

11217
149

Universidad Nacional Autónoma de México.



Facultad de Medicina

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GINECOOBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO NACIONAL
"LA RAZA"

"ANÁLISIS DE CINCO AÑOS DE MORTALIDAD MATERNA
EN EL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA
No. 3 C.M.N. "LA RAZA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALIDAD DE
GINECOOBSTETRICIA

P R E S E N T A

DRA. WENDOLYN SÁNCHEZ CRUZ

Bimela

TUTOR: DRA. MARGARITA ZÚNIGA RODRIGUEZ



CENTRO MEDICO LA RAZA
Septiembre 2003
Instituto Mexicano de Estadística y Demografía
Instituto de Estadística e Investigación

México D.F.

Número definitivo de proyecto: 2002 - 692 - 0037

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

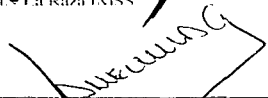
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO MEDICO NACIONAL

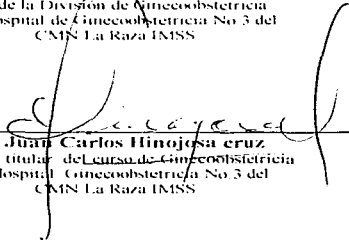
"LA RAZA"



Dr. Santiago Roberto Lemus Roeha.
Jefe de la División de Educación e Investigación Médica
del Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del
CMN La Raza IMSS



Dr. Francisco Javier Amezcua
Jefe de la División de Ginecoobstetricia
del Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del
CMN La Raza IMSS



Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz
Asesor tesis
Profesor titular de la Cátedra de Ginecoobstetricia
del Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del
CMN La Raza IMSS

Dr. Margarita Zúñiga Rodríguez

Asesor tesis
Jefa del Departamento Clínico Perinatología segundo poniente
del Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del
CMN La Raza IMSS

Número definitivo de proyecto:
2002 - 692 - 0037

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES: LUIS Y CARMEN

Porque gracias a ellos, a su apoyo, comprensión y paciencia, he logrado terminar una meta y llegar al final.

A MI ESPOSO: ARTURO

Por su ejemplo de dedicación y compromiso para su profesión, su amor, apoyo y paciencia.

A MIS HERMANOS: LUIS Y MARIO

Por estar siempre presentes en los momentos más difíciles.

A LA DRA. MARGARITA ZUÑIGA R.

Por el apoyo y sabiduría transmitidas a lo largo de este tiempo.

A TODOS Y CADA UNO DE LOS MÉDICOS DEL CAM LA RAZA:

Gracias por haberme transmitido sus conocimientos generosamente.

A LA DRA. GUZMÁN:

Por su desinteresado apoyo en la realización de este trabajo.

A DIOS:

Por darme la fuerza y salud necesarias para terminar una meta.

INDICE

• RESUMEN	5
• MARCO TEÓRICO	6
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
• OBJETIVOS	15
• JUSTIFICACIÓN	16
• MATERIAL Y MÉTODOS	18
a. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	19
b. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	19
c. VARIABLES	20
d. DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DE VARIABLES	21
e. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	21
f. RECURSOS	22
• RESULTADOS	23
• TABLAS Y GRAFICAS	26
• DISCUSIÓN	40
• COMENTARIO	44
• CONCLUSIONES	46
• BIBLIOGRAFÍA	47
• ANEXOS	49

RESUMEN

**Análisis de cinco años de mortalidad materna en el H.G.O. No. 3 CMN La Raza .
Dra. Zúñiga Rodríguez Margarita., Dra. Sánchez Cruz Wendolyn
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA No. 3 CMN "LA RAZA".**

Objetivos: Identificar las principales causas de muerte materna y los factores epidemiológicos asociados a muerte materna en el H.G.O No.3 en los últimos cinco años.

Metodología: Se analizaron los expedientes de las pacientes fallecidas por causa obstétrica en un período de enero de 1998 a diciembre del 2002. Se incluyeron a las pacientes cuyo expediente se ubicara en el archivo del hospital. En un estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico.

Se analizaron las variables independientes edad, escolaridad, estado civil, número de embarazos, edad gestacional, control prenatal se realizaron medidas de tendencia central y desviación estándar mediante el paquete estadístico SPSS 10.

Resultados: En orden de frecuencia las principales causas de mortalidad materna fueron: eclampsia 24 pacientes (35.2%), eclampsia 17 pacientes (25%), hemorragias 6 (8.8%), cardiopatías 5 pacientes (7.3%), sepsis 5 pacientes (7.3%), y otras. La mortalidad materna directa se encontró como primera causa de muerte con 79.5%. La edad media de defunción fue de 28.34 años DE =6.76, la edad gestacional tuvo una media de 31.96 semanas DE = 6.65 semanas, nivel cultural secundaria 29 pacientes (42.6%), estado civil en 42 pacientes casadas (61.8%), primigestas predominó con 24 pacientes (35.3%). 69.1% si tuvo control prenatal.

Conclusiones: La mortalidad materna en México sigue siendo un problema importante de salud pública, aún no logramos disminuir la incidencia, demostrando que a nuestro país le hace falta mucho para dejar de ser subdesarrollados. La preeclampsia eclampsia sigue siendo la primer causa de muerte en nuestra población, y observamos que no variación en lo reportado a nivel mundial, solo que en nuestro caso, los factores de riesgo predominantes

5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO TEÓRICO

Desde hace 50 años la tasa de mortalidad se considera uno de los indicadores de salud de una población dada, y se ha considerado como expresión confiable del grado de desarrollo socioeconómico alcanzado en un país o grupo poblacional de estudio. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha sido desde su fundación uno de los organismos más interesados en uniformar los criterios de clasificación y analizar individualmente cada muerte materna para dictaminar causa, previsibilidad, y responsabilidad mediante el dictado de normas para el funcionamiento de grupos de estudio denominados "Comités de Mortalidad Materna".⁽¹⁾

La FIGO define como "mortalidad materna" al número de mujeres que fallecen durante el proceso grávido puerperal, desde el inicio del embarazo y hasta la sexta semana después del parto. Desde el punto de vista bioestadístico se expresa indicando el número de muertes por 10 mil nacidos vivos.^(1,2)

Por recomendación de la OMS en algunas publicaciones estadísticas se han eliminado muertes maternas no relacionadas o no obstétricas; pero debido a que durante años estas se han considerado, su exclusión distorsiona las tasas de mortalidad materna reales, obligando a incluirlas nuevamente.⁽¹⁾

A continuación mencionamos la clasificación de la muerte materna:

- **Muerte directa:** son las que resultan de complicaciones generadas por el embarazo (embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio) de las intervenciones, de las

omisiones, de el tratamiento incorrecto, de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

- **Muerte indirecta:** son las que resultan de una enfermedad previa existente desde antes del embarazo, o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.
- **Causas de muerte no obstétricas o no relacionadas:** son enfermedades o fenómenos que no guardan ningún grado de asociación, ni fueron modificados por la presencia del embarazo. (3-4)

De acuerdo a la FIGO la mortalidad materna se expresa en tasas y se calcula de la siguiente manera:

