la prevención la mortalidad apenas llega a 1, mientras que en los países en vías de desarrollo con sistemas de salud deficientes puede llegar hasta 18.

En los 4 años del curso de mi residencia en el Hospital General de Morelia, "Dr. Miguel Silva" de la SSA. Pertencí al Comité de Mortalidad Materna y Perinatal, por lo que pude apreciar la magnitud de este problema y las consecuencias que tiene en la familia, la sociedad y el mismo Sistema de Salud. Es por ello que decidí tomarlo como tema de mi tesis para analizarlo y tratar de proponer algunas medidas que puedan ayudar a disminuir este problema de salud.

TESIS CON  
FALLA DE ...

## HISTORIA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO

Entre los Aztecas, que eran el pueblo más civilizado de la altiplanicie y en otras culturas que existían en nuestro país, la atención de las embarazadas estaba a cargo de las mujeres, como en todos los pueblos primitivos.

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

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

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

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

Con la llegada de los españoles y consumada la conquista de anáhuac por la toma de Tenochtitlan en 1521, se produjeron un sinnúmero de cambios. Sin embargo, la **Ticitl** seguía realizando su cometido, sin el apoyo socio-religioso de su pueblo y además resultó combatida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## *Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

El nuevo culto, persiguió a quienes trataban de celebrar actos de invocación a los dioses. Esta guerra sin cuartel de orden religioso fue el principio de la desaparición de la Ticita, y no apareció la nueva partera que sustituyera y pudiera ofrecer aportaciones favorables a la práctica obstétrica. La profesión de la partera fue vista con desdén y quedó relegada a las negras.

A pesar de no tener datos fidedignos, es de suponerse que la Mortalidad Materna aumentó por el descuido y negligencia para atender a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Recordemos que a pesar de que el gobierno español fundó la Real y Pontificia Universidad de México en 1553 y en 1582 se creó la primera Cátedra de Medicina, no contemplaban la obstetricia.

Los médicos de la colonia veían con desagrado la asistencia de los partos y ni los médicos romancistas tenían a bien dedicarse a la Obstetricia, registrándose una elevada morbi-mortalidad materna.

El Real Colegio de Cirugía en 1768, creó el Cirujano y para la Obstetricia es muy importante este acontecimiento porque los cirujanos no desempeñaron el ejercicio quirúrgico como tal sino que se dedicaron a la Obstetricia.

Los Cirujanos Romancistas se dedicaron a la atención de los partos y aplicaron desde luego la Cirugía a la Obstetricia, pero esta fue siempre empírica. La atención de la mujer en estado grávido-puerperal, al terminar el gobierno colonial, era deficiente, ya que ni en la universidad, ni en el Colegio de Cirugía existían estudios sobre obstetricia.

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

TRABAJOS CON  
FALLA DE ORIGEN

### *Mortalidad materna en el Hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

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

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

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

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

A pesar de que en 1922 y 1930 se establecieron un buen número de centros de atención prenatal y se fundaron maternidades, la mortalidad materna no bajó de 90 muertes por 10.000 N.V., pero esos años de intenso trabajo y entusiasmo por parte de los médicos, pusieron los cimientos para una mejor atención materno - infantil, se elaboraron normas y procedimientos para la protección de la madre durante el estado grávido puerperal y se dieron a conocer que las principales causas de la elevada mortalidad materna, en un alto porcentaje eran previsibles.

Los esfuerzos dieron frutos pues para 1935, había ocurrido una importante disminución a 65 muertes maternas y se puede afirmar que desde esa fecha hasta el momento actual su descenso ha sido continuo.

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIR

## *Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

La dirección General de estadística señala que la mortalidad materna en casi 30 años, de 1940 a 1967, bajó de 90 a 15 por 10.000 N.V.; sin embargo cabe mencionar que la misma Dirección indica que de 1968 a 1972 hubo un estancamiento pues casi no se registró ninguna modificación en las cifras.

Existe alguna confusión cuando se expresa la cifra de mortalidad Materna de acuerdo con los reportes de la Dirección general de Epidemiología ya que en un principio las muertes se evaluaron por cada 1.000 nacidos vivos, posteriormente se evaluaron por 10.000 nacidos vivos y en la actualidad, si las cifras globales lo permiten, la Mortalidad Materna se evalúa por cada 100.000 nacidos vivos.

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

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

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

Con la promulgación de la Ley del Seguro Social en México y la inauguración de la Maternidad No. 1 del I.M.S.S., el 10 de Mayo de 1948, se inicio la atención institucional a las pacientes ginecobtétricas.