- **Tasa bruta de mortalidad :**
$$\frac{\text{No. de defunciones en un año}}{\text{No. de habitantes} \times 1000}$$
- **Tasa de mortalidad materna puerperal :**
$$\frac{\text{No. de muertas por causa puerperal}}{\text{No. total de nacidos vivos y muertos} \times 1000}$$
- **Tasa de mortalidad materna:**
$$\frac{\text{Total de muertas en el embarazo (todas las causas)}}{\text{No. total de nacimientos} \times 1000.} \quad (2,5)$$

La tasa de mortalidad materna en México es de 53 fallecimientos de mujeres por cada 100 000 nacimientos vivos registrados en 1998, que se traduce en 12 000 mujeres que mueren cada año por causas directas tales como toxemia, hemorragias, infecciones, complicaciones del parto y abortos. Las tasas varían sustancialmente cuando se comparan las áreas rural y urbana, y así mismo dependiendo de la entidad federativa estudiada. La tasa de mortalidad materna para el estado de Tlaxcala fue de 86 y en el estado de Chiapas de 63, mientras que en Baja California fue de 19 y en el Distrito Federal es de 49. (6)

Las causas de mortalidad materna están directamente relacionadas con la accesibilidad a los servicios de salud, a la oportunidad de intervenciones tempranas, los costos implícitos en la atención de una paciente y a la calidad de los servicios obstétricos perinatales. La mortalidad materna es reconocida como un problema multifactorial que contempla la inquietud social y del género, la corresponsabilidad no solo institucional sino familiar y comunitaria frente a la muerte materna, la falta de información efectiva sobre los cuidados de la mujer embarazada y su hijo, y la necesidad de reforzar programas educativos para construir una cultura de prevención de la muerte materna a nivel familiar y comunitario. Según el INEGI la principal causa de muerte materna para el año de 1998 y hasta el mes de julio del 2001 continúa siendo el edema y proteinuria y los trastornos hipertensivos del embarazo, el segundo lugar lo ocupan las hemorragias y en tercer lugar se encuentran las complicaciones del puerperio. (7)

El nivel socioeconómico y el desarrollo de un país se refleja en la mortalidad materna, en esta influyen además diversos factores tales como el encontrarse en un área suburbana, edad con mayor riesgo en mayores de 25 a 29 años, paridad siendo nulíparas y grandes múltiparas las más afectadas, el grado de educación, el estado civil; y la raza y pertenencia a ciertos grupos étnicos ya que se ha observado mayor tasa de mortalidad en mujeres negras. (8-9)

La OMS para el año de 1996 reporta que la mortalidad materna global es de aproximadamente 585 000 muertes por año, encontrándose que el 99% de estas ocurre en países subdesarrollados y el 1% en países desarrollados. El lugar que reporta la mayor tasa mortalidad materna es África, Asia ocupa el tercer lugar; siendo que al menos 50 000 niños

y niñas quedan huérfanos cada año en América Latina y el Caribe por muertes relacionadas con el embarazo ocupando en el quinto lugar. Europa ocupa el séptimo lugar, y por último los países industrializados el 8vo lugar. En el Reino Unido y otros países desarrollados se ha registrado una tasa de mortalidad de 70 por cada 100 000 embarazos para 1954; y para 1996 la mortalidad ha logrado descender hasta 11 por cada 100 000 nacidos vivos, observándose que las principales causas de muerte materna la constituyen la trombosis, la hipertensión, embarazo temprano, hemorragia, embolia de líquido amniótico, sepsis, complicaciones de la anestesia y otras causas. ⁽¹⁰⁻¹¹⁾

En México la principal causa de muerte materna la constituye la preeclampsia-eclampsia desde hace ya más de 10 años, con tasas que muestran variaciones en las distintas regiones del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Raza es un hospital que da atención a una gran población, a partir de diciembre del 2001 abarca los derechohabientes que habitan las regiones del centro del país, tales como el DF, Estado de México, Querétaro, Morelos y Guerrero. Su población representa el 18.3% para el año de 1999, que actualmente ha aumentado con la reducción de las direcciones regionales, aumentando su población de estudio y la variedad de habitantes. ⁽¹²⁻¹³⁾

Cada año en México, aproximadamente 7 000 niños y niñas no cuentan con el beneficio de tener una madre viva y sana, debido a los índices de mortalidad materna en nuestro país. Aunque se ha logrado la reducción del 14% de la tasa de mortalidad materna en la última década, esto se considera como un avance no satisfactorio en el cumplimiento de la meta de reducirla al 50%, de acuerdo con las metas establecidas en 1990 en la Declaración Mundial sobre supervivencia, la protección y desarrollo del niño en la cumbre en favor de la infancia, para ser alcanzadas para el año 2000. ⁽¹⁴⁾

Las tasas de mortalidad materna en México a partir de 1970 han ido en disminución mostrando que para 1970 era de 140 por cada 100 000 nacidos vivos y para 1994 disminuyó a 45 por cada 100 000 nacidos vivos con un subregistro estimado en 37%.⁽¹¹⁾

Dentro del IMSS se han realizado diversos estudios para definir cuales son las principales causas de muerte materna, predominando la preeclampsia, seguida de hemorragias, embolia obstétrica y sepsis. En un estudio realizado en el Centro Médico de Occidente en el periodo comprendido del 1º de enero de 1985 al 31 diciembre de 1996 se reportan como principales causas de muerte materna las ya comentadas; la tasa de muerte materna en este periodo se encuentra muy elevada siendo de 64 x 100 000 nacidos vivos, el 73% de muertes previsibles y el 23 % de no previsibles, encontrando responsabilidad profesional en el 72% de los casos y 23 % hospitalaria.⁽¹⁵⁾

Las muertes por hemorragia son susceptibles de prevenirse y resolverse, por ejemplo la ruptura uterina espontánea o por mal uso de oxitócicos, vigilancia del trabajo de parto inadecuada o uso de maniobras obstétricas equivocadas y proscritas. Esto al igual que la atonía uterina, el acretismo placentario que son complicaciones que detectadas oportunamente y, que con un criterio médico y quirúrgico ágil son susceptibles de corregirse antes de llevar a la muerte a la paciente, siendo indispensable la toma de decisión rápida para la realización de histerectomía obstétrica o la realización de ligadura de arterias hipogástricas ; como un manejo que se ha comentado como técnica quirúrgica "salva vidas", que si bien no es la panacea si es una gran ayuda para el tratamiento de estas pacientes^(16, 17)

Otra causa importante de mortalidad materna, y la principal en México son los estados hipertensivos en el embarazo (preeclampsia), entidad que causa complicaciones tan severas que llevan a la muerte como lo son el síndrome de HELLP, la eclampsia, hemorragia intracranial, SIRPA, CID, choque hipovolémico, o falla orgánica múltiple. Los factores de riesgo asociados a esta entidad son edad, nivel socioeconómico, progresión de la enfermedad hipertensiva, número de gestaciones, atención prenatal deficiente o inoportuna. Otros factores asociados son la edad gestacional más frecuente entre los 26 y 37 semanas de gestación, e incluso puede no solo presentarse en el embarazo sino en la etapa puerperal, reportando una tasa de mortalidad del 2 al 24%, cuando se documenta la presencia real de síndrome de HELLP con hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y plaquetopenia la mortalidad materna se eleva. La mortalidad por esta enfermedad es tan seria que se ha descrito mucho en la literatura de Ginecoobstetricia para esta patología.⁽¹⁸⁻²⁵⁾