En 1971 la Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia, presenta al consejo de Salubridad la propuesta para la formación del Comité Nacional y Comités Locales de Estudio de Mortalidad Materna, consciente de la necesidad de conocer

TESIS CON  
FALLA DE  
FORMA

## *Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

las cifras y causas de muerte materna en nuestro país y tener estudios confiables para realizar acciones tendientes a disminuir las cifras.

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

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

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

En 1975, la dirección general de Atención Materno Infantil de la SSA, elabora el manual para ala organización y funcionamiento del Comité Nacional de Estudio de Mortalidad Materna y Comités de Estudio en hospitales de segundo y tercer nivel de la misma secretaría, con la fundamentación y orientación correspondiente.

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

TRABAJO CON  
FALTA DE DATOS

## *Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

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

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

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

Las actividades de este grupo fueron coordinadas por la Dirección General de Atención Materno Infantil, y tuvo reuniones en forma periódica a partir de Marzo de 1990 a Noviembre de 1994.

Como resultado de los trabajos de este grupo se plantearon las siguientes recomendaciones.

- 1.- Para reducir las tasas de mortalidad materna en el País, se deben instalar y consolidar comités hospitalarios, estatales y nacionales.
- 2.- Los comités no deben tener carácter punitivo ni penalización jurídica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### *Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

- 3.- Las deliberaciones y conclusiones de los comités deben ser anónimas.
- 4.- Los resultados que se obtengan constituirán un insumo natural de la planeación.
- 5.- La información de los comités será de gran valor en los programas de Investigación y docencia
- 6.- Los comités deben instalarse en toda unidad hospitalaria de todas las instituciones del Sistema Nacional del Salud.
- 7.- Los comités deben vigorizarse en las unidades hospitalarias en donde ya existían.
- 8.- Los criterios a seguir en los trabajos de los comités deben orientarse de acuerdo con las recomendaciones internacionales para obtener resultados uniformes y comparables.
- 9.- Con el resultado de los estudios es conveniente que se realicen investigaciones Inter.-institucionales.
- 10.- Se considera necesario que se reúnan las instituciones de cada entidad federativa, para revisar la experiencia y resultados de su respectivo Comité estatal.
- 11.- El estudio recopilado de los comités estatales llegará al Comité Nacional para su revisión y análisis.

Como resultado de estas acciones quedaron establecidos y funcionando, el Comité Nacional, 32 Comités Estatales y 438 Comités Intrahospitalarios en Unidades del Sector Salud en diversas Entidades federativas hasta Noviembre de 1994.

En el HOSPITAL GENERAL DR. MIGUEL SILVA de Morelia Michoacán, el Comité de Mortalidad Materna se inaugurado el día 8 de abril de 1997.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

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

En México la Mortalidad Materna no ha disminuido por que no se aplican correctamente las medidas encaminadas a mejorar la atención prenatal, ya que en nuestro país continua siendo esta, la segunda en orden de importancia para la mortalidad global de mujeres entre 15 y 44 años, a pesar de que la muerte por esta causa se puede evitar en una gran proporción.

La Muerte Materna no significa solo la pérdida de un individuo, si no que influye desfavorablemente sobre la integridad y organización familiar, alterando la dinámica familiar y las relaciones psicosociales de los miembros de ellas. El siguiente cuadro nos da una idea de lo que suceda en nuestro país.

**CUADRO No. 3  
TASA DE MORTALIDAD MATERNA INTRAHOSPITALARIA S.S.S  
POR 100,000 NACIDOS VIVOS.**

AÑO	No. DE NACIDOS VIVOS	No. DE MUERTES MATERNAS	TASAS
1990	191,594	173	90.3
1991	226,985	240	105.73
1992	1,147,446	668	58
1993	1,232,712	715	58
1994	❖ 600,172	343	57.15

❖ Información preliminar de Enero a Julio de 1994.

**CUADRO  
LA MORTALIDAD MATERNA EN DIFERENTES INSTITUCIONES DE SALUD  
EN MEXICO  
( POR 100,000 N.V. )**

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

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## *Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

Con las cifras anteriores se calcula una tasa de mortalidad materna nacional de 89 por 100,000 nacidos vivos ( 1,4,5 ).

La tasa de mortalidad materna en el IMSS en estado de Michoacán en 1998 fue de 36.90 y hasta agosto de 1999 de 40.64 por 100,000 nacidos vivos siendo la principal causa de muerte materna la preclampsia-eclampsia.

A nivel hospitales de zona del IMSS, de enero de 1997 hasta agosto de 1999.

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

( Datos obtenidos del departamento de epidemiología del IMSS Morelia, Michoacán. )

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

( Datos obtenidos del departamento de epidemiología del ISSSTE , Morelia e, Mich. )

La tasa de mortalidad materna en el periodo comprendido de 1994 a 1997 en el Hospital General "DR MIGUEL SILVA" fue de 301.1 (45 muertes maternas en 14,929 nacidos vivos).

### **TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA" MORELIA MICHOCACAN 1996-1999.**

AÑO	1996	1997	1998	1999
TOTAL	9	13	8	12
TASA	29.4	33.7	16.1	23

IMPRESO CON  
FALTA DE LEGEN

## *Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

### DEFINICIONES

#### **MUERTE MATERNA.**

Según la OMS, es aquella que se presenta durante el embarazo, parto, puerperio. (42 días posteriores al parto). Independientemente de la duración y localización del embarazo, y por cualquier causa relacionada o agravada por el mismo ó su tratamiento.

Se clasifica en:

- Muertes maternas obstétricas directas.
- Muertes maternas obstétricas indirectas.
- Muertes maternas no obstétricas.

#### **MUERTES MATERNAS OBSTETRICAS DIRECTAS.-**

Se produce como consecuencia de complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio ó como resultado de intervenciones, omisiones o tratamientos incorrectos, representa del 50 al 98 por ciento.

#### **CAUSAS:**

- Hemorragia Grávido-puerperal.
- Hemorragia del primer, segundo y tercer trimestre del embarazo. (aborto, embarazo ectópico, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y ruptura uterina).
- Hemorragia postparto. (Atonia uterina y lesiones del canal del parto).
- Infección.
- Preclampsia-eclampsia y sus complicaciones.
- Parto lento o estacionado.
- Anestesia.
- Embolia de líquido amniótico.
- Ligado graso agudo del embarazo.

#### **MUERTES MATERNAS OBSTETRICAS INDIRECTAS.-**

Resulta de una enfermedad preexistente que se desarrolla durante el embarazo y no se debe a causas obstétricas directas, pero que se agrava por efectos fisiológicos del embarazo.

TESIS CON

### *Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

También se produce por una patología medico-quirúrgica previa o concomitante con el embarazo ya que puede agravarse por el mismo.

#### CAUSAS:

- Cardiopatía.
- Enfermedades vasculares.
- Nefropatía.
- Hepatopatías.
- Sepsis extragenital.
- Metabólicas.
- Neoplasias.

#### **MUERTE MATERNA NO OBSTETRICA.**

Es aquella que resulta por causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo y su manejo.

#### CAUSAS:

- Suicidio.
- Homicidio.
- Atropellamiento.
- Terremoto.
- Incendio.
- Indeterminadas.

#### **TASA DE MORTALIDAD MATERNA.**

Es la relación entre el número de muertes maternas durante un año y el número de nacidos vivos.

Se representa por la siguiente fórmula:

$$\text{TASA DE MORTALIDAD MATERNA: } \frac{\text{MUERTES MATERNAS EN UN AÑO}}{\text{No. DE NACIDOS VIVOS EN UN AÑO}} \times 100.000 \text{ N.V.}$$

#### **INDICE DE MORTALIDAD MATERNA TOTAL.**

Es el número total de muertes maternas (directas, indirectas, no obstétricas). Por 100,000 nacidos vivos.

TESIS CON  
FALLA DE LICEN

## *Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

### NACIDOS VIVOS.

Es el nacimiento de un producto que pese 1000 gramos o mas. En ausencia de peso no conocido puede tomarse como base una edad calculada del embarazo de 28 semanas o mas a partir de la fecha de ultima menstruación.

Nota: Las cifras que contribuyen al numerador y al denominador deben corresponder al mismo periodo.

### INDICE DE MORTALIDAD MATERNA OBSTETRICA.

En esta se incluyen solamente al número de muertes obstétricas directas e indirectas.

### **MUERTE PREVISIBLE.**

Todo aquel deceso ocasionado por la atención defectuosa en la unidad obstétrica o en otros servicios de maternidad antes de su admisión a la unidad, tales como: transportación inadecuada, falta de confianza en los servicios ó debido a no haber buscado o aceptado tratamiento.

### **MUERTE NO PREVISIBLE.**

Son los casos en los que no se puede establecer un tratamiento por lo avanzado de la enfermedad al momento de su ingreso en la unidad, por cardiopatía avanzada y colagenopatía avanzada.

### **FACTORES DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.**

Son todos aquellos casos que parecen ser errores de diagnostico, de juicio, de tratamiento o de técnicas, incluye fallas para reconocer oportunamente la complicación o su evaluación apropiada.

Incluye participaciones imprudentes demoras en la intervención quirúrgica, defecto de la utilización de métodos actualizados de diagnostico y tratamiento, servicios técnicamente ineptos y aquellas deficiencias que pudieran haber advertido con una apropiada y oportuna consulta.