El choque séptico es otra de las causas importantes de mortalidad materna en nuestro medio aunque ya no es tan frecuente como antes se documentada, no obstante diversas condiciones como la corioamnioitis y aborto séptico pueden llevar a la muerte de la paciente, los problemas infecciosos corresponden al 20% del total de las muertes maternas, diversas condiciones obstétricas como la ruptura prolongada de membranas, retención de productos de la concepción, corioamnioitis, endometritis posparto, y la pielonefritis pueden condiciones la infección. Aunado a esto la condición de inmunosupresión de la embarazada son factores de riesgo importantes para culminar en choque séptico, por esto es importante el conocimiento de las bases, los factores de riesgo para la infección y una identificación oportuna y un tratamiento adecuado culminando en una disminución de la mortalidad materna por sepsis.⁽²⁶⁻²⁷⁾

Las **cardiopatías** contribuyen también a la mortalidad materna ya que en los últimos años han incrementado. Las cardiopatías se pueden catalogar como cualquier alteración anatómica o funcional asociada con el estado grávido puerperal de carácter congénito o adquirido del músculo cardíaco y sus cavidades, así como de sus elementos valvulares, vasos coronarios, y grandes troncos arteriales, que condicionan entidades patológicas, bien definidas con trastornos funcionales distintos a los cambios fisiológicos cardiovasculares propios del embarazo que se manifiestan como disturbios de la actividad contráctil del ritmo, frecuencia cardíaca o isquemia al miocardio. La entidad más frecuentemente asociada es la "Cardiopatía Reumática" en el 60% de los casos, las lesiones congénitas en el 30-40%. La mortalidad materna oscila entre el 0.5 al 3% de la clase I a la clase IV de la NYHA. Otras patologías que presentan mayor alto índice de mortalidad son la hipertensión pulmonar, coartación aórtica complicada, síndrome de Marfan con daño aórtico: con una tasa de mortalidad que oscila entre el 25 al 50%.⁽²⁸⁻²⁹⁾

La mortalidad materna registrada la podemos clasificar en tres grupos:

- **Grupo 1: mortalidad < 1%:** Comunicación interauricular, conducto arterioso persistente, enfermedad valvular pulmonar o tricuspídea, tetralogía de Fallot corregida, válvula artificial, estenosis mitral, clase I y II de la NYHA.
- **Grupo 2: mortalidad del 5 al 15%:** 2-A: Estenosis mitral clase III y IV de la NYHA, estenosis aórtica, coartación de la aorta sin compromiso valvular, tetralogía de Fallot no corregida, infarto al miocardio previo, síndrome de Marfan con aorta normal; 2-B: estenosis mitral con fibrilación auricular y válvula artificial.

- **Grupo 3: mortalidad del 25 al 50%: hipertensión pulmonar, coartación de la aorta con compromiso valvular, síndrome de Marfan con compromiso aórtico. (29)**

De aquí la importancia de conocer la mortalidad materna de la Institución en la que laboramos y contribuir a la disminución de la misma.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son las principales causas de mortalidad materna y qué factores epidemiológicos están asociados a esta en el HGO No. 3 La Raza?

OBJETIVOS

- I. Identificar las principales causas de muerte materna en el HGO No3 C.M.N La Raza en los últimos 5 años
 - obstétricas directas
 - obstétricas indirectas
 - no relacionadas.

- II. Determinar si las pacientes que fallecieron por causas obstétricas directas, indirectas y no relacionadas, en el H.G.O. No. 3 CMN La Raza en los últimos 5 años tuvieron un control prenatal.

- III. Conocer los factores epidemiológicos asociados a muerte materna en el H.G.O No. 3 en los últimos 5 años.

JUSTIFICACIÓN

Cada año en México, aproximadamente 7.000 niños y niñas no cuentan con el beneficio y el derecho de tener una madre viva y sana que asegurara su supervivencia y desarrollo, debido a los índices de mortalidad materna en el país. Las causas de la mortalidad materna están directamente relacionadas con la accesibilidad, la oportunidad de las intervenciones, los costos implícitos y la calidad de los servicios obstétricos y perinatales. La mortalidad materna es reconocida como un problema multifactorial que contempla la inequidad social y de género, la corresponsabilidad no sólo institucional sino familiar y comunitaria frente a la muerte materna, la falta de información efectiva sobre los cuidados de la mujer embarazada y su hijo, y la necesidad de reforzar programas educativos para construir una cultura de prevención de la muerte materna a nivel familiar y comunitario.

La mayor parte de la población derechohabiente del IMSS pertenece a un nivel socioeconómico bajo lo que aunado al nivel cultural bajo origina una mal atención prenatal por parte de la madre a su embarazo, incrementando el riesgo de muerte materna.

Actualmente la economía del país obliga a las mujeres a procurar mejorar como profesionistas o como madres trabajadoras para incrementar su nivel económico y contribuir a los ingresos familiares, obligando a que el embarazo o la maternidad ocupen un segundo lugar en su desarrollo como mujeres observando que muchas de ellas son madres jóvenes que incrementan el factor de riesgo para complicaciones durante el embarazo, o bien los adolescentes están evolucionando precozmente, a pesar de los esfuerzos

gubernamentales por incrementar la publicidad en cuanto a planificación familiar en 95% de los embarazos en las adolescentes son no planeados. aproximadamente en México el porcentaje de nacimientos en la población adolescente es cerca del 20% . condicionado en estos extremos de la vida complicaciones severas que llevan incluso a la muerte materna.

Los Médicos Residentes en formación debemos conocer las características epidemiológicas de la población con la cual vamos a trabajar , así como las principales patologías a las que nos enfrentamos , y con esmero tratar de disminuir al máximo.

Como parte de una formación de Especialistas, nuestro compromiso moral es el contribuir a la sociedad con estrategias que beneficien y mejoren las condiciones de salud de las mujeres embarazadas y en edad reproductiva, y lograr la menor tasa de mortalidad en un futuro no lejano.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizara en el H.G.O No. 3 del CMN La Raza en un periodo de 5 años de 01 enero de 1998 al 31 diciembre del 2002.

Se revisarán los expedientes de las pacientes que fallecieron por causa obstétricas en el periodo de estudio. Obteniendo los datos descritos en las variables. Se recolectaran en hojas de concentración y el análisis estadístico será mediante medidas de tendencia central (moda, media, mediana y porcentajes), los datos serán presentados en forma tabular y gráfica.

UNIVERSO: Población derechohabiente del IMSS adscritas al HGO No3 LA RAZA.

MUESTRA: pacientes que fallecieron por causa obstétricas en el H.G.O No. 3 LA RAZA en el periodo de 01 enero de 1998 al 31 diciembre del 2002.