ESTADO CIVIL  
FALLA DE NACIMIENTOS

## *Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

### **FACTORES DE RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL.**

Es cuando en las unidades hospitalarias no existen facilidades, equipo necesario y personal adecuado. El hospital debe contar con:

- Una sección obstétrica.
- Un banco de sangre.
- Un servicio competente de anestesia las 24 horas.
- Facilidades adecuadas de ultrasonografía y otros métodos de gabinete.
- Facilidades adecuadas de laboratorio las 24 hrs.
- Unidad de cuidados intensivos.

### **FACTORES DE RESPONSABILIDAD DE LA PACIENTE.**

Es cuando las muertes maternas resultan de una complicación, en la que el tratamiento médico habitualmente tiene éxito, pero para el cual la paciente retrasó su visita inicial por falla en obtener el cuidado médico cuando los síntomas fueron evidentes, por no seguir los consejos o las instrucciones del médico y aquellas circunstancias en las que la paciente contribuyó directa o indirectamente a una situación que determinó el padecimiento. El no haber asistido a control prenatal o acudir tardíamente al hospital al presentar complicaciones iniciales durante el embarazo o trabajo de parto.

### **FACTORES DE RESPONSABILIDAD NO DETERMINADA.**

Es cuando por una evidencia inadecuada no puede tomarse una decisión, así las negligencias en el cuidado de la paciente sea aparente, es preferible que los factores de responsabilidad no son determinantes.

### **MUERTE PREVISIBLE PARA EL HOSPITAL.**

Es cuando la paciente ingresa al hospital y poco tiempo después fallece sin haber dado tiempo a proporcionarle la atención y tratamiento adecuado, se considera que la muerte no fue previsible para el hospital; si por el contrario, el caso dio suficiente tiempo para el estudio y tratamiento y éstos no fueron establecidos, se considera como una muerte previsible para el hospital.

TEJES CON  
FALLA DE  
EJECEN

## JUSTIFICACION

Ya se han elaborado dos estudios previos de mortalidad materna en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" y es muy importante conocer las causas de mortalidad materna en nuestra población, debido a que es un hospital de segundo nivel, que atiende pacientes embarazadas y puérperas del estado y de estados vecinos (principalmente Guanajuato), es el único hospital que cuenta con el curso completo de la residencia de Ginecología y Obstetricia del estado, no hay ninguna justificación para que a estas alturas en el tiempo en que vivimos existan muertes maternas que en muchos casos se podrían evitar únicamente con un adecuado control prenatal; y finalmente porque se deben de analizar todos los casos para identificar los factores de riesgo y así crear estrategias que disminuyan el riesgo de mortalidad materna.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **METODOLOGIA**

El presente es un estudio: retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal, que se realizó en el Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia Michoacán.

### **CRITERIOS DE INCLUSION.**

Se incluyeron en el estudio todas las muertes maternas ocurridas en el periodo de tiempo del primero de enero del 2000 hasta el 31 de diciembre del 2002, ocurridas en el Hospital General de Morelia.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION.**

Muertes maternas accidentales.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión con los datos obtenidos del comité de Mortalidad Materna del Hospital General, incluyendo todas las muertes maternas registradas desde el primero de Enero hasta el 31 de Diciembre del 2002.

En los expedientes clínicos revisados se analizaron los siguientes parámetros:

### I.- CIFRA GLOBAL, que incluye:

- 1.- No. De muertes maternas en el periodo de estudio.
- 2.- Muertes maternas por año.
- 3.- Causas de muerte materna.
- 4.- Tasa de mortalidad materna.

### II.- CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES.

- 1.- Etapa obstétrica al ingreso hospitalario.
- 2.- Grupo erario.
- 3.- Estado civil.
- 4.- Ocupación.
- 5.- Residencia de las pacientes.

### III.- ATENCION HOSPITALARIA.

- 1.- Institución que las refiere.
- 2.- Lugar de referencia.
- 3.- Referencia oportuna ó inoportuna.
- 4.- Diagnostico y Tratamiento inmediato a su ingreso hospitalario.
- 5.- Muertes maternas de acuerdo a los días de estancia.
- 6.- Servicios donde ocurrieron las muertes maternas.
- 7.- Muertes maternas durante el embarazo y el puerperio.
- 8.- Hemotransfusiones durante su estancia.

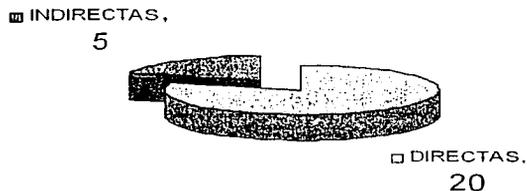
### IV.- CLASIFICACION DE MUERTES MATERNAS.

- 1.- Clasificación de muertes maternas.
- 2.- Factores de responsabilidad profesional.
- 3.- Factores de responsabilidad de la paciente.
- 4.- Factores de responsabilidad del hospital.
- 5.- Reportes histopatológicos de las Muertes Maternas.

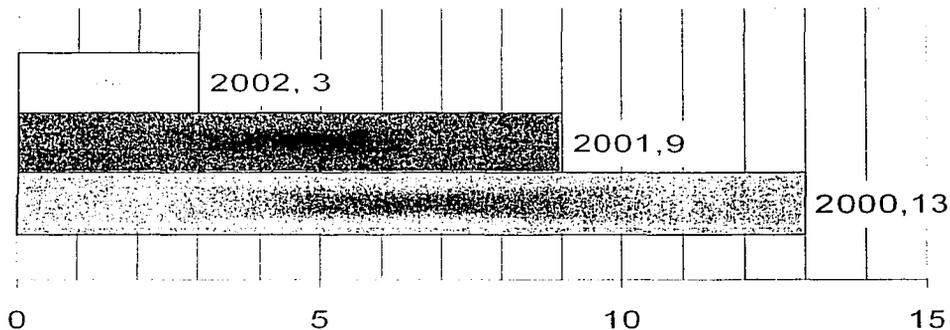
### V.- Análisis de los Factores de Previsibilidad.

TESIS CON  
FALLO DE LIBRO

## TOTAL DE MUERTES MATERNAS DE ENERO 2000 A DICIEMBRE DEL 2002



## MUERTES MATERNAS POR AÑO



RESULTADOS .1. Total de muertes obstétricas enero del 2000-diciembre del 2002.

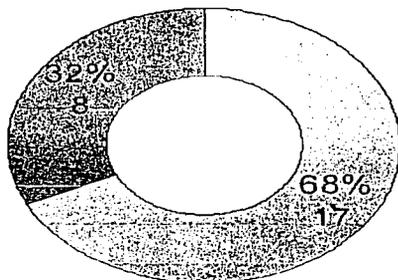
Directas. 20. Indirectas 5. Total: 25.

2. Muertes maternas por año. 2000-13. 2001-9, 2002-3.

*Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

AÑO	TASA POR 10,000 NACIDOS VIVOS
2000	25.6
2001	16.6
2002	6.2

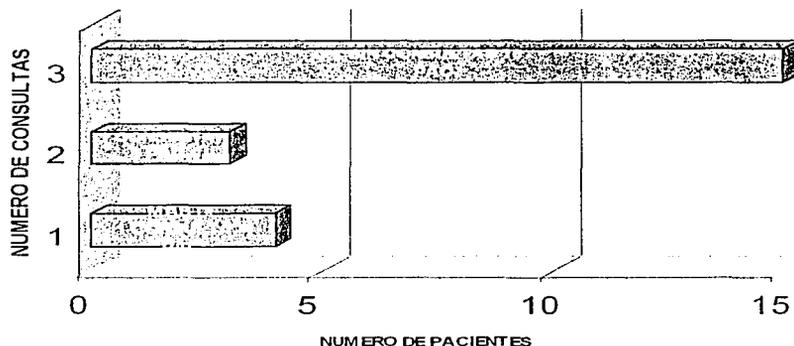
**ETAPA OBSTETRICA AL INGRESO  
DE LAS PACIENTES**



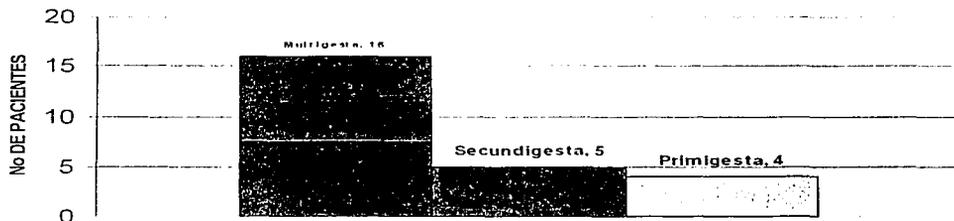
3. TASA DE MORTALIDAD POR AÑO. 2000-25.6. 2001-16.6. 2002-6.2.  
4. ETAPA OBSTETRICA AL INGRESO. 17 INGRESARON CON EMBARAZO COMPLICADO Y 8 CON PUERPERIO COMPLICADO.