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional: se presentan los fenómenos sin modificar intencionalmente las variables.

Retrospectivo: la recolección de la información se realizara a partir de expedientes clínicos de las pacientes finadas.

Transversal: no se hace seguimiento las variables son medidas una sola vez.

Analítico: está dirigido a contestar por qué sucede determinado fenómeno. cual es la causa o factor de riesgo asociada a la muerte materna.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes que murieron por causa obstétrica en el H.G.O No 3 del CMN La Raza del 01 enero de 1998 al 31 de diciembre de 2002.
2. Expediente completo en el archivo de la unidad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes que no se encuentren su expediente en el archivo de la unidad.
2. Que hallan fallecido en otra unidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

- ❖ **Mortalidad materna**

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- ❖ **Edad.**
- ❖ **Escolaridad.**
- ❖ **Estado civil**
- ❖ **Numero de embarazos.**
- ❖ **Edad gestacional.**
- ❖ **Control prenatal**

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

- ❖ **Mortalidad materna:** número de mujeres que fallecen durante el proceso grávido puerperal, desde que el embarazo principia hasta la sexta semanas después del parto. Desde el punto de vista bioestadístico se expresa indicando el número de muertes por 10 mil nacidos vivos.
- ❖ **Edad:** tiempo transcurrido después del nacimiento.
- ❖ **Escolaridad:** grado máximo de estudios.
- ❖ **Estado civil:** condición de un individuo en lo que toca a su relaciones con la sociedad.
- ❖ **Numero de embarazos:** total de embarazos al momento del estudio.

- ❖ **Edad gestacional:** semanas de gestación al momento del estudio.
- ❖ **Control prenatal:** conjunto de actividades medicas ejercidas en la mujer embarazada. para obtener el mejor grado de salud para el binomio. encaminada a la detección temprana de complicaciones o interrecurrencias que de presentarse . determinan conductas de manejo específicas.

MEDICIÓN DE LAS VARIABLES:

- ❖ **Mortalidad materna:** Defunción materna SI o NO.
- ❖ **Edad:** Edad en años.
- ❖ **Escolaridad.** Primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura , analfabeta , analfabeta funcional.
- ❖ **Estado civil** Soltera, casada , viuda , divorciada, unión libre
- ❖ **Numero de embarazos:** Número de embarazo hasta la muerte
- ❖ **Edad gestacional.** En semanas de gestación del embrazo actual.
- ❖ **Control prenatal:** Se realizo: SI o NO

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizara mediante medidas de tendencia central y desviación estándar, empleando el paquete estadístico SPSS 10. Los resultados se representaran en tablas y gráficos.

RECURSOS HUMANOS

Médico Residente de Tercer año.

Médico Jefe de servicio adscrito al HGO No 3 La Raza en el Servicio de Perinatología.

RECURSOS FISICOS

- ❖ Expedientes de las pacientes finadas.
- ❖ Computadora.
- ❖ Diccionarios.
- ❖ Hojas de papel Bond tamaño carta.
- ❖ Hoja de concentración de datos.
- ❖ Programa estadístico SPSS 10.

RECURSOS FINANCIEROS

- ❖ Serán financiados por los Médicos investigadores responsables del proyecto.

RESULTADOS

En el servicio de Perinatología II, del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional La Raza, en un periodo de 5 años, de enero de 1998 a diciembre del 2002, en base al registro de defunciones del comité de mortalidad se detectaron los nombres y números de afiliación de las pacientes que murieron por causas obstétricas en dicho periodo, encontrándose un total de 72 expedientes, de los cuales solo 68 cumplían con los criterios de inclusión.

En orden de frecuencia las principales causas de muerte materna fueron eclampsia con 24 pacientes (35.2%) y preeclampsia con 17 pacientes (25%). En el periodo de estudio de 5 años, al analizar cada uno se encontró que esta patología sigue siendo la principal causa de mortalidad (Tablas 1,2,3,4,9). Observamos en la Tabla 9 que la mortalidad por año por preeclampsia sigue fluctuando sin estabilizarse, variando de un año a otro sin tener un patrón definido.

Para el año de 1998 hubo 28 muertes maternas en las cuales la tercera causa de mortalidad fue la sepsis con 3 pacientes el 11% (Tabla 5). Para 1999 hubo 14 muertes maternas, siendo la tercera causa de mortalidad el lupus eritematoso sistémico con un 21.4% de la población (tabla 6); en el año 2000 encontramos 7 muertes maternas, la tercera causa de muerte fueron las cardiopatías con 28.5% (Tabla 7); el año 2001 13 muertes y la causa de muerte después de la preeclampsia – eclampsia fue la hemorragia con 23.2% (Tabla 8) por último en el año 2002 la sepsis y la cardiopatía fueron la tercera causa de mortalidad con 16.6% cada una y hubo 6 muertes maternas (Tabla 9).

Los diagnósticos de la muerte se tomaron del certificado de defunción anexo en los expedientes. En ningún caso se le realizó necropsia. Se empleo la clasificación de muerte materna por causas directas, indirectas y no relacionadas, observando que lo más frecuente fueron las causas directas con 54 pacientes y que corresponde a 79.5% (Gráfica 1 y Tabla 6)

La edad media de las pacientes fallecidas en general fue a los 28.34 DE = 6.76 años, con una moda que reporto. 24 años, y por último una mediana de 27.5 año, se dividieron en 5 grupos de edad a intervalos de 5 años de los 17 a los 43 que fueron las edades mínima y máxima respectivamente de ésta variable. (Gráfica2)

En lo que respecta a las semanas de gestación se obtuvieron los datos de las notas de ingreso a la unidad cuando ocurrió la defunción; en general la media de 31.96 con DE = 6.65 semanas, con una moda de 35 semanas y una mediana de 35 semanas, con semanas de gestación mínima de 12 semanas y máxima de 42 semanas. (Gráfico 3)

En relación a el nivel cultural, se tomó en cuenta el nivel escolar de cada paciente obteniendo la información del certificado de defunción reportada en años, observando que 20 pacientes habían estudiado la primaria (29.4%), 29 pacientes la secundaria (42.6). (Gráfica 4)

Además de los datos anteriores también se reportaron el estado civil de la paciente, que se obtuvo de los certificados de defunción anexados a los expedientes, observando que 42 eran casadas (61.8%). (Gráfica 5)

En lo que respecta a la gravidez analizamos el número de gestaciones de las pacientes fallecidas obteniendo los datos de los expedientes en la nota de ingreso a hospitalización, y se reportó que de un total de 68 pacientes 24 eran primigestas (35.3%). (Gráfica 6)

Un punto importante era reportar fue si tenían control prenatal o no durante el embarazo, tomando el dato, de la hoja de control prenatal, de las notas de control prenatal de la UMF de envío o de la última nota de ingreso a la unidad. Encontrándose que 47 pacientes (69.1%) si llevó control prenatal. (Gráfica 7).

TABLA No.1:
SE MUESTRA LAS CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN ORDEN DE FRECUENCIA EN EL HGO NO 3 CMN LA RAZA DE ENERO DE 1998 A DICIEMBRE DE 2002.