TESIS CON  
COPPI

## NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES



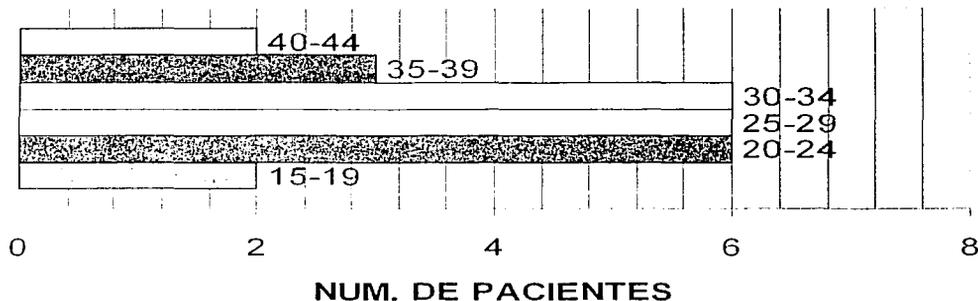
## ANTECEDENTES OBSTETRICOS



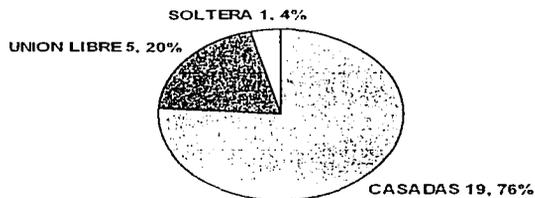
5- CONTROL PRENATAL. ( 15 PACIENTES NO TUVIERON NINGUNA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL. 3 TUVIERON UNA SOLA CONSULTA Y 4 TUVIERON MAS DE 1 CONSULTA.

6- ANTECEDENTES OBSTETRICOS. 16 PACIENTES ERAN MULTIGESTAS. 5 ERAN SECUNDIGESTAS Y 4 ERAN PRIMIGESTAS.

### GRUPO ETARIO



### ESTADO CIVIL



7- GRUPO ETARIO. Del grupo de 15 a 19 años – 2 pacientes. De 20 a 24 – 3 pac. De 25 a 29 años – 6 pacientes. De 30 a 34 años – 6. De 35 a 39 años 6 . De 40 a 44 Años – 2 Pacientes.

8. ESTADO CIVIL. Casadas 19 pacientes. Solteras 1 paciente . Unión libre 5.

ESTADISTICA CON  
FALLA DE JACOBIN

*Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL	
MORELIA	2
OTROS MIPIOS	20
OTROS EDOS	3

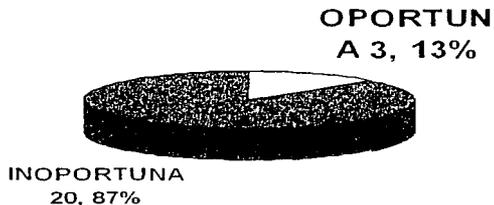
POBLACION	No. DE PACIENTES
PURUANDIRO	2
APATZINGAN	2
CD. HIDALGO	1
MARAVATIO	2
TUXPAN	2
PATZCUARO	3
ZITACUARO	1
URIANGATO	2
HUIRAMBA	1
TACAMBARO	1
PASTOR ORTIZ	1
ZACAPU	3
COYUCA GUERRERO	1
HUETAMO	2

9- **LUGAR DE RESIDENCIA.** De Morelia solo 2 pacientes. De otro municipio de Michoacán 20 pacientes y de otros estados 3 pacientes.

10- **LUGAR DE REFERENCIA DE LAS PACIENTES.**  
 SSA PRIMER NIVEL ( 4). SSA SEGUNDO NIVEL (10).  
 IMSS SEGUNDO NIVEL (4). MEDICINA PRIVADA (2).

TESIS CON  
 FALLA EN EL REGISTRO

### TIPO DE REFERENCIA



### TIEMPO DE DIAGNOSTICO

TIPO DE DIAGNOSTICO	Nº DE PACIENTES
TEMPRANO	18
TARDIO	6
POSMORTEM	1

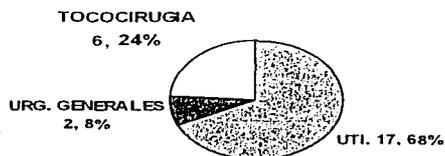
### DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

MENOS DE 23 HRS.	5
24-72 HRS.	11
4-18 DIAS	4
MAS DE 18 DIAS	4
37 DIAS	1

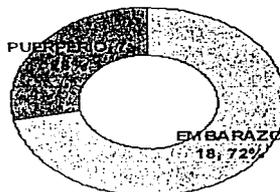
TESIS CON  
FALLA DE LICEN

*Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

**SERVICIO DONDE OCURRIÓ EL FALLECIMIENTO**



**ETAPA OBSTETRICA AL INGRESO**



**MUERTES MATEERNAS DIRECTAS E INDIRECTAS**

TIPO	NUMERO	PORCENTAJE
<b>DIRECTAS</b>		
PRECLAMPSIA	14	56%
HEM. OBSTETRICA	5	20%
HIGADO GRASO	1	4%
<b>INDIRECTAS</b>		
STDA	1	4%
DM	1	4%
ANEMIA APLASICA	1	4%
TEP	2	8%

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se observa una disminución muy marcada y que ha sido progresiva de la tasa de mortalidad en nuestro hospital, esto coincide con la formación del comité de mortalidad materna y perinatal, sin embargo, aún es elevada si la comparamos con la de los países desarrollados. La tasa de mortalidad fue: de 1994 a 1997 de 30.1 por cada 10.000 nacidos vivos; de 1997 a 1999 de 24.2. En el análisis que se realizó del periodo comprendido del primero de enero del año 2000 al 31 de diciembre del 2002, la tasa de mortalidad materna fue de 16.1.

En el periodo de estudio del 2000 al 2002 se presentaron un total de 25 muertes maternas, las cuales están registradas en el comité y que no coinciden con el registro de estadística del hospital ya que en éste sólo se registraron 20.

La falta de información o de concientización de los cuidados que una mujer en etapa obstétrica debe tener, así como la falta de educación en salud reproductiva y la no detección o detección oportuna de pacientes de alto riesgo en las unidades de primer nivel ocasionó: que del total de las muertes maternas 20 correspondieron a muertes maternas obstétricas directas y 5 a muertes obstétricas indirectas. La etapa obstétrica en que ingresaron las pacientes fue 17 con embarazo complicado y 8 en puerperio complicado. De todas las pacientes 15 no tuvieron ninguna consulta prenatal, 3 tuvieron una sola consulta y 4 tuvieron más de una consulta (3 consultas en promedio).

La falta de información acerca de métodos de planificación familiar para evitar los embarazos no deseados sobre todo en etapas tempranas y tardías del periodo reproductivo de a mujer; en las que se aumenta el riesgo reproductivo. Se demuestra ya que dos pacientes pertenecían del grupo de 15 a 19 años (embarazos juveniles), dos al grupo de 40 a 44 años, en los grupos de 25 a 29, de 30 a 34 y de 35 a 39 hubo 6 pacientes en cada uno. Las otras 3 fueron del grupo de 20 a 24 años .

Debido a que aún se tiene la idea de que las mujeres deben dedicarse únicamente al cuidado del hogar y de los hijos, casándose a muy temprana edad sin tener la oportunidad de continuar con su propia formación escolar y cultural; la mayoría de las pacientes estaban casadas (19), en unión libre (5) y una era soltera. Además 23 eran amas de casa y 2 comerciantes. La gran mayoría apenas y tenían algún grado de educación primaria.

### *Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

En lo que se refiere al lugar de residencia 2 pacientes eran de Morelia, 20 del interior del Estado (área rural) y 3 de otros Estados. Como se puede observar la mayoría de las pacientes eran del interior del Estado, debido a la falta o mala calidad de los servicios de salud que en estos lugares existen. Ya que en nuestro Estado existen lugares (rancherías y pueblos) alejados donde no hay médicos y sólo va una unidad móvil cada ocho días.

En cuanto a los lugares que refieren a las paciente, 10 fueron de unidades de la SSA de segundo nivel, 4 del IMSS segundo nivel, debido a la falta de equipo y capacitación del personal que existe en estas unidades ya que en ocasiones son derivadas porque no hay ginecobstetra, anestesiólogo o bien personal de limpieza para los quirófanos.

La falta de control prenatal y la incapacidad para detectar datos de alarma e identificar a las pacientes de alto riesgo se refleja en que la mayoría de las referencias fueron inoportunas.

En cuanto al diagnóstico y tratamiento la mayoría de las veces son tardíos ya que los estudios de laboratorio no se procesan a tiempo aunque se soliciten con urgencia. Además no se realizan las interconsultas de otros servicios en forma oportuna y en ocasiones no hay lugar en terapia intensiva para pacientes que lo requieren. Es por ello que en este estudio a 18 pacientes se les realizó diagnóstico oportuno, a 6 tardío y a una después del fallecimiento (Pac. con anemia aplásica). Esto se incluye también en los factores de responsabilidad profesional y del hospital.

Por las condiciones críticas de las pacientes, no presentan mejoría con el tratamiento, dado que el 50% de ellas fallecieron antes de las 72 horas.

La mayoría de las muertes ocurrieron en la unidad de terapia intensiva (70%), lo que refleja que el tratamiento médico no tuvo éxito por el estado tan deteriorado de las pacientes, el otro 30% fallecieron en urgencias generales y tococirugía ya que en ocasiones las pacientes llegan en estado premortem.

La mayor causa de las muertes maternas fue la preclampsia-eclampsia y sus complicaciones. Lo que muchas veces se puede detectar a tiempo para dar un tratamiento oportuno, con un adecuado control prenatal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

Los factores de responsabilidad de las pacientes se encontraron en un 70% de ellas porque no llevaron control prenatal. Las muertes previsibles para el hospital fueron del 50% y las no previsibles del otro 50%.