CAUSA DE MUERTE	No. DE CASOS	%
1. Eclampsia	24	35.2%
2. Preeclampsia	17	25%
3. Hemorragias.	6	8.8%
4. Cardiopatías	5	7.3%
5. Sepsis	5	7.3%
6. Lupus eritematoso	4	5.8%
7. Radiculopatía	1	1.4%
8. Golpe de calor	1	1.4%
9. Hipertensión pulmonar primaria	1	1.4%
10. Hígado graso del embarazo	1	1.4%
11. Parálisis flácida	1	1.4%
12. Tromboembolia pulmonar	1	1.4%
13. Diabetes mellitus I	1	1.4%

TABLA No.2:
MUESTRA LAS CAUSAS DE MORTALIDAD Y SUS COMPLICACIONES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LA OMS. OBSERVANDO QUE LA CAUSA PREDOMINANTE FUE LA PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA:

DIRECTAS	COMPLICACIÓN	No. DE CASOS	TOTAL		
ECLAMPSIA	• Hemorragia cerebral	17	24		
	• Falla orgánica múltiple	4			
	• SIRPA	1			
	• CID	1			
	• HELLP	1			
PREECLAMPSIA	• HELLP	3	17		
	• DPPNI	3			
	• Falla orgánica múltiple	2			
	• Ruptura hepática				
	• CID	2			
	• SIRPA	1			
	• Hemorragia cerebral	1			
	• Cardiopatía	1			
	• Hipertensión pulmonar	1			
	• Edema agudo pulmonar	1			
	• Hígado graso del embarazo	1			
	CHOQUE HIPOVOLÉMICO	• Atonía uterina		4	6
		• Aborto		1	
• DPPNI		1			
• CID		1			
SEPSIS	• Aborto	2	5		
	• Deciduitis	2			
	• Apendicitis	1			
HÍGADO GRASO DEL EMBARAZO	• Insuficiencia hepática	1	1		
TROMBOEMBOLIA PULMONAR	• Falla orgánica múltiple	1	1		
TOTAL		68	68		

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA No. 3:
MUESTRA LAS CAUSAS DE MUERTE SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LA OMS .
POR MORTALIDAD INDIRECTA DONDE LOS MAS FRECUENTE SE PRESENTA
ENTRE LAS CARDIOPATÍAS PREDOMINANDO LAS SEQUELAS DE LA
CARDIOPATÍA REUMÁTICA INACTIVA . COMUNICACIÓN INTER AURICULAR :

CAUSA INDIRECTAS	COMPLICACIÓN	No. DE CASOS	TOTAL
Cardiopatías	• Comunicación interauricular	2	5
	• Miocardiopatía dilatada	1	
	• Insuficiencia tricuspídea	1	
	• Estenosis mitral	1	
	• Falla orgánica múltiple	1	
Lupus Eritematoso Sistémico	• Trombosis cerebral	1	4
	• Tromboembolia pulmonar	1	
	• Insuficiencia renal aguda	1	
	• Cetoacidosis diabética	1	
Diabetes Mellitus I			
TOTAL		10	10

TABLA No.4
 SE OBSERVA QUE LA MORTALIDAD NO RELACIONADA ES MENOS FRECUENTE Y NO HUBO PREDOMINIO DE PATOLOGÍA EN EL PERIODO DE 5 AÑOS SOLO HUBO 4 MUERTES POR ESTA CAUSA:

CAUSA NO RELACIONADA	COMPLICACIÓN	No. DE CASOS	TOTAL DE PACIENTES
GOLPE DE CALOR	Desequilibrio ácido base	1	1
PARÁLISIS FLÁCIDA	Encefalopatía anoxo-isquémica	1	1
APENDICITIS	Choque séptico	1	1
RADICULOPATÍA	Encefalopatía anoxo-isquémica	1	1
TOTAL		4	4

TABLA No. 5:
 MUESTRA LA MORTALIDAD DURANTE EL AÑO DE 1998 DONDE LA SEPSIS YA SE ENCUENTRA EN LAS TRES PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA.

1998 CAUSA DE MUERTE	No. DE CASOS	PORCENTAJE
• ECLAMPSIA	12	43%
• PREECLAMPSIA	7	25%
• SEPSIS	3	11%
• HEMORRAGIAS	2	7%
• CARDIOPATÍAS	1	3.5%
• LUPUS ERITEMATOSO	1	3.5%
• PARÁLISIS FLÁCIDA	1	3.5%
• HIPERTENSIÓN PULMONAR PRIMARIA	1	3.5%
TOTAL	28	100%

TABLA No. 6:

EN ESTA TABLA PODEMOS OBSERVAR QUE EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO SE ENCUENTRA DENTRO DE LAS TRES PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA PARA EL AÑO DE 1999.

1999 CAUSA DE MUERTE	No. DE CASOS	PORCENTAJE
• ECLAMPSIA	4	28.8%
• PREECLAMPSIA SEVERA	3	21.4%
• LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	3	21.4%
• HEMORRAGIAS	1	7.1%
• SEPSIS	1	7.1%
• GOLPE DE CALOR	1	7.1%
• TROMBOEMBOLIA PULMONAR	1	7.1%
TOTAL	14	100%

TABLA No. 7:

MUESTRA QUE LAS CARDIOPATÍAS SE INTEGRAN ALAS TRES PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE MATERNA EN EL AÑO 2000.

2000 CAUSA DE MUERTE	No. DE CASOS	PORCENTAJE
• PREECLAMPSIA SEVERA	3	43%
• ECLAMPSIA	2	28.5%
• CARDIOPATÍAS	2	28.5%
TOTAL	7	100%

TABLA No. 8:

MUESTRA QUE EN EL AÑO 2001 LAS HEMORRAGIAS VUELVEN A ESTAR EN LOS PRIMEROS LUGARES DE MORTALIDAD MATERNA. ADEMÁS DE ENTRAR AL CUADRO LA DIABETES MELLITUS Y MUERTES NO RELACIONADAS.

2001 CAUSAS DE MUERTE	No. DE CASOS	PORCENTAJE
• ECLAMPSIA	3	23.2%
• PREECLAMPSIA SEVERA	3	23.2%
• HEMORRAGIAS	3	23.2%
• CARDIOPATÍAS	1	7.6%
• DIABETES MELLITUS I	1	7.6%
• RADICULOPATIA	1	7.6%
• HÍGADO GRASO DEL EMBARAZO	1	7.6%
TOTAL	13	100%

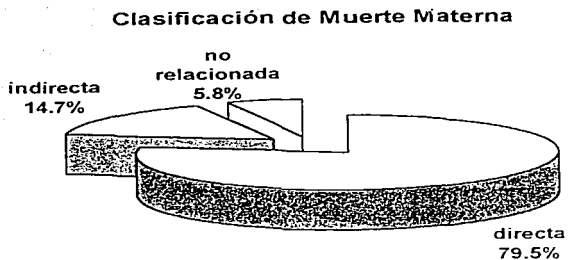
TABLA No. 9:

OBSERVAMOS QUE EN EL AÑO 2002. LA SEPSIS SE INTEGRA NUEVAMENTE A LAS PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA. ASÍ COMO LAS CARDIOPATÍAS.