Cinco pacientes fallecieron por hemorragia obstétrica ya que en ocasiones no se cuenta con suficiente abasto de sangre y sus derivados en el banco de sangre.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### COMENTARIO FINAL

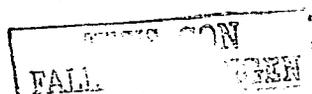
La falta de atención, educación, información y cultura a la mujer en edad reproductiva, tiene como consecuencias una elevada mortalidad materna y si el grado de desarrollo de un país se refleja en las tasas de mortalidad, como un índice estadístico de calidad asistencial; nos obliga a tomar medidas preventivas que ayuden a disminuir la mortalidad materna, elevando la calidad de la preparación al personal médico y paramédico, mejorando el nivel de vida, promoviendo el desarrollo cultural, social y económico, sin hacer diferencias sociales, ni de géneros. Con todo esto se mejorará la calidad de vida de la mujer. Y si además se mejoran los servicios asistenciales de salud pública y se amplía la cobertura de atención, también se elevará la calidad de los servicios de salud reproductiva haciendo énfasis en la planificación familiar y el control prenatal. Esto se reflejará en la disminución de la mortalidad materna.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

**PROPUESTAS**

- 1.- Que el comité de Mortalidad Materna sesione cuando sea necesario para detectar deficiencias en la calidad de atención médica obstétrica y plantear estrategias para mejorarla.
- 2.- Que se informe al personal médico y paramédico sobre todo becario de los acuerdos y decisiones que se tomen en cada reunión del comité.
- 3.- Que se concientice y oriente a cada rotación de médicos internos sobre los datos de alarma obstétrica y la detección oportuna de la paciente de alto riesgo haciendo énfasis del llenado adecuado de la historia clínica prenatal simplificada.
- 4.- Que se mejore el servicio de referencia y contrarreferencia, teniendo comunicación de nuestro hospital con los hospitales y centros de salud que derivan las pacientes.
- 5.- Que cuando se presente una muerte materna, se cite al médico encargado del centro de salud del lugar de origen de la paciente o bien, al médico que la refirió; para el dictamen de la muerte.
- 6.- Que el servicio de regulación sanitaria vigile los servicios de atención privada para que estos cuenten con todos los requisitos que marca la norma para la atención de la paciente obstétrica.
- 7.- Concientiar y hacer énfasis sobre la importancia del adecuado control prenatal y la detección oportuna de las pacientes de alto riesgo a los médicos pasantes del servicio social.
- 8.- Que a todas las pacientes programadas para realizarles cesárea se les pida la donación de una unidad de sangre, para abastecer el banco de sangre.
- 9.- Insistir sobre el personal médico (Becario) sobre el convencimiento a todas las pacientes que ingresan para que firmen la hoja de autorización de necropsia.
- 10.- Mejorar constantemente y dar mantenimiento al equipo e instalaciones del servicio de ginecología y Obstetricia para dar una mejor atención.



*Mortalidad materna en el hospital General "Dr. Miguel Silva periodo 2000-2002*

**BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Comité Nacional para el estudio de Mortalidad Materna y Perinatal. Mortalidad Materna y Perinatal. 1989-1994: 17-36.
- 2.- J. R. De Miguel Sesmero. Mortalidad Materna: Situación Actual y Medidas de Prevención. Encycl. Méd. Chir. ( Elsevier, Paris-France), Gynécologie. 1997:5200-A-10,6p.
- 3.- Ruiz M, JA. Mortalidad Materna en el Hospital Militar. Informe de 25 años (1968-1992). Ginecología y obstetricia de México. 1995: 63, 452-459.
- 4.- Trejo R, CA. Mortalidad Materna. Evolución de su estudio en los últimos 25 años. Ginecología y Obstetricia de México. 1997: 67, 317-325.
- 5.- González Merlo J. Edit. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Cuarta Edición. 1992: 797-816.
- 6.- Jesús Leal del Rosal. Maternal Mortality. Curso de Actualización. The American college of Obstetricians and Gynecologists. 1999: 13-33.
- 7.- Williams Obstetricia. Edit. Panamericana. Ventiava Edición 1998: 3-9.
- 8.- Angulo V. J. y Col. Mortalidad Materna en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente. Revisión de 12 años. Ginec Obst. Méx.1999; 67: 419.
- 9.- Jacob, MD, y Col. Maternal Mortaly in UTA. Department of Obstetrics and Gynecology University of Utah School of Medicine. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 1998; 91: 187-191.
- 10.- Llaca, Fernández. Obstetricia Clínica. México. Edit. McGraw-Hill Interamericana. Primera Edición 2000. 38, 477-489.