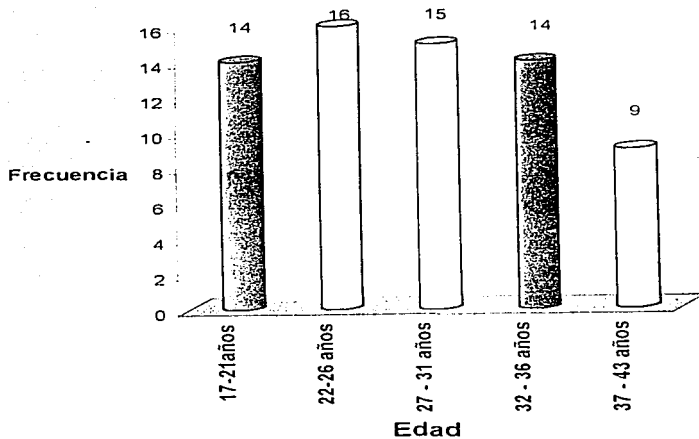
2002 CAUSA DE MUERTE	No. DE CASOS	PORCENTAJE
• ECLAMPSIA	3	50.2%
• PREECLAMPSIA	1	16.6%
• SEPSIS	1	16.6%
• CARDIOPATÍAS	1	16.6%
TOTAL	6	100%

TABLA No. 10
MORTALIDAD MATERNA POR PREECLAMPSIA ECLAMPSIA POR AÑO
MOSTRANDO LA FLUCTUACIÓN TAN VARIANTE DE LA PREECLAMPSIA AL
AÑO SIN PATRÓN ESPECÍFICO.

ANO	PREECLAMPSIA	ECLAMPSIA	TOTAL	PORCENTAJE	TOTAL DE MUERTES AL AÑO.
1998	7	12	19	68%	28
1999	3	4	7	50.2%	14
2000	3	2	5	71.5%	7
2001	3	3	6	46.4%	13
2002	1	3	4	66.8%	6
TOTAL	17	24	41	100%	68



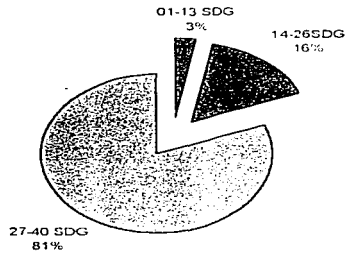
GRAFICA No. 1
 GRAFICA QUE MUESTRA LA CLASIFICACIÓN DE LA OMS DE MORTALIDAD MATERNA, DONDE SE OBSERVA QUE PREDOMINARON LAS CAUSAS DIRECTAS, OCUPANDO A MAS DE LAS DOS TERCERAS PARTES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA, DEL TOTAL DE 68 PACIENTES .



GRAFICA No. 2
 MUESTRA LOS GRUPOS DE EDAD EN QUE SE DIVIDIERON LAS PACIENTES OBSERVANDO PREDOMINIO DE LA MORTALIDAD MATERNA ENTRE LOS 22 Y 26 AÑOS, CON UNA MÁXIMA DE 43 AÑOS Y UNA MÍNIMA DE 17 AÑOS. MODA DE 24 AÑOS.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Población por edad gestacional trimestres

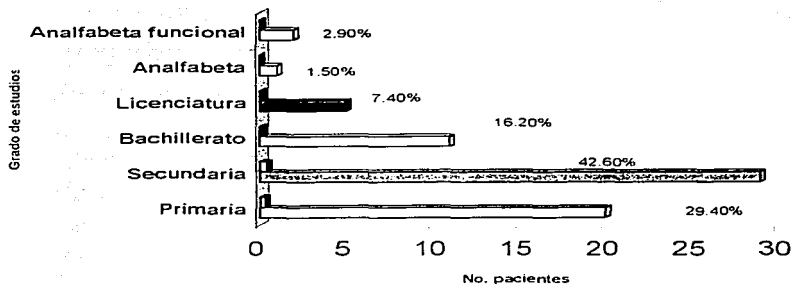


GRAFICA No.3

SE MUESTRA QUE ES MAS FRECUENTE LA MORTALIDAD MATERNA EN LA EDAD GESTACIONAL DEL TERCER TRIMESTRE DONDE EL PRODUCTO YA ES VIABLE LA MODA DE 35 SEMANAS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Población por escolaridad

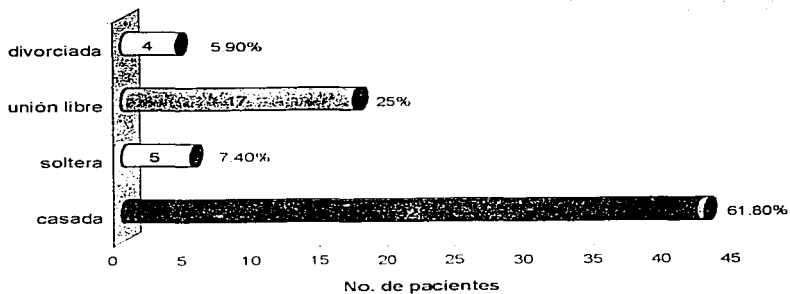


GRAFICA No.4

REPRESENTAMOS GRÁFICAMENTE EL GRADO DE ESTUDIOS DE NUESTRA POBLACIÓN QUE REPRESENTA EL NIVEL CULTURAL DE LA MISMA OBSERVANDO QUE EL 42.6% DE LA POBLACIÓN SABE LEER Y ESCRIBIR, TENIENDO UN NIVEL DE ESTUDIOS BÁSICO COMO ES LA SECUNDARIA, POR LO TANTO EL ESTADO CULTURAL EN SALUD NO ES ÓPTIMO EN EL 76.40% DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

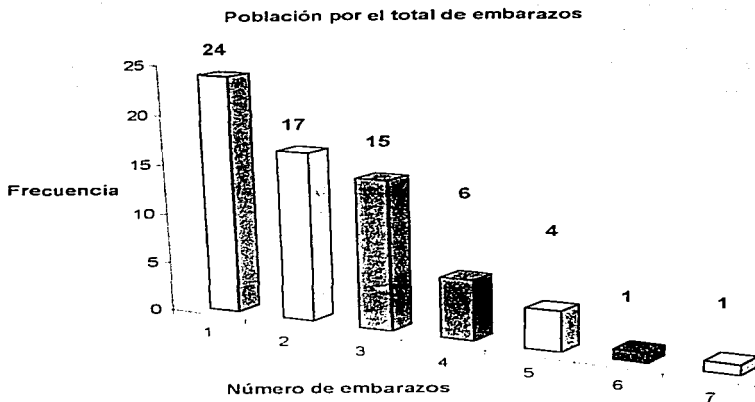
Población por estado civil



GRAFICA No. 5

PODEMOS OBSERVAR QUE EN EL FACTOR EPIDEMIOLÓGICO ESTUDIADO ESTADO CIVIL NUESTRA POBLACIÓN PREDOMINA QUE SON CASADAS. SEGUIDAS DE LA UNIÓN LIBRE CUENTAN CON UNA PAREJA COMO APOYO MORAL Y PROBABLEMENTE ECONÓMICO.

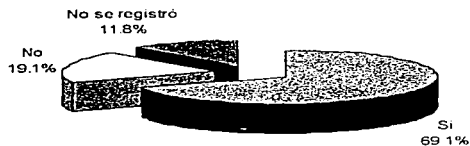
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



GRAFICA No 6
REPRESENTAMOS A LA POBLACION POR EL NUMERO DE EMBARAZOS
PREVIOS, PREDOMINADO LAS PRIMIGESTAS DEL TOTAL DE LA POBLACION.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Población por control prenatal



GRAFICA No. 7

SE ANALIZA EN LA GRAFICA QUE EL 69.1% DE LAS PACIENTES QUE FALLECIERON EN EL PERIODO ESTUDIADO SI TUVIERON CONTROL PRENATAL DURANTE EL EMBARAZO SIN EMBARGO SE DESCONOCE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

En este estudio realizado en el HGO No. 3 sobre mortalidad materna podemos comprobar que así como lo marca la literatura, las causas de mortalidad materna siguen siendo, en primer lugar la preeclampsia-eclampsia y sus complicaciones, en nuestro estudio, el porcentaje global de ambas es del 60.2%, ocupando más de la mitad de la población estudiada, los porcentajes son similares a los que se reporta por Vitelio y Cols. en sus estudios realizados sobre mortalidad materna, así mismo, se observan datos estadísticos reportados por otros autores que coinciden con las cifras comentadas (7,11,15,20,2125).

La Eclampsia como principal causa de muerte a su vez evoluciona a diversas complicaciones que son las que llevan a la muerte a la paciente, en nuestro estudio encontramos que de 24 pacientes que fallecieron por eclampsia 17 de ellas la causa directa del fallecimiento fue la hemorragia cerebral sospechada clínicamente, siendo el 70% de la población como se ha observado en otros estudios (21), otra de las complicaciones muy frecuentes de la preeclampsia - eclampsia es el Síndrome de HELLP, en nuestro estudio se observó en 4 pacientes de acuerdo al registro en el certificado de defunción como primera causa directa que condicionó la muerte, es en sí, una de las complicaciones más temidas y su presencia se asocia a una mortalidad materna del 5 al 25%, en nuestro caso fue asociada al 9.7% estando en los rangos reportados por la literatura (18,19, 22,23,24).

Las hemorragias, en los países en vías de desarrollo también se reporta dentro de las primeras causas de mortalidad materna directa, en nuestro caso ocupó el tercer lugar después de la eclampsia y la preeclampsia. Dentro de las causas que originan el choque

40

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

hipovolémico la atonía uterina ocupa el primer lugar (1.3.7.9.16)

Estos diagnósticos van seguidos de cerca por la sepsis y las cardiopatía , del primer rubro el aborto séptico y la deciduitis sigue siendo la principal causa de muerte(26,27)

Es destacable que al dividir las causas de mortalidad materna por año se observa que año con año las principales causas de muerte materna oscilan, siendo estas muy variables ya que para el año 1998 la sepsis estaba en los primeros lugares, y gracias al avance en los antibiótico, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado hemos disminuido esta complicación, sin embargo , para el año 2002 se vuelve a presentar ocupando el 16.6%

Analizando los datos anteriores es de esperarse que la mortalidad materna directa se encuentre con los porcentajes más altos dentro del reporte, encontrando un 76.4% similar a lo reportado por Vázquez y cols. de un 66% (15).

Ya hemos comentado que los factores epidemiológicos que se observan asociados a la mortalidad materna son la edad principalmente en los extremos de la vida, sin embargo en nuestro estudio reportamos que la edad promedio de nuestras pacientes fue a os 27.5 años y similar a lo reportado en la literatura mundial donde el promedio de edad fue en el rango de 25 a 29 años (8.9,10,15).

Otro factor estudiado fue la edad gestacional que comparado con la literatura se observa que lo más frecuente es presentar complicaciones que lleven a la muerte materna en el segundo y tercer trimestre (10,20)

El nivel cultural de las pacientes fallecidas, es un buen orientador de la cultura en materia de salud de nuestro país. observamos que el 76.4% de la población tenía como nivel educativo máximo secundaria que es el nivel de estudios básicos a nivel nacional. es decir que la cultura de salud no se esta impartiendo como debiera ser para evitar las muertes maternas. ya que como se menciona la mortalidad materna es un indicador de salud de una población (1).

El estado civil de la paciente probablemente refleje el grado de estrés al que se encuentra. ya que el apoyo de una pareja es muy importante durante la gestación, y es presumible que las que menos deberían de complicarse son las que cuentan con una pareja. en nuestro reporte se observó que el 61.8% eran casadas. en comparación con un estudio realizado por Panting - Kemp y cols. En el cual comentan que es más alta la mortalidad en las pacientes solteras en Estados Unidos (8).

Tal vez de los factores epidemiológicos más estudiados y que aún siguen siendo prevalentes se observa que el número de embarazos de una paciente influye en su estado de salud previo para lograr un embarazo óptimo con las mínimas complicaciones. en un estudio comparativo de el Reino Unido y Sudáfrica se observa que. en las pacientes primigrávidas es en quien se presenta con mayor frecuencia complicaciones que llevan a la muerte materna , y similar a lo encontrado en nuestro estudio y al realizado por Vitelio y Cols. En la Preeclampsia - eclampsia (9.20)

Por último el factor que parece más importante es conocer si la paciente tuvo un control prenatal y si este fue óptimo o no. sin embargo esto último es subjetivo ya que la calidad de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la atención médica es una variable no cuantitativa, y difícil de medir, sin embargo se observa que en la población estudiada, el 69.1% SI llevó control prenatal, similar a lo reportado por Vázquez y Vitelio en sus estudios sobre mortalidad materna (15.11)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMENTARIO

La mortalidad materna es un problema de salud pública que no se ha logrado combatir, se han hecho diversos programas de atención a la mujer embarazada, a nivel Mundial sin embargo esto no se ha logrado abatir la mortalidad materna; analizando los datos obtenidos en nuestro estudio podemos concluir:

- El estado socioeconómico y cultural de nuestro país no es el más adecuado hasta el momento, a pesar de que existen los programas de promoción a la salud, no son lo suficientes para sensibilizar a la población.
- El nivel cultural no les permite reconocer que el embarazo es un estado fisiológico que bien controlado puede darnos mexicanos sanos y fuertes que formen parte de una familia completa y sana.
- Los recursos económicos del país no se han distribuido adecuadamente para que mejoren las condiciones de vida de la población, por lo que los factores de déficit nutricional favorecen las patologías de la paciente embarazada; asociado a esto el número de embarazos en adolescentes sigue siendo frecuente a pesar de los programas de planificación familiar; la calidad de la atención prenatal debe ser monitorizada continuamente.
- Así mismo debe supervisarse la calidad de la atención prenatal realizando un monitoreo continuo, tanto como vigilar a los representantes de salud en la política, para que el dinero destinado a las mejorías en salud y educación lleguen a su destino íntegro.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo tanto es indispensable que tomemos una actitud positiva, de compromiso hacia la paciente, y a nosotros mismos, buscando soluciones al problema de la mortalidad materna en México.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES:

Ante los resultados obtenidos, es deprimente y triste saber que en México las mujeres siguen aún muriendo por causa obstétrica, como hemos mencionado a lo largo del estudio, esta es un indicador de salud de nuestro país, por lo tanto, como Especialistas en la materia debemos poner énfasis en lo siguiente:

- ❖ Es necesario elaborar estrategias de educación para la salud.
- ❖ Debemos identificar a grupos de riesgo desde el primer nivel de atención para esto.
- ❖ Es de suma importancia capacitar a los Médicos desde su formación a nivel licenciatura para una atención de calidad y calidez a la mujer embarazada, con el objetivo de motivarla a llevar un control prenatal adecuado.
- ❖ Deben de elaborarse programas de adiestramiento a los Médicos generales y especialistas para la atención del embarazo
- ❖ Capacitar a la población sobre los datos de alarma obstétrica a mediante programas de publicidad en radio y televisión los medios de comunicación más utilizados.
- ❖ Que exista disponibilidad de sitios de atención a la salud (HOSPITALES).
- ❖ Extremar precauciones en la atención a la embarazada.
- ❖ Debemos comprometernos cada día más con la atención de nuestros pacientes basada en calidad y calidez, y el conocimiento de una Medicina basada en evidencias para proporcionar una atención formal y adecuada a la población en general.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Llaça Fernández V. Obstetricia Clínica. Mc Graw Hill. Primera edición, México: 2000 : 477 - 94.
- 2) IMSS definiciones
- 3) Swite Michael. Maternal Mortality: confidential equires into mternal deaths in the United Kingdom. Am J Obstet Gynecol 2000; 182 (4): 760 766 .
- 4) Velasco MV. Navarrete HE. Pozos C. Cardona E. Mortalidad por preeclampsia eclampsia en la Raza. Rev Med IMSS En Prensa.
- 5) Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia IMSS .México 1986: pp.9
- 6) CONAFI 1998: 46
- 7) INEGI DGE: SSA. Dirección general de estadística e informática.
- 8) Pating - Kemp y cols. Maternal deaths in an urban perinatal network, 1992-1998. Am J Obstet Gynecol 2000; 183 (5):1207-1212.
- 9) Mantel G. Moodley J. Can a developed country's maternal mortality review be used as the gold standard for a developing country?. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 2002;100 :189 -95.
- 10) Kumar M. Maternal Mortality. JMR 2001;46(5):427-33.
- 11) Daponte A. Guidozi F. Marineau . Maternal Mortality in tertiary center after introduction of free antenatal care . Internal J. Gynecol Obstet 2000 : 71: 127-133
- 12) Velasco M. Navarrete. Pozos . Cardona . materna por preeclampsia - eclampsia en la región de la Raza (1988 a 1997) . Rev Med IMSS 1999; 37 (5) :349 -56.
- 13) NOTIMSS abril del 2002 No 4.
- 14) CONAFI. 1998 :7
- 15) Angulo V-. Y cols. Mortalidad materna en el Hospital de Gineco- obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente , revisión de 12 años . Ginecol Obst Méx. 1999 : 67 :419 - 24 .
- 16) Ángeles W. Villalobos R. Valdés M. Chávez A. Mortalidad materna por hemorragia análisis de once años HGO No 41 IMSS. Ginecol Obstet Méx 1985 107-12.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 17) García López A, Ycols. Ligadura de arterias hipogástricas . seguridad y eficacia de un programa de adiestramiento. Ginecol y Obst Méx nov 2001 : 69 : 443 - 448.
- 18) Rojas G, Viveros - Rentería E, Kably Ambe Síndrome de HELLP. Estado crítico real. Conceptos actuales. Ginec Obst Méx febrero 1996: 64: 64-71.
- 19) Isler M Chrysti y cols. Maternal mortality associated with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) syndrome. Am J Obstet Gynecol 1999; 181(4): 924 - 28.
- 20) Vitelio V, Navarrete H, Pozos C, Cardona P. Características epidemiológicas de la preeclampsia - eclampsia en el IMSS . Rev Med IMSS 1999; 37 (4) : 325 -31.
- 21) Lara G, García A; Maerías, G, Alpuche G. Mortalidad por preeclampsia cinco años de revisión. Ginecol Obstet Méx. 1999; 67 : 253 - 57
- 22) Rodríguez GD, Velarde I R. Preeclampsia severa y síndrome de Hellp. Gineco Obst mex 1995 : 63 : 325 329.
- 23) Sibai y cols. Maternal - perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis , elevated liver enzymes , and low platelets severe preeclampsia - eclampsia. Am J Obst Gynecol 1986 : 155 :501 -9.
- 24) Sibai BM y cols. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis , elevated liver enzymes , and low platelets (HELLP syndrome).Am J Obstet Gynecol 1993; 169 (4):1000 - 06
- 25) Mackay AP, Berg CJ, Atrash HK. Pregnancy related Mortality from preeclampsia and eclampsia . Obst Ginecol abril 2001 ; 97 (4): 533- 38.
- 26) Yancey MK, Duff P. Acute hypotension related to sepsis in the obstetric patient. Obst Gynecol Clin Nort Am. marzo 1995 : 22 (1) : 91 109.
- 27) Figueroa DR, Arredondo GJL. Conceptos actuales en la patogénesis y tratamiento del aborto choque séptico . Parte II . Bases fisiopatológicas y perspectivas en el manejo de choque séptico . Ginecol Obst Méx. Diciembre de 1993 : 61 : 337 - 343.
- 28) Ayhan A, Yucel A, Bildirici I, Dogan. Feto - maternal Morbidity and mortality after cardiac valve replacement . Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80: 713 - 18.
- 29) Foley M,Strong T.Cuidados Intensivos en obstetricia .Ed. Médica Panamericana 1ª reimpression abril 2000.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- Y NOMBRE DE LA PACIENTE:
- Y EDAD EN AÑOS:
- Y ESCOLARIDAD:
 - a) PRIMARIA
 - b) SECUNDARIA
 - c) BACHILLERATO
 - d) LICENCIATURA
 - e) ANALFABETA
 - f) ANALFABETA FUNCIONAL
 - g) G) POSTGRADO.
- Y ESTADO CIVIL:
 - a) CASADO
 - b) SOLTERA
 - c) VIUDA
 - d) UNIÓN LIBRE
 - e) DIVORCIADA
- Y NUMERO DE GESTACIONES PREVIAS :
 - a) 0-1
 - b) 2-4
 - c) + DE 4
- Y SEMANAS DE GESTACIÓN AL MOMENTO DE FALLECIMIENTO
- Y DIAGNÓSTICOS DE MUERTE :
- Y RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL :
 - a) SI
 - b) NO
 - c) NO SE REGISTRO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTE MATERIAL NO SALE
DE LA BIBLIOTECA